



Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde
Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional
Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde
Gerência de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão



Relatório Anual Acordo de Gestão Regional - RAGR Região de Saúde Sudoeste

2024

Governador do Distrito Federal
IBANEIS ROCHA BARROS JUNIOR

Vice-Governadora
CELINA LEÃO HIZIM FERREIRA

Secretário de Estado de Saúde
JURACY CAVALCANTE LACERDA JÚNIOR

Secretária-Adjunta de Assistência à Saúde
EDNA MARIA MARQUES DE OLIVEIRA

Secretária-Adjunta de Gestão em Saúde
NELMA REGIA DA CUNHA LOUZEIRO

Secretário Adjunto de Governança
JOSÉ RICARDO BAITELLO

Secretário-Adjunto de Integração
VALMIR LEMOS DE OLIVEIRA

Subsecretário de Planejamento em Saúde
RODRIGO VIDAL DA COSTA

Equipe Técnica

Subsecretário de Planejamento em Saúde
RODRIGO VIDAL DA COSTA

Coordenador de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional
LUCAS MARANI BAHIA DUCA

Diretor de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde
GUILHERME MOTA CARVALHO

Gerente de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão
WAALLIS GRECIO GRAIA BARBOSA

Equipe Organizadora e Elaboradora
Gerência de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão
GEMAG/DIMOAS/CPLAN/SUPLANS/SES
Edenildes Maria de Oliveira
Marcia Jakeline Barros Silva

Apoio Técnico

Felipe Sodré de Sousa

ASPLAN/SRSSO/SES

Gildete Viana Francolino Bezerra

GPMA/HRSAM/SRSSO/SES

Kivia Abrantes Henriques

GPMA/HRT/SRSSO/SES

Juliana Felix Silveira

GPMA/DIRAPS/SRSSO/SES

Cynthia Candeia Bose

GPMA/DIRASE/SRSSO/SES

Revisão

Waallis Grecio Graia Barbosa

Guilherme Mota Carvalho

Lucas Marani Bahia Duca

Rodrigo Vidal da Costa

Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento – Cplan
Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde – Dimoas
Gerência de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão – Gemag
E-mail: suplans.gemag@saude.df.gov.br Telefone: (61) 3449-4138

© Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2025

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. Secretaria de Saúde – SES/DF: <<http://www.saude.df.gov.br>>

SUMÁRIO

SIGLÁRIO.....	6
INTRODUÇÃO.....	7
APRESENTAÇÃO.....	11
1. A REGIÃO.....	12
1.1. Dados Demográficos e perfil dos usuários.....	12
1.2. Aspectos Socioeconômicos.....	12
1.3. Composição.....	14
2. MATRIZ CONSOLIDADA DOS INDICADORES.....	17
3. Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI (Antiga Rede Cegonha).....	21
3.1. Indicador 1: Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade..	22
3.2. Indicador 3: Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência.....	24
3.3. Indicador 4: Percentual de óbitos maternos investigados.....	26
3.4. Indicador 5: Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.....	27
3.5. Indicador 6: Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.....	29
3.6. Indicador 7: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.....	31
3.7. Indicador 8: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.....	33
3.8. Indicador 9: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.....	35
3.9. Indicador 10: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.....	36
4. Rede de Urgência e Emergência - RUE.....	37
4.1. Indicador 11: Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.....	38
4.2. Indicador 12: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas.....	40
4.3. Indicador 17: Tempo de Retenção de maca por unidade e urgência/emergência.....	42
4.4. Indicador 18: Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).....	43
5. Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência - RAV.....	45
5.1. Indicador 19: Taxa de notificação de violência.....	46
6. Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência - RCPCD.....	47
6.1. Indicador 21: Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal....	48
6.2. Indicador 22: Número de pessoas com deficiência cadastrada na APS da Região de Saúde..	49
7. Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT.....	50
7.1. Indicador 25: Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações.....	51
7.2. Indicador 26: Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações.....	53
8. Sistema de Apoio e Logística.....	55
8.1. Indicador 27: Índice de Fechamento de Chave da Região/URD.....	56

8.2. Indicador 28: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar.....	58
8.3. Indicador 31: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC.....	60
8.4. Indicador 32: Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD.	61
8.5. Indicador 33: Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas.....	62
8.6. Indicador 34: Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.....	64
8.7. Indicador 37: Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD.....	66
8.8. Indicador 38: Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde.....	67
8.9. Indicador 39: Percentual de cura dos casos novos de tuberculose.....	69
8.10. Indicador 40: Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde.....	71
8.11. Indicador 41: Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde.....	72
8.12. Indicador 42: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionado ao trabalho.....	74
8.13. Indicador 43: Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.....	75
9. Monitoramento dos resultados.....	76
10. Considerações finais.....	77

SIGLÁRIO

ADMC – Administração Central
AGL – Acordo de Gestão Local
AGR - Acordo de Gestão Regional
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
APS - Atenção Primária em Saúde
CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial
CID - Classificação Internacional de Doenças
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CRDF – Central de Regulação do Distrito Federal
DICS – Diretoria de Controle de Serviços de Saúde
DIMOAS - Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde
DIPLAN – Diretoria de Planejamento e Orçamento em Saúde
eSB - Equipe de Saúde Bucal
eSF – Equipe de Saúde da Família
FCDF – Fundo Constitucional Distrito Federal
FSDF – Fundo de Saúde do Distrito Federal
GAE - Guias de atendimento de emergência
GDF – Governo do Distrito Federal
GSAP - Gerência de Serviço de Atenção Primária
HAB – Hospital de Apoio de Brasília
HCB – Hospital da Criança de Brasília
HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal
HMIB – Hospital Materno Infantil de Brasília
HRAN – Hospital Regional da Asa Norte
HRBz - Hospital Regional de Brazlândia
HRC – Hospital Regional da Ceilândia
HRG – Hospital Regional do Gama
HRGu – Hospital Regional do Guarã
HRL – Hospital Região Leste (Paranoá)
HRP - Hospital Regional de Planaltina
HRS – Hospital Regional de Sobradinho
HRSAM – Hospital Regional de Samambaia
HRSM – Hospital Regional de Santa Maria
HRT - Hospital Regional de Taguatinga
HSVP – Hospital São Vicente de Paula
HUB - Hospital Universitário de Brasília
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
ICTDF – Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal
IMD - Instrumento de Monitoramento de Desempenho
InfoSaúde – Portal virtual de dados e informações sobre a situação da saúde no Distrito federal
MAC – Média e Alta Complexidade
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NGC – Núcleo de Gestão em Saúde
NV – Nascido Vivo
PCD – Pessoa com Deficiência
PDS – Plano Distrital de Saúde
PIS – Práticas Integrativas em Saúde
PRI - Planejamento Regional Integrado
PRS - Programa de Gestão Regional da Saúde

RA – Região Administrativa
RAMI - Rede de Atenção Materno Infantil
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RCPCD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RDCNT – Rede de Doenças Crônicas Não Transmissíveis
RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
RN – Recém-nascido
RUE – Rede de Urgências e Emergências
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SAIS – Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAU - Sistema de Atendimento em Urgências
SEI - Sistema Eletrônico de Informações
SES-DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Nascidos Vivos
SI-PNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISREG III - Sistema de Regulação desenvolvido pelo DATASUS/MS
SUGEP – Subsecretaria de Gestão de Pessoas
SUPLANS – Subsecretaria de Planejamento em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Subsecretaria de Vigilância em Saúde
TABWIN - Programa para análise local de base de dados do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação)
Trakcare - Sistema de informação de saúde flexível para a prestação, gestão e transformação dos cuidados de saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCI – Unidade de Cuidados Intermediários
UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
URD – Unidade de Referência Distrital
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
CERU - Central de Regulação de Urgências do SAMU
NRAD - Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
RAV - Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência
CEPAV - Centro de Especialidade para a Atenção à Pessoas em Situação de Violência

INTRODUÇÃO

O Acordo de Gestão é um instrumento essencial para a definição de indicadores e metas na saúde pública do Distrito Federal, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde, Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Unidades de Referência Distrital (URDs). A construção desses acordos envolve oficinas e capacitações, focadas nas necessidades locais, com a participação de servidores e gestores. O processo é dinâmico, adaptando-se às demandas da população, e é monitorado por um Colegiado de Gestão em nível regional e central, que orienta a formulação de planos de ação para organização de uma Rede de Atenção à Saúde integrada e resolutiva tanto na Região de Saúde quanto nas Unidades de Referência Distrital (URDs).

O relatório é dividido em três partes:

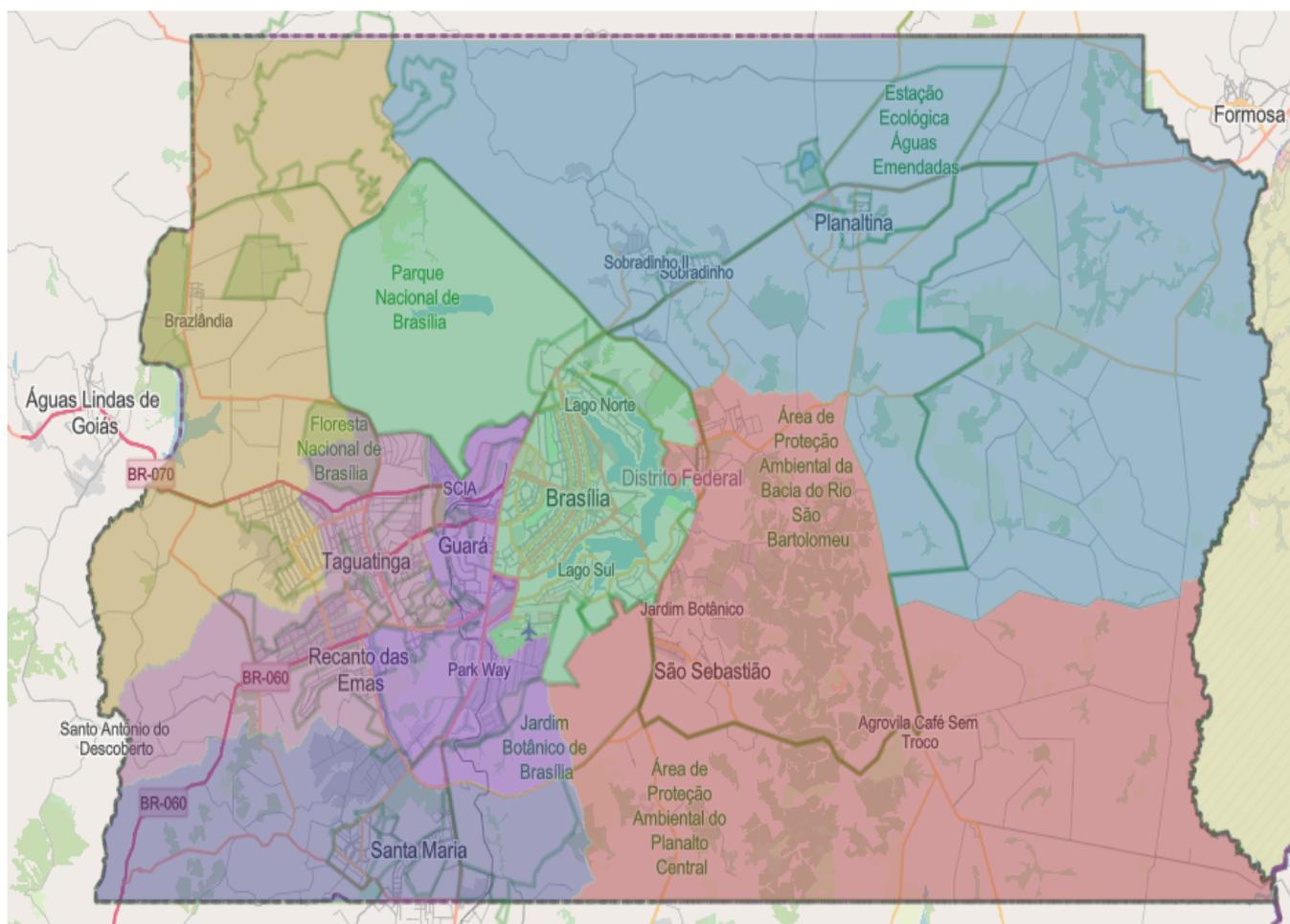
1. **Conformação das Regiões de Saúde ou URDs:** Analisa a estrutura das regiões de saúde, incluindo histórico, perfil dos usuários e composição.
2. **Matriz Consolidada dos Indicadores Pactuados e Resultados Finais:** Apresenta os indicadores acordados e os resultados finais em relação às metas estabelecidas.
3. **Análise Anual de Cada Indicador:** Oferece uma avaliação detalhada do desempenho dos indicadores, identificando pontos fortes e áreas de melhoria e resume as principais percepções e resultados, incluindo recomendações para aprimoramentos futuros.

A edição de 2024 foi elaborada de forma colaborativa, refletindo a participação de todos os envolvidos no monitoramento e avaliação dos acordos.

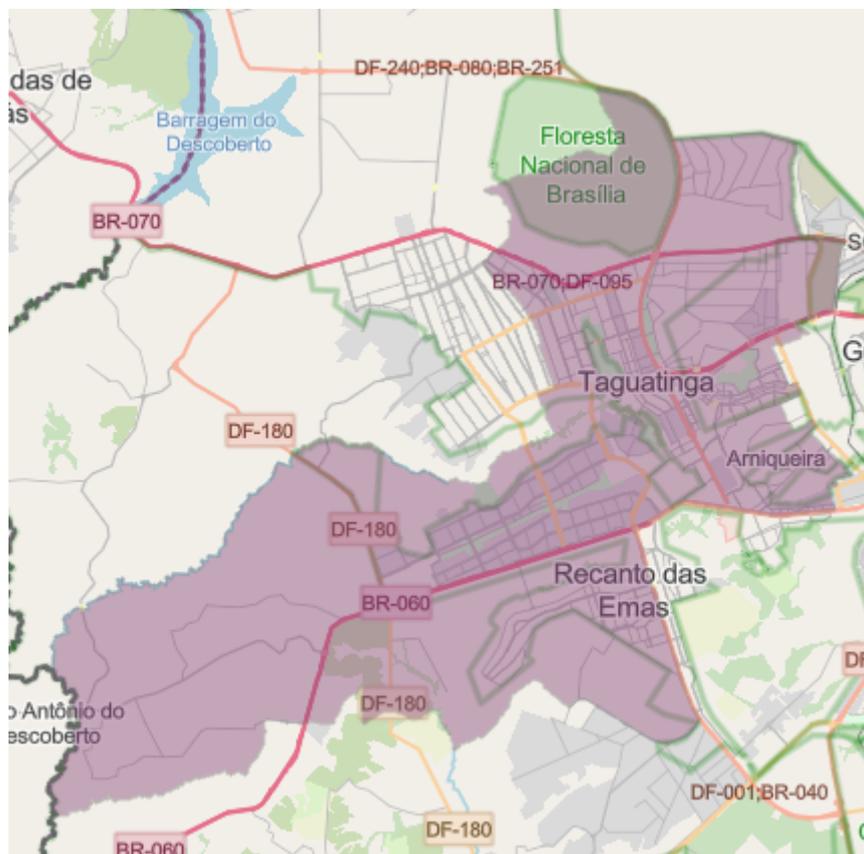
Composição das Macrorregiões e Regiões de Saúde da SES-DF

Macrorregião	Região de Saúde	Região Administrativa
Macrorregião 1	Oeste	Brazlândia, Sol Nascente e Pôr do Sol e Ceilândia.
	Sudoeste	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueiras, Recanto das Emas, Água Quente e Samambaia.
	Central	Asa Sul, Asa Norte, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul, Varjão e Vila Planalto.
Macrorregião 2	Centro-Sul	Candangolândia, Estrutural, Guará, Park Way, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA/Estrutural).
	Sul	Gama e Santa Maria.
	Norte	Planaltina, Arapoanga, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal.
Macrorregião 3	Leste	Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico e Jardins Mangueiral.

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/regioes-de-saude>.



Região de Saúde Sudoeste



APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) apresenta o Relatório Final com os resultados das metas contratualizadas no Acordo de Gestão Regional da **Região de Saúde Sudoeste**, aferidos em 2024.

Os acordos entre a administração central (ADMC), as Superintendências das Regiões de Saúde e as Unidades de Referência Distrital foram concebidos à luz do Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016, que instituiu o Programa de Gestão Regional de Saúde (PRS) na SES-DF.

Os indicadores foram organizados seguindo as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Os resultados foram extraídos das planilhas preenchidas pelos agentes de planejamento das Regiões ou URDs. Os acordos estabelecem ações, resultados esperados, metas e indicadores construídos com base nas necessidades de saúde locais e em conformidade com o Planejamento Estratégico, Plano Distrital de Saúde, Programação Anual de Saúde e outros instrumentos normativos.

Com o objetivo de aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), tem concentrado seus esforços na implantação da gestão para resultados, fortalecendo a descentralização da gestão da saúde.

Isto posto, o presente Relatório está organizado com os seguintes temas: **Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)**, **Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE)**, **Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência (RAV)**, **Rede de Atenção das Pessoas com Deficiência (RCPCD)**, **Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (RDCNT)**, **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** e **Sistema de Apoio Logístico**.

1. A REGIÃO

A Região de Saúde Sudoeste compreende as regiões administrativas de Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga, Vicente Pires e Água Quente.

1.1. Dados Demográficos e perfil dos usuários

Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Ampliada ([PDAD](#)) 2024, do Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal – IPEDF Codeplan, a população aproximada da Região, no ano de 2024, era de **837.326** pessoas. Desse total projetado, **63%** da população é SUS dependente, o que resulta em aproximadamente **524.647** pessoas.

1.2. Aspectos Socioeconômicos

As regiões administrativas de Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga, Vicente Pires e Água Quente no Distrito Federal apresentam características socioeconômicas distintas, refletindo diferentes níveis de desenvolvimento urbano, infraestrutura e qualidade de vida.

Águas Claras: Possui uma população urbana de Águas Claras era de 141.872 pessoas, sendo 53,3% do sexo de nascimento feminino. A idade média é de 35,9 anos. 77,1% declararam ter plano de saúde. Mais de 80% da população busca atendimento de saúde envolvendo consulta e/ou prevenção geral na rede privada de saúde. Sobre a escolaridade, 98,3% dos moradores com cinco anos ou mais de idade declararam saber ler e escrever. 75,8% da população de 25 anos ou mais, a escolaridade mais alta é superior completo. A infraestrutura da cidade é bem adequada, com quase 99% dos domicílios acessíveis por calçadas. A região conta com mais de 24 km de ciclovias e cerca de 8 km de ciclofaixas, promovendo mobilidade ativa e segura. O esgoto sanitário está presente em 99,69% de Águas Claras Vertical e em 98,88% do Areal. Em Arniqueiras, 76,84% utilizam fossa séptica e 18,71% sistemas rudimentares.

Recanto das Emas: A população urbana do Recanto das Emas é de 105.862 pessoas, sendo 52,2% do sexo de nascimento feminino. A idade média era de 32 anos. 13,1% da população declararam ter plano de saúde. Mais da metade da população busca atendimento de saúde envolvendo consulta e/ou prevenção geral na rede pública de saúde, aproximadamente 67,2%. Sobre a escolaridade, 94,3% dos moradores com cinco anos ou mais de idade declararam saber ler e escrever. 39,1% da população de 25 anos ou mais, a escolaridade mais alta é médio completo. 65,3% da população afirmaram ter calçada, das quais 35,9% tinham rampa de acesso para cadeirante. No que diz respeito ao esgotamento sanitário, 98,2% dos domicílios com ligação à rede geral da CAESB. Quanto

ao abastecimento de água, 98,9% dos domicílios têm acesso à rede geral da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (CAESB).

Samambaia: A população urbana de Samambaia é de 227.118 pessoas, sendo 52,6% do sexo de nascimento feminino. A idade média é de 32,7 anos. Sobre a cobertura de plano de saúde, 19,4% declararam ter este serviço. 63,9% necessitam de atendimento de consulta e/ou prevenção geral na rede pública de saúde. Sobre a escolaridade, 94,3% dos moradores com cinco anos ou mais de idade declararam saber ler e escrever. 37,4% da população de 25 anos ou mais, a escolaridade mais alta é médio completo. 99,5% dos domicílios têm acesso à rede geral da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (CAESB). No que diz respeito ao esgotamento sanitário, 98,9% dos domicílios têm ligação à rede geral da CAESB. A infraestrutura urbana existente nas proximidades dos domicílios, a rua de acesso principal ao domicílio é asfaltada em 99,3% das casas, 89,3% têm calçada, das quais 45,7% têm rampa de acesso para cadeirante.

Taguatinga: A população urbana de Taguatinga é de 201.332 pessoas, sendo 54,1% do sexo de nascimento feminino. A idade média é de 37,3 anos. Sobre a cobertura de plano de saúde, 41,6% declararam ter este serviço. 43,6% têm a necessidade de atendimentos de saúde envolvendo consulta e/ou prevenção em geral na rede pública. Sobre a escolaridade, 96,4% dos moradores com cinco anos ou mais de idade declararam saber ler e escrever. 40,1% da população de 25 anos ou mais, a escolaridade mais alta é superior completo. Em relação ao abastecimento de água, 99,1% dos domicílios têm acesso à rede geral da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (CAESB). No que diz respeito ao esgotamento sanitário, 96,5% dos domicílios têm ligação à rede geral da CAESB. Em relação à infraestrutura urbana existente nas proximidades dos domicílios, a rua de acesso principal ao domicílio é asfaltada em 96,2% das unidades, 94,6% têm calçada, das quais 38,8% têm rampa de acesso para cadeirante.

Vicente Pires: A população urbana de Vicente Pires é de 105.062 pessoas, sendo 51,2% do sexo de nascimento feminino. A idade média é de 34,6 anos. Sobre a cobertura de plano de saúde, 42,3% declararam ter este serviço. 48,9% têm necessidade de atendimentos de saúde envolvendo consulta/prevenção em geral na rede privada de saúde. Sobre a escolaridade, 97,2% dos moradores com cinco anos ou mais de idade declararam saber ler e escrever. 38% da população de 25 anos ou mais, a escolaridade mais alta é superior completo. 78% dos domicílios têm acesso à rede geral da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (CAESB). No que diz respeito ao esgotamento sanitário, verificou-se 75,3% dos domicílios com ligação à rede geral da CAESB. Em relação à infraestrutura urbana existente nas proximidades dos domicílios, a rua de acesso principal ao domicílio é asfaltada em 76,1% das unidades, 65,1% afirmam ter calçada, das quais 35,5% têm rampa de acesso para cadeirante.

