

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS DO DISTRITO FEDERAL**



**BRASÍLIA
2018**

EXPEDIENTE:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Secretário de Saúde: Humberto Lucena Pereira da Fonseca

Secretário Adjunto de Assistência à Saúde: Marcus Vinícius Quito

Secretário Adjunto de Gestão em Saúde: Paulo Eduardo Guedes Sellera

Chefe de Gabinete: Marcelo de Oliveira Nicolau

Assessoria Especial: Roberta Oliveira Teixeira

Assessoria de Comunicação: Duane Loblein

Assessoria de Gestão Estratégica e Projetos: Vilmar Bomfim Ayres da Fonseca

Assessoria de Gestão Participativa e Relações Institucionais: Danielle Soares Cavalcante

Controladoria Setorial da Saúde: Romulo Alves Carinhonha Silva

Assessoria Jurídico Legislativo: João Pedro Avelar Pires

Diretoria do Fundo de Saúde do Distrito Federal: João Carlos de Aguiar Nascimento

Ouvidoria: Katherine dos Santos Borges

Coordenação Especial de Tecnologia de Informação em Saúde: José Guilherme Moreira Ribeiro

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde: Martha Gonçalves Vieira

Subsecretaria de Administração Geral: Marúcia Valença Barbosa de Miranda

Subsecretaria de Infraestrutura: Liliane Aparecida Menegotto

Subsecretaria de Logística em Saúde: Emmanuel de Oliveira Carneiro

Subsecretaria de Gestão de Pessoas: Mariane Santos de Moraes

Subsecretaria de Vigilância em Saúde: Maria Beatriz Ruy

Subsecretária de Planejamento em Saúde: Marcia Benévolo Jovanovic

Superintendência da Região de Saúde Central: Ana Patrícia de Paula

Superintendência da Região de Saúde Centro Sul: Moema Liziane Silva Campos

Superintendência da Região de Saúde Sul: Robledo de Souza Leão Lacerda

Superintendência da Região de Saúde Norte: Ricardo Tavares Mendes

Superintendência da Região de Saúde Leste: Raquel Bevilaqua Matias da Paz

Superintendência da Região de Saúde Oeste: Talita Lemos Andrade

Superintendência da Região de Saúde Sudoeste: Lucilene Maria Florêncio de Queiróz

Hospital Materno Infantil de Brasília: João Rocha Vilela

Hospital de Apoio de Brasília: Anelise Carvalho Pulschen

Hospital São Vicente de Paula: Leonardo Gomes Moreira

Organizadores:

Francino Machado de Azevedo Filho – Coordenador do Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal / Gerente de Serviços de Urgência e Emergência/DUAEC/CATES/SAIS

Camila Carloni Gaspar – Chefe da Assessoria de Redes de Atenção à Saúde/SAIS

PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO DISTRITO FEDERAL

Grupo Condutor Distrital da Rede de Atenção às Urgência e Emergência do Distrito Federal
--

Ordem de Serviço SAIS/SES nº115 de 08/08/2018 DODF 152, de 10/08/2018.
--

Grupos Condutores Regionais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal
--

Região Sul - Ordem de Serviço nº 518, de 28/08/2018 DODF 166 30/08/2018

Região Central - Ordem de Serviço nº 21, de 28/08/2018 DODF 168 03/09/2018
--

Região Norte - Ordem de Serviço nº 94, de 04/09/2018 DODF 171 06/09/2018
--

Região Oeste - Ordem de Serviço nº 76, de 04/09/2018 DODF 174 12/09/2018
--

Região Sudoeste - Ordem de Serviço nº 36, de 15/08/2018 DODF 174 12/09/2018

Região Leste - Ordem de Serviço nº 82, de 13/09/2018 DODF 177 17/09/2018
--

Região Centro-Sul – Ordem de Serviço nº165, de 03/09/2018 DODF 06/09/2018

Lista de Figuras

Figura 1 Mapa geográfico do Distrito Federal

Figura 2 Densidade Demográfica das Regiões Administrativas do Distrito Federal

Figura 3 Pirâmide Demográfica do Distrito Federal

Figura 4 Mapa do Analfabetismo do Distrito Federal

Figura 5 Regiões de Saúde do Distrito Federal

Figura 6 Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH)

Figura 7 Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH)

Figura 8 Colegiado da Rede de Urgência e Emergência

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Número de horas de médicos na clínica e na GEMERG

Gráfico 2 Número de horas necessárias para cobrir serviços hospitalares de urgência e emergência

Gráfico 3 Produção de Atendimento

Gráfico 4 Atendimento por Traumas 2016/2017

Gráfico 5 Atendimento por Traumas 2016/2017

Lista de Tabelas

Tabela 1 Ofertas de Atendimentos

Tabela 2 Unidades Contratadas Leitos Rede SES DF

Tabela 3 Unidades Contratadas Leitos Rede SES DF

Tabela 4 CONSOLIDADO GERAL DE LEITOS DE UTI

Tabela 5 Número de horas de médicos na UPA

Tabela 6 Número de horas necessárias para cobrir as UPAs

Tabela 7 Déficit de horas por profissional de Saúde

Tabela 8 Número total de atendimentos UPAs

Tabela 9 Diagnóstico - CID10 2015

Tabela 10 Diagnóstico - CID 10 2016

Tabela 11 Diagnóstico - CID10 2017

Tabela 12 Nº DE ATENDIMENTOS NA URGÊNCIA POR CID POR ANO 2015

Tabela 13 Nº DE ATENDIMENTOS NA URGÊNCIA POR CID POR ANO 2016

Tabela 14 Nº DE ATENDIMENTOS NA URGÊNCIA POR CID POR ANO 2017

Tabela 15 Nº DE INTERNAÇÕES POR AVC (CID I60 AO I69) NOS HOSPITAIS DA REDE SES-DF, PERÍODO: JAN DE 2015 A JUL DE 2018

Tabela 16 Nº DE INTERNAÇÕES POR IAM POR HOSPITAL, PERÍODO: JAN DE 2015 A JUL DE 2018

Tabela 17 Objetivo 1: Aumentar a retenção de profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência na SES-DF

Tabela 18 Objetivo 2: Aumentar a disponibilidade de força de trabalho de saúde para os serviços de urgência e emergência.

Tabela 19 Objetivo 3: Finalizar a implantação das portarias nº 386/2017 e 408/2017

Tabela 20 Objetivo 4: Revisar e publicar as linhas de cuidado prioritárias da rede de atenção às urgências e emergências do DF

Tabela 21 Objetivo 5: Capacitar gestores de emergência dos hospitais regionais e UPAs

Tabela 22 Objetivo 6: Contratar serviços complementares de transporte sanitário para remoção de pacientes de UTI

Tabela 23 Objetivo 7: Reduzir o quantitativo de pacientes crônicos nos serviços de emergência

Tabela 24 Objetivo 8: Estruturar as portas dos serviços hospitalares de emergência em quatro entradas principais (Emergência Clínica, Trauma, Obstetrícia e Pediatria) considerando a vocação de cada serviço

Tabela 25 Objetivo 9: Concluir o reordenamento da disponibilidade de recursos humanos nos serviços de emergência

Tabela 26 Objetivo 10: Reorganizar processos de trabalho em cada Serviço Hospitalar de Emergência

Tabela 27 Objetivo 11: Ampliar a capacidade de atendimento pré-hospitalar na RUE-DF

Tabela 28 Objetivo 12: Implantar a regulação de urgência e emergência da SESDF

Tabela 29 Objetivo 13: Readequar o Núcleo de Educação em Urgência da RUE-DF

Tabela 30 Objetivo 14: Adequação e Reforma predial de Prontos Socorros

Tabela 31 Objetivo 15: Constituir mecanismo de governança da RUE para monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas

Sumário

1. Introdução	10
2. Objetivos	15
2.1 Objetivo Geral:.....	15
2.2 Objetivos Específicos:	15
3. Justificativa.....	16
4. AÇÕES ESTRUTURANTES DE REORDENAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO DF	17
4.1 O processo de Regionalização	17
4.2 CONVERTE - Atenção Primária a Saúde.....	19
4.3 Complexo Regulador do Distrito Federal.....	21
4.4 Reorganização das portas fixas de urgência e emergência	22
4.5 Saúde Mental	23
4.6 Atenção Obstétrica	24
4.7 CEMESP	25
4.8 Instituto Hospital de Base do Distrito Federal.....	26
5. As Redes Temáticas de Atenção à Saúde.....	28
5.1 Região Centro Sul	31
5.2 Região Oeste	31
5.3 Região Sudoeste.....	32
5.4 Região Norte	33
5.5 Região Sul.....	34
5.6 Região Central.....	34
5.7 Região Leste	35
6. Rede de Atenção às Urgências e Emergências	37
6.1 A Atenção às Urgências e Emergências no Distrito Federal.....	38
6.2 O Desenho da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal e seus Componentes	38
6.3 Atenção Primária à Saúde	40
6.4 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192	41
6.5 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 hs).....	44
6.6 Serviços hospitalares de emergência.....	45
6.7 Centros de Referência.....	50
6.8 Unidades de Cuidados Prolongados.....	51

6.9 Unidades de Atenção ao Paciente Crítico.....	52
6.10 DOS LEITOS DE RETAGUARDA PARA CENTRO DE TRAUMA TIPO II E III.....	54
6.11 DOS MECANISMOS DE AMPLIAÇÃO	55
6.12 Atenção Domiciliar.....	56
6.13 Serviços de Emergência em Saúde Mental.....	59
6.14 Vigilância em Saúde	60
6.15 Resposta às Emergências de Saúde Pública	63
6.16 Sistemas Logísticos e de Apoio à RUE DF.....	66
6.17 Central de Regulação de Urgência e Emergência	68
6.18 Central de Regulação de Transporte Sanitário	69
8. Linhas de Cuidado.....	73
8.1 Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e Síndromes Coronarianas Agudas	76
8.2 Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral.....	79
8.3 Linha de Cuidado do Trauma.....	82
9. Legislação Vigente	86
10. Diagnóstico Situacional das Emergências no DF	87
11. Ações Planejadas 2018-2022	98

Em 2015, o Distrito Federal tinha 2.906.574 habitantes, tendo na região administrativa de Ceilândia, o maior conglomerado populacional com 479.713 habitantes, seguido por Samambaia e Taguatinga com 258.457 e 207.045 habitantes, respectivamente.

Dentre as regiões administrativas com menor concentração populacional, destaca-se o Setor de Indústrias e Abastecimento (SIA) com 1.990 habitantes, a Fercal com 8.288 e Varjão com 8.453 habitantes.

Na figura 2, apresenta-se todas as regiões administrativas do Distrito Federal, com sua área em hectares, população urbana e densidade demográfica.

Nº	Regiões Administrativas	Área (em ha)	População urbana - 2015	Densidade demográfica
I	Plano Piloto	44.934,4	210.067	4,67
II	Gama	27.546,1	134.111	4,87
III	Taguatinga	5.943,4	207.045	34,84
IV	Brazlândia	47.042,0	51.816	1,10
V	Sobradinho	19.694,2	62.763	3,19
VI	Planaltina	153.228,8	190.495	1,24
VII	Paranoá	78.090,3	44.975	0,58
VIII	Núcleo Bandeirante	1.533,8	23.562	15,36
IX	Ceilândia	23.312,9	479.713	20,58
X	Guará	2.523,8	133.171	52,76
XI	Cruzeiro	319,3	29.535	92,50
XII	Samambaia	9.999,5	258.457	25,85
XIII	Santa Maria	10.908,2	125.559	11,51
XIV	São Sebastião	28.942,6	99.525	3,44
XV	Recanto das Emas	10.261,5	146.906	14,32
XVI	Lago Sul	7.605,6	28.981	3,81
XVII	Riacho Fundo	1.817,3	40.098	22,06
XVIII	Lago Norte	6.376,3	36.394	5,71
XIX	Candangolândia	660,2	15.641	23,69
XX	Águas Claras	2.496,5	138.562	55,50
XXI	Riacho Fundo II	3.846,2	51.709	13,44
XXII	Sudoeste/Octogonal	646,5	52.990	81,96
XXIII	Varjão	205,4	8.453	41,15
XXIV	Park Way	10.775,6	19.803	1,84
XXV	SCIA (1)	738,7	38.429	52,02
XXVI	Sobradinho II	20.958,2	100.683	4,80
XXVII	Jardim Botânico	33.401,8	26.882	0,80
XXVIII	Itapoã	3.346,9	67.238	20,09
XXIX	SIA (2)	2.904,5	1.990	0,69
XXX	Vicente Pires	4.403,6	72.733	15,52
XXXI	Fercal	12.374,4	8.288	0,67
DISTRITO FEDERAL		576.838,6	2.906.574	5,04

Figura 2: Densidade Demográfica das Regiões Administrativas do Distrito Federal

É importante considerar também, que as regiões administrativas de Planaltina, Recanto das Emas, Águas Claras e Sobradinho tem experimentado considerável crescimento populacional nos anos recentes, revelando que o crescimento do Distrito Federal está concentrado nas regiões periféricas.

A pirâmide populacional do Distrito Federal revela transição demográfica em curso, com tendência a diminuição da base da pirâmide, com maior concentração de

adultos jovens com idade média entre 15 - 39 anos, conforme pode-se observar na figura 3.

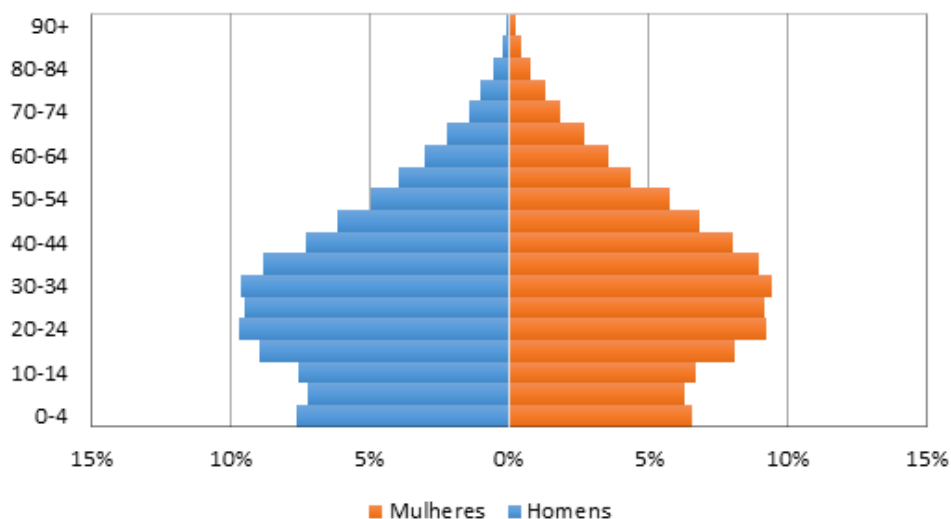


Figura 3. Pirâmide Demográfica do Distrito Federal

A economia do Distrito Federal está baseada e sustentada pelo Setor de Serviços, sendo responsável por 92,9% do Produto Interno Bruto (PIB) da região, no ano de 2014.

O PIB do Distrito Federal é maior do que a média nacional em 2,4 vezes, e foi estimado em 2014 em R\$ 69.216,80, entretanto, análise minuciosa do indicador revela grande desigualdades entre as diversas regiões do Distrito Federal, impactando diretamente em desigualdades econômicas, no acesso a saúde, educação e segurança pública.

No campo econômico, os indicadores registram que a partir de 2014 a economia brasileira sofreu forte queda, e, atualmente, vem apresentando indícios de estabilização. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o PIB brasileiro retraiu 3,5% em 2015 e em 2016. Os efeitos visíveis dessa retração são aumento de desemprego, fechamento de empresas, queda generalizada de atividade econômica, diminuição de consumo e, também, retração da receita governamental.

Esse quadro adverso vem afetando o Distrito Federal, ainda que de maneira mais branda, quando comparado ao desempenho do PIB brasileiro. Os resultados negativos podem ser observados no PIB de 2015 e no Indicador de Desempenho da Economia do Distrito Federal (Idecon-DF), que acusam uma redução de volume de 1,0 a 1,2% em 2016.

A educação formal no Distrito Federal tem sido executada majoritariamente pelo sistema público, que em 2014 atendeu 69,1% de todos os estudantes locais.

No Distrito Federal a taxa de analfabetismo, em pessoas de 15 anos ou mais foi de 2,6%, sendo o Paranoá a região administrativa com maior taxa (5,2%), seguida por Brazlândia (4,7%), Ceilândia e Santa Maria (4,5%). As regiões administrativas com as menores taxas são: Plano Piloto e Lago Sul (0,2%), SAI (0,1%) e por fim o Sudoeste que não apresentou analfabetos.

A Infraestrutura Física do Sistema Educacional do DF, em 2014, conforme dados da Secretaria de Educação, contava com 1.161 escolas, sendo 662 escolas da rede pública, localizadas nas zonas urbana e rural. Isto significa que 56,07% das escolas são da rede pública. Na rede particular, as escolas estão distribuídas em conveniadas e não conveniadas com a SEE e representaram 42,81%. As restantes são da rede Pública Federal, vinculada a outra Secretaria e as não vinculadas à SEE que juntas representam 1,12%.

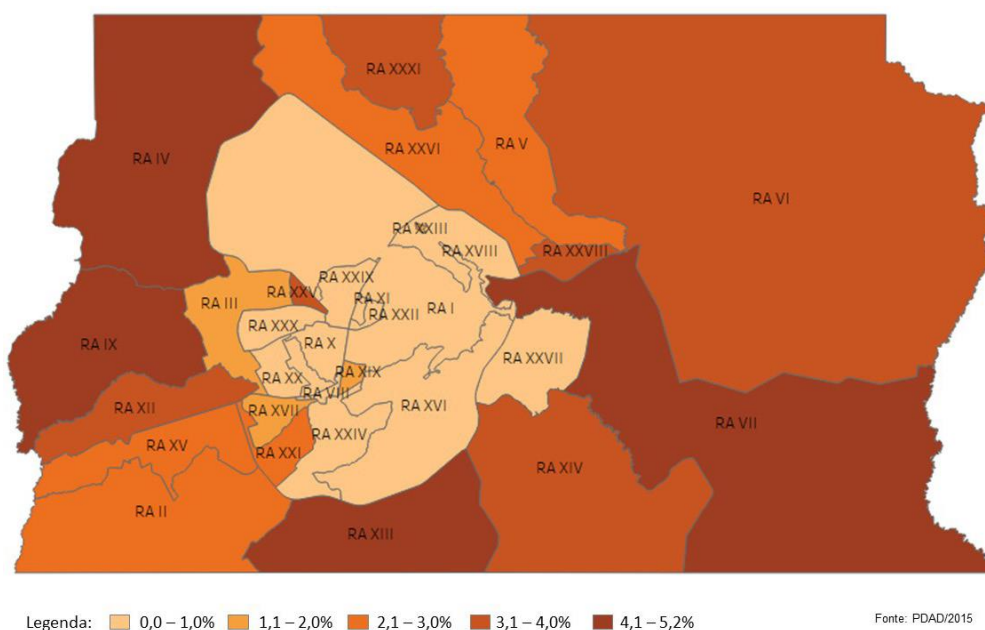


Figura 4: Mapa do Analfabetismo no Distrito Federal

O Índice de Desenvolvimento Humano médio no Distrito Federal medido em 2010 era de 0,824; valor que coloca a região na primeira posição nacional, contudo, a medida não consegue captar toda a realidade do Distrito Federal. Entretanto, tal dado reitera os desafios da gestão pública no enfrentamento das desigualdades sociais.

Quanto a assistência à Saúde no Distrito Federal, a execução de ações e serviços realizada pelo sistema público de saúde, se dá através do Sistema Único de Saúde (SUS) e também pelo sistema privado de saúde.

Observa-se que somente 34,59% da população do Distrito Federal possui Plano de Saúde, dos quais 27,42% possuem plano empresarial e 7,17%, plano individual. Como era de se esperar, as maiores proporções de Planos de Saúde encontram-se nos domicílios das regiões administrativas de maior renda.

Em contrapartida, 65,36% da população do DF não possuem plano de saúde e, portanto, podem ser considerados usuários que em sua grande maioria dependem exclusivamente do SUS. Quanto à utilização de hospital público/Unidade de Pronto Atendimento - UPA, 72,37% da população declarou fazer uso desses serviços. Do total que os utilizam, 18,52% o fazem em Ceilândia, 15,86%, em Taguatinga e 12,35%, no Plano Piloto. Em relação à localização da Unidade Básica de Saúde (UBS) utilizado pela população, 80,95% declararam utilizar esse serviço público. Dos que o utilizam, aproximadamente 90% procuram a UBS da própria RA.

Atualmente, o sistema de saúde do Distrito Federal, caracteriza-se por estabelecimentos de saúde em administração direta, organizados em 7 (sete) Regiões de Saúde (Decreto 37.515, de 31 de julho de 2016), composto por unidades básicas de saúde, ambulatoriais especializadas, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico que, integrados, permitem uma variabilidade de ações e serviços que respondem tanto pelas necessidades em atenção primária até as de maior complexidade (serviços especializados de média e alta complexidade), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU composto por 30 viaturas básicas SBV, 7 avançadas SAV, 22 Motolâncias.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

- Definir os processos estratégicos da gestão e operacionalização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do Distrito Federal.

2.2 Objetivos Específicos:

- Organizar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal, visando garantir atendimento eficaz, resolutivo e seguro em todos os pontos de atenção;
- Estruturar processos de acompanhamento, avaliação e monitoramento Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- Implantar as linhas de cuidado prioritárias (cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia), com vista a ampliação do acesso, resolutividade e eficácia do atendimento à população.

3. Justificativa

Atualmente, o Distrito Federal tem enfrentado grandes desafios na condução das ações de urgência e emergência. O crescimento populacional acelerado, associado as restrições orçamentárias latentes ao momento econômico do país, colocam a necessidade de ampliar a capacidade dos serviços com eficácia e uso racional dos recursos.

A transição demográfica em curso no Distrito Federal tem produzido uma dupla carga de doenças na região. Ao mesmo tempo que as doenças crônicas não transmissíveis avançam, principalmente pelo envelhecimento populacional, a região experimenta ainda desafios de doenças infecciosas e causas externas, decorrentes principalmente das iniquidades sociais em saúde.

Planejar as ações da principal e maior rede de atenção à saúde é caminhar estrategicamente em resposta a estes desafios, enfrentando a fragmentação assistencial, unificando pontos da rede, buscando qualificar as ações e aumentar a resolutividade e eficácia dos serviços.

Espera-se que este plano oriente a tomada de decisão de toda a RUE no Distrito Federal a curto e médio prazo, pois apenas com a operacionalização deste, os resultados e indicadores assistenciais poderão ser potencializados.

