GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA EXECUTIVA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

|  |
| --- |
| **Protocolo de Atenção à Saúde****TÍTULO/NOME DO PROTOCOLO DE REGULAÇÃO PARA ACESSO...****Área(s):** áreasPortaria SES-DF Nº XXX de data da portaria, publicada no DODF Nº XXX de data da publicação. |

LISTA DE ABREVIATURAS

Listar em órdem alfabética todas as abreviaturas que aparecem durante o texto.

**SUMÁRIO**

[1. Metodologia de Busca da Literatura 4](#_Toc205216556)

[1.1. Base(s) de dados consultada(s) 4](#_Toc205216557)

[1.2. Palavra(s) chaves(s) 4](#_Toc205216558)

[1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes 4](#_Toc205216559)

[2. Introdução 4](#_Toc205216560)

[3. Justificativa 4](#_Toc205216561)

[4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) 4](#_Toc205216562)

[5. Critérios de Inclusão 4](#_Toc205216563)

[5.1 Critérios de inclusão em fila de OCI 5](#_Toc205216564)

[5.2 Critérios de elegibilidade para atendimento em teleconsulta 5](#_Toc205216565)

[6. Critérios de Exclusão 5](#_Toc205216566)

[7. Conduta 5](#_Toc205216567)

[8. Fluxo de Acesso 5](#_Toc205216568)

[8.1. Fluxograma 5](#_Toc205216569)

[8.2. Sistema Informatizado 5](#_Toc205216570)

[8.3. Priorização de risco 6](#_Toc205216571)

[8.4. Parametrização de Serviço e da Oferta de vagas 6](#_Toc205216572)

[9. Documentos e Informações Necessárias 7](#_Toc205216573)

[10. Controle, Monitoramento e Avaliação pelo Gestor 7](#_Toc205216574)

[11. Referências Bibliográficas 9](#_Toc205216575)

# Introdução

Descrever o problema, resumindo o assunto em pauta.

Sempre que disponível, fornecer dados epidemiológicos atualizados.

Citar se a especialidade possui OCI e se a especialidade possui/possuirá atendimento em telessaúde.

# Justificativa

Justificar a importância do protocolo para a regulação do acesso, subordinando-a aos interesses da saúde pública e da sociedade. Ao propor a utilização de rotinas e fluxos considerar, além de aspectos morais e éticos, os aspectos econômicos e orçamentários e os critérios técnicos.

# Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Informar o(s) código(s) da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 correspondente ao tema, em tópicos, seguido pela nomenclatura conforme consta na CID, em ordem alfabética.

# Critérios de Inclusão

Citar os critérios a serem exigidos para a inclusão de pacientes no protocolo. Aqui será definida claramente a obrigação de que o benefício da inclusão seja evidentemente superior ao risco.

##### Critérios de inclusão em fila de OCI

Citar os critérios a serem exigidos para a inclusão de pacientes na fila de OCI.

##### Critérios de elegibilidade para atendimento em teleconsulta

Citar os critérios a serem exigidos para a inclusão de pacientes em teleconsulta.

# Critérios de Exclusão

Citar os critérios de exclusão de pacientes. Esses critérios se referem a situações impeditivas, tais como a presença de comorbidades, idade, contraindicações absolutas relacionadas aos medicamentos, etc.

Em caso de exclusão, informar qual protocolo deverá ser seguido.

# Conduta

Identificar os profissionais que atuam nas áreas envolvidas e definir suas atribuições, atividades e tarefas dentro do fluxograma de regulação do acesso.

