

Equipes de Gerenciamento de Casos

RELATÓRIO TÉCNICO



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DIRETORIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
GERÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Equipes de Gerenciamento de Casos - Relatório Técnico - 2º semestre - 2021

FEVEREIRO, 2022
BRASÍLIA - DF

ELABORAÇÃO:

Gerência da Estratégia Saúde da Família

SES/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM

Geandro de Jesus Dantas

Mirlene Guedes de Lima

Virgílio Luiz Marques de Macedo

Gerência de Acesso e Qualidade em Atenção Primária à Saúde

SRSSO/DIRAPS/GEAQAPS (Região Sudoeste)

SRSSU/DIRAPS/GEAQAPS (Região Sul)

SRSOE/DIRAPS/GEAQAPS (Região Oeste)

SRSLE/DIRAPS/GEAQAPS (Região Leste)

Gerência de Áreas Programáticas da Atenção Primária à Saúde

SRSCE/DIRAPS/GAPAPS (Região Central)

SRSCS/DIRAPS/GAPAPS (Região Centro-Sul)

SRSNO/DIRAPS/GAPAPS (Região Norte)

Gerência de Regulação da Atenção Primária à Saúde

SRSLE/DIRAPS/GERLE (Região Leste)

SRSLE/DIRAPS/GEAQAPS (Região Leste)

Gerência de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde

SRSCE/DIRAPS/GENF (Região Central)

SRSCS/DIRAPS/GENF (Região Centro-Sul)

Equipes de Gerenciamento de Casos

Heloísa Cantalice de Souza Verçosa - SRSSO/ DIRAPS/GEAQAPS

Juliana Oliveira Soares - SRSNO/DIRAPS/GAPAPS

Carine de Cássia Souza de Assis Ribeiro Rodrigues - SRSCS/DIRAPS/GAPAPS

Luiz Henrique Mota Orives - SRSCS/DIRAPS/GENF

João Bosco Guido de Medeiros Dantas - SRSLE/DIRAPS/GERLE

Luiz Antonio Roriz Bueno - SRSSU/DIRAPS/GEAQAPS

Adriana Mariz Silva Oliveira - SRSCE/DIRAPS/GEAQAPS

Flávia Cravo Lopes Tavares - SRSCE/DIRAPS/GENF

Celina Márcia Passos de Cerqueira e Silva - SRSCE/DIRAPS/GAPAPS

Sandra Jardeny Moita de Aguiar - SRSCE/DIRAPS/GAPAPS

EXPEDIENTE:

Manoel Luiz Narvaz Pafiadache

Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Pedro Costa Queiroz Zancanaro

Secretaria-Adjunta de Assistência à Saúde

Oronides Urbano Filho

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Fernando Erick Moreira Damasceno

Coordenação de Atenção Primária à Saúde

Thaís Alessa Leite

Diretoria da Estratégia Saúde da Família

Mirlene Guedes de Lima

Gerência da Estratégia Saúde da Família

PREFÁCIO À PRIMEIRA EDIÇÃO

As Equipes de Gerenciamento de Casos (EGC) surgiram a partir da experiência inovadora da Região de Saúde Sudoeste antes da emergência de saúde pública pelo novo coronavírus. Já era discutida nos colegiados do Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência (GCRUE) a possibilidade de expansão da iniciativa para outras regiões de saúde e a pandemia do Sars-Cov-2 veio a catalisar este movimento, transformando-o de mera possibilidade em uma difusa realidade entre as demais regiões de saúde.

No primeiro relatório técnico (mar/21 à jun/21), as regiões fizeram relatórios conforme as suas possibilidades e suas distintas realidades, o que causou o desencontro de critérios e a falta de uniformidade das informações ali dispostas (processo SEI: 00060-00376011/2021-87). Para este segundo relatório (jul/21 à dez/21), foi padronizado um modelo de formulário (processo SEI: 00060-00546658/ 2021-82) que possibilitou coadunar informações símile de forma a proceder com uma avaliação mais abrangente da complexa realidade e dos desafios à implementação ao funcionamento das EGC.

Para o terceiro relatório (jan/22 à jun/22), a presente edição já traz em seus apêndices, modelo de formulário para a consolidação das informações pelas regiões de saúde. O modelo de formulário sugerido para a terceira edição contempla inclusive sugestões feitas pelas regiões de saúde quando da apresentação dos dados que compuseram esta segunda edição.

Se com as dificuldades e com as disparidades das informações do primeiro relatório já foi possível abrir à APS espaços de participação e discussão em pautas estratégicas, como a do transporte sanitário, por exemplo, acreditamos que em decorrência desta edição que se apresenta, haverá a consolidação da participação da APS em espaços estratégicos para fortalecer a iniciativa das EGC nas regiões de modo transformá-la em uma solução permanente e não apenas em um processo tampão que procura a homeostase numa rede de urgência e emergência complexa.

Não obstante à tentativa de padronizar a coleta de dados, este relatório apresenta também o impacto das transferências de cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS) para outros pontos de atenção da rede de urgência e emergência, com a clara finalidade de subsidiar à luz dos dados discussões que possam fortalecer o papel da APS nesta importante rede e sobretudo garantir a efetiva retaguarda das portas de emergência.

Desejamos a todos uma excelente leitura e uma inspiradora reflexão a partir dos dados apresentados, na expectativa de avançar em direção do que acreditamos ser o início das soluções para o desafio de compor esta rede estratégica.

Equipe GESFAM

APRESENTAÇÃO

Este relatório é fruto do esforço conjunto das Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) para a implementação e o funcionamento das Equipes de Gerenciamento de Casos (EGC), a partir do segundo semestre de 2021 (jul/21 à dez/21). Neste período foram compartilhados e discutidos os fluxos na Rede de Urgências e Emergências (RUE) nas intersecções com a Atenção Primária à Saúde (APS), os desafios na garantia do transporte sanitário e da transferência de pacientes em tempo oportuno ao mesmo tempo em que se buscava consolidar e adequar o modelo proposto para a EGC entre as regiões de saúde.

A EGC é uma tecnologia leve ou imaterial e demasiada estratégica para apoiar as transferências do cuidado de pacientes da APS para as portas fixas de urgência e emergência da RUE, com o objetivo de melhor hierarquizar o acesso de pessoas com quadros agudos e crônico agudizados, especialmente os sintomáticos respiratórios, nos momentos de maior pressão assistencial sobre a rede de atenção à saúde do Distrito Federal.

Dado o aumento da pressão assistencial sobre os serviços de saúde para atenção aos sintomáticos respiratórios em 2020, com pico em Março e Abril de 2021, em particular de casos graves com necessidade de hospitalização; o acolhimento adequado, a classificação de risco e a transferência em tempo oportuno passaram a ser processos de trabalho de altíssima relevância demandando maior qualificação da assistência mas também a repactuação dos fluxos e dos procedimentos de encaminhamento entre a APS e as portas de Urgência e Emergência.

Trata-se, portanto, de uma tecnologia inovadora que foi implementada em julho de 2020 na Região de Saúde Sudoeste, que já cursava à época com dificuldade de intermediar o acesso de pacientes da APS a outros níveis de atenção nas situações de urgência e emergência. Por ser considerada uma experiência vanguardista no processo de transferência de cuidado, as EGC se mostraram uma alternativa viável e cabível ante a dificuldade de transferir os cuidados do paciente sintomático respiratório e outras situações de urgência e emergência no ápice da pandemia pelo novo coronavírus no Distrito Federal. Esse arranjo organizativo foi proposto às demais regiões de saúde no bojo do *Plano Emergencial de Mobilização dos Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal (DF) no contexto da pandemia pela COVID-19 de Março de 2021, conforme descrito no processo SEI 00060-00125461/2021-11*, com os objetivos de qualificar o número de atendimentos nas portas de urgência, aumentar a efetividade da transferência de pacientes da APS para UPAs e Hospitais, promover a retaguarda oportuna de pacientes graves com entrada pela APS.

Como toda política pública, a implementação, o funcionamento e os resultados apresentados pelas EGC têm sido alvo de análises e avaliações com o objetivo de aprimoramento e aperfeiçoamento das

estratégias ante as peculiaridades da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Distrito Federal, quando consideradas as singularidades de cada uma das sete regiões de saúde do DF. Foi possível, assim, identificar um conjunto de perspectivas e de desafios comuns, os quais serão tratados neste documento visando ampliar a análise e subsidiar articulações e tomadas de decisão pela gestão no nível central, regional e entre regiões de saúde.

Como avanço oriundo das discussões propostas a partir do primeiro relatório, podem se destacar a criação do regulamento do Núcleo de Apoio à Remoção de Pacientes (NARP) pelo Grupo de Trabalho (GT) conduzido com esta finalidade. Há de se mencionar também o patrocínio do Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência (CGRUE) com o claro objetivo de transformar as EGC em arranjos institucionais com previsão regimental em substituição ao arranjo organizativo atual que acontece, muito em parte, pela iniciativa das DIRAPS.

Os desafios são hercúleos e a jornada é grande, não pode-se negar. Contudo, à medida em que se avança na consolidação das EGC, fica evidente a necessidade de sua integração em nível regional, a fim de se construir um caminho que ainda não está posto, um caminho que promove apoio à remoção segura de pacientes, um caminho que garante retaguarda aos serviços de atenção primária, um caminho que universaliza o acesso em urgência e emergência e um caminho que otimiza o trabalho de dedicados trabalhadores que se encontram entrincheirados entre os níveis de atenção que não se conversam. Mas aqui vai-se caminhando e criando o caminho - não há outro caminho - não há caminho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM REDE

2.1. POR QUE ACOLHER A DEMANDA ESPONTÂNEA NA APS?

2.2. O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

QUADRO 01: NORMATIZAÇÕES VIGENTES

ATO NORMATIVO

PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011

PORTARIA Nº 77, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

3. SITUANDO A EGC DENTRO DA RUE

3.1 DO QUE TRATA-SE A EGC AFINAL?

4. STATUS DAS PORTAS DE URGÊNCIA

4.1 - HOSPITAL REGIONAL DE BRAZLÂNDIA

4.2 HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA

4.3 HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

5. CONSOLIDADO DE OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EGC

6. OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EGC POR REGIÃO DE SAÚDE

6.1. REGIÃO CENTRAL

6.2. REGIÃO CENTRO-SUL

6.3. REGIÃO LESTE

6.4. REGIÃO NORTE

6.5. REGIÃO OESTE

6.6. REGIÃO SUDOESTE

6.7. REGIÃO SUL

7. REFLEXÃO DAS COMPOSIÇÕES DAS EGC

8. ANÁLISE SITUACIONAL DOS MACROPROCESSOS

9. CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

APÊNDICE I - MODELO DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO 2º RELATÓRIO TÉCNICO DE OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE GERENCIAMENTO DE CASOS NAS REGIÕES DE SAÚDE

APÊNDICE II - MODELO DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO 4º RELATÓRIO TÉCNICO DE OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE GERENCIAMENTO DE CASOS NAS REGIÕES DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 é definida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Além disso, ela é tida como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

Esse nível de atenção pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, de modo resolutivo, sendo assim reconhecida e legitimada, no entanto, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção, embora sejam ações necessárias, nem tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos, por mais que sejam ações obrigatórias e essenciais (BRASIL, 2013).

Assim, para atender as necessidades da população, as equipes de Saúde da Família precisam atender a demanda espontânea, que é o nome dado para qualquer atendimento não programado, que pode ser uma informação, agendamento de consultas, urgência ou emergência. São os atendimentos aos pacientes com doenças agudas ou crônicas agudizadas (INOJOSA, 2005).

Para atender as demandas urgentes, necessitamos de uma APS que recupere seus princípios de base comunitária, trabalho em equipe, intra e extramuros, com usuários, pacientes, famílias e comunidade, visando a integralidade e a humanidade das ações em toda linha de cuidado. Bem como precisamos fortalecer os princípios/atributos da APS, a exemplo do primeiro contato, com o uso oportuno dos serviços, garantindo a acessibilidade desde o atendimento no território até os diferentes pontos da RAS, estabelecida em detrimento das necessidades de respostas, inclusive à pandemia da COVID-19.

Além disso, a APS é responsável pela coordenação do cuidado e pela ordenação da rede em relação aos demais níveis de atenção. Após primeiro contato com o paciente, e havendo a necessidade de outro ponto de atenção à saúde, a APS deve realizar o encaminhamento de modo a prover atendimento adequado à situação (BRASÍLIA, 2017).

Desse modo, a EGC trata-se de iniciativa gerenciada por uma equipe multiprofissional que utiliza aplicativos de mensagens instantâneas, ligações ou outros meios de intercomunicação para melhorar a comunicação entre a APS e a Rede de Urgência e Emergência (RUE), com a função de reduzir o tempo de espera por um vaga nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou nos Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) e melhorar o acesso e o cuidado do usuário na RAS, principalmente no contexto da pandemia.

Este relatório é um consolidado das informações inerentes ao funcionamento das EGC durante o período compreendido entre 01/07/2021 e 31/12/2021, conforme acordado na 12ª Reunião das EGC,

realizado no dia 26 de novembro de 2021. Para padronizar as informações e permitir uma análise mais qualificada foi enviado tabela pré-definida para todas Regiões de Saúde do Distrito Federal para preenchimento com as informações pertinentes ao ocorrido no período referido.

Com isso, esse relatório técnico tem como objetivo organizar e sistematizar as informações das sete EGC frente a transferência do cuidado de forma qualificada da APS para a RUE e como objetivos específicos apoiar as discussões das equipes das UBS para organização da atenção à demanda espontânea de eventos agudos, inclusive Covid-19; e debater o acompanhamento e monitoramento do percurso/referência do pacientes entre a APS e a RUE.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM REDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios, pois as unidades básicas são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade. As equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co)gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral (BRASIL, 2013).

“As unidades básicas são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade”.

É importante destacar que, a despeito de a atenção básica não ser capaz de oferecer atenção integral, isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias, desde que tenha (ou construa) disposição e capacidade de identificar/compreender as variadas demandas/problemas/necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente. Conseqüentemente, a atenção primária, para ser resolutiva, reconhecida e ter legitimidade, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo (embora sejam ações altamente necessárias), nem tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos (por mais que se constituam como ações obrigatórias e essenciais) (BRASIL, 2013).

“A atenção primária, para ser resolutiva, reconhecida e ter legitimidade, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo, nem tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos”.

As dicotomias e rivalidades entre individual e coletivo, clínica e saúde pública, prevenção e cura, doença e saúde, demanda espontânea e agenda programada, efetivamente, não contribuem para a melhoria da vida real das pessoas e, às vezes, até ajudam a piorar. Além disso, a procura exacerbada por serviços de urgência e especializados (com todas as conseqüências daí advindas), apesar de ser explicada pelo imaginário social e pelas influências do complexo médico-industrial, é também modulada pelas ofertas e pela capacidade de cuidado da atenção básica. Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a atenção básica tem que se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços (BRASIL, 2013).

“Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a atenção básica tem que se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços”.

2.1. POR QUE ACOLHER A DEMANDA ESPONTÂNEA NA APS?

Por algumas razões. A primeira delas é porque, a despeito da existência de formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queiramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços (BRASIL, 2013).

“Quando a demanda apresentada pelo usuário não é acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços”.

A segunda razão é que os vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na atenção básica, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. Vejamos alguns exemplos de situações não programadas que podem ser acolhidas na atenção básica: usuário com cefaleia ou tontura; pessoa com ardência ou dor ao urinar; alguém que está com insônia há uma semana; criança com febre; mulher com sangramento genital, entre outros. Essas situações revelam que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-atendimento), também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Como um usuário poderia decidir o dia e hora em que ficaria gripado ou teria dor de cabeça? Seria possível prevenir todos os casos de ansiedade e dor muscular? É evidente que não. O que não quer dizer que, diante desses casos, o modo de atuar seja somente do tipo queixa-conduta. Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços (BRASIL, 2013).

“É fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos”.

Outra razão é que, muitas vezes, esses momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. São momentos em que se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles recorram às

unidades de APS quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam. O fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema (evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis), como também o seu acompanhamento (BRASIL, 2013).

“Nos momentos de sofrimento dos usuários, quando se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados e fragilizados, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de APS quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam”.

Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Perde-se legitimidade perante eles uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização. Constrói-se a imagem na sociedade de que “a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver saudável; se estiver doente, tem é que ir a um pronto-atendimento ou hospital”. Dessa concepção até se pensar na UBS como um serviço de menor relevância e de qualidade inferior é “um pulo” (BRASIL, 2013).

“Perde-se legitimidade perante os usuários uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização; constrói-se a imagem na sociedade de que ‘a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver saudável; se estiver doente, tem é que ir a um pronto-atendimento ou hospital’”.

Além disso, ao atender à demanda espontânea, as equipes podem se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou com situações novas que requerem invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço. Por exemplo, como lidar com o usuário que só procura a unidade quando está se sentindo muito mal? O que fazer com a senhora “poliqueixosa” que aparece todo dia na unidade? Diante de algum usuário que apresenta vários problemas de saúde, por onde começar? Como atender à demanda espontânea adequadamente e, ao mesmo tempo, não prejudicar o atendimento programado e não sobrecarregar os profissionais? Para essas questões, não há receitas ou fórmulas suficientes. O que se recomenda é que essas situações sejam objeto de conversa, decisão, experimentação e análise pelos trabalhadores das equipes, aproveitando as ferramentas e experiências já existentes (BRASIL, 2013).

