



**Telessaúde**  
Santa Catarina

<http://telessaude.sc.gov.br>  
[telessaude.sc@saude.sc.gov.br](mailto:telessaude.sc@saude.sc.gov.br)  
+55 48 3212-3505

# A Gestão da Clínica

**Ronaldo Zonta**

Médico de Família e Comunidade

Coordenação Pedagógica da Residência em MFC

Departamento de Atenção Primária à Saúde

SMS/Florianópolis

[ronaldozonta@gmail.com](mailto:ronaldozonta@gmail.com)



SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE

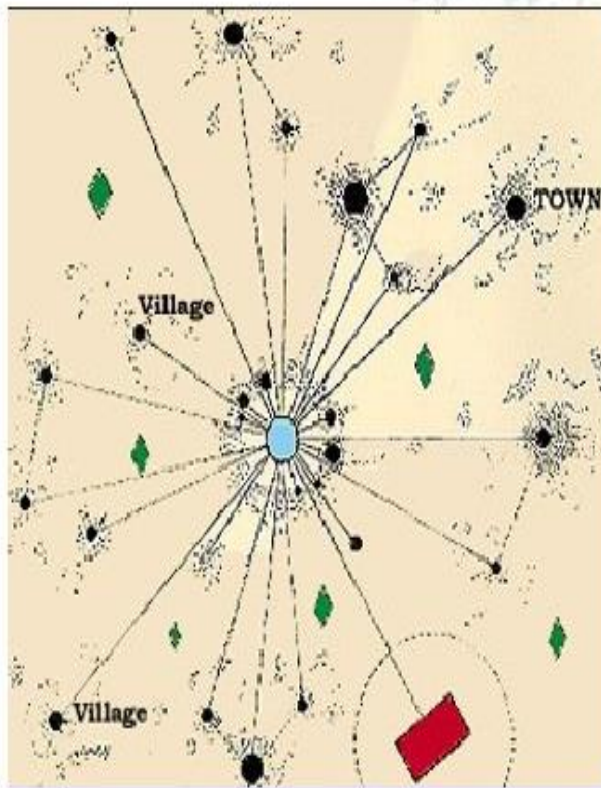


# RELATÓRIO DAWSON (1920)

- Território
- População adscrita
- Porta de entrada
- Vínculo / acolhimento
- Referência
- APS como coordenadora do cuidado

## Relatório Dawson, 1920.

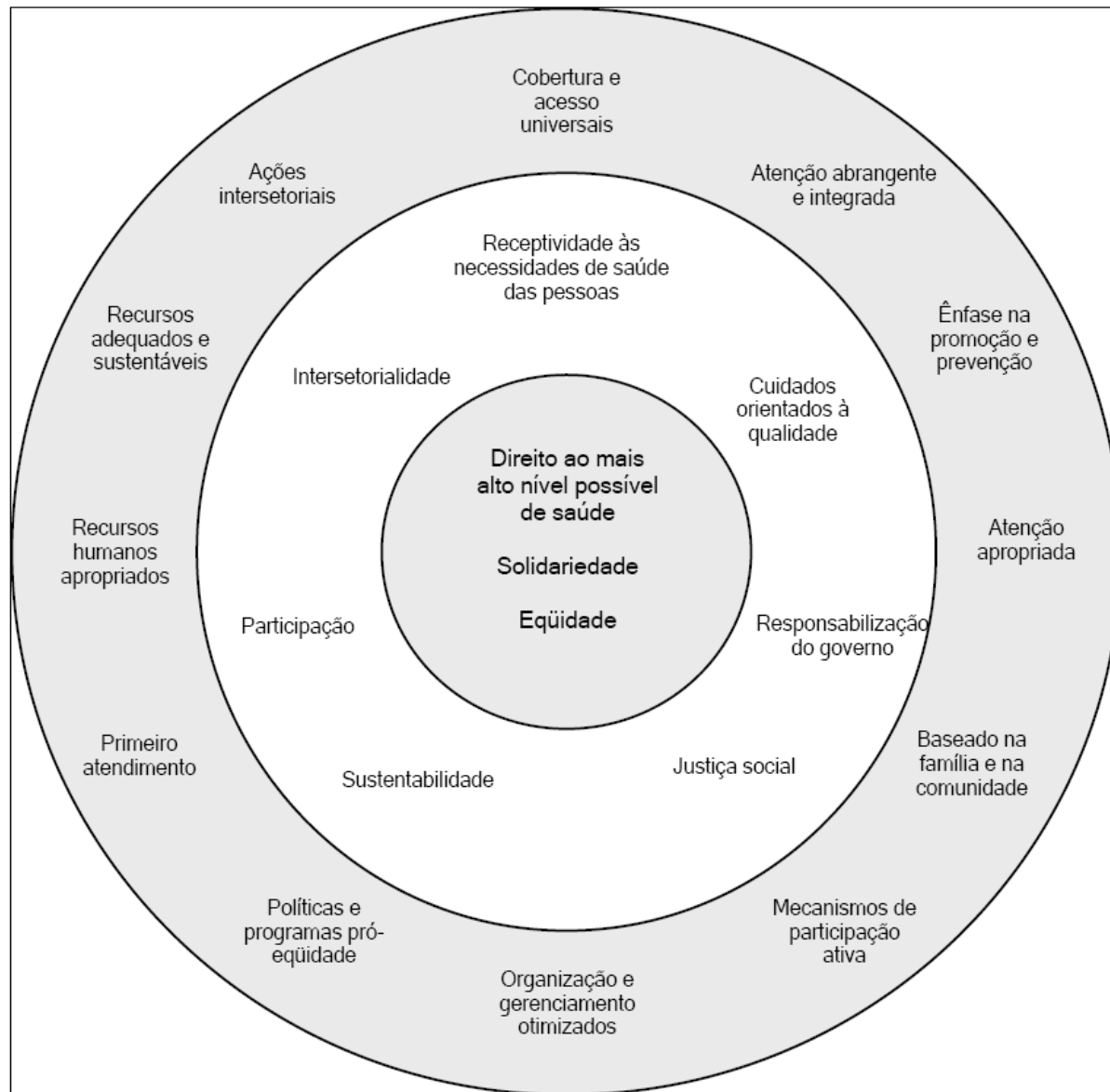
- Apontava que o Estado deveria ser o provedor e controlador das políticas de saúde;
- Definia que os serviços de saúde seriam responsáveis pelas **ações preventivas e curativas**, de forma **unificada** e que deveriam ser desenvolvidas por **médicos generalistas**, **preparados para atuar sobre os indivíduos e comunidades**;
- Já definia o **Distrito Sanitário** apontando que os serviços seriam de **saúde para as famílias de uma região geográfica (TEIAS)**.



- = Primary Health Centers
- ◆ = Supplementary Services
- = Secondary Health Centers
- = Teaching Hospital
- ⊙ = Domiciliary Services

- Para Dawson para haver um processo de hierarquização era necessário um sistema de referência entre a porta de entrada na atenção primária e as especialidades que pudessem ser encaminhados, incorporando assim toda complexidade de recursos indispensáveis à solução de cada tipo de problema de saúde da população.

