

PlanificaSUS

**DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO
E VALIDAÇÃO DOS ROTEIROS DE
ATENDIMENTOS NA ATENÇÃO
AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**



VERSÃO PRELIMINAR



PlanificaSUS

Diretrizes para
elaboração e validação
dos roteiros de atendimentos na
Atenção Ambulatorial Especializada

© 2023 Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª edição – 2023 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS – 7º andar
CEP: 70.058-900 – Brasília DF
Fone: (61) 3315-9031
Site: aps.saude.gov.br

**SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA
ALBERT EINSTEIN**

Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar
CEP: 01451-001 – São Paulo – SP
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

Coordenação:

Ana Alice Freire de Sousa

Elaboração de texto:

Ana Claudia Pereira da Paz
Ilana Eshriqui de Oliveira
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

Colaboração:

Ana Alice Freire de Sousa
Ana Karina Gadelha de Sousa
Francisco Timbó de Paiva Neto
Guilherme Barbosa Shimocomaqui
Larissa Karollyne de Oliveira Santos
Marcio Anderson Cardozo Paresque

Projeto gráfico e diagramação:

Rudolf Serviços Gráficos

Edição de texto:

Kátia Amorim

Crédito de imagens:

Banco de imagens Einstein

VERSÃO PRELIMINAR

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009), por meio da portaria n.º 3.362, de 8 de dezembro de 2017 – Parecer Técnico Inicial Recomendativo de Análise Técnica e Financeira de Projeto no Âmbito do PROADI-SUS n.º 2/2021 - CGGAP/DESF/SAPS/MS (0019478128) e despacho SAPS/GAB/SAPS/MS (0019480381).

Ficha Catalográfica

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

PLANIFICASUS: DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DOS ROTEIROS DE ATENDIMENTOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA/ Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2023.
30 p.: il.

1. Atenção Especializada 2. Cuidado Integral em Saúde 3. Sistema Único de Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

APRESENTAÇÃO

A Sociedade Benficiente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta quatro pilares principais que orientam o trabalho: Assistência à Saúde, Ensino e Educação, Pesquisa e Inovação e Responsabilidade Social.

O Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein desenvolve há mais de 20 anos várias atividades relacionadas à gestão de serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), além de projetos, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Entre eles, está o projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde, conhecido como PlanificaSUS e executado pela área de Projetos e Novos Serviços da Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais.

O PlanificaSUS tem como objetivo dar continuidade à implantação da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), em regiões de saúde das Unidades Federativas que finalizaram a Fase 1 do PlanificaSUS (triênio 2018-2020) e que aderiram a Fase 2 (triênio 2021-2023), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

O PlanificaSUS é executado pela SBIBAE, sendo um projeto proposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que apresenta, como área técnica responsável, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde e, como área de atuação, a de Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde e a Coordenação Geral de Garantia de Atributos de Atenção Primária à Saúde do Departamento de Saúde da Família.

A PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização dos macroprocessos da APS e da AAE. Ela permite desenvolver a competência das equipes para a organização da Atenção à Saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades da planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada Rede de Atenção.

O PlanificaSUS Fase 2 pretende fortalecer macroprocessos organizados na primeira fase, além de implantar novos macroprocessos, que serão trabalhados tanto na APS quanto na AAE. Além disso, serão disparadas atividades de planejamento, monitoramento e dispersão em cada etapa apresentada no decorrer do triênio.

Ao longo do triênio, materiais como estas diretrizes, Guia de Orientação para a Tutoria, Guia para Gerenciamento, Guia para Monitoramento de Indicadores, Guias de *Workshop* e Notas Técnicas serão disponibilizados com o objetivo de nortear você, profissional de saúde, na execução dos processos de trabalho acompanhados pelo PlanificaSUS.

SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO	3
■ DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DOS ROTEIROS DE ATENDIMENTOS.	5
Por que é importante elaborar e implantar os roteiros de atendimento?	5
Quem elabora os roteiros?	6
Quais áreas setores processos devem elaborar roteiros?	7
O que fazer antes de iniciar o processo de elaboração e implantação dos roteiros de atendimento na unidade ambulatorial?	7
Próximos passos...	7
Como organizar a oficina de validação de roteiros?	7
O <i>Role-Play</i> na Atenção Contínua	8
Organizando o <i>Role-Play</i>	8
Desenvolvendo o <i>Role-play</i>	9
Sugestão de modelo de cronograma para elaboração dos roteiros de atendimentos	9
■ <i>SCRIPT</i> ORIENTADOR PARA A CONSTRUÇÃO DOS ROTEIROS	10
■ ROTEIRO PARA ATENDIMENTO INICIAL (1º ATENDIMENTO)	12
Atendimento inicial (1º atendimento) da Atenção Contínua no ambulatório modelo PASA	12
■ ROTEIRO DE ATENDIMENTO SUBSEQUENTE PRESENCIAL.	17
Atendimento subsequente da Atenção Contínua no ambulatório modelo PASA	17
■ ROTEIRO DE ATENDIMENTO SUBSEQUENTE POR TELEATENDIMENTO SÍNCRONO.	20
Atendimento subsequente por teleatendimento síncrono da Atenção Contínua no ambulatório modelo PASA	20
■ ANEXOS.	22
Texto 01: Trabalho em equipe	22
Texto 02: As competências do trabalho em equipe.	23
Texto 03: Atenção Contínua na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)	24
Texto 04: Prática baseada em evidências x <i>fake news</i>	25
Anexo 5: Formulário de avaliação dos roteiros de atendimentos do ambulatório de atenção especializada modelo PASA	27
Referências.	29
Materiais complementares	29

DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DOS ROTEIROS DE ATENDIMENTOS

Este instrumento tem como objetivo apoiar na elaboração dos roteiros de atendimentos no ambulatório de Atenção Especializada.

Os roteiros são descrições simples e didáticas que norteiam o caminho a ser seguido sobre um determinado assunto. Como um guia estratégico, os roteiros oferecem subsídios direcionadores, baseados em evidências, que têm como potência proporcionar a garantia da segurança da pessoa usuária, dos profissionais e a melhoria da qualidade dos atendimentos. Para realizar uma boa assistência, por exemplo, é necessário que todos os profissionais envolvidos saibam quais passos devem seguir, como reagir a situações mais recorrentes e como lidar com o inesperado.

Dos roteiros de atendimentos (com direcionamentos mais detalhados), derivamos o que se denomina ficha-roteiro. **As fichas-roteiro são sintéticas e objetivas e são elas que servem de espelho para utilização na rotina diária de atendimentos.** Em muitos ambulatórios, as fichas-roteiro balizam a definição e disposição do conteúdo do prontuário (físico e eletrônico) ou são anexadas como parte da organização do prontuário (em casos de prontuários físicos). O uso das fichas-roteiro no cotidiano dos atendimentos asseguram o alcance do resultado esperado com a implantação dos roteiros.

Importa aqui destacar algumas diferenciações para seguirmos:

Linhas-guia: normalizam todo o processo de atenção em todos os pontos de atenção (envolve intervenções de promoção, prevenção, diagnóstico, cura/cuidado, reabilitação ou palição). Um exemplo de linhas-guia é a normatização da atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

Protocolos clínicos: Normalizam partes do processo definidas com maior precisão e menor variabilidade, em um ponto de atenção determinado, como o Protocolo de Classificação de Risco em Obstetrícia, por exemplo. Os protocolos clínicos podem dispor de Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

Procedimentos Operacionais Padrão (POP): normalizam uma tarefa do processo, contemplando o passo a passo e recursos necessários para sua execução. O POP visa a assegurar que não haja variabilidade na execução do processo, mesmo quando executado por pessoas distintas.

Por que é importante elaborar e implantar os roteiros de atendimento?

A elaboração dos roteiros contribui substancialmente para o exercício de compreensão do cuidado multiprofissional na rotina do ambulatório. A aplicação prática do processo de elaboração e, posteriormente, de implantação dos roteiros, possibilita a apropriação do conhecimento e competências de todas as áreas e setores do ambulatório envolvidas na linha de cuidado priorizada.

Esse movimento fortalece a interprofissionalidade, a interdisciplinaridade e promove uma diminuição das falhas de comunicação entre os atores envolvidos no cuidado da pessoa usuária, condição importante para o fortalecimento do macroprocesso assistencial do ambulatório.

Quando utilizados, os roteiros subsidiam o gerenciamento e organização dos atendimentos, possibilitam que as avaliações e registros sejam padronizados e que tenham como direção as necessidades das pessoas usuárias de maneira integral, em todas as dimensões do cuidado.

Além disso, os roteiros cumprem algumas funções estratégicas para organização do Ciclo de Atenção Contínua, a saber:

- Ampliar a segurança das pessoas usuárias e profissionais.
- Padronizar as intervenções a partir do núcleo profissional.
- Organizar e direcionar a avaliação e raciocínio clínico.
- Reunir os requisitos/itens necessários para um atendimento centrado nas necessidades da pessoa usuária em sua integralidade, observando todas as dimensões do cuidado.

- Qualificar a assistência às subpopulações de alto e muito alto risco.
- Evitar retrabalho/redundâncias desnecessárias.
- Melhorar a gestão do tempo de atendimento.
- Melhorar a efetividade do atendimento ao reduzir possibilidades de atrasos ou erros na definição do diagnóstico e tomada de decisão.
- Reduzir a complexidade e variabilidade dos processos.
- Auxiliar na condução e documentação sistemática do atendimento, norteados a prática clínica.
- Diminuir falhas no processo de comunicação entre os profissionais.
- Facilitar a integração de novos profissionais na equipe multiprofissional da unidade ambulatorial, na medida em que padroniza as competências específicas esperadas para cada profissional/setor e as competências da equipe.



O roteiro não deve dispor apenas de orientações genéricas. É preciso considerar as especificidades da linha de cuidado priorizada e do perfil da subpopulação atendida! Por outro lado, não deve dispor apenas de orientações específicas que desconsiderem a multidimensionalidade dos sujeitos.

Na atualidade, não cabe a nenhum trabalhador de saúde em separado a possibilidade de atender ao conjunto de demandas de saúde apresentadas pelas pessoas usuárias, ou mesmo, por uma única pessoa usuária em particular. Por isso, torna-se necessário que os profissionais reconheçam as conexões que existem entre as diversas atividades executadas no percurso do cuidado e tomem estes nexos verdadeiramente em consideração para construção de ações articuladas.

De modo geral, o cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada é desempenhado por diferentes especialistas focais que, em sua maioria, atuam de forma isolada e sem comunicação efetiva. Nesse sentido, a implantação de roteiros de atendimento em uma unidade ambulatorial desempenha um papel-chave, que ultrapassa a mera coleta de dados, pois fortalece o estabelecimento de espaços de integração e conexão e oportuniza que toda equipe conheça a estrutura do atendimento, ou seja, as etapas que serão percorridas por cada setor/especialidade/área para o desenvolvimento dos diferentes tipos e modalidades de atendimento.

