

DIRETRIZES PARA AGENDAMENTO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Elaboração:
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes
Marco Antônio Bragança de Matos

Primeira versão: 2018
Primeira revisão: 2022

Introdução

Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde é um dos pilares para o processo de integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Essa integração possibilita a continuidade do cuidado para o alcance dos melhores resultados para os usuários, as equipes e o sistema de saúde.

A comunicação ineficaz gera prejuízos diretos aos cuidados assistenciais, sendo fator contribuinte para ocorrência de incidentes na APS (MARCHON, MENDES JÚNIOR e PAVÃO, 2015).

A comunicação efetiva corresponde a uma das metas internacionais da segurança do paciente estabelecidas desde 2006 pela *Joint Commission International (JCI)* em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (EBSERH, 2021).



Meta 2: Melhorar a comunicação efetiva

É fundamental a adoção de estratégias de comunicação e ferramentas que contribuam com a estruturação e a padronização das informações, como, por exemplo, a elaboração de diretrizes que orientem a execução dos processos e a comunicação entre gestores, equipes envolvidas, pessoas usuárias e familiares, cuidadores e apoiadores.

1. A agenda e o modelo de atenção

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

1.1. Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA)

O ambulatório é organizado a partir do modelo de Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA). Estrutura-se segundo a natureza da rede temática das Linhas de Cuidados priorizadas, tendo sido implantado em uma Região de Saúde e sendo referência para as equipes da APS dos municípios adstritos (MENDES, 2019).

A regionalização da Atenção à Saúde delimita o território de abrangência e define a população residente beneficiária.

O dimensionamento dos serviços prestados e a programação da atenção são baseados na necessidade em saúde dessa população, considerando a população residente cadastrada na APS e os parâmetros propostos pelas diretrizes clínicas adotadas.

Deve ser estabelecida uma relação operacional de vinculação entre as equipes da APS e da AAE, de tal modo que os usuários de alto e/ou muito alto risco, acompanhados por uma determinada equipe da APS, sejam sempre atendidos pela mesma equipe especializada.

Figura 1. Relação operacional de vinculação entre as equipes da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada



Fonte: Autores.

APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

1.2. O público-alvo da AAE

O público-alvo da AAE é a pessoa usuária com condições crônicas, estratificada como alto e/ou muito alto risco, de acordo com os critérios estabelecidos nas diretrizes clínicas adotadas.

Assim, todas as pessoas usuárias da AAE devem estar previamente cadastradas e estratificadas e ser acompanhadas pela APS.

Os atendimentos no ambulatório são eletivos, ou seja, programados para os usuários com condição crônica de alto e/ou muito alto risco não agudizado. Aqueles que forem identificados pela equipe de Saúde da Família (eSF) com quadros de agudização devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência de referência do município, estabilizados e, só então, agendados para o ambulatório especializado.

1.3. Acesso regulado pela APS

O ambulatório é um sistema fechado e com acesso regulado diretamente pela equipe da APS (MENDES, 2012).

A equipe especializada deve conhecer, cadastrar e estabelecer canais de comunicação diretos com as equipes da APS.

A recomendação é a de que as próprias equipes realizem os agendamentos no ambulatório da AAE, eliminando etapas intermediárias que podem levar a uma burocratização do processo.

1.4. Atenção focada no cuidado multiprofissional

As condições crônicas de saúde são multifatoriais e, dessa forma, requerem atenção multiprofissional. As pessoas usuárias com condições crônicas de alto e/ou muito alto risco necessitam de cuidados especializados focais, que envolvem consultas, exames e procedimentos.

A equipe especializada é multiprofissional e atua de maneira interprofissional e interdisciplinar, por meio da tecnologia de atenção contínua, que tem como produto final a elaboração de um plano de cuidados personalizado. Dessa forma, o agendamento é feito para o ciclo de atenção contínua e configurado de acordo com a Linha de Cuidado e as necessidades de cada pessoa usuária.

A vantagem da atenção contínua para o usuário é que ele recebe um atendimento completo em uma única ida ao ambulatório, devendo retornar somente nos casos em que a equipe identificar a necessidade de um novo atendimento ou quando for realizar algum procedimento que requeira preparo. O atendimento do dia termina com a discussão de caso clínico pela equipe, para a consolidação de um plano de cuidados, contendo todas as recomendações, as pactuação de metas, as prescrições e as orientações para o cuidado. A vantagem para a gestão municipal é que ela pode proporcionar um atendimento de qualidade para seus municípios e racionalizar o uso de serviços logísticos, como o transporte sanitário.

Além disso, integra à unidade ambulatorial o serviço de apoio diagnóstico especializado, conforme carteira de serviços da Linha de Cuidados priorizada e dimensionada, permitindo que a pessoa usuária tenha acesso aos recursos necessários para seu diagnóstico e terapêutica em um mesmo local – e, se possível, em um mesmo turno de atendimento.

1.5. O caráter de interconsultoria da AAE

O cuidado das pessoas usuárias com condições crônicas de alto e muito alto risco pode ser compartilhado entre as equipes da APS e AAE até o alcance da estabilidade clínica. Posteriormente é feita a transição do cuidado, para sua continuidade pelas equipes da APS, contando sempre com o apoio interconsultor da equipe especializada. Esse apoio, além de contribuir com a melhora da qualidade do cuidado, reduz a pressão sobre a agenda da unidade de AAE (MENDES, 2019). Esse é um critério importante para a organização da agenda de atendimentos.

O contrário disso é o “**efeito velcro**”, pelo qual, uma vez tendo sido compartilhado o cuidado entre a APS e o ambulatório especializado e alcançada a estabilidade clínica, os usuários permanecem vinculados definitivamente à unidade ambulatorial especializada para o seguimento, que deve ser feito pelas equipes da APS.

Os primeiros atendimentos no ambulatório devem ser sempre presenciais e os atendimentos subsequentes podem ocorrer por meio de outras modalidades, com base na Resolução do CFM 2.314/2022, que define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação.

