



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

Unidade de Referência Distrital  
Hospital Materno Infantil de Brasília

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**

**DRA.MARINA DA SILVEIRA ARAUJO**

DIRETORA GERAL (DG)

**WANDER PREUSSE REIS JUNIOR**

DIRETOR ADMINISTRATIVO (DA)

**DRA.ANDREIA REGINA DA SILVA**

DIRETORA DE ATENÇÃO À SAÚDE (DAS)

**JOSE RIBAMAR BATISTA JUNIOR**

GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (GPMA)

### **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](mailto: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

<b>SIGLÁRIO.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1. O Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa (HMIB).....	11
2. MATRIZ CONSOLIDADA DOS INDICADORES.....	13
3. Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI (Antiga Rede Cegonha).....	16
3.1. Indicador 2: Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) - HMIB.....	17
3.2. Indicador 3: Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência.....	18
4. Rede de Urgência e Emergência - RUE.....	19
4.1. Indicador 11: Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.....	20
4.2. Indicador 12: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas.....	22
4.3. Indicador 15: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral - HMIB.....	23
4.4. Indicador 16: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica - HMIB.....	25
4.5. Indicador 20: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas - HMIB.....	27
5. Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência - RCPCD.....	29
5.1. Indicador 21: Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.....	30
6. Sistema de Apoio e Logística.....	31
6.1. Indicador 27: Índice de Fechamento de Chave da Região/URD.....	32
6.2. Indicador 28: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar.....	34
6.3. Indicador 29: Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.....	35
6.4. Indicador 30: Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica - HAB, HMIB E HSVP.....	37
6.5. Indicador 31: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC.....	39
6.6. Indicador 32: Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD.....	40
6.7. Indicador 33: Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas.....	42
6.8. Indicador 34: Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.....	44
6.9. Indicador 37: Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD.....	45
6.10. 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.....	46
7. Indicadores específicos HMIB.....	48
7.1. Indicador 1: Número de acessos para 1ª consulta para reprodução humana.....	49
7.2. Indicador 2: Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal.....	50
7.3. Indicador 3: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Geral.....	52
7.4. Indicador 4: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Neonatal.....	53

7.5. Indicador 5: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica.....	54
7.6. Indicador 6: Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura.....	55
7.7. Indicador 7: Proporção de RN com contato pele a pele no nascimento.....	57
7.8. Indicador 8: Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias.....	59
7.9. Indicador 9: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês.....	61
7.10. Indicador 11: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI por NEO mês.....	62
7.11. Indicador 11: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês.....	63
8. Monitoramento dos resultados.....	64
9. Considerações finais.....	65

## 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 Guará  
**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 (URD). 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 (URD).

O relatório é dividido em três partes:

1. **Conformação da Unidade de Referência Distrital:** Apresenta a estrutura da Unidade de Referência Distrital, incluindo histórico, perfil dos usuários e serviços oferecidos.
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.

# **Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa (HMIB)**

## 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 do **Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa (HMIB)**, 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 URD. 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 das Pessoas com Deficiência (RCPCD)**, **Sistema de Apoio Logístico** e **Indicadores Específicos da Unidade de Referência (URD)**.

## 1. O Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa (HMIB)

O Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) é reconhecido como um Hospital de Ensino desde 2007 e desempenha um papel fundamental na assistência médica integral ao binômio mãe-filho, além de promover o avanço da medicina e a formação de profissionais de saúde. Como referência terciária para o Distrito Federal, oferece atendimento hospitalar e ambulatorial em diversas especialidades médicas, com acesso disponível 24 horas por dia, sete dias por semana.

Sua especialização abrange áreas como pediatria, cirurgia pediátrica, neonatologia e ginecologia, incluindo gestação de alto risco. O HMIB possui uma infraestrutura completa, com ambulatorios, centro cirúrgico, UTIs pediátrica, neonatal e adulta, além de um banco de leite humano e outros serviços essenciais e ainda participa ativamente de programas governamentais e iniciativas de promoção da saúde, como o Pacto pela Vida do SUS e diversas políticas nacionais de saúde.

Em 2023, alcançou marcos significativos, como a revitalização do centro obstétrico, a realização de atividades de conscientização sobre a importância do aleitamento materno e a execução de procedimentos médicos complexos, incluindo a correção cirúrgica de mielomeningocele em um feto intra útero, evidenciando o compromisso com a excelência na gestão e prestação de serviços de saúde.

O foco na qualidade do atendimento é fortalecido pela adoção de novas práticas de cuidados com a mãe, conforme as diretrizes da Rede Materno Infantil e na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), assegurando um ambiente acolhedor e seguro para mães e bebês desde o momento do parto até a alta hospitalar.

# Principais Serviços do HMIB



- Pediatria

Emergência em Pediatria e Obstetria



- Cirurgia Pediátrica

Obstetria de Alto Risco



UTIs Pediátrica, Neonatal e Adulta

Reprodução Humana e Banco de Leite



Figura 1 - Principais serviços ofertados no HMIB

## 2. MATRIZ CONSOLIDADA DOS INDICADORES

Item	Tema	Indicador	Polaridade	Meta	Resultado	Status
2	RAMI	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	Maior melhor	54%	41%	NÃO ALCANÇADO
3	RAMI	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência	Menor melhor	4%	6%	NÃO ALCANÇADO
11	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	Maior melhor	100%	86%	NÃO ALCANÇADO
12	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares	Menor melhor	Monitoramento	24%	Monitoramento
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	Menor melhor	10 dias	5,4	ALCANÇADO
16	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica	Menor melhor	10 dias	8,9	ALCANÇADO
20	RUE	Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas	Menor melhor	15%	7%	ALCANÇADO
21	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	Maior melhor	80%	108%	ALCANÇADO
27	SIST. DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de fechamento de chave	Maior melhor	70%	71%	ALCANÇADO
28	SIST. DE APOIO E LOGÍSTICA	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Hospitalar	Menor melhor	30%	43%	NÃO ALCANÇADO
29	SIST. DE APOIO E LOGÍSTICA	Porcentagem de leitos do hospital com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	Maior melhor	100%	68%	NÃO ALCANÇADO
30	SIST. DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	Maior melhor	15%	13%	NÃO ALCANÇADO
31	SIST. DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	Maior melhor	5%	6%	NÃO ALCANÇADO
32	SIST. DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de desempenho da gestão de custos	Maior melhor	100%	100%	ALCANÇADO
33	SIST. DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	Maior melhor	100%	31%	NÃO ALCANÇADO

Item	Tema	Indicador	Polaridade	Meta	Resultado	Status
34	SIST. DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria	Maior melhor	69%	64%	NÃO ALCANÇADO
37	SIST. DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD	Menor melhor	Sobrestado		Sobrestado
43	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	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	5,9	Monitoramento
1	Específicos da Unidade HMIB	Número de acessos para 1ª consulta para reprodução humana	Maior melhor	50	40,7	NÃO ALCANÇADO
2	Específicos da Unidade HMIB	Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal	Menor melhor	23 dias	21,7	ALCANÇADO
3	Específicos da Unidade HMIB	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Geral	Menor melhor	4,5	0,0	ALCANÇADO
4	Específicos da Unidade HMIB	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Neonatal	Menor melhor	9,5	10,66	NÃO ALCANÇADO
5	Específicos da Unidade HMIB	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica	Menor melhor	4,3	2,94	ALCANÇADO
6	Específicos da Unidade HMIB	Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura	Maior melhor	100%	93%	NÃO ALCANÇADO
7	Específicos da Unidade HMIB	Proporção de RN com contato pele a pele no nascimento	Maior melhor	Monitoramento	37%	Monitoramento
8	Específicos da Unidade HMIB	Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias	Maior melhor	Monitoramento	84%	Monitoramento
9	Específicos da Unidade HMIB	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês	Menor melhor	Monitoramento	1%	Monitoramento
10	Específicos da Unidade HMIB	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI por NEO mês	Menor melhor	Monitoramento	4%	Monitoramento
11	Específicos da Unidade HMIB	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês	Menor melhor	Monitoramento	2%	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 **21** indicadores avaliados com metas na URD, **10** apresentaram resultados iguais ou superiores a 100% da meta, sinalizados na matriz como **ALCANÇADO**.

Abaixo, apresentamos o quadro de status do **HMIB**, dos indicadores **cujas metas não foram alcançadas**:

HMIB	
Status	Quantidade
<u>Satisfatório (75% a 99,99% da meta)</u>	<u>7</u>
<u>Razoável (50% a 74,99% da meta)</u>	<u>3</u>
<u>Parcial (25% a 49,99% da meta)</u>	<u>1</u>
<u>Crítico (menor que 25% da meta)</u>	<u>0</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 2: Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) - HMIB

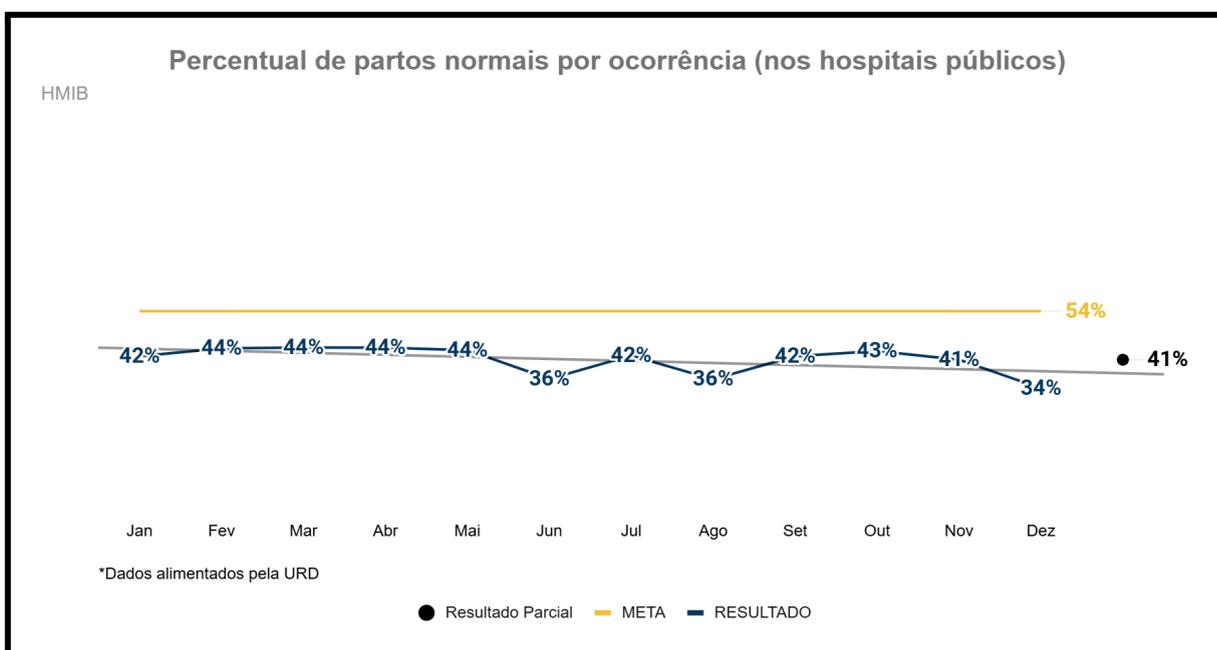
**Conceito:** Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos), em determinado período.

**Metodologia de cálculo:** Numerador: Número de nascidos vivos por parto normal por ocorrência (nos hospitais públicos) em determinado período.

Denominador: número total de nascidos vivos por ocorrência (nos hospitais públicos) no mesmo período. Multiplicador: 100.

**Polaridade:** Maior, melhor

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



Ao longo de 2024, o HMIB enfrentou dificuldades significativas para atingir a meta mínima de 54% de partos normais.

Os resultados mensais oscilaram, mas permaneceram consistentemente abaixo da meta estabelecida, refletindo desafios estruturais e assistenciais.

O HMIB é um hospital de referência em alta complexidade, o que significa que grande parte das gestantes atendidas possui indicações clínicas para cesariana.

Esse fator impacta diretamente a proporção de partos normais, tornando a meta de 54% um desafio significativo para a unidade.

Apesar dos esforços da equipe, como a implementação de treinamentos de reciclagem para o uso do partograma, outros fatores dificultam a melhoria dos resultados.

O aumento da procura por cesarianas eletivas sem justificativa clínica, muitas vezes solicitadas previamente pela atenção primária, e a dificuldade em estabelecer um diálogo com as pacientes sobre os benefícios do parto normal reforçam a necessidade de uma abordagem mais integrada entre os diferentes níveis de atenção.

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

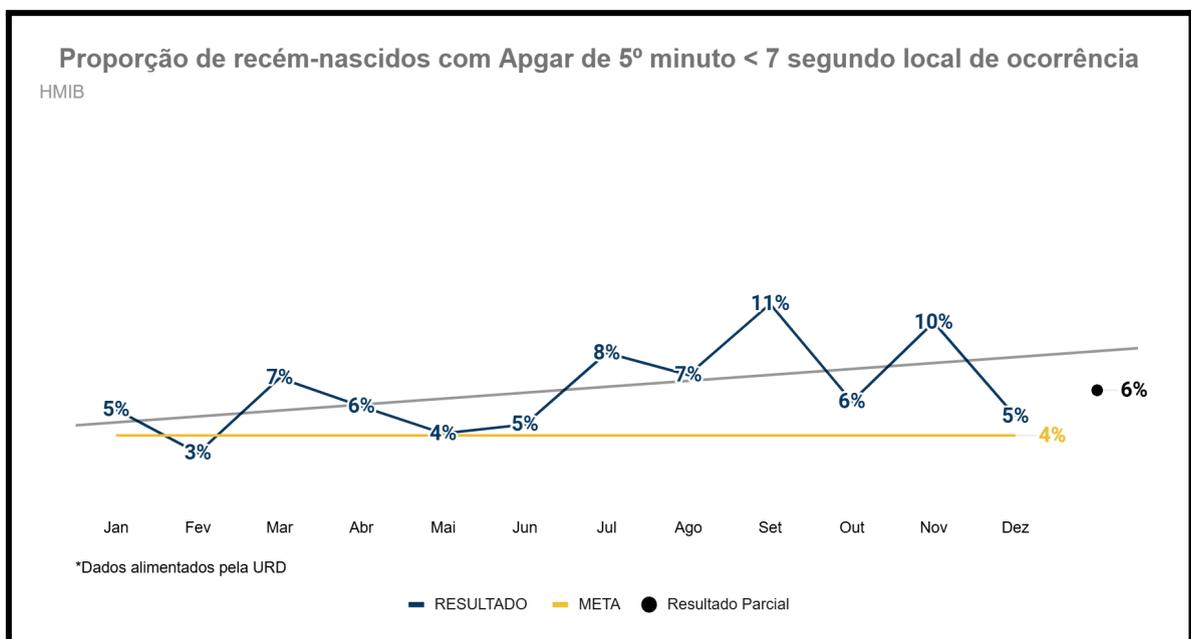
**Conceito:** Mede a ocorrência de asfixia no recém-nascido no quinto minuto de Vida. Contribui na análise das condições de parto e nascimento.

**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)



Ao longo de 2024, o percentual de recém-nascidos com Apgar < 7 no 5º minuto variou significativamente, mantendo-se frequentemente acima da meta de 4%.

Os desempenhos mais baixos ocorreram em meses com maior incidência de prematuros e gestantes de alto risco.

