



**PLANEJAMENTO
REGIONAL INTEGRADO
2024 - 2027**

CADERNO 3

*PLANOS MACRORREGIONAIS DO DISTRITO
FEDERAL - REDE MATERNO INFANTIL*

MACRORREGIÃO 1

REGIÕES DE SAÚDE OESTE E SUDOESTE

MACRORREGIÃO 2

REGIÕES DE SAÚDE SUL, CENTRO-SUL E CENTRAL

MACRORREGIÃO 3

REGIÕES DE SAÚDE NORTE E LESTE

**Governo do Distrito Federal
IBANEIS ROCHA BARROS JUNIOR**

**Vice Governo do Distrito Federal
CELINA LEÃO HIZIM FERREIRA**

**Secretaria de Estado de Saúde
LUCILENE MARIA FLORÊNCIO DE QUEIROZ**

Secretaria-Adjunta de Assistência à Saúde

LUCIMIR HENRIQUE PESSOA MAIA

Secretaria-Adjunta de Gestão em Saúde

NELMA REGIA DA CUNHA LOUZEIRO

Secretaria-Adjunta de Governança em Saúde

JOSÉ RICARDO BAITELLO

Subsecretaria de Planejamento em Saúde

RODRIGO VIDAL COSTA

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

BIANCA SOUZA LIMA

Subsecretaria de Vigilância à Saúde

FABIANO DOS ANJOS PEREIRA MARTINS

Subsecretaria de Gestão de Pessoas

JOÃO EUDES FILHO

Subsecretaria de Infraestrutura em Saúde

LEONÍDIO PINTO NETO

Subsecretaria de Logística

MATHEUS DE MOURA CARVALHO

Subsecretaria de Administração Geral

GLÁUCIA MARIA MENEZES DA SILVEIRA

Subsecretaria de Compras e Contratações

VICTOR RIBEIRO DA COSTA

Coordenação Especial de Tecnologia de Informação em Saúde

ANDERSON FREIRE DE SOUZA

Controladoria Setorial da Saúde

RAFAEL FERNANDES CARVALHO

Fundo de Saúde do Distrito Federal

VALMIR LEMOS DE OLIVEIRA

Fundação Hemocentro de Brasília

OSNEI OKUMOTO

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

INOCÊNCIA ROCHA DA CUNHA FERNANDES

Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal

DOMINGOS DE BRITO FILHO

Regiões de Saúde do Distrito Federal

Superintendência da Região de Saúde Central (SRSCE)

PAULO ROBERTO DA SILVA JÚNIOR

Superintendência da Região de Saúde Centro-Sul (SRSCS)

RONAN ARAÚJO GARCIA

Superintendência da Região de Saúde Norte (SRSNO)

DEBORA CRISTINA DA SILVA FERNANDES GONÇALVES

Superintendência da Região de Saúde Sul (SRSSU)

WILLY PEREIRA DA SILVA FILHO

Superintendência da Região de Saúde Leste (SRSLE)

HALINA CARVALHO ALVES

Superintendência da Região de Saúde Oeste (SRSOE)

ANDRE LUIZ DE QUEIROZ

Superintendência da Região de Saúde Sudoeste (SRSSO)

JOSÉ WILLIAMS CAVALCANTE DE OLIVEIRA

Equipe Organizadora e Elaboradora

Subsecretário de Planejamento em Saúde

RODRIGO VIDAL COSTA

Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional

LUCAS MARANI BAHIA DUCA

Diretora de Planejamento, Orçamento e Contratualização em Saúde

DENISE SALVIANO DA SILVA

Gerência de Planejamento e Programação em Saúde

LAÉRCIO LIMA LUZ

Gerência de Contratualização Regionalizada

CAROLINA CONCEIÇÃO RODRIGUES

Gerência de Planejamento Orçamentário em Saúde

CAMILA FREITAS DE ARAÚJO

Equipe de Elaboração

GABRIELLE OLIVEIRA MEDEIROS DE MENDONÇA

LAÉRCIO LIMA LUZ

Colaboração Técnica

ALBERTO VASCONCELOS SABALA

ANA VITÓRIA CONCEIÇÃO RIBEIRO DE MENEZES

BRUNO SANTOS DE ASSIS

CAROLINA CÉSAR FERREIRA
ELZA SALGADO CARIZZI
EVELYN DE BRITTO DUTRA
FLAVIANA BARBOSA DE OLIVEIRA
LAILA MELO DANTAS TORRES
LÍDIA ROSA ALVES DA SILVA
LUANA MARA GOMES DE OLIVEIRA
MARIA CLAUDIA CAMARGO DE FREITAS
NEWTON ALEX FELIPE DE SOUZA
RODRIGO DE OLIVEIRA STUCKERT
SABRINA SOUZA MARTINS DOS SANTOS

Revisão

DENISE SALVIANO DA SILVA
LAÉRCIO LIMA LUZ
LUCAS MARANI BAHIA DUCA
RODRIGO VIDAL COSTA

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. População, SUS Dependência, Regiões e Macrorregiões de Saúde do Distrito Federal.

Figura 2. Pontos de atenção da Região Sudoeste.

Figura 3. Pontos de atenção da Região Oeste.

Figura 4. Distribuição dos pontos de atenção no espaço macrorregional 1.

Figura 5. Pontos de Atenção da Região Central.

Figura 6. Pontos de Atenção da Região Centro-Sul.

Figura 7. Pontos de Atenção da Região Sul.

Figura 8. Distribuição dos pontos de atenção no espaço macrorregional 2.

Figura 9. Pontos de Atenção da Região Leste.

Figura 10. Pontos Atenção da Região Norte.

Figura 11. Distribuição dos pontos de atenção no espaço macrorregional 3.

Figura 12. Avaliação dos Pontos de Atenção das Regiões de Saúde da Macrorregião 1.

Figura 13. Avaliação dos Pontos de Atenção das Regiões de Saúde da Macrorregião 2.

Figura 14. Avaliação dos Pontos de Atenção das Regiões de Saúde da Macrorregião 3.

Figura 15. Itinerário Terapêutico da Rede Materno Infantil.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Oeste no ano de 2022.
- Gráfico 2. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Sudoeste no ano de 2022.
- Gráfico 3. Comparativo entre os percentuais dos qualificadores de pré-natal para as regiões de saúde da Macrorregião 1 referente ao ano de 2022.
- Gráfico 4. Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo da 1ª até a 12ª semana de gestação nas Regiões Oeste e Sudoeste, por quadrimestre para o ano de 2022.
- Gráfico 5. Percentual de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos, por região de saúde para o ano de 2023.
- Gráfico 6. Série histórica do número de nascidos vivos por ano nos Estabelecimentos da SES-DF da Macrorregião 1.
- Gráfico 7. Número de nascidos por estabelecimento do DF (Macrorregião 1) e da RIDE, para o ano de 2022.
- Gráfico 8. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Central no ano de 2022.
- Gráfico 9. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Centro-sul no ano de 2022.
- Gráfico 10. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Sul no ano de 2022.
- Gráfico 11. Comparativo entre os percentuais dos qualificadores de pré-natal para as regiões de saúde da Macrorregião 2 referente ao ano de 2022.
- Gráfico 12. Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo da 1ª até a 12ª semana de gestação nas Regiões Central, Centro-Sul e Sul, por quadrimestre para o ano de 2022.
- Gráfico 13. Percentual de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos, por região de saúde para o ano de 2023.
- Gráfico 14. Número de Nascidos Vivos por Ano nos Estabelecimentos SES da Macrorregião 2.
- Gráfico 15. Número de nascidos por estabelecimento DF e RIDE - Macrorregião 2 - 2022.
- Gráfico 16. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Leste no ano de 2022.
- Gráfico 17. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Norte no ano de 2022.
- Gráfico 18. Comparativo entre os percentuais dos qualificadores de pré-natal para as regiões de saúde da Macrorregião 3 referente ao ano de 2022.

Gráfico 19. Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo da 1ª até a 12ª semana de gestação nas Regiões Leste e Norte, por quadrimestre para o ano de 2022.

Gráfico 20. Percentual de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos, por região de saúde para o ano de 2023.

Gráfico 21. Série histórica do número de nascidos vivos por ano nos Estabelecimentos da SES-DF da Macrorregião 3.

Gráfico 22. Número de nascidos por estabelecimento do DF (Macrorregião 2) e da RIDE, para o ano de 2022.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Produção dos atendimentos de puerpério (todas as demandas) para o ano de 2023.

Quadro 2. Produção dos atendimentos de puericultura (todas as demandas) para o ano de 2023.

Quadro 3. Estabelecimentos que atendem Partos de Risco Habitual e de Alto Risco (Portaria 1321/2018) - Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Materno Infantil.

Quadro 4. Número de leitos, por tipo, que compõem a Rede Materno Infantil dos Hospitais da Macrorregião 1, ano 2023.

Quadro 5. Leitos do HMIB regulados para toda a rede da SES-DF (Panorama 3).

Quadro 6. Serviços Habilitados, por estabelecimentos hospitalares, na Macrorregião 1, 2023.

Quadro 7. Serviços com potencial de habilitação, por estabelecimento hospitalar, na Macrorregião 1, 2023.

Quadro 8. Parâmetros populacionais da Rede Materno Infantil da Macrorregião 1 relacionados aos parâmetros primários que definem a população alvo das ações propostas.

Quadro 9. Parâmetros Assistenciais na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada para gestantes (risco habitual e alto risco) da Rede Materno Infantil na Macrorregião 1.

Quadro 10. Parâmetros Assistenciais na Atenção Ambulatorial Especializada para gestantes de alto risco) da Rede Materno Infantil na Macrorregião 1.

Quadro 11. Parâmetros Assistenciais na Atenção Especializada Hospitalar, por tipo de leito, na Macrorregião 1.

Quadro 12. Produção dos atendimentos de puerpério (todas as demandas) para o ano de 2023.

Quadro 13. Produção dos atendimentos de puericultura (todas as demandas) para o ano de 2023.

Quadro 14. Estabelecimentos que atendem Partos de Risco Habitual e de Alto Risco (Portaria 1321 de 18/12/2018).

Quadro 15. Número de leitos, por tipo, que compõem a Rede Materno Infantil dos hospitais da Macrorregião 2, ano 2023

Quadro 16. Leitos do HMIB regulados para toda a rede da SES-DF

Quadro 17. Estabelecimentos Habilitados na Macrorregião 2.

Quadro 18. Serviços com potencial de habilitação, por estabelecimento hospitalar, na Macrorregião 2.

Quadro 19. Parâmetros populacionais da Rede Materno Infantil da Macrorregião 2 relacionados aos parâmetros primários que definem a população alvo das ações propostas.

Quadro 20. Parâmetros assistenciais na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada para gestantes de risco habitual e de alto risco da rede Materno Infantil.

Quadro 21. Parâmetros assistenciais na atenção ambulatorial especializada para gestantes de alto risco da rede Materno Infantil.

Quadro 22. Parâmetros assistenciais na atenção especializada hospitalar, por tipo de leito, na macrorregião 2

Quadro 23. Produção dos atendimentos de puerpério (todas as demandas) para o ano de 2023.

Quadro 24. Produção dos atendimentos de puericultura (todas as demandas) para o ano de 2023.

Quadro 25. Estabelecimentos que atendem Partos de Risco Habitual e de Alto Risco (Portaria 1321 de 18/12/2018) Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Materno Infantil.

Quadro 26. Número de leitos, por tipo, que compõem a Rede Materno Infantil dos hospitais da Macrorregião 3, ano 2023

Quadro 27. Leitos do HMIB regulados para toda a rede da SES-DF

Quadro 28. Serviços Habilitados por estabelecimentos da Macrorregião 3.

Quadro 29. Serviços com potencial de habilitação, por estabelecimento hospitalar, na Macrorregião 3.

Quadro 30. Parâmetros populacionais da Rede Materno Infantil da Macrorregião 3 relacionados aos parâmetros primários que definem a população alvo das ações propostas

Quadro 31. Parâmetros Assistenciais na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada para gestantes de risco Habitual e de alto risco da Rede Materno Infantil

Quadro 32. Parâmetros Assistenciais na Atenção Ambulatorial Especializada para gestantes de alto risco da Rede Materno Infantil.

Quadro 33. Parâmetros Assistenciais na Atenção Especializada Hospitalar, por tipo de leito, na Macrorregião 3.

Quadro 34. Pontos de Atenção e Principais Competências Avaliadas.

Quadro 35. Matriz de Coerência do Alinhamento Estratégico entre o PDS, AGR e Iniciativas Propostas para a Macrorregião 1.

Quadro 36. Plano de Iniciativas da Macrorregião 1.

Quadro 37. Plano de Entregas da Macrorregião 1.

Quadro 38: Parâmetros populacionais para os Centros de Parto Normal.

Quadro 39. Equipes de consultório na rua da Macrorregião 1.

Quadro 40. Matriz de Coerência do Alinhamento Estratégico entre o PDS, AGR e Iniciativas Propostas para a Macrorregião 2.

Quadro 41. Plano de Iniciativas da Macrorregião 2

Quadro 42. Plano de Entregas da Macrorregião 2.

Quadro 43: Parâmetros populacionais para os Centros de Parto Normal.

Quadro 44. Equipes de consultório na rua da Macrorregião 2.

Quadro 45. Matriz de Coerência do Alinhamento Estratégico entre o PDS, AGR e Iniciativas Propostas para a Macrorregião 3.

Quadro 46. Plano de Iniciativas da Macrorregião 3.

Quadro 47. Plano de Entregas da Macrorregião 3.

Quadro 48: Parâmetros populacionais para os Centros de Parto Normal.

Quadro 49: Equipes de consultório na rua da Macrorregião 3.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estabelecimentos por Região de Saúde.

Tabela 2. Panorama do Pré-natal da Macrorregião 1 referente ao ano de 2022.

Tabela 3. Série Histórica de cobertura vacinal dos imunobiológicos do calendário infantil, menores de 2 anos, por macrorregião de saúde, de 2010 a 2022.

Tabela 4. Estabelecimentos por Região de Saúde.

Tabela 5. Panorama do Pré-natal da Macrorregião 2 referente ao ano de 2022.

Tabela 6. Série Histórica de cobertura vacinal dos imunobiológicos do calendário infantil, menores de 2 anos, por macrorregião de saúde, de 2010 a 2022.

Tabela 7. Estabelecimentos por Região de Saúde.

Tabela 8. Panorama do Pré-natal da Macrorregião 3 referente ao ano de 2022.

Tabela 9. Série Histórica de cobertura vacinal dos imunobiológicos do calendário infantil, menores de 2 anos, por macrorregião de saúde, de 2010 a 2022.

SUMÁRIO

PREFÁCIO

CAPÍTULO I - A REDE MATERNO INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL

CAPÍTULO II - ORGANIZAÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE 1

- 2.1 Organização da Rede Materno Infantil na Macrorregião de Saúde 1
- 2.2 Panorama de Serviços da Macrorregião de Saúde 1
 - 2.2.1 Atenção Primária à Saúde da Macrorregião 1
 - 2.2.2 Atenção Especializada Ambulatorial da Macrorregião 1
 - 2.2.3 Atenção Especializada Hospitalar da Macrorregião 1
 - 2.2.4 Transporte Sanitário na Macrorregião 1
 - 2.2.5 Processo Regulatório na Macrorregião 1
 - 2.2.6 Serviços Habilitados na Macrorregião 1
 - 2.2.7 Capacidade Instalada da Macrorregião 1

CAPÍTULO III - ORGANIZAÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE 2

- 3.1 Organização da Rede Materno Infantil na Macrorregião de Saúde 2
- 3.2 Panorama de Serviços da Macrorregião de Saúde 2
 - 3.2.1 Atenção Primária à Saúde da Macrorregião 2
 - 3.2.2 Atenção Especializada Ambulatorial da Macrorregião 2
 - 3.2.3 Atenção Especializada Hospitalar da Macrorregião 2
 - 3.2.4 Transporte Sanitário na Macrorregião 2
 - 3.2.5 Processo Regulatório na Macrorregião 2
 - 3.2.6 Serviços Habilitados na Macrorregião 2
 - 3.2.7 Capacidade Instalada da Macrorregião 2

CAPÍTULO IV - ORGANIZAÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE 3

- 4.1 Organização da Rede Materno Infantil na Macrorregião de Saúde 3
- 4.2 Panorama de Serviços da Macrorregião de Saúde 3
 - 4.2.1 Atenção Primária à Saúde da Macrorregião 3
 - 4.2.2 Atenção Especializada Ambulatorial da Macrorregião 3
 - 4.2.3 Atenção Especializada Hospitalar da Macrorregião 3
 - 4.2.4 Transporte Sanitário na Macrorregião 3

- 4.2.5 Processo Regulatório na Macrorregião 3
- 4.2.6 Serviços Habilitados na Macrorregião 3
- 4.2.7 Capacidade Instalada da Macrorregião 3

CAPÍTULO V - AVALIAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO NO ESPAÇO MACRORREGIONAL

CAPÍTULO VI - ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA REDE MATERNO INFANTIL NO ESPAÇO MACRORREGIONAL

- 6.1 Itinerário Terapêutico
- 6.2 Descritivo do Itinerário Terapêutico

CAPÍTULO VII - PLANOS MACRORREGIONAIS DA REDE MATERNO INFANTIL

7.1 Plano da Macrorregião 1

- 7.1.1 Matriz de Coerência entre os instrumentos de planejamento estratégico e o Plano de Iniciativas proposto pela Macrorregião 1
- 7.1.2 Plano de Iniciativas da Macrorregião 1
- 7.1.3 Plano de Entregas da Macrorregião 1
- 7.1.4 Outras necessidades de saúde relacionadas aos pontos de atenção da Rede Materno Infantil da Macrorregião 1
 - 7.1.4.1 Centro de Parto Normal – CPN da Macrorregião 1
 - 7.1.4.2 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera da Macrorregião 1
 - 7.1.4.3 Ambiência dos Centros Obstétricos e das Unidades Neonatais da Macrorregião 1
 - 7.1.4.4 Equipes dos Consultórios na Rua da Macrorregião 1

7.2 Plano da Macrorregião 2

- 7.2.1 Matriz de Coerência entre os instrumentos de planejamento estratégico e o Plano de Iniciativas proposto pela Macrorregião 2
- 7.2.2 Plano de Iniciativas da Macrorregião 2
- 7.2.3 Plano de entregas da Macrorregião 2
- 7.2.4 Outras necessidades de saúde relacionadas aos pontos de atenção da Rede Materno Infantil da Macrorregião 2
 - 7.2.4.1 Centro de Parto Normal – CPN da Macrorregião 2
 - 7.2.4.2 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera da Macrorregião 2
 - 7.2.4.3 Ambiência dos Centros Obstétricos e das Unidades Neonatais da Macrorregião 2
 - 7.2.4.4 Equipes dos Consultórios na Rua da Macrorregião 2

7.3 Plano da Macrorregião 3

7.3.1 Matriz de coerência entre instrumentos de planejamento estratégico e o plano de iniciativas proposto pela Macrorregião 3

7.3.2 Plano de Iniciativas da Macrorregião 3

7.3.3 Plano de entregas da Macrorregião 3

7.3.4 Outras necessidades de saúde relacionadas aos pontos de atenção da Rede Materno Infantil da Macrorregião 3

7.3.4.1 Centro de Parto Normal – CPN da Macrorregião 3

7.3.4.2 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera da Macrorregião 3

7.3.4.3 Ambiência dos Centros Obstétricos e das Unidades Neonatais da Macrorregião 3

7.3.4.4 Equipes dos Consultórios na Rua da Macrorregião 3

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

PREFÁCIO

As publicações relacionadas ao Planejamento Regional Integrado do Distrito Federal para o quadriênio 2024-2027 foram estruturadas em três cadernos: Caderno 1 – Percurso Metodológico, Governança, Monitoramento e Avaliação; Caderno 2 - Análise de Situação de Saúde das Macrorregiões de Saúde do Distrito Federal e Caderno 3 – Planos Macrorregionais do Distrito Federal para a Rede Materno Infantil.

O Caderno 1 apresenta o percurso metodológico empregado no Planejamento Regional Integrado no Distrito Federal para a Rede Materno Infantil, rede temática priorizada. Além disso, contempla a temática da governança e do monitoramento e avaliação. Estão disponíveis no Caderno 1 todas as matrizes utilizadas na elaboração dos Planos Macrorregionais da Rede Materno Infantil, assim como as orientações necessárias para que as demais redes temáticas possam avançar na elaboração dos planos macrorregionais.

O Caderno 2 disponibiliza todos os elementos relacionados à análise de situação de saúde das macrorregiões do Distrito Federal.

No Caderno 3 estão disponibilizados a apresentação sobre a Rede Materno Infantil, a organização da Rede Materno Infantil nas macrorregiões, o Itinerário Terapêutico e os Planos Macrorregionais.

Cabe ressaltar que no dia 07 de agosto de 2023, na 6ª Reunião Extraordinária do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, houve a deliberação da escolha da Rede Materno Infantil como a rede temática a ter a análise e a organização dos pontos de atenção por meio do Planejamento Regional Integrado (PRI) (Deliberação Nº 26, de 23 de agosto de 2023). A escolha da Rede Materno Infantil não suprime a participação das demais redes temáticas no processo de organização dos pontos de atenção, uma vez que os coordenadores e pontos focais das outras redes temáticas também participaram do processo de planejamento regional integrado.

Este documento foi apresentado e aprovado na 9ª Reunião Ordinária de 2024 do Colegiado de Gestão da SES-DF no dia 06 de novembro de 2024 (Deliberação nº 63, de 8 de novembro de 2024). Nesta ocasião, também houve a deliberação do novo nome da rede para Rede Materna e Infantil do Distrito Federal.

CAPÍTULO I - A REDE MATERNO INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL

A Rede Materno Infantil foi sistematizada com a publicação da Portaria n.º 1.459/2011 no âmbito nacional e é uma rede temática de atenção à Saúde que visa garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis e tem como objetivo, além de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, de zero aos vinte e quatro meses, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A estruturação da rede deve acontecer de modo a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança, a partir das diretrizes estabelecidas.

A Rede Materno Infantil organiza-se a partir de quatro componentes direcionados para uma série de ações de atenção à saúde materno-infantil.

» O componente Pré-Natal compreende:

a) a realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;

b) o acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;

c) o acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;

d) a realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;

e) a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;

f) a qualificação do sistema e da gestão da informação;

g) a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;

h) a prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;

i) o apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

» O componente Parto e Nascimento compreende:

a) a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;

b) a ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

c) as práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";

d) a garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

e) a realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;

f) o estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;

g) o estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

» O componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança (zero a vinte e quatro meses) compreende:

a) a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;

b) o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;

c) a busca ativa de crianças vulneráveis;

d) a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;

e) a prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;

f) a orientação e oferta de métodos contraceptivos.

» Os componentes Transporte Sanitário e Regulação compreendem:

a) a promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Materno Infantil, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;

b) a implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto;

c) a implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

Para operacionalizar as ações propostas pelas normativas referentes à Rede Materno Infantil, foi constituída na SES/DF, mediante a Portaria SES/DF nº 236, de 14 de dezembro de 2011, o Grupo Condutor Central da Rede Materno Infantil composto por representantes das Subsecretarias de Atenção à Saúde; de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle; de Atenção Primária à Saúde; de Vigilância à Saúde e ainda um representante do Gabinete da SES.

No ano de 2022 foi publicada Portaria nº 514, de 02 de agosto de 2022 que consolidou todas as redes temáticas da Secretaria de Saúde, incluindo a Rede Materno Infantil, sendo atualizada pela Portaria nº 182, de 1º de junho de 2023. Esta normativa versa sobre a composição do Grupo Condutor Distrital da Rede Materno Infantil e dos Grupos Regionais da Rede Materno Infantil, bem como suas atribuições. Atualmente todos os grupos encontram-se instituídos, sendo um grupo Distrital e sete regionais.

Os grupos são responsáveis por mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase, apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação e/ ou à implementação da rede, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase e monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

Neste sentido, no ano de 2012 foi elaborado o primeiro Plano de Ação da Rede Materno Infantil do Distrito Federal, sendo um marco para qualificação da assistência materno-infantil do Distrito Federal. Em 2021 foi elaborado um novo Plano de Ação, com validade de 3 anos.

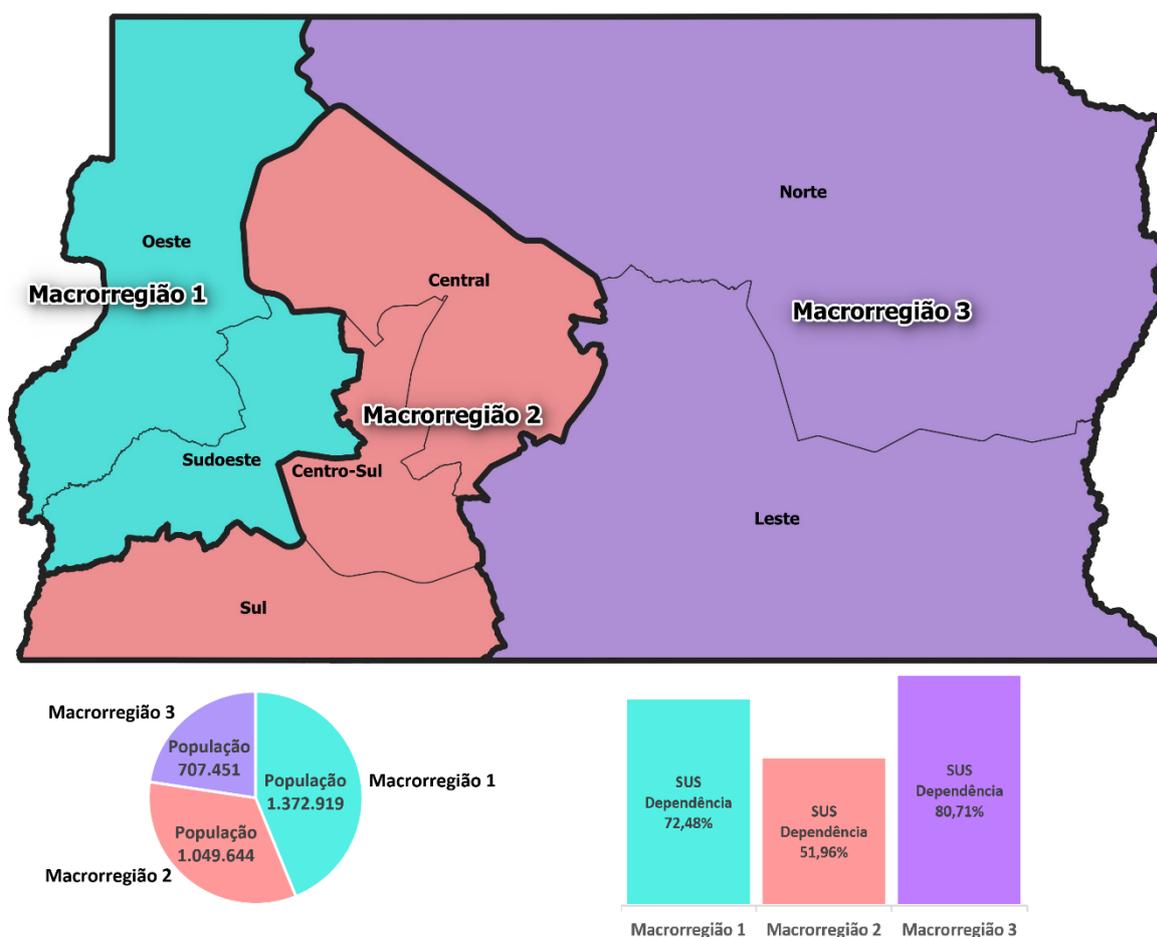
A organização macrorregional tem por finalidade articular esses componentes e integrar os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar os serviços e ações relacionadas à saúde da mulher e da criança, assim como a redução das taxas de mortalidade.

No percurso do Processo do Planejamento Regional Integrado (PRI) foi realizada a análise da situação de saúde da mulher e da criança, junto às regiões de saúde, tendo como base os dados primários, incluindo os demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial, da situação da regulação

assistencial, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte sanitário, entre outros.

No Distrito Federal a rede de atenção à saúde está estruturada em 7 regiões de Saúde, que por sua vez estão organizadas em 3 macrorregiões de saúde: Macrorregião 1 (Regiões Oeste e Sudoeste), Macrorregião 2 (Regiões Central, Centro-sul e Sul) e Macrorregião 3 (Regiões Norte e Leste). Além das diferenças relacionadas ao espaço territorial, as macrorregiões de saúde do Distrito Federal também apresentam diferenças consideráveis ao se observar a população residente e a SUS dependência (dependência em relação aos serviços ofertados pelos estabelecimentos vinculados à administração pública). Os aspectos sociodemográficos e epidemiológicos das macrorregiões de saúde serão tratados em outra publicação específica sobre a matéria.

Figura 1. População, SUS Dependência, Regiões e Macrorregiões de Saúde do Distrito Federal



Fonte: Decreto nº 37.515/2016 e alterações posteriores; PDAD 2021 (IPEDF). Elaboração: SES/SUPLANS/CCONS/DGIE/GAOIR.

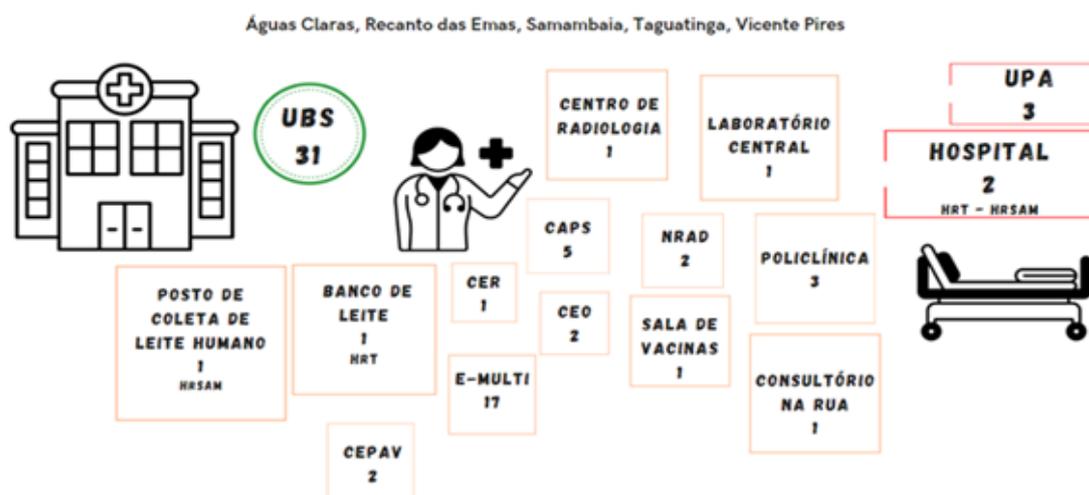
Nos capítulos a seguir estão dispostos o panorama da organização dos serviços para cada uma das três macrorregiões de saúde, o itinerário terapêutico proposto para a Rede Materno Infantil e os planos de iniciativas propostos para o quadriênio 2024-2027.

CAPÍTULO II - ORGANIZAÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE 1 (REGIÕES SUDOESTE E OESTE)

2.1 Organização da Rede Materno Infantil na Macrorregião de Saúde 1

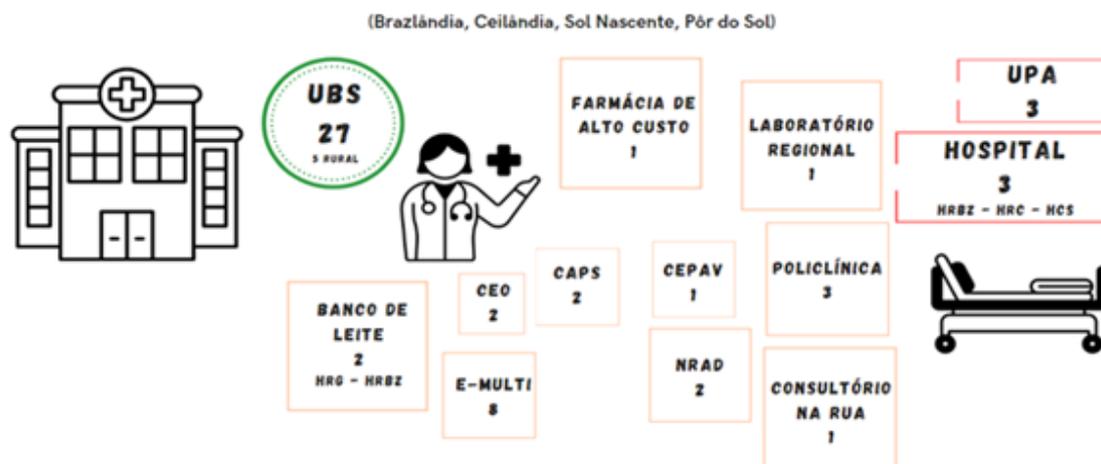
A Macrorregião 1 conta com uma rede assistencial ampla com vários pontos de atenção, envolvendo desde a atenção primária à especializada ambulatorial e hospitalar que, diretamente ou indiretamente, integram a Rede Materno Infantil. A seguir, as figuras 2 e 3 sintetizam os pontos de atenção das Regiões de Saúde Sudoeste e Oeste, que compõem a Macrorregião 1.

Figura 2. Pontos de atenção da Região Sudoeste



Fonte: Dados extraídos do CNES e validados na Oficina de Itinerário Terapêutico da Rede Materno Infantil, realizada nos dias 26/09/23, 27/09/23 e 28/09/23, do PRI pelos participantes das Regiões de Saúde.

Figura 3. Pontos de atenção da Região Oeste

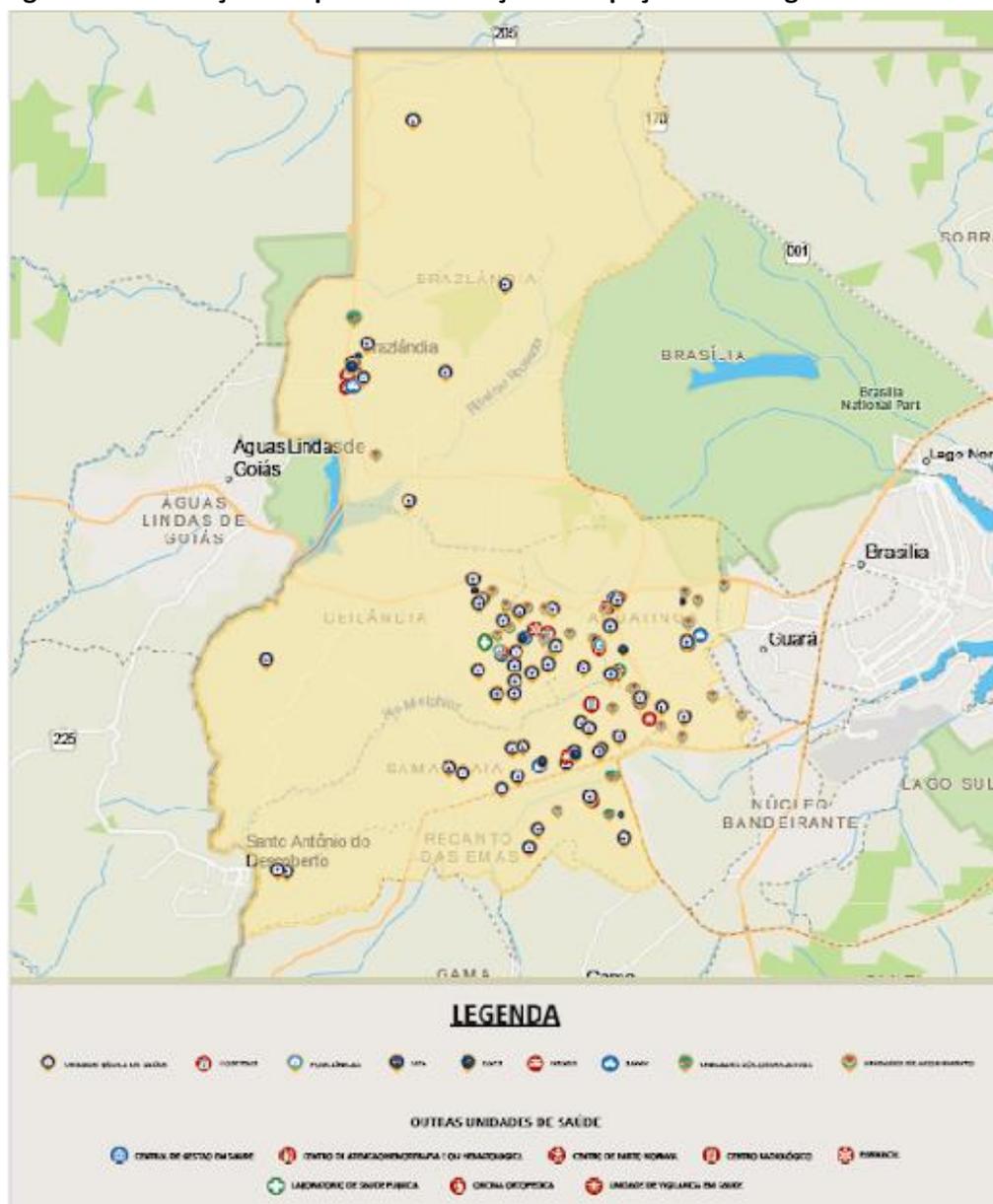


Dados extraídos do CNES e validados na Oficina de Itinerário Terapêutico da Rede Materno Infantil, realizada nos dias 26/09/23, 27/09/23 e 28/09/23, PRI pelos participantes das Regiões de Saúde.

2.2 Panorama de Serviços da Macrorregião de Saúde 1

Os serviços integrados à Rede Materno Infantil no Distrito Federal contam com 175 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Centro de Parto Normal peri-hospitalar, 11 hospitais que prestam assistência ao Parto e Nascimento; 1 hospital contratado que presta assistência ao parto e nascimento e pré-natal de alto risco Hospital Universitário de Brasília (HUB). Na figura 4 está representada a distribuição espacial dos pontos de atenção no espaço macrorregional da macrorregião de Saúde 1.

Figura 4. Distribuição dos pontos de atenção no espaço macrorregional 1.



Fonte: InfoSaúde. Acesso em 12/03/2024. Disponível em <https://info.saude.df.gov.br/mapasgestoresdesaudedistritofederal/>

Os componentes Pré-Natal, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança estão disponíveis em todas as UBS. A seguir está apresentada a distribuição do quantitativo de estabelecimentos relacionados à Rede Materno Infantil por Região de Saúde para a Macrorregião 1.

Tabela 1. Estabelecimentos por Região de Saúde.

Estabelecimentos	Macrorregião 1	
	Oeste	Sudoeste
UBS	27	20
Centro de Parto Normal	0	0
Hospital Regional	2	2
Subtotal por Região de Saúde	29	22
Total por Macrorregião	51	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), competência 09/2023. Dados disponíveis no Portal InfoSaúde dados atualizados em 14/09/2023. Elaborado por SES/SAIS/ARAS.