Desta forma, a equipe da AAE deve se organizar para a utilização de meios tecnológicos caso realize acompanhamento à distância dos usuários de alto e muito alto risco, podendo adotar diferentes modalidades previstas em legislação vigente, incluindo:

- Teleconsulta não presencial com especialistas e usuários mediados por Tecnologias Digitais de Informação e de Comunicação (TDICs) em diferentes espaços.
- Teleinterconsulta com equipe da AAE e equipe da APS que o usuário está vinculado conjuntamente.

A modalidade e a periodicidade do acompanhamento, deve considerar os seguintes critérios:

- O plano de cuidados.
- A tendência de alcance das metas terapêuticas.
- A capacidade de autocuidado.
- Nível de letramento em saúde.
- Apoio familiar e social.
- A vinculação da equipe especializada com a equipe da APS e a disponibilidade e viabilidade reais de ambas as equipes, para interlocução à distância e discussão dos casos.
- A possibilidade real de deslocamento do usuário até o ambulatório de especialidade, quando necessário.

A carga horária pactuada para o atendimento presencial, teleconsulta e teleinterconsulta deve estar prevista na agenda de atendimentos dos profissionais e no ato do agendamento do usuário deve ser identificada a modalidade de atendimento.

2. Os pré-requisitos para o agendamento

2.1. Com relação à equipe de profissionais:

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

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

Devem ser apresentadas e aprovadas em CIR as diretrizes para agendamento elaboradas conjuntamente entre a AAE e as coordenações da APS dos municípios, a partir do modelo proposto adequado ao cenário do território regional. Essas diretrizes devem conter:

- Previsão anual de agenda de atendimentos do ambulatório, com apresentação dos feriados e recessos, dentre outras situações previsíveis que possam gerar interrupção dos atendimentos, como manutenção programada de equipamentos.
- Dias e horários de funcionamento alternativos, para atender às necessidades da população trabalhadora, como finais de semanas, feriados e horários noturnos.
- Formas de comunicação prévia para os cancelamentos inevitáveis de agendas, que gerem o menor impacto para as equipes da APS e os usuários.
- Plano de contingência para reposição de agendas que, por excepcionalidade, possam ser suspensas.
- Critérios para compartilhamento do cuidado, conforme diretriz clínica adotada para as Linhas de Cuidados priorizadas.
- *Checklist* para a realização do agendamento.
- Proposta de cronograma para capacitação dos profissionais para estratificação de risco e compartilhamento do cuidado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) em um primeiro momento e, posteriormente, pela equipe da AAE, por meio de parceria formalizada.
- Distribuição de atendimentos por município, conforme a planilha de programação assistencial.
- Dias e horários de funcionamento do setor de agendamento, telefone, *e-mail*, nome dos profissionais responsáveis, critérios, tempo para retorno das solicitações de agendamento, canais de comunicação, dentre outras informações.
- Informações padronizadas para compartilhamento do cuidado, transição do cuidado, plano de cuidados, as quais devem ser inseridas em sistema informatizado, caso seja adotado; na ausência do sistema, os formulários utilizados devem ser elaborados e padronizados pelas equipes da APS e da AAE.
- Apoio diagnóstico preconizado, indispensável para o atendimento na AAE.

- Processo de recondução à APS de usuários que não atendam aos critérios pactuados; processo de suporte e ouvidoria em relação a esse processo para usuários, profissionais e gestores.
- Estratégias para redução do absenteísmo e gestão da fila de espera por Linha de Cuidado e município de origem.
- Mecanismos de monitoramento dos indicadores de captação da APS, compartilhamento do cuidado e utilização dos serviços do ambulatório, além da definição da periodicidade para apresentação em CIR e outros pontos relevantes para a região.

2.3. Gestão compartilhada da agenda:

- Apesar da agenda da AAE ser elaborada pela equipe especializada, ela não deve ser gerenciada de forma autônoma e independente.
- Sua gestão deve ser compartilhada e monitorada entre os gestores do ambulatório e os gestores da região. O gerenciamento da rotina de agendamento se dá entre a coordenação assistencial do ambulatório e a coordenação da APS dos municípios da região.
- Recomenda-se a constituição de uma comissão técnica multiprofissional, com representantes dos municípios da região e SES de nível regional, para o acompanhamento periódico da unidade ambulatorial e a verificação do cumprimento das ações pactuadas, subsidiando as discussões e as deliberações dos gestores regionais na CIR. Isso também garantirá transparência para o processo de agendamento.

2.4. Com relação aos macroprocessos da AAE:

- O ambulatório deve operar os macroprocessos assistencial, educacional, supervisional e de pesquisa, garantidos pela definição da agenda dos profissionais, com dedicação de carga horária adequada para essa finalidade.
- Deve operá-las de maneira racional, com uma distribuição equilibrada da agenda. Um desequilíbrio pode comprometer a capacidade de resposta à população-alvo: uma função assistencial que não deixe espaço para a educação permanente limitaria a possibilidade de qualificação da APS no manejo e na gestão da saúde da subpopulação com condição crônica e resultaria em uma consequente maior dependência de especialistas focais. Na situação inversa, uma maior dedicação à educação permanente poderia restringir o agendamento de primeiros atendimentos e subseqüentes, gerando filas de espera e necessidade de aumento da oferta.

3. A organização da agenda

A organização da agenda deve estar em consonância com as diretrizes para organização dos agendamentos aprovadas em CIR e disponíveis para todas as equipes da APS.

Os agendamentos devem ocorrer durante todo o horário de funcionamento do ambulatório, que precisa ser compatível com os horários de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), sem interrupções para almoço, lanche e outras necessidades. Os agendamentos podem ser feitos por sistema de agendamento informatizado, como o Sistema de Regulação (SisReg), ou sistema próprio, por *e-mail* ou aplicativo de mensagens instantâneas (WhatsApp® ou similares) de uso estritamente institucional.