2.2. O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

É fundamental que as unidades básicas de saúde estejam inseridas e produzam concretas relações com o conjunto dos serviços que constituem a Rede de Atenção às Urgências no seu município ou em determinada região. Entre os desafios e necessidades da atenção às urgências, destacam-se a estratificação

de riscos (produzindo equidade), a garantia de acesso aos serviços de acordo com a situação, bem como a integração entre unidades assistenciais de diferentes perfis, como as unidades de Saúde da Família, as unidades de pronto-atendimento (UPA), o SAMU e os hospitais de emergência e trauma. A APS deve se constituir como grande articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBS, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. Nas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento (BRASIL, 2013).

“As unidades básicas precisam estar inseridas e possuir relações concretas com a rede de urgências. A estratificação de risco é fundamental para a definição dos papéis de cada serviço na atenção integral ao paciente. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBS, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade”.

Abaixo, algumas normativas vigentes que preconizam a participação da APS como componente da Rede de Urgências e Emergências.

QUADRO 01: NORMATIZAÇÕES VIGENTES	
ATO NORMATIVO	DESCRIÇÃO
PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011	Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.
PORTARIA Nº 77, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017	Art. 29. Os casos de urgências ou emergências médicas e odontológicas deverão ter seu primeiro atendimento garantido na UBS, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período, e caberá à UBS o contato imediato com outro ponto de atenção à saúde a fim de prover atendimento adequado à situação, caso necessário. Art. 30. A conclusão do atendimento de usuários que se apresentem à unidade por demanda espontânea, depois do acolhimento e, caso necessário, da classificação de risco, deve ser uma das seguintes: I - consulta ou procedimento imediato; II - consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia; V - encaminhamento a outro serviço de saúde, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável;
PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017	III - Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

3. SITUANDO A EGC DENTRO DA RUE

3.1 DO QUE TRATA-SE A EGC AFINAL?

A Equipe de Gerenciamento de Casos (EGC) trata-se de um núcleo multiprofissional para apoiar as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no atendimento de casos que podem ser acompanhados na Unidade Básica de Saúde - discussão dos casos - e na estratificação de risco e apoio à transferência de pacientes junto à atenção pré-hospitalar, hospitalar e transporte durante todo o horário de funcionamento das UBS. A equipe ficará vinculada às Gerências de Regulação da Atenção Primária - GER/DIRAPS ou às Gerências de Acesso e Qualidade da APS - GEAQ/DIRAPS.

O surgimento deste arranjo deu-se na região de saúde Sudoeste, mas com o advento da pandemia pelo novo coronavírus, integrou o Plano Emergencial de Mobilização dos Serviços da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (DF) como arranjo sugerido para as demais regiões de saúde.

São objetivos das EGC, para além do enfrentamento à covid-19:

GERAL:

- Organizar e sistematizar a transferência de cuidado de forma qualificada entre a APS e a RUE;

ESPECÍFICOS:

- Ampliar o acesso com qualidade na RUE;
- Oferecer uma alternativa assistencial mais adequada ao usuário;
- Oferecer suporte técnico para discussões de casos, planejamento e definição de ações conjuntas e monitoramento de eventos sentinelas;
- Criar a cultura de compartilhamento do cuidado através da comunicação efetiva, estabelecendo uma conexão dos profissionais da APS com os profissionais dos outros serviços da RUE.

A escolha do nome para esse coletivo de profissionais, sejam eles exclusivos ou não da equipe, variou conforme o entendimento de sua função em cada região, contudo equipe e gerenciamento foram termos bastante comuns.

Todas as EGC têm como função apoiar a transferência, ou compartilhamento, dos cuidados dos pacientes da APS. Algumas regiões já incorporaram outras funções, de acordo com a capacidade instalada e pactuações no colegiado regional da RUE, quando ativo.

Algumas funções que podem ser incorporadas pelas EGC, de acordo com o seu estágio de implementação, estão listados no quadro abaixo.

- Qualificar o cuidado e a transferência de cuidados **entre APS e outros pontos da RUE**;
- Promover **integração** entre APS e outros níveis de atenção.
- **Garantir a segurança do paciente e o atendimento oportuno** conforme necessidades do usuário;
- **Mediar a comunicação efetiva entre GSAP e áreas** dos serviços de emergência (GEMERG, GACL), hospitalares

(NRAD, NGINT), transporte (NARP, Núcleo de Transporte) e regulação (CRDF/SAMU);

- Efetivar e **monitorar o processo de referência e contrarreferência da APS;**
- Acompanhar a **situação das portas (UBS, UPA e Hospitais)** e monitorar o fluxo de atendimento da APS;
- Apoiar a **contrarreferência de pacientes classificados como azuis e verdes** para UBS da área de abrangência e/ou influência;
- **Subsidiar a necessidade de pactuação regional e interregional** para retaguarda hospitalar de pacientes amarelos, laranja ou vermelhos da APS em outras regiões;
- **Acompanhar painel com situação** de capacidade instalada das portas das UBS, UPAs, SAMU e Hospitais das regiões;
- **Participar da atualização de fluxos** e pactuações na RUE;
- Apoiar a efetivação da **alta responsável e oportuna, com continuidade do cuidado na APS;**
- Participar da transição de cuidado de pacientes hospitalizados para o domicílio e instituições, **sendo elo de comunicação entre a atenção hospitalar e as GSAP e equipes;**
- Realizar a busca ativa de pacientes elegíveis para alta hospitalar, **por meio da comunicação com os NRAD, Núcleos de Serviço Social e NGINT sobre o funcionamento da equipe de apoio, das equipes de referência da APS e sua carteira de serviços;**
- Apoiar a transição de cuidado e acompanhamento pelas eSF dos territórios, **por meio do compartilhamento e monitoramento das informações de altas hospitalares comunicadas pelo NGINT, e qualificadas pelo NRAD e Núcleos de Serviço Social (para usuários com critérios de acompanhamento domiciliar e/ou vulnerabilidades);**

Independentemente da composição da equipe e da estrutura que ela dispõe, em todas as regiões são utilizadas ferramentas de monitoramento e sistematização das informações tais como comunicação por grupo *Whatsapp*[®], pasta compartilhada em ambiente virtual e planilha de monitoramento. Há ainda o uso de uma ficha de transferência do cuidado em formatos específicos de acordo com a avaliação de cada região. Em algumas regiões, tais como a Sul, há também a definição de fluxograma e diretrizes para a rotina da equipe com documentos de suporte para atuação no gerenciamento dos casos.

Os sistemas de informação e comunicação do Sistema Único de Saúde são também fontes importantes para as EGC, em particular o e-SUS, TRAKCARE, a tela de situação do SAMU (recentemente disponibilizada pelo SAMU), bem como o Painel da Sala de Situação da SES-DF.

1º passo	O profissional da UBS (assistente ou equipe) comunica a Equipe de Gerenciamento de Casos e descreve o caso (utiliza-se, comumente, foto do formulário de referência ou encaminhamento).
2º passo	A equipe da EGC entra em contato com a UBS para discutir o caso.
3º passo	A EGC entra em contato com os serviços de referência (UPA ou Hospital), passa o caso, para verificar a existência de vagas ou retaguarda disponível para o caso.
4º passo	A equipe da EGC discute cada caso e oportuniza o direcionamento às unidades de referência da rede, com contato prévio.
5º passo	Uma das portas (UPA ou hospital) confirma a recepção do paciente para atendimento adequado às necessidades.
6º passo	A equipe da EGC informa a UBS e esta solicita o transporte, que pode ser da APS (Núcleo de Transporte), NARP, CBMDF ou SAMU. Na maior parte das situações, a própria EGC solicita o transporte, com exceção para pacientes graves ou críticos, na qual a orientação é que a equipe já acione o SAMU, mesmo que ainda não tenha retorno do serviço de retaguarda.

7º passo

A equipe da EGC registra as informações de cada caso em um único instrumento, que serve tanto para consolidar e organizar os dados, quanto para gerar relatórios voltados para o monitoramento e avaliação das ações.

Observam-se como vantagens iniciais das EGC:

- Oportunizar uma alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão;
- Propor um encaminhamento mais equânime, no sentido de priorizar o atendimento/remoção para os pacientes que estão mais graves;
- Organizar as solicitações de transferência do cuidado de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 ou demais enfermidades agudas ou crônicas agudizadas dentro das UBS da região de referência;
- Oferecer suporte para discussões de casos, definição de ações mais efetivas, monitoramento dos eventos sentinelas;
- Produzir instrumentos que servem para gerar relatórios voltados ao acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de modo rápido, prático e eficiente.

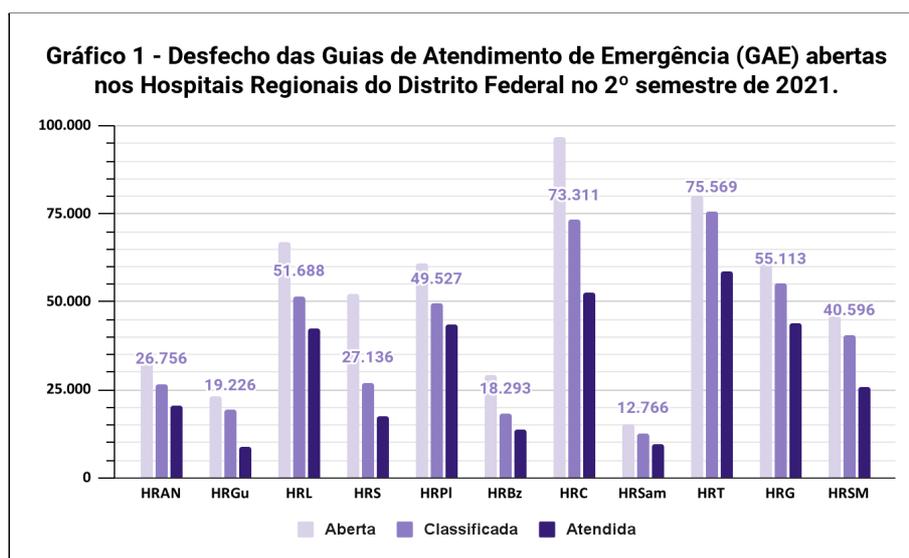
4. STATUS DAS PORTAS DE URGÊNCIA

As portas de entrada de Urgência e Emergência nos outros níveis de atenção (secundário e terciário) contam com os Hospitais e com as Unidades de Pronto Atendimento para o atendimento das demandas de maior risco e para dar suporte a APS.

No que se refere aos dados disponíveis contamos com os dados dos Hospitais Regionais, no entanto, nos painéis de gestores não estão disponibilizados os dados referente às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e do Hospital de Base, por isso, estes não serão apresentados adiante.

O Distrito Federal, possui 11 Hospitais Regionais, sendo eles: Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Regional do Guará (HRGu), Hospital Regional Leste (HRL), Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Hospital Regional de Planaltina (HRPI), Hospital Regional de Brazndia (HRBz), Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Hospital Regional de Samambaia (HRSam), Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospital Regional do Gama (HRG) e Hospital Regional de Santa Maria (HRSM).

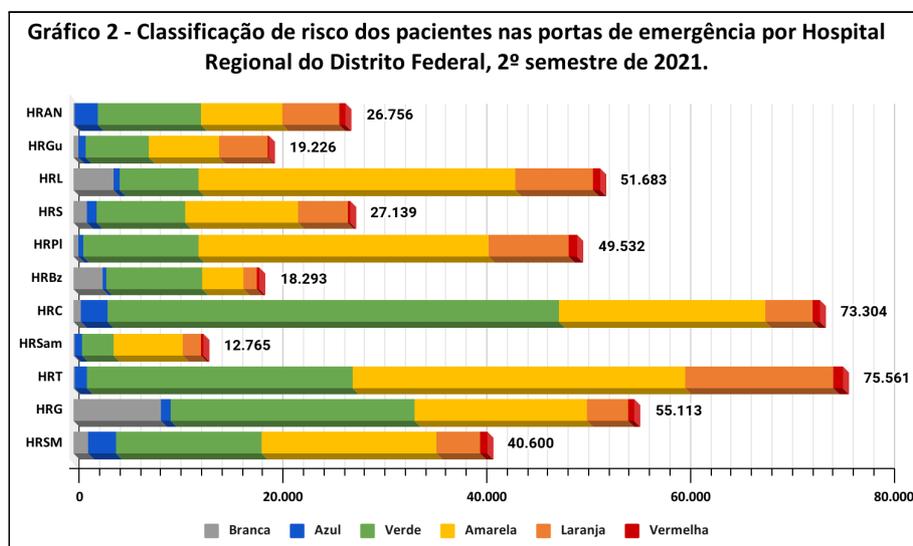
No que se refere aos hospitais supracitados, podemos ver no gráfico 1 que em relação à quantidade de Guias de Atendimento de Emergência (GAE) abertas no 2 Semestre de 2021, há uma redução em comparação com a quantidade daquelas que foram classificadas e também para as que foram atendidas. Foram abertas 566.390 mil GAE, 79,4% foram classificadas e 20,55% não foram classificadas. O objeto desta análise é somente o escopo das GAE cujos pacientes foram classificados quanto ao risco nestes Serviços Hospitalares de Emergência (SHE). O total de pacientes classificados no segundo semestre de 2021 foi de 449.981 usuários.



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

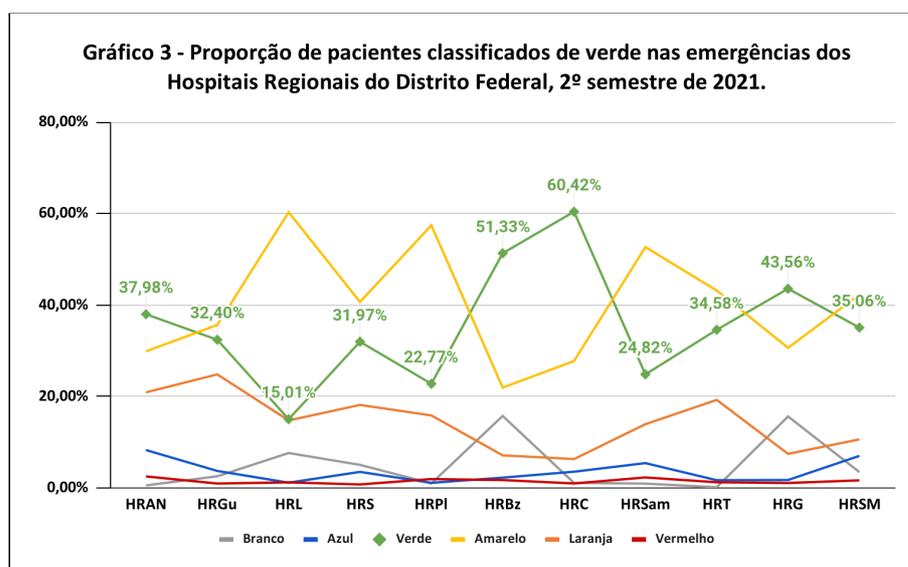
Em relação às classificações de risco dos pacientes nas portas de emergência dos Hospitais Regionais observa-se que a maioria dos pacientes são classificados em amarelo, contudo, há uma expressiva parcela de

pacientes classificados na cor verde, sendo inclusive a classificação mais prevalente em quatro das onze unidades, a saber HRAN, HRBz, HRC e HRG, conforme demonstra o gráfico 2.



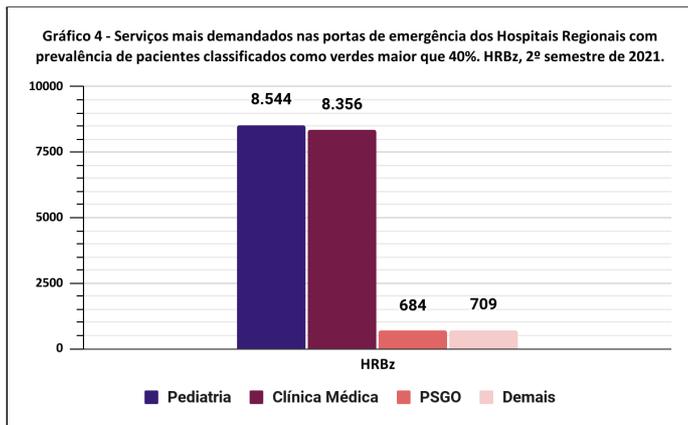
Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

Dentre os hospitais com maior prevalência de classificação de risco verde, três possuem um percentual acima de 40% de classificações de risco como verde, sendo eles o HRT com 60,42% dos pacientes classificados, seguido do HRBz com 51,33% e do HRG com 43,56%. No HRAN, embora a cor verde seja a classificação com maior representação (37,98%), não chega a exceder o percentual de 40% como é apresentado no gráfico 3, logo abaixo.

