

## **PROGRAMA TÊMÁTICO:**

### **6202 – APERFEIÇOAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

#### **OBJETIVO GERAL:**

**Garantir ao cidadão acesso ao sistema de saúde integral, humanizado e resolutivo, por meio de ações e serviços de promoção, prevenção, assistência e reabilitação.**

#### **Contextualização**

A saúde pública do Distrito Federal sofreu enorme retrocesso no padrão de qualidade dos serviços prestados, nos últimos doze anos. A pressão advinda do crescimento populacional e da necessária incorporação de novas tecnologias representou um desafio de difícil enfrentamento para o sistema público. A crise político-institucional, ocorrida nos últimos dois anos da administração anterior do Governo do Distrito Federal, contribuiu para a potencialização deste desafio, com graves reflexos nas ações e serviços prestados à população. Entre os problemas observados devem ser destacados as falhas no armazenamento e compra de remédios, no acesso ao atendimento básico e de média e alta complexidade, no aumento das filas de cirurgias e na descontinuidade das campanhas de vigilância à saúde.

Com base neste diagnóstico, houve o entendimento comum de que “a necessária reconstrução do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal fundamenta-se na ampliação do acesso, na melhoria da qualidade e da eficiência do sistema, como também na promoção da equidade das ações e serviços de saúde, na integralidade da atenção e na continuidade do cuidado. A regionalização do sistema, a atenção básica, o pronto atendimento, a ampliação do Programa Saúde da Família e a modernização da gestão da saúde são elementos estratégicos para a organização e a melhoria das redes de saúde e a integração entre o Distrito Federal e os municípios do Entorno” (Programa de Governo – 2011 a 2014).

No âmbito do Distrito Federal, diferente do que ocorre em outros estados, a SES acumula funções que, nos documentos legais que regulamentam o Sistema Único de Saúde no território nacional, são atribuídas a estados e municípios, abrangendo desde a execução direta de ações e serviços até a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde. Para o alcance da desejada eficiência e resolubilidade da rede, faz-se, assim, necessário aprimorar os processos de planejamento e gestão no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, de forma a promover, simultaneamente, a responsabilização das Diretorias Gerais de Saúde – DGS e Unidades de Referência Distrital – URD pelos resultados buscados e a integração de ações e serviços finalísticos. Nesse contexto, esforços serão feitos no sentido de promover a sinergia entre as atividades desenvolvidas pelas áreas técnicas de planejamento, tecnologia da informação, regulação de acesso, controle e avaliação, bem como no sentido de incorporar instrumentos e modalidades utilizados com sucesso por outras Unidades da Federação - UF, que possam associar o interesse público a maior agilidade administrativa e otimizar a utilização dos recursos disponíveis.

Tendo a informatização da totalidade da rede assistencial como principal estratégia operacional para viabilizar a implementação de outros instrumentos de gestão, ganha destaque na atuação da SES o reforço na infra-estrutura e na disseminação de soluções em tecnologia da informação, em especial no que se refere ao Sistema Integrado de Saúde (SIS) na plataforma Web, já implantado em diversas Diretorias Gerais de Saúde. As ações envolvidas no processo incluem planejamento, análise, customização, implementação, operação assistida e manutenção de sistemas de informação, em todas as unidades da rede, com o propósito de expandir e integrar o SIS, proporcionando agilidade e transparência às atividades de todos os setores envolvidos na atenção à saúde, do nível gerencial ao operacional. Um indicador que expressa o

sucesso dessa estratégia é o percentual da população cadastrado no sistema e de posse do Cartão de Saúde. A exemplo do proposto pelo Ministério da Saúde, a cada usuário é atribuído um número único que permite o acompanhamento individualizado do cuidado dispensado a cada um e a compilação dos recursos utilizados nesse cuidado, permitindo simultaneamente, por intermédio da consolidação dessas informações, um melhor gerenciamento e controle desses recursos.

#### FOTOS CONSTANTES DO ORIGINAL E NÃO PUBLICADAS POR MOTIVOS TÉCNICOS

Quadro 1 – Evolução da cobertura do Cartão de Saúde – Série Histórica de 2001 a 2010

Ano	População Estimada do DF	Número de pessoas cadastradas	Cobertura (%)	Ano	População do DF	Número de pessoas cadastradas	Cobertura (%)
<b>2.001</b>	2.051.271	10.995	0,54	<b>2.006</b>	2.383.614	631.291	26,48
<b>2.002</b>	2.101.818	17.781	0,85	<b>2.007</b>	2.434.033	801.883	32,94
<b>2.003</b>	2.145.838	81.673	3,81	<b>2.008</b>	2.557.158	1.054.880	41,25
<b>2.004</b>	2.189.792	355.178	16,15	<b>2.009</b>	2.606.884	1.271.596	48,78
<b>2.005</b>	2.233.615	519.851	23,27	<b>2.010</b>	2.606.884	1.420.406	54,49

Fonte: DATASUS

A assistência farmacêutica é um dos setores em que podem ser observados os reflexos mais evidentes dos gargalos gerenciais e logísticos prevalentes na saúde pública do DF. Os problemas específicos dessa área são abrangentes e se manifestam em todas as etapas do processo, quais sejam, planejamento da aquisição de insumos, processos de licitação, armazenamento e distribuição, dispensação ao paciente e controle do efetivamente consumido. A qualificação dos processos gerenciais envolvidos em todas essas etapas, dos recursos humanos e de estrutura mínima adequada na rede de saúde da SES DF, pode contribuir decisivamente para a melhoria do acesso, da resolatividade dos problemas rotineiros e da racionalização das despesas do GDF com impacto positivo na cobertura assistencial para os usuários do SUS no DF.

No que se refere à execução direta de ações e serviços, uma das principais propostas em termos de políticas públicas é o fortalecimento da atenção primária. De fato, tal caminho é o menos intensivo em custos ao mesmo tempo em que muitos estudos mostram que áreas com melhor atenção primária possui melhores resultados em saúde, incluindo as taxas de mortalidade geral, as de mortalidade por doença cardíaca e as de mortalidade infantil, além de detectar de maneira precoce cânceres tais como o cólon-retal, de mama, uterino/cervical e melanoma. Embora o Distrito Federal esteja entre as UF com melhor desempenho, no que se refere a tais indicadores, persistem grandes diferenças entre as Regiões Administrativas, que refletem tanto as diferenças sócio-econômicas quanto as de cobertura assistencial. Tais diferenças foram potencializadas a partir do ano 2000, entre outros motivos, pelo decréscimo observado na cobertura da atenção primária, em particular a desenvolvida por intermédio da Estratégia Saúde da Família.