- Para as equipes que optarem pelo formato de agendamento por telefone, poderá ser pactuado com a APS o estabelecimento de dia e horário específicos, como exemplificado no quadro 1.

Quadro 1. Exemplo de organização dos agendamentos por telefone

eSF Azul do município Alberto Estião	Segunda-feira	14h às 14h30
eSF Amarela do município Conasul	Terça-feira	10h às 10h30
eSF Vermelha do município Planópolis	Quarta-feira	15h30 às 16h
eSF Verde do município Proalândia	Quinta-feira	16h30 às 17h

Fonte: Autores.
eSF: equipe de Saúde da Família.

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

O dimensionamento de atendimentos na agenda deve ser feito de acordo com a programação integrada da atenção, pela qual são definidas metas de cobertura da subpopulação-alvo estratificada e acompanhadas

pelas equipes da APS dos municípios da Região de Saúde. A planilha para Dimensionamento da Capacidade Operacional da Atenção Ambulatorial Especializada possibilita esse dimensionamento da capacidade operacional do ambulatório.

A agenda deve ser aberta por Linha de Cuidado, para a equipe prevista na carteira de serviços, minimamente a carteira básica e de forma conjugada, ou seja, o agendamento para o médico implica automaticamente no agendamento para todos os profissionais, sendo um ciclo completo no primeiro atendimento e parcial nos atendimentos subsequentes, de acordo com a definição do plano de cuidados.

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

Caso 1: O agendamento de Andréia

No dia 16 de janeiro, a recepcionista da UBS Capim Dourado do município de Planópolis fez contato com a equipe da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para agendar o atendimento para a usuária Andréia, na Linha de Cuidados de pré-natal de alto risco. A responsável pelo agendamento aplicou o *checklist*, perguntou os dados pessoais, a vinculação com a UBS, o estrato de risco e as necessidades especiais; questionou sobre a realização dos exames previstos para a idade gestacional e se a gestante apresentava algum tipo de deficiência e solicitou formulário de compartilhamento do cuidado devidamente preenchido pela equipe e anexos do cartão da gestante, vacinação e medicações em uso. Informou que o atendimento na AAE seria no próximo dia 20 de janeiro, às 8h e que era um direito da gestante ser acompanhada em todos os atendimentos, se assim desejasse. A recepcionista da UBS perguntou como faria para agendar os atendimentos dos outros profissionais da equipe no mesmo dia, como já tinha acontecido com outras gestantes do município. A profissional da AAE informou que já estava agendado, e Andréia seria atendida por toda equipe, composta de técnico em enfermagem, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, médico ginecologista obstetra, fisioterapeuta e assistente social; ainda, se o médico indicasse, seriam realizados, no mesmo momento, cardiotocografia basal, ultrassom e eletrocardiograma. Ao final dos atendimentos, a equipe discutiria o caso e elaboraria um plano de cuidados que seguiria com a gestante com cópia para a equipe da APS, para que esta avaliasse as recomendações e a apoiasse em seus cuidados. A recepcionista da UBS disse que as gestantes gostam muito dos atendimentos e dos exames, porque tudo é realizado em um mesmo dia, horário e local.

Como vimos nesse diálogo, a agenda do ambulatório especializado é organizada segundo a lógica da atenção contínua, ou seja, o usuário receberá, no mesmo local, dia e turno, uma série de atendimentos, exames e procedimentos definidos na diretriz clínica para a Linha de Cuidados e de acordo com sua necessidade

Para tanto, a agenda deve ser organizada por Linha de Cuidado, aberta em formato conjugada, com vinculação do profissional médico

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

Usuário	Data de nascimento	Data do agendamento	Bloco de horários	Tipo de atendimento	Linha de Cuidado	Equipe que realizará o atendimento	Exames (se necessários)
Andréia Maria Silviane	15/9/1999	20/1/2022	2º Bloco: 8h	1º atendimento	Pré-natal de alto risco	Dr. Olavo - Médico GO Técnico em enfermagem Enfermeiro Psicólogo Nutricionista Fisioterapeuta Assistente Social	Ultrassonografia: • Obstétrica • Doppler • Morfológico Cardiotocografia basal Eletrocardiograma

Durante os ciclos da atenção contínua, é comum que os profissionais solicitem atendimentos subsequentes com datas diferentes. Porém, no final dos atendimentos, os profissionais discutirão o caso e definirão em conjunto a data para os atendimentos subsequentes. O profissional do ponto de apoio deve se manter atento ao consenso dos profissionais em relação às datas dos atendimentos subsequentes no ambulatório,

para que não provoque prejuízos à continuidade do cuidado. Em seguida, essa data única deve ser pactuada com o usuário, efetivamente agendada no setor específico de agendamento e registrada no plano de cuidados.

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

Voltando ao exemplo da usuária Andréia, em seu plano de cuidados, a equipe solicitou que seu atendimento subsequente fosse agendado para o dia 4 de fevereiro. A nutricionista, a assistente social e a fisioterapeuta não solicitaram atendimentos subsequentes, e a agenda foi concluída da seguinte forma:

Usuário	Data	Bloco de horários	Tipo de atendimento	Linha de Cuidado	Equipe que realizará o atendimento
Andréia	4/2	10h	Atendimento subsequente	Pré-natal de alto risco	Dr. Olavo - Médico GO Técnico em enfermagem Enfermeiro Psicólogo

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

A distribuição entre primeiros atendimentos e subsequentes deve ser equilibrada, devido à duração média diferente entre eles. Na fase inicial de funcionamento ou na ampliação da agenda de uma especialidade, tendencialmente há uma maior demanda por primeiros atendimentos. Esses primeiros atendimentos vão gerar atendimentos subsequentes e daí por diante. É importante encontrar um ponto de equilíbrio em que haja uma oferta de atendimentos – primeiros e subsequentes – correspondente à demanda das equipes da APS, sem gerar filas de espera e sem resultar em sobreagendamento e, conseqüentemente, sobrecarga da equipe. Experiências mais avançadas de organização da AAE definem, como ponto de equilíbrio, a distribuição de 30% para primeiros atendimentos e 70% de subsequentes. Esse ponto de equilíbrio é alcançado depois de um tempo de funcionamento e aperfeiçoamento dos processos.