Água Quente: A população urbana de Água Quente é de 11.306 pessoas, sendo 51,1% do sexo de nascimento feminino. A idade média é de 30,6 anos. Sobre a cobertura de plano

de saúde, 10,5% declararam ter este serviço. 79,3% têm necessidade de atendimentos de saúde, envolvendo consulta/prevenção em geral, na rede pública de saúde. Sobre a escolaridade, 96% dos moradores com cinco anos ou mais de idade declararam saber ler e escrever. 41,9% da população de 25 anos ou mais, a escolaridade mais alta é médio completo. Quanto ao abastecimento de água, 99,2% dos domicílios tinham acesso à rede geral da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (CAESB). No que diz respeito ao esgotamento sanitário, verificou-se 7,7% dos domicílios com ligação à rede geral da CAESB. Entre os 93,5% que declararam outras formas de esgotamento sanitário, 93,5% declararam ter fossa séptica. Em relação à infraestrutura urbana existente nas proximidades dos domicílios, a rua de acesso principal ao domicílio é asfaltada em 45,2% das unidades, 38,5% têm calçada, das quais 18,8% têm rampa de acesso para cadeirante.

Essas regiões administrativas refletem a diversidade socioeconômica do Distrito Federal, com desafios específicos em infraestrutura, serviços públicos e desenvolvimento urbano. A compreensão dessas particularidades é essencial para a formulação de políticas públicas eficazes que promovam a equidade e a melhoria da qualidade de vida em todo o DF.

1.3. Composição

A Atenção Primária é composta por **31** Unidades Básicas de Saúde, **164** Equipes de Estratégia de Saúde da Família, **2** Equipes de Consultório de Rua, **92** Equipes de Saúde Bucal Completas e **17** Equipes E-Multi, organizadas em **23** Gerências de Serviço de Atenção Primária (GSAPS).

A Atenção Secundária dispõe dos seguintes serviços: 5 serviços de saúde mental; 3 policlínicas; 2 Centros de Especialidades Odontológicas; 1 Centro Especializado em Reabilitação (CER II); 3 Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica; 1 Central de Radiologia.

A Atenção Hospitalar possui o **Hospital Regional de Taguatinga (HRT)**: unidade com atendimento de Urgência e Emergência em clínica médica, trauma, ortopedia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, Clínica Cirúrgica e oftalmologia e possui também o **Hospital Regional de Samambaia (HRSam)**: unidade com atendimento de Urgência e Emergência em clínica médica e Ginecologia e Obstetrícia.

A Região possui ainda três Unidades de Pronto-Atendimento: UPA Recanto da Emas, UPA Samambaia e UPA Vicente Pires, que ficam sob gestão do IGES/DF.

ATENÇÃO PRIMÁRIA



UBS 1 -
AGUAS
CLARAS



UBS 2 -
AGUAS
CLARAS



UBS 1 -
RECANTO
DAS EMAS



UBS 2 -
RECANTO
DAS EMAS



UBS 3 -
RECANTO
DAS EMAS



UBS 4 -
RECANTO
DAS EMAS



UBS 5 -
RECANTO
DAS EMAS



UBS 8 -
RECANTO
DAS EMAS



UBS 10 -
RECANTO
DAS EMAS



UBS 11 -
RECANTO
DAS EMAS



UBS 1 -
SAMAMBAIA



UBS 2-
SAMAMBAIA



UBS 3 -
SAMAMBAIA



UBS 4 -
SAMAMBAIA



UBS 5 -
SAMAMBAIA



UBS 6 -
SAMAMBAIA



UBS 7 -
SAMAMBAIA



UBS 8 -
SAMAMBAIA



UBS 9 -
SAMAMBAIA



UBS 10 -
SAMAMBAIA



UBS 11 -
SAMAMBAIA



UBS 12 -
SAMAMBAIA



UBS 13-
SAMAMBAIA



UBS 1 -
TAGUATINGA



UBS 2 -
TAGUATINGA



UBS 3 -
TAGUATINGA



UBS 5 -
TAGUATINGA



UBS 6 -
TAGUATINGA



UBS 7 -
TAGUATINGA



UBS 8 -
TAGUATINGA



UBS 1 -
VICENTE
PIRES

ATENÇÃO SECUNDÁRIA



ATENÇÃO ESPECIALIZADA



Figura 1 - Unidades de saúde da região

2. MATRIZ CONSOLIDADA DOS INDICADORES

ITEM	TEMA	INDICADOR	POLARIDADE	META	RESULTADO	STATUS
1	CEGONHA	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Menor melhor	8,8	9	ALCANÇADO
3	CEGONHA	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência	Menor melhor	2%	1%	ALCANÇADO
4	CEGONHA	Percentual de óbitos maternos investigados	Maior melhor	100%	50%	NÃO ALCANÇADO
5	CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	Maior melhor	100%	82%	NÃO ALCANÇADO
6	CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	Maior melhor	85%	85%	NÃO ALCANÇADO
7	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.	Maior melhor	95%	88%	NÃO ALCANÇADO
8	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade	Maior melhor	95%	82%	NÃO ALCANÇADO
9	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.	Maior melhor	95%	82%	NÃO ALCANÇADO
10	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.	Maior melhor	95%	87%	NÃO ALCANÇADO
11	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares - HRSam	Maior melhor	80%	89%	ALCANÇADO
11.1	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares - HRT	Maior melhor	80%	87%	ALCANÇADO
12	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares - HRSam	Menor melhor	25%	58%	NÃO ALCANÇADO
12.1	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares - HRT	Menor melhor	30%	36%	NÃO ALCANÇADO

ITEM	TEMA	INDICADOR	POLARIDADE	META	RESULTADO	STATUS
17	RUE	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa	Menor melhor	0	182,4	NÃO ALCANÇADO
18	RUE	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	Maior melhor	52%	61%	ALCANÇADO
19	RAV	Taxa de notificação de violência	Maior melhor	29,9	20,85	NÃO ALCANÇADO
21	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	Maior melhor	95%	101%	ALCANÇADO
22	PCD	Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde	Maior melhor	Sobrestado	Sobrestado	Sobrestado
23	PSICOSSOCIAL	Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde	Menor melhor	Sobrestado	Sobrestado	Sobrestado
25	DCNT	Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações	Menor melhor	4,06	342%	ALCANÇADO
26	DCNT	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações em maiores de 18 anos	Menor melhor	1,58	87%	ALCANÇADO
27	SIST. APOIO. e LOGIST.	Índice de fechamento de chave	Maior melhor	70%	85%	ALCANÇADO
28	SIST. APOIO. e LOGIST.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar	Menor melhor	30%	45%	NÃO ALCANÇADO
31	SIST. APOIO. e LOGIST.	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	Maior melhor	5%	-3,39%	NÃO ALCANÇADO
32	SIST. APOIO. e LOGIST.	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD	Maior melhor	100%	99%	NÃO ALCANÇADO
33	SIST. APOIO. e LOGIST.	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	Maior melhor	100%	79%	NÃO ALCANÇADO

ITEM	TEMA	INDICADOR	POLARIDADE	META	RESULTADO	STATUS
34	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de Satisfação com a resposta nas manifestações de ouvidoria - HRSam	Maior melhor	47%	79%	ALCANÇADO
34.1	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de Satisfação com a resposta nas manifestações de ouvidoria - HRT.	Maior melhor	48%	70%	ALCANÇADO
37	SIST. APOIO. e LOGÍST.	"Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD".	Menor melhor	Sobrestado		Sobrestado
38	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	Maior melhor	90%	80%	NÃO ALCANÇADO
39	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de cura dos casos de tuberculose	Maior melhor	80,21%	52,9%	NÃO ALCANÇADO
40	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde	Maior melhor	75%	80,5%	ALCANÇADO
41	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde	Maior melhor	95%	39,4%	NÃO ALCANÇADO
42	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho com o campo ocupação preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Maior melhor	1350	1.759	ALCANÇADO
43	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	Maior melhor	Monitoramento	2.230	Monitoramento

Ao longo do ano, realizamos o acompanhamento contínuo dos indicadores de saúde utilizando uma métrica de status que classifica os resultados como Crítico (menor que 25%), Parcial (entre 25 a 49,99%), Razoável (entre 50 a 74,99%), Satisfatório (entre 75 a 99,99%) , Alcançado ou Superado (igual ou maior que 100%) em relação à meta.

Esse monitoramento permitiu identificar pontos de atenção, orientar a implementação de ações corretivas e acompanhar a evolução dos resultados em cada período.

Para o fechamento anual, consolidamos essa avaliação em duas categorias principais: Alcançado e Não Alcançado, garantindo uma visão objetiva do desempenho final. Esse processo reforça nosso compromisso com a melhoria contínua, proporcionando dados precisos para embasar a tomada de decisões e aprimorar a gestão da saúde.

Dos **31** indicadores avaliados com metas na Região, **13** apresentaram resultados iguais ou superiores a 100% da meta, sinalizados na matriz como **ALCANÇADO**.

Abaixo, apresentamos o quadro de status da **Região Sudoeste**, dos indicadores **cujas metas não foram alcançadas**:

REGIÃO SUDOESTE	
Status	Quantidade
<u>Satisfatório (75% a 99,99% da meta)</u>	<u>10</u>
<u>Razoável (50% a 74,99% da meta)</u>	<u>4</u>
<u>Parcial (25% a 49,99% da meta)</u>	<u>1</u>
<u>Crítico (menor que 25% da meta)</u>	<u>3</u>

3. Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI (Antiga Rede Cegonha)

No contexto da gestão em saúde, o planejamento familiar e a atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e às crianças são cruciais para a formulação de políticas voltadas ao bem-estar da população. Desta forma, a análise de indicadores que visam garantir a saúde de gestantes e crianças torna-se fundamental para o planejamento da Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF).

Para fortalecer o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e combater a mortalidade materna, o Ministério da Saúde criou a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). O principal objetivo da Rede é reestruturar a rede de assistência à gestante e ao bebê em todo Brasil.

3.1. Indicador 1: Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade

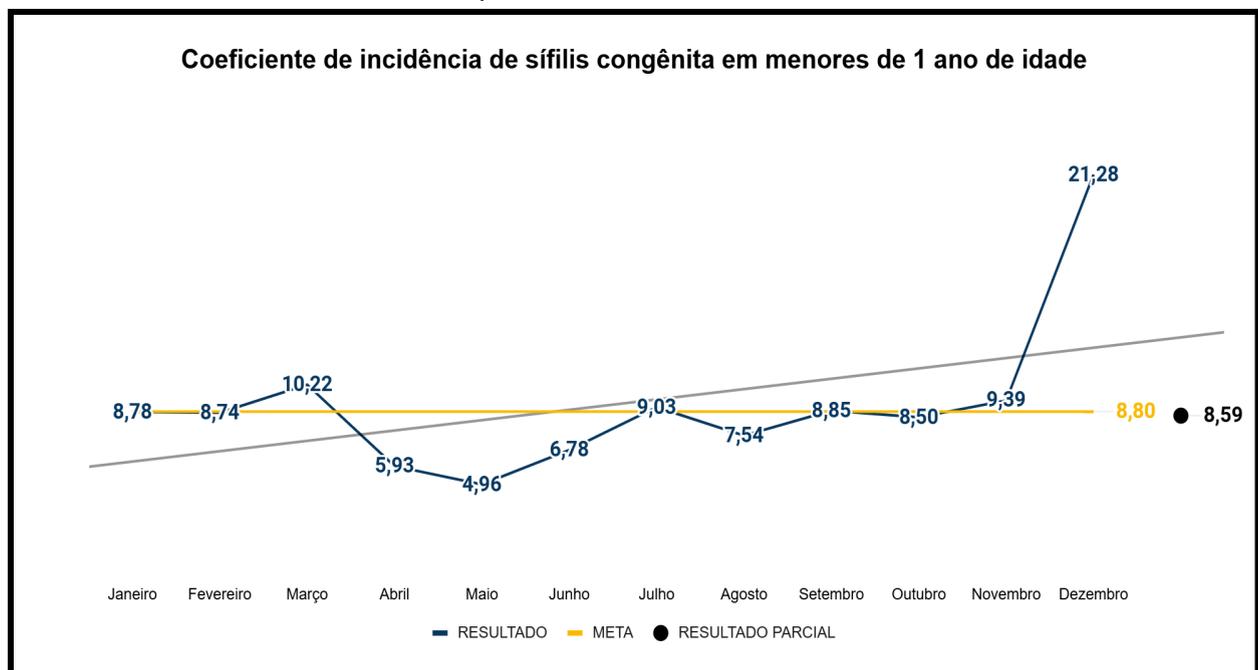
Conceito: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano residentes em determinada Região de Saúde por nascidos vivos de mães residentes da mesma Região de Saúde, no período considerado

Metodologia de cálculo: Numerador: N° de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.

Denominador: N° total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no ano considerado. Multiplicador: 1.000

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Numerador: Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação – SINAN/
Denominador: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC



Observa-se nos três primeiros meses um resultado dentro da meta estabelecida, porém houve um declínio nos meses de Abril e Maio. Contudo ocorreu uma recuperação nos meses subsequentes.

A área técnica pontuou alguns eventos que foram fatores contribuintes para casos novos de sífilis congênita na Região. Principais Problemas Identificados:

1. Ausência de Pré Natal: Diversos casos de gestantes que não realizaram o pré-natal, contribuindo para desfechos desfavoráveis, como aborto, natimorto e sífilis congênita.
2. Comprovação de Tratamento: Em abril, três gestantes não comprovaram o tratamento, impactando negativamente os índices de saúde.
3. Tratamento Inadequado: Início tardio do tratamento: Gestantes iniciaram o tratamento com menos de 30 dias antes do parto, em julho, agosto, outubro e novembro, o que é considerado inadequado de acordo com o protocolo. Intervalo entre as doses: Casos de tratamento com intervalos superiores a 7 e 9 dias, prejudicando a eficácia do tratamento. Tratamento incompleto: Alguns casos com apenas uma consulta de pré-natal ou sem tratamento iniciado após diagnóstico.

4. Falta de Acompanhamento: Gestantes faltaram às consultas de pré-natal, o que comprometeu o acompanhamento e resultou em desfechos desfavoráveis.

5. Desfechos Desfavoráveis no Parto: Casos de diagnóstico apenas no momento do parto, como sífilis congênita e reinfecção, além de resultados divergentes entre testes rápidos e VDRL. Apesar do tratamento durante a gestação, alguns recém-nascidos apresentaram sintomas.

6. Não Realização de Testes: Em alguns casos, o teste rápido não foi realizado conforme o protocolo, prejudicando a detecção precoce de sífilis.

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Atenção Primária, em parceria com o Comitê Regional de Investigação da Transmissão Vertical, tem realizado a reanálise dos casos notificados, investigando nos prontuários informações detalhadas sobre a assistência prestada durante o pré-natal, bem como o diagnóstico e o tratamento dos casos de sífilis gestacional. Dentre as estratégias e ações implementadas na Região, destacam-se as realizadas principalmente pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Atenção Primária e pela Gerência de Áreas Programáticas – GAPAPS, com a implementação de medidas de vigilância ativa e acompanhamento de casos, como a busca ativa de pacientes faltosos e a garantia de acompanhamento pós-alta hospitalar, são fundamentais para prevenir falhas no seguimento dos casos e garantir a continuidade do cuidado.

Essas ações buscam não apenas corrigir as falhas identificadas, mas também promover um sistema de saúde mais integrado e eficiente, capaz de reduzir as taxas de transmissão vertical e melhorar os desfechos para as gestantes e seus filhos.

3.2. Indicador 3: Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência

Conceito: Mede a ocorrência de asfíxia no recém-nascido no quinto minuto de Vida. Contribui na análise das condições de parto e nascimento.

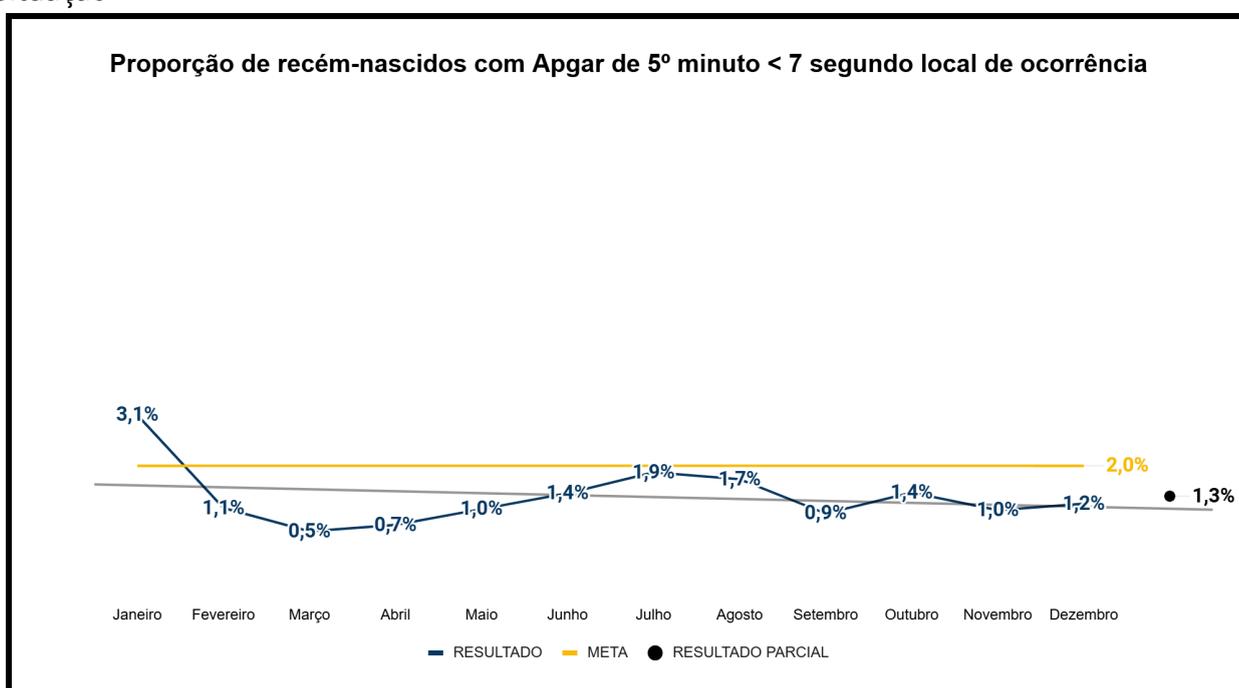
Metodologia de cálculo: Numerador: Número de recém-nascidos com Apgar <7 no 5º minuto de vida em um determinado local (hospital/maternidade/outro) do nascimento o ano.

Denominador: Número total de recém-nascidos no mesmo local e ano.

Multiplicador: 100

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: SINASC – Sistema de informação sobre nascidos vivos. (dados espelhados na Sala de Situação)



A **Sudoeste é uma região populosa**, considerando a projeção do IBGE de 2023, **869.919** (em 2024 estima-se de 880.914), mais da metade (52%) formada de mulheres. Os dados registrados no sistema Infosaúde apresenta um **total de 6.305 partos em 2024**, este indicador nos anos anteriores era somente monitorado, incluindo meta para anos seguintes de 2% com polaridade **quanto menor melhor**, observa-se que durante onze meses do ano, obteve-se um resultado sempre abaixo da meta estipulada, terminando com **resultado de 1,3%** de RN, apenas o mês de janeiro o indicador ultrapassou a meta estabelecida com resultado de 3,1% com recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência. Isto posto ressaltamos que a região Sudoeste tem em média mais de 520 partos mensais em dois hospitais regionais (neste ano a média em torno de 285 partos mensais no HRSAM e média de 240 partos mensais no HRT). Devemos considerar que o HRT é hospital referência para gestação de alto risco na região com probabilidade de maior número de proporcional. Destaca-se que a região Sudoeste também realiza partos de pacientes oriundas de cidades do entorno e outros estados também considerando a residência descrita no cadastro, foram 1250 partos, observamos que muitas pacientes dessas cidades não realizam o pré-natal ou realiza de forma incompleta, influenciando de forma negativa as condições do recém-nascido. A

Região tem implementado as ações de qualificação do pré-natal de baixo risco; sensibilização das equipes para busca ativa e início precoce do pré-natal; qualificação da testagem rápida em Ist's; qualificação para prevenção de doenças congênitas; implementação da alta segura; revisão e atualização dos fluxos de encaminhamento para o pré-natal de alto risco e de solicitação de exames.

3.3. Indicador 4: Percentual de óbitos maternos investigados

Conceito: O óbito materno é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o parto, relacionada à gravidez. O óbito investigado é aquele que passou pelos procedimentos de investigação e registro no SIM Federal.

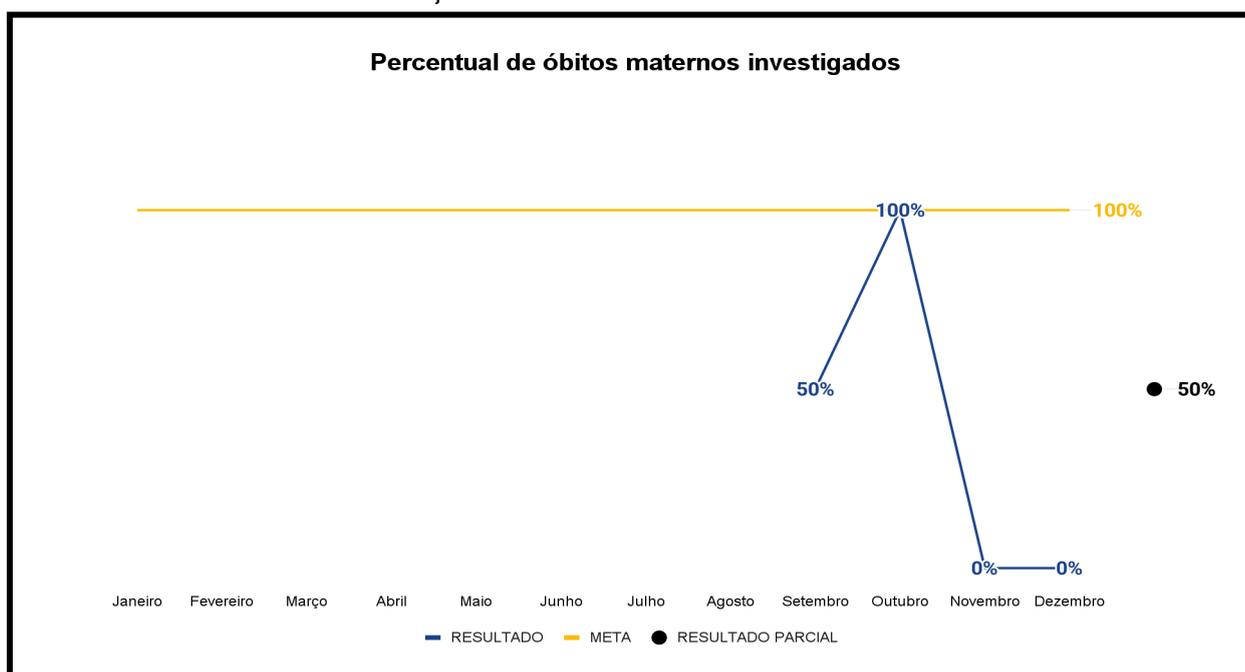
Metodologia de cálculo: Numerador: Número de óbitos maternos investigados residentes na região em determinado período.