**Quadro 2 - Evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família – Série Histórica de 2000 a 2010\***

Ano	População do DF	Número de pessoas cadastradas	Cobertura (%)
2.000	2.051.271	566.150	27,6
2.001	2.101.818	148.388	7,06
2.002	2.145.838	165.873	7,73
2.003	2.189.792	175.402	8,01
2.004	2.233.615	138.934	6,22
2.005	2.333.109	149.978	6,43
2.006	2.383.614	163.597	6,86
2.007	2.434.033	221.815	9,11
2008	2.557.158	223.028	8,72
2.009	2.606.884	274.821	10,54
2010	2.606.884	345.151	13,24

Mesmo reconhecendo a importância fundamental da atenção primária para a estruturação de um sistema de saúde universal e integral viável, o fato é que esse sistema não pode prescindir da atenção especializada de média e alta complexidade. A atenção especializada, por sua vez, geralmente exige mais recursos do que a atenção básica porque enfatiza a aplicação de recursos muitas vezes intensivos em tecnologia. Nesse sentido, coloca-se um duplo desafio para o sistema de saúde pública do Distrito Federal: por um lado, a continuidade do esforço de estruturação e expansão da atenção básica e, por outro, a continuidade da estruturação da rede de atenção especializada, muito mais onerosa. Assim, é possível dizer que o sucesso na estruturação da atenção básica tende a potencializar os desafios na atenção de média e alta complexidade, uma vez que uma população que vive mais tende a ter um maior número de problemas de saúde, em especial nos últimos anos de vida, assim como o perfil epidemiológico tende a, progressivamente, aproximar-se do verificado em países desenvolvidos onde a incidência de problemas de saúde de alto custo para o sistema público, como os diversos tipos de câncer e problemas cardiovasculares tende a ser maior.

#### FOTOS CONSTANTES DO ORIGINAL E NÃO PUBLICADAS POR MOTIVOS TÉCNICOS

Ainda no escopo da atenção à saúde, duas áreas merecem destaque e abordagem particular, por suas especificidades e interações, tanto com a atenção primária quanto a de média e alta complexidade, quais sejam a de saúde mental e a de urgência e emergência. Para a atenção em saúde mental, faz-se necessária uma rede complexa, diversificada, integrada e resolutive. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), atenção domiciliar, ações de saúde mental na Atenção Básica, ambulatórios, leitos em hospitais gerais e inclusão social pelo trabalho são dispositivos essenciais para a atenção a pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Os serviços constituintes dessa rede devem funcionar de

acordo com a lógica territorial, com referências e contra-referências bem estabelecidas entre eles e com os demais componentes da rede pública de saúde do DF. No que se refere à área de urgência e emergência, as diretrizes de regionalização e hierarquização estão pouco implementadas devido à má utilização generalizada das portas de entrada de alta complexidade. Para a adequação desse componente da rede do DF, faz-se necessário criar as unidades que componham o nível intermediário de complexidade entre a atenção básica e a atenção às urgências prestada pela rede hospitalar.

#### FOTOS CONSTANTES DO ORIGINAL E NÃO PUBLICADAS POR MOTIVOS TÉCNICOS

Precedendo, fundamentando e orientando todas as ações anteriores, as ações de vigilância em saúde são essenciais para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde no âmbito do Distrito Federal. Esse conjunto de ações e serviços visa monitorar a situação de saúde da população do DF e seus determinantes; recomendar ou promover medidas oportunas de prevenção e controle dos agravos, inclusive decorrentes do processo de trabalho, de controle dos fatores ambientais de risco e ainda da prestação de serviços e da produção e circulação de bens definidos como de interesse sanitário. Essas ações têm a finalidade de subsidiar a formulação das políticas públicas e a gestão do Sistema Único de Saúde, de aumentar o nível de conhecimento da população, objetivando a melhoria da sua qualidade de vida. Por tais especificidades, a prontidão dos técnicos atuantes na área determina a capacidade de resposta do sistema de saúde do DF às ameaças à saúde da população aqui residente.

Quadro 3 – Proporção de casos de doenças notificados, com investigação encerrada oportunamente

Ano	Casos notificados	Encerrados Oportunamente	(%)
2.006	3.604	3.110	86,3
2.007	3.477	2.630	75,6
2.008	3.132	2.271	72,5
2.009	2.397	2.120	88,4
2.010	2.025	1.703	84,1

Espera-se que ao final dos próximos quatro anos, como consequência das ações implementadas, os avanços setoriais sejam percebidos e aprovados, refletindo-se principalmente como incremento na qualidade de vida da população do DF.

#### OBJETIVO ESPECÍFICO:

**001 – Atenção Primária em Saúde – Implementar a atenção primária em saúde no DF com ênfase na expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família, garantindo a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a equidade no atendimento das necessidades da população com vista à promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida.**

#### UNIDADE ORÇAMENTÁRIA RESPONSÁVEL:

**23.901 – FUNDO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

#### Caracterização

A Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, dentro de sua política de incentivo ao desenvolvimento da atenção à saúde oferecida à população do DF tem desenvolvido esforços no sentido de reestruturar o nível de atenção primária no SUS tentando superar, assim, as dificuldades e os desafios existentes nesta importante área.

Do ponto de vista estratégico, a valorização da atenção primária contribui de forma decisiva para a reversão do atual modelo de atenção à saúde desenvolvida no Distrito Federal.

É importante ressaltar que semelhante aos países desenvolvidos, o Distrito Federal também apresenta elevação das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, além do aumento significativo da população idosa. Diante desse cenário, é imperativo a elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e ações direcionadas para este segmento da população.

O acesso às ações e serviços de saúde tornou-se precário ao longo dos últimos anos. O modelo assistencial ainda centrado na doença e nos casos agudos privilegia a rede hospitalar, agravando a situação da atenção primária, que tem recebido poucos investimentos estruturantes. A desarticulação existente entre as diferentes unidades torna os serviços públicos de saúde pouco resolutivos para a população do DF. Experiências nacionais e internacionais indicam que o reordenamento do acesso a partir da Atenção Primária à Saúde reduz custos e otimiza resultados, com benéficas repercussões para todo o sistema. A criação de vínculos entre profissionais e comunidade, por exemplo, contribui para a melhoria da qualidade de vida das populações assistidas.

Para o enfrentamento dos desafios existentes o esforço atual da Secretaria de Saúde do DF está concentrado na reorganização do modelo assistencial da atenção primária à saúde do DF. Investimentos em infraestrutura, em insumos, em capacitação de recursos humanos, modernização dos processos de trabalho e até desenvolvimento de estudos e pesquisas na área de atenção primária com monitoramento e avaliação das ações em saúde são partes estruturantes para o novo modelo.

Apropriar-se do modelo consagrado na APS indica a possibilidade concreta de construir uma nova lógica para a rede de saúde do DF. Investimentos em infra-estrutura, organização de fluxos assistenciais, capacitação dos profissionais e modernização da gestão são ingredientes que podem trazer novos resultados sanitários, melhorando a qualidade de vida da nossa população. Este plano de saúde setorial tem a pretensão de contribuir para todo esse processo de forma dinâmica, prática e consistente.