A estratégia utilizada no processo de implantação pressupõe que as propostas de roteiros sejam apresentadas, avaliadas e validadas por todos os profissionais envolvidos até que se alcance um consenso entre os pares.

Quem elabora os roteiros?

Os profissionais envolvidos no atendimento da pessoa usuária. Nesse sentido, toda equipe (administrativa e assistencial) deve estar envolvida no processo de elaboração dos roteiros de atendimentos.

Esse exercício coletivo favorece a reflexão acerca dos processos de trabalho e oportuniza que a prática seja confrontada com as evidências científicas, variáveis de contexto e competências esperadas. Ademais, promove o estabelecimento de relações de confiança mútua e interações respeitosas que tendem a romper sistematicamente com a estrutura de fragmentação entre setores e/ou áreas de atuação e a fortalecer a prática colaborativa interprofissional e interdisciplinar.



Tomar conhecimento do que cada um faz, as competências, os papéis, os objetivos e a dinâmica de funcionamento de cada processo do ambulatório, promove alinhamento e unificação de pontos em comum, diminui ambiguidades e sedimenta a comunicação efetiva entre os profissionais da equipe e entre os profissionais e a pessoa usuária.

O envolvimento de todos os profissionais na padronização dos processos permite a redução de erros, a unificação de pontos em comum e promove o alinhamento da linguagem adotada, o que tende a diminuir falhas no processo de comunicação entre os profissionais da equipe e entre os profissionais e a pessoa usuária.

Tecnologia Leve/Tecnologia Leve-dura/Tecnologia Dura (MERHY, 2002):

Leves: são as tecnologias relacionais que compõem o processo de trabalho e que geram produção de relações, interação e vínculo entre profissionais e pessoas usuárias.

Leves-duras: são os saberes bem estruturados que direcionam o processo de trabalho em saúde, como as bases teóricas e conceituais, modo como cada núcleo profissional aplica o seu conhecimento para produzir o cuidado.

Duras: são os recursos tecnológicos, os materiais, os equipamentos, as estruturas organizacionais e normas.

Quais áreas| setores| processos devem elaborar roteiros?

Recepção, Agendamento, Técnico em Enfermagem, Ponto de Apoio, Avaliação inicial do compartilhamento do cuidado (Enfermeiro(a) e o(a) Assistente Social), Psicologia, Enfermagem, Consulta do Enfermeiro(a), Nutrição, Medicina (Ginecologista Obstetra, Pediatra, Ultrassonografista, Cardiologista, Endocrinologista, Angiologista, Nefrologista, Neurologista, Oftalmologista, Mastologista, Psiquiatra, Geriatra, Médico de Família e Comunidade), Farmácia Clínica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, dentre outras conforme carteira de serviços e linha de cuidado priorizada.



É importante assegurar que todos os integrantes da equipe ao ingressarem no ambulatório recebam treinamento teórico e prático sobre os roteiros de atendimentos.

O que fazer antes de iniciar o processo de elaboração e implantação dos roteiros de atendimento na unidade ambulatorial?

1. Definir dois profissionais de nível superior (áreas diferentes) para coordenar o processo de elaboração dos roteiros de atendimentos.
2. Apresentar e validar com a equipe o *script* orientador (anexo) para construção dos roteiros.
3. Apresentar texto de apoio (anexo) para seleção de melhores evidências.
4. Elaborar cronograma contendo a data de início e término para envio de acordo com as etapas: envio para os coordenadores, análise, devolutiva, apresentação para a equipe, avaliação, validação e consolidação do protocolo clínico.
5. Pactuar estratégia de comunicação entre o coordenador e os profissionais (e-mail, grupos em App de mensagens instantâneas, pasta compartilhadas no *Google Drive*, etc.).

Próximos passos...

1. Os profissionais devem elaborar o roteiro, conforme o *script* e texto de apoio para seleção de melhores de evidências e enviar aos coordenadores no prazo estabelecido no cronograma.
2. Ao receber os roteiros de cada área, os coordenadores identificarão e sinalizarão as redundâncias, considerando que o cuidado especializado é complementar ao cuidado realizado pela Atenção Primária, que deve ser longitudinal.
3. As avaliações dos coordenadores devem ser encaminhadas para os respectivos profissionais.
4. Após *feedback* dos coordenadores, cada área realizará as adaptações para apresentação individual.
5. Os coordenadores devem acompanhar e monitorar o progresso da elaboração e adaptação dos roteiros.
6. Os coordenadores devem organizar uma oficina para validação dos roteiros.

Como organizar a oficina de validação de roteiros?

1. Todos os profissionais da equipe devem participar.
2. A oficina deve dispor de carga horária que possibilite que todos os roteiros sejam apresentados, podendo ser desenvolvida em vários momentos.

3. Durante a oficina cada área envolvida receberá uma ficha de avaliação dos roteiros, que deverá ser preenchida por todos os profissionais participantes.
4. As avaliações devem ser consolidadas pelos coordenadores e direcionada para que os respectivos profissionais façam as adequações.
5. Realizadas as adequações pelos profissionais, os coordenadores devem programar um novo momento com a equipe para que os profissionais apresentem as mudanças realizadas e para que novamente avaliem utilizando a mesma ficha da primeira avaliação.
6. Os coordenadores devem destacar as fichas de avaliação e consolidar todos os roteiros de atendimentos com vistas à validação na prática.

O *Role-Play* na Atenção Contínua

Para validação prática dos roteiros os profissionais devem utilizar a técnica de *Role-Play Gamer* (RPG), que consiste em uma metodologia de aprendizagem ativa, que utiliza como estratégia a dramatização ou representação. A utilização da dramatização torna a vivência mais próxima do real, ao proporcionar a imersão e a experiência vivida.

Ao promover a aproximação com a situação contextualizada, essa técnica oportuniza a diminuição da ansiedade e o desenvolvimento de confiança nas ações executadas, tendo em vista que permite a revisão e correção de condutas sem comprometer a segurança de um paciente.

Organizando o *Role-Play*

1. Agendar data, horário de início e término, com a previsão de carga horária de 5h ininterrupta para o desenvolvimento da atividade.
2. Confirmar presença com todos os profissionais da equipe e demais pessoas envolvidas.
3. Nos ambulatorios que já operam, reorganizar agenda de atendimentos para que não ocorram atendimentos ao público no dia da atividade.
4. Propor à equipe a realização de um lanche coletivo para que possam compartilhar no intervalo da atividade.
5. Garantir que todos os ambientes do ambulatório estejam limpos e organizados.
6. Definir se os instrumentos que serão utilizados serão impressos ou usados no formato virtual.
7. Convidar três colaboradores do ambulatório que não integrem a equipe assistencial e que tenham boa desenvoltura para participarem da atividade de *Role-Play*, atuando como: pessoa usuária do caso; acompanhante da pessoa usuária; profissional da APS responsável pelo agendamento no AAE; profissional da APS médico ou enfermeiro para discussão do caso após a elaboração do Plano de Cuidados.
8. Explicar a atividade aos convidados e disponibilizar o estudo de caso e o formulário de compartilhamento do cuidado.
9. Definir quais os profissionais da equipe que devem fazer parte da equipe de condução da atividade: Diretor; Relator; Guardião do Tempo.



No momento em que o profissional estiver atuando em seu papel na Atenção Contínua, o outro profissional deverá assumir a sua atribuição na condução da atividade. Desta forma, recomenda-se a escolha de suplentes, não podendo ser o profissional do Ponto de Apoio, que atuará na sua função durante toda atividade.

10. Definir equipe de observadores: Profissionais da equipe assistencial - que não atuarão no atendimento direto à pessoa usuária e que devem manter-se atentos e vigilantes, registrando as oportunidades de melhoria para discutirem na avaliação final da equipe sobre o *Role-Play* e participantes externos -Tutores da SES nível central, regional, que devem atuar como apoio para intervenção por solicitação da equipe.
11. Reunir com a equipe e repassar a matriz da Atenção Contínua e seus anexos. Materiais necessários: Matriz da Atenção Contínua e Anexos - Formulário de Compartilhamento do Cuidado do Usuário do Caso, Estudo de Caso e Plano Cuidados.

Desenvolvendo o *Role-play*

1. Reunir todos os membros da equipe. É necessário que todos estejam presentes no horário acordado.
2. Recapitular a atividade, repassar o passo a passo do usuário na Atenção Contínua e alinhar o entendimento de todos.
3. Apresentar os participantes que devem fazer parte da condução da atividade e suas funções na atividade: Diretor, Relator e Guardião do Tempo.
4. Apresentar colaboradores convidados e suas funções: Pessoa usuária; Acompanhante da Pessoa Usuária e Profissionais da APS.
5. Apresentar a equipe que atenderá a pessoa usuária: um representante de cada categoria profissional que compõe equipe multiprofissional do ambulatório.
Observação: Toda equipe participa da atividade, pois todo o percurso da pessoa usuária fará parte do *Role-Play*.
6. Apresentar a equipe de observadores internos e externos.
7. Durante o *Role-Play*, cada profissional deve receber uma ficha de avaliação do *Role-Play* para identificação de oportunidades de melhoria nos roteiros.

Após o *Role-Play*, os colaboradores convidados devem:

1. Programar uma agenda com todos os profissionais para discutir e fazer as adaptações necessárias, a partir das oportunidades identificadas no exercício prático.
2. Realizadas as adequações, os roteiros devem ser finalizados e compartilhados com toda a equipe para revisão final e validação.
3. Após validação, os roteiros devem ser organizados, diagramados e publicizados, com cópia impressa e eletrônica para toda equipe.

Sugestão de modelo de cronograma para elaboração dos roteiros de atendimentos

Atividades	Data	Data	Data	Data
Definir dois profissionais de nível superior (áreas diferentes) para coordenar o processo de elaboração dos roteiros de atendimentos				
Apresentar e validar com a equipe o <i>script</i> orientador para construção dos roteiros				
Apresentar texto de apoio para seleção de melhores evidências (anexo)				
Elaborar cronograma para cada área/setor contendo a data de início e término para envio de acordo com as etapas: envio para os coordenadores, análise, devolutiva, apresentação para a equipe, avaliação, validação e consolidação do protocolo clínico				
Alinhamento e pactuações dos prazos do cronograma (considerar pontos que não podem ser ignorados, apresentados no <i>script</i>)				
Pactuar estratégia de comunicação entre o coordenador e os profissionais (e-mail, grupos em App de mensagens instantâneas, pastas compartilhadas no <i>Google Drive</i> , etc.)				
Programar Oficina para validação dos roteiros, conforme orientação das diretrizes				
Programar agenda pós-oficina, para apresentação dos ajustes realizados, conforme orientação das diretrizes				
Selecionar o caso (anexo) correspondente à linha de cuidados priorizada, ler e distribuir os papéis para o <i>Role-Play</i>				
Programar e realizar o <i>Role-Play</i> , conforme orientações das diretrizes				
Programar agenda para o <i>feedback</i> da equipe sobre o <i>Role-Play</i> (identificar as oportunidades de melhoria, como: retrabalho, redundâncias desnecessárias, gestão do tempo, barreiras nos fluxos, dentre outros correlatos)				
Estabelecer prazo para ajustes, adaptações e envio para consolidação				
Definir prazo para consolidação dos roteiros de atendimentos, publicação e programar alinhamento com a equipe para implementação				
Roteiros de atendimentos implementados na unidade ambulatorial especializada				

SCRIPT ORIENTADOR PARA A CONSTRUÇÃO DOS ROTEIROS

Este documento objetiva apresentar detalhamentos imprescindíveis para a elaboração dos roteiros. Nele você compreenderá alguns elementos e os processos decorrentes do compartilhamento do cuidado realizado a partir da comunicação e integração da APS com uma unidade ambulatorial organizada sob a lógica do Modelo PASA.