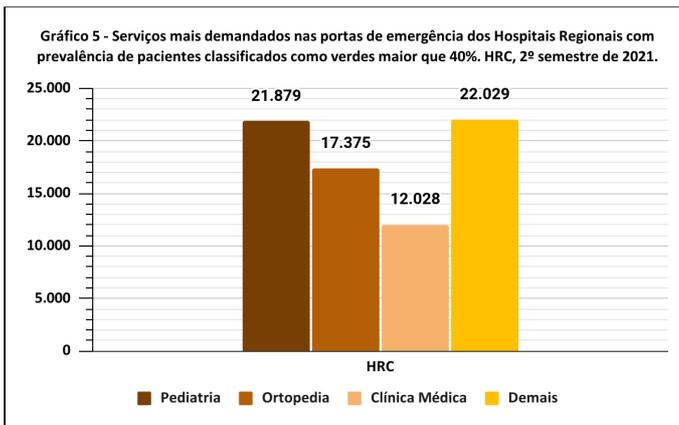


Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

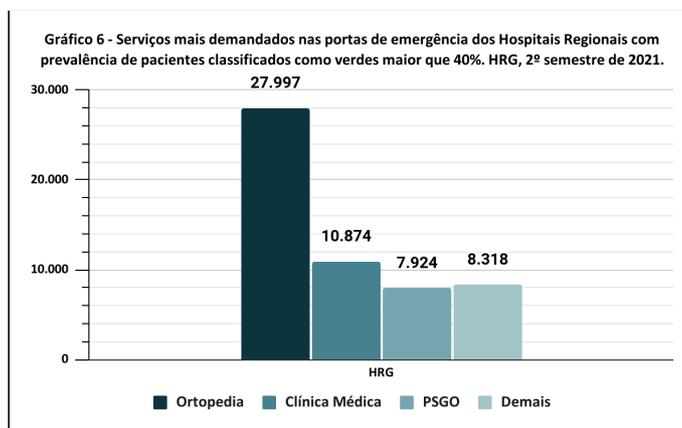
A fim de se compreender quais as maiores demandas nos SHE, levantou-se quais foram os serviços mais procurados nos hospitais que tiveram prevalência de pacientes classificados como verdes maior que 40% (HRBz, HRC e HRG) como segue nos gráficos 4, 5 e 6.



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

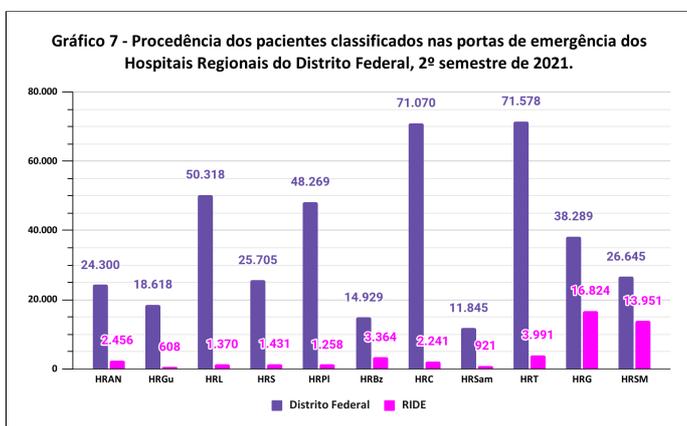


Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

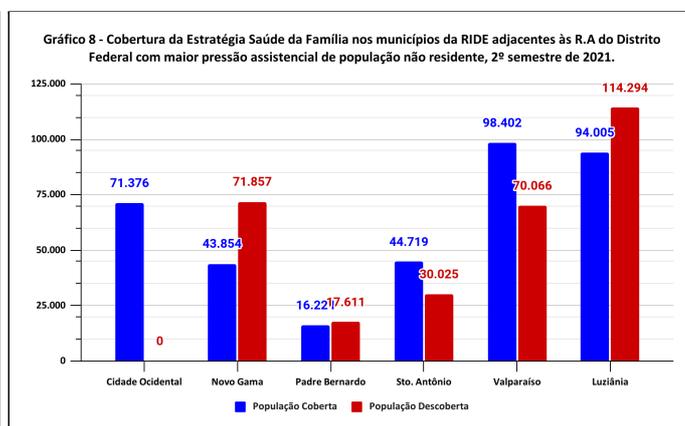


Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

Ainda em relação aos hospitais regionais, pode-se observar no gráfico 7 que dos pacientes que foram classificados, alguns são provenientes da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), sendo que no HRG e HRSM esse número é elevado. No gráfico 8, para complementar os dados apresentados anteriormente apontamos a cobertura da ESF nos municípios da RIDE adjacentes as RA do DF que recebem maior pressão assistencial às urgências de pacientes oriundos destes locais.



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

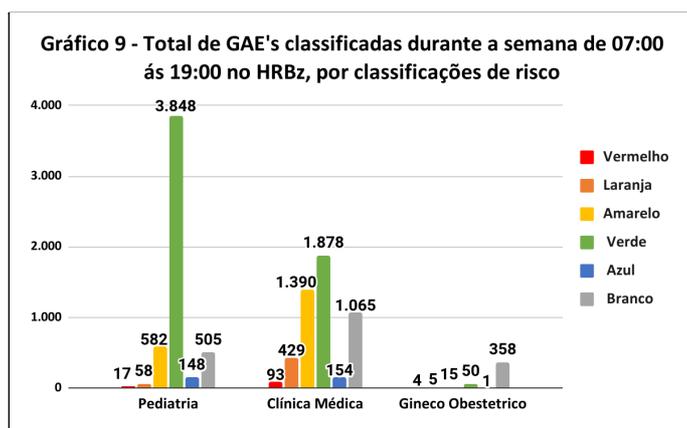
Para complementar a análise, em seguida, avalia-se acerca dos três hospitais regionais já supracitados (HRBz, HRC e HRG), a quantidade de classificações por horários em contraponto com o

horário de funcionamento das UBS, em vistas a quantidade de pacientes que poderiam ser atendidos na APS por terem recebido a classificação verde. Os gráficos foram estratificados em três segmentos de horários/dias da semana, conforme a disponibilidade dos dados na Sala de Situação, a saber:

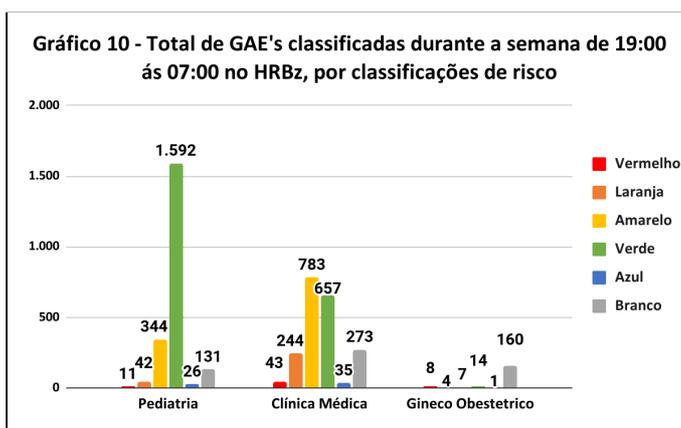
- Pacientes, das três especialidades mais demandadas e classificação de risco, atendidos no período das 07 às 19h (diurno);
- Pacientes, das três especialidades mais demandadas e classificação de risco, atendidos no período das 19 às 07h (noturno);
- Pacientes, das três especialidades mais demandadas e classificação de risco, atendidos nos finais de semana.

4.1 - HOSPITAL REGIONAL DE BRAZLÂNDIA

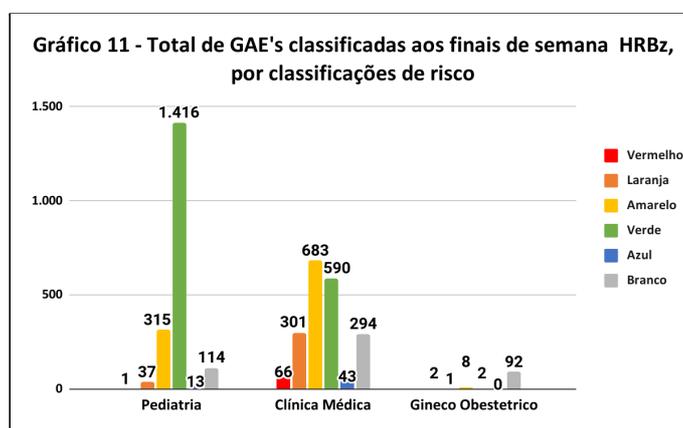
No Hospital Regional de Brazlândia (HRBz), dentre os serviços mais demandados destacam-se pediatria, clínica médica e ginecologia obstétrica. Os gráficos abaixo demonstram a quantidade de Guia de Atendimento de Emergência (GAE) abertas e classificadas, nos segmentos de dia e horário determinados.



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

Considerando 10.047 classificados como verdes pelo HRBz, a maioria deles, 57,48%, se concentra no período das 07 às 19h, quando há potencial de atendimento pelas UBS da região. Esse é um dado

preocupante, quando se vislumbra que seria razoável haver maior procura de pacientes verdes pelo SHE nos períodos em que as UBS encontram-se fechadas (noturno e final de semana).

TABELA 1: Brazlândia - distribuição dos verdes					
Espec./Período	07 às 19h	19 às 07h	Finais de semana	Total	Frequência
Pediatria	3.848	1.592	1.416	6.856	68,23%
Clínica Médica	1.878	657	590	3.125	31,10%
Gineco/Obstetrícia	50	14	2	66	0,67%
Total	5.776	2.263	2.008	10.047	100%
Frequência	57,48%	22,52%	19,98%		

Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

No quadro abaixo ainda é possível conhecer os 10 CID mais prevalentes de cada especialidade para os pacientes verdes que procuram este SHE de acordo com a especialidade. Tal informação é imprescindível para conhecimento dos gestores regionais, com a finalidade de buscar-se medidas que garantam o acesso ao primeiro atendimento de urgência desses usuários, nas condições passíveis de atendimento e resolução na APS.

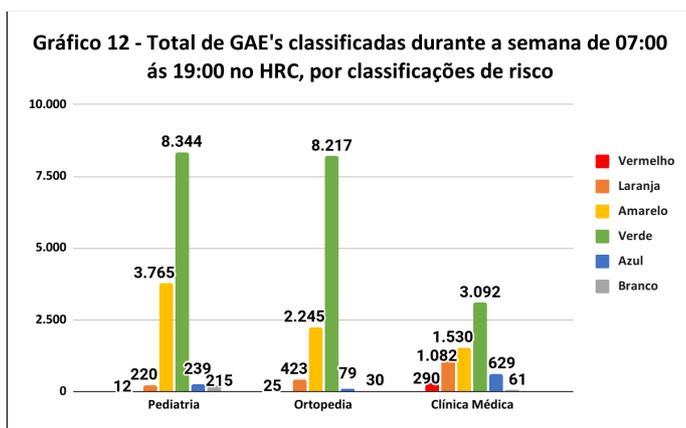
QUADRO 2: Dez CID mais comuns classificados como verdes, por especialidade no HRBz			
	Pediatria	Clínica Médica	Gineco/Obstetrícia
1º	R509- Febre não especificada	R465- Personalidade suspeita e evasiva	Z000- Exame médico geral
2º	J069-Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada	Z000- Exame médico geral	O800- Parto espontâneo cefálico
3º	R11-Náusea e vômitos	Z542- Procedimento não realizado devido à decisão do paciente por outras razões e as não especificadas	R102- Dor pélvica e perineal
4º	J00- Nasofaringe aguda (resfriado comum)	B342- Infecção por coronavírus de localização não especificada	O821- Parto por cesariana de emergência
5º	R05- Tosse	R104- Outras dores abdominais e as não especificadas	Z008- Outros exames gerais
6º	A09- Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	I10- Hipertensão essencial (primária)	O200- Ameaça de aborto
7º	A084- Infecção intestinal devido a vírus não especificado	A09- Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	O829- Parto por cesariana, não especificada
8º	J039- Amigdalite aguda não especificada	R101- Dor localizada no abdome superior	O021- Aborto retido
9º	J040- Laringite aguda	R073- Outra dor torácica	O034- Aborto espontâneo - incompleto sem complicações

10º	Z370- Nascimento único, nativivo [nado vivo]	R51- Cefaléia	O429- Ruptura prematura de membranas, não especificada
-----	--	---------------	--

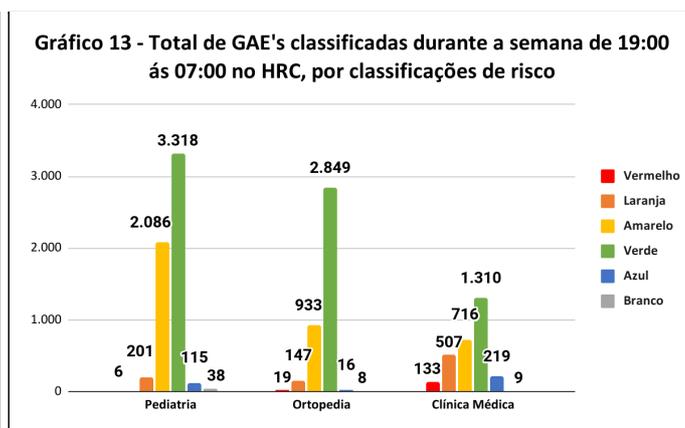
Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

4.2 HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA

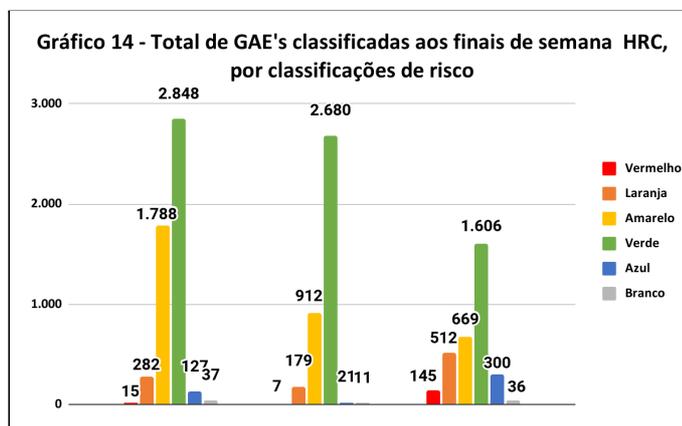
No que se refere ao Hospital Regional de Ceilândia (HRC), ele está entre os hospitais regionais com prevalência de pacientes classificados como verde maior que 40%, a saber, 60,42%, nas portas de emergência, em relação ao segundo semestre de 2021. Dentre os serviços mais demandados destacam-se pediatria, ortopedia e clínica médica. Os gráficos abaixo demonstram a quantidade de GAE abertas e classificadas, nos segmentos de dia e horário determinados.



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

Considerando 34.264 pacientes classificados como verdes, a procura destes usuários especificamente por este SHE se concentra em 57,36% no mesmo horário em que as UBS estão funcionando, denotando, desconsiderando os dados de cobertura, que os pacientes possuem dificuldade de acesso nos serviços de APS da região. Este dado é preocupante, pois espera-se que ele seja maior no período em que as UBS encontram-se fechadas (noturno e final de semana).

Espec./Período	07 às 19h	19 às 07h	Finais de semana	Total	Frequência
Pediatria	8.344	3.318	2.848	14.510	42,35%
Ortopedia	8.217	2.849	2.680	8.217	40,12%
Clínica Médica	3.092	1.310	1.606	6.008	17,53%
Total	19.653	7.477	7.134	34.264	100%
Frequência	57,36%	21,82%	20,82%		

Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

No quadro abaixo encontram-se listados por especialidades os 10 CID mais prevalentes de acordo com a especialidade procurada por pacientes classificados como verdes na emergência do HRC. Tal informação é imprescindível para conhecimento dos gestores regionais, com a finalidade de buscar-se medidas que garantam o acesso ao primeiro atendimento de urgência desses usuários, nas condições passíveis de atendimento e resolução na APS.