A unidade implementou ações corretivas ao longo do ano, como a instalação de monitores cardíacos nas salas de parto e cesárea, reforço na capacitação da equipe neonatal e aprimoramento dos fluxos assistenciais.

No entanto, desafios como a superlotação, transferência tardia de gestantes e aumento no número de partos críticos continuam impactando os resultados.

A análise evidencia a necessidade de fortalecer a triagem das gestantes antes da admissão, garantindo um melhor manejo pré-natal para reduzir o número de nascimentos em condições críticas.

#### **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.

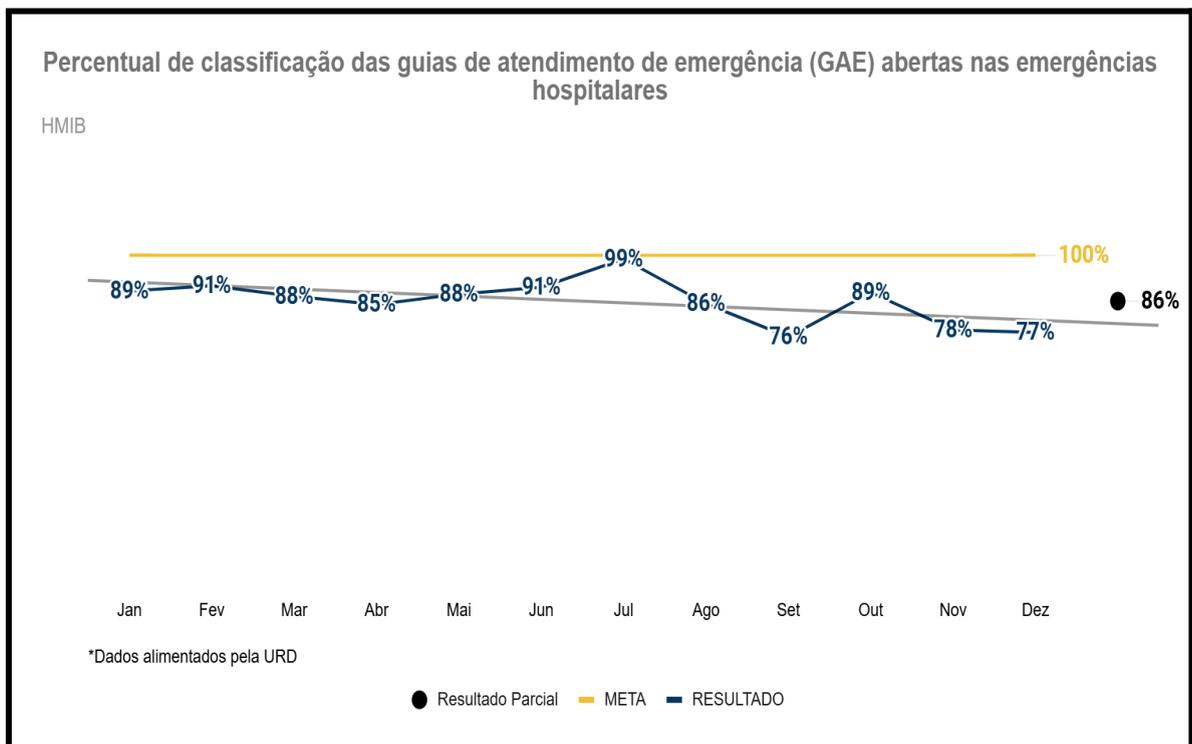
**Metodologia de cálculo:** Numerador: Número total de pacientes submetidos a classificação de risco por mês;

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

Multiplicador: 100

**Polaridade:** Maior, melhor

**Fonte:** Sistema Trakcare – Espelhado na Sala de situação



Ao longo de 2024, o percentual de guias de atendimento de emergência classificadas variou consideravelmente, sem alcançar a meta de 100%.

Nos primeiros meses do ano, o indicador apresentou um desempenho razoável, mas a partir de maio houve queda na classificação, reflexo do aumento no absenteísmo e das dificuldades na reposição da equipe de classificação de risco.

No segundo semestre, paralisações de profissionais da saúde e a redução no teto de TPD impactaram negativamente o indicador.

Embora tenha havido uma melhora em outubro (89%), a instabilidade nos meses seguintes manteve o percentual abaixo da meta.

Como ação corretiva, foram implementados monitoramento contínuo do indicador, ampliação de treinamentos técnicos e acompanhamento mais próximo da chefia de

equipe, mas a falta de profissionais e a alta demanda de atendimentos seguiram como desafios estruturais.

A tendência observada ao longo do ano demonstra a necessidade de reforço na equipe de classificação, melhoria na gestão de absenteísmo e revisão dos processos de fluxo de atendimento para minimizar os impactos na classificação de risco dos pacientes.

#### 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.

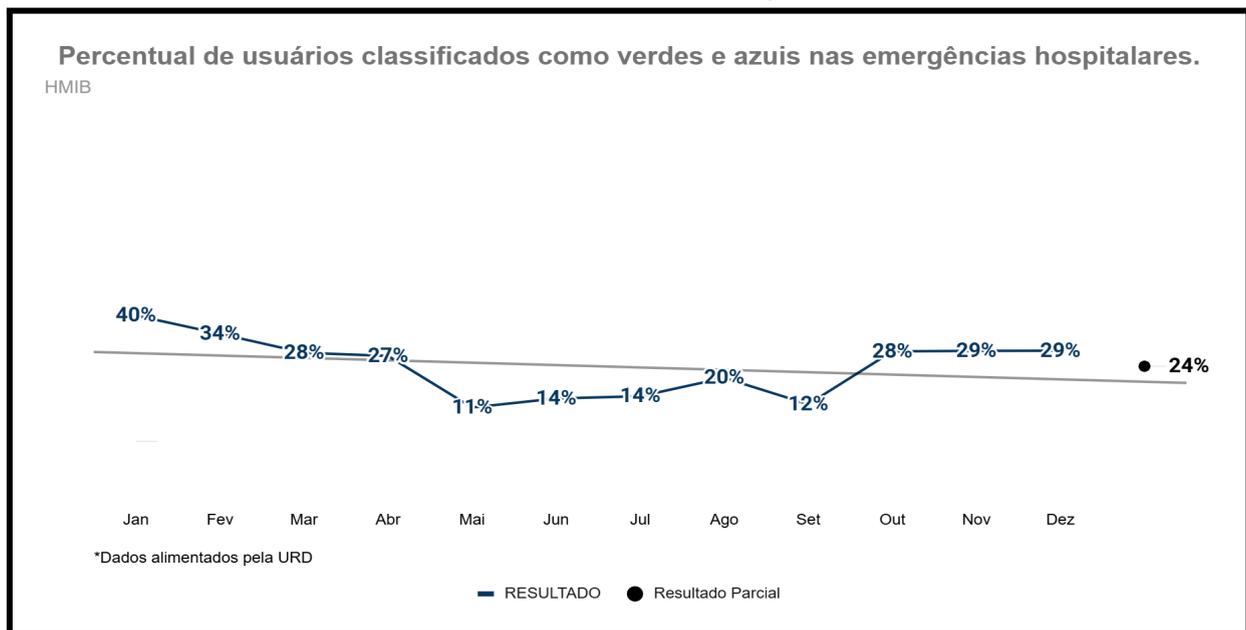
**Metodologia de cálculo:** NUMERADOR: Número de pacientes classificados com critério de prioridade (verde e azul) no mês.

DENOMINADOR: Número total de pacientes classificados no mês.

MULTIPLICADOR: 100

**Polaridade:** Menor, melhor

**Fonte:** Sistema Trakcare – Espelhado na Sala de situação



No primeiro semestre, observou-se uma tendência de queda nos atendimentos classificados como verdes e azuis, resultado da implementação da Rota Rápida para encaminhamento de casos de baixa complexidade à atenção primária.

No entanto, a partir de outubro, a demanda por atendimentos leves aumentou novamente, influenciada por doenças sazonais e pelo receio da população de não conseguir atendimento na atenção primária.

As ações realizadas ao longo do ano incluíram:

- Monitoramento contínuo do fluxo de pacientes classificados como verdes e azuis.
- Contato com a GEMERG para discutir estratégias de melhoria no direcionamento dos pacientes.
- Parcerias com a atenção primária para facilitar o encaminhamento de pacientes leves para atendimento ambulatorial.
- Aguardo da liberação de TPD para garantir cobertura suficiente na equipe assistencial.

Apesar dessas medidas, a dificuldade de manter um fluxo adequado de atendimento na emergência persiste, reforçando a necessidade de aprimorar a comunicação com a população e fortalecer a rede de atenção primária.

### 4.3. Indicador 15: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral - HMIB.

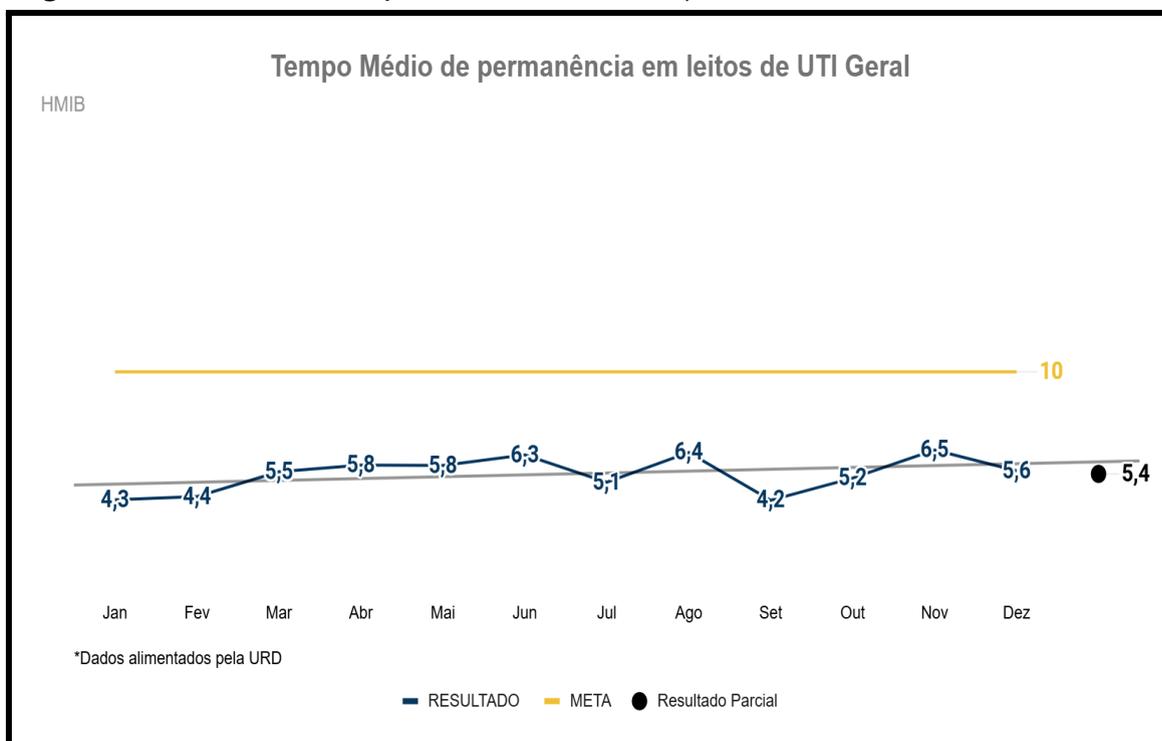
**Conceito:** Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto Geral (UTI-A) do hospital

**Metodologia de cálculo:** Numerador: Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Adulto Geral no período de um mês;

Denominador: N° de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Adulto para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas para outros hospitais e serviços hospitalares e óbitos) da UTI no período de um mês.

**Polaridade:** Menor, melhor.

**Fonte:** TrakCare (alguns hospitais também se utilizam do Epimed – um sistema confiável de gestão de indicadores, especialmente os de UTI).



Ao longo de 2024, o tempo médio de permanência em leitos de UTI Geral no HMIB manteve-se abaixo da meta de 10 dias, refletindo uma gestão eficiente do setor.

Contudo, houve momentos em que o indicador apresentou oscilações, influenciadas por fatores como a morosidade nas altas, complexidade dos casos atendidos e dificuldades na transferência de pacientes para enfermarias ou outros níveis de atenção.

Os meses de novembro e dezembro registraram um leve aumento na média de permanência, possivelmente devido a um maior número de pacientes críticos e à permanência de pacientes que já haviam recebido alta, mas não tinham vaga disponível para transferência.

Ainda assim, o tempo médio ficou dentro de parâmetros aceitáveis, indicando que a equipe conseguiu gerenciar a ocupação dos leitos de maneira eficiente.

As ações realizadas ao longo do ano incluíram:

- Monitoramento contínuo do tempo de permanência em UTI para identificar gargalos na alta hospitalar.
- Discussão com a equipe médica e assistencial para agilizar a liberação de pacientes que já receberam alta da UTI.
- Revisão dos fluxos de internação e alta para reduzir o tempo de ocupação de leitos por pacientes que não necessitam mais de cuidados intensivos.
- Propostas para implementação de protocolos de transferência que permitam um melhor fluxo entre UTI e enfermaria.

#### 4.4. Indicador 16: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica - HMIB.

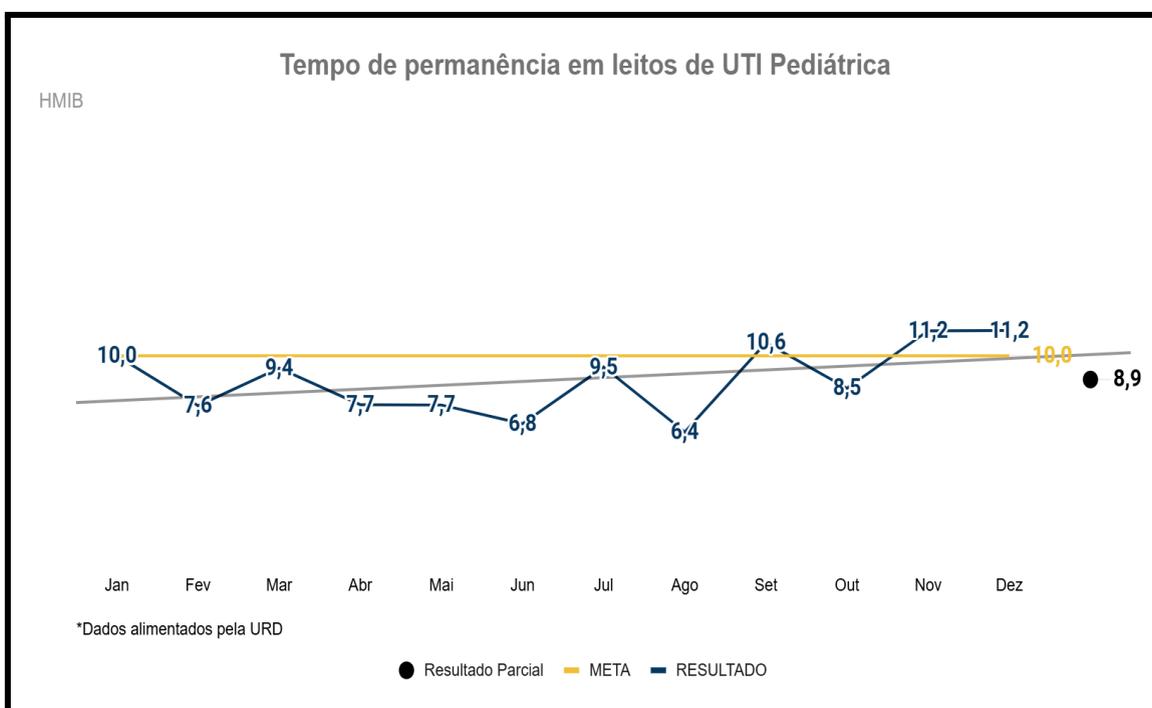
**Conceito:** Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do hospital.