4. Ações estruturantes de Reordenamento da Rede de Atenção à Saúde no DF

4.1 O processo de Regionalização

A regionalização surgiu como estratégia de reestruturação das ações e serviços de saúde, a fim de facilitar o acesso à população e favorecer um modelo de gestão compartilhada e solidária. Isto está previsto desde a Constituição Federal que, no seu artigo 198, ressalta a necessidade das ações e os serviços públicos de saúde integrarem uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo também a descentralização como uma de suas diretrizes, segundo Brasil (1988). Estes mesmos princípios foram reiterados e detalhados na Lei Orgânica da Saúde – LOS de nº 8.080/1990, conforme Brasil (2011).

No entanto, devido à peculiaridade político-administrativa do Distrito Federal (DF) de reunir as funções de Estado e Município, sua trajetória foi na contramão destes princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). Até 2015 a Secretaria de Estado de Saúde - SES/DF possuía 15 Coordenações Gerais de Saúde, com baixíssimo grau de autonomia, que gerenciavam redes de serviços incompletas em territórios muito desiguais entre si. Por outro lado, a Administração Central (ADMC) manteve uma concentração excessiva de processos de sustentação e de apoio como aquisições, contratos de serviços e contratação de pessoal.

Portanto, no DF tem-se um desafio duplo de agrupar os serviços de saúde numa lógica de gestão que permita racionalizar os recursos (regionalizar), ao mesmo tempo que é necessário desconcentrar algumas funções primordiais para possibilitar uma efetiva ação gestora nestas regiões constituídas (descentralizar).

Em agosto de 2015, foi instituído um Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de definir diretrizes sobre a estrutura, organização e execução da Gestão Descentralizada da Saúde. O produto deste GT resultou na primeira fase da contratualização, a publicação do Decreto 37.515, de 31 de julho de 2016, instituindo o PRS. O Decreto ratifica a reorganização da estrutura administrativa da SES (Decreto nº 37.057, de 14/01/2016) em 7 Superintendências de Regiões de Saúde (SRS), 4 Unidades de Referência Distrital (URD's) e define eixos de atuação, explicitando as competências das SRS, sob a supervisão da ADCM para implantação do PRS, com vistas ao desenvolvimento da Atenção Integral à Saúde.

Dentro dessa organização o Distrito Federal dividiu-se em sete Regiões de Saúde, a saber:

- Região Sudoeste: Taguatinga, Vicente Pires, Aguas Claras, Recanto das Emas e Samambaia;

- Região Oeste: Brazlândia e Ceilandia;

- Região Centro Sul: Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way e Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA/Estrutural);

- Região Sul: Gama e Santa Maria;

- Região Leste: Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião;

- Região Norte: Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal;

- Região Central (alteração realizada pelo Decreto N° 38.982, de 10/04/2018): Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Cruzeiro, Sudoeste e Octogonal;

O Decreto também traz a definição do AGR (Acordo de Gestão Regional), instrumento de pactuação entre a ADMC e as SRS, bem como o Acordo de Gestão Local – AGL, realizado entre as SRS e as Unidades de Saúde do território, representando os instrumentos de contratualização para operacionalização do PRS.

Elaboradas as diretrizes de contratualização, optou-se por realizar a capacitação dos gestores como uma estratégia de comunicação, formação e construção integrada dos anexos do Acordo. Realizou-se o Curso de Gestão Regionalizada, com 240 gestores das 7 SRS (conforme tabela 01).

O curso de aperfeiçoamento teve a duração de um ano e 200 horas distribuídas em oito módulos norteados pelos eixos do PRS. Utilizou-se metodologia ativa como abordagem pedagógica, alternando períodos de concentração e dispersão. Nos períodos de concentração, as diferentes áreas da ADMC participavam enquanto fornecedoras do aporte teórico, sob a coordenação pedagógica da Escola de Aperfeiçoamento do SUS e da Diretoria de Gestão Regionalizada, área responsável pela implantação da Gestão Regionalizada, vinculada à Subsecretaria de Planejamento da SES-DF e, nos momentos de dispersão, eram construídos localmente os anexos iniciais do AGR.

O Acordo de Gestão Regional foi composto por uma minuta de contrato com as disposições gerais, princípios, diretrizes e obrigações entre as partes, além de oito anexos.

Para a quarta etapa, foram realizadas Oficinas com a ADMC, promovendo discussões sobre a redefinição das políticas, procedimentos e reorganização dos processos, definindo as principais diretrizes e traduzindo-as em metas por temática.

Sequencialmente, a pactuação dos resultados foi realizada com rodadas de negociação entre as 7 SRS e a ADMC. Série histórica, parâmetros estabelecidos em legislações, portarias e a capacidade instalada foram avaliadas para definição de cada meta. A ADMC estabelecia sua proposta de percentual e as regiões faziam suas contrapropostas, possibilitando a contratualização de forma consensual.

A contratualização interna como ferramenta de gestão para a implantação da Gestão Regionalizada na Secretaria de Saúde do DF demonstrou-se assertiva, inovadora e integrada às diretrizes de saúde pública. Permite o fortalecimento da cultura de gestão por resultados, promove uma ambiência favorável para a lógica de planejamento ascendente e integrada e maior autonomia da gestão local, otimizando o provimento de suas necessidades.

4.2 CONVERTE - Atenção Primária a Saúde

Atendendo às diretrizes I, IV e V no que diz respeito ao acesso e acolhimento aos casos agudos em todos os pontos de atenção da rede, e no sentido de reorganizar o modelo de atenção primária à saúde, a mudança do modelo de atenção à saúde no DF aconteceu em conformidade à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e também à Resolução nº 465/2016, do Conselho de Saúde do Distrito Federal. E mais recentemente, a Lei Distrital nº 6.133, de 06 de abril de 2018, estabeleceu a ESF como modelo de APS do Distrito Federal.

Atualmente o DF conta com 171 Unidades Básicas de Saúde distribuídas em 7 regiões de saúde, e todas já atuam no modelo de Saúde da Família, com equipes formadas por médico de família e comunidade, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, podendo ter equipe de saúde bucal e apoio de outras categorias profissionais (nutricionista, farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogo), conforme normas vigentes. Cada equipe é responsável pelo seguimento de até 3.750 pessoas, moradores de sua área de abrangência. No entanto, após a publicação da Portaria 77/2017, as equipes também passaram a realizar os atendimentos de demanda espontânea de casos agudos de qualquer área de origem, quando necessário.

Em janeiro de 2017, o Distrito Federal contava com 277 equipes de saúde da família em atuação, sendo 243 cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), totalizando a cobertura de cerca de 34% da

população. Em junho/2018 já atuavam 544 equipes, com cobertura de 67,1 %. Destas, 174 ainda aguardam ACS na sua composição. Com isso, a população total assistida pela Estratégia Saúde da Família no DF passou de 1.038.750 para 2.040.000 pessoas no prazo de pouco mais de um ano do processo de conversão.

Neste processo, a publicação da Portaria SES/DF nº 78 de fevereiro de 2017 garantiu aos profissionais que atuavam no modelo tradicional dos Centros de Saúde a possibilidade de permanência na atenção primária, compondo equipes de Saúde da Família. Os profissionais que fizeram essa escolha preencheram um termo de opção, compuseram equipes de transição, e participaram de capacitação voltada ao novo modelo assistencial, onde permanecem em contínuo aprendizado.

O curso de capacitação, voltado para enfermeiros e médicos ginecologistas, pediatras e clínicos contou com um total de 222 horas de aperfeiçoamento teórico prático. Os profissionais puderam optar por permanecer no processo de conversão após a frequência mínima no curso, e os médicos foram submetidos a uma prova de avaliação de conhecimentos. Aqueles que alcançaram desempenho satisfatório, tiveram a oportunidade de optar pela mudança de especialidade de atuação na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) para Medicina de Família e Comunidade (MFC). Ao todo foram 110 médicos especialistas focais que tiveram a mudança para MFC após serem considerados aptos, em fevereiro de 2018, para compor as equipes de saúde da família do DF.

A SES-DF admitiu, no período de 2015 até início de 2018, novos 161 médicos de família e comunidade aprovados no concurso/2014 e mais recentemente, em julho/2018, nomeou mais 59. Além da ampliação da cobertura da ESF por meio do processo de conversão do modelo assistencial para Estratégia Saúde da Família e da nomeação de todos os médicos da família e comunidade do concurso, o DF buscou fortalecimento do modelo e da qualidade da atenção primária, por meio da mudança nos requisitos exigidos para investidura no cargo de médico de família e comunidade da SES-DF. A Portaria Conjunta SEPLAG/SES nº 74, de 14 de dezembro de 2017, traz como novos requisitos a apresentação de certificado de residência médica em Medicina de Família e Comunidade reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade reconhecido pela Associação Médica Brasileira (AMB).

A Portaria Conjunta SEPLAG/SES nº 74, de 14 de dezembro de 2017, também cria o cargo de Enfermeiro de Família e Comunidade na SESDF, possibilitando a fixação e a

qualificação deste profissional nas equipes de saúde da família, e estimulando a criação de cenários de especialização nesta área, podendo ser exigida titulação ou especialização a médio prazo.

4.3 Complexo Regulador do Distrito Federal

Em relação à diretriz XIII referente à regulação articulada entre os componentes da rede, foi criado no âmbito da SESDF o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF), a partir da publicação do Decreto n.º 38.488 de 13 de setembro de 2017, nos moldes recomendados pela Política Nacional de Regulação (Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto 2008). É compreendida como Unidade de Referência Distrital (URD) que executa o processo de regulação do acesso em saúde para todo o Distrito Federal.

Pertencem a sua estrutura as seguintes Diretorias (com suas respectivas gerências e núcleos):

- 1) Diretoria do SAMU 192,
- 2) Diretoria de Regulação de Atenção Ambulatorial e Hospitalar,
- 3) Central Estadual de Transplantes e
- 4) Diretoria Administrativa.

O processo regulatório é executado pelo CRDF e suas unidades operacionais, abrangendo a regulação médica como autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização definidos e pactuados entre os gestores envolvidos para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários e contempla as seguintes ações:

- a) Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- b) Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- c) Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais disponibilizados para a regulação;
- d) Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de Complexidade, segundo fluxos e protocolos pactuados.

A regulação das referências interregionais é responsabilidade dos gestores regionais, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada

e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. O Sistema de Regulação do Acesso à Assistência funciona também como ferramenta de gestão que integra todos os envolvidos com os processos regulatórios, atendendo dessa forma também à diretrizes VI e X no que tange à articulação dos diversos serviços da rede e das articulações entre as diferentes regiões de saúde.

A regulação do acesso à internação hospitalar na SES-DF está vinculada a dois sistemas de informação, sendo respectivamente, o sistema de prontuário eletrônico TrakCare® direcionado para a regulação dos leitos de Terapia Intensiva e o sistema SISLEITOS direcionado para a regulação de leitos gerais. O SISLEITOS é um sistema de iniciativa da própria Secretaria de Saúde do Distrito Federal, sendo moldado às necessidades específicas do Distrito Federal.

O papel do CRDF no ordenamento dos pacientes na Rede de Urgência e Emergência(RUE) se dá inicialmente pelos atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU regulados pela Central de Regulação Médica de Urgências conforme fluxos pré-estabelecidos pela RUE e acionamento das outras centrais de regulação principalmente a Central de Regulação de Internação Hospitalar garantindo a utilização dos recursos disponíveis em sua integralidade com a ampliação das ações já sob sua coordenação, fortalecendo a gestão estadual e o sistema de saúde.

4.4 Reorganização das portas fixas de urgência e emergência

No ano de 2017 houve também uma reorganização estrutural bastante impactante no que diz respeito ao Componente Hospitalar da Rede do Distrito Federal com a publicação das Portarias 386 de 27 de julho de 2017 e 408 de 03 de agosto do mesmo ano, que aprovou o Regulamento Técnico do Componente Hospitalar Da Rede De Atenção a Urgências e Emergências do Distrito Federal. Estas duas portarias têm modificado os processos de trabalho nas portas hospitalares de emergência do Distrito Federal, com níveis e diretrizes de contingenciamento, ordenando o funcionamento dos Prontos Socorros em Unidades de Medicina de Emergência - UME, Unidade de Trauma e Unidade de Emergência Pediátrica. Esta portaria regulamenta também os fluxos de atendimento para a Região Integrada de Desenvolvimento Econômico do DF – RIDE/DF e ainda definiu os indicadores de monitoramento dos Centros de Referência do DF que serão acompanhados para avaliação da rede hospitalar em urgência e emergência.

Com toda esta reestruturação do componente hospitalar, foi necessária a criação, concomitantemente, da Carreira de Médico Emergencista no âmbito da SESDF com o

intuito de atender uma demanda crescente de organização dos serviços de urgência, tendência esta relatada em vários países e também no Brasil, e agora atendida no Distrito Federal, com o concurso realizado já em 2018 e posse no final de agosto deste mesmo ano dos primeiros médicos emergencistas para trabalhar nas diversas portas fixas de urgência e emergência do Distrito Federal, entre Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento.

Outra mudança importante relacionada às portas fixas de urgência e emergência no âmbito da SESDF, atendendo às diretrizes relacionadas ao Acolhimento e Classificação de Risco em todos os pontos de atenção da rede, foi a mudança do Protocolo de Classificação de Risco. Em maio de 2018 houve uma mudança de abordagem do Ministério da Saúde em relação à utilização de Protocolos para Classificação de Risco nas emergências e o fomento por parte deste Ministério da construção de protocolos próprios e que atendam as características regionais. Dessa forma em 2017 também foram criados Grupos de Trabalho para a elaboração de Protocolos de Classificação de Risco para as portas fixas de urgência e emergência que atendessem às necessidades da rede do Distrito Federal. Estes Protocolos foram aprovados pela Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde -CPPAS da SESDF e passaram por consulta pública para seu aprimoramento.

Em maio de 2018, no sentido de incrementar a operacionalização das portarias do Componente Hospitalar, foi publicado o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco da SESDF, que conta com 3 Protocolos de Classificação de Risco divididos entre Adulto, Pediátrico e Obstétrico. Os cursos de formação foram iniciados em maio de 2018 e em agosto do mesmo ano várias portas fixas, entre Prontos Socorros Hospitalares e UPA, já estavam implementando os novos Protocolos. Espera-se que até o final do mês de novembro de 2018 estes Protocolos próprios da SESDF já estejam implantados em todas as portas fixas de urgência e emergência da Rede SESDF.

4.5 Saúde Mental

Ainda no sentido de atender todas as diretrizes da Rede no que tange à universalidade, equidade e integralidade no atendimento à todas as urgências, o Grupo Condutor Central da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Distrito Federal definiu como uma de suas atividades para 2018 a reorganização dos fluxos de urgência e emergência em saúde mental, cuja discussão culminou na publicação da Portaria 536, de

19 de junho de 2018, instituindo as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal.

Conforme a legislação vigente, todo usuário que demandar atendimento de Urgência e Emergência em Saúde Mental deverá ser acolhido e ter seu risco classificado, podendo ser referenciado para a unidade do nível de atenção competente para o atendimento, desde que respeitado o intervalo seguro estabelecido no protocolo de classificação de risco. A Portaria SES nº 536/2018 apresenta todos os principais critérios para encaminhamento do usuário às portas de emergência, em especial os capítulos I, II, III, IV, VIII e anexos, conforme portaria em anexo.

Importante esclarecer que os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS também são considerados pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, e segundo a Portaria MS/GM 3.088/2011, Art. 7: “Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial”. Nesse sentido, os CAPS devem funcionar de porta-aberta e acolher usuários conforme a modalidade dos serviços. Portanto, a priori, não é necessário um encaminhamento formal de usuários para acessar o CAPS. Contudo, caso um usuário esteja em outros pontos de atenção da Rede SESDF e que apresente transtorno mental grave e persistente e necessidades decorrentes do uso e abuso de crack, álcool e outras drogas, e a indicação de tratamento intensivo de saúde mental, as diferentes equipes de saúde devem orientar os usuários ao CAPS de referência ao seu domicílio.

4.6 Atenção Obstétrica

Com relação às emergências obstétricas, o modelo de parto e nascimento tem sido tema recorrente nos diversos âmbitos de discussão das Redes, incluindo a Rede Cegonha do Distrito Federal, que vem revisando diretrizes relacionadas à vinculação das gestantes no momento do parto. O Ministério da Saúde, com o lançamento do Projeto Ápice ON – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia no ano de 2017, veio qualificar a atenção obstétrica e neonatal em todo o Brasil, e no Distrito Federal foram selecionados a participar do projeto 4 Hospitais de Ensino, que são eles Hospital Regional de Asa Norte - HRAN, Hospital Materno Infantil – HMIB, Hospital da Região Leste – HRL (antigo HRPa) e Hospital Universitário de Brasília – HUB. Esta iniciativa fomentou ainda mais a discussão do modelo de parto e nascimento e outros hospitais da Rede SES DF também se envolveram neste processo de qualificação da atenção.

Junto a estas iniciativas ainda houve um grande incentivo para a construção de novos Centros de Parto Normal no Distrito Federal (HMIB, Hospital Regional de Ceilândia - HRC, Hospital Regional do Gama - HRG) a partir do relatório final da 2ª Conferência de Saúde das Mulheres, ocorrido em agosto de 2017, e a criação da carreira de Enfermeiro Obstetra no âmbito da SESDF, com o intuito de qualificar cada vez mais o atendimento às mulheres no momento do parto e nascimento. A previsão é que as primeiras enfermeiras obstetras sejam convocadas no início do ano de 2019.

4.7 CEMESP

Considerando a necessidade de fortalecer a capacidade de resposta, por meio da detecção, avaliação, notificação, investigação e intervenção nos eventos que podem se constituir emergências de Saúde Pública, e considerando as mudanças no padrão de ocorrência das doenças infecciosas e na dinâmica de transmissão dos seus agentes, bem como a ocorrência de agravos inusitados, situações de emergências epidemiológicas, com consequente irrupção de surtos e epidemias causados por inúmeros agentes de natureza tóxica, infecciosa ou desconhecida, foi criado em abril de 2018, pela Portaria 355 SESDF, o Comitê de Monitoramento de Eventos em Saúde Pública no âmbito da SES DF.

Este Comitê tem como uma de suas funções ser um Ponto Focal do RSI para o Ministério da Saúde (MS), no Distrito Federal, que devem estar acessíveis em todos os momentos para facilitar a coordenação, a partilha de informação e o planejamento conjunto em nível nacional e distrital.

Tendo em vista as definições abaixo, quanto a eventos de saúde pública que estão relacionadas à Urgências e Emergências, este Comitê iniciou suas reuniões, que acontecem semanalmente, no mês de maio deste ano de 2018, e desde então tem atuado ativamente no acompanhamento e monitoramento dos diversos eventos que aconteceram no Distrito Federal.

Definições:

I - Evento de Saúde Pública (ESP): situações definidas pela gestão da vigilância à Saúde do Distrito Federal como de particular interesse para monitoramento no âmbito do CMESP.

II- Emergência de Saúde Pública: situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico epidemiológico das doenças conhecidas,

considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

III- Agravado: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências Interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

IV- Doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

V- Rumor(es): situações com potencial para se estabelecerem como evento ou emergência de Saúde Pública, que, entretanto, ainda não possuem confirmação de sua existência por fonte oficial.

Este Comitê tem como objetivo fortalecer e coordenar a capacidade de resposta aos eventos e/ou emergências de Saúde Pública no contexto da Vigilância à Saúde da SES/DF, conforme descrito abaixo.

Finalidades do Comitê:

I - analisar e discutir a situação dos Eventos de Saúde Pública de interesse da Vigilância à Saúde;

II - Alinhar as estratégias de ação dos diversos órgãos envolvidos com a resposta ao ESP em monitoramento;

III - Identificar dificuldades, oportunidades e avanços relacionados ao processo de resposta ao ESP;

IV - Fomentar o processo de tomada de decisão das ações necessárias para controle ou contenção do ESP;

V - Informar e atualizar as áreas de interesse da Subsecretaria de Vigilância à Saúde e de outras Subsecretarias da SES/DF acerca dos ESP em monitoramento;

VI - Contribuir para a sistematização dos processos de trabalho da Vigilância à Saúde no Distrito Federal.

4.8 Instituto Hospital de Base do Distrito Federal

Após amplas discussões e com o apoio do Conselho de Saúde do Distrito Federal, foi estruturado um novo modelo de funcionamento para o Hospital de Base. O fruto dessa etapa foi o Projeto de Lei nº 1.486/17 que autorizou a criação do Instituto Hospital de

Base do Distrito Federal (IHBDF). Em 14 de março de 2017, o texto chegou à Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF). Em 20 junho, a norma foi aprovada em dois turnos pela CLDF. A partir daí, foi sancionada a Lei nº 5.899/17 que cria o IHBDF. Em seguida, foi publicado no DODF o Decreto nº 38.332/17, responsável pela regulamentação da lei.

Em julho de 2017, algumas etapas do processo de mudança foram instaladas, como a criação do Grupo de Trabalho que fez os trabalhos administrativos para a transição do hospital; a portaria que ofereceu aos servidores a possibilidade de manifestarem o interesse de serem cedidos ao instituto ou removidos para outra unidade da rede; a votação do logotipo de representação do novo modelo; posse do Conselho de Administração do IHBDF; entre outros.

A proposta é para mudança do modelo jurídico e de gestão administrativa do hospital. As linhas assistenciais, hoje em vigor no hospital, não mudam em razão da alteração desse modelo. As políticas públicas continuam sendo definidas pela Secretaria de Saúde, que continuará regulando o instituto. O atendimento continuará sendo gratuito.

O Contrato de Gestão é o documento oficial que irá regulamentar o funcionamento Instituto Hospital de Base. O contrato observa os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência, bem como estipula metas a serem atingidas e o devido tempo de execução, mediante indicadores de qualidade e produtividade. A vigência será de até 20 anos, podendo ser renovado ou prorrogado, conforme interesse público. O Instituto deve apresentar anualmente à Secretaria de Saúde e ao Tribunal de Contas do Distrito Federal, até 31 de março, relatório sobre a execução do plano no exercício findo, com prestação de contas dos recursos públicos. A pasta também terá um setor específico para gerenciar o contrato de gestão. O orçamento destinado para o Instituto será de R\$ 602 milhões em 2018.

O instituto, que observará os princípios do SUS expressos no artigo 198 da Constituição Federal, terá personalidade jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, com objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita à população e de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e gestão no campo de saúde.

O Instituto tem ainda um Conselho Fiscal composto por três membros indicados pelo governador, sendo um deles escolhido em lista tríplice elaborada pelo Conselho de Saúde, além de um Conselho de Administração, presidido pelo secretário de Saúde, com cinco conselheiros e suplentes, com mandado de dois anos, designados pelo governador.

