



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



PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2012 A 2015

SUS DF: Construindo o seu melhor Plano de Saúde!



Brasília, junho de 2012.

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

Governador do Distrito Federal	AGNELO DOS SANTOS QUEIROZ FILHO
Vice-Governador	NELSON TADEU FILIPPELLI
Secretário de Estado de Saúde	RAFAEL DE AGUIAR BARBOSA
Secretário-Adjunto de Saúde	ELIAS FERNANDO MIZIARA
Subsecretário de Planejamento Regulação Avaliação e Controle	LUCAS CARDOSO VERAS NETO
Subsecretário de Atenção à Saúde	ROBERTO JOSÉ BITTENCOURT
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde	ROSALINA ARATANI SUDO
Subsecretário de Vigilância à Saúde	JOSÉ CARLOS VALENÇA CORREA
Subsecretário de Logística em Saúde	CELI RODRIGUES MARQUES
Subsecretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	MARIA NATIVIDADE G. S. T. SANTANA
Subsecretário de Tecnologia da Informação em Saúde	JOSÉ CARLOS ESTEVES FRANCISCO
Subsecretário de Gestão Participativa	JOSÉ BONIFÁCIO CARREIRA ALVIM
Subsecretaria de Administração Geral	JOSÉ MORAES FALCÃO
Fundo de Saúde do Distrito Federal	JOSÉ MENEZES NETO
Fundação Hemocentro de Brasília	BEATRIZ MACDOWELL SOARES
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde	GISLENE REGINA DE SOUSA CAPITANI
Conselho de Saúde do Distrito Federal	RAFAEL DE AGUIAR BARBOSA
Ouvidoria	FRANCIS NAKLE DE ROURE
Corregedoria	MAURÍCIO DE MELO PASSOS

ORGANIZAÇÃO

Diretor de Planejamento e Programação em Saúde

RODRIGO RODRIGUES MIRANDA

Coordenador

Equipe Técnica

ANNA KARINA VIEIRA DA SILVA

CLÁUDIA DANIELA SIMIOLI

DÉA MARA TARDES DE CARVALHO

INARA BESSA DE MENESES

KARLA LARICA WANDERLEY

LUCAS MARANI BAHIA DUCA

MARIA LETÍCIA DOS SANTOS MENDES

NILVÂNIA SILVA ARAÚJO SOARES



Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

COORDENAÇÕES GERAIS DE SAÚDE

Coordenadora Geral de Saúde Asa Sul	ROSELLE BUGARIN STEENHOUWER
Coordenadora Geral de Saúde CNBRF	RITA DE CÁSSIA PAES RIBEIRO
Coordenadora Geral de Saúde Guará	MARÔA SANTIAGO GOMES
Coordenador Geral de Saúde Asa Norte	PAULO HENRIQUE RAMOS FEITOSA
Coordenadora Geral de Saúde Ceilândia	LUCIMAR GONÇALVES DE COSTA ZERO
Coordenador Geral de Saúde Brazlândia	PAULO LISBÃO DE CARVALHO ESTEVES
Coordenador Geral de Saúde Taguatinga	OTAVIO AUGUSTO SILVA RODRIGUES
Coordenador Geral de Saúde Samambaia	MANOEL SOLANGE FONTES TELES
Coordenador Geral de Saúde Rec. das Emas	FABIO ALAURI JACOB SABINO
Coordenadora Geral de Saúde Sobradinho	JOANA D'ARC GONÇALVES DA SILVA
Coordenador Geral de Saúde Planaltina	MAURÍCIO NEIVA CRISPIM
Coordenador Geral de Saúde Paranoá	MARCELO BENITES MONTEIRO
Coordenador Geral de Saúde São Sebastião	MARCUS ANTÔNIO COSTA
Coordenador Geral de Saúde Gama	ROBSON UMBELINO BRITO
Coordenador Geral de Saúde Santa Maria	VALERIO DE FIGUEREDO PALHETA

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, nas publicações do PLANEJASUS, define um Plano de Saúde como um instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, que devem ser a expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades de saúde em uma determinada gestão, sendo a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a administração do sistema. Com o objetivo maior do contínuo aperfeiçoamento e concretização do SUS, o Plano revela-se um importante instrumento para os gestores, técnicos e todos os cidadãos, na medida em que propõe medidas e ações que buscam principalmente a melhoria dos diferentes perfis de saúde no Distrito Federal.

Se por um lado o Sistema Único de Saúde (SUS) alcançou inegáveis vitórias em sua missão de garantir a saúde da população no Brasil, por outro não foram ou não são poucas as dificuldades enfrentadas: de um lado, o desafio da necessária ampliação das ações e serviços do sistema, de modo a incluir todos aqueles que precisam de seus atendimentos e, de outro, as limitações nas despesas e na capacidade de investimentos do setor saúde em todas as esferas de governo. No Distrito Federal, podemos festejar muitos bons resultados, como a ampla redução da mortalidade infantil, o sucesso do programa de combate à AIDS, a ampliação de acesso a vacinações e a medicamentos essenciais, uma ampla rede de serviços médico-hospitalares, com disponibilização de tecnologias de alto custo, entre outros. Apesar disso, ainda há muito por fazer.

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 destacadas 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.

“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).

Daí a importância do presente trabalho. O Plano de Saúde para o quadriênio 2012-2015 busca identificar as prioridades e os problemas de saúde do DF, para propor medidas e ações factíveis que melhorem os perfis de saúde existentes, dada a complexidade dos fatores condicionantes da saúde e o envolvimento de inúmeros participantes – da sociedade civil, de prestadores, de universidades, além dos próprios órgãos de governo - sem os quais se tornaria impossível dar consequência às propostas para o setor. Nesse sentido, esse Plano de Saúde representa o esforço conjunto de todos aqueles que desejam e trabalham para a construção de um sistema de saúde cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo. Cabe agora a todos os envolvidos, unir os esforços para a sua execução, avaliação e aperfeiçoamento ao longo dos próximos quatro anos, de maneira a nos aproximarmos cada vez mais do horizonte buscado.

RAFAEL DE AGUIAR BARBOSA

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

RESOLUÇÃO CSDF Nº 395, DE 14 DE AGOSTO DE 2012

O PLENÁRIO DO CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL em sua ducentésima nonagésima quarta Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de agosto de 2012, no uso das competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 e Lei nº 4.604 de 15 de julho de 2011, Considerando as publicações do PLANEJASUS, pelo Ministério da Saúde, que define "Plano de Saúde" como um instrumento que a partir de uma análise situacional apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos; Considerando que o Plano de Saúde deve ser a expressão política, dos compromissos e das prioridades de Saúde de uma determinada gestão; Considerando que é fundamental para a Execução, Acompanhamento, Avaliação e a Administração do Sistema, tendo como objetivo maior, o contínuo aperfeiçoamento e concretização do SUS, sendo assim, o Plano revela um importante instrumento para os gestores, técnicos e todos os cidadãos, na medida em que propõe medidas e ações que buscam a melhoria da prestação de Serviços de Saúde à população do Distrito Federal; RESOLVE:

Art. 1º Aprovar, o Plano Distrital de Saúde para o período 2012/2015 constante nos autos do processo nº 060.005.896/2012, incorporando os destaques feitos pelo plenário do CSDF, objetivando ampliar as diretrizes e metas, apresentadas no Plano de Saúde. Para tanto a Secretaria de Saúde deverá: 1- Reativar a Fundação Hospitalar do Distrito Federal- FHDF;

Art. 2º Revitalizar o parque de apoio, como Parque Industrial e Tecnológico da Saúde como pólo de formação e capacitação profissional nas áreas de infra-estrutura de serviços, com ênfase na Tecnologia da Informação, Órteses e Prótese.