Denominador: Total de óbitos maternos residentes na mesma região e período

Multiplicador: 100.

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SIM- Sistema de Informação sobre mortalidade



É um indicador que retrata o percentual de óbitos maternos investigados, porém na Região sudoeste felizmente não houve óbito materno no período de Janeiro a Agosto, o que resulta em uma taxa de investigação de 0%. A meta é 100% dos óbitos investigados, porém como ocorre nos indicadores relacionados a óbito o indicador apresentou resultado parcial o qual não representa a realidade da região. Destaca-se que o resultado do mês de dezembro é provisório, devido ao prazo para encerramento das investigações que está estipulado em 120 dias, podendo modificar o resultado parcial. A Comissão de Investigação de Óbitos da Região Sudoeste continua ativa, aguardando visitas domiciliares para concluir algumas investigações. Embora o prazo de 120 dias de dezembro ainda esteja em vigor na formulação do relatório, a comissão está trabalhando para alcançar a meta de 100% de investigações concluídas. Por ora, o indicador é classificado como "Razoável" devido à quantidade parcial de óbitos investigados em relação ao total registrado.

3.4. Indicador 5: Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano

Conceito: Óbito infantil investigado é todo aquele no qual os passos da investigação foram seguidos, foi feita a discussão no comitê de mortalidade e digitado no módulo de investigação do SIM Federal.

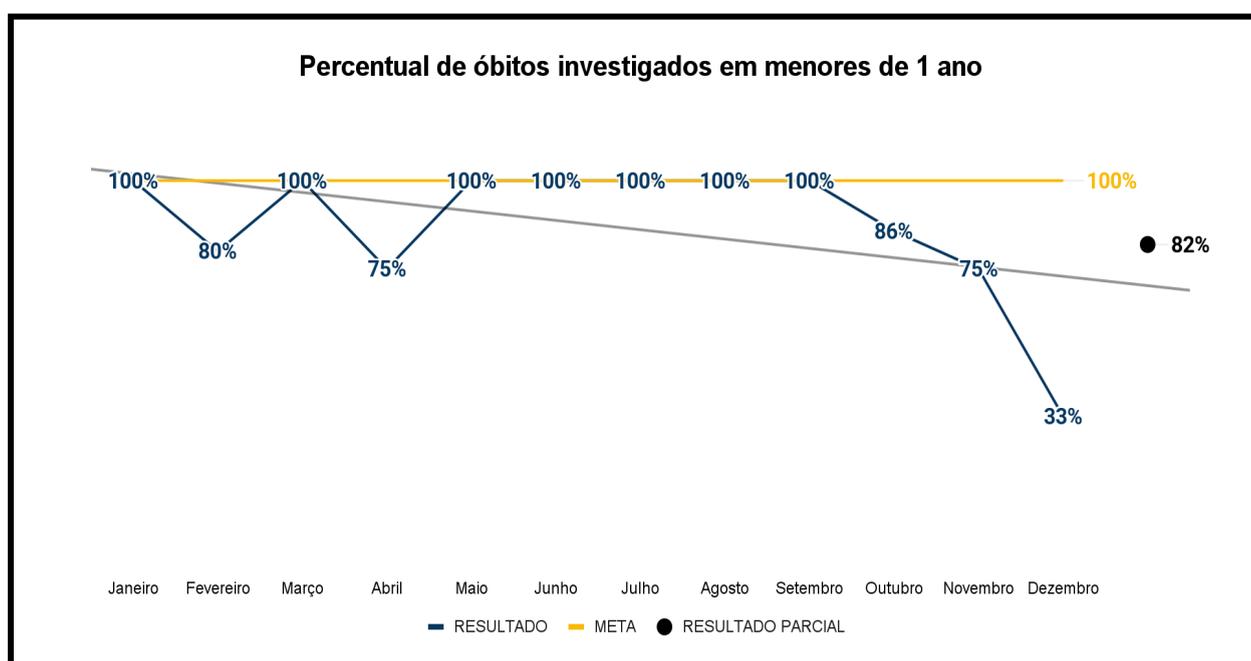
Metodologia de cálculo: Numerador: Número de óbitos infantis residentes investigados e cadastrados no Módulo de investigação do SIM.

Denominador: Total de óbitos infantis residentes no mesmo local e período.

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SIM- Sistema de Informação sobre mortalidade



Esse é um indicador que tem como meta 100% de óbitos investigados em menores de 1 ano com polaridade maior melhor em sete períodos alcançamos a meta estabelecida. Contudo, destaca-se que o resultado do mês de dezembro é provisório, devido ao prazo para encerramento das investigações que está estipulado em 120 dias, podendo modificar o resultado parcial.

Em alguns períodos, o percentual de investigação foi de 100%, o que reflete o sucesso em determinados momentos na realização das investigações dentro do prazo estipulado.

O percentual de óbitos investigados têm mostrado flutuações ao longo do período, com valores que variam entre 33% e 100%. O valor final de 81,9% é classificado como "Satisfatório", mas há espaço para melhorias, especialmente nos períodos de menor desempenho.

Os valores variam, refletindo as dificuldades encontradas para manter o ritmo das investigações, especialmente em meses com maior volume de óbitos a serem investigados.

O Comitê de Investigação de Óbitos tem reunido esforços constantes para garantir o

cumprimento da meta de 100% de investigações. Mesmo com as dificuldades, a comissão tem atuado para assegurar que as investigações sejam concluídas dentro do prazo.

Embora a meta de 100% de investigações seja o objetivo, em alguns períodos a taxa de investigação não alcançou esse valor, mas o comitê tem feito esforços contínuos para garantir a conclusão de todas as investigações, realizando as visitas domiciliares, fazendo buscas nos prontuários, articulando e mantendo uma comunicação efetiva com a atenção primária além da realização de reuniões internas do comitê de óbito e deste com o comitê central.

3.5. Indicador 6: Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados

Conceito: Uma das estratégias para a ampliação da captação (notificação) de óbitos maternos é a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), com o intuito de resgatar mortes maternas não declaradas

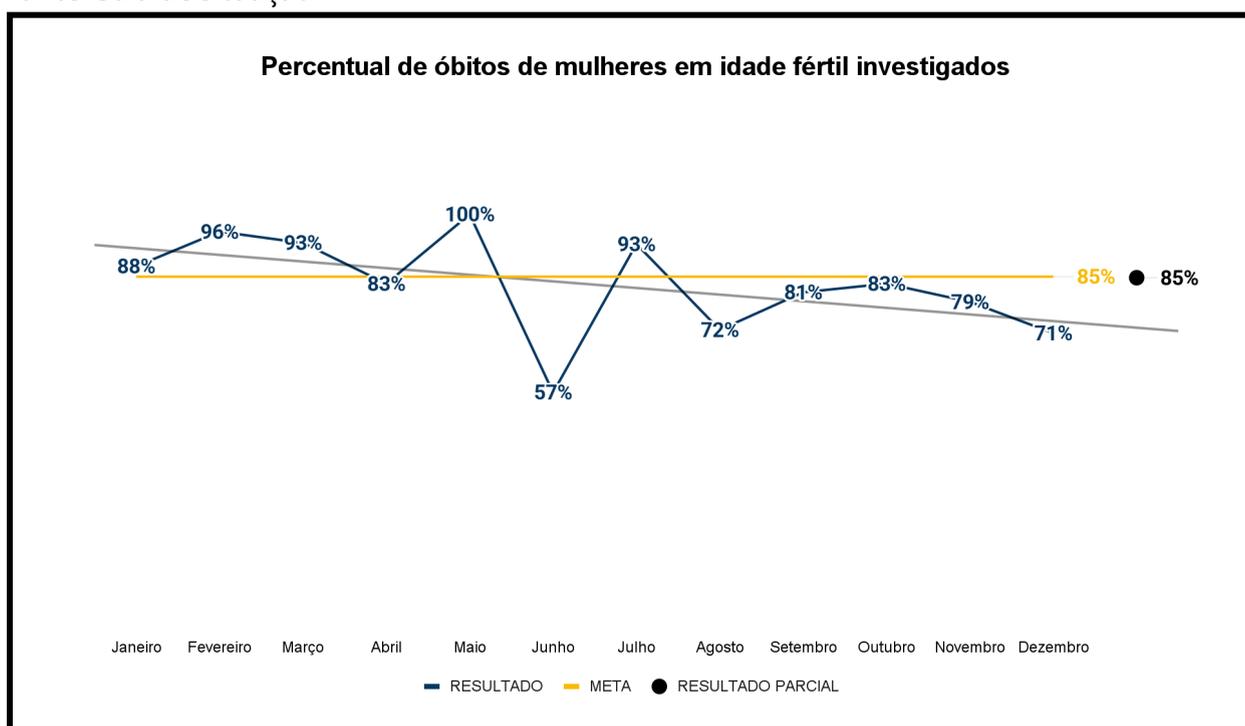
Metodologia de cálculo: Numerador: Número de óbitos de MIF investigados

Denominador: Total de óbitos de MIF

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Sala de situação



Esse indicador que tem como meta 85% com polaridade maior melhor, no decorrer do ano alcançamos a meta em 5 meses, nos demais ficamos perto da linha da meta entre 71% a 83%. O mês de Junho foi o mês de menor percentual de 57%. Ao longo do ano, não houve muita diferença entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo dos 70% a 100%. No resultado parcial obtivemos 85% nos dando um status de Satisfatório.

O atraso nas visitas domiciliares tem sido um obstáculo significativo, o que resultou em uma investigação incompleta em alguns casos. Esse fator logístico pode ter levado a um percentual mais baixo de investigação em determinados períodos, colocando a Região abaixo da meta em alguns meses do ano.

Apesar dos desafios enfrentados, o indicador de investigação de óbitos de Mulheres em Idade Fértil mostra uma tendência positiva em direção à meta de 85%.

Assim como os demais indicadores relacionados à investigação de óbitos, o referente às mulheres em idade fértil apresenta, neste relatório, resultados que podem ser parciais e provisórios, devido ao prazo de 120 dias estabelecido para a conclusão das investigações. Apesar dos desafios, o Comitê de Investigação de Óbitos tem trabalhado continuamente para garantir a conclusão das investigações, com esforços de mobilização de recursos

humanos e acompanhamento das equipes locais.

Em resumo, apesar de desafios logísticos e atrasos nas visitas domiciliares, o desempenho geral foi positivo, com a meta de 85% de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil sendo alcançada em alguns meses, o que representa um avanço significativo na melhoria da qualidade das investigações na região Sudoeste.

3.6. Indicador 7: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.

Conceito: Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice Viral (SCR), preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente.

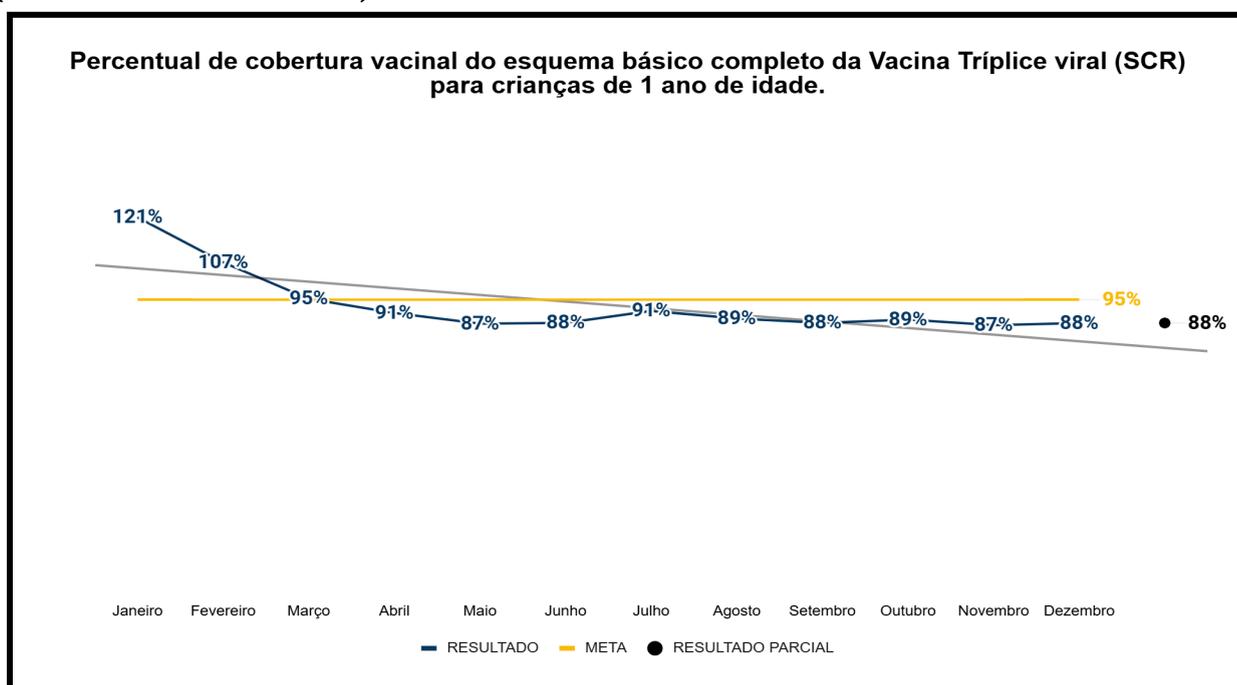
Metodologia de cálculo: Numerador = D2 tríplice viral + DU tetraviral (SCR + VZ).

Denominador = população SINASC.

Fator de multiplicação=100.

Polaridade:

Fonte: SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)



Historicamente, o mês de janeiro apresenta as melhores coberturas vacinais, pois coincide com a atualização do calendário vacinal para matrículas escolares e a renovação de benefícios sociais. Assim como em janeiro, os meses de fevereiro e março também mantiveram o indicador dentro ou acima da meta. No entanto, nos demais meses do primeiro semestre, a região não conseguiu alcançar a meta estipulada. Diante desse cenário, a Região tem intensificado as ações de busca ativa dos faltosos e realizado estratégias extramuros, além de ampliar o funcionamento das salas de vacina. Em julho de 2024, foi realizado o Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV) para resgatar a cobertura vacinal contra pólio e sarampo, além de avaliar e atualizar as coberturas de outras vacinas contempladas no indicador. O objetivo principal é identificar bolsões de suscetíveis para intervenções direcionadas. Apesar dos esforços significativos dos profissionais da Região, os resultados ficaram abaixo da meta estabelecida (95%). Esse desempenho insatisfatório está associado à baixa adesão da população à vacinação no período pós-pandemia, intensificada pelo movimento antivacina. A disseminação de notícias falsas sobre imunobiológicos e a hesitação

vacinal são apontadas na literatura como fatores determinantes para a queda das coberturas vacinais. Outro fator relevante é a qualidade do registro vacinal nos sistemas de informação oficiais. Foi identificado um percentual significativo de rejeição de registros na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), o que possivelmente impacta negativamente na cobertura vacinal.

3.7. Indicador 8: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.

Conceito: Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente, preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente.

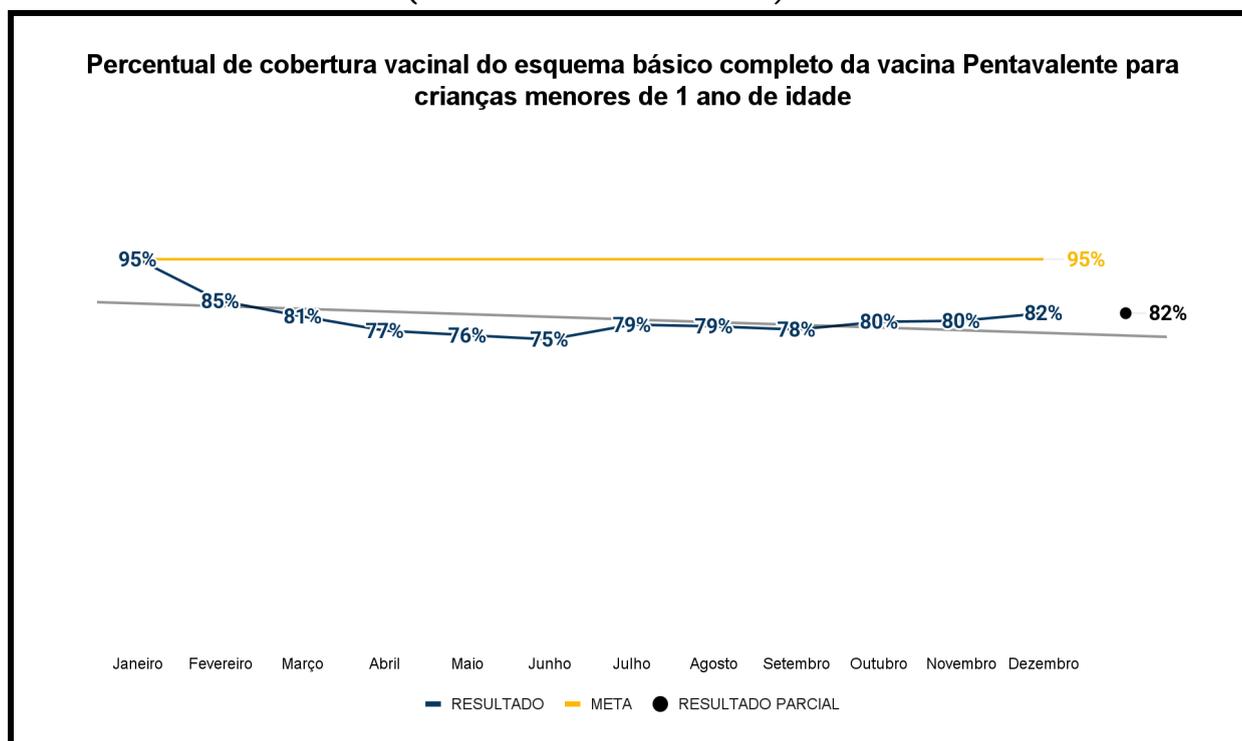
Metodologia de cálculo: Numerador = D3 penta (DTP + HB + Hib) + D3 hexavalente (DTP + HB + Hib + VIP), em menores de 1 ano.

Denominador = população SINASC do ano corrente.

Fator de multiplicação=100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Localiza SUS e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos).



Análise da Cobertura Vacinal: Com base nos dados apresentados no gráfico, a cobertura vacinal variou entre 75% e 85% ao longo dos meses, com algumas flutuações. No último mês analisado, o índice alcançou 82%. A meta foi atingida apenas em janeiro, quando a cobertura chegou a 95%. Nos demais meses, apesar da intensificação das ações da Atenção Primária à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a região permaneceu abaixo da meta estabelecida. Diversas iniciativas extramuros foram implementadas para ampliar a cobertura vacinal das vacinas do calendário básico infantil.

A baixa adesão à vacinação no Brasil e no Distrito Federal pode ser atribuída a diversos fatores, incluindo desinformação, dificuldades de acesso e crenças equivocadas sobre os imunizantes. Para enfrentar esse desafio, a região tem ampliado as ações de busca ativa de faltosos e fortalecido estratégias extramuros, além de expandir o horário de funcionamento das salas de vacina.

Ações Realizadas: Ações extramuros: Ampliação da oferta de vacinação por meio de atividades em escolas e busca ativa de faltosos. Expansão das salas de vacina: Extensão

do horário de funcionamento para garantir maior acesso à imunização. Mobilização Extraordinária de Vacinação (MEV): Estratégia focada no resgate da cobertura vacinal contra poliomielite e sarampo, além da revisão e atualização das demais vacinas do calendário.

3.8. Indicador 9: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.

Conceito: Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP), preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente

Metodologia de cálculo: Numerador = D3 VIP + D3 Hexavalente (DTP + HB + Hib + VIP) + D3 penta inativada

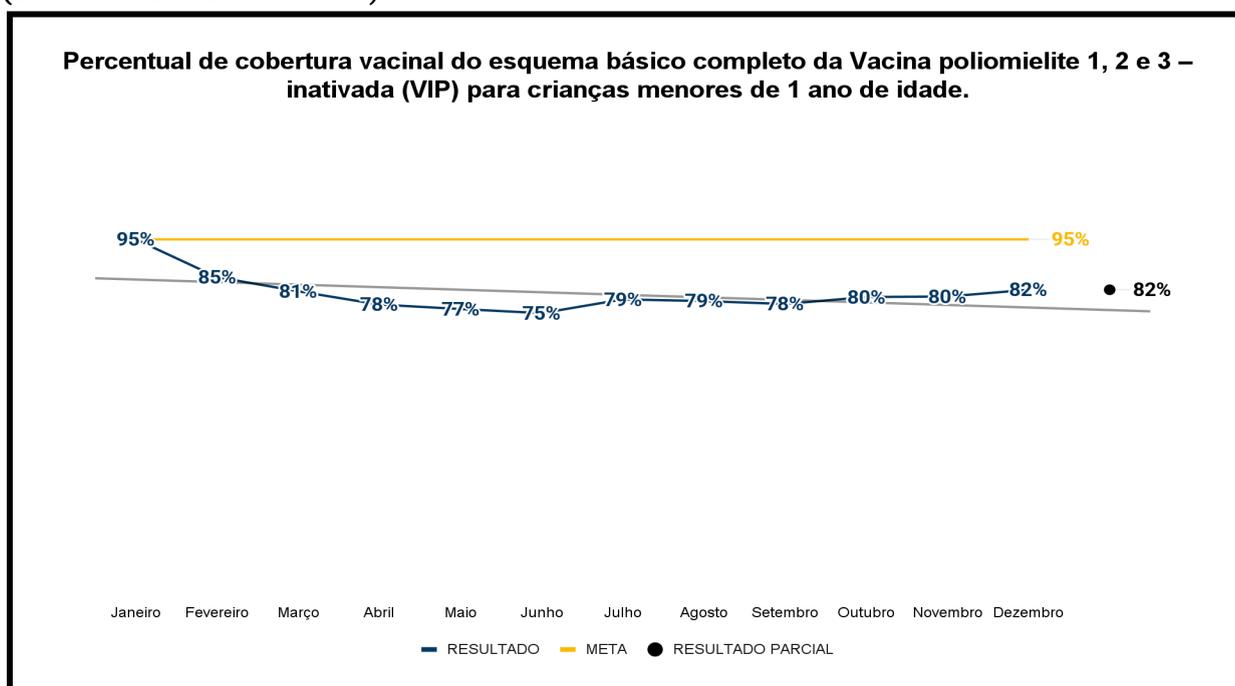
(DTPa + Hib + VIP), em menores de 1 ano.