Inaugurado em 12 de setembro de 1960, o Hospital de Base completou, em 2017, 57 anos de existência. Desde então, a unidade tornou-se centro de referência para as Regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste por oferecer atendimento especializado e de excelência à população na assistência às patologias de alta complexidade. Com a implementação deste novo modelo de gestão espera-se diminuir os problemas relacionados à manutenção de equipamentos e abastecimento de medicamentos e materiais médico-hospitalares, bem como garantir maior agilidade na contratação de profissionais, de forma a garantir melhor atendimento à população. Mais consultas, mais cirurgias e mais procedimentos.

5. As Redes Temáticas de Atenção à Saúde

A Portaria de Consolidação número 03 do Ministério da Saúde publicada em 03 de outubro de 2017 consolidou as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde – SUS, e em seu artigo 2º apresenta as diretrizes para organização das redes de atenção à saúde, em seu Anexo I. Este Anexo apresenta um texto elaborado a partir de discussões internas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e no Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS) que estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da Rede de Atenção à Saúde - RAS.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Fundamenta-se na compreensão da Atenção Primária à Saúde - APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço. Quando esses contratos abrangem todos os pontos de atenção da rede o Sistema passa a operar em modo de aprendizagem, ou seja, a busca contínua por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS.

A contratualização/contratos de gestão, nesse contexto, pode ser definida como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos.

A inovação desse modelo de contrato de gestão está em "contratualizar a saúde e não apenas cuidados de saúde, obtendo macroeficiência para o conjunto do sistema" - e para a superação de problemas cruciais como:

Passar de uma abordagem populacional isolada (hospitais ou unidades básicas de saúde) para uma contratualização de âmbito da Região de Saúde, seguindo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco, e abordando os diversos estabelecimentos de saúde em termos de uma rede de cuidados;

O contínuo aumento dos gastos para a prestação de serviços de alto custo devido ao tratamento tardio de condições e agravos sensíveis à APS, pela introdução de

ferramentas de microgestão e incentivos financeiros para pagamento por desempenho individual e institucional;

Promover a participação efetiva do cidadão e da comunidade no processo de contratualização, nomeadamente através da participação organizada e permanente dos utentes.

É importante ressaltar que na disputa dos interesses, o que deve permanecer é o interesse do usuário cidadão. Portanto, os problemas de saúde da população e a busca de soluções no território circunscrito devem ser debatidos nas equipes multiprofissionais.

Esta mesma portaria em seu artigo 3º define quais são as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, sendo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências descrita em seu Anexo III, contendo as diretrizes, componentes, as linhas de cuidado prioritárias (politrauma, Infarto Agudo do Miocárdio -IAM e em Acidente Vascular Cerebral – AVC), a operacionalização da rede e dispõe sobre organização da gestão Estadual, Regional e Municipal, entre outras disposições relacionadas, como os cuidados de longa permanência, os leitos intensivos de retaguarda à rede, regulação do acesso e monitoramento e avaliação.

As redes temáticas da SES-DF estão estruturadas em regiões de saúde, conforme detalhado abaixo:



Figura 5 – Regiões de Saúde do Distrito Federal

5.1 Região Centro Sul

A Região de Saúde Centro-Sul composta pelas cidades Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Park Way, Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA) e Estrutural conta em seu território com Hospital Regional do Guará – HRGu que é um hospital geral com 54 leitos operacionais, distribuídos nas especialidades de Pediatria e Clínica Médica. Prestando atendimento de urgência/emergência nas especialidades de Pediatria e Clínica Médica.

A UPA do Núcleo Bandeirante – UPA Núcleo Bandeirante (está localizada na Região Administrativa do Núcleo Bandeirante, presta atendimento 24 horas na especialidade de Clínica Médica.

A Região de Saúde Centro Sul possui, ainda, os seguintes equipamentos de saúde: no Riacho Fundo I o Instituto de Saúde Mental-ISM com (um) CAPS II e casa de passagem, 1 (um) Laboratório Regional, 1(um) CAPS-AD localizados no Guará e (19) dezenove unidades básicas de saúde, sendo (1) uma na Candangolândia, (3) três no Núcleo Bandeirante, (2) duas no Riacho Fundo I, (5) cinco no Riacho Fundo II, (4) quatro no Guará, (3) três no SCIA (Estrutural) e (1) uma no SIA.

5.2 Região Oeste

A Região de Saúde Oeste composta por Ceilândia e Brazlândia conta com o Hospital Regional de Brazlândia – HRBz, subordinado a Superintendência da Regional de Saúde Oeste – SRSOE, é um hospital geral com 123 leitos operativos nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia, Ortopedia, Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica e Neonatologia. Presta atendimento de urgência/emergência em Medicina de Emergência, Unidade de Trauma, Centro Obstétrico e Unidade de Emergência Pediatria. A Cidade de Brazlândia-DF possui oito (8) Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um CAPS Tipo I que realiza acolhimento de segunda a sexta-feira no período diurno.

O Hospital Regional de Ceilândia - HRC, vinculado a Superintendência da Região de Saúde Oeste, é um hospital Geral com 318 leitos operativos distribuídos nas especialidades de Cirurgia Geral, Traumato-Ortopedia, Ginecologia-Obstetrícia, Clínica Médica (enfermaria interna e externa), Terapia Intensiva Adulto, Pediatria, Terapia Intensiva Neonatal, Unidade Intermediária Neonatal, Unidade Intermediária Neonatal Canguru e Centro Cirúrgico. Presta atendimento de urgência/emergência nas

especialidades Cirurgia Geral, Traumato-Ortopedia, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e Odontologia.

Os atendimentos de urgência e emergência na especialidade de clínica médica são realizados na UPA-Sol Nascente/Ceilândia, desde 25/07/2016. A cidade de Ceilândia-DF possui dezessete (17) Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um CAPS ad.

5.3 Região Sudoeste

A Região de Saúde Sudoeste composta pelas cidades Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia conta em seu território com Hospital Regional de Samambaia – HRSam, subordinado a Superintendência Regional de Saúde Sudoeste – SRSSO, é um Hospital Geral com 141 leitos distribuídos nas especialidades de Cirurgia Geral (20), Ginecologia (8), Centro Obstétrico (10), Maternidade (40), Clínica Médica (26), Terapia Intensiva Adulto (20) e Pronto Socorro (17). Presta atendimento de urgência/emergência nas especialidades de Clínica Médica e Ginecologia/Obstetrícia.

Em Samambaia também fica localizada a UPA de Samambaia, vinculada a Superintendência da Região de Saúde Sudoeste – SRSSO, é uma unidade de pronto-atendimento com 13 leitos operativos de observação na especialidade de clínica médica. Presta atendimento de urgência/emergência na especialidade de Clínica Médica e Odontologia. Esta coordenação de saúde possui cinco unidades básicas de saúde.

A UPA do Recanto das Emas – UPA Recanto, vinculada a Superintendência da Região de Saúde Sudoeste - SRSSO, é uma unidade de pronto-atendimento com 17 leitos operativos de observação na especialidade de clínica médica. Presta atendimento de urgência/emergência na especialidade de Clínica Médica e Odontologia. No Recanto das Emas, não há unidade hospitalar e, além disso, esta possui cinco GSAPs compostas por oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um CAPS-ad.

O Hospital Regional de Taguatinga – HRT, subordinado a Superintendência Regional de Saúde Sudoeste – SRSSO, é um hospital geral com 246 leitos operativos distribuídos nas especialidades de Cardiologia (20 leitos), Clínica Médica (40 leitos), Pediatria (30 leitos), Traumato-Ortopedia (39 leitos), Cirurgia Geral (30 leitos), Ginecologia (30 leitos), Maternidade (36 leitos), Terapia Intensiva Adulto (8 leitos), Terapia Intensiva Infantil (5 leitos), Terapia Intensiva Neonatal (8 leitos). Presta atendimento de urgência/emergência (59 leitos) nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Oftalmologia, Odontologia, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria.

A Região Sudoeste, conta também com os seguintes aparelhos de saúde: Taguatinga – (7) sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) (2) duas Policlínicas, (1) um Laboratório, (2) Centro de Especialidades Odontológicas, (1) um Central de Radiologia, (2) dois CAPS III com funcionamento 24 horas que fazem acolhimento de pacientes com transtorno mental e questões relacionadas a álcool e outras drogas e (1) um Centro Especializado de Reabilitação tipo II para reabilitação intelectual e física.

Em Águas Claras (2) duas Unidades Básicas de Saúde, em Vicente Pires (1) uma Unidades Básicas de Saúde (UBS), em Samambaia doze (12) Unidades Básicas de Saúde (USB) e dois (2) CAPS e no Recanto da Emas possui onze (11) Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um (1) CAPS.

5.4 Região Norte

A Região Norte composta por Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal conta com o Hospital Regional de Sobradinho que é um Hospital Geral vinculado à Superintendência da Região de Norte do Distrito Federal com 284 leitos operativos distribuídos nas especialidades de Clínica Cirúrgica, Ginecologia, Traumato-Ortopedia, Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, Saúde Mental, Terapia Intensiva neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais e Terapia Intensiva Adulto. Presta atendimento de urgência/emergência nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria e Neonatologia.

O Hospital Regional de Planaltina, vinculado à Superintendência da Região de Saúde Norte, é um hospital geral com 146 leitos operacionais nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia, Traumato-Ortopedia, Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, Neonatologia e Unidade Intermediária Neonatal. Presta atendimento de urgência/emergência nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Obstetrícia e Pediatria.

Com relação à Atenção Primária à Saúde, a região possui 33 unidades na Região Norte, sendo distribuídas 19 em Planaltina, 6 em Sobradinho, 6 em Sobradinho II e 2 em Fercal, além de 2 PSR nesta Região Administrativa e 1 Unidade Odontológica Móvel em Planaltina. Ainda, compõe a estrutura administrativa desta Superintendência, de acordo com a reestruturação publicada mediante Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016, o Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA-SOB), inaugurada em Sobradinho em 11/09/2014, que conta hoje com 25 cadeiras/macas de observação/medicação na sala verde e 4 camas na sala vermelha. A unidade funciona ininterruptamente e se presta a realizar primeiro atendimento em clínica médica, com estabilização clínica e posterior encaminhamento a unidade de internação.

5.5 Região Sul

A Região de Saúde Sul que em sua composição se encontram as cidades de Gama e Santa Maria possuem os seguintes aparelhos de saúde.

O Hospital Regional do Gama (HRG) vinculado a Superintendência da Região Sul SRSSU, é um hospital geral com 391 leitos operativos, distribuídos nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia, Traumato-Ortopedia, Obstetrícia, Pediatria, Cardiologia, Clínica Médica, Neonatal, Pneumologia, Tisiologia, Terapia Intensiva Adulto e Unidade Intermediária Neonatal. Presta atendimento de urgência /emergência nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cardiologia, Ortopedia, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria. Esta coordenação de saúde possui onze (11) Unidades Básicas de Saúde e uma policlínica.

O Hospital Regional de Santa Maria – HRSM, vinculado a Superintendência da Região Sul SRSSU, é um hospital geral com 356 leitos operativos, distribuídos nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia, Traumato-Ortopedia, Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, terapia Intensiva Adulto, Unidade Intermediária Adulto, Unidade Intensiva Infantil, Unidade Intermediária Neonatal.

Presta atendimento de urgência e emergência nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria. A cidade de Santa Maria possui (5) cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS).

5.6 Região Central

Na Região Central encontram-se as seguintes Unidades de Atendimento:

A Diretoria de Atenção Primária à Saúde, vinculada à Superintendência da Região de Saúde Central, é composta por 8 (oito) Unidades Básicas de Saúde, que prestam serviço de emergência por demanda espontânea, divididas entre Unidade Básica nº 1 da Asa Norte, Unidade Básica nº 2 da Asa Norte, Unidade Básica nº 3 da Asa Norte (Vila Planalto), Unidade Básica nº 1 do Lago Norte + UBS Granja do Torto, Unidade Básica nº 1 do Cruzeiro

(Novo), Unidade Básica nº 2 do Cruzeiro (Velho), Unidade Básica nº 1 da Asa Sul, Unidade Básica Varjão e Consultório na Rua.

A Diretoria de Atenção Secundária, vinculada à Superintendência da Região de Saúde Central, é composta de 10 (dez) Unidades de Atendimento Especializado divididas em 3 (três) Policlínicas, 3 (três) CAPS, e um Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão (CEDOH), 2 Unidades de Atendimento em Saúde Mental Especializadas (COMPP e Adolescentes), uma Unidade de Referência em Atendimento à AIDS/IST e Tuberculose e hanseníase (Hospital Dia) e o Núcleo de Testagem e Aconselhamento. Todas são Unidades de Atendimento ambulatorial em nível secundário, sendo locais de referência para encaminhamento de pacientes oriundos da Atenção Primária nas mais diferentes especialidades.

O Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, vinculado à Superintendência da Região de Saúde Central, é um hospital geral com 335 leitos operacionais, distribuídos nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia, Cirurgia Plástica, Obstetrícia, Pediatria, Cardiologia, Clínica Médica, Queimados, Dermatologia, Hematologia, Pneumologia, Terapia Intensiva Adulto, e Unidade Intermediária Neonatal, Infectologia, Gastroenterologia, Cirurgia Vascular, Urologia e Nefrologia. Presta atendimento de urgência/emergência nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e Odontologia. Sendo o Hospital de Referência Terciária para o atendimento na área de Queimados e Cirurgia Plástica.

5.7 Região Leste

A Superintendência da Região de Saúde Leste é composta pelas Regiões Administrativas do Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião.

No que diz respeito à Atenção Primária à Saúde a Região de Saúde Leste possui 70 Equipes de Saúde da Família, sendo 8 Equipes de Saúde Prisional; 27 Unidades Básicas de Saúde, sendo 4 Unidades Básicas de Saúde Prisional; e 04 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – consistidos. A Região Administrativa do Paranoá possui 06 UBS rurais e 03 UBS urbanas. A RA do Itapoã possui 03 UBS urbanas. A RA de São Sebastião possui 03 UBS rurais, 09 UBS urbanas e 04 UBS prisionais. E a RA do Jardim Botânico não possui nenhum serviço de saúde, entretanto a população do Jardim Botânico está, temporariamente, sendo atendida na Policlínica situada na QI 21/23, lote 1 do Lago Sul.

O Hospital Regional Leste (HRL) é caracterizado como hospital geral com 223 leitos ativos contando internação e pronto-socorro. Destes 41 em pronto-socorro nas especialidades de Cirurgia Geral, Traumato-Ortopedia, Pediatria, Clínica Médica e Unidade de Isolamento Adulto. O Centro-obstétrico conta com 15 leitos.

Em internação de enfermaria há 157 leitos ativos, na área de pediatria, Unidade de neonatologia, clínicas cirúrgicas. Ainda somados a estes possui 10 leitos de UTI com 3 eletivos. Dando um total de 187 leitos.

Ressaltamos ainda que em 03 de agosto de 2017 foi publicada a portaria nº 408 que modificou a estrutura de Urgência e Emergência sendo então criado sob a supervisão da Gerente de Emergência a Unidade Médica de Emergência, Unidade de Trauma, Unidade de Emergência Pediátrica e Centro Obstétrico. Destaca-se que no HRL há particularidade dos serviços de cirurgia de coluna e de mão que são referência para todo o DF e RIDE.

A UPA de São Sebastião – UPA São Sebastião, é vinculada a Diretoria de Atenção Secundária da Região Leste (DIRASE) é uma unidade de pronto-atendimento com 10 leitos operativos de observação nas especialidades de clínica médica e 3 Leitos para pacientes críticos de clínica médica. Presta atendimento de urgência/emergência na especialidade de Clínica Médica.

A Região Leste conta ainda com um CAPS II do Paranoá para atendimento de transtorno mental, com acolhimento de demanda espontânea de segunda a sexta-feira no período diurno e de um CAPS AD do Itapoã para atendimento de adultos e adolescentes a partir de 16 anos de idade, também com acolhimento de demanda espontânea de segunda a sexta-feira no período diurno.

Além destes serviços a Região Leste conta com a Casa de Parto de São Sebastião, vinculada à Diretoria Regional de Atenção Secundária, que é um Centro de Parto Normal Peri hospitalar, habilitado pelo Ministério da Saúde, que atende mulheres gestantes e em trabalho de parto para partos de risco habitual, conforme Protocolo de atendimento previamente definido. A Casa de Parto de São Sebastião conta com a retaguarda do Hospital da Região Leste para casos que necessitem de remoção de mulheres gestantes e recém-nascidos para acompanhamento. É o único Centro de Parto Normal do Distrito Federal, funcionando exclusivamente com equipe de enfermagem obstétrica, e que aplica as boas práticas de parto e nascimento preconizadas pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde em sua totalidade dos atendimentos.

6. Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Neste sentido, uma das cinco (5) Redes Temáticas de Atenção à Saúde prioritária estabelecida pela Portaria de Consolidação nº 3 do Ministério da Saúde, é a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

Conforme o artigo 2º do Anexo III desta Portaria, as principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE são:

I - Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - Garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - Humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - Garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - Articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - Atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - Atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX - Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - Articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - Participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - Regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - Qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

6.1 A Atenção às Urgências e Emergências no Distrito Federal

No sentido de atender e organizar cada uma das diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal vem organizando seus serviços e seus processos de trabalho, tendo iniciado mudanças significativas no que diz respeito à Regionalização, Organização da Atenção Primária à Saúde, mudanças no Acolhimento e Classificação de Risco, Reorganização do Componente Hospitalar da Rede do Distrito Federal, reabilitação de bases do SAMU e Reorganização e manutenção da habilitação das UPAs. Abaixo detalharemos melhor cada uma das ações estratégicas realizadas.

6.2 O Desenho da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal e seus Componentes

A rede de atenção às urgências e emergências do Distrito Federal é constituída pelos seguintes componentes:

I - Atenção primária, formada pelas unidades básicas de saúde, responsável pela prevenção e promoção à saúde e atendimento em demanda espontânea aos pacientes com perfil de risco compatível;

II - Componente pré-hospitalar móvel, formado pelo SAMU 192;

III - Componente pré-hospitalar fixo, formado pelas Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h);

IV - Componente hospitalar, formado pelos serviços hospitalares de emergência;

V – Unidades de cuidados prolongados;

VI – Unidades de Atenção ao Paciente Crítico – UTI adulto, materna, pediátricas e neonatais;

VII – Atenção Domiciliar;

VIII - Serviços de Emergência em Saúde Mental;

IX - Vigilância à saúde, formada pelos órgãos da Subsecretaria de Vigilância à Saúde responsável pelo controle de endemias, violência e agravos à saúde.

Há ainda como componentes da RUE do DF os centros de referências, que são as unidades da rede SES que compõe o Componente Hospitalar da Rede e destinam-se a atender demandas especializadas relacionadas a linhas de cuidados específicas.

São centros de referência:

I - Centro de Tratamento de Queimados do HRAN;

II - Centro de Neurocirurgia do IHB;

III - Centro de Cardiologia do IHB;

IV – Hospital Universitário de Brasília – HUB;

V – Instituto de Cardiologia do Distrito Federal – ICDF;

VI – Hospital da Criança de Brasília José de Alencar - HCB;

Além destes componentes citados acima, há também os Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos da Rede de Urgência e Emergência, que são essenciais para o efetivo funcionamento da mesma.

I - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;

II – Assistência Farmacêutica;

III - Sistemas de Informação em Saúde;

IV – Sistema de Regulação;

V – Prontuário eletrônico e identificação de pacientes;

VI - Transporte Sanitário.

6.3 Atenção Primária à Saúde

No Distrito Federal, a Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada Atenção Básica à Saúde, está fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF) e deve ser, preferencialmente, o primeiro e principal contato do usuário com o sistema de saúde.

A cobertura populacional estimada de ESF aumentou de 5,06%, em 2008, para 34,1%, em 2017. Com a mudança do modelo assistencial da APS para ESF (Converte APS), houve aumento dessa cobertura para 66,6%, em Maio de 2018. O número de equipes de Saúde da Família (eSF) aumentou de 34, em 2008, para 347, em abril de 2018.

A organização do trabalho das eSF têm sido feito de modo a garantir aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive as agudas, por demanda espontânea ou mediante agendamento, acolhendo todos os usuários, mesmo que não façam parte da população adscrita da Unidade Básica de Saúde (UBS). Os usuários que não residem na área de atuação da UBS devem ser atendidos, orientados e, se for o caso, direcionados à unidade responsável por seu atendimento.

Com o objetivo de subsidiar os profissionais da APS, foi elaborado o Protocolo do Acesso na APS, que apresenta os princípios e as diretrizes para a organização do acesso aos serviços de atenção primária à saúde. O acolhimento ao usuário, morador ou não da área de abrangência da UBS, deverá ocorrer durante todo o período de funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS tipo I: das 7 às 17h, de segunda a sexta-feira / UBS tipo II, das 7 às 19h, de segunda a sexta-feira e das 7 às 12h, aos sábados). Quando o usuário chega à UBS por demanda espontânea, deverá ser acolhido e direcionado ao profissional de saúde que estiver realizando a classificação de risco / análise de vulnerabilidades. Identificada uma situação aguda, o usuário seguirá para o atendimento específico (imediato, prioritário ou no turno seguinte), independentemente do local de moradia. As eSF devem realizar o primeiro atendimento a urgências e emergências e caso necessário encaminhar o usuário a outro ponto de atenção à saúde, conforme pactuações.

Para receber a demanda espontânea que lhe cabe e que procura atendimento hospitalar no período em que a UBS está funcionando, as Unidades Básicas de Saúde e as eSF devem organizar a agenda de trabalho de forma a ter momentos de atendimento à demanda espontânea sem divisão por programas, em todo período de atendimento. O restante do período de atendimento será destinado às consultas agendadas, com horário marcado, podendo ou não serem organizadas por linha de cuidado. É recomendado que

50% dos horários de cada equipe sejam designados ao atendimento às demandas espontâneas.

No que tange ao processo de trabalho na APS, os casos de urgências e emergências, médicas e odontológicas, devem ter seu primeiro atendimento na UBS, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período. Caberá à UBS realizar contato imediato com outro ponto de atenção, a fim de prover ao usuário atendimento adequado e em tempo oportuno. Para auxiliar as eSF a formatarem seu processo de atenção à demanda espontânea, adota-se o modelo elaborado pelo Ministério da Saúde e publicado no Caderno de Atenção Básica (CAB) Acolhimento a demanda espontânea, volume II, que aborda as queixas mais comuns na Atenção Primária.

6.4 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 constitui-se no Componente Assistencial Móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente capacitado para a resolução adequada do quadro clínico, ou sua estabilização até que possa ser transferido responsavelmente ao serviço mais capacitado para seu tratamento definitivo. Tem como objetivo oferecer à população uma resposta rápida e eficiente aos agravos de urgência e emergência ocorridos no âmbito pré-hospitalar, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação de Urgências.

Deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, vinculado a uma Central de Regulação de Urgências, possuindo equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população. Para todas as linhas de cuidado o SAMU aparece como organismo orientador do fluxo e efetivador do primeiro atendimento em muitas das situações, podendo por vezes ser o responsável pelo diagnóstico e atendimento em tempo ideal. Em todas as situações é o responsável pelo transporte qualificado do paciente para a unidade na qual será oferecido o tratamento mais adequado à situação que se apresenta. Em todos os casos o atendimento pré-hospitalar adequado e em tempo hábil é o que fará a grande diferença no prognóstico dos pacientes, quando dentro da janela terapêutica,

principalmente naqueles portadores de doenças vasculares (AVC e IAM) e naquelas vítimas de traumas graves.

Sua área de cobertura é definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados. Em sua atuação conta com a retaguarda dos serviços e sistemas de saúde, devidamente regulados e disponibilizados conforme critérios de hierarquização e regionalização.

Todos os pedidos de socorro que impliquem em atendimento à saúde, e que derem entrada por meio de outras centrais, como a da Polícia Militar (190), do Corpo de Bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

Na estrutura do SAMU 192 DF constam ainda as Bases Descentralizadas distribuídas em Núcleos de Atendimento Pré-Hospitalar devidamente regionalizadas, que são infraestruturas que garantem tempo resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do Componente SAMU 192 com a configuração mínima para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento das ambulâncias, seguindo Manual de Padronização Mínima estipulado pelo Ministério da Saúde.

São indicadores do SAMU 192: Número geral de ocorrências atendidas no período; Tempo mínimo, médio e máximo de resposta; Identificação dos motivos dos chamados; Quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA – ambulâncias e aeromédico), Unidade de Suporte Básico (USB – ambulâncias e motolâncias); Localização das ocorrências; Idade e sexo dos pacientes atendidos; Identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; Pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento; Quantitativo de ocorrências atendidas por gravidade e por tipo de recurso; Quantitativo de intervenções necessárias sem meios.

No DF o serviço se divide em 07 (sete) Núcleos de Atendimento Pré-Hospitalar (NAPH) que funcionam como bases descentralizadas. São eles:

I – NAPH Norte: o núcleo e as bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas de Sobradinho, Sobradinho II, Fercal e Planaltina;

II – NAPH Sul: o núcleo e as bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas do Gama e Santa Maria;

III – NAPH Sudoeste I: o núcleo e as bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas de Taguatinga, Águas Claras e Vicente Pires;

IV – NAPH Sudoeste II: o núcleo e as bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas de Samambaia e Recanto das Emas;

V – NAPH Oeste: o núcleo e as bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas de Ceilândia e de Brazlândia;

VI – NAPH Centro Norte e Leste: o núcleo e as bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas do Plano Piloto (Asa Norte), Vila Planalto, Lago Norte, Varjão, Itapoã, Paranoá, São Sebastião e Jardim Botânico;

VII – NAPH Centro-Sul: o núcleo e as bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas do Plano Piloto (Asa Sul), Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal, SCIA, Lago Sul, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo, Riacho Fundo II, Park Way, Guará e Estrutural.

Fazem parte também das atribuições do SAMU 192 - DF, em caráter secundário, considerando suas atribuições primárias e a disponibilidade do serviço:

- Transferências inter-hospitalares de pacientes graves e críticos, em situação de emergências cardiológicas, neurológicas e traumáticas, em uso de ventilação mecânica e drogas vasoativas, somente quando os serviços responsáveis não estiverem disponíveis e haja disponibilidade da oferta do serviço pelo SAMU;

- Cobertura a eventos públicos de risco e grande aglomeração de pessoas, desde que não haja prejuízo à cobertura da população geral;

- Cobertura médica a autoridades e missões diplomáticas, desde que não haja prejuízo à cobertura da população geral.

No âmbito da prevenção e capacitação de recursos humanos:

- Participação na elaboração de planos de atendimento e realização de simulados;
- Participação na Política de Educação Permanente do SUS por intermédio dos Núcleos de Educação Permanente e da estruturação dos Núcleos de Educação em Urgência a eles integrados;

- Participação ativa na estruturação de palestras sobre primeiro atendimento à urgência;

- Participação no desenvolvimento de estratégias promocionais junto à comunidade, Segurança Pública, Departamento de Trânsito, Educação, Cultura e outros setores.

Ao todo o SAMU 192-DF possui 30 (trinta) Unidades de Suporte Básico (USB), 06 (seis) Unidades de Suporte Avançado (USA) e 01 (uma) Unidade de Suporte Avançado Neonatal (USA NEO), 22 (vinte e duas) Motolâncias, 01 (uma) Unidade de Saúde Mental e 01 (um) Serviço Aeromédico em cooperação com o CBMDF (Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal), além de uma Central de Informações Toxicológicas e Atendimento Psicossocial e de um Núcleo de Educação em Urgências. A distribuição da frota de veículos do SAMU 192-DF foi realizada com base no número de habitantes de cada uma das regiões de saúde com o objetivo de buscar o melhor tempo-resposta. Esta distribuição, contudo, pode ser alterada conforme a demanda de ocorrências de cada região e o crescimento populacional ou expansão demográfica. A fim de suprir a demanda reprimida em cada NAPH, está previsto a expansão de, no mínimo, 01 USB por NAPH.

Tendo em vista a distribuição geográfica do Distrito Federal e a sua organização em Regiões de Saúde, a estrutura do SAMU-DF conta ainda com os postos de suporte, localizados nas emergências hospitalares e operacionalizadas por 01 Técnico em Enfermagem. Estes postos têm como objetivo agilizar o contato e oferecer apoio às equipes que chegam transportando vítimas ou pacientes graves a estas unidades de emergência. Há Regiões Administrativas como, por exemplo, Paranoá, Candangolândia, Vicente Pires, Águas Claras, Cidade da Estrutural, Guará, Brazlândia, Sobradinho II e São Sebastião com apenas uma ambulância. E há Regiões Administrativas sem nenhuma ambulância, como Cruzeiro, Lago Sul, Lago Norte, Núcleo Bandeirante, Sudoeste, Varjão, Park Way, SCIA, Jardim Botânico, Itapoã, SIA e Fercal.

A demanda reprimida é o indicador que hoje o SAMU utiliza como ferramenta para mensurar a necessidade futura de ampliar sua frota. O indicador expressa o percentual do número de ligações onde o regulador identifica a necessidade de encaminhar o recurso para atendimento e não há meios de transporte disponível no momento. Nesse sentido, a fim de sanar a demanda reprimida da população faz-se necessário ampliar a frota do SAMU, por meio de 09 USB.

6.5 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 hs)

Unidades de Pronto Atendimento são os estabelecimentos de saúde de nível intermediário entre as Unidades Básicas de Saúde e os hospitais regionais, compondo assim a rede local organizada de atenção às urgências e emergências.

A implantação das Unidades de Pronto Atendimento – UPAS reforçam as estratégias adotadas no sentido de promover maior qualidade de atendimento nos territórios integrados de atenção à saúde, onde há a definição de papéis de cada unidade de saúde participante visando à integração em rede.

As UPAS do Distrito Federal, funcionam 24 horas para o atendimento às urgências, caracterizando-se como unidades ambulatoriais, de complexidade intermediária entre a atenção básica e a hospitalar. Tem como objetivo o atendimento às emergências clínicas recepcionadas pelos Serviços de Emergência Pré-Hospitalar da Rede (SAMU e Corpo de Bombeiros), demanda espontânea da população e complementação aos serviços de atenção primária a saúde.

Além de garantir socorro oportuno na conformação de redes regionalizadas de atenção à saúde, deverão ser ponto de apoio para atendimentos críticos do pré-hospitalar móvel, e que precisem de estabilização do doente até transporte ao destino final e indicado.

A proposta de implantação das Unidades de Pronto Atendimento no Distrito Federal, integrando a estruturação primária da atenção, além de contribuir para a qualificação no atendimento às urgências, colabora na organização dos fluxos de atendimento, especialmente em locais de vazios assistenciais.

Atualmente as Regiões de Saúde Centro Sul (Núcleo Bandeirante), Oeste (Ceilândia), Sudoeste (Recanto das Emas e Samambaia), Norte (Sobradinho) e Leste (São Sebastião) contam com Unidade de Pronto Atendimento.

Cada UPA conta com um gerente, um supervisor geral para condução administrativa e assistencial dos serviços prestados, além de toda a equipe técnica composta por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e demais profissionais de apoio.

6.6 Serviços hospitalares de emergência

Os serviços hospitalares abrigam as unidades de emergência de alta complexidade.

O componente hospitalar, instituído pela Portaria Ministerial Nº 2395 de 11 de outubro de 2011, compõe a assistência especializada para média e alta complexidade da rede de atenção às Urgências e Emergências, independentemente da porta de entrada utilizada pelo usuário no sistema de saúde, devendo sempre atender às necessidades específicas de cada caso, mostrando-se eficaz e resolutive.

Classicamente reconhecida pela alta procura por atendimento em suas portas de entrada, atuando como atendimento primário aos problemas que afligem agudamente o usuário e mesmo para problemas crônicos, mostra-se superlotada e pouco efetiva. Esta demanda elevada expressa a necessidade de reorganização dos fluxos de atendimento deste sistema visando otimização de recursos, e maior efetividade de respostas em todos os níveis de atenção.

Fazem parte do componente hospitalar todas as unidades hospitalares que compõem a rede de saúde, sendo considerados Serviços Hospitalares de Urgência as portas de atendimento de urgência instaladas em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências gerais, pediátricas, traumatológicas e obstétricas.

São objetivos do Componente Hospitalar da Rede Atenção às Urgências:

I - Organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;

II - Garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e

III - Garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção.

Com finalidade de cumprir seus objetivos na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, constituem-se diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

I - Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;

II - Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

III - Atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;

IV - Regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e

V - Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias de retaguarda, enfermarias de longa permanência e leitos de terapia intensiva.

No DF, a rede hospitalar distribuída pelas regiões de saúde, foi hierarquizada conforme o nível de complexidade de atendimento oferecido nos diversos serviços, categorizando a rede em quatro grandes grupos:

Complexo Hospitalar Central: IHB, HRAN e HUB;

Hospitais Regionais de Referência: HRC, HRG, HRS e HRT;

Hospitais Regionais Gerais: HRBz, HRGu, HRPI, HRL, HRSam, HRSM;

Hospitais de Referência Distritais: HMIB, HSVP e HAB.

No contexto das Redes de Urgência e Emergência estas unidades hospitalares devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxos e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade. Devem também garantir transporte para os casos mais graves, através do serviço de atendimento móvel de urgências (SAMU), ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada. Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada, além de se dar ênfase especial ao redirecionamento dos pacientes para a rede básica e Estratégia Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.

O componente hospitalar se distribui pelas 7 regiões de saúde, e seus fluxos de referência e contra referência baseiam-se não somente nesta distribuição por regiões de saúde mas também podemos observar no diagnóstico situacional que todos oferecem atendimento de urgência e emergência nas áreas de emergência geral, pediatria, obstetrícia e trauma.

Em relação ao Hospital Materno-Infantil de Brasília, na última reestruturação da SES DF em abril de 2018, esta foi instituída como uma Unidade de Referência Distrital nestes dois atendimentos especificamente, no sentido de oferecer para toda a Rede do DF alguns serviços especializados e de referência, inclusive como retaguarda e apoio.

Os fluxos de referência e contra referência no componente hospitalar do DF encontram-se definidos pelos critérios de hierarquia de complexidade tanto para

situações emergenciais como para avaliações diagnósticas e complementação terapêutica que necessitem de um equipamento de saúde de maior complexidade.

Os serviços hospitalares ofertam atendimentos nas seguintes especialidades:

6.7 Centros de Referência

Os hospitais do Complexo Hospitalar Central (IHB, HRAN e HUB), por seu nível de complexidade tecnológica constituem-se em hospitais de referência em alta complexidade para os demais hospitais da rede. Além disso algumas especialidades médicas possuem referência definida como, por exemplo, o atendimento a queimados cuja referência encontra-se no HRAN. No Instituto Hospital de Base – IHB encontram-se as Unidades de Referência para Cardiologia e Neurologia, sendo as Unidades para atendimento especializado nos casos de Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral (duas das linhas de cuidado prioritárias da rede).

O Hospital da Criança – HCB Não presta atendimento de urgência/emergência. Além da distribuição por regiões de saúde, a distribuição do atendimento das especialidades médicas pelas unidades de urgência/emergência e pelas unidades de internação também auxilia na estruturação do fluxo de referência e contra referência na média e alta complexidade na rede de atenção à saúde do DF.

O Hospital Universitário de Brasília – HUB está inserido na Rede SES DF por meio de contratualização por resultados e definição de serviços oferecidos à rede, sendo acompanhado por Comissão de Acompanhamento de Contrato – CAC específica. No que tange à Urgência e Emergência, o HUB oferece serviço de Obstetrícia. Os demais serviços são referenciados e ambulatoriais.

O Instituto de Cardiologia do Distrito Federal – ICDF também está inserido na Rede SES DF por contratualização e não oferece serviço de urgência e emergência com porta aberta, entretanto é o serviço de referência para agravos cardiovasculares em pacientes de todas as idades, incluindo a realização de cirurgias cardíacas de urgência.

O Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), é hospital de referência especializado em atendimento infantil com 19 leitos operativos nas especialidades de hematologia e oncologia pediátricas, porém seu principal foco de atendimento são as diversas subespecialidades pediátricas, nas suas modalidades ambulatoriais, e por esse motivo não tem emergência. A criança atendida em uma unidade básica de saúde ou hospital da rede, que precise de consulta especializada, será encaminhada para marcação de consulta na central de regulação, entretanto também terá serviço referenciado de cirurgia pediátrica.

Oferece vagas em quase todas as especialidades pediátricas para consultas, como: alergia, anestesiologia, cardiologia, cirurgia pediátrica, dermatologia, endocrinologia,

gastroenterologia, genética clínica, ginecologia infanto-puberal, homeopatia, imunologia, infectologia, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, oncohematologia, ortopedia, pneumologia, psiquiatria e reumatologia.

Atende também em: hemodiálise, diálise peritoneal, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, musicoterapia, terapia ocupacional, odontologia, farmácia, nutrição, enfermagem e serviço social, exames laboratoriais e de imagem (Ecografia – com e sem doppler –, Ecocardiograma Transtorácico, Raio-X Digital e Tomografia Computadorizada Multislice de 64 canais), Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia, Eletroencefalograma, Potencial Evocado, Eletroneuromiografia, Espirometria, Tilt-Test, Teste de Esforço, Holter, MAPA, Curvas Hormonais, Phmetria Esofágica, Eletrocardiograma.

6.8 Unidades de Cuidados Prolongados

A busca pela otimização da utilização dos leitos hospitalares vem ocorrendo há vários anos. Alguns indicadores hospitalares cujos valores mostram isso são a diminuição da média de permanência e o aumento da rotatividade do leito hospitalar. Dados da OCDE (2013) mostram que de 2000 a 2011 ocorreu uma redução da média de permanência em todos os países membros. Um dos motivos para isso foi a realização de procedimentos cada vez menos invasivos, levando a menor necessidade de permanência do paciente dentro do hospital.

Entretanto, existem condições clínicas que exigem a permanência de pacientes hospitalizados por um período de tempo mais longo. Nesses casos, a melhor alternativa existente é que, à medida que evolua a condição clínica do paciente, ele seja transferido para leitos de menor complexidade, até o momento da alta. Ações para reduzir a média de permanência no hospital fizeram com que alguns termos tenham se tornado comuns nas últimas décadas: cuidados progressivos, cuidados continuados e cuidados prolongados.

Cuidados Prolongados são serviços médicos e sociais para pacientes que possuam problemas crônicos de saúde que afetem sua capacidade para as atividades diárias (McCALL, 2001). A assistência envolvida nos cuidados prolongados não está restrita ao atendimento tradicional (médicos, hospitais), mas faz parte também uma assistência social e cuidados com a habitação. Entretanto, mesmo com diversos projetos em funcionamento, vários estudos mostram que o paciente pode atingir uma melhora clínica que possibilite a alta sem que ocorra a saída.

A identificação do paciente que pode receber alta e possivelmente permanecerá dentro do hospital deveria ser feita o mais precocemente possível para evitar que isto ocorra, eventualmente, até mesmo antes da sua internação. Isso requer discussão de forma ampla, por abordagens clínicas, sociais, éticas e inclusive no âmbito jurídico (SCHLAIRET, 2014; JANKOWSKI et al., 2009).

Desta forma, assume importância o estudo do perfil de pacientes de longa permanência e dos fatores que afetam sua média de permanência dentro de uma estrutura voltada ao seu atendimento, bem como a criação de unidades hospitalares que venham a receber estes pacientes.

O Hospital de Apoio de Brasília – HAB é hospital de referência especializado em reabilitação com 55 leitos operativos nas especialidades de Crônicos Adulto e Reabilitação Adulto. Não presta atendimento de urgência/emergência.

6.9 Unidades de Atenção ao Paciente Crítico

As UTI's surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado (VILA, ROSSI, 2002). A disponibilidade de leitos de UTI é um problema de grande importância na assistência à saúde da população. O número limitado de leitos e o custo do tratamento intensivo requerem uma distribuição racional das admissões nesse setor. A idade média dos pacientes de UTI tem aumentado nos últimos anos e aumentará ainda mais com o envelhecimento da população geral (NAGGAPPAN, PARKIN, 2003).

A estimativa de leitos de UTI para a população residente do Distrito Federal é de 492 leitos. Ao todo, 350 leitos integram a rede pública de saúde do DF, sendo 295 leitos regulados junto à Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH/DIREG) e 55 regulados pelo GIR Local. Acrescenta-se os 66 (sessenta e seis) leitos credenciados e conveniados, totalizando 416 leitos SUS na rede de saúde do DF. Conclui-se que existe a necessidade de aumentar em 76 leitos intensivos a oferta da rede SES DF.

Nas tabelas a seguir estão representados os leitos pertencentes à Rede da SES DF, que podem ser acompanhados pelo portal da transparência.

Tabela – 2 Unidades Contratadas Leitos Rede SES DF

UNIDADES CONTRATADAS	Leitos	Leitos	Leitos
	UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neo
TOTAL	54	8	4
TOTAL DE LEITOS DE UTI CONTRATADOS		66 LEITOS	

Tabela 3 – Quantitativo Total de Leitos de UTI da Rede SES

QUANTITATIVO TOTAL DE LEITOS DE UTI DA REDE SES					
		Leitos-UTI Adulto	Leitos – UTI Pediátrica	Leitos –UTI Neonatal	
	Regulados	180	36	70	286
Rede Própria	Não Regulados	43	19	2	64
	TOTAL	223	55	72	350
TOTAL DE LEITOS DE UTI/PRÓPRIOS: 350 LEITOS					
Rede	Regulados	54	8	4	66
Contratada	TOTAL DE LEITOS DE UTI/CONTRATADOS: 66				
TOTALTOTAL DE LEITOS DE UTI/REDE SES: 416					

QUADRO DE OBSERVAÇÕES

- Leitos UTI Adulto/IHB: Aguardamos manifestação do Gestor/IHBDF quanto ao quantitativo leitos da UTI Adulto do IHBDF (Processo SEI nº. 00060-00247612f2018-88);
- Os leitos de crônicos da Rede SES compõem o quantitativo geral dos leitos Não Regulados;
- Leitos UTI AdultoHRS: Aguardamos manifestação do Diretor HRS quanto ao reg “inexistência” de mais um leito da UTIfAd-HRS (Processo SEI nº. 00060-00281601f2018-27)
- Leitos da UTIAd4fHRSM: Aguardamos manifestação do Superintendente/Diretor q inexistência dos 21 leitos.

*Fonte: CRDF/SESDF e Portal Transparência SES, 2018.

TABELA 4. – CONSOLIDADO GERAL DE LEITOS DE UTI

UTI	LEITOS PRÓPRIOS	LEITOS CREDENCIADOS/CONVENIADOS	TOTAL
ADULTO	223	54	277
PEDIÁTRICA	55	8	63
NEONATAL	72	4	76
TOTAL GERAL			416

*Fonte: CRDF/SESDF, 2018 e Portal da Transparência

6.10 DOS LEITOS DE RETAGUARDA PARA CENTRO DE TRAUMA TIPO II E III

Considerando a PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), no artigo transcrito abaixo:

Art. 11. O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

Considerando a PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011 organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no artigo transcrito abaixo:

Art. 10. As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios:

VIII – garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional;

Considerando a PORTARIA Nº 1.365, DE 8 DE JULHO DE 2013 que aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no artigo transcrito abaixo:

Art. 2º São objetivos da Linha de Cuidado ao Trauma:

V. Ampliar o acesso regulado dos pacientes vítimas de trauma aos cuidados qualificados em todos os pontos de atenção da RUE;

Considerando a PORTARIA Nº 1.366, DE 8 DE JULHO DE 2013 Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no artigo transcrito abaixo:

Art. 13. Para se habilitar como Centro de Trauma Tipo II, o estabelecimento hospitalar deve cumprir os seguintes requisitos:

§ 1º Para fins do disposto no inciso II do "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média e alta complexidade são:

I - leitos de UTI;

6.11 DOS MECANISMOS DE AMPLIAÇÃO

A ferramenta a curto prazo plausível é promover a ampliação de prestadores de serviços ao SUS através de Edital de Credenciamento para a contratação de leitos privados de UTI Geral e UTI Neonatal.

Esta possibilidade está prevista na Portaria GM/MS nº 2567 de 25 de novembro de 2016 que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Para efeito desta Portaria, considera-se:

II – credenciamento: procedimento de licitação por meio do qual a administração pública, após chamamento público para um determinado objeto, celebra contrato de prestação de serviços com todos aqueles considerados aptos, nos termos do art. 25, "caput" da Lei nº 8.666, de 1993;(grifo nosso)

Oportuno informar, que a médio prazo, existe o Projeto Estratégico – ESTRUTURAÇÃO DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NA REDE SES DF, que tem como norteador a Portaria GM/MS nº 895 de 31 de março de 2017, que institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Com a criação e implementação das Unidades de Cuidados

Intermediários – UCI espera-se diminuir o Tempo Médio de Permanência (TMP) das UTI e diminuir o Tempo de Espera da fila das Uti, o que implicará no redimensionamento da estimativa de leitos para a SESDF com provável queda do número de leitos de UTI estimados.

A longo prazo está o aumento do quantitativo de leitos de UTI através da ampliação dos hospitais (dos que tenham esta possibilidade) ou construção de novos blocos de assistência que contemplem leitos de UTI juntamente com todos serviços obrigatórios para que uma UTI possa ser operacionalizada, como também os equipamentos e recursos humanos.