Importa atentar que estamos nos referindo a ambulatorios que se valem da tecnologia da Atenção Contínua para desenvolvimento de atendimentos. O uso dessa tecnologia pressupõe que os atendimentos multiprofissionais sejam prestados em um mesmo dia e turno, em conformidade com a carteira de serviço e diretrizes clínicas, a partir de uma ordem lógica previamente determinada.

Na fase de elaboração dos roteiros alguns processos não podem ser ignorados, nesse sentido, devem ser roteirizados e validados:

1. Os processos que envolvem a comunicação e integração com a APS antes do acesso da pessoa usuária à unidade ambulatorial:
 - a. Agendamento.
2. Os Processos preliminares do Ciclo de Atenção Contínua:
 - a. O processo de trabalho da Recepção| Serviço de Arquivamento de Prontuário (Confirmação de comparecimento e orientações gerais sobre o atendimento, controle dos prontuários).

Nota: O documento "Diretrizes para o Agendamento na Atenção Ambulatorial Especializada", disponível na plataforma E-planifica, poderá ser utilizado para apoiar os setores de agendamento e recepção.



- b. O Atendimento realizado pelo Técnico em Enfermagem (Sinais vitais, antropometria e sinais de alerta).
 - c. A avaliação do Compartilhamento do Cuidado realizado pelo Enfermeiro (verificação do formulário de compartilhamento ou Plano de Cuidados, avaliação dos critérios de compartilhamento e demais documentos necessários) e Assistente Social (supervisão indireta para casos em que se identifique a necessidade de articulação com a APS e/ou demais pontos da RAS). É importante que estejam descritas as condutas a serem tomadas em casos de problemas com documentação, ausência de acompanhantes, não acesso a exames, procedimentos, medicamentos e/ou insumos disponíveis na rede e que repercutiram no compartilhamento do cuidado dentre outras situações específicas, bem como para os casos em que há necessidade de pactuação de data e horário para atendimento de pessoas usuárias fora dos critérios de compartilhamento na unidade de saúde de referência).
 - d. Acolhimento Coletivo (Ex.: Boas-vindas).
 - e. Os processos ligados ao Ponto de Apoio, o enfermeiro do Ponto de Apoio deve descrever como acontece o gerenciamento da Atenção Contínua, que envolve, dentre outros elementos, o atendimento à pessoa usuária - após cada atendimento do Ciclo de Atenção Contínua - a interface com a equipe multiprofissional, o direcionamento dos fluxos, a abordagem para apresentação e fechamento do Plano de Cuidados com a pessoa usuária e pactuações com a APS.
3. Os processos ligados ao Ciclo de Atenção Contínua (atendimentos individuais, exames, avaliações e procedimentos):
 - a. Atendimento inicial ou 1º Atendimento.
 - b. Atendimento Subsequente Presencial e Atendimento Subsequente Teleatendimento Síncrono.
 - c. Exames.
 - d. Avaliações específicas (ex.: avaliação do pé diabético).

Nota: Os atendimentos - 1º atendimento e subsequente - apresentam objetivos diferentes e demandam roteiros específicos!



Nota: Os profissionais que realizam avaliações específicas, exames e procedimentos devem incluir esses processos nos seus roteiros!

Nota: A ordem lógica do Ciclo de Atendimentos deve ser considerada no processo de elaboração, para que se estabeleça conexões lógicas entre os atendimentos, a fim de promover a redução de retrabalhos e redundâncias desnecessárias.

4. O produto do Ciclo de Atendimentos é um Plano de Cuidados, discutido e elaborado/atualizado pela equipe envolvida no atendimento, a partir das necessidades da pessoa usuária e com bases em diretrizes clínicas definidas para a linha de cuidado priorizada. Os profissionais devem descrever a estratégia que será utilizada para o desenvolvimento desse processo.

Nota: Recomendamos o acesso ao texto de apoio para identificação de referências seguras, em caso de dúvidas e/ou dificuldades de levantamento de bases confiáveis para suporte na elaboração dos roteiros.

É elementar que os profissionais considerem e discutam alguns aspectos considerados basilares para o atendimento à pessoa usuária e, por conseguinte, para a elaboração dos roteiros dos primeiros atendimentos e atendimentos subsequentes nas diferentes modalidades:

1. O conhecimento do perfil das subpopulações atendida.
2. A compreensão das necessidades das pessoas usuárias.
3. A compreensão de que é um exercício que permite a uniformização e qualificação da atenção prestada às subpopulações de alto e muito alto risco.
4. O entendimento de que a padronização consiste em um recurso que apoia a logística e agilidade dos atendimentos previstos em cada Ciclo de Atenção Contínua.
5. A compreensão de que a sequência lógica dos atendimentos, indicada para o Ciclo de Atenção Contínua da linha de cuidado priorizada, é um ponto-chave para orientar o tempo necessário para obtenção de um atendimento e registro com qualidade.
6. O conhecimento de que o produto do Ciclo de Atenção Contínua é um Plano de Cuidados Individual com objetivos e metas claras e personalizadas, de acordo com a necessidade da pessoa usuária.
7. A compreensão de que a abordagem dos atendimentos deve variar de acordo com o perfil da pessoa usuária.



Constitui-se como critério de excelência a apresentação de abordagens personalizadas para o atendimento a necessidades de cuidado específicas: pessoas com deficiência (física, visual, auditiva, intelectual, psicossocial e a deficiência múltipla); pessoas com autocuidado insuficiente; pessoas com baixa adesão terapêutica; pessoas com baixo nível de letramento e numeramento em saúde; pessoas com suporte social e familiar insuficiente.

Isto posto, podemos partir para a compreensão da estruturação das etapas que envolvem o ciclo de atendimentos.

ROTEIRO PARA ATENDIMENTO INICIAL (1º ATENDIMENTO)

Atendimento inicial (1º atendimento) da Atenção Contínua no ambulatório modelo PASA

É o primeiro atendimento de uma pessoa usuária na unidade ambulatorial especializada, na modalidade eletiva (programada, ou seja, que não está internada), presencial (face a face), prestado por uma equipe multiprofissional de saúde, a uma pessoa usuária (com condições crônicas de alta complexidade e não agudizadas). O acesso da pessoa usuária ao ambulatório é feito por compartilhamento do cuidado, realizado pela equipe de referência da APS, segundo critérios estabelecidos em diretrizes clínicas utilizada pela RAS, para estratificação de risco e manejo das pessoas com determinada condição crônica.

O ambulatório modelo PASA adota a tecnologia leve-dura da Atenção Contínua para a AAE (ciclo de atendimentos multiprofissional), que consiste em um conjunto de atendimentos e exames especializados, estabelecidos conforme a carteira de serviços, constituídas para atender as necessidades de saúde das pessoas usuárias, a partir de diretrizes clínicas da rede temática do ambulatório. Esse ciclo de atendimentos é necessariamente prestado em um mesmo dia e turno de trabalho da unidade, a sequência dos atendimentos segue uma ordem lógica previamente estabelecida.

No primeiro atendimento, todas as especialidades elencadas na carteira básica de serviços do ambulatório atendem à pessoa usuária. A avaliação multiprofissional possibilita que a equipe se aproprie dos múltiplos fatores que dificultam ou impossibilitam o alcance e/ou a manutenção da estabilidade clínica-funcional da pessoa usuária e permite que seja discutido e elaborado ou atualizado, conjuntamente, uma proposta de Plano de Cuidados de forma interprofissional e interdisciplinar. O Plano de Cuidados é explicado, discutido e fechado com a pessoa usuária pelo profissional do Ponto de Apoio. O Plano de Cuidados é compartilhado e discutido com a equipe da APS que operacionaliza, acompanha e apoia junto à pessoa usuária e sua família no desenvolvimento das ações propostas e pactuadas. Além disso, a equipe do ambulatório oferece apoio de retaguarda técnico-assistencial às equipes da APS, que podem acioná-la sempre que necessário.

1. Contato inicial

- Descrever o processo inicial contemplando as saudações, apresentações e confirmações dos dados (conforme protocolo da Segurança do Paciente, Meta 1, identificação correta do paciente).
- Apresentar à pessoa usuária o tipo de atendimento que será realizado e qual o objetivo.
- Especificar a abordagem eleita para acolher as expectativas da pessoa usuária em relação ao atendimento da especialidade.

Observação: Optar por perguntas abertas (o quê, quando, onde, como, desde quando).

2. Compartilhamento do cuidado APS-AAE

- Especificar como serão feitas as avaliações.
- Formulário de compartilhamento do cuidado ou do Plano de Cuidados da APS.
- Estratificação de risco realizada pela equipe da APS.

Observação: A estratificação de risco é dinâmica e constitui-se como uma importante ferramenta para a gestão do cuidado, pois direcionará as ações de manejo clínico, programação assistencial, estabelecimento de metas e transição do cuidado. [△](#) Desta forma, **deve ser atualizada pela APS e reavaliada na AAE em todos os atendimentos.**

Anexos:

Avaliação da documentação anexa, descrever os aspectos que devem ser observados de acordo com a linha de cuidados priorizada:

- Caderneta da gestante, cartão da criança, pessoa idosa, vacinação.
- Exames preconizados nas diretrizes clínicas e realizados.
- Prescrições das medicações em uso.
- Sumário de Alta e/ou Plano de Cuidados hospitalar.
- Mapa pressórico, glicêmico, peso.
- Gráficos de peso, altura etc.

Observação: Descrever os anexos essenciais para o atendimento e diante da ausência de algum desses itens, quais as medidas serão adotadas, por quem deverão ser feitas e em que momento deverão ser feitas.