**Metodologia de cálculo:** Numerador: Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Pediátrica no período de um mês;

Denominador: N° de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Pediátrica para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas para outros hospitais e serviços hospitalares e óbitos) da UTI Pediátrica no período de um mês.

**Polaridade:** Menor, melhor

**Fonte:** Sistema Trakcare



Ao longo de 2024, o tempo médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica apresentou oscilações, ficando próximo ou acima da meta de 10 dias em diversos momentos do ano.

Os períodos com maior permanência coincidiram com o aumento de internações de pacientes críticos, muitas vezes transferidos de outras unidades para tratamento especializado. Os principais fatores que impactaram o indicador foram a alta complexidade dos casos atendidos, a falta de leitos intermediários para pacientes que não precisam mais de suporte intensivo e o impacto da sazonalidade das doenças pediátricas.

As ações realizadas ao longo do ano incluíram:

-Monitoramento contínuo do tempo de permanência em UTI Pediátrica para identificar os principais fatores que impactam a rotatividade dos leitos.

-Análise do perfil dos pacientes internados para melhor planejamento da ocupação dos leitos. -Revisão dos protocolos clínicos para otimização das altas,

buscando reduzir o tempo de permanência sem comprometer a qualidade da assistência. -Treinamento da equipe sobre estratégias para facilitar a liberação de leitos, mantendo o atendimento seguro e eficaz.

Obs.: Apesar das dificuldades, o indicador mostrou períodos de adequação, sugerindo que a gestão da UTI Pediátrica está implementando estratégias eficazes para otimizar a permanência dos pacientes.

#### 4.5. Indicador 20: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas - HMIB

**Conceito:** Relação percentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês.

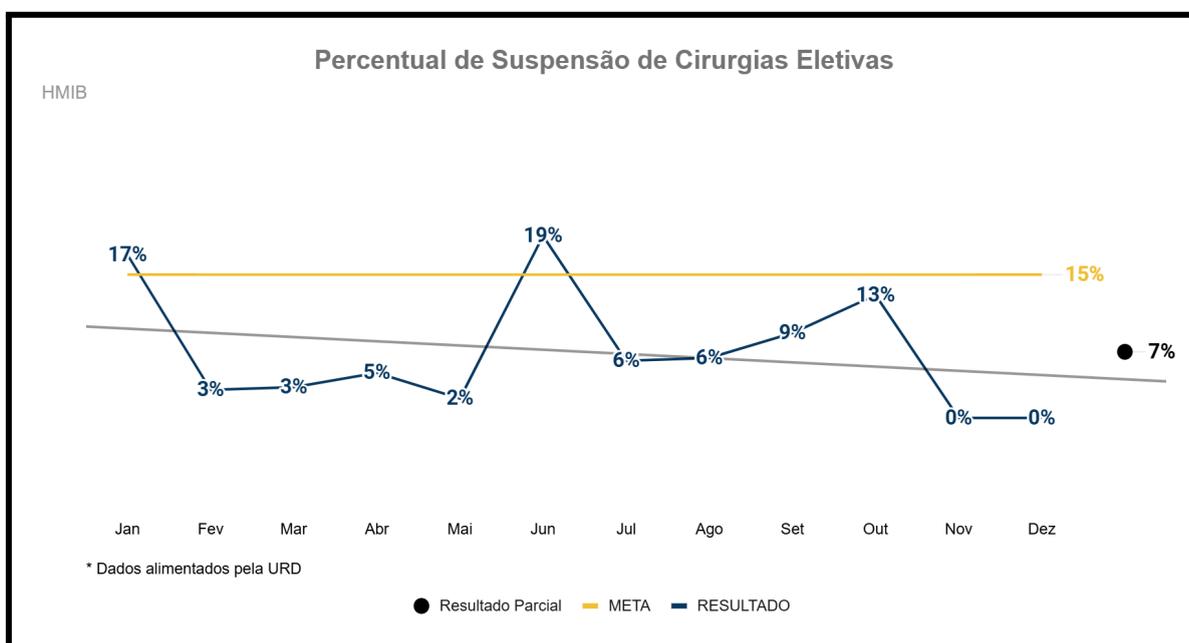
**Metodologia de cálculo:** NUMERADOR: Número de cirurgias suspensas

DENOMINADOR: Número de cirurgias agendadas no mesmo período

MULTIPLICADOR: Percentual (x100)

**Polaridade:** Menor, melhor

**Fonte:** Relatório emitido pelo Centro Cirúrgico local contendo os números totais de cirurgias agendadas bem como as cirurgias suspensas. Esses dados são repassados mensalmente pelo Gerente de Assistência Cirúrgica



Ao longo de 2024, o percentual de suspensão de cirurgias eletivas oscilou, apresentando períodos críticos em que a taxa superou a meta de máximo 15%. Os cancelamentos ocorreram, em grande parte, por fatores relacionados à indisponibilidade de profissionais,

dificuldades no planejamento cirúrgico e impactos de paralisações na rede de saúde. Os meses mais críticos foram aqueles em que houve um maior número de afastamentos legais de anestesistas e cirurgiões, gerando reagendamentos frequentes e comprometendo a

programação das cirurgias eletivas. O indicador também sofreu influência da demanda por cirurgias de urgência, que, em alguns momentos, levaram à necessidade de priorização de casos mais graves em detrimento dos procedimentos agendados.

As ações realizadas ao longo do ano incluíram:

- Monitoramento contínuo da taxa de suspensão e identificação das principais causas de cancelamento.
- Revisão das escalas de trabalho dos profissionais de saúde, buscando minimizar o impacto das ausências.
- Reforço na comunicação com os

pacientes para evitar cancelamentos de última hora por falta de comparecimento.  
-Análise da viabilidade de ampliação do horário cirúrgico para compensar os períodos de maior suspensão.

Obs.: Apesar das dificuldades enfrentadas, o planejamento cirúrgico e a alocação de profissionais vêm sendo aprimorados, visando a redução das suspensões e a otimização do uso das salas cirúrgicas

## **5. 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.

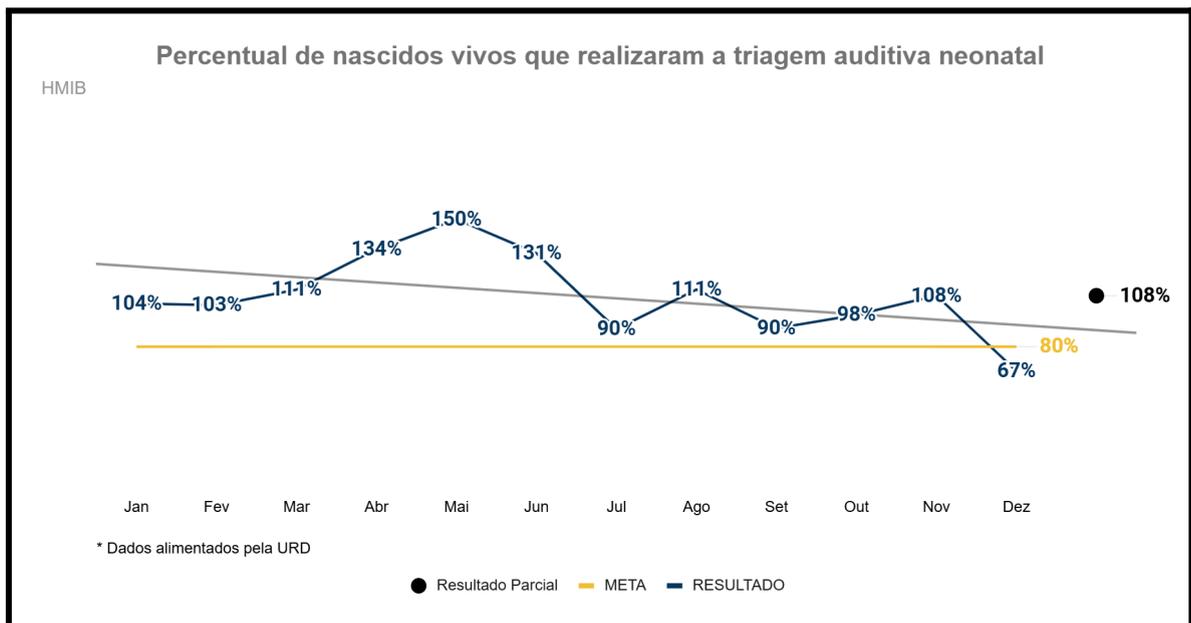
## 5.1. Indicador 21: Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal

**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



Ao longo de 2024, o percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal apresentou variações, sendo impactado principalmente por fatores relacionados à disponibilidade de profissionais, capacidade operacional e adesão das famílias ao exame.

Nos meses iniciais do ano, o indicador apresentou desempenho próximo da meta, mas, ao longo do período, houve uma queda na cobertura devido a limitações estruturais e operacionais.

O aumento no número de nascimentos e dificuldades na reposição de profissionais especializados também influenciaram o desempenho do indicador.

Entre as ações realizadas ao longo do ano, destacam-se:

- Monitoramento do percentual de triagens realizadas, buscando identificar os principais fatores que impactam a cobertura.

- Revisão das escalas da equipe de fonoaudiologia para garantir a realização dos exames dentro do prazo recomendado.

- Adoção de estratégias para aumentar a adesão das famílias, como orientação no momento da alta hospitalar e agendamento de retornos para triagem auditiva.

- Manutenção preventiva dos equipamentos utilizados no exame, evitando falhas operacionais que possam impactar a triagem.

Obs.: Apesar dos desafios, a unidade segue implementando medidas para aprimorar o fluxo da triagem auditiva neonatal e ampliar a cobertura do indicador.

## 6. 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.

## 6.1. 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.

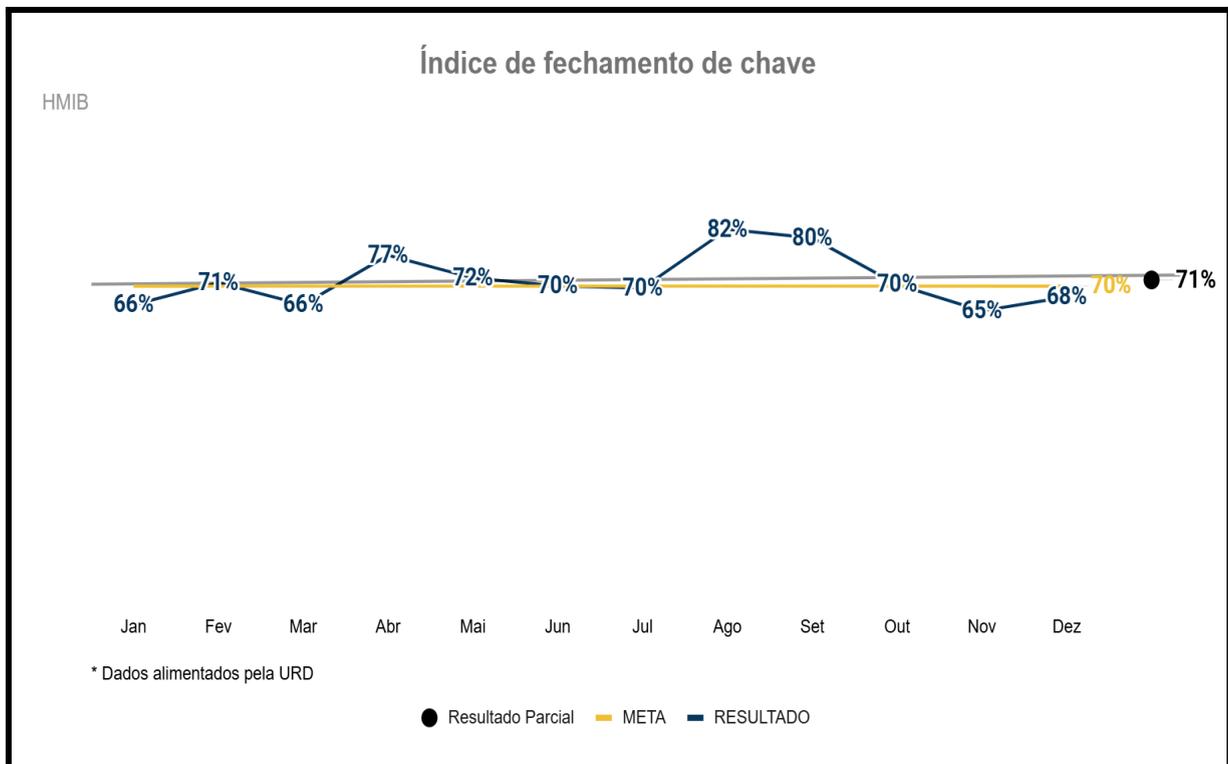
**Metodologia de cálculo:** Numerador: N° de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais realizados regulados que tiveram suas chaves fechadas, na Região/URD + faltas marcadas no SISREG III no período

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

Multiplicador: 100

**Polaridade:** Maior, melhor

**Fonte:** SISREG III



Ao longo de 2024, o Índice de Fechamento de Chave apresentou oscilações, com períodos de melhoria e de queda, refletindo desafios na gestão e operacionalização do SISREG III.

As dificuldades mais comuns incluíram a necessidade de treinamento contínuo dos profissionais que operam o sistema e a falta de mecanismos eficientes de cobrança e correção de erros.

Apesar disso, esforços foram realizados para minimizar as inconsistências, com reforço na capacitação das equipes e melhoria nos processos de auditoria interna do fechamento das chaves.

Entre as ações implementadas ao longo do ano, destacam-se:

- Monitoramento da taxa de fechamento de chaves no SISREG III para identificar falhas operacionais e propor soluções. Mensalmente os relatórios foram enviados

para gerentes e unidades.

- Treinamento contínuo das equipes envolvidas na regulação ambulatorial e hospitalar, garantindo maior precisão no registro dos atendimentos.

Mesmo com os desafios encontrados, a gestão do indicador tem sido aprimorada, e ações corretivas estão sendo implementadas para garantir uma taxa de fechamento dentro do esperado.

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

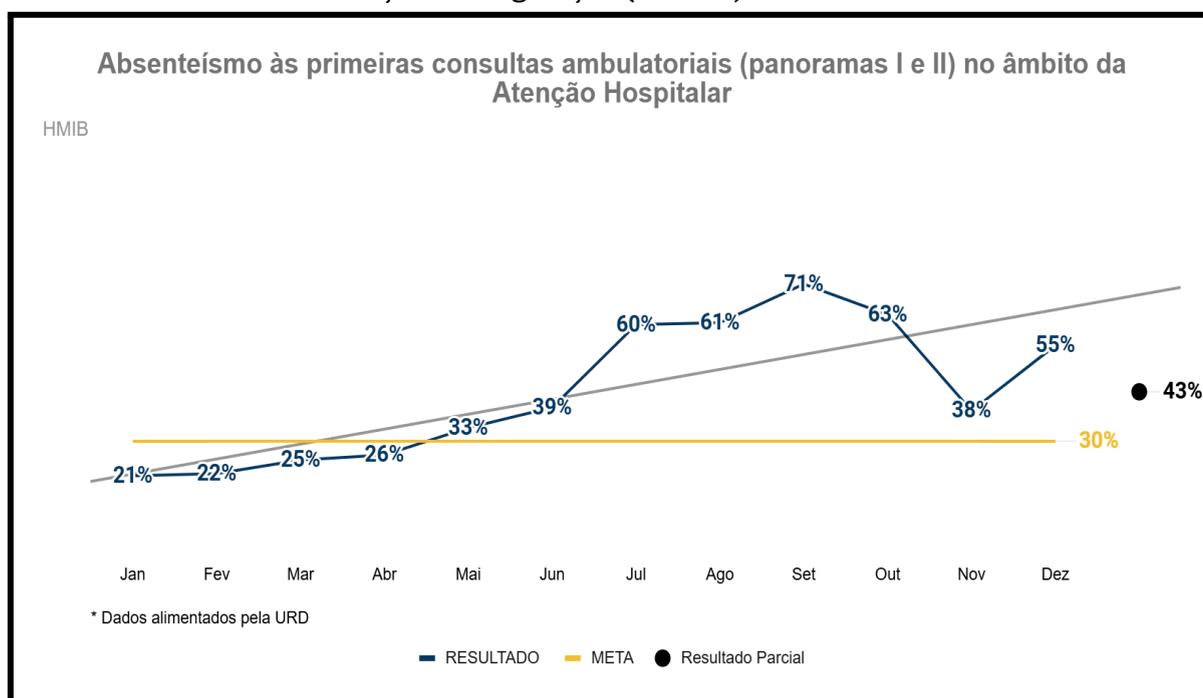
**Conceito:** A definição de absenteísmo ambulatorial é o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação.

**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)



Ao longo de 2024, o absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais manteve-se acima do limite aceitável de 30%, com variações mensais que indicam dificuldades estruturais na gestão dos agendamentos e na adesão dos pacientes.

Os principais fatores que influenciaram o alto índice de absenteísmo foram a ausência de estratégias eficazes de comunicação com os pacientes, a falta de flexibilidade para reagendamento e substituição de consultas canceladas e a dificuldade de acesso dos usuários à informação sobre seu atendimento. Além disso, problemas como a falta de transporte adequado e dificuldades socioeconômicas também foram identificados como barreiras que impediram a presença dos pacientes.

As ações implementadas ao longo do ano incluíram tentativas de contato ativo com os pacientes para reforço da confirmação das consultas, ajustes na agenda para realocação de faltosos e propostas para melhoria no fluxo de comunicação com a atenção primária. No entanto, as dificuldades persistiram.



UTI Neonatal, considerando impacto assistencial e logístico. -Planejamento da reforma da Farmácia Dose, fundamental para expandir o atendimento para novos leitos. -Revisão de processos internos para otimizar a distribuição de medicamentos no modelo individualizado.

Obs.: A previsão inicial de ampliação para setembro de 2024 no ALCON foi prorrogada para 2025, evidenciando a necessidade de ajustes no planejamento e na infraestrutura para garantir a viabilidade do sistema.

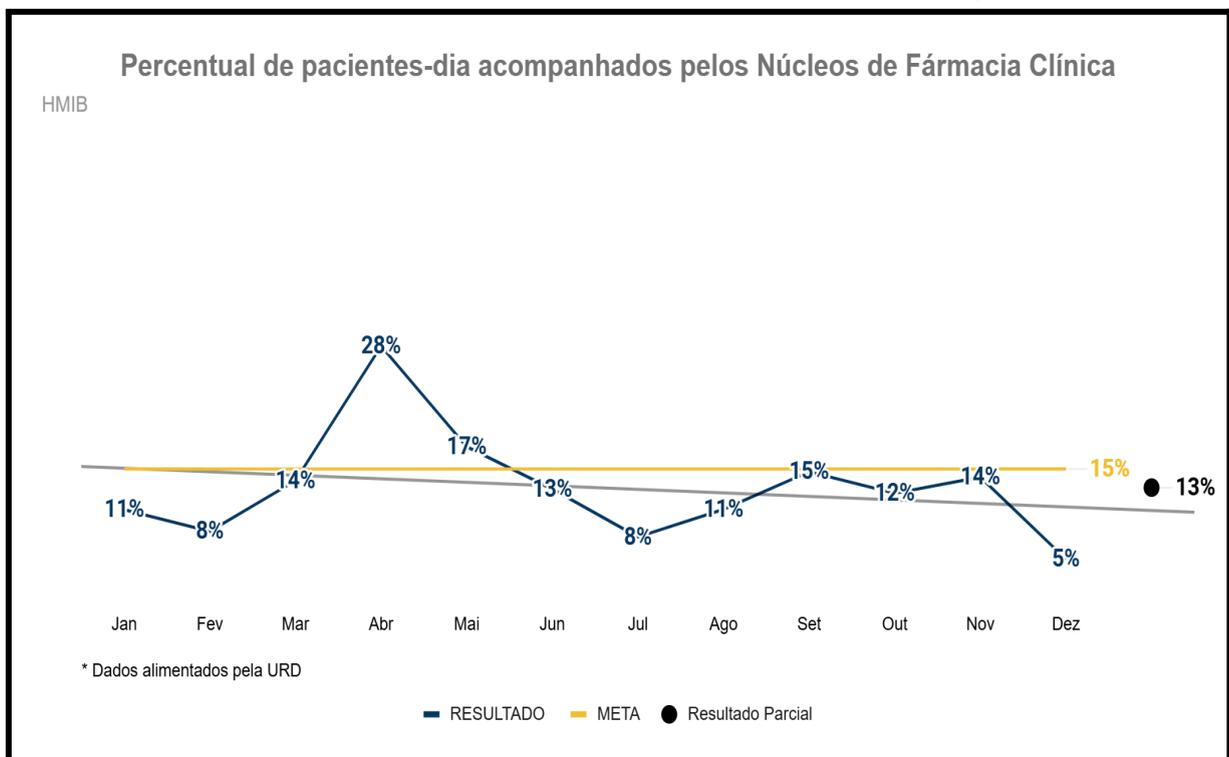
#### 6.4. Indicador 30: Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica - HAB, HMIB E HSVP.

**Conceito:** O farmacêutico clínico, atuando nos Núcleos de Farmácia Clínica (NFCs), otimiza a farmacoterapia, reduz problemas relacionados a medicamentos e racionaliza custos. Ele realiza serviços como conciliação medicamentosa, revisão da farmacoterapia e orientações. No ambiente hospitalar, a demanda é medida pelo “paciente-dia”, contabilizando cada paciente que recebe algum serviço do farmacêutico clínico em um dia específico.

**Metodologia de cálculo:** “Pacientes-dia acompanhados pelo NFC (de um determinado mês e hospital)” / “pacientes dia internados (para o mesmo mês e hospital) x 100

**Polaridade:** Maior, melhor

**Fonte:** Planilha “Indicadores da Farmácia Clínica” enviada mensalmente por cada NFC



Ao longo de 2024, o percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica apresentou oscilações significativas, com valores variando entre 5% e 28%, mas se mantendo abaixo da meta estimada de 15%.

A análise dos dados demonstra que as principais limitações do serviço foram a insuficiência de recursos humanos, a ausência de acompanhamento estruturado em todas as unidades e a falta de registro completo dos dados.

Apesar disso, houve avanços, como a presença de residentes de farmácia no Pronto-Socorro, o que permitiu uma ampliação temporária do atendimento.

Entre as ações implementadas ao longo do ano, destacam-se:

- Monitoramento contínuo da cobertura dos pacientes acompanhados pela Farmácia Clínica para avaliar a capacidade de expansão do serviço.

- Início da estruturação para ampliação do atendimento à UTI Materna e Alto Risco, que ainda depende de adequação da equipe.

- Otimização do fluxo de atendimento na UTI Neonatal, apesar das limitações do

número reduzido de farmacêuticos disponíveis.

-Presença de farmacêuticos no Pronto-Socorro, ampliando a assistência nas unidades de maior demanda.

\* Mesmo com essas medidas, o desafio de aumentar a cobertura do serviço persiste, sendo necessário reforço na equipe e melhorias no fluxo de registro dos atendimentos para garantir maior precisão no cálculo do indicador.

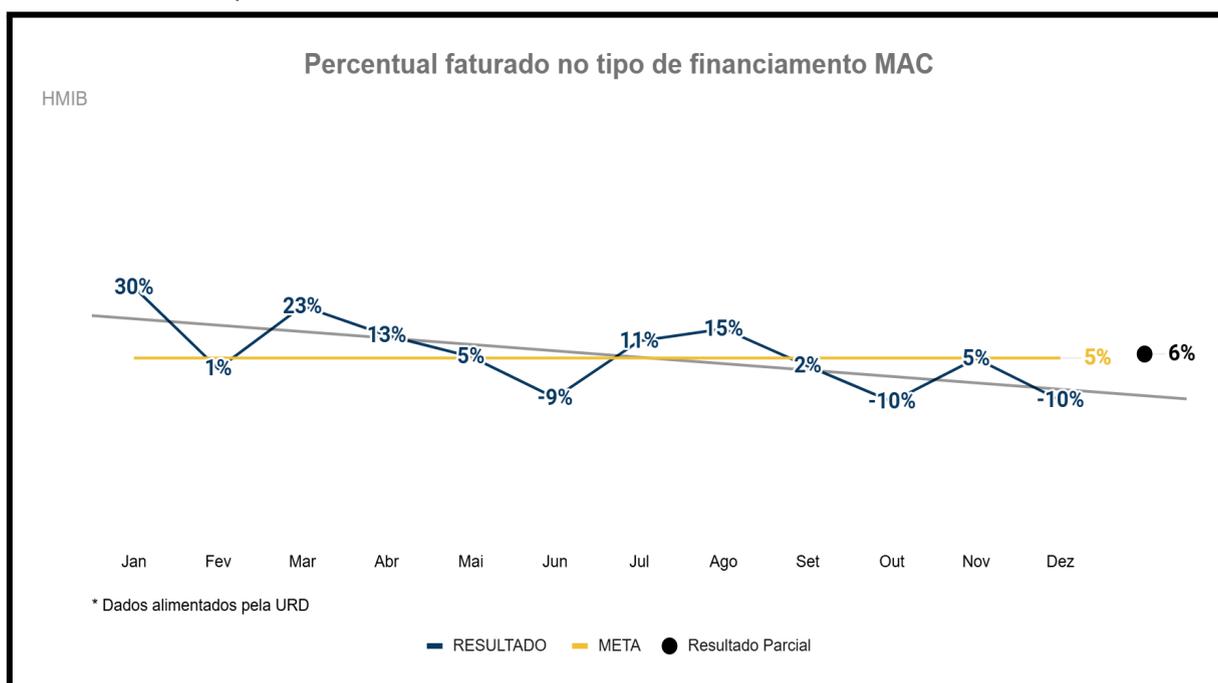
## 6.5. Indicador 31: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

**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



Ao longo de 2024, o percentual faturado no tipo de financiamento MAC apresentou variações expressivas, com períodos de resultados positivos acima da meta de 5% e outros negativos, chegando a -10%.

Os principais desafios enfrentados foram a instabilidade na equipe de faturamento (absenteísmo) e as glosas recorrentes por erro de capacidade instalada da UTI.

Apesar dessas dificuldades, ações corretivas foram implementadas ao longo do ano, como a definição de metas de produtividade para os servidores do NCAIS e o reforço na análise de prontuários para evitar perda de exames e consultas realizadas.

Entre as ações implementadas ao longo do ano, destacam-se:

- Monitoramento contínuo dos valores faturados mensalmente, permitindo ajustes.

- Priorização do fechamento de AIHs de alto valor.

- Definição de metas internas para digitação de AIHs por servidor.

- Correção de falhas no registro de procedimentos, visando evitar novas glosas por erro de capacidade instalada.

Apesar dos desafios, o faturamento se manteve dentro da meta, demonstrando que as estratégias adotadas tiveram impacto positivo, mas ainda necessitam de ajustes para garantir maior estabilidade nos resultados ao longo do ano.

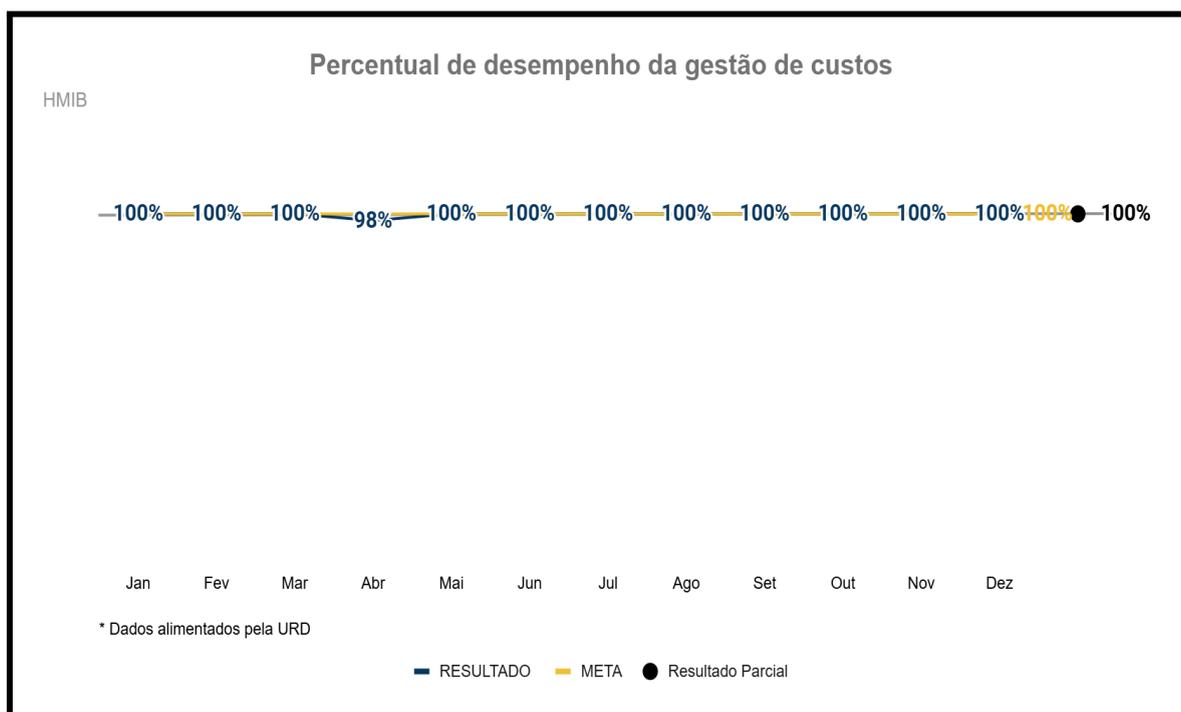
## 6.6. Indicador 32: Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD

**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.)



Ao longo de 2024, o percentual de desempenho da gestão de custos manteve um desempenho excelente, atingindo 100% em quase todos os meses, demonstrando que a unidade conseguiu cumprir os requisitos estabelecidos pela GEC/SES e os prazos de lançamento do ApuraSUS.