Outra ação importante, que deverá ser expandida a longo prazo, é promover a internação/assistência domiciliar de alta complexidade em pacientes egressos de UTI, como também de pacientes egressos de enfermarias, propiciando uma diminuição no TMP nas UTI's e TMP das enfermarias, com consequente diminuição no Tempo de Espera da fila das UTI's, o que implicará no redimensionamento da estimativa de leitos para a SESDF com provável queda do número de leitos de UTI estimados.

Ressalta-se que os recursos de cuidados intensivos são limitados e caros e a utilização adequada dos leitos de UTI é essencial, mas complexa e um desafio a se atingir. Em 2008, o custo do cuidado crítico nos Estados Unidos foi estimado entre US\$121 e US\$263 bilhões (16,9–38,4% dos custos hospitalares e 5,2–11,2% dos gastos nacionais de saúde). O aumento de custo da prestação de cuidados de saúde vem-se tornando insustentável, acompanhado de desperdício, uso excessivo, atraso de cuidados e outras ineficiências (NATES, 2016). Incentivar o uso racional dos leitos de UTI passa a ser a tática prioritária frente ao déficit destes leitos.

6.12 Atenção Domiciliar

Considerando que a Atenção Domiciliar (AD) consiste em uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados integradas às redes de atenção à saúde. Essa modalidade de atenção à saúde possibilita a redução de demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência dos usuários internados, à humanização da atenção, à desinstitucionalização de pacientes e à ampliação da autonomia dos usuários.

Destacamos que o perfil de pacientes atendidos na AD no DF, era até então caracterizado por pessoas em condições crônicas, totalmente dependentes para atividades de vida diária, com incapacidade funcional provisória ou permanente, em estabilidade clínica, em cuidado paliativo. Contudo, os Serviços de Atenção Domiciliar vêm passando por mudanças, de forma a auxiliar e agilizar o processo de desospitalização, admitindo usuários em condições crônicas agudizadas e agudizadas, com restrição ao leito ou dificuldade de acesso a Centros de Infusões e com estabilidade clínica.

Conforme a portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 que redefine a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), capítulo II, seção I, artigo 5º, ratifica que a AD é indicada para pessoas que, estão em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade, na qual a AD é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação da autonomia do usuário, família e cuidador.

A AD é indicada para usuários que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade no qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. A AD será organizada em três modalidades:

- Atenção Domiciliar 1 (AD 1);
- Atenção Domiciliar 2 (AD 2);
- Atenção Domiciliar 3 (AD 3);

A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidados peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais. Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

- I - Trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;

II - Identificar, orientar e capacitar o (s) cuidador (es) do usuário em atendimento, envolvendo (s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o (s) como sujeito (s) do processo;

III - Acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;

IV - Promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;

V - Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;

VI - O atestado de óbito de causa natural no domicílio, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Primária do respectivo território;

VII - Articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas;

VIII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

Os usuários assistidos pelo SAD, como são considerados internados em domicílio, ao apresentarem intercorrências clínicas que não são possíveis de serem resolvidas em ambiente domiciliar, estes são referenciados aos serviços de urgência e emergência. Quando o cuidador responsável pelo usuário do SAD observa sinais de instabilidade, ele entra em contato com o SAMU, por orientação da equipe que o acompanha. Quando a intercorrência ocorre durante o atendimento dos profissionais da equipe de Atenção Domiciliar no domicílio e a equipe presente não conseguiu estabilizar o mesmo, o SAMU é acionado pela própria equipe, o quadro clínico é repassado para a equipe de regulação do SAMU, que aciona o transporte móvel, seja a ambulância básica ou avançada.

Os profissionais do SAD permanecem no domicílio até a chegada do resgate.

· SAMU – Apesar de algumas reuniões realizadas entre integrantes dos Serviços de Atenção Domiciliar e do SAMU, ainda há muitos problemas referentes as competências de ambos os serviços. Estes problemas se referem, muitas vezes, a desconhecimento dos profissionais da regulação do SAMU quanto ao funcionamento e atribuições dos serviços de Atenção Domiciliar.

· UPA – Devido ao NRAD ser um serviço vinculado diretamente aos Hospitais Regionais e não as Unidade de Pronto-Atendimento, o contato entre as equipes e a UPA é frágil. Não há fluxo definido estabelecido para atendimento dos pacientes do NRAD na UPA, bem como não há fluxo definido para a desospitalização de pacientes da UPA para o

NRAD. Neste último é adotado o mesmo fluxo vigente referente as desospitalizações das enfermarias dos hospitais regionais.

• Pronto-Socorro – Como a equipe do NRAD é vinculada ao Hospital, em caso de intercorrência esta equipe pode entrar em contato com a gerência de emergência e a chefia de equipe do Hospital Regional informando o quadro clínico para o recebimento e assistência do usuário do programa.

6.13 Serviços de Emergência em Saúde Mental

Segundo a legislação vigente e literatura especializada, os CAPS são compreendidos como ordenadores das demandas de saúde mental no território mediante um funcionamento de caráter essencialmente aberto, com vistas à estruturação da Rede de Atenção Psicossocial. Os CAPS são regulamentados, principalmente, pela Portaria GM/MS nº336 de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. A Portaria GM/MS nº 3.089 de 23 de dezembro de 2011 dispõe sobre o financiamento dos CAPS e a Portaria GM/MS nº 130 de 26 de janeiro de 2012 regula o incentivo ao CAPS AD III. Atualmente, a Rede de Saúde Mental no DF é composta por 17 CAPS em funcionamento e somente três não estão habilitados junto ao Ministério da Saúde.

Apesar de não existirem todas as modalidades de CAPS nas sete regiões de saúde, a distribuição no DF dos 17 (dezessete) CAPS – em funcionamento mas não habilitados ou credenciados junto ao MS – no 1º quadrimestre de 2017 permite uma cobertura de 0,62 por 100 mil habitantes, que é considerada como boa pelos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Os CAPS AD e Transtorno, tipo III, prestam assistência em situações de urgência e emergência em saúde mental e, quando necessário, aciona os demais 24 dispositivos de saúde para garantir a estabilização e integridade física e mental dos usuários.

O CAPS III em Samambaia atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, acima de 18 anos idade. Este serviço é de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, com retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.

Os CAPS AD III em Ceilândia, Samambaia e Asa Norte, atendem adultos e adolescentes (acima de 16 anos de idade), com transtornos decorrentes do uso, abuso ou

dependência de substâncias psicoativas (SPA). Esses serviços de saúde mental funcionam 24 horas, incluindo feriados e finais de semana e ofertam entre oito e doze leitos para acolhimento noturno.

Para a RAPS do DF, dois importantes dispositivos hospitalares são referência no atendimento em saúde mental: a Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base e o Hospital São Vicente de Paulo.

- UP/HBDF: presta atendimento em leitos de enfermaria e de pronto socorro para adolescentes entre 13 e 18 anos incompletos, adultos com comorbidades clínicas e idosos.

- HSVP: disponibiliza atendimentos emergenciais em horário integral, pronto socorro e enfermaria especializada em regime de internação de curta e longa permanência para usuários adultos sem comorbidades clínicas. Também existe no serviço o grupo de acompanhamento de internação hospitalar e o grupo de acompanhamento pós internação.

Crianças menores de 12 anos de idade com demandas de sofrimento psíquico, transtorno mental ou necessidades decorrentes do abuso de crack, álcool ou outras drogas, devem ser avaliadas nos Hospitais Regionais e, caso necessário, removidas ao Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) para assistência nos leitos de internação breve. Adolescentes entre 13 e 18 anos incompletos, com as mesmas demandas ou necessidades em saúde mental, também devem ser avaliados nos Hospitais Regionais e caso necessário encaminhados para a UP/HBDF. Pessoas adultas em sofrimento psíquico, após a avaliação clínica em Hospitais Regionais ou UPAS devem ser removidas, caso necessário, conforme suas necessidades clínicas para um dos serviços hospitalares de referência com leitos credenciados.

6.14 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde possui importante papel na composição da Rede de Urgência e Emergência, contribuindo com a análise rápida da situação de saúde e a organização e atuação na resposta de eventos em importância em saúde pública. A vigilância epidemiológica é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. (BRASIL, 1990). Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de

ações de controle de doenças e agravos. Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados, divulgação das informações, investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

“A Vigilância em Saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde. As ações específicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador fazem parte da Vigilância em Saúde, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob a forma de consultas e procedimentos. Portanto, a Vigilância em Saúde busca contemplar os princípios da integralidade e da atenção, combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade da saúde.” Vigilância em Saúde – parte 1; CONASS, 2011, disponível em http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_5.pdf

Com as informações construídas por meio das notificações realizadas pelos diversos níveis de atenção à saúde, as políticas de saúde na Atenção Primária, Ambulatorial Especializada e Hospitalar são elaboradas e ajustadas conforme a dinamicidade que envolve os diversos cenários epidemiológicos.

Linhas de Atuação da Vigilância em Saúde na RUE Segundo Portaria de consolidação número 01, em seu capítulo que dispõe sobre a lista de notificação compulsória de doenças agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional é definido ainda, a obrigatoriedade da notificação.

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, e outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado

coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível. Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo desta portaria.

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória. Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

Nos tópicos a seguir, serão pontuadas as ações de Vigilância que devem ocorrer na perspectiva da RUE, bem como seus fluxos, quando for o caso.

- Executar ações de Vigilância Epidemiológica de Doenças Sexualmente Transmissíveis de notificação compulsória; investigação e acompanhamento de evolução de casos; monitoramento e apoio técnico às ações de atenção à saúde.

- Ações para a prevenção ao HIV por meio da realização da Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP), em conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (2015), no qual define a exposição ao HIV como urgência médica, devendo ser executada idealmente nas primeiras 2 horas após a exposição e no limite de 72 horas, nas situações de definidas (ocupacional e sexual consensual ou mediante violência).

- Executar, de forma complementar, ações de promoção à saúde e prevenção doenças sexualmente transmissíveis, de estímulo ao diagnóstico precoce e adesão ao tratamento. No campo da prevenção de doenças infecciosas, nos últimos anos ampliou-se

a vigilância, prevenção e controle das infecções de transmissão sexual (IST). No que concerne ao HIV e outras IST, foram ampliadas diversas possibilidades de intervenção para sua prevenção e controle. Segundo o Ministério da Saúde (2017) “PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV É uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração as necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus”. Além da oferta de insumos de prevenção (preservativos masculino, feminino e gel lubrificante), devem ser consideradas as ações de oferta de diagnóstico, principalmente com a utilização de testes rápidos, tratamento adequado do HIV e demais IST, ações com base na estratégia de redução de danos, imunização da hepatite B e a oferta de profilaxia pós exposição ao HIV (PEP). Tais medidas, integradas de acordo com as necessidades e especificidades dos segmentos populacionais, garantem melhor resposta à prevenção e controle.

Vigilância em Saúde do Trabalhador de acordo com as Diretrizes de Implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS (Ministério da Saúde, 2014), uma das atribuições da Rede Assistencial em cooperação com a Vigilância em Saúde, nela incluída a RUE, é a notificação de agravos relacionados a saúde do trabalhador. Nesse contexto, a rede de urgência e emergência realizará a notificação dos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, acidentes de trabalho com exposição a material biológico e as intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho. As fichas de notificação deverão ser encaminhadas aos Núcleos de Vigilância Epidemiológica - NVEH Hospitalares para digitação. A investigação dos casos notificados será realizada pelos serviços vinculados à Diretoria do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST-DF) que atua como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

6.15 Resposta às Emergências de Saúde Pública

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), consolidada dentro da GECAMP, do Distrito Federal-DF, faz parte da Rede Nacional de Alerta e Respostas às emergências de Saúde Pública composta por 57 centros ativos, nas 27

Unidades da Federação, em todas as capitais e mais quatro municípios considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde. O CIEVS/GECAMP é a unidade da Secretaria de Saúde do DF responsável por captar, verificar e coletar informações acerca de suspeitas ou ocorrências de situações, agravos ou doenças que se caracterizam como emergências de Saúde Pública as quais são notificadas ao Ministério da Saúde.

O serviço funciona em regime de plantão, 24 horas por dia, 7 dias por semana, incluindo períodos noturnos, feriados e finais de semana, e presta apoio à qualificação da suspeita e linha de investigação que deve ser seguida tanto individual quanto coletiva.

OBJETIVOS

- Identificar emergências epidemiológicas, de modo contínuo e sistemático, por meio de notificação telefônica, eletrônica e busca de informações nos principais meios de comunicação.
- Aperfeiçoar os mecanismos de triagem, verificação e análise das notificações para identificar e responder às emergências epidemiológicas.
- Apoiar as áreas técnicas da SVS e da SESDF na formulação de Planos de Respostas às emergências epidemiológicas, por meio de: informações epidemiológicas oportunas, fomento a estruturação de Unidades de Respostas, dentre outras ações.
- Monitorar e avaliar a implementação dos planos de respostas às emergências epidemiológicas, para os eventos de relevância nacional, pelos seguintes meios, SINAN, Surtos, fax e instrumentos de avaliação desenvolvidos pelo CIEVS/GECAMP.
- Disponibilizar às áreas técnicas da SVS/MS, estrutura física e de tecnologia da informação, para a análise de situação de saúde dos programas prioritários da SVS/MS e,
- Disponibilizar informações oportunas sobre as emergências epidemiológicas de relevância nacional e programas prioritários da SVS/MS.

Segue a lista das doenças de notificação compulsória imediata, definida pela Portaria nº 204 de 2016 do MS, que devem ser realizadas em até 24 horas do atendimento. Ressaltamos que, cada hospital da rede tem um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, que funciona em horário comercial, que deverá receber a notificação na entrada do paciente. O CIEVS/GECAMP deve receber a notificação imediata no período noturno (após as 18 horas até às 7 horas, sábados, domingos e feriados durante as 24 horas).

As ações de investigação epidemiológica, profilaxia e bloqueio vacinal deverão ser realizadas imediatamente pela equipe local (nos horários acima descritos) e com o

CIEVS/GECAMP para evitar interrupção das ações de prevenção e controle, sempre em parceria com equipe local e das áreas técnicas da DIVEP, DIVAL, Lacen e DIVISA.

Doenças e agravos:

- Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes.
- Botulismo.
- Cólera.
- Dengue – óbito.
- Difteria.
- Doenças de Chagas Aguda.
- Doença Invasiva por “Haemophilus Influenza”.
- Doença meningocócica e outras meningites.
- Doença suspeita de disseminação intencional:
 - Antraz Pneumônico, Tularemia e Varíola.
 - Doenças Febris Hemorrágicas Emergentes e Reemergentes: Arenavírus, Ebola, Marburg, Lassa e Febre Purpúrica Brasileira.
- Óbito com suspeita de doença pelo zika vírus.
- Evento de Saúde Pública que se constitua ameaça à saúde (surto de doenças diarreicas ou gastrointestinais, doenças respiratórias agudas em coletividade ou eventos de massa, entre outros).
 - Eventos adversos graves ou óbitos por vacinação.
 - Febre Amarela.
 - Febre do Nilo Ocidental.
 - Febre Maculosa ou outras riquetsioses.
 - Hantavirose.
 - Influenza Humana por novo subtipo viral.
 - Pólio por Poliovírus Selvagem.
 - Peste.
 - Raiva Humana.
 - Síndrome da Rubéola Congênita.
 - Doenças Exantemáticas: Sarampo e Rubéola.
 - Síndrome da Paralisia Flácida Aguda.

- Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus: SARS – Cov, MERS – Cov
- Tentativa de Auto-Extermínio.
- Varicela – Internado grave ou óbito.
- Violência Sexual.

6.16 Sistemas Logísticos e de Apoio à RUE DF

Apoio Diagnóstico e Terapêutico

O funcionamento eficiente dos serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico é fundamental para oferecer as condições mínimas necessárias ao atendimento de urgência e emergência em toda a rede de saúde. No Distrito Federal esses serviços têm sido constantemente atualizados e organizamos conforme a demanda da rede de saúde. Abaixo descrevemos sucintamente como estão distribuídos os referidos serviços:

- Exames de Radiografia: Disponibilizados em todos os Hospitais da Rede SES/DF e Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h);

- Exames de Ultrassonografia: Disponibilizados em todos os Hospitais da Rede SES/DF, dependendo da disponibilidade de médico no local;

- Exames de Tomografia Computadorizada (TC): São exames regulados e disponíveis nos seguintes Unidades: Hospital da Região Leste (HRL), Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Materno Infantil (HMIB), Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Hospital Regional de Samambaia (HRSAM), Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), Hospital Regional do Gama (HRG) e Instituto Hospital de Base (IHB). Todos estes serviços oferecem este tipo de exames em condições de urgência e emergência para os atendimentos, conforme solicitação da equipe que atende os pacientes.

- Exames de Ressonância Magnética (RM): não disponibilizados em nenhuma Região de Saúde no momento, está em tramitação o processo de aquisição com objetivo de atender toda Rede SES-DF, a serem instalados no HRS, HRAN, CRT e HRSM. Entretanto estes exames são oferecidos à rede através da regulação e são prestados aos usuários do SUS no DF por empresas especializadas para a prestação de serviços de Ressonância Nuclear Magnética-RM.

Cumprе ressaltar que está em tramitação um Projeto Estratégico da Central de Laudos que possibilitará a emissão de laudos com tempo de resposta dentro dos prazos mais curtos que os atuais.

Os laboratórios de Patologia Clínica da SES DF têm o objetivo de prestar apoio diagnóstico à população, através da realização de exames laboratoriais. Após o atendimento do paciente pelo corpo clínico e havendo a necessidade de realização de exames laboratoriais, o paciente é encaminhado para o laboratório de Emergência ou a coleta dos exames é realizada no próprio leito do paciente. A demanda sempre é priorizada e os exames são liberados no intervalo entre 2 e 3 horas após a coleta.

Atualmente, a rede pública de atendimento de urgências e emergências da SES/DF conta com 18 Laboratórios de Patologia Clínica que funcionam 24 horas, nos Hospitais e nas UPAS, distribuídos geograficamente no Distrito Federal.

Os seguintes exames laboratoriais estão disponíveis na Rede de Urgências e Emergências da SES/DF:

Exames disponibilizados nos Hospitais Regionais: HEMOGRAMA, VHS, TAP, TTPA, FIBRINOGENIO, TROPONINA, MIOGLOBINA, CKMASSA, CKMB, CPK, BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES, GLICOSE, URÉIA, CREATININA, NA, K, CL, TGO, TGP, MG, FOSFATASE ALCALINA, CÁLCIO, FÓSFORO, PROTEÍNAS TOTAIS, ALBUMINA, GGT, AMILASE, DHL, ÁCIDO ÚRICO, LIPASE, EAS, DENGUE, HIV TESTE RÁPIDO, HCV TESTE RÁPIDO, HBsAg TESTE RÁPIDO, PESQUISA DE LEISHMANIA TESTE RÁPIDO, TESTE RÁPIDO PARA ZIKA, VDRL, TESTES RÁPIDO PARA SÍFILIS, HCG QUALITATIVO TESTE RÁPIDO.

Exames disponibilizados nas UPAs: HEMOGRAMA, TROPONINA, MIOGLOBINA, CKMASSA, CKMB, CPK, GLICOSE, URÉIA, CREATININA, NA, K, CL, TGO, TGP, FOSFATASE ALCALINA, MG, CÁLCIO, FÓSFORO, PROTEÍNAS TOTAIS, ALBUMINA, GGT, AMILASE, ÁCIDO ÚRICO, LIPASE, EAS, DENGUE, TESTE RÁPIDO PARA HIV, HCG QUALITATIVO TESTE RÁPIDO, TESTES RÁPIDO PARA SÍFILIS, HCV TESTE RÁPIDO, HBsAg TESTE RÁPIDO.

Exames laboratoriais necessários ao atendimento dos pacientes das urgências e emergências que não são realizados nos laboratórios de urgência, são coletados e encaminhados para realização nos laboratórios de rotina da Rede SES/DF.

6.17 Central de Regulação de Urgência e Emergência

Responsável por promover o acesso às Unidades de Urgência e Emergência, além das internações hospitalares em leitos gerais clínicos e cirúrgicos e leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico e neonatal, baseado em critérios de classificação de risco, protocolos clínicos e de regulação, através do gerenciamento dos processos regulatórios relacionados ao acesso à internação hospitalar, funciona ininterruptamente, 24 horas por dia, sete dias por semana, com uma equipe composta por médicos reguladores, enfermeiros controladores e médicos supervisores, os quais desenvolvem atividades complementares e distintas para:

- 1) Regulação de Leitos de UTI e UCIN.
- 2) Regulação de Leitos Gerais Clínicos e Cirúrgicos. Ainda em implantação.

FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE VAGA EM UTI NA REDE SES/DF

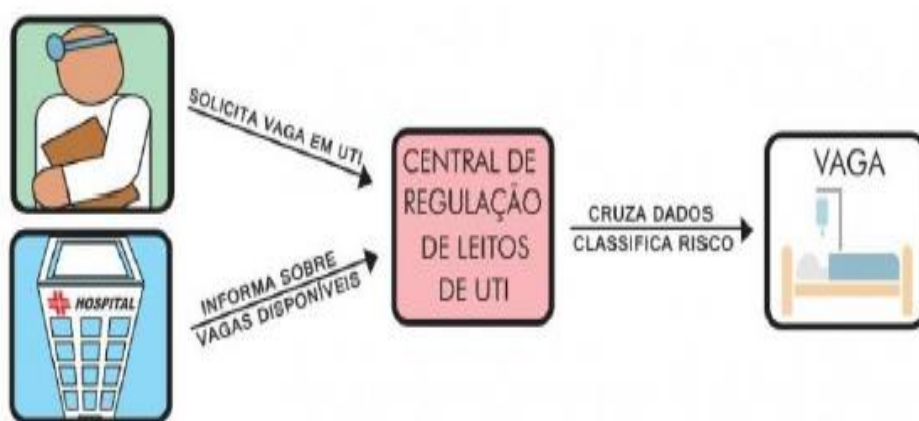


Figura 6: Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH)

Regulação de Leitos Gerais – Panoramas 1,2 e 3

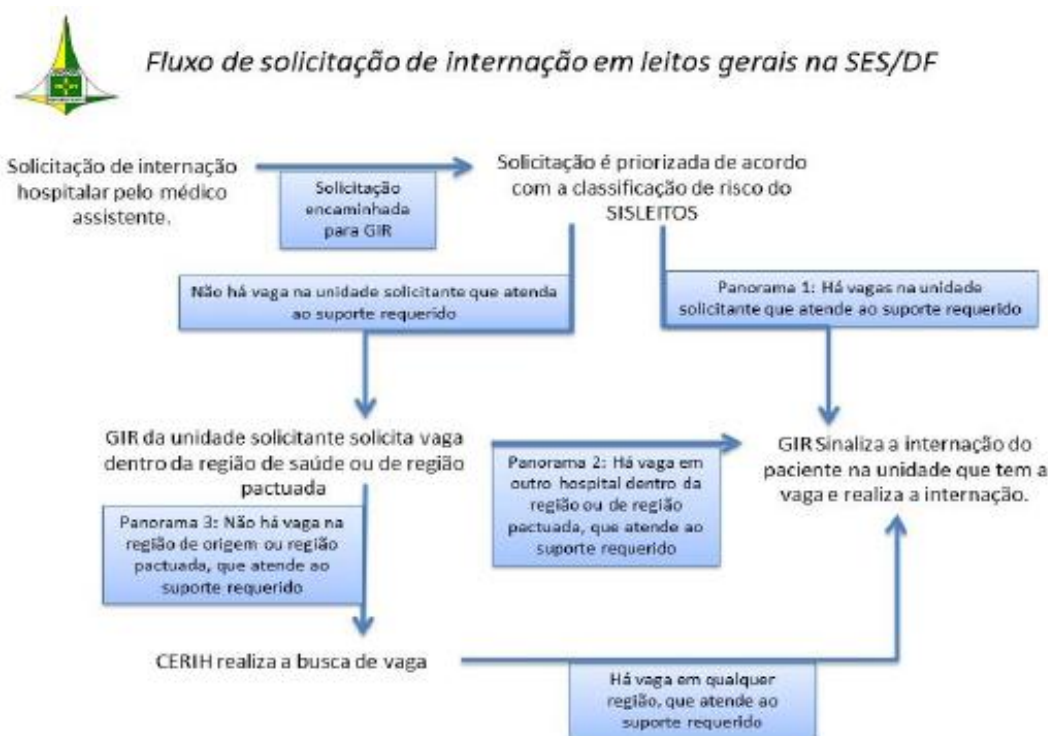


FIGURA 7: Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH)

6.18 Central de Regulação de Transporte Sanitário

Ainda em implantação, esta Central objetiva a prestação de serviços à população que garantam acesso equânime, ordenado, adequado, oportuno e que atendam às necessidades do usuário do sistema de saúde. A fim de garantir maior mobilidade para remover e retirar paciente para as UTIs, agilizando a rotatividade de leitos, e com o objetivo de otimizar o tempo médio de resgate do SAMU no atendimento móvel pré-hospitalar, é necessária a contratação de serviço complementar de transporte sanitário.