Figura 1: Valores, Princípios e Elementos Centrais em um Sistema de Saúde com Base na APS



# Como fazer para promover o trabalho em Rede

- Se guiar através das **linhas de cuidado**, corresponsabilização do cuidado
- **Sair da lógica do encaminhamento**
- **Diminuir a burocratização**
- Qualificar e fortalecer o acolhimento e o vínculo dos usuários com suas unidades de referência (**LONGITUDINALIDADE**)
- Mapear os percursos dos usuários na Rede, para poder ter maior compreensão e resolubilidade dos casos

# Como fazer para promover o trabalho em Rede

- Promover o **encontro entre os serviços**, para discussão de casos, troca de saberes e experiências
- **Melhorar a comunicação** entre os serviços
- Ajudar a **divulgar** as ações que os serviços realizam em seus campos e territórios
- **Atendimento compartilhado** entre campos e núcleos
- Trabalhar as redes internas e externas dos serviços
- Acionar e corresponsabilizar a **rede pessoal do usuário** - família, comunidade

# O modelo tradicional

- Trabalho com programas e ações programáticas
- Divisão artificial:
  - Vigilância em saúde x Assistência
  - Problema crônico x Problema agudo
  - Demanda programada ('controle') x Demanda espontânea
- Prioriza: HAS, DM, crianças, gestantes, TB, hanseníase
- Excessiva programação da agenda/'retornos'
- Programa Saúde da Família (PSF)



# O modelo tradicional

- ‘Equipes não-funcionais’:
  - Médico = especialista em pacientes crônicos estáveis e obedientes
  - Enfermeiro = burocrata
  - Técnico de enfermagem = sem população definida
  - Baixa resolutividade dos profissionais
- Acesso burocrático
- Uso inflexível de área geográfica de abrangência
- ‘Lei dos Cuidados Inversos’
- APS de baixo score e baixa qualidade (PCATool)

# O modelo tradicional

Capa > Paraná

## Quatro em cada cinco pacientes não precisariam ir a emergências em Curitiba

Nas redes pública e particular, 80% dos pacientes que seguem hospitais e UPAs não são casos emergenciais

07/05/15 às 00:00 - Atualizado às 12:36 | Josianne Ritz

Comente: 6



0

g+1

0



35

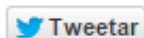


# O modelo tradicional

## “Pessoas querem um fast-food da saúde”, diz diretor de Hospital

07/05/15 às 00:00 - Atualizado às 12:37

Comente: 0



0



0



1

### SAIBA MAIS

Quatro em cada cinco pacientes não precisariam ir a emergências em Curitiba

Mais homens que crianças procuram ajuda

As cores indicam o risco e a gravidade do caso do paciente

Para o Gerente Médico do Hospital Vita de Curitiba, médico Osni Silvestri, a superlotação das emergências dos hospitais públicos e particulares é um fenômeno da sociedade que tem pressa para tudo. “Os pacientes querem um fast-food da saúde. Querem ser atendidos, querem fazer exames e serem medicados tudo de uma vez só, sem passar pelas fases da investigação médica, por isso seguem para a emergência com quaisquer sintomas”, diz ele. O problema é que as emergências não estão

equipadas para tal demanda, o que acaba em fila e mau atendimento daqueles pacientes que realmente se enquadram na definição de urgência e emergência.

# Que APS queremos?

Uma APS forte e resolutiva depende principalmente de um acesso facilitado, em que a pessoa vinculada àquela equipe consiga um **atendimento quando precisa**, no **horário mais adequado** e com a **forma de agendamento mais confortável**.

- Acesso;
- Continuidade do cuidado;
- Longitudinalidade;
- Integralidade;
- Coordenação.



# Que APS queremos?

**Uma APS de qualidade dá resposta a todas as demandas.**

Se um de vocês precisa procurar um serviço de saúde para:

- Avaliar uma dor de cabeça ou uma crise de asma
- Retirar um nevo, uma verruga ou avaliar um abscesso
- Escolher um método contraceptivo (ou inserir um DIU)
- Perguntar sobre exames de rotina (check-up)
- Levar seu avô, que anda muito esquecido e toma medicamentos para HAS e DM
- Iniciar seu seguimento pré-natal (ou de sua esposa-namorada)

**Para onde iriam?**

# Que APS queremos?

- ‘Equipes funcionais’:

*Rede colaborativa na qual cada profissional exerce seu potencial máximo*

- Médico = generalista / lida com as doenças e queixas vagas e mal definidas / problemas gerais e inespecíficos / trabalho assistencial e clínico
  - Enfermeiro = clínica do enfermeiro / demanda espontânea / demandas administrativas / cuidado e monitoramento de crônicos
  - Técnico de enfermagem = população adstrita / avalia e recepciona a demanda espontânea com resolutividade / demandas administrativas / cuidado e monitoramento de crônicos
  - ACS = recepciona a demanda espontânea / agendamento de consultas / vigilância em saúde / demandas administrativas / cuidado e monitoramento de crônicos
- Acesso flexível / Agenda livre
  - Lista de pacientes e território