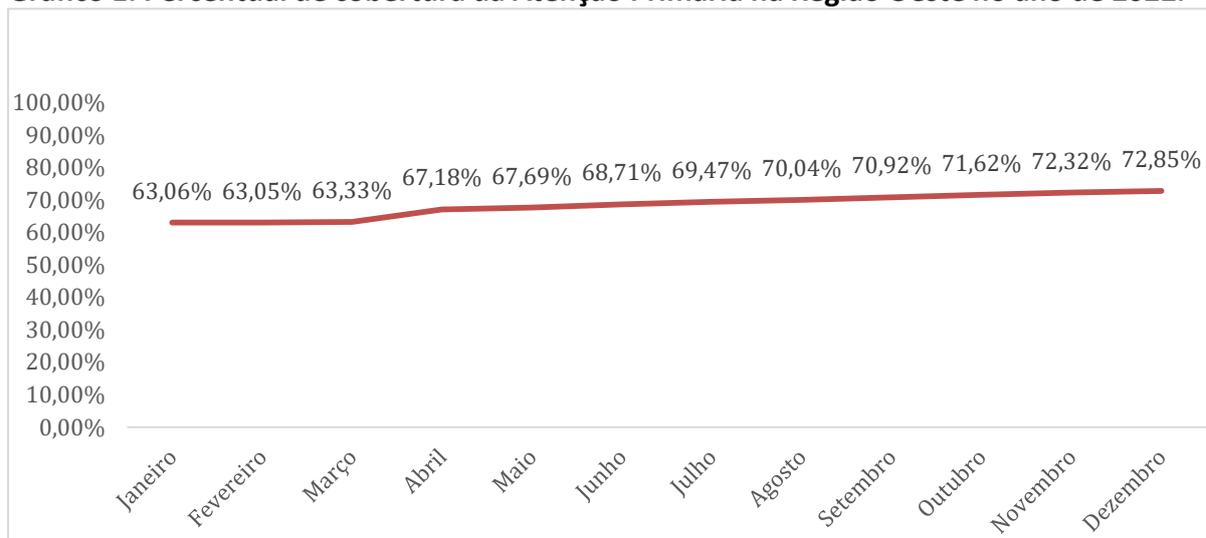
2.2.1 Atenção Primária à Saúde da Macrorregião 1

A Atenção Primária à Saúde atua como centro de comunicação das redes temáticas de atenção, organizando os fluxos e contrafluxos de pessoas, os produtos e as informações entre todos os pontos de atenção (MS, 2019).

Da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, este nível de atenção atua no planejamento sexual e reprodutivo, no pré-natal, no puerpério e na atenção integral na saúde da criança.

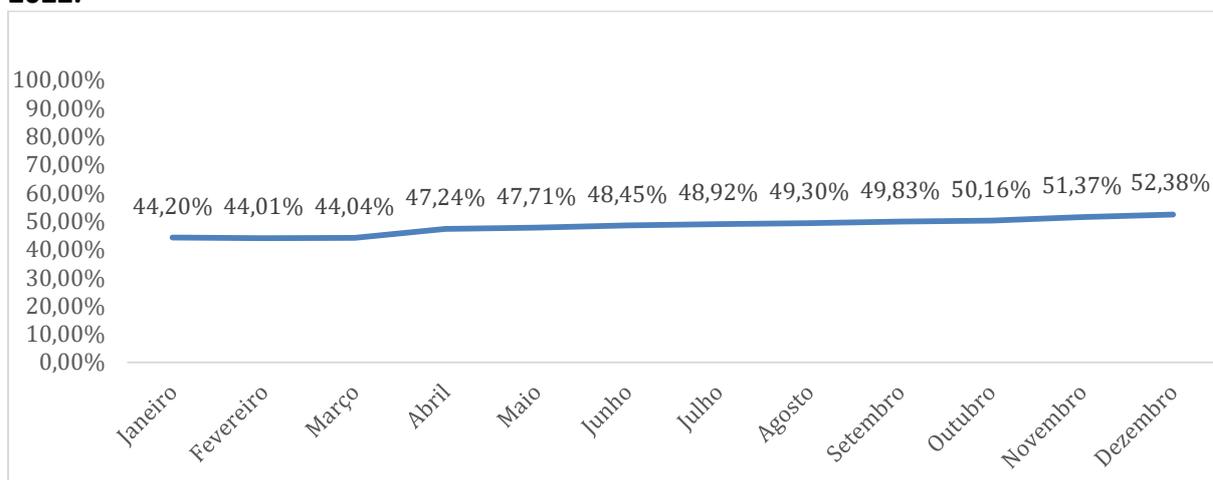
Para o ano de 2022 observou-se a ampliação do percentual de cobertura da Atenção Primária à Saúde para as duas regiões de saúde da Macrorregião 1, sendo a Região Oeste aquela que apresentou maior variação percentual (9,79%) entre os meses de janeiro e dezembro em comparação à Região Sudoeste (8,18%), conforme os Gráficos 1 e 2.

Gráfico 1. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Oeste no ano de 2022.



Fonte: Gerência de Qualidade na Atenção Primária. Dados extraídos em 25/10/2023. SEI 00060-00553219/2023-98.

Gráfico 2. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Sudoeste no ano de 2022.



Fonte: Gerência de Qualidade na Atenção Primária. Dados extraídos em 25/10/2023. SEI 00060-00553219/2023-98.

O componente Pré-Natal é de suma importância para a organização do cuidado e é de responsabilidade da APS. Cabe às equipes da APS estratificar os riscos e a vulnerabilidade e vincular a gestante aos pontos de atenção, de acordo com a situação. Toda gestante deve realizar as consultas de Pré-Natal em uma Unidade Básica de Saúde, ter garantidos os exames conforme protocolo e estar vinculada a uma maternidade, que deve conhecer ainda durante a gravidez (BRASIL, 2015).

Na Tabela 2 está representado o Panorama do pré-natal da macrorregião 1. Destaca-se que 65,7% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e realizaram mais de 6 consultas de pré-natal. Todavia, observa-se que ainda há um contingente de

gestantes que não realizaram pré-natal (1,7%) ou que realizaram o pré-natal de forma inadequada (16,1%).

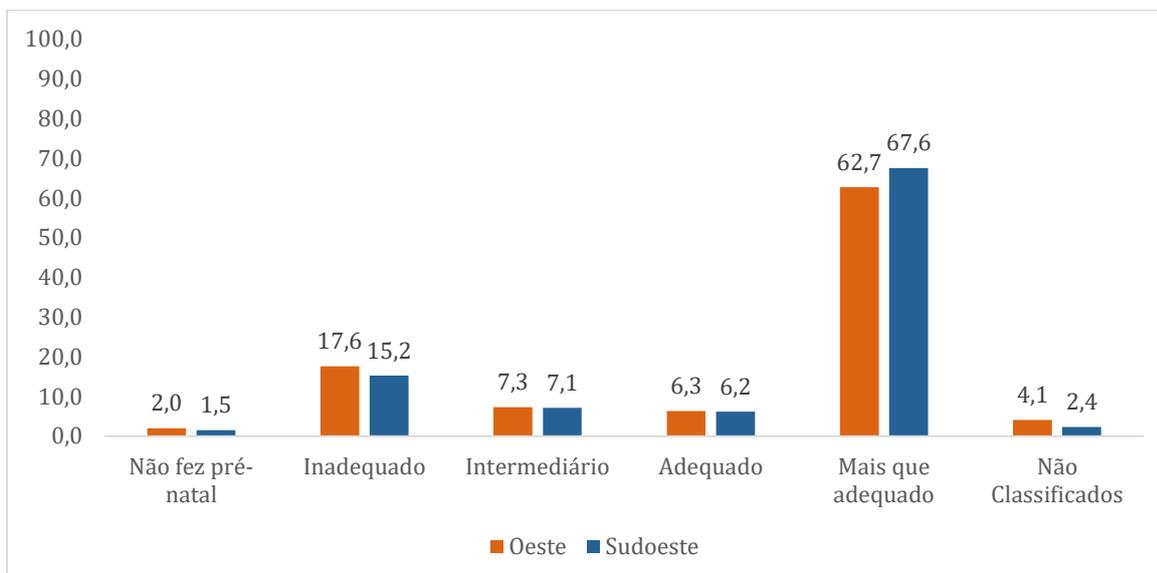
Tabela 2. Panorama do Pré-natal da Macrorregião 1 referente ao ano de 2022.

Região de Saúde	Não fez pré-natal		Inadequado		Intermediário		Adequado		Mais que adequado		Não Classificados		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Oeste	117	2,0	1034	17,6	432	7,3	371	6,3	3686	62,7	239	4,1	5879
Brazlândia	12	1,4	154	17,7	119	13,7	92	10,6	471	54,1	23	2,6	871
Ceilândia	74	1,9	663	17,4	228	6,0	200	5,2	2501	65,6	149	3,9	3815
Sol													
Nascente/Pôr do Sol	31	2,6	217	18,2	85	7,1	79	6,6	714	59,8	67	5,6	1193
Sudoeste	147	1,5	1464	15,2	687	7,1	594	6,2	6492	67,6	226	2,4	9610
Águas Claras	1	0,1	134	9,4	72	5,1	81	5,7	1129	79,2	8	0,6	1425
Arniquireiras	2	0,4	70	13,9	26	5,2	21	4,2	366	72,8	18	3,6	503
Recanto das Emas	48	2,9	388	23,5	148	9,0	114	6,9	890	53,9	63	3,8	1651
Samambaia	43	1,5	475	16,0	234	7,9	182	6,1	1945	65,6	85	2,9	2964
Taguatinga	37	1,7	276	12,6	135	6,2	138	6,3	1569	71,5	39	1,8	2194
Vicente Pires	16	1,8	121	13,9	72	8,2	58	6,6	593	67,9	13	1,5	873
Total	264	1,7	2498	16,1	1119	7,2	965	6,2	10178	65,7	465	3,0	15489

Fonte: Dados extraídos do SINASC em 27/10/2023. A categorização da "Adequação quantitativa de pré-natal" mostrada na variável "Adeq quant pré-natal" considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal. O termo pré-natal mais que adequado define-se como início do pré-natal no primeiro trimestre e mais do que seis consultas de pré-natal.

No Gráfico 3 está representado o comparativo entre os estratos de qualificação da assistência ao pré-natal (não fez o pré-natal; inadequado; intermediário; adequado; mais que adequado; não classificado) para as Regiões Oeste e Sudoeste, sendo a Região Sudoeste aquela que apresenta maior proporção de gestantes com pré-natal mais que adequado.

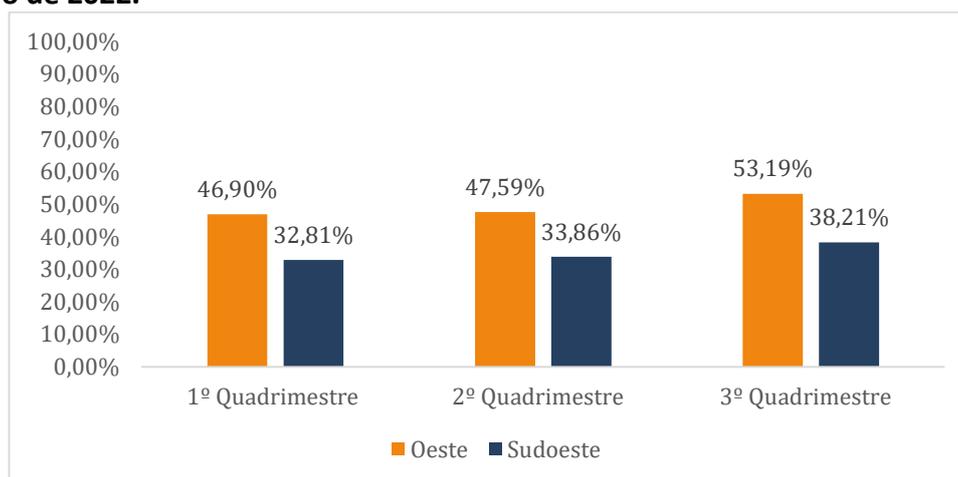
Gráfico 3. Comparativo entre os percentuais dos qualificadores de pré-natal para as regiões de saúde da Macrorregião 1 referente ao ano de 2022.



Fonte: SINASC. Dados extraídos em 27/10/2023. A categorização da "Adequação quantitativa de pré-natal" mostrada na variável "Adeq quant pré-natal" considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal. O termo pré-natal mais que adequado define-se como início do pré-natal no primeiro trimestre e mais do que seis consultas de pré-natal. Os dados apresentados tem fonte primária na Declaração de Nascido Vivo (DNV) de estabelecimentos públicos e privados.

No Gráfico 4 estão dispostas as informações sobre a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, por quadrimestre, para as regiões de saúde da Macrorregião 1.

Gráfico 4. Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo da 1ª até a 12ª semana de gestação nas Regiões Oeste e Sudoeste, por quadrimestre para o ano de 2022.



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Previne Brasil. O registro dos dados primários é realizado no Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS, utilizado na na Atenção Primária à Saúde.

As diferenças observadas entre os gráficos 3 e 4 acerca da proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal possivelmente se devem às diferentes fontes de

dados utilizadas. Enquanto no Gráfico 3 os dados são oriundos da Declaração de Nascido Vivo (DNV), ou seja, da declaração preenchida por ocasião do nascimento em estabelecimentos públicos e privados, no Gráfico 4 os dados são oriundos das consultas de pré-natal registradas no Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em Unidades Básicas de Saúde.

Além da análise crítica em relação à assistência ao pré-natal, torna-se relevante a avaliação da assistência ao puerpério e à puericultura.

Nos Quadros 1 e 2 estão dispostas a produção de atendimentos de puerpério e puericultura, respectivamente.

Quadro 1. Produção dos atendimentos de puerpério (todas as demandas) para o ano de 2023.

PUERPÉRIO (42 DIAS) - TODAS AS DEMANDAS - DF													
MESES/2023													
REGIÕES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
CENTRAL	12	10	6	7	9	5	9	12	8	6	6	14	104
CENTRO-SUL	23	18	19	14	20	19	15	10	24	16	23	4	205
LESTE	17	21	20	13	14	17	8	14	12	19	15	10	180
NORTE	41	22	28	15	16	30	19	18	19	32	23	23	286
OESTE	35	25	32	23	24	30	23	32	19	29	27	26	325
SUDOESTE	35	30	29	31	33	39	28	30	40	26	37	20	378
SUL	21	18	16	24	25	15	12	23	14	22	21	8	219
TOTAL	184	144	150	127	141	155	114	139	136	150	152	105	1.697

Fonte: SISAB/MS. Gerência de Processamento de Informações de Atenção Primária/Diretoria de Controle de Serviços de Saúde/Coordenação de Controle de Serviços de Saúde e Gestão da Informação/Subsecretaria de Planejamento em Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Processo SEI 00060-00057312/2023-76. Extração de dados realizada em 24/01/2024.

Quadro 2. Produção dos atendimentos de puericultura (todas as demandas) para o ano de 2023.

PUERICULTURA 0 a 2 ANOS - TODAS AS DEMANDAS - DF													
MESES/2023													
REGIÕES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
CENTRAL	558	488	617	603	672	575	682	632	577	655	606	547	7.212
CENTRO-SUL	1.681	1.502	2.069	1.727	1.982	1.746	1.656	2.192	1.869	1.837	1.682	1.500	21.443
LESTE	1.464	1.146	1.645	1.431	1.640	1.454	1.536	1.756	1.651	1.698	1.458	1.439	18.318
NORTE	1.617	1.438	1.795	1.687	1.898	1.633	1.653	1.983	1.814	1.907	1.765	1.638	20.828
OESTE	2.634	2.284	3.227	2.802	3.072	2.816	2.804	3.054	2.788	3.016	2.774	2.546	33.817
SUDOESTE	2.936	2.458	3.185	2.817	3.163	2.751	2.659	3.336	2.907	3.268	2.916	2.734	35.130
SUL	1.470	1.369	1.707	1.457	1.723	1.455	1.408	1.821	1.515	1.576	1.492	1.322	18.315
TOTAL	12.360	10.685	14.245	12.524	14.150	12.430	12.398	14.774	13.121	13.957	12.693	11.726	155.063

Fonte: SISAB/MS. Gerência de Processamento de Informações de Atenção Primária/Diretoria de Controle de Serviços de Saúde/Coordenação de Controle de Serviços de Saúde e Gestão da Informação/Subsecretaria de Planejamento em Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Processo SEI 00060-00057312/2023-76. Extração de dados realizada em 24/01/2024.

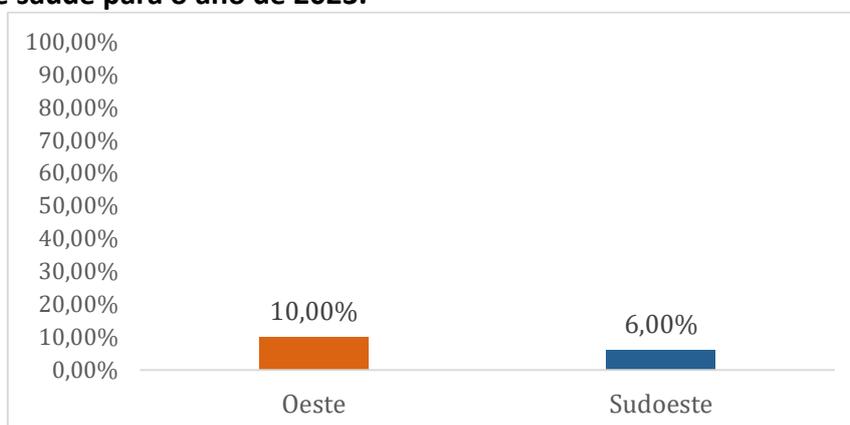
Apesar de haver um número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde para a assistência ao puerpério e puericultura, não há um parâmetro considerado como “adequado” ou “mais que adequado”, tal como existe para o pré-natal. Por esta razão, tecnicamente não é possível realizar a extração e o refinamento desta informação no SISAB.

Além da avaliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde, do pré-natal, do puerpério e da puericultura, existem outros elementos que podem balizar a qualidade dos serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde em um determinado território. Dentre estes elementos, destaca-se o percentual de gravidez na adolescência, que pode ser utilizado como parâmetro na avaliação da efetividade das ações de planejamento reprodutivo.

Cabe ressaltar que mesmo dentro de uma mesma Região de Saúde este indicador pode variar de forma substancial se considerada a vulnerabilidade social de cada Região Administrativa.

No Gráfico 5 estão dispostas as proporções de gravidez na adolescência das regiões de saúde que compõem a Macrorregião 1.

Gráfico 5. Percentual de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos, por região de saúde para o ano de 2023.



Fonte: SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos).
Dados extraídos do SESPlan em 02/01/2024.

No contexto da Rede Materno Infantil, a imunização é uma estratégia consolidada de prevenção de doenças, sendo realizada por meio da vacinação, para promover a saúde individual e coletiva e reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis. Portanto, a cobertura vacinal é um indicador que estima a proporção da população-alvo vacinada e pode ser um dos parâmetros utilizados para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde de um determinado território.

Para o cálculo, utiliza-se o total de últimas doses do esquema da vacina de interesse como numerador, dividido pela estimativa da população alvo (denominador), multiplicado por 100.

Na Tabela 3 está apresentada a série histórica da cobertura vacinal do calendário infantil (menores de 2 anos) por macrorregião de saúde.

Tabela 3. Série Histórica de cobertura vacinal dos imunobiológicos do calendário infantil, menores de 2 anos, por macrorregião de saúde, de 2010 a 2022.

Ano	Região	BCG	ROTAVÍRUS	POLIO	PENTA	TRÍPLICE VIRAL	FEBRA AMARELA	HEPATITE B	MENINGO C	PNEUMO-10V	TETRA VIRAL	HEPATITE A	TRÍPLICE VIRAL D2	VARICELA	HEP B < 31 DIAS
2022	Macro 1	101,9	76,4	75,3	75,2	86,5	69,2	75,2	77,5	80,6	0,0	76,4	64,7	77,9	102,1
	Macro 2	168,4	88,7	85,3	85,3	97,0	78,0	85,3	90,0	93,1	0,0	85,7	67,4	88,3	164,8
	Macro 3	95,2	75,6	75,6	75,6	88,2	69,2	75,6	77,7	80,1	0,0	70,9	47,5	71,9	110,8
2021	Macro 1	90,9	75,1	76,2	72,7	82,8	71,8	73,1	75,6	78,0	36,6	71,8	60,6	74,6	68,8
	Macro 2	136,0	79,4	79,4	77,3	91,5	74,1	77,6	80,9	82,6	69,1	79,8	58,2	82,0	121,2
	Macro 3	90,8	71,8	74,1	69,0	81,6	65,6	69,2	70,8	74,4	34,4	66,6	38,7	68,3	58,1
2020	Macro 1	88,3	79,5	78,5	86,2	80,1	72,4	86,9	79,9	83,5	43,0	75,8	68,4	75,2	67,2
	Macro 2	113,0	91,7	93,5	101,1	93,8	83,2	101,6	94,9	96,9	46,7	88,2	73,3	85,6	114,5
	Macro 3	81,5	74,5	74,7	81,5	81,6	69,3	81,6	76,2	78,2	39,9	74,4	58,6	72,9	41,1
2019	Macro 1	88,2	86,2	85,8	70,1	88,2	79,5	70,9	87,5	90,0	88,6	90,3	89,6	89,0	74,6
	Macro 2	108,7	90,7	87,3	78,6	91,5	86,2	79,3	89,6	94,4	93,4	94,9	96,3	93,8	104,7
	Macro 3	81,8	76,2	76,9	61,5	76,4	69,3	61,8	78,4	79,0	74,2	75,4	75,3	74,4	46,2
2018	Macro 1	83,7	89,6	88,2	88,6	90,1	85,0	89,3	90,7	93,6	84,8	86,5	89,0	86	
	Macro 2	109,3	94,8	90,9	93,9	92,7	90,9	94,4	96,2	99,2	88,9	93,8	94,6	90,1	
	Macro 3	70,1	76,7	75,3	75,0	76,1	73,1	75,3	76,6	79,6	73,0	73,0	76,1	74,0	
2017	Macro 1	97,1	82,7	85,2	84,5	77,4	82,4	84,4	85,7	89,2	82,8	84,3			
	Macro 2	139,1	103,0	112,7	112,0	103,8	111,8	112,3	101,6	119,1	130,9	113,0			
	Macro 3	91,7	76,3	75,8	76,7	78,8	78,7	73,8	76,1	79,7	72,3	76,4			
2016	Macro 1	100,2	83,1	91,8	92,1	91,7	89,9	92,2	96,4	95,3	90,5	69,9			
	Macro 2	127,6	103,7	114,5	114,4	107,4	106,0	114,5	120,1	124,5	112,1	84,8			
	Macro 3	92,9	78,6	87,8	89,9	82,8	93,9	90,0	95,0	89,7	86,7	68,9			
2015	Macro 1	96,7	78,7	84,7	84,7	84,9	84,1	84,3	89,1	87,4	78,0	81,8			
	Macro 2	133,2	94,8	108,1	105,6	99,5	103,4	103,3	109,3	110,3	99,0	108,7			
	Macro 3	109,6	82,9	91,3	90,5	94,8	91,9	89,1	93,9	89,3	80,0	91,3			
2014	Macro 1	101,6	86,6	91,0	92,2	89,9	87,4	92,2	95,3	96,1	90,4				
	Macro 2	126,2	100,2	107,7	107,4	106,3	102,5	107,4	115,0	118,9	115,0				
	Macro 3	127,7	87,1	95,1	97,6	105,0	102,5	97,6	98,8	102,2	96,9				
2013	Macro 1	106,3	83,2	87,7	91,1	89,7	73,0	90,7	95,8	87,3	23,6				
	Macro 2	123,9	97,9	115,6	102,0	96,4	81,6	101,4	114,3	97,1	27,3				
	Macro 3	106,3	84,4	101,0	95,6	96,9	77,8	95,9	92,9	86,0	23,2				
2012	Macro 1	106,7	83,6	93,3	95,7	94,1	95,5	93,3	94,1	85,0					
	Macro 2	116,7	93,3	105,6	104,6	96,4	101,4	102,1	106,2	88,7					
	Macro 3	112,3	82,2	91,3	92,4	99,7	91,2	92,5	90,2	81,4					
2011	Macro 1	106,2	81,9	93,9	93,7	95,8	90,8	92,8	115,1	79,8					
	Macro 2	116,7	90,9	102,5	101,6	98,5	101,7	100,5	127,9	86,9					
	Macro 3	101,9	76,8	90,7	91,3	106,8	92,1	91,0	111,7	81,5					
2010	Macro 1	111,7	177,7	90,1	89,8	88,4	85,9	87,3							
	Macro 2	117,9	197,9	96,7	98,9	98,0	95,2	94,0							
	Macro 3	110,9	196,3	100,4	99,8	95,8	90,0	97,1							

Fonte: População SINASC; Doses Aplicadas 1974 a 2017 - BIM, a partir de 2018 SIPNI. Gerência de Rede de Frio/ Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Subsecretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Processo SEI 00060-00553219/2023-98. Nota: PENTA: início agosto 2012; anteriormente era Tetravalente + Hib; VIP/VOP: esquema sequencial implantado em 2012; FEBRE AMARELA: até 2012 aplicada aos 12 meses de idade; a partir de janeiro de 2013 aplicada aos 9 meses; MENINGO C: Início em 2011; PNEUMO 10: Início em 2011; TETRA VIRAL: Início em 2013; Houve o desabastecimento em 2020 e então havia o esquema de substituição Tríplice viral D2 + Varicela; TRÍPLICE VIRAL D2: Compunha o esquema de substituição, juntamente com a varicela, da Tetra viral; VARICELA D1: Compunha o esquema de substituição, juntamente com a tríplice viral D2, da Tetra viral; HEPATITE B < 31 DIAS: Início em 2019;

2.2.2 Atenção Especializada Ambulatorial da Macrorregião 1

Na assistência ao ciclo gravídico-puerperal a Atenção Especializada Ambulatorial atua nas seguintes áreas: pré-natal de alto risco, ambulatório de egressos da UTIN, puerpério patológico, planejamento sexual e reprodutivo (métodos cirúrgicos) e outras especialidades das quais a gestante ou criança possa necessitar.

O acesso ao pré-natal de alto risco nas policlínicas acontece por meio da regulação, sendo na maioria das vezes em panorama 1 (atendimento dentro da Região de Saúde), em alguns casos em panorama 2 (atendimento pactuado e realizado entre as Regiões de Saúde) e panorama 3 (são regulados para toda a rede SES/DF).

A assistência integral na Atenção Especializada Ambulatorial ao recém-nascido, à criança e à sua família quando egressos de unidades neonatais ocorre por meio de avaliação, diagnóstico, terapêutica e orientação no período posterior à internação em unidade neonatal, de maneira a promover seu crescimento e desenvolvimento adequados, bem como minimizar danos advindos das condições que justificaram a internação. Atualmente o serviço é ofertado nos ambulatórios hospitalares em serviços que possuem Unidades Neonatais. O acesso ocorre por meio de agendamento local.

2.2.3 Atenção Especializada Hospitalar da Macrorregião 1

Na assistência ao ciclo gravídico-puerperal este nível de atenção abrange as seguintes áreas: emergências obstétricas, parto e nascimento, puerpério, internações nas unidades neonatais, internação pediátrica e adulta.

Na Macrorregião 1, seguindo a tendência do Distrito Federal, observa-se diminuição do número de nascimentos nos estabelecimentos da SES DF, sendo em 2022 de 12.150 e em 2018 de 15.854.

Gráfico 6. Série histórica do número de nascidos vivos por ano nos Estabelecimentos da SES-DF da Macrorregião 1.

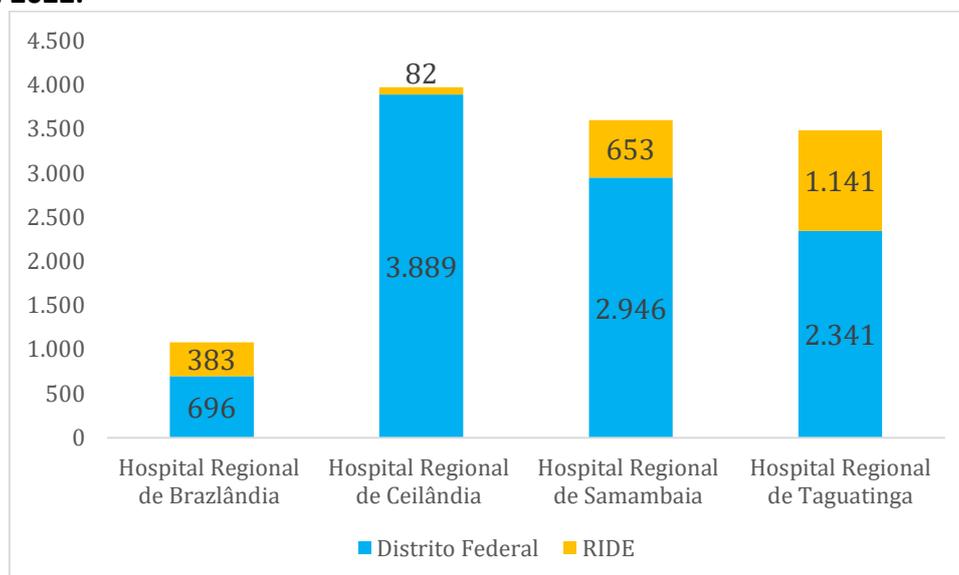


Fonte: InfoSaúde. Dados Extraídos da Sala de Situação em 28/02/2024.

Nota¹: Não estão contabilizados os partos realizados no Hospital Materno Infantil (SES-DF).

Em relação ao número de nascimentos por estabelecimento de saúde, para o ano de 2022, observa-se que os estabelecimentos de saúde da Região Sudoeste (Hospital Regional de Taguatinga e Hospital Regional de Samambaia) apresentaram maior número de nascimentos provenientes da RIDE, quando comparado à Região Oeste (Hospital Regional de Ceilândia e Hospital Regional de Brazlândia), conforme o Gráfico 7.

Gráfico 7. Número de nascidos por estabelecimento do DF (Macrorregião 1) e da RIDE, para o ano de 2022.



Fonte: InfoSaúde. Dados Extraídos da Sala de Situação em 28/02/2024.

Nota: O Hospital Regional de Ceilândia e o Hospital Regional de Brazlândia fazem parte da Região Oeste; O Hospital Regional de Samambaia e o Hospital Regional de Taguatinga fazem parte da Região Sudoeste.

A vinculação da gestante à maternidade de referência é normatizada no âmbito da SES-DF pela Portaria 1321 de 2018. A normativa preconiza que na primeira consulta do pré-natal a gestante deve ser informada de sua vinculação ao hospital de referência e sobre seus direitos e deveres durante o ciclo de gestação, parto, nascimento e puerpério. Neste contexto, deverá ser garantida pelo menos 01 (uma) Visita de Vinculação Obstétrica à maternidade de referência a toda gestante durante o acompanhamento pré-natal. A referida visita constitui-se em um momento educativo e de acolhimento, proporcionado pelo serviço obstétrico de referência, a fim de promover o conhecimento e a vinculação das gestantes e seus respectivos acompanhantes.

Na Macrorregião 1, os serviços de Atenção Especializada Hospitalar são compostos por quatro hospitais gerais com maternidade que prestam assistência ao parto e nascimento, sendo dois de risco habitual (Hospital Regional de Samambaia e Hospital Regional de Brazlândia) e dois de alto risco (Hospital Regional de Taguatinga e Hospital Regional de Ceilândia).

No Quadro 3 estão dispostos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento de parto e nascimento na Macrorregião 1.

Quadro 3. Estabelecimentos que atendem Partos de Risco Habitual e de Alto Risco (Portaria 1321/2018) - Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Materno Infantil.

Macrorregião de Saúde	Regiões de Saúde	Risco Habitual	Alto Risco (>31 semanas e 6 dias)	Alto Risco (<31 semanas e 6 dias)
Macrorregião 1	Oeste	Hospital Regional de Brazlândia	Hospital Regional de Ceilândia ¹	Hospital Regional de Ceilândia ¹
		Hospital Regional de Ceilândia		
	Sudoeste	Hospital Regional de Samambaia e Hospital Regional de Taguatinga	Hospital Regional de Taguatinga	Hospital Regional de Taguatinga

Fonte: Portaria 1321/2018. Elaborado por SES/SAIS/ARAS.

Nota ¹: Estabelecimento não habilitado para o parto de alto risco, mas que presta assistência ao parto de alto risco.

É importante destacar ainda que no Distrito Federal existe uma Unidade de Referência Distrital (URD), o Hospital Materno Infantil, que é referência para todas as Regiões de Saúde. Além disso, o HMIB é referência no atendimento à parturientes e gestantes que têm indicação de interrupção da gravidez cujos fetos apresentem diagnóstico intraútero confirmado de gastrosquise, onfalocele, hérnia diafragmática, atresia de esôfago e atresia

intestinal. Este serviço também é referência para o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL), que realiza o atendimento e a avaliação de mulheres que foram vítimas de violência sexual para realização do aborto previsto no Código Penal (Art.128).

No Quadro 4 apresenta-se o quantitativo de leitos dos quatro estabelecimentos hospitalares da Macrorregião 1.

Quadro 4. Número de leitos, por tipo, que compõem a Rede Materno Infantil dos Hospitais da Macrorregião 1, ano 2023.

Região de Saúde	Estabelecimentos Existentes	Tipo de leito					
		Leitos obstétricos	Leitos obstétricos (GAR) ¹	UTI adulto ²	UTI neonatal ²	UCI neonatal	Leito canguru
Oeste	Hospital Regional de Brazlândia	26	0	0	0	6	0
	Hospital Regional de Ceilândia	96	0	10	10	10	5
Sudoeste	Hospital Regional de Taguatinga	56	13	8	8	10	22
	Hospital Regional de Samambaia	50	0	27	0	0	0
Total de leitos na Macrorregião 1		228	13	45	18	26	27

Fonte: Dados extraídos do CNES em 13/12/2023.

Nota¹: Leitos Obstétricos (GAR) são leitos para gestantes de alto risco.

Nota²: Leitos de UTI adulto e UTI Neonatal são regulados em panorama 3 (são regulados para toda a rede SES/DF).

Além dos leitos hospitalares dos estabelecimentos da Macrorregião 1, também estão à disposição da Rede Materno Infantil os leitos do Hospital Materno Infantil, Unidade de Referência Distrital, conforme o Quadro 5.

Quadro 5. Leitos do HMIB regulados para toda a rede da SES-DF (Panorama 3).

Tipo de Leito	Número de leitos
UTI materna ¹	10
UTI neonatal ¹	30
UCI neonatal (UCINCO)	15
Leito canguru (UCINCA)	16

Fonte: CNES. Acesso em 13/12/2023.

Nota¹: Os leitos de UTI Materna e Neonatal são regulados em panorama 3 pelo Complexo Regulador do Distrito Federal para toda a rede SES/DF.

2.2.4 Transporte Sanitário na Macrorregião 1

O transporte sanitário da gestante, puérpera e recém-nato deve considerar o nível de atenção necessário.

Atualmente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) apoia o transporte das gestantes, puérperas e recém-natos portadores de patologias e comorbidades graves que impliquem em risco de morte para a própria gestante ou ao recém-nato e de quadros de gestação de alto risco, além do atendimento a chamados em domicílios ou a outros locais extra-hospitalares.

As transferências inter-hospitalares de gestantes, puérperas e recém-natos que não envolvam situações de risco são de competência da unidade hospitalar após contato prévio com a unidade receptora, sendo efetuadas por ambulância de transporte inter-hospitalar.

Na etapa de Análise de Situação de Saúde do Planejamento Regional Integrado o transporte sanitário foi elencado como um dos fatores que impactam no funcionamento da rede de atenção à saúde, devendo ser aprimorado para o pleno funcionamento da Rede Materno Infantil.

2.2.5 Processo Regulatório na Macrorregião 1

O Processo Regulatório assistencial no âmbito da Rede Materno Infantil está voltado para a garantia de acesso aos diversos serviços de saúde focados na atenção à gestante e ao recém-nascido e é coordenado pelo Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF).

Atualmente, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, os leitos de terapia intensiva adulto e neonatal estão sob a regulação do CRDF em panorama 3, ou seja, os leitos de todas as unidades hospitalares estão submetidos ao processo regulatório para toda a rede de atenção à saúde. Os leitos de cuidados intermediários neonatais ainda não estão regulados pelo CRDF.

No âmbito da Atenção Especializada Ambulatorial as consultas de pré-natal de alto risco são reguladas em Panorama 1 ou 2, ou seja, sob a gestão das regiões de saúde. As consultas do ambulatório de pré-natal de alta complexidade são reguladas pelo CRDF em panorama 3,

conforme a Nota Técnica de Regulação vigente. Já as consultas de egressos da UTI e UTIN não são reguladas.

Os leitos obstétricos não são regulados, uma vez que o fluxo de atendimento à gestante segue a Portaria (nº 1321/2018) de Vinculação do Componente Parto e Nascimento, instituída no Distrito Federal com o objetivo de assegurar a vaga na internação no âmbito da Região de Saúde. Caso a gestante busque atendimento em outra Unidade de Saúde, ela será internada e transportada de forma segura ao serviço ao qual ela está vinculada.

2.2.6 Serviços Habilitados na Macrorregião 1

Para o apoio técnico na operacionalização das ações propostas pelas normativas referentes à Rede Materno Infantil, foi publicada na SES-DF, a Portaria SES/DF N.º 236, de 14 de dezembro de 2011 que instituiu o Grupo Condutor Central da Rede Materno Infantil da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para o desenvolvimento de apoio técnico nas fases de adesão e diagnóstico; elaboração de desenho regional da rede Materno Infantil; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes; e, certificação, conforme o disposto nas legislações federais vigentes. Esta normatização proporcionou a qualificação técnica que contribuiu para a efetivação da habilitação de serviços/leitos e, por conseguinte, para o financiamento do Ministério da Saúde para estes serviços. No Quadro 6 estão dispostos os serviços habilitados relacionados à Rede Materno Infantil nos estabelecimentos da Macrorregião 1.

Quadro 6. Serviços Habilitados, por estabelecimentos hospitalares, na Macrorregião 1,

Região de Saúde	Estabelecimento	Serviços	Quantidade de Leitos	Portaria de Habilitação
Oeste	Hospital Regional de Ceilândia	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II - UTIN II ¹	8	PORTARIA SAS/MS nº 1.359, de 03/12/2013
	Hospital Regional de Ceilândia	Hospital Amigo da Criança	-	-
	Hospital Regional de Brazlândia	Hospital Amigo da Criança	-	-
Sudoeste	Hospital Regional de Taguatinga	Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo 2	13	PORTARIA GM/MS nº 4.300, de 27/12/2018
	Hospital Regional de Taguatinga	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II - UTIN II ¹	2	PORTARIA SAS/MS nº 1.359, de 03/12/2013
	Hospital Regional de Taguatinga	Hospital Amigo da Criança	-	-

2023.

Fonte: Dados extraídos do CNES em 13/12/2023.