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

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

Caso da Andréia:

O Dr. Olavo tem disponibilidade de turnos de 4 horas de atendimento e definiu, junto da coordenação assistencial do ambulatório, duração de 40 minutos para a primeira consulta e de 20 minutos para as subsequentes. Sua prática clínica mostrou média geral de 20 minutos por consulta. Isso significa que, em um turno de atendimento, vai atender de duas a três primeiras consultas e oito a nove subsequentes.

Nas primeiras semanas de atendimento, a agenda foi preenchida integralmente por primeiras consultas, comportando somente seis atendimentos. Com o passar do tempo, a demanda por primeira consulta diminuiu e apareceram as consultas subsequentes, o que resultou em um maior número de atendimentos no turno, passando a ser oito, depois dez e, por fim, 12, como é atualmente, mesclados em algumas poucas primeiras consultas – a maioria é subsequente. Se acontecer de, posteriormente, aumentar a demanda por primeira consulta e for necessário abrir um novo turno de atendimento, novamente será iniciado com seis atendimentos e, progressivamente, devem ser feitos os ajustes, até alcançar o ponto de equilíbrio.

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

- Os tempos de espera para um primeiro atendimento são sinalizadores para a organização da agenda, não devendo ultrapassar os 15 dias para as gestantes de alto risco ou 30 dias para os usuários com outras condições crônicas. Caso o monitoramento desse indicador mostre tempos superiores, devem ser analisadas as possíveis causas, como o tempo de duração dos atendimentos que comprometem a capacidade operacional da equipe, o absenteísmo dos profissionais e das pessoas usuárias por especialidade e turno, o efeito velcro dos usuários estáveis e a capacidade operacional insuficiente em relação à necessidade das subpopulações identificadas e compartilhadas pelas equipes da APS.

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

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

O modelo de atenção recomenda que a capacidade operacional seja coerente com a necessidade de saúde das subpopulações. Um dos pontos de estrangulamento dos sistemas de saúde atualmente é a falta dessa coerência, resultando numa oferta de serviços que rapidamente se mostra limitada e impondo a necessidade de um novo serviço, que, por sua vez, também vai se esgotar e frustrar a expectativa de tantos usuários, profissionais e gestores.

O estudo da capacidade operacional do ambulatório deve ser feito periodicamente, para a organização da agenda.

O exemplo a seguir retoma a base de cálculo geral para a Atenção Especializada para gestantes de alto risco.

Capacidade operacional do ambulatório de pré-natal de alto risco na Região de Planópolis

As tabelas a seguir apresentam a programação de atendimentos e exames no ambulatório de pré-natal de alto risco, por município, para a Região de Saúde utilizada como exemplo anteriormente, a região de Planópolis.

Município	População 2018		Nascidos vivos 2018	Gestantes estimadas 2019	
	Total	%		Total gestantes	Gestantes alto risco
Alberto Estião	103.445	25,18%	1.265	1391	208
Conasul	51.870	12,62%	652	717	108
Planópolis	178.152	43,37%	2.175	2393	359
Proalândia	77.339	18,83%	961	1.057	159
Região	410.806	100%	5.053	5558	834

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

Exames especializados					
Município	Ultrassom obstétrico	Ultrassom morfológico	Ultrassom com Doppler	Cardiotocografia basal	Eletrocardiograma
Alberto Estião	416	416	416	416	62
Conasul	2.016	2.016	2.016	2.016	32
Planópolis	718	718	718	718	108
Proalândia	318	318	318	318	48
Região	1.668	1.668	1.668	1.668	250

O estudo da capacidade operacional é importante para todos os profissionais, embora seja a disponibilidade do médico a referência para o agendamento do enfermeiro e do técnico em enfermagem. Os três profissionais, obrigatoriamente, participarão de todos os ciclos de atendimento, os primeiros e os subsequentes. Para os demais profissionais da equipe, os atendimentos subsequentes dependerão da avaliação inicial e do plano de cuidados definido. Os outros profissionais que compõem a equipe devem estar disponíveis com suficiência de carga horária para cobertura de todos os ciclos de atenção contínua.

A capacidade operacional deve ser também definida com relação aos macroprocessos educacional, supervisional e de pesquisa, correspondendo a uma determinada carga horária do profissional protegida na agenda, para desenvolvimento das atividades que operacionalizem essas funções.

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

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

Exemplo de estudo da capacidade de vinculação

O Dr. Olavo é médico ginecologista obstetra no ambulatório e atende de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h. Divide sua carga horária semanal de 20 horas, dedicando 4 horas para a função de educação permanente para as eSF e 16 horas para a função assistencial. Com duração média de 20 minutos para os atendimentos (num equilíbrio de 30% de primeiros atendimentos e 70% de subsequentes), ao final de 1 mês, realizará 192 atendimentos. Considerando a média de cinco atendimentos por gestante de alto risco e 11 meses de trabalho do profissional (salvaguardando o mês de férias), ele terá capacidade operacional para realizar 2.112 consultas, o que corresponde a acompanhar 422 gestantes por ano. Essa capacidade operacional significa uma “capacidade de vinculação”, ou seja, ele irá acompanhar em torno de 422 mesmas gestantes de um certo número de mesmas eSF dos municípios.

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

A vinculação deve ser mantida na presença de mais um médico da mesma especialidade. Cada um deles será referência para um grupo de equipes da APS dos municípios da Região de Saúde.

Voltemos ao nosso exemplo.