# Experiência, conceitos e instrumentos tecnológicos de gestão da clínica



# **TERRITÓRIO**

**(possibilidades e limitações)**





**PREFEITURA  
FLORIANÓPOLIS**

**PREFEITURA  
FLORIANÓPOLIS**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

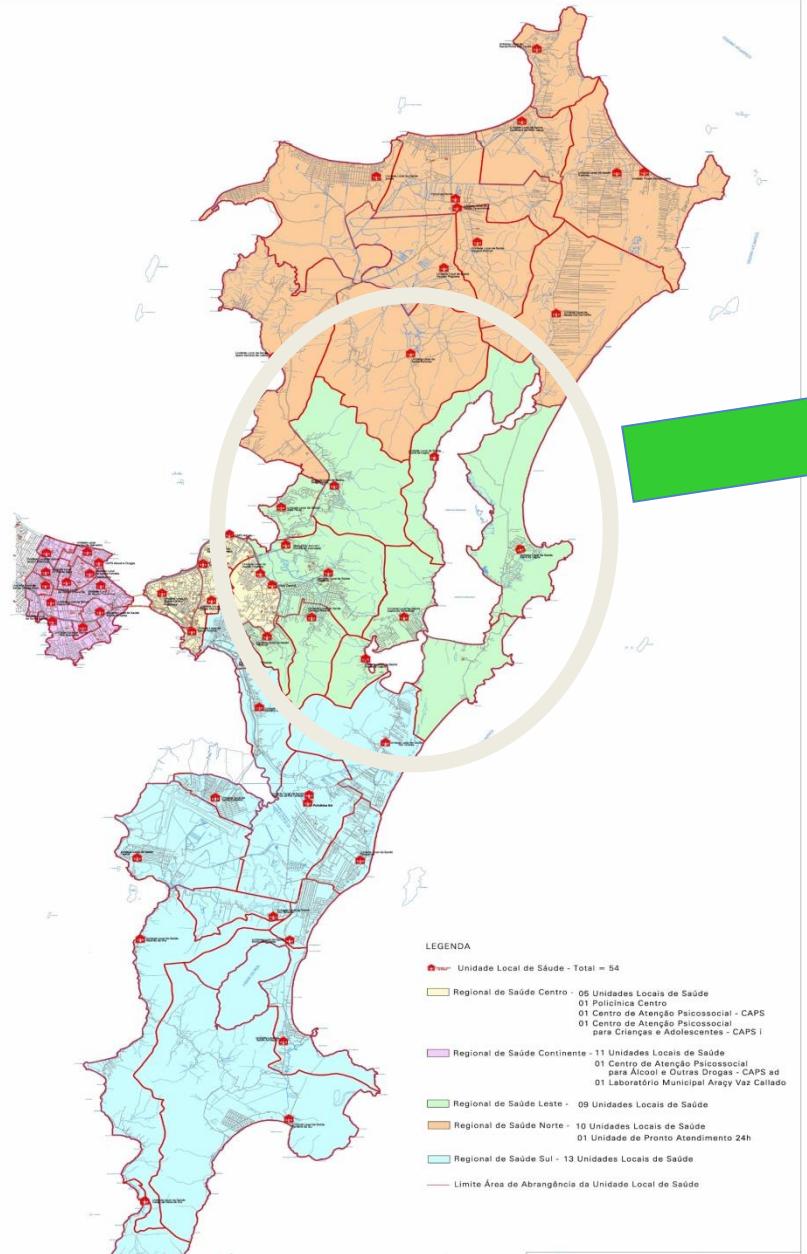
**CENTRO DE SAÚDE SACO GRANDE**

**CENTRO DE SAÚDE  
SACO GRANDE**

**PREFEITURA  
FLORIANÓPOLIS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

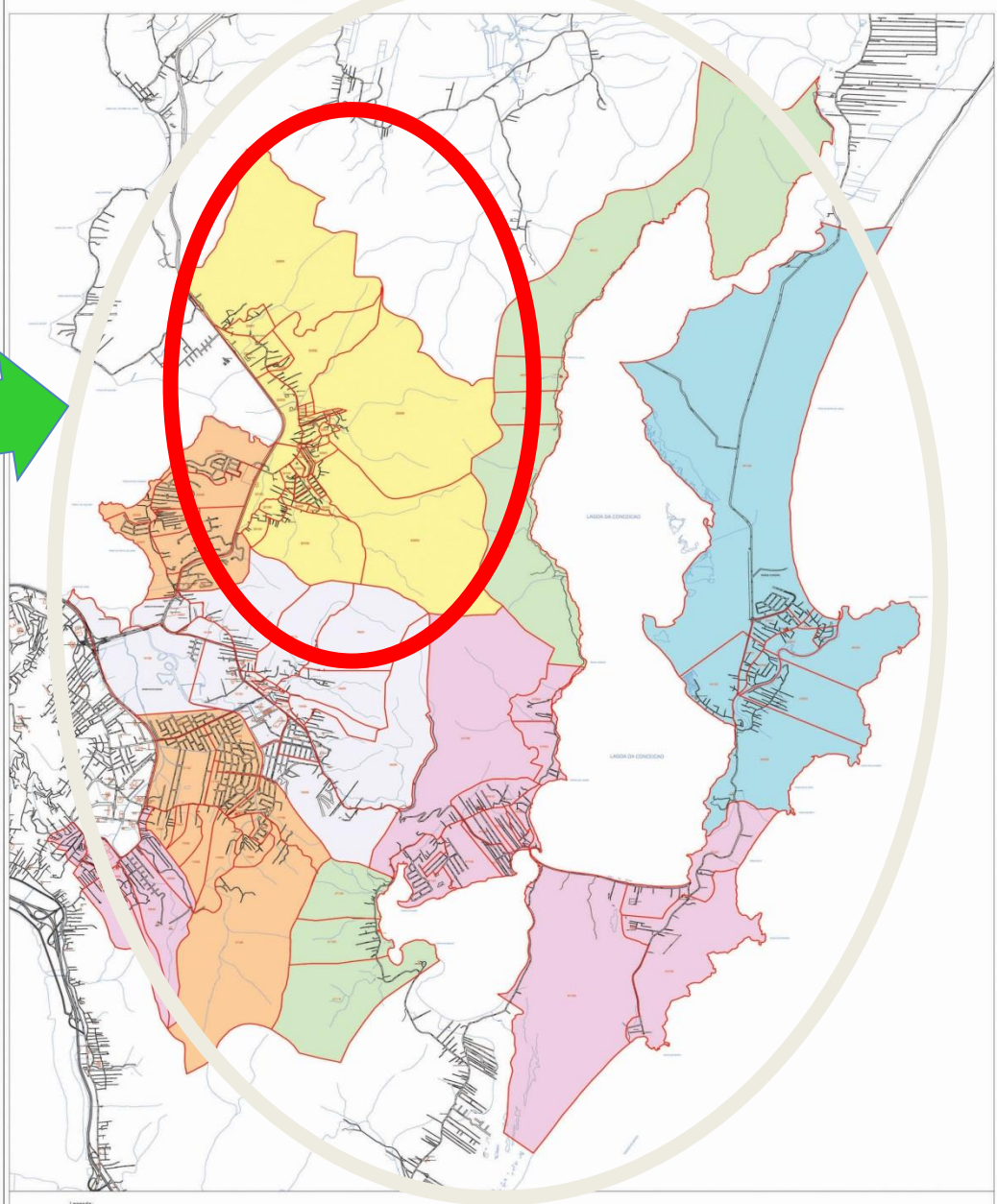


Prefeitura Municipal de Florianópolis  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rede de Atenção à Saúde  
 Regionais de Saúde