**Quadro 1.** Definição dos profissionais que podem solicitar e executar cada um dos procedimentos elencados no protocolo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Procedimento** | **Profissional** | **Atribuições/funções** | **Indicar o Profissional**  |
|  | Solicitante | Solicita e acompanha as inserções de consultas, exames, procedimentos e cirurgias, reenvia solicitações devolvidas e realiza cancelamentos. |  |
|  | Executante | - Informar as orientações/preparos, para os exames/procedimentos, que devem constar na ficha- Concluir o processo regulatório com o fechamento da chave seguindo a orientação:a- CONFIRMADO – quando REALIZADO b- FALTA – quando NÃO REALIZADO, tanto por falta do usuário ou do profissional, como por inoperâncias de equipamentos ou outras intercorrências do serviço.  |  |

# Fluxo de Acesso

### Fluxograma

Apresentar o fluxo de referência e contrarreferência do acesso aos serviços ofertados aos pacientes, no âmbito da SES-DF e apresentá-lo por meio de fluxograma elaborado no Bizagi®.

### Sistema Informatizado

Apresentar informações sobre o sistema informatizado de regulação utilizado no âmbito do território,bem como suas funcionalidades.

Resumidamente, deve-se informar nesse campo qual a finalidade do protocolo e o panorama correspondente.

### Priorização de risco

Identificar a priorização de risco. Ressalta-se que, a depender do procedimento a ser regulado, recomendamos ao RTD da especialidade avaliar a classificação em todos os níveis, favorecendo atendimento para todos os elencados no protocolo.

O Quadro 2, deve seguir a orientação abaixo:

Se o protocolo em questão é CONSULTA e/ou PROCEDIMENTO/EXAME ambulatoriais, utilizar o modelo 1 de priorização de risco.

Se o protocolo em questão é CIRURGIA ELETIVA, utilizar o modelo 2 de priorização de risco.

Modelo1:

**Quadro 2.** Definição da priorização de risco por procedimento

|  |
| --- |
| **PRIORIZAÇÃO DE RISCO** |
| **SIGTAP -**  | **NOME DO EXAME OU DA ESPECIALIDADE DA CONSULTA AMBULATORIAL** |
| **VERMELHO** |  |
| **AMARELO** |  |
| **VERDE** |  |
| **AZUL** |  |

**OU**

Modelo2:

**Quadro 2.** Definição da priorização de risco para cirurgia. Utilizar a classificação de prioridades SWALIS.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (SWALIS)** | **PATOLOGIA** | **CID** | **SIGTAP** | **PORTE** |
| **VERMELHO** |   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| **AMARELO** |   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| **VERDE** |   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| **AZUL** |   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
| Obs: PORTE: Pequeno/Médio/Grade (baseada no tempo de cirurgia que varia de acordo com a especialidade)Um procedimento classificado como Vermelho, por exemplo, pode ter porte médio ou pequenoOutro procedimento classificado como azul raramente será de grande porte. |
|
|
|

Em relação ao processo regulatório das filas de OCIs, as solicitações poderão ser inseridas somente em **Prioridade Vermelha**, quando couber e quando o mandatório para autorização do procedimento for somente a ordem cronológica, visto que todos os pacientes inseridos possuem o mesmo grau de risco. E quando esta regra, não couber, a especialidade, deverá verificar e indicar a Priorização de Risco, conforme a especificidade da especialidade a ser regulada.

### Parametrização de Serviço e da Oferta de vagas

Definir o prazo de consulta de retorno em relação a autorização do 1º acesso ao atendimento regulado;

**Quadro 3.** Descritivo padrão de quantidade de oferta de vagas por período e tipo de atendimento.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Período (horas)** | **Atendimento de Primeira vez** | **Atendimento de Retorno** | **Total de Atendimentos** | **Observação,se houver** |
| 4 horas |  |  |  |  |
| 5 horas |  |  |  |  |
| 6 horas |  |  |  |  |

Fonte: Utilizar a Portaria SES/DF Nº773/ xxxx ou Regulamentação específica

As ofertadas de vagas dos Procedimentos por Unidade Executante, bem como as as pactuações de ofertas entre regiões e macroregiões (PPI) deverão ser encaminhadas pelas Unidades Executantes, com anuência do RTD, via processo SEI para CERA/DIRAAH/CRDF/SES, com cópia para DIRAAH/CRDF/SES e CRDF/SES.