Essa implantação teve como base a publicação Resolução CIT nº13, de 23 de fevereiro de 2017, que dispõe sobre as diretrizes do Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. O sistema a ser utilizado para apoio da regulação de transporte sanitário está em fase de desenvolvimento.

7. A Estrutura de Gestão das Urgências e Emergências no Distrito Federal

Em atendimento às diretrizes do Ministério da Saúde, para o devido planejamento e acompanhamento das ações da Rede de Urgência e Emergência, foi republicado o Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências e Emergências por meio da Ordem de Serviço SAIS/SES nº 115 de 08/08/2018 DODF 152, de 10/08/2018 composto por representantes da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, das Subsecretarias de Planejamento em Saúde e de Vigilância à Saúde e do Complexo Regulador do Distrito Federal.

Compete ao Grupo Condutor:

- I. Apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da RUE;
- II. Implantação / implementação das linhas de cuidado da Síndrome Coronariana Aguda, Acidente Vascular Cerebral e Trauma conforme as portarias ministeriais 20 vigentes;
- III. Coordenação e apoio técnico às fases de adesão e diagnóstico, desenho regional da Rede de Urgência, qualificação dos componentes para operacionalização da Rede de Urgência;
- IV. Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de operacionalização das redes das linhas de cuidados;
- V. Monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação das linhas de cuidado da Síndrome Coronariana Aguda, Acidente Vascular Cerebral e Trauma;
- VI. Organizar oficinas de trabalho e consolidar informações técnicas;
- VII. Elaborar documentos para apoio técnico;
- VIII. Viabilizar estratégias de capacitação;
- IX. Promover levantamento e propor adequação das práticas de gestão utilizadas e protocolos clínicos;
- X. Monitorar por intermédio de indicadores, ações e metas programadas o andamento dos objetivos da implantação das linhas de cuidado da Síndrome Coronariana Aguda, Acidente Vascular Cerebral e Trauma;
- XI. Apresentar semestralmente ao Colegiado de Gestão da SES, relatórios de desempenho global, tendo como parâmetro os resultados previstos pela comissão e portaria ministerial.

Este Grupo Condutor reúne-se quinzenalmente, de forma a viabilizar a elaboração do Plano de Ação Regional e a proposição das estratégias necessárias para implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na SES/DF.

Para organizar a estrutura de Gestão da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal, partimos do princípio que a Regionalização deve ser respeitada em suas diretrizes e objetivos, e dentre os objetivos da contratualização/acordos destacam-se:

- Melhorar o nível de saúde da população;
- Responder com efetividade às necessidades em saúde;
- Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde;
- Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar;
- Coordenar as atividades das partes envolvidas;
- Assegurar a produção de um excedente cooperativo;
- Distribuir os frutos da cooperação;
- Assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e
- Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão.

Dessa forma foi incentivado pelo Grupo Condutor Central da RUE a criação e publicação também por Ordem de Serviço, de Grupos Condutores Regionais de Urgência e Emergência, com objetivo de realizar as discussões, fazer planejamento e monitoramento das ações da rede também de forma regionalizada, dando mais eficiência gestora no uso dos recursos existentes em cada região, bem como corresponsabilizar todos os envolvidos na construção e manutenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal.

Para a finalidade de discutir e promover o contato entre toda a Rede da SES DF e a Administração Central, foi criado também o Colegiado Gestor da Rede de Urgência e Emergência que é composto por componentes de todos os grupos condutores, o central e os regionais. Este Colegiado, que se reúne mensalmente, é consultivo e tem o papel fundamental de alinhar objetivos, ações e organizar a Rede de Urgência e Emergência da SES DF acompanhando seu funcionamento e desempenho.

Com relação à gestão da Rede por Unidades Orgânicas dentro do organograma da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, na Administração Central a Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde – SAIS é a responsável, por meio da Coordenação de Atenção Especializada – CATES, que conta com a Diretoria de Serviços de Urgência, Apoio Diagnóstico e Cirurgias – DUAEC e com a Gerência de Serviços Fixos de Urgências e Emergência – GASFURE. Esta estrutura tem interface técnica com a Diretoria do Serviço Móvel de Urgência – SAMU 192, que é localizado regimentalmente a fim de operacionalização, no Complexo Regulador do Distrito Federal.

Nas Regiões de Saúde, as Superintendências contam com os Diretores Hospitalares e seus Gerentes de Emergência e Gerentes de Regulação Interna (que realizam o trabalho de regulação com interface com o Complexo Regulador Central) e com os Diretores Regionais de Atenção Secundária que agrupam as Gerências das Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h e os CAPS (conforme se distribuem nos territórios).

Estas estruturas estão sempre representadas nos Grupos Condutores Central e Regionais e no Colegiado de Gestão, para dar maior governabilidade a estas instâncias.

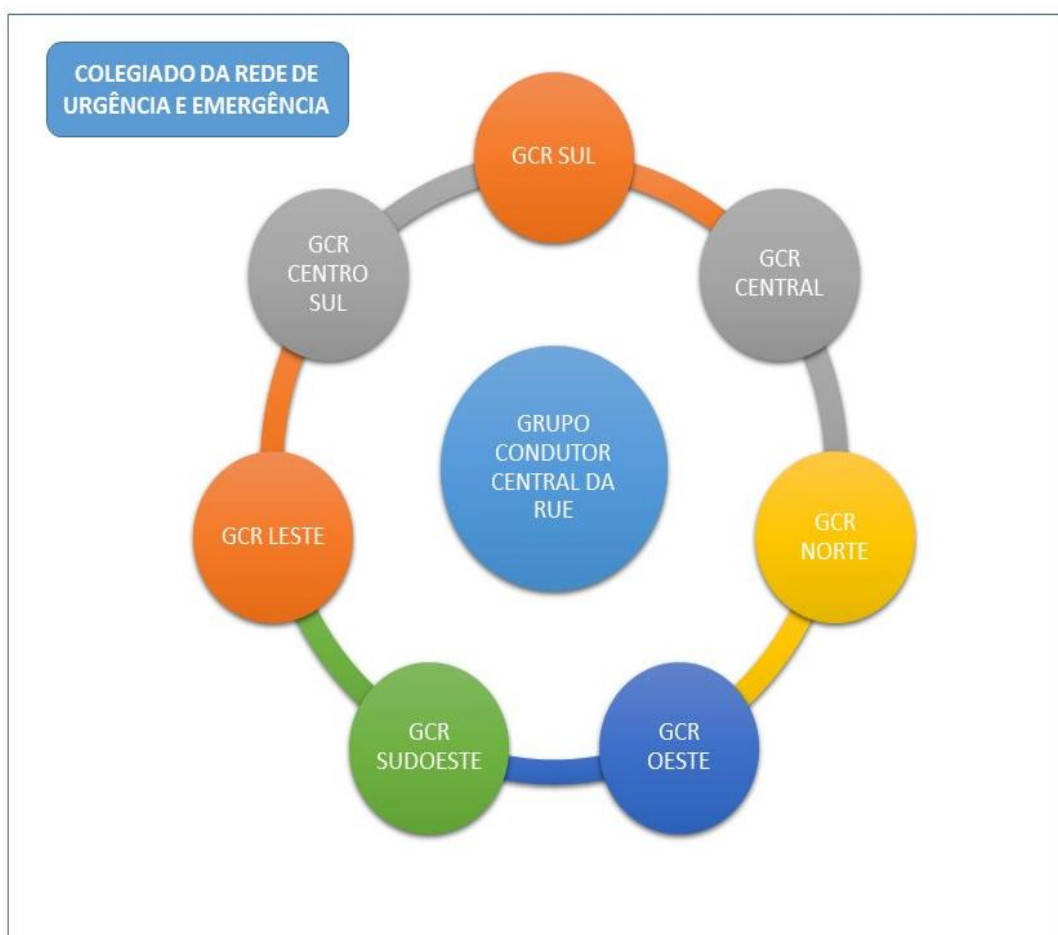


Figura 8 – Colegiado da Rede de Urgência e Emergência

O grupo condutor central e seus representantes são a instância técnica da área da urgência e emergência, excluindo do seu escopo de ação as deliberações orçamentárias e/ou contratações.

8. Linhas de Cuidado

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 198, descreve a integralidade do atendimento como um dos princípios para as ações e serviços públicos de saúde. O conceito de Atenção Integral à Saúde é defendido na 10ª CNS, e a definição de seus princípios romperam teórica e politicamente com os conceitos de Atenção Básica, Secundária e Terciária em Saúde. Conceitos estes articulados no formato da tradicional pirâmide, utilizando-se de encaminhamentos burocráticos através da rede de referência e contra referência. A partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde o cuidado passaria a ser articulado no formato de um círculo – através da gestão clínica e por linhas de cuidado.

Esta mudança, contudo, ainda não é verificada, tanto nas ações e serviços de saúde do Brasil, quanto nas bases conceituais dos processos de formação e de gestão.

A Atenção Integral à Saúde baseia-se, em verdade, na superação do modelo de gestão e de atenção à saúde, fragmentado e com organização centrada, para um modelo com foco inarredável nas necessidades de saúde da população. Seus princípios (integralidade, acolhimento, acessibilidade, qualidade, resolutividade, vínculo, compromisso, responsabilização e humanização), interconectam a realidade socioeconômica, cultural e demográfica da população. A integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo. Essa visão de sistema integrado de saúde tem como representação nuclear uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes pontos de atenção relacionando o Projeto Clínico e à Governança, às representações e valores coletivos.

A integração do cuidado consiste na coordenação persistente das práticas clínicas destinadas a atender as necessidades do indivíduo que sofre com problemas de saúde, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articulados no tempo e espaço, conforme os conhecimentos disponíveis.

Dentro deste conceito de integralidade do cuidado destacam-se as Linhas de Cuidado (LC) como uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância, visando à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais.

A implantação de LC deve se dar a partir de unidades da Atenção Primária a Saúde (APS), que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Alguns pressupostos, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados, devem ser observados para a efetivação das LC.

A Linha de cuidado é definida, portanto, como um tipo de relação de cuidado com vistas a indivíduos e coletivos em suas necessidades sociais de cuidado. Esta vai desde sua entrada no sistema através de serviços de urgência, de clínicas ou de consultórios, de centros de atenção básica passando por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e chegando aos serviços de especialidades e hospitalares, entre tantos outros possíveis. Estes serviços se congregam na responsabilização por aquele indivíduo ou por aqueles coletivos. Sua consecução pressupõe uma eficaz, eficiente e efetiva rede de ações e de serviços, com profissionais suficientes, competentes e qualificados para dar-lhe cumprimento, além de recursos compatíveis com a ideia de integralidade e de humanização do cuidado.

Nesta perspectiva, as linhas de cuidado podem ser compreendidas enquanto modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção, assistência e reabilitação, voltadas para as especificidades de grupos ou mesmo a necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, como também, uma visão global de suas condições de vida. Ou seja, engloba um conjunto de tecnologias e recursos a serem utilizados, centrada no paciente ou em grupos de pacientes e perpassando pelos diversos pontos de atenção à saúde: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação e operando vários serviços que funcionam de forma articulada e centrada no usuário. São eixos centrais de ações integrais de cuidado compostos por guias, fluxos, protocolos clínicos e de atenção, atribuição de responsabilidades sanitária e de gestão e por outros instrumentos que viabilizem a continuidade do processo de atenção à saúde na integralidade de cada linha de cuidado. No contexto das linhas de cuidado relacionadas a quadros agudos ocorre uma alteração na ordenação da mesma passando então a ser seu fluxo iniciado nas portas de urgência e emergência.

Dentro deste contexto das Linhas de Cuidado oferecendo à população cuidado integral à saúde e considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade, e ainda que para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários

na área de urgência e emergência é necessário considerar o perfil epidemiológico no Brasil, onde se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e acidentes de trânsito até os 40 (quarenta) anos e acima desta faixa uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, este plano, incorporando os princípios e as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Governo do Distrito Federal, representa a proposta da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) para qualificar e humanizar a atenção aos usuários do SUS, prioritariamente, no que tange às Linhas de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e síndromes Coronarianas Agudas, do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e do Trauma.

8.1 Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e Síndromes Coronarianas Agudas

O objetivo do estabelecimento da Linha de Cuidado cardiovascular, assim como no caso das demais linhas de cuidado é articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários portadores de doenças cardiovasculares agudas. Implica, portanto em ações que tem por finalidade prevenir, tratar e reduzir a mortalidade por Doenças cardiovasculares no âmbito do DF, englobando a detecção, prevenção, tratamento dos fatores de riscos, tratamento do evento agudo na fase hospitalar (fase aguda) e o acompanhamento e reabilitação após a alta hospitalar (fase crônica). O infarto agudo do miocárdio é responsável por cerca de 60.080 óbitos no Brasil, sendo considerada a principal causa isolada de morte no país. Esses dados coincidem com aqueles encontrados em países desenvolvidos. Não se tem conhecimento do número exato de infartos que ocorrem anualmente no Brasil, mas estima-se em 300 a 400 mil casos anuais, o que levaria a um óbito para cada 5 a 7 casos, conferindo a esta doença, uma elevada taxa de mortalidade apesar dos inúmeros avanços terapêuticos obtidos na última década.

Levando em consideração estes dados o Ministério da Saúde através da Portaria MS Nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011, aprovou a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, com o intuito de assegurar o atendimento qualificado aos pacientes e consequentemente diminuir a morbimortalidade. Nas Unidades assistenciais de saúde da Secretaria de Estado Saúde do DF (SES/DF) são utilizados hoje os Protocolos para o tratamento do Infarto Agudo do

Miocárdio (IAM) e demais Síndromes Coronarianas. Protocolos estes baseados nas Diretrizes Brasileiras de Cardiologia e em Estudos Clínicos Multicêntricos.

O infarto agudo do miocárdio por sua alta prevalência, morbidade e mortalidade torna-se hoje um desafio para os serviços de saúde. Estudos epidemiológicos revelam taxas de mortalidade geral ao redor de 30%, sendo que metade dos óbitos ocorre nas primeiras duas horas do evento o que evidencia a importância do atendimento pré-hospitalar e o diagnóstico precoce. Outros 14% dos pacientes acometidos evoluem a óbito antes de receber atendimento médico. Contudo os pacientes admitidos nos serviços de emergência precocemente mostraram se beneficiar enormemente com os avanços terapêuticos das últimas décadas.

A mortalidade intra-hospitalar, que se encontrava ao redor de 30% antes de 1960, diminuiu para 16% com o advento das unidades coronarianas. Posteriormente, com o desenvolvimento de drogas fibrinolíticas e da angioplastia primária, as taxas declinaram até cerca de 6 a 8% nos primeiros 30 dias após o infarto. Esses dados vêm comprovar que o prognóstico desses pacientes depende fundamentalmente da agilidade em alcançar um serviço médico e na eficiência desse serviço em obter a reperfusão coronariana o mais rapidamente possível.

Segundo dados do DATASUS, morrem anualmente no Brasil cerca de 66.000 pessoas vítimas de infarto agudo do miocárdio (IAM). Apesar dos inúmeros avanços terapêuticos obtidos nas últimas décadas, a SCA é ainda uma das mais importantes causas de morte da atualidade.

No DF no ano de 2012 segundo estatísticas da Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Contratualização (SUPRAC) entre as 117.693 internações clínicas nos serviços hospitalares do sistema de saúde pública do DF, 918 foram internados para tratamento de infarto agudo do miocárdio, correspondendo a 0,53% de todas as internações clínicas, destes 11,76% evoluíram a óbito durante o período da internação.

A síndrome coronariana aguda (SCA) engloba um grupo de entidades que incluem o infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST (IAM CST), IAM sem supradesnivelamento do segmento ST (IAM SST) e a angina instável. Esta diferenciação possui caráter essencial na definição do tratamento imediato mais adequado do IAM CST através de técnicas de reperfusão miocárdica. O grande desafio é tornar o tratamento da SCA, principalmente neste primeiro momento, do IAM com Supra

Desnívelamento de ST, disponível para a população como um todo, promovendo efetivamente a redução da letalidade da doença cardiovascular no DF e Entorno.

A SES/DF vem adotando medidas públicas de grande impacto para vencer este desafio, objetivando reduzir a mortalidade cardiovascular no DF. Dentre as novas modalidades terapêuticas, destacam-se as terapias de reperfusão miocárdica, que são a Trombólise Mecânica (ANGIOPLASTIA PRIMARIA) e a Trombólise Química (FIBRINOLÍTICOS).

A restauração do fluxo coronariano é o principal objetivo terapêutico nas SCA, principalmente no IAM com supra desnívelamento de ST, no qual a trombose coronariana é o principal mecanismo fisiopatológico, que leva à interrupção do fluxo coronariano. Consideram-se duas formas principais para a reperfusão coronariana: a química, realizada através da utilização de agentes trombolíticos, e a mecânica, através da angioplastia primaria. A revascularização miocárdica cirúrgica é reservada atualmente para casos selecionados, de alto risco, em que não houve sucesso ou há contraindicação para os outros dois métodos.

A possibilidade de realização de trombólise química em ambiente pré-hospitalar e a ampla disponibilidade dos agentes trombolíticos tornam este tratamento de eleição em muitos sistemas de saúde, porém o melhor tratamento encontra-se na angioplastia primária, que oferece a vantagem de levar à revascularização completa em 90 a 95% dos pacientes, mostrando sua maior efetividade, como também menores taxas de complicações tardias, como insuficiência cardíaca e diminui consideravelmente a permanência hospitalar.

Os benefícios da reperfusão e, em especial, da angioplastia primaria sobre a trombólise química, dependem em muito do tempo até o início do tratamento. Segundo as diretrizes atuais, (III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. Arq. Bras. Cardiol. 2004; 83 Suppl 4:1-86) o tempo de espera para o início da terapia trombolítica desde o primeiro contato com o paciente (tempo porta-agulha) deve ser inferior a 30 minutos e, para que o benefício da angioplastia primaria esteja presente, a espera até a insuflação do balão (tempo porta-balão) deve ser inferior a 90 minutos, sendo que o atraso (tempo porta-balão menos tempo porta agulha) não seja superior a 60 minutos. A escolha, portanto da melhor estratégia de reperfusão no IAM depende de fatores relacionados à disponibilidade regional de recursos e pode variar de região para região.

É prioridade da SES/DF o fornecimento do tratamento mais adequado para o IAM com supra desnivelamento de ST (IAM CST) para toda população do DF e entorno.

8.2 Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral

As Doenças Cerebrovasculares (DCV) entre elas o Acidente Vascular Cerebral (AVC) encontra-se entre as principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo sua ocorrência mais frequente na população acima de 60 anos de idade. No Brasil o AVC tem sido responsável por mais óbitos que a doença coronariana desde a década de 60, fato este que diferencia nosso país dos demais países do hemisfério ocidental. O AVC isquêmico (AVCI) representa, segundo diferentes estatísticas, cerca de 53% a 85% dos casos de AVC.

O Acidente Vascular Cerebral - AVC é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma síndrome clínica que consiste no desenvolvimento súbito de distúrbios clínicos focais da função cerebral ou global no caso do coma, que duram mais de 24 horas ou conduzem à morte sem outra causa aparente que não uma de origem vascular. A DCV encontra-se também como a segunda causa mais comum de demência, a causa mais frequente de epilepsia no idoso e uma causa frequente de depressão.

Durante as últimas duas décadas, um número crescente de evidências mudou a percepção tradicional de que o AVC seria simplesmente uma consequência do envelhecimento que conduziria inevitavelmente à morte ou a sequelas severas e permanentes, passando então a ser considerado como uma doença tratável. Evidências acumuladas apontam para estratégias de prevenção primária e secundária, mais eficazes, melhor reconhecimento dos grupos e fatores de risco e assim à necessidade de uma atuação ativa, intervenções eficazes, e uma compreensão dos processos de cuidado que contribuem para um melhor resultado.

O interesse geral pelo estudo da fisiopatologia das Doenças Cerebrovasculares fez com que a mesma fosse dividida em dois grandes grupos: aquele das Doenças cardio-embólicas e o das patologias atero-trombóticas. Neste sentido os estudos avançaram para o conhecimento dos fatores de risco e das similaridades e diferenças desta patologia com as doenças vasculares de modo geral e principalmente com as doenças cardiovasculares. Foram então desenvolvidos protocolos clínicos para prevenção e tratamento das doenças cerebrovasculares no intuito de diminuir a incidência de quadros agudos e principalmente de quadros recorrentes de lesões isquêmicas cerebrais.