Nota¹: Os Leitos de UTIN são regulados em panorama 3 (referência para toda a rede SES/DF)

Destacam-se ainda, alguns serviços da Macrorregião 1 com potencial de habilitação. Em geral, seriam necessárias adequações relacionadas à ambiência e à recomposição de recursos humanos para a evolução do processo de habilitação.

Quadro 7. Serviços com potencial de habilitação, por estabelecimento hospitalar, na Macrorregião 1, 2023.

Região de Saúde	Estabelecimento	Serviço com potencial de habilitação	Quantidade de leitos
Oeste	Hospital Regional de Ceilândia	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II - UTIN II	2
		Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo)	10
		Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa)	5
		Atenção Hospitalar de Referência à Gestaçã de Alto Risco Tipo 2	6
Sudoeste	Hospital Regional de Taguatinga	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II - UTIN II	6
		Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo)	10
		Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa)	5
		Atenção Hospitalar de Referência à Gestaçã de Alto Risco Tipo 2	6
	Hospital Regional de Samambaia	Hospital Amigo da Criança	-

Fonte: Gerência de Controle de Credenciamento e Habilitação/SES-DF. Informação extraída do Processo SEI nº: 00060-00553079/2023-58.

2.2.7 Capacidade Instalada da Macrorregião 1

A Portaria GM/MS 1.631/2015 aprovou os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, podendo sofrer adequações no nível das Unidades da Federação e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros.

Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde. Neste contexto está disposto abaixo o Quadro 8 com os parâmetros populacionais da Rede Materno Infantil da Macrorregião 1. As estimativas calculadas a partir desses parâmetros são

importantes para que os serviços de saúde planejem suas ações de forma a equilibrar a oferta e a demanda por serviços.

QUADRO 8. Parâmetros populacionais da Rede Materno Infantil da Macrorregião 1 relacionados aos parâmetros primários que definem a população alvo das ações propostas

População Alvo	Programado	Parâmetro (PT GM/MS 1.631/2015)
Estimativa de total de gestantes	16.446	Nascidos vivos do ano anterior + 5% = Nascidos Vivos do ano anterior \times 1,05
Gestante de Risco Habitual	13.979	85% das gestantes estimadas
Gestante de Alto Risco	2.467	15% das gestantes estimadas
Estimativa do número total de recém nascidos	16.446	Número de nascidos vivos no ano anterior + Proporção de nascimentos não registrados (= SINASC \times Fator de correção do sub-registro 1,05 *)
Estimativa do número total de crianças de 0 a 12 meses	15.506	Número de nascidos vivos no ano anterior + Proporção de nascimentos não registrados - número de óbitos ocorridos no período neonatal (= Nascidos vivos SINASC \times fator correção sub-registro \times 0,99)
Estimativa do número total de crianças de 12 a 24 meses	15.350	Número de nascidos vivos no ano anterior + Proporção de nascimentos não registrados - proporção de nascidos vivos que morreram no primeiro ano de vida (= Nascidos vivos SINASC \times fator correção sub-registro \times 0,98)
População feminina em idade fértil	457.946	0,33 \times População total (TCU, projetada de acordo com taxa de crescimento populacional no último período publicado)

Fonte: PT GM/MS 1.631/2015. Para o cálculo dos parâmetros utilizou-se dos dados extraídos da sala de situação do InfoSaúde em 26/10/2023 e do Manual de Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS 1.631/2015. Os cálculos foram realizados a partir de planilha eletrônica disponibilizada pela consultoria da Beneficência Portuguesa em agosto de 2023.

Nos Quadros 9 e 10 estão representadas a capacidade instalada na Atenção Primária e Especializada. Para o cálculo dos parâmetros foram utilizados os Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde da Portaria GM/MS 1.631/2015 (MS, 2015) e os dados de produção dos serviços. Estão dispostas também as estimativas do déficit/superávit estimados para os serviços ofertados, conforme o parâmetro programado e a oferta na Macrorregião 1. Cabe esclarecer que os dados apresentados estão relacionados à produção de serviços, estando portanto, sujeitos à conformidade do registro dos procedimentos no sistema de prontuário eletrônico.

QUADRO 9. Parâmetros Assistenciais na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada para gestantes (risco habitual e alto risco) da Rede Materno Infantil para a Macrorregião 1

Nível de Atenção	Procedimento	Programado	Ofertado	Déficit/Superávit	Parâmetro
AB - Atenção Básica e AAE - Atenção Ambulato rial Especializ ada	03.01.01.011-0 Consulta de pré natal (Consulta Médica)	49.338	APS:27.000 ¹ AAE: 6.071 ² Total: 33071	- 16.267	3 consultas/gestante
	03.01.01.012-9 Consulta puerperal (Consulta Médica)	16.446	APS: 1.477 ¹ AAE: 27 ² Total: 1504	- 14.492	1 consulta/gestante
	03.01.01.011-0 Consulta de pré natal (Consulta de enfermagem)	49.338	APS: 48.581 ¹ AAE: 0 ² Total: 48.581	- 757	3 consultas/gestante
	03.01.01.003-0 Consulta de profissional de nível superior na atenção básica (exceto médico) Consulta odontológica	16.446	APS: 19.812 ¹ AAE: Não foi possível extração ² Total: 19.812	+ 3.366	1 consulta/gestante
	01.01.01.001-0 Atividade Educativa/Orientação em Grupo na atenção Basica (4 reuniões/gestante)	65.784	APS: 496 ¹	- 65.288	4 reuniões/ gestante

Fonte: e-SUS e SIA.

Nota¹: Dados da APS extraídos do painel de procedimentos da Sala de Situação. Fonte e-SUS. Extração em 15/03/2024.

Nota²: Dados da AAS extraídos do painel de produção ambulatorial dos Estabelecimentos da SES-DF da Sala de Situação. Fonte: Base de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Extração em 18/03/2024.

Observação¹: Os cálculos da estimativa da programação foram realizados a partir de planilha eletrônica disponibilizada pela consultoria da Beneficência Portuguesa em agosto de 2023. O cálculo dos parâmetros programados tem como base o Manual de Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS 1.631/2015.

QUADRO 10. Parâmetros Assistenciais na Atenção Ambulatorial Especializada para gestantes de alto risco da Rede Materno Infantil na Macrorregião 1

Nível de Atenção	Procedimento	Programado	Ofertado	Déficit	Parâmetro
AAE - Atenção Ambulatorial Especializada	03.01.01.007-2 Consulta médica em atenção especializada (Consulta especializada obstetrícia)	12.335	AAE: 6.068** Utilizado o código de consulta de pré-natal 03.01.01.011-0	- 6.267	5 consultas/gestante
	02.05.02.015-1 Ultrassonografia obstétrica com Doppler colorido e pulsado	2.467	1.100**	- 1.367	1 exame/gestante de alto risco
	02.05.02.014-3 Ultrassonografia obstétrica	4.934	2.704**	- 2.230	2 exame/gestante de alto risco
	02.11.04.006-1 Tocardiografia ante-parto	2.467	1 (SIA)** 433 (SIH)***	- 2.033	1 exame/gestante de alto risco

Fonte: SIA e SIH.

Nota¹: Dados da AAS extraídos do painel de procedimentos da Sala de Situação. Fonte SIA. Extração em 18/03/2024.

Nota²: Dados extraídos do Painel de Procedimentos secundários em Pacientes Internados da Sala de Situação. Fonte: Base de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Extração em 20/03/2024.

Observação¹: Os cálculos da estimativa da programação foram realizados a partir de planilha eletrônica disponibilizada pela consultoria da Beneficência Portuguesa em agosto de 2023. O cálculo dos parâmetros programados tem como base o Manual de Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS 1.631/2015.

Para avaliar a capacidade instalada da Atenção Especializada Hospitalar da Macrorregião 1 utilizou-se os dados sobre os Leitos Hospitalares do CNES e os Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde que consta na Portaria GM/MS 1.631/2015 (MS, 2015).

QUADRO 11: Parâmetros Assistenciais na Atenção Especializada Hospitalar, por tipo de leito, na Macrorregião 1

Região de Saúde	Estabelecimentos Existentes	Tipo de leito					
		Leitos obstétricos	Leitos obstétricos (GAR)	UTI adulto ¹	UTI neonatal ²	UCI neonatal	Leito canguru
Oeste	Hospital Regional de Brazlândia	26	0	0	0	6	0
	Hospital Regional de Ceilândia	96	0	10	10	10	5
Sudoeste	Hospital Regional de Taguatinga	56	13	8	8	10	22
	Hospital Regional de Samambaia	50	0	27	0	0	0
Total de leitos na Macrorregião 1		228	13	45	18	26	27
Programado (<i>Portaria GM/MS 1.631/2015</i>)		195	19	4	32	32	16
Diferença oferta/necessidade na Macrorregião 1		+33	-6	+41	-13	-6	+11
Parâmetro utilizado (<i>Portaria GM/MS 1.631/2015</i>)		{Gestantes Estimadas × 2,5 dias (média de permanência) / [365 dias × 0,70 (taxa ocupação 70%)]} × 1,21 (ajuste para outros procedimentos obstétricos) = [(NV×1,05) × 2,5]/(365×0,70) × 1,21	10% do total de leitos obstétricos necessários, na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço;	1 a 2% dos leitos obstétricos necessários na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço	2 leitos de UTI neonatal p/ cada 1.000 nascidos vivos na região	2 leitos de UCI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região	1 leito canguru para cada 1.000 nascidos vivos na região

Fonte: Número de leitos extraídos do CNES em 21/12/2023.

Nota¹: Os Leitos de UTI adulto são leitos de UTI geral, são regulados em panorama 3 pelo Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF) e não são exclusivos para gestantes. Além dos leitos apresentados para a Macrorregião 1, existem 10 leitos de UTI adulto no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Unidade de Referência Distrital e que são regulados pelo CRDF. A gestante pode ser internada no HMIB ou em qualquer leito da rede, inclusive em outras regiões de saúde.

Nota²: Os leitos de UTI neonatal são regulados são regulados em panorama 3 pelo CRDF. Além dos leitos apresentados para a Macrorregião 1, existem 30 leitos de UTI neonatal no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) que são regulados pelo CRDF.

A avaliação dos serviços habilitados e da capacidade instalada são subsídios necessários para a avaliação dos pontos de atenção relacionados à Rede Materno Infantil. É a partir da análise da suficiência dos serviços de saúde que pode-se proceder com a identificação das fragilidades e com a proposição de estratégias de enfrentamento.

CAPÍTULO III - ORGANIZAÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE 2

3.1 Organização da Rede Materno Infantil na Macrorregião de Saúde 2

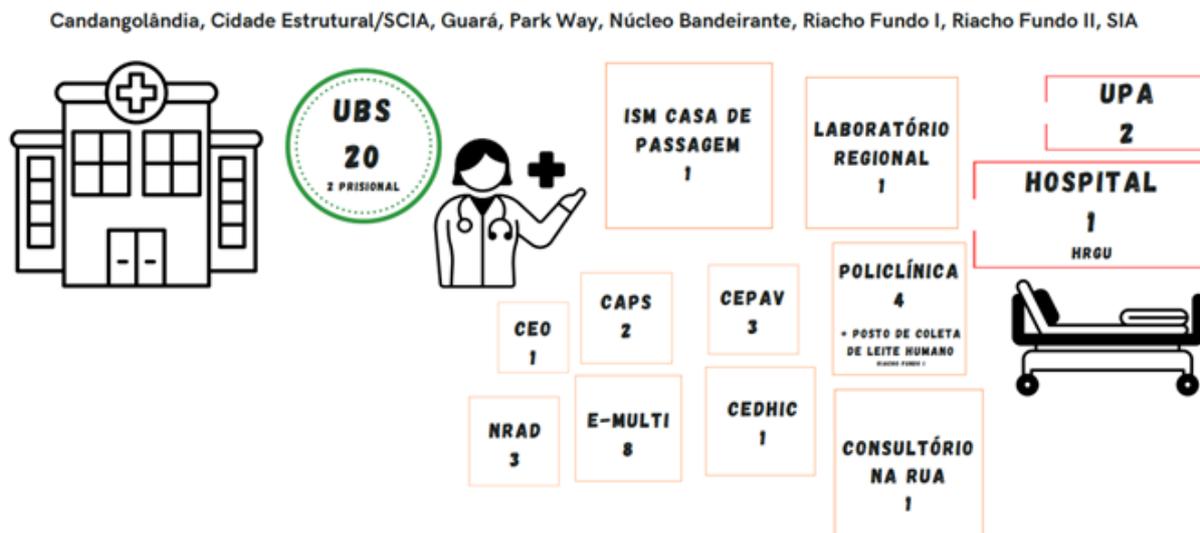
A Macrorregião 2 conta com uma rede assistencial ampla com vários pontos de atenção, envolvendo desde a atenção primária à especializada ambulatorial e hospitalar que, diretamente ou indiretamente, integram a Rede Materno Infantil. A seguir, as Figuras 5, 6 e 7 sintetizam os pontos de atenção da Região de Saúde Central, Centro-Sul e Sul, que compõem a Macrorregião 2.

Figura 5. Pontos de Atenção da Região Central.



Fonte: Dados extraídos do CNES e validados na Oficina de Itinerário Terapêutico da Rede Materno Infantil, realizada nos dias 26/09/2023, 27/09/2023 e 28/09/2023, do PRI pelos participantes das Regiões de Saúde.

Figura 6. Pontos de Atenção da Região Centro-Sul



Fonte: Dados extraídos do CNES e validados na Oficina de Itinerário Terapêutico da Rede Materno Infantil, realizada nos dias 26/09/2023, 27/09/2023 e 28/09/2023, do PRI pelos participantes das Regiões de Saúde.

Figura 7: Pontos de Atenção da Região Sul



Fonte: Dados extraídos do CNES e validados na Oficina de Itinerário Terapêutico da Rede Materno Infantil, realizada nos dias 26/09/2023, 27/09/2023 e 28/09/2023, do PRI pelos participantes das Regiões de Saúde.

3.2 Panorama de Serviços da Macrorregião de Saúde 2

Os serviços integrados à Rede Materno Infantil no Distrito Federal contam com 175 Unidades Básicas de Saúde, 1 Centro de Parto Normal peri-hospitalar, 11 hospitais que prestam assistência ao Parto e Nascimento; 1 hospital contratado que presta assistência ao parto e nascimento e pré-natal de alto risco (HUB).

Na Figura 8 está representada a distribuição espacial dos pontos de atenção no espaço macrorregional da macrorregião de Saúde 2.

Figura 8. Distribuição dos pontos de atenção no espaço macrorregional 2.



Fonte: InfoSaúde. Acesso em 12/03/2024. Disponível em <https://info.saude.df.gov.br/mapasgestoresdesaudedistritofederal/>

Os componentes Pré-Natal, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança estão disponíveis em todas as UBS. A seguir está apresentada a distribuição do quantitativo de estabelecimentos relacionados à Rede Materno Infantil por Região de Saúde para a Macrorregião 2.

Tabela 4. Estabelecimentos por Região de Saúde.

Estabelecimento	Macrorregião 2		
	Central	Centro-sul	Sul
UBS	9	20	32
Centro de Parto Normal	0	0	0
Hospital Regional	1	0	2
Total por Região	10	20	34
Total por Macrorregião	64		

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), competência 09/2023. Dados disponíveis no Portal InfoSaúde dados atualizados em 14/19/2023. Elaborado por SES/SAIS/ARAS.

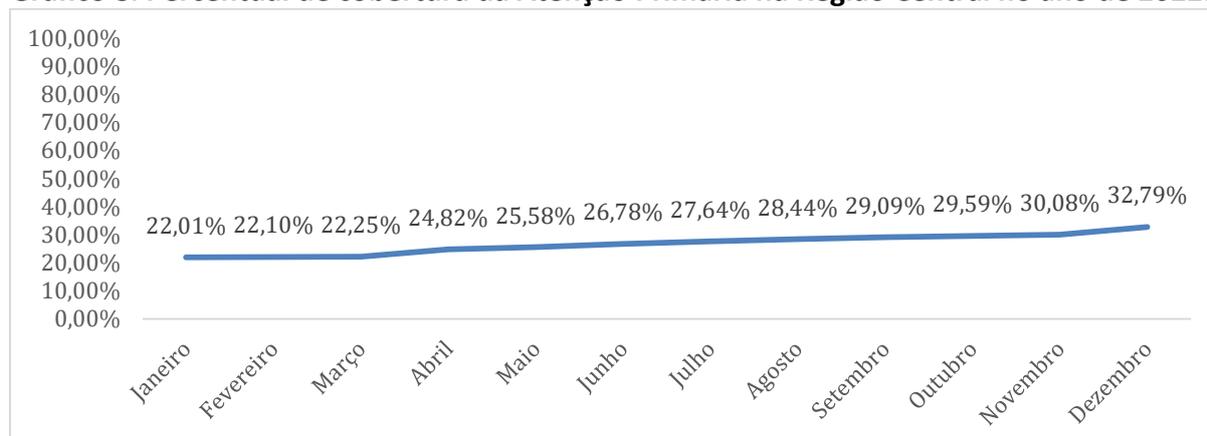
3.2.1 Atenção primária à saúde da Macrorregião 2

A Atenção Primária à Saúde atua como centro de comunicação das redes temáticas de atenção, organizando os fluxos e contrafluxos de pessoas, os produtos e as informações entre todos os pontos de atenção (MS, 2019)

Na assistência ao ciclo gravídico-puerperal este nível de atenção atua no planejamento sexual e reprodutivo, no pré-natal, no puerpério e na atenção integral na saúde da criança.

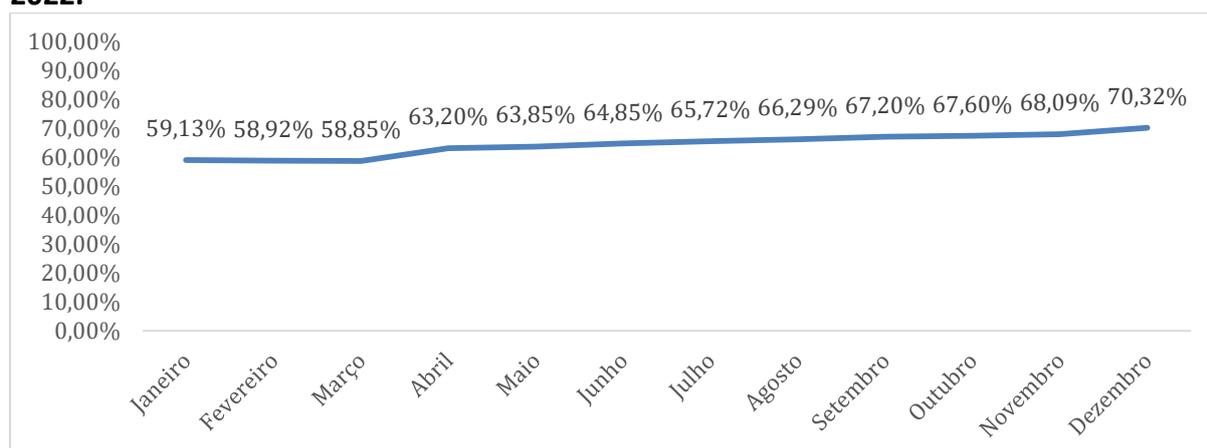
Para o ano de 2022 observou-se a ampliação do percentual de cobertura da Atenção Primária à Saúde para as três regiões de saúde da Macrorregião 2, sendo a Região Centro-Sul aquela que apresentou maior variação do percentual (11,19%) entre os meses de janeiro e dezembro em comparação às outras duas regiões: Central (10,78%) e Sul (9,21%), conforme os Gráficos 8, 9 e 10.

Gráfico 8. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Central no ano de 2022.



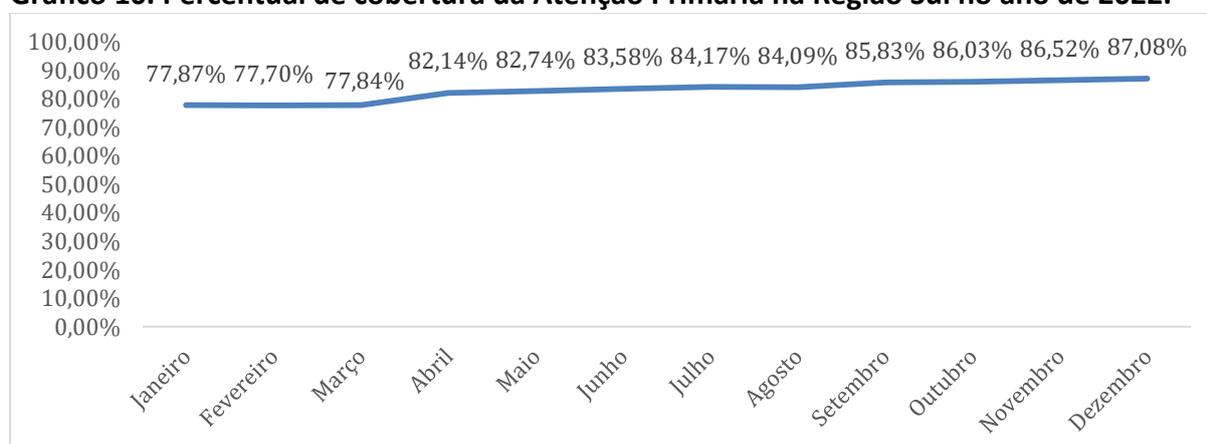
Fonte: Gerência de Qualidade na Atenção Primária. Dados extraídos em 25/10/2023. SEI 00060-00553219/2023-98.

Gráfico 9. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Centro-Sul no ano de 2022.



Fonte: Gerência de Qualidade na Atenção Primária. Dados extraídos em 25/10/2023. SEI 00060-00553219/2023-98.

Gráfico 10. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Sul no ano de 2022.



Fonte: Gerência de Qualidade na Atenção Primária. Dados extraídos em 25/10/2023. SEI 00060-00553219/2023-98.

O componente Pré-Natal é de suma importância para a organização do cuidado e é de responsabilidade da APS. Cabe às equipes da APS estratificar os riscos e a vulnerabilidade e vincular a gestante aos pontos de atenção, de acordo com a situação. Toda gestante deve realizar as consultas de Pré-Natal em uma Unidade Básica de Saúde, ter garantidos os exames conforme protocolo e estar vinculada a uma maternidade, que deve conhecer ainda durante a gravidez (BRASIL, 2015).

Na Tabela 5 está representado o panorama do pré-natal da Macrorregião 2. Destaca-se que 70,4% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e realizaram mais de 6 consultas de pré-natal. Todavia, observa-se que ainda há gestantes (1,1%) que não realizaram pré-natal ou que realizaram o pré-natal de forma inadequada (12,9%).

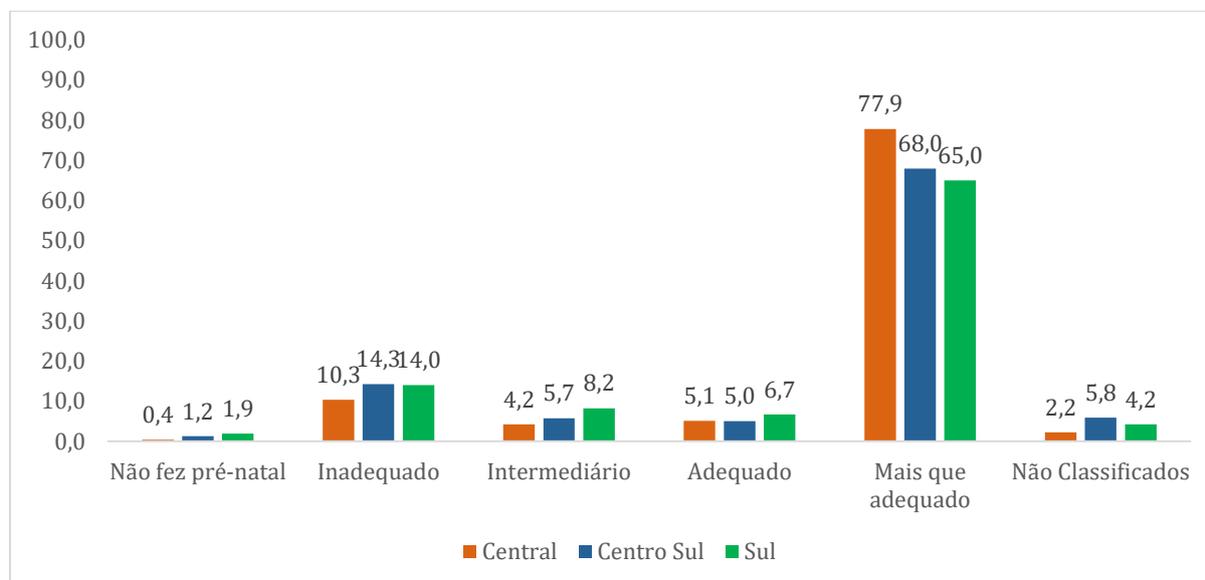
Tabela 5. Panorama do Pré-natal da Macrorregião 2 referente ao ano de 2022.

Região de Saúde	Não fez pré-natal		Inadequado		Intermediário		Adequado		Mais que adequado		Não Classificados		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Central	13	0,4	371	10,3	151	4,2	182	5,1	2803	77,9	80	2,2	3600
Cruzeiro	1	0,4	25	9,3	12	4,4	18	6,7	209	77,4	5	1,9	270
Lago Norte	2	0,5	41	11,1	19	5,1	14	3,8	286	77,1	9	2,4	371
Lago Sul	2	0,9	19	8,7	7	3,2	15	6,9	172	78,9	3	1,4	218
Plano Piloto	7	0,3	214	10,3	89	4,3	109	5,2	1615	77,4	53	2,5	2087
Sudoeste/Octogonal	1	0,2	37	7,5	15	3,0	19	3,9	418	85,0	2	0,4	492
Varjão do Torto	0	0,0	35	21,6	9	5,6	7	4,3	103	63,6	8	4,9	162
Centro Sul	52	1,2	600	14,3	241	5,7	210	5,0	2861	68,0	246	5,8	4210
Candangolândia	3	1,5	32	16,4	7	3,6	6	3,1	128	65,6	19	9,7	195
Guará	13	0,9	166	10,9	70	4,6	73	4,8	1151	75,6	50	3,3	1523
Núcleo Bandeirante	3	1,1	31	11,2	15	5,4	17	6,2	188	68,1	22	8,0	276
Park Way	2	1,0	26	13,4	14	7,2	11	5,7	132	68,0	9	4,6	194
Riacho Fundo	10	1,4	95	13,5	49	6,9	35	5,0	470	66,6	47	6,7	706
Riacho Fundo II	13	2,1	92	15,0	28	4,6	28	4,6	431	70,2	22	3,6	614
SCIA (Estrutural)	7	1,0	156	22,8	56	8,2	40	5,8	350	51,1	76	11,1	685
Sia	1	5,9	2	11,8	2	11,8	0	0,0	11	64,7	1	5,9	17
Sul	59	1,9	441	14,0	259	8,2	211	6,7	2047	65,0	132	4,2	3149
Gama	14	0,9	200	13,3	101	6,7	80	5,3	1023	68,2	83	5,5	1501
Santa Maria	45	2,7	241	14,6	158	9,6	131	7,9	1024	62,1	49	3,0	1648
Total	124	1,1	1412	12,9	651	5,9	603	5,5	7711	70,4	458	4,2	10959

Fonte: Dados extraídos do SINASC em 27/10/2023. A categorização da "Adequação quantitativa de pré-natal" mostrada na variável "Adeq quant pré-natal" considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal. O termo pré-natal mais que adequado define-se como início do pré-natal no primeiro trimestre e mais do que seis consultas de pré-natal.

No Gráfico 11 está representado o comparativo entre os estratos de qualificação da assistência ao pré-natal (não fez o pré-natal; inadequado; intermediário; adequado; mais que adequado; não classificado) para as Regiões Central, Centro-Sul e Sul, sendo a Região Central aquela que apresenta maior proporção de gestantes com pré-natal mais que adequado.

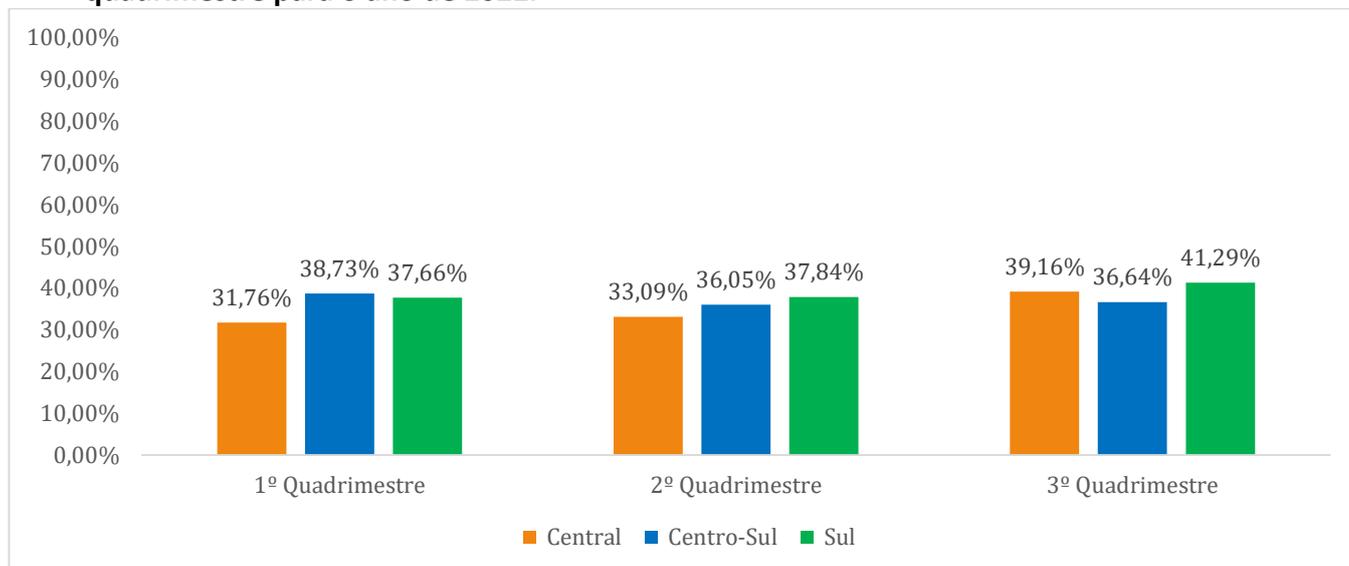
Gráfico 11. Comparativo entre os percentuais dos qualificadores de pré-natal para as regiões de saúde da Macrorregião 2 referente ao ano de 2022.



Fonte: SINASC. Dados extraídos em 27/10/2023. A categorização da "Adequação quantitativa de pré-natal" mostrada na variável "Adeq quant pré-natal" considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal. O termo pré-natal mais que adequado define-se como início do pré-natal no primeiro trimestre e mais do que seis consultas de pré-natal. Os dados apresentados tem fonte primária na Declaração de Nascido Vivo (DNV) de estabelecimentos públicos e privados.

No Gráfico 12 estão dispostas as informações sobre a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, por quadrimestre, para as regiões de saúde da Macrorregião 2.

Gráfico 12. Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo da 1ª até a 12ª semana de gestação nas Regiões Central, Centro-Sul e Sul, por quadrimestre para o ano de 2022.



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Previne Brasil. O registro dos dados primários é realizado no Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS, utilizado na Atenção Primária à Saúde.

As diferenças observadas entre os gráficos 11 e 12 acerca da proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal possivelmente se devem às diferentes fontes de dados utilizadas. Enquanto no Gráfico 11 os dados são oriundos da Declaração de Nascido Vivo (DNV), ou seja, da declaração preenchida por ocasião do nascimento em estabelecimentos públicos e privados, no Gráfico 12 os dados são oriundos das consultas de pré-natal registradas no Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em Unidades Básicas de Saúde.

Além da análise crítica em relação à assistência ao pré-natal, torna-se relevante a avaliação da assistência ao puerpério e à puericultura.

Nos Quadros 12 e 13 estão dispostas a produção de atendimentos de puerpério e puericultura, respectivamente.

Quadro 12. Produção dos atendimentos de puerpério (todas as demandas) para o ano de 2023.

PUERPÉRIO (42 DIAS) - TODAS AS DEMANDAS - DF													
MESES/2023													
REGIÕES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
CENTRAL	12	10	6	7	9	5	9	12	8	6	6	14	104
CENTRO-SUL	23	18	19	14	20	19	15	10	24	16	23	4	205
LESTE	17	21	20	13	14	17	8	14	12	19	15	10	180
NORTE	41	22	28	15	16	30	19	18	19	32	23	23	286
OESTE	35	25	32	23	24	30	23	32	19	29	27	26	325
SUDOESTE	35	30	29	31	33	39	28	30	40	26	37	20	378
SUL	21	18	16	24	25	15	12	23	14	22	21	8	219
TOTAL	184	144	150	127	141	155	114	139	136	150	152	105	1.697

Fonte: SISAB/MS. Gerência de Processamento de Informações de Atenção Primária/Diretoria de Controle de Serviços de Saúde/Coordenação de Controle de Serviços de Saúde e Gestão da Informação/Subsecretaria de Planejamento em Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Processo SEI 00060-00057312/2023-76. Extração de dados realizada em 24/01/2024.

Quadro 13. Produção dos atendimentos de puericultura (todas as demandas) para o ano de 2023.

PUERICULTURA 0 a 2 ANOS - TODAS AS DEMANDAS - DF													
MESES/2023													
REGIÕES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
CENTRAL	558	488	617	603	672	575	682	632	577	655	606	547	7.212
CENTRO-SUL	1.681	1.502	2.069	1.727	1.982	1.746	1.656	2.192	1.869	1.837	1.682	1.500	21.443
LESTE	1.464	1.146	1.645	1.431	1.640	1.454	1.536	1.756	1.651	1.698	1.458	1.439	18.318
NORTE	1.617	1.438	1.795	1.687	1.898	1.633	1.653	1.983	1.814	1.907	1.765	1.638	20.828
OESTE	2.634	2.284	3.227	2.802	3.072	2.816	2.804	3.054	2.788	3.016	2.774	2.546	33.817
SUDOESTE	2.936	2.458	3.185	2.817	3.163	2.751	2.659	3.336	2.907	3.268	2.916	2.734	35.130
SUL	1.470	1.369	1.707	1.457	1.723	1.455	1.408	1.821	1.515	1.576	1.492	1.322	18.315
TOTAL	12.360	10.685	14.245	12.524	14.150	12.430	12.398	14.774	13.121	13.957	12.693	11.726	155.063

Fonte: SISAB/MS. Gerência de Processamento de Informações de Atenção Primária/Diretoria de Controle de Serviços de Saúde/Coordenação de Controle de Serviços de Saúde e Gestão da Informação/Subsecretaria de Planejamento em Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Processo SEI 00060-00057312/2023-76. Extração de dados realizada em 24/01/2024.

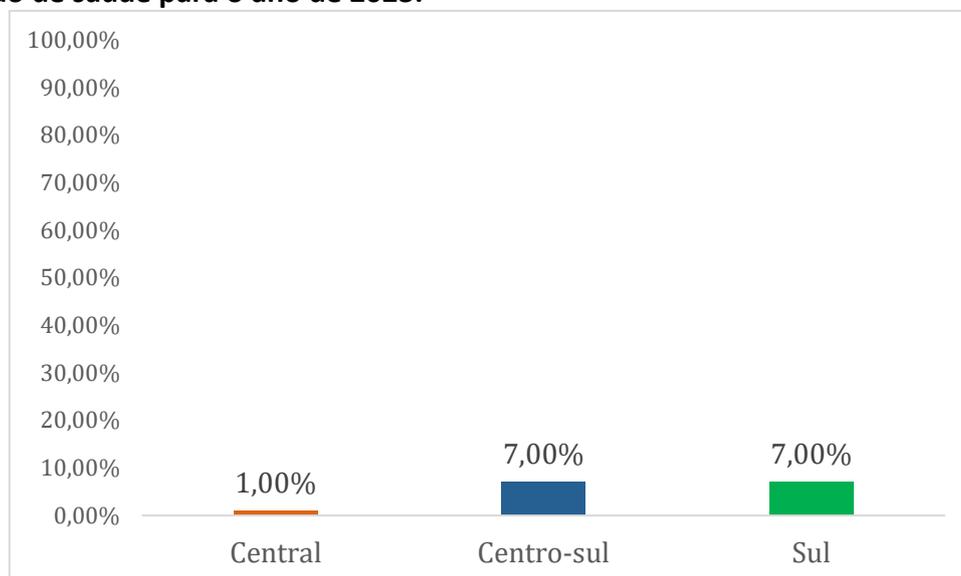
Apesar de haver um número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde para a assistência ao puerpério e puericultura, não há um parâmetro considerado como “adequado” ou “mais que adequado”, tal como existe para o pré-natal. Por esta razão, tecnicamente não é possível realizar a extração e o refinamento desta informação no SISAB.

Além da avaliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde, do pré-natal, do puerpério e da puericultura, existem outros elementos que podem balizar a qualidade dos serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde em um determinado território. Dentre estes elementos, destaca-se o percentual de gravidez na adolescência, que pode ser utilizado como parâmetro na avaliação da efetividade das ações de planejamento reprodutivo.

Cabe ressaltar que mesmo dentro de uma mesma Região de Saúde este indicador pode variar de forma substancial se considerada a vulnerabilidade social de cada Região Administrativa.

No Gráfico 13 estão dispostas as proporções de gravidez na adolescência das regiões de saúde que compõem a Macrorregião 2.

Gráfico 13. Percentual de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos, por região de saúde para o ano de 2023.



Fonte: SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos). Dados extraídos do SESPlan em 02/01/2024.

No contexto da Rede Materno Infantil, a imunização é uma estratégia consolidada de prevenção de doenças, sendo realizada por meio da vacinação, para promover a saúde individual e coletiva e reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis. Portanto, a cobertura vacinal é um indicador que estima a proporção da população-alvo vacinada e pode ser um dos parâmetros utilizados para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde de um determinado território.

Para o cálculo, utiliza-se o total de últimas doses do esquema da vacina de interesse como numerador, dividido pela estimativa da população alvo (denominador), multiplicado por 100.

Na Tabela 6 está apresentada a série histórica da cobertura vacinal do calendário infantil (menores de 2 anos) por macrorregião de saúde.

Tabela 6. Série Histórica de cobertura vacinal dos imunobiológicos do calendário infantil, menores de 2 anos, por macrorregião de saúde, de 2010 a 2022.