Apesar do resultado consistente, um ponto de atenção foi identificado em abril, quando o desempenho caiu para 98% devido à inconsistência nos lançamentos de dados. No entanto, ações corretivas foram implementadas pelo NGC/HMIB para evitar novas ocorrências, garantindo que os padrões de qualidade fossem mantidos.

A principal mudança operacional ao longo do ano foi a alteração no prazo de envio dos dados do ApuraSUS, devido a uma reestruturação no DESID/MS (Departamento de Informática do SUS). Essa mudança impactou o planejamento, pois a divulgação dos resultados, que antes ocorria no dia 20 de cada mês, passou a ser feita até o último dia útil do mês, com delay de dois meses.

## 6.7. 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.

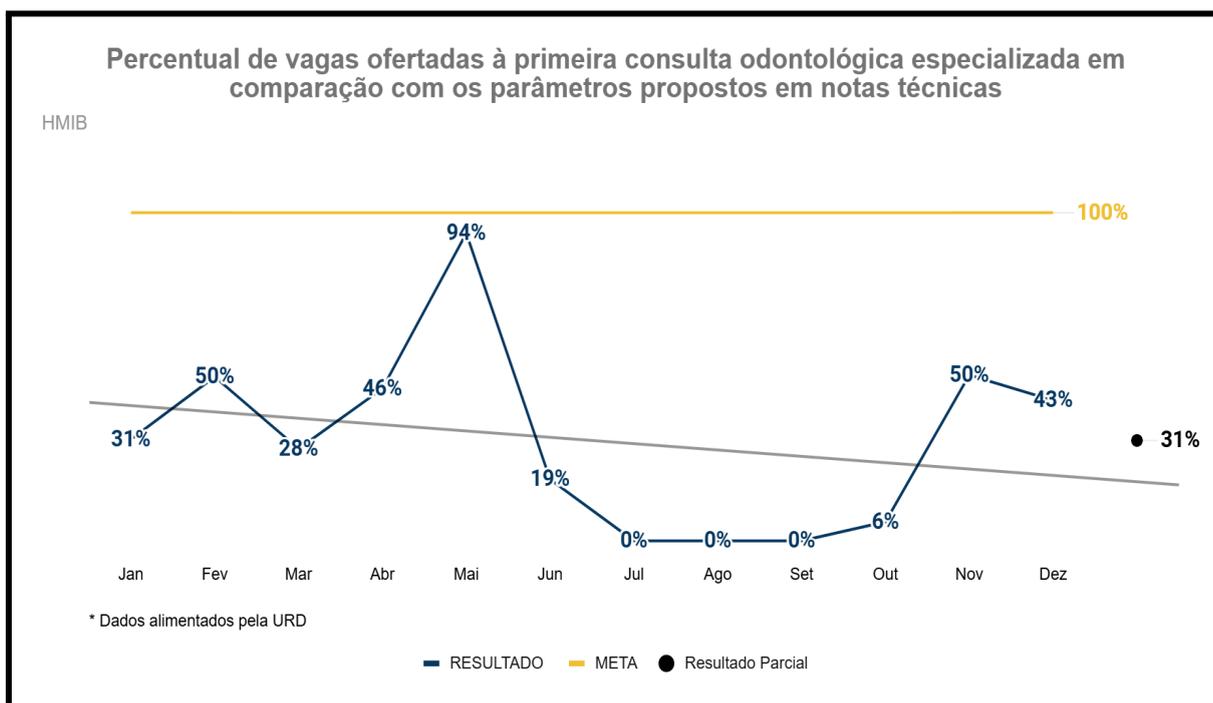
**Metodologia de cálculo:** NUMERADOR: Soma do número total de vagas ofertadas à primeira consulta por cada especialidade odontológica em cada Região de Saúde. (Soma da oferta real de vagas da Região).

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>.



Ao longo de 2024, o percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada variou conforme a capacidade operacional da unidade, enfrentando períodos de queda devido a falhas estruturais e oscilações na oferta de consultas. Nos primeiros meses do ano, a falta de manutenção preventiva nos equipamentos odontológicos levou à redução na disponibilidade de atendimentos. Esse problema persistiu, com equipamentos frequentemente inoperantes, como compressores e bombas a vácuo, o que resultou na necessidade de remarcação de

consultas.

A ausência de um contrato regular de manutenção desde dezembro de 2023 agravou a situação. A partir do segundo semestre, a unidade passou por uma reforma estrutural, o que impactou ainda mais a oferta de consultas odontológicas especializadas.

Durante esse período, o atendimento foi limitado a procedimentos básicos.

Para mitigar as dificuldades, estratégias de overbooking foram adotadas, permitindo que, em alguns meses, 94% das vagas fossem ofertadas, alinhando-se parcialmente aos parâmetros técnicos estabelecidos

No entanto, a resolução definitiva das pendências depende da finalização da reforma e da normalização da manutenção dos equipamentos.

-Mesmo diante das dificuldades, a equipe de odontologia manteve esforços contínuos para ajustar a parametrização das vagas, garantindo a melhor utilização dos recursos disponíveis.

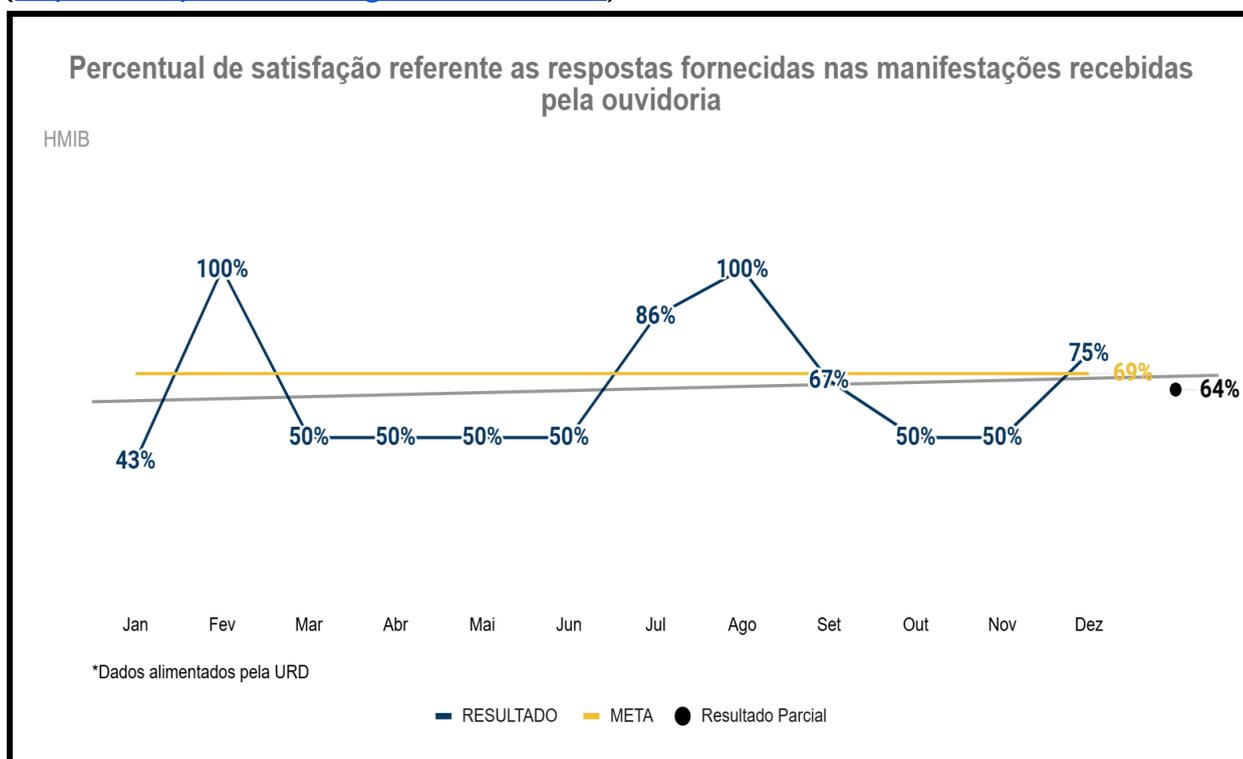
## 6.8. Indicador 34: Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria

**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>).



Ao longo de 2024, o percentual de satisfação das respostas fornecidas pela ouvidoria oscilou significativamente, refletindo momentos de maior e menor satisfação entre os usuários.

Os primeiros meses do ano apresentaram índices de satisfação abaixo do esperado, principalmente devido a períodos de alta demanda hospitalar e dificuldades na marcação de consultas e cirurgias. Entre março e junho, a satisfação manteve-se em torno de 50%,

com usuários expressando frustração diante da falta de respostas ágeis e do tempo prolongado para resolução de problemas. Em contrapartida, nos meses de fevereiro e agosto, a ouvidoria atingiu 100% de satisfação, demonstrando que a eficiência no atendimento e a personalização das respostas impactam diretamente na percepção dos usuários.

A análise dos dados reforça que a satisfação dos usuários está diretamente ligada à

clareza, objetividade e linguagem acessível nas respostas fornecidas pelas áreas técnicas. Respostas genéricas e sem consideração detalhada das solicitações tendem a gerar mais insatisfação. A ouvidoria tem buscado aprimorar esses aspectos, mas a necessidade de maior integração entre as áreas técnicas e o atendimento humanizado das demandas permanece como um desafio central.

#### 6.9. **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**

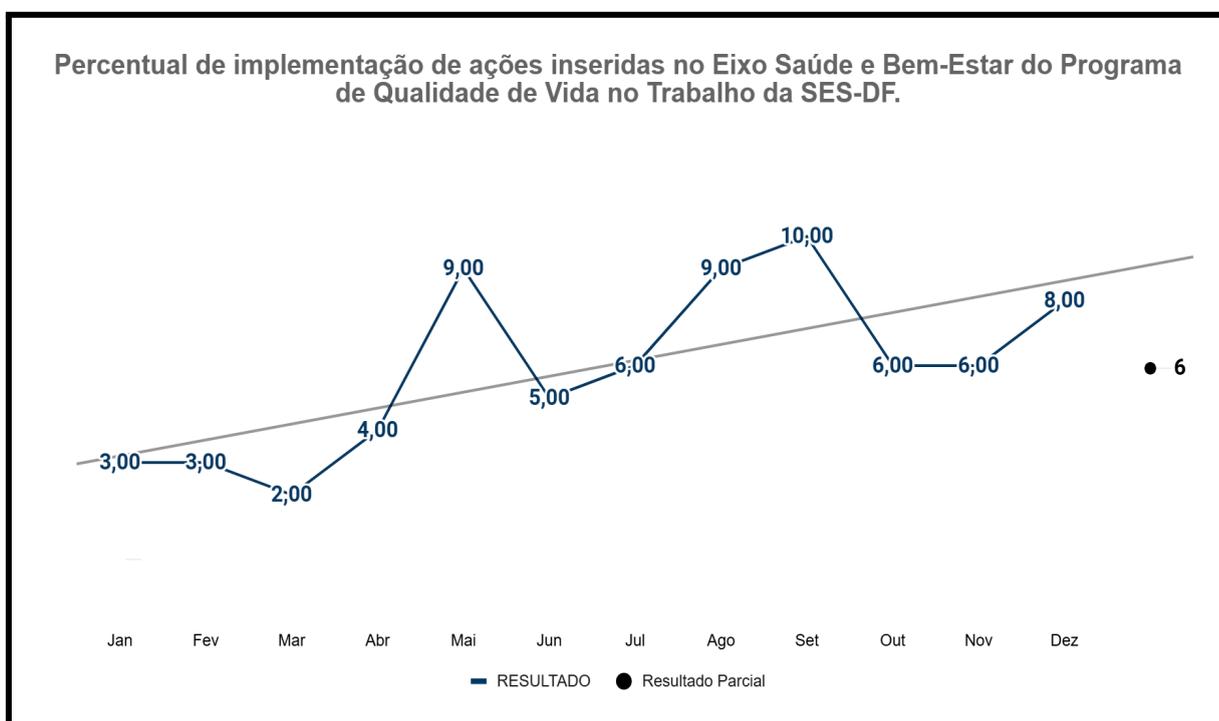
## 6.10. Indicador 43: Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.

**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.



- Ao longo de 2024, a implementação de ações no Eixo Saúde e Bem-Estar apresentou oscilações, influenciadas principalmente pela baixa adesão dos servidores e dificuldades estruturais na organização das ações.

No primeiro semestre do ano, o número de ações foi maior, com destaque para atividades como palestras educativas, exames periódicos, campanhas de vacinação e práticas integrativas. No entanto, a partir do segundo semestre, a participação dos servidores caiu, e algumas iniciativas precisaram ser ajustadas devido à mudança de lotação dos profissionais responsáveis pela organização. Além disso, dificuldades no alinhamento dos critérios de alimentação do indicador levaram à necessidade de revisar a forma como os dados são reportados.

- Para contornar os desafios, algumas estratégias foram adotadas, como a priorização das convocações para exames periódicos, ações de conscientização sobre saúde no ambiente de trabalho e a continuidade da oferta de terapias integrativas.

No entanto, a baixa participação dos servidores e a falta de incentivo para adesão ainda representam obstáculos para o crescimento do número de ações

implementadas.

Obs.: O indicador foi implantado em 2024, sendo um indicador novo e que merece maior aprofundamento quanto aos seus objetivos, focado nas ações implementadas durante o ano e não na quantidade de servidores alcançados

## **7. Indicadores específicos HMIB**

Os Indicadores Específicos do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) acompanham dimensões fundamentais da assistência materno-infantil, neonatal, pediátrica e da saúde da mulher. Esses indicadores foram definidos considerando o perfil assistencial do hospital e visam monitorar a qualidade do cuidado, a segurança do paciente, a prevenção de infecções e a efetividade dos fluxos assistenciais em áreas críticas.

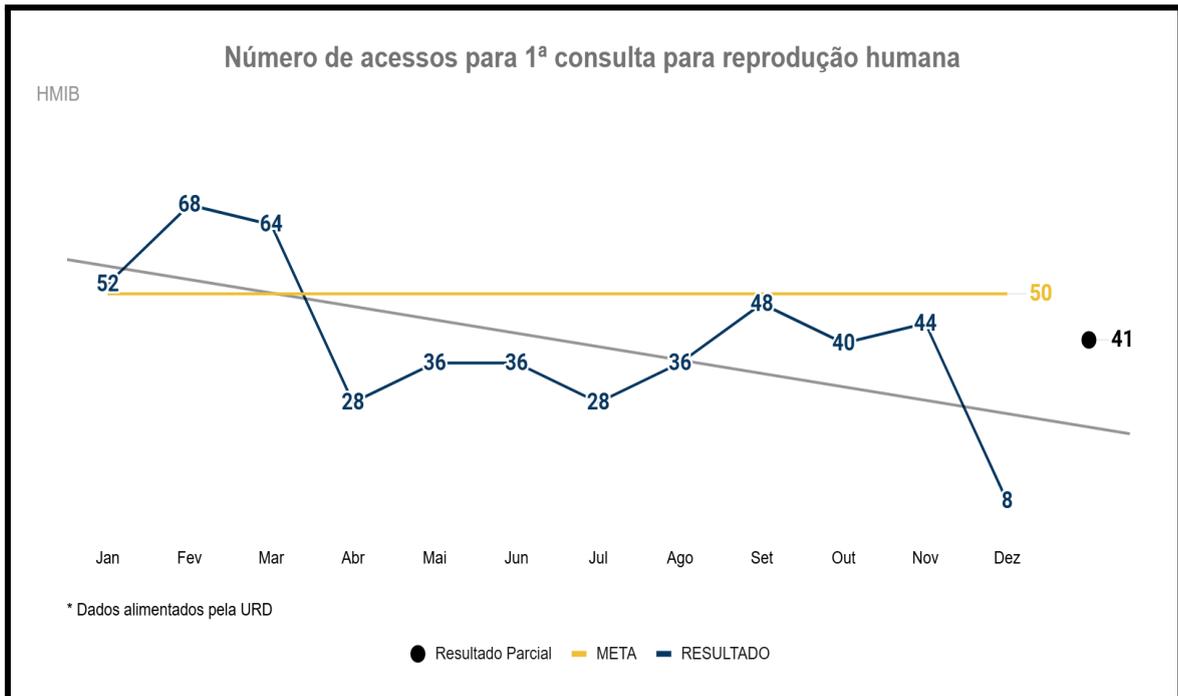
## 7.1. Indicador 1: Número de acessos para 1ª consulta para reprodução humana.