3. Avaliação da Atenção Contínua no ambulatório

Os atendimentos dos profissionais da equipe devem seguir uma sequência lógica, previamente estabelecida, a fim de assegurar a construção coletiva da avaliação integrada da pessoa usuária. O princípio da complementariedade das informações deve ser considerado, de forma a minimizar a redundância desnecessária e o retrabalho da equipe. Desta forma, todos os atendimentos devem ser registrados no prontuário da pessoa usuária, único e integrado, possibilitando que todos os profissionais acompanhem o que foi feito pelos demais profissionais.

É imprescindível que a ordenação dos atendimentos na Atenção Contínua seja considerada para a elaboração dos roteiros, considerando que os profissionais que atenderão antes poderão subsidiar o profissional que estará atendendo e, os que atenderão posteriormente, complementarão à avaliação dos demais, a fim de contemplar as diferentes dimensionalidades do cuidado, que instrumentalizará a equipe para a discussão e elaboração do Plano de Cuidados.

No roteiro deverá conter a ordem do atendimento da especialidade, ou seja, qual especialidade atenderá antes e depois do seu atendimento, a fim de direcionar o raciocínio clínico integrado.

Além disso, deverá conter os itens pré-requisitos que deverão ser considerados pelo especialista na avaliação dos atendimentos realizados anteriores para a realização da sua avaliação.

No exemplo a seguir observamos o ciclo do primeiro atendimento na Atenção Contínua, sob a ótica da especialidade de nutrição da linha de cuidados da pessoa com Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerando os atendimentos que o antecede até o primeiro posterior.

Recepção (Anterior a nutrição)	Técnico em enfermagem (Anterior a nutrição)	Avaliação do compartilhamento do cuidado (Anterior a nutrição)	Psicologia (Anterior a nutrição)
<ul style="list-style-type: none"> • Confirmação dos dados, conforme <i>checklist</i> de agendamento. • Disponibilização do prontuário integrado para o início do atendimento. 	<p>Para avaliação o técnico em enfermagem utilizará os dados do atendimento anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prontuário integrado. • Dados cadastrais. <p>O Técnico em enfermagem deve subsidiar a equipe com as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dados da verificação dos dados vitais e antropométricos. • Checagem do uso da medicação de uso contínuo já utilizada pela pessoa usuária, alimentação anterior ao atendimento (risco de hipoglicemia). • Identificação de alergias, risco de quedas, etc. 	<p>Para avaliação do compartilhamento do cuidado o enfermeiro utilizará os dados dos atendimentos anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prontuário integrado. • Dados cadastrais. • Dados vitais e antropométricos, histórico de alergias, alimentação anterior ao atendimento (risco de hipoglicemia). <p>A avaliação do compartilhamento do cuidado feita pelo enfermeiro deve subsidiar a equipe com as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os critérios de compartilhamento do cuidado APS com a AAE, conforme <i>checklist</i> de agendamento, incluindo reestratificação de risco, exames, prescrições e acompanhante. • Vinculação com a equipe da APS. <p>Caso a avaliação indique não conformidade dos critérios de compartilhamento o assistente social mediará as articulações com a equipe da APS para assegurar a continuidade do cuidado e deverá subsidiar a equipe com as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pactuações realizadas para resolução dos itens faltosos para o adequado compartilhamento do cuidado no ambulatório e na APS e demais encaminhamentos decorrentes das indicações expressas pela pessoa usuária. 	<p>O atendimento do psicólogo utilizará os dados dos atendimentos anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prontuário integrado. • Dados cadastrais. • Dados vitais e antropométricos, histórico de alergias, alimentação anterior ao atendimento (risco de hipoglicemia); reestratificação de risco, registro do enfermeiro acerca da avaliação do compartilhamento do cuidado, se realizada dentro dos critérios e registro da vinculação com a APS. <p>O atendimento psicológico deve subsidiar a equipe com as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntese do resultado da avaliação psicológica focal. • Resultado da avaliação da autopercepção da pessoa usuária sobre sua saúde. • Avaliação da compreensão sobre a condição crônica. • Resultado da avaliação do nível de letramento e numeramento em saúde. • Resultado da avaliação da capacidade para o autocuidado.

Enfermeiro (Anterior a nutrição)	Nutrição (Em atendimento)	Endocrinologia (Posterior a nutrição)
<p>O atendimento do enfermeiro utilizará os dados dos atendimentos anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prontuário integrado. • Dados cadastrais. • Dados vitais e antropométricos, histórico de alergias, alimentação anterior ao atendimento (risco de hipoglicemia); reestratificação de risco, exames e prescrições medicamentosas, coletados, vinculação com à APS. • Síntese do resultado da avaliação psicológica focal. • Resultado da avaliação da auto percepção da pessoa usuária sobre sua saúde. • Avaliação da compreensão sobre a condição crônica. • Resultado da avaliação do nível de letramento e numeramento em saúde. • Resultado da avaliação da capacidade para o autocuidado. Esses elementos serão imprescindíveis para o estabelecimento do nexa causal e proposição das intervenções de enfermagem. <p>O atendimento do enfermeiro deve subsidiar a equipe com as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro da coleta de dados/ histórico de enfermagem (antecedentes familiar e pessoal, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, composição familiar, moradia, renda global da família, crenças etc.). • Resultado do exame físico do enfermeiro (integral com foco na avaliação da acuidade visual, auditiva, cavidade bucal, dos pés, locais de aplicação de insulina, etc.) • Diagnóstico de Enfermagem. • Planejamento do cuidado. • Implementação; e Avaliação. 	<p>O atendimento nutricional utilizará os dados dos atendimentos anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prontuário integrado. • Dados cadastrais. • Dados vitais e antropométricos, histórico de alergias, alimentação anterior ao atendimento (risco de hipoglicemia); reestratificação de risco, exames e prescrições medicamentosas, coletados, vinculação com à APS. • Síntese do resultado da avaliação psicológica focal. • Resultado da avaliação da auto percepção da pessoa sobre sua saúde. • Resultado da avaliação da compreensão sobre a condição crônica. • Resultado da avaliação do nível de letramento e numeramento em saúde. • Resultado da avaliação da capacidade para o autocuidado. <p>Esses elementos serão imprescindíveis para o estabelecimento do nexa causal e proposição das intervenções nutricionais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Histórico do enfermeiro, antecedentes familiar e pessoal, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, composição familiar, moradia, renda global da família, crenças, etc. <p>O atendimento do nutricionista deve subsidiar a equipe com as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do estado nutricional, anamnese nutricional/inquérito nutricional, exame físico nutricional (resultado da avaliação da composição corporal), as propostas de intervenções alimentares considerando a avaliação e o contexto individual e familiar. • Solicitação de monitoramento do peso. 	<p>Para o atendimento endocrinológico serão utilizados os dados dos atendimentos anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prontuário integrado. • Dados cadastrais. • Dados vitais e antropométricos, histórico de alergias, alimentação anterior ao atendimento (risco de hipoglicemia); reestratificação de risco, exames e prescrições medicamentosas, coletados, vinculação com à APS. • Síntese do resultado da avaliação psicológica focal. • Resultado da avaliação da auto percepção da pessoa usuária sobre sua saúde. • Resultado da avaliação da compreensão sobre a condição crônica. • Resultado da avaliação do nível de letramento e numeramento em saúde. • Resultado da avaliação da capacidade para o autocuidado. • Histórico do enfermeiro, antecedentes familiar e pessoal, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, composição familiar, moradia, renda global da família, crenças etc.. • Resultado da avaliação da acuidade visual, auditiva, cavidade bucal, dos pés, locais de aplicação de insulina, etc.). • Avaliação do estado nutricional, exame físico nutricional (resultado da avaliação da composição corporal), as propostas de intervenções alimentares considerando a avaliação e o contexto individual e familiar. <p>O atendimento do endocrinologista deve subsidiar a equipe com as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultado da avaliação clínica. • Diagnóstico médico. • Prescrição de medicamentos. • Desprescrições de medicamentos com justificativa. • Solicitação de monitoramento glicêmico e pressórico. • Solicitação de exames complementares. • Solicitação de interconsultas, de acordo com a necessidade da pessoa usuária, com a nefrologia, cirurgia vascular etc.

4. Avaliação clínica

1. **Histórico clínico** (conjunto de informações documentadas e/ou relatadas pela pessoa usuária e/ou acompanhantes, autorizadas por ela, sobre a sua saúde, em todos os ciclos de vida).
2. **Histórico familiar.**
3. **Histórico pessoal** (Fatores modificáveis e não modificáveis, doenças - quais e o tempo de diagnóstico - cirurgias, acidentes, internações progressas); histórico de agudizações das condições crônicas (frequência das ocorrências, intervenções adotadas e os pontos de atenção acionados).

Nota:

Incluir nos roteiros das especialidades correspondentes:

- Avaliação da autopercepção da pessoa usuária sobre a sua saúde.
- Avaliação do nível de letramento e numeramento em saúde.
- Avaliação da capacidade para o Autocuidado Apoiado.
- Avaliação do suporte familiar.
- Avaliação do suporte social.
- Revisão de forma focal dos sistemas (cardiovascular, respiratório, digestório, esquelético, muscular, nervoso, endócrino, urinário, reprodutor, tegumentar etc.).
- Exames complementares previamente realizados.
- Alergia medicamentosa e não medicamentosa.
- Histórico medicamentoso e medicações em uso.
- Avaliação da adesão terapêutica.

4. Insumos e outros recursos terapêuticos, curativos e reabilitadores em uso.
5. Avaliação/Exame físico.
6. Especificar a elaboração da lista de problemas por ordem de importância e significância.
7. Definições das hipóteses diagnósticas.
8. Critérios para avaliação da estratificação de risco.

Propostas para o Plano de Cuidados:

Observação: As propostas devem ser apresentadas e discutidas com as demais especialidades da equipe que atenderam a pessoa usuária, ao final do Ciclo de Atenção Contínua.

9. Objetivos da especialidade frente aos objetivos da pessoa usuária.
10. Intervenções terapêuticas não farmacológicas: atividade física, ingestão hídrica, meditação, participação em atividades de grupos temáticos com foco na mudança de comportamento e estilo de vida etc.
11. Intervenções farmacológicas: prescrição de medicamentos e insumos; desprescrições de medicamentos e as justificativas pela desprescrição.
12. Insumos e outros recursos terapêuticos, curativos e reabilitadores solicitados.
13. Exames complementares solicitados.
14. Monitoramentos glicêmicos, pressóricos, peso (periodicidade, local e horários).
15. Compartilhamento do cuidado com outros serviços da RAS.
16. Sinais e sintomas de agudização, intervenções propostas e os pontos de atenção à saúde de referência (UBS, CAPS, UPA, hospital, maternidade etc.), que podem ser acionados.
17. Mensuração dos resultados clínicos-funcionais.
18. Pactuações das metas clínicas-funcionais.
19. Critérios de estabilidade clínico-funcional da especialidade.
20. Estabelecer a necessidade ou não de atendimentos subsequentes (especificar a periodicidade e a modalidade, se presencial ou teleatendimento).