Ano	Região	BCG	ROTAVÍRUS	POLIO	PENTA	TRÍPLICE VIRAL	FEBRA AMARELA	HEPATITE B	MENINGO C	PNEUMO-10V	TETRA VIRAL	HEPATITE A	TRÍPLICE VIRAL D2	VARICELA	HEP B < 31 DIAS
2022	Macro 1	101,9	76,4	75,3	75,2	86,5	69,2	75,2	77,5	80,6	0,0	76,4	64,7	77,9	102,1
	Macro 2	168,4	88,7	85,3	85,3	97,0	78,0	85,3	90,0	93,1	0,0	85,7	67,4	88,3	164,8
	Macro 3	95,2	75,6	75,6	75,6	88,2	69,2	75,6	77,7	80,1	0,0	70,9	47,5	71,9	110,8
2021	Macro 1	90,9	75,1	76,2	72,7	82,8	71,8	73,1	75,6	78,0	36,6	71,8	60,6	74,6	68,8
	Macro 2	136,0	79,4	79,4	77,3	91,5	74,1	77,6	80,9	82,6	69,1	79,8	58,2	82,0	121,2
	Macro 3	90,8	71,8	74,1	69,0	81,6	65,6	69,2	70,8	74,4	34,4	66,6	38,7	68,3	58,1
2020	Macro 1	88,3	79,5	78,5	86,2	80,1	72,4	86,9	79,9	83,5	43,0	75,8	68,4	75,2	67,2
	Macro 2	113,0	91,7	93,5	101,1	93,8	83,2	101,6	94,9	96,9	46,7	88,2	73,3	85,6	114,5
	Macro 3	81,5	74,5	74,7	81,5	81,6	69,3	81,6	76,2	78,2	39,9	74,4	58,6	72,9	41,1
2019	Macro 1	88,2	86,2	85,8	70,1	88,2	79,5	70,9	87,5	90,0	88,6	90,3	89,6	89,0	74,6
	Macro 2	108,7	90,7	87,3	78,6	91,5	86,2	79,3	89,6	94,4	93,4	94,9	96,3	93,8	104,7
	Macro 3	81,8	76,2	76,9	61,5	76,4	69,3	61,8	78,4	79,0	74,2	75,4	75,3	74,4	46,2
2018	Macro 1	83,7	89,6	88,2	88,6	90,1	85,0	89,3	90,7	93,6	84,8	86,5	89,0	86	
	Macro 2	109,3	94,8	90,9	93,9	92,7	90,9	94,4	96,2	99,2	88,9	93,8	94,6	90,1	
	Macro 3	70,1	76,7	75,3	75,0	76,1	73,1	75,3	76,6	79,6	73,0	73,0	76,1	74,0	
2017	Macro 1	97,1	82,7	85,2	84,5	77,4	82,4	84,4	85,7	89,2	82,8	84,3			
	Macro 2	139,1	103,0	112,7	112,0	103,8	111,8	112,3	101,6	119,1	130,9	113,0			
	Macro 3	91,7	76,3	75,8	76,7	78,8	78,7	73,8	76,1	79,7	72,3	76,4			
2016	Macro 1	100,2	83,1	91,8	92,1	91,7	89,9	92,2	96,4	95,3	90,5	69,9			
	Macro 2	127,6	103,7	114,5	114,4	107,4	106,0	114,5	120,1	124,5	112,1	84,8			
	Macro 3	92,9	78,6	87,8	89,9	82,8	93,9	90,0	95,0	89,7	86,7	68,9			
2015	Macro 1	96,7	78,7	84,7	84,7	84,9	84,1	84,3	89,1	87,4	78,0	81,8			
	Macro 2	133,2	94,8	108,1	105,6	99,5	103,4	103,3	109,3	110,3	99,0	108,7			
	Macro 3	109,6	82,9	91,3	90,5	94,8	91,9	89,1	93,9	89,3	80,0	91,3			
2014	Macro 1	101,6	86,6	91,0	92,2	89,9	87,4	92,2	95,3	96,1	90,4				
	Macro 2	126,2	100,2	107,7	107,4	106,3	102,5	107,4	115,0	118,9	115,0				
	Macro 3	127,7	87,1	95,1	97,6	105,0	102,5	97,6	98,8	102,2	96,9				
2013	Macro 1	106,3	83,2	87,7	91,1	89,7	73,0	90,7	95,8	87,3	23,6				
	Macro 2	123,9	97,9	115,6	102,0	96,4	81,6	101,4	114,3	97,1	27,3				
	Macro 3	106,3	84,4	101,0	95,6	96,9	77,8	95,9	92,9	86,0	23,2				
2012	Macro 1	106,7	83,6	93,3	95,7	94,1	95,5	93,3	94,1	85,0					
	Macro 2	116,7	93,3	105,6	104,6	96,4	101,4	102,1	106,2	88,7					
	Macro 3	112,3	82,2	91,3	92,4	99,7	91,2	92,5	90,2	81,4					
2011	Macro 1	106,2	81,9	93,9	93,7	95,8	90,8	92,8	115,1	79,8					
	Macro 2	116,7	90,9	102,5	101,6	98,5	101,7	100,5	127,9	86,9					
	Macro 3	101,9	76,8	90,7	91,3	106,8	92,1	91,0	111,7	81,5					
2010	Macro 1	111,7	177,7	90,1	89,8	88,4	85,9	87,3							
	Macro 2	117,9	197,9	96,7	98,9	98,0	95,2	94,0							
	Macro 3	110,9	196,3	100,4	99,8	95,8	90,0	97,1							

Fonte: População SINASC; Doses Aplicadas 1974 a 2017 - BIM, a partir de 2018 SIPNI. Gerência de Rede de Frio/ Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Subsecretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Processo SEI 00060-00553219/2023-98. Nota: PENTA: início agosto 2012; anteriormente era Tetravalente + Hib; VIP/VOP: esquema sequencial implantado em 2012; FEBRE AMARELA: até 2012 aplicada aos 12 meses de idade; a partir de janeiro de 2013 aplicada aos 9 meses; MENINGO C: Início em 2011; PNEUMO 10: Início em 2011; TETRA VIRAL: Início em 2013; Houve o desabastecimento em 2020 e então havia o esquema de substituição Tríplice viral D2 + Varicela; TRÍPLICE VIRAL D2: Compunha o esquema de substituição, juntamente com a varicela, da Tetra viral; VARICELA D1: Compunha o esquema de substituição, juntamente com a tríplice viral D2, da Tetra viral; HEPATITE B < 31 DIAS: Início em 2019;

3.2.2 Atenção especializada ambulatorial da Macrorregião 2

Na assistência ao ciclo gravídico-puerperal a Atenção Especializada Ambulatorial atua nas seguintes áreas: pré-natal de alto risco, ambulatório de egressos da UTIN, puerpério patológico, planejamento sexual e reprodutivo (métodos cirúrgicos) e outras especialidade as quais a gestante ou criança possa necessitar.

O acesso ao pré-natal de alto risco nas policlínicas acontece por meio da regulação, sendo na maioria das vezes em panorama 1 (atendimento dentro da Região de Saúde), em alguns casos em panorama 2 (atendimento pactuado e realizado entre as Regiões de Saúde) e panorama 3 (são regulados para toda a rede SES/DF).

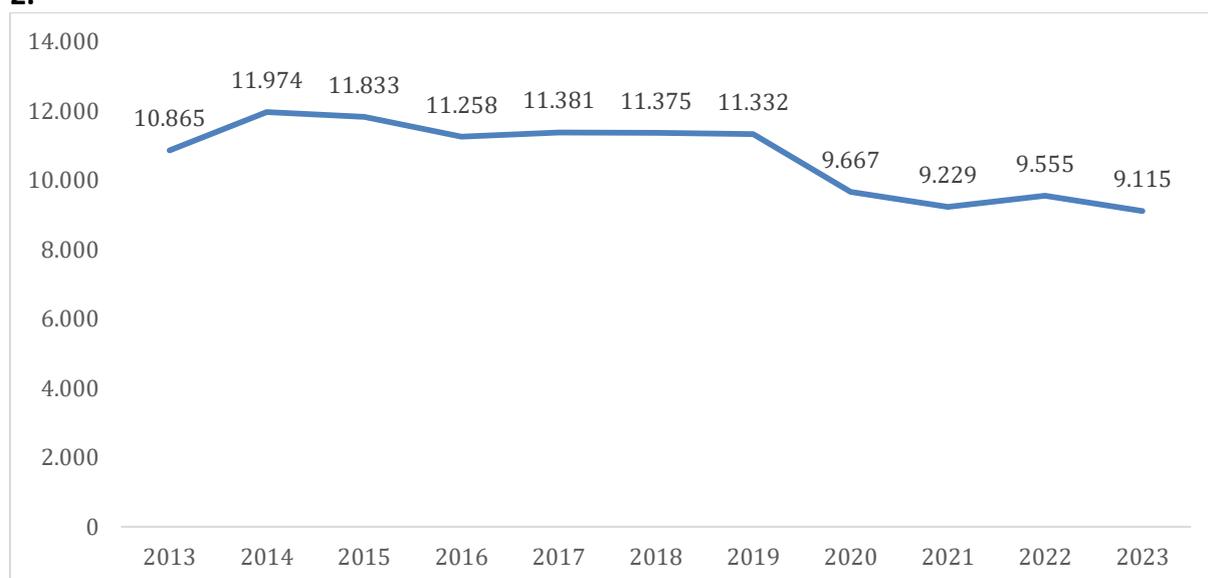
A assistência integral na Atenção Especializada Ambulatorial ao recém-nascido, à criança e à sua família quando egressos de unidades neonatais ocorre por meio de avaliação, diagnóstico, terapêutica e orientação no período posterior à internação em unidade neonatal, de maneira a promover seu crescimento e desenvolvimento adequados, bem como minimizar danos advindos das condições que justificaram a internação. Atualmente o serviço é ofertado nos ambulatórios hospitalares em serviços que possuem Unidades Neonatais. O acesso ocorre por meio de agendamento local.

3.2.3 Atenção especializada hospitalar da Macrorregião 2

Na assistência ao ciclo gravídico-puerperal este nível de atenção abrange as seguintes áreas: emergências obstétricas, parto e nascimento, puerpério, internações nas unidades neonatais, internação pediátrica e adulta.

Na Macrorregião 2, seguindo a tendência do Distrito Federal, observa-se diminuição do número de nascimentos nos estabelecimentos da SES DF, sendo em 2022 de 9.555 e em 2018 de 11.375.

Gráfico 14. Número de Nascidos Vivos por Ano nos Estabelecimentos SES da Macrorregião 2.

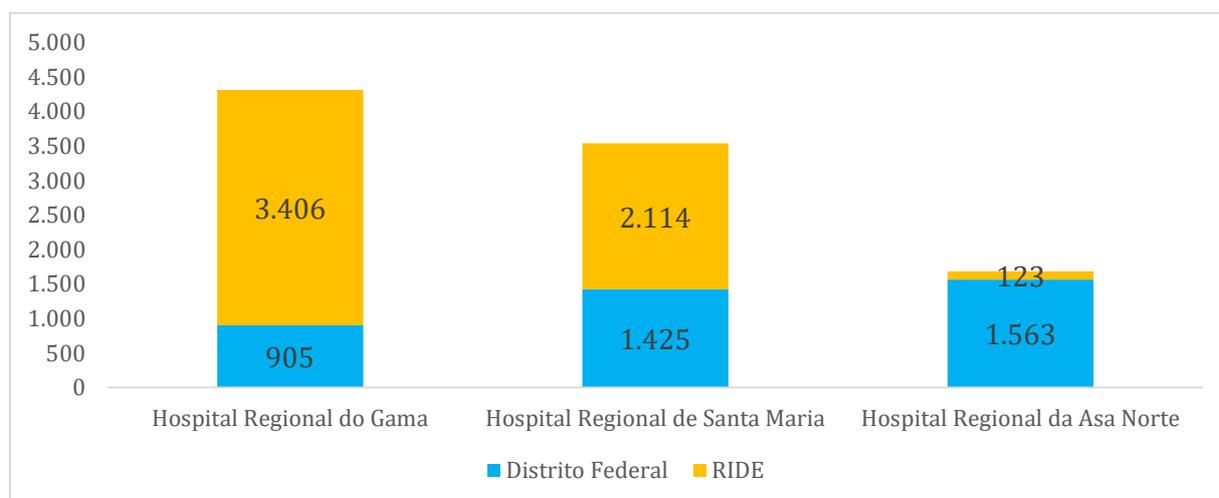


Fonte: InfoSaúde. Dados Extraídos da Sala de Situação em 28/02/2024.

Nota¹: Não estão contabilizados os partos realizados no Hospital Materno Infantil (SES-DF).

Em relação ao número de nascimentos por estabelecimento de saúde, para o ano de 2022, observa-se que os estabelecimentos da Região Sul (Hospital Regional do Gama e Hospital Regional de Santa Maria) apresentaram maior número de nascimentos provenientes da RIDE, quando comparado à Região Central (Hospital Regional da Asa Norte), conforme o Gráfico 15. Cabe ressaltar que o único hospital da Região Centro-Sul não possui centro obstétrico e, por esta razão, não encontra-se representado.

Gráfico 15. Número de nascidos por estabelecimento do DF (Macrorregião 2) e da RIDE, para o ano de 2022.



Fonte: InfoSaúde. Dados Extraídos da Sala de Situação em 28/02/2024.

Nota: O Hospital Regional do Gama e o Hospital Regional de Santa Maria fazem parte da Região Sul; O Hospital Regional da Asa Norte faz parte da Região Central.

A vinculação da gestante à maternidade de referência é normatizada no âmbito da SES-DF pela Portaria 1321 de 2018. A normativa preconiza que na primeira consulta do pré-natal a gestante deve ser informada de sua vinculação ao hospital de referência e sobre seus direitos e deveres durante o ciclo de gestação, parto, nascimento e puerpério. Neste contexto, deverá ser garantida pelo menos 01 (uma) Visita de Vinculação Obstétrica à maternidade de referência a toda gestante durante o acompanhamento pré-natal. A referida visita constitui-se em um momento educativo e de acolhimento, proporcionado pelo serviço obstétrico de referência, a fim de promover o conhecimento e a vinculação das gestantes e seus respectivos acompanhantes.

Na Macrorregião 2 os serviços de Atenção Especializada Hospitalar são compostos por três hospitais gerais com maternidade que prestam assistência ao parto e nascimento, sendo dois de risco habitual (HRAN e HRG) e um de alto risco (HRSM).

Cabe destacar que o Hospital Regional do Guará da Região Centro-Sul não possui centro obstétrico. Por esta razão, o Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa (HMIB), Unidade de Referência Distrital (URD), atua como referência para gestantes de risco habitual e de alto risco (>31 semanas e 6 dias) que residem em algumas Regiões Administrativas da Região de Saúde Centro-Sul (Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Guará I e II). Esta Unidade também é referência para parturientes e gestantes que tiverem indicação de interrupção da gravidez cujos fetos apresentem diagnóstico intraútero confirmado de gastrosquise, onfalocele, hérnia diafragmática, atresia de esôfago e atresia intestinal. Além disso, também dispõe do Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL), que realiza o atendimento e a avaliação de mulheres que foram vítimas de violência sexual para realização do aborto previsto no Código Penal (Art.128).

No Quadro 14 estão dispostos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento de parto e nascimento na Macrorregião 2.

Quadro 14. Estabelecimentos que atendem Partos de Risco Habitual e de Alto Risco (Portaria 1321 de 18/12/2018) Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Materno Infantil.

Macrorregião de Saúde	Regiões de Saúde	Risco Habitual	Alto Risco (>31 semanas e 6 dias)	Alto Risco (<31 semanas e 6 dias)
Macrorregião 2	Central	Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)	Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)	Hospital Materno Infantil (HMIB)
	Centro-Sul ¹	Hospital Materno Infantil (HMIB)	Hospital Materno Infantil (HMIB)	Hospital Materno Infantil (HMIB)
		Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)	Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)	
	Sul	Hospital Regional do Gama (HRG)	Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)	Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)

Fonte: Portaria 1321/2018. Elaborado por SES/SAIS/ARAS.

Nota¹: Estrutural, SIA e Núcleo Bandeirante: Risco habitual no HRAN; Alto Risco (>31 semanas e 6 dias) no HRAN; Alto Risco (<31 semanas e 6 dias) no HMIB.

No quadro 15 apresenta-se o quantitativo de leitos dos estabelecimentos hospitalares da Macrorregião 2.

Quadro 15. Número de leitos, por tipo, que compõem a Rede Materno Infantil dos hospitais da Macrorregião 2, ano 2023

Região de Saúde	Estabelecimentos Existentes	Tipo de leito					
		Leitos obstétricos	Leitos obstétricos (GAR) ¹	UTI adulto ²	UTI neonatal ²	UCI neonatal	Leito canguru
Central	Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)	32	0	20	0	12	3
Centro-Sul	Hospital Regional do Guará ³ (HRGu)	0	0	0	0	0	0
Sul	Hospital Regional do Gama (HRG)	46	0	20	0	6	2
	Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)	51	10	40	20	10	5
Total de leitos na Macrorregião 2		129	10	80	20	28	10

Fonte: Dados extraídos do CNES em 13/12/2023.

Nota¹: Leitos Obstétricos (GAR) são leitos para gestantes de alto risco.

Nota²: Leitos de UTI adulto e UTI Neonatal são regulados em panorama 3 (são regulados para toda a rede SES/DF).

Nota³: A Região Centro-Sul possui um hospital regional, porém, sem Centro Obstétrico.

Além dos leitos hospitalares dos estabelecimentos da Macrorregião 2, também estão à disposição da Rede Materno Infantil os leitos do Hospital Materno Infantil, Unidade de Referência Distrital, conforme o Quadro 16.

Quadro 16. Leitos do HMIB regulados para toda a rede da SES-DF

Tipo de Leito	Número de leitos
UTI materna ¹	10
UTI neonatal ¹	30
UCI neonatal (UCINCO)	15
Leito canguru (UCINCA)	16

Fonte: CNES. Acesso em 13/12/2023.

Nota¹: Os leitos de UTI Materna e Neonatal são regulados em panorama 3 pelo Complexo Regulador do Distrito Federal para toda a rede SES/DF.

3.2.4 Transporte Sanitário na Macrorregião 2

O transporte sanitário da gestante, puérpera e recém-nato deve considerar o nível de atenção necessário.

Atualmente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) apoia o transporte das gestantes, puérperas e recém-natos portadores de patologias e comorbidades graves que impliquem em risco de morte para a própria gestante ou ao recém-nato e de quadros de gestação de alto risco, além do atendimento a chamados em domicílios ou a outros locais extra-hospitalares.

As transferências inter-hospitalares de gestantes, puérpera e recém-natos que não envolvam situações de risco são de competência da unidade hospitalar após contato prévio com a unidade receptora, sendo efetuadas por ambulância de transporte inter-hospitalar.

Na etapa de Análise de Situação de Saúde do Planejamento Regional Integrado o transporte sanitário foi elencado como um dos fatores que impactam no funcionamento da rede de atenção à saúde, devendo ser aprimorado para o pleno funcionamento da Rede Materno Infantil.

3.2.5 Processo Regulatório na Macrorregião 2

O Processo Regulatório assistencial no âmbito da Rede Materno Infantil está voltado para a garantia de acesso aos diversos serviços de saúde focados na atenção à gestante e ao recém-nascido e é coordenado pelo Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF).

Atualmente, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, os leitos de terapia intensiva adulto e neonatal estão sob a regulação do CRDF em panorama 3, ou seja, os leitos de todas as unidades hospitalares estão submetidos ao processo regulatório para

toda a rede de atenção à saúde. Os leitos de cuidados intermediários neonatais ainda não estão regulados pelo CRDF.

No âmbito da Atenção Especializada Ambulatorial as consultas de pré-natal de alto risco são reguladas em Panorama 1 ou 2, ou seja, sob a gestão das regiões de saúde. As consultas do ambulatório de pré-natal de alta complexidade são reguladas pelo CRDF em panorama 3, conforme a Nota Técnica de Regulação vigente. Já as consultas de egressos da UTI e UTIN não são reguladas.

Os leitos obstétricos não são regulados, uma vez que o fluxo de atendimento à gestante segue a Portaria (nº 1321/2018) de Vinculação do Componente Parto e Nascimento, instituída no Distrito Federal com o objetivo de assegurar a vaga na internação no âmbito da Região de Saúde. Caso a gestante busque atendimento em outra Unidade de Saúde, ela será internada e transportada de forma segura ao serviço ao qual ela está vinculada.

3.2.6 Serviços Habilitados na Macrorregião 2

Para o apoio técnico na operacionalização das ações propostas pelas normativas referentes à Rede Materno Infantil, foi publicada na SES-DF, a Portaria SES/DF N.º 236, de 14 de dezembro de 2011 que instituiu o Grupo Condutor Central da Rede Materno Infantil da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para o desenvolvimento de apoio técnico nas fases de adesão e diagnóstico; elaboração de desenho regional da rede Materno Infantil; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes; e, certificação, conforme o disposto nas legislações federais vigentes. Esta normatização proporcionou a qualificação técnica que contribuiu para a efetivação da habilitação de serviços/leitos e, por conseguinte, para o financiamento do Ministério da Saúde para estes serviços. No Quadro 17 estão dispostos os serviços habilitados relacionados à Rede Materno Infantil nos estabelecimentos da Macrorregião 2.

Quadro 17. Serviços Habilitados, por estabelecimentos hospitalares, na Macrorregião 2.

Região de Saúde	Estabelecimento	Serviços	Quantidade de Leitos	Portaria de Habilitação
Central	Hospital Regional da Asa Norte	Hospital Amigo da Criança	-	-
Centro-Sul	Hospital Materno Infantil ¹	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo III – UTIN ² III	30	PORTARIA Nº 1.359, de 03/12/2013.
		Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo)	15	PORTARIA nº 1.541, de 26/09/2017.
		Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo 2	30	PORTARIA nº 15, de 09/01/2018.
		Hospital Amigo da Criança	-	-
Sul	Hospital Regional de Santa Maria	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo)	10	PORTARIA GM/MS nº 926, de 26/05/2017.
		Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa)	5	PORTARIA GM/MS nº 571, DE 05/05/2023.
		Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II – UTIN ² II	20	08 Leitos habilitados conforme Portaria SAS/MS nº 486, de 25/08/2011 e reclassificados conforme Portaria SAS/MS nº 1.359 de 03/12/2012. 12 Leitos habilitados conforme Portaria GM/MS nº 3.431 de 08/12/2021.
		Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo 2	10	PORTARIA GM/MS nº 4.108, 28/11/2022.
	Hospital Regional do Gama	Hospital Amigo da Criança	-	-

Dados extraídos do CNES em 13/12/2023.

Nota¹: Apesar de não compor administrativamente a Região Centro-Sul, o Hospital Materno Infantil é referência para esta região, conforme Portaria de Vinculação 1321/2018.

Nota²: Os Leitos de UTIN são regulados em panorama 3 (servem a toda a rede SES/DF).

Destacam-se ainda, alguns serviços da Macrorregião 2 com potencial de habilitação. Em geral, seriam necessárias adequações relacionadas à ambiência e à recomposição de recursos humanos para a evolução do processo de habilitação.

Quadro 18. Serviços com potencial de habilitação, por estabelecimento hospitalar, na Macrorregião 2.

Região de Saúde	Estabelecimento	Serviço com potencial de habilitação	Quantidade de leitos
Central	Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo)	8
		Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa)	3
Sul	Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)	Hospital Amigo da Criança	-

Fonte: Gerência de Controle de Credenciamento e Habilitação/SES-DF. Informação extraída do Processo SEI nº: 00060-00553079/2023-58.

3.2.7 Capacidade instalada da Macrorregião 2

A Portaria GM/MS 1.631/2015 aprovou os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, podendo sofrer adequações no nível das Unidades da Federação e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros.

Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde. Neste contexto está disposto abaixo o Quadro 19 com os parâmetros populacionais da Rede Materno Infantil da Macrorregião 2. As estimativas calculadas a partir desses parâmetros são importantes para que os serviços de saúde planejem suas ações de forma a equilibrar a oferta e a demanda por serviços.

QUADRO 19. Parâmetros populacionais da Rede Materno Infantil da Macrorregião 2 relacionados aos parâmetros primários que definem a população alvo das ações propostas.

População Alvo	Programado	Parâmetro (PT GM/MS 1.631/2015)
Estimativa de total de gestantes	11.723	Nascidos vivos do ano anterior + 5% = Nascidos Vivos do ano anterior × 1,05
Gestante de Risco Habitual	9.965	85% das gestantes estimadas
Gestante de Alto Risco	1.758	15% das gestantes estimadas
Estimativa do numero total de recém nascidos	11.723	Número de nascidos vivos no ano anterior + Proporção de nascimentos não registrados (= SINASC × Fator de correção do sub-registro 1,05 *)
Estimativa do numero total de crianças de 0 a 12 meses	11.053	Número de nascidos vivos no ano anterior + Proporção de nascimentos não registrados - número de óbitos ocorridos no período neonatal (= Nascidos vivos SINASC × fator correção sub-registro × 0,99)
Estimativa do numero total de crianças de 12 a 24 meses	10.942	Número de nascidos vivos no ano anterior + Proporção de nascimentos não registrados - proporção de nascidos vivos que morreram no primeiro ano de vida (= Nascidos vivos SINASC × fator correção sub-registro × 0,98)
População feminina em idade fértil	349.043	0,33 × População total (TCU, projetada de acordo com taxa de crescimento populacional no último período publicado)

Fonte: PT GM/MS 1.631/2015. Para o cálculo dos parâmetros utilizou-se dos dados extraídos da sala de situação do InfoSaúde em 26/10/2023 e do Manual de Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS 1.631/2015. Os cálculos foram realizados a partir de planilha eletrônica disponibilizada pela consultoria da Beneficência Portuguesa em agosto de 2023.

Nos Quadros 20 e 21 estão representadas a capacidade instalada na Atenção Primária e Especializada. Estão dispostas também as estimativas do déficit/superávit estimados para os serviços ofertados, conforme o parâmetro programado e a oferta na Macrorregião 2. Cabe esclarecer que os dados apresentados estão relacionados à produção de serviços, estando portanto, sujeitos à conformidade do registro dos procedimentos no sistema de prontuário eletrônico.

QUADRO 20. Parâmetros Assistenciais na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada para gestantes de risco Habitual e de alto risco da Rede Materno Infantil na Macrorregião 2

Nível de Atenção	Procedimento	Programado	Ofertado	Déficit/Superávit	Parâmetro
AB - Atenção Básica e AAE - Atenção Ambula- torial Especial- izada	03.01.01.011-0 Consulta de pré natal (Consulta Médica)	35.170	APS: 18.730 ¹ AAE: 4.967 ² Total: 23.697	- 11.473	3 consultas/gestante
	03.01.01.012-9 Consulta puerperal (Consulta Médica)	11.723	APS: 1.112 ¹ AAE: 58 ² Total: 1.170	- 10.553	1 consulta/gestante
	03.01.01.011-0 Consulta de pré natal (Consulta de enfermagem)	35.170	APS: 31.599 ¹ AAE: 0 ² Total: 31.559	- 3.611	3 consultas/gestante
	03.01.01.003-0 Consulta de profissional de nível superior na atenção básica (exceto médico) Consulta odontológica	11.723	APS: 14.063 ¹ AAE: 0 ² Total: 14.063	+ 2.340	1 consulta/gestante
	01.01.01.001-0 Atividade Educativa/Orientação em Grupo na atenção Básica (4 reuniões/gestante)	46.892	APS: 941 ¹ AAE: 0 ² Total: 941	- 45.951	4 reuniões/ gestante

Fonte: e-SUS e SIA.

Nota¹: Dados da APS extraídos do painel de procedimentos da Sala de Situação. Fonte e-SUS. Extração em 15/03/2024.

Nota²: Dados da AAS extraídos do painel de produção ambulatorial dos Estabelecimentos da SES-DF da Sala de Situação. Fonte: Base de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Extração em 18/03/2024.

Observação¹: Os cálculos da estimativa da programação foram realizados a partir de planilha eletrônica disponibilizada pela consultoria da Beneficência Portuguesa em agosto de 2023. O cálculo dos parâmetros programados tem como base o Manual de Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS 1.631/2015.

QUADRO 21. Parâmetros Assistenciais na Atenção Ambulatorial Especializada para gestantes de alto risco da Rede Materno Infantil na Macrorregião 2

Nível de Atenção	Procedimento	Programado	Ofertado	Déficit	Parâmetro
Atenção Ambulatorial Especializada	03.01.01.007-2 Consulta médica em atenção especializada (Consulta especializada obstetrícia)	8.792	AAE: 4.967 ¹ Utilizado o código de consulta de pré-natal 03.01.01.011-0	- 3.825	5 consultas/gestante
	02.05.02.015-1 Ultrassonografia obstétrica com Doppler colorido e pulsado	1.758	1783 ¹	+ 25	1 exame/gestante de alto risco
	02.05.02.014-3 Ultrassonografia obstétrica	3.517	1821 ¹	- 1.696	2 exame/gestante de alto risco
	02.11.04.006-1 Tococardiografia ante-parto	1.758	898(SIA) ¹ 542(SIH) ²	- 318	1 exame/gestante de alto risco

Fonte: SIA e SIH.

Nota¹: Dados da AAS extraídos do painel de procedimentos da Sala de Situação. Fonte SIA. Extração em 18/03/2024.

Nota²: Dados extraídos do Painel de Procedimentos secundários em Pacientes Internados da Sala de Situação. Fonte: Base de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Extração em 20/03/2024.

Observação¹: Os cálculos da estimativa da programação foram realizados a partir de planilha eletrônica disponibilizada pela consultoria da Beneficência Portuguesa em agosto de 2023. O cálculo dos parâmetros programados tem como base o Manual de Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS 1.631/2015.

Para avaliar a capacidade instalada da Atenção Especializada Hospitalar da Macrorregião 2 utilizou-se os dados sobre os Leitos Hospitalares do CNES e os Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde que consta na Portaria GM/MS 1.631/2015 (MS, 2015), conforme o Quadro 22.

QUADRO 22. Parâmetros Assistenciais na Atenção Especializada Hospitalar, por tipo de leito, na Macrorregião 2

Região de Saúde	Estabelecimentos Existentes	Tipo de leito					
		Leitos obstétricos	Leitos obstétricos (GAR)	UTI adulto ¹	UTI neonatal ²	UCI neonatal	Leito canguru
Central	Hospital Regional da Asa Norte	32	0	20	0	12	3
Sul	Hospital Regional do Gama	46	0	20	0	6	2
	Hospital Regional de Santa Maria	51	10	40	20	10	5
Total de leitos na Macrorregião 2		139	10	80	20	28	10
Programado (Portaria GM/MS 1.631/2015)		139	14	3	22	22	11
Diferença oferta/necessidade na Macrorregião 1		0	-4	+77	-2	+6	-1
Parâmetro utilizado (Portaria GM/MS 1.631/2015)		{Gestantes Estimadas × 2,5 dias (média de permanência) / [365 dias × 0,70 (taxa ocupação 70%)]} × 1,21 (ajuste para outros procedimentos obstétricos) = [(NV×1,05) × 2,5]/(365×0,70) × 1,21	10% do total de leitos obstétricos necessários, na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço	1 a 2% dos leitos obstétricos necessários na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço	2 leitos de UTI neonatal p/ cada 1.000 nascidos vivos na região	2 leitos de UCI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região	1 leito canguru para cada 1.000 nascidos vivos na região

Fonte: Número de leitos extraídos do CNES em 21/12/2023.

Nota¹: Os Leitos de UTI adulto são leitos de UTI geral, são regulados em panorama 3 pelo Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF) e não são exclusivos para gestantes. Além dos leitos apresentados para a Macrorregião 2, existem 10 leitos de UTI adulto no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Unidade de Referência Distrital e que são regulados pelo CRDF. A gestante pode ser internada no HMIB ou em qualquer leito da rede, inclusive em outras regiões de saúde.

Nota²: Os leitos de UTI neonatal são regulados em panorama 3 pelo CRDF. Além dos leitos apresentados para a Macrorregião 2, existem 30 leitos de UTI neonatal no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) que são regulados pelo CRDF.

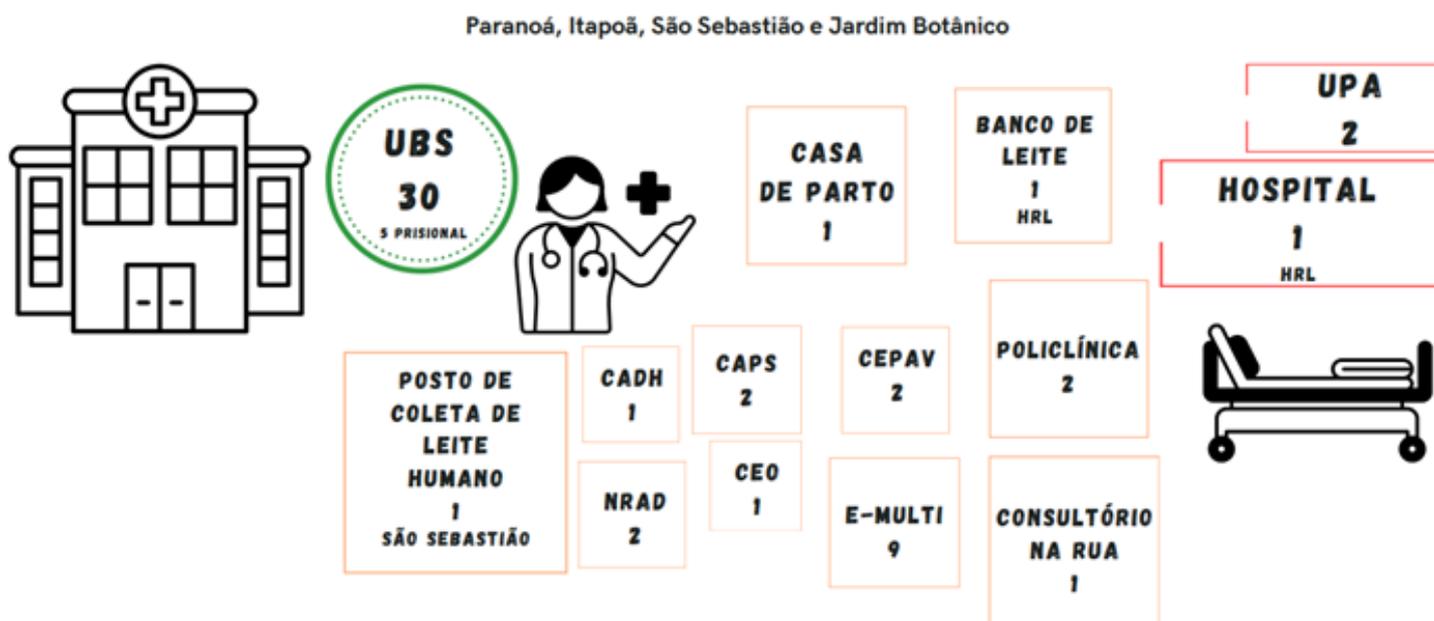
A avaliação dos serviços habilitados e da capacidade instalada são subsídios necessários para a avaliação dos pontos de atenção relacionados à Rede Materno Infantil. É a partir da análise da suficiência dos serviços de saúde que pode-se proceder com a identificação das fragilidades e com a proposição de estratégias de enfrentamento.

CAPÍTULO IV - ORGANIZAÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE 3

4.1 Organização da Rede Materno Infantil na Macrorregião de Saúde 3

A Macrorregião 3 conta com uma rede assistencial ampla com vários pontos de atenção, envolvendo desde a atenção primária à especializada ambulatorial e hospitalar que, diretamente ou indiretamente, integram a Rede Materno Infantil. A seguir, as Figuras 9 e 10 sintetizam os pontos de atenção das Regiões de Saúde Leste e Norte, que compõem a Macrorregião 3.

Figura 9. Pontos de Atenção da Região Leste



Fonte: Dados extraídos do CNES e validados na Oficina de Itinerário Terapêutico da Rede Materno Infantil, realizada nos dias 26/09/23, 27/09/23 e 28/09/23, do PRI pelos participantes das Regiões de Saúde.

Figura 10. Pontos Atenção da Região Norte



Fonte: Dados extraídos do CNES e validados na Oficina de Itinerário Terapêutico da Rede Materno Infantil, realizada nos dias 26/09/23, 27/09/23 e 28/09/23, do PRI pelos participantes das Regiões de Saúde.

4.2 Panorama de Serviços da Macrorregião de Saúde 3

Os serviços integrados à Rede Materno Infantil no Distrito Federal contam com 175 Unidades Básicas de Saúde, 1 Centro de Parto Normal peri-hospitalar, 11 hospitais que prestam assistência ao Parto e Nascimento; 1 hospital contratado que presta assistência ao parto e nascimento e pré-natal de alto risco (HUB).

Na Figura 11 está representada a distribuição espacial dos pontos de atenção no espaço macrorregional da macrorregião de Saúde 3.

Figura 11. Distribuição dos pontos de atenção no espaço macrorregional 3.



Fonte: InfoSaúde. Acesso em 12/03/2024. Disponível em <https://info.saude.df.gov.br/mapasgestoresdesaude/distritofederal/>

Os componentes Pré-Natal, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança estão disponíveis em todas as UBS. A seguir está apresentada a distribuição do quantitativo de estabelecimentos relacionados à Rede Materno Infantil por Região de Saúde para a Macrorregião 3.

Tabela 7. Estabelecimentos por Região de Saúde.

Estabelecimento	Macrorregião 3	
	Leste	Norte
UBS	30	37
Centro de Parto Normal	1	0
Hospital Regional	1	2
Total por Região	32	39
Total por Macrorregião	71	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), competência 09/2023. Dados disponíveis no Portal InfoSaúde dados atualizados em 14/19/2023. Elaborado por SES/SAIS/ARAS.

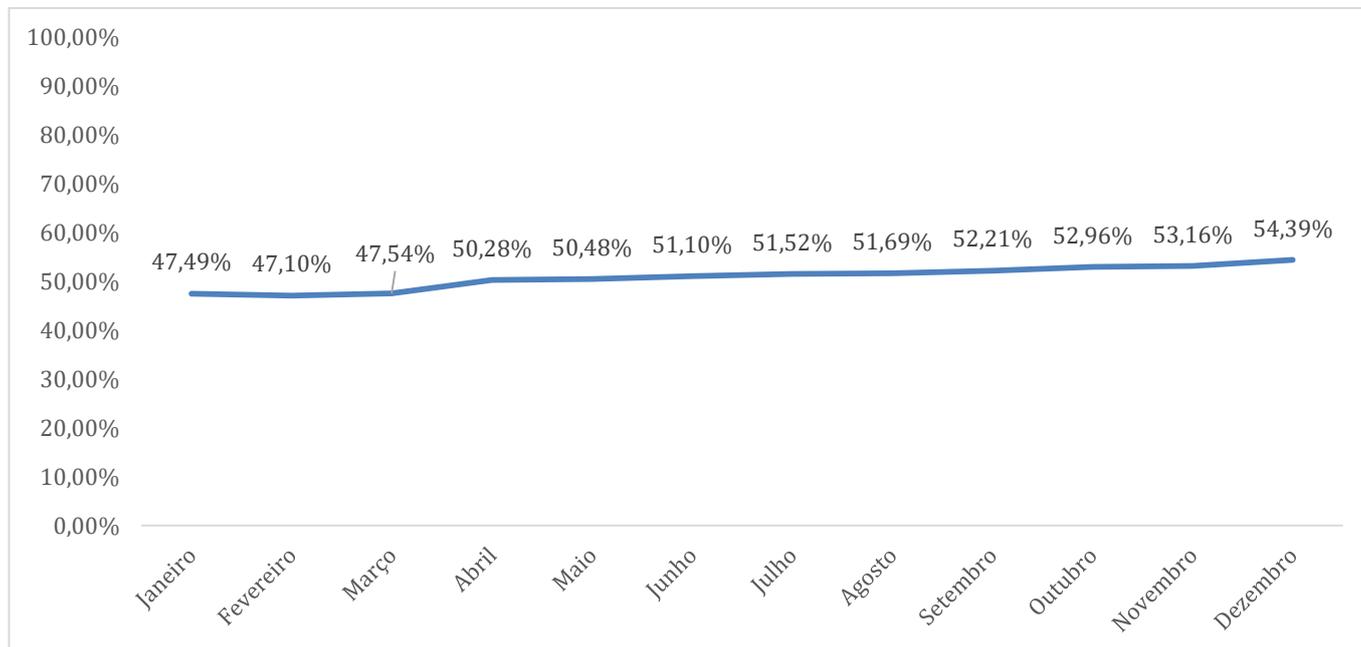
4.2.1 Atenção Primária à Saúde da Macrorregião 3

A Atenção Primária à Saúde atua como centro de comunicação das redes temáticas de atenção, organizando os fluxos e contrafluxos de pessoas, os produtos e as informações entre todos os pontos de atenção (MS, 2019)

Na assistência ao ciclo gravídico-puerperal este nível de atenção atua no planejamento sexual e reprodutivo, no pré-natal, no puerpério e na atenção integral na saúde da criança.