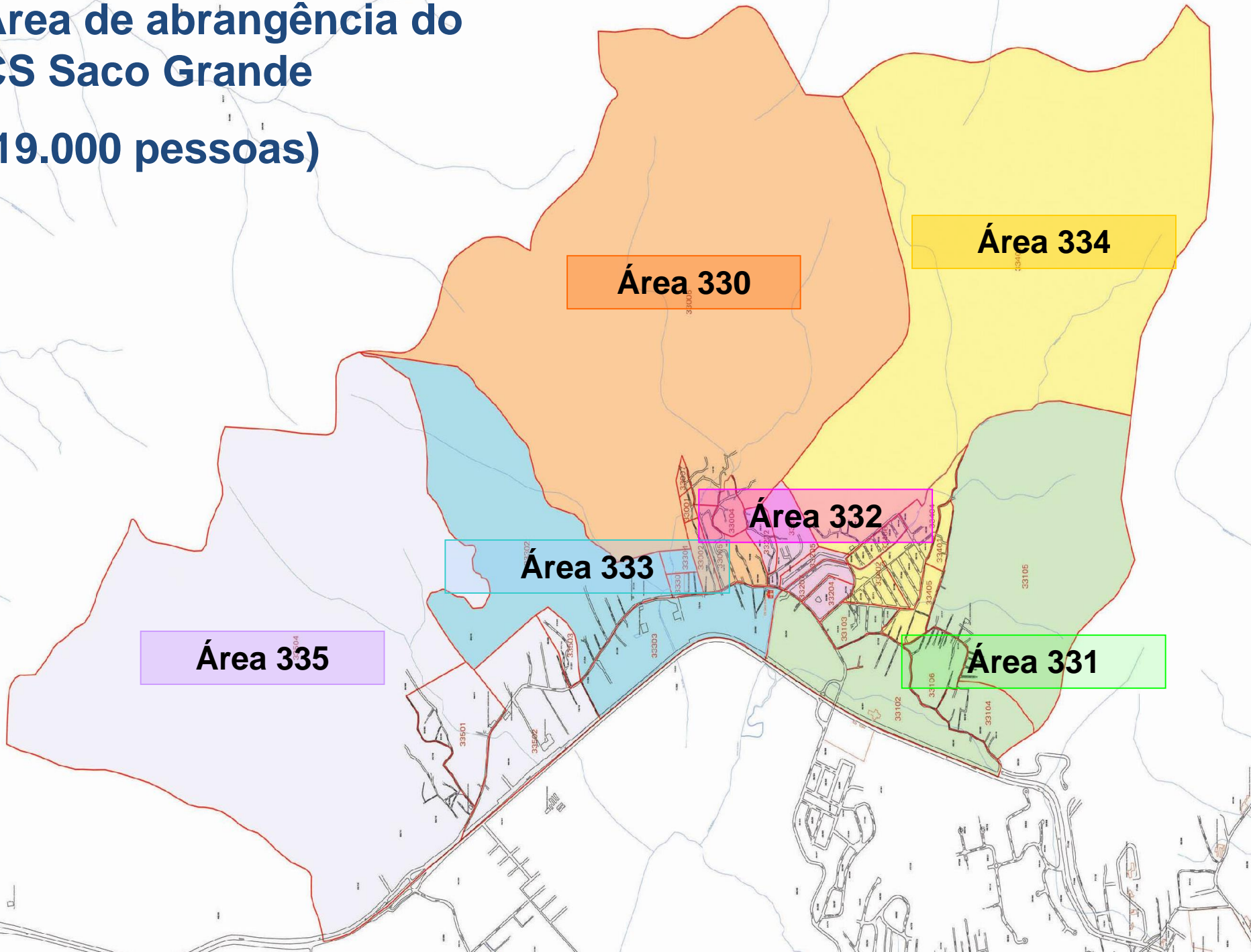


- LEGENDA**
- Unidade Local de Saúde - Total = 54
  - Regional de Saúde Centro - 05 Unidades Locais de Saúde
    - 01 Policlínica Centro
    - 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS
    - 01 Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes - CAPS I
  - Regional de Saúde Contorno - 11 Unidades Locais de Saúde
    - 01 Centro de Atenção Psicossocial para Alcool e Outras Drogas - CAPS ad
    - 01 Laboratório Municipal Aracy Vaz Callado
  - Regional de Saúde Leste - 09 Unidades Locais de Saúde
  - Regional de Saúde Norte - 10 Unidades Locais de Saúde
    - 01 Unidade de Pronto Atendimento 24h
  - Regional de Saúde Sul - 13 Unidades Locais de Saúde
  - Limite Área de Abrangência da Unidade Local de Saúde

Prefeitura Municipal de Florianópolis  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Área de Abrangência e Mapeamento Regional de Saúde Leste



# Área de abrangência do CS Saco Grande (19.000 pessoas)



# Características do território



**Porta de entrada / acesso  
avançado / coordenação do  
cuidado / vínculo /  
longitudinalidade**

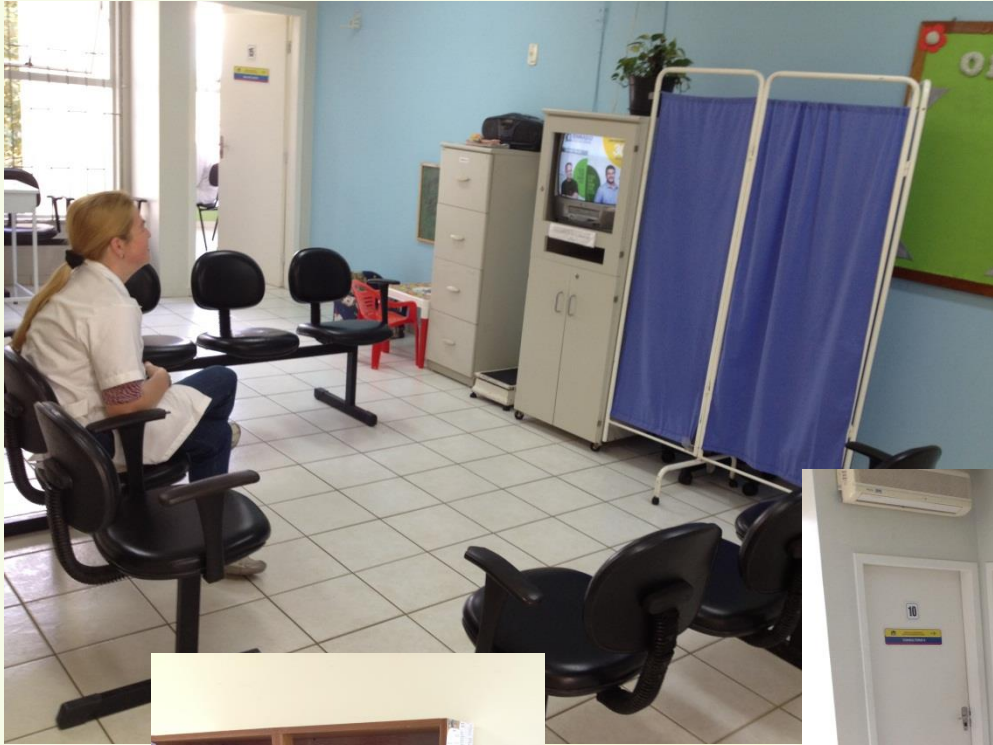


# Modelo de Acesso e Acolhimento

**“...PNH... estão baseados na confiança incondicional no ser humano, na certeza de que novas experiências podem ser criadas e recriadas a todo o momento e limitados apenas pelo comprometimento e imaginação de todos os envolvidos.”**

Harzheim, E. *Atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.







# Organização da agenda e acesso avançado

*“Faça o trabalho de hoje, hoje!”*

*“Fazer menos algumas coisas, para poder fazer mais outras.”*

- Reorganizar o processo de trabalho e as formas de agendamento, para oferecer um melhor acesso com os mesmos recursos profissionais.
- O paciente consegue uma avaliação ou consulta com sua equipe de referência no momento mais adequado, de acordo com sua necessidade, preferencialmente em até 48h.

# Organização da agenda e Acesso Avançado

- Abrir mão de uma agenda fragmentada em função de grupos por patologias ou faixas etárias (dias específicos)
- Evitar pré-agendamentos prolongados (desperdício de tempo)
- Envolver **todos** os profissionais disponíveis para oferecer os melhores recursos de acordo com as necessidades da população de sua área
- Definir **quanto tempo** será necessário para uma consulta pré-agendada, considerando que esta se dará para no máximo uma semana