5. Finalização do atendimento

1. Elaboração ou preenchimento dos anexos que acompanham o Plano de Cuidados (cartão da gestante, criança, pessoa idosa, prescrições, cardápios, atestados, declarações, relatórios, mapa de monitoramento pressórico, glicêmico, peso).
2. Descrever as orientações para o fortalecimento do vínculo com a equipe da APS.
3. Síntese do atendimento realizado.
4. Disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.
5. Orientações e direcionamento da pessoa usuária ao Enfermeiro do Ponto de Apoio para abordagem do pós-atendimento.
6. Registros finais do atendimento no prontuário da pessoa usuária.

ROTEIRO DE ATENDIMENTO SUBSEQUENTE PRESENCIAL

Atendimento subsequente da Atenção Contínua no ambulatório modelo PASA

São denominados subsequentes os atendimentos que ocorrem na unidade ambulatorial especializada, após já ter ocorrido o primeiro atendimento de uma pessoa usuária com condições crônicas de alta complexidade e não agudizadas, que teve o seu cuidado compartilhado pela APS. Da mesma forma que no atendimento inicial, ocorre na modalidade eletiva (programada, ou seja, que não está internada), presencial (face a face), prestado por uma equipe multiprofissional de saúde, de acordo com a necessidade identificada no primeiro atendimento ou no momento do atendimento subsequente. O acesso da pessoa usuária ao atendimento subsequente se dá por meio do agendamento interno no próprio ambulatório realizado ao término do último atendimento e informado no Plano de Cuidados da pessoa usuária. Assim como no compartilhamento do cuidado para o atendimento inicial, realizado pela equipe de referência da APS, o agendamento para atendimento subsequente ocorre segundo critérios estabelecidos em diretrizes clínicas utilizadas pela RAS para estratificação de risco e manejo das pessoas com determinada condição crônica.

No atendimento subsequente, à priori, a pessoa usuária é atendida pelos profissionais indicados no Plano Cuidados anterior, contudo, conforme avaliação do compartilhamento, indicação da equipe ou da pessoa usuária, outros profissionais poderão ser acionados para participarem do ciclo de atendimentos, com vistas a apoiar o cuidado. O atendimento subsequente oportuniza a atualização do Plano de Cuidados, a partir da discussão conjunta dos profissionais envolvidos no cuidado da pessoa usuária.

O Plano de Cuidados é compartilhado e discutido com a equipe da APS que operacionaliza, acompanha e apoia junto à pessoa usuária e sua família no desenvolvimento das ações propostas e pactuadas. Além disso, a equipe do ambulatório oferece apoio de retaguarda técnico-assistencial para as equipes da APS, podendo acioná-los sempre que se fizer necessário.

1. Contato inicial no atendimento subsequente

- Descrever o processo inicial contemplando as saudações, apresentações e confirmações dos dados (conforme protocolo da Segurança do Paciente, Meta 1, identificação correta do paciente).
- Apresentar à pessoa usuária o tipo de atendimento que será realizado e qual o objetivo.
- Especificar a abordagem eleita para acolher as expectativas da pessoa usuária em relação ao atendimento da especialidade.

Observação: Optar por perguntas abertas (o quê, quando, onde, como, desde quando).

2. Compartilhamento do cuidado APS-AAE no atendimento subsequente

- Especificar como será feita a avaliação do Plano de Cuidados anterior, plano de autocuidado da pessoa usuária ou outro instrumento de monitoramento do Plano de Cuidados enviado pela equipe da APS.
- Descrever como a pessoa usuária será abordada para identificação de como foi a receptividade e apoio da sua equipe da APS em relação ao Plano de Cuidados.
- Descrever as intervenções que devem ser adotadas frente às principais narrativas apresentadas pela pessoa usuária acerca do apoio da APS e demais pontos da RAS.
- Atualizar a estratificação de risco.

Observação: A estratificação de risco é dinâmica e constitui-se como uma importante ferramenta para a gestão do cuidado, pois direcionará as ações de manejo clínico, programação assistencial, estabelecimento de metas e transição do cuidado. Desta forma, **deve ser atualizada pela APS e reavaliada na AAE em todos os atendimentos.**

Anexos:

Avaliação da documentação anexa, descrever os aspectos que devem ser observados de acordo com a linha de cuidados priorizada:

- Registros realizados desde o último atendimento; caderneta da gestante, cartão da criança, pessoa idosa, vacinação.
- Realização dos exames solicitados no último atendimento.
- Prescrições das medicações em uso, identificar se foram feitas alterações na prescrição desde o último atendimento e se trouxe novas prescrições.
- Sumário de alta e/ou Plano de Cuidados hospitalar, caso tenha ocorrido internação desde o último atendimento.
- Monitoramento do Plano de Cuidados pela equipe da APS.
- Plano de Autocuidado Apoiado elaborado pela pessoa usuária com apoio da equipe da APS.
- Mapa pressórico, glicêmico, peso (se solicitado no último atendimento no ambulatório ou pela APS).
- Gráficos de peso, altura etc. (novos registros desde o último atendimento).
- Relatórios de acompanhamentos (odontológico, equipe multiprofissional da APS, curativos etc.).

Observação: Descrever os anexos essenciais para o atendimento e diante da ausência de algum desses itens, quais as medidas serão adotadas, por quem deverão ser feitas e em que momento deverão ser feitas.

3. Avaliação da Atenção Contínua no ambulatório

Os atendimentos dos profissionais da equipe devem seguir uma sequência lógica, previamente estabelecida, a fim de assegurar a construção coletiva da avaliação integrada da pessoa usuária. O princípio da complementariedade das informações deve ser considerado, de forma a minimizar a redundância desnecessária e o retrabalho da equipe. Desta forma, todos os atendimentos devem ser registrados no prontuário da pessoa usuária, único e integrado, possibilitando que todos os profissionais acompanhem o que foi feito pelos demais profissionais.

É imprescindível que a ordenação dos atendimentos na Atenção Contínua seja considerada para a elaboração dos roteiros, considerando que os profissionais que atenderão antes poderão subsidiar o profissional que estará atendendo e, os que atenderão posteriormente, complementarão à avaliação dos demais, a fim de contemplar as diferentes dimensionalidades do cuidado, que instrumentalizará a equipe para a discussão e elaboração do Plano de Cuidados.

No roteiro deverá conter a ordem do atendimento da especialidade, ou seja, qual especialidade atenderá antes e depois do seu atendimento, a fim de direcionar o raciocínio clínico integrado.

Além disso, deverá conter os itens pré-requisitos, que deverão ser considerados pelo especialista na avaliação dos atendimentos realizados anteriormente para a realização da sua avaliação.

4. Avaliação clínica

Nos atendimentos subsequentes é necessário abordar a pessoa usuária, quanto à atualização do seu histórico clínico desde o último atendimento, repassando pelas questões centrais.

- Histórico familiar.
- Histórico pessoal (Fatores modificáveis e não modificáveis, doenças - quais e o tempo de diagnóstico - cirurgias, acidentes, internações progressas).

⚠ ATENÇÃO: Os roteiros devem contemplar a abordagem minuciosa de cada episódio de agudizações das condições crônicas (frequência das ocorrências, intervenções adotadas e os pontos de atenção acionados), ocorrido no período e intervir proporcionalmente para prevenção de novas ocorrências, que devem ser inseridas no Plano de Cuidados.

Verificar se ocorreram alterações desde o último atendimento:

- Avaliação da autopercepção da pessoa usuária sobre a sua saúde.
- Avaliação do nível de letramento e numeramento em saúde.
- Avaliação da capacidade para o Autocuidado Apoiado.
- Avaliação do suporte familiar.
- Avaliação do suporte social.
 - Revisão de forma focal dos sistemas (cardiovascular, respiratório, digestório, esquelético, muscular, nervoso, endócrino, urinário, reprodutor, tegumentar etc.).
 - Exames complementares realizados no período.
 - Alergia medicamentosa e não medicamentosa.
 - Histórico medicamentoso e medicações em uso.

- Avaliação da adesão terapêutica.
 - Insumos e outros recursos terapêuticos, curativos e reabilitadores em uso.
 - Se foram solicitados monitoramentos glicêmicos, pressóricos, peso, verificar se foram realizados na periodicidade, local e horários e quais foram as barreiras e dificuldades para a verificação.
 - Avaliação/Exame físico.

⚠ ATENÇÃO! Considerando que as pessoas usuárias atendidas apresentam estrato de risco alto ou muito alto, não estáveis e diante da possibilidade evoluírem rapidamente seu quadro, a avaliação e/ou exame físico devem ser realizados em todos os atendimentos, ainda que tenham ocorrido em intervalos bem próximos.

- Atualização da lista de problemas por ordem de importância e significância.
- Atualização das definições das hipóteses diagnósticas.
- Atualização da estratificação de risco.
- Descrever as medidas para verificar as barreiras e dificuldades em relação ao desenvolvimento do Plano de Cuidados proposto e as intervenções para superá-las, junto à pessoa usuária, família, comunidade, equipe da APS, demais pontos da RAS e ou serviços intersetoriais.

⚠ ATENÇÃO! As pessoas usuárias com condições crônicas estão há vários anos ouvindo o que devem e que não devem fazer, abordagens genéricas não resolvem o problema. As pessoas usuárias necessitam de uma equipe multiprofissional especializada para auxiliá-las em **como devem fazer**. É importante que os roteiros contemplem estratégias de como apoiá-las a fazer, adaptáveis aos diferentes contextos de baixo nível de letramento e numeramento em saúde, capacidade para o autocuidado insuficiente, cenários socioeconômicos desfavoráveis, fatores culturais e regionais, dentre outros desafios que enfrentam no seu dia a dia.

Não basta elaborar o Plano de Cuidados, é preciso que o profissional e a equipe reflitam se as intervenções e metas propostas são exequíveis frente aos desafios identificados durante os atendimentos e quais as estratégias devem ser adotadas pela soma dos esforços da pessoa usuária, família, comunidade, demais pontos da RAS e outros parceiros, apoiados por ambas as equipes APS e AAE, que juntas são corresponsáveis diretas pela gestão do cuidado da pessoa usuária.

Propostas para a atualização do Plano de Cuidados:

Observação: As propostas de atualização do Plano de Cuidados devem ser apresentadas e discutidas entre as especialidades da equipe envolvidas no atendimento subsequente da pessoa usuária.

Diante de novo fato que requeira nova avaliação de alguma especialidade não prevista inicialmente para esse ciclo de atendimento subsequente, essa deve ser solicitada ao Ponto de Apoio e realizada antes da atualização do Plano de Cuidados. Considerando que o Plano de Cuidados é a ferramenta de maior relevância para a gestão do cuidado, é importante que os especialistas envolvidos no atendimento subsequente repassem todos os itens para certificar se necessitam ou não de atualizações.