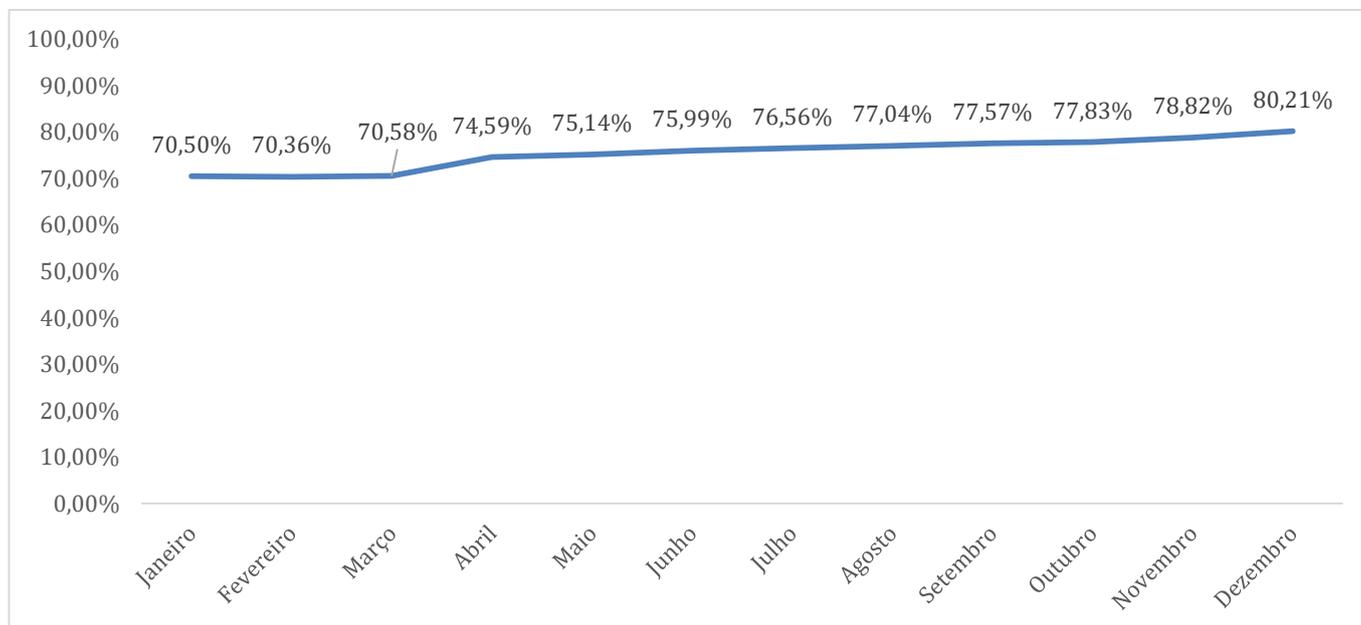
Para o ano de 2022 observou-se a ampliação do percentual de cobertura da Atenção Primária à Saúde para as duas regiões de saúde da Macrorregião 3, sendo a Região Norte aquela que apresentou maior variação percentual (9,71%) entre os meses de janeiro e dezembro em comparação à Região Leste (6,9%), conforme os Gráficos 16 e 17.

Gráfico 16. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Leste no ano de 2022



Fonte: Gerência de Qualidade na Atenção Primária. Novembro de 2023. SEI 00060-00553219/2023-98.

Gráfico 17. Percentual de cobertura da Atenção Primária na Região Norte no ano de 2022



Fonte: Gerência de Qualidade na Atenção Primária. Novembro de 2023. SEI 00060-00553219/2023-98.

O componente Pré-Natal é de suma importância para a organização do cuidado e é de responsabilidade da APS. Cabe às equipes da APS estratificar os riscos e a vulnerabilidade e vincular a gestante aos pontos de atenção, de acordo com a situação. Toda gestante deve

realizar as consultas de Pré-Natal em uma Unidade Básica de Saúde, ter garantidos os exames conforme protocolo e estar vinculada a uma maternidade, que deve conhecer ainda durante a gravidez (BRASIL, 2015).

Na Tabela 8 está representado o panorama do pré-natal da Macrorregião 3. Destaca-se que 65,8% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e realizaram mais de 6 consultas de pré-natal. Todavia, observa-se que ainda há um contingente de gestantes que não realizaram pré-natal (0,9%) ou que realizaram o pré-natal de forma inadequada (16,1%).

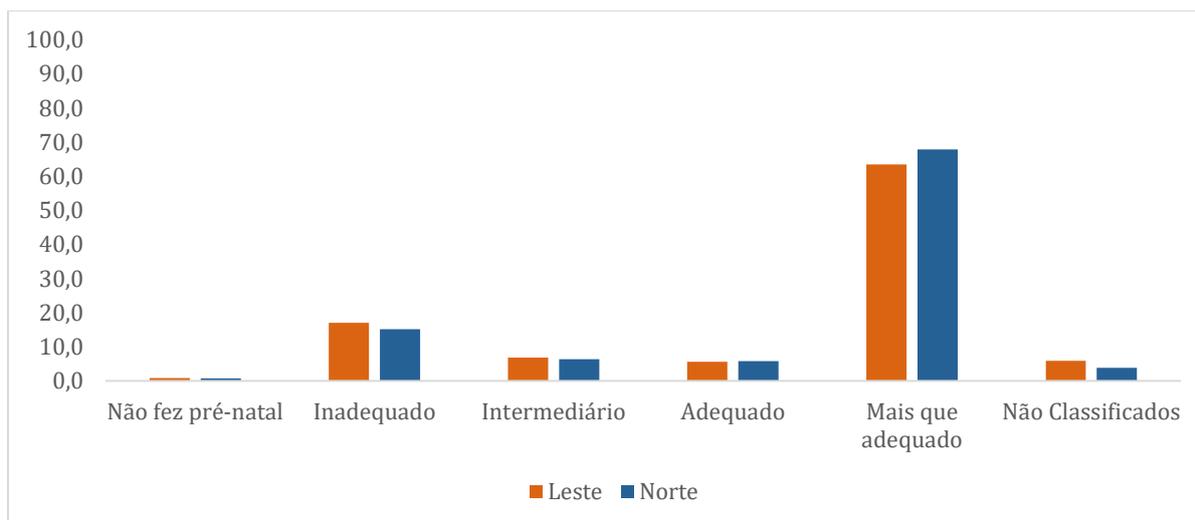
Tabela 8. Panorama do Pré-natal da Macrorregião 3 referente ao ano de 2022.

Região de Saúde	Não fez pré-natal		Inadequado				Intermediário				Adequado		Mais que adequado		Não Classificados		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leste	37	0,9	685	17,1	276	6,9	227	5,7	2546	63,5	240	6,0	4011				
Itapoã	5	0,5	154	16,5	57	6,1	45	4,8	576	61,9	94	10,1	931				
Jardim Botânico	3	0,5	67	10,9	26	4,2	30	4,9	480	78,3	7	1,1	613				
Paranoá	13	1,4	171	19,0	59	6,5	56	6,2	539	59,8	64	7,1	902				
Sao Sebastião	16	1,0	293	18,7	134	8,6	96	6,1	951	60,8	75	4,8	1565				
Norte	37	0,8	691	15,2	290	6,4	267	5,9	3093	67,9	176	3,9	4554				
Fercal	4	2,3	23	13,4	13	7,6	9	5,2	120	69,8	3	1,7	172				
Planaltina	11	0,5	391	16,4	165	6,9	141	5,9	1544	64,9	126	5,3	2378				
Sobradinho	8	0,8	129	12,9	58	5,8	57	5,7	722	72,1	28	2,8	1002				
Sobradinho II	14	1,4	148	14,8	54	5,4	60	6,0	707	70,6	19	1,9	1002				
Total	74	0,9	1376	16,1	566	6,6	494	5,8	5639	65,8	416	4,9	8565				

Fonte: Dados extraídos do SINASC em 27/10/2023. A categorização da "Adequação quantitativa de pré-natal" mostrada na variável "Adeq quant pré-natal" considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal. O termo pré-natal mais que adequado define-se como início do pré-natal no primeiro trimestre e mais do que seis consultas de pré-natal.

No Gráfico 18 está representado o comparativo entre os estratos de qualificação da assistência ao pré-natal (não fez o pré-natal; inadequado; intermediário; adequado; mais que adequado; não classificado) para as Regiões Leste e Norte, sendo a Região Norte aquela que apresenta maior proporção de gestantes com pré-natal mais que adequado.

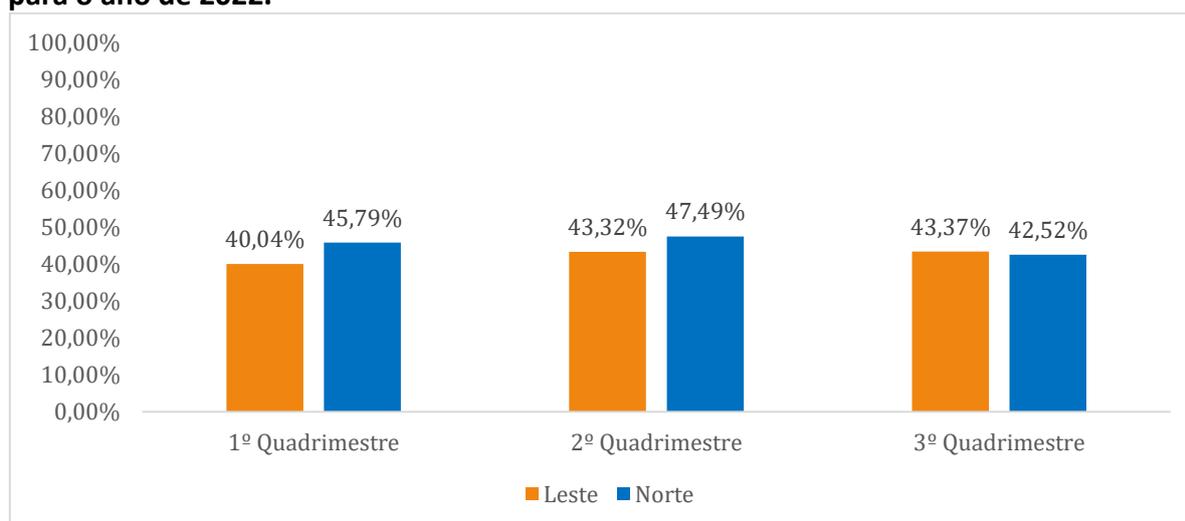
Gráfico 18. Comparativo entre os percentuais dos qualificadores de pré-natal para as regiões de saúde da Macrorregião 3 referente ao ano de 2022.



Fonte: SINASC. Dados extraídos em 27/10/2023. A categorização da "Adequação quantitativa de pré-natal" mostrada na variável "Adeq quant pré-natal" considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal. O termo pré-natal mais que adequado define-se como início do pré-natal no primeiro trimestre e mais do que seis consultas de pré-natal. Os dados apresentados tem fonte primária na Declaração de Nascido Vivo (DNV) de estabelecimentos públicos e privados.

No Gráfico 19 estão dispostas as informações sobre a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, por quadrimestre, para as regiões de saúde da Macrorregião 3.

Gráfico 19. Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo da 1ª até a 12ª semana de gestação nas Regiões Leste e Norte, por quadrimestre para o ano de 2022.



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Previne Brasil. O registro dos dados primários é realizado no Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS, utilizado na Atenção Primária à Saúde.

As diferenças observadas entre os Gráficos 18 e 19 acerca da proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal possivelmente se devem às diferentes fontes de

dados utilizadas. Enquanto no Gráfico 18 os dados são oriundos da Declaração de Nascido Vivo (DNV), ou seja, da declaração preenchida por ocasião do nascimento em estabelecimentos públicos e privados, no Gráfico 19 os dados são oriundos das consultas de pré-natal registradas no Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em Unidades Básicas de Saúde.

Além da análise crítica em relação à assistência ao pré-natal, torna-se relevante a avaliação da assistência ao puerpério e à puericultura.

Nos Quadros 23 e 24 estão dispostas a produção de atendimentos de puerpério e puericultura, respectivamente.

Quadro 23. Produção dos atendimentos de puerpério (todas as demandas) para o ano de 2023.

PUERPÉRIO (42 DIAS) - TODAS AS DEMANDAS - DF													
MESES/2023													
REGIÕES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
CENTRAL	12	10	6	7	9	5	9	12	8	6	6	14	104
CENTRO-SUL	23	18	19	14	20	19	15	10	24	16	23	4	205
LESTE	17	21	20	13	14	17	8	14	12	19	15	10	180
NORTE	41	22	28	15	16	30	19	18	19	32	23	23	286
OESTE	35	25	32	23	24	30	23	32	19	29	27	26	325
SUDOESTE	35	30	29	31	33	39	28	30	40	26	37	20	378
SUL	21	18	16	24	25	15	12	23	14	22	21	8	219
TOTAL	184	144	150	127	141	155	114	139	136	150	152	105	1.697

Fonte: SISAB/MS. Gerência de Processamento de Informações de Atenção Primária/Diretoria de Controle de Serviços de Saúde/Coordenação de Controle de Serviços de Saúde e Gestão da Informação/Subsecretaria de Planejamento em Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Processo SEI 00060-00057312/2023-76. Extração de dados realizada em 24/01/2024.

Quadro 24. Produção dos atendimentos de puericultura (todas as demandas) para o ano de 2023.

PUERICULTURA 0 a 2 ANOS - TODAS AS DEMANDAS - DF													
MESES/2023													
REGIÕES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
CENTRAL	558	488	617	603	672	575	682	632	577	655	606	547	7.212
CENTRO-SUL	1.681	1.502	2.069	1.727	1.982	1.746	1.656	2.192	1.869	1.837	1.682	1.500	21.443
LESTE	1.464	1.146	1.645	1.431	1.640	1.454	1.536	1.756	1.651	1.698	1.458	1.439	18.318
NORTE	1.617	1.438	1.795	1.687	1.898	1.633	1.653	1.983	1.814	1.907	1.765	1.638	20.828
OESTE	2.634	2.284	3.227	2.802	3.072	2.816	2.804	3.054	2.788	3.016	2.774	2.546	33.817
SUDOESTE	2.936	2.458	3.185	2.817	3.163	2.751	2.659	3.336	2.907	3.268	2.916	2.734	35.130
SUL	1.470	1.369	1.707	1.457	1.723	1.455	1.408	1.821	1.515	1.576	1.492	1.322	18.315
TOTAL	12.360	10.685	14.245	12.524	14.150	12.430	12.398	14.774	13.121	13.957	12.693	11.726	155.063

Fonte: SISAB/MS. Gerência de Processamento de Informações de Atenção Primária/Diretoria de Controle de Serviços de Saúde/Coordenação de Controle de Serviços de Saúde e Gestão da Informação/Subsecretaria de Planejamento em Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Processo SEI 00060-00057312/2023-76. Extração de dados realizada em 24/01/2024.

Apesar de haver um número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde para a assistência ao puerpério e puericultura, não há um parâmetro considerado como “adequado”

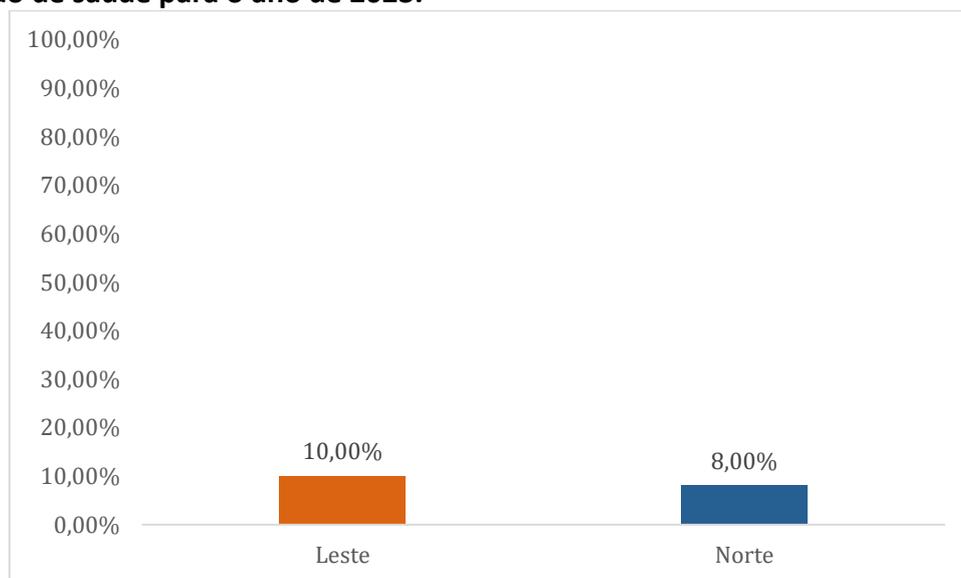
ou “mais que adequado”, tal como existe para o pré-natal. Por esta razão, tecnicamente não é possível realizar a extração e o refinamento desta informação no SISAB.

Além da avaliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde, do pré-natal, do puerpério e da puericultura, existem outros elementos que podem balizar a qualidade dos serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde em um determinado território. Dentre estes elementos, destaca-se o percentual de gravidez na adolescência, que pode ser utilizado como parâmetro na avaliação da efetividade das ações de planejamento reprodutivo.

Cabe ressaltar que mesmo dentro de uma mesma Região de Saúde este indicador pode variar de forma substancial se considerada a vulnerabilidade social de cada Região Administrativa.

No Gráfico 20 estão dispostas as proporções de gravidez na adolescência das regiões de saúde que compõem a Macrorregião 3.

Gráfico 20. Percentual de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos, por região de saúde para o ano de 2023.



Fonte: SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos). Dados extraídos do SESPlan em 02/01/2024.

No contexto da Rede Materno Infantil, a imunização é uma estratégia consolidada de prevenção de doenças, sendo realizada por meio da vacinação, para promover a saúde individual e coletiva e reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis. Portanto, a cobertura vacinal é um indicador que estima a proporção da população-alvo vacinada e

pode ser um dos parâmetros utilizados para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde de um determinado território.

Para o cálculo, utiliza-se o total de últimas doses do esquema da vacina de interesse como numerador, dividido pela estimativa da população alvo (denominador), multiplicado por 100.

Na Tabela 9 está apresentada a série histórica da cobertura vacinal do calendário infantil (menores de 2 anos) por macrorregião de saúde.

Tabela 9. Série Histórica de cobertura vacinal dos imunobiológicos do calendário infantil, menores de 2 anos, por macrorregião de saúde, de 2010 a 2022.

Ano	Região	BCG	ROTAVÍRUS	POLIO	PENTA	TRÍPLICE VIRAL	FEBRA AMARELA	HEPATITE B	MENINGO C	PNEUMO-10V	TETRA VIRAL	HEPATITE A	TRÍPLICE VIRAL D2	VARICELA	HEP B < 31 DIAS
2022	Macro 1	101,9	76,4	75,3	75,2	86,5	69,2	75,2	77,5	80,6	0,0	76,4	64,7	77,9	102,1
	Macro 2	168,4	88,7	85,3	85,3	97,0	78,0	85,3	90,0	93,1	0,0	85,7	67,4	88,3	164,8
	Macro 3	95,2	75,6	75,6	75,6	88,2	69,2	75,6	77,7	80,1	0,0	70,9	47,5	71,9	110,8
2021	Macro 1	90,9	75,1	76,2	72,7	82,8	71,8	73,1	75,6	78,0	36,6	71,8	60,6	74,6	68,8
	Macro 2	136,0	79,4	79,4	77,3	91,5	74,1	77,6	80,9	82,6	69,1	79,8	58,2	82,0	121,2
	Macro 3	90,8	71,8	74,1	69,0	81,6	65,6	69,2	70,8	74,4	34,4	66,6	38,7	68,3	58,1
2020	Macro 1	88,3	79,5	78,5	86,2	80,1	72,4	86,9	79,9	83,5	43,0	75,8	68,4	75,2	67,2
	Macro 2	113,0	91,7	93,5	101,1	93,8	83,2	101,6	94,9	96,9	46,7	88,2	73,3	85,6	114,5
	Macro 3	81,5	74,5	74,7	81,5	81,6	69,3	81,6	76,2	78,2	39,9	74,4	58,6	72,9	41,1
2019	Macro 1	88,2	86,2	85,8	70,1	88,2	79,5	70,9	87,5	90,0	88,6	90,3	89,6	89,0	74,6
	Macro 2	108,7	90,7	87,3	78,6	91,5	86,2	79,3	89,6	94,4	93,4	94,9	96,3	93,8	104,7
	Macro 3	81,8	76,2	76,9	61,5	76,4	69,3	61,8	78,4	79,0	74,2	75,4	75,3	74,4	46,2
2018	Macro 1	83,7	89,6	88,2	88,6	90,1	85,0	89,3	90,7	93,6	84,8	86,5	89,0	86	
	Macro 2	109,3	94,8	90,9	93,9	92,7	90,9	94,4	96,2	99,2	88,9	93,8	94,6	90,1	
	Macro 3	70,1	76,7	75,3	75,0	76,1	73,1	75,3	76,6	79,6	73,0	73,0	76,1	74,0	
2017	Macro 1	97,1	82,7	85,2	84,5	77,4	82,4	84,4	85,7	89,2	82,8	84,3			
	Macro 2	139,1	103,0	112,7	112,0	103,8	111,8	112,3	101,6	119,1	130,9	113,0			
	Macro 3	91,7	76,3	75,8	76,7	78,8	78,7	73,8	76,1	79,7	72,3	76,4			
2016	Macro 1	100,2	83,1	91,8	92,1	91,7	89,9	92,2	96,4	95,3	90,5	69,9			
	Macro 2	127,6	103,7	114,5	114,4	107,4	106,0	114,5	120,1	124,5	112,1	84,8			
	Macro 3	92,9	78,6	87,8	89,9	82,8	93,9	90,0	89,7	89,7	86,7	68,9			
2015	Macro 1	96,7	78,7	84,7	84,7	84,9	84,1	84,3	89,1	87,4	78,0	81,8			
	Macro 2	133,2	94,8	108,1	105,6	99,5	103,4	103,3	109,3	110,3	99,0	108,7			
	Macro 3	109,6	82,9	91,3	90,5	94,8	91,9	89,1	93,9	89,3	80,0	91,3			
2014	Macro 1	101,6	86,6	91,0	92,2	89,9	87,4	92,2	95,3	96,1	90,4				
	Macro 2	126,2	100,2	107,7	107,4	106,3	102,5	107,4	115,0	118,9	115,0				
	Macro 3	127,7	87,1	95,1	97,6	105,0	102,5	97,6	98,8	102,2	96,9				
2013	Macro 1	106,3	83,2	87,7	91,1	89,7	73,0	90,7	95,8	87,3	23,6				
	Macro 2	123,9	97,9	115,6	102,0	96,4	81,6	101,4	114,3	97,1	27,3				
	Macro 3	106,3	84,4	101,0	95,6	96,9	77,8	95,9	92,9	86,0	23,2				
2012	Macro 1	106,7	83,6	93,3	95,7	94,1	95,5	93,3	94,1	85,0					
	Macro 2	116,7	93,3	105,6	104,6	96,4	101,4	102,1	106,2	88,7					
	Macro 3	112,3	82,2	91,3	92,4	99,7	91,2	92,5	90,2	81,4					
2011	Macro 1	106,2	81,9	93,9	93,7	95,8	90,8	92,8	115,1	79,8					
	Macro 2	116,7	90,9	102,5	101,6	98,5	101,7	100,5	127,9	86,9					
	Macro 3	101,9	76,8	90,7	91,3	106,8	92,1	91,0	111,7	81,5					
2010	Macro 1	111,7	177,7	90,1	89,8	88,4	85,9	87,3							
	Macro 2	117,9	197,9	96,7	98,9	98,0	95,2	94,0							
	Macro 3	110,9	196,3	100,4	99,8	95,8	90,0	97,1							

Fonte: População SINASC; Doses Aplicadas 1974 a 2017 - BIM, a partir de 2018 SIPNI. Gerência de Rede de Frio/ Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Subsecretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Processo SEI 00060-00553219/2023-98. Nota: PENTA: início agosto 2012; anteriormente era Tetravalente + Hib; VIP/VOP: esquema sequencial implantado em 2012; FEBRE AMARELA: até 2012 aplicada aos 12 meses de idade; a partir de janeiro de 2013 aplicada aos 9 meses; MENINGO C: Início em 2011; PNEUMO 10: Início em 2011; TETRA VIRAL: Início em 2013; Houve o desabastecimento em 2020 e então havia o esquema de substituição Tríplice viral D2 + Varicela; TRÍPLICE VIRAL D2: Compunha o esquema de substituição, juntamente com a varicela, da Tetra viral; VARICELA D1: Compunha o esquema de substituição, juntamente com a tríplice viral D2, da Tetra viral; HEPATITE B < 31 DIAS: Início em 2019;

4.2.2 Atenção especializada ambulatorial da Macrorregião 3

Na assistência ao ciclo gravídico-puerperal a Atenção Especializada Ambulatorial atua nas seguintes áreas: pré-natal de alto risco, ambulatório de egressos da UTIN, puerpério patológico, planejamento sexual e reprodutivo (métodos cirúrgicos) e outras especialidades as quais a gestante ou criança possa necessitar.

A Região Leste possui um Centro de Parto Normal Peri Hospitalar e, conforme o organograma da SES, encontra-se vinculado à Atenção Especializada Ambulatorial.

O acesso ao pré-natal de alto risco nas policlínicas acontece por meio da regulação, sendo na maioria das vezes em panorama 1 (atendimento dentro da Região de Saúde), em alguns casos em panorama 2 (atendimento pactuado e realizado entre as Regiões de Saúde) e panorama 3 (são regulados para toda a rede SES/DF).

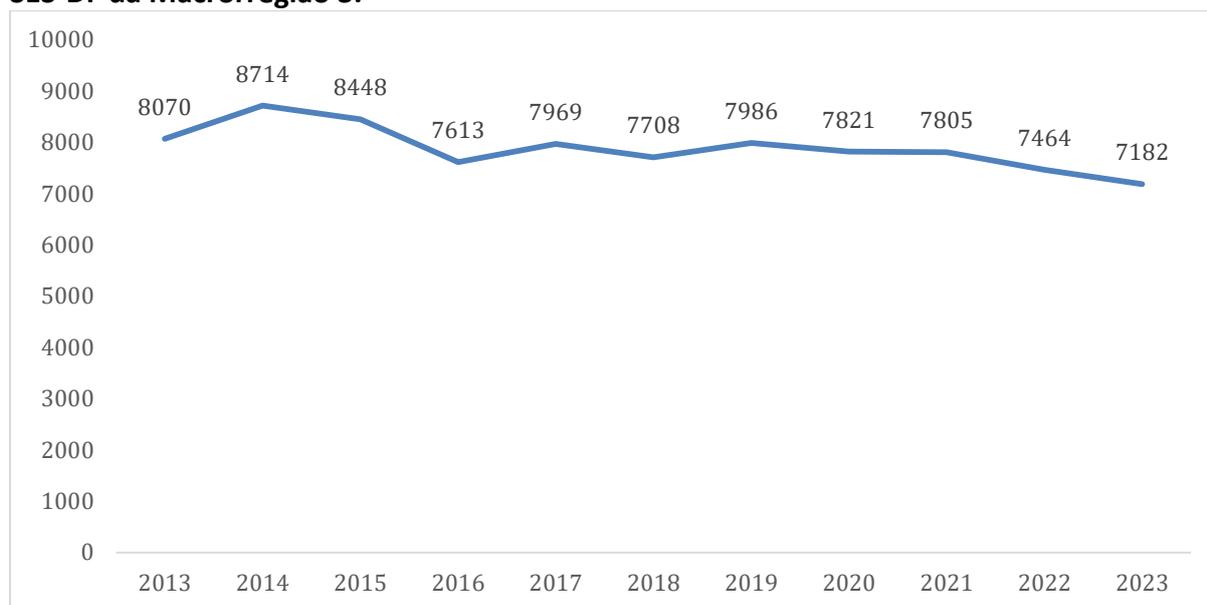
A assistência integral na Atenção Especializada Ambulatorial ao recém-nascido, à criança e à sua família quando egressos de unidades neonatais ocorre por meio de avaliação, diagnóstico, terapêutica e orientação no período posterior à internação em unidade neonatal, de maneira a promover seu crescimento e desenvolvimento adequados, bem como minimizar danos advindos das condições que justificaram a internação. Atualmente o serviço é ofertado nos ambulatórios hospitalares em serviços que possuem Unidades Neonatais. O acesso ocorre por meio de agendamento local.

4.2.3 Atenção especializada hospitalar da Macrorregião 3

Na assistência ao ciclo gravídico-puerperal este nível de atenção abrange as seguintes áreas: emergências obstétricas, parto e nascimento, puerpério, internações nas unidades neonatais, internação pediátrica e adulta.

Na Macrorregião 3, seguindo a tendência do Distrito Federal observa-se diminuição do número de nascimentos nos estabelecimentos da SES DF, sendo em 2022 de 7.464 enquanto que em 2018 era de 7.708.

Gráfico 21. Série histórica do número de nascidos vivos por ano nos Estabelecimentos da SES-DF da Macrorregião 3.

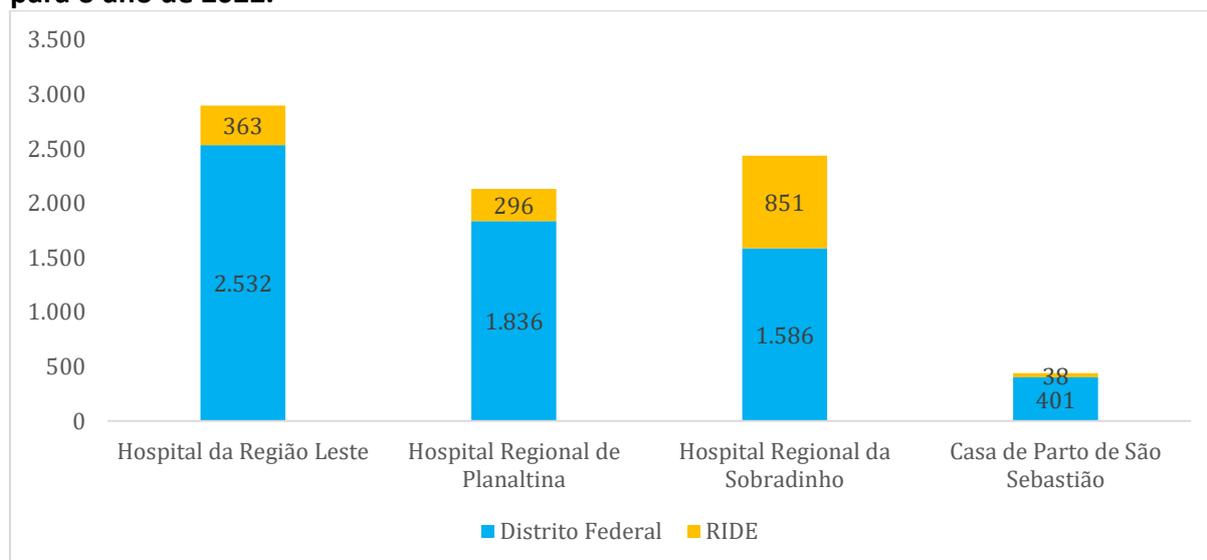


Fonte: InfoSaúde. Dados Extraídos da Sala de Situação em 28/02/2024.

Nota¹: Não estão contabilizados os partos realizados no Hospital Materno Infantil (SES-DF).

Em relação ao número de nascimentos por estabelecimento de saúde, para o ano de 2022, observa-se que os estabelecimentos da Região Norte (Hospital Regional de Planaltina e Hospital Regional de Sobradinho) apresentaram maior número de nascimentos provenientes da RIDE, quando comparado à Região Leste (Hospital da Região Leste), conforme o Gráfico 22.

Gráfico 22. Número de nascidos por estabelecimento do DF (Macrorregião 3) e da RIDE, para o ano de 2022.



Fonte: InfoSaúde. Dados Extraídos da Sala de Situação em 28/02/2024.

Nota: O Hospital da Região Leste faz parte da Região Leste; O Hospital Regional de Planaltina e o Hospital de Regional de Sobradinho fazem parte da Região Norte.

A vinculação da gestante à maternidade de referência é normatizada no âmbito da SES-DF pela Portaria 1321 de 2018. A normativa preconiza que na primeira consulta do pré-natal a gestante deve ser informada de sua vinculação ao hospital de referência e sobre seus direitos e deveres durante o ciclo de gestação, parto, nascimento e puerpério. Neste contexto, deverá ser garantida pelo menos 01 (uma) Visita de Vinculação Obstétrica à maternidade de referência a toda gestante durante o acompanhamento pré-natal. A referida visita constitui-se em um momento educativo e de acolhimento, proporcionado pelo serviço obstétrico de referência, a fim de promover o conhecimento e a vinculação das gestantes e seus respectivos acompanhantes.

Na Macrorregião 3 os serviços de Atenção Especializada Hospitalar são compostos por três hospitais gerais com maternidade que prestam assistência ao parto e nascimento. Além destes, existem dois hospitais [Hospital Universitário (HUB) e o Hospital Materno Infantil (HMIB)] que não fazem parte da macrorregião de saúde, mas que são referência para a Região Leste.

Além dos hospitais regionais, a Região de Saúde Leste conta com um centro de parto normal, a Casa de Parto de São Sebastião, único centro da SES-DF que se destaca pelo atendimento de gestantes de risco habitual da Região Leste. É um serviço habilitado que recebe custeio do Ministério da Saúde.

Cabe ressaltar que o Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa (HMIB), Unidade de Referência Distrital (URD), é referência para parturientes e gestantes que tiverem indicação de interrupção da gravidez cujos fetos apresentem diagnóstico intraútero confirmado de gastrosquise, onfalocele, hérnia diafragmática, atresia de esôfago e atresia intestinal. Além disso, também dispõe do Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL), que realiza o atendimento e a avaliação de mulheres que foram vítimas de violência sexual para realização do aborto previsto no Código Penal (Art.128).

No Quadro 25 estão dispostos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento de parto e nascimento na Macrorregião 3.

Quadro 25. Estabelecimentos que atendem Partos de Risco Habitual e de Alto Risco (Portaria 1321 de 18/12/2018) Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Materno Infantil.

Macrorregião de Saúde	Regiões de Saúde	Risco Habitual	Alto Risco (>31 semanas e 6 dias)	Alto Risco (<31 semanas e 6 dias)
Macrorregião 3	Leste	Hospital da Região Leste (HRL)	Hospital da Região Leste (HRL)	Hospital Materno Infantil (HMIB)
		Casa de Parto São Sebastião		Hospital Universitário de Brasília (HUB)
	Norte	Hospital Regional de Planaltina (HRPL)	Hospital Regional de Sobradinho (HRS) ¹	Hospital Regional de Sobradinho (HRS) ¹

Fonte: Portaria 1321/2018. Elaborado por SES/SAIS/ARAS.

Nota¹: Não são habilitados como Estabelecimentos de Alto Risco, mas prestam assistência ao parto de alto risco.

No Quadro 26 apresenta-se o quantitativo de leitos dos estabelecimentos que ofertam assistência ao parto e nascimento da Macrorregião 3.

Quadro 26. Número de leitos, por tipo, que compõem a Rede Materno Infantil dos hospitais da Macrorregião 3, ano 2023

Região de Saúde	Estabelecimentos Existentes	Tipo de leito					
		Leitos obstétricos	Leitos obstétricos (GAR) ¹	UTI adulto ²	UTI neonatal ²	UCI neonatal	Leito canguru
Leste	Hospital da Região Leste (HRL)	23	0	10	0	12	4
	Casa de Parto de São Sebastião (CPSS)	4	0	0	0	0	0
Norte	Hospital Regional de Planaltina (HRPL)	40	0	0	0	6	0
	Hospital Regional de Sobradinho (HRS)	46	0	8	10	18	12
Total de leitos na Macrorregião 3		113	0	18	10	36	9

Fonte: Dados extraídos do CNES em 13/12/2023.

Nota¹: Leitos Obstétricos (GAR) são leitos para gestantes de alto risco.

Nota²: Leitos de UTI adulto e UTI Neonatal são regulados em panorama 3 (são regulados para toda a rede SES/DF).

Além dos leitos hospitalares dos estabelecimentos da Macrorregião 3, também estão à disposição da Rede Materno Infantil os leitos do Hospital Materno Infantil, Unidade de Referência Distrital, conforme o Quadro 27.

Quadro 27. Leitos do HMIB regulados para toda a rede da SES-DF

Tipo de Leito	Número de leitos
UTI materna ¹	10
UTI neonatal ¹	30
UCI neonatal (UCINCO)	15
Leito canguru (UCINCA)	16

Fonte: CNES. Acesso em 13/12/2023.

Nota¹: Os leitos de UTI Materna e Neonatal são regulados em panorama 3 pelo Complexo Regulador do Distrito Federal para toda a rede SES/DF.

4.2.4 Transporte Sanitário na Macrorregião 3

O transporte sanitário da gestante, puérpera e recém-nato deve considerar o nível de atenção necessário.

Atualmente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) apoia o transporte das gestantes, puérperas e recém-natos portadores de patologias e comorbidades graves que impliquem em risco de morte para a própria gestante ou ao recém-nato e de quadros de gestação de alto risco, além do atendimento a chamados em domicílios ou a outros locais extra-hospitalares.

As transferências inter-hospitalares de gestantes, puérpera e recém-natos que não envolvam situações de risco são de competência da unidade hospitalar após contato prévio com a unidade receptora, sendo efetuadas por ambulância de transporte inter-hospitalar.

Na etapa de Análise de Situação de Saúde do Planejamento Regional Integrado o transporte sanitário foi elencado como um dos fatores que impactam no funcionamento da rede de atenção à saúde, devendo ser aprimorado para o pleno funcionamento da Rede Materno Infantil.