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

Município	Quantidade de eSF	Estimativa gestantes	Médico obstetra
Alberto Estião	34	208	Dr. Olavo
Conasul	17	108	Dra. Carla
Planópolis	59	359	Dra. Carla
Proalândia	26	159	Dr. Olavo

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

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

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

Exemplo de abertura de agenda quadrimestral

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

Janeiro 2020							Fevereiro 2020							Março 2020							Abril 2020										
Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom				
1		1	2	3	4	5	5					1	2	9						1	5		1	2	3	4	5				
2	6	7	8	9	10	11	12	6	3	4	5	6	7	8	9	10	2	3	4	5	6	7	8	6	6	7	8	9	10	11	12
3	13	14	15	16	17	18	19	7	10	11	12	13	14	15	16	11	9	10	11	12	13	14	15	7	13	14	15	16	17	18	19
4	20	21	22	23	24	25	26	8	17	18	19	20	21	22	23	12	16	17	18	19	20	21	22	8	20	21	22	23	24	25	26
5	27	28	29	30	31			9	24	25	26	27	28	29		13	23	24	25	26	27	28	29	9	27	28	29	30			
																14	30	31													

No dia 31 de janeiro, deverá ser aberta a agenda do mês de maio de 2020, mantendo o quadrimestre sempre disponível para agendamentos.

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

3.1 O desenho da agenda de atendimentos

As agendas de acesso ao ambulatório são denominadas “agendas externas” e correspondem à porta de entrada do ambulatório. O critério de acesso é definido pelas especialidades médicas, mas implica automaticamente no agendamento da equipe multiprofissional padronizada na carteira de serviços.

Linhas de Cuidado	Especialidades da carteira básica
Materno-infantil	<p>Acesso à agenda de atendimentos: ginecologista, obstetra e pediatra</p> <p>Juntamente das especialidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnico em enfermagem <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro • Psicólogo • Nutricionista • Fisioterapeuta • Assistente social <p>Carteira ampliada e/ou avançada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurologista pediátrico • Oftalmologista pediátrico <ul style="list-style-type: none"> • Fonoaudiólogo • Terapeuta ocupacional
Diabetes/hipertensão	<p>Acesso à agenda: endocrinologia e cardiologia</p> <p>Juntamente das especialidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oftalmologia • Técnico em enfermagem <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro • Psicólogo • Nutricionista • Fisioterapeuta • Educador físico • Farmacêutico clínico • Assistente social <p>Carteira ampliada e/ou avançada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nefrologista • Angiologista • Ortopedista • Neurologista • Terapeuta ocupacional
Propedêutica do câncer de mama e colo uterino	<p>Acesso à agenda: mastologista e ginecologista</p> <p>Juntamente das especialidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnico em enfermagem <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro • Psicólogo • Fisioterapeuta • Assistente social

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

Exemplo:

Dia 20 de fevereiro (segunda-feira)

Especialidades/ exames/ procedimentos	Profissionais	Horário de trabalho	Atendimento previsto (tipo e quantidade)	Apoio presencial à APS	Apoio a distância à APS	Reunião de equipe	Capacitação interna da equipe de AAE
Endocrinologia	Dr. Gustavo	8h-17h	20 atendimentos, sendo 6 primeiros e 14 subsequentes	0	12h-13h	11h-12h	0
Cardiologia	Dra. Pamela	9h-18h	17 atendimentos, sendo 4 primeiros e 13 subsequentes	0	0	11h-12h 17h-18h	0
	Dr. João	8h-17h	12 atendimentos, sendo 3 primeiros e 9 subsequentes	14h-17h	0	11h-12h	0
Oftalmologia	Dra. Vera	9h-18h	16 atendimentos, sendo 4 primeiros e 12 subsequentes 2 retinografias com contraste 1 fotocoagulação a laser	0	0	11h-12h 16h30- 17h30	0
Nefrologia	Dra. Mariana	13h-18h	10 atendimentos, sendo 3 primeiros e 7 subsequentes	0	16h-16h30 e 17h30-18	16h30- 17h30	0
Angiologista	Dr. Raimundo	8h-14h	10 atendimentos, sendo 3 primeiros e 7 subsequentes	12h-14h	0	11h-12h	0
Ambulatório de Cuidados Pé DM	Bruna	8h-18h	6 atendimentos e procedimentos	14h-18h	0	11h-12h	0
Retinografia	Técnico de Oftalmologia Anselmo	8h-18h	25 exames	0	0	0	0
Ecocardiograma	Dra. Júnia	9h-18h	25 exames	0	0	0	0
Eletrocardiograma	Ana Paula	7h-16h	30 exames	0	0	0	0
MAPA	Técnica em Enfermagem Vanessa	6h30-9h	6 desinstalações e 6 instalações de aparelhos	0	0	0	0
Holter		14h30-16h	3 desinstalações e 3 instalações de aparelhos				
Teste Ergométrico	Dra. Samara Cardiologista Técnica em Enfermagem Vanessa	9h-12h30	10 exames	0	0	0	0