- Intervenções terapêuticas não farmacológicas: atividade física, ingestão hídrica, meditação, participação em atividades de grupos temáticos a mudança de comportamento e estilo de vida etc.
- Intervenções farmacológicas: prescrição de medicamentos e insumos; desprescrições de medicamentos e as justificativas para desprescrição.
- Insumos e outros recursos terapêuticos, curativos e reabilitadores solicitados.
- Exames complementares solicitados.
- Monitoramentos glicêmicos, pressóricos, peso (periodicidade, local e horários).
- Compartilhamento do cuidado com outros serviços da RAS.
- Sinais e sintomas de agudização, intervenções propostas e os pontos de atenção à saúde de referência (UBS, CAPS, UPA, hospital, maternidade etc.).
- Objetivos da especialidade frente aos objetivos da pessoa usuária.
- Mensuração dos resultados clínicos-funcionais.
- Pactuações das metas clínicas-funcionais.
- Critérios de estabilidade clínico-funcional da especialidade.
- Estabelecer a necessidade (periodicidade e a modalidade presencial ou teleatendimento) ou não de novos atendimentos.

5. Finalização do atendimento

- Elaboração ou preenchimento e atualização dos anexos que acompanham o Plano de Cuidados (cartão da gestante, criança, pessoa idosa, prescrições, cardápios, atestados, declarações, relatórios, mapa de monitoramento pressórico, glicêmico, peso).
- Descrever as orientações para o fortalecimento do vínculo com a equipe da APS.
- Síntese do atendimento realizado.
- Disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.
- Orientações sobre o pós-atendimento com o Enfermeiro do Ponto de Apoio.
- Registros finais do atendimento no prontuário da pessoa usuária.

ROTEIRO DE ATENDIMENTO SUBSEQUENTE POR TELEATENDIMENTO SÍNCRONO

Atendimento subsequente por teleatendimento síncrono da Atenção Contínua no ambulatório modelo PASA

O atendimento remoto compreende a assistência mediada por tecnologia em que o profissional e a pessoa usuária não estão no mesmo espaço físico e que abrange as mesmas características e responsabilidades do atendimento presencial. (SCHMITZ, André Aita *et al.* 2021)

A modalidade de teleatendimento síncrono refere-se à assistência prestada por meio da interação simultânea, ou seja, em tempo real. Podendo ser por comunicação direta, entre profissional de saúde e pessoa usuária, ou por comunicação por proxy, em que o profissional de saúde fala com o responsável legal ou cuidador da pessoa usuária, quando há impossibilidade legal e/ou essa está impossibilitada permanente ou temporariamente.

Elementos a serem considerados para Teleinterconsulta síncrona realizada com a participação da equipe da APS de referência:

1. Observar a Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, que, Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020.
2. Estabelecer para quais pessoas usuárias e quando realizar o teleatendimento síncrono.
3. Estabelecer os critérios para converter o teleatendimento síncrono em atendimento presencial, eletivo ou emergencial, seja no ambulatório, na UBS ou visita domiciliar, CAPS, UPA, hospital/maternidade de acordo com a situação identificada e os fluxos da rede.
4. Previsão para situações de urgência e emergência.
5. Estabelecer o tempo que será dispendido para a realização dos teleatendimentos.
6. Elencar os recursos tecnológicos que serão utilizados, incluindo a ferramenta de interação e/ou as plataformas que serão utilizadas.
7. Estabelecer como será o acesso do profissional ao prontuário da pessoa usuária.
8. Estabelecer como serão feitos os registros no prontuário da pessoa usuária.

1. Contato inicial

- Teste de conectividade.
- Inadequações do ambiente virtual.
- Descrever o processo inicial contemplando as saudações, apresentações e confirmações dos dados (conforme protocolo da Segurança do Paciente, Meta 1, identificação correta do paciente).
- Termo de consentimento da pessoa usuária ou o seu representante legal (Lei nº 14.510/2022).
- Expectativas da pessoa usuária em relação ao teleatendimento.
- Apresentar à pessoa usuária o tipo de atendimento que será realizado e qual o objetivo.
- Especificar a abordagem eleita para acolher as expectativas da pessoa usuária em relação ao atendimento da especialidade.

Observação: Optar por perguntas abertas (o quê?; quando?; como?; desde quando?).

2. Compartilhamento do cuidado APS-AAE

Especificar como serão feitas as avaliações:

- Formulário de compartilhamento do cuidado ou do Plano de Cuidados da APS.
- Estratificação de risco realizada pela equipe da APS.

Observação: A estratificação de risco é dinâmica e constitui-se como uma importante ferramenta para a gestão do cuidado, pois direcionará as ações de manejo clínico, programação assistencial, estabelecimento de metas e transição do cuidado. Desta forma, **deve ser atualizada pela APS e reavaliada na AAE em todos os atendimentos.**

Anexos:

Avaliação da documentação anexa, descrever os aspectos que devem ser observados de acordo com a linha de cuidados priorizada:

- Caderneta da gestante, cartão da criança, pessoa idosa, vacinação.
- Exames preconizados nas diretrizes clínicas e realizados.
- Prescrições das medicações em uso.
- Sumário De Alta e/ou Plano de Cuidados hospitalar.
- Mapa pressórico, glicêmico, peso.
- Gráficos de peso, altura etc.

Observação: Descrever os anexos essenciais para o atendimento e diante da ausência de algum desses itens, quais as medidas serão adotadas, por quem deverão ser feitas e em que momento deverão ser feitas.

3. Avaliação clínica

- Atualização do histórico clínico em relação ao último atendimento.
- Exames complementares realizados.
- Medicações em uso.
- Insumos e outros recursos terapêuticos, curativos e reabilitadores em uso.
- Avaliação dos resultados alcançados x metas pactuadas.
- Avaliação objetiva e subjetiva.
- Atualização da lista de problemas por ordem de importância e significância.
- Revisão e atualização das hipóteses diagnósticas.
- Avaliação da estratificação de risco.
- Exames complementares solicitados.
- Intervenções/propostas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas solicitadas.
- Desprescrições e justificativas.
- Insumos e outros recursos terapêuticos, curativos e reabilitadores solicitados.
- Objetivos da pessoa usuária/mensuração dos resultados e pactuação de meta.
- Estabelecer quando será o próximo atendimento e a modalidade.
- Proposta para a atualização do Plano de Cuidados.

4. Finalização do atendimento

- Descrever as orientações para o fortalecimento do vínculo com a equipe da APS.
- Síntese do atendimento realizado.
- Descrever as orientações sobre o pós-teleatendimento, se serão feitas por cada profissional ou se serão tratadas por um profissional de apoio, tais como: disponibilização de toda documentação do atendimento; elaboração ou preenchimento e atualização do Plano de Cuidados e dos anexos (prescrições, cardápios, atestados, declarações, relatórios, mapa de monitoramento pressórico, glicêmico, peso), próximos atendimentos ou teleatendimentos, como serão feitos os agendamentos.
- Disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.
- Despedidas e interrupção da conectividade.
- Registros finais do atendimento no prontuário da pessoa usuária.

ANEXOS

Texto 01: Trabalho em equipe

As discussões sobre a importância do trabalho em equipe ganham notoriedade à medida que os cuidados clínicos foram se tornando cada vez mais complexos e especializados, forçando as equipes médicas a apostar em serviços de saúde complexos e a aprender novos métodos rapidamente. Os sistemas de atenção à saúde, que estruturaram sua assistência com base na consulta médica de curta duração, fracassaram nas respostas às condições crônicas. Isso é percebido com a mudança do perfil demográfico, com o envelhecimento da população, o perfil nutricional - aumento do sobrepeso e obesidade - e com o perfil epidemiológico - aumento das condições crônicas, que são multifatoriais - o qual o trabalho em equipe tornou-se indispensável para os cuidados de saúde. Desta forma, a solução verdadeira seria por meio da formação de uma equipe de trabalho multiprofissional que distribui as tarefas, segundo as vantagens comparativas de cada profissional. (MENDES, 2012)

Entretanto, um dos problemas enfrentados refere-se à formação acadêmica dos profissionais. Os problemas na formação dos profissionais de saúde são graves e manifestam-se na graduação e na pós-graduação. A estruturação curricular é fragmentada, individualizada, e focalizada em unidades de prática de atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas. (MENDES, 2012)

Esta formação individualizada incute nos profissionais uma responsabilização pelos usuários, como se todo o processo de cuidado dependesse única e exclusivamente da sua atuação. Deste modo, é como se todas as limitações no alcance dos resultados esperados para este usuário fossem decorrentes da sua atuação. (MOSSER, Gordon; BEGUN, 2015)

Superar as barreiras que circundam a formação dos profissionais de saúde é um desafio para o sistema educacional, uma vez que a proposta do trabalho em equipe de saúde não é, apenas, um grupo de diferentes pessoas com diferentes profissões atuando juntas, por um tempo determinado, mas requer um nível mais profundo de trabalho, o interprofissional. Este, por sua vez, ocorre quando diferentes profissionais trabalham de forma integrada, com intensa interdependência de suas ações, compartilhando uma identidade de equipe. (MENDES, 2012)

Para melhor compreensão é necessário esclarecer as diferenças nos termos de trabalho em equipe:

Multiprofissional e multidisciplinar, que representam diferentes áreas do conhecimento ou de atuação profissional os quais mantêm uma relação de independência, podendo compartilhar objetivos em comum, porém, caminham em paralelo, com limitada interação. A interdisciplinaridade e a interprofissionalidade apresentam uma certa relação de interdependência, com interação marcada pela colaboração entre os diferentes domínios, em torno de um objetivo em comum. (COSTA, *et al.*, 2018)

É comum nos depararmos com unidades de atenção especializada que contam com uma carteira robusta de especialidades, mas apesar de dividirem o mesmo espaço físico e de atenderem os mesmos usuários, nem sempre estes profissionais atuam de forma integrada e colaborativa.