**Conceito:** Número de acessos à primeira consulta em reprodução humana realizada em nível ambulatorial, por mês. O Serviço de Reprodução Humana é referência no DF, sendo mesmo regulado em panoramas 1 e 2.

**Metodologia de cálculo:** N° de vagas ofertadas em 1ª consulta (mês) / 1

**Polaridade:** Maior, melhor.

**Fonte:** SISTEMA SISREG III



Ao longo de 2024, o número de acessos para a primeira consulta em reprodução humana oscilou, variando conforme a disponibilidade dos profissionais e a quantidade de dias úteis nos meses analisados.

Nos primeiros quadrimestres, a meta foi atingida em meses onde não houve afastamentos, demonstrando que a equipe tem capacidade de cumprir o indicador quando opera sem restrições.

Entretanto, em meses de alta demanda por afastamentos e períodos de feriados prolongados, a oferta caiu significativamente, comprometendo a regularidade do atendimento.

A principal queda ocorreu em dezembro, quando apenas 8 consultas foram realizadas, impactadas pelo fechamento da agenda em função do período de férias.

Considerando que a oferta de vagas tem sido maior que a demanda, uma vez que a fila de espera foi saneada, a meta poderá ser revisada para baixo.

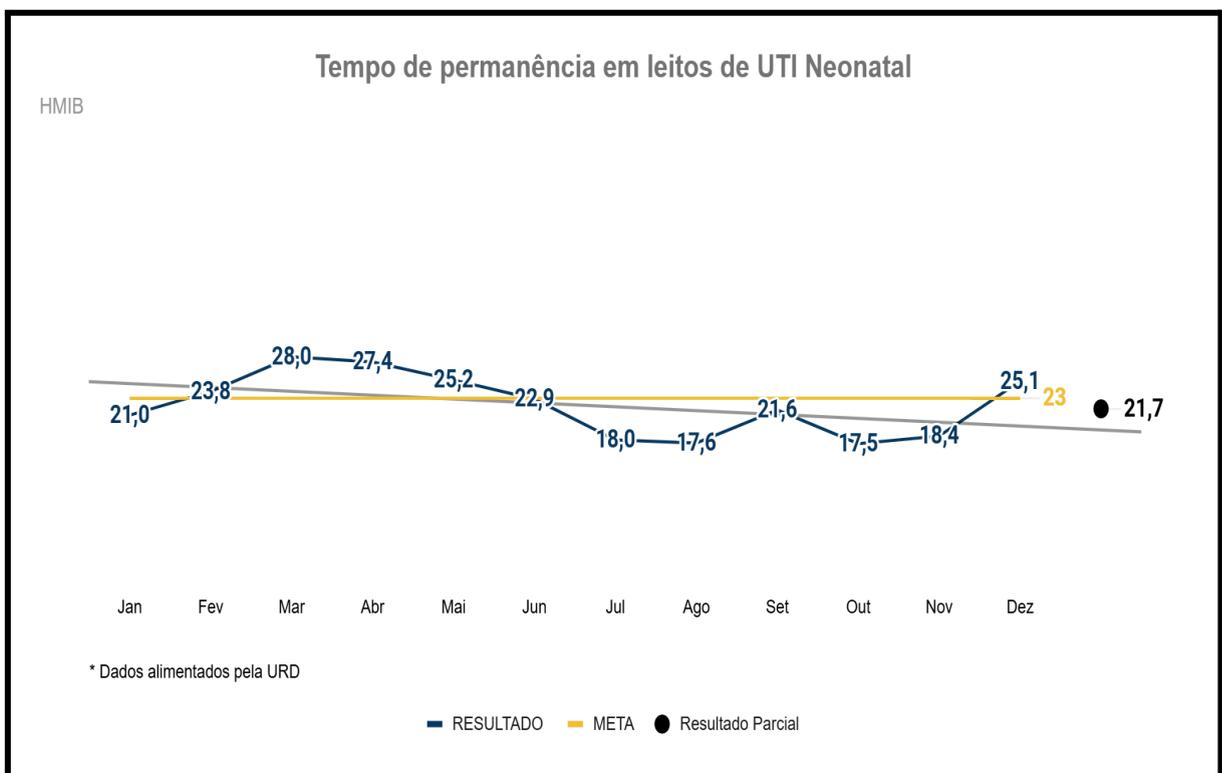
## 7.2. Indicador 2: Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal

**Conceito:** Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINEO) do hospital.

**Metodologia de cálculo:** Numerador: Número de pacientes dia – somatório de pacientes dia na UTI Neonatal; Denominador: N° de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Neonatal para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas e óbitos) da UTI no período de 30 dias.

**Polaridade:** Menor, melhor

**Fonte:** CENSO HOSPITALAR UTI NEONATAL



Ao longo de 2024, o tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal manteve-se próximo à meta de 23 dias, com algumas oscilações que refletem a complexidade dos pacientes atendidos e as dificuldades operacionais da unidade.

Os primeiros meses do ano apresentaram índices controlados, dentro do esperado para a realidade de um hospital de referência.

Entretanto, nos períodos de maior demanda, como setembro e dezembro, o tempo de permanência ultrapassou a meta, atingindo 25,1 dias em dezembro, o maior valor registrado no ano.

A principal razão foi o perfil dos pacientes atendidos, incluindo recém-nascidos com prematuridade extrema, infecções neonatais e necessidade de suporte ventilatório prolongado.

As estratégias adotadas ao longo do ano, como monitoramento contínuo do tempo de permanência, reorganização de fluxos assistenciais e reforço no gerenciamento de

altas, ajudaram a manter os valores sob controle.

A ampliação da equipe clínica e o aprimoramento da alocação de recursos também contribuíram para reduzir a permanência em alguns meses

Contudo, a superlotação e o déficit de pessoal seguem como desafios para a otimização da permanência dos neonatos.

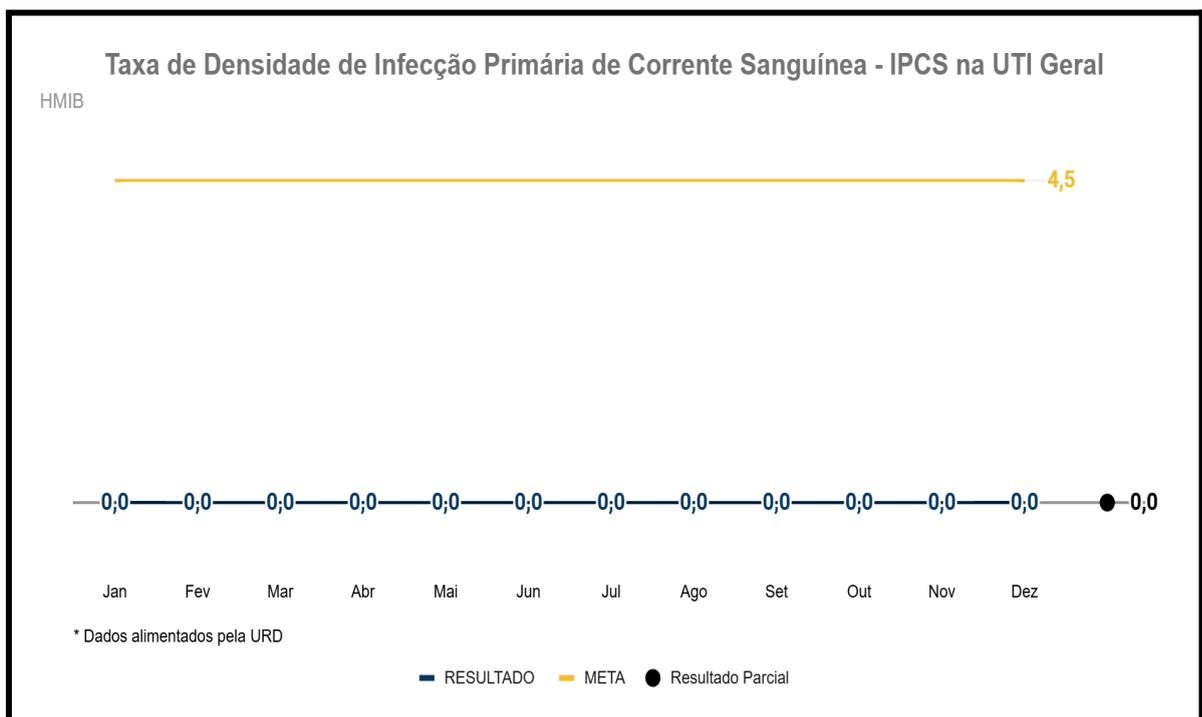
### 7.3. Indicador 3: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Geral

**Conceito:** Número de casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC), internados na UTI Geral, com confirmação microbiológica

**Metodologia de cálculo:** Numerador: é o número de casos novos de IPCS no período  
Denominador: Cateter venoso central – dia no período X 1000

**Polaridade:** Menor, melhor

**Fonte:** Epimed monitor – UTI Geral



Durante todo o ano de 2024, não foram registrados casos de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) na UTI Geral, resultando em uma densidade de incidência zerada.

Esse desempenho reflete a eficácia das medidas de prevenção adotadas.

As estratégias implementadas incluem treinamento contínuo das equipes assistenciais, monitoramento rigoroso dos cuidados com cateter venoso central e auditorias internas frequentes. A taxa zerada ao longo do ano indica alto nível de adesão aos protocolos de segurança do paciente.

No entanto, a manutenção desse padrão exige vigilância constante, visto que a UTI atende pacientes de alta complexidade e com uso prolongado de dispositivos invasivos.

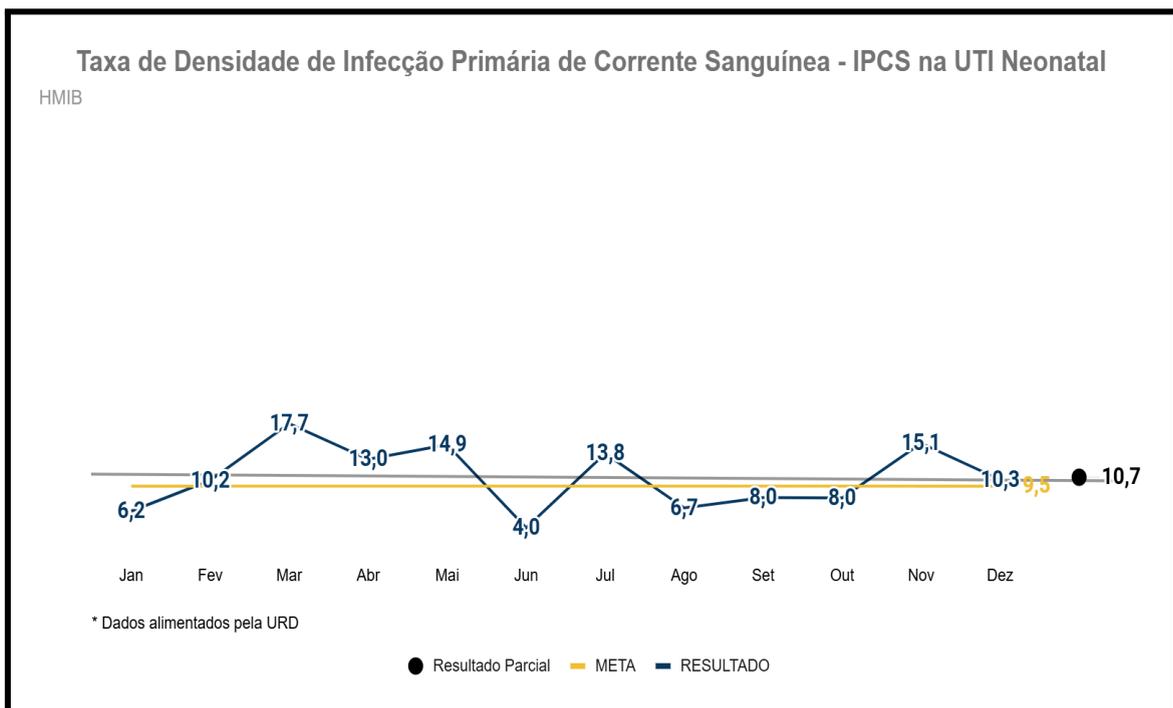
#### 7.4. Indicador 4: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Neonatal

**Conceito:** Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.

**Metodologia de cálculo:** Número de casos novos de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes de cateter venoso central, internados na UTIN, com confirmação microbiológica

**Polaridade:** Menor, melhor

**Fonte:** UTI Neo – Avaliação diária das condições do acesso/ inserção, dados laboratoriais



Durante o ano de 2024, a taxa de densidade de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) na UTI Neonatal variou significativamente, refletindo períodos de controle eficaz e momentos de maior incidência de infecções.

Nos primeiros meses do ano, a taxa se manteve abaixo da meta de 9,5, mas a partir de março, houve um aumento expressivo, com um pico de 17,7 em março e outro em novembro com 15,1.

Esse aumento esteve diretamente relacionado à superlotação da unidade, déficit de profissionais e problemas no abastecimento de insumos essenciais. Em contrapartida, em dezembro, a taxa caiu para 10,3, indicando melhora nas medidas de controle de infecção.

As ações adotadas para minimizar os impactos das infecções incluíram vigilância semanal por swabs retais, auditorias no cumprimento dos checklists de inserção e manutenção de cateteres e reforço das práticas de higiene das mãos.

Apesar dessas iniciativas, o déficit de recursos humanos e as falhas na distribuição de insumos seguiram como desafios que dificultaram a manutenção da taxa dentro dos limites pactuados.