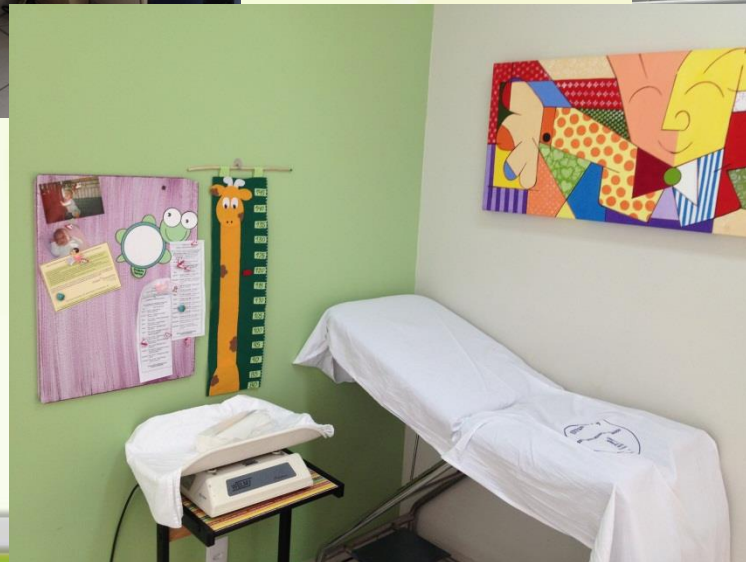
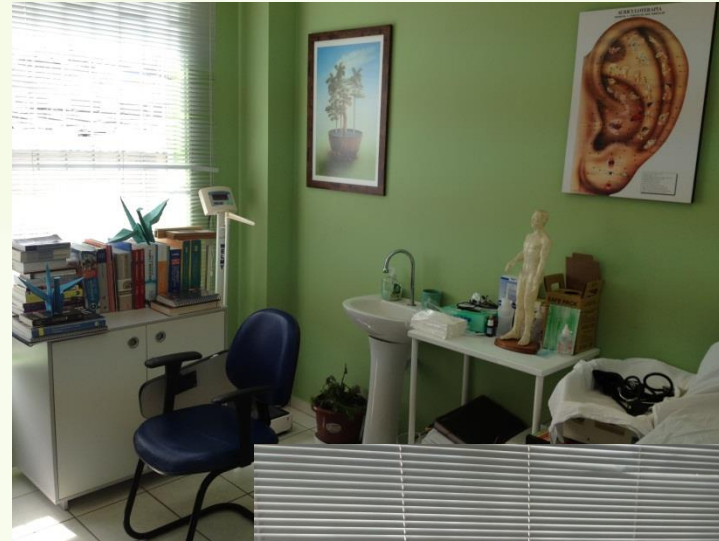
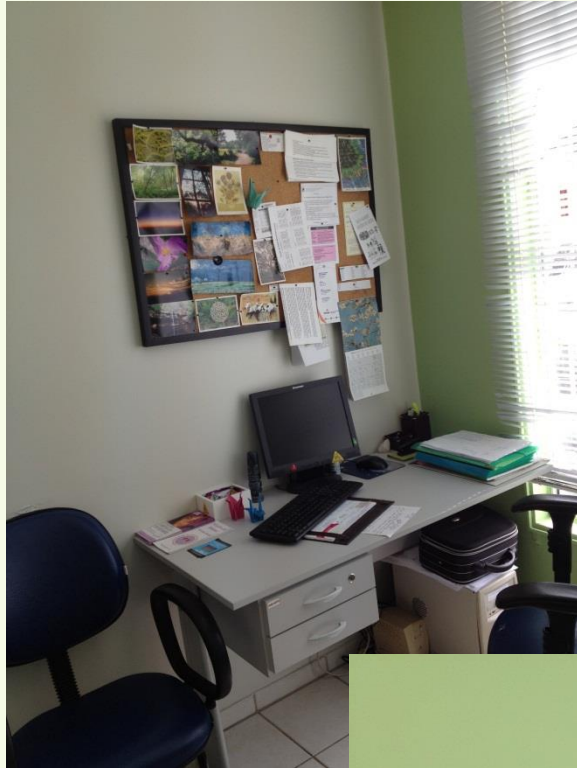
# Organização da agenda e Acesso Avançado

- Direcionar todas as pessoas que procuram atendimento no dia para as suas próprias equipes (ACS, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos) - recepção apenas identifica e direciona a pessoa
- Oferecer horários para esses pacientes em vez de senhas
- Presença da equipe durante todo o horário de funcionamento da US, com horários de atendimento diferenciados entre os profissionais da mesma equipe
- Atender as demandas reais e do momento (consultas mais objetivas e mais rápidas, profissionais mais satisfeitos e resolutivos)

# Organização da agenda e Acesso Avançado

- Maior envolvimento do enfermeiro no cuidado das pessoas da sua área (consultório próprio e ao lado do médico da sua equipe)
- Propicie momentos de troca de conhecimentos com outros profissionais (exemplo: consultas compartilhadas e matriciamento) otimizando o próprio tempo e da equipe

# Atendimento compartilhado/Clínica do enfermeiro



## PROPOSTA DE MUDANÇA DA AGENDA

Agendamento superior há 30 dias com poucas vagas para atendimento no dia

Reavaliar agenda já existente visando a pertinência da consulta, uma vez que esta foi agendada há muito tempo

Os pacientes devem ser avaliados diariamente de forma resolutiva pela própria equipe

Preferencialmente atender o usuário no mesmo dia

Evitar agendamento para mais que duas semanas

Reservar no mínimo 50% da agenda do médico e do enfermeiro para atendimento no dia.

- A agenda deve ser o mais livre possível
- Tentar oferecer agendamento no dia independente do motivo da consulta
- Revisar rotinas para pessoas de baixo risco (diminuir 'consultas de controle')
- Reservar tempo para *paper work* ou *gestão do cuidado à distância* (telefone, e-mail, renovação receitas...)
- Os tempos de consulta precisam ser diferentes e flexíveis

Médico/ Enfermeiro	Segunda à sexta feira
7h -8h	Consultas breves para o paciente que chega direto na unidade (tempo médio de 10 em 10min)
8h-10h	Consultas agendadas no dia ou no dia anterior (tempo médio de 15 em 15min)
10h – 11h	Consultas de retorno, recuperação de atraso no atendimento, procedimentos, administrativo, visitas domiciliares, reunião de equipe (tempo médio de 30 em 30min)
12h-13h	Consultas breves para o paciente que chega direto na unidade (tempo médio de 10 em 10min)
13h-15h	Consultas agendadas no dia ou no dia anterior (tempo médio de 15 em 15min)
15h-16h	Consultas de retorno, recuperação de atraso no atendimento, procedimentos, administrativo, visitas domiciliares, reunião de equipe (tempo médio de 30 em 30min)

- Primeira metade da agenda para consultas do dia (10-15min)
- Restante para consultas agendadas ou que o próprio profissional decide que precisa de mais tempo ou para procedimentos cirúrgicos
- Pode também organizar alguns horários finais para ‘demandas pontuais de pacientes’
- ACS e Téc de Enf nos grupos com participações pontuais do MFC e enfermeiro

## EXEMPLO DE ORGANIZAÇÃO DA AGENDA

MFC	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h-10h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Capacitação
10h-10h20	Telefone/e-mail/receita				
10h20-12h	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Reunião de equipe	Consultas agendadas
13h-15h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
15h-15h20	Telefone/e-mail/receita				
15h20-17h	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Visita domiciliar	Consultas agendadas

Enfo(a)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h-10h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
10h-10h20	Telefone/e-mail				
10h20-12h	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Reunião da equipe	Consultas agendadas
13h-15h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
15h-15h20	Telefone/e-mail				
15h20-17h	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Visita domiciliar	Consultas agendadas

MFC – médico(a) de família e comunidade; enfo(a) – enfermeiro(a).

Fonte: Equipe 431.<sup>11</sup>



Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda
Agenda	Agenda	Agenda	Reunião da Equipe de SF	Agenda
Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda
Visita Domiciliar	Atividade Coletiva	Agenda	Agenda	Agenda

## MÉDIA DE CONSULTAS E DE VISITAS MÉDICAS E DE ENFERMEIROS – MADRID, 2001

Média de atividades realizadas	Médico	Enfermeiro
Demanda espontânea	33,5/dia	9,8/dia
Programada (agendada)	3,3/dia	12,3/dia
Visita agendada	3,4/semana	5,7/semana
Visita não agendada	3,2/semana	4/semana

Fonte: Forster.<sup>18</sup>



**Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**

# Experiência prévia

- 3.000 pessoas
- Internato e Residência de MFC
- MFC há 8 anos atendendo a mesma população
- O MFC atende aproximadamente 400-500 consultas/mês
- A enfermeira atende aproximadamente 300 consultas/mês
- MFC oferece consultas de 10 minutos
- Enfermeira oferece consultas de 20 minutos
- Agenda abre diariamente o sétimo dia
- Das 08h às 09h40 e das 13h às 14h40 demanda espontânea
- **Tempo de agendamento de consultas: 0-7 dias**
- **Não há vagas reservadas para programas, retornos são agendados o mínimo possível**
- Horário de 10-20 minutos no fim do turno para retornos telefonemas dos pacientes
- 400-500 CONSULTAS/MÊS