Art. 3º Adequar a FEPECS e ESCS à legislação de Ensino Superior, por meio da revisão da Lei de criação da FEPECS e da nova estrutura organizacional, como implantação da gestão democrática e participativa com instalação de colegiados em todos os níveis de gestão;

Art. 4º Transformar a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS em Universidade do SUS- UNISUS-DF, Com a criação do terceiro curso de graduação e duplicação das vagas da escola de medicina, criação de novos cursos técnicos profissionalizantes de nível médio na área de enfermagem, rádio diagnósticos, patologia clínica, laboratório, hematologia, hemoterapia dentre outros. Criação do Comitê Interinstitucional para o desenvolvimento de Pesquisa em Saúde.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RAFAEL DE AGUIAR BARBOSA

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: SOBRE O PLANO DE SAÚDE DO DF PARA O PERÍODO DE 2012 a 2015	8
PARTE 1	10
ANÁLISE SITUACIONAL: A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL	10
1. ANÁLISE SITUACIONAL: A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL	12
1.1. Características Demográficas do DF e do Entorno	13
1.2. Características Sócio-Econômicas	16
1.3. Características Geográficas	19
1.4. Condições de saúde da população do DF	19
1.5. Gestão em Saúde	23
1.6. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.....	26
1.7. Infraestrutura e acesso em saúde	29
PARTE 2	38
PRINCIPAIS DESAFIOS, OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS.....	38
2 - PRINCIPAIS DESAFIOS, OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS.....	40
2.1. OBJETIVO 1: Busca de maior eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população.....	40
2.1.1. DIRETRIZ 1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família.	40
2.1.2. DIRETRIZ 1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.....	41
2.1.3. DIRETRIZ 1.3: 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.	44
2.1.4. DIRETRIZ 1.4: Expandir e qualificar a rede de urgência e emergências, como o apoio a implantação e manutenção das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	45
2.1.5. DIRETRIZ 1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.	46
2.1.6. DIRETRIZ 1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.	47
2.1.8. DIRETRIZ 1.8: Assegurar sangue, seus componentes e exames especializados com qualidade e em quantidade adequada para a população do DF, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS	50
2.2. OBJETIVO 2: Aprimoramento dos processos de gestão no âmbito da SES.....	50
2.2.1. DIRETRIZ 2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.	50
2.2.2. DIRETRIZ 2.2: Ampliar a regulação de acesso para consultas especializadas e leitos gerais.	52
2.2.3. DIRETRIZ 2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e processos de trabalho da SES.	53
2.2.4. DIRETRIZ 2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização e qualificação das relações de trabalho dos profissionais da SES	

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

DF.	54
2.2.5. DIRETRIZ 2.5: Assegurar os processos educação em saúde (formação inicial e desenvolvimento profissional), de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.	55
2.2.6. DIRETRIZ 2.6: Promover pesquisas que instrumentalizem a tomada de decisão dos gestores da SES-DF.	56
2.2.7. DIRETRIZ 2.7: Promover ações educativas de qualificação dos gestores.	57
2.2.8. DIRETRIZ 2.8: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.	57
2.2.9. DIRETRIZ 2.9: Criar mecanismos que viabilizem parcerias mais efetivas entre governo e sociedade e instrumentalizem o controle social.	59
2.3. OBJETIVO 3: ADEQUAÇÃO DA INFRAESTRUTURA EM SAÚDE ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO.	59
2.3.1. DIRETRIZ 3.1: Melhorar a infraestrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde. ..	60
2.3.2. DIRETRIZ 3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF.	72
PARTE 3	75
PRINCIPAIS AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NO PERÍODO - 2012 a 2015.	75
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL – PPA, PACTO PELA SAÚDE/CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA E COM O MAPA ESTRATÉGICO DA SES DF	75
3. PRINCIPAIS AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NO PERÍODO - 2012 a 2015.	78
PARTE 4	111
PLANOS DAS COORDENAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE - OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS	111
4. PLANOS DAS COORDENAÇÕES GERAIS DE SAÚDE - OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS	113
Eixo Condições de Saúde da População	113
Eixo Gestão	114
Eixo Infraestrutura	116

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

INTRODUÇÃO: SOBRE O PLANO DE SAÚDE DO DF PARA O PERÍODO DE 2012 a 2015

O Plano de Saúde do Distrito Federal, mais que uma exigência formal, é um instrumento relevante que contribui para a consolidação do SUS. Trata-se de uma estratégia onde são explicitadas as principais ações planejadas, base da organização e funcionamento do sistema local de saúde. Além disso, expressa as políticas, os compromissos e as prioridades de saúde definidas para uma gestão eficiente e capaz de responder de forma adequada às diferentes necessidades em saúde da população brasileira.

Assim, a concepção e elaboração deste Plano de Saúde, contou com a participação de gestores da SES DF, coordenadores gerais de saúde, técnicos do nível central e das coordenações de saúde, da Fundação Hemocentro, FEPECS, além de contemplar as propostas aprovadas na VIII Conferência Distrital de Saúde, realizada de 31 de agosto a 2 de setembro de 2011.

Do ponto de vista operacional, foram realizadas duas oficinas de trabalho, em que se buscou o alinhamento das propostas considerando outros instrumentos de planejamento, tais como o Plano Plurianual, a Lei Orçamentária Anual e o Planejamento Estratégico do GDF. Metodologicamente, foram seguidos os seguintes passos operacionais para balizar a construção dos objetivos, diretrizes e metas:

- a) Análise situacional das condições de saúde do DF, considerando os eixos de condições de saúde da população, infraestrutura, gestão e recursos humanos.
- b) Seleção de problemas prioritários, a partir dos eixos definidos.
- c) Formulação de objetivos, diretrizes, metas e indicadores de acompanhamento, conforme conceitos vigentes na legislação do PlanejaSUS.
- d) Análise de viabilidade política, técnica-operacional, financeira e de coerência com as políticas definidas pelo nível gestor da SES DF.
- e) Sistematização/consolidação dos produtos dos técnicos no nível central e no âmbito das Coordenações Gerais de Saúde, bem como as propostas constantes do relatório final da VII Conferência Distrital de Saúde.

O presente Plano apresenta de forma sintética os resultados desses exercícios coletivos, consolidando as ações propostas por área de intervenção, uma vez que um dos critérios para priorização foi seu potencial de resolução de mais de um problema identificado nos diferentes eixos de análise. A forma de agrupamento levou também em consideração as possibilidades de apropriação de valores que deem maior visibilidade aos custos / gastos da SES, sua relação com o Plano Plurianual do Governo e os programas orçamentários. Embora essa apropriação de valores para a execução de cada uma das ações ainda deixe muito a desejar, especialmente no que se refere aos gastos com recursos humanos, entendemos que avanços significativos foram feitos nessa direção.