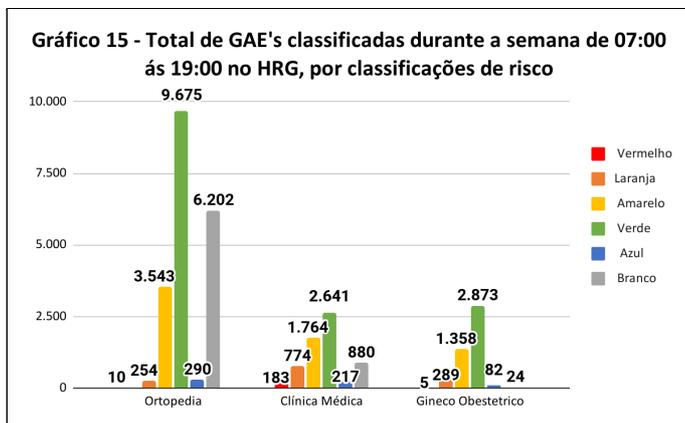
	Pediatria	Ortopedia	Clínica Médica
1º	B342- Infecção por coronavírus de localização não especificada	T140- Traumatismo superficial de região não especificada do corpo	R509- Febre não especificada
2º	B349- Infecção viral não especificada	Z000- Exame médico geral	J00- Nasofaringe aguda (resfriado comum)
3º	Z000- Exame médico geral	T141- Ferimento de região não especificada do corpo	A09- Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível
4º	J110- Influenza [gripe] com pneumonia, devido a vírus não identificado	M255- Dor articular	R11-Náusea e vômitos
5º	R05- Dispneia	B342- Infecção por coronavírus de localização não especificada	J069-Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada
6º	J00- Nasofaringe aguda [resfriado comum]	T149- Traumatismo não especificado	Z00- Exame médico geral
7º	J111- Influenza [gripe] com outras manifestações respiratórias, devida a vírus não identificado	R509- Febre não especificada	J039- Amigdalite aguda não especificada
8º	R05- Tosse	A09- Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	R05- Tosse
9º	I64- Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico.	M545- Dor lombar baixa	A084- Infecção intestinal devido a vírus não especificado

10º	Hipertensão essencial (primária)	T019- Ferimentos múltiplos não especificado	J459- Asma não especificada
-----	----------------------------------	---	-----------------------------

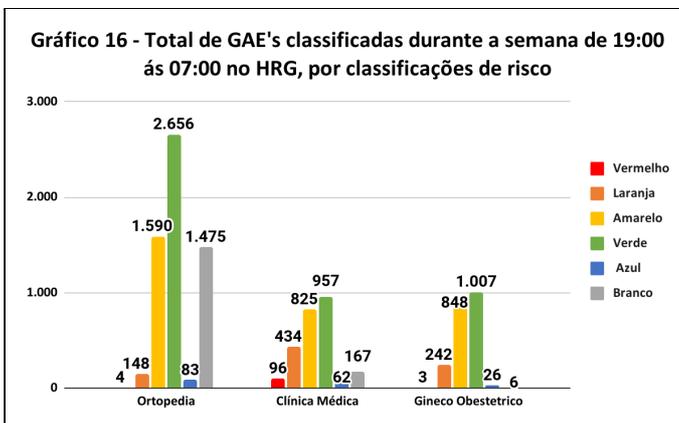
Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

4.3 HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

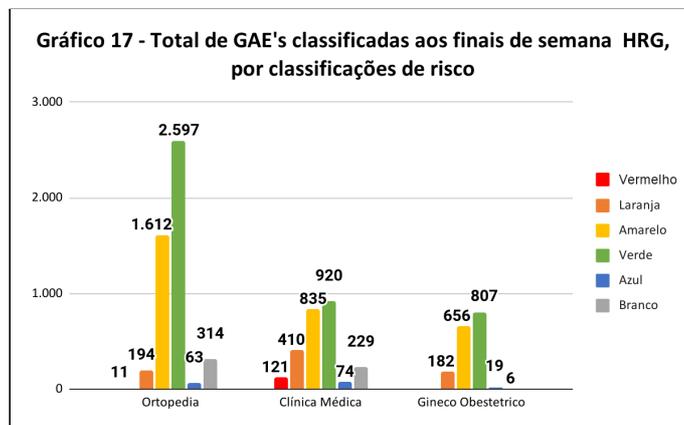
Em relação ao Hospital Regional do Gama (HRG), dentre os serviços mais demandados destacam-se ortopedia, clínica médica e ginecologia obstétrica. Os gráficos a seguir demonstram a quantidade de Guia de Atendimento de Emergência (GAE) abertas e classificadas, nos segmentos de dia e horário determinados.



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

Considerando 24.133 pacientes classificados como verdes, a procura destes usuários especificamente por este SHE se concentra em 62,94% no mesmo horário em que as UBS estão funcionando, denotando, desconsiderando os dados de cobertura, que os pacientes possuem dificuldade de acesso nos serviços de APS da região. Este dado é preocupante, pois espera-se que ele seja maior no período em que as UBS encontram-se fechadas (noturno e final de semana).

TABELA 3: HRG - distribuição dos verdes

Espec./Período	07 às 19h	19 às 07h	Finais de semana	Total	Frequência
Ortopedia	9.675	2.656	2.597	14.928	61,86%

Clínica Médica	2.641	957	920	4.518	18,72%
Gineco/Obstetrícia	2.873	1.007	807	4.687	19,42%
Total	15.189	4.620	4.324	24.133	%
Frequência	62,94%	19,14%	17,92%		

Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

No quadro abaixo encontram-se listados por especialidades os 10 CID mais prevalentes de acordo com a especialidade procurada por pacientes classificados como verdes na emergência do HRG. Tal informação é imprescindível para conhecimento dos gestores regionais, com a finalidade de subsidiar medidas que garantam o acesso ao primeiro atendimento de urgência desses usuários, nas condições passíveis de atendimento e resolução na APS.

QUADRO 4 - Dez CID mais comuns classificados como verdes, por especialidade no HRC			
	Gineco/Obstetrícia	Clínica Médica	Ortopedia
1º	O200- Ameaça de aborto	B342- Infecção por coronavírus de localização não especificada	M545-Dor lombar baixa
2º	O800- Parto espontâneo cefálico	Z000- Exame médico geral	M255-Dor articular
3º	Z348- Supervisão de outra gravidez normal	D509- Anemia por deficiência de ferro não especificada	Z000- Exame médico geral
4º	O471- Falso trabalho de parto, na 37ª semana completa ou depois dela	N390- Infecção do trato urinário de localização não especificada	Z544- Convalescença após tratamento de fratura
5º	Z340- Supervisão de primeira gravidez normal	R060- Dispnéia	Z540- Convalescença após cirurgia
6º	Z349- Supervisão de gravidez normal não especificada	I64- Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico.	S934- Entorse e distensão do tornozelo
7º	O479- Falso trabalho de parto não especificado	M545- Dor lombar baixa	M796- Dor em membro
8º	O021- Aborto retido	D649- Anemia não especificada	T140- Traumatismo superficial da região não especificada do corpo
9º	O622- Outras formas de inércia uterina	R104- Outras dores abdominais e as não especificadas	S602- Contusão de outras partes do punho e da mão
10º	R102- Dor pélvica e perianal	R100- Abdome agudo	S800- Contusão do joelho

Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

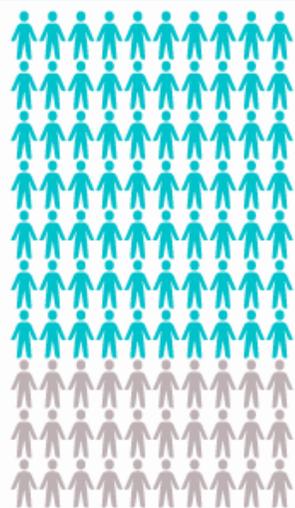
TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO NA APS

ESTE LEVANTAMENTO APRESENTA DADOS DE TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE PACIENTES DA APS PARA OUTROS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

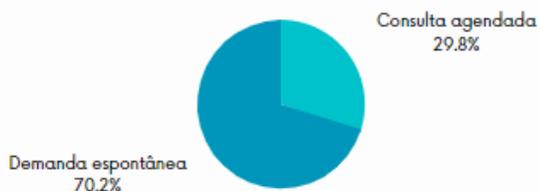
ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS NA APS

Durante o período compreendido entre 01/07/2021 a 31/12/2021 foram atendidos nas 176 Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal um total de **1.329.136** pacientes.

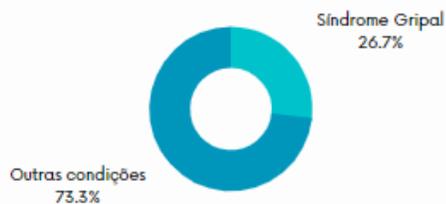
PERFIL DOS ATENDIMENTOS



Tipificação dos atendimentos na APS de 01/jul. a 31/dez. de 2021.



Atendimentos por demanda espontânea na APS, de acordo com a causa principal de 01/jul. a 31/dez de 2021.



De cada 100 atendimentos realizados pela APS no período, 70 foram por demanda espontânea.

DEMANDA ESPONTÂNEA

O preconizado é de que este volume seja de até 50% do total de atendimentos. No recorte apresentado, a **demanda espontânea** na APS atingiu **70,2%**, o que representa **933.714** atendimentos.

SÍNDROME GRIPAL

O total de atendimentos por **Síndrome Gripal (SG)** foi de **249.759**, o que representou **18,8%** de todos os atendimentos da APS e **26,7%** dos atendimentos por demanda espontânea para o 2º sem./21.

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES

Transferências
0.3%

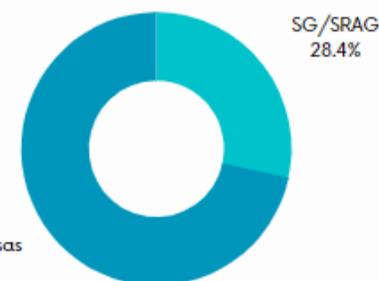


Desfecho na unidade
99.7%

Percentual de pacientes removidos em relação ao global atendido pela APS.

Causa da transferência de cuidados após atendimento de urgência na APS.

Demais causas
71.6%



De cada 100 pacientes que necessitam de transferência para outro serviço, 53 fazem por meios próprios.

FONTE DOS DADOS

Consolidado de informações das regiões de saúde, 2º semestre de 2021 e e-SUS.

1.329.136 ATENDIMENTOS NA APS

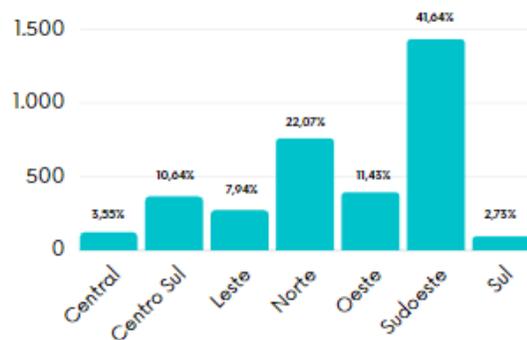
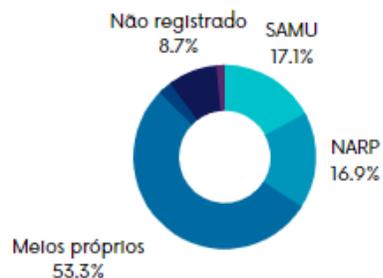
933.714 ATENDIMENTOS DE DEMANDA ESPONTÂNEA

DESSE TOTAL, 3.439 (0,36%) DOS PACIENTES FORAM TRANSFERIDOS PARA OUTROS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

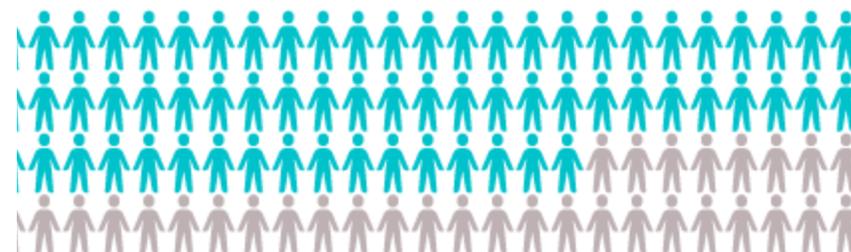
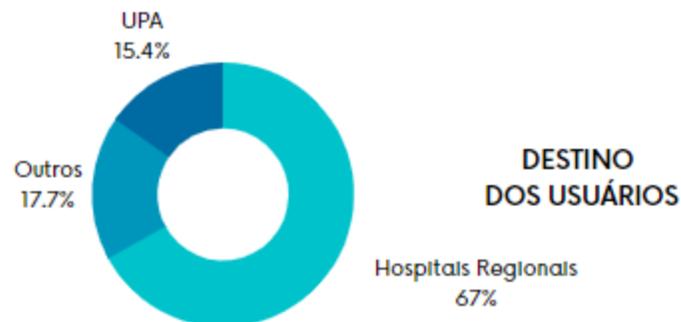
Equipes de Gerenciamento de Casos

JUL/21 À DEZ/21

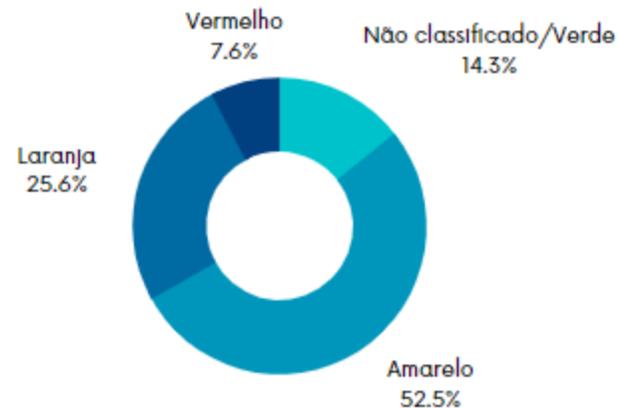
TRANSFERÊNCIA DOS USUÁRIOS



PROCEDÊNCIA DOS USUÁRIOS



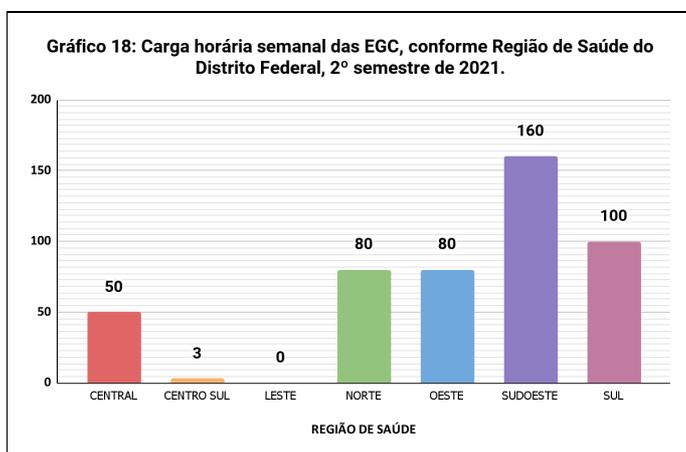
De cada 100 pacientes transferidos pela APS por intermédio das EGC, 67 tiveram como destino os hospitais regionais



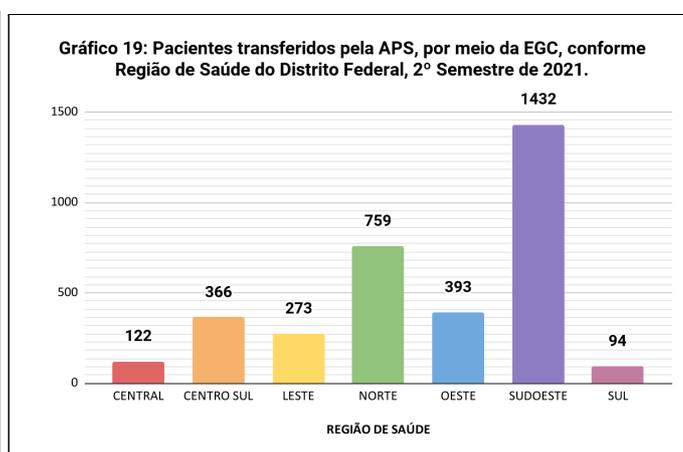
Destino dos pacientes transferidos para outros níveis de atenção por intermédio das Equipes de Gerenciamento de Casos, 2º semestre de 2021 (jul/21 à dez/21)

5. CONSOLIDADO DE OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EGC

A composição da EGC está relacionada a organização interna de cada Região de Saúde, sendo assim, possuímos uma diversidade de equipes com características diferentes, como apresentado no gráfico 18, que nos mostra equipes com cargas horárias variadas, desde a Região de Saúde Leste sem horas pré-determinadas para exercer as atividades, até a Região de Saúde Sudoeste que tem 160 horas semanais. Nas regiões com carga horária reduzida, o trabalho das EGC é de monitoramento; nas demais, além de monitoramento, há também a intermediação na transferência do cuidado.



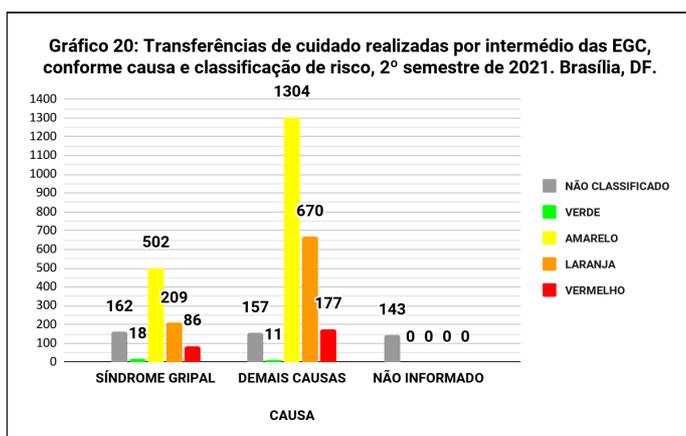
Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF



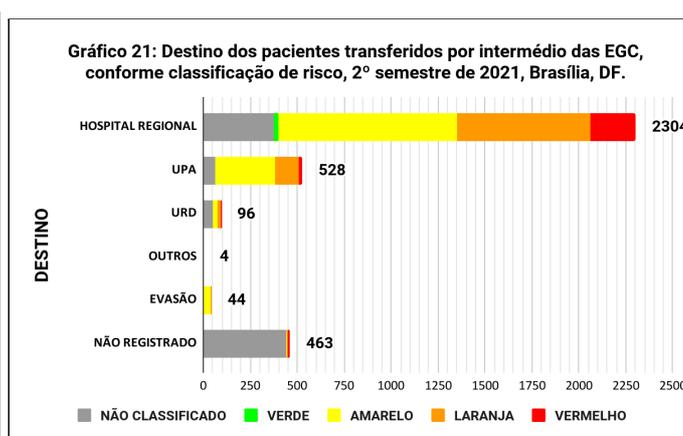
Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

As equipes, ao longo do período em questão, realizaram 3.439 transferências, sendo que a EGC da Região de Saúde Sudoeste foi a que mais realizou estas transferências, totalizando 1.432 casos, responsável por 41,64%. Em contraponto, a Região de Saúde Sul realizou 94 transferências no mesmo período, conforme podemos visualizar no gráfico 19.

No que se refere a causa atribuída pelos profissionais no momento anterior à transferência, 67,43% (n = 2.319) foi evidenciado como “DEMAIS CAUSAS”, excetuando “SÍNDROME GRIPAL”. Além disso, em relação a classificação de risco, os usuários foram classificados de forma significativa em amarelos, bem como, uma quantidade considerável de laranjas, conforme mostra o gráfico 20.