Estrategicamente os avanços desejados estão condicionados por um conjunto de fatores que passam pela expansão ordenada e gradual das Equipes de Saúde da Família – ESF e das Equipes de Saúde Bucal - ESB, pela organização dos seus processos de trabalho, pela revitalização da Rede de Atenção, por meio de reformas em unidades existentes e a construção de novas Unidades Básicas de Saúde - UBS e, também, pela conversão do modelo de atenção praticado em Centros de Saúde, de forma que passem a alocar ESF e ESB.

Acrescente-se que tal expansão evolui concomitantemente com a qualificação da atenção primária em saúde, nos níveis central, regional e local do SUS/DF, com vistas à reestruturação e hierarquização das ações e serviços ofertados. Em termos de organização das ações de saúde, trabalha-se com a definição de linhas de cuidado visando a melhoria da atenção prestada à saúde das crianças, mulheres, adolescentes, jovens, adultos e idosos, incorporando os conceitos de integralidade do sistema. Além disso, a implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), na perspectiva de desenvolver apoio matricial às ESF, de forma a promover a integralidade da atenção e aumentar a resolubilidade das equipes, propicia melhoria da situação de saúde e qualidade de vida da população.

A atenção primária em saúde atua ainda na busca da equidade em saúde de acordo com a realidade atual do Distrito Federal, contemplando as especificidades da população que requer uma atuação mais complexa e específica, tendo em vista suas peculiaridades. Nelas se incluem, além da população interna dos presídios e os pacientes que necessitam de atenção domiciliar, os grupos populacionais que se encontram em situação de vulnerabilidade na perspectiva biopsicossocial, causada por motivos diversos, demandando ações que contemplem toda a complexidade que a situação requer, tais como: a população em situação de rua, as pessoas com deficiência, a população rural, a população negra, a população LGBTQ+.

Atualmente, 341.323 pessoas são atendidas por equipes multiprofissionais com território adstrito, na lógica da Estratégia de Saúde da Família, com 121 Equipes de Saúde da Família (ESF) completas, perfazendo uma cobertura populacional de 13,10%, em abril de 2011. Em termos de saúde prisional, a SES-DF atende 52% dos internos distribuídas nas seis unidades prisionais.

Dessa forma, é importante destacar que essa reorganização do sistema de saúde no DF requer a superação de obstáculos principalmente da baixa cobertura populacional em atenção primária de saúde. Portanto, o objetivo é o de buscar a reestruturação do sistema por meio da realocação dos recursos físicos, humanos e financeiros, atendendo assim, os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica à Saúde.

---

#### Metas 2012-2015:

1. Atingir 75 % de cobertura populacional no DF com acesso a equipes de saúde da família em 2015;
2. 80% dos recém-nascidos vivos de mães residentes no DF com cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal em 2015;
3. Alcançar 95% em investigação de óbitos maternos de residentes no DF em 2014;
4. Reduzir o número absoluto de casos de sífilis congênita em 10% ao ano;
5. Reduzir as internações por complicações de diabetes mellitus para 5,8 por 10.000 habitantes do DF em 2015.

---

#### Indicadores:

Denominação do Indicador	Unidade de Medida	Índice Mais Recente	Apurado em Mm/A.A.	Periodicidade de Apuração	Desejado Em				Fonte da Informação
					1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	
Proporção da População Cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	População cadastrada pela ESF/ população residente no DF x 100	13,24%	mar/11	ANUAL	50	58	66	75	SAPS/SES

Denominação do Indicador	Unidade de Medida	Índice Mais Recente	Apurado em Mm/A.A.	Periodicidade de Apuração	Desejado Em				Fonte da Informação
					1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	
Taxa de Mortalidade Infantil (óbitos em menores 1 ano de residentes no DF/Nascidos vivos de mães residentes no DF x 1000)	Coeficiente	12,9	dez/10	ANUAL	12,5	12,1	11,7	11,3	NAISC/SAPS/SES
Taxa de Mortalidade Neonatal (óbitos de crianças com menos de 28 dias/Nascidos vivos de mães residentes no DF x 1000)	Coeficiente	9,4	dez/10	ANUAL	9,1	8,8	8,5	8,2	NAISM/SAPS/SES
Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (óbitos de crianças de 28 e 364 dias/Nascidos vivos de mães residentes no DF x 1000)	Coeficiente	3,5	dez/10	ANUAL	3,4	3,3	3,2	3,1	NAISM/SAPS/SES
Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou Mais Consultas De Pré-Natal	Nº de NV de mães residentes no DF com 7 ou + consultas de PN/Nº de NV de mães residentes no DFx100	68,62%	dez/10	SEMESTRAL	72%	75%	78%	80%	NAISM/SAPS/SES
Proporção de Óbitos de Mulheres Em Idade Fértil e Maternos Investigados.	Total de óbitos maternos de residentes no DF investigados/Tot al de óbitos maternos de residentes no DF notificados x 100	83%	abr/11	TRIMESTRAL	85%	90%	95%	95%	NAISM/SAPS/SES
Incidência de Sífilis Congênita.	Nº absoluto de casos de RN com sífilis congênita de mães residentes no DF	86	dez/10	SEMESTRAL	72	65	59	53	NAISM/SAPS/SES
Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e Suas Complicações.	Número de internações por diabetes e suas complicações na população de 30 a 59 anos no DF/pop. De 30 a 59 anos no DF x 10.000	7,0/10.000 hab.	mar/11	TRIMESTRAL	6,8/10.000 hab.	6,4/10.000 hab.	6,1/10.000 hab.	5,8/10.000 hab.	PECD/SAPS/SES

## **Ações Necessárias para o Alcance do Objetivo Específico:**

### **Ações Orçamentárias**

- 1227 – (EP) Implantação do Projeto do Passe Saúde;
- 3135 – Construção de Unidades Básicas de Saúde;
- 3136 – Ampliação de Unidades Básicas de Saúde;
- 3222 – Reforma de Unidades Básicas de Saúde;
- 4208 – Desenvolvimento das ações de Atenção Primária em Saúde;
- 4088 – Capacitação de Servidores;
- 4133 – Atenção integral à saúde de adolescentes em medida socioeducativa de internação;
- 6055 – Assistência à saúde para o sistema prisional.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

**002 – Assistência Especializada em Saúde - Proporcionar assistência especializada organizando fluxos e adequando a rede com a finalidade de promover o acesso integral aos serviços hospitalares e ambulatoriais no âmbito do Distrito Federal.**

### **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA RESPONSÁVEL:**

#### **23.901 – FUNDO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

#### **Caracterização**

As ações e serviços necessários para a execução das redes de assistência são extensos e têm várias interfaces com as diferentes áreas de atuação da saúde e com outros órgãos setoriais do governo. Neste sentido, consideramos a MAC como a continuidade da Atenção Básica - AB e parte indispensável das redes integradas de assistência, realizada por profissionais especializados, em serviços qualificados, com utilização de tecnologia, apoio diagnóstico e terapêutico sendo, em muitas vezes, de alto custo.

As redes de atenção especializada no DF se constituem como um dos principais pontos de organização da oferta de atenção à saúde oferecida ao conjunto da população, seja pelo tipo de serviço, seja pela grande concentração de procedimentos de média e alta complexidade ou pelo considerável volume de recursos consumidos. No contexto da organização vigente na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a atenção especializada é realizada predominantemente nos hospitais da rede própria. Nesse contexto, é necessário para seu fortalecimento o incremento da qualidade dos serviços secundários e terciários prestados à população, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, a ampliação do acesso, o acolhimento eficiente e humanizado com atendimento integral e resolutivo incluindo o suporte para operacionalizar ações em Serviço Social, acesso integral aos Serviços de Nutrição e a atenção especializada em Saúde Bucal.

O Distrito Federal possui uma rede hospitalar heterogênea em termos de complexidade e incorporação tecnológica e desempenha papel de referência de atenção especializada não apenas para a sua região de abrangência, mas, sobretudo para a população de outras regionais de saúde e estados vizinhos – principalmente Goiás, Minas Gerais e Bahia. A discussão sobre os papéis dos hospitais do Distrito Federal se baseia no desenvolvimento de novas atividades de atenção secundária para as regiões periféricas de Brasília, e conseqüente desconcentração de forma estruturada da atual oferta de serviços terciários, garantindo maior



equilíbrio entre as diferentes regiões, bem como, melhor aproveitamento da capacidade instalada nas regiões centrais. Neste sentido, cada hospital deverá desempenhar um papel específico na rede de atenção em saúde, baseado em critérios de necessidades populacionais, especificidades locais, capacidade operativa dos serviços e também na adequação física e tecnológica necessária para as repostas demandadas. Ainda, com vistas ao aumento e qualificação da oferta de serviços de saúde propõe-se a utilização de diferentes modalidades de parceria com a iniciativa privada, em especial com instituições privadas sem fins lucrativos.

Com relação à infra-estrutura, a maioria dos hospitais da SES/DF apresenta problemas relacionados à estrutura física, à manutenção de equipamentos e a carência de recursos humanos e materiais. O enfrentamento da problemática da atenção especializada, complexa e diversificada, representa um desafio inadiável ao processo do fortalecimento do SUS no DF. Para promover a ampliação do acesso além de contemplar as áreas de vazios assistenciais, medidas são necessárias no que se refere à manutenção dos hospitais existentes, implantação de novos serviços, adequação tecnológica, aquisição e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, construção de três novas unidades hospitalares (São Sebastião, Gama, Recanto das Emas), investimento em estruturas físicas, custeio de novos serviços de média e alta complexidade no DF e aquisição de material médico-hospitalar. Em relação à adequação da estrutura física, considerando o acima exposto, destaca-se a realização de reforma e ampliação de espaço físico de várias unidades hospitalares: (1) Hospital de Apoio de Brasília (HAB): implantação do Serviço de Verificação de Óbito(SVO), Central de Nutrição Enteral, Central de Laudo de Imagem e de Patologia. (2) Hospital Regional de Planaltina (HRP): ampliação do hospital com construção de novo bloco que comporte 450 leitos distribuídos em: Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia, Cirurgia e Ginecologia, Centro Cirúrgico, UTI, Setor de Diagnóstico por Imagem, Laboratório, Banco de Sangue, Anatomia Patológica, Lavanderia, Cozinha, Lactário e Banco de Leite Humano; além de adequação do espaço existente para abrigar a parte administrativa. (3)Hospital de Base do Distrito Federal (HDBF): construção do bloco cirúrgico eletivo e do bloco de neurotrauma. (4) Hospital Regional de Taguatinga (HRT): construção do bloco cirúrgico e construção/ampliação de ambulatório de especialidades. (5) Hospital Regional de Sobradinho (HRS): ampliação/ reforma do pronto socorro e ampliação do bloco de internação. (6) Hospital Regional de Cinelândia (HRC): construção / ampliação dos blocos de internação, ambulatório de especialidades. Além das obras relacionadas, reformas e ampliação de menor porte serão realizadas conforme identificação de necessidade das unidades de saúde e projetos específicos além de celebração de convênios com o Ministério da Saúde para o mesmo fim.

---

#### **Metas 2012-2015:**

1. Ampliar a cobertura populacional de leitos hospitalares para 2,4 por 1.000 habitantes do DF em 2015;
2. Elevar a capacidade de internação por leitos hospitalares do DF para 50 internações por leito em 2015;
3. Ampliar a cobertura de leitos de UTI para 9 % em relação ao total de leitos hospitalares do DF em 2015;
4. Ampliar o percentual de consultas médicas especializadas para 22,30% de consultas em relação ao total de consultas.

**Indicadores:**

Denominação do Indicador	Unidade de Medida	Índice Mais Recente	Apurado em Mm/A.A.	Periodicidade de Apuração	Desejado em				Fonte da Informação
					1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	
Cobertura de leitos hospitalares (número de leitos por 1.000 habitantes)	Unidade	2	jul/11	anual	(2,0)	(2,0)	(2,1)	(2,4)	CNES / IBGE
Capacidade de internação por leitos hospitalares	Unidade	34,7	jul/11	anual	38	42	46	50	SIH / CNES
% Cobertura de leitos de UTI	% de leito de UTI	418 7,8	jul/11	anual	438 (8,1)	476 (8,7)	500 (9,0)	581 (9,0)	CNES / IBGE
Proporção de consultas médicas especializadas em relação ao total de consultas	% de consultas especializadas	15,37%	jul/11	anual	17	19,3	21,3	22,3	DICOAS IBGE

**Ações Necessárias para o Alcance do Objetivo Específico:****Ações Orçamentárias**

- 1413 – (EP) Implantação de unidade materno infantil;
- 2103 – (EP) Implantação do Programa Viver em Casa;
- 2145 - Serviços assistenciais complementares em saúde;
- 2155 – (EP) Realização de cirurgia plástica reparadoras de mama;
- 2156 – (EP) Apoio ao tratamento de doenças raras;
- 2885 - Manutenção de máquinas e equipamentos;
- 3140 - Construção de unidades de atenção especializada em saúde;
- 3141 - Ampliação de unidades de atenção especializada em saúde;
- 3223 - Reforma unidades de atenção especializada em saúde;
- 3467 - Aquisição de equipamentos;
- 4068 - Alimentação e Nutrição;
- 4137 – Contratualização de Hospitais de Ensino;
- 4205 - Desenvolvimento de ações de atenção especializada em saúde ;
- 4206 - Gestão de unidades assistenciais de saúde;
- 4227 - Fornecimento de alimentação hospitalar;
- 6049 – Atenção à Saúde Bucal;
- 6050 - Prevenção, Controle do Câncer e Assistência Oncológica;
- 6052 - Assistência Voltada à Internação Domiciliar;
- 6016 - Fornecimento de aparelhos de órteses e próteses.