Denominador = população SINASC.

Fator de multiplicação=100.

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)



O indicador revela que a cobertura vacinal variou entre 75% e 85% ao longo dos meses, com flutuações significativas. Apenas em janeiro a meta foi atingida, um resultado esperado, pois esse mês historicamente registra as melhores coberturas devido à renovação dos benefícios sociais. No entanto, persistem desafios para alcançar a meta de 95% de cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano.

Para enfrentar esse cenário, a região tem intensificado ações de busca ativa de faltosos, promovido estratégias extramuros e ampliado o horário de funcionamento das salas de vacina. Apesar desses esforços, as metas ainda não foram alcançadas, e os índices de cobertura ficaram abaixo do esperado em vários períodos.

O relatório classifica os resultados como "satisfatórios", considerando o aumento gradual na cobertura vacinal. No entanto, a meta de 95% ainda não foi atingida, evidenciando a necessidade de estratégias contínuas para ampliar a adesão à vacinação e da qualificação do registro vacinal nos sistemas de informação.

3.9. Indicador 10: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.

Conceito: Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V, preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente.

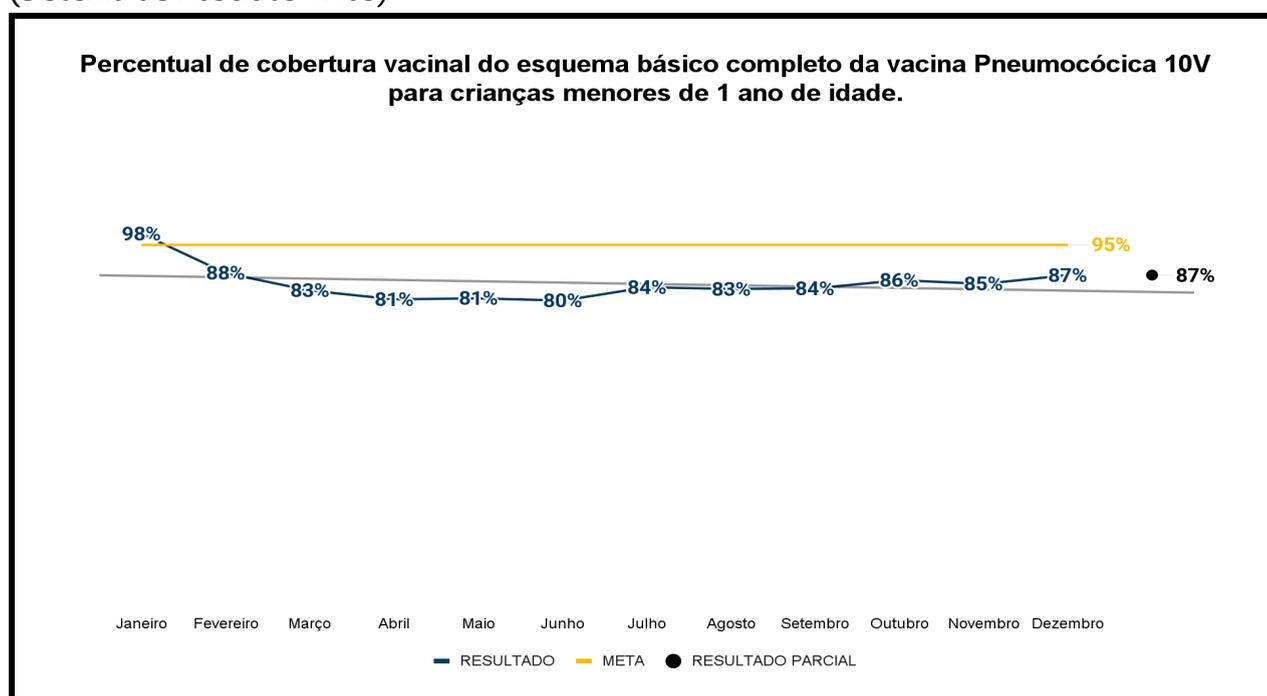
Metodologia de cálculo: Numerador = D2 pneumocócica 10V + D2 pneumocócica 13V, em menores de 1 ano.

Denominador = população SINASC.

Fator de multiplicação=100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)



O indicador revela que a cobertura vacinal variou de 80 a 98% ao longo dos meses, com flutuações significativas. Apenas em janeiro a meta foi atingida, um resultado esperado, pois esse mês historicamente registra as melhores coberturas devido à renovação dos benefícios sociais. No entanto, persistem desafios para alcançar a meta de 95% de cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano.

Para enfrentar esse cenário, a região tem intensificado ações de busca ativa de faltosos, promovido estratégias extramuros e ampliado o horário de funcionamento das salas de vacina. Apesar desses esforços, as metas ainda não foram alcançadas, e os índices de cobertura ficaram abaixo do esperado em vários períodos.

O relatório classifica os resultados como "satisfatórios", considerando o aumento gradual na cobertura vacinal. No entanto, a meta de 95% ainda não foi atingida, evidenciando a necessidade de estratégias contínuas para ampliar a adesão à vacinação e da qualificação do registro vacinal nos sistemas de informação."

4. Rede de Urgência e Emergência - RUE

O Distrito Federal enfrenta desafios significativos na gestão de ações de urgência e emergência, exacerbados pelo crescimento populacional acelerado e restrições orçamentárias. A transição demográfica na região resulta em uma dupla carga de doenças: enquanto as doenças crônicas não transmissíveis aumentam devido ao envelhecimento, ainda há problemas com doenças infecciosas e causas externas, refletindo iniquidades sociais em saúde.

Para enfrentar esses desafios, é crucial planejar as ações da rede de atenção à saúde, buscando unificar serviços, qualificar ações e aumentar a eficácia dos serviços. Espera-se que o monitoramento de indicadores da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal potencialize os seus resultados.

4.1. Indicador 11: Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares

Conceito: Este indicador terá como função mensurar por unidade de pronto socorro o número de usuários que procuram o serviço de pronto atendimento registrado com abertura e registro no Guia de Atendimento de Emergência (GAE) e submetidos a Classificação de Risco. A GAE possui uma ficha de atendimento da esfera administrativa aberta sempre que o paciente busca atendimento em unidades de Pronto Socorro e UPA.

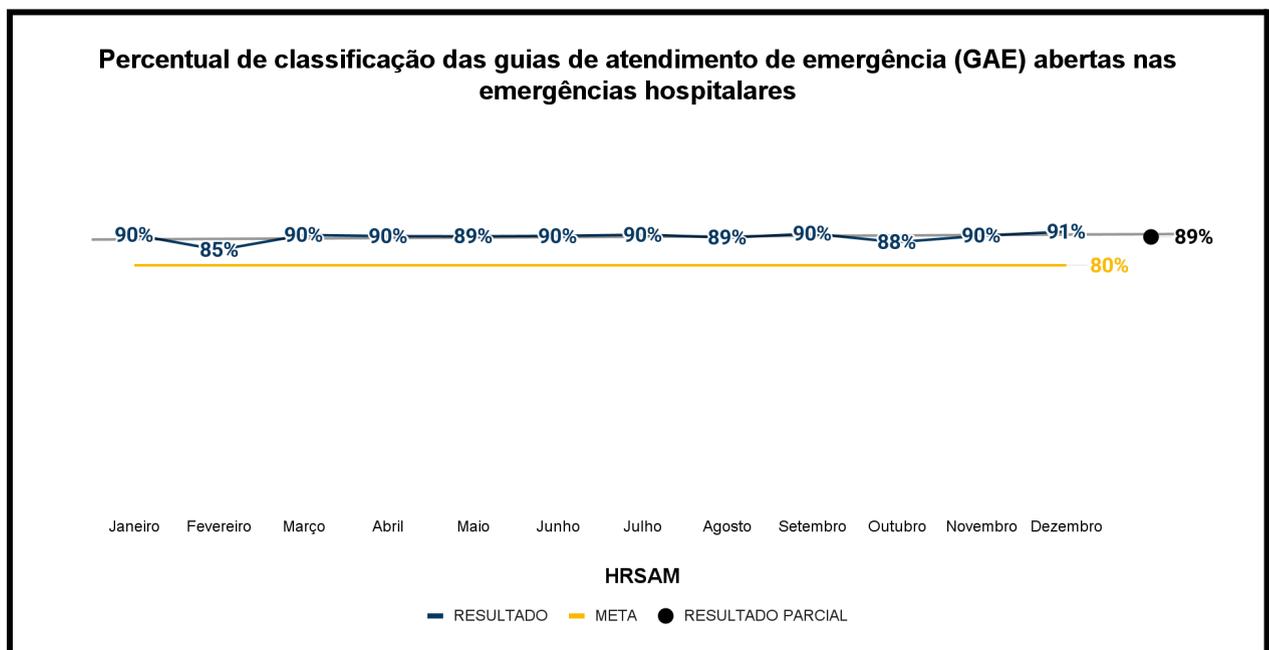
Metodologia de cálculo: Numerador: Número total de pacientes submetidos a classificação de risco por mês;

Denominador: Número total de GAE por Unidade de atendimento no mês;

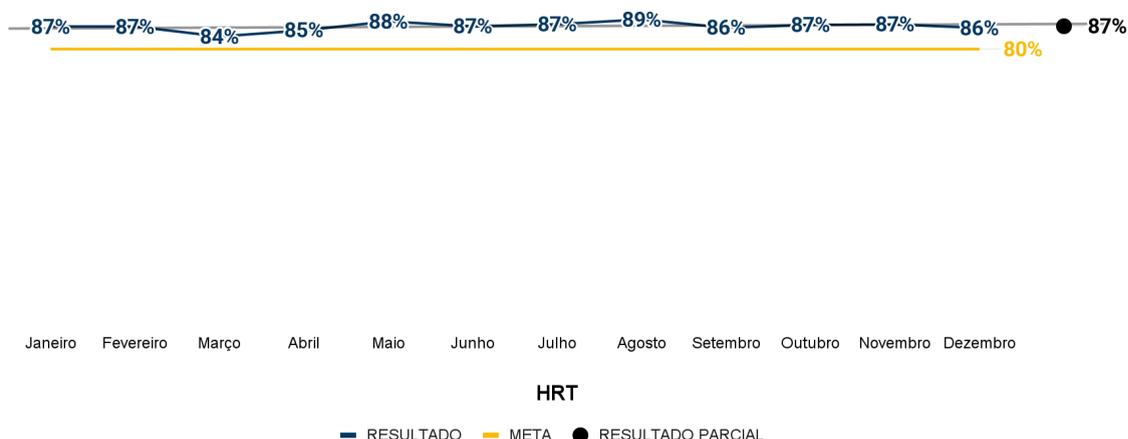
Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Sistema Trakcare – Espelhado na Sala de situação



Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares



O HRSAM superou a meta estipulada fechamos 2024 com 89% com a implantação de duas portas de acolhimento para as especialidade clínica médica e ginecologia/obstetrícia sendo referência da região para partos de baixa e média complexidade, não somos abertos para clínica médica, pois a referência desse atendimento é destinado às UPAs, mas atendemos essa demanda também. Salientamos que a gestão local (DH, GENF, GPMA) sempre decorreu esforços diuturnamente para classificar todos os pacientes que adentrarem na Unidade para atendimento, em alguns momentos, entretanto questões relacionadas ao déficit de profissionais devido ao aumento do absenteísmo, por afastamento de saúde e greve de servidores, podem ter refletido no bom andamento do serviço e alcance de 100% de classificação. Destaca-se como contribuição da superação da meta a atuação dos profissionais de enfermagem obstétrica que atuam no acolhimento e classificação de risco, os quais possuem um olhar diferenciado para o atendimento de ginecologia e obstetrícia. **O HRT** superou a meta estipulada para 2024, fechando o indicador com 89%, hoje funcionando com 3 postos de classificação de risco, com classificação de risco específica para Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria. A Unidade ainda enfrenta dificuldades com déficit de RH, fechando as escalas somente com TPD, e ainda assim segue com quantitativo ineficiente, visto que o Enfermeiro Classificador é um perfil profissional específico, que exige treinamento específico. o HRT tem, em média, 14.000 aberturas de GAE por mês, sendo referência para atendimento de Ortopedia, Cirurgia Geral, Pediatria e Oftalmologia em toda a região.

4.2. Indicador 12: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas

Conceito: Número de pacientes classificados como verdes e azuis nas emergências fixas do Distrito Federal por período, exceto as unidades que estão sob gestão do IGESDF.

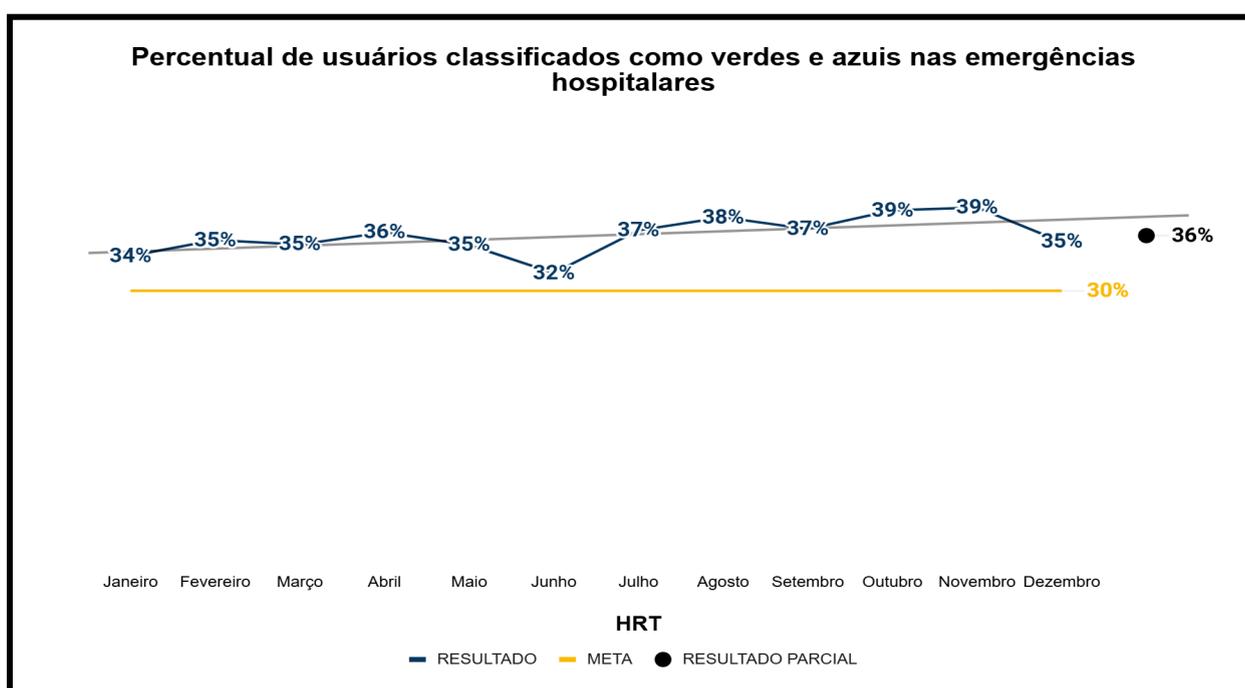
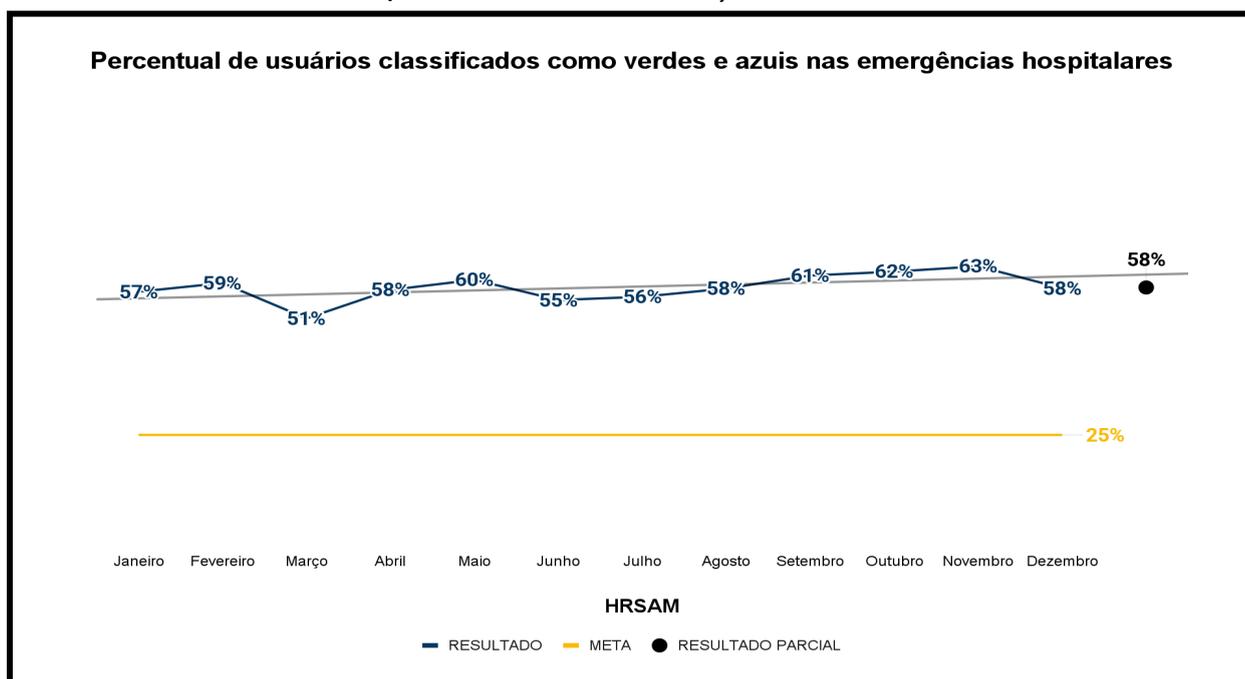
Metodologia de cálculo: NUMERADOR: Número de pacientes classificados com critério de prioridade (verde e azul) no mês.

DENOMINADOR: Número total de pacientes classificados no mês.

MULTIPLICADOR: 100

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Sistema Trakcare – Espelhado na Sala de situação



Este indicador no HRSAM não apresentou melhora referente ao ano anterior de 2023, continuamos com status crítico, fechamos com 58% onde quanto menor melhor, infelizmente, como legado das sazonalidades de casos de dengue (2023,2024) e pandemia de Covid (2020/2021) onde a população procurava o atendimento hospitalar de maneira mais habitual mesmo com poucos sintomas, a mudança de cultura da população para procurar primeiramente atendimento na rede primária nos sintomas iniciais e atendimento ambulatorial é lenta, um processo diário de convencimento e confiança. No entanto, o fato de ser porta aberta para ginecologia e obstetrícia, juntando com a falta de médicos na APS e a falta de procura pelo acompanhamento pré-natal faz com que essas grávidas venham a cada sintoma "diferente" pelo acesso mais fácil aos médicos e exames. O indicador foi amplamente discutido em todas as reuniões de gestão da região no decorrer do ano como forma de tentar encontrar estratégias para a melhoria do resultado e desta forma a DIRAPS tem feito um planejamento estratégico junto com suas gerências para buscarem uma forma de ampliar o serviço e absorver essa demanda além de informar à população e esclarecer que a referência de atendimento para casos não graves são os postos de saúde. é um indicador muito difícil de bater a meta de 25%.

Este indicador no HRT terminou o ano com resultado de 36% sendo a meta estabelecida de 30% menor melhor, nosso status classificado como satisfatório, não houve alteração no resultado em comparação com o ano anterior de 2023 que teve resultado de 35%. Ao longo do ano, não houve muita diferença entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo dos 35% variando entre 32% e 39%. A percentagem de pacientes classificados como verde e azul tem mostrado uma ligeira tendência de aumento ao longo do tempo nas principais especialidades Ortopedia e Oftalmologia. É importante ressaltar que o resultado deste indicador é influenciado pelo perfil de atendimento da unidade, que funciona como porta aberta para as especialidades de ortopedia e oftalmologia. Dessa forma, a unidade se estabelece como referência não apenas para a região de saúde, mas também para todo o Distrito Federal e, até mesmo, para as cidades do Entorno.

O hospital apresenta uma média de 35%-39% de pacientes de baixo risco (verdes e azuis), indicando que uma parte significativa dos atendimentos de emergência não é realmente urgente. Isso pode contribuir para a sobrecarga dos recursos do hospital, já que ele é uma unidade de porta aberta 24 horas, sem recusa de atendimentos.

Durante os meses analisados, a flutuação nas porcentagens de pacientes classificados como verde e azul pode estar associada a fatores sazonais ou a mudanças nos serviços disponíveis nas UBS, ou mesmo na comunicação e orientação aos pacientes para procurarem essas unidades primárias antes de buscar um atendimento de emergência.

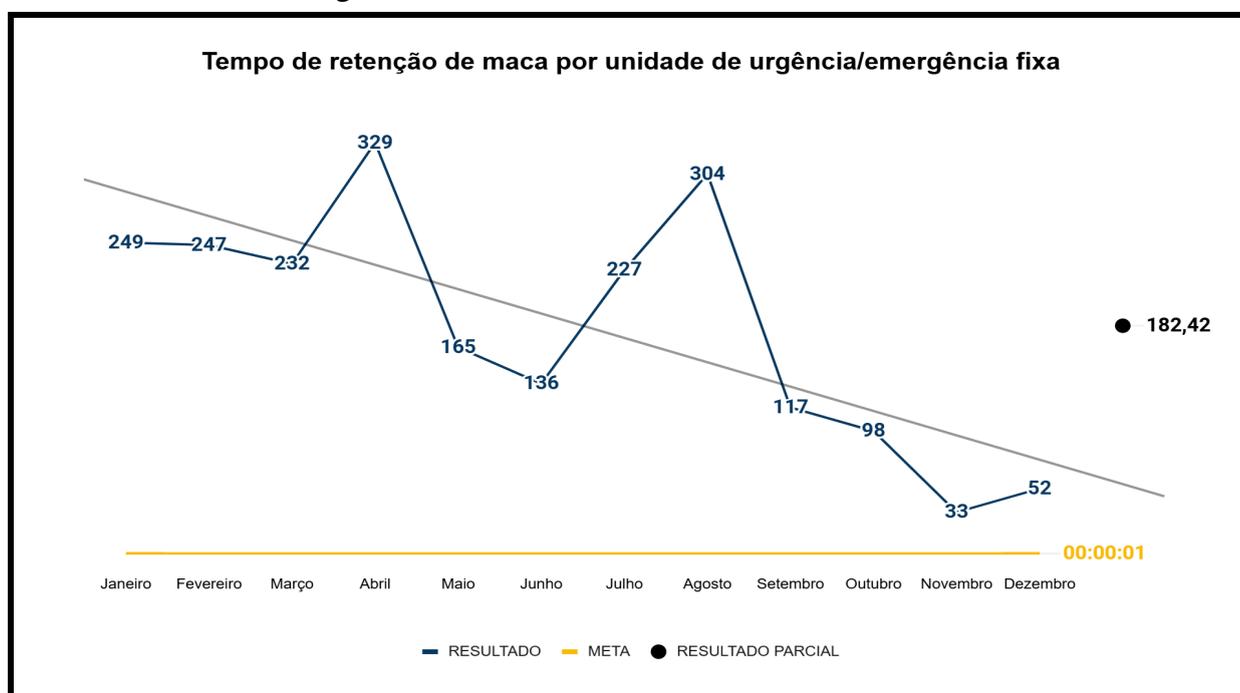
4.3. Indicador 17: Tempo de Retenção de maca por unidade e urgência/emergência

Conceito: A maca retida ocorre quando a maca do SAMU deve permanecer com um paciente na unidade de urgência/emergência devido à falta de macas disponíveis. Isso impede a viatura de realizar novos atendimentos até que a maca seja liberada. O registro da retenção e liberação é feito pelo Sistema de Atendimento em Urgências (SAU) pela equipe da Central de Regulação de Urgências do SAMU (CERU). As unidades de urgência/emergência incluem as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e emergências hospitalares.

Metodologia de cálculo: Numerador: Somatória dos tempos decorridos (minutos/horas) entre a data e a hora de retenção e a data e a hora de liberação, por cada maca retida.

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: SAU e Planilha Google Drive da SES/CRDF/SAMU/CERU



SRSSO - Trata-se de um indicador que possui dados fornecidos pelo Complexo Regulador -SES/CRDF, que recebe informações do SAMU, na região SUDOESTE os dados é composto pelo somatório dos dois hospitais regionais (Hrsam e Hrt) este indicador possui polaridade "menor melhor". No Hrsam temos baixa retenção de macas em média 04 horas mensais, já no Hrt o número elevado precisou várias intervenções para que ao longo do ano esse número fosse reduzido, o resultado foi positivo houve redução no número de horas. As providências foi aquisição de macas, no segundo semestre (09/2024), para substituir as do Samu, melhor controle da disponibilidade das macas, fechamos 2024 em 182 horas de retenção, essa redução deu-se também pelo empenho da gestão em sinalizar de forma mais rápida a equipe do Samu local, sensibilização das equipes no efetivo fluxo imediatista de devolução dessas macas. Entretanto entendemos que o Pronto Socorro do HRT possui uma demanda grande devido a ser referência em diversas especialidade na região destacamos ortopedia e traumatologia para todo o Distrito Federal, resultado retrata a superlotação do pronto socorro do HRT.

4.4. Indicador 18: Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Conceito: Este indicador mensura o percentual de elegibilidade ao SAD, proporcionalmente aos encaminhados pelos hospitais e UPAS.

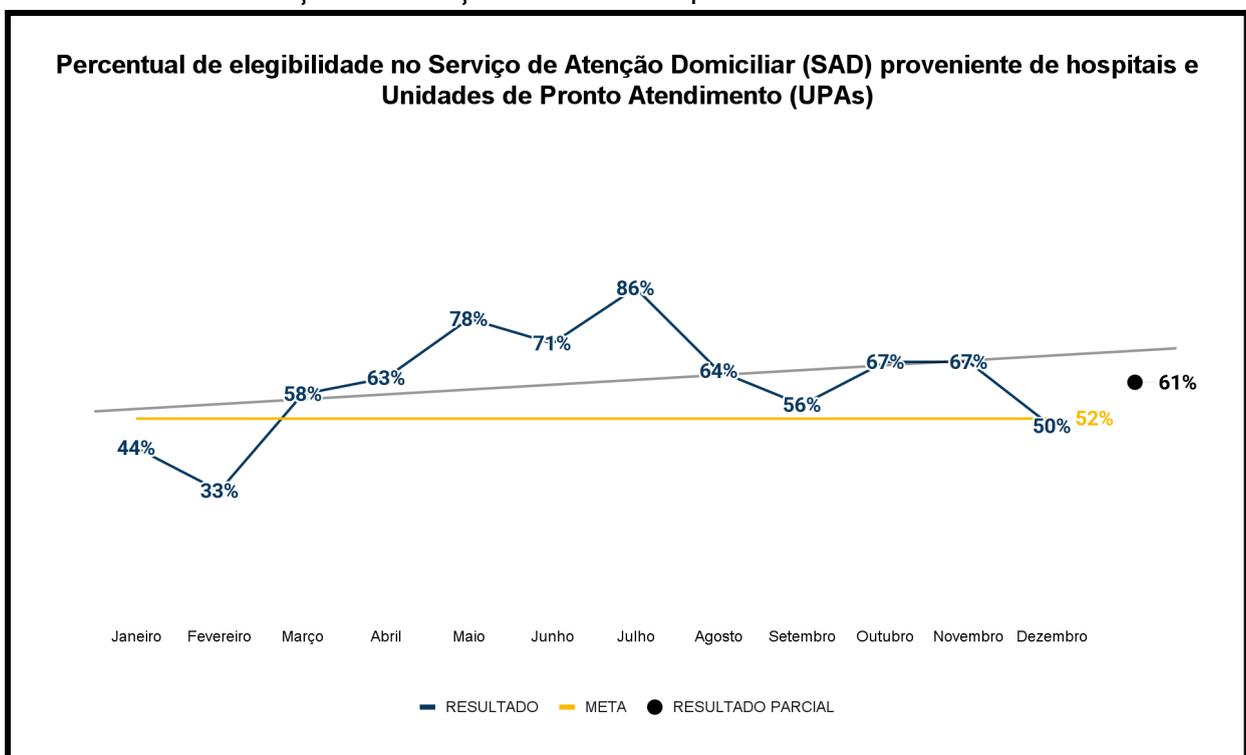
Metodologia de cálculo: Numerador: Número de Admissões na Própria EMAD de Procedência Internação hospitalar + Número de Admissões na Própria EMAD de Procedência Urgência e Emergência

Denominador: Número de Admissões na Própria EMAD

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Painel de Situação da Atenção Domiciliar disponível em InfoSaúde - DF



SRSSO - O indicador teve status de monitoramento até 2023, começamos 2024 com uma meta estipulada de 52% polaridade quanto "maior melhor" houve uma melhora nos resultados relacionados ao ano anterior 2023 (47%) fechamos o ano de 2024 com 61% decorrente ao resultado das Reuniões de beira de leito são realizadas nos dois hospitais da região pela equipe multidisciplinar com discussões de casos de pacientes hospitalizados objetivando a desospitalização e verificando a possibilidade que o paciente possa ser elegível para internação domiciliar conforme critérios pré estabelecidos, através do preenchimento do Formulário de Avaliação a equipe providencia todos os encaminhamentos necessários para a resolução do questão .O número de FADs* elegíveis para o SAD proveniente de Hospitais e UPAs oscilou durante o todo ano, pois sempre há pedidos de desospitalização, nem todos os pacientes preenchem os critérios para o acompanhamento domiciliar pelas as equipes multiprofissional do NRAD's (HRSAM e HRT) também temos casos em que o paciente

apresenta complicações e não pode ir de alta ou até mesmo a família não possui suporte adequado para receber o paciente. O atendimento domiciliar é vantajoso para o paciente, para a família dele e para o sistema público de saúde, tem um carácter de atendimento humanizado, o paciente tem menos riscos de infecções e re-internações, ao sair do hospital, o paciente desocupar o leito. O objetivo maior para o Serviço de Atenção Domiciliar é diminuir a dificuldade de acompanhamento dos pacientes na Atenção Básica dando acesso a assistência.

5. Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência - RAV

A Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal (RAV) tem como objetivos principais promover e monitorar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violências na SES-DF; organizar serviços de saúde para reduzir a morbimortalidade entre essas pessoas; apoiar a elaboração de planos e projetos relacionados à política; e articular a gestão entre o nível central e as Regiões de Saúde. Além disso, busca elaborar e implementar uma Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica, planejar e avaliar ações de atenção integral, e orientar o trabalho das equipes dos Centros de Especialidades (CEPAV).

A RAV também promove vigilância epidemiológica, desenvolve estratégias de enfrentamento da violência em colaboração com redes intersetoriais, acompanha ações de educação permanente em saúde, elabora e divulga materiais educativos e implementa apoio matricial nos serviços de saúde da SES-DF.

5.1. Indicador 19: Taxa de notificação de violência.

Conceito: A taxa de notificação é um indicador epidemiológico que informa o número de casos de uma doença ou agravo em relação à população em risco, em um determinado período. Na temática da violência, considera-se população em risco toda aquela que reside numa mesma região geográfica.

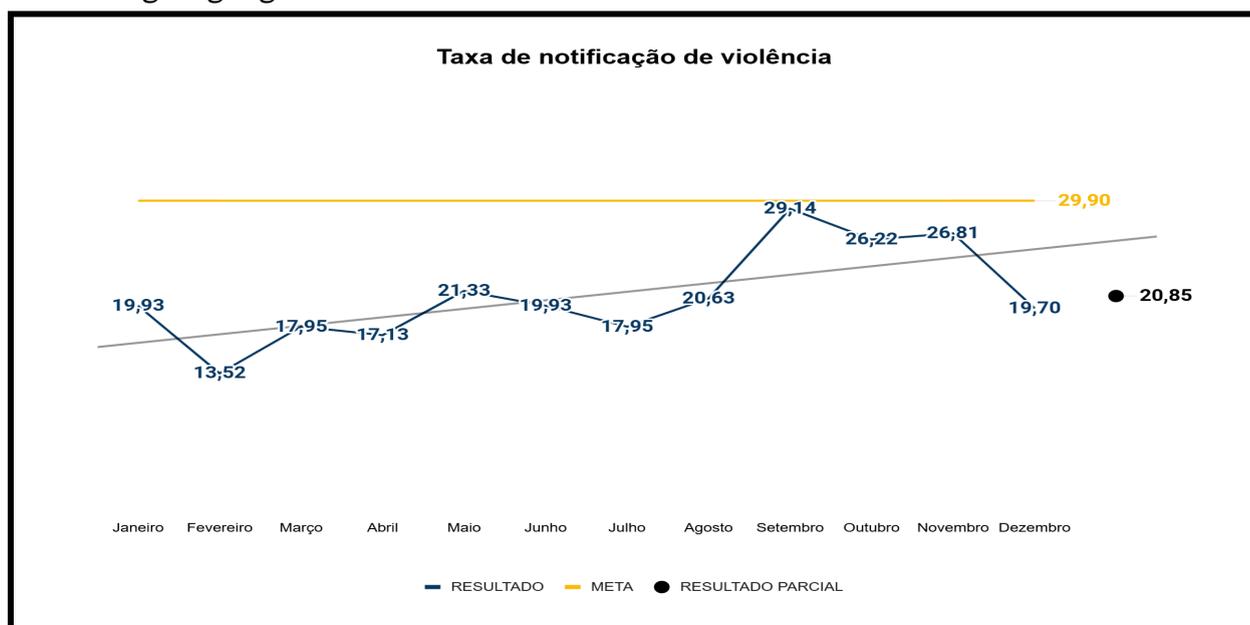
Metodologia de cálculo: NUMERADOR: Número absoluto de notificações de violência segundo a lógica da região de saúde no contexto da residência do usuário, em um determinado período para análise;

DENOMINADOR: População relativa à mesma região de saúde no mesmo período analisado;

MULTIPLICADOR: 100.000

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: A taxa de notificação é um indicador epidemiológico que informa o número de casos de uma doença ou agravo em relação à população em risco, em um determinado período. Na temática da violência, considera-se população em risco toda aquela que reside numa mesma região geográfica.



Trata-se de um indicador com meta 29,90 com polaridade maior melhor, a taxa de notificação varia de 13,5 a 29,1 por 100.000 habitantes, indicando uma variação significativa ao longo do tempo na Região. O resultado parcial foi 20,85 fora da meta estabelecida. A taxa de notificação foi classificada como "Razoável" com uma taxa de 20,9 por 100.000 habitantes, refletindo um esforço constante na notificação de casos de violência, mas com espaço para melhoria. Esse resultado é influenciado por diversos fatores, a falta de recursos humanos é o principal deles para a operacionalidade do procedimento. A falta de adesão das equipes também influencia no resultado. A Região de Saúde Sudoeste juntamente com a área técnica tem trabalhado para a sensibilização da importância do preenchimento da ficha de notificação de violência. Esse ano em fevereiro foi realizada uma ação matricial com a equipe do CAPS 3 de Samambaia, para a sensibilização dos profissionais para notificar os casos de violência. No HRT a equipe técnica também realizou ações com os servidores do Pronto Socorro.

6. Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência - RCPCD

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) visa ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência, seja temporária ou permanente, e de diferentes naturezas, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os indicadores propostos para monitoramento dessa rede visam a prevenção e identificação precoce de deficiências em diversas fases da vida, incluindo o parto e pós-natal. A Saúde da Pessoa com Deficiência no SUS oferece atendimento integral, abrangendo desde vacinas e consultas até reabilitação e atendimento hospitalar, além do fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção quando necessário.

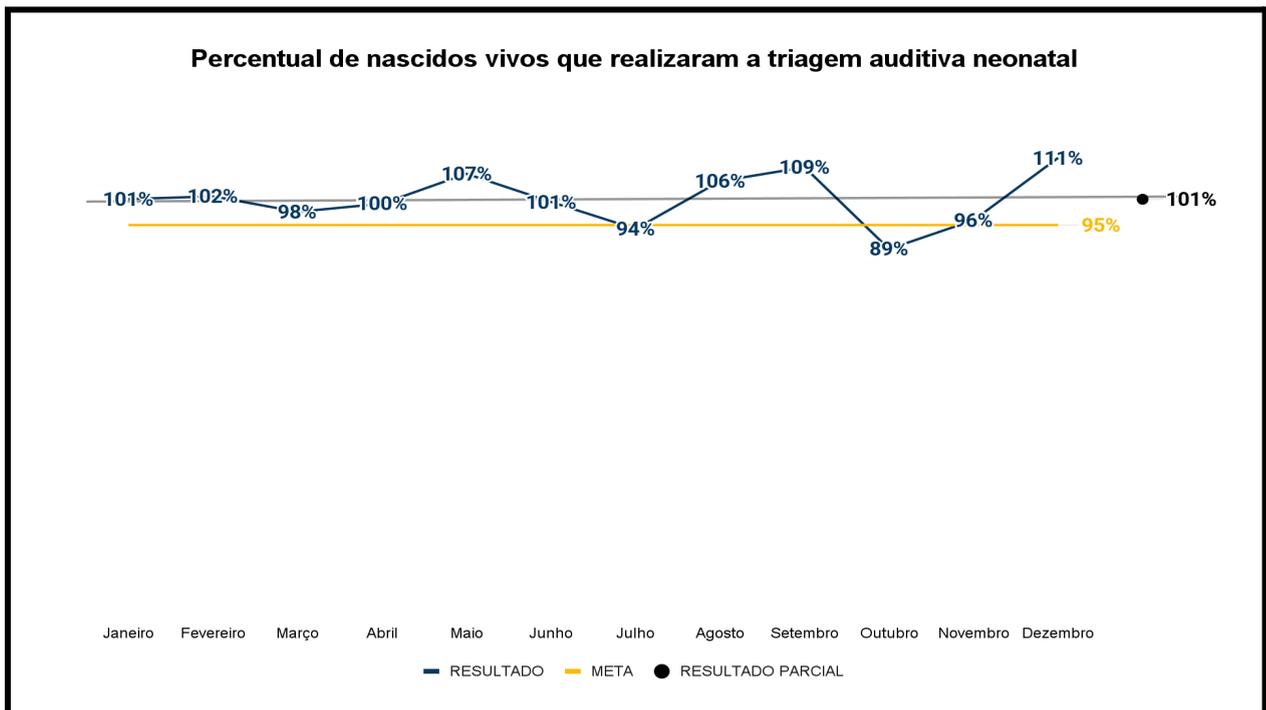
6.1. Indicador 21: Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal

Conceito: Triagem auditiva neonatal é o programa que tem por objetivo identificar a população infantil com suspeita de perda auditiva

Metodologia de cálculo: Numerador: Número de exames de triagem auditiva realizado por Hospital da SES-DF Denominador: Número total de NV mês por Hospital da SES-DF Multiplicador: 100

Polaridade: Maior melhor

Fonte: SINASC, SIA/SUS e SIH/SUS



HRSAM - Este indicador é de triagem auditiva neonatal é o programa que tem por objetivo identificar a população infantil com suspeita de perda auditiva, quanto mais teste melhor, sempre obtivemos resultados acima da meta estipulada que é de 95%, fechamos o ano de 2024 acima de 100% do total de exames geralmente são acima dos nascidos do mês (número informado pela VE inserido no SINASC) devido ser um atendimento ambulatorial que pode ser marcado e repetido, também o atendimento é estendido para RN não nascidos no Hrsam e hospitais particulares. Esclarece-se que há uma falta de recursos humanos especializados para a realização da triagem auditiva neonatal e essa falta tende a se potencializar devido a afastamentos legais e por motivos de saúde.

HRT - O HRT sempre esteve com resultados acima da meta estipulada que é de 95%, fechamos o ano de 2024 acima de 100% do total de exames geralmente são acima dos nascidos do mês (número informado pela VE inserido no SINASC) devido ser um atendimento ambulatorial que pode ser marcado e repetido, bem como atendimento de pacientes provenientes de outras unidades, que não nasceram no hospital.

6.2. Indicador 22: Número de pessoas com deficiência cadastrada na APS da Região de Saúde

Conceito: O Indicador mede o número de usuários com deficiência cadastrados na APS da região de saúde.

Metodologia de cálculo: Número de usuários identificados com deficiência na Região de Saúde.

Polaridade: Maior, Melhor (maior número de registros nos cadastros)

Fonte: InfoSaúde

*** Indicador sobrestado**

7. Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT

Os objetivos da Rede de Pessoas com Doenças Crônicas (RPDNT) incluem a realização da atenção integral à saúde dessas pessoas em todos os pontos de atenção, por meio de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

O acompanhamento dessa Rede visa fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, qualificando o atendimento integral às pessoas com doenças crônicas e ampliando as estratégias para promover a saúde da população e prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas e suas complicações.

7.1. Indicador 25: Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações

Conceito: Número de casos de internações hospitalares por diabetes pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes, na população residente em determinada região de saúde e intervalo de tempo

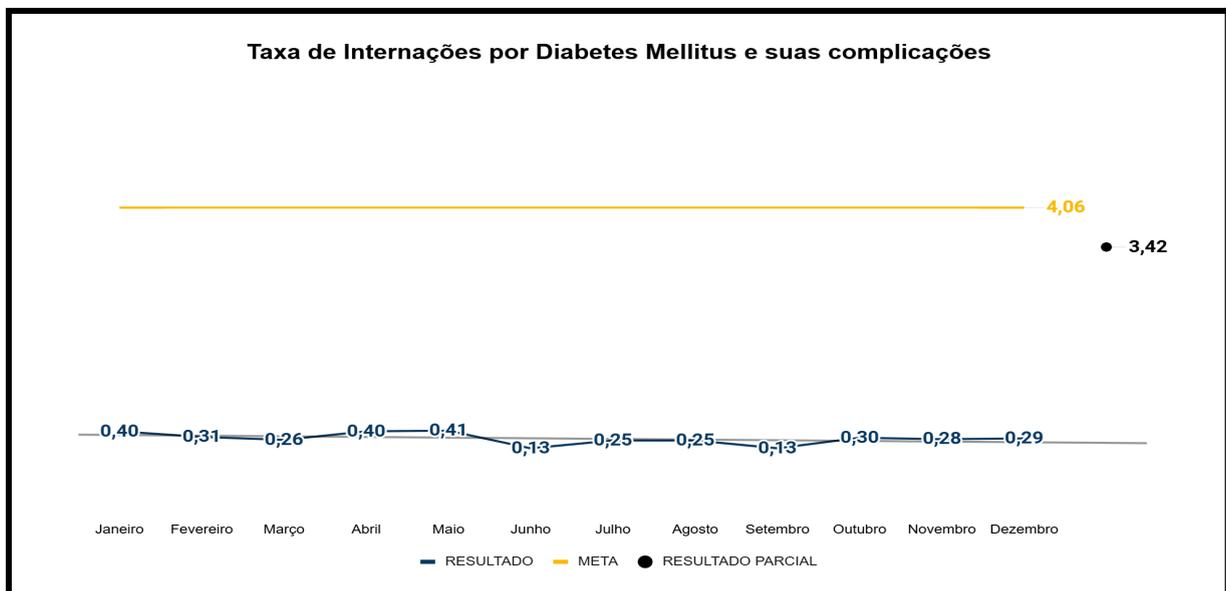
Metodologia de cálculo: Numerador: Número de internações hospitalares por DM e suas complicações, de usuários atendidos em serviços de saúde do DF, faturáveis pelo SUS, por CID-10 selecionados em determinado período.

Denominador: Projeção total da população do ano anterior residente na Região.

Multiplicador: 10.000

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Numerador: Sistema de Internação Hospitalar (SIH), espelhado na Sala de Situação - Menu Gestor. Denominador: CODEPLAN , espelhado na sala de situação - Menu Gestor.



Trata-se do indicador de taxa de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações com a meta de 4,06, menor melhor, na região Sudoeste todos os meses do ano de 2024 o indicador ficou abaixo da meta estabelecida com o status de Superado para a Região. A Sudoeste é composta de dois hospitais gerais de atendimento em Clínica Médica que são o Hospital Regional de Samambaia (HRSAM) e o Hospital Regional de Taguatinga (HRT). O HRSam, por não ser uma unidade de portas abertas para clínica médica, apresenta números consistentemente mais baixos em termos de internações por DM e complicações. Por outro lado, o HRT, que recebe pacientes de pronto-socorro, continua a registrar números mais elevados, o que sobrecarrega os resultados da região. Os meses com as maiores taxas foram Janeiro (0,40) Fevereiro (0,31) Abril (0,41) e Maio (0,41), Já os meses com as menores taxas foram Junho, Julho, Agosto e Setembro. O mês com maior internação foi Maio com a taxa de 0,41 com 36 internações sendo 29 no HRT e 7 no HRSAM, a população analisada é de 869.619.

A gestão local tem trabalhado intensamente para reduzir as taxas de internação por DM e suas complicações em todos os níveis de atenção, incluindo ações preventivas e de monitoramento contínuo.

O trabalho da equipe de emergência no HRT tem sido eficaz, proporcionando atendimento rápido e adequado aos pacientes com complicações de diabetes, o que contribui para uma recuperação mais rápida e redução da permanência hospitalar. Embora as taxas de internação por DM e suas complicações ainda apresentem variações, os dados sugerem que as estratégias locais estão contribuindo para a redução gradual dessas taxas. A região tem se empenhado em melhorar o atendimento e a gestão das internações, com uma meta de redução contínua das hospitalizações relacionadas ao DM.

7.2. Indicador 26: Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações

Conceito: Número de casos de internações hospitalares por hipertensão arterial e suas complicações, com AIH pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes, na população adulta de 18 anos a mais em um determinado espaço geográfico e período

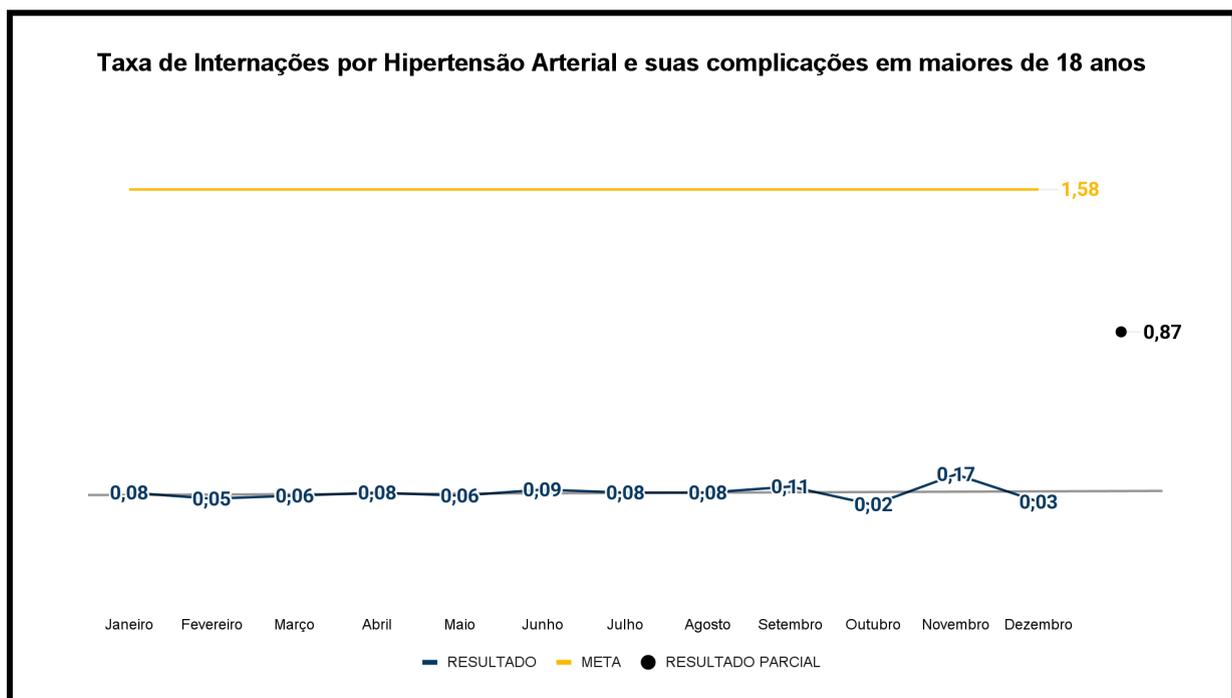
Metodologia de cálculo: Numerador: N° de internações hospitalares por hipertensão arterial e suas complicações, de usuários na faixa etária de 18 anos a mais, atendidos em serviços de saúde do DF, faturáveis pelo SUS, por CID-10 selecionados em determinado período.

Denominador: Projeção total da população do ano anterior, de usuários na faixa etária de 18 anos a mais, residente na Região.

Multiplicador: 10.000

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Numerador: Sistema de Internação Hospitalar (SIH), espelhado na Sala de Situação - Menu Gestor. Denominador: CODEPLAN , espelhado na sala de situação - Menu Gestor



O indicador terminou o ano com o status superado não ultrapassando a meta estabelecida que é de 1,58, com polaridade menor melhor, passando todo o período do ano com a taxa igual ou menor que 0,09. Ao longo do ano, não houve muita diferença entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo dos 0,08 terminando o ano com um resultado parcial de 0,08. Em comparação ao ano de 2023 houve uma melhora na performance do indicador passando de 1,78 (2023) para 0,87 (2024). O Hospital Regional de Taguatinga por ser um hospital com Pronto Socorro maior e porte maior tem um número de internação maior que a do Hospital Regional de Samambaia. Porém nos meses de agosto e setembro o hospital de samambaia tiveram mais internações que o de Taguatinga sendo em agosto 3 internações no

HRSAM e 2 internações no HRT e em setembro 4 internações no HRSAM e 3 internações no HRT. Os meses de setembro e novembro foram os com maiores índices 0,11 e 0,17 respectivamente. Os meses com menores índices foram outubro (0,02) e dezembro (0,03).

Em todos os períodos, a região tem se empenhado em manter a taxa de internações por hipertensão arterial e suas complicações dentro de limites adequados. A colaboração das equipes de emergência nos hospitais, principalmente no HRT (que recebe pacientes via pronto-socorro), tem sido essencial para garantir um atendimento eficaz. A gestão local permanece comprometida com a redução das taxas de internação por hipertensão, com esforços contínuos para a prevenção e o tratamento adequado dos pacientes.

A taxa de internações por hipertensão arterial e suas complicações é resultado de uma combinação de fatores e intervenções, assim como nas internações relacionadas à diabetes mellitus.

Entre as principais ações implementadas, destacam-se: a promoção de hábitos de vida saudáveis, a conscientização e a educação da população sobre os riscos da hipertensão e seus sinais de alerta, o acesso aos cuidados médicos e de enfermagem, a realização de triagem e diagnóstico precoce, e o incentivo à adesão ao tratamento, com o gerenciamento de casos e complicações em parceria com a equipe multidisciplinar. Essas ações envolvem, principalmente, o trabalho conjunto do grupo responsável pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e suas áreas integradas, além da atuação decisiva da Atenção Primária, que desempenha um papel fundamental na obtenção dos resultados.

8. Sistema de Apoio e Logística

Os indicadores de Sistema de Apoio e Logística avaliam a eficiência e qualidade dos processos que garantem o funcionamento adequado dos serviços de saúde. Eles medem aspectos como a disponibilidade de insumos, manutenção de equipamentos, gestão de materiais, eficiência na distribuição de recursos, transporte sanitário, infraestrutura e suporte operacional.

Esses indicadores são fundamentais para assegurar que as unidades de saúde tenham as condições necessárias para prestar atendimento adequado, contribuindo para a continuidade e qualidade dos serviços ofertados à população.

8.1. Indicador 27: Índice de Fechamento de Chave da Região/URD

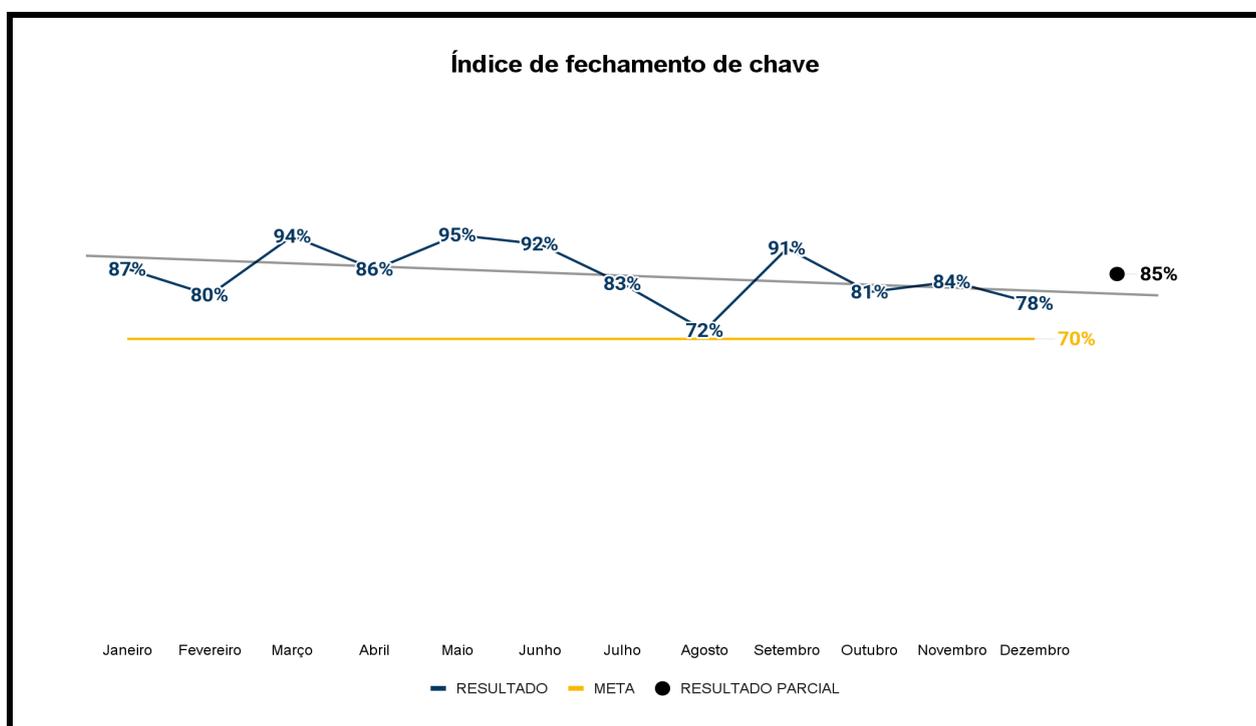
Conceito: Verificar a eficiência no processo de conclusão do agendamento, seja pela informação de comparecimento/execução ou falta, para fins de atualização da capacidade instalada.

Metodologia de cálculo: Numerador: N° de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais realizados regulados que tiveram suas chaves fechadas, na Região/URD + faltas marcadas no SISREG III no período

Denominador: Número de agendamentos autorizados pela regulação por região de saúde no período. Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SISREG III



O indicador durante todo período superou a meta estabelecida que é de 70%, terminando o ano com Status de Superado e com a média de resultado parcial de 85%. Em comparação com o ano anterior houve uma pequena redução na média do resultado parcial de 88% para 85%. Ao longo do ano, não houve muita diferença entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo dos 80% a 95%, apenas agosto 72% e dezembro 78% que tiveram números abaixo dos 80%.

Em Julho o fechamento de chaves foi de 83%. As unidades CRT e GSAS 3 ficaram abaixo da meta de 90% devido a falta de servidores administrativos, enquanto outras unidades superaram a meta. Em Outubro a taxa de fechamento foi de 81%, a cima da meta. A unidade CRT teve um desempenho abaixo devido à falta de servidores administrativos, enquanto o GSAS 3 também apresentou dificuldades.

Em Novembro o fechamento de chaves foi de 84%, com a GSAS 3 atingindo 94% e o CRT com apenas 74% devido à falta de servidores administrativos, especialmente no período

de férias.

Em Dezembro a taxa foi de 78%, abaixo da meta de 90%, com o CRT apresentando o pior desempenho (69%) devido à falta de servidores administrativos durante as férias de final de ano.

As unidades da DIRASE se empenharam em fechar as chaves no SISREG e esse empenho da equipe refletiu no atingimento da meta estipulada.

8.2. Indicador 28: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar

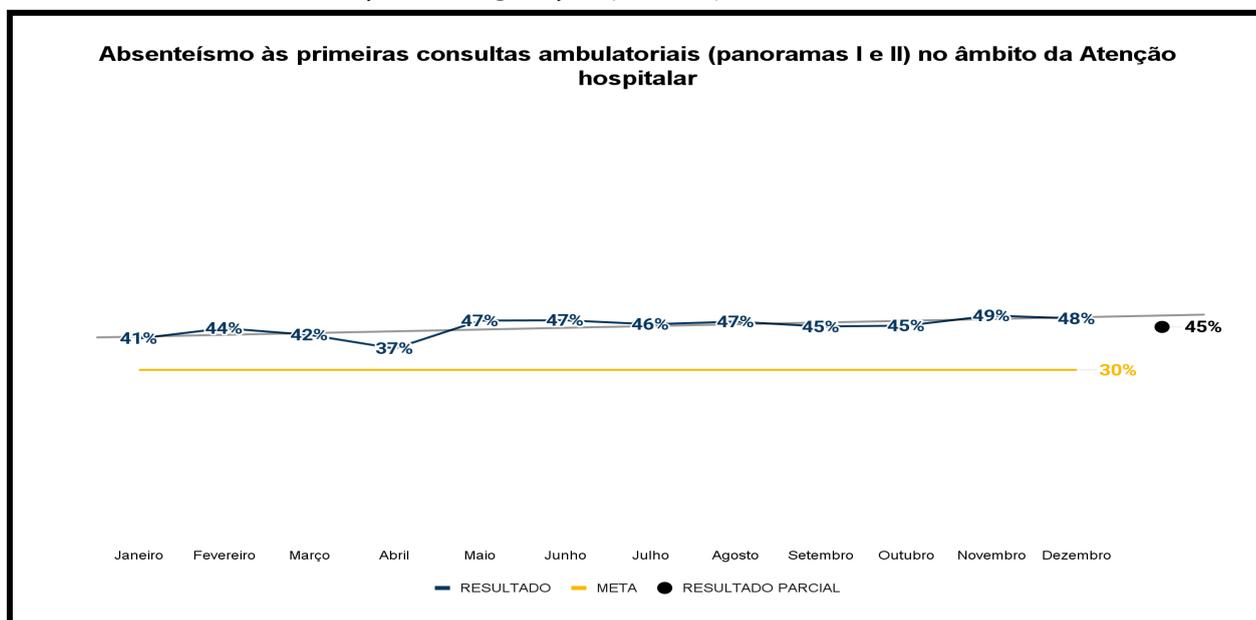
Conceito: A definição de absenteísmo ambulatorial é o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação.

Metodologia de cálculo: Numerador: Número de consultas médicas de primeira vez agendadas e não realizadas no âmbito da Atenção hospitalar nos panoramas I e II;
Denominador: Total de consultas médicas de primeira vez agendadas no âmbito da Atenção hospitalar nos panoramas I e II.

Multiplicador: 100

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Sistema de Informação de Regulação (SISREG)



Trata-se do indicador Absenteísmo nas primeiras consultas agendadas no âmbito da Atenção Hospitalar (Panoramas I e II) com meta de 30% polaridade de menor melhor nosso resultado foi de 45% ultrapassando a meta estabelecida dando um status de razoável para a nossa Região. Ao longo do ano, não houve muita diferença entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se a variação entre 37% a 48%. O mês mais próximo da meta foi Abril com 37%. O índice de absenteísmo se manteve razoável ao longo dos meses, mas houve variações significativas devido a fatores como a escassez de profissionais médicos e as dificuldades de comunicação com os pacientes. A equipe continua a trabalhar para melhorar os cadastros e o contato com os pacientes, visando reduzir ainda mais o absenteísmo e otimizar os atendimentos.

A equipe iniciou a atualização dos cadastros dos pacientes e a confirmação das consultas previstas, o que, com o tempo, tem ajudado a reduzir o número de faltas.

A equipe teve sucesso em diminuir o número de faltas, com uma pequena redução no número de atendimentos realizados, devido à menor quantidade de dias úteis no mês de fevereiro.

O absenteísmo nas primeiras consultas apresenta uma tendência de estabilidade com algumas variações. As ações implementadas, como a atualização dos cadastros e a confirmação das consultas, têm mostrado impacto positivo, mas ainda há uma alta taxa

de faltas. Isso é resultado da falta de médicos e da dificuldade de contato com pacientes, especialmente os em situação de vulnerabilidade.

É necessário investir em estratégias alternativas para contornar as dificuldades de recursos humanos médicos e melhorar a comunicação com pacientes, especialmente com aqueles que não possuem acesso a telefone. O desempenho do HRT mostra que, embora as ações estejam ajudando a controlar o problema, é essencial focar em soluções estruturais, como a contratação de médicos e a utilização de tecnologias alternativas para aumentar a capacidade de atendimento e reduzir o absenteísmo.

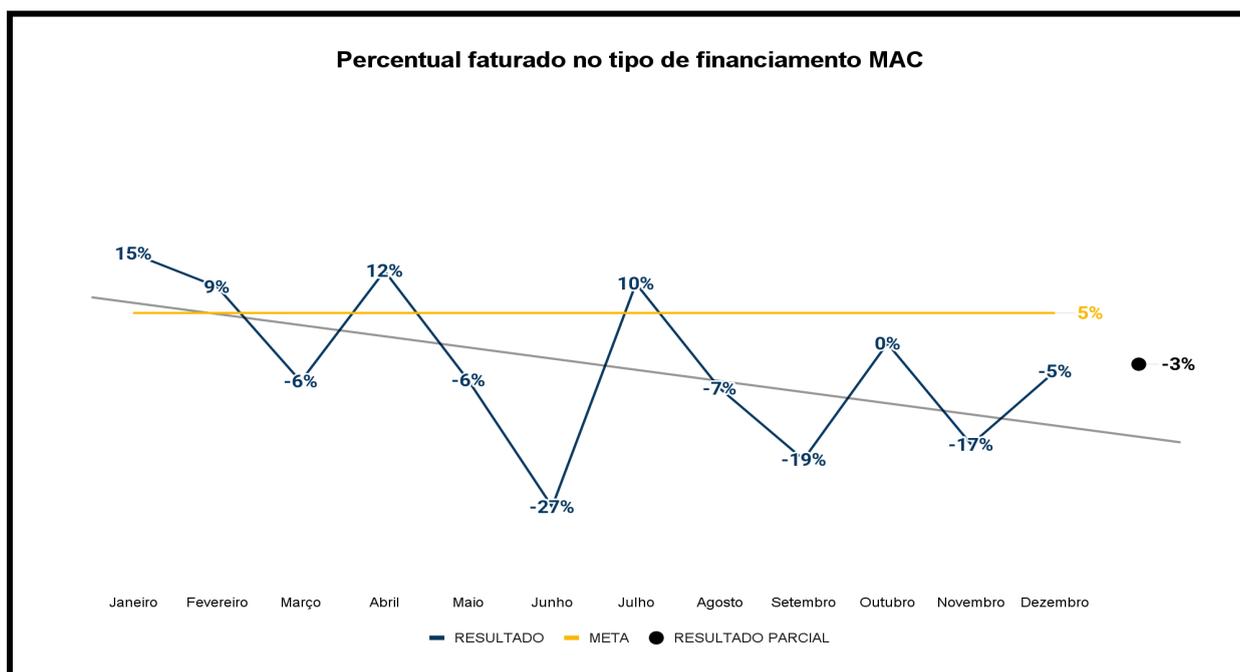
8.3. Indicador 31: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

Conceito: Destina-se ao monitoramento dos valores faturados no componente MAC visando superar o teto Distrital

Metodologia de cálculo: Calcula-se a linha de base dos valores faturados no componente MAC da Região (média mensal do ano anterior). Subtrai-se do valor da produção no mês de competência (processada e aprovada no tipo de financiamento MAC) da Região, a linha de base, e, posteriormente, divide-se pela linha de base calculada. Por fim, multiplica-se por 100.

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SIA e SIH/DATASUS



Na SRSSO - O indicador de percentual faturado no tipo de financiamento MAC (Serviços de Média Alta complexidade) possui polaridade quanto maior melhor, apresentou grande volatilidade ao longo do ano (2024), com oscilações significativas entre percentuais que oscilaram entre 15% a -5% indicando uma instabilidade no desempenho. O percentual faturado no tipo de financiamento é calculado pelo valor da produção processada e aprovada, na região sudoeste nossa linha de base é 4.556.080,06 para as unidades de saúde da rede Hospitalar e Secundária. Infelizmente continuamos sem faturar nos centros de atenção psicossocial (CAPS) o que acaba impactando o resultado final da região. Os NCAIS's da região buscam a redução de glosas, otimização dos registros, atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de forma constante em meio às sazonalidades mensais.

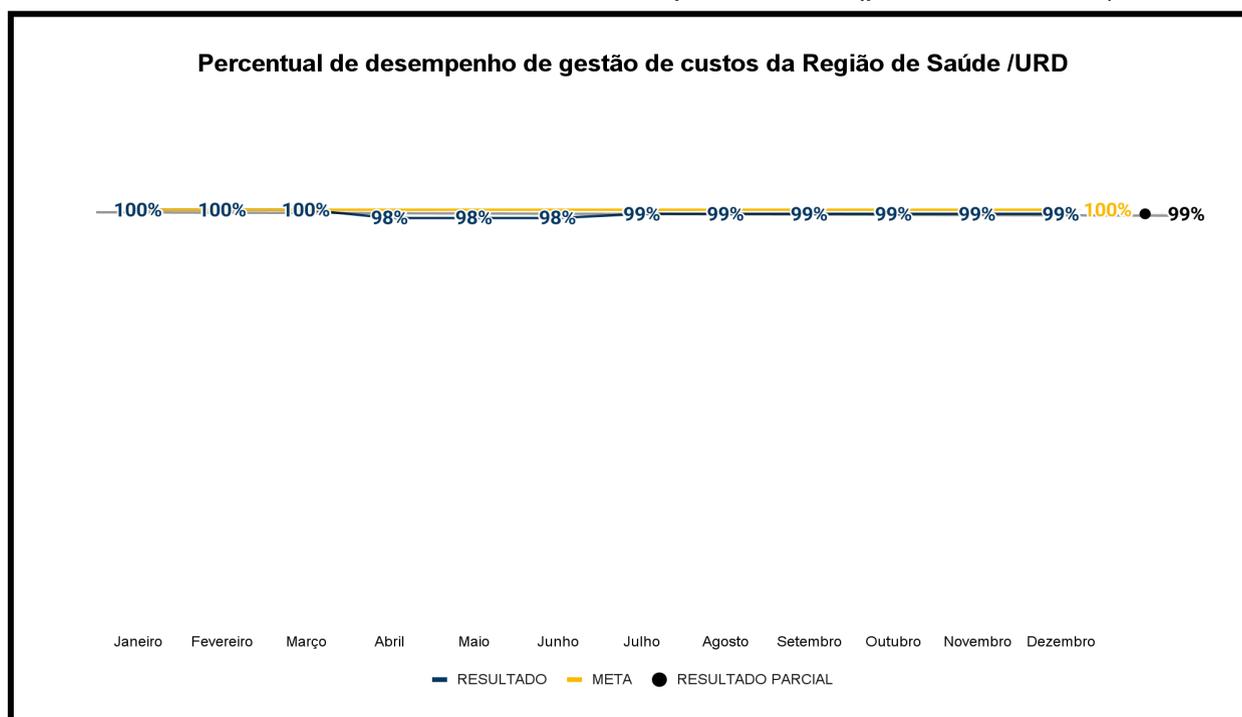
8.4. Indicador 32: Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD

Conceito: Desempenho refere-se ao conjunto de características e capacidades que permitem a transição de um estado crítico para um satisfatório. No contexto do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), a gestão de custos na saúde visa conhecer os custos dos serviços prestados e entender os processos de trabalho relacionados. Isso auxilia os gestores na tomada de decisões, buscando melhorar a gestão dos recursos.

Metodologia de cálculo: Para calcular o desempenho da unidade, consideram-se critérios que recebem valores de 0 (nenhum), 1 (parcial) e 2 (completo). Os resultados de cada unidade contribuem para o valor total da região, ponderado pelo peso das unidades nos níveis de atenção. O desempenho é monitorado somente se a unidade tiver o custo total apurado em algum momento.

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Instrumento de Monitoramento de Desempenho - IMD (planilha em Excel.)



Na SRSSO - O desempenho da gestão de custos em 2024 manteve-se estável em sua grande maioria 99%. A região de saúde busca concluir todas as etapas de apuração do processo que compõe o IMD, os meses em que o percentual ficou em 98% foi decorrido a alteração de nova nomenclatura padronizada na base de dados que reconhece a alimentação, fato percebido após o fechamento de prazo, corrigido posteriormente. O ano de 2024 foi marcado com o início da implantação da rede secundária.

Os núcleos de gestão de custos buscam otimizar trabalhos de maneira a conseguir 100% da apuração dos custos e produtividade das unidades de saúde, buscando consolidar o processo de trabalho para atingir 100%.

8.5. Indicador 33: Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas

Conceito: Este indicador tem como objetivo estabelecer um paralelo entre a quantidade de vagas ofertadas como “primeira consulta” nas especialidades dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e se esse quantitativo está de acordo com o parametrizado nas notas técnicas por especialidade.

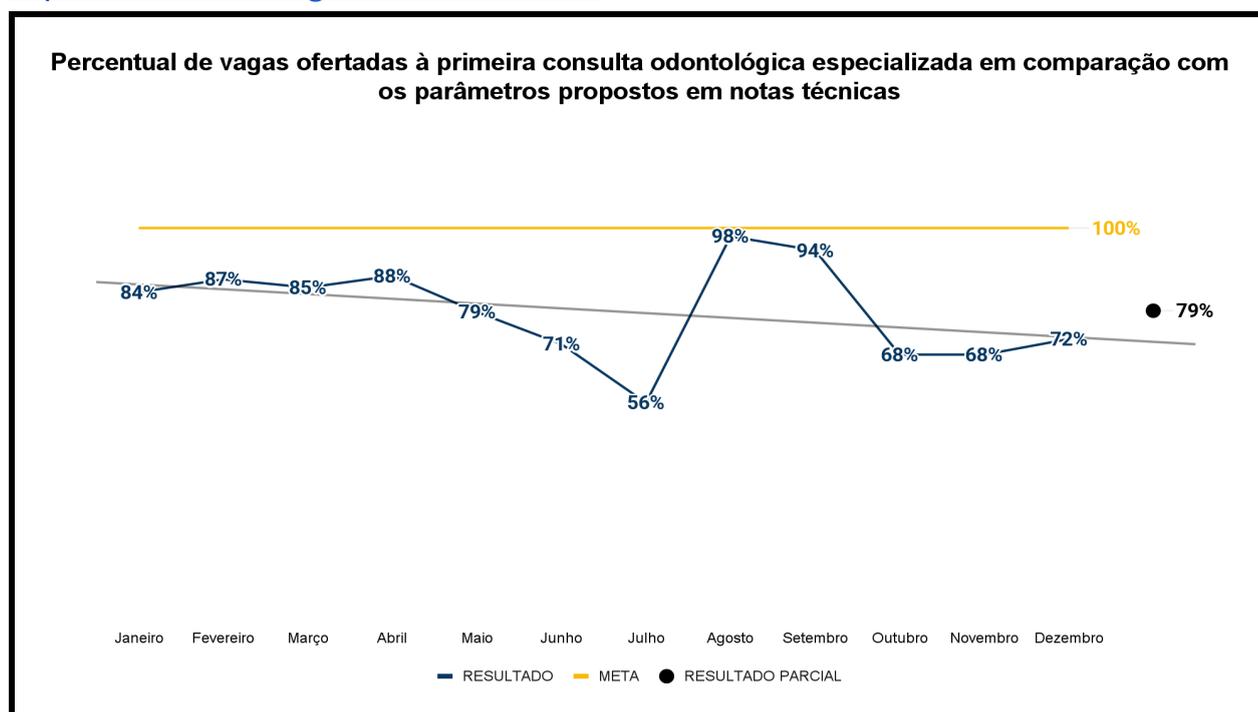
Metodologia de cálculo: NUMERADOR: Soma do número total de vagas ofertadas à primeira consulta por cada especialidade odontológica em cada Região de Saúde. (Soma da oferta real de vagas da Região).

DENOMINADOR: Soma do número total de vagas de todas as especialidades que a Região de Saúde deve oferecer em 1 mês.

MULTIPLICADOR: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SISREG e Notas Técnicas de Regulação das Especialidades Odontológicas - Endodontia, Periodontia, PCD, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia, Prótese, Odontopediatria, DTM - disponíveis no sítio eletrônico <https://www.saude.df.gov.br/notas-tecnicas>.



Esse indicador terminou o ano com a média parcial de 79% terminando o ano com status satisfatório, houve um aumento em comparação ao ano de 2023 que teve como média parcial de 64%. Durante o primeiro semestre não tivemos grandes variações, mantendo sempre entre 70% a 80%. Em Julho houve uma queda para 56% isso se deve ao alto absenteísmo da especialidade devido ao extenso tempo de espera no sistema regulatório ambulatorial, mudança de planejamento de endodontia a ser tratada para

exodontia e até mesmo o paciente já chega com o dente extraído, também como causa do extenso tempo de espera no sistema regulatório ambulatorial. A meta desse indicador é de 100% porém não alcançamos essa meta em nenhum mês durante o ano, os meses mais próximos da meta foram Agosto 98% e Setembro 94%.

8.6. Indicador 34: Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria

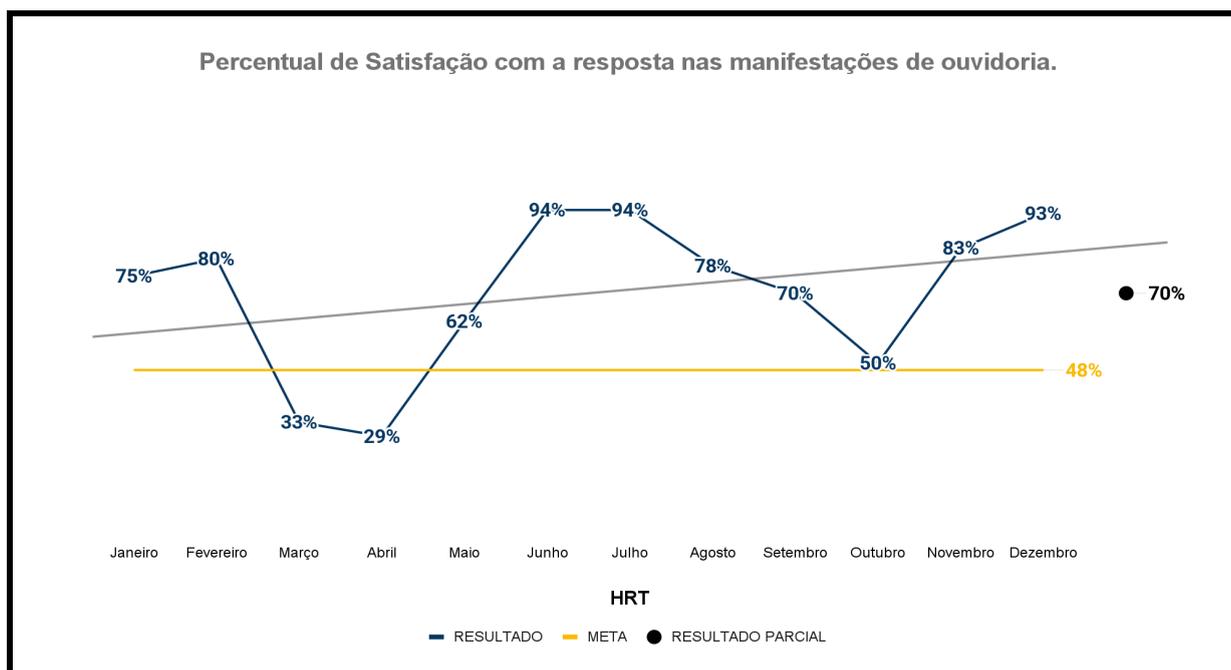
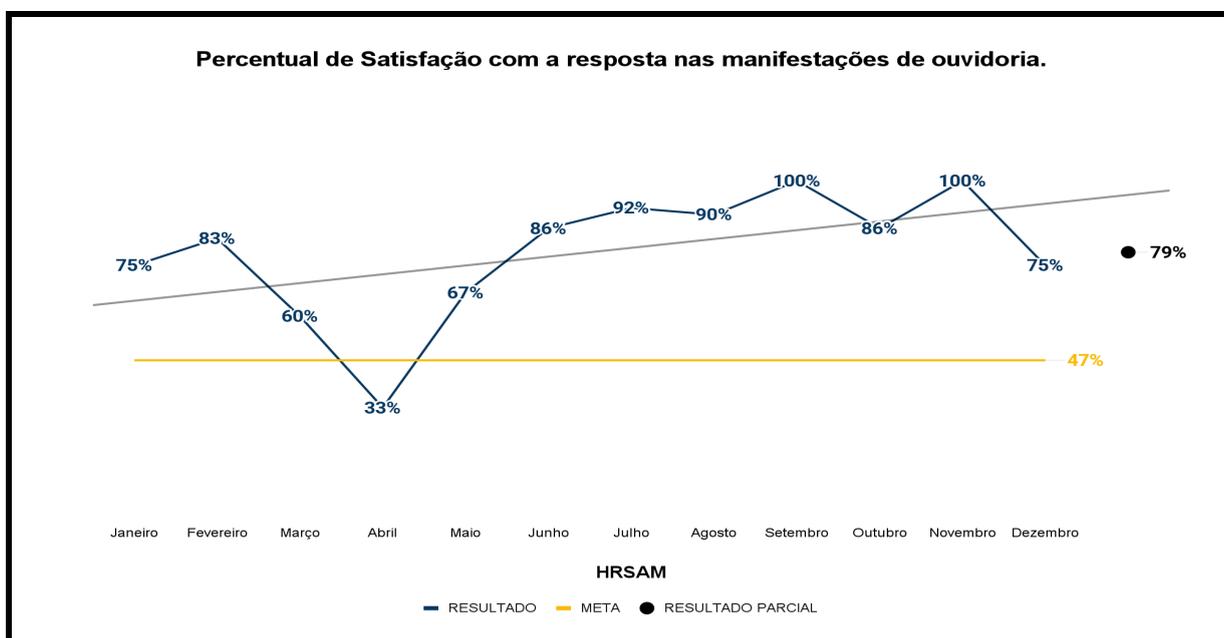
Conceito: A ouvidoria é regulamentada pela Lei 4.896/2012, Lei 6.519/2020 e Decretos 36.462/2015 e 39.723/2019. As ouvidorias do GDF, monitoradas pela Ouvidoria-Geral, utilizam indicadores de desempenho, incluindo a satisfação do usuário com as respostas em reclamações, solicitações e denúncias.

Metodologia de cálculo: Numerador: Percentual da satisfação da resposta / 100

Denominador: N° de manifestações avaliadas

Polaridade: Maior melhor

Fonte: Sistema ParticipaDF (<https://www.participa.df.gov.br/>) e Painel Público de Ouvidoria (<http://www.painel.ouv.df.gov.br/dashboard>).



HRSAM - Este Indicador reflete o Índice satisfatório das respostas apresentadas para o cidadão e possui polaridade quanto maior melhor, ficamos acima da meta estipulada 79%, refletindo a confiança que os cidadãos depositam no sistema. A Ouvidoria Seccional do Hospital Regional de Samambaia está comprometida em garantir um atendimento de qualidade ao cidadão, com ações focadas no acolhimento, na utilização de linguagem cidadã e na prática da empatia. Ao comparar os períodos, observamos, em 2024, um aumento significativo em quase todos os indicadores, além das metas estabelecidas, o que reflete o esforço conjunto da equipe da Ouvidoria para aprimorar e simplificar os processos, os procedimentos organizacionais e as ferramentas de gestão. Por fim, investimos na capacitação contínua dos servidores da Ouvidoria. A meta é disseminar novos fluxos de trabalho, melhorar a qualidade das respostas aos cidadãos, além de gerenciar, monitorar e acompanhar a produtividade das unidades envolvidas, garantindo uma gestão eficiente e orientada para resultados.

HRT -Este Indicador reflete o Índice satisfatório das respostas apresentadas para o cidadão e possui polaridade quanto maior melhor, o hospital ultrapassou a meta estabelecida terminando o ano com resultado de 70% sendo a meta de 48%. A ouvidoria do Hospital tem trabalhado para o desempenho do indicador. O índice de satisfação com as respostas nas manifestações de ouvidoria do HRT tem mostrado melhorias, embora ainda exista a necessidade de otimização de processos e alocação de recursos. A continuidade das ações de gestão, incluindo a reunião entre a ouvidoria, controladoria e SES, tem sido crucial para melhorar os indicadores, e novos esforços são essenciais para manter o progresso.

8.7. Indicador 37: Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD

Conceito: Explicita a contribuição do motivo 341 - Licença médica do servidor para o total de afastamentos observados na Região/URD. São considerados afastamentos: atestado de comparecimento, atestado médico/odontológico, licenças médicas, faltas injustificadas e atrasos injustificados.

Metodologia de cálculo: Numerador: Número em horas de afastamentos com o código 341 na Região de Saúde/URD

Denominador: Soma em horas de todos os afastamentos na Região de Saúde/URD

Multiplicador: 100

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Relatórios Gerenciais extraídos do ForPonto e SIGRHWeb.

*** INDICADOR SOBRESTADO ATÉ REFORMULAR**

8.8. Indicador 38: Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde

Conceito: Número de casos suspeitos/prováveis de arboviroses digitados no SINAN - ONLINE em até 7 dias da data de notificação pela Região de Saúde em relação ao total de casos notificados

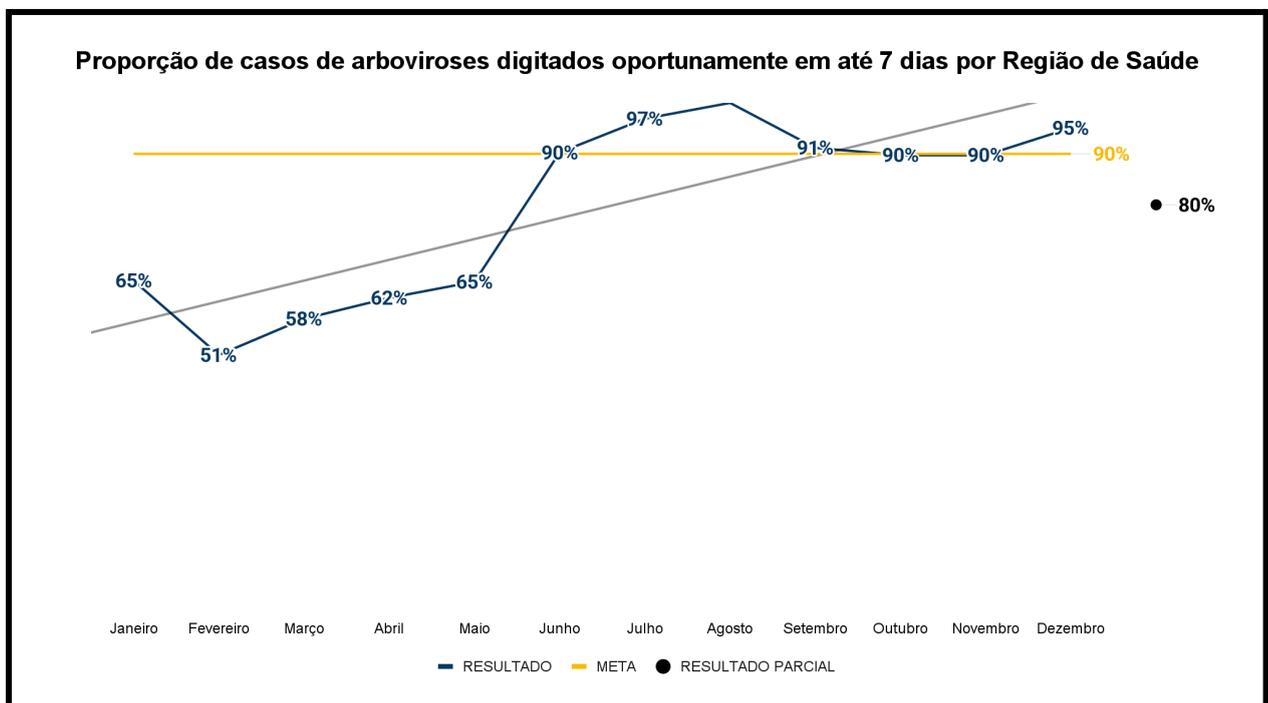
Metodologia de cálculo: Numerador: Número de casos de (dengue + chikungunya + zika) digitados até 7 dias da data de notificação.

Denominador: Total de casos digitados de (dengue + chikungunya + zika)

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SINAN ONLINE



Trata-se do indicador de proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde, com a meta de 90%, maior melhor, na Região Sudoeste durante os meses de Janeiro a maio de 2024 os números ficaram abaixo da meta 90% devido a epidemia ocorrido no Distrito Federal durante o início de 2024 o número de casos e atendimento foram muito elevado para serem inseridos e digitados no tempo oportuno.

O desempenho geral está classificado como "satisfatório", já que a maioria dos períodos registrou uma proporção significativa de casos digitalizados dentro de 7 dias, com alguns períodos atingindo cerca de 100%.

Houve um aumento expressivo no número de casos notificados de arboviroses na Região Sudoeste, com destaque para o aumento da participação no GEIPLAN Dengue e ações regionais de controle e mobilização para combate às arboviroses. O trabalho envolveu órgãos como GSAPS, SLU, Núcleos de Vigilância Ambiental e conselhos de saúde. As tendas de atendimento à dengue em Samambaia e Recanto das Emas atenderam um grande número de casos. A partir do mês de Junho a Região conseguiu

alcançar a meta estabelecida de 90% devido a redução do número de casos de Dengue na Região. As tendas de atendimento, junto com as capacitações e ações de mobilização comunitária, têm sido essenciais para o controle das doenças transmitidas pelo Aedes. A continuidade dessas ações e o envolvimento de vários setores da comunidade e da administração pública têm contribuído para a redução dos casos na região. Os esforços conjuntos entre os diferentes órgãos regionais e a força-tarefa para a inserção de dados no SINAN resultaram em uma melhoria substancial na notificação dos casos de arboviroses dentro do prazo de 7 dias, com destaque para os períodos em que a taxa atingiu 90% ou mais.

A capacitação constante de profissionais e o foco na qualidade e completude dos dados registrados têm sido fatores-chave para alcançar a alta taxa de notificação.

A proporção de casos de arboviroses notificados oportunamente tem mostrado progressos significativos ao longo do período, com uma avaliação final considerada satisfatória, dado que os indicadores superaram as metas estabelecidas em vários períodos.

Impacto das Ações Implementadas:

Tendas de Atendimento: O estabelecimento de tendas de atendimento à dengue nas RAs mais afetadas, como Samambaia, Recanto das Emas, Taguatinga, Águas Claras e Vicente Pires, provavelmente desempenhou um papel fundamental na melhoria da notificação dos casos. Com o atendimento específico nessas áreas, o número de atendimentos e a resposta rápida a casos suspeitos aumentaram.

Força-Tarefa para Inserção de Dados: A realização de uma força-tarefa para a inserção das notificações de casos suspeitos no sistema SINAN também contribuiu para a melhoria da qualidade da base de dados, permitindo uma maior acuracidade na análise da situação epidemiológica.

8.9. Indicador 39: Percentual de cura dos casos novos de tuberculose

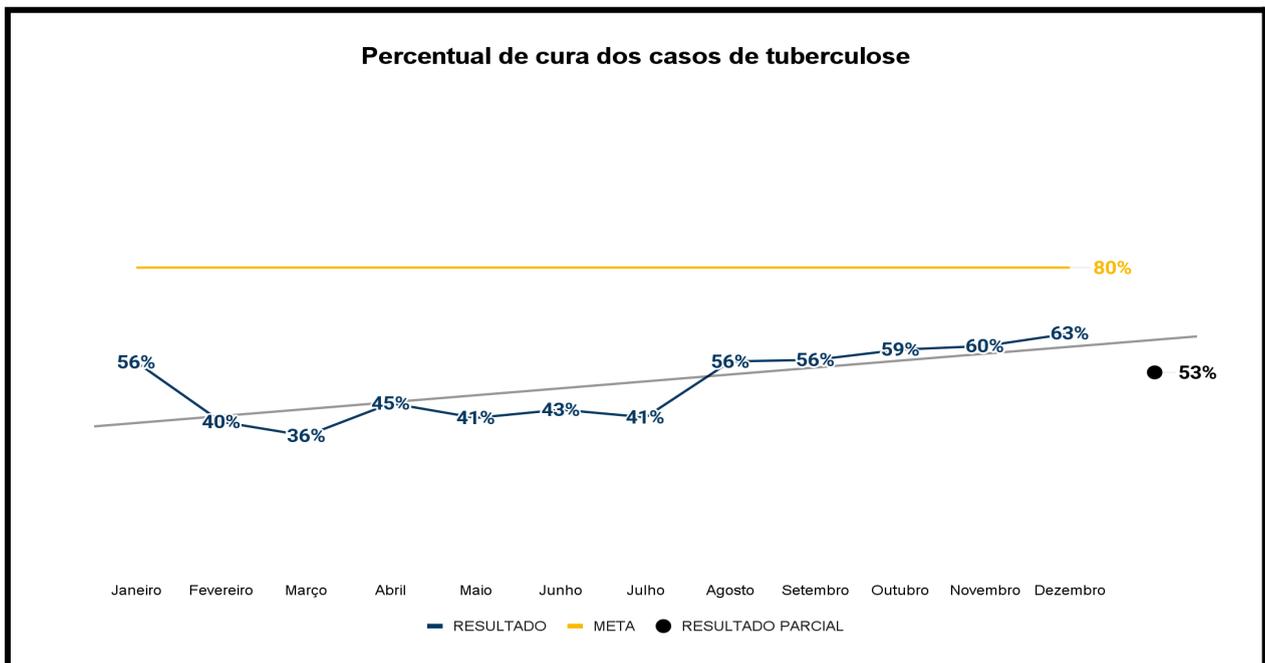
Conceito: Expressa a efetividade do tratamento. O alcance das metas pactuadas para esse indicador visa a redução da transmissão para novos paciente, diminuindo a ocorrência de casos novos

Metodologia de cálculo: Numerador: Número de casos novos de tuberculose encerrados por cura no ano de diagnóstico anterior em residentes em determinada Região de Saúde. Denominador total de casos novos residentes na mesma Região de Saúde nos anos das

Fator multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SINAN Net



Ao longo de 2024, o indicador oscilou abaixo da meta, mantendo-se próximo de 50% (polaridade maior é melhor) e encerrando o ano com 55%, sem atingir a meta em nenhum mês. Os valores variaram entre 41% e 60%, com tendência de crescimento, mas ainda abaixo do ideal de 80%. O percentual de cura evoluiu ao longo dos meses, embora com oscilações. O resultado final do indicador foi 65,9% (relação do resultado à meta), classificado como "Razoável". Isso indica progresso, mas ainda há desafios a superar.