4.2.5 Processo Regulatório na Macrorregião 3

O Processo Regulatório assistencial no âmbito da Rede Materno Infantil está voltado para a garantia de acesso aos diversos serviços de saúde focados na atenção à gestante e ao recém-nascido e é coordenado pelo Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF).

Atualmente, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, os leitos de terapia intensiva adulto e neonatal estão sob a regulação do CRDF em panorama 3, ou seja, os leitos de todas as unidades hospitalares estão submetidos ao processo regulatório para

toda a rede de atenção à saúde. Os leitos de cuidados intermediários neonatais ainda não estão regulados pelo CRDF.

No âmbito da Atenção Especializada Ambulatorial as consultas de pré-natal de alto risco são reguladas em Panorama 1 ou 2, ou seja, sob a gestão das regiões de saúde. As consultas do ambulatório de pré-natal de alta complexidade são reguladas pelo CRDF em panorama 3, conforme a Nota Técnica de Regulação vigente. Já as consultas de egressos da UTI e UTIN não são reguladas.

Os leitos obstétricos não são regulados, uma vez que o fluxo de atendimento à gestante segue a Portaria (nº 1321/2018) de Vinculação do Componente Parto e Nascimento, instituída no Distrito Federal com o objetivo de assegurar a vaga na internação no âmbito da Região de Saúde. Caso a gestante busque atendimento em outra Unidade de Saúde, ela será internada e transportada de forma segura ao serviço ao qual ela está vinculada.

4.2.6 Serviços Habilitados na Macrorregião 3

Para o apoio técnico na operacionalização das ações propostas pelas normativas referentes à Rede Materno Infantil, foi publicada na SES-DF, a Portaria SES/DF N.º 236, de 14 de dezembro de 2011 que instituiu o Grupo Condutor Central da Rede Materno Infantil da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para o desenvolvimento de apoio técnico nas fases de adesão e diagnóstico; elaboração de desenho regional da rede Materno Infantil; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes; e, certificação, conforme o disposto nas legislações federais vigentes. Esta normatização proporcionou a qualificação técnica que contribuiu para a efetivação da habilitação de serviços/leitos e, por conseguinte, para o financiamento do Ministério da Saúde para estes serviços. No Quadro 28 estão dispostos os serviços habilitados relacionados à Rede Materno Infantil nos estabelecimentos da Macrorregião 3.

Região de Saúde	Estabelecimento	Serviços	Quantidade de Leitos	Portaria de Habilitação
Leste	Hospital da Região Leste	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo)	12	PORTARIA nº 3.743, de 21/12/2021
		Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa)	4	
Norte	Hospital Regional de Sobradinho	Hospital Amigo da Criança	-	-
	Hospital Regional de Planaltina	Hospital Amigo da Criança	-	-

Quadro 28. Serviços Habilitados por estabelecimentos da Macrorregião 3.

Dados extraídos do CNES em 13/12/2023.

Destacam-se ainda, alguns serviços da Macrorregião 3 com potencial de habilitação. Em geral, seriam necessárias adequações relacionadas à ambiência e à recomposição de recursos humanos para a evolução do processo de habilitação.

Quadro 29. Serviços com potencial de habilitação, por estabelecimento hospitalar, na

Região de Saúde	Estabelecimento	Serviço com potencial de habilitação	Quantidade e de leitos
Leste	Hospital da Região Leste	Hospital Amigo da Criança	-
Norte	Hospital Regional de Planaltina	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo)	8
		Unidade de Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar Tipo II 3 PPP	3
		Centro de Parto Normal Intra-hospitalar de 3PPP	3
	Hospital Regional de Sobradinho	Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo 2	8
		Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II - UTIN II	8
		Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo)	5
		Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa)	10

Macrorregião 3.

Fonte: Gerência de Controle de Credenciamento e Habilitação/SES-DF. Informação extraída do Processo SEI nº: 00060-00553079/2023-58.

4.2.7 Capacidade Instalada da Macrorregião 3

A Portaria GM/MS 1.631/2015 aprovou os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de

saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, podendo sofrer adequações no nível das Unidades da Federação e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros.

Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde. Neste contexto está disposto abaixo o Quadro 30 com os parâmetros populacionais da Rede Materno Infantil da Macrorregião 3. As estimativas calculadas a partir desses parâmetros são importantes para que os serviços de saúde planejem suas ações de forma a equilibrar a oferta e a demanda por serviços.

QUADRO 30. Parâmetros populacionais da Rede Materno Infantil da Macrorregião 3 relacionados aos parâmetros primários que definem a população alvo das ações propostas.

Pop. Alvo	Programado	Parâmetro
Estimativa de total de gestantes	9.112	Nascidos vivos do ano anterior + 5% = Nascidos Vivos do ano anterior \times 1,05
Gestante de Risco Habitual	7.745	85% das gestantes estimadas
Gestante de Alto Risco	1.367	15% das gestantes estimadas
Estimativa do número total de recém nascidos	9.112	Número de nascidos vivos no ano anterior + Proporção de nascimentos não registrados (= SINASC \times Fator de correção do sub-registro 1,05 *)
Estimativa do número total de crianças de 0 a 12 meses	8.591	Número de nascidos vivos no ano anterior + Proporção de nascimentos não registrados - número de óbitos ocorridos no período neonatal (= Nascidos vivos SINASC \times fator correção sub-registro \times 0,99)
Estimativa do número total de crianças de 12 a 24 meses	8.504	Número de nascidos vivos no ano anterior + Proporção de nascimentos não registrados - proporção de nascidos vivos que morreram no primeiro ano de vida (= Nascidos vivos SINASC \times fator correção sub-registro \times 0,98)
População feminina em idade fértil	238.287	0,33 \times População total (TCU, projetada de acordo com taxa de crescimento populacional no último período publicado)

Fonte: PT GM/MS 1.631/2015. Para o cálculo dos parâmetros utilizou-se dos dados extraídos da sala de situação do InfoSaúde em 26/10/2023 e do Manual de Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS 1.631/2015. Os cálculos foram realizados a partir de planilha eletrônica disponibilizada pela consultoria da Beneficência Portuguesa em agosto de 2023.

Nos Quadros 31 e 32 estão representadas a capacidade instalada na Atenção Primária e Especializada. Estão dispostas também as estimativas do déficit/superávit estimados para os serviços ofertados, conforme o parâmetro programado e a oferta na Macrorregião 3. Cabe esclarecer que os dados apresentados estão relacionados à produção de serviços, estando portanto, sujeitos à conformidade do registro dos procedimentos no sistema de prontuário eletrônico.

QUADRO 31. Parâmetros Assistenciais na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada para gestantes de risco Habitual e de alto risco da Rede Materno Infantil na Macrorregião 3.

Nível de Atenção	Procedimento	Programado	Ofertado	Déficit/Superávit	Parâmetro
AB - Atenção Básica e AAE - Atenção Ambulat orial Especiali zada	03.01.01.011-0 Consulta de pré natal (Consulta Médica)	27.336	APS: 20.338 ¹ AAE: 5.459 ² Total: 25.797	- 1.539	3 consultas/gestante
	03.01.01.012-9 Consulta puerperal (Consulta Médica)	9.112	APS: 1331 ¹ AAE: 284 ² Total: 1.615	- 7.497	1 consulta/gestante
	03.01.01.011-0 Consulta de pré natal (Consulta de de enfermagem)	27.336	APS: 31.343 ¹ AAE: 0 ² Total: 31.343	+ 4.007	3 consultas/gestante
	03.01.01.003-0 Consulta de profissional de nível superior na atenção básica (exceto médico) Consulta odontológica	9.112	APS: 7.819 ¹ AAE: 0 ² Total: 7.819	- 1.293	1 consulta/gestante
	01.01.01.001-0 Atividade Educativa/Orientação em Grupo na atenção Básica (4 reuniões/gestante)	36.448	APS: 480 ¹ AAE: 0 ² Total: 480	- 35.968	4 reuniões/ gestante

Fonte: e-SUS e SIA.

Nota¹: Dados da APS extraídos do painel de procedimentos da Sala de Situação. Fonte e-SUS. Extração em 15/03/2024.

Nota²: Dados da AAS extraídos do painel de produção ambulatorial dos Estabelecimentos da SES-DF da Sala de Situação. Fonte: Base de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Extração em 18/03/2024.

Observação¹: Os cálculos da estimativa da programação foram realizados a partir de planilha eletrônica disponibilizada pela consultoria da Beneficência Portuguesa em agosto de 2023. O cálculo dos parâmetros programados tem como base o Manual de Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS 1.631/2015.

QUADRO 32. Parâmetros Assistenciais na Atenção Ambulatorial Especializada para gestantes de alto risco da Rede Materno Infantil.

Nível de Atenção	Procedimento	Programado	Ofertado	Déficit	Parâmetro
Atenção Ambulatorial Especializada	03.01.01.007-2 Consulta médica em atenção especializada (Consulta especializada obstetrícia)	6.834	AAE: 2.091 ¹ Utilizado o código de consulta de pré-natal 03.01.01.011-0	- 4.743	5 consultas/gestante
	02.05.02.015-1 Ultrassonografia obstétrica com Doppler colorido e pulsado	1.367	450 ¹	- 917	1 exame/gestante de alto risco
	02.05.02.014-3 Ultrassonografia obstétrica	2.734	2.091 ¹	- 643	2 exame/gestante de alto risco
	02.11.04.006-1 Tococardiografia ante-parto	1.367	1353 (SIA) ¹ 889 (SIH) ²	+ 875	1 exame/gestante de alto risco

Fonte: SIA e SIH.

Nota¹: Dados da AAS extraídos do painel de procedimentos da Sala de Situação. Fonte SIA. Extração em 18/03/2024.

Nota²: Dados extraídos do Painel de Procedimentos secundários em Pacientes Internados da Sala de Situação. Fonte: Base de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Extração em 20/03/2024.

Observação¹: Os cálculos da estimativa da programação foram realizados a partir de planilha eletrônica disponibilizada pela consultoria da Beneficência Portuguesa em agosto de 2023. O cálculo dos parâmetros programados tem como base o Manual de Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS 1.631/2015.

Para avaliar a capacidade instalada da Atenção Especializada Hospitalar da Macrorregião 3 utilizou-se os dados sobre os Leitos Hospitalares do CNES e os Parâmetros Assistenciais para Programação Ambulatorial e Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde que constam na Portaria GM/MS 1.631/2015 (MS, 2015).

QUADRO 33. Parâmetros Assistenciais na Atenção Especializada Hospitalar, por tipo de leito, na Macrorregião 3

Região de Saúde	Estabelecimentos Existentes	Tipo de leito					
		Leitos obstétricos	Leitos obstétricos (GAR)	UTI adulto ¹	UTI neonatal ²	UCI neonatal	Leito canguru
Leste	Hospital da Região Leste (HRL)	23	0	10	0	12	4
	Casa de Parto de São Sebastião (CPSS)	4	0	0	0	0	0
Norte	Hospital Regional de Planaltina	40	0	0	0	6	0
	Hospital Regional de Sobradinho	46	0	8	10	18	12
Total de leitos na Macrorregião 3		113	0	18	10	36	16
Programado (<i>Portaria GM/MS 1.631/2015</i>)		108	11	2	18	18	9
Diferença oferta/necessidade na Macrorregião 3		+5	-11	+16	-8	+18	+7
Parâmetro utilizado (<i>Portaria GM/MS 1.631/2015</i>)		{Gestantes Estimadas × 2,5 dias (média de permanência) / [365 dias × 0,70 (taxa ocupação 70%)]} × 1,21 (ajuste para outros procedimentos obstétricos) = [(NV×1,05) × 2,5]/(365×0,70) × 1,21	10% do total de leitos obstétricos necessários, na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço;	1 a 2% dos leitos obstétricos necessários na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço	2 leitos de UTI neonatal p/ cada 1.000 nascidos vivos na região	2 leitos de UCI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região	1 leito canguru para cada 1.000 nascidos vivos na região

Fonte: Número de leitos extraídos do CNES em 21/12/2023.

Nota¹: Os Leitos de UTI adulto são leitos de UTI geral, são regulados em panorama 3 pelo Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF) e não são exclusivos para gestantes. Além dos leitos apresentados para a Macrorregião 1, existem 10 leitos de UTI adulto no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Unidade de Referência Distrital e que são regulados pelo CRDF. A gestante pode ser internada no HMIB ou em qualquer leito da rede, inclusive em outras regiões de saúde.

Nota²: Os leitos de UTI neonatal são regulados são regulados em panorama 3 pelo CRDF. Além dos leitos apresentados para a Macrorregião 1, existem 30 leitos de UTI neonatal no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) que são regulados pelo CRDF.

A avaliação dos serviços habilitados e da capacidade instalada são subsídios necessários para a avaliação dos pontos de atenção relacionados à Rede Materno Infantil. É a partir da análise da suficiência dos serviços de saúde que pode-se proceder com a identificação das fragilidades e com a proposição de estratégias de enfrentamento.

CAPÍTULO V - AVALIAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO NO ESPAÇO MACRORREGIONAL

A avaliação dos pontos de atenção da rede de atenção à saúde é de extrema relevância no processo de identificação de fragilidades e da proposição de estratégias de enfrentamento.

Para o processo de avaliação dos pontos de atenção junto às regiões de saúde foi realizado o levantamento dos estabelecimentos, competências e serviços ofertados relacionados à Rede Materno Infantil na macrorregião de saúde.

Para o processo avaliativo foi empregada metodologia para a avaliação dos pontos de atenção. Para tal, foi utilizada uma escala avaliativa composta por 4 estratos para avaliar cada um dos pontos de atenção e as suas respectivas competências:

- a) O ponto de atenção seria avaliado como **inexistente** se as competências estabelecidas não estivessem sendo ofertadas, devendo ter os serviços implementados.
- b) O ponto de atenção seria avaliado como **incipiente** se as competências estabelecidas estivessem sendo ofertadas de forma insuficiente, exigindo muito esforço para aprimorar os serviços ofertados.
- c) O ponto de atenção seria avaliado como **intermediário** se as competências estabelecidas estivessem sendo ofertadas de forma adequada, exigindo pouco esforço para aprimorar os serviços ofertados.
- d) O ponto de atenção seria avaliado como **avançado** se as competências estabelecidas estivessem sendo ofertadas superando a previsão de oferta de serviços, não sendo prioridade para aprimoramento do ponto de atenção.

No quadro a seguir estão destacados de forma resumida os principais pontos de atenção, competências e serviços avaliados durante as Oficinas do Planejamento Regional Integrado junto às Regiões de Saúde. Na metodologia empregada, cada competência foi avaliada para cada um dos pontos de atenção.

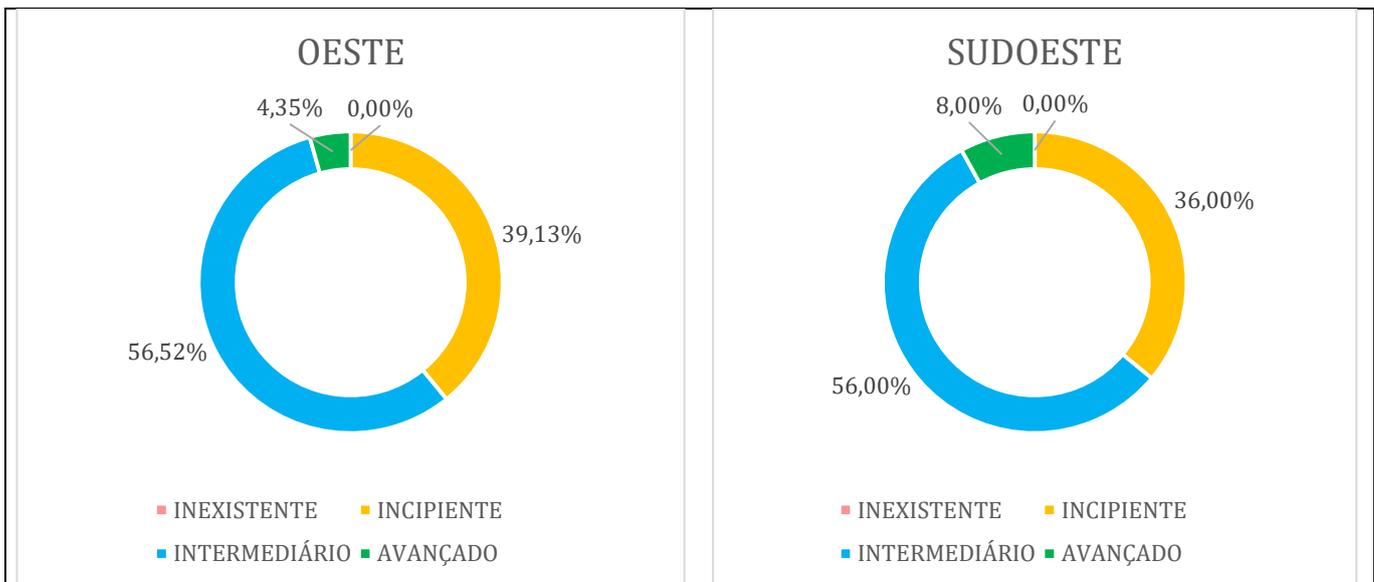
Quadro 34. Pontos de Atenção e Principais Competências Avaliadas.

PONTOS DE ATENÇÃO	PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS/SERVIÇOS AVALIADOS	CLASSIFICAÇÃO DO PONTO DE ATENÇÃO
 <p>MULHER EM IDADE FÉRTIL</p> <p>Domicílio</p>	<p>Visita domiciliar. Cadastro de mulheres em idade fértil pelos Agentes Comunitários de Saúde. Acompanhamento periódico.</p>	<p><input type="radio"/> inexistente <input type="radio"/> incipiente <input type="radio"/> intermediário <input type="radio"/> avançado</p>
 <p>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE</p> <p>UBS</p>	<p>Acolhimento. Orientações para a promoção da saúde. Oferta de testes rápidos de sífilis, HIV, hepatites B e Planejamento sexual e reprodutivo. Pré-natal. Abertura do cartão da gestante. Estratificação de risco. Avaliação da saúde biopsicossocial. Oferta de Práticas Integrativas em Saúde (PIS). Oferta de consulta odontológica. Pré-natal da parceria. Rastreamento de câncer ginecológico. Acolhimento da puérpera e do recém nascido (RN). 1º atendimento do RN, avaliação de riscos, orientações e oferta das PICS. Acompanhamento e-Multi. Oferta de puerpério e puericultura. Aconselhamento sobre a amamentação. Imunização.</p>	<p><input type="radio"/> inexistente <input type="radio"/> incipiente <input type="radio"/> intermediário <input type="radio"/> avançado</p>
 <p>AMBULATÓRIO POLICLÍNICA</p>	<p>Acolhimento. Pré-natal de alto risco. Oferta de exames de imagem. Oferta de seguimento especializado para o recém nascido de risco que passou UTIN, UCINCO e UCINCA.</p>	<p><input type="radio"/> inexistente <input type="radio"/> incipiente <input type="radio"/> intermediário <input type="radio"/> avançado</p>

	<p>Acolhimento. Classificação de risco. Exames (sorologia, fator RH, entre outros). Oferta de métodos contraceptivos. Realização de contrarreferência. Parto, Puerpério e Puericultura Oferta de Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTIN), semiintensiva (UCIN) ou intermediária (UCINCa). Oferta de atendimento materno em Unidade de Terapia Intensiva. Atendimento da mãe e do recém nascido em Alojamento Conjunto (ALCON).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> inexistente <input type="radio"/> incipiente <input type="radio"/> intermediário <input type="radio"/> avançado
	<p>Coleta, processamento e a distribuição do leite humano. Atendimento para apoio e orientação para o aleitamento materno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> inexistente <input type="radio"/> incipiente <input type="radio"/> intermediário <input type="radio"/> avançado

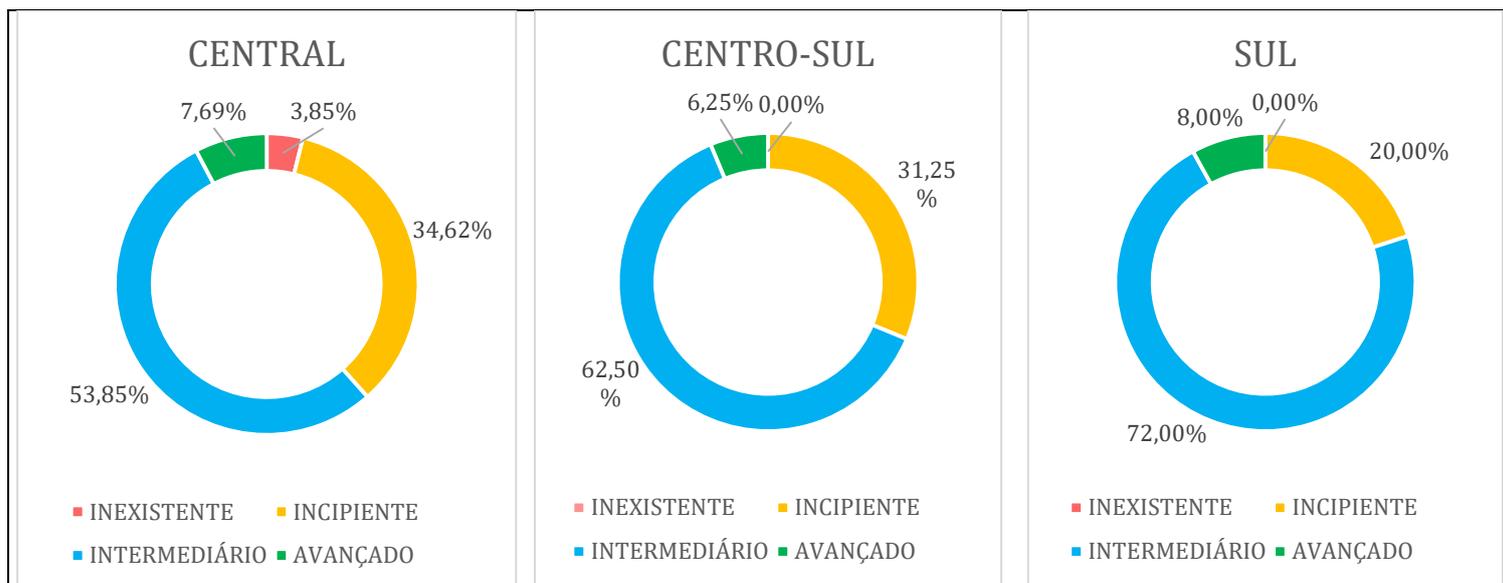
O resultado do processo avaliativo dos pontos de atenção das 7 Regiões de Saúde está descrito resumidamente a seguir, por macrorregião:

Figura 12. Avaliação dos Pontos de Atenção das Regiões de Saúde da Macrorregião 1.



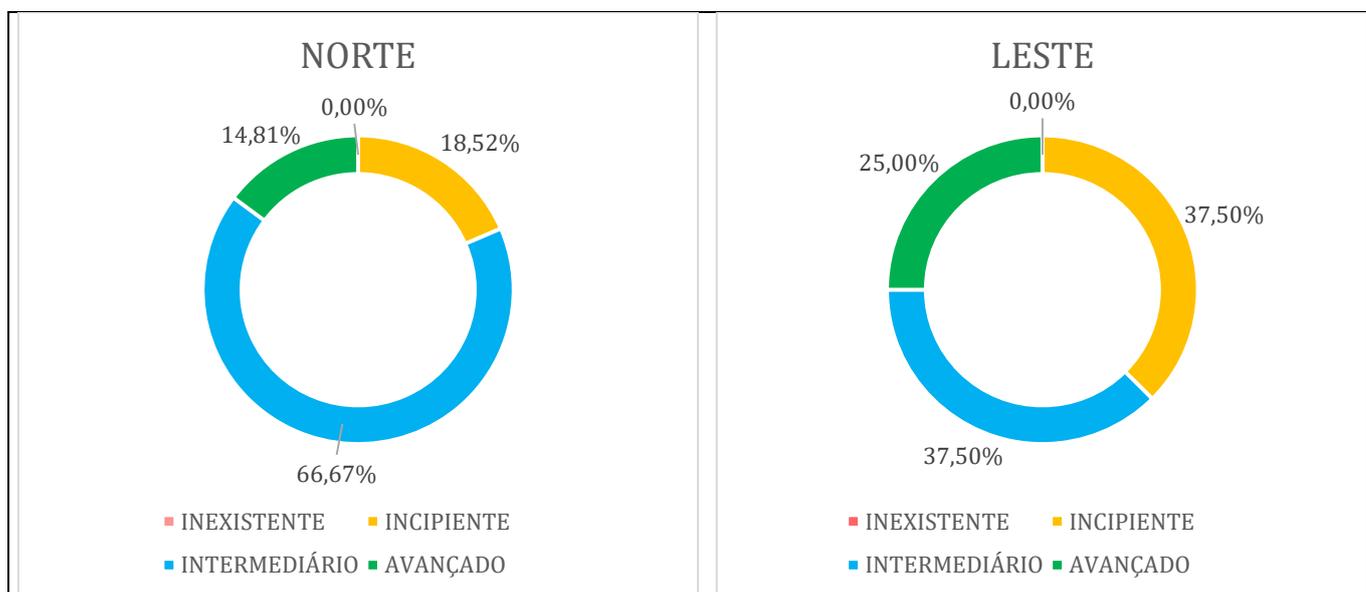
Fonte: Processo SEI Nº 00060-00519341/2023-35.

Figura 13. Avaliação dos Pontos de Atenção das Regiões de Saúde da Macrorregião 2.



Fonte: Processo SEI Nº 00060-00525530/2023-47.

Figura 14. Avaliação dos Pontos de Atenção das Regiões de Saúde da Macrorregião 3.



Fonte: Processo SEI Nº 00060-00525532/2023-36.

A análise crítica da avaliação dos pontos de atenção das 7 regiões de saúde permite concluir que majoritariamente os pontos relacionados à Rede Materno Infantil foram classificados como intermediários/avançados, ou seja, com as competências estabelecidas e serviços sendo executados de forma adequada, exigindo pouco esforço para aprimorar os serviços ofertados à população. Avaliando-se apenas os pontos de atenção classificados como

avançados, observa-se que ainda há espaço para o aprimoramento dos serviços ofertados à população, uma vez que houve variação da proporção de pontos classificados como avançados de 4,35% a 25%. Dentre os pontos avaliados como avançados, encontram-se os Bancos de Leite do Distrito Federal, referência nacional em coleta, processamento e distribuição de leite humano e na orientação para o aleitamento materno.

Cabe ressaltar ainda, que todas as regiões de saúde apresentaram uma proporção (variação de 18,52% a 39,13%) considerável de pontos de atenção classificados como incipientes, ou seja, com as competências estabelecidas sendo ofertadas de forma insuficiente, exigindo muito esforço para aprimorar os serviços ofertados.

A Região Central obteve uma competência classificada como inexistente (3,85%): o seguimento ambulatorial hospitalar de puericultura de alto risco. Cabe ressaltar que apesar de não ser ofertado em ambulatório hospitalar, o seguimento de puericultura de alto risco está implementado na Policlínica da região.

Além da avaliação dos pontos de atenção, foi realizada análise de causa-raiz para as fragilidades identificadas e para a proposição de estratégias de enfrentamento. Uma vez propostas as estratégias de enfrentamento, foi realizada uma etapa de priorização que culminou no plano de iniciativas macrorregionais que estão descritos no Capítulo VI.

CAPÍTULO VI - ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA REDE MATERNO INFANTIL NO ESPAÇO MACRORREGIONAL

6.1 Itinerário Terapêutico

O itinerário da Rede Materno Infantil visa retratar o fluxo e descrever o percurso da mulher na Rede SES, durante o período gravídico e puerperal.

Destaca-se que o Itinerário Terapêutico da Rede Materno Infantil foi elaborado de forma ascendente, nas Oficinas do PRI, com a participação de atores estratégicos das Regiões de Saúde/Macrorregiões, membros dos Grupos Condutores Central e Regional da Rede Materno Infantil e das áreas técnicas da administração central da SES-DF.

Para a etapa de elaboração do itinerário terapêutico os atores das regiões de saúde da mesma macrorregião reuniram-se e seguiram as seguintes etapas:

1. Leitura de caso norteador, elaborado por apoiadores do Grupo Condutor Distrital da Rede Materno Infantil;
2. Leitura de material de apoio com a lista dos pontos de atenção com interface com a Rede Materno Infantil na macrorregião;
3. Leitura de material de apoio com a lista das competências relacionadas aos pontos de atenção;
4. Reflexão acerca das competências, serviços ofertados e situação do ponto de atenção e a posterior afixação em painel das ilustrações representativas de cada ponto de atenção;
5. Registro da avaliação dos pontos de atenção e as respectivas fragilidades, a partir dos critérios definidos anteriormente: avançado, intermediário, incipiente, inexistente;
6. Consolidação do itinerário terapêutico com todo o grupo de participantes da oficina e registro do descritivo.
7. Apresentação e validação do Itinerário terapêutico da Rede Materno Infantil com o grupo de participantes da oficina.

A seguir apresenta-se o desenho e o descritivo do Itinerário Terapêutico da Rede Materno Infantil elaborado nas Oficinas do Planejamento Regional Integrado (PRI), realizadas nos dias 26/09/2023, 27/09/2023 e 28/09/2023.

6.2 Descritivo do Itinerário Terapêutico

A descrição do passo a passo do usuário dos serviços da Rede Materno Infantil é uma etapa fundamental para a estruturação de um itinerário que reflita a lógica de funcionamento dos serviços e que esteja alinhado com os fluxos de atendimento da rede de atenção à saúde em cada território.

O descritivo do itinerário terapêutico da Rede Materno Infantil tem como objetivo orientar a população e os profissionais de saúde acerca da jornada pelos serviços de saúde ofertados pela Rede Materno Infantil.

A seguir apresenta-se o descritivo para cada uma das 26 etapas do itinerário da Figura 12.

1. Domicílio: A mulher em idade fértil poderá ser vinculada à Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do cadastro no sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da Atenção Básica, o e-SUS AB, sendo este cadastramento realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento:

- ✓ da gestante (também estado vacinal), no pré-natal, no parto e no puerpério;
- ✓ da lactante, nos seis meses seguintes ao parto;
- ✓ da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura.

2. Unidade Básica de Saúde (UBS): A UBS é a principal e preferencial porta de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS). A pessoa poderá buscar a UBS mais próxima do seu domicílio para a realização do cadastro na APS e será vinculada à equipe responsável por sua área territorial que irá acolhê-la. Durante o acolhimento em sua equipe de referência, o profissional de saúde responsável pela ação deverá aproveitar a oportunidade de contato com a pessoa para avaliar as necessidades e realizar orientações promovendo saúde.

2.1 Pessoa em situações de vulnerabilidade:

As pessoas em situação de rua devem ter garantido o atendimento em qualquer unidade de saúde. Além disso, devem ter acesso ao trabalho das equipes de consultório na rua, que atuam de forma itinerante.

Também cabe dar luz às mulheres privadas de liberdade, que têm seu cuidado realizado por equipes de Atenção Primária Prisional. Estas por sua vez, assim como as equipes de Consultório na Rua, precisam também ser incluídas nos processos de educação permanente ofertados à APS.

Os profissionais de saúde que atendem as mulheres grávidas devem atentar para vulnerabilidades específicas de grupos populacionais femininos, a exemplo da população negra.

No que se refere às mulheres indígenas é necessário observar o respeito às tradições e aspectos culturais relacionados à menstruação, contracepção, gestação, parto e puerpério e a concepção de família.

3. Acolhimento: Durante o acolhimento em sua equipe de referência, o profissional de saúde responsável pela ação, deverá aproveitar a oportunidade de contato com a pessoa para avaliar as necessidades e realizar orientações promovendo saúde

4. Suspeita de Gravidez: Durante o acolhimento na UBS, da mulher com suspeita de gravidez, realiza-se o teste rápido de gravidez:

- ✓ se o resultado do teste for negativo, o profissional de saúde responsável pelo acolhimento deverá aproveitar a oportunidade de contato e ofertar a carteira de serviços da unidade, promovendo saúde, principalmente em relação ao planejamento sexual e reprodutivo;
- ✓ se o resultado do teste for positivo, o profissional de saúde responsável, deverá seguir com o início imediato do pré-natal (PN).

5. Captação precoce: As gestantes deverão ser captadas para início do pré-natal (PN), preferencialmente até a 12ª semana gestacional. A captação deverá ocorrer durante as visitas domiciliares regulares e periódicas do ACS. Porém, a oportunidade de captação também deverá ser realizada no acolhimento na UBS, quando a mulher em idade fértil (MIF) busca atendimento por demanda espontânea.

6. Pré-Natal: Abertura do cartão da gestante; execução dos testes rápidos de sífilis, HIV, hepatites B e C; solicitação de demais exames laboratoriais e de imagem; estratificação de risco; avaliação da saúde biopsicossocial; oferta de Práticas Integrativas em Saúde (PIS); oferta de consulta odontológica; PN da parceria; rastreamento de câncer ginecológico e assinatura de termo de colocação do Dispositivo Intrauterino (DIU), caso seja desejado no pós-parto imediato.

6.1 Importante:

- ✓ registre as informações no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e no cartão da gestante;
- ✓ a estratificação de risco deverá ser realizada em todas as consultas;
- ✓ não há alta do pré-natal. A gestante deverá ser acompanhada até o desfecho.

7. Laboratório: Solicite demais exames, a exemplo toxoplasmose IgM e IgG, HTLV I e II, citomegalovírus IgM e IgG, hemoglobinopatias, TSH, Chagas IgM e IgG, entre outros.

8. Estratificação de Risco: A estratificação do risco obstétrico deverá ser realizada no acolhimento e em todas as consultas subsequentes. O risco poderá ser definido como risco habitual ou alto risco.

9. Risco Habitual: A gestante de risco habitual realizará o pré-natal integralmente na UBS pela equipe da APS, por meio de consultas mensais até a 28ª semana gestacional, quinzenais até a 36ª semana gestacional e semanais até o parto.

9.1 Importante:

- ✓ o ACS deverá apoiar a manutenção das consultas de PN por meio da busca ativa realizada com as visitas domiciliares regulares e periódicas;
- ✓ a gestante de risco habitual poderá evoluir para alto risco durante o PN, devendo seguir o fluxo de encaminhamento para PN de alto risco, a qualquer tempo.

10. Alto Risco: A gestante de alto risco deverá ser inserida no Sistema de Regulação (SISREG) para realização do PN, nos ambulatórios ou policlínicas especializadas, levando em consideração a nota técnica de encaminhamento vigente. Porém também deverá manter o vínculo com a APS na realização das consultas na UBS.

10.1 Importante: O ACS deverá apoiar a manutenção das consultas de PN na APS por meio da busca ativa realizada com as visitas domiciliares regulares e periódicas.

11. Visita à Maternidade de Referência: Durante o PN, a gestante deverá realizar a visita de vinculação à maternidade de referência que irá realizar o parto, seguindo orientação da portaria de vinculação vigente.

11.1 Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE): Gestantes da RIDE também deverão realizar a visita, seguindo orientação da portaria de vinculação vigente.

12. Abortamento: em caso de abortamento, a gestante deverá buscar o hospital de referência, conforme a Portaria de Vinculação vigente.

12.1 Abortamento completo: Na unidade hospitalar, deverão ser realizadas as sorologias e fator Rh, e após liberação da paciente, a unidade hospitalar deverá realizar a contrarreferência para continuidade do acompanhamento pela APS.

12.2 Abortamento incompleto: Na unidade hospitalar, deverão ser realizadas as sorologias, o fator Rh e o esvaziamento uterino, se necessário, em seguida encaminhar a paciente para a enfermaria. Após alta hospitalar, realizar a contrarreferência para continuidade do acompanhamento pela APS.

12.1 Importante:

- ✓ avaliação da saúde biopsicossocial e oferta de métodos contraceptivos .
- ✓ interrupção da gestação fruto de violência sexual:

De acordo com o inciso II do artigo 128 do Código Penal Brasileiro (CP), o aborto é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou de outra forma de crime contra a dignidade e liberdade sexual.

Caso a paciente ou familiar indique que a gestação é fruto de violência sexual, deverá ser informada pelos profissionais que a atenderem, em qualquer nível de atenção, sem procrastinação, sobre o direito ao aborto legal e o local onde buscar a avaliação para interrupção.

No Distrito Federal, o serviço de aborto legal é ofertado pelo Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL), localizado no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), sendo regulamentado pela Resolução nº 1, de 1996, do Conselho de Saúde do Distrito Federal, que estabelece o HMIB como unidade de referência para a interrupção gestacional prevista em lei. O serviço possui caráter ambulatorial, atende no regime de porta aberta, ou seja, não é necessária a regulação ou agendamento do atendimento e não exige o registro de boletim de ocorrência ou nenhum outro tipo de comunicação fora do sistema de saúde para prestar atendimento à vítima de violência sexual que esteja gestante.

13. Parto: No momento do parto a gestante dará entrada na maternidade (ou centro de parto normal) de referência. O profissional da recepção deverá encaminhar a gestante para o profissional de saúde responsável pelo acolhimento. No acolhimento deverá ser realizada a classificação de risco. Se a gestante estiver em trabalho de parto será internada e monitorada até o nascimento.

13.1 Importante: Seguir todos os passos do Hospital Amigo da Criança.

- ✓ DIU: no pós parto imediato poderá ser realizado a inserção do DIU, se essa for a escolha da paciente.

14. Recém-nascido (RN)/Mãe sem risco: Após o parto, o RN juntamente com a mãe serão encaminhados para o Alojamento Conjunto (ALCON) e, após a alta, deverão ser contra referenciados para seguimento com a APS.

14. Recém-nascido (RN)/ Mãe de alto risco: Após o parto, o RN que apresentar complicações poderá ser encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTIN), semi-intensiva (UCIN) ou intermediária (UCINCa). Quando em condições clínicas favoráveis, será encaminhado para o ALCON e, após a alta, deverá ser encaminhado para o ambulatório de alto risco e manter o acompanhamento em conjunto com a APS.

15. Unidade de Terapia Intensiva (UTI): A Puérpera que apresentar complicações poderá ser encaminhada para a UTI de referência. Quando em condições clínicas favoráveis, será encaminhada para a enfermaria. Após alta hospitalar, realizar a contrarreferência para continuidade do acompanhamento pela APS.

16. Alojamento Conjunto (ALCON): Durante o acompanhamento no ALCON, serão realizados os testes da linguinha, orelhinha, coraçãozinho e pezinho (após 24h - com dieta), e também a imunização (preencher a caderneta da criança).

- ✓ Cartório: o registro de nascimento do RN poderá ser realizado ainda na maternidade.
- ✓ Sumário de alta: na alta da maternidade, deverá ser realizado o sumário de alta.
- ✓ Se apresentar dificuldades na amamentação, as puérperas deverão ser encaminhadas ao Banco de Leite Humano (BLH).

17. Banco de Leite Humano (BLH): O BLH realizará a coleta, o processamento e a distribuição do leite humano, bem como o atendimento para apoio e orientação para o aleitamento materno.

18. Alta: Deverá ser realizada mediante elaboração de projeto terapêutico singular, considerando-se, para o tempo de alta, as necessidades individuais. Tanto o RN quanto a puérpera deverão ter a continuidade do cuidado ofertado pela APS, na realização de consultas na UBS, bem como com o recebimento de visitas domiciliares da equipe multiprofissional.