Portanto, é necessário desenvolver um espírito de equipe, que requer o envolvimento dos profissionais para o estabelecimento e compartilhamento de uma visão comum capaz de aprender a solucionar problemas pela comunicação, potencializando as habilidades particulares de seus membros. (MENDES, 2012)

Ao reconhecer que, o cuidado em equipe é benéfico para toda equipe, pois distribuem claramente tarefas anteriormente centradas só em uma ou duas especialidades e para as pessoas usuárias, porque são bem orientadas sobre a atenção em equipe interprofissional, recebem uma Atenção Contínua e compartilhada, integrando ações preventivas, curativas, reabilitadoras e estimulando o autocuidado. (MENDES, 2012)

As tarefas da equipe devem ser distribuídas de acordo com as competências compatíveis com suas capacidades profissionais, seus pontos fortes e as áreas de interesse de cada membro. Para isso, alguns elementos no trabalho em equipe devem ser observados, como o estabelecimento de estratégia de longo prazo, o foco na missão e na visão e orientação para superar as resistências às mudanças indispensáveis para o trabalho em equipe. (MENDES, 2012)

Em uma equipe, a relação hierárquica frequente no modo de trabalho convencional, com forte domínio médico, é substituída por relações horizontais, cada integrante da equipe é valorizado pela sua significativa contribuição que são imprescindíveis para a melhoria da saúde das pessoas com condições crônicas. (MENDES, 2012)

A clara compreensão da importância de todos, de que, ainda que as funções sejam diferenciadas, não haverá agregação de valor para as pessoas usuárias, se todos não participarem de forma integrada e cooperativa. (MENDES, 2012)

O trabalho em equipe de forma harmoniosa é capaz de melhorar a performance clínica pela sinergia entre diferentes profissionais que proporcionam uma interação de habilidades clínicas, alcançando melhores resultados clínicos do que os modelos clássicos de atendimento focados em uma outra especialidade. (MENDES, 2012)

Texto 02: As competências do trabalho em equipe

O trabalho da equipe tem por função a fusão de habilidades, conhecimentos e valores de maneira interprofissional e colaborativa.

O consórcio canadense definiu competência como “um ato de saber complexo que abrange o desenvolvimento atual de um conjunto integrado de conhecimentos, habilidades e atitudes e julgamentos, possibilitando a execução eficiente de atividades exigidas em uma determinada ocupação ou função para padrões esperados em saber fazer em ambientes e situações variados e complexos”.

As competências são personalizadas em torno da colaboração interprofissional, que é definida como “uma parceria entre uma equipe e a pessoa usuária em uma abordagem participativa, colaborativa e coordenada, visando à tomada de decisões compartilhada em saúde e temas sociais”.

As competências aqui são organizadas em: foco no usuário, orientação da equipe, colaboração e gestão da equipe.

FOCO NO USUÁRIO

São exigidas três competências no foco no usuário, são elas: 1º respeito pelos interesses do usuário e de seus familiares; 2º solicitar e integrar ativamente a contribuição de usuários e familiares ao desenho, implementação e avaliação de serviços; 3º executar as funções profissionais de modo a respeitar as diferentes culturas de usuários e familiares. É preciso envolver o usuário e seus familiares na avaliação dos resultados da equipe, para isso, é necessário desenvolver confiança no usuário e em seus familiares.

ORIENTAÇÃO DA EQUIPE

O quadro conceitual norte-americano de competências para a educação interprofissional colaborativa (*interprofessional education collaborative*) especifica a seguinte competência: “Desenvolver consenso sobre os princípios éticos para orientar todos os aspectos do atendimento do paciente e do trabalho em equipe”. Competências dos membros de equipes: Orientação da equipe: 1º contribuir ativamente para a formação de valores, objetivos e processos geralmente acordados para realizar o trabalho da equipe; 2º contribuir ativamente para a construção da identidade da equipe e de um ambiente social positivo; 3º reconhecer a responsabilidade compartilhada para os resultados produzidos e manter outros membros da equipe responsáveis por suas contribuições; 4º conhecer as características de equipe eficientes e alguns riscos comuns; 5º entender as competências de membros de equipes efetivas, seus pontos fortes e vulnerabilidades às competências.

Os membros devem renunciar qualquer desejo que tenham de assumir sozinhos a responsabilidade única pelo resultado.

COLABORAÇÃO

Competências dos membros da equipe: Colaboração

1º... respeitar outros membros da equipe e pessoas adjacentes a ela; 2º valorizar a contribuição de pessoas de diferentes profissões e estar constantemente atento para o modo como elas podem contribuir com o atendimento do usuário e outros objetivos da equipe; 3º ser capaz de explicar sua própria formação, valores profissionais, função e responsabilidades na equipe; 4º compreender a formação, os valores profissionais, as funções e as responsabilidades de todos os outros membros da equipe; 5º trabalhar de maneira interdependente com outros membros da equipe; 6º comunicar-se (para fins operacionais) efetivamente com outros membros da equipe; 7º evitar comportamentos inibidores que podem prejudicar a comunicação e o desempenho efetivo dos outros na equipe; 8º ampliar os princípios e os métodos da prática baseada em evidências materiais.

GESTÃO DA EQUIPE

Os membros devem ser capazes de participar da seleção e da orientação de novos integrantes, pois eles têm uma ideia mais realista das necessidades da equipe.

Competências dos membros da equipe: Gestão da equipe

1º... contribuir na atividade para a seleção e orientação de novos membros da equipe; 2º contribuir ativamente para a eficiência operacional e a saúde social da equipe; 3º participar ativamente na avaliação e na melhoria do desempenho da equipe; 4º participar ativamente no treinamento, na formação da equipe e nas atividades de melhoria no processo; 5º contribuir ativamente para a prevenção e administração de conflitos na equipe.

Texto 03: Atenção Contínua na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

A Atenção Contínua (AC) é uma tecnologia em saúde desenvolvida para o manejo de pessoas com condições crônicas, não agudizadas, de maior complexidade, compartilhadas pelas equipes da APS, que se beneficiam de diferentes abordagens profissionais e da realização de exames necessários e disponibilizados. Os atendimentos por diferentes especialidades ocorrem de forma individualizada, sequenciada, em um mesmo turno de trabalho e são encerrados após à discussão do caso e a elaboração do Plano de Cuidados.

A AC na AAE está subdividida em duas modalidades:

- **AC completa** é proposta para os usuários em primeiro atendimento no serviço ambulatorial e para usuários em atendimentos subsequentes de acordo com o Plano de Cuidados elaborado no atendimento anterior, ou ainda por solicitação de profissionais da equipe do ambulatório especializado. Nesta modalidade de atendimento o usuário é atendido por todas as especialidades previstas na carteira de serviços da linha de cuidado.
- **AC parcial** é destinada aos usuários em atendimentos subsequentes no ambulatório, considerando as recomendações feitas pela equipe em seu último Plano de Cuidados e/ou ainda que tenham sido identificados pelos membros da equipe do ambulatório especializado.

Em ambas as modalidades de AC, completa ou parcial, o usuário é atendido pelas especialidades e realiza os exames básicos necessários, conforme previsão e disponibilidade na carteira de serviços da linha de cuidado destinada.

Os usuários atendidos no ambulatório possuem condições crônicas complexas, multifatoriais, que demandam atenção especializada interprofissional, individualizada, com foco no manejo para o desenvolvimento do Autocuidado Apoiado pela rede sociofamiliar e equipe da APS. Para tanto, a abordagem da AC está pautada no método clínico centrado na pessoa e na prática multiprofissional com atuação interprofissional.

Para o desenvolvimento da prática de trabalho em equipe é imprescindível o aperfeiçoamento desta habilidade, ou estes profissionais serão apenas um grupo de pessoas trabalhando em um mesmo local e não uma equipe. (MOREIRA, *et al.* 2017)

Com a complexidade dos usuários atendidos nos serviços de AAE, exige conhecimento e habilidade de cada núcleo profissional, não sendo possível que um único profissional ou especialidade detenha todo o conhecimento necessário para o cuidado integral destes usuários. Para o adequado desenvolvimento da AC é necessário que o trabalho em equipe interprofissional seja livre das amarras do egocentrismo e corporativismo das profissões. A AC requer abertura dos profissionais, comunicação, colaboração e o compartilhamento das responsabilidades para discussão e tomada de decisões em conjunto, respaldados por diretrizes clínicas baseadas em evidências. Os profissionais devem conhecer o campo de atuação de cada especialidade de maneira que possam interagir e contribuir com as demais áreas, articular suas ações que resultarão finalmente em um Plano de Cuidados personalizado e comum.

Todas as ações da equipe devem ser registradas em prontuário do usuário, único e integrado, possibilitando que todos os profissionais possam acompanhar o que foi feito pelos demais membros da equipe.

A ordenação dos atendimentos na AC segue uma sequência lógica, previamente estabelecida, a fim de se assegurar a construção coletiva da avaliação integrada do usuário, considerando a complementariedade das informações de forma a minimizar redundância e o retrabalho da equipe.

A sequência do ciclo está disposta na matriz da AC na AAE organizada por linha de cuidado.

O produto da AC é o Plano de Cuidados para cada pessoa usuária. O Plano de Cuidados é o coração da gestão da condição de saúde, este deve contemplar:

“o diagnóstico físico, psicológico e social; a explicitação das intervenções de curto, médio e longo prazos e a definição dos responsáveis por elas na equipe multiprofissional; a elaboração conjunta de metas a serem cumpridas; a definição dos passos para alcançar essas metas; a identificação dos obstáculos ao alcance das metas; as ações para superar esses obstáculos; o suporte e os recursos necessários para alcançar as metas; o estabelecimento do nível de confiança da pessoa usuária para alcançar as metas; e o monitoramento conjunto das metas ao longo do tempo. É o plano de cuidado que coloca, efetivamente, a pessoa usuária como o centro da atenção à saúde, com a colaboração da equipe da ESF (...)” (MENDES, 2012)

Para a operacionalização da AC deve ser garantido espaço físico mínimo para a realização de consultas e exames, que garanta consultórios para os profissionais, para realização da avaliação individual, que preserve o sigilo e a privacidade aos usuários. Além disso, deve dispor de local para discussão de casos clínicos para o fechamento do Plano de Cuidados e espaço para o Ponto de Apoio e uma área para atividades coletivas para usuários.

O tempo médio para a execução do ciclo de AC completa é de aproximadamente 4h30 e para AC parcial dependerá das necessidades dos usuários, que ditará quais as especialidades e/ou exames a serem realizados. Em linhas gerais, a média da AC parcial é de aproximadamente 2h30.

O tempo médio de cada profissional é de 20 a 30 minutos. A diferença sumária é que este tempo é estritamente destinado à sua área de atuação, contribuindo para construção de um Plano de Cuidados único da pessoa usuária e compartilhado com a APS.

É importante ressaltar que neste formato de atendimento integrado entre a equipe APS com a equipe da AAE as ações e responsabilidades pelos cuidados do usuário são compartilhadas, não sobrecarregando um único profissional ou única equipe, estas devem atuar juntas, com envolvimento do usuário, sua família e comunidade para o alcance dos resultados.

Texto 04: Prática baseada em evidências x *fake news*

Ilana Eshriqui Oliveira

Basta uma informação ser publicada por grandes veículos de mídia para ser confiável e utilizada na prática profissional em saúde? Toda ciência é útil para a prática?

Vamos começar entendendo o que é *Ciência*:

“refere-se a **qualquer conhecimento** ou prática sistemáticos. Em sentido estrito, ciência refere-se ao sistema de adquirir conhecimento **baseado no método científico** bem como ao corpo organizado de **conhecimento conseguido através de tais pesquisas**”.