Mapear e apresentar as Unidades serviços, por regiões de saúde e Regiões administrativas e preencher o Anexo I.

# Documentos e Informações Necessárias

Informar a documentação necessária para promover a regulação dos pacientes na especialidade em questão.

Apresentar Check list com as documentações e informações obrigatórias para a efetivação da solicitação do procedimento regulado:

* Descrição sumária do quadro clinico atual, sinais e sintomas, relacionados à solicitação;
* Descrever presença de comorbidades , relacionados à solicitação;
* Descrever o resultado de exames complementares, se houver, mesmo que antigos, relacionados à solicitação;
* Em caso da necessidade de APAC, confirmar se o usuário já a possui.

# Controle, Monitoramento e Avaliação pelo Gestor

Citar as ferramentas administrativas que serão utilizadas no controle, monitoramento e avaliação do Protocolo.

**9.1 Indicador de Educação Permanente**

**Modelo:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicador** | Percentual de profissionais capacitados no Protocolo de Acesso por Região de Saúde |
| **Conceituação** | Esse indicador visa avaliar o percentual de profissionais que conhecem o protocolo e a partir daí, qual a perspectiva dele ser implementado. |
| **Limitações** | Não considera o tempo de treinamento, nem o conhecimento do profissional; não avalia outros aspectos relevantes para a implementação do protocolo |
| **Fonte** | Lista de presença no treinamento |
| **Metodologia de Cálculo** | nº de profissionais capacitados x100nº total de profissionais relacionados ao protocolo |
| **Periodicidade de monitoramento** | Quadrimestral |
| **Responsável** | GES/ DIDEP/CIGEC/SUGEP |
| **Periodicidade de envio à CPPAS** | Anual |
| **Unidade de medida** | Percentual |
| **Polaridade** | Maior Melhor |
| **Meta Anual** | 80% |
| **Descrição da Meta Ano** | Treinar 80% dos profissionais no Protocolo de Acesso por Região de Saúde |

**9.2 Indicadores de Resultado**

**Modelo:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicador** | Percentual de Solicitações devolvidas |
| **Conceituação** | Esse indicador visa avaliar a aplicação do Protocolo de Acesso, bem como a necessidade de intensificação das capacitações no uso do referido protocolo. |
| **Limitações** | Não considera a especificidade do tipo de devolução da solicitação |
| **Fonte** | Sistema de Regulação e Painel de Monitoramento oficiais |
| **Metodologia de Cálculo** | nº de solicitações devolvidas/mês X 100 nº total de solicitações/mês |
| **Dado** | Cumulativo |
| **Periodicidade de monitoramento** | Mensal |
| **Responsável** | CERA/DIRAAH/CRDF/SES |
| **Periodicidade de envio à CPPAS** | Quadrimestral |
| **Unidade de medida** | Percentual |
| **Polaridade** | Menor Melhor |
| **Meta Anual** |  10 % |
| **Descrição da Meta** | Manter em 10% o percentual de devolução das solicitações inseridas. |

# Referências Bibliográficas

Citar todas as referências bibliográficas utilizadas na elaboração do protocolo, seguindo as normas da ABNT ou Vancouver. Estas devem estar em óderm alfabética caso a norma seguida seja ABNT. Caso utilize a norma de Vancouver devem ser numeradas e listadas segundo a ordem de aparecimento no texto, sendo identificadas por meio de algarismos arábicos sobrescritos.

**ELABORADORES(AS) E REVISORES(AS)**

**ELABORADORES(AS):**

●

**REVISORES(AS):**

●

ANEXOS

**ANEXO I**

**Relação de Unidades Executantes e Serviços ofertados por Região de Saúde**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Região e regiões administrativas** | **Unidades Executantes** | **Serviços Ofertados com** | **Código SIGTAP** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |