

# Equipes de Gerenciamento de Casos

## RELATÓRIO TÉCNICO





GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
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**

1º SEMESTRE DE 2021

**Brasília, DF  
2021**

## **ELABORAÇÃO:**

### **Gerência da Estratégia Saúde da Família**

SES/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM

### **Gerência de Qualidade na Atenção Primária**

SES/SAIS/COAPS/DESF/GEQUALI

### **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)

### **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)

### **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

### **Apoio institucional QUALIS APS**

Ana Laura Lobato Pinheiro

Antônio Neves Ribas

Carine Bianca Ferreira Nied

César Vinícius Miranda Lopes

## **EXPEDIENTE:**

### **Osnei Okumoto**

Secretaria de Saúde do Distrito Federal

**Raquel Beviláqua Matias da Paz Medeiros Silva**

Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde

**Marina da Silveira Araújo**

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

**Fernando Erick Moreira Damasceno**

Coordenação de Atenção Primária à Saúde

**Ricardo Saraiva Aguiar**

Diretoria da Estratégia Saúde da Família

**Raquel Vaz Cardoso**

Gerência da Estratégia Saúde da Família







## APRESENTAÇÃO

Este relatório é fruto das reuniões de acompanhamento sobre o funcionamento e implementação das Equipes de Gerenciamento de Casos (EGC), ao longo do primeiro semestre de 2021. 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 resgate e transferência de pacientes em tempo oportuno e as possibilidades de implantação e/ou adequação do 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 Atenção Primária à Saúde (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, no maior momento de 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 os Hospitais.

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 COVID-19 de Março de 2021, conforme descrito no processo SEI 00060-00125461/2021-11*, com os objetivos de reduzir 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.



## 1. CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES GERENCIAMENTO DE CASOS

O Plano Emergencial de Mobilização dos Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal (DF) no contexto da pandemia COVID-19 de março de 2021 define as Equipes de Gerenciamento de Casos:

Núcleo multiprofissional para apoiar as equipes no atendimento de casos que podem ser acompanhados na Unidade Básica de Saúde - discussão dos casos - e na estratificação de risco e 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.

Os objetivos das EGC, para além do enfrentamento da COVID-19, são:

- 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.

**FIGURA 01:** Termos utilizados pelas regiões para nomear o trabalho das EGC.



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.

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

#### **QUADRO 01:** Funções das Equipes de Gerenciamento de Casos

- *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);***

As características destas equipes, quanto à sua composição e estrutura da qual dispõem, também variam mantendo entre gerências das DIRAPS a sua coordenação.

**QUADRO 02:** Composição das Equipes de Gerenciamento de Casos

REGIÃO DE SAÚDE		Norte	Sul	Leste	Centro-Sul	Centra I	Sudoest e
COORDENAÇÃO		GAP	GEAQ	GER/ GEAQ	GAP/ GENF	GAP	GEAQ
EQUIPE	Coordenador	Sim	Sim	*	*	Não	Sim
	Médico	Sim	Sim			Sim**	Sim
	Enfermeiro	Não	Sim			Não	Sim
	Téc. Enfermagem	Não	Sim			Não	Não
	Administrativo	Não	Sim			Não	Não
ITENS	Sala	Sim	Sim	***	***	Sim	Sim
	Computador	Sim	Sim			Não	Sim
	Telefone	Sim	Sim			Não	Sim
	Tablet	Sim	Não			Sim	Não
	Maca	Não	Sim			Não	Não

\* Não dispõe de equipe com carga-horária protegida, um colegiado exerce esta função por meio de grupo no WhatsApp® com acompanhamento das gerências regionais.

\*\* Para além dos três profissionais médicos a Central também dispõe de dois Fisioterapeuta e um Terapeuta Ocupacional, entre profissionais das Equipes e das gerências da DIRAPS.

\*\*\* Não dispõe de estrutura específica, comunicação mediada por grupo no WhatsApp®

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.

Há ainda, em implementação em algumas regiões de saúde, a perspectiva de utilização do *Sistema de Regulação do Transporte Sanitário (SRTS)*, desenvolvido pela CERTS (Central de Regulação de Transporte Sanitário) do Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF), cujo objetivo é organizar e priorizar as solicitações de transporte sanitário nas regiões de saúde, em parceria com os NARPs e Núcleos de Transporte, com fins de transferência de pacientes, profissionais, materiais e insumos, em caráter eletivo. Com a implementação do SRTS nas regiões de saúde, a despeito da histórica escassez de

veículos e motoristas para oferta do transporte sanitário do DF, espera-se a melhoria no acesso e na sistematização de informações sobre o transporte, havendo ainda a necessidade de qualificar a priorização de veículos para além da ordem de solicitação, condição indispensável quando trata-se de

urgências com perfil de remoção por transporte sanitário (especialmente pacientes com classificação de risco "amarela").

O processo de trabalho é variável entre as regiões, mas tratando-se do apoio à transferência de cuidados dos pacientes em situação de urgência e emergência, assim que o profissional da UBS identificar a necessidade da transferência de um paciente para uma porta fixa de urgência e emergência, cumprem-se os seguintes passos:

### **QUADRO 03:** Processo de trabalho das Equipes de Gerenciamento de Caso

<b>1º passo</b>	<i>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).</i>
<b>2º passo</b>	
<b>3º passo</b>	<i>A equipe da EGC entra em contato com a UBS para discutir o caso.</i>
<b>4º passo</b>	<i>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.</i>
<b>5º passo</b>	
<b>6º passo</b>	<i>A equipe da EGC discute cada caso e oportuniza o direcionamento às unidades de referência da rede, com contato prévio.</i>
<b>7º passo</b>	<i>Uma das portas (UPA ou hospital) confirma a recepção do paciente para atendimento adequado às necessidades.</i>
	<i>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.</i>
	<i>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.</i>

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.

### 3. PRINCIPAIS RESULTADOS

Neste relatório, consideramos como resultados as informações disponibilizadas pelas regiões que já estruturaram a Equipe de Gerenciamento de Casos e enviaram dados referentes à atuação destas equipes. Dessa forma, os dados aqui apresentados representam o consolidado das *regiões Sudoeste, Norte, Central, Centro-Sul, Sul e Leste*. As regiões Leste e Centro-Sul, apesar de não terem equipe constituída, apresentaram dados referentes às transferências realizadas que auxiliaram na composição da análise realizada. A região Oeste não iniciou o trabalho de EGC até o mês de junho de 2021.

Iniciamos apresentando o número total de transferências realizadas a partir do acionamento da EGC por região, considerando o *início das atividades em 2021 até o dia 30/06/2021* (primeiro semestre). O período de análise difere entre as regiões e aparece especificado no **QUADRO 04**.

Além das observações elencadas no *Quadro 4*, é importante ressaltar que, em algumas regiões, como na região Central, iniciou-se com apoio quase exclusivamente às transferências de casos suspeitos ou confirmados de Síndrome gripal/SRAG por COVID-19. *Em todas as regiões de Saúde, com exceção da Sudoeste, que tem trabalho consolidado, foram identificadas transferências sem intermediação das EGC, embora com o avanço da implementação da equipe e o reconhecimento dos resultados por profissionais e gestores, o cenário tem sido de maior demanda às EGC*. Por outro lado, a dificuldade em compor equipe, em estabelecer pactuações em rede, em acessar o transporte sanitário e a retaguarda das portas fixas de urgência, fragilizam o trabalho da equipe e sua consolidação no apoio às equipes de Saúde da Família.

Para subsidiar breves análises sobre a demanda às EGC (solicitações de transferências, necessidade de pactuações na região de saúde ou entre regiões, retaguarda e restrições de acesso), apresentamos no **QUADRO 05** os *número de equipes de Saúde da Família (eSF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), principais referências para atendimento de urgência e emergência nas Regiões de Saúde* (não foram incluídos as URDs, serviços de saúde mental, laboratórios descentralizados, serviços pré-hospitalares móveis e outros pontos de atenção da RUE).

Análises sobre a adequação na relação entre serviços da APS e portas fixas da RUE fogem ao escopo deste relatório parcial; visto que, para tal, deve-se considerar ainda a população por Região de Saúde e Região Administrativa, densidade populacional, índice de vulnerabilidade em saúde, cobertura da APS, proporção de serviços em diferentes RAs, condições geográficas e de acessibilidade, entre outras. *Em uma análise preliminar a partir dos dados qualitativos e quantitativos que se seguem, observam-se iniquidades na proporção entre UBS/eSF, disponibilidade de transporte sanitário e portas fixas de urgência nas RAs de Planaltina e São Sebastião*.

No que se refere à classificação dos usuários referenciados pela APS, conforme a **FIGURA 2**, foi possível identificar que, nas regiões Norte e Central, *84% e 77% dos pacientes, respectivamente, foram classificados como vermelho ou laranja*. O percentual de classificados como amarelo variou de 15% a 41%, atingindo maior percentual na região Sudoeste.

**QUADRO 04:** Quadro-resumo da atuação das ECG

REGIÃO	SUDOESTE	NORTE	CENTRAL	CENTRO- SUL	LESTE	SUL
<b>"NOME DO SERVIÇO"</b>	Equipe de gerenciamento de Casos	Equipe de gerenciamento e transferência da R. Norte	Equipe de gerenciamento de Casos	Equipe de Transição do Cuidado	Colegiado Urgência Leste	Central de comando de casos
<b>IMPLANTAÇÃO</b>	Em atuação desde julho de 2020.	Em atuação desde abril de 2021.	Em atuação desde março de 2021.	Mantido grupo de transferência de cuidados. <i>Não iniciada EGC*</i> .	Mantido grupo de transferência de cuidados. Não iniciada EGC*.	A partir de junho de 2021*.
<b>PERÍODO ANALISADO</b>	01/01/2021 a 30/06/2021	13/04/2021 a 30/06/2021	22/03/2021 a 30/06/2021	01/03/2021 a 30/06/2021	12/06/2021 a 30/06/2021	15/06/2021 a 30/06/2021
<b>TRANSFERÊNCIAS NO PERÍODO</b>	1932	436	122	316	236	41**
<b>RESULTADOS INICIAIS</b>	Pactuações de apoio diagnóstico na região. Integração com a gestão dos serviços de retaguarda. Formulário de notificação de EA na transferência de cuidados	Melhoria da comunicação entre APS, hospitais e UPA.	Sucesso com a intermediação das remoções, pontes entre APS e hospitais de referência,	Funcionamento com boa integração e retaguarda.	Melhoria da comunicação e integração no grupo de transferência (colegiado RUE)	Apoio da SRS para implementação de EGC com função ampliada, equipe dedicada, maior CH no transporte e integração entre todos os níveis de atenção
<b>DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO</b>	Comunicação com o SAMU. Conflitos entre o papel de apoio à transferência de cuidados e a regulação. Remoção de pacientes graves com exigência de aceite do serviço. Retaguarda de pacientes "não-COVID"	Falta de transporte sanitário e disponibilidade de viaturas do SAMU. Pactuação e integração em rede.	Composição de equipe. Pactuações em rede para retaguarda de pacientes "não-COVID". Comunicação com o SAMU.	Composição de equipe. Alto absenteísmo profissional na assistência.	Composição de equipe. Alto absenteísmo profissional na assistência. Falta de transporte sanitário	Composição de equipe. Pactuações em rede (retaguarda hospitalar SES e IGES) e na RIDE.

\* Estruturação desde março de 2021, implementação com composição de equipe e publicação de ordem de Serviço no DODF Nº 118 de 25/06/2021 (pág. 9)

\*\* A maior parte dos atendimentos realizados no período pela Região Sul, trata-se de apoio para o acesso a pacientes com necessidade de medicação parenteral realizadas no hospital (total de 27), foram realizadas 14 transferências no período.



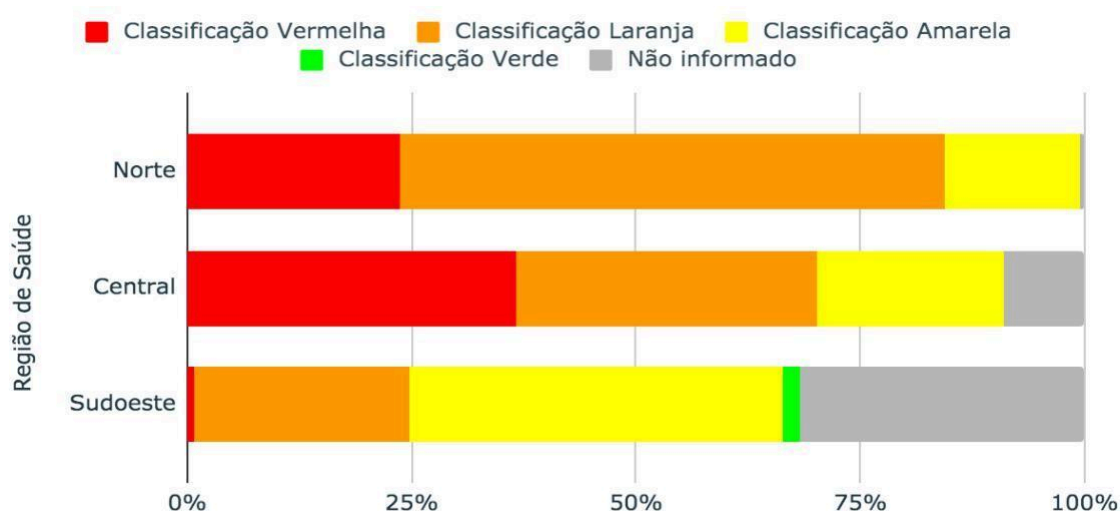
**QUADRO 05:** Distribuição de equipamentos e equipes de saúde que acolhem demanda espontânea.

REGIÃO	NORTE	SUL	LESTE	C. SUL	CENTRA L	SUDOEST E	OESTE	TOTAL
UBS	37	20	31	20	9	32	27	176
eSF	97	67	67	74	41	160	98	604
SHE*	2	2	1	1	1	2	2	11
UPA**	1	0	1	1	0	2	1	6

\* SHE: Serviço Hospitalar de Emergência

\*\* UPA: Unidade de Pronto Atendimento - 24h

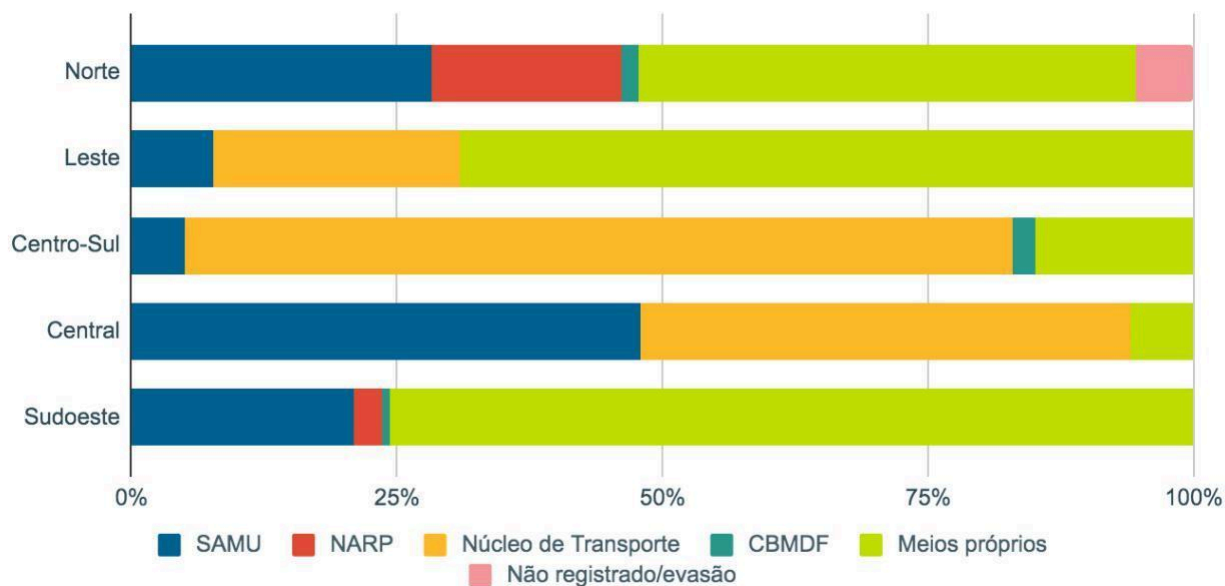
**FIGURA 02:** Número de pacientes transferidos de acordo com a classificação de risco nas Regiões de Saúde Norte, Central e Sudoeste.



O gráfico a seguir (**FIGURA 3**), demonstra os meios de transporte mais utilizados pelas regiões para transferência dos pacientes da APS para as portas fixas da RUE. Neste é possível identificar que existem variações significativas quanto ao tipo de transporte utilizado comparando as regiões analisadas.

O SAMU foi utilizado como meio de transporte institucional na maior parte das remoções realizadas, embora na Região Leste o SAMU tenha sido responsável por 10% das transferências. Observamos, no entanto, **um percentual significativo de transferências realizadas por meios próprios nas regiões Leste (69%), Norte (46%) e Sudoeste (71%), o que é conflitante com o gráfico apresentado anteriormente com a classificação de risco (FIGURA 2), especialmente na Região Norte, onde 35% de todos os pacientes transferidos foram classificados como laranja ou vermelho e removidos por meios próprios por indisponibilidade de viaturas do SAMU ou transporte sanitário. Em análise dos dados da região Norte, estima-se ainda que 75% poderiam ser realizadas por viaturas de transporte sanitário.** Outra informação importante é a baixa utilização do CBMDF e NARP, com atenção às disparidades na região Norte, onde o NARP de Sobradinho representou 15,6% da região e o de Planaltina apenas 2,29%, apesar de 57% das solicitações de transferências serem provenientes de UBS de Planaltina (ver adiante).

**FIGURA 03:** Meios de remoção da APS para SHE e UPA, conforme regiões de saúde.



Para além das informações percentuais é preciso considerar nessa análise informações trazidas pelas regiões que auxiliam na contextualização do cenário atual e dificuldades encontradas no momento que a equipe da APS atende um paciente com quadro que necessita de transferência para o hospital ou serviço de pronto atendimento. Existe o relato da Região Leste de que 50% das solicitações de transferência feitas ao SAMU foram negadas. Outra dificuldade está relacionada ao fato do SAMU exigir que o profissional da APS acompanhe o usuário na ambulância, tendo que deixar o atendimento na UBS descoberto, e, muitas vezes sem ter como retornar à UBS após a transferência do usuário.

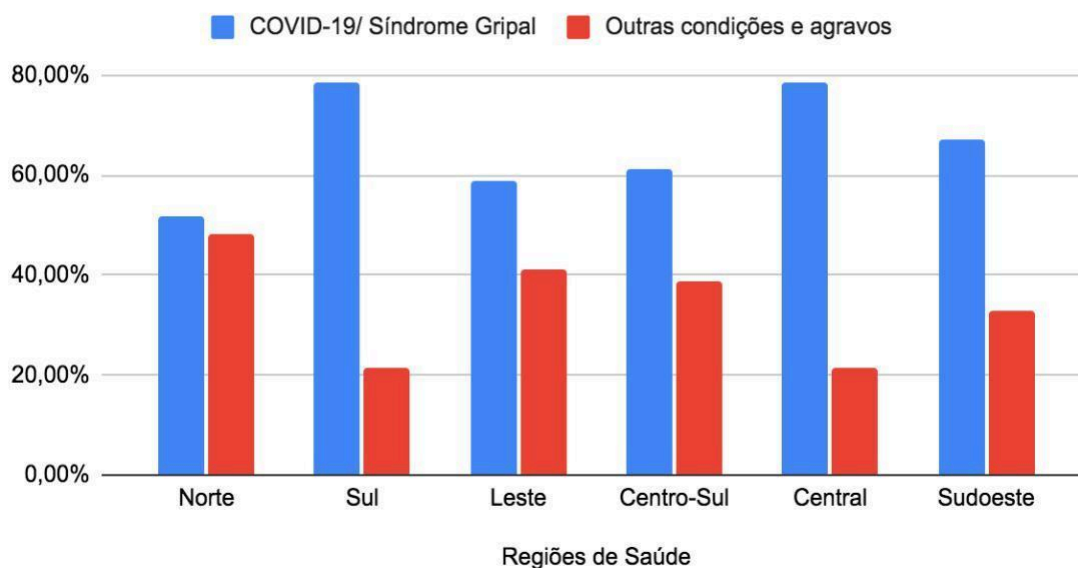
Na Região Norte foram relatadas recusas de remoção pelo NARP de Planaltina devido à falta de ambulância e/ou motorista, como citado anteriormente.

Nesta análise não foi possível avaliar outras intercorrências relacionadas ao momento da remoção e à notificação de eventos adversos.

Os *Núcleos de Atividades Gerais, Manutenção Predial e Transporte - NAGMPT*, unidades orgânicas de execução, diretamente subordinadas às Gerências de Apoio Operacional das Unidades de Atenção Primária à Saúde (DA/GAOAPS) não realizam transporte sanitário de pacientes em situação de urgência na maior parte das regiões, como pôde ser observado nos dados apresentados.

Quanto ao motivo do atendimento (**FIGURA 4**), identificamos que o maior percentual de pacientes transferidos apresentava sinais e sintomas respiratórios na maior parte das regiões analisadas, conforme gráfico abaixo, evidenciado a importância da manutenção do trabalho das EGC em todas as Regiões como medida de enfrentamento da pandemia, mas também de qualificação do acesso para o cuidado de outras condições e agravos à saúde, comumente recepcionados no acolhimento às demandas espontâneas numa UBS.

**FIGURA 04:** Prevalência de COVID-19/síndrome gripal em relação às demais causas de remoção, conforme Região de Saúde.



A Região Central aponta dificuldades sistemáticas de referência para outras condições que não os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, mesmo para encaminhamento para o HRL e HRGu, referências pactuadas no ano de 2020 com a mobilização do HRAN para casos suspeitos e confirmados de COVID-19 - *Processo SEI 00060-00118568/2020-14*. O tempo de atendimento à demanda tem sido prolongado até o aceite da unidade hospitalar, exigência esta que foge ao escopo das normativas federais ([PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002](#)) de comunicar o serviço de destino, porém que tem sido relato sistemático de problemas de fluxo e garantia de retaguarda para as urgências e emergências com entrada pela APS (ver adiante).

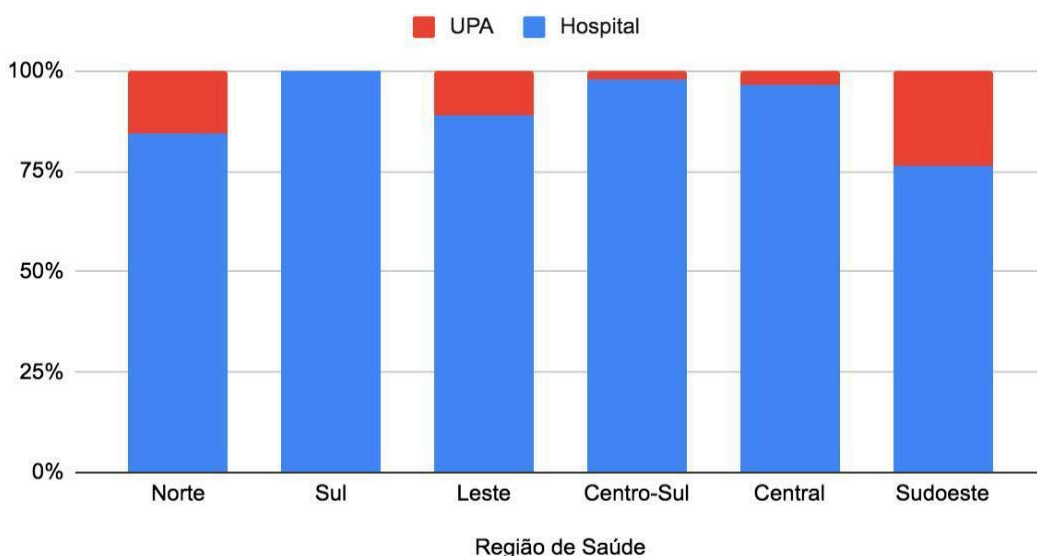
Em relação ao serviço de destino da transferência, observamos que em sua maioria os pacientes foram removidos para hospitais da própria região. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) também receberam pacientes egressos da APS, conforme demonstrado na **FIGURA 05 e QUADRO 06**, *porém em proporção muito inferior ao que seria previsto, considerando a UPA como retaguarda da APS para pacientes amarelos e laranjas*.

A região Norte tem registrado dificuldade em acessar a UPA Sobradinho para pacientes provenientes da RA de Planaltina, bem como de pacientes “não-COVID”, o que gera uma sobrecarga aos hospitais regionais, visto que mais de 50% dos pacientes são provenientes da RA de Planaltina como pode ser visto no **QUADRO 06**, a seguir, onde detalham-se as RAs das UBS de origem das remoções, bem como os serviços de destino. No caso da região Sul, todos os casos (100%) foram provenientes da RA do Gama e destinados ao HRG, removidos pelo NARP.

Cabe salientar que os dados aqui apresentados são parciais e nem todas as variáveis de todas as regiões estão representadas, visto que, como foi apresentado nos quadros iniciais, as EGC apresentam status diferentes de implantação, seja relacionado ao período de início, composição de equipe e ferramentas de monitoramento utilizadas. Durante o primeiro semestre, foram realizadas seis reuniões entre as áreas técnicas da COAPS e pontos focais das EGC nas DIRAPS, visando o alinhamento de 14

atuação das EGC, bem como variáveis comuns de monitoramento pactuadas na quarta reunião, porém ainda não totalmente implementadas por todas as regiões pelos motivos elencados anteriormente.

**FIGURA 05:** Retaguarda assistencial, conforme Região de Saúde, em casos de remoção para serviços de urgência e emergência.



**QUADRO 06:** Região Administrativa de origem do paciente e destino após a remoção.

<b>Região</b>	<b>RA da UBS de Origem</b>	<b>Destino dos pacientes no período analisado</b>
<b>Norte</b>	Planaltina (57,8%)	HRPL (55,96%)
	Sobradinho II (23,39%)	HRS (27,06%)
	Sobradinho I (14,68%)	UPA Sobradinho (15,37%)
	Fercal (4,13%)	
<b>Leste</b>	São Sebastião (53,81%)	HRL (88,56%)
	Itapoã (23,30%)	UPA SS (11,01%)
	Paranoá (22,88%)	HMIB (0,42%)
<b>Centro-Sul</b>	Guará (37%)	HRGu (88,3%)
	Estrutural (17%)	HMIB (5,7%)
	Riacho Fundo II (13,5%)	UPA NB (2,2%)
	Riacho Fundo I (12%)	HRT (1,6%)
	Não identificado (11,5%)	
	Núcleo Bandeirante (5%)	
<b>Central</b>	Candangolândia (4%)	
	Plano Piloto (30,8%)	HRAN (73,7%)
	Cruzeiro/Sudoeste/Octogonal (30,7%)	HRL (12,6%)
	Varjão (19,8%)	HMIB (6,3%)
	Não registrado (12,7%)	UPA São Sebastião (3,2%)
	Lago Norte (6%)	HBDF (2,1%)
<b>Sudoeste</b>		HRGu (1,6%)
		Particular (0,5%)
	Samambaia (34,27%)	HRSAM (43,99%)
	Taguatinga (33,96%)	HRT (20,75%)
	Recanto das Emas (22,60%)	UPASAM (12,39%)
	Vicente Pires (4,77%)	Outros (10,27%)
<b>Sudoeste</b>	Águas Claras (4,41%)	UPA REC (8,16%)
		Alta na UBS (2,43%)
		HMIB (2,01%)

#### 4. PRINCIPAIS DESAFIOS

No quadro a seguir, elencamos os principais problemas identificados durante as reuniões de alinhamento e monitoramento das equipes de Gerenciamento de Casos, que qualificam e aprofundam questões identificadas a partir dos dados apresentados na seção anterior.