Enfermeiro	Aniele	7h-17h	20 atendimentos, sendo 6 primeiros e 14 subsequentes Avaliação do compartilhamento do cuidado/ consulta com enfermeiro	0	0	0	0
	Ricardo	8h-18h	20 atendimentos, sendo 6 primeiros e 14 subsequentes Avaliação do compartilhamento do cuidado/ consulta com enfermeiro	0	9h às 10h	11h-12h	0
	Joice	6h30-9h	Apoio a exames da cardiologia e oftalmologia	0		11h-12h	16h30-17h30
		10h-16h	8 atendimentos, sendo 3 primeiros e 5 subsequentes Revezamento no horário de almoço com o enfermeiro do ponto de apoio/avaliação do compartilhamento do cuidado/ consulta enfermeiro				
	Pollyane	8h-18h	Ponto de apoio	0	0	0	0
Técnico em enfermagem	Patrícia	7h-17h	Verificação de dados vitais e antropométricos	0	0	0	0
	Silvana	8h-18h	Apoio a exames de oftalmologia, sala de observação ambulatorial, reposição de insumos e materiais e organização de salas de atendimentos	0	0	0	0
Psicólogo	Regina	7h-13h	14 atendimentos, sendo 6 primeiros e 8 subsequentes			11h-12h	
	Matheus	12h-18h	14 atendimentos, sendo 6 primeiros e 8 subsequentes			16h30-17h30	
Nutricionista	Fábio	7h-13h	14 atendimentos, sendo 6 primeiros e 8 subsequentes			11h-12h	
	Roberta	12h-18h	14 atendimentos, sendo 6 primeiros e 8 subsequentes			16h30-17h30	
Farmacêutico clínico	Denize	8h-13h	14 atendimentos, sendo 6 primeiros e 8 subsequentes			11h-12h	
	Maurício	12h-18h	8 atendimentos, sendo 3 primeiros e 5 subsequentes		15h às 16h	16h30-17h30	
Fisioterapeuta	Ronald	8h-14h	14 atendimentos, sendo 6 primeiros e 8 subsequentes			11h-12h	
	Paula	12h-18h	14 atendimentos, sendo 6 primeiros e 8 subsequentes			16h30-17-30	
Educador físico	Eduarda	9h-14h	14 atendimentos, sendo 6 primeiros e 8 subsequentes			11h-12h	
	Cláudio	13h-18h	14 atendimentos, sendo 6 primeiros e 8 subsequentes			16h30-17h30	
Assistente social	Karen	7h-13h	10 atendimentos, sendo 5 primeiros e 7 subsequentes			11h-12h	
	Eveline	12h-18h	10 atendimentos, sendo 5 primeiros e 7 subsequentes			16h30-17h30	

APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial.

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

A agenda será organizada em blocos de horários, como demonstra o anexo “Planilha de Agendamento da Atenção Ambulatorial Especializada”, para facilitar o acesso ao ambulatório.

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

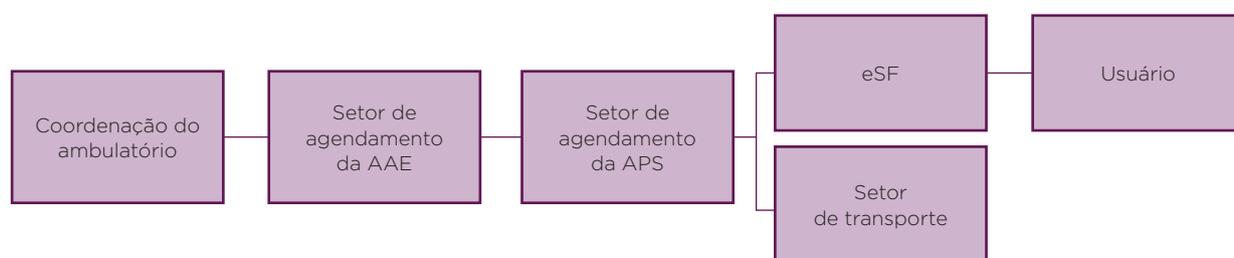
Preferencialmente, os primeiros atendimentos devem ser agendados para o turno da manhã.

3.2 Cancelamento dos atendimentos

Ambas as equipes devem estar atentas para a efetivação do atendimento agendado. Qualquer alteração na agenda deve ser evitada ao máximo, pelo fato de postergar uma intervenção destinada a um usuário de alto risco, arriscando perder o “tempo de oportunidade”; gerar transtornos na rotina familiar e de trabalho do usuário, acompanhante e família e onerar o sistema de saúde pela não utilização de um serviço já organizado.

- O cancelamento de atendimentos pela equipe do ambulatório em situações realmente imprevistas deve ser prontamente comunicado e justificado para o usuário, a equipes e os gestores, acionando inversamente a cadeia de compartilhamento do cuidado, conforme a figura 2.

Figura 2. Fluxo de comunicação para cancelamento de atendimentos pela equipe do ambulatório.



Fonte: Autores

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; APS: Atenção Primária à Saúde; eSF: equipe de Saúde da Família.

- No ato do cancelamento, uma nova data de atendimento deverá ser ofertada, com atenção para não ocorrer novo cancelamento.
- Do ponto de vista assistencial, por se tratar de usuários de alto e muito alto risco, a equipe da APS deve verificar a necessidade de uma reavaliação do usuário no intervalo até a nova data agendada, solicitando, se necessário, o apoio a distância da equipe especializada para a discussão do caso e elaboração do plano de cuidados.
- É um indicador que deve ser rigorosamente monitorado pela equipe gestora do ambulatório e apresentado aos municípios.
- Cancelamento de atendimentos pelo município:
 - Caso o usuário não possa comparecer ao atendimento ou haja alguma dificuldade de transporte, a APS também deve comunicar prontamente a equipe do ambulatório e solicitar a alteração do agendamento.
 - Se o cancelamento for feito em tempo hábil para uma substituição, a equipe do ambulatório deve identificar, junto às equipes da APS, outro usuário com disponibilidade para ocupar a vaga do desistente.

3.3 Atendimentos subsequentes

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Gestão de lista de espera

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

Para os atendimentos subsequentes, caso sejam solicitados no plano de cuidados prazos superiores a 4 meses, ou seja, tempo superior à disponibilidade de agenda do ambulatório aberta, esses usuários devem ser incluídos na lista de espera, para atendimentos subsequentes.

A equipe especializada deve fazer a gestão dessa lista de espera, organizando-a por nome do usuário, data de nascimento, Linha de Cuidado, especialidade, tipo de atendimento (primeiro ou subsequente), data de inclusão da solicitação, unidade da APS e município de origem, além de realizar um rigoroso monitoramento para garantir o agendamento no tempo oportuno.

O monitoramento da lista de espera deve ser feito diariamente por Linhas de Cuidados, tempo de espera em dias de espera contados a partir da solicitação da equipe da APS e número de usuários na lista de espera por atendimento, exame e/ou procedimento.

A equipe assistencial envolvida diretamente nas ações de apoio matricial deve ser acionada para participar da gestão da lista de espera, identificando as equipes com necessidade de suporte, para ajuste no manejo do clínico dos usuários que aguardam atendimento.