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs), classificados como hemorrágicos ou isquêmicos, tem este último como sendo mais frequente, representando em torno de 85% dos casos segundo estudos estatísticos mundiais, sendo a aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais responsável pela maioria dos AVCs, sejam hemorrágicos ou isquêmicos. Cerca de 20% casos são secundários ao desprendimento de êmbolos cardiogênicos, mais comumente associados à fibrilação atrial intermitente e nestes casos denominados cardio-embólicos. No entanto, cerca de 30% dos AVCs permanecem como idiopáticos após extensa investigação etiológica.

Clinicamente, tanto o AVC hemorrágico quanto o isquêmico são caracterizados pelo aparecimento súbito de déficits neurológicos focais característicos da região cerebral envolvida e, portanto da circulação cerebral afetada.

Na doença isquêmica, assim como nos quadros de Doenças Isquêmicas Cardíacas, a obstrução vascular embólica ou trombótica leva a uma isquemia das células neuronais comprometendo o território irrigado pelo vaso obstruído e que a lesão tecidual evolui progressivamente conforme o tempo de isquemia e o grau de oclusão vascular.

Frente a estes conceitos o AVC passou a ser tratado como uma emergência neurológica, onde o tempo para reconhecimento dos sintomas e início da abordagem clínica, tem relação direta com o prognóstico clínico do paciente o que significa que o atraso no reconhecimento dos sintomas clínicos e no início da abordagem terapêutica levam a uma pior evolução com aumento significativo da morbimortalidade.

No contexto de uma emergência médica a mesma deve ser conduzida prontamente por equipe médica coordenada por Neurologista, a partir de protocolos e fluxos bem definidos. A Portaria MS Nº 665, de 12 de abril de 2012, aprova a Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral – AVC e em seu anexo I apresenta suas Diretrizes Clínico-assistenciais.

À luz destes novos conceitos passou-se a usar o chamado geral de que “tempo é cérebro” no intuito de contextualizar os critérios de construção dos fluxos de atendimento de urgência aos pacientes portadores de Doenças Cerebrovasculares. Tal critério temporal torna-se essencial no contexto desta linha de cuidado tendo em vista que a demora na identificação dos sintomas, na suspeição clínica e início de tratamento aumentam significativamente a taxa de mortalidade hospitalar e a incidência de sequelas definitivas e limitantes da qualidade de vida.

A Alteplase (rt-PA) por ser uma droga que possui a capacidade de dissolver o coágulo que encontra-se obstruindo a luz do vaso, é capaz de proporcionar o retorno da circulação e consequentemente diminuir o tempo de isquemia e a extensão da área tecidual comprometida. Por ter mostrado promover menor número de complicações hemorrágicas que outras drogas fibrinolíticas como a estreptoquinase, por exemplo, tornou-se a medicação de escolha para o tratamento da fase hiperaguda do AVC isquêmico (AVCI).

Estudos clínicos evidenciaram que os melhores resultados e a menor incidência de complicações hemorrágicas durante e após o tratamento eram obtidos quanto menor fosse o tempo decorrido entre o início dos sintomas até o início do tratamento trombolítico. Com estes estudos os protocolos clínicos acabaram por definir que o tempo ideal recomendado para início do tratamento seria de até 4 horas desde o início dos sintomas, estando preferencialmente entre 60 minutos e 3 horas. A este critério de tratamento deu-se o nome de Tempo porta-agulha considerado como o intervalo de tempo calculado em minutos compreendendo o tempo entre a admissão do paciente e o início da administração da medicação (Alteplase).

No intuito de permitir a suspeição clínica ou o diagnóstico precoce do quadro foram criadas e implementadas rotinas e protocolos de atendimento e reconhecimento pré-hospitalares (ANEXO XI). Estas rotinas têm sido divulgadas à população e às unidades de atendimento em baixa complexidade e unidades pré-hospitalares para reconhecimento imediato dos principais sinais e sintomas de AVC de modo a permitir socorro imediato e o encaminhamento responsável e qualificado para unidades de referência no tratamento do AVC hiperagudo.

A DCV possui atualmente uma incidência de 13,8% na população acima de 60 anos, permanecendo há duas décadas como a principal causa de morte na população idosa no Brasil.

Segundo dados do DATASUS, a idade média para ocorrência do AVC é de 65,3 anos sendo o percentual médio de mortalidade no Brasil de 20,6% do total de casos internados.

Observa-se, no entanto um aumento da incidência de AVC em adultos jovens e não podemos deixar de considerar sua ocorrência em crianças.

Assim como nas Doenças cardiovasculares o reconhecimento e a atuação precoce sobre os fatores de risco para as doenças vasculares são determinantes na melhoria de

vida dos pacientes e na diminuição das taxas de prevalência destas patologias, além de reduzirem as chances de episódios agudos e sequelas severas.

8.3 Linha de Cuidado do Trauma

Entende-se por Linha de Cuidado ao Trauma o processo integrado de atenção ao paciente vítima de trauma, que articula os pontos de atenção da Rede de Urgências e Emergências (RUE), com vistas à prevenção dos agravos, garantia de padrões adequados de acessibilidade aos recursos tecnológicos, à gravidade dos casos e à continuidade do cuidado, com atribuição prévia de responsabilidades assistenciais e mecanismos de regulação, coordenação, comunicação e transporte sanitário entre os diversos serviços e respectivos gestores.

O Trauma corresponde às causas externas de lesão podendo estar relacionadas ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras, bem como às violências incluindo agressões/homicídios, suicídios, tentativa de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos. Representam um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência no Brasil, e que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população, com profundas repercussões nas estruturas sociais, econômicas e políticas de nossa sociedade.

Entre as causas de trauma, incluem-se os acidentes e a violência, que configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, e do qual fazem parte as causas ditas acidentais e as intencionais. Segundo dados da OMS 2008 as causas externas respondem por mais de cinco milhões de mortes em todo o mundo em um ano, respondendo, portanto a cerca de 9% da mortalidade mundial.

Nas últimas décadas evidencia-se um crescimento constante das causas externas como causa de morte. Observa-se uma distribuição desigual da população atingida, acometendo mais comumente pessoas na faixa etária de 01 a 39 anos e pessoas do sexo masculino. No Brasil as causas externas estão em terceiro lugar entre as causas de morte, assumindo, contudo nesta faixa estaria o primeiro lugar.

Estima-se que no mundo ocorram anualmente mais de 1,2 milhões de mortes e mais de 50 milhões de feridos decorrentes de acidentes de trânsito. As mortes atingem principalmente os usuários mais vulneráveis neste ambiente: pedestres, ciclistas e motociclistas.

Outras causas de morbimortalidade são as queimaduras, quedas, afogamentos, envenenamentos, intoxicações, dentre outras, sendo que as queimaduras atingem principalmente crianças abaixo de cinco anos e idosos, sendo responsáveis por cerca de 61 240 mil mortes no mundo segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os afogamentos e submersões causam 450 mil mortes anuais, atingindo principalmente crianças até 14 anos de idade e as quedas cerca de 283 mil mortes anuais, atingindo principalmente a população idosa. (Causes of death 2008 summary tables. May 2011. Health statistics and informatics Department, World Health Organization, Geneva, Switzerland, em <http://www.who.int/evidence/bod>.)

Em relação às internações por causas externas, destaca-se que a taxa de internação hospitalar foi de 48,5/10 mil habitantes, sendo o risco de internação entre homens 2,5 vezes o risco estimado entre as mulheres (Ministério das Cidades, DENATRAN - Departamento Nacional de Trânsito, RENAVAM-Registro Nacional de Veículos Automotores).

O Ministério da Saúde juntamente com os demais órgãos governamentais vem promovendo ações com intuito de reduzir a morbimortalidade decorrente do trauma no Brasil, estas ações vem se desenvolvendo por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção à saúde e também pelo incentivo à implantação da Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Urgências e Emergências, a fim de incrementar e implementar a Rede de Atendimento ao Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso eficaz, eficiente e resolutivo e a atenção integral ao paciente politraumatizado. São Objetivos definidos na criação da Linha de Cuidado ao Trauma:

1. Desenvolver ações voltadas à vigilância e prevenção do trauma por meio de incentivo para implantação de núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (PVPS) e projetos de prevenção relacionados ao trauma.
2. Habilitar Centros de Trauma, para realização do atendimento integrado e inclusivo com um modelo hierarquizado e referenciado;
3. Ampliar e ordenar acesso regulado e eficiente dos pacientes vítimas de trauma aos cuidados qualificados em todos os pontos de atenção da RUE, dirigindo-o ao ambiente adequado à complexidade exigida;
4. Ampliar e qualificar a oferta de leitos hospitalares (adultos e pediátricos), a exemplo de UTI, de leitos de retaguarda clínicos, cirúrgicos e de cuidados de longa permanência aos pacientes vítimas de trauma; além dos cuidados de reabilitação;

5. Incentivar e desenvolver processos educativos (capacitações, treinamentos e aperfeiçoamentos) para os profissionais de saúde (gestores e trabalhadores) envolvidos na atenção ao trauma em todos os seus níveis e pontos de atenção (Atenção Básica, Atenção Domiciliar, SAMU, UPA, Sala de Estabilização, Hospitais, Ambulatórios de Reabilitação e Centros de Especialidade), inclusive para aqueles que atuam diretamente nas centrais de regulação de urgência e internação;

6. Instituir adequada retaguarda ambulatorial especializada para a assistência sequencial após a alta hospitalar, atenção domiciliar, reabilitação, reintegração social e ao trabalho – centros especializados em reabilitação (CER);

7. Definir a Linha de Cuidado ao Trauma desde a cena até a atenção hospitalar e reabilitação;

8. Garantir leitos de retaguarda de urgência para continuidade do cuidado aos pacientes vítimas de trauma;

9. Promover a integralidade da assistência ao paciente vítima de trauma por meio de diretrizes de atendimento regulatórias, com grades de referência entre os serviços da RUE;

Os Hospitais com habilitação em Centro de Trauma níveis I, II e III, são estabelecimentos hospitalares integrantes da RUE, que desempenham o papel de referência especializada para atendimento aos pacientes vítimas de trauma.

Centros de Trauma Nível I (CT I): são estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento ao paciente politraumatizado, localizando-se em Hospitais Gerais. Deverá possuir equipe específica na porta de urgência capacitada em urgência e emergência para atendimento às vítimas de trauma de média complexidade; além de possuir equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma que são de competência desse nível de atenção, não comprometendo desta forma o atendimento das portas de urgência. Na Rede de Urgência e Emergência do DF são considerados Centros de Trauma Nível I as Emergências Hospitalares que compõem a rede de saúde do DF.

Centro de Trauma Nível II (CT II): são estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência regional para atendimento ao paciente politraumatizado, localizados em Hospital Especializado. Deverá possuir equipe específica na porta de urgência capacitada em urgência e emergência para atendimento às vítimas de trauma de média e alta complexidade, em regime de plantão 24 horas, além

de heliporto e leitos de UTI geral. Na rede de Urgência do DF são Centros de Trauma Nível II os Hospitais Regionais de Sobradinho, Ceilândia, Gama e Leste.

Centro de Trauma Nível III (CT III): são estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência especializada multidisciplinar para atendimento ao paciente politraumatizado grave, localizando-se em Unidade Hospitalar Especializada, além disto é responsável pela formação e capacitação de recursos humanos, com educação continuada para atendimento ao trauma. Deve oferecer exames de ressonância magnética, tomografia computadorizada, possuindo leitos de UTI especializados em trauma e neurocirurgia. O IHB dentro da RUE do DF foi estabelecido como Centro de Trauma Nível III, sendo referência para todos os demais hospitais da rede.

9. Legislação Vigente

- Lei 8.080/90 – Lei Orgânica do SUS
- Lei 8.142/90 – Lei do Controle Social no SUS
- Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011 - Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.
- Portaria Nº 1.601, de 7 de julho de 2011 - Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- Portaria Nº 2.026, de 24 de agosto de 2011 - Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
- Portaria Nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 - Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS.
- Portaria Nº 386 de 27 de julho 2017 – Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal.
- Portaria Nº 408 de 03 de agosto de 2017 – Disciplina o funcionamento e estrutura de serviços das Gerências de Emergência dos Hospitais da Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal.

10. Diagnóstico Situacional das Emergências no DF

Para composição do diagnóstico situacional foram extraídas informações dos sistemas oficiais utilizados pela SES-DF, sendo eles: SIGRH, SAI-SUS, SESPLAN, CNES, SISLEITO.

Apresenta-se abaixo um breve diagnóstico situacional dos Serviços de Emergência da rede pública do Distrito Federal, bem como informações referentes às principais causas de internação e óbito nestes locais.

10.1 A força de trabalho nos serviços de emergência

As portarias SES/DF 386/2017 e 408/2017, estabeleceram os princípios organizativos e dimensionamento de pessoal nos serviços de urgência e emergência.

Quanto aos médicos emergencistas, a atual

Atualmente todos os serviços possuem clínica médica em funcionamento, contudo, observa-se que ainda não se alcançou todo o quantitativo necessário de profissionais.

No gráfico abaixo, apresenta-se a distribuição de horas disponíveis entre os serviços hospitalares e UPAs da RUE-DF.

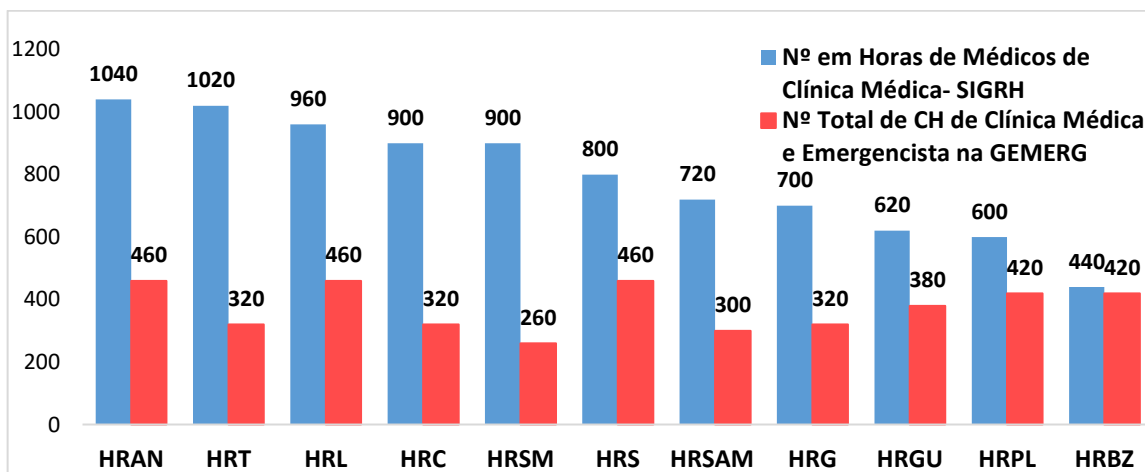


Gráfico 1 – Número de horas de médicos na clínica e na GEMERG

A realidade de limitado recursos médicos também é observada nas UPAs, com destaque as unidades de Sobradinho e Ceilândia, que apresentaram os menores quantitativos respectivamente, 340 e 400 horas.

UPA	Nº em horas de médicos disponíveis
Ceilândia	400
São Sebastião	540
Recanto das Emas	480
Samambaia	500
Sobradinho	340
Núcleo Bandeirante	540

Tabela 5 – Número de horas de médicos na UPA

Frente ao déficit expostos anteriormente, o gráfico 2 e a tabela 3 trazem o quantitativo de horas necessário para suprir as necessidades de médicos emergencistas nos serviços hospitalares de emergência e UPAs.

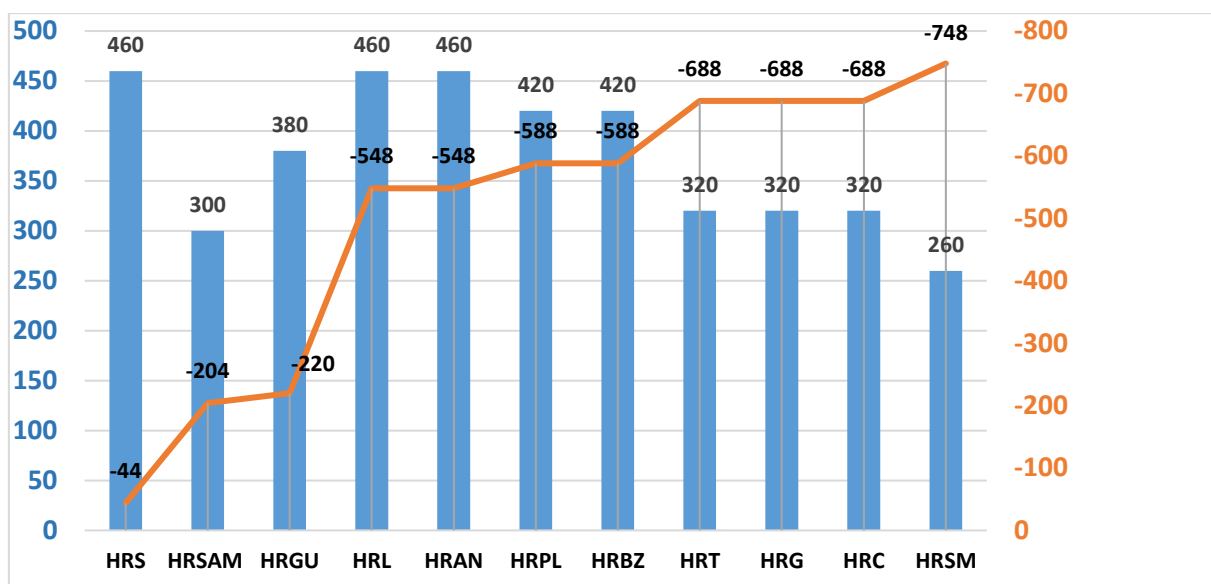


Gráfico 2 – Número de horas necessárias para cobrir serviços hospitalares de urgência e emergência.

UPA	Nº em horas de déficit
Ceilândia	400
São Sebastião	260
Recanto das Emas	320
Samambaia	300
Sobradinho	460
Núcleo Bandeirante	260

Tabela 6 – Número de horas necessárias para cobrir as UPAs

As tabelas abaixo mostram a necessidade de recompor a força de trabalho de profissionais nas emergências do DF.

Tabela 7 – Déficit de horas por profissional de Saúde

Profissional	Déficit
ASSISTENTE SOCIAL	-680
ENFERMEIRO	-6.200
FARMACÊUTICO	-1.040
FISIOTERAPEUTA	-1.280
MEDICO - CARDIOLOGIA	-420
MEDICO - CIRURGIA TRAUMA	-2.000
MEDICO - EMERGENCISTA	-7.940
MEDICO - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-220
MEDICO - PEDIATRIA	-500
NUTRICIONISTA	-1.420
PSICÓLOGO	-900
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	-6.220

Contudo, ao analisar esses dados é importante considerar a realidade da categoria técnico em enfermagem, que apresentou um superávit considerável em algumas necessidades. Neste sentido, parece que é importante analisar a distribuição entre os serviços, pois, foram identificadas assimetrias consistente na distribuição de profissionais entre regiões de saúde.

Tanto os serviços hospitalares, quanto as UPA apresentam uma alta produção de atendimento, conforme pode ser visto no levantamento do último semestre.

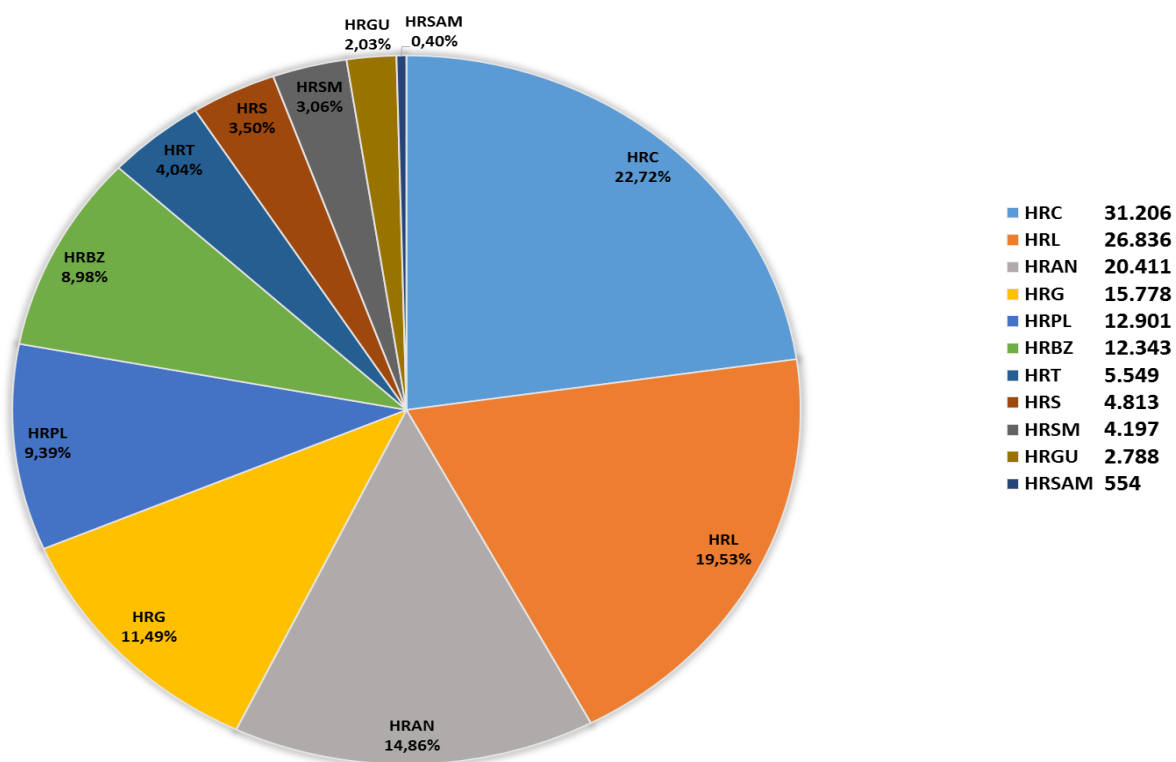


Gráfico 3 – Produção de Atendimento

Tabela 8 – Número total de atendimentos UPAs

UPA	Nº Total de Atendimentos JAN-JUN/2018	Média Mensal de Atendimentos de JAN-JUN/2018
Ceilândia	36.167	6.027,8
São Sebastião	29.725	4.954,2
Recanto das Emas	17.865	2.977,5
Samambaia	16.592	2.765,3
Sobradinho	12.884	2.147,3
Núcleo Bandeirante	4.921	820,2

Sobre as causas de internação, é possível identificar dentre as linhas de cuidado prioritárias da emergência, as causas de maior sensibilidade.