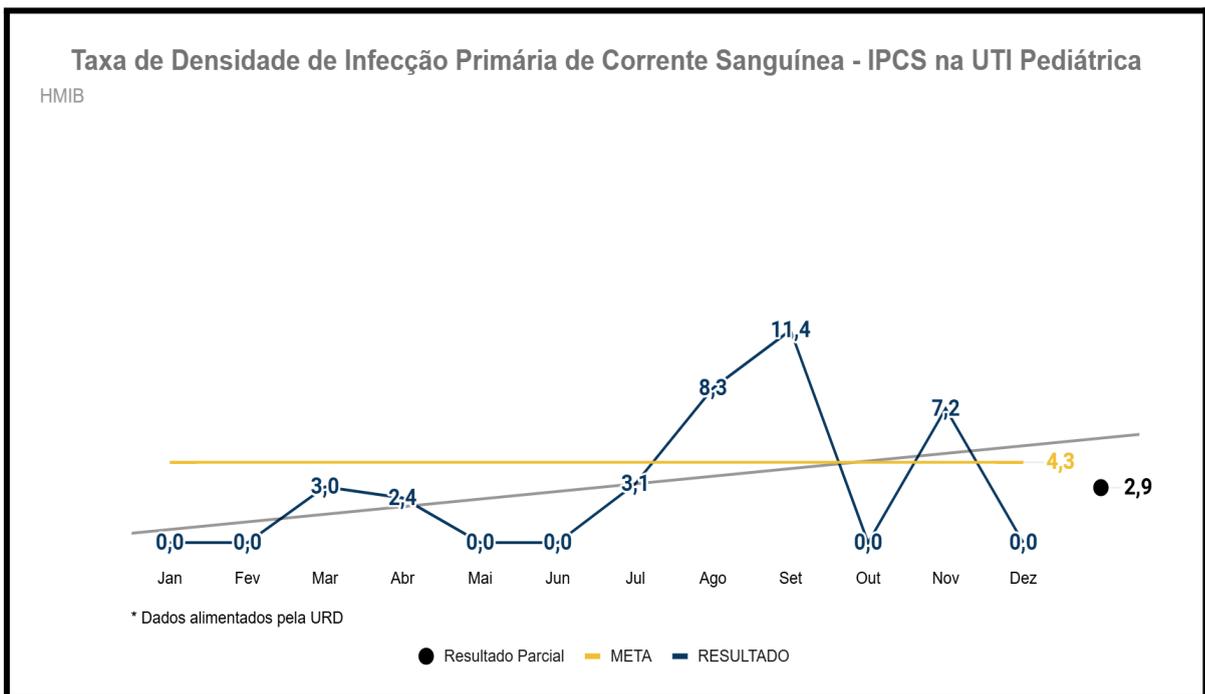
## 7.5. Indicador 5: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica.

**Conceito:** Número de casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC), internados na UTI Pediátrica com confirmação microbiológica.

**Metodologia de cálculo:** Numerador: é o número de casos novos de IPCS no período  
Denominador: Cateter venoso central – dia no período X 1000

**Polaridade:** Menor, melhor

**Fonte:** UTI Pediátrica



Ao longo de 2024, a taxa de densidade de IPCS na UTI Pediátrica apresentou oscilações, variando de 0,0 a 11,4 ao longo dos meses.

Nos primeiros meses do ano, a taxa permaneceu abaixo da meta, com episódios isolados de infecção.

No entanto, a partir de julho, observou-se aumento gradual nos índices, atingindo 11 em setembro e 7 em novembro, antes de reduzir novamente para 0,00 em outubro e dezembro.

Os principais fatores que influenciaram a variação incluem:

- Períodos de déficit de pessoal e sobrecarga da equipe, impactando a adesão aos protocolos de prevenção de infecção.

- Falta de insumos em momentos críticos, comprometendo a correta higienização e troca dos dispositivos venosos centrais.

- Implementação tardia do checklist digital para inserção de cateter, dificultando a rastreabilidade das práticas assistenciais.

Apesar dos desafios, o reforço nas auditorias internas, treinamentos da equipe e monitoramento rigoroso das infecções contribuíram para a estabilização dos indicadores no final do ano.

## 7.6. Indicador 6: Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura.

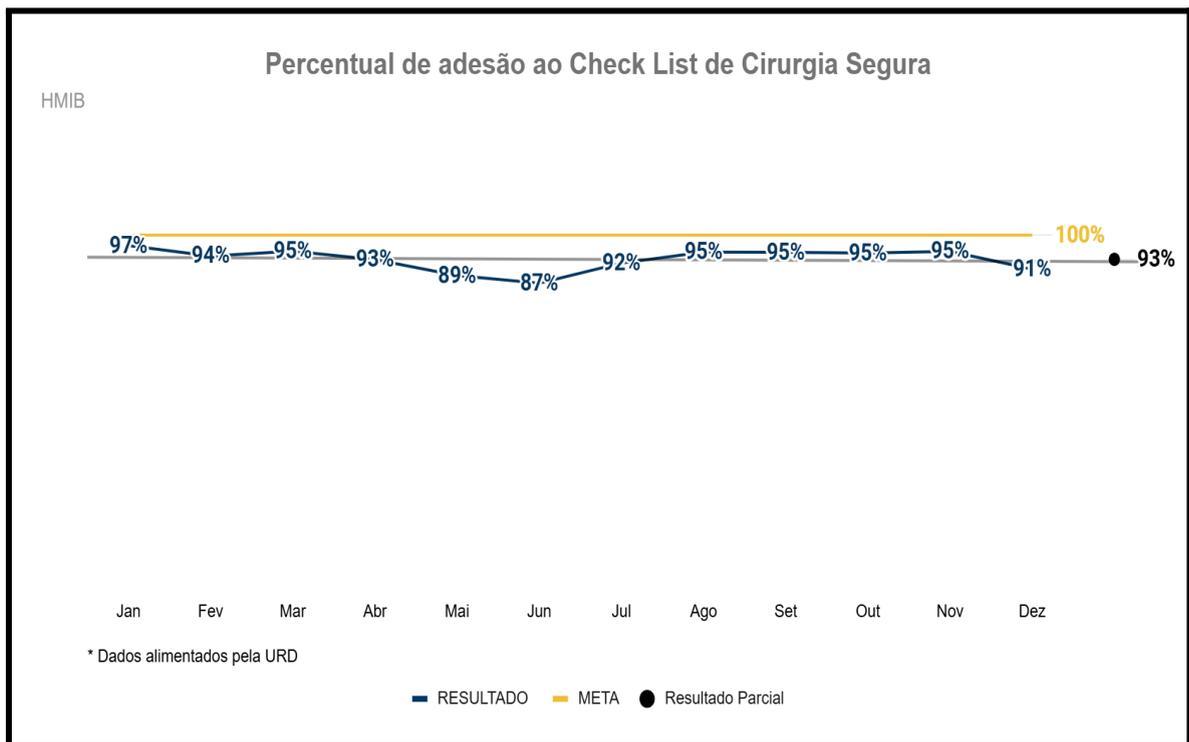
**Conceito:** O Check List de Cirurgia Segura contempla medidas adotadas para **redução do risco de eventos adversos** que podem acontecer antes, durante e depois das cirurgias. Eventos adversos cirúrgicos são incidentes que podem resultar em dano ao paciente. A Instituição utiliza o protocolo de cirurgia segura recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essas ações incluem: Identificação correta do paciente e presença de toda a equipe cirúrgica; Confirmação do lado a ser operado; Confirmação do procedimento a ser realizado e planejamento de acesso respiratório e da necessidade de transfusão de sangue; Posicionamento correto do paciente na mesa cirúrgica; Disponibilidade de equipamentos e materiais necessários para a cirurgia

**Metodologia de cálculo:** Numerador: Total de Check lists ou escala de avaliação encontrados no prontuário eletrônico Denominador: Total de prontuários auditados x 100

**Polaridade:** Quanto maior melhor

**Fonte:** Prontuários eletrônicos; Protocolo Cirurgia Segura SES/DF:

[https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/PROT.\\_Cirurgia\\_Segura\\_9\\_.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/PROT._Cirurgia_Segura_9_.pdf)



Ao longo de 2024, o percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura apresentou uma média de 93%, ficando abaixo da meta de 100%, mas demonstrando um nível elevado de conformidade.

Os melhores resultados foram observados no primeiro semestre, quando a adesão chegou a 97,05% em janeiro.

Entretanto, a partir de maio, o percentual começou a oscilar, chegando a 87% em junho.

No terceiro quadrimestre, os índices se mantiveram acima de 90%, mas

apresentaram queda no Centro Obstétrico devido à sobrecarga da equipe e à priorização de atividades emergenciais em detrimento do preenchimento do checklist.

Para mitigar essas variações, foram realizadas auditorias nos prontuários e visitas educativas aos setores responsáveis pela aplicação do checklist.

Em outubro, houve uma ação educativa no Centro Cirúrgico, e uma nova visita ao Centro Obstétrico foi programada para fevereiro de 2025

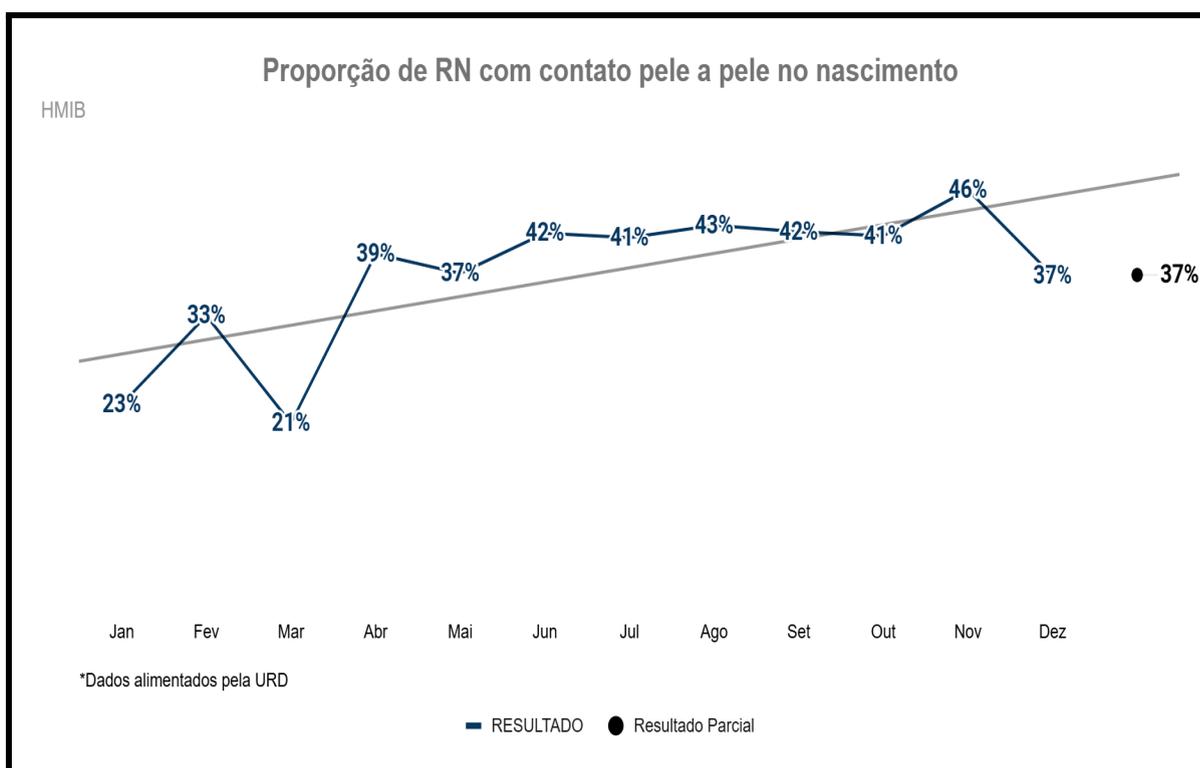
## 7.7. Indicador 7: Proporção de RN com contato pele a pele no nascimento.

**Conceito:** O contato pele a pele (CPP) ao nascimento consiste no posicionamento imediato do RN sobre o abdome ou tórax desnudo da mãe logo após o parto. Idealmente, o binômio mãe-filho deve permanecer em CPP continuamente por pelo menos 1 hora para que benefícios como a promoção do aleitamento materno, estabilidade térmica, hemodinâmica, respiratória e organização comportamental sejam alcançados. A proporção de RN com contato pele a pele no nascimento mede a efetividade dessa prática nas instituições de saúde. O objetivo do indicador é avaliar a proporção dos bebês nascidos que realizaram o pele a pele no nascimento, ou seja, imediatamente após o parto, visto que essa é considerada uma boa prática de parto que interfere na incidência do aleitamento materno. O contato pele a pele é realizado e registrado no Centro Obstétrico.

**Metodologia de cálculo:** Numerador (N) : total de recém-nascidos colocado em pele a pele ao nascimento Denominador (D) : total de partos realizados no HMIB; Resultado =  $N / D \times 100$

**Polaridade:** Quanto maior melhor

**Fonte:** Livros de registros de médicos neonatologistas e de enfermeiras obstétricas nos quais consta os nascimentos do HMIB e as práticas realizadas com os recém-nascidos



Ao longo de 2024, a proporção de recém-nascidos que realizaram contato pele a pele no nascimento apresentou uma evolução gradual, mas permaneceu abaixo da meta de 80%.

O ano começou com percentuais muito baixos (23% em janeiro e 21% em março) devido à grande quantidade de partos sem registros adequados, impactando a análise do indicador.

A implementação do registro digital em julho ajudou a melhorar a mensuração dos

dados, permitindo identificar a prática com mais precisão

Apesar do avanço, a adesão nos partos cesáreos continuou sendo o maior desafio. O aumento para 46% em novembro foi um marco positivo, porém a queda para 37% em dezembro indica que ainda há necessidade de ajustes estruturais e operacionais para tornar a prática rotineira. Ações como sensibilização da equipe, revisão de fluxos operacionais e alocação de recursos específicos ainda são necessárias.

Obs.: O indicador foi implantado em 2024 mas já foi solicitado e acatado a exclusão de seu monitoramento no ano de 2025.

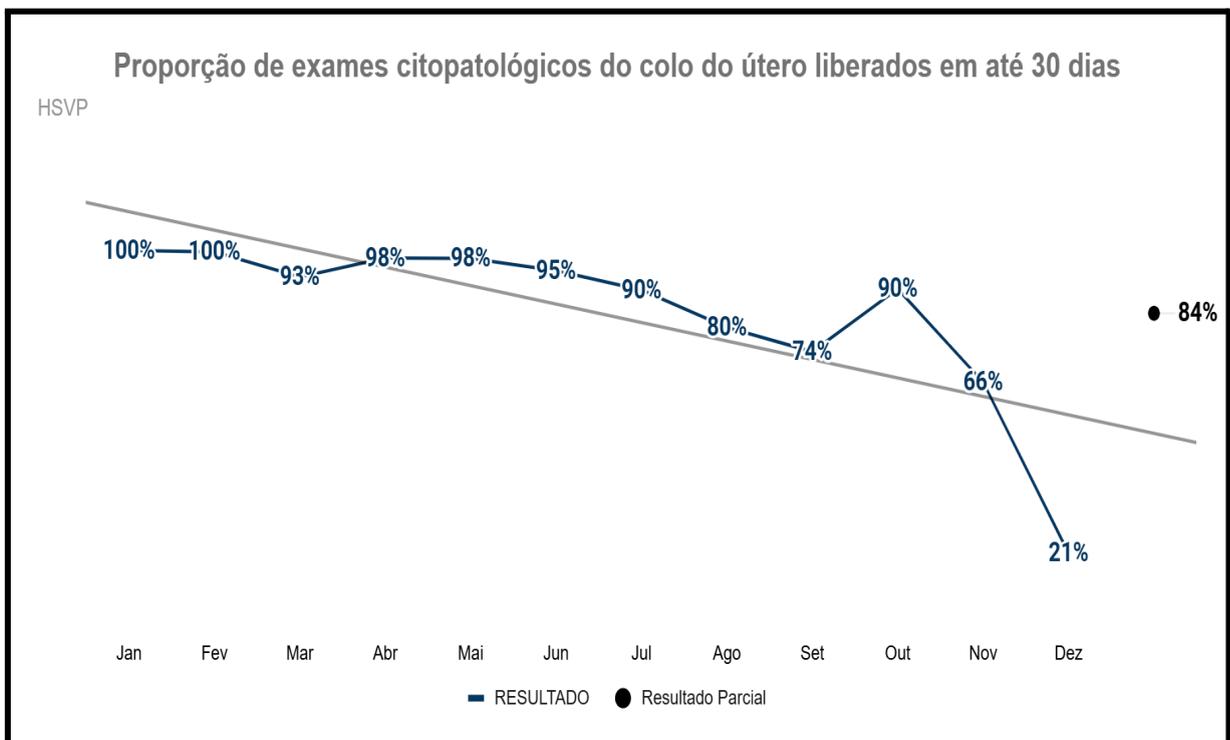
## 7.8. Indicador 8: Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias.