<b>Comunicação e retaguarda de atendimento</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● <i>Restrição de portas dos serviços de emergência (BANDEIRAS);</i></li><li>● <i>Dificuldade de contato/comunicação para transferência (UPA e SHE);</i></li><li>● <i>Falta de classificação 24h, nova classificação na entrada do serviço;</i></li><li>● <i>Não conhecimento da situação da capacidade de atendimento dos serviços;</i></li><li>● <i>Alta Pressão assistencial - Vazios assistenciais e RIDE;</i></li><li>● <i>Contrarreferência equivocada de USR amarelos e laranjas (especialmente COVID-19);</i></li><li>● <i>Barreiras para pacientes Amarelos e Laranjas;</i></li><li>● <i>Verdes e azuis nas UPAs e Hospitais, Amarelos e Laranjas “retidos” nas APS;</i></li><li>● <i>Dificuldades nas internações “não-COVID” (falta de referências bem definidas ou do cumprimento destas);</i></li><li>● <i>Comunicação em rede deficitária, falta de integração de prontuários, canais de comunicação, integração entre regiões (panoramas);</i></li><li>● <i>Dificuldade na internação de pacientes graves (eSF, ECR, outros);</i></li><li>● <i>Falta de dados sobre urgência na APS e demanda por referência e contrarreferência;</i></li><li>● <i>Falta de priorização no atendimento de jovens do socioeducativo (com escolta);</i></li></ul>
<b>Regulação e transporte</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● <i>Disponibilidade de viatura/transporte sanitário e tempo entre solicitação e remoção;</i></li><li>● <i>Viaturas NARP e Núcleos de Atividades Gerais, Manutenção Predial e Transporte - NAGMPT sem estrutura mínima (sem cilindro de oxigênio) e profissionais para realizar transferência de pacientes</i></li><li>● <i>Falta de ambulâncias do NARP, falta de motoristas e equipe;</i></li><li>● <i>Indisponibilidade de viaturas do SAMU*;</i></li><li>● <i>Divergência entre a regulação e equipe de ambulância sobre as condutas e exigências em relação a remoção - SAMU* e NARP - acompanhamento de equipe eSF, paciente, médico e enfermeiro - Não retorno do profissional à UBS de origem;</i></li><li>● <i>SAMU* não designa serviço de referência para pacientes que não caracterizem “resgate” e exige aceite do serviço, mesmo em bandeira vermelha ou laranja (não utiliza vaga zero);</i></li><li>● <i>Falta de comunicação entre chefia e equipe de plantão (atraso na passagem de caso);</i></li><li>● <i>Pacientes sendo removidos por meios próprios;</i></li></ul>
<b>Estrutura física, insumos e equipamentos das UBS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● <i>Falta de insumos e equipamentos;</i></li><li>● <i>O2, máscara de Venturi e máscara com O2 não-reinalante na APS;</i></li><li>● <i>Telefone e internet;</i></li><li>● <i>Melhor orientação em relação aos fluxos COVID-19 e demanda espontânea;</i></li><li>● <i>Falta de EPI e de materiais de higiene &amp; limpeza;</i></li><li>● <i>Falta de RT PCR;</i></li></ul>
<b>Apoio Diagnóstico</b>



- *Necessidade de novo atendimento médico para RX (UPA) e TC (SHE);*
- *Indisponibilidade de laudo para TC em alguns hospitais;*
- *Falta de kits swab para RT-PCR;*
- *Falta de tubetes;*
- *Viaturas NARP sem cilindro de oxigênio e profissionais;*
- *Falta de ambulâncias do NARP, falta de motoristas e equipe;*
- *Dificuldades em remover pelo SAMU\*;*

**\*Com relação aos problemas elencados no quadro anterior e relativos ao SAMU**, estes foram registrados a partir do levantamento de problemas junto às EGCs e profissionais da APS. No entanto, cabe salientar que o tema foi pauta da reunião do *Grupo Conductor Distrital da Rede de Urgências e Emergências (GCDRUE)* da SES/DF em 27/05/2021; resultando em reunião de alinhamento entre CRDF/SAMU, CRDF/SAMU/CERU, CRDF/SAMU/GAPHM, CATES/DUAEC/GASFURE e COAPS/DES/GEFAM no dia 16/06/2021, onde puderam ser elencados os principais problemas identificados entre APS e SAMU, **estando os entendimentos das áreas técnicas detalhados na Ata - DOC.SEI 64237923.**

Cabe destaque para o entendimento comum dos graves problemas com relação à disponibilidade de transporte sanitário e à restrição de retaguarda para a APS nas regiões de saúde (com a instituição das "bandeiras" previstas na Portaria nº 386, de 27 de julho de 2017 da SES/DF), resultando em interpretação equivocada de problemas relacionadas às competências do SAMU. Por outro lado, não houve consenso entre as áreas técnicas quanto ao perfil de pacientes a serem removidos pelo SAMU e transporte sanitário, tendo sido, portanto, *pactuada a necessidade de elaboração de Nota Técnica conjunta que trate das remoções de pacientes para as portas fixas de urgência e emergência com entrada pela APS*. A [Circular COAPS-SAMU de julho de 2020](#) atende, em boa parte, a descrição do perfil de paciente. No entanto, como o SAMU tem atualmente Nota Técnica para Pacientes Críticos, foi encaminhada proposta de nota técnica comum para o paciente proveniente da APS. Observou-se necessidade de alinhamento sobre resgate, APH secundária, remoção/transferência de serviço pré-hospitalar para hospitalar e outros que impactam na definição de perfis de pacientes e responsabilidades do SAMU ou transporte sanitário nas situações de urgência e emergência que dão entrada na RUE pela APS.