3.5 O monitoramento da agenda

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

Devem avaliar:

- Utilização dos serviços.
- Usuários atendidos *versus* usuários estimados.
- Tempo para acesso ao serviço.
- Capacidade operacional dos profissionais e equipe.
- Carga horária presencial destinada à realização de atividades de apoio às equipes da APS.
- Taxas de absentismo.
- Oferta insuficiente diante da capacidade operacional da equipe já instalada.
- Cancelamento de agendas.
- Assertividade de compartilhamento do cuidado por equipe da APS.

- Atendimentos subsequentes sem a resolutividade do caso.
- Tempo médio para alcance da estabilidade clínica dos usuários.
- Transição do cuidado com a APS dos usuários que alcançaram estabilidade clínica.

A gestão do ambulatório e da equipe assistencial deve reservar momentos para analisar conjuntamente o painel de indicadores, elaborar e/ou atualizar o plano de ação com estratégias para alcance dos melhores resultados.

Segue a relação com as metas internacionais de segurança do paciente e o processo de agendamento na AAE.

Exemplos de *checklist* para agendamento no ambulatório especializado

Esse instrumento pode ser utilizado pelo enfermeiro durante a avaliação dos critérios de acesso ao ciclo de atenção contínua e identificação da aplicação das metas de segurança do paciente para promoção de um cuidado mais seguro.



Meta 1: Identificar os pacientes corretamente

Assegurar que, desde o processo de agendamento, recepção e atendimento, as pessoas usuárias sejam identificadas corretamente, prevenindo a ocorrência de incidentes. Para isso, é recomendada a utilização de, ao menos, dois identificadores.

Informações gerais para cadastro dos usuários que devem ser confirmadas em todos os agendamentos:
Identificadores:
Nome completo do usuário
Data de nascimento do usuário
Nome completo da mãe do usuário
Número do prontuário do usuário no AAE
Outros dados importantes para o cadastro do usuário:
Endereço completo do usuário
Número do telefone do usuário
Unidade de saúde de origem
Nome do ACS da microárea
Linha de Cuidado
Estratificação de risco
Primeiro atendimento ou subsequente na AAE
Apresenta alguma necessidade especial? () Não () Sim Qual? _____



Meta 6: Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão

Quando, no agendamento, questionamos se o usuário possui alguma necessidade especial, estamos identificando suas necessidades para organizarmos a melhor resposta assistencial na unidade ambulatorial, como o número suficiente de cadeiras de rodas, macas, cadeiras fixas adequadas ao seu porte físico, auxílio por parte da equipe para o deslocamento do usuário dentro da unidade e até o transporte.



Meta 3: Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

O levantamento das medicações é um critério importante, para assegurar quais as medicações que o usuário faz uso e se foram prescritas, pois pode haver automedicação.

Checklist para agendamento dos atendimentos na AAE

Linha de Cuidados: **gestante de alto risco**

Sim	Não	Item			
		Formulário de compartilhamento do cuidado ou plano de cuidados da APS para AAE			
		Documento de identificação com foto			
		Cartão SUS			
		Caderneta da Gestante			
		Cartão de vacinação atualizado			
		Prescrição das medicações em uso			
		Mapa do monitoramento pressórico (se gestantes com hipertensão arterial)			
		Mapa do monitoramento glicêmico ou glicosímetro (se gestantes com diabetes)			
		Para puérperas ou gestantes que tenham sido internadas no hospital e/ou maternidade no período, deve ser apresentado o sumário de alta ou plano de cuidados hospitalar			
		Gestantes e/ou puérperas menores de 18 anos de idade e/ou com capacidade de autocuidado insuficiente, é necessária a presença de um acompanhante com maior idade legal e capacidade para apoiar a usuária para seu autocuidado			
Exames do pré-natal correspondentes à idade gestacional que devem ser apresentados					
			1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
		Hemograma	X		X
		Tipagem sanguínea e fator Rh	X		
		Coombs indireto (se for Rh negativo)	X	X	X
		Glicemia de jejum	X		X
		Teste de tolerância para glicose		X	
		Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR	X		X
		Teste rápido diagnóstico anti-HIV	X		
		Anti-HIV	X		X
		Toxoplasmose IgM e IgG (deverá ser repetido no segundo e terceiro trimestres se o IgG e IgM não for reagentes no primeiro trimestre)	X	X	X
		Sorologia para hepatite B (HbsAg)	X		X
		Sumário de urina	X	X	X
		Urocultura	X		X
		Eletrforese de hemoglobina	X		
		Citopatológico de colo de útero (último resultado, caso tenha sido colhido recente e aguarda o resultado, registrar no formulário de compartilhamento do cuidado a data da coleta)	X		
		Ultrassonografia obstétrica, morfológica ou Doppler (se existirem exames não obrigatórios que tenham sido realizados, é importante sua apresentação no dia do atendimento)	X		

Checklist para agendamento dos atendimentos na AAE

Linha de Cuidados: **criança de alto risco**

Sim	Não	Item
		Formulário de compartilhamento do cuidado ou plano de cuidados da APS para AAE
		Certidão de nascimento
		Documento de identificação com foto do responsável legal
		Cartão SUS
		Caderneta da Criança/cartão de vacinação atualizado
		Cartão de pré-natal da mãe
		Prescrição das medicações em uso
		Para crianças prematuras, é indispensável apresentar do sumário de alta ou plano de cuidados da maternidade/unidade neonatal
		Crianças com outras condições que tenham sido internadas nos últimos 12 meses, devem apresentar sumário de alta ou plano de cuidados hospitalar
		É obrigatória a presença dos pais e/ou o responsáveis com maior idade legal. Caso o responsável legal tenha baixa capacidade para o cuidado da criança, deverá ser acompanhado de pessoa que possa apoiar no cuidado
Exames de rastreios neonatal		
		Teste da Orelhinha
		Teste do Pezinho (caso ainda não tenha recebido o resultado, registrar a data da coleta)
		Caso tenham sido realizados outros exames, orientar a apresentar os resultados no dia do atendimento