Destaque-se que o processo de elaboração do Plano de Saúde refletiu o compromisso de buscar propostas, pensadas pelo conjunto de colaboradores da SES, que levem a mudanças concretas no sistema público de saúde. Espera-se que a metodologia utilizada para sua elaboração possa transformá-lo em uma ferramenta de gestão capaz de impactar a realidade, com objetivos, metas e resultados factíveis e monitoráveis pela sociedade. Ainda, ao serem consideradas as diferentes realidades, pretende-se superar os problemas identificados em cada uma das Regiões de Saúde do DF, integrando ações entre os níveis de atenção à saúde (primária e especializada), bem como propiciando a atuação conjunta dos gestores, profissionais e usuários do sistema público de saúde. Para isso, é essencial que o plano seja percebido por todos como um instrumento dinâmico e em permanente processo de construção e aperfeiçoamento.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Como forma de viabilizar tal processo, propõe-se a implementação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, com análise e divulgação anuais do alcance das metas e outros indicadores contemplados no presente instrumento. Adotamos assim, aqui, o entendimento de avaliação "*como a elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar ou julgar o contexto, mérito, valor ou estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações*" (Silva e Brandão, 2003)¹. A idéia central é de que os processos avaliativos ajudem a encontrar caminhos de aprendizagem e desenvolvimento e ampliem o nível de consciência de gestores, profissionais e usuários. Para cumprir esses objetivos, o papel da avaliação precisa transcender a fiscalização ou controle, abrangendo uma reflexão que deve ser feita com todos os envolvidos no processo.

¹SILVA, R.R.; BRANDÃO, D.B. *Os quatro elementos da avaliação*. Fonte: Instituto para o Desenvolvimento Social. Disponível em www.fonte.org.br; Maio 2003.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

PARTE 1

ANÁLISE SITUACIONAL: A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

1. ANÁLISE SITUACIONAL: A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal é uma Unidade da Federação totalmente atípica, embora compartilhe muito dos problemas que afligem as demais regiões brasileiras. Originalmente Brasília foi projetada, como exemplo de organização urbana, para abrigar uma população de 500 mil habitantes no ano 2000, quantitativo esse atingido no fim dos anos 60. Seu crescimento aconteceu nos moldes urbanos nacionais típicos, com expansão no sentido centro-periferia e segregação espacial e socioeconômica associada. O DF, em si, não tem sede, com uma população de 2.570.160 habitantes (Censo 2010) e compreende um quadrilátero de 5.789,16 Km², equivalendo a 0,06% da superfície do País, apresentando como limites naturais o rio Descoberto a oeste e o rio Preto a leste. Ao norte e sul, o Distrito Federal é limitado por linhas retas. Limita-se ao norte com os municípios de Planaltina, Padre Bernardo e Formosa, ao sul com Santo Antônio do Descoberto, Novo Gama, Valparaíso de Goiás e Cristalina, todos do Estado de Goiás, a leste com o município de Cabeceira Grande, pertencente ao Estado de Minas Gerais e Formosa pertencente ao Estado de Goiás e a oeste com os municípios de Santo Antônio do Descoberto e Padre Bernardo também do Estado de Goiás.

Com a finalidade de facilitar a administração, o território do DF foi dividido em 30 Regiões Administrativas - RAs, estabelecidas por leis distritais, aprovadas e publicadas no período de 1964 a 2011. Esses elementos são balizadores para a definição das políticas públicas de saúde onde as ações devem ser pensadas não só para o conjunto da população brasiliense, mas também para o entorno que exerce forte pressão em diversas áreas setoriais: saúde, educação, segurança e habitação.

Quadro 01 - Divisão Administrativa do Distrito Federal

IDENTIFICAÇÃO DAS RAs	REGIÕES ADMINISTRATIVAS	LEI DE CRIAÇÃO
RA-I	Brasília	Lei 4.545 de 10/12/1964 ⁽¹⁾
RA-II	Gama	Lei 4.545 de 10/12/1964 ⁽¹⁾
RA-III	Taguatinga	Lei 4.545 de 10/12/1964 ⁽¹⁾
RA-IV	Brazlândia	Lei 4.545 de 10/12/1964 ⁽¹⁾
RA-V	Sobradinho	Lei 4.545 de 10/12/1964 ⁽¹⁾
RA-VI	Planaltina	Lei 4.545 de 10/12/1964 ⁽¹⁾
RA-VII	Paranoá	Lei 4.545 de 10/12/1964 ⁽¹⁾
RA-VIII	Núcleo Bandeirante	Lei 049 de 25/10/1989
RA-IX	Ceilândia	Lei 049 de 25/10/1989
RA-X	Guará	Lei 049 de 25/10/1989
RA-XI	Cruzeiro	Lei 049 de 25/10/1989
RA-XII	Samambaia	Lei 049 de 25/10/1989
RA-XIII	Santa Maria	Lei 348 de 4/11/1992
RA-XIV	São Sebastião	Lei 705 de 10/05/1994
RA-XV	Recanto das Emas	Lei 510 de 28/07/1993
RA-XVI	Lago Sul	Lei 643 de 10/01/1994
RA-XVII	Riacho Fundo	Lei 620 de 15/12/1993

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

RA-XVIII	Lago Norte	Lei 641 de 10/01/1994
RA-XIX	Candangolândia	Lei 658 de 27/01/1994
RA-XX	Águas Claras	Lei 3.153 de 06/05/2003
RA-XXI	Riacho Fundo II	Lei 3.153 de 06/05/2003
RA-XXII	Sudoeste/Octogonal	Lei 3.153 de 06/05/2003
RA-XXIII	Varjão	Lei 3.153 de 06/05/2003
RA-XXIV	Park Way	Lei 3.255 de 29/12/2003
RA-XXV	SCIA ⁽²⁾	Lei 3.315 de 27/01/2004
RA-XXVI	Sobradinho II	Lei 3.315 de 27/01/2004
RA-XXVII	Jardim Botânico	Lei 3.435 de 31/08/2004
RA-XXVIII	Itapoã	Lei 3.527 de 03/01/2005
RA XXIX	SIA ⁽³⁾	Lei 3.618 de 14/07/2005
RA XXX	Vicente Pires	Lei 4.327 de 26/05/2009
RA XXXI	Fercal	Lei nº 4.745, de 29/1/2012

(1) Data ratificada pela Lei 049 de 25/10/1989.

(2) Setor Complementar de Indústria e Abastecimento. Inclui a Cidade Estrutural e Cidade do Automóvel

(3) Setor de Indústria e Abastecimento.