## **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

**003 – Vigilância em Saúde – Atuar nos fatores desencadeantes, determinantes e condicionantes de doenças e agravos, com a finalidade de conhecer, detectar, prevenir, controlar, reduzir e eliminar riscos e danos à saúde individual ou coletiva, bem como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.**

---

## **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA RESPONSÁVEL:**

### **23.901 – FUNDO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

---

#### **Caracterização**

A CF/1988 consagrou a Saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado, sendo as ações e serviços de saúde considerados de relevância pública.

No âmbito do Programa Temático dedicado à Modernização do Sistema Único de Saúde, a vigilância em saúde no Distrito Federal tem seu escopo voltado para atividades preventivas, promocionais e de controle. Envolve um conjunto de ações e serviços que visam monitorar a situação de saúde da população do DF e seus determinantes; recomendar ou promover medidas oportunas de prevenção e controle dos agravos, inclusive decorrentes do processo de trabalho, e de controle dos fatores de riscos ambientais; e ainda, da prestação de serviços e da produção e circulação de bens definidos como de interesse sanitário. Essas ações têm a finalidade de subsidiar a formulação das políticas públicas e a gestão do Sistema Único de Saúde, como também, de aumentar o nível de conhecimento da população, objetivando a melhoria da sua qualidade de vida.

As ações de Vigilância em Saúde objetivam dar cumprimento aos dispositivos legais regulamentares, com vistas a manter o equilíbrio epidemiológico, sanitário e ambiental para a população do DF, com vistas a prevenir calamidades, surtos, epidemias e óbitos. As ações diretas de vigilância em saúde têm suas despesas correntes financiadas com recursos provenientes do MS (Fundo a Fundo), cabendo ao DF apenas a contrapartida obrigatória, definida em Portarias/MS. Cabe também ao governo/DF a destinação de recursos para investimentos em construção de unidades indispensáveis à execução das ações, de forma satisfatória e suficiente.

As condicionantes favoráveis ao alcance do objetivo específico da vigilância em saúde observam as diretrizes pautadas em instrumentos de planejamento que definem as ações; capacidade instalada da rede de serviços; comprometimento dos profissionais.

Como condições desfavoráveis, identificam-se a morosidade no fluxo dos processos de aquisições de bens, serviços e insumos, devido à complexidade no atendimento da legislação pertinente e da interface com outras Unidades, podendo comprometer a realização da ação no momento oportuno; a falta de carreira específica para Vigilância em Saúde; além do descompasso entre o crescimento populacional imprevisto e a oferta dos serviços de vigilância em saúde.

A política de vigilância em saúde é desenvolvida por intermédio dos quatro eixos básicos, a saber:

- Ações de Vigilância Ambiental em Saúde: prevenir e controlar os fatores de riscos biológicos (vetores, reservatórios, hospedeiros e animais peçonhentos) e não biológicos (água para consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos) relacionados às doenças e outros agravos à saúde;

- Ações de Vigilância Epidemiológica em Saúde: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, que proporcionam o conhecimento, a detecção ou

prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;

- Ações de Vigilância Sanitária em Saúde: ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, abrangendo o controle da qualidade de produtos de interesse da saúde, entre eles: alimentos, água para consumo humano e para hemodiálise, medicamentos, saneantes e cosméticos, bem como, da prestação de serviços, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde;

- Ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador: objetiva a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos fatores condicionantes e determinantes dos acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

---

#### **Metas 2012-2015:**

---

1. Alcançar 80% de imóveis visitados 6 vezes/ano no DF para eliminação de criadouros de *Aedes aegypti*, em relação ao número de imóveis existentes no DF;
2. Realizar 80% de coletas para análise da qualidade da água para consumo humano, em imóveis cadastrados no SAC (Sistema de Abastecimento Coletivo) e no SAA (Sistema de Abastecimento Alternativo), referente aos parâmetros microbiológicos;
3. Vacinar 80% da população canina e felina na campanha anual de vacinação antirrábica e nos postos fixos de rotina;
4. Encerrar oportunamente 85% dos casos de Doenças de Notificação Compulsória – DNC encerrados oportunamente;
5. Vacinar 95% das crianças menores de dois anos com a vacinação de rotina do Calendário Básico de Vacinação;
6. Implantar em 80% das Regionais de Saúde o Plano de Promoção de Saúde/PPS;
7. Realizar exames em 100% das amostras biológicas encaminhadas ao LACEN;
8. Realizar análise físico-química e microbiológica em 100% das amostras pactuadas com a DIVISA/SVS;
9. Aumentar 20 pontos percentuais em 2012; acrescentar 5 pontos percentuais em 2013 e em 2014; e 10 pontos percentuais em 2015, das inspeções realizadas em estabelecimentos de interesse da vigilância sanitária, conforme dados informados pela Associação Comercial do DF;
10. Aumentar em 15% o nº de notificações dos acidentes de trabalho e dos agravos relacionados ao trabalho, a partir de 2012, em relação ao nº de notificações realizadas no ano anterior.

**Indicadores:**

Denominação do Indicador	Unidade de Medida	Índice Mais Recente	Apurado em MM/AA.	Periodicidade de Apuração	Desejado Em				Fonte da Informação
					1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	
Proporção de inspeções realizadas em imóveis visitados no DF para eliminação de criadouros de <i>Aedes aegypti</i> em relação ao número de imóveis existentes no DF	%	39,1	jan/11	Mensal	80	80	80	80	SISFAD/DIVAL
Realização de coletas para análises da qualidade da água para consumo humano.	%	76,88	dez/10	Mensal	80	82,5	85	87,5	SISAGUA/DIVAL
Proporção de população canina e felina vacinada.	%	49,71	dez/10	Anual	80	80	80	80	DIVAL
Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) encerrados oportunamente.	%	82,17	dez/10	Trimestral	82	83	84	85	SINAN/DIVEP
Crianças vacinadas menores de 2 anos.	%	91,2	mai/11	Trimestral	95	95	95	95	SI-PNI SINASC/DIVEP
Percentual de Regionais com Plano de Promoção de Saúde - PPS implantado.	%	A ser implantado	A ser implantado	Semestral	VO = 20	40	60	80	SAPS GEDANT/DIVEP
Realização de exames laboratoriais de interesse das ações de vigilância epidemiológica, em 100% das amostras.	%	100	dez/10	Anual	100	100	100	100	LABTRACK/ LACEN
Realização de ensaios de controle de qualidade de produtos: alimentos, águas, medicamentos, saneantes e cosméticos comercializados no DF, em 100% das amostras.	%	100	dez/10	Anual	100	100	100	100	LACEN
Estabelecimentos de risco existentes no território do DF inspecionados	%	30	dez/10	Mensal	50	55	60	70	DIVISA
Nº de notificações de agravos à Saúde do Trabalhador, constantes da Portaria GM/MS nº 104/2011	Un	1364	dez/10	Mensal	1568	1803	2074	2385	SINAN/CEREST