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

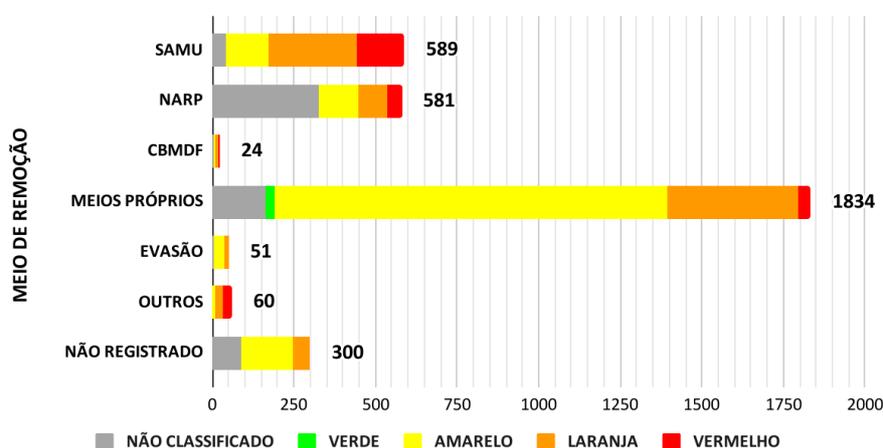


Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

Em relação ao destino dos pacientes monitorados quanto à sua transferência ou transferidos por intermédio das EGC, conforme apresentado no gráfico 21, 67% (n = 2.304) dos usuários foram para os Hospitais Regionais, sendo que 41,36% (n = 953) foram classificados como amarelo, 30,81% (n = 710) como laranja e 10,46% (n = 241) como vermelho. Ainda, uma porcentagem considerável de pacientes foram transferidos para as UPA e outros não foram registrados, com 15,35% (n = 528) e 13,46% (n = 463), respectivamente.

No que tange ao meio utilizado para a remoção dos pacientes transferidos por intermédio das EGC podemos visualizar no gráfico 22, que mais da metade dos pacientes, ou seja, 53,33% (n = 1.834) foram realizados por meios próprios, sendo somente 16,89% (n = 581) realizados pelo Núcleo de Remoção de Pacientes (NARP). Ainda, em relação àqueles que foram por meios próprios, 24,10% (n = 442) foram classificados como vermelho e laranja, 65,48% (n = 1.201) como amarelo e 1,53% (n = 28) como verde.

Gráfico 22: Meio utilizado para a remoção de pacientes transferidos por intermédio das EGC, conforme classificação de risco 2º semestre de 2021.



Fonte: Sala de Situação do Distrito Federal/SES-DF

Podemos observar nos gráficos 20, 21 e 22, que um número considerável de pacientes foram encaminhados a outros serviços sem a realização de uma classificação de risco, representando 18,17% (n = 625) de todos os casos.

6. OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EGC POR REGIÃO DE SAÚDE

6.1. REGIÃO CENTRAL

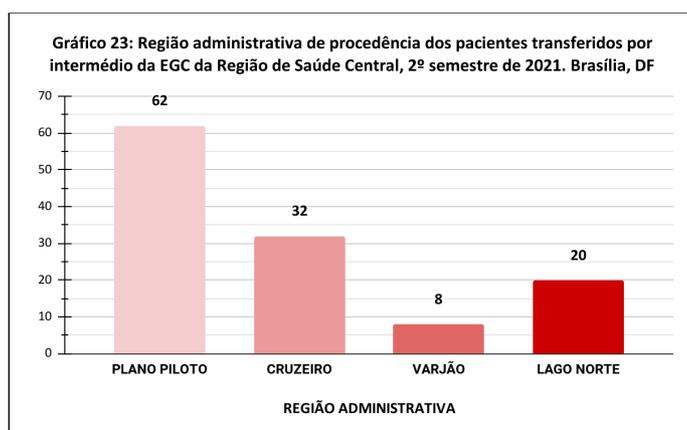
Na Região de Saúde Central, a Equipe de Gerenciamento de Casos (EGC) conta com três categorias profissionais em sua composição, com carga horária semanal definida de 50 horas divididas entre seus membros, conforme apresentado no quadro abaixo:

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	
CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA
Fisioterapeuta	10h
Médico (a)	15h
Servidores da GAPAPS (Médica + Terapeuta Ocupacional)	25h
TOTAL	50h

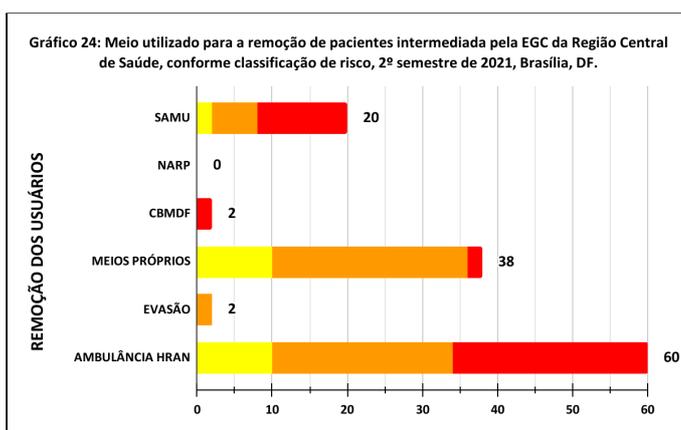
Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

Diante dos dados levantados pela equipe da região em questão, o gráfico 23 mostra que o Plano Piloto foi quem realizou a maior quantidade de transferências por intermédio da EGC, seguido da Região Administrativa (RA) do Cruzeiro, Lago Norte e Varjão.

O gráfico 24 mostra que no que refere ao meio utilizado para a remoção de pacientes, na Região de Saúde Central, 60 remoções foram realizadas pela ambulância do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), seguido de 38 por meios próprios, 20 através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 2 pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) e 2 por evasão. Além disso, observa-se que dentre os casos classificados, a ambulância do HRAN realizou a maior parte das transferências dos pacientes classificados como vermelhos. Ainda, dos que foram por meios próprios, mais da metade foram classificados como laranja, tendo ainda paciente classificado como vermelho.



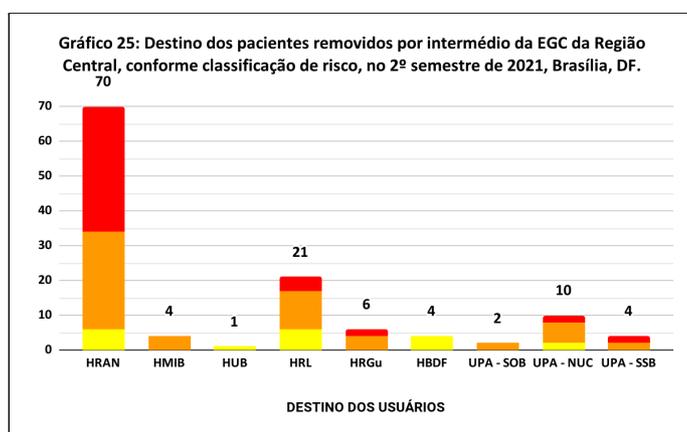
Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF



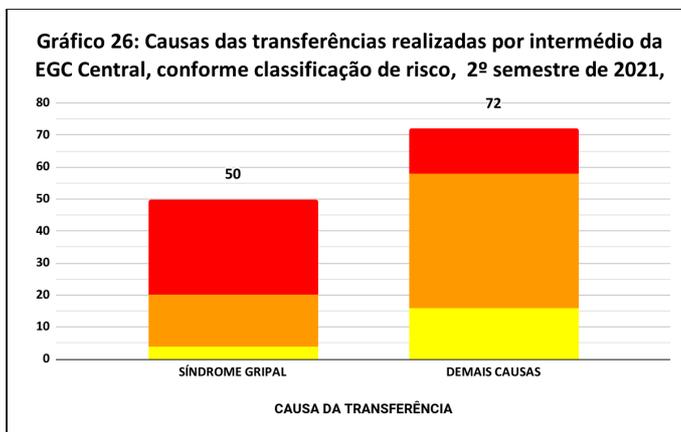
Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

Após serem transferidos por intermédio da EGC, os pacientes tiveram como destino, principalmente,

o HRAN (n = 70). Ainda, alguns pacientes foram transferidos para o Hospital da Região Leste - HRL (n = 21), para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Sobradinho (n = 10) e outras seis unidades de saúde conforme apresentado no gráfico 25.



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

No que tange ao motivo da transferência realizada por intermédio da EGC Central, a menor parte dos casos no período foram classificados como "SÍNDROME GRIPAL", sendo um total de 50 pacientes, frente a 72 casos "DEMAIS CAUSAS". Vale ressaltar ainda que mais da metade das causas transferidas por síndrome gripal, foram classificadas como vermelho, com um total de 30 pacientes.

6.2. REGIÃO CENTRO-SUL

Na Região de Saúde Centro Sul, a EGC conta com três categorias profissionais em sua composição, com carga horária semanal definida de 3 horas divididas entre seus membros, conforme apresentado no quadro abaixo:

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	
CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA
Enfermeiro(a)	1h
Fisioterapeuta	1h
Odontólogo	1h
TOTAL	3h

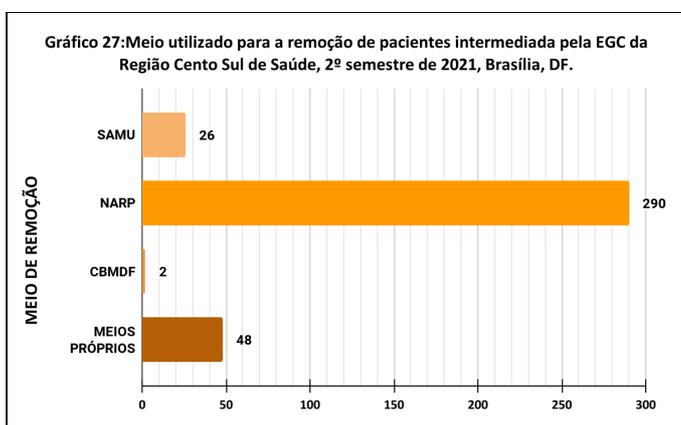
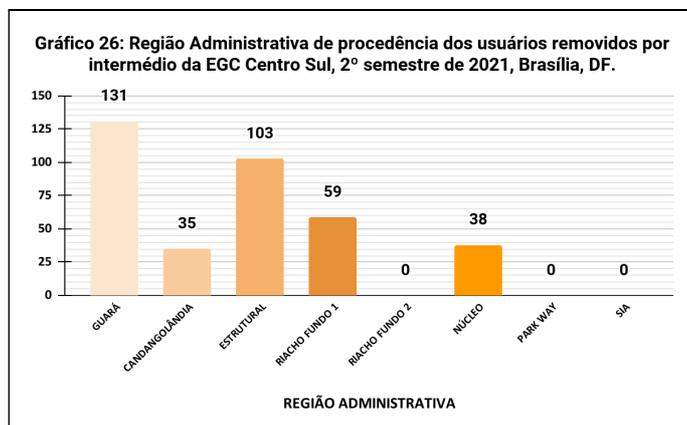
Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

A equipe ainda está em processo de formação, sendo composta por carga horária dos gerentes da Gerência de Áreas Programáticas (GAP), Gerência de Acesso e Qualidade (GEAQ) e Gerência de Enfermagem (GENF) em meio a outras demandas e déficit de RH para montagem de equipe.

Diante dos dados levantados pela equipe da região em questão, o gráfico 26 mostra que a RA do

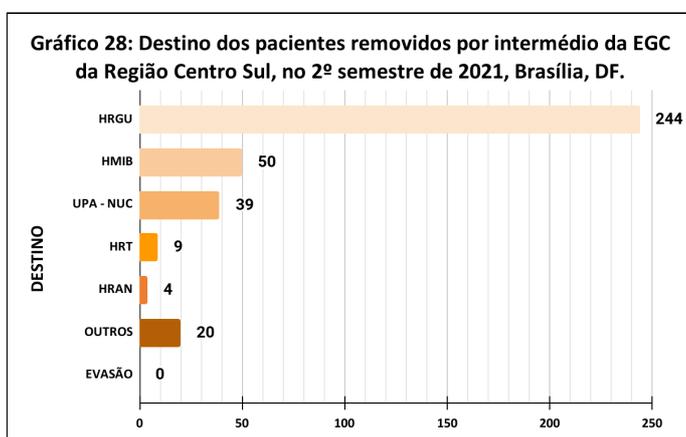
Guará foi a que realizou a maior quantidade de transferências por intermédio da EGC, seguido da Estrutural, Riacho Fundo 1, Núcleo Bandeirante e Candangolândia, sendo que, o Riacho Fundo 2, Park Way e SIA não fizeram remoção de paciente monitorada pela EGC.

O gráfico 27 mostra que no que se refere ao meio utilizado para a remoção de pacientes, na Região de Saúde Centro Sul, 290 remoções foram realizadas pelo Núcleo de Remoção de Pacientes (NARP), seguido de 48 por meios próprios, 26 através do SAMU e 2 pelo CBMDF. Observa-se assim que o NARP foi o meio mais utilizado, o que reduziu a solicitação aos outros meios de remoção.

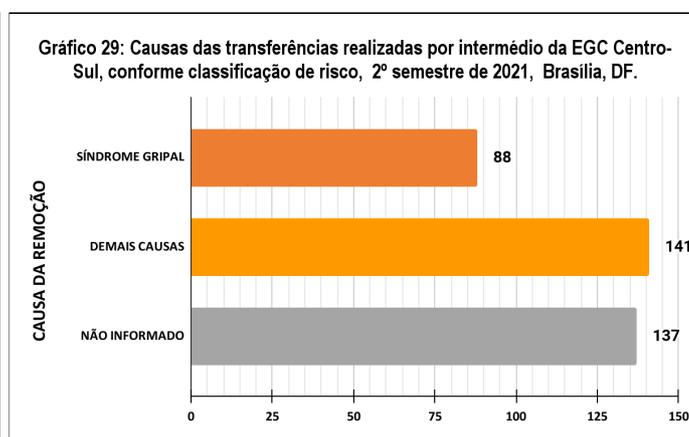


Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

Após serem transferidos por intermédio da EGC, os pacientes tiveram como destino, principalmente, o Hospital Regional do Guará - HRGU (n = 244). Ainda, alguns pacientes foram transferidos para o Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB (n = 50), para a UPA do Núcleo Bandeirante (n = 39), para o Hospital Regional de Taguatinga - HRT (n = 9) e para o HRAN (n = 4). Foram relatados que 20 pacientes tiveram como destino lugares desconhecidos, declarados como “outros”, conforme apresentado no gráfico 28, logo abaixo:



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

No que tange a causa da transferência realizada por intermédio da EGC Centro-Sul, 88 pacientes foram removidos por motivo de “SÍNDROME GRIPAL” e 141 pacientes tiveram como motivao para a

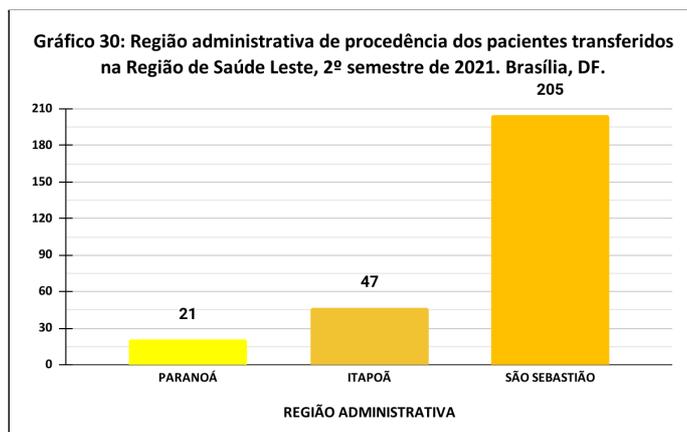
sua transferência “DEMAIS CAUSAS”. Ainda, 137 pacientes não foram informados qual a causa da transferência, definidos como “NÃO INFORMADO”, conforme disponível imediatamente acima no gráfico 29.

6.3. REGIÃO LESTE

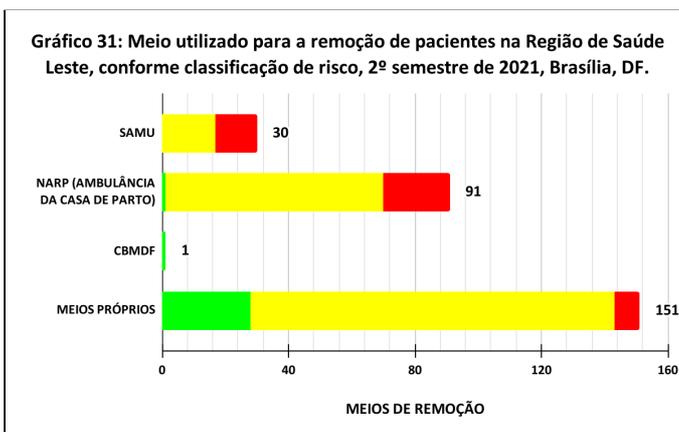
Na Região de Saúde Leste, a EGC não possui uma equipe específica para o seu desenvolvimento, assim, não consta uma carga horária semanal previamente definida entre profissionais para o gerenciamento dos casos, sendo realizado o levantamento dos dados pelo grupo do WhatsApp® por meio da Gerência de Acesso e Qualidade da Atenção Primária à Saúde (GEAQ-APS).