Como Unidade da Federação indivisível, o Distrito Federal aparece nas estatísticas nacionais como indistinto da capital federal, Brasília, classificada como a quarta cidade mais populosa do Brasil no censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010, com população de 2.570.160 habitantes. Brasília também possui o segundo maior PIB per capita do Brasil (R\$ 40.696,00) entre as capitais, superada apenas por Vitória (R\$ 60.592,00). Junto com Anápolis e Goiânia, ambas no estado de Goiás, faz do eixo Brasília-Anápolis-Goiânia a região mais desenvolvida do centro-oeste brasileiro.

1.1. Características Demográficas do DF e do Entorno

A região conformada pelo DF e seu entorno possui características peculiares que se refletem diretamente na definição das políticas públicas, uma vez que a relação observada não se limita à proximidade geográfica. Tais reflexos se estendem a praticamente todos os setores - saúde, educação, transporte, segurança e meio ambiente -, como acontece nas grandes regiões metropolitanas, com a diferença fundamental de que envolve territórios de três estados da Federação. Assim é que a Lei Complementar nº 94/1988 criou a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno e DF – RIDE/DF, adotando como premissa básica a integração de ações entre União, estados e municípios na solução dos problemas vivenciados por essas populações, promovendo o fortalecimento da ação pública na região. Como grande parte dos 22 municípios que integram a RIDE mantém relação de alta dependência com o DF no que se refere à saúde, é essencial conhecer também as características de sua população, com o propósito de contemplá-la, no que couber, no planejamento local de saúde.

Em 2010, a população do DF chegou a 2.570.160 habitantes e entre os anos de 2000 e 2010 houve um incremento populacional da ordem de 519.014 habitantes, ou seja, de 25,3% em 10 anos. Em comparação com a sua Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE), que também

Notas:

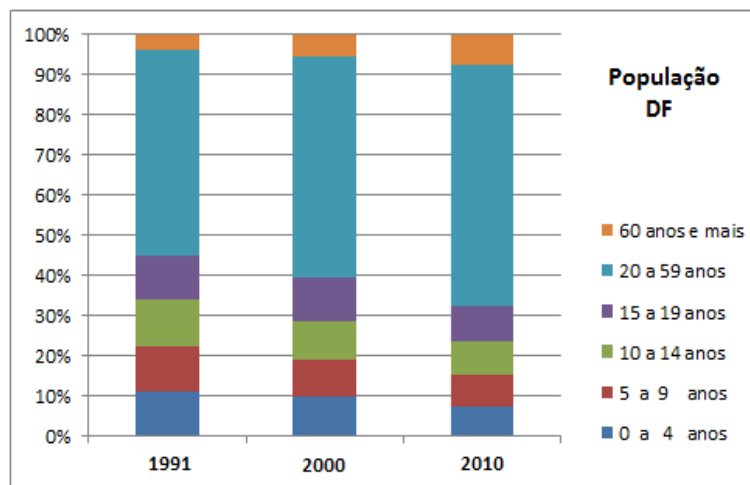
1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

teve acréscimo populacional, o peso da população no DF permaneceu praticamente o mesmo, equivalente a 69,3% em 2000 e 69,0% em 2010, enquanto a participação dos demais municípios da RIDE que era de 30,7% passou para 31% em 2010. Ao analisar os dados da RIDE-DF, verifica-se uma taxa de crescimento populacional anual de 2,3% no período de 2000 a 2010, sendo que os municípios do Estado de Goiás tiveram uma taxa de crescimento de 2,6%, os municípios do Estado de Minas Gerais 1,0% e o DF de 2,3% para o mesmo período. Segundo o IBGE, no caso do DF, esse aumento é impulsionado pela migração de pessoas em busca de emprego, de saúde, de educação, entre outras oportunidades, enquanto a maior taxa de crescimento dos municípios do Estado de Goiás é atribuída à migração de moradores do DF para os municípios da RIDE, chamados de Entorno, em busca de menor custo de vida. O Distrito Federal foi a Unidade da Federação que mais cresceu no Centro-Oeste na última década, e a população de Brasília e das cidades-satélites já é quase duas vezes maior do que a registrada em 1990 (1.598.415).

A região é a quarta unidade que mais cresceu no país, atrás apenas de Amapá, Roraima e Acre, enquanto no ranking populacional, a capital federal conquistou o quarto lugar, atrás de São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador, os três municípios mais populosos respectivamente. No âmbito do DF, a região administrativa mais populosa é Ceilândia. No ano passado, foram registrados 402.729 habitantes na cidade, que corresponde a 15,67% do total da população, sendo que, em 2000, a cidade tinha apenas 344 mil moradores. Taguatinga conquistou a segunda posição de região administrativa com maior número de habitantes, com 361.063, e Brasília (Plano Piloto), a terceira, com 209.855 de moradores.

Pelo resultado do censo 2010, a participação de homens é menor que a das mulheres na composição da população, tanto no global da RIDE, quanto no DF e municípios de Goiás, configurando-se como exceção o conjunto de municípios de Minas Gerais. Quando comparado com o resultado do censo de 2000, constata-se que, na RIDE, a participação dos homens diminuiu e a das mulheres cresceu no período considerado. No DF, o crescimento do número de homens e mulheres permaneceu constante, apresentando a mesma participação em 2000 e 2010.



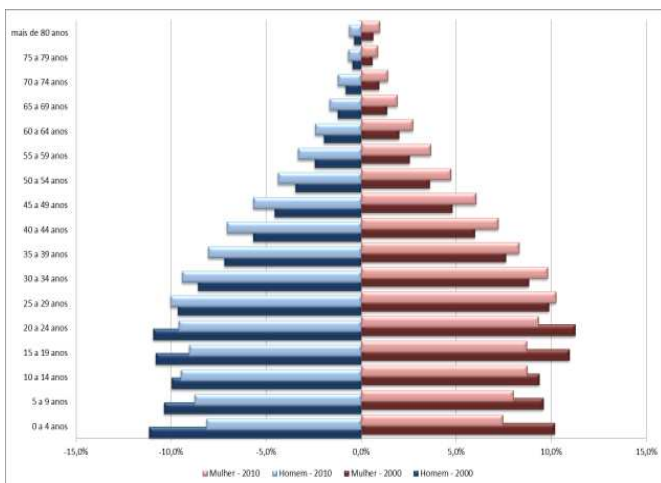
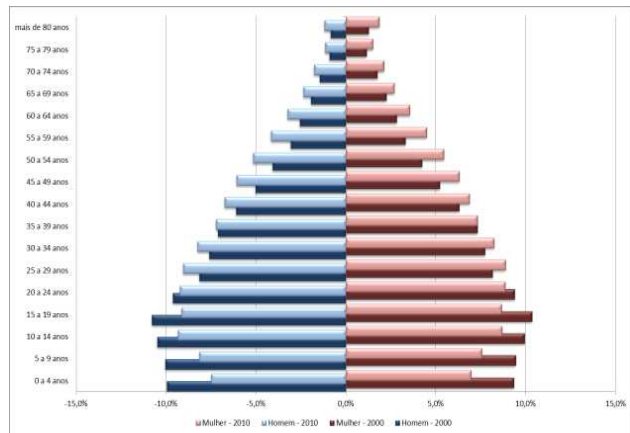
Quando comparados os dados dos censos demográficos da RIDE-DF nos anos de 2000 e 2010, verifica-se mudança na composição da população também no que se refere ao envelhecimento. Em 2000 a faixa etária mais larga era de 20 a 24 anos, enquanto em 2010 a faixa mais larga passa a ser a de 25 a 30 anos. Há uma redução da contribuição da faixa etária de 0 a 24 anos, em virtude da redução da taxa de fecundidade, e um aumento de indivíduos com idades