**Conceito:** A “Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias” é um indicador que avalia a eficiência do sistema de saúde na entrega dos resultados de exames citopatológicos do colo do útero dentro de um prazo adequado. Especificamente, mede o percentual de exames que foram processados e tiveram seus resultados disponibilizados aos pacientes dentro de 30 dias a partir da data de entrada do material no laboratório. O objetivo é garantir que as mulheres tenham acesso rápido aos resultados, permitindo intervenções precoces caso sejam necessárias e não perdendo a adesão das usuárias. A Portaria nº 3388 de 30/12/13 - MS redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Em seu artigo 19, § 4º, inciso VII esclarece que um dos dados aferidos durante o monitoramento é o “tempo médio de liberação dos exames, calculado pela soma dos dias transcorridos entre a entrada dos materiais e a liberação dos laudos, dividido pelo total de exames liberados no período, o qual não deve ultrapassar o limite de 30 (trinta) dias a partir da entrada do material no laboratório

**Metodologia de cálculo:** Numerador (N): número de citologias liberadas dentro do prazo de 30 dias. Denominador (N): número total de citologias realizadas no período Resultado =  $N/D \times 100$

**Polaridade:** Maior, melhor

**Fonte:** SISCAN



Ao longo de 2024, a proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados dentro de 30 dias apresentou oscilações, com bons resultados nos primeiros meses do ano, seguidos por quedas acentuadas no último quadrimestre.

Nos meses de janeiro a outubro, a unidade conseguiu manter a meta estipulada pelo Ministério da Saúde (70%), chegando a 98% em abril e 90% em outubro.

Esse desempenho positivo se deve à manutenção adequada dos equipamentos laboratoriais e à otimização dos fluxos de trabalho. Entretanto, nos meses de novembro e dezembro, a proporção caiu para 66% e 21%, respectivamente, ficando abaixo da meta.

A principal causa foi o déficit de servidores, instabilidade no sistema SISCAN e afastamentos médicos, dificultando o processamento e a liberação dos exames no prazo adequado

## 7.9. Indicador 9: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês.

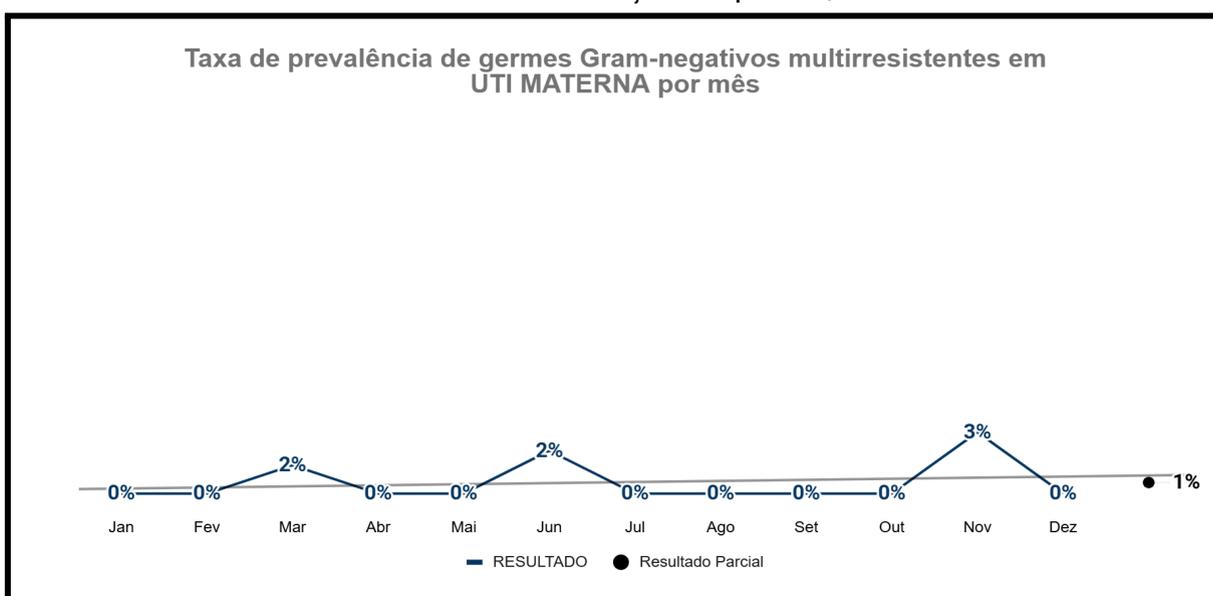
**Conceito:** A taxa de prevalência desse indicador representa a proporção de casos de infecções causadas por germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos, ocasionando infecções em recém-nascidos internados em UTIs e podem ter impacto significativo na morbidade e mortalidade. Esse indicador é crucial para a gestão da qualidade e segurança em UTIs neonatais, visando proteger os bebês vulneráveis de infecções graves e promover o uso racional de antimicrobianos. Objetivo: Rastreamento de bactérias MR, monitoramento por coorte de pacientes para evitar comorbidades

**Metodologia de cálculo:** Numerador (N) : número de casos de germes gram negativos multirresistentes

Denominador (D) : número de pacientes internados na UTI  $R = N/D \times 100$

**Polaridade:** Quanto menor melhor

**Fonte:** Planilha do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar / HMIB



Ao longo de 2024, a taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes na UTI Materna apresentou valores controlados, sem surtos significativos.

Nos primeiros meses do ano, nenhuma bactéria multirresistente foi isolada na unidade, o que demonstra a efetividade das medidas preventivas.

No entanto, em março, ocorreu um caso isolado de *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina (0,02), e em junho, mais um caso de Enterobactérias resistentes a carbapenêmicos (0,02).

No terceiro quadrimestre, somente em novembro houve a detecção de um novo caso, o que reforça o controle da disseminação bacteriana na unidade.

As principais ações que contribuíram para o controle da taxa foram monitoramento semanal de culturas, adesão rigorosa a protocolos de higiene, além do uso de checklists na inserção e manutenção de cateteres.

Apesar da baixa prevalência, a unidade continua vigilante para evitar possíveis surtos, garantindo uma resposta rápida a novos casos.

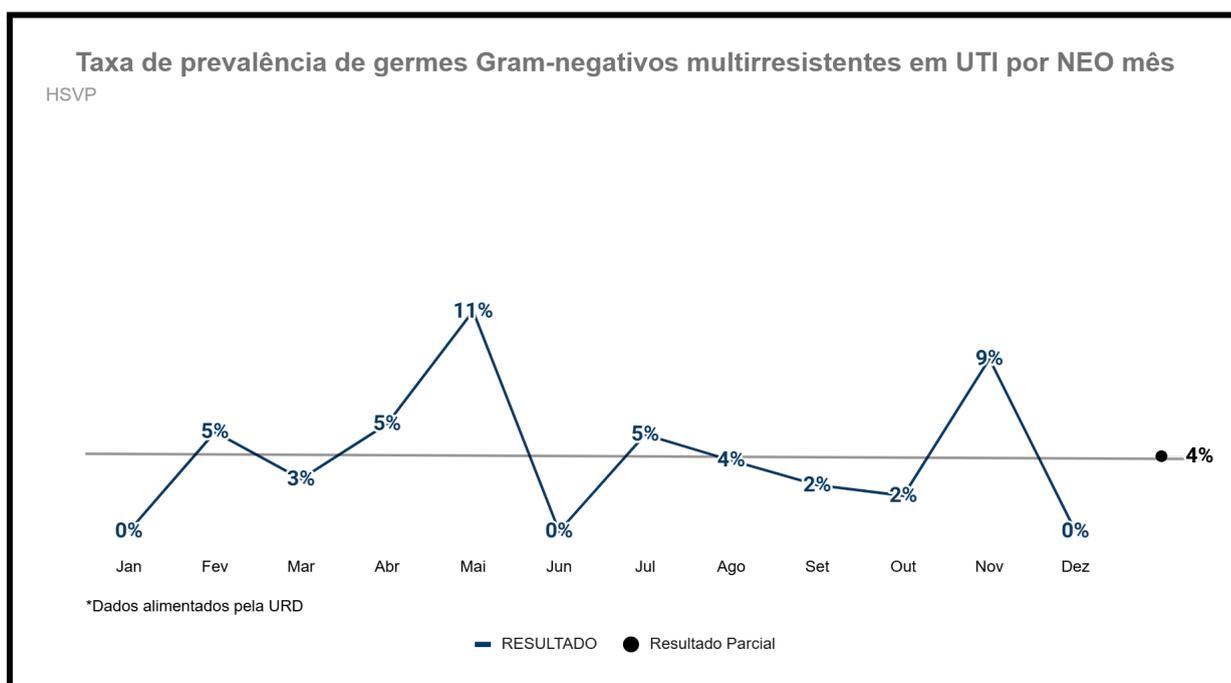
## 7.10. Indicador 11: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI por NEO mês.

**Conceito:** A taxa de prevalência desse indicador representa a proporção de casos de infecções causadas por germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos, ocasionando infecções em recém-nascidos internados em UTIs e podem ter impacto significativo na morbidade e mortalidade. Esse indicador é crucial para a gestão da qualidade e segurança em UTIs neonatais, visando proteger os bebês vulneráveis de infecções graves e promover o uso racional de antimicrobianos. Objetivo: Rastreamento de bactérias MR, monitoramento por coorte de pacientes para evitar comorbidades.

**Metodologia de cálculo:** Numerador (N) : número de casos de germes gram negativos multirresistentes Denominador (D): número de pacientes internados na UTI  $R = N/D \times 100$

**Polaridade:** Quanto menor melhor

**Fonte:** Planilha do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar / HMIB



Ao longo de 2024, a taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes na UTI Neonatal oscilou, mas permaneceu dentro de níveis controláveis.

Nos primeiros meses do ano, houve registros isolados de Enterobactérias resistentes a carbapenêmicos e Staphylococcus aureus resistente a oxacilina, com picos em maio (0,11) e novembro (0,09).

Em contrapartida, junho e dezembro registraram taxa zero, sem detecção de novas infecções. O monitoramento semanal das culturas por meio de swab retal foi essencial para identificação precoce de casos e isolamento adequado dos pacientes, reduzindo os riscos de disseminação.

Contudo, o déficit de profissionais e a falta de insumos comprometeram a consistência da adesão aos protocolos preventivos, evidenciando a necessidade de ajustes estruturais e operacionais

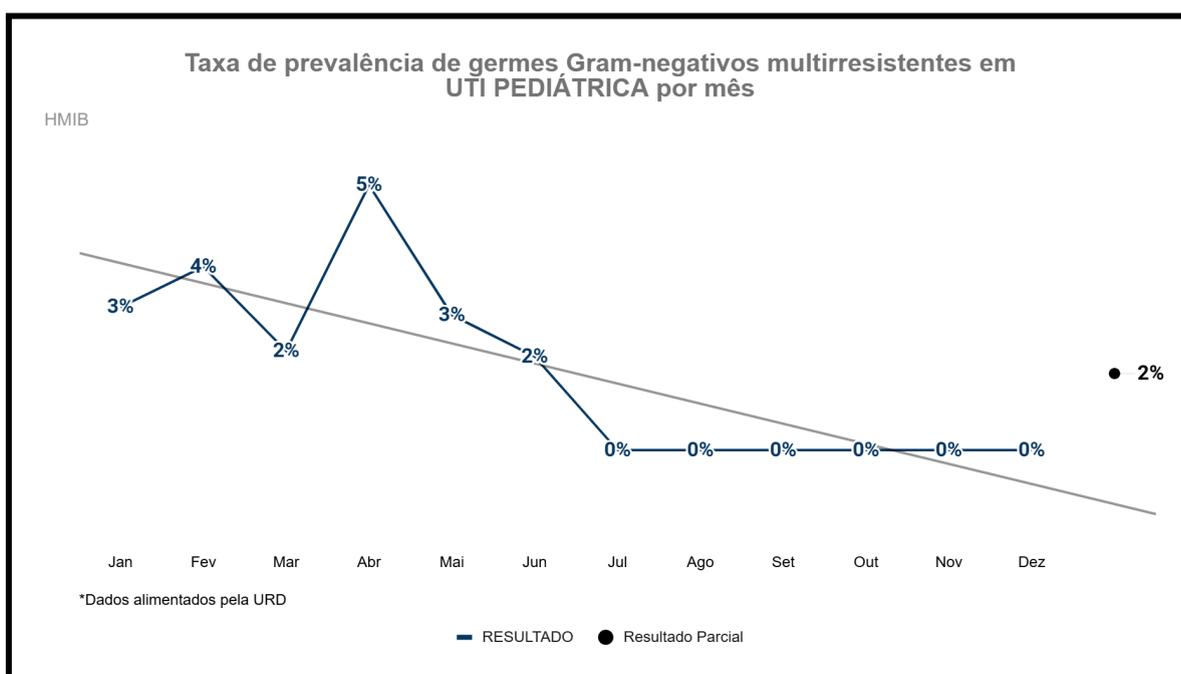
## 7.11. Indicador 11: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês.

**Conceito:** A taxa de prevalência desse indicador representa a proporção de casos de infecções causadas por germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos, ocasionando infecções em recém-nascidos internados em UTIs e podem ter impacto significativo na morbidade e mortalidade. Esse indicador é crucial para a gestão da qualidade e segurança em UTIs neonatais, visando proteger os bebês vulneráveis de infecções graves e promover o uso racional de antimicrobianos. Objetivo: Rastreamento de bactérias MR, monitoramento por coorte de pacientes para evitar comorbidades.

**Metodologia de cálculo:** Numerador (N): número de casos de germes gram negativos multirresistentes Denominador (D): número de pacientes internados na UTI  $R = N/D \times 100$

**Polaridade:** Quanto menor melhor

**Fonte:** Planilha do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar / HMIB



Ao longo de 2024, a prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes na UTI Pediátrica foi controlada, com casos isolados em janeiro (0,03), fevereiro (0,04), março (0,02), abril (0,05), maio (0,03) e junho (0,02).

Nos meses seguintes, nenhuma bactéria resistente foi isolada, indicando o sucesso das estratégias de controle de infecção

O controle foi alcançado por meio de monitoramento regular de culturas e hemoculturas, além da adoção de medidas rigorosas de higiene e manipulação de dispositivos invasivos.

No entanto, desafios como déficit de pessoal, dificuldades no registro digital e irregularidade no fornecimento de materiais hospitalares ainda representam riscos para a manutenção dos bons resultados

## 8. 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.

## 9. 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.