Diante dos dados levantados pela região de saúde em questão, o gráfico 30 mostra que a RA de São Sebastião foi a que realizou a maior quantidade de transferências por intermédio da EGC, totalizando 205 pacientes transferidos, seguido do Itapoã e do Paranoá com 47 e 21 transferências, respectivamente.

O gráfico 31 mostra que no que se refere ao meio utilizado para a remoção de pacientes, na Região de Saúde Leste, 151 remoções foram realizadas por meios próprios, seguido de 91 por meio do NARP, 30 através do SAMU e 1 pelo CBMDF. Observa-se que 55,31% dos pacientes foram encaminhados por meio próprio, sendo que destes, 76,16% (n = 115) foram classificados como amarelo e 5,30% (n = 8) vermelho.

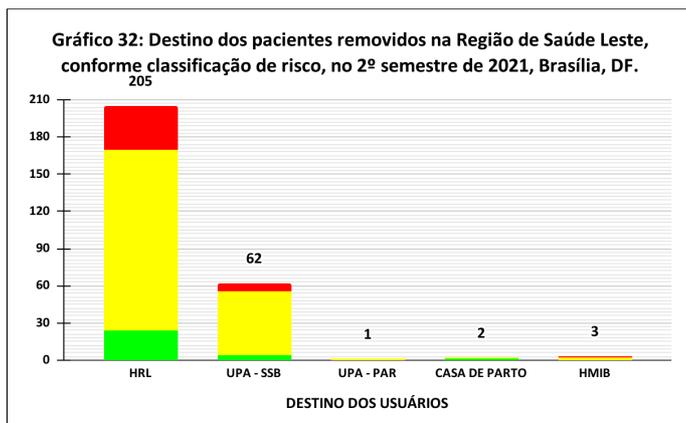


Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

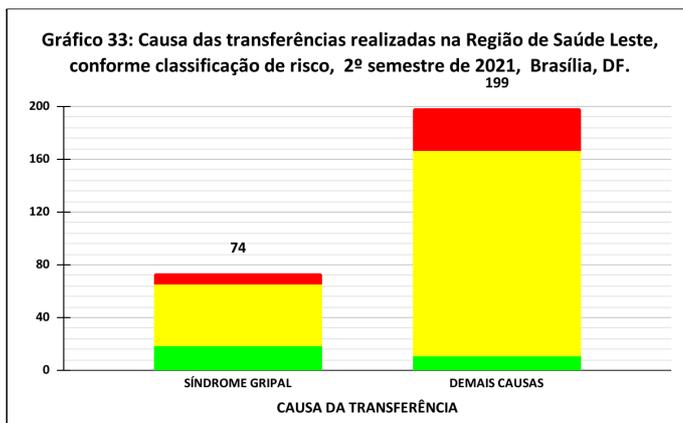


Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

Após serem transferidos por intermédio da EGC, os pacientes tiveram como destino, principalmente, o Hospital Regional Leste - HRL (n = 205) e a UPA de São Sebastião (n = 62). Alguns pacientes foram transferidos também para a UPA do Paranoá (n = 1), para Casa de Parto (n = 2) e para o HMIB (n = 3), conforme apresentado no gráfico 32, disposto abaixo.



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

No que tange a causa da transferência realizada por intermédio da EGC da Região de Saúde Leste, 74 pacientes como “SÍNDROME GRIPAL” e 199 pacientes foram classificados como “DEMAIS CAUSAS”, conforme gráfico 33, disponível acima.

6.4. REGIÃO NORTE

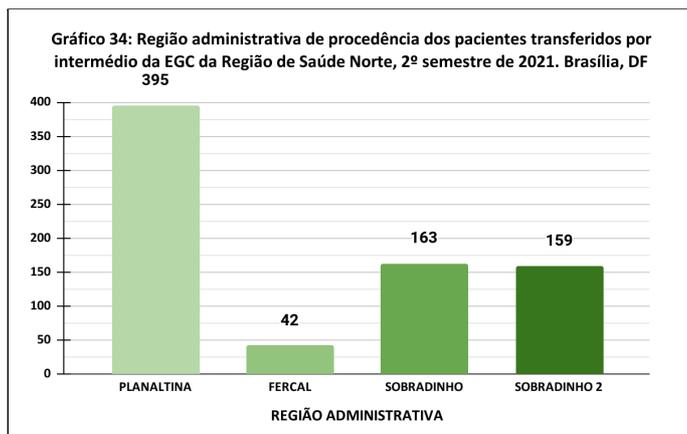
Na Região de Saúde Norte, a EGC conta com duas categorias profissionais em sua composição, com carga horária semanal definida de 80 horas divididas entre seus membros, conforme apresentado no quadro abaixo.

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	
CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA
Médico(a)	40h
Enfermeiro(a)	40h
TOTAL	80h

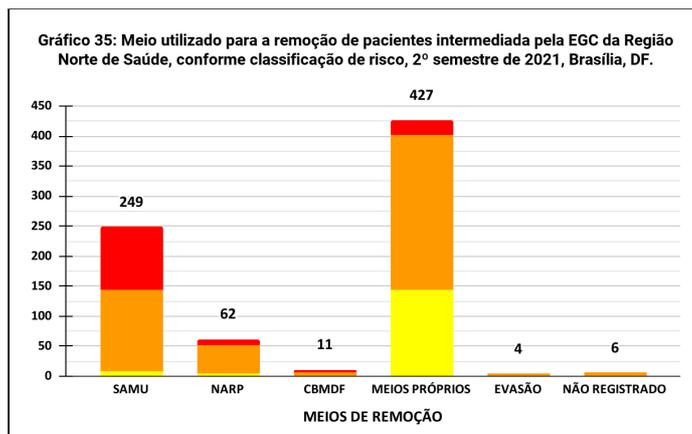
Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

Diante dos dados levantados pela região de saúde em questão, o gráfico 34 mostra que a RA de Planaltina foi a que realizou a maior quantidade de transferências por intermédio da EGC, totalizando 395 pacientes transferidos, seguida de Sobradinho I com 163 transferências, Sobradinho II com 159 e Fercal com 21.

O gráfico 35 mostra que no que se refere ao meio utilizado para a remoção de pacientes, na Região de Saúde Norte, 56,26% (n = 427) remoções foram realizadas por meios próprios, seguido de 249 por meio do SAMU, 62 através do NARP e 11 pelo CBMDF. Observa-se que 60,65% (n = 259) dos pacientes que foram encaminhados por meio próprio, foram classificados como laranja e 5,62% (n = 24) vermelho.

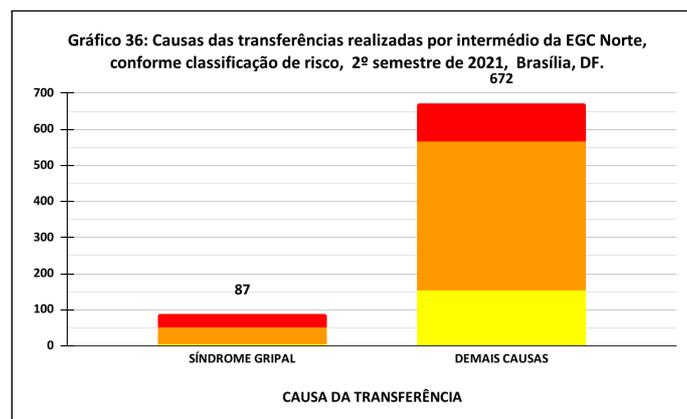


Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

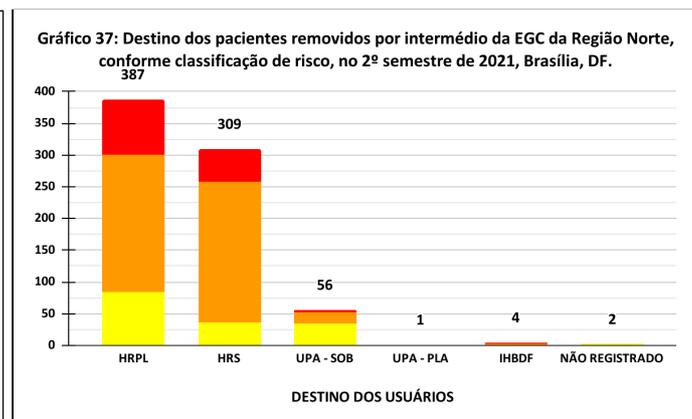


Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

Após serem transferidos por intermédio da EGC, os pacientes tiveram como destino, principalmente, o Hospital Regional de Planaltina - HRPL (n = 387), o Hospital Regional de Sobradinho - HRS (n = 309) e a UPA de Sobradinho (n = 56). Alguns pacientes foram transferidos também para a UPA de Planaltina (n = 1) e para o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF (n = 4), bem como 2 não registrados, conforme apresentado no gráfico 36, logo abaixo.



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

No que tange a causa da transferência realizada por intermédio da EGC da Região de Saúde Norte, 87 pacientes tiveram como causa de remoção a “SÍNDROME GRIPAL” e 672 pacientes foram transferidos pelas “DEMAIS CAUSAS”, sendo ainda que destes 77,23% (n 519) foram classificados como vermelho e laranja, conforme gráfico 37, localizado acima.

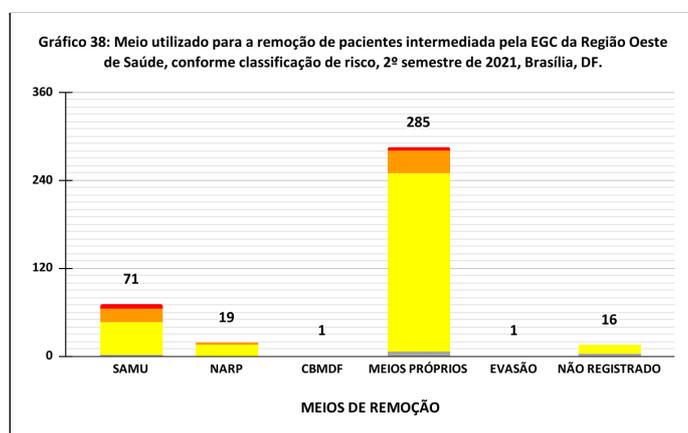
6.5. REGIÃO OESTE

Na Região de Saúde Oeste, a EGC conta com três categorias profissionais em sua composição, com carga horária semanal definida em 80 horas divididas entre seus membros, conforme apresentado no quadro a seguir.

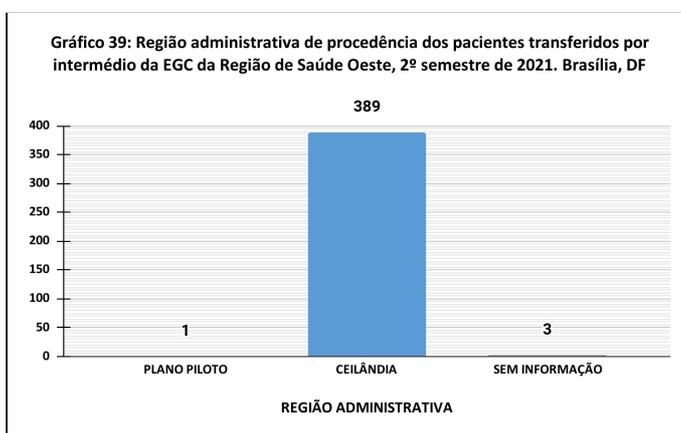
QUADRO 8 - Composição da EGC da Região de Saúde Oeste	
COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	
CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA
Enfermeiro	50h
Administrador	10h
Técnico de enfermagem	20h
TOTAL	80h

Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

Diante dos dados levantados pela região de saúde em questão, o gráfico 38 mostra que a RA de Ceilândia foi a que realizou a maior quantidade de transferências por intermédio da EGC, totalizando 389 pacientes transferidos. Ainda, a região informou por meio do relatório uma transferência do Plano Piloto, além de 3 classificados como “sem informação”.



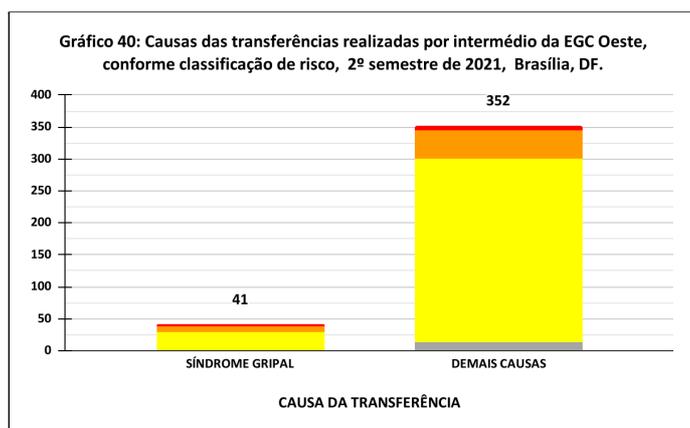
Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF



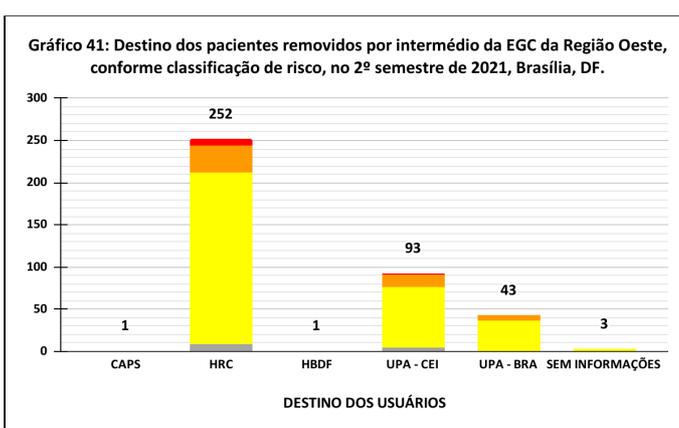
Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

O gráfico 39 mostra que no que se refere ao meio utilizado para a remoção de pacientes, na Região de Saúde Oeste, 285 remoções foram realizadas por meios próprios, seguido de 71 por meio do SAMU, 19 através do NARP, 1 pelo CBMDF e 1 por evasão. Ainda, 16 das transferências não tiveram registrado o serviço que foi utilizado. No que se refere aos pacientes encaminhados por meios próprios, 85,23% (n = 243) foram classificados como amarelo.

Após serem transferidos por intermédio da EGC, os pacientes tiveram como destino, principalmente, o Hospital Regional de Ceilândia - HRC (n = 252), a UPA de Ceilândia (n = 93) e a UPA de Brazlândia (n = 43). Ademais, 1 paciente foi transferido para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e 1 para o IHBDF, além de 3 que não foram informados, conforme apresentado no gráfico 40.



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

No que tange a causa da transferência realizada por intermédio da EGC da Região de Saúde Oeste, 41 pacientes por “SÍNDROME GRIPAL” e 352 pacientes como “DEMAIS CAUSAS”, conforme gráfico 41, sendo que destes definidos como síndrome gripal, 81,53% (n 287) foram classificados como amarelo.

6.6. REGIÃO SUDOESTE

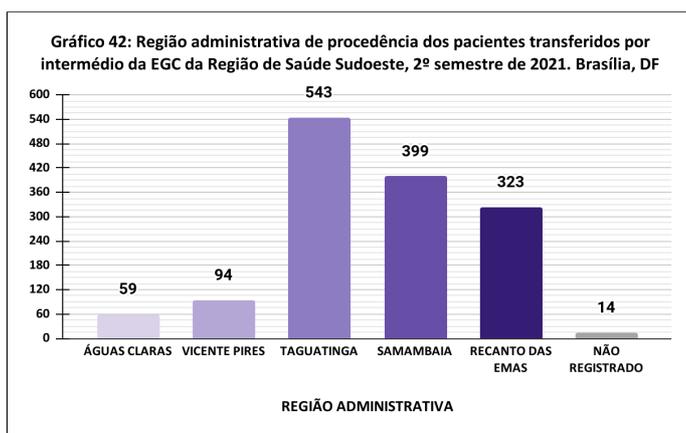
Na Região de Saúde Sudoeste, a EGC conta com duas categorias profissionais em sua composição, com carga horária semanal definida de 80 horas divididas entre seus membros, conforme apresentado no quadro imediatamente abaixo.

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	
CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA
Médicos	80h
Enfermeiros	80h
TOTAL	160h

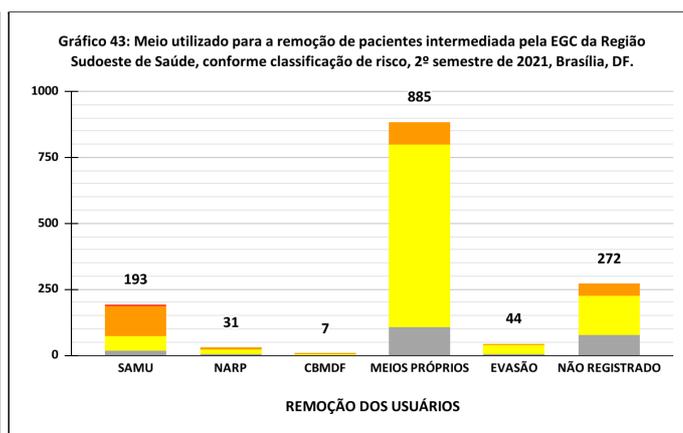
Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

Diante dos dados levantados pela região de saúde em questão, o gráfico 42 mostra que a RA de Taguatinga foi a que realizou a maior quantidade de transferências por intermédio da EGC, totalizando 543 pacientes transferidos, seguida de Samambaia com 399, Recanto das Emas com 323, Vicente Pires com 94 e Águas Claras com 59. Além disso, em 14 transferências não houve registro da procedência do paciente.