Existem diferentes tipos de pesquisas (ou fontes de evidências científicas), desde aquelas realizadas com células ou animais, até as pesquisas conduzidas com humanos, seja observacional, clínica ou revisões de literatura. Cada uma tem sua importância, desde que conduzida com qualidade, mas **nem todas são aplicáveis na prática clínica!**

Para uma **Prática baseada em evidências** devem ser consideradas **apenas** as **evidências de pesquisas clínicas de alta qualidade**. Estas pesquisas testam diferentes intervenções em grupos de seres humanos. Além disso, a preferência do paciente e a expertise do profissional também devem ser consideradas para a tomada de decisão clínica com base em evidências. Bons profissionais de saúde são essenciais também na formação de perguntas de pesquisa, a partir de sua prática, contribuindo assim para o fortalecimento da **pesquisa baseada na prática**, como uma estratégia para impulsionar a produção de evidências alinhadas às prioridades do cenário real.

Entendidos estes pontos, os profissionais de saúde devem ficar atentos às informações de “gurus” e/ou grandes veículos midiáticos, que muitas vezes induzem à interpretação inadequada dos resultados

de artigos científicos. Veja abaixo algumas técnicas utilizadas nestes casos, que podem resultar em **desinformação em saúde e na disseminação de *fake news***.

1. Utilizar nomes de falsos especialistas – ex.: “os maiores especialistas do mundo já utilizaram esse remédio com seus pacientes...”
2. Falácias lógicas – ex.: “isso não precisa ser testado, já é usado há mais de 1000 anos...”
3. Expectativas impossíveis: - ex.: “Esse tratamento tem 100% de eficácia e não tem efeitos colaterais”
4. Escolher a dedo a informação que convém – ex.: manchetes com informações incompletas ou com conclusões equivocadas → ex.: apresentar resultados de uma pesquisa que concluiu que determinada substância diminui inflamação, mas tal pesquisa foi realizada com células e não houve ainda o teste com humanos, sendo assim, a aplicabilidade na prática clínica ainda não deve ser recomendada.

Evidências sérias e robustas estão publicadas em jornais de pesquisa sérios! Por isso, sempre que estiver na dúvida, busque a fonte da informação para garantir a interpretação correta!

Anexo 5: Formulário de avaliação dos roteiros de atendimentos do ambulatório de atenção especializada modelo PASA

Linha de cuidado: _____

Setor/área avaliada: _____

Avaliado por: _____ Função: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Itens para avaliação	Conforme 2pt	Parcialmente Conforme 1pt	Não Conforme 0pt	Observação
1- As subpopulações-alvo estão claramente descritas, bem como os critérios para confirmação da estratificação de risco.				
2- Foram atendidos os objetivos do roteiro frente às necessidades das subpopulações-alvo, em conformidade com as diretrizes clínicas adotadas.				
3- O roteiro está centrado na pessoa usuária, contempla de forma integral as necessidades, preocupações e experiências do paciente com a doença.				
4- As questões abordadas no roteiro são específicas do cuidado especializado e são complementares ao cuidado das equipes da APS.				
6- As questões abordadas no roteiro são específicas e sem ambiguidades e/ou redundâncias desnecessárias em relação a outras especialidades que compõem o Ciclo de Atenção Contínua.				
7- Foram consideradas as premissas do cuidado compartilhado, atentando para o papel da equipe da APS na coordenação do cuidado e no acompanhamento e longitudinalidade da pessoa usuária.				
8- O roteiro contempla abordagem para as pessoas com capacidade para o autocuidado insuficiente.				
9- O roteiro contempla abordagem que considera o baixo nível de letramento e numeramento em saúde da pessoa usuária.				
10- O roteiro contempla abordagem para as pessoas com deficiência.				
11- O roteiro contempla abordagem para as pessoas com suporte familiar e social insuficiente.				
12- O roteiro contempla abordagem que considera a baixa adesão terapêutica.				
13- O roteiro contempla abordagem para identificação de fatores de risco ou indícios ligados à ocorrência dos diferentes tipos de violências.				
14- As recomendações-chave frente às diferentes necessidades das pessoas usuárias são facilmente identificadas, incluindo situações de urgência/emergência à especialidade durante os atendimentos no ambulatório e episódios de agudizações no pós-atendimento.				
15- Foram previstas as potenciais implicações decorrentes da aplicação das recomendações, considerando as variáveis de contexto da pessoa usuária como acesso a alimentação, atividade física, insumos, medicamentos, exames, procedimentos, dentre outros).				
16- As etapas dos atendimentos estão claras e bem descritas para cada tipo de atendimento (1º atendimento, subsequente presencial, subsequente teleatendimento/síncrono).				
17- Foram previstas metas de estabilidade clínica-funcional a serem pactuadas com a pessoa usuária.				
18- Foram previstos os critérios e a periodicidade para solicitação dos atendimentos subsequentes nas modalidades presencial e síncrona.				
19- Foram descritos os critérios para transição do cuidado junto à APS.				
20- O roteiro dispõe de ficha-roteiro sistematizada que direcione a condução dos atendimentos (1º atendimento e subsequente presencial e subsequente teleatendimento/síncrono).				
21- A ficha-roteiro orienta o registro no prontuário (físico ou eletrônico) e/ou integra/compõe o prontuário físico.				

22- O roteiro prevê o preenchimento dos anexos pertinentes: mapas de monitoramento pressórico, glicêmico, relatórios, atestados, caderneta da gestante, criança, pessoa idosa, dentre outros.				
23- Todas as evidências utilizadas para a elaboração do roteiro foram citadas no documento e estão relacionadas na lista de referências no final do documento.				
24- As evidências utilizadas são de fontes confiáveis, atualizadas, relevantes à linha de cuidados priorizada e estão em consonância com a diretrizes, linha-guia, notas técnicas adotadas na RAS.				
25- O roteiro contempla aspectos sobre TODAS as metas da segurança da pessoa usuária: 1- Identificar o paciente corretamente; 2- Melhorar a eficácia da comunicação; 3- Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância; 4- Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5- Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde e 6- Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.				
Pontuação Total:				
Nota = $\frac{\text{Pontuação obtida}}{5 \times 100}$	$\frac{\quad}{5 \times 100}$	Resultado		

Observações:

AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DE ATENDIMENTO	
SCORE	AVALIAÇÃO
90 a 100	() Pronto para ser validado
<89	() Requer revisão

Referências Gerais:

- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev., 2007.
- COSTA, M. V. *et al.* **Educação interprofissional em saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2018. Disponível em: < <https://neipc.ufes.br/files/field/anexo/educacao-interprofissional-em-saude.pdf> >. Acesso: 20 fev.2023.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
- MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2019. 868p. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/> >. Acesso em: 20 fev. 2023.
- MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do prontuário de saúde da família**. Belo Horizonte: SES/MG. 2008. 256 p.
- MOREIRA, S. *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. Tradução: BURMEISTER, Anelise; ROSA, da S. M. M.; Revisão Técnica: LOPES, J. M. C. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 393p.
- MOSSER, G.; BEGUN, J. W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. Tradução: OLIVEIRA, de Paulo Luiz; Revisão Técnica: KUCHENBECKER, Ricardo de Souza; NICOLAIDIS, Rafael. Porto Alegre: AMGH, 2015.
- OLIVEIRA, de R. G. **Blackbook - Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook Editora. 2016. 816 p.
- SCHMITZ, C. A. A. *et al.* **Consulta remota: fundamentos e prática**. Porto Alegre. Artmed. 2021. 112 p.

Referências Texto 01:

- COSTA, M. V. *et al.* **Educação interprofissional em saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2018. Disponível em: < https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/eip_bra_dic18_po.pdf >. Acesso: 20 fev. 2023.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: < <https://apsredes.org/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-naatencao-primaria-a-saude-o-imperativo-da-consolidacao-da-estrategia-da-saude-da-familia/4.>>. Acesso em: 20 fev. 2023
- MOSSER, G.; BEGUN, J. W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. Tradução: OLIVEIRA, de Paulo Luiz; Revisão Técnica: KUCHENBECKER, Ricardo de Souza; NICOLAIDIS, Rafael. Porto Alegre: AMGH, 2015.

Referências Texto 02:

- MOSSER, G.; BEGUN, J. W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. Tradução: OLIVEIRA, de Paulo Luiz; Revisão Técnica: KUCHENBECKER, Ricardo de Souza; NICOLAIDIS, Rafael. Porto Alegre: AMGH, 2015.

Referências Texto 03

- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

Referências Anexo 5:

- BRASIL. **O processo de elaboração, validação e implementação das diretrizes clínicas na saúde suplementar no Brasil**. Organização Agência Nacional de Saúde Suplementar, Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. – Rio de Janeiro: ANS, 2009. 78 p. Disponível: < https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/processo_elaboracao_validacao_suplementar.pdf >. Acesso: 20 fev. 2023.

Materiais complementares:

Artigos:

- FREITAS, C. C. de; MUSSATTO, F.; VIEIRA, J. de S.; BUGANÇA, J. B.; STEFFENS, V. A.; BAËTA, Filho H. *et al.* **Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura**. Interface (Botucatu) [Internet]. 2022;26(Interface (Botucatu), 2022 26). Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/interface.210573> >. Acesso em: 20 fev. 2023.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018;22 (Interface (Botucatu), 2018 22 suppl 2). Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827> >. Acesso em: 20 fev. 2023.

Livros:

- CARRIÓ, F. B. **Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde**. Tradução: FREITAS, Naila; Revisão Técnica: DOHMS, Marcela. Porto Alegre: Artmed, 2012. 1.
- DOHMS, M.; GUSSO, G. **Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2021.
- MOSSER, G.; BEGUN, J. W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. Porto Alegre: AMGH, 2015.
- SCHMITZ, C. A. A. *et al.* (Orgs) **Consulta remota: fundamentos e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2021.
- STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto alegre: Artmed, 2017.

Filmes:

- FOME DE PODER. Direção: John Lee Hancock. Produção de Aaron Ryder, Don Randfield e Jeremy Renner. Estados Unidos: Diamond Films, 2016.
- A FUGA DAS GALINHAS. Direção de Peter Lord e Nick Parker. Produção de Aardman Animations. Estados Unidos: Aardman Animations, 2000.

Minissérie:

CHERNOBYL. Direção de Aleksey Muradov e Jacques Audiard. Rússia: HBO Max, 2021.

Vídeos:

Conheça a história da Maria, assistindo o vídeo, Interprofissionalidade – PET-Saúde UFMA, campus Pinheiro. Disponível: < <https://youtu.be/EtkpOgGM-IA> > Acesso em: 20 fev. 2023.

Conheça a história do Sr. José, assistindo o vídeo 3 – Educação Interprofissional em Saúde – (AVASUS). Tempo: 0:2:49 Disponível em: < <https://youtu.be/m5XPGRpqOEQ> > Acesso em: 20 fev.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