Pediatria

Tabela 9 - Diagnóstico - CID10 2015

Diagnóstico - CID10 (categ)	2015
Pneumonia bacterianas NCOP	2043
Pneumonia por microorganismos NE	1810
Icterícia neonatal devido outras causas e as NE	1648
Bronquiolite aguda	1553
Asma	1528
Total	27494

Tabela 10 - Diagnóstico - CID10 2016

Diagnóstico - CID10 (categ)	2016
Icterícia neonatal devido outras causas e as NE	2461
Pneumonia bacteriana NCOP	1884
Outras afecções originadas período perinatal	1493
Diarreia e gastroenterite origem infecciosa presumida	1391
Asma	1308
Total	34567

Tabela 11 - Diagnóstico - CID10 2017

Diagnóstico - CID10 (categ)	2017
Icterícia neonatal devido outras causas e as NE	3427
Outras afecções originadas período perinatal	2698
Bronquiolite aguda	1899
Pneumonia bacteriana NCOP	1812
Problemas de alimentação do recém-nascido	1443
Total	39418

Quanto as emergências obstétricas, observa-se que nos anos de 2015, 2016 e 2017 elas estiveram concentradas nas emergências relacionadas ao nascimento.

Tabela - 12 Nº DE ATENDIMENTOS NA URGÊNCIA POR CID POR ANO 2015

Nº DE ATENDIMENTOS NA URGÊNCIA POR CID POR ANO	2015
Parto único espontâneo	25226
Parto espontâneo cefálico	19604
Parto único p/cesariana	8356
Parto único espontâneo NE	5455
Parto p/cesariana de emergência	3798
Total	49020

Tabela 13 - Nº DE ATENDIMENTOS NA URGÊNCIA POR CID POR ANO 2016

Nº DE ATENDIMENTOS NA URGÊNCIA POR CID POR ANO	2016
Parto único espontâneo	24453
Parto espontâneo cefálico	19456
Parto único por cesariana	7677
Parto único espontâneo NE	4672
Parto p/cesariana de emergência	4301
Total	49134

Tabela 14 - Nº DE ATENDIMENTOS NA URGÊNCIA POR CID POR ANO 2017

Nº DE ATENDIMENTOS NA URGÊNCIA POR CID POR ANO	2017
080 Parto único espontâneo	22845
080.0 Parto espontâneo cefálico	18870
082 Parto único por cesariana	6668
082.1 Parto p/cesariana de emergência	3857
080.9 Parto único espontâneo NE	3367
Total	48979

Quanto as internações causadas por IAM, AVC e Trauma, que são as três linhas prioritárias de atendimento as emergências, apresentam-se as próximas tabelas.

Quanto ao AVC observa estabilidade no número de casos registrados ao longo do período analisados, contudo, considera-se alta a ocorrência.

Tabela 15 - Nº DE INTERNAÇÕES POR AVC (CID I60 AO I69) NOS HOSPITAIS DA REDE SES-DF, PERÍODO: JAN DE 2015 A JUL DE 2018.

Estabelecimento	2015	2016	2017
HBDF	662	1015	873
HRAN	213	173	159
HRG	237	230	281
HRC	175	201	127
HRT	292	372	332
HRS	127	116	69
HUB	16	15	16
HRPL	101	86	148
HMIB	0	1	1
HRBZ	72	113	74
HRPA	40	44	65
HRSAM	27	110	101
HRGU	35	31	53
ICDF	0	15	45
HRSM	236	193	136

O IAM apresentou efeito diferente com oscilações entre a ocorrência entre os anos, a depender da instituição de atendimento.

Tabela 16 - Nº DE INTERNAÇÕES POR IAM POR HOSPITAL, PERÍODO: JAN DE 2015 A JUL DE 2018.

Estabelecimento	2015	2016	2017
HBDF	762	738	528
HRAN	46	66	75
HRG	199	277	522
HRC	34	34	43
HRT	715	574	421
HRS	70	58	51
HUB	18	26	52
HRPL	32	55	95
HMIB	0	0	6
HRBZ	29	37	37
HRPA	31	39	58
HRSAM	27	48	65
HRGU	21	23	58
ICDF	943	1016	872
HRSM	62	53	52
Total	2993	3047	2937

Quanto ao trauma, a violência por disparo por arma de fogo representou mais de 50% de toda demanda de atendimento de trauma nos serviços de emergência, durante os anos de 2016 e 2017.

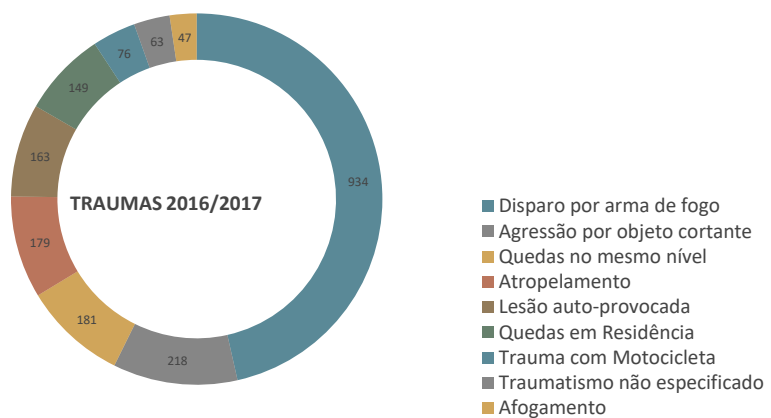


Gráfico 4 - Atendimento por Traumas 2016/2017

11. AÇÕES PLANEJADAS

Ações deste plano de ações foram estruturadas nos 5 (cinco) eixos abaixo:

- 1) Estrutura e de Logística
- 2) Força de trabalho
- 3) Organização e Processos de Trabalho
- 4) Formação e Educação Continuada
- 5) Monitoramento e Avaliação

Eixo 1 : Estrutura e de Logística

Quadro 1

Objetivo 1: Adequar e Reforma predial de Prontos Socorros					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Elaborar projeto básico	Janeiro 2019	Dezembro 2019	SINFRA Superintendentes DH, DA	GEMERG	Documento técnico
A2: Viabilizar dotação orçamentária	Janeiro 2019	Dezembro 2019	SINFRA Superintendentes DH, DA	GEMERG, ARINS	Relatório técnico
A3: Adotar mecanismo de conservação da estrutural predial dos serviços de urgência e emergência	Janeiro 2019	Dezembro 2019	SINFRA Superintendentes DH, DA	GEMERG	Documento técnico

Quadro 2

Objetivo 2: Aprimorar o suprimento de insumos e materiais para os serviços de emergência hospitalares e pré-hospitalares					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Analisar o fluxo de aquisição e suprimento de insumos e materiais	Janeiro 2019	Fevereiro 2019	SULOG, SUAG Superintendentes DH, DA	SAIS, CATES, DUAEC, GEDIAG	Documento técnico
A2: Elaborar fluxograma orientador do processo de distribuição de materiais e insumo	Janeiro 2019	Fevereiro 2019	SULOG Superintendentes DH, DA	SAIS, CATES, DUAEC, GEDIAG	Documento técnico
A3: Suprir os serviços de emergência com os materiais e equipamentos mínimos, considerando as linhas de cuidado prioritário	Janeiro 2019	Fevereiro 2019	SULOG Superintendentes DH, DA	SAIS, CATES, DUAEC, GEDIAG	Documento técnico
A4: Desenvolver plano de suprimento emergencial em cenários críticos	Janeiro 2019	Fevereiro 2019	SULOG Superintendentes DH, DA	SAIS, CATES, DUAEC, GEDIAG	Documento técnico
A5: Elaborar o catálogo de insumos e equipamentos para a Rede de Urgência e Emergência	Março 2019	Setembro 2019	GASFURE, DUAEC E CATES	SULOG CATES	Documento técnico

Eixo 2: Força de Trabalho

Quadro 3

Objetivo 3: Aumentar a retenção de profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência na SES-DF					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Identificar as causas que levam profissionais a saírem dos serviços de urgência e emergência	Janeiro 2019	Dezembro 2019	SUGEP	GASFURE/DUAEC Superintendente DH, Gerentes de UPA GEMERGs, DA, DIRASE	Coeficiente de Turnover de por categoria profissional nos serviços de emergência
A2: Avaliar o clima organizacional nos serviços de emergência da rede SES-DF	Janeiro 2019	Dezembro 2019	SUGEP	GASFURE/DUAEC Superintendente DH, DA, DIRASE	Relatório de clima organizacional
A3: Estudar a viabilidade de adoção modelo de pagamento por desempenho e resultado, de forma complementar a remuneração base da carreira	Janeiro 2019	Dezembro 2020	SUGEP GASFURE	SUPLANS SAIS CATES	Estudo técnico
A4: Propor a transformação da Gratificação de Atendimento Móvel de Urgência – GAMU em Gratificação de Atividade na Urgência (GAU) expandindo-a para todos os servidores que prestam cuidado direto à pacientes em serviços de emergência (Pré-hospitalar, hospitalar e UPA's)	Janeiro 2019	Dezembro 2019	SUGEP GASFURE	SUPLANS SAIS CATES	Proposta técnica

Quadro 4

Objetivo 4: Concluir o reordenamento da disponibilidade de recursos humanos nos serviços de emergência					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Realizar estudo de distribuição da força de trabalho da SES-DF nos hospitais	Maio 2018	Junho 2019	Superintendências SUGEP DH	GASFURE DIRASE	Relatório do Estudo
A2: Verificar adequação de distribuição da força de trabalho entre pronto socorros e demais unidades dos hospitais, buscando identificar assimetrias	Maio 2018	Junho 2019	Superintendências SUGEP DH	GASFURE DIRASE	Relatório técnico
A3: Proceder processo de parametrização da força de trabalho para os espaços de cuidado	Maio 2018	Junho 2019	Superintendências SUGEP DH	GASFURE DIRASE	Percentagem de parametrização das escalas

Quadro 5

Objetivo 5: Adequar a disponibilidade de força de trabalho de saúde para os serviços de urgência e emergência, conforme manual de parâmetros mínimos da força de trabalho para dimensionamento da rede e as portarias 386/2017 e 408/2017.					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Suprir o déficit de enfermeiro (-6.200 horas/semanais)	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	SAIS, CATES, DUAEC e GASFURE	Número de carga horária reposta
A2: Suprir o déficit de técnicos de enfermagem(-6.220 horas/semanais)	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	SAIS, CATES, DUAEC e GASFURE	Número de carga horária reposta
A3: Suprir o déficit de médico emergencistas (-7.940 horas/semanais)	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	SAIS, CATES, DUAEC e GASFURE	Número de carga horária reposta
A4: Suprir o déficit de cirurgião do trauma (-2.000 horas/semanais)	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	SAIS, CATES, DUAEC e GASFURE	Número de carga horária reposta
A5: Suprir o déficit de pediatria (-500 horas/semanais)	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	SAIS, CATES, DUAEC e GASFURE	Número de carga horária reposta
A6: Suprir o déficit de assistente social (-680 horas/semanais)	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	SAIS, CATES, DUAEC e GASFURE	Número de carga horária reposta
A7: Suprir o déficit de nutricionistas (-1.420 horas/semanais)	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	SAIS, CATES, DUAEC e GASFURE	Número de carga horária reposta
A8: Suprir o déficit de farmacêuticos (-1.040 horas/semanais)	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	SAIS, CATES, DUAEC e GASFURE	Número de carga horária reposta
A8: Suprir o déficit de psicólogos (-900 horas/semanais)	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	SAIS, CATES, DUAEC e GASFURE	Número de carga horária reposta

A9: Suprir o déficit de fisioterapeutas (-1.280 horas/semanais)	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	SAIS, CATES, DUAEC e GASFURE	Número de carga horária reposta
A10: Suprir o déficit de cardiologista (-500 horas/semanais)	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	SAIS, CATES, DUAEC e GASFURE	Número de carga horária reposta
A11: Suprir o déficit de Ortopedia e Traumatologia (-220 horas/semanais)	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	SAIS, CATES, DUAEC e GASFURE	Número de carga horária reposta
A12: Criar estratégia de reposição contínua de servidores de forma a evitar falta de profissionais	Agosto 2018	Dezembro 2020	SUGEP	CATES, DUAEC e GASFURE	Proposta técnica

Eixo 3: Organização e Processos de Trabalho

Quadro 6

Objetivo 6: Finalizar a implantação das portarias nº 386/2017 e 408/2017					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Realizar oficinas regionais de implantação das portarias	Janeiro 2019	Dezembro 2019	GASFURE	SUGEP, EAPSUS e NUEDU	Percentagem de equipes treinadas
A2: Treinar equipe de gestores de emergência para a operacionalização da legislação	Janeiro 2019	Dezembro 2020	GASFURE	SUGEP, EAPSUS e NUEDU	Percentagem de gestores treinados

Quadro 7

Objetivo 7: Revisar e publicar as linhas de cuidado prioritárias da rede de atenção às urgências e emergências do DF					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Publicar grupos de trabalhos para revisão das linhas de cuidado prioritárias	Agosto 2018	Agosto 2019	GASFURE	ARAS	Ordem de serviço de Criação dos GTs
A2: Emitir documento publicando as linhas prioritárias	Agosto/2018	Agosto/2019	GASFURE	ARAS	Publicação do documento técnico

Quadro 8

Objetivo 8: Propor criação de serviço específico de transporte sanitário para remoção de pacientes de UTI					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Apresentar os impactos da contratação dos serviços sobre a redução do tempo médio de resposta aos atendimentos pré-hospitalares	Janeiro 2019	Março 2019	SUAG CEIC	GASFURE, CRDF, SUPLANS, GESTI, SINFRA	Documento técnico
A2: Elaborar projeto básico	Janeiro 2019	Março 2019	SUAG CEIC	GASFURE, CRDF, SUPLANS, GESTI, SINFRA	Documento técnico
A3: Efetivar a contratação do serviço	Janeiro 2019	Março 2019	SUAG CEIC	GASFURE, CRDF, SUPLANS, GESTI, SINFRA	Formalização do Contrato

Quadro 9

Objetivo 9: Estruturar as portas dos serviços hospitalares de emergência em quatro entradas principais (Emergência Clínica, Trauma, e Pediatria) considerando a vocação de cada serviço					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Elaborar plano de estruturação dos serviços de emergência	Janeiro 2019	Junho 2019	GASFURE	Superintendências DH, GEMERGs	Plano de estruturação
A2: Aumentar a capacidade de atendimento dos serviços	Junho 2018	Contínuo	Superintendências DH, GEMERGs, CRDF, SAMU	GASFURE	Plano de trabalho
A3: Implementar as linhas de cuidado prioritárias da RUE, de forma a consolidar os processos de trabalho	Agosto 2019	Agosto 2020	GASFURE, GTs, RTDs	Superintendências DH, GEMERGs, CRDF, SAMU	Avaliação do cumprimento da linha de cuidado

Quadro 10

Objetivo 10: Estruturar os Centros de Trauma do Distrito Federal					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Adequar as estruturas para abrigar salas vermelhas, amarelas e retaguarda traumáticas.	Janeiro 2019	Junho 2019	SINFRA Superintendências, DA GEMERGs	GASFURE, DH	Plano de ação
A2: Melhorar o atendimento aos pacientes vítimas de trauma nos centros de referência	Junho 2018	Contínuo	Superintendências DH, GEMERGs, CRDF, SAMU	GASFURE	Plano de trabalho
A3: Otimizar o atendimento dentro da linha do cuidado do trauma	Janeiro 2019	Junho 2019	Superintendências DH, GEMERGs, CRDF, SAMU	GASFURE	Avaliação do cumprimento da linha de cuidado
A4: Equipar com insumos necessários os centros de trauma do DF	Junho 2018	Contínuo	Superintendências DH, DA, GEMERGs, CRDF, SAMU	GASFURE, DH	Plano de trabalho

Quadro 11

Objetivo 11: Estruturar os Centros de Atendimento Neurocardiovascular					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Adequar as estruturas para abrigar salas vermelhas, amarelas e retaguarda para IAM e AVC	Janeiro 2019	Junho 2019	SINFRA Superintendências DA, GEMERGs	GASFURE, DH	Plano de ação
A2: Melhorar o atendimento aos pacientes vítimas IAM e AVC	Junho 2018	Contínuo	Superintendências DH, GEMERGs, CRDF, SAMU	GASFURE	Plano de trabalho
A3: Otimizar o atendimento dentro da linha do cuidado do IAM	Janeiro 2019	Junho 2019	Superintendências DH, GEMERGs, CRDF, SAMU	GASFURE	Avaliação do cumprimento da linha de cuidado
A4: Equipar com insumos necessários os centros neurocardiovasculares do DF	Junho 2018	Contínuo	Superintendências DA, GEMERGs, CRDF, SAMU	GASFURE, DH	Plano de trabalho

Quadro 12

Objetivo 12: Reorganizar processos de trabalho em cada Serviço Hospitalar de Emergência					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Criar o Plano de Contingenciamento para cada Serviço Hospitalar de Emergência	Janeiro 2019	Junho 2019	DH GEMERG	Superintendências GASFURE	Documento técnico
A2: Criar Centros de Infusão nos serviços hospitalares de emergência	Junho 2019	Dezembro 2019	Superintendências DH GEMERG	Superintendências DIRASE GASFURE	Centro de Infusão em funcionamento
A3: Criar rounds técnicos diários nos serviços hospitalares de emergência	Janeiro 2019	Junho 2019	DH GEMERG	Superintendências GASFURE	Relatório de implantação
A4: Revisar o Plano de Contingenciamento da SESDF	Janeiro 2019	Junho 2019	CRDF GASFURE	Superintendências DH GERENTE DE UPA	Plano de Contingenciamento

Quadro 13

Objetivo 13: Reduzir o quantitativo de pacientes crônicos nos serviços de emergência					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Propor a criação da unidade de longa permanência no HRSM	Janeiro 2019	Julho 2019	GESINT DICS SRSSU	GASFURE	Documento de habilitação
A2: Habilitar leitos de cuidados prolongados no Hospital Regional de Santa Maria	Janeiro 2019	Julho 2019	GESINT DICS SRSSU	GASFURE	Documento de habilitação
A3: Otimizar a desospitalização de pacientes de longa permanência em pronto socorros e enfermarias.	Novembro 2018	Contínuo	GESAD NRAD DH	GASFURE	Percentagem de desospitalização nos SHE

Quadro 14

Objetivo 14: Continuar o processo de reordenamento de acesso ao Sistema Único de Saúde baseado na ESF					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Aumentar a cobertura da Atenção Primária à Saúde no DF	Em curso	Contínuo	COAPS DESF	Superintendentes e DIRAPS	Percentagem de Cobertura
A2: Operacionalizar o protocolo de atendimento a demanda espontânea na ESF	Janeiro 2019	Julho 2019	Superintendentes e DIRAPS	COAPS DESF	Fluxograma
A3: Desenvolver mecanismo de direcionamento de pacientes classificados com azul e verde nos serviços de emergência para a APS	Novembro 2018	Contínuo	COAPS DESF	DIRASE	Protocolo

Quadro 15

Objetivo 15: Ampliar a capacidade de atendimento pré-hospitalar na RUE-DF					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Vocacionar o SAMU-DF exclusivamente para o atendimento pré-hospitalar	Janeiro 2019	Junho 2019	CRDF SAMU	GASFURE	Plano de atuação
A2: Diminuir o tempo médio resposta (TMR)	Janeiro 2019	Contínuo	CRDF SAMU	GASFURE	TMR
A3: Estudar viabilidade de habilitação de uma Unidade de Suporte Avançado para a Região Leste	Janeiro 2019	Março 2019	CRDF SAMU DICS	GASFURE	Documento técnico
A4: Habilitar Unidades Suporte Básico para regiões Oeste, Sudoeste, Leste e demais áreas de demanda reprimida	Janeiro 2019	Junho 2019	CRDF SAMU DICS	GASFURE	Habilitação das unidades

Quadro 16

Objetivo 16: Propor a implantação da regulação de urgência e emergência da SESDF					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Apresentar estudo de implantação	Outubro 2018	Janeiro 2019	CRDF	GASFURE	Documento técnico
A2: Iniciar a implantação da regulação de urgência e emergência da SES-DF	Março 2019	Contínuo	CRDF	GASFURE	Operacionalizar o serviço

Eixo 4: Formação e Educação Continuada

Quadro 17

Objetivo 17: Readequar o Núcleo de Educação em Urgência (NUEDU) da RUE-DF					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Estruturar o Núcleo de Educação em Urgência para atendimento de toda RUE	Janeiro 2019	Março 2019	SUGEP EAPSUS NUEDU	CRDF, GASFURE, DIORGS	Documento técnico
A2: Propor elaboração do projeto básico para abastecimento de insumos e materiais do NUEDU	Janeiro 2019	Junho 2019	SUAG CEIC	GASFURE SUGEP EAPSUS NUEDU	Documento técnico
A3: Desenvolver propostas pedagógicas para implementação das ações de educação continuada	Outubro 2018	Dezembro 2018	SUGEP EAPSUS NUEDU	GASFURE	Documento técnico
A4: Elaborar o currículo de educação continuada da RUE-DF	Outubro 2018	Dezembro 2018	GASFURE	SUGEP EAPSUS NUEDU	Documento técnico

A5: Desenvolver plano anual de educação continuada dos profissionais atuantes na Rede de Urgência e Emergência	Outubro 2018	Dezembro 2018	EAPSUS NUEDU	GASFURE	Documento técnico
--	--------------	---------------	-----------------	---------	-------------------

Quadro 18

Objetivo 18: Capacitar gestores e profissionais de emergência de hospitais regionais e UPAs					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Estabelecer o programa de formação continuada de gestores dos serviços de emergência	Outubro 2018	Fevereiro 2019	SUGEP, EAPSUS, NUEDU	GASFURE	Documento técnico
A2: Estabelecer o programa de formação continuada dos profissionais lotados nos serviços de emergência	Outubro 2018	Fevereiro 2019	SUGEP, EAPSUS, NUEDU	GASFURE	Documento técnico
A3: Acolher todos os profissionais lotados em serviços de emergência com curso básico de formação	Outubro 2018	Fevereiro 2019	SUGEP, EAPSUS, NUEDU	GASFURE	Documento técnico

Eixo 5: Monitoramento e Avaliação

Quadro 19

Objetivo 19: Constituir mecanismo de governança da RUE para monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas					
AÇÃO	INÍCIO	CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL	CO-RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO
A1: Instituir o rol de indicadores de estrutura, processos e resultados da RUE-DF	Setembro 2018	Dezembro 2018	GASFURE CATES SAIS	SUPLANS	Publicação da Portaria de indicadores da RUE-DF
A2: Instituir na sala de situação indicadores de monitoramento da RUE	Janeiro 2019	Dezembro 2019	SUPLANS	GASFURE CATES SAIS	Publicação das informações
A3: Criar a figura do conector de elos da rede de urgência e emergência na central de regulação, buscando otimização das respostas dos serviços as casos sensíveis e agudos de alto impacto.	Abril 2019	Contínuo	CRDF	GASFURE CATES SAIS	Relatório técnico de ação do conector de rede