# Ferramentas para organização da agenda e do tempo



**Figura 1 - Canais alternativos de comunicação ou acesso às equipes da ESF**



# E-MAIL



- Agendar consulta
- Solicitar renovação de receitas
- Informações de saúde e sobre serviços disponíveis no CS
- Receber resultados de exames
- Receber notas de alta
- Comunicação com rede (CEPON, CRAS, CAPS, escolas, associações de moradores, discussão de casos com especialistas...)
- Comunicação com gestão (coordenação, distritos, DAPS...)
- ‘Lista de tarefas da equipe’
- **Responsável e horário diário par ler e responder o e-mail**
- **Abrir navegador e e-mail ao iniciar o computador e mantê-lo aberto**
- **Responder o mais rápido possível / evitar procrastinar**
- **Escrita objetiva e pontual**

# TELEFONE

- Agendar consulta
- Solicitar renovação de receitas
- Informações de saúde e sobre serviços disponíveis no CS
- Comunicação direta com profissional (dúvidas sobre medicamentos, dúvidas clínicas pontuais...)
- Comunicação com rede (CEPON, CRAS, CAPS...)
- **Um número de telefone por equipe (*celular com 4 chips...*)**
- **ACS fica com o telefone em escala diária**
- **Horário na agenda para retornar ligação para pacientes**
- **Fornecer número privado para alguns casos**
- **Uso do WhatsApp**





# Telephone Consultations in Primary Care



Tony Males

A practical guide



# Repeat prescribing

A practice guide



**Saving time, helping patients**

A good practice guide to quality  
repeat prescribing





**Equipe de Saúde da Família - ÁREA 335**  
**Centro de Saúde do Saco Grande**

**Izabel Cristina Martendal Conrad** (*Enfermeira*)  
**Ronaldo Zonta** (*Médico de Família*)  
**Nicolle Vigna Nakata** (*Médica Residente*)  
**Karina Machado Koerich** (*Dentista*)  
**Gisa, Marcos, Lisiane e Schaianny** (*Agentes Comunitários de Saúde*)

8428.7387 (OI) / 8826.2212 (CLARO) / 9138.3319  
(VIVO) / 9814.5956 (TIM)  
**(seg-sex das 08h-12h e das 13h-17h)**

**E-mail: contato335@gmail.com**



Gmail™  
by Google





## CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO SACO GRANDE

### MANUAL DO USUÁRIO

*"O segredo da saúde, mental e corporal, está em não se lamentar pelo passado, não se preocupar com o futuro, nem se adiantar aos problemas, mas, viver sabida e seriamente o presente."*

Buda

Endereço: Rodovia Virgílio Várzea, 807.

Telefone: (48) 3238-0110

Fone/Fax: (48) 3234-6995

E-mail: [cssacogrande@pmf.sc.gov.br](mailto:cssacogrande@pmf.sc.gov.br)

Site da PMF: [www.pmf.sc.gov.br/saude](http://www.pmf.sc.gov.br/saude)

Site do CSF: [sacograndefloripa.blogspot.com](http://sacograndefloripa.blogspot.com)

### Horário de funcionamento:

Segunda-feira à Sexta-feira  
08h00min às 12h00min e 13h00min às 22h00min

*"...a saúde é direito de todos e dever do Estado."*

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 garantindo o atendimento público e gratuito de saúde para todos os brasileiros. Baseia-se nos princípios da *Universalidade, Integralidade, Equidade, e Participação da comunidade / Controle Social.*

O cidadão tem direito a ações preventivas, curativas e de tratamentos de saúde, acesso a medicamentos e internações e a outras ações que forem necessárias, **sem pagamento de qualquer valor.** No entanto, de forma indireta o pagamento é feito através das contribuições sociais, arrecadadas pelo Governo Federal e impostos (sobre serviços e produtos). Na compra de qualquer produto estão embutidos impostos.

A **Estratégia de Saúde da Família (ESF)** é o modelo adotado pelo Ministério da Saúde para colocar em prática os princípios do SUS. Isso permite o atendimento mais próximo das famílias e busca construir uma parceria de confiança e responsabilidade entre a população e os profissionais de saúde.

O Centro de Saúde da Família (CSF) Saco Grande atende moradores dos bairros Saco Grande e Monte Verde (aproximadamente 15.000 pessoas).

### EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O CSF Saco Grande conta com seis equipes de Saúde da Família, sendo compostas por: Médico de Família e Comunidade, Enfermeiro, Cirurgião-Dentista, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal/Técnico de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As atividades das equipes ocorrem conforme as discussões e os planejamentos realizados nas reuniões semanais. O atendimento é feito através de consultas ou visitas domiciliares. A equipe também atua nos espaços da comunidade (escolas, creches e associações).

Para saber qual é a sua equipe de referência consulte o nome da sua rua no quadro da recepção ou pergunte a um dos funcionários.

### MARCAÇÃO DE CONSULTA

Para marcar consultas com a sua equipe, renovar receitas e atestados, mostrar exames ou conversar com os profissionais da sua equipe, marque através dos telefones ou pelos e-mails das áreas, de segunda a sexta-feira, conforme quadro abaixo:

Equipe	Fone (48)	E-mail
330	9903-7485	<a href="mailto:equipe330sacogrande@gmail.com">equipe330sacogrande@gmail.com</a>
331	8801-5773	<a href="mailto:equipe331sacogrande@gmail.com">equipe331sacogrande@gmail.com</a>
332	8420-6313	<a href="mailto:contato332@gmail.com">contato332@gmail.com</a>
333	9924-8301	<a href="mailto:saudearea333@gmail.com">saudearea333@gmail.com</a>
334	8483-2544	<a href="mailto:saudearea334@gmail.com">saudearea334@gmail.com</a>
335	8428-7387	<a href="mailto:contato335@gmail.com">contato335@gmail.com</a>

### ODONTOLOGIA (dentistas)

Área	Dia	Horário
330	4ª feira	08h00min
331	6ª feira	08h00min
332	3ª feira	13h00min
333	2ª feira	13h30min
334	2ª feira	08h00min
335	6ª feira	13h00min



## Centro de Saúde Saco Grande Equipe Saúde da Família 330



MÉDICO

João Paulo Mello da Silveira. Reside na Lagoa da Conceição. Nasceu em 24/11/1979, natural de Santa Maria/RS. Médico formado pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital Universitário / SMS/PMF (2011). Realiza consultas individuais e de família para pessoas de todas as idades e gêneros, de acordo com suas opções individuais de crença, sexualidade e profissão. Possui formação complementar em práticas integrativas, oferece também fitoterapia, práticas corporais e acupuntura conforme plano terapêutico individual. Atende urgências, consultas agendadas e visitas domiciliares de acordo avaliação de risco e necessidade individual. Atua no CSF SG desde 2011.



ENFERMEIRA

Eliane Melo Cachoeira. Nasceu em 25/12, natural de Tubarão/SC. Enfermeira formada pela Universidade do Vale do Itajaí. Possui especialidade em Formação para o Magistério Superior em Enfermagem Cardiovascular. Participa de grupos de promoção de saúde no CSF SG. Realiza cuidados diretos de enfermagem, consultas de enfermagem, visitas domiciliares e executa ações de assistência integral em todas as fases do ciclo da vida: criança, adolescente, mulher, homem, adulto e idoso. Atua no CSF SG desde 2011.



TÉCNICA DE ENFERMAGEM

Janaina de Castro de Souza, casada, um filho. Reside no Bairro de Barreiros. Nasceu 01/06/1980, 32 anos, natural de São Paulo/SP. Técnica de Enfermagem formada pela Escola Solar do Chapeuzinho Vermelho há 12 anos. Graduação em Fonoaudiologia incompleta. Atualmente cursa graduação em Enfermagem na Faculdade Estácio de Sá (5º Período). Fez curso de massagem terapêutica e cabeleireiro. Trabalhou 5 anos no Centro Catarinense de Reabilitação e 2 anos no Pró-Cidadão (setor administrativa). Gosta de dormir, passear, ir ao cinema e brincar com o filho.