avanzadas. A população com 65 anos de idade ou mais, que era de 4,8% em 1991, passou para 5,9% em 2000 e chegou a 7,4% em 2010. Destaque-se que o perfil da RIDE-DF se aproxima muito da média do DF, uma vez que o DF apresenta a maior população. Na RIDE, os municípios do Estado de Minas Gerais apresentam o maior envelhecimento. Destaca-se que na comparação da estrutura etária da RIDE-DF com a do Brasil, há maior contribuição de faixas etárias mais velhas, o que indica uma população mais envelhecida do que a do país em geral. O Distrito Federal é o terceiro estado com maior percentual de idosos, atrás apenas de Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Pirâmide Brasil – 2000 e 2010 (Convenções: mais escuro 2000 e mais claro 2010; homens à esquerda e mulheres à direita)

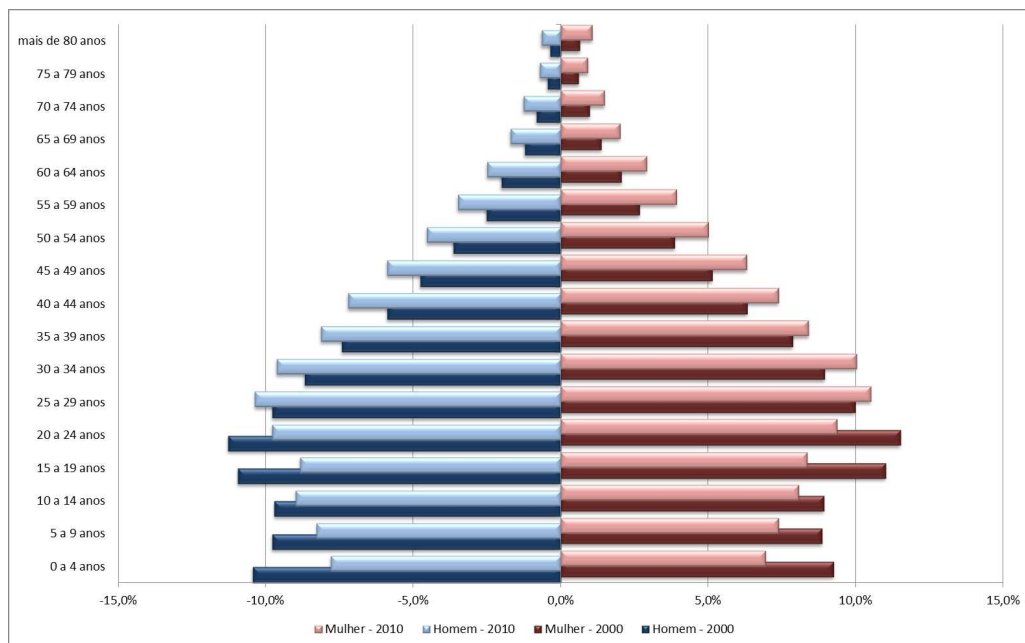


Pirâmide RIDE – 2000 e 2010 (Convenções: mais escuro 2000 e mais claro 2010; homens à esquerda e mulheres à direita)

Pirâmide DF – 2000 e 2010 (Convenções: mais escuro 2000 e mais claro 2010; homens à esquerda e mulheres à direita)

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.



A região Centro-Oeste tem o menor percentual de analfabetos quando considerados todos os habitantes do país (5,5%), apesar do aumento de 0,1 ponto em relação a 2000. A região com menos analfabetos entre a própria população é a Sul, com 5,1% (índice que era de 7,7% há dez anos). O Distrito Federal continua como a Unidade da Federação com a menor taxa: 3,37% em 2010, melhor que em 2000, quando foi constatado o percentual de 5,7%. Os dados de analfabetismo ainda são preliminares.



1.2. Características Sócio-Econômicas

O Distrito Federal - DF, apesar de possuir a maior renda per capita² e o mais alto PIB per capita do país³, apresenta grandes diferenças socioeconômicas entre as suas Regiões Administrativas - RAs. Ao lado

² Quantidade que cada habitante receberia caso o PIB fosse dividido...

³ Em 2008, o PIB do DF era de R\$ 99,5 bilhões, o que representa 3,7% do PIB nacional.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395,
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2011-2014.



Fonte: IBGE, com dados relativos ao ano de 2008

de algumas regiões com famílias de alto poder aquisitivo e edificações de alto padrão, convivem famílias de baixíssima renda que habitam em barracos improvisados com qualidade de vida aquém da desejada. De fato, o DF (Brasília) foi classificado como a 16ª cidade4 mais desigual do mundo e a 4ª mais desigual do Brasil, segundo relatório divulgado em 2010 pela ONU (Organização das Nações Unidas).

Apesar da desigualdade social, os indicadores socioeconômicos globais, das 30 Regiões Administrativas que conformam o DF, se assemelham aos de países de primeiro mundo. Os números mostram que a região está em uma situação bastante privilegiada em relação às outras unidades federativas brasileiras, principalmente pela infraestrutura (acesso à saúde, educação e saneamento básico) oferecida aos cidadãos. Segundo informações do IBGE referentes ao ano de 2008, 98,2% dos domicílios urbanos do DF têm o lixo coletado, 95,4% estão ligados à rede geral de abastecimento de água e 85,5% têm ligação direta com a rede geral de esgoto. A cobertura de energia elétrica cobre 100% dos domicílios.

Desde 1991, o DF aparece em primeiro lugar na classificação do IDH⁵ elaborado pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Em 2000, quando foi feito o último estudo, o DF teve uma pontuação de 0,844. Das 19 regiões administrativas existentes em 2000, 12 estavam no grupo das regiões consideradas de alto desenvolvimento humano. As outras

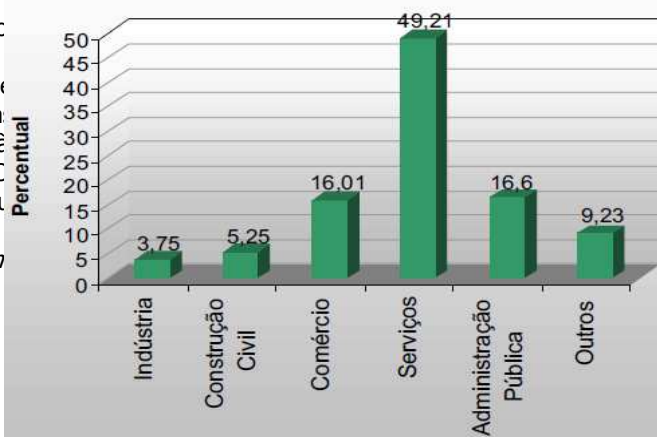


sete faziam parte do grupo de desenvolvimento humano médio. Mesmo com as diferenças existentes, nenhuma delas estava no grupo de baixo desenvolvimento humano. De acordo com pesquisadores do IBGE, o fato do DF ser uma área nova e bastante dinâmica pode ser considerado um dos geradores de desigualdade. Áreas com estas características atraem muitas pessoas de outros Estados que buscam melhores condições de vida. Na maioria das vezes, estas pessoas são pouco qualificadas e trabalham por uma remuneração muito baixa, o que faz aumentar a desigualdade.