Fatores Relevantes

Vigilância Epidemiológica: A equipe tem atuado constantemente no acompanhamento dos casos, promovendo educação em serviço, monitoramento de dados no SINAN e suporte técnico aos profissionais de saúde.

Capacitação e Suporte Técnico: Há necessidade de apoio técnico das instâncias superiores para capacitação contínua e coordenação das ações no DF. O sucesso depende da completude dos dados e da compreensão dos profissionais sobre o sistema de informações.

Acompanhamento de Casos: O monitoramento contínuo e o encerramento oportuno dos casos têm sido ações positivas. A distribuição de planilhas para acompanhamento nas unidades de saúde também tem contribuído para o aumento no fechamento de casos.

Educação Continuada: Os esforços de educação nas UBSs têm impactado positivamente a compreensão dos profissionais sobre a importância do registro completo e correto dos casos.

Conclusão : O indicador de cura da tuberculose na Região de Saúde Sudoeste apresenta desempenho razoável, com tendência de crescimento. No entanto, a melhoria depende da superação de desafios como a completude dos dados, o abandono do tratamento e a atualização dos registros. As ações de vigilância e capacitação mostram avanços, mas são necessários esforços adicionais para atingir a meta.

8.10. Indicador 40: Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde

Conceito: Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde

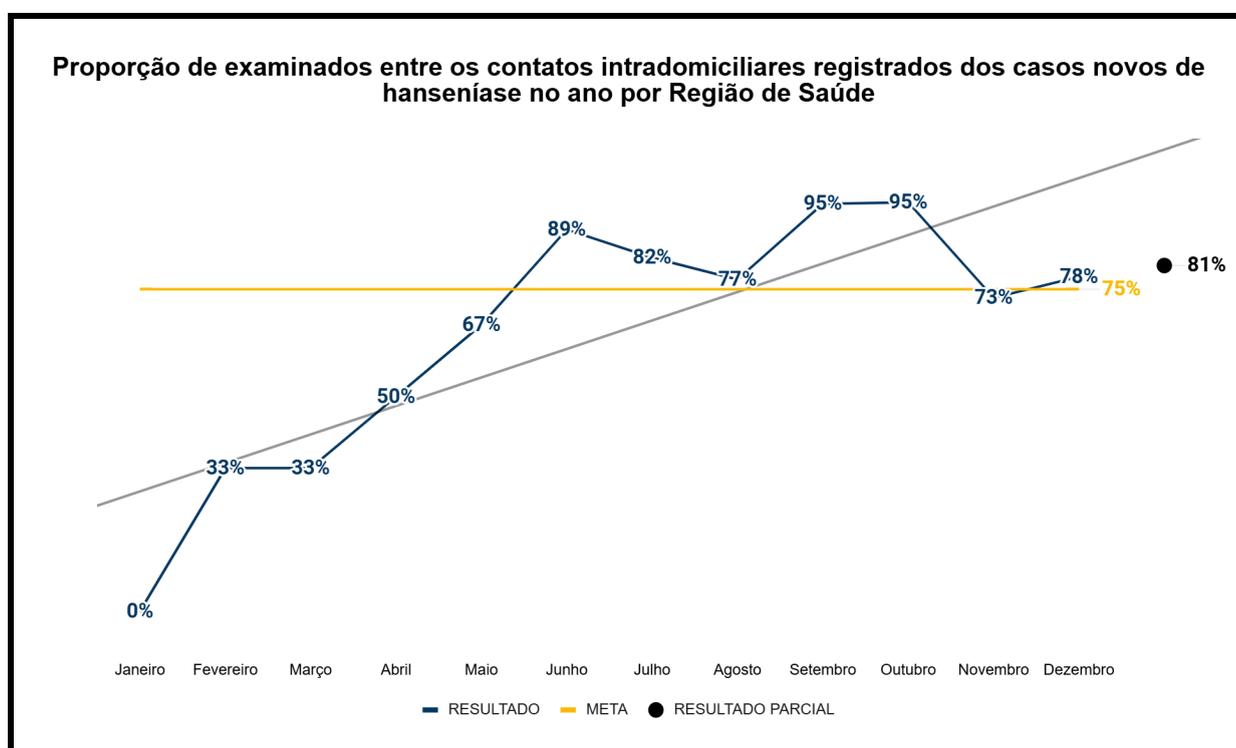
Metodologia de cálculo: Numerador: contatos intradomiciliares examinados referentes aos casos novos residentes em determinada Região de Saúde e diagnosticados no ano de avaliação.

Denominador: total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de avaliação.

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SINAN Net



A análise dos dados do indicador ao longo de 2024 evidencia uma melhora progressiva, com a meta de 75% (proporção de contatos intradomiciliares examinados em relação ao total de contatos registrados de casos novos de hanseníase) sendo superada a partir de junho. O ano encerrou com um resultado final de 81%, considerado "bom" ($\geq 75\%$).

Nos primeiros meses, a proporção de exames foi baixa, atingindo 33% em fevereiro e março. Houve melhora em abril e maio (50% a 67%), seguida por um aumento contínuo. Esse avanço reflete os esforços de educação em serviço, matriciamentos e treinamentos das equipes de ESF, além do estímulo à busca ativa de contatos nas UBS e da realização de testes rápidos.

Destaca-se que o resultado final do indicador é influenciado pelo acompanhamento de pacientes na referência secundária.

8.11. Indicador 41: Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde

Conceito: Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, chikungunya e zika) investigadas e encerradas em até 60 dias, por Regional de Saúde.

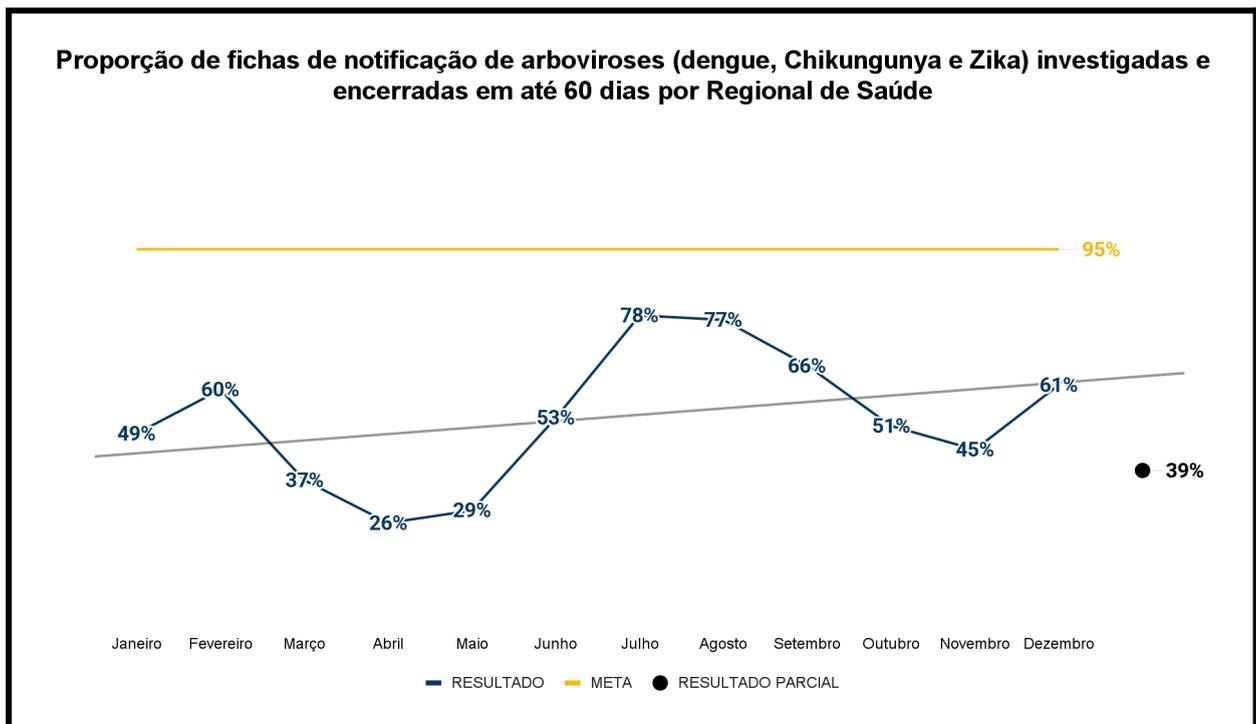
Metodologia de cálculo: Numerador: número de fichas de notificação de dengue, zika e chikungunya investigados e encerrados em até 60 dias da data de notificação

Denominador: número total de fichas de notificação de casos suspeitos de dengue, zika e chikungunya notificados no período analisado.

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SINAN ONLINE



Trata-se de um indicador com meta de 95% com polaridade maior melhor, observa-se durante o ano flutuações no desempenho com mínima de 26% em Abril e máxima de 78% em Julho. Em alguns meses, como em junho e agosto, houve desempenho próximo da meta, com taxas superiores a 70% (77% e 78%, respectivamente).

A partir de maio de 2024, houve uma redução significativa no número de notificações, o que parece ter contribuído para uma melhoria no desempenho do indicador. Com menos casos a serem acompanhados, foi possível aumentar a taxa de encerramento dentro do prazo.

As ações de acompanhamento e a mobilização de recursos humanos e materiais (horas extras, capacitações, etc.) também facilitaram o fechamento mais rápido dos casos.

O grande número de notificações, a instabilidade dos sistemas e a orientação sobre os testes rápidos limitaram a capacidade de encerramento eficiente de casos em alguns

meses. Além disso, a sobrecarga de trabalho nas unidades de saúde foi um fator constante que impactou diretamente o desempenho.

A partir de maio de 2024, com a redução nos casos, houve uma melhora expressiva nos índices de encerramento dentro do prazo, especialmente devido a um esforço coordenado para melhorar a qualidade dos dados, a capacitação contínua e a utilização mais eficiente das ferramentas de acompanhamento.

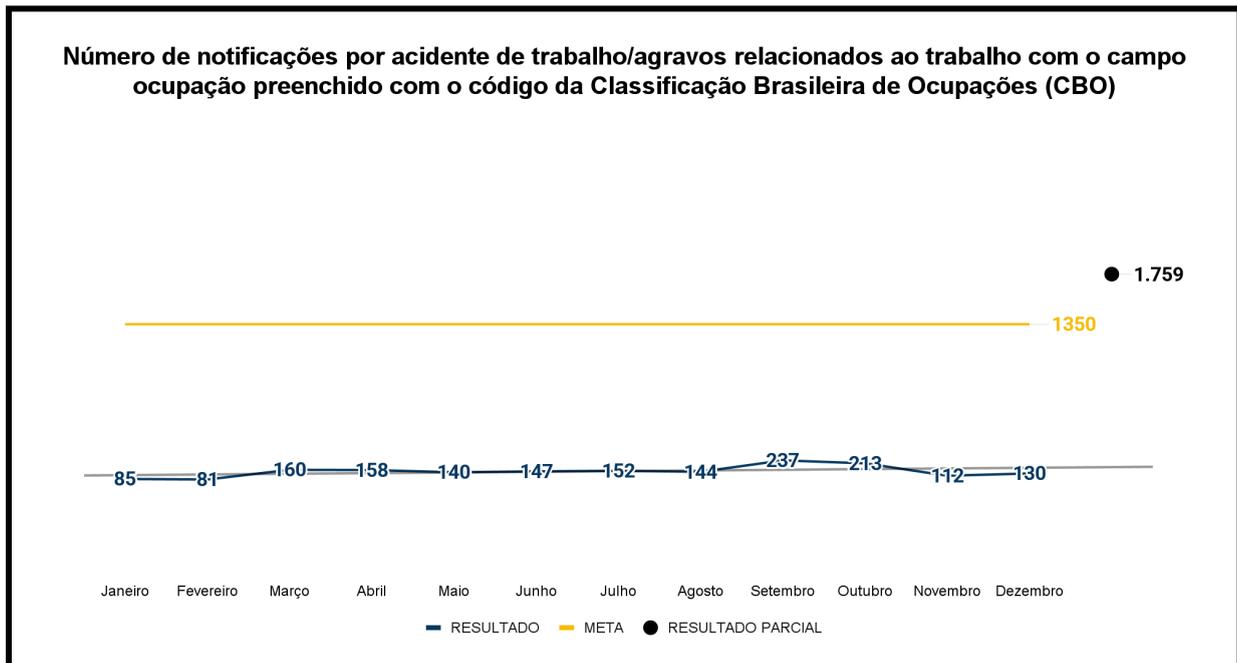
8.12. Indicador 42: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionado ao trabalho

Conceito: O indicador monitora o número de notificações por acidente de trabalho /agravos relacionados ao trabalho.

Metodologia de cálculo: Somatório do número de notificações de acidentes de trabalho e agravos relacionados ao trabalho com campo ocupação preenchido com CBO

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com extração pelo TABWIN.



O indicador mede o número de notificações de acidentes de trabalho e agravos relacionados ao trabalho, com a informação sobre a ocupação preenchida conforme o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), e é utilizado para monitorar a saúde ocupacional na região do Sudoeste, especialmente em unidades de saúde como HRT, HRSAM, UBS, e outras. A meta estabelecida é de 1350 notificações e a Região Sudoeste superou a meta com 1759 notificações. O mês com maior notificação foi Setembro com 237, e o mês com menor notificação foi Fevereiro com 81.

Foram implementadas diversas ações pelos Núcleos de Saúde, Higiene e Medicina do Trabalho com o objetivo de aumentar as notificações de acidentes de trabalho e agravos relacionados ao trabalho. Dentre essas ações, destacam-se a busca ativa de relatos, comunicações e fichas do SINAN preenchidas, a revisão de prontuários ocupacionais e processos de acidentes em serviço/agravos registrados e/ou em tramitação no NSHMT, além da busca ativa de processos de apuração de acidentes já em andamento na CRPIAS. Também foi realizada a consulta aos gestores das unidades de atuação do NSHMT e a empresas terceirizadas para identificar e registrar os agravos ocorridos.

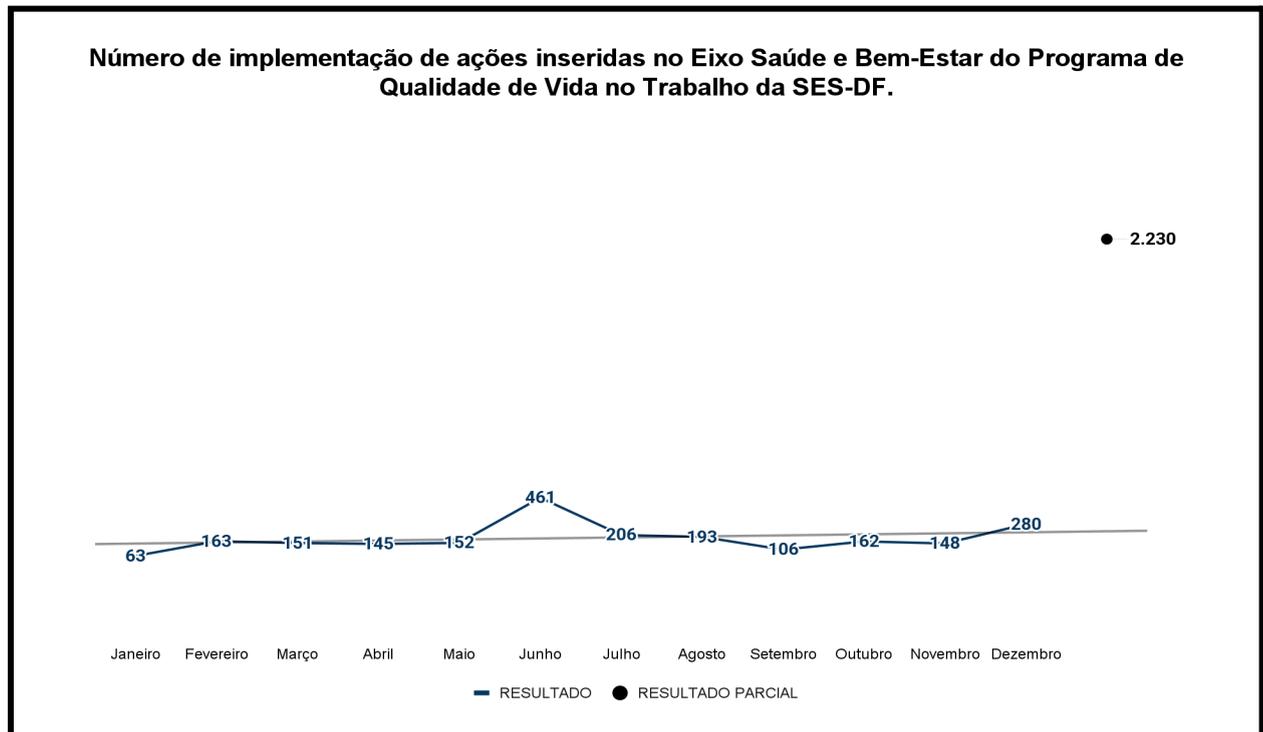
8.13. Indicador 43: Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.

Conceito: A implementação do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho promoverá a atenção integral à saúde e valorização dos servidores em sua totalidade, bem como atenção às condições de trabalho, à satisfação profissional e às relações socioprofissionais na perspectiva de promoção à saúde, bem-estar e qualidade de vida no trabalho.

Metodologia de cálculo: Número de ações implementadas do Eixo Saúde e Bem-Estar

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Planilha local padronizada nos NSHMTs (Núcleos de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho) regionais.



Este indicador tem como objetivo monitorar o número de ações implementadas dentro do Eixo Saúde e Bem-Estar, que visa melhorar as condições de saúde e qualidade de vida no ambiente de trabalho. As ações cobrem uma ampla gama de temas, incluindo alimentação saudável, combate ao tabagismo, atividade física, prevenção de doenças, vacinação, entre outras.

O indicador é classificado como "Maior melhor", ou seja, quanto maior o número de ações implementadas, melhor.

O monitoramento de ações é contínuo, sendo monitorado mensalmente pelos Núcleos de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (NGPESP-SAM e NSHMT-SAM).

Apesar das flutuações, as ações implementadas cobriram áreas essenciais, como exames periódicos, prevenção de acidentes, e promoção de saúde mental, essenciais para a qualidade de vida dos servidores.

O sucesso final da Região Sudoeste é refletido pela quantidade significativa de ações implementadas no final do período, apesar dos desafios enfrentados, mostrando a resiliência e o comprometimento da equipe com o bem-estar dos servidores.

9. Monitoramento dos resultados

O monitoramento e acompanhamento de indicadores de resultados contratualizados entre a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (DF) e suas Regiões de Saúde ou Unidades de Referência Distrital é fundamental para garantir a eficiência, efetividade e transparência das ações de saúde pública. O acompanhamento sistemático desses indicadores permite avaliar o desempenho dos serviços de saúde e identificar áreas que necessitam de melhorias, promovendo uma gestão mais responsável.

Além disso, o monitoramento contínuo dos indicadores possibilita a tomada de decisões embasadas em dados concretos, facilitando a implementação de ações corretivas em tempo hábil e a promoção de melhores práticas de saúde.

A transparência nos resultados contratualizados também fortalece a confiança da população nas instituições de saúde, uma vez que os cidadãos podem acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas e a qualidade dos serviços prestados.

Por fim, o acompanhamento dos indicadores contribui para a melhoria da qualidade do atendimento e para a redução de desigualdades no acesso à saúde, assegurando que todos os cidadãos do DF recebam cuidados adequados e dignos, alinhados às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tornando a monitorização de indicadores uma ferramenta essencial para a gestão de saúde, visando à promoção da saúde e ao bem-estar da população.

10. Considerações finais

O monitoramento e avaliação do Acordo de Gestão Regional (AGR) referente ao período analisado evidenciaram avanços importantes na estruturação das ferramentas de acompanhamento, no fortalecimento da cultura de dados e no engajamento das Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital (URD) no uso dos indicadores como base para a gestão.

O presente monitoramento e avaliação dos Acordos de Gestão Regional (AGR) permitiu uma análise sistemática do desempenho das Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital (URD) com base nos indicadores pactuados. Os resultados demonstram avanços significativos em diversos componentes da gestão e da atenção à saúde, com destaque para o aumento da proporção de indicadores classificados como superados ou satisfatórios em comparação ao ciclo anterior.

Apesar dos avanços, ainda persistem desafios relacionados à regularidade na alimentação dos sistemas de informação, automatização na busca dos dados nas fontes dos indicadores para alimentação das ferramentas de monitoramento do Acordo de Gestão, qualificação das análises dos indicadores, à consolidação dos registros administrativos e à estabilidade de alguns indicadores, especialmente aqueles com dependência de múltiplas áreas técnicas ou com dificuldades operacionais de extração.

A utilização de ferramentas automatizadas, painéis interativos e metodologias padronizadas contribuirá para maior transparência, agilidade e capacidade analítica no acompanhamento dos resultados. Essa estrutura torna-se essencial para subsidiar a tomada de decisão, o planejamento de ações corretivas e o incentivo à melhoria contínua do desempenho institucional.

Recomenda-se a continuidade da qualificação dos processos de monitoramento, a revisão periódica da matriz de indicadores e o fortalecimento da corresponsabilização dos atores envolvidos, como estratégia para alcançar resultados mais efetivos e sustentáveis na gestão regional do SUS-DF.