DENTISTA

Núbia de Rosso Giuliani. Nasceu em 04/10, natural do Rio Grande do Sul. Formada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Especialista em Saúde Pública (IBPEX), Especialista e Mestre em Odontopediatria (UFSC), Especialista em Saúde da Família pela UNASUS/UFSC. Atuou como cirurgiã-dentista da ESF no Rio Grande do Sul e na Prefeitura de São José e Odontopediatria em consultório particular. Participa de grupos de promoção de saúde no centro de saúde, creches e escolas, faz visitas domiciliares, participa do grupo de marcação da área, entre outras atividades.

# HANGOUT

- Comunicação entre todos os pontos do CS (consultório, recepção, farmácia, curativo...)
- Evita interrupção física (bater na porta)
- Discussão de caso/inter-consultas (MFC-Enf-Téc-Residente-Doutorando...)
- Contato com outros pontos da rede ('CAPS crise', infecto, vigilância...)
- **Instalar em todos os computadores do CS**
- **Carregar ao iniciar o computador e mantê-lo ligado**
- **Responder prontamente**
- **Escrita objetiva e pontual**
- **Aproveitar para pactuar inter-consultas**

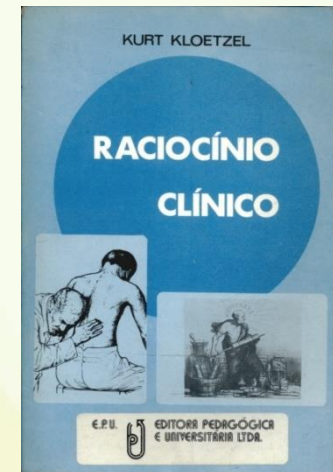


## DEMORA PERMITIDA

*“A utilização do tempo como instrumento de trabalho desde que o médico esteja convencido de que não está diante de uma urgência e que tenha uma ideia formada sobre o tempo que lhe é permitido esperar sem risco para o paciente.”*

Kurt Kloetzel

- Considere a incerteza como inerente ao processo de tomada de decisões;
- Utilize o tempo como recurso diagnóstico (demora permitida, distribuir avaliações complexas em mais de uma consulta).





# OBSERVAÇÃO ATENTA (WATCHFUL WAITING)/ VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Uso de planilha Excel compartilhada no Google Docs (*abrir ao ligar o computador, manter aberta e atualizar instantaneamente*)
- Condições sensíveis à APS: asma, tuberculose, HAS/DM alto risco/vulnerabilidade, crianças alto risco/vulnerabilidade, gestantes alto risco/vulnerabilidade
- Casos de urgência
- Acompanhamento de fila / regulação de exames e consultas especialistas focais

# OBSERVAÇÃO ATENTA (WATCHFUL WAITING) / VIGILÂNCIA EM SAÚDE

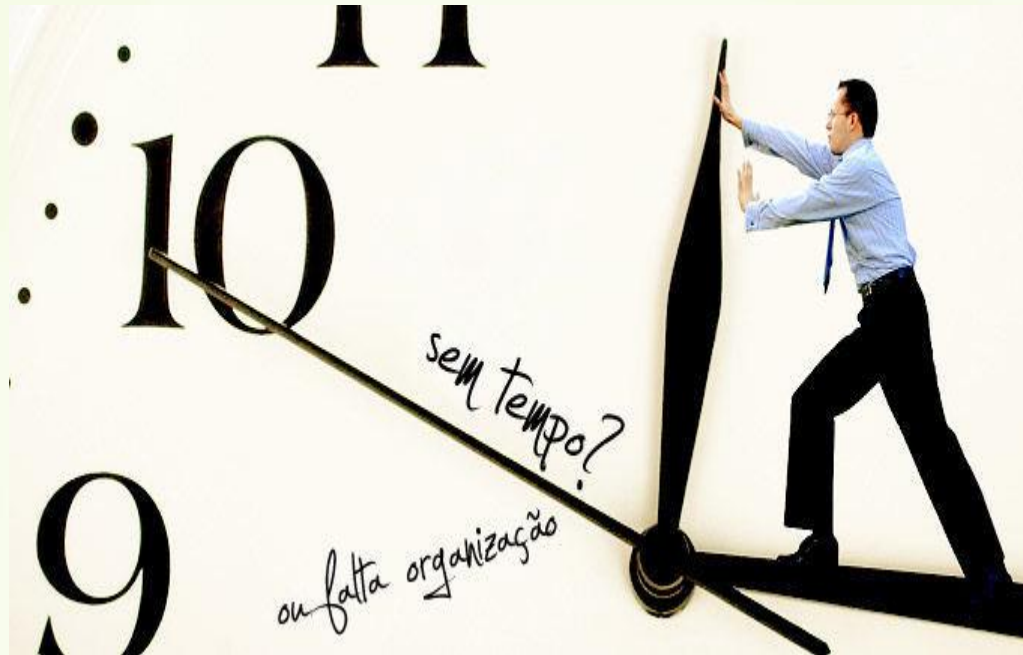
	A	B	C	D
1	Nome	Motivos	Plano	Contato
2	(colocar nome do paciente e se necessário data de nascimento para localizar prontuário)	(colocar motivo, diagnóstico, suspeita - classificar amarelo e vermelho)	(colocar plano de tratamento, seguimento - classificar amarelo e vermelho)	(colocar contatos paciente)
3	ADRIANA RODRIGUES (22/02/1956)	Nódulo mamário	Aguarda MMG	<a href="mailto:adriana@gmail.com">adriana@gmail.com</a>
4	ALDA DE VAZ	NIC I (01/2013)	Busca ativa	3454 4565
5	ALICE FORTUNATO DOS SANTOS	Suspeita neo de orofaringe	Aguarda marcação biópsia pedida em mar/2015	9985 8587
6				
7	<b>ROTEIRO DE VIGILÂNCIA (2x a cada mês na reunião de supervisão do enfermeiro com os ACS)</b>			
8	<b>- Primeiro vermelho e amarelo</b>			

32			
33			
34	Urgências	Pendências	TB / Crianças / Gestantes / Domiciliar / DM HAS / DM insulina / AsmaDPOC / HIV - Hepatites / Câncer / Saúde Mental

# **PLANEJAMENTO/DISCUSSÃO DE CASOS**



# GESTÃO DO TEMPO



**CARGA DE TRABALHO E NÚMERO DE PESSOAS ATENDIDAS, 2009**

	Média de horas trabalhadas por semana	% das horas de contato individual com a pessoa	Média de pacientes vistos por semana	Tempo de contato com cada pessoa - média (quartil inferior - quartil superior)
Alemanha	50,8	70%	242	9,1 (6,4-13,4)
Austrália	40,5	87%	128	17 (14,9-19,2)
Canadá	42,5	75%	124	16,8 (12,1-23,3)
França	48,6	82%	110	22,2 (16,9-29,5)
Itália	37,5	75%	171	10,3 (7,2-15,0)
Holanda	44,4	69%	123	15,0 (12,2-18,0)
Nova Zelândia	41	83%	116	17,4 (15,4-19,8)
Noruega	40,5	67%	81	20,6 (16-26)
Suécia	37,8	66%	53	28,8 (24-36)
Reino Unido	42,2	68%	130	13,3 (10,8-16,8)
Estados Unidos	47,8	76%	96	22,5 (17-29,7)