O gráfico 43 mostra que no que se refere ao meio utilizado para a remoção de pacientes, na Região de Saúde Sudoeste, 885 remoções foram realizadas por meios próprios, seguido de 193 por meio do SAMU, 31 através do NARP, 7 pelo CBMDF, 44 por evasão e 272 das transferências não foram registradas qual serviço foi utilizado. Ainda, 77,85% (n = 689) das transferências que ocorreram por meios próprios foram classificados como amarelo.

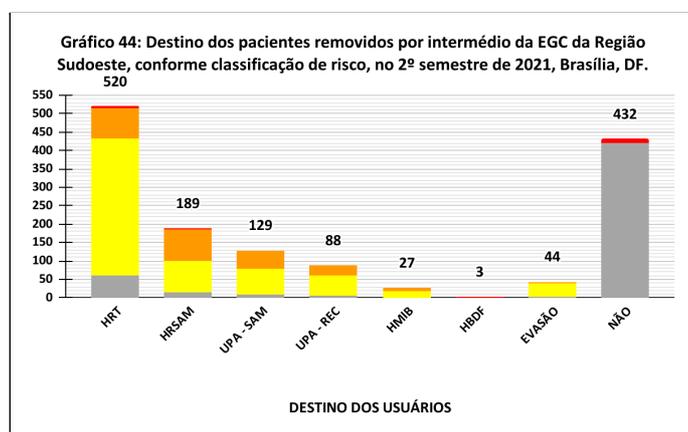


Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

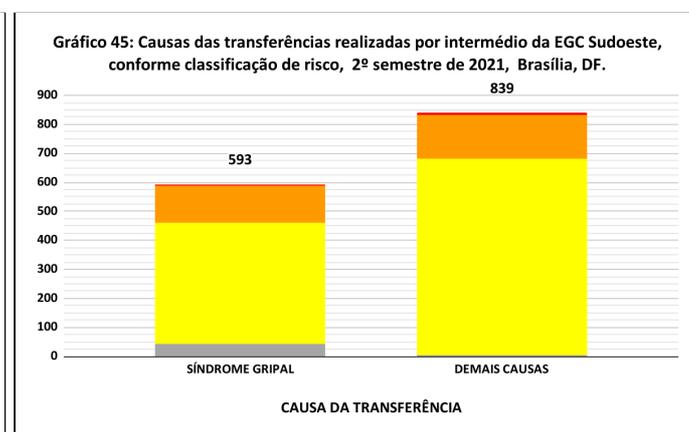


Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

Após serem transferidos por intermédio da EGC, os pacientes tiveram como destino, principalmente, o Hospital Regional de Taguatinga - HRT (n = 520), o Hospital Regional de Samambaia - HRSAM (n = 189), a UPA de Samambaia (n = 129), a UPA do Recanto das Emas (n = 88), o HMIB (n = 27) e o IHBDF (n = 3). Ademais, 432 não foram informados, conforme apresentado no gráfico 44, logo abaixo.



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

No que tange a causa da transferência realizada por intermédio da EGC da Região de Saúde Sudoeste, 593 pacientes tiveram como causa da remoção “SÍNDROME GRIPAL” e 839 pacientes foram classificados por “DEMAIS CAUSAS” quando do motivo da sua transferência, conforme pode ser visualizado no gráfico 45, disposto acima.

6.7. REGIÃO SUL

Na Região de Saúde Sul, a EGC conta com três categorias profissionais em sua composição, com carga horária semanal definida de 100 horas divididas entre seus membros, conforme apresentado no quadro abaixo.

QUADRO 10 - Composição da EGC da Região de Saúde Sul

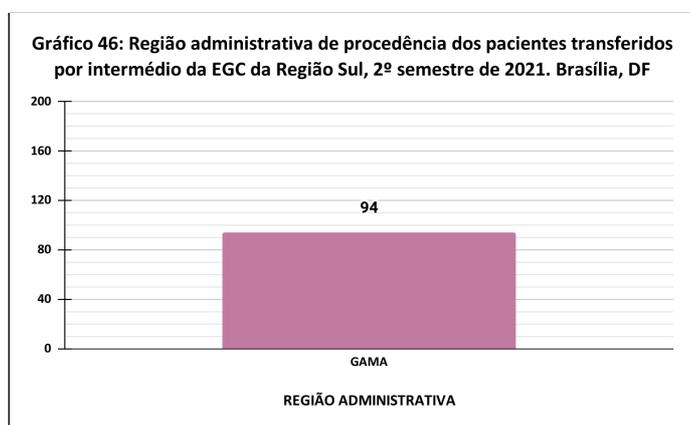
COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	
CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA

Enfermeiro (a)	40h
Analista GAPS	40h
Técnico de enfermagem	20h
TOTAL	100h

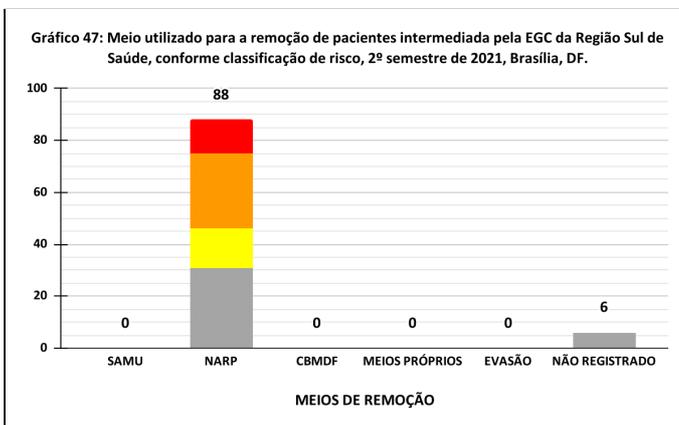
Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

Diante dos dados levantados pela região de saúde em questão, o gráfico 46 mostra que a RA de Gama realizou por intermédio da EGC, 94 transferências.

O gráfico 47 mostra que no que se refere ao meio utilizado para a remoção de pacientes, na Região de Saúde Sul, 88 remoções foram realizadas através do NARP e 7 das transferências não foram registradas qual meio foi utilizado. No que se refere aos transferidos pelo NARP, 47,73% (n = 42) foram classificados em vermelho e laranja.

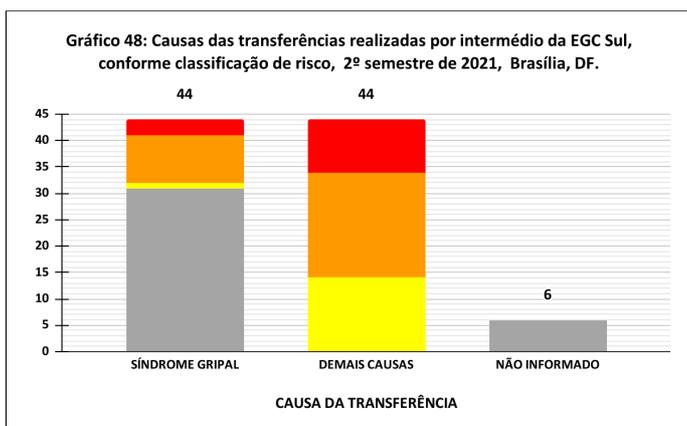


Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

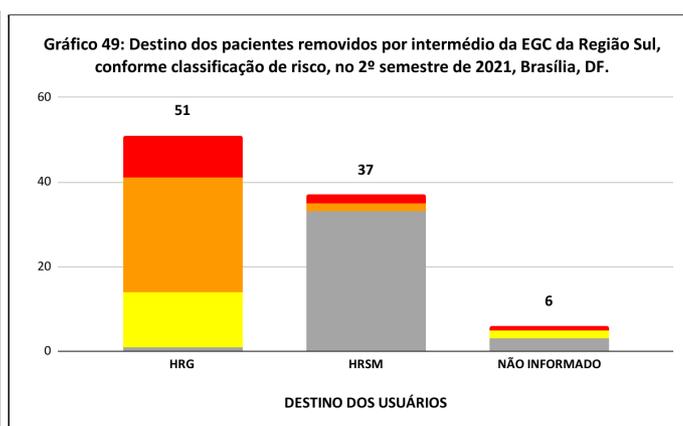


Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

Após serem transferidos por intermédio da EGC, os pacientes tiveram como destino, principalmente, o Hospital Regional do Gama - HRG (n = 51) e o Hospital Regional de Santa Maria - HRSM (n = 37). Ademais, 6 não tiveram o destino informado, conforme apresentado no gráfico 48, logo abaixo.



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF



Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

No que tange a causa da transferência realizada por intermédio da EGC da Região de Saúde Sul, 44 pacientes foram classificados como “SÍNDROME GRIPAL”, 44 pacientes como “DEMAIS CAUSAS” e 6 não informados, conforme gráfico 49, acima apresentado.

7. REFLEXÃO DAS COMPOSIÇÕES DAS EGC

A composição precária das equipes é uma evidente dificuldade de operacionalização das EGC em todas as regiões de saúde. Quando da disseminação das EGC (mar./21), vislumbrava-se que o afastamento de profissionais em condição de risco para manifestação grave da Covid-19 e de gestantes pudesse nutrir as equipes de modo a permitir o funcionamento regular das EGC, à medida que estes profissionais se resguardavam de exposição prolongada e maior inoculação viral existente na área assistencial.

Com a ampliação das medidas de vacinação, contudo, rarearam-se os afastamentos por condições de risco diversas, restou a opção de teletrabalho para as gestantes. Remanesce para as gerências das Diretorias de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) a missão de tocar o trabalho das EGC de forma concomitante às funções por ora já desempenhadas no escopo de atribuições regimentais das diretorias e de suas respectivas gerências.

Entretanto, com a lotação de novos enfermeiros de família e comunidade na estrutura orgânica das DIRAPS e com o efetivo de servidores apurado em (mar./22) junto à Diretoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do Trabalho (DIPMAT), estima-se que as DIRAPS possuem condição de sustentar o funcionamento das EGC, enquanto não se avança para a consolidação destas equipes junto ao estamento regimental da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). No quadro abaixo, é possível conhecer a fotografia de momento das DIRAPS, no tocante ao dimensionamento da força de trabalho.

QUADRO 11 - Distribuição da força de trabalho nas DIRAPS, conforme gerências.							
	DIRAPS	GPMA	GAPAPS	GENF	GER	GEAQAPS	TOTAL
CENTRAL	3	4	1	4	5	2	19
CENTRO-SUL	7	6	4	3	7	1	28
LESTE	7	7	7	3	8	3	35
NORTE	7	7	9	6	15	4	48
OESTE	4	4	6	5	14	6	39
SUDOESTE	5	5	9	5	18	9	51
SUL	3	8	5	2	13	4	35
TOTAL	36	41	41	28	80	29	255

Fonte: Subsecretaria de Gestão de Pessoas/SES-DF

Não obstante o levantamento da força de trabalho por gerências da DIRAPS e da região de saúde, apresenta-se também a distribuição desta força de trabalho distribuída conforme carreira funcional e quanto

à ocupação de função comissionada, conforme pode ser apreciado no quadro abaixo.

QUADRO 12 - Distribuição da força de trabalho nas DIRAPS, conforme categoria profissional.							
	Enfermeiros	Médicos	Técnicos em Enfermagem	Especialistas	Outros	Cargo em comissão	TOTAL
CENTRAL	4	2	1	1	3	8	19
CENTRO-SUL	7	4	1	1	7	8	28
LESTE	13	4	1	2	7	8	35
NORTE	15	10	2	3	10	8	48
OESTE	11	5	5	3	7	8	39
SUDOESTE	21	13	4	1	4	8	51
SUL	4	3	9	---	11	8	35
TOTAL	75	41	23	11	49	56	255

Fonte: Subsecretaria de Gestão de Pessoas/SES-DF

Ao que se pese o quantitativo de pessoas, é relevante que se conheça também qual é a distribuição da força de trabalho por carga horária, haja visto que há variação de profissionais com cargas horárias distintas de 20, 30 e 40 horas semanais.

QUADRO 13 - Distribuição da carga horária semanal da DIRAPS, conforme gerências.							
	DIRAPS	GPMA	GAPAPS	GENF	GER	GEAQAPS	TOTAL
CENTRAL	120	140	40	160	180	80	720
CENTRO-SUL	280	220	130	120	220	40	1010
LESTE	220	260	280	120	300	120	1300
NORTE	270	280	340	240	520	140	1790
OESTE	140	140	220	160	500	200	1360
SUDOESTE	200	200	300	160	600	300	1760
SUL	120	300	160	80	430	140	1230
TOTAL	1350	1540	1470	1040	2750	1020	9170

Fonte: Subsecretaria de Gestão de Pessoas/SES-DF

Mediante aos dados apresentados anteriormente nos quadros acima e com base nos relatórios enviados pelas equipes, foi realizado um cálculo com objetivo de quantificar a porcentagem de carga horária utilizada para a realização do acompanhamento das transferências de cuidados pelas EGC em vista a carga horária total de cada DIRAPS.

Observa-se no quadro 14, que em relação a todas as DIRAPS, somente 5,16% (n 473) de sua carga horária foi destinada para as EGC, sendo que a região de saúde que possui maior porcentagem destinada a este fim foi a sudoeste, com 9,09% (n 160).

Conforme apresentado abaixo, podemos visualizar a porcentagem que representa a carga horária da EGC em vistas a carga horária total da DIRAPS, tendo a região de saúde sudoeste com o maior percentual.

QUADRO 14 - Porcentagem de horas utilizadas pelas DIRAPS para as EGC				
DIRAPS	CH TOTAL	CH EGC	PCT TRANSF	FR
CENTRAL	720	50	122	6,94%
CENTRO SUL	1010	3	366	0,30%
LESTE	1300	0	273	0,00%
NORTE	1790	80	759	4,47%
OESTE	1360	80	393	5,88%
SUDOESTE	1760	160	1432	9,09%
SUL	1230	100	94	8,13%
TOTAL	9170	473	3439	5,16%
* CH = Carga Horária ** PCT TRANSF = Pacientes Transferidos				

Fonte: Subsecretaria de Gestão de Pessoas/SES-DF

Ressalta-se a necessidade de avaliar uma carga horária mínima para a formação da EGC, no qual seja possível realizar as atividades de forma a qualificar o processo e não comprometer a DIRAPS em suas atividades.

8. ANÁLISE SITUACIONAL DOS MACROPROCESSOS

A formação e o desenvolvimento das atividades das EGC envolvem uma série de fatores que modificam o processo de trabalho. Dentre estes fatores, que chamamos de macroprocessos, podemos citar as intercorrências, forças, oportunidades e fraquezas. Apresentamos no quadro 15 os dados agrupados de todas as EGC, conforme solicitado por meio de formulário previamente estruturado e enviado para as regiões de saúde com os macroprocessos supracitados já elencados para preenchimento, de forma que possamos refletir sobre as intervenções necessárias para o aprimoramento da iniciativa das EGC.

QUADRO 15 - Macroprocessos das EGC
INTERCORRÊNCIAS NA REMOÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Tempo prolongado de espera por uma viatura; - Desistência do paciente em aguardar transporte sanitário, indo por meios próprios, devido a demora; - Encaminhamento pela GSAP por meios próprios, em situações que é necessário o transporte sanitário assistido, sem comunicar previamente a EGC;
FORÇAS
<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento da atividade da EGC como positiva pelos profissionais das equipes; - Melhora da comunicação entre os níveis de atenção e transporte; - Colegiado RUE com um espaço de diálogo aberto para qualificação dessas transferências; - Priorização das ações referente a melhoria do acesso e transferências de Urgência e Emergência entre a APS e demais pontos de atenção; - Gestão das UPAs com melhora na abertura para negociação e comunicação; - Sala destinada exclusivamente à EGC com bom espaço físico; - Telefones, tablets e computadores com acesso à internet exclusivos para EGC; - Bom envolvimento da equipe técnica que compõe a EGC com a proposta de trabalho; - Boa integração entre a equipe técnica da EGC com o NARP; - EGC reconhecida parte da RUE por chefias de equipe dos hospitais regionais e UPA; - EGC reconhecida por gestores da APS e diversas equipes ESF como serviço que ajudou reduzir o tempo para transferência dos pacientes quando apoiado pelo NARP; - Apoio do núcleo e direção da DIRAPS para implementação, manutenção e discussão de casos da EGC; - Bom alinhamento entre DIRAPS e Superintendência, inclusive diante da dificuldade para transporte de pacientes da APS; - Publicação da Ordem de Serviço que institui a EGC; - Criação de fluxos da EGC da região; - Criação de fluxo de TC de urgência para Covid suspeito e confirmado; - Criação de QR Code para a notificação de eventos adversos; - Comunicação direta com gestores das UPAs e Hospitais; - Acompanhamento e gerenciamento dos casos diretamente com o profissional assistente; - Pactuação com o transporte APS para casos moderados/graves;

- Direcionamento das portas para casos que não contemplam a regulação do SAMU;
- Gerenciamento da demanda e classificação de risco dos casos da região;
- Ampliação das ofertas de serviços de acordo com perfil epidemiológico dos casos;
- Chegada de novos enfermeiros do concurso vigente para ampliação da equipe de gestão;
- Elaboração de painéis gráficos para desempenho de indicadores;
- Planejamento de ações baseados em evidências.