Dados do IBGE indicam que os migrantes ainda constituem a maioria da população residente na região metropolitana de Brasília (51,4%). As pessoas são oriundas principalmente das regiões Nordeste (25,4% da população total) e Sudeste (14,2%) do país.

A economia do DF caracteriza-se como terciária, baseada na prestação de serviços (49,21%), administração pública e no comércio (16,01%), ocupando também a construção civil posição de destaque (5,25%). Pode-se assim dizer que as principais atividades econômicas resultam diretamente de sua função administrativa (16,6% de sua população residente ocupada). O planejamento industrial (3,75%) é estudado com cautela pelo Governo do Distrito Federal, tanto para preservar a qualidade de vida quanto o patrimônio, uma vez que Brasília é uma das cidades tombadas pela UNESCO, optando por incentivar o desenvolvimento de indústrias não poluentes como a de softwares, do cinema, vídeo, gemologia, entre outras, com ênfase na preservação ambiental e na manutenção do equilíbrio ecológico.

População Ocupada segundo os Setores de Atividades - Distrito Federal - fevereiro de 2010



⁴ Órgãos como Brasília, levam
⁵O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador de desenvolvimento humano e saudável (baseado na escolarização e na escolarização esperada em anos). C representa a atual situação.
 Notas:
 1. Versão origin
 2. Essa versão

quando se referem à cidade de que, juntas, formam o DF.
 mais em três aspectos: vida longa nto (baseado na alfabetização e o poder de compra em dólares os entre 0 e 1, sendo que o 0 to humano total.
 de 2012..

Embora os setores primário e secundário da economia tenham participação reduzida, a agricultura e a avicultura ocupam lugar importante na economia brasiliense e do entorno. Um

População Economicamente Ativa, Número de Ocupados, Desempregados e Taxa de Desemprego - Distrito Federal - fevereiro 2010

Indicadores	Quantidade ⁽¹⁾
População Economicamente Ativa (em mil)	1.397
Ocupados (em mil)	1.199
Desempregados (em mil)	197
- Aberto (em mil)	135
- Oculto pelo Trabalho Precário (em mil)	30
- Oculto pelo Desalento (em mil)	32
Taxa de Desemprego Total (%)	14,1
- Aberto (%)	9,6
- Oculto pelo Trabalho Precário (%)	2,2
- Oculto pelo Desalento (%)	2,3

Fonte: PED/DF - Convênio: SETRAB/GDF, SEADE/SP e DIEESE
(1) Média Anual.

cinturão verde na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno abastece a cidade e já exporta alimentos para outros locais.

No Plano Piloto e nas cidades-satélites mais consolidadas, ou seja, mais bem servidas por infraestrutura e serviços urbanos, concentra-se o maior número de postos de trabalho do mercado formal, assim como a população ocupada na administração pública e nos serviços de natureza técnica mais especializada, com média salarial bem acima das demais atividades. Nas cidades-satélites menos consolidadas concentram-se os ocupados nos setores que exigem pouca ou nenhuma especialização, com rendimentos significativamente mais baixos. É comum nessas áreas a instalação de atividades informais, em desacordo com o zoneamento e com as normas urbanísticas vigentes.

A razão de dependência, que considera a relação entre o segmento etário economicamente dependente (com menos de 15 e mais de 60 anos) e o potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos) é de 49%, em todo o DF. Isso significa que 49% da população necessita ser sustentada pela população produtiva. Quanto mais alto o valor, maiores são os encargos assistenciais. No Brasil, em 2005, a razão foi de 57%.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

1.3. Características Geográficas

Brasília se localiza a 15°50'16" sul, 47°42'48" oeste a uma altitude de 1 000 a 1 200 metros acima do nível do mar no chamado Planalto Central, cujo relevo é na maior parte plano, apresentando algumas leves ondulações. A flora inclui uma grande variedade de vegetação, reunindo 150 espécies, sendo a maioria típica de cerrado, de porte médio, com altura de 15m a 25m. Algumas das principais espécies são a pindaíba, a paineira, o ipê-roxo, o ipê-amarelo e o buriti. O desmatamento provocado pela expansão da agricultura é um dos problemas enfrentados no Distrito Federal, sendo que, segundo a UNESCO, desde sua criação, nos anos 1950, 57% da vegetação original não existe mais.

Os rios do Distrito Federal estão bem supridos pelos lençóis freáticos, razão pela qual não secam no período de estiagem. A fim de aumentar a quantidade de água disponível para a região, foi realizado o represamento de um dos rios da região, o rio Paranoá, para a construção de um lago artificial, o Lago Paranoá, que tem 40 quilômetros quadrados de extensão, profundidade máxima de 48 metros e cerca de 80 quilômetros de perímetro. Outros rios importantes são o Rio Descoberto, o Rio Maranhão, o Rio Preto, o Rio São Bartolomeu e o Rio Sobradinho.

O clima é tropical de altitude, com um verão úmido e chuvoso e um inverno seco e relativamente frio. A temperatura média anual é de cerca de 21° C, podendo chegar aos 29,7°C de média das máximas em setembro, e aos 12,5 °C de média das mínimas nas madrugadas de inverno em julho. A temperatura, porém, varia de forma significativa nas áreas menos urbanizadas, onde a média das mínimas de inverno cai para cerca de 10 °C a 5 °C. A umidade relativa do ar é de aproximadamente 70%, podendo chegar aos 20% ou menos durante o inverno.

Médias de temperatura do ar e precipitação – DF

Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Ano
Temperatura máxima registrada (°C)	35	32	33	32	32	32	36	37	36	37	34	33	37
Temperatura máxima média (°C)	27	27	27	27	26	26	26	27	28	28	27	26	27
Temperatura mínima média (°C)	17	17	17	16	14	11	11	12	15	17	17	17	15
Temperatura mínima registrada (°C)	12	12	12	10	2	n/d	2	3	7	12	11	11	2
Precipitação (mm)	241,4	214,7	188,9	123,8	39,3	8,8	11,8	12,8	51,9	172,1	238	248,6	1 552,1

Fontes: Weatherbase (temperaturas), Tempo Agora (precipitações).

1.4. Condições de saúde da população do DF

Em 2009, foram registrados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos 54.744 nascimentos no âmbito do DF. Desse total, 80% (43.934) foram de filhos de mulheres residentes no local. Na análise do número de nascidos vivos por faixa etária da mãe no período de 2000 a 2009,

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

observa-se aumento no percentual de nascimentos de mães de 35 anos e mais (8,0 para 13,2%) e, proporcionalmente, diminuição de mães adolescentes, na faixa de 10 a 19 anos (19,0 para 13,6%). Como nos anos anteriores, as áreas economicamente menos favorecidas tiveram maior proporção de mães adolescentes e as áreas economicamente mais favorecidas tiveram maior proporção de mães acima de 35 anos.