**Ações Necessárias para o Alcance do Objetivo Específico:****Ações Orçamentárias**

- 1010 – (EP) Estratégia de preservação, educação e controle de doenças crônicas;
- 1059 – (EP) Fortalecimento da comissão intersectorial de saúde do trabalhador (CIST) do Conselho de Saúde do Distrito Federal;
- 1068 – (EP) Implementação da política Distrital de Saúde do Trabalhador;
- 2252 – (EP) Implementação de ações de combate e prevenção à dengue;
- 2256 – (EP) Implantação de ações de enfrentamento ao crack e outras drogas;
- 3154 – Construção de Unidades de Vigilância em Saúde no DF;
- 3155 – Reforma de Unidades de Vigilância em Saúde no DF;
- 4145 – Desenvolvimento de Ações de Vigilância em Saúde no DF.

**Ações Não Orçamentárias****I – Infraestrutura de Instalações e Equipamentos:**

1. Construção de Unidade para implantação do Serviço de Verificação de Óbito/SVO;

2. Construção de Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (Sanitária e Ambiental) para prevenção e controle de agravos e doenças, nas Regiões Administrativas do DF;
3. Construção de galpão para instalação da base de armazenamento de produtos químicos e guarda dos veículos com os equipamentos pesados e/ou portáteis de nebulização a ultrabaixo volume/UBV (veículos fumacê para pulverização ambiental);
4. Construção da sede do Programa de Redução de Danos, no Centro de Saúde nº 11 - 905 Norte;
5. Construção de Unidade sede para Vigilância Sanitária;
6. Construção de canis para Vigilância Ambiental;
7. Construção do bloco de gestão administrativa da Vigilância Ambiental;
8. Manutenção/reforma com adequações das instalações físicas das unidades da Vigilância em Saúde, com vistas a garantir eficiência dos trabalhos específicos de cada segmento;
9. Aquisição de veículos para ações de Vigilância em Saúde;
10. Manutenção preventiva e corretiva da frota de veículos oficiais da Vigilância em Saúde;
11. Aquisição de equipamentos e materiais permanentes para ações de Vigilância em Saúde;
12. Manutenção preventiva e corretiva do parque de equipamentos da Vigilância em Saúde.

#### **II – Abastecimento de Insumos:**

1. Aquisição de insumos gerais para Vigilância em Saúde;
2. Contratação de serviços diversos para Vigilância em Saúde.

#### **III – Gestão de Pessoas**

1. Instituição de carreira e garantia das contratações necessárias;
2. Promoção de capacitação continuada aos profissionais da SVS.

#### **IV – Gestão da Informação**

1. Informatização das ações de campo da Vigilância Sanitária e da Vigilância Ambiental;
2. Informatização sistematizada da rede de serviços da vigilância em saúde, no âmbito da gestão e das atividades técnicas;
3. Implantação do sistema de geoprocessamento nas atividades de campo, em áreas com a presença de vetores transmissores da dengue e de outras doenças e agravos, com vistas a garantir eficácia no controle;
4. Implantação do SI-PNI / Sistema Informatizado do Programa Nacional de Imunização em todas as salas de vacina;
5. Implantação do Boletim Epidemiológico, com avaliação e divulgação dos resultados periódicos;
6. Promoção de campanhas publicitárias à população do DF para divulgar ações educativas e preventivas em vigilância em saúde;
7. Implantação do Sistema de Gerenciamento de Amostras/SGA e do Sistema de Gerenciamento de Ambientes Laboratoriais/GAL, no LACEN.

#### **V – Gestão de Serviços:**

1. Monitoramento e avaliação permanente das ações administrativas e técnicas;

2. Implementação do sistema de gestão da qualidade laboratorial no LACEN, visando à acreditação de ensaios, de acordo com padrões do INMETRO;
3. Implantação de Unidades Sentinela nos diversos níveis de complexidade do Sistema de Saúde Pública do DF, para efetivar as notificações dos acidentes e agravos relacionados ao trabalhador.

#### **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

**004 – Assistência Farmacêutica – Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral, em todos os níveis de atenção**

#### **UNIDADE ORÇAMENTÁRIA RESPONSÁVEL:**

#### **23.901 – FUNDO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

#### **Caracterização**

A Assistência Farmacêutica (AF) reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio do acesso e uso racional dos medicamentos. Tem como principais normatizações a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a Política Nacional de Medicamentos, que fazem parte da Política Nacional de Saúde.

Os problemas percebidos em relação a essa área são abrangentes e se manifestam em todas as etapas do processo, quais sejam, planejamento da aquisição, processos de licitação, armazenamento e distribuição, controle do efetivamente consumido e acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários.

O medicamento é um insumo estratégico de suporte às ações de saúde, cuja falta pode significar interrupções constantes no tratamento, o que afeta a qualidade de vida dos usuários e a credibilidade dos serviços e do sistema de saúde como um todo.

A aquisição de medicamentos é uma das principais atividades da Gestão da Assistência Farmacêutica e deve estar estreitamente vinculada às ofertas de serviços e à cobertura assistencial dos programas de saúde. Para uma boa aquisição de medicamentos deve-se considerar primeiro o que comprar (seleção); quando e quanto comprar (programação); e como comprar. O monitoramento e a avaliação desses processos são fundamentais para aprimorar a gestão e intervir nos problemas relacionados ao abastecimento.

O uso racional de medicamentos, bem como a ampliação do acesso a medicamentos, incluindo os de alto custo, é outro grande desafio que tem sido alvo de priorização no governo do Distrito Federal. Para alcançar esse objetivo, faz-se necessário o desenvolvimento de ações para resgatar o processo de construção da Central de Abastecimento Farmacêutico, de Farmácias que possibilitem a realização de acompanhamento farmacoterapêutico, de áreas para a manipulação de medicamentos e nutrição parenteral e implantação de sistema de doses individualizadas nos hospitais da rede pública.

A revisão do processo como um todo se mostra particularmente necessária na medida em que, além de elo essencial na conformação das redes integradas de serviços, essa área pode ser responsabilizada por grande parte das notícias negativas na mídia local e pelos maiores percentuais de aumento de custos.

No Distrito Federal, esforços estão sendo adotados na área da Assistência Farmacêutica visando uma gestão eficiente, a adequação dos processos gerenciais, a qualificação dos recursos humanos e a estruturação das áreas. Isso contribuirá decisivamente para a melhoria do acesso e do uso racional de medicamentos, na resolutividade dos problemas rotineiros e na

racionalização dos procedimentos de compra/dispensa com impacto positivo na cobertura assistencial aos usuários do SUS no DF.