Fonte: Koch e colaboradores.<sup>22</sup>

- Não use o tempo de forma rígida: média do tempo de consulta 15 minutos (2-5 min → 30-40 min)
- Procure marcar o tempo que leva nas consultas (use um relógio de parede, anotações...)
- Evite chegar atrasado (de preferência chegue alguns minutos antes para preparar-se para o atendimento)
- Abra mais que um prontuário eletrônico para facilitar resolução de demandas pontuais
- Crie técnicas para lidar com o registro, procure registrar de forma clara e objetiva (evite o 'lixo eletrônico')
- Aproveite 'momentos vagos' para registrar
- Não use o tempo para tarefas burocráticas no horário de demanda livre e início do turno





# Treine HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO:

- Pergunta-aberta
- Deixe falar
- **Prevenção de demanda aditiva**
- Nomeie a demanda
- Negocie a demanda
- Mantenha-se no SOAP
- Mantenha o foco
- Aborde SIFE
- Negocie as expectativas
- Pergunte se tem dúvidas
- ‘Consulta sagrada’



# What Should You Do When Your Patient Brings a List?

<b>STEP 1</b>	<b>Acknowledge the list.</b>	<p>"I see you have a list of questions. Let's look at it together."</p> <p>"Do you have a list of what you want to talk about today?"</p>
<b>STEP 2</b>	<b>Negotiate what to cover.</b>	<p>"I would like to cover as much as we can from your list, but I also want to take a few minutes to talk about your [diabetes, cholesterol, asthma, etc]."</p> <p>"There are a couple of issues on your list that we can cover quickly. Would you like to talk about those issues first so we have enough time to discuss your [diabetes, cholesterol, asthma, etc.]?"</p> <p>"You have a lot of issues on your list, and this visit is only scheduled for 15 minutes. Let's look at it together and decide on the three most important issues for today. We can schedule a follow-up appointment to discuss the remaining issues."</p>
<b>STEP 3</b>	<b>Set the agenda for the visit.</b>	<p>"Let's make sure we are on the same page. We are going to cover these three issues today ... correct?"</p> <p>"Are you okay with our plan for today's visit? I want to make sure that we are covering the most important issues."</p>
<b>STEP 4</b>	<b>Surface any remaining concerns.</b>	<p>"Is there something else?"</p>
<b>STEP 5</b>	<b>Plan for the next visit.</b>	<p>"Since we were unable to finish talking about all the items on your list today, let's schedule another visit."</p>

# USO DA TECNOLOGIA PARA GESTÃO DOS CASOS



# COORDENAÇÃO DO CUIDADO / GATEKEEPERS / FUNÇÃO FILTRO



PROCOLOS DE ENCAMINHAMENTO  
DA ATENÇÃO BÁSICA PARA  
A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Volume I

Endocrinologia e Nefrologia

# DIRETRIZES CLÍNICAS



# Diabetes: diagnóstico

## Decida qual teste de glicose fazer:

- Verifique glicemia capilar aleatória se o paciente não estiver bem, tiver sintomas de diabetes (sede, aumento da frequência urinária, perda de peso) ou não puder verificar a glicemia em jejum.
- Se o paciente estiver bem e puder retornar para rastreamento →XX: verifique fatores de risco e maneje como abaixo. Se for gestante, interprete os resultados conforme →XX.

Glicemia capilar aleatória < 130 mg/d

Verifique se o paciente tem fatores de risco: IMC ≥ 25 e 1 ou mais de:

- Hipertensão
- Sedentarismo
- História familiar de diabetes
- História prévia de diabetes gestacional ou bebê grande (> 4 kg)
- História prévia de tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada
- Síndrome do ovário policístico

Não

Sim

Se maior que 45 anos verifique a glicose a cada 3-5 anos. Rastreamento →XX.

Glicemia capilar aleatória 130-200 mg/dL

Glicemia capilar aleatória ≥ 200 mg/dL

## Verifique se o paciente necessita atendimento urgente:

- Náusea e/ou vômitos
- Dor abdominal
- Respiração rápida e profunda
- Temperatura ≥ 38°C
- Sonolência
- Confusão
- Perda da consciência →4
- Dor no peito →18
- Desidratação: mucosas secas, turgor da pele diminuído, olhos encovados, PA < 90/60, FC > 100

Não

Sim

Se glicose > 250 mg/dL:

- Aplique **cloreto de sódio 0.9%** 1L EV em 2 horas depois 1L a cada 4 horas.
- Aplique **insulina regular** SC (20% da dose de insulina NPH do paciente).
- Reavalie em 4 h. Se glicose ainda > 250mg/dL ou sintomático, **encaminhe** para o hospital.

Verifique sintomas de diabetes: sede, aumento da frequência urinária, perda de peso

Não

Sim

- Aplique **cloreto de sódio 0.9%** 1L EV em 2 horas depois 1L a cada 4 horas.
- **Encaminhe com urgência** para o hospital.

Verifique glicemia de jejum após jejum de 8 horas.

< 110 mg/dL

110-125 mg/dL

> 125 mg/dL

- Avalie e maneje o RCV, →XX.
- Repita glicemia de jejum após 3 anos.

< 140 mg/dL

140-199 mg/dL **Tolerância diminuída à glicose**

> 199 mg/dL

- Avalie e maneje o RCV, →XX.
- Repita glicemia de jejum após 1 ano.

Glicemia de jejum ≤ 125 mg/dL

Confirme com outra glicemia de jejum

Glicemia de jejum > 125 mg/dL

## Diagnostique diabetes

- Se < 35 anos, considere diabetes tipo 1 e **discuta com especialista**.
- Se ≥ 35 anos, ofereça cuidados de rotina para diabetes →XX.

<sup>1</sup>Faça um teste de tolerância oral à glicose depois de 8 horas de jejum, dê 75g de glicose oral e verifique glicose após 2 horas.

- **OUTRAS:**

- Técnicas para lidar com HIPERFREQUENTADORES
- Uso de informativos e materiais impressos
- Lista de Problemas
- Evitar ‘preciosismos’
- Treinar estudo imediato e leitura rápida (conheça fontes de atualização e busque apropriadamente respostas para as suas dúvidas)
  - Selecionar sites e usar ‘barra de favoritos’ do navegador
  - Selecionar aplicativos de celulares
- Usar ‘agenda eletrônica’ para recados e ‘reminder notes’
- Ter ‘domínio do ambiente’
- Treinar foco (mindfulness)
- LONGITUDINALIDADE



# Ferramentas e posturas que auxiliam o modelo

- Gestão colegiada (co-responsabilização)
- Coordenação resolutiva e com “postura terapêutica” na resolução de conflitos
- Reunião mensal de planejamento com todos os profissionais
- Reunião semanal das ESF (2h)
- Postura flexível e aberta dos profissionais (“bater na porta”, comunicação aberta com a população)

# Ferramentas e posturas que auxiliam o modelo

- Cardápio de Ofertas:

Diversos grupos (relaxamento, terapia corporal, acolhimento psicológico, usuários de psicotrópicos, artesanato, atividade física, emagrecimento, saúde bucal...)





“O médico de família e comunidade deve proteger o paciente do especialista inadequado e o especialista do paciente inadequado.”

John Fry





Se aparecerem novas dúvidas sobre o tema discutido hoje, ou sobre qualquer questão clínica ou de processo de trabalho, solicite uma teleconsultoria! É fácil e rápido. Estamos dispostos a ajudar!

[http:// telessaude.sc.gov.br](http://telessaude.sc.gov.br)

[telessaude@gmail.com](mailto:telessaude@gmail.com)