Checklist para agendamento dos atendimentos na AAE
Linha de Cuidados: **hipertensão e diabetes de alto risco**

Sim	Não	Item
		Formulário de compartilhamento do cuidado ou plano de cuidados da APS para AAE
		Documento de identificação com foto
		Cartão SUS
		Cartão de vacinação atualizado
		Prescrição das medicações em uso
		Mapa do monitoramento pressórico
		Mapa do monitoramento glicêmico ou glicosímetro ou leitor de sensor de monitoramento da glicose
		Caso o usuário tenha sido internado nos últimos 12 meses, deve ser solicitado o sumário de alta e/ou plano de cuidados hospitalar. Em caso de atendimento/observação ambulatorial em Unidade de Pronto Atendimento ou equivalente, informar a data e o motivo no formulário de compartilhamento do cuidado ou plano de cuidados da APS
		Usuários com idade inferior a 18 anos e/ou em caso de insuficiência de autocuidado, é necessária a presença de acompanhante com maior idade legal e com capacidade para apoiar o usuário em seu autocuidado

Exames que devem ser apresentados

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

Sim	Não	Exame	Data da realização
		Hemograma	
		Glicemia de jejum	
		Hemoglobina glicada (método HPLC)	
		Creatinina plasmática e cálculo da TFG	
		Potássio sérico	
		Análise da urina (exame de elementos e sedimentos anormais da urina)	
		Relação albumina/creatinina em amostra isolada da urina	
		TSH (em usuários com DM tipo 1, e/ou com dislipidemia ou em mulheres acima dos 50 anos)	
		TGO	
		TGP	
		Gama GT	
		Colesterol total	
		HDL-c	
		LDL-c	
		Triglicérides	
		Vitamina B12 (usuários de metformina ou maiores de 50 anos)	
		Vitamina D-25(OH)D ⁺	
		Eletrcardiograma	
		Caso tenham sido realizados outros exames, orientar a apresentar os resultados no dia do atendimento	

Checklist para agendamento dos atendimentos na AAE
Linha de Cuidados: Saúde da Mulher - **câncer de mama**

Sim	Não	Item
		Formulário de compartilhamento do cuidado ou plano de cuidados da APS para AAE
		Documento de identificação com foto
		Cartão SUS
		Cartão de vacinação atualizado
		Prescrição das medicações em uso
		Se no período estiver sido internado, deverá apresentar sumário de alta ou plano de cuidados hospitalar
		Usuários com idade inferior a 18 anos e/ou em caso de insuficiência de autocuidado, é necessária a presença de acompanhante com maior idade legal e com capacidade para apoiar o usuário em seu autocuidado
Sim	Não	Exames
		Mamografias anteriores (se mulheres de 50 a 69 anos de idade ou com idade inferior, conforme protocolo de rastreio ou mamografia diagnóstica)
		Ultrassons de mamas (se já tiver realizado anteriormente)
		Punção aspirativa com agulha fina (se já tiver realizado anteriormente)
		Core Biopsy (punção aspirativa com agulha grossa), se já tiver realizado
		Caso tenham sido realizados outros exames, orientar a apresentar os resultados no dia do atendimento

Checklist para agendamento dos atendimentos na AAE Linha de Cuidados: Saúde da Mulher - câncer de colo de útero		
Sim	Não	Item
		Formulário de compartilhamento do cuidado ou plano de cuidados da APS para AAE
		Documento de identificação com foto
		Cartão SUS
		Cartão de vacinação atualizado
		Prescrição das medicações em uso
		Se no período estiver sido internado, deverá apresentar sumário de alta ou plano de cuidados hospitalar
Sim	Não	Exame
		Citopatológico do colo uterino (Papanicolau) realizado nos últimos 6 meses
		Caso tenham sido realizados outros exames, orientar a apresentar os resultados no dia do atendimento

Checklist da Linha de Cuidados: saúde da pessoa idosa		
Sim	Não	Item
		Formulário de compartilhamento do cuidado ou plano de cuidados da APS para AAE
		Documento de identificação com foto
		Cartão SUS
		Cartão de vacinação atualizado
		Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
		Prescrição das medições em uso
		Se no período tiver sido internada, deverá apresentar sumário de alta ou plano de cuidados hospitalar
		É obrigatória a presença de um acompanhante com maior idade legal, que conheça bem a rotina do idoso e que possa apoiá-lo em seu autocuidado
		Caso tenham sido realizados outros exames, orientar a apresentar os resultados no dia do atendimento

Checklist da Linha de Cuidados: saúde mental		
Sim	Não	Item
		Formulário de compartilhamento do cuidado ou plano de cuidados da APS para AAE
		Documento de identificação com foto
		Cartão SUS
		Cartão de vacinação atualizado
		Prescrição das medições em uso
		Se no período tiver sido internada, deverá apresentar sumário de alta ou plano de cuidados hospitalar
		Caso o usuário tenha sido internado nos últimos 12 meses, deve ser solicitado o sumário de alta e/ou plano de cuidados hospitalar. Em caso de atendimento/observação ambulatorial em Unidade de Pronto Atendimento ou equivalente, informar a data e o motivo no formulário de compartilhamento do cuidado ou plano de cuidados da APS
		Caso tenham sido realizados outros exames, orientar a apresentar os resultados no dia do atendimento

REFERÊNCIAS

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.314/2022, 20 de abril de 2022. **Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 de maio de 2022, Seção I, Ed. 84, p. 227. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852> > Acesso em maio/2022
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Metas Internacionais de Segurança do Paciente.** Brasília, DF: Ministério da Educação; 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 7 abr. 2022.
- MARCHON, S. G.; MENDES JÚNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cxykm9SGPbphNMMMKVmTxZd/?lang=en>. Acesso em: 7 abr. 2022.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde.** O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 7 abr. 2022.
- MENDES E.V. **Desafios do SUS.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus>. Acesso em: 7 abr. 2022.