#### Metas 2012-2015:

1. Manter regularizado o abastecimento de 100% dos medicamentos e Produtos para a Saúde padronizados na SES/DF;
2. Adequar a estrutura física e organizacional de 100% das unidades de farmácia da SES/DF;
3. Atender 100% da necessidade de recursos humanos em número e qualificação adequada para a Assistência Farmacêutica da SES/DF.

#### Indicadores:

Denominação do Indicador	Unidade de Medida	Índice Mais Recente	Apurado em MM/A.A.	Periodicidade de Apuração	Desejado em				Fonte da Informação
					1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	
Porcentagem do orçamento público liquidado com aquisição de medicamentos na SES/DF	%	72,12%	jan – dez/2010	Semestral	80	90	100	100	Sistema de informação da SES/DF e FSDF
Unidades de farmácia na atenção primária com profissional farmacêutico.	%	40,28%	jun/10	Semestral	50	60	80	100	SAPS/SES e DIASF/SAS/SES
Unidades hospitalares com implantação total do sistema de distribuição por dose individualizada.	%	0%	jun/11	Semestral	20	40	60	100	Farmácias Hospitalares da SES/DF e DIASF/SAS/SES.

#### Ações Necessárias para o Alcance do Objetivo Específico:

##### Ações Orçamentárias

- 3153 - Construção da Unidade de Assistência Farmacêutica;
- 4215 - Desenvolvimento das Ações de Assistência Farmacêutica;
- 4216 - Aquisição de medicamentos.

#### OBJETIVO ESPECÍFICO:

005 – Gestão e Planejamento do SUS - Aprimorar os processos de planejamento, gestão, qualificação e formação de profissionais de saúde e do controle social no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde e promover a transferência gradual de autonomia administrativa, financeira e responsabilização sobre os serviços especializados prestados nas Regionais de Saúde e Unidades de Referência com a integração de ações e serviços finalísticos, de maneira a imprimir qualidade e eficiência crescentes à atenção à saúde especializada no Distrito Federal.

#### UNIDADE ORÇAMENTÁRIA RESPONSÁVEL

##### 23.901 – FUNDO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

##### Caracterização

A partir de análise de situação realizada em 2010, houve o entendimento, explicitado no Programa de Governo, que “a necessária reconstrução do Sistema Único de Saúde do Distrito



Federal fundamenta-se na ampliação do acesso, na melhoria da qualidade e da eficiência do sistema, como também na promoção da equidade das ações e serviços de saúde, na integralidade da atenção e na continuidade do cuidado. A regionalização do sistema, a atenção básica, o pronto atendimento, a ampliação do Programa Saúde da Família e a modernização da gestão da saúde são elementos estratégicos para a organização e a melhoria das redes de saúde e a integração entre o Distrito Federal e os municípios do Entorno”.

Tal reconstrução depende em grande parte da análise e revisão dos processos de trabalho, em particular os relacionados ao gerenciamento do sistema de saúde. A modernização dos processos gerenciais, com melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, traz a possibilidade de reorganizar e ampliar a oferta de serviços, beneficiando principalmente a população usuária. Propõe-se assim. Para os próximos quatro anos, a revisão dos fluxos, rotinas, metodologias e instrumentos de trabalho, bem como a retomada e a valorização do planejamento.

A informatização completa da rede configura-se como uma das principais estratégias operacionais para o alcance desse objetivo. Para tanto, além da reestruturação na infra-estrutura, faz-se relevante a ampliação, integração e aperfeiçoamento do Sistema Integrado de Saúde (SIS) na plataforma Web, solução de escolha em tecnologia da informação, incluindo planejamento, análise, customização, operação assistida e manutenção dos aplicativos em todos os estabelecimentos da rede. Outras estratégias incluem o fortalecimento e ampliação da regulação de acesso a consultas e procedimentos de média e alta complexidades, a revisão da metodologia e do instrumental relacionados ao planejamento estratégico e à apuração de custos assistenciais; contratação de consultorias para reengenharia de processos, modelagem organizacional e apoio à administração hospitalar; e, capacitação continuada dos profissionais envolvidos com as atividades de planejamento e gestão.

As restrições e dificuldades relacionadas à administração de estabelecimentos complexos induzem ainda a necessidade de identificar, avaliar e implementar novas formas de gerência que possam associar o interesse público à maior agilidade administrativa. Nessa vertente incluem-se as a adoção de estratégias para aprimorar os processos de planejamento e gestão no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, promovendo a contratualização, o acompanhamento das ações de assistência em saúde especializada e a transferência crescente de autonomia financeira e administrativa para as Regionais de Saúde e Unidades de Referência, de forma simultânea, a integração de ações e serviços finalísticos, de maneira a imprimir qualidade e eficiência crescentes à atenção à saúde no Distrito Federal. Somando-se a estas estratégias, a adoção de modelos de gestão inovadores incluindo-se a fundações públicas, entre outras.

Finalmente, é necessária a construção de mecanismos que viabilizem parcerias mais efetivas entre governo e sociedade, aumentando a visibilidade das ações da SES, por um lado, e reposicionando e potencializando a participação e controle social, por outro. Nesse contexto, ganham relevância as atividades voltadas à capacitação e melhoria de desempenho dos membros do Conselho de Saúde do DF, além da realização da Nona Conferência Distrital de Saúde, em 2015.

---

#### **Metas 2012-2015:**

1. Ampliar a cobertura do Cartão SUS para 70% dos habitantes do DF em 2015;
2. Ampliar o número de unidades hospitalares informatizadas para 100% em 2015;
3. Manter sob regulação 50 % das consultas em especialidades médicas em 2015.

**Indicadores:**

Denominação do Indicador	Unidade de Medida	Índice Mais Recente	Apurado em MM/A.A.	Periodicidade de Apuração	Desejado e				Fonte da Informação
					1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	
Cobertura Cartão SUS	%	54,49	dez/10	anual	56	60	65	70	Relatório DITEC
Informatização da rede	%	35%	dez/10	anual	51,25	67,5	83,75	100	Relatório DITEC
Consultas especializadas reguladas	%	7,50%	jul/11	anual	15	27	35	50	SISREG

**Ações Necessárias para o Alcance do Objetivo Específico:****Ações Orçamentárias**

- 1471 - Modernização do Sistema de Informação;
- 3678 - Realização de Eventos;
- 4164 – Qualificação do Controle Social do Sus;
- 4165 - Qualificação da Gestão do Sistema Único de Saúde;
- 4166 - Planejamento e gestão da atenção especializada;
- 9083 - Concessão de Bolsas de Estudo.