OPORTUNIDADES

- Alinhamento e organização dos encaminhamentos para as portas de UPAS e Hospitais;
- Aprimoramento do monitoramento das transferências realizadas, incluindo a evolução durante internação;
- Melhoria dos instrumentos aplicados e do monitoramento a ser feito;
- Identificação do volume de transferências por mês, principais causas, origem e destino nas transferências, tipo de transporte, classificação de risco e outros pontos importantes para subsidiar diagnósticos dinâmicos e bem estruturados, e identificar potencialidades e fragilidades da RUE;
- Mediação da comunicação entre as GSAP's com as áreas dos serviços de urgência e emergência hospitalares e com outros equipamentos públicos de saúde de outras regiões;
- Monitorização do processo de referência e contrarreferência da APS;
- Acompanhamento da situação das portas de UBS, UPA e Hospitais e monitorando o fluxo de atendimento da APS;
- Aumento da resolutividade dos casos na própria UBS;
- Aprimoramento da segurança do paciente na APS;
- Feedback e alinhamento diretamente nos grupos sobre as quebras de fluxos e melhorias dos serviços;
- Fortalecimento do vínculo entre usuário e APS, gerando uma maior abrangência;
- Proporciona a alta com cuidado continuado, favorecendo a promoção à saúde;
- Identificação das dificuldades enfrentadas pela APS no referenciamento de paciente de urgência e assim desenvolver fluxos que otimizem o processo de trabalho.

FRAQUEZAS

- Pouca familiaridade com a classificação de risco utilizada nas portas de emergência por parte das equipes de saúde da família;
- Atividades são mantidas principalmente por servidores das gerências da DIRAPS, inclusive os gerentes, pois falta equipe com carga horária protegida para as atividades da EGC;
- Não possuir profissional disponível para constituição de EGC;
- Canal de Comunicação frágil para solicitação do transporte do NARP;
- ESF com alto índice de absenteísmo;
- EGC não estar vinculada à Superintendência ou ao SAMU e sim à DIRAPS, o que leva à conotação de que a EGC é um serviço da APS e não da RUE;
- Não compreensão por algumas equipes da APS sobre o trabalho da EGC, mesmo após divulgação;
- Falta de transporte sanitário exclusivo no apoio às remoções solicitadas via EGC;
- Pacientes encaminhados fora do fluxo pré estabelecido;
- Fragilidade no atendimento aos casos de emergência/urgência em várias equipes da APS;

- Dificuldade das equipes compreenderem a importância de envio dos dados completos para a EGC (exame físico detalhado/ avaliação/ procedimentos realizados) o que dificulta a classificação de risco adequada;
- Preenchimento adequado das fichas de transferência de cuidado para alimentação da planilha;
- Utilização do telefone pessoal dos integrantes da equipe, sendo necessário melhorar a utilização do telefone funcional;
- Necessidade da presença de servidor da UBS na ambulância;
- Falta de classificação 24h, nova classificação na entrada do serviço;
- Composição de equipe, alto absenteísmo profissional na assistência;

ADVERSIDADES

- Necessidade de nova classificação de risco no PS dos pacientes oriundos das UBS;
- Necessidade de normativa que estabeleça o processo das EGC nas regiões, parametrizando as equipes;
- UPAs da região não atendem U/E clínica pediátrica;
- SAMU com pouca oferta para apoiar essas transferências de U/E;
- Número insuficiente de ambulâncias do NARP para realização de transferência de U/E da APS para demais pontos da RUE;
- Fragilidade do núcleo de transporte da APS, devido não dispor de motoristas, técnicos de enfermagem ou frota de ambulância vinculados ao mesmo;
- Restrição de portas dos serviços de emergência (BANDEIRAS);
- Prontuários diversos tornando-se barreira para acompanhamento dos casos nos diferentes níveis de atenção;
- Horário de fechamento da UBS e resgate dos pacientes;
- Monitoramento da contrarreferência e resolução de casos encaminhados ao nível secundário e hospitalar;
- Falta de engajamento e empoderamento das atribuições regimentais por todas unidades envolvidas;
- Falta de acesso ao prontuário IGES (MV), utilizado na UPA e HBDF;
- Tempo de espera do paciente na UBS até a liberação da porta;
- Comunicação das equipes com transporte sanitário SAMU;
- Dificuldades no resgate de pacientes nas unidades que requerem ações de autoridade sanitária em casos de urgência e emergência.

Fonte: Equipe de Gerenciamento de Casos/SES-DF

Diante do que foi apresentado, e em relação às fraquezas e adversidades podemos destacar alguns pontos centrais que podem ser discutidos no intuito de qualificar as EGC:

- Baixa familiaridade dos profissionais da APS com a classificação de risco utilizada nas portas de emergência por parte das equipes de Saúde da Família;
 - Capacitação sobre a classificação de risco;
- Falta de profissionais disponíveis para constituição de EGC;
- Pouca compreensão por algumas equipes da APS sobre o trabalho da EGC;
 - Mostrar as equipes sobre a importância da EGC;
 - Colocar como pauta nas reuniões c/ todos os GSAPS para divulgação das EGC (Pretensão

para fazer com as equipes);

- Falta de transporte sanitário exclusivo no apoio às remoções solicitadas via EGC;
- Organização precária do fluxo pré-estabelecido para as EGC;
- Preenchimento incompleto das fichas de transferência de cuidado para alimentação da planilha;
- Necessidade de nova classificação de risco no PS dos pacientes oriundos das UBS.

9. CONCLUSÃO

É permanente a necessidade de discussão e consolidação do trabalho das EGC. O primeiro relatório foi apresentado tanto no Colegiado Gestor da Rede de Urgência e Emergência (CGRUE) quanto no Colegiado de Gestão da SES/DF pela Secretaria Adjunta de Atenção à Saúde (SAA) juntamente com as Superintendências Regionais. Quando da apresentação naquele, foi identificada a necessidade de analisar os dados a partir da perspectiva dos demais dispositivos da RUE a fim de fazer-se cumprir também o propósito de acompanhar **a situação das portas (UBS, UPA e Hospitais)** e monitorar o fluxo de atendimento da APS, bem como de apoiar a **contrarreferência de pacientes classificados como azuis e verdes** para UBS da área de abrangência e/ou influência.

Quando apresentado o primeiro relatório, foi criado pela SAA Grupo de Trabalho (GT) coordenado pela Gerência de Regulação do Transporte Sanitário, que entregou como primeiro resultado a criação de um Manual de Funcionamento dos Núcleos de Apoio à Remoção de Pacientes (NARP), que na prática pouco beneficia diretamente a APS, visto que o escopo de atuação dos NARP é sobretudo na transferência de pacientes hospitalizados para a obtenção de pareceres e realização de exames e procedimentos em unidades distintas daquela em que o paciente encontra-se hospitalizado, - função que é atualmente realizada em maior número pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Nas ocasiões em que o NARP apoia as remoções de pacientes na APS, o faz com a ambulância que pertence à estrutura da região subordinada ao Núcleo de Atividades Gerais, Manutenção Predial e Transporte (NMPT).

Em reunião realizada para a apresentação deste relatório, espera-se a consolidação das informações monitoradas, bem como a promoção de um estudo mais completo sobre o dimensionamento das equipes da DIRAPS com a finalidade de estabelecer carga horária protegida para a atuação destas equipes, se possível sem promover alterações regimentais, mas sim adequando as atividades das EGC à estrutura organizacional já existente, a princípio da GER, que possui em seu escopo as funções que mais se assemelham com aquelas desenvolvidas no âmbito das EGC.

Esta iniciativa é mister dada as potencialidades já apresentadas pelas EGC em seu primeiro ano de funcionamento. O objetivo de fixar pessoal e estabelecer atribuições é assegurar a manutenção desta tecnologia para fortalecer o papel da APS na Rede de Urgências e Emergências e assegurar a retaguarda necessária nos serviços hospitalares de emergência e UPAS, mediante uma classificação de risco bem feita e com critérios arrojados de encaminhamentos, quando esgotadas as possibilidade de cuidado em urgência e emergência na APS.

Como proposição inicial, foi pensado a composição da EGC em 3 níveis de atuação com carga-horárias distintas entre si de acordo com a complexidade das tarefas, conforme exemplo abaixo:

Modalidade da EGC	Atribuição	Carga Horária Sugerida
Nível I	Intermediar a transferência de cuidados da APS para as demais portas de urgência, conforme classificação de risco e apoio telemático às equipes da APS	40h
Nível II	Todas as anteriores + atuar na desospitalização de pacientes internados com garantia de contra-referência e consulta na APS/domicílio + previsão de partos na região + atenção domiciliar pelas equipes da APS para pacientes com perfil AD1	80h
Nível III	Todas as anteriores + retirar os pacientes azuis e verdes das emergências com garantia de atendimento na UBS de referência	120h

Esta gerência tem o compromisso de fazer conhecido para os demais membros da RUE a força do trabalho das EGC e cooptar responsabilidades solidárias para que haja melhoramentos e espaço de luta diante de problemas que não são somente peculiaridade da APS, mas de todos os integrantes da RUE em seus diferentes níveis de atenção, tal qual o transporte sanitário, - ponto mais frágil de funcionamento das EGC -, por exemplo.

Além de fazer conhecido o trabalho das EGC para os demais membros da RUE, é uma das estratégias pensadas, fazer também mais difundido este trabalho para as próprias unidades da APS, como caminho para a consolidação e para a legitimação desta tecnologia pelas equipes de APS e isso envolve uma estratégia de comunicação robusta.

A GESFAM irá ainda elaborar um cronograma de visita para as regiões de saúde com a finalidade de conhecer mais de perto as potencialidades e dificuldades corriqueiras das EGC em seu franco funcionamento.

Esta Gerência se coloca como parceira estratégica para alavancar o funcionamento dos colegiados regionais da RUE, que até o presente momento não opera regularmente nas diferentes regiões de saúde, havendo no momento a iniciativa tímida, porém louvável, da Região Sudoeste. Ressaltamos que a GASFURE é parceira estratégica nesse movimento.

Ademais, seguimos confiantes de que, embora sejam pequenos passos, a APS finalmente tem a possibilidade de se fortalecer na RUE e se legitimar como espaço de cuidado mais integral possível à população usuária, apesar das dificuldades de cobertura e de estrutura.

REFERÊNCIAS

INOJOSA, RM. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. X Congresso Internacional de CLAD sobre a Reforma Estado e da Administração Pública, Santiago, Chile, 18 – 21 de Outubro de 2005.

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria no 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 2017.

Portaria 1600/2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

APÊNDICE I - MODELO DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO 2º RELATÓRIO TÉCNICO DE OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE GERENCIAMENTO DE CASOS NAS REGIÕES DE SAÚDE

COLETA DE INFORMAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO 2º RELATÓRIO TÉCNICO DE OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE GERENCIAMENTO DE CASOS NAS REGIÕES DE SAÚDE		
PERÍODO:	01/07/2021 À 17/12/2021	
REGIÃO DE SAÚDE:		
NOME DA EQUIPE:		
COMPOSIÇÃO DA EQUIPE		
CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	
TOTAL		
ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES		
DETALHAMENTO DOS MACROPROCESSOS EGC		
1 - MACROPROCESSO		
1 - DESCRIÇÃO		
1 - PROBLEMÁTICA		
1 - PRODUTO		
1 - STATUS DE IMPLEMENTAÇÃO		
2 - MACROPROCESSO		
2 - DESCRIÇÃO		
2 - PROBLEMÁTICA		
2 - PRODUTO		
2 - STATUS DE IMPLEMENTAÇÃO		
ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES		
PROCEDÊNCIA DOS USUÁRIOS		
TOTAL DE REMOÇÕES INFORMADAS OU SOLICITADAS:	TOTAL	PERCENTUAL

REGIÃO ADMINISTRATIVA X		%
REGIÃO ADMINISTRATIVA XI		%
REGIÃO ADMINISTRATIVA XII		%
REGIÃO ADMINISTRATIVA XIII		%
REGIÃO ADMINISTRATIVA XIV		%
REGIÃO ADMINISTRATIVA XV		%
TOTAL		100%

ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES

REMOÇÃO DOS USUÁRIOS

	NÃO CLASSIFICADO	AMARELO	LARANJA	VERMELHO	TOTAL	PERCENTUAL
SAMU						%
NARP						%
CBMDF						%
MEIOS PRÓPRIOS						%
EVASÃO						%
NÃO REGISTRADO						%
TOTAL						100%

ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES

DESTINO DOS USUÁRIOS

DESTINO	NÃO CLASSIFICADO	AMARELO	LARANJA	VERMELHO	TOTAL	PERCENTUAL
HOSPITAL A						%
HOSPITAL B						%
UPA C						%
UPA D						%
EVASÃO						%
TOTAL						100%

ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES

CAUSA DA TRANSFERÊNCIA						
CAUSA	NÃO CLASSIFICADO	AMARELO	LARANJA	VERMELHO	TOTAL	PERCENTUAL
SG/SRAG						%
Demais causas						%
Dengue						
						100%
ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES						
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA						
MOTIVO	NÃO CLASSIFICADO	AMARELO	LARANJA	VERMELHO	TOTAL	PERCENTUAL
INTERNAÇÃO CLÍNICA						%
INTERNAÇÃO CIRÚRGICA						%
INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA						%
INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA						%
INTERNAÇÃO SAÚDE MENTAL						%
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA COM ESPECIALISTA FOCAL						%
INTERNAÇÃO UTI						%
OUTRO						%
						100%
INTERCORRÊNCIAS NA REMOÇÃO						
ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES						

ANÁLISE SITUACIONAL	
FORÇAS	
OPORTUNIDADES	
FRAQUEZAS	
ADVERSIDADES	
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:	

APÊNDICE II - MODELO DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO 4º RELATÓRIO TÉCNICO DE OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE GERENCIAMENTO DE CASOS NAS REGIÕES DE SAÚDE

COLETA DE INFORMAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO 3º RELATÓRIO TÉCNICO DE OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE GERENCIAMENTO DE CASOS NAS REGIÕES DE SAÚDE		
PERÍODO:	01/01/2022 À 30/06/2022	
REGIÃO DE SAÚDE:		
NOME DA EQUIPE:		
COMPOSIÇÃO DA EQUIPE		
CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	
TOTAL		
ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES		
DETALHAMENTO DOS MACROPROCESSOS EGC		
1 - MACROPROCESSO		
1 - DESCRIÇÃO		
1 - PROBLEMÁTICA		
1 - PRODUTO		
1 - STATUS DE IMPLEMENTAÇÃO		
2 - MACROPROCESSO		
2 - DESCRIÇÃO		
2 - PROBLEMÁTICA		
2 - PRODUTO		
2 - STATUS DE IMPLEMENTAÇÃO		
ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES		
PROCEDÊNCIA DOS USUÁRIOS		
TOTAL DE REMOÇÕES INFORMADAS OU SOLICITADAS:	TOTAL	PERCENTUAL

COLETA DE INFORMAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO 3º RELATÓRIO TÉCNICO DE OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE GERENCIAMENTO DE CASOS NAS REGIÕES DE SAÚDE						
PERÍODO:	01/01/2022 À 30/06/2022					
REGIÃO DE SAÚDE:						
REGIÃO ADMINISTRATIVA Y	UBS 1					%
	UBS 2					
REGIÃO ADMINISTRATIVA Y	UBS 3					
	UBS 4					
TOTAL						100%
ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES						
REMOÇÃO DOS USUÁRIOS						
	NÃO CLASSIFICADO	AMARELO	LARANJA	VERMELHO	TOTAL	PERCENTUAL
SAMU						%
NARP						%
Núcleo de Atividades Gerais, Manutenção Predial e Transporte						%
CBMDF						%
MEIOS PRÓPRIOS						%
NÃO REGISTRADO						%
EVASÃO						%
TOTAL						100%
ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES						
DESTINO DOS USUÁRIOS						
DESTINO	NÃO CLASSIFICADO	AMARELO	LARANJA	VERMELHO	TOTAL	PERCENTUAL
HOSPITAL A						%
HOSPITAL B						%

COLETA DE INFORMAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO 3º RELATÓRIO TÉCNICO DE OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE GERENCIAMENTO DE CASOS NAS REGIÕES DE SAÚDE

PERÍODO:		01/01/2022 À 30/06/2022				
REGIÃO DE SAÚDE:						
UPA C						%
UPA D						%
EVASÃO						%
TOTAL						100%
ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES						
CAUSA DA TRANSFERÊNCIA						
CAUSA	NÃO CLASSIFICADO	AMARELO	LARANJA	VERMELHO	TOTAL	PERCENTUAL
S. GRIPAL						%
Dengue						
OUTRAS CONDIÇÕES						%
TOTAL						100%
ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES						
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA						
MOTIVO	NÃO CLASSIFICADO	AMARELO	LARANJA	VERMELHO	TOTAL	PERCENTUAL
AVALIAÇÃO						%
INTERNAÇÃO						%
						100%
INTERCORRÊNCIAS NA REMOÇÃO						
ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES						
ANÁLISE SITUACIONAL						
FORÇAS						

COLETA DE INFORMAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO 3º RELATÓRIO TÉCNICO DE OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE GERENCIAMENTO DE CASOS NAS REGIÕES DE SAÚDE	
PERÍODO:	01/01/2022 À 30/06/2022
REGIÃO DE SAÚDE:	
OPORTUNIDADES	
FRAQUEZAS	
ADVERSIDADES	
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:	