A taxa de fecundidade foi de 47,7 por 1.000 mulheres em idade fértil e a taxa bruta de natalidade de 16,8 por mil habitantes. As taxas de fecundidade e natalidade no Brasil apresentam tendência decrescente desde a década de 1960. Em 2009, a esperança de vida ao nascer era de 75,3 anos, com diferença para os sexos: masculino, 71,7 anos e feminino, 79,2 anos. Esse é um indicador de saúde considerado bom, porque reflete as condições de vida e de saúde da população e não é afetado pela sua estrutura etária.

Semelhante ao resto do país e a outros países em desenvolvimento, o DF vive uma situação de saúde que foi denominada de tripla carga de doenças (FRENK, 2006). A tripla carga de doenças se caracteriza por uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva somada ao forte crescimento da violência e das causas externas e ao desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, que se destacam como fator predominante de adoecimento e morte (FRENK, 2006). Vale lembrar que infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, a violência e as causas externas podem ser fortemente relacionadas à exposição crônica a inadequadas condições de vida, no que diz respeito à infraestrutura, educação de qualidade, poder aquisitivo e acompanhamento continuado da situação de saúde da população, entre outras.

Com relação aos dados de mortalidade, no ano de 2009, foram registrados 13.183 óbitos no Sistema de Informação de Mortalidade, do DF. Destes 79% (10.452) foram óbitos de residentes. Do total de óbitos de residentes no DF, 81% ocorreu em hospital.

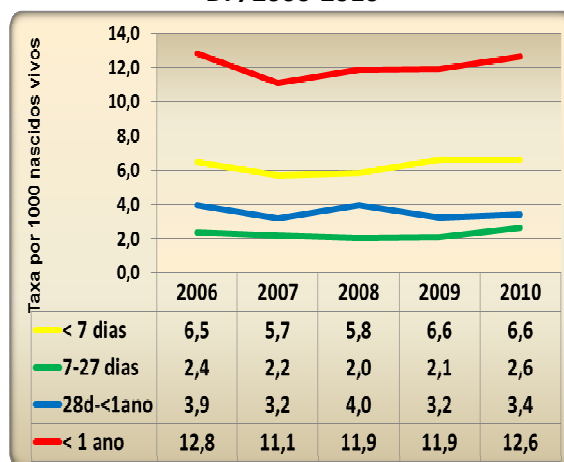
Indicadores	D. F. 2009	Menor taxa	Maior taxa
Taxa de mortalidade geral	4,0/1.000 hab	1,6 (Sudoeste/Octogonal)	5,8 (Lago Sul)
Mortalidade proporcional em menores de 1 ano (%)	5,0	1,1% (Lago Sul)	10,7% (Aguas Claras)
Mortalidade proporcional em maiores de 60 anos (%)	52,0	23,7% (Itapoã)	75,4% (Lago Sul)
Taxa de mortalidade infantil	11,9/1.000 NV	2,8 (Sudoeste/Octogonal)	18,7 (SCIA - Estrutural)
Taxa de mortalidade neonatal precoce	6,6/1.000 NV	0 (Sudoeste/Octogonal)	12,0 (Lago Norte)
Taxa de mortalidade neonatal tardia	2,1/1.000 NV	0 (Lago Sul, Park Way, Riacho Fundo II, Sudoeste/Octogonal)	5,2 (Varjão)
Taxa de mortalidade pós-neonatal	3,2/1.000 NV	0 (Varjão, Jardim Botânico, Candangolândia, Lago Sul)	11,9 (Estrutural)
Taxa de mortalidade específica por doença do aparelho circulatório	111,1/100.000 hab	22,6/100.000 hab (Itapoã)	168,0/100.000 hab. (Sobradinho)
Taxa de mortalidade específica por causas externas	73,3/100.000 hab	15,5/100.000 hab. (Sudoeste/Octogonal)	136/100.000 hab. (Paranoá)
Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas	74,4/100.000 hab	26,1/100.000 hab. (Itapoã)	131,8/100.000 hab. (Lago Sul)
Taxa de mortalidade específica por doenças infecciosas	16,6/100.000 hab	0 (Jardim Botânico)	40,6/100.000 hab. (Varjão)
Taxa de mortalidade específica por diabetes	15,7/100.000 hab	0 (Sudoeste/Octogonal)	37,8/100.000 hab. (Brazlândia)

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

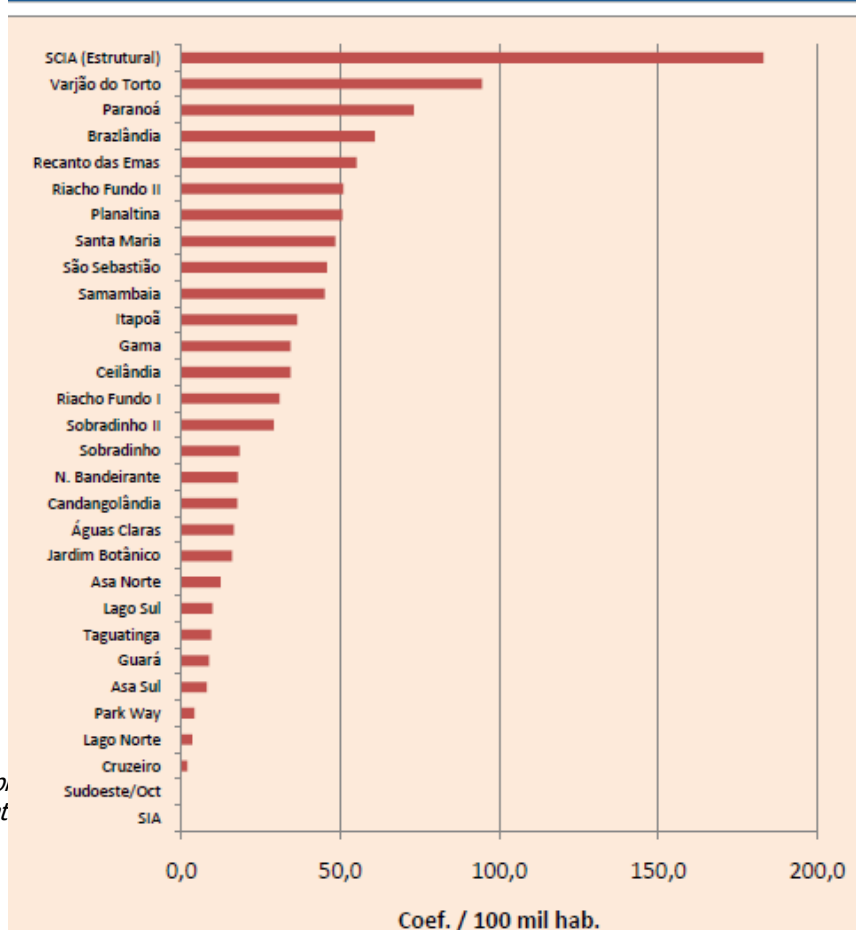
Do ano de 2007 a 2010, o coeficiente de mortalidade infantil apresentou tendência crescente, embora se mantendo significativamente abaixo da média nacional. Dos 397 óbitos infantis ocorridos em 2010, 202 (50,9%) foram investigados pela Comissão de Verificação de Óbitos Infantis que constatou que 63,6% poderiam ter sido evitados. De acordo com essa Comissão, tais ocorrências podem ser atribuídas principalmente a falhas de acesso à assistência pré-natal (33,7%), problemas relacionados a leitos de UTI neonatal (22,6%) e a falhas de acesso à assistência ao parto (14,5 %). Um dos motivos a que podem ser atribuídos esses problemas é o excesso de demanda de residentes no Entorno, responsável em 2010 por 16,3% dos procedimentos obstétricos realizados na rede pública do DF. Tal como constatado para 2009, os piores coeficientes observados em 2010 se relacionaram a residentes da Estrutural (SCIA) e de Recanto das Emas.

Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal DF. 2006-2010



A mortalidade proporcional por grupos de causas indica a importância relativa de determinado grupo em relação aos demais. Em 2009, a maior proporção de óbitos foi a de doenças do aparelho circulatório – DAC (27,7%), seguida de neoplasias (18,6%) e de causas externas (18,3%). Analisando-se os dados de mortalidade estratificados por grupos de causas e faixa etária, observa-se que as causas externas, com destaque para homicídios e acidentes de transporte, como causa básica de óbito, são predominantes nas faixas etárias compreendidas entre 05 a 49 anos de idade.

Mortalidade por Agressões (Homicídios) segundo Local de Residência - Distrito Federal - 2009



Notas:
 1. Versão original ap.
 2. Essa versão foi at

Quando analisados esses dados por causas específicas, no entanto, observa-se que o somatório das frequências encontradas para morbidades decorrentes da hipertensão arterial – doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio e doenças hipertensivas – coloca essa condição mórbida no topo da lista das preocupações da área de saúde, com a participação de 15,4% do total de óbitos ocorridos no DF em 2009. O diabetes, como causa singular de morte, ocupa a quinta posição na lista das mais expressivas, sendo responsável por aproximadamente 4% do total.

A hipertensão arterial e o diabetes são condições priorizadas atualmente em todo o território nacional e sua prevalência estimada pelo Ministério da Saúde é, respectivamente, de 22% e 7,6% da população maior de 30 anos. Grande parte de suas complicações são condições sensíveis à atuação da atenção primária, ou seja, integram o “conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações” e de óbitos. No DF, em 2010, a taxa de internação por diabetes e suas complicações foi de 129 por 10.000 internações e a de internações por acidente vascular cerebral foi de 132,7 por 10.000.

Ainda de acordo com a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH SUS, em 2010 as principais causas de internação, excetuada gravidez, parto e puerpério, foram as doenças dos aparelhos respiratório – pneumonias -, circulatório – insuficiência cardíaca e doenças isquêmicas do coração -, e digestivo.

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Distrito Federal - Período: 2010

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Internações por Capítulo CID-10 - 2010	Menor 1 ano	1 a 19 anos	20 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e mais	Total
XV. Gravidez parto e puerpério	4	7.516	34.643	35	8	42.206
X. Doenças do aparelho respiratório	2.253	5.567	2.308	864	3.669	14.661
IX. Doenças do aparelho circulatório	81	590	3.236	2.614	7.274	13.795
XI. Doenças do aparelho digestivo	289	2.599	5.930	1.804	2.516	13.138
XIX. Lesões enven. e alg out conseq. causas externas	111	2.516	7.375	1.172	1.564	12.738
II. Neoplasias (tumores)	34	898	3.569	1.663	2.846	9.010
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	475	1.677	3.946	977	1.749	8.824
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	845	2.526	1.927	510	1.024	6.832
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4.656	29	70	2	2	4.759
V. Transtornos mentais e comportamentais	3	188	3.255	493	243	4.182
VI. Doenças do sistema nervoso	177	834	1.263	446	631	3.351

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	112	1.130	1.260	309	454	3.265
XXI. Contatos com serviços de saúde	112	174	2.343	289	271	3.189
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	125	510	852	477	979	2.943
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tec conjuntivo	27	590	1.117	385	466	2.585
XVIII. Sintomas e achados normais em exames clínicos e laboratoriais	113	662	874	307	533	2.489
VII. Doenças do olho e anexos	29	273	564	301	655	1.822
XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	445	949	267	39	47	1.747
III. Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos hematológicos	64	468	420	86	146	1.184
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	30	205	186	35	13	469
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	14	70	8	8	103
Total	9.988	29.915	75.475	12.816	25.098	153.292

Com relação às condições imunopreveníveis, a alta cobertura vacinal, superior a 95% sustentada há décadas, e um sistema de vigilância eficiente contribuem para que a maior parte das doenças imunopreveníveis esteja sob controle e/ou em fase de eliminação, como é o caso da febre amarela urbana, sem registro no DF; raiva humana (último caso em 1978); poliomielite (último caso em 1987); sarampo (último caso em 1999), tétano neonatal (último caso em 2000).

Outras doenças, por medidas de prevenção e controle efetivas, deixaram de ocorrer no DF, há mais de cinco anos, tais como cólera, doença de Chagas aguda e mesmo a febre amarela urbana, com as ações de vigilância ambiental (de reservatórios e vetores) associadas à vacinação. Permanece o desafio de enfrentar doenças infecciosas como a tuberculose, hanseníase, a AIDS, hepatites virais e a sífilis congênita. Tal como no caso da mortalidade infantil, a tendência ao aumento da incidência de sífilis congênita no período de 2007 a 2010 vem sendo também atribuída a falhas na cobertura de atenção pré-natal.

Merece ainda destaque a presença de vetores e reservatórios, principalmente o *Aedes Aegypti*, dispersos em todas as regiões administrativas e com isso o risco contínuo de dengue, principalmente porque as ações de controle dependem de medidas preventivas interinstitucionais, envolvendo diversos setores governamentais e a participação da população. Destacam-se também doenças como hantavirose e leishmanioses, por sua gravidade, que colocam em risco populações de áreas rurais e periurbana.

1.5. Gestão em Saúde

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 e aquisição de insumos, até a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

A população, a mídia e os profissionais atuantes no setor atribuem grande parte da responsabilidade das falhas por eles percebidas à ineficiência da gestão. Em parte, isso pode ser de fato atribuído a processos internos de trabalho ancorados em fluxos e rotinas herdados de administrações anteriores, que devem ser revistos, de forma a dar maior agilidade à administração. Contribuíram também para a situação, a pressão advinda do crescimento populacional sem a devida expansão da rede e o necessário aumento de complexidade dos serviços, bem como os problemas de continuidade na administração anterior do Governo do Distrito Federal, com graves reflexos na qualidade dos serviços prestados à população. Podem ser citados, entre outros problemas, as falhas de abastecimento, restrições de acesso ao atendimento em todos os níveis de complexidade, aumento das filas de cirurgias