**OBJETIVO ESPECÍFICO:**

**006 – Urgência e Emergência – Expandir e qualificar a rede de urgência e emergências, com o apoio a implantação e manifestação das unidades de pronto atendimento (UPAS), das salas de estabilização (SE) e do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192)**

**UNIDADE ORÇAMENTÁRIA RESPONSÁVEL:****23.901 – FUNDO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL****Caracterização**

A atenção às urgências constitui um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda decorrente do aumento do número de acidentes e da violência urbana, acrescida das dificuldades de estruturação das redes de atenção integral às urgências, tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços disponibilizados para o atendimento da população.

Tradicionalmente, a atenção às urgências esteve centrada nos prontos socorros hospitalares através da busca espontânea da população pelo atendimento, culminando com longas filas. Esta situação contribui para a desorganização dos fluxos dos serviços e consequentemente baixa qualidade da assistência.

No Distrito Federal, estes serviços acabam por funcionar como a grande porta de entrada do sistema, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção básica e especializada e as urgências sociais, superlotando e comprometendo todo o sistema.

A partir da publicação da Política de Atenção às Urgências e a implantação do componente pré-hospitalar móvel (SAMU 192), iniciou-se um importante processo de

(re)organização dessa assistência no país. No cenário nacional, a Secretaria de Saúde do DF vem se destacando com o largo espectro de ações desenvolvidas.

Apesar dos avanços, muito há que se percorrer. A proposta das Unidades de Pronto Atendimento 24h agrega novos elementos para essa área desafiadora e complexa. Significa repensar todo o modelo de atenção à saúde adotado a partir da reorganização da linha de cuidado na urgência, com fluxos bem definidos: da porta de entrada ao “seguimento” dos pacientes. Além disso, exige mudanças culturais de toda uma sociedade, ainda acostumada a um modelo hospitalocêntrico.

A proposta das Unidades de Pronto Atendimento tem um papel relevante nesta reorganização e qualificação dos atendimentos de urgência/emergência para a população do Distrito Federal, à vida por soluções eficazes e urgentes, como o próprio trocadilho da palavra sugere.

As consultas de urgência no Distrito Federal apresentam um comportamento diferente das demais (consultas médicas e ambulatoriais). Percebe-se aí um superávit de consultas em relação às necessidades apontadas pelos parâmetros assistenciais, gerando distorções e discrepâncias. Isso permite a inferência de que os serviços de pronto atendimento funcionam como principal porta de acesso ao sistema. Ações estratégicas na redefinição de modelos assistenciais, com ênfase na atenção primária e reorganização de fluxos entre os diferentes pontos de atenção à saúde podem contribuir para a reversão desse quadro.

Regionalização: A implantação das UPAS será realizada em três fases. Na primeira fase estão previstas as 4 primeiras UPAS em Núcleo Bandeirante, Samambaia, Recanto das Emas e São Sebastião. Na segunda fase serão mais 4 UPAS sendo 1 no Gama, 1 no Itapoã, 1 em Águas Claras e 1 na Ceilândia. Na terceira fase serão mais 6 UPAS: SIA, Brazlândia, Sobradinho I, Planaltina, Paranoá e Santa Maria. Aquisição e custeio de 30 novas ambulâncias UBS e 7 USA até 2015 (APH móvel).

---

#### **Metas 2012-2015:**

---

1. Ampliar o número de Unidades de Pronto Atendimento alcançando 14 em 2015;
2. Implantação de 14 Unidades Pré-Hospitalares Fixas de Pronto Atendimento (UPAS) até 2015;
3. Aferição da satisfação dos usuários do SUS na porta de urgência mediante a realização de pesquisa de satisfação;
4. Aquisição e custeio de 30 novas ambulâncias UBS e 7 USA até 2015 (APH móvel);
5. Aperfeiçoamento tecnológico e organizacional da Central de Regulação;
6. Fortalecimento da capacidade de respostas para problemas críticos e agudos;
7. Indução a regulação dos atendimentos de Urgência e Emergência, organizando fluxos de referência e contra-referência entre os diferentes componentes da rede;
8. Implantação do acolhimento com classificação de riscos em unidades da rede de urgência e emergência do DF;
9. Qualificação da porta da urgência e emergência das unidades hospitalares, reorganizando fluxos e processos de trabalho.

## Indicadores:

Denominação do Indicador	Unidade de Medida	Índice Mais Recente	Apurado em MM/A.A.	Periodicidade de Apuração	Desejado em				Fonte da Informação
					1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	
Número de trotes recebidos	Nº / %	29.543 / 31,41%	mai/11	Diário/ mensal	30%	25%	20%	15%	SAPH
Número de ligações pertinentes	Nº / %	8.879 / 42,8%	mai/11	Diário/ mensal	45%	50%	55%	60%	SAPH
Tempo resposta	minutos	12,2 minutos	mai/11	Diário/ mensal	11	10	9	8	SAPH
Óbitos em ambiente pré-hospitalar	%	103%	mai/11	Diário/ mensal	1,3	1,2	1,1	1	SAPH

## Ações Necessárias para o Alcance do Objetivo Específico:

### Ações Orçamentárias

- 2060 - Atendimento de urgência pré-hospitalar (SAMU);
- 3172 - Implantação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA;
- 3173 - Construção das Bases do SAMU.
- 4226 - Gestão e manutenção das Unidades de Pronto Atendimento – UPA.

## OBJETIVO ESPECÍFICO:

**007 – Saúde Mental – Ampliar a cobertura assistencial em Saúde Mental de forma a propiciar qualidade na atenção e no cuidado do acometido de transtorno mental, familiar e servidores vinculados aos serviços, bem como o acesso universal a toda população do Distrito Federal.**

## UNIDADE ORÇAMENTÁRIA RESPONSÁVEL:

### 23.901 – FUNDO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

#### Caracterização

A Política de Saúde Mental foi implementada no Distrito Federal a partir da década de 90 através do Artigo 211 da Lei Orgânica do DF e da Lei Distrital 975 de 12 de Dezembro de 1995. No entanto, a ONU preconizou um novo modelo de atenção à saúde mental no qual se consolidou através da Política Nacional de Saúde Mental, apoiada pela Lei 10.216/01, que busca implantar a atenção à saúde mental aberta e de base comunitária.

Este modelo é composto por uma rede complexa, diversificada, integrada e resolutiva de ações presentes em diversos centros, serviços e programas governamentais tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os leitos de atenção integral (nos CAPS III e em Hospitais Gerais), o Programa de Volta para Casa (P. Vida em Casa/DF), e ações para geração de emprego e renda aos assistidos. Essas ações permitem estabelecer uma linha de cuidados na assistência e reintegração psicossocial dos usuários, inclusive no acolhimento dos egressos de hospitais psiquiátricos submetidos a longos períodos de internação e privados do convívio e suporte familiar. A saúde mental do Distrito Federal no ano de 2010 efetuou aproximadamente 116.910 atendimentos individuais, 20.037 atendimentos em grupo, realizou 23.931 oficinas terapêuticas, 2.485 atendimentos às famílias e 1.961 internações. Neste contexto, para realizar um atendimento de