- ✓ Visita ACS: em até 7 dias, a família deverá receber a primeira visita domiciliar do ACS.
- ✓ RIDE: pacientes da RIDE deverão ser contrarreferenciados para o seguimento na UBS de referência da cidade de moradia.

19. Ambulatório de Alto Risco: Após a alta, o RN deverá ter a garantia do seguimento realizado no ambulatório especializado com equipe multiprofissional e manter acompanhamento com a APS.

20. 1ª Semana Pós-Parto: Na UBS deverá ser realizado o acolhimento da puérpera e do RN, 1º atendimento do RN, avaliação de riscos, orientações e oferta das PICS.

21. Atenção Neonatal: O RN deverá ter a garantia de 1ª consulta na UBS, em até 7 dias de vida. Em casos de ausência, o ACS deverá realizar a busca ativa durante as visitas domiciliares regulares e periódicas. Já a 2ª consulta segue o fluxo (> 1 a < 7 meses de vida: mensais; > 6 meses < 19 meses de vida: 3/3 meses; > 19 meses < 25 meses: 6 meses).

23. Recém nascido (RN) com Risco Social: Baixo nível socioeconômico, História de morte de criança menor de 5 anos na família, Criança explicitamente indesejada; Mãe adolescente (<20 anos); RN pré-termo (<37 semanas); RN com baixo peso ao nascer (<2.500 g); Mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo).

23. Atenção Puerperal: a puérpera deverá ter a garantia de 1ª consulta entre 7 e 10 dias do pós-parto, para aconselhamento sobre amamentação, exame clínico e ginecológico, identificação de complicações, avaliação da saúde biopsicossocial e vacinação. Já a 2ª consulta deverá ser realizada em até 45 dias do pós-parto, com destaque para as orientações sobre o planejamento reprodutivo e reforço do rastreio de câncer ginecológico.

ATENÇÃO:

- **Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei – PIGL:**

- ✓ Público-alvo: gestantes vitimas de violência sexual
- ✓ Tipos de violência: violência sexual
- ✓ LINK: <https://www.saude.df.gov.br/programa-de-interruptao-gestacional-prevista-em-lei-pigl>

- **Entrega Voluntária:** consiste na possibilidade da puérpera realizar a entrega do RN para adoção em um procedimento assistido pela Justiça da Infância e da

Juventude. A prática, amparada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Lei 13.509/2017, deve seguir alguns procedimentos especiais.

- ✓ Orientações para Profissionais:
https://www.mpdf.t.mp.br/portal/images/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_entrega_voluntaria_adocao_profissionais.pdf
- ✓ Orientações para Gestantes:
https://www.mpdf.t.mp.br/portal/images/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_entrega_voluntaria_adocao_gestantes.pdf

CAPÍTULO VII - PLANOS MACRORREGIONAIS DA REDE MATERNO INFANTIL

O Planejamento Regional Integrado (PRI) faz parte do processo de planejamento e organização dos serviços do Sistema Único de Saúde que envolve os três entes federados e é realizado no âmbito das Macrorregiões de Saúde. Seu objetivo é promover a equidade regional por meio da análise da situação de saúde do território a partir da identificação das necessidades de saúde da população, garantindo, desta forma, a organização do acesso aos serviços de saúde e a integralidade da atenção (CONASS, 2022).

A regionalização no DF foi estabelecida por meio do Decreto Distrital nº 37.515/2016, que institui o Programa de Gestão Regional da Saúde e define as RS como um “espaço

geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Regiões Administrativas limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Para integrar as RS e as Redes de Atenção à Saúde e que os serviços de saúde sejam capazes de atender a demanda de saúde de média e alta complexidade, foram estabelecidas macrorregiões.

No âmbito do planejamento em saúde, conforme definido pela Lei Orgânica da Saúde, é preconizado o planejamento ascendente e participativo, que foi possível realizar por meio do PRI. Assegurou-se a legitimidade nos processos de diagnóstico situacional, a partir da identificação das características do território e situação de saúde da população. Estudos foram realizados a fim de avaliar as especificidades do perfil epidemiológico, as estruturas de serviços, as informações sobre a assistência, vigilância e gestão da saúde de cada região e macrorregião de saúde. A partir da apresentação do diagnóstico e do debate com os participantes e com os gestores, foi possível mapear os problemas prioritários a serem superados e elaborar planos de iniciativas macrorregionais que nortearão a busca por resultados necessários e esperados.

Ao longo do PRI, foram realizadas 24 oficinas e dezenas de reuniões, que envolveram Superintendentes, Diretores da Atenção Primária e Secundária, Gerentes de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, Assessores de Planejamento, Gerentes de Unidades Básicas de Saúde, Diretores Administrativos, Representantes das equipes de Enfermagem Obstétrica e das equipes médicas de Ginecologia e Obstetrícia dos Centros Obstétricos das Regiões de Saúde, representantes das áreas técnicas da Administração Central, apoiadores da FIOCRUZ e da Beneficência Portuguesa.

É importante destacar que o Ciclo do Planejamento 2024-2027 do Distrito Federal foi realizado de forma ascendente, uma vez que os produtos das primeiras oficinas do PRI de diagnóstico situacional serviram de insumos para a construção dos instrumentos de planejamento estratégicos. Assim, existe um alinhamento entre Plano Distrital de Saúde (PDS), Plano Plurianual (PPA) e PRI. O percurso metodológico, os produtos das oficinas, a estratégia de governança macrorregional, a programação das ações e serviços e o monitoramento e a avaliação estão disponíveis no Caderno 1

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal apresenta a seguir o planejamento macrorregional do Distrito Federal, com foco na Rede Materno Infantil, para as três macrorregiões de saúde.

7.1 Plano da Macrorregião 1

Nas discussões realizadas nas oficinas de elaboração do PRI baseadas na análise dos indicadores da linha materna e infantil da macrorregião 1 foi possível identificar avanços e desafios.

A Macrorregião 1 possui uma robusta rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

No quesito pré-natal foi identificado uma baixa cobertura da atenção primária e um déficit de agentes comunitários da saúde, sendo fator dificultador para o atendimento domiciliar da gestante e da criança, reuniões de grupo e a realização de um pré-natal e de

uma puericultura de qualidade. Todavia, mesmo com limitações, a Macrorregião 1 oferta a quantidade de consultas de pré-natal preconizadas.

Os exames laboratoriais são ofertados durante o pré-natal e há um fluxo bem definido de coleta, realização e resultado. Já para os exames de imagem há uma dificuldade de oferta para as gestantes.

O acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno tem sido um desafio, considerando a quantidade de recursos humanos, sobretudo na Região Oeste.

A vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto ocorre conforme Portaria de Vinculação vigente. É também oferecida à gestante uma visita na maternidade ainda durante o pré-natal.

No componente parto e nascimento observa-se a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais, porém há a necessidade de adequações na ambiência. Todas as emergências obstétricas contam com serviço ininterrupto de classificação de risco para gestantes, com exceção do HRBZ.

A garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto é cumprida em todos os estabelecimentos, assim como, as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 2018.

A Rede de Bancos de Leite se destaca na Macrorregião com serviços bem distribuídos e consolidados promovendo o aleitamento materno.

A oferta de transporte sanitário na macrorregião foi identificada como uma dificuldade nos diferentes níveis de atenção.

Ambas as Regiões possuem Grupos Condutores Regionais da Rede Materno Infantil publicados.

O Plano Macrorregional trabalhou com a estratégia de iniciativas, na medida em que se referem às ações para o enfrentamento das necessidades identificadas no diagnóstico situacional. As iniciativas foram levantadas com base no planejamento estratégico, com o alinhamento das diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos. Dessa forma, foram trabalhadas sete iniciativas, descritas abaixo, na matriz de coerência, no plano de ação e na matriz de entregas para o quadriênio 2024-2027:

1. Capacitar os profissionais da APS, com ênfase na revisão de processos de trabalho da gestão de agenda de pré-natal, e os profissionais que atuam no

Acolhimento (Classificação de Risco), Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto da atenção especializada hospitalar;

2. Ampliar o número de profissionais da e-multi e realizar alinhamento dos processos de trabalho com a ESF;
3. Reestruturar os processos de trabalho (inclusive o de alta segura) entre os níveis de atenção à saúde, com ênfase no acompanhamento em tempo oportuno do puerpério;
4. Realizar o matriciamento da APS, emergências e Centros Obstétricos pelos CAPS, com ênfase na saúde mental materno-infantil;
5. Ampliar a oferta de consulta em pré-natal de alto risco e reestruturar os processos de trabalho da atenção secundária;
6. Reformar os Centro Obstétricos, alojamentos conjuntos (ALCON), unidades de neonatologia e construir o Centro de Parto Normal (CPN) de Ceilândia;
7. Realocar os Enfermeiros Obstetras nos Centros Obstétricos e os Enfermeiros da Saúde da Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde.

Para viabilizar metodologicamente a elaboração do Plano de Iniciativas Macrorregional, foi elaborada uma Matriz de Coerência entre os instrumentos de planejamento estratégico da SES-DF e o Plano de Iniciativas Macrorregional. O processo de elaboração da matriz proporcionou uma análise reflexiva acerca do alinhamento necessário entre as propostas de iniciativas da macrorregião de saúde e os objetivos, indicadores e metas do Plano Distrital de Saúde. A partir da metodologia empregada, espera-se fortalecer o planejamento macrorregional em saúde, viabilizando as entregas programadas e contribuindo para o alcance das metas estabelecidas para o Distrito Federal.

A seguir estão apresentados:

- ✓ a Matriz de coerência entre instrumentos de planejamento estratégico e o plano de iniciativas proposto pela Macrorregião 1;
- ✓ o Plano de iniciativas da Macrorregião 1;
- ✓ o Plano de entregas da Macrorregião 1.

7.1.1 Matriz de Coerência entre os instrumentos de planejamento estratégico e o Plano de Iniciativas proposto pela Macrorregião 1

Nesta matriz de coerência estão apresentados os elementos do Plano Distrital de Saúde (PDS) e dos Acordos de Gestão Regionalizada (AGR) que guardam alguma relação conceitual com as iniciativas propostas pela macrorregião de saúde. O processo de elaboração da matriz de coerência teve como objetivo proporcionar a reflexão acerca do alinhamento entre as iniciativas propostas pela macrorregião e o planejamento estratégico em saúde do Distrito Federal para o quadriênio 2024-2027.

Quadro 35. Matriz de Coerência do Alinhamento Estratégico entre o PDS, AGR e Iniciativas Propostas para a Macrorregião 1.

PDS 2024 - 2027				AGR 2022	Plano Macrorregional
Diretriz	Objetivo	Meta	Indicador	Indicador	Iniciativa Proposta
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.	Desenvolver as estratégias da gestão do trabalho e da educação em saúde.	Desenvolver 100% do plano de educação permanente 2024-2027 com foco nas diretrizes estratégicas da SES-DF até 2027.	Percentual de desenvolvimento do plano de educação permanente 2024-2027.	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	Capacitar os profissionais da APS, com ênfase na revisão de processos de trabalho da gestão de agenda de pré-natal, e os profissionais que atuam no Acolhimento (Classificação de Risco), Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto da atenção especializada hospitalar.
		Executar 70% das ações educativas previstas no Plano de Educação permanente da SES-DF até 2027.	Percentual de ações educativas executadas pela EAPSUS previstas no Plano de Educação Permanente da SES-DF.		
		Qualificar e certificar ao ano 100% das Equipes de APS conforme critérios do Programa Qualis-APS até 2027.	Percentual de Equipes da APS (eSF, eSB, eMulti, eCR, eAPP) que realizaram o processo avaliativo do Programa Qualis-APS.		

Atenção Primária à Saúde.	Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMulti e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.	Alcançar 57% a cobertura das equipes multiprofissionais na atenção primária (eMulti) até 2027.	Cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti).	-	Ampliar o número de profissionais da eMulti e realizar alinhamento dos processos de trabalho com a ESF.
Redes de Atenção à Saúde.	Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.	Manter a razão de mortalidade materna do Distrito Federal abaixo de 30 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos.	Razão de mortalidade materna do Distrito Federal.	Percentual de óbitos maternos investigados.	Reestruturar os processos de trabalho (inclusive o de alta segura) entre os níveis de atenção à saúde, com ênfase no acompanhamento em tempo oportuno do puerpério.
Redes de Atenção à Saúde.	Promover a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, com foco na ansiedade, depressão e uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas.	Aumentar em 10% ao ano os CAPS que realizam ao menos 5 (cinco) ações mensais de matriciamento em saúde mental com equipes de Atenção Primária à Saúde.	Percentual de CAPS que realizam ações de matriciamento com equipes da APS.	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais. Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde.	Realizar o matriciamento da APS, emergências e Centros Obstétricos pelos CAPS, com ênfase na saúde mental materno-infantil.

				Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica.	
				Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS.	
Redes de Atenção à Saúde.	Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.	Reduzir para 9,7 a mortalidade infantil até 2027.	Taxa de mortalidade infantil.	Absentéismo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar.	Ampliar a oferta de consulta em pré-natal de alto risco e reestruturar os processos de trabalho da atenção secundária.
		Manter a razão de mortalidade materna do Distrito Federal abaixo de 30 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos.	Manter a razão de mortalidade materna do Distrito Federal abaixo de 30 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos.		
Redes de Atenção à Saúde.	Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.	Aumentar para 48% o total de parto normal no SUS e na saúde suplementar até 2027.	Percentual de parto normal no SUS e na saúde suplementar.	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos).	Reformar os Centro Obstétricos, alojamentos conjuntos (ALCON), unidades de neonatologia e construir o Centro de Parto Normal (CPN) de Ceilândia.
Redes de Atenção à Saúde.	Reduzir o adoecimento e mortes por causas	Reduzir para 9,7 a mortalidade infantil até 2027.	Taxa de mortalidade Infantil.	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos).	Realocar os Enfermeiros Obstetras nos Centros Obstétricos e os Enfermeiros

	evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.	Manter a razão de mortalidade materna do Distrito Federal abaixo de 30 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos.	Manter a razão de mortalidade materna do Distrito Federal abaixo de 30 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos.	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	da Saúde da Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.	Desenvolver as estratégias da gestão do trabalho e da educação em saúde.	Desenvolver 100% da política de gestão de pessoas até 2027.	Percentual de desenvolvimento da política de gestão de pessoas.	-	

Fonte: Gerência de Planejamento e Programação em Saúde. Informações obtidas no Processo SEI 00060-00519341/2023-35.

7.1.2 Plano de Iniciativas da Macrorregião 1

No quadro a seguir está apresentado o plano de ação para as iniciativas propostas pela macrorregião de saúde, escalonadas anualmente, para o quadriênio 2024-2027.

Quadro 36. Plano de Iniciativas da Macrorregião 1

Iniciativa	Por que?	Como?	Quando?	Onde?	Quem?
Capacitar os profissionais da APS, com ênfase na revisão de processos de trabalho da gestão de agenda de pré-natal, e os profissionais que atuam no Acolhimento (Classificação de Risco), Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto da atenção especializada hospitalar.	Falta de organização dos processos de trabalho.	Realização de diagnóstico situacional com análise dos indicadores por RA.	1º semestre de 2024.	APS.	DIRAPS\GPMA
		Realização de oficinas para gestão de agenda de pré-natal com base no diagnóstico situacional.	A partir do 2º semestre de 2024 a 2027.	APS.	GEAQ. GENF e GAP.
		Realização de planejamento da capacitação dos enfermeiros classificadores.	1º semestre de 2024.	Na Macro 1.	GACIR, GENF, GEMERG e NQSP.
		Capacitação e atualização dos profissionais do eixo materno infantil em classificação de risco, protocolos assistenciais vigentes e rotinas hospitalares.	2024.	Hospitais Gerais.	GACIR, GENF, GEMERG e NQSP.
Ampliar o número de profissionais da eMulti e realizar alinhamento dos processos de trabalho com a ESF.	Falta de organização dos processos de trabalho.	Realização do dimensionamento da eMulti.	2024 a 2027.	APS.	GPMA e GAP.
		Definição dos critérios de priorização, incluindo vulnerabilidade dos territórios, para implementação das equipes eMulti.	2024.	ADMC.	ADMC: SAIS e SUGEP.

		Redimensionamento e adequação dos profissionais especialistas na SES-DF.	2024-2025.	ADMC.	ADMC: SAIS e SUGEP.
		Adequação dos processos de trabalho entre ESF e eMulti.	2024-2027.	APS	GAP, GENF, GEAQ e Comitê eMulti.
Reestruturar os processos de trabalho (inclusive o de alta segura) entre os níveis de atenção à saúde, com ênfase no acompanhamento em tempo oportuno do puerpério.	Falta de organização dos processos de trabalho.	Criação de ferramenta digital institucional para acesso do gestor da UBS aos seus usuários que tiveram alta.	2024.	ADMC.	ADMC: DGIE e CTINF.
		Adequação de recursos humanos (técnico e ACS).	2024-2025.	ADMC e APS.	SUGEP e SRS\DIRAPS.
		Esclarecimento dos profissionais quanto às suas competências na ESF.	2024-2025.	APS.	DIRAPS e GSAPs.
		Gestão de agenda de pré-natal, puerpério e puericultura.	2024-2025.	APS.	Resp: GEAQ Corresp: Gerências internas da DIRAPS.
Realizar o matriciamento da APS, emergências e Centros Obstétricos pelos CAPS, com ênfase na saúde mental materno-infantil.	Pouco conhecimento dos protocolos assistenciais e terapêuticos de saúde mental pelos profissionais.	Realização de diagnóstico situacional da macrorregião 1 quanto às necessidades de matriciamento nos níveis de atenção.	1º semestre de 2024.	Regiões de Saúde OE e SO.	GCR RAPS.
		Realização de matriciamento em saúde mental do eixo materno-infantil dos hospitais.	2º semestre de 2024 a 2027.	Hospitais.	Resp: CAPS e DISAM. Corresp: GACIR, GENF, GEMERG e GACL.
		Realização de matriciamento do sobre saúde mental com as ESF.	2º semestre de 2024 a 2027.	APS.	Resp: CAPS e DISAM. Corresp: GSAPs\DIRAPS.
Ampliar a oferta de consulta em pré-natal de	Pouca quantidade de vagas, o que	Adequação do número de GO.	2024.	ASE.	SUGEP, SAIS e Superintendências

alto risco e reestruturar os processos de trabalho da atenção secundária.	eleva o tempo de espera para consulta no pré-natal de alto risco.	Capacitação dos GO no atendimento ao PNAR.	2024-2025.	Macro 1.	RTD, RTA, DIRASE e SRS.
		Estudo sobre o percentual de reserva de agenda de GO para atendimento ao PNAR.	2024.	Macro 1 e ADMC.	GCR e GCD da Rede Materno Infantil.
		Desenvolvimento e Publicação dos protocolos de PNAR.	1º semestre 2024.	ADMC.	SAIS GCD da Rede Materno Infantil.
		Parametrização da ASE.	1º semestre 2024.	ADMC.	COASIS.
		Execução do PAC para adequar a estrutura física da secundária.	2024 a 2025.	ASE.	Resp: SINFRA Corresp: GESAMB e SRSOE e SRSSO.
Reformar os Centros Obstétricos, alojamentos conjuntos (ALCON), unidades de neonatologia e construir o Centro de Parto Normal (CPN) de Ceilândia.	Ambiência inadequada para assistência ao parto; falta de estrutura de UCIN e UCIN e inadequação da existente o que impactam o financiamento (serviços não habilitados).	Execução do projeto do CPN e PAC.	2024 a 2027.	SRSOE.	Resp: SINFRA Corresp: GEON e SRSOE\DA.
		Realizar projetos de reforma (PS-GO, CO, ALCON, UNEO) e executá-los.	2024 a 2027.	Macro 1.	Resp: SINFRA Corresp: SRS\DA; COs; ALCON; PS e UNEO (como áreas técnicas).
Realocar os Enfermeiros Obstetras nos Centros Obstétricos e os	Dimensionamento inadequado de	Realização de diagnóstico situacional dos recursos humanos de EOs e Enfermeiros da Saúde da Família e Comunidade da Macro 1.	1º trimestre 2024.	Macro 1.	Resp: GENF (APS e Hospitalar); Corresp: DA\SRSOE.

Enfermeiros da Saúde da Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde.	enfermeiros para o CO e a APS.	Nomeação dos enfermeiros generalistas para realocar enfermeiros especialistas que estão em desvio de função.	2024 a 2025.	SES-DF.	Resp: SUGEP; Corresp: DIENF.
		Realocação dos EOs e Enfermeiros da Saúde da Família.	2024 a 2025.	Macro 1.	Resp: SRSOE e SRSSO; Corresp: GENF/DIRAPS e Hospitais.

Fonte: Gerência de Planejamento e Programação em Saúde. Informações obtidas no Processo SEI 00060-00519341/2023-35.

7.1.3 Plano de Entregas da Macrorregião 1

Neste plano estão dispostas as entregas para cada iniciativa proposta pela macrorregião de saúde, escalonadas anualmente, para o quadriênio 2024-2027.

Quadro 37. Plano de Entregas da Macrorregião 1

Iniciativa 1: Capacitar os profissionais da APS, com ênfase na revisão de processos de trabalho da gestão de agenda de pré-natal, e os profissionais que atuam no Acolhimento (Classificação de Risco), Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto da atenção especializada hospitalar.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Realização de diagnóstico situacional com análise dos indicadores por RA.	X			
Planejamento da capacitação dos enfermeiros classificadores.	X			
Capacitação e atualização dos profissionais do eixo materno-infantil em classificação de risco, protocolos assistenciais vigentes e rotinas hospitalares.	X	X	X	X
Realização de oficinas para gestão de agenda de pré-natal com base no diagnóstico situacional.	X	X	X	X
Iniciativa 2: Ampliar o número de profissionais da eMulti e realizar alinhamento dos processos de trabalho com a ESF.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Realização do dimensionamento da eMulti.	X			
Definição dos critérios de priorização, incluindo vulnerabilidade dos territórios, para implementação das equipes eMulti.	X	X	X	X
Redimensionamento e adequação dos profissionais especialistas na SES-DF.	X	X	X	X
Adequação dos processos de trabalho entre ESF e eMulti.	X	X	X	X

Iniciativa 3: Reestruturar os processos de trabalho (inclusive o de alta segura) entre os níveis de atenção à saúde, com ênfase no acompanhamento em tempo oportuno do puerpério.

Entregas	2024	2025	2026	2027
Criação de ferramenta digital institucional para acesso do gestor da UBS aos seus usuários que tiveram alta.	X	X		
Adequação de recursos humanos (técnico e ACS).	X	X		

Iniciativa 4: Realizar o matriciamento da APS, emergências e Centros Obstétricos pelos CAPS, com ênfase na saúde mental materno-infantil.

Entregas	2024	2025	2026	2027
Realização de diagnóstico situacional da macrorregião 1 quanto às necessidades de Matriciamento nos níveis de atenção.	X	X	X	X
Realização de Matriciamento em saúde mental do eixo materno infantil dos hospitais.	X	X	X	X
Realização de Matriciamento do sobre saúde mental com as ESF.	X	X	X	X

Iniciativa 5: Ampliar a oferta de consulta em pré-natal de alto risco e reestruturar os processos de trabalho da atenção secundária

Entregas	2024	2025	2026	2027
Adequação do número de GO.	X			
Capacitação dos GO no atendimento a PNAR.	X	X		
Estudo sobre o percentual de reserva de agenda de GO para atendimento a PNAR.	X	X		
Desenvolvimento e Publicação dos protocolos de PNAR.	X	X		
Parametrização da ASE.	X	X		
Execução do PAC para adequar a estrutura física da secundária.	X	X		

Iniciativa 6: Reformar os Centro Obstétricos, alojamentos conjuntos (ALCON), unidades de neonatologia e construir o Centro de Parto Normal (CPN) de Ceilândia.

Entregas	2024	2025	2026	2027
Execução do projeto do CPN e PAC.	X	X	X	X
Realizar projetos de reforma (PS-GO, CO, ALCON, UNEO) e executá-los.	X	X	X	X
Iniciativa 7: Realocar os Enfermeiros Obstetras nos Centros Obstétricos e os Enfermeiros da Saúde da Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Realização de diagnóstico situacional dos recursos humanos de EOs e Enfermeiros da Saúde da Família e Comunidade da Macro 1.	X			
Nomeação dos enfermeiros generalistas para realocar enfermeiros especialistas que estão em desvio de função.	X	X		
Realocação dos EOs e Enfermeiros da Saúde da Família.	X	X		

Fonte: Gerência de Planejamento e Programação em Saúde. Informações obtidas no Processo SEI 00060-00519341/2023-35.

7.1.4 Outras necessidades de saúde relacionadas aos pontos de atenção da Rede Materno Infantil da Macrorregião 1

Além das Unidades Básicas de Saúde, Hospitais e Ambulatórios, existem outros elementos relacionados aos pontos de atenção que devem ser considerados para o pleno funcionamento da Rede Materno Infantil. São eles: os Centros de Parto Normal (CPN), as Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), a ambiência dos Centros Obstétricos e das Unidades Neonatais e as equipes dos Consultórios na Rua (eCR). A seguir estão descritas a situação atual destes elementos e as necessidades elencadas pelas áreas técnicas responsáveis na ADMC.

7.1.4.1 Centro de Parto Normal – CPN da Macrorregião 1

Os Centros de Parto Normal (CPN) são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, que prestam assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Seu principal objetivo é proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para o parto, sem intervenções médicas desnecessárias, promovendo uma abordagem mais humanizada.

A Portaria GM/MS 1.631/2015, transcrita para os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, define o Parâmetro de Infraestrutura para a assistência da Rede Materno Infantil para todas as Gestantes. Segundo esta normativa o número de CPNs em determinada Região é definido pelo número de habitantes, a saber:

Quadro 38: Parâmetros populacionais para os Centros de Parto Normal

População Alvo	Parâmetro Proposto
População de 100 a 350 mil hab.	1 CPN
Pop. de 350 mil a 1 milhão de hab.	2 CPN
Pop. > de 1 milhão de hab.	3 CPN
Pop. > de 2 milhões de hab.	4 CPN
Pop. > de 6 milhões de hab.	5 CPN
Pop. > de 10 milhões de hab.	6 CPN

Considerando a população da Macrorregião 1, de 1.372.919 habitantes (PDAD 2021 - IPEDF), identifica-se a necessidade de construção de 3 Centros de Partos Normais.

Atualmente encontra-se previsto no Plano Plurianual (PPA 2024-2027) a ampliação do Hospital Regional de Ceilândia para implantação de um CPN de 5 PPP intra-hospitalar.

7.1.4.2 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera da Macrorregião 1

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada, deve ter a capacidade para acolhimento de dez, quinze ou vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos.

No DF ainda não existem estruturas específicas como as descritas para as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP, o que faz com que muitos leitos obstétricos sejam bloqueados para funcionarem como leitos de “mãe nutriz”.

A Portaria GM/MS 1.631/2015, transcrita para os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, define o Parâmetro de Infraestrutura para a assistência da Rede Materno Infantil para todas as Gestantes. Segundo esta normativa o número de CGBP em determinada Região é definido conforme parâmetro abaixo:

01 Casa de Gestante, Bebê e Puérpera para cada 20 leitos para gestantes de alto risco, puérperas e RN.

Considerando que a Macrorregião 1 possui 13 leitos para gestantes de alto risco e 18 leitos de UTIN, identifica-se a necessidade de minimamente uma CGBP.

7.1.4.3 Ambiência dos Centros Obstétricos e das Unidades Neonatais da Macrorregião 1

Os três Hospitais que prestam assistência ao parto e nascimento nesta Macrorregião não possuem estrutura física que cumprem a RDC 36 de 03 de junho de 2008 que Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Neste sentido identifica-se a necessidade de realizar a ambiência em todas as maternidades.

7.1.4.4 Equipes dos Consultórios na Rua da Macrorregião 1

A atenção básica de saúde deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os

determinantes e condicionantes de saúde, a epidemiologia local, a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, produzindo atenção integral, visando o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como, para a promoção da saúde.

No contexto das vulnerabilidades sociais, populações em situação vulnerável, como população negra, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, LGBTQIA+, populações do campo, povos tradicionais, refugiada e migrante, beneficiária de programas de transferência de renda, socioeducativa, institucionalizada e com deficiência, apresentam especificidades importantes que devem ser analisadas e articuladas com a equipe que fará o acompanhamento, a fim de promover atendimento oportuno e assertivo.

Neste sentido, cabe destaque às mulheres em situação de rua, devido às diversas interseccionalidades ao qual estão inseridas, o que as submete a um alto grau de vulnerabilidade. Vale lembrar que pessoas em situação de rua devem ter garantido atendimento em qualquer unidade de saúde e contam ainda com o trabalho das equipes de consultório na rua, que atuam de forma itinerante.

No Quadro 38 estão dispostas as equipes de consultório na rua existentes na Macrorregião 1, assim como a necessidade atual de novas Ecr.

Quadro 39: Equipes de consultório na rua da Macrorregião 1

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Unidade Básica de Saúde	CNES	INE	Equipes de consultório na rua existentes por macrorregião	Necessidade atual de novas eCR por Macrorregião
Macrorregião 1	Oeste	UBS 05 Ceilândia	11010	1478311	2	5
	Sudoeste	UBS 05 Taguatinga	10626	1478338		

Fonte: CNES. Acesso em 15/03/2024. Os dados complementares foram disponibilizados pela Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível no Processo SEI 00060-00553219/2023-98 (133892892).

7.2 Plano da Macrorregião 2

A Macrorregião possui uma robusta rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

Nas discussões realizadas nas oficinas de elaboração do PRI baseadas na análise dos indicadores da linha materna e infantil da macrorregião 2 é possível identificar avanços e desafios.

As Regiões de Saúde que compõem esta macrorregião possuem algumas especificidades.

A Região Central atende o pré-natal de um grande número de gestantes que trabalham nela e residem em outra, dificultando a vinculação da puérpera e da criança após o parto.

A Região Centro-sul não possui maternidade própria. As gestantes que residem nela têm o parto realizado no HMIB ou no HRAN, conforme a Portaria de vinculação vigente.

Os serviços de saúde da Região Sul sofrem impacto com a quantidade de pacientes que residem na RIDE e utilizam dos serviços do Distrito Federal. Essa característica de atendimento reflete na sobrecarga dos serviços que prestam assistência o parto e nascimento e dificulta a vinculação da gestante da APS à atenção especializada hospitalar e vice-versa.

No quesito pré-natal foi identificada uma baixa cobertura da atenção primária e um déficit de agentes comunitários da saúde, sendo fator dificultador para o atendimento domiciliar da gestante e da criança, reuniões de grupo e a realização de um pré-natal e de uma puericultura de qualidade. Todavia, mesmo com dificuldades, a Macrorregião 2 oferta a quantidade de consultas de pré-natal preconizadas.

Os exames laboratoriais são ofertados durante o pré-natal e há um fluxo bem definido de coleta, realização e resultado. Já para os exames de imagem há uma dificuldade de oferta para as gestantes.

O acesso ao pré-natal de alto risco, em tempo oportuno, tem sido um desafio, considerando a quantidade de recursos humanos e a falta de alguns equipamentos, sobretudo na Região Sul e Centro-sul.

A vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto ocorre conforme Portaria de Vinculação vigente. É também ofertada à gestante uma visita na maternidade ainda durante o pré-natal. A adesão à visita pelas gestantes da RIDE, ainda é baixa.

No componente parto e nascimento observa-se a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais, porém há a necessidade de adequações na ambiência. Todas as emergências obstétricas contam com serviço ininterrupto de classificação de risco.

A garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto é cumprida em todos os estabelecimentos, assim como, as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 2018.

A Rede de Bancos de Leite se destaca na Macrorregião com serviços bem distribuídos e consolidados promovendo o aleitamento materno.

Todas as Regiões possuem Grupos Condutores Regionais da Rede Materno Infantil publicados.

A oferta de transporte sanitário na macrorregião foi identificada como uma dificuldade nos diferentes níveis de atenção.

O Plano Macrorregional trabalhou com a estratégia de iniciativas, na medida em que se referem às ações para o enfrentamento das necessidades identificadas no diagnóstico situacional. As iniciativas foram levantadas com base nos instrumentos de planejamento estratégico da SES-DF (Mapa Estratégico, Plano Distrital de Saúde 2024-2027 e Acordo de Gestão Regional), com o alinhamento das diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos. Dessa forma, foram trabalhadas sete iniciativas, na matriz de coerência, no plano de ação e na matriz de entregas 2024-2027, a saber:

1. Realizar capacitação na atenção primária (especialmente médicos CONVERTE APS), na atenção especializada e na rede de atenção à saúde da RIDE (de forma pactuada com os municípios);
2. Criar a oferta de consultas de seguimento (*Follow Up*) para o RN de alto risco na atenção especializada;
3. Estruturar o processo regulatório na macrorregião (panorama 2);
4. Qualificar os processos de trabalho na APS, em especial no acolhimento;

5. Estruturar o processo de alta segura da mulher e do recém-nascido, observando o acompanhamento em tempo oportuno na APS e, se necessário, na especializada;
6. Ampliar a oferta de ultrassonografia obstétrica e cardiotocografia na Atenção Especializada;
7. Revisar o processo de trabalho relacionados ao DIU na atenção especializada para casos complexos;
8. Criar novas estratégias de gestão de recursos humanos;
9. Ampliar oferta obstétrica no âmbito da macrorregião.

Para viabilizar metodologicamente a elaboração do Plano de Iniciativas Macrorregional, foi elaborada uma Matriz de Coerência entre os instrumentos de planejamento estratégico da SES-DF e o Plano de Iniciativas Macrorregional. O processo de elaboração da matriz proporcionou uma análise reflexiva acerca do alinhamento necessário entre as propostas de iniciativas da macrorregião de saúde e os objetivos, indicadores e metas do Plano Distrital de Saúde. A partir da metodologia empregada, espera-se fortalecer o planejamento macrorregional em saúde, viabilizando as entregas programadas e contribuindo para o alcance das metas estabelecidas para o Distrito Federal.

A seguir estão apresentados:

- ✓ a Matriz de coerência entre instrumentos de planejamento estratégico e o plano de iniciativas proposto pela Macrorregião 2;
- ✓ o Plano de iniciativas da Macrorregião 2;
- ✓ o Plano de entregas da Macrorregião 2.

7.2.1 Matriz de Coerência entre os instrumentos de planejamento estratégico e o Plano de Iniciativas proposto pela Macrorregião 2

Nesta matriz de coerência estão apresentados os elementos do Plano Distrital de Saúde (PDS) e dos Acordos de Gestão Regionalizada (AGR) que guardam alguma relação conceitual com as iniciativas propostas pela macrorregião de saúde. O processo de elaboração da matriz de coerência teve como objetivo proporcionar a reflexão acerca do alinhamento entre as iniciativas propostas pela macrorregião e o planejamento estratégico em saúde do Distrito Federal para o quadriênio 2024-2027.

Quadro 40. Matriz de Coerência do Alinhamento Estratégico entre o PDS, AGR e Iniciativas Propostas para a Macrorregião 2.

PDS 2024 - 2027				AGR	Iniciativa
Diretriz	Objetivo	Meta	Indicador	Indicador	
Redes de Atenção à Saúde.	Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.	Reduzir para 9,7 a mortalidade infantil até 2027.	Taxa de mortalidade infantil.	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.	Realizar capacitação na atenção primária (especialmente médicos CONVERTE APS), na atenção especializada e na rede de atenção à saúde da RIDE (de forma pactuada com os municípios).
		Manter a razão de mortalidade materna do Distrito Federal abaixo de 30 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos.	Razão de mortalidade materna do Distrito Federal.	Percentual de óbitos maternos investigados.	
		Reduzir 25% ao ano o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Coefficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	

		Reduzir para 5,93% a gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos até 2027.	Percentual de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.	
Redes de Atenção à Saúde.	Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.	Reduzir para 9,7 a mortalidade infantil até 2027.	Taxa de mortalidade infantil.	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.	Criar a oferta de consultas de seguimento (<i>Follow Up</i>) para o RN de alto risco na atenção especializada
Redes de Atenção à Saúde.	Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.	Reduzir para 9,7 a mortalidade infantil até 2007.	Taxa de mortalidade infantil.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar.	Estruturar o processo regulatório na macrorregião (panorama 2).
		Manter a razão de mortalidade materna do Distrito Federal abaixo de 30 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos.	Razão de mortalidade materna do Distrito Federal.	-	
		Reduzir 25% ao ano o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	-	
Redes de Atenção à Saúde.	Ampliar e Fortalecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.	Regular 95% do acesso às modalidades (subespecialidades) referentes ao campo de atuação da saúde funcional, nos pontos de atenção da Rede SES DF, até 2027.	Percentual de modalidades (subespecialidades) referentes às especialidades sob o escopo da Saúde Funcional reguladas no âmbito da Atenção Ambulatorial	-	

			Secundária –Policlínicas, das Superintendências das Regiões de Saúde do DF.		
Atenção Primária à Saúde.	Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e Ecerpis), considerando as vulnerabilidades.	Qualificar e certificar ao ano 100% das Equipes de APS conforme critérios do Programa Qualis-APS até 2007.	Percentual de Equipes da APS (eSF, eSB, eMulti, eCR, eAPP) que realizaram o processo avaliativo do Programa Qualis-APS.	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações. Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações.	Qualificar os processos de trabalho na APS, em especial no acolhimento.
Redes de Atenção à Saúde.	Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.	Reduzir para 9,7 a mortalidade infantil até 2027.	Taxa de mortalidade infantil.	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.	Estruturar o processo de alta segura da mulher e do recém-nascido, observando o acompanhamento em tempo oportuno na APS e, se necessário, na especializada.
		Manter a razão de mortalidade materna do Distrito Federal abaixo de 30 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos.	Razão de mortalidade materna do Distrito Federal.	Percentual de óbitos maternos investigados.	
		Aumentar para 48% o total de parto normal no SUS e na saúde suplementar até 2027.	Percentual de parto normal no SUS e na saúde suplementar.	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos).	
Redes de Atenção à Saúde.	Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres	Reduzir para 9,7 a mortalidade infantil até 2027.	Taxa de mortalidade infantil.	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.	Ampliar a oferta de ultrassonografia obstétrica e

	em idade fértil, gestante e crianças.				cardiotocografia na Atenção Especializada.
Atenção Especializada	-	-	-	-	Revisão do processo de trabalho relacionados ao DIU na atenção especializada para casos complexos.
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.	Desenvolver as estratégias da gestão do trabalho e da educação em saúde.	Desenvolver 100% da política de gestão de pessoas até 2027.	Percentual de desenvolvimento da política de gestão de pessoas.	-	Criar novas estratégias de gestão de recursos humanos.
Redes de Atenção à Saúde.	Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.	Reduzir para 9,7 a mortalidade infantil até 2027.	Taxa de mortalidade infantil.	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.	Ampliar oferta obstétrica no âmbito da macrorregião.

Fonte: Gerência de Planejamento e Programação em Saúde. Informações obtidas no Processo SEI 00060-00525530/2023-47.