## 5. RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA MELHORIA DOS PROCESSOS

### Na perspectiva da rede

- Promover a pactuação interregional para retaguarda de urgência e emergência nas UPAs e Serviços Hospitalares de Emergência (panoramas macrorregional e distrital), considerando a situação frequente de estabelecimento de bandeiras vermelha nos SHE e UPAs, deixando regiões de saúde sem referência em panorama regional;
- Fortalecer os colegiados regionais da RUE e sua relação com o GCDRUE - fomento à regularidade e representatividade dos Colegiados regionais da RUE;
- Definir e garantir a retaguarda assistencial para a APS de pacientes classificados como amarelos, laranjas e vermelhos com Síndrome Gripal/SRAG e outras condições “não-COVID”;
- Realizar as pactuações necessárias visando a garantia do transporte de pacientes ingressantes pela APS (COVID-19 e “não-COVID”) aos hospitais e UPAs de referência;
- Aumentar a disponibilidade de viaturas de transporte sanitário e SAMU, de acordo com as especificidades regionais e a vulnerabilidade em saúde;
- Reforçar as equipes do Núcleo de Transporte (DA/GAOAPS), NARP e SAMU evitando a necessidade de deslocamento do profissional da APS para acompanhar as remoções e a consequente interrupção do atendimento nas UBS;
- Inserir as equipes dos Núcleos de Transporte e CBMDF nos fluxos de transporte da Equipe de Gerenciamento de Casos;
- Disponibilizar mais ambulâncias do CBMDF para o SAMU em decorrência da pandemia ou criação/reinclusão do CBMDF no fluxo de solicitação de remoção;
- Registrar intercorrências relacionadas à transferência do paciente bem como eventos adversos;
- Pactuar com o SAMU os casos necessários de remoção emergencial em que seja preciso regulação especializada, feita exclusivamente pelo serviço;
- Elaborar Nota Técnica conjunta SAMU - alinhamento com o SAMU na efetivação dos resgates de pacientes graves nas UBS, com participação dos médicos reguladores e equipes regionais de apoio à integração RUE;
- Fortalecer e qualificar os processos de transferência de cuidados com alinhamento sobre os critérios de classificação de risco para pacientes referenciados para as UPAs e os hospitais, conforme protocolos vigentes na SES/DF;
- Alinhar com as áreas assistenciais para retificação de fluxos e processos de trabalho;
- Ofertar retaguarda oportuna para Apoio diagnóstico (laboratorial e exames de imagem) nas UPAs e SHE, mediante solicitação da APS e retorno para reavaliação, no caso de pacientes moderados com COVID-19, considerando que os SHE e UPAs têm absorvido apenas os pacientes graves, conforme classificação pelas DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO – FARMACOLÓGICO DA COVID-19 e formulário de referência.





## No processo de trabalho das EGC

- Informar à RUE (colegiados regionais) as dificuldades encontradas e estabelecer pactuações necessárias;
- Pactuar e uniformizar os formulários utilizados;
- Adotar o registro de dados comuns para monitoramento de variáveis pactuadas na elaboração dos relatórios operacionais e de gestão;
- Pactuar com os profissionais as situações clínicas que necessitam de referenciamento por meio da EGC;
- Pactuar com os gestores e profissionais da APS modelo de referência que conste dados mínimos para preenchimento para comunicação efetiva e segurança do paciente na transferência de cuidados;
- Elaborar Rotinas (POP) de Funcionamento da EGC;
- Promover o matriciamento das equipes;
- Definir o tipo de modelagem de cada unidade (critérios);
- Avançar na modelagem com composição de equipe dedicada e aumento do rol de atividades desempenhadas pela EGC.

## 6. PERSPECTIVAS

Para além das recomendações de melhorias elencadas sucintamente na seção anterior, *almeja-se avançar na modelagem e consolidação das equipes de gerenciamento de casos, vinculadas institucionalmente às Superintendências das Regiões de Saúde, tecnicamente ao Complexo Regulador, com integração com o SAMU, o transporte sanitário e demais serviços da RUE.* A depender do porte da região, apresentar composição variável de carga-horária de profissionais dedicados desempenhando *funções para além do apoio à transferência de cuidados na RUE (referência, contrarreferência, desospitalização), mas conjugando atividades de apoio clínico como Teleconsulta/Telematriciamento, vigilância de eventos adversos e promoção da segurança do paciente, além de, não menos importante, ações que qualifiquem e favoreçam a continuidade e a integralidade do cuidado em rede.*