7.2.2 Plano de Iniciativas da Macrorregião 2

No quadro a seguir está apresentado o plano de ação para as iniciativas propostas pela macrorregião de saúde, escalonadas anualmente, para o quadriênio 2024-2027.

Quadro 41. Plano de Iniciativas da Macrorregião 2

Iniciativa	Por que?	Como?	Quando?	Onde?	Quem?
Realizar capacitação na atenção primária (especialmente médicos CONVERTE APS), na atenção especializada e na rede de atenção à saúde da RIDE (de forma pactuada com os municípios).	Necessidade de qualificar os profissionais para que possam entender os processos da Rede Materno Infantil, bem como realizar uma atuação mais qualificada e ativa na prestação de serviços de atenção à saúde, desde o planejamento familiar, pré-natal e puerpério, de modo que isso se reflita na melhoria dos indicadores (AGR, AGL - Previne Brasil).	Organizar modelo de ciclos quadrimestrais, de forma que as ações planejadas em um ciclo sejam realizadas no próximo.	2027 (Início no primeiro trimestre de 2024).	MACRO 2.	GCRs. (Parceiros: NEPS, GCC, GEAQ, GPMA, GENF/DIRAPS).

		<p>1ºCiclo: Pactuar organização dos ciclos junto aos GCR Materno Infantil.</p> <p>Realizar levantamento e priorização das necessidades em todos os níveis de atenção.</p> <p>Elaborar planejamento das estratégias a serem realizadas no segundo ciclo.</p>			
		<p>2º e 3º Ciclos: Realizar ações planejadas no primeiro ciclo (capacitações, treinamentos em serviço, etc).</p> <p>Estruturar e implementar ações de matriciamento.</p> <p>Fomentar a manutenção das ações do AIDIPI.</p>			
		<p>4ºCiclo: Reavaliar as atividades realizadas e planejamento dos próximos ciclos.</p> <p>Efetivar novo levantamento de prioridades.</p>			
<p>Criar a oferta de consultas de seguimento (<i>Follow Up</i>) para o RN de alto risco na atenção especializada.</p>	<p>Observa-se uma insuficiência na oferta de consultas de <i>Follow Up</i> na macrorregião, ressaltando-se a inexistência de oferta em uma das Regiões.</p>	<p>Efetuar diagnóstico situacional da oferta e demanda.</p> <p>Realizar a contratação de profissionais especialistas em neonatologia, preferencialmente, por meio de concurso público.</p>	2026.	Macro 2.	<p>SUGEP. GCRs. (Parceiros: GER, CERA, SRS,</p>

		Estabelecer o fluxo assistencial no atendimento de RN de alto risco na macrorregião.			HMIB, HRSM).
Estruturar o processo regulatório na macrorregião (panorama 2).	Falta de alinhamento/regulamentação acerca do Panorama 2 entre as Regiões, conduzida isoladamente por uma gerência vinculada à APS. Necessidade de estruturação na lógica de macrorregião de saúde.	Realizar aproximação entre Complexo Regulador e Equipes de planejamento para alinhamento das iniciativas, com a participação dos agentes de planejamento da Macro.	2027.	Macro 2.	ASPLAN. GPMA. GER. CERA. SRS. (Parceiros: GESAMB URD IGES).
		Estudar formas de extração dos dados do local de moradia dos pacientes regulados em Panorama 2 e 3 e também meios de sistematizar essa extração.			
		Dimensionar a oferta de vagas, com atenção às demandas reprimidas na estruturação dos fluxos da Macro.			
		Regulamentar e padronizar o processo regulatório em panorama 2 (PPIs, por exemplo) na Macrorregião entre as regulações das Regiões.			
		Articular fluxos regulatórios e processos de trabalho junto às URDs e IGES DF;			
		Pactuar vagas entre as regiões da Macro 2.			
Qualificar os processos de trabalho na APS, em especial no acolhimento.	Em que pese as orientações e normativas existentes sobre o acolhimento na APS, há o entendimento da necessidade de melhoria e qualificação desse processo, que atualmente	Avaliar o processo de trabalho do acolhimento em todas as UBS, para garantia do acesso e resolutividade das demandas dos usuários.	2025.	Macro 2.	GSAPs. RTs Enf. GENF (DIRAPS). GEAQ.

	<p>ocorre, na maioria das vezes, de forma heterogênea e fragmentada.</p> <p>Haverá atenção às necessidades de qualificação dos demais processos de trabalho na APS, entretanto, haverá a prioridade no acolhimento considerando o lugar pilar dessa ação de cuidado na lógica de funcionamento da APS.</p>	<p>Implementar a padronização do acolhimento/acesso, com implementação das normatizações vigentes.</p> <p>Realizar ciclos de acompanhamento para monitorar e avaliar o grau de implementação dos respectivos protocolos.</p>			GAP.
<p>Estruturar o processo de alta segura da mulher e do recém-nascido, observando o acompanhamento em tempo oportuno na APS e, se necessário, na especializada.</p>	<p>Identificada problemática no compartilhamento do cuidado e atendimento oportuno do binômio mãe/bebê, incluindo os casos de gestação interrompida/natimortos.</p>	<p>Realizar Diagnóstico Situacional.</p> <p>Executar levantamento do local de moradia das parturientes.</p>	2026	Macro 2	<p>SRS.</p> <p>Hospitais.</p> <p>GCRs.</p> <p>GSAPs.</p> <p>GEAQ.</p> <p>URD.</p>

		<p>Estruturar o compartilhamento do cuidado entre maternidades e UBS/AAE para qualificação assistencial no puerpério:</p> <ul style="list-style-type: none">a) desenvolver fluxo de informações;b) elaborar ferramentas de compartilhamento do cuidado;c) criar uma sala de alta nas maternidades;d) criar um sumário de alta e transferência de cuidados por meio de e-mail informando a UBS de referência da mãe e bebê;e) iniciar piloto com os pacientes da região;f) ampliar para pacientes da Macro; g) avaliar possibilidades de aproximação com as outras Macros, IGES e URD.	NVEP. NHEP.
--	--	--	----------------

		Desenvolver ferramentas que viabilizem alguma interoperabilidade entre os sistemas/informações ou via arquivo compartilhado. Neste último caso, deve-se incluir uma etapa de estudo de estratégias para segurança da informação.			
Ampliar a oferta de ultrassonografia obstétrica e cardiotocografia na Atenção Especializada.	Verificada deficiência na oferta de exames, em virtude da limitação da capacidade instalada e de profissionais, gerando prejuízo assistencial no acompanhamento do pré-natal das gestantes de risco habitual e de alto risco.	Realizar levantamento de equipamentos (em funcionamento, ociosos e obsoletos) e verificar possibilidade de redistribuição, inicialmente no âmbito da macrorregião.	2026.	Macro 2.	RTDs. Complexo Regulador. GC Rede Materno Infantil. GESAMB.
		Proceder a aquisição de equipamentos novos, se necessário.			
		Realizar alinhamento quanto aos profissionais de referência para realização dos exames (radiologistas e ginecologistas).			
		Efetivar nomeações de profissionais dos concursos vigente (ginecologista obstetra e técnicos de enfermagem).			
		Realizar revisão da Nota Técnica.			
		Viabilizar pactuação de serviços, vagas e fluxos dentro da Macro.			
		Articular aporte diagnóstico junto às URDs e IGES DF.			
Revisar o processo de trabalho relacionados ao DIU na atenção	Observa-se diferenças entre as Regiões da Macro quanto aos fluxos e critérios da atenção clínica nos	Verificar a existência de nota técnicas que contemplem os processos de trabalho	2026.	Macro 2.	SAIS. GCC.

especializada para casos complexos.	casos complexos de uso de DIU, gerando por vezes desassistência, além da demanda reprimida identificada para outros métodos contraceptivos, como a laqueadura.	<p>relacionados ao DIU para casos complexos. E, se necessário, revisão das mesmas.</p> <p>Realizar diagnóstico situacional.</p> <p>Fortalecer o matriciamento quanto à inserção e retirada de DIU, no âmbito da macrorregião.</p> <p>(Re) organizar os fluxos assistenciais, incluindo a articulação com URD e IGES.</p> <p>Ampliar a oferta de vasectomia e laqueadura tubária.</p>			GCRs. GESAMB. GPMAs. CO. DIRAPS.
Criar novas estratégias de gestão de Recursos Humanos.	<p>Entende-se como necessário encetar gestões de Recursos Humanos pois:</p> <p>O déficit atual compromete a realização de diferentes ações clínicas, tendo como efeito, por vezes, a desassistência.</p> <p>Observa-se a existência de profissionais atuando em especialidades diferentes do seu concurso para suprir as necessidades da rede.</p> <p>A inexistência de concursos internos de remoção.</p>	<p>Realizar diagnóstico situacional de déficit de profissionais no âmbito da Rede Materno Infantil.</p> <p>Avaliar possibilidade de recomposição do quadro de profissionais conforme déficit, em especial: ACS, enfermeiro obstetra, enfermeiro generalista, técnico de enfermagem, pediatra, neonatologista e anestesista e especialistas.</p> <p>Viabilizar gratificação específica para profissionais de Pronto Socorro e CAPS, com vistas ao incentivo à lotação e manutenção dos profissionais nessas unidades.</p> <p>Elaborar estratégias de identificação do quantitativo de profissionais restritos (bem como viabilizar seu monitoramento), com</p>	2027.	ADMC.	SUGEP. SAIS. SRS.

		vistas a evidenciar o déficit real de profissionais aptos e propiciar sua recolocação para alinhamento das necessidades do serviço e do servidor.			
		Avaliar viabilidade de regulamentação de mudança de especialidade.			
Ampliar oferta obstétrica no âmbito da macrorregião.	A Macro apresenta importantes fragilidades na oferta obstétrica: Ausência de CO na região Centro Sul; Problema de infraestrutura no CO do HRAN; Ausência de Casa de parto na Macro. Destaca-se como um dos efeitos dessas fragilidades, o não cumprimento das metas de realização de partos naturais (indicador do AGR).	Viabilizar o fortalecimento dos Centros Obstétricos existentes, especialmente quanto à infraestrutura e recursos humanos. Implantar a Casa de Parto na Região Sul. Avaliar a viabilidade de implantação de uma casa de parto na Região Centro-Sul. Avaliar necessidade de revisão da referência/vinculação das gestantes no âmbito da macrorregião.	2027	Macro 2	ADMC. SRS. DA. SINFRA. SUGEP.

Fonte: Gerência de Planejamento e Programação em Saúde. Informações obtidas no Processo SEI 00060-00525530/2023-47.

7.2.3 Plano de entregas da Macrorregião 2

Neste plano estão dispostas as entregas para cada iniciativa proposta pela macrorregião de saúde, escalonadas anualmente, para o quadriênio 2024-2027.

Quadro 42. Plano de Entregas da Macrorregião 2

Iniciativa 1: Realizar capacitação na atenção primária (especialmente médicos CONVERTE APS), na atenção especializada e na rede de atenção à saúde da RIDE (de forma pactuada com os municípios).				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Ciclos de planejamento e execução quadrimestrais implementados.	X			
Replicação dos ciclos implementados.		X	X	X
Iniciativa 2: Criar a oferta de consultas de seguimento (Follow Up) para o RN de alto risco na atenção especializada.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Diagnóstico situacional e desenho do novo fluxo assistencial no atendimento de RN de alto risco na macrorregião.	X			
Implementação do novo fluxo assistencial implementado no âmbito da Macrorregião.		X		
Contratação de novos profissionais realizada.			X	
Reanálise do novo fluxo assistencial no atendimento de RN de alto risco na macrorregião.				X
Iniciativa 3: Estruturar o processo regulatório na macrorregião (panorama 2).				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Análise situacional e Padronização do processo regulatório no âmbito da Macro concluída.	X			
Fluxos regulatórios alinhados com URDs e IGES (HRSM).		X		

Implementação dos fluxos regulatórios alinhados com URDs e IGES (HRSM).			X	
Análise Situacional com diagnóstico do novo processo regulatório.				X
Iniciativa 4: Qualificar os processos de trabalho na APS, em especial no acolhimento.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Processo de trabalho do acolhimento avaliado.	X			
Implementação da padronização do acolhimento na Macrorregião.		X		
Ciclo de monitoramento e avaliação da implementação realizado.			X	X
Iniciativa 5: Estruturar o processo de alta segura da mulher e do recém-nascido, observando o acompanhamento em tempo oportuno na APS e, se necessário, na especializada.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Compartilhamento do cuidado estruturado em unidades piloto.	X			
Compartilhamento do cuidado expandido para unidades da Macro.		X	X	
Alinhamento com IGES e URDs realizado.				X
Iniciativa 6: Ampliar a oferta de ultrassonografia obstétrica e cardiotocografia na Atenção Especializada.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Pactuação de fluxos e ofertas no âmbito da Macro (após revisão da nota técnica) realizado.	X			
Efetivar nomeações de profissionais dos concursos vigentes (ginecologista obstetra e técnicos de enfermagem).		X		
Realizar alinhamento quanto aos profissionais de referência para realização dos exames (radiologistas e ginecologistas).			X	
Análise Situacional pós etapas anteriores.				X

Iniciativa 7: Revisar o processo de trabalho relacionados ao DIU na atenção especializada para casos complexos.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Reorganização dos fluxos assistenciais na Macro realizado.	X			
Ações de matriciamento realizadas.		X		
Articulação com IGES e URDs concluída.			X	
Ampliar a oferta de vasectomia e laqueadura tubária.				X
Iniciativa 8: Criar novas estratégias de gestão de recursos humanos.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Diagnóstico de déficit de profissionais e possibilidade de recomposição de quadro concluída.	X			
Concursos de remoção realizados.		X		
Viabilizar gratificação específica para profissionais de Pronto Socorro e CAPS.			X	
Estudo da viabilidade de regulamentação de mudança de especialidade.				X
Iniciativa 9: Ampliar oferta obstétrica no âmbito da Macrorregião.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Casa de Parto na Região Sul implantada.	X			
Avaliação de viabilidade de implantação de Casa de Parto na Região Centro-Sul concluída.		X		
Ampliação da capacidade instalada dos Centros Obstétricos concluída (novas contratações, especialmente).			X	
Revisão da referência das gestantes concluídas.				X

Fonte: Gerência de Planejamento e Programação em Saúde. Informações obtidas no Processo SEI 00060-00525530/2023-47.

7.2.4 Outras necessidades de saúde relacionadas aos pontos de atenção da Rede Materno Infantil da Macrorregião 2

Além das Unidades Básicas de Saúde, Hospitais e Ambulatórios, existem outros elementos relacionados aos pontos de atenção que devem ser considerados para o pleno funcionamento da Rede Materno Infantil. São eles: os Centros de Parto Normal (CPN), as Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), a ambiência dos Centros Obstétricos e das Unidades Neonatais e as equipes dos Consultórios na Rua (eCR). A seguir estão descritas a situação atual destes elementos e as necessidades elencadas pelas áreas técnicas responsáveis na ADMC.

7.2.4.1 Centro de Parto Normal – CPN da Macrorregião 2

Os Centros de Parto Normal (CPN) são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, que prestam assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Seu principal objetivo é proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para o parto, sem intervenções médicas desnecessárias, promovendo uma abordagem mais humanizada.

A Portaria GM/MS 1.631/2015, transcrita para os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, define o Parâmetro de Infraestrutura para a assistência da Rede Materno Infantil para todas as Gestantes. Segundo esta normativa o número de CPNs em determinada Região é definido pelo número de habitantes, a saber:

Quadro 43: Parâmetros populacionais para os Centros de Parto Normal

População Alvo	Parâmetro Proposto
População de 100 a 350 mil hab.	1 CPN
Pop. de 350 mil a 1 milhão de hab.	2 CPN
Pop. > de 1 milhão de hab.	3 CPN
Pop. > de 2 milhões de hab.	4 CPN
Pop. > de 6 milhões de hab.	5 CPN
Pop. > de 10 milhões de hab.	6 CPN

Considerando a população da Macrorregião 2, de 1.049.644 habitantes (PDAD 2021 - IPEDF), identifica-se a necessidade de construção de 3 Centros de Partos Normais na Macrorregião 2.

7.2.4.2 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera da Macrorregião 2

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada, deve ter a capacidade para acolhimento de dez, quinze ou vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos.

No DF ainda não existem estruturas específicas como as descritas para as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP, o que faz com que muitos leitos obstétricos sejam bloqueados para funcionarem como leitos de “mãe nutriz”.

A Portaria GM/MS 1.631/2015, transcrita para os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, define o Parâmetro de Infraestrutura para a assistência da Rede Materno Infantil para todas as Gestantes. Segundo esta normativa o número de CGBP em determinada Região é definido conforme parâmetro abaixo:

01 Casa de Gestante, Bebê e Puérpera para cada 20 leitos para gestantes de alto risco, puérperas e RN.

Considerando que a Macrorregião 2 possui 10 leitos para gestantes de alto risco e 22 leitos de UTIN, identifica-se a necessidade de minimamente uma CGBP.

7.2.4.3 Ambiência dos Centros Obstétricos e das Unidades Neonatais da Macrorregião 2

Os três Hospitais que prestam assistência ao parto e nascimento nesta Macrorregião não possuem estrutura física que cumprem a RDC 36 de 03 de junho de 2008 que Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Neste sentido identifica-se a necessidade de realizar a ambiência em todas as maternidades.

7.2.4.4 Equipes dos Consultórios na Rua da Macrorregião 2

A atenção básica de saúde deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, a epidemiologia local, a pessoa em sua

singularidade e inserção sociocultural, produzindo atenção integral, visando o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como, para a promoção da saúde.

No contexto das vulnerabilidades sociais, populações em situação vulnerável, como população negra, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, LGBTQIA+, populações do campo, povos tradicionais, refugiada e migrante, beneficiária de programas de transferência de renda, socioeducativa, institucionalizada e com deficiência, apresentam especificidades importantes que devem ser analisadas e articuladas com a equipe que fará o acompanhamento, a fim de promover atendimento oportuno e assertivo.

Neste sentido, cabe destaque às mulheres em situação de rua, devido às diversas interseccionalidades ao qual estão inseridas, o que as submete a um alto grau de vulnerabilidade. Vale lembrar que pessoas em situação de rua devem ter garantido atendimento em qualquer unidade de saúde e contam ainda com o trabalho das equipes de consultório na rua, que atuam de forma itinerante.

No Quadro 43 estão dispostas as equipes de consultório na rua existentes na Macrorregião 2, assim como a necessidade atual de novas Ecr.

Quadro 44: Equipes de consultório na rua da Macrorregião 2.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Unidade Básica de Saúde	CNES	INE	Equipes de consultório na rua existentes por macrorregião	Necessidade atual de novas eCR por Macrorregião
Macrorregião 2	Central	UBS 01 Asa Sul	11150	1487094	4	1
		UBS 2 Asa Norte	10723	2403412		
	Centro-Sul	UBS 01 N. Bandeirante	11126	2380684		
	Sul	UBS 07 Gama	10855	2233339		

Fonte: CNES. Acesso em 15/03/2024. Os dados complementares foram disponibilizados pela Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível no Processo SEI 00060-00553219/2023-98 (133892892).

7.3 Plano da Macrorregião 3

Nas discussões realizadas nas oficinas de elaboração do PRI baseadas na análise dos indicadores da linha materna e infantil da macrorregião 3 foi possível identificar avanços e desafios.

A Macrorregião possui uma robusta rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

No quesito pré-natal foi identificado uma baixa cobertura da atenção primária e um déficit de agentes comunitários da saúde, sendo fator dificultador para o atendimento domiciliar da gestante e da criança, reuniões de grupo e a realização de um pré-natal e de uma puericultura de qualidade. Todavia, mesmo com limitações, a Macrorregião oferta a quantidade de consultas de pré-natal preconizadas.

Os exames laboratoriais são ofertados durante o pré-natal e há um fluxo bem definido de coleta e realização e resultado. Já os exames de imagem há uma dificuldade de oferta para as gestantes.

O acesso ao pré-natal de alto risco, em tempo oportuno, tem sido um desafio, considerando a quantidade de recursos humanos.

A vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto ocorre conforme Portaria de Vinculação vigente. É também oferecida à gestante uma visita na maternidade ainda durante o pré-natal.

No componente parto e nascimento observa-se a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais, porém há a necessidade de adequações na ambiência. Todas as emergências obstétricas contam com serviço ininterrupto de classificação de risco para gestantes.

A garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto é cumprida em todos os estabelecimentos, assim como, as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 2018.

A Rede de Bancos de Leite se destaca na Macrorregião com serviços bem distribuídos e consolidados promovendo o aleitamento materno.

A oferta de transporte sanitário na macrorregião foi identificada como uma dificuldade nos diferentes níveis de atenção.

Ambas as Regiões possuem Grupos Condutores Regionais da Rede Materno Infantil publicados.

O Plano Macrorregional trabalhou com a estratégia de iniciativas, na medida em que se referem às ações para o enfrentamento das necessidades identificadas no diagnóstico situacional. As iniciativas foram levantadas com base no planejamento estratégico, com o alinhamento das diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos. Dessa forma, foram trabalhadas sete iniciativas, descritas abaixo, na matriz de coerência, no plano de ação e na matriz de entregas 2024-2027:

1. Qualificar o processo de compras e controle de estoque central e regional;
2. Implantar o transporte sanitário;
3. Integrar os sistemas de informação visando a organização e comunicação nas linhas de cuidado (interoperabilidade);
4. Organizar o processo regulatório na macrorregião objetivando reduzir as barreiras de acesso;
5. Padronizar os processos de trabalho entre os níveis de atenção visando a alta segura;
6. Aprimorar a rotina de atendimento em puericultura e puerpério através da otimização dos processos de trabalho, com ênfase na elaboração de POP's e fluxos;
7. Ampliar a oferta de serviços de saúde bucal, apoio diagnóstico e saúde mental, com ênfase na Rede Materno Infantil.

Para viabilizar metodologicamente a elaboração do Plano de Iniciativas Macrorregional, foi elaborada uma Matriz de Coerência entre os instrumentos de planejamento estratégico da SES-DF e o Plano de Iniciativas Macrorregional. O processo de elaboração da matriz proporcionou uma análise reflexiva acerca do alinhamento necessário entre as propostas de iniciativas da macrorregião de saúde e os objetivos, indicadores e metas do Plano Distrital de Saúde. A partir da metodologia empregada, espera-se fortalecer o planejamento macrorregional em saúde, viabilizando as entregas programadas e contribuindo para o alcance das metas estabelecidas para o Distrito Federal.

A seguir estão apresentados:

- ✓ a Matriz de coerência entre instrumentos de planejamento estratégico e o plano de iniciativas proposto pela Macrorregião 3;
- ✓ o Plano de iniciativas da Macrorregião 3;
- ✓ o Plano de entregas da Macrorregião 3.

7.3.1 Matriz de coerência entre instrumentos de planejamento estratégico e o plano de iniciativas proposto pela Macrorregião 3

Nesta matriz de coerência estão apresentados os elementos do Plano Distrital de Saúde (PDS) e dos Acordos de Gestão Regionalizada (AGR) que guardam alguma relação conceitual com as iniciativas propostas pela macrorregião de saúde. O processo de elaboração da matriz de coerência teve como objetivo proporcionar a reflexão acerca do alinhamento entre as iniciativas propostas pela macrorregião e o planejamento estratégico em saúde do Distrito Federal para o quadriênio 2024-2027.

Quadro 45. Matriz de Coerência do Alinhamento Estratégico entre o PDS, AGR e Iniciativas Propostas para a Macrorregião 3.

PDS 2024 - 2027				AGR	Iniciativa
Diretriz	Objetivo	Meta	Indicador	Indicador	
Assistência Farmacêutica.	Estruturar a rede de assistência farmacêutica com foco na melhoria da cadeia de suprimentos.	Estruturar e implantar em 100% o controle de estoque, com lote e validade, nos hospitais da rede SES até 2027.	Percentual de implantação do controle de estoque, com lote e validade, nos hospitais da rede SES.	-	Qualificar o processo de compras e controle de estoque central e regional.
Gestão de Infraestrutura Predial e	Promover a melhoria da infraestrutura dos	-	-	Taxa de absenteísmo ambulatorial hospitalar.	Implantar o transporte sanitário.

Tecnologia da Informação e Comunicação.	serviços de saúde e do transporte sanitário.				
Gestão de Infraestrutura Predial e Tecnologia da Informação e Comunicação.	Transformação digital – Promover a modernização, integração e desburocratização da gestão em saúde.	Executar 100% das ações previstas no plano de ações do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC) até 2027.	Percentual de ações executadas do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação.	-	Integrar os sistemas de informação visando a organização e comunicação nas linhas de cuidado (interoperabilidade).
Redes de Atenção à Saúde.	Organizar as redes temáticas de atenção à saúde de forma regionalizada.	-	-	Absenteísmo de 1ª consulta ambulatorial hospitalar.	Organizar o processo regulatório na macrorregião objetivando reduzir as barreiras de acesso.

<p>Atenção Especializada</p> <p>Vigilância à Saúde</p>	<p>Estruturar e reorganizar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços</p> <p>Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.</p>	<p>- Alcançar 60% de hospitais com leitos de UTI do Distrito Federal classificados como de alta conformidade na Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente até 2027.</p>	<p>- Percentual de hospitais com leito de UTI classificados como de Alta Conformidade na Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.</p>	<p>Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente.</p>	<p>Padronizar os processos de trabalho entre os níveis de atenção visando a alta segura.</p>
--	---	--	--	--	--

<p>Governança. Vigilância à Saúde.</p>	<p>Fortalecer a gestão orientada por processos, com foco na melhoria contínua e entrega de melhores resultados.</p> <p>Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência.</p>	<p>Reduzir para 9,7 a mortalidade infantil até 2027. Manter a razão de mortalidade materna do Distrito Federal abaixo de 30 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos AGR: 95%</p> <p>Ter 100% das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade (pentavalente – 3ª dose, poliomielite inativada – 3ª dose, pneumocócica 10-valente – 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral – 1ª dose) com coberturas vacinais de no mínimo 95% no ano corrente.</p>	<p>Taxa de mortalidade infantil Razão de mortalidade materna do Distrito Federal.</p> <p>Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (pentavalente – 3ª dose, poliomielite – 3ª dose, pneumocócica 10 - valente – 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral – 1ª dose) com coberturas vacinais preconizadas.</p>	<p>Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo das vacinas SCR, Pentavalente, Pólio e Pneumocócica.</p> <p>Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade.</p>	<p>Aprimorar a rotina de atendimento em puericultura e puerpério através da otimização dos processos de trabalho, com ênfase na elaboração de POP's e fluxos.</p>
--	---	--	--	---	---

Redes de Atenção Saúde.	Promover a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, com foco na ansiedade, depressão e uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas.	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial para 0,75 até 2027.	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial.	Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica.	Ampliar a oferta de serviços de saúde bucal, apoio diagnóstico e saúde mental, com ênfase na Rede Materno Infantil.
Atenção Primária Saúde.	Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.	Ampliar para 34% a cobertura potencial das equipes de Saúde Bucal de 40h (eSB 40h) até 2027.	Cobertura Potencial das equipes de Saúde da Bucal Modalidade I de 40h (eSB) em todo o território do DF.	Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis.	

Fonte: Gerência de Planejamento e Programação em Saúde. Informações obtidas no Processo SEI 00060-00525532/2023-36.

7.3.2 Plano de Iniciativas da Macrorregião 3

No quadro a seguir está apresentado o plano de ação para as iniciativas propostas pela macrorregião de saúde, escalonadas anualmente, para o quadriênio 2024-2027.

Quadro 46. Plano de Iniciativas da Macrorregião 3

Iniciativa	Por que?	Como?	Quando?	Onde?	Quem?
Qualificar o processo de compras e controle de estoque central e regional.	Deficiência da cadeia de suprimentos na área central. Identificar gargalos de distribuição de insumos. Antecipar a falta de insumos, evitando desperdício.	Fomentar a discussão da adequação da distribuição a partir do controle de estoque regional.	12/2024.	Logística farmacêutica.	SULOG/Macro 3.
		Elaborar diagnóstico do processo da cadeia de suprimentos na Macro, utilizando uma unidade hospitalar, duas UBS e CEO como piloto.	01/2025.	Unidades selecionadas.	Macro 3.
		Instituir controle de estoque nas unidades de consumo.	01/2026.	Unidades selecionadas.	Macro 3.
Implantar o transporte sanitário.	Efetivar acesso ao usuário.	Realizar diagnóstico de necessidade e finalidade de transporte sanitário. (Ex: TR de contrato de serviços).	12/2025.	Região de Saúde.	ASPLAN/GPMAs.
		Fomentar a discussão intersetorial a partir do diagnóstico da Macro.	01/2026.		
Integrar os sistemas de informação visando a organização e comunicação nas	Comunicação em rede.	Buscar parceria de instituições de ensino, a partir do diagnóstico de interoperabilidade de fato para fase de teste enquanto Macro.	12/2025.	Unidades.	Macro 3.

linhas de cuidado (interoperabilidade).					
Organizar o processo regulatório na macrorregião objetivando reduzir as barreiras de acesso.	Fortalecimento do processo regulatório na Macro, com ampliação do acesso ao usuário e diminuição do absenteísmo.	Trocar experiências exitosas da gestão de filas, e instituir fluxo de panorama 2 (PPI) com foco no fortalecimento das redes.	12/2024.	GERLE/GERNO.	Macro 3/GERLE/GERNO.
	Alinhamento das ações de regulação e monitoramento.	Instituir colegiado de regulação.	03/2024.		Superintendências, Diretorias.
Padronizar os processos de trabalho entre os níveis de atenção visando a alta segura.	Necessidade de protocolo de alta segurança.	Realizar troca de experiência com objetivo de padronização do processo de altar segura.	01/2026.	Unidades de saúde.	Superintendência/ Diretorias.
		Alinhamento conceitual entre a macro e entre as unidades, a fim de implantação do processo	03/2025.		
Aprimorar a rotina de atendimento em puericultura e puerpério através da otimização dos processos de trabalho, com ênfase na elaboração de POP's e fluxos.	Necessidade de mapeamento de processo.	Elaborar diagnóstico da situação atual.	06/2026.	-	GACL. GENF. GAP. GEAQ.
Ampliar a oferta de serviços de saúde bucal, apoio diagnóstico e saúde mental, com ênfase na Rede Materno Infantil.	Ampliação e estruturação de serviços.	Levantamento de necessidades da rede Materno Infantil.	12/2026.	-	Macro 3.

Fonte: Gerência de Planejamento e Programação em Saúde. Informações obtidas no Processo SEI 00060-00525532/2023-36.

7.3.3 Plano de entregas da Macrorregião 3

Neste plano estão dispostas as entregas para cada iniciativa proposta pela macrorregião de saúde, escalonadas anualmente, para o quadriênio 2024-2027.

Quadro 47. Plano de Entregas da Macrorregião 3

Iniciativa 1: Qualificar o processo de compras e controle de estoque central e regional.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Fomentar a discussão da adequação da distribuição a partir do controle de estoque regional.	X			
Elaborar diagnóstico do processo da cadeia de suprimentos na Macro, utilizando uma unidade hospitalar, duas UBS e CEO como piloto.		X		
Instituir controle de estoque nas unidades de consumo.			X	
Iniciativa 2: Implantar o transporte sanitário.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Realizar diagnóstico de necessidade e finalidade de transporte sanitário. (Ex: TR de contrato de serviços).		X		
Fomentar a discussão intersetorial a partir do diagnóstico da Macro.			X	
Iniciativa 3: Integrar os sistemas de informação visando a organização e comunicação nas linhas de cuidado (interoperabilidade).				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Buscar parceria de instituições de ensino, a partir do diagnóstico de interoperabilidade de fato para fase de teste enquanto macro.		X		

Iniciativa 4: Organizar o processo regulatório na macrorregião objetivando reduzir as barreiras de acesso.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Trocar experiências exitosas da gestão de filas, e instituir fluxo de panorama 2 (PPI) com foco no fortalecimento das redes; Instituir colegiado de regulação.	X			
Iniciativa 5: Padronizar os processos de trabalho entre os níveis de atenção visando a alta segura.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Alinhamento conceitual entre a macro e entre as unidades, a fim de implantação do processo.		X		
Realizar troca de experiência com objetivo de padronização do processo de alta segura.			X	
Iniciativa 6: Aprimorar a rotina de atendimento em puericultura e puerpério através da otimização dos processos de trabalho, com ênfase na elaboração de POP's e fluxos.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Elaborar diagnóstico da situação atual.		X		
Iniciativa 7: Ampliar a oferta de serviços de saúde bucal, apoio diagnóstico e saúde mental, com ênfase na Rede Materno Infantil.				
Entregas	2024	2025	2026	2027
Levantamento de necessidades da rede Materno Infantil.			X	

Fonte: Gerência de Planejamento e Programação em Saúde. Informações obtidas no Processo SEI 00060-00525532/2023-36.

7.3.4 Outras necessidades de saúde relacionadas aos pontos de atenção da Rede Materno Infantil da Macrorregião 3

Além das Unidades Básicas de Saúde, Hospitais e Ambulatórios, existem outros elementos relacionados aos pontos de atenção que devem ser considerados para o pleno funcionamento da Rede Materno Infantil. São eles: os Centros de Parto Normal (CPN), as Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), a ambiência dos Centros Obstétricos e das Unidades Neonatais e as equipes dos Consultórios na Rua (eCR). A seguir estão descritas a situação atual destes elementos e as necessidades elencadas pelas áreas técnicas responsáveis na ADMC.

7.3.4.1 Centro de Parto Normal – CPN da Macrorregião 3

Os Centros de Parto Normal (CPN) são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, que prestam assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Seu principal objetivo é proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para o parto, sem intervenções médicas desnecessárias, promovendo uma abordagem mais humanizada.

A Portaria GM/MS 1.631/2015, transcrita para os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, define o Parâmetro de Infraestrutura para a assistência da Rede Materno Infantil para todas as Gestantes. Segundo esta normativa o número de CPNs em determinada Região é definido pelo número de habitantes, a saber:

Quadro 48: Parâmetros populacionais para os Centros de Parto Normal.

População Alvo	Parâmetro Proposto
População de 100 a 350 mil hab.	1 CPN
Pop. de 350 mil a 1 milhão de hab.	2 CPN
Pop. > de 1 milhão de hab.	3 CPN
Pop. > de 2 milhões de hab.	4 CPN
Pop. > de 6 milhões de hab.	5 CPN
Pop. > de 10 milhões de hab.	6 CPN

Considerando a população da Macrorregião 3, de 707.451 habitantes (PDAD 2021 - IPEDF), identifica-se a necessidade de construção de mais 1 Centro de Parto Normal de 5 leitos (PPP).

7.3.4.2 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera da Macrorregião 3

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada, deve ter a capacidade para acolhimento de dez, quinze ou vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos.

No DF ainda não existem estruturas específicas como as descritas para as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP, o que faz com que muitos leitos obstétricos sejam bloqueados para funcionarem como leitos de “mãe nutriz”.

A Portaria GM/MS 1.631/2015, transcrita para os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, define o Parâmetro de Infraestrutura para a assistência da Rede Materno Infantil para todas as Gestantes. Segundo esta normativa o número de CGBP em determinada Região é definido conforme parâmetro abaixo:

01 Casa de Gestante, Bebê e Puérpera para cada 20 leitos para gestantes de alto risco, puérperas e RN.

Considerando que a Macrorregião 3 possui 13 leitos para gestantes de alto risco e 18 leitos de UTIN, identifica-se a necessidade de minimamente uma CGBP.

7.3.4.3 Ambiência dos Centros Obstétricos e das Unidades Neonatais da Macrorregião 3

Os três Hospitais que prestam assistência ao parto e nascimento nesta Macrorregião não possuem estrutura física que cumprem a RDC 36 de 03 de junho de 2008 que Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Neste sentido identifica-se a necessidade de realizar a ambiência em todas as maternidades.

7.3.4.4 Equipes dos Consultórios na Rua da Macrorregião 3

A atenção básica de saúde deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, a epidemiologia local, a pessoa em sua

singularidade e inserção sociocultural, produzindo atenção integral, visando o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como, para a promoção da saúde.

No contexto das vulnerabilidades sociais, populações em situação vulnerável, como população negra, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, LGBTQIA+, populações do campo, povos tradicionais, refugiada e migrante, beneficiária de programas de transferência de renda, socioeducativa, institucionalizada e com deficiência, apresentam especificidades importantes que devem ser analisadas e articuladas com a equipe que fará o acompanhamento, a fim de promover atendimento oportuno e assertivo.

Neste sentido, cabe destaque às mulheres em situação de rua, devido às diversas interseccionalidades ao qual estão inseridas, o que as submete a um alto grau de vulnerabilidade. Vale lembrar que pessoas em situação de rua devem ter garantido atendimento em qualquer unidade de saúde e contam ainda com o trabalho das equipes de consultório na rua, que atuam de forma itinerante.

No Quadro 46 estão dispostas as equipes de consultório na rua existentes na Macrorregião 3, assim como a necessidade atual de novas Ecr.

Quadro 49: Equipes de consultório na rua da Macrorregião 3.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Unidade Básica de Saúde	CNES	INE	Equipes de consultório na rua existentes por macrorregião	Necessidade atual de novas eCR por Macrorregião
Macrorregião 3	Leste	UBS 01 Paranoá	10634	2237083	1	1
	Norte					

Fonte: CNES. Acesso em 15/03/2024. Os dados complementares foram disponibilizados pela Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível no Processo SEI 00060-00553219/2023-98 (133892892).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Distrito Federal enquanto único ente federado sem municípios possui desafios no campo da saúde tão complexos quanto às demais Unidades Federativas. Isto se deve, em parte, às diferenças locorregionais observadas nas mais diversas dimensões, tais como renda, escolaridade, estrutura etária, mobilidade urbana, SUS dependência, morbidade, mortalidade, vulnerabilidade social, dentre outras.

As três macrorregiões de saúde do Distrito Federal apresentam características distintas e, por esta razão, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal empreendeu esforços ao longo do ano de 2023 para promover o processo de Planejamento Regional Integrado com foco na entrega de Planos Macrorregionais de Saúde que sejam exequíveis e que reflitam as necessidades de cada região de saúde.

A ênfase dada à Rede Materno Infantil na estruturação dos Planos Macrorregionais objetivou contribuir para o alcance das metas estabelecidas no Programa Previne Brasil (vigente até 2023), uma vez que 4 dos 7 indicadores estão relacionados à saúde materno-infantil (Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B e poliomielite inativada).

Portanto, os Planos Macrorregionais apresentados nesta publicação representam o compromisso da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com o planejamento ascendente e participativo e demonstram o empenho da pasta na melhoria das condições de saúde da população do Distrito Federal.

REFERÊNCIAS

Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento".

PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2020. Brasília, 2021.

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

—. Decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016, publicado no DODF nº 143 em 27 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde. Brasília, 2016.

—. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011.

—. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.631/2015.

—. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 236, de 14 de dezembro de 2011.

—. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 514, de 02 de agosto de 2022 que consolidou todas as redes temáticas da Secretaria de Saúde, incluindo a Rede Cegonha, sendo atualizada pela Portaria nº 182, de 1º de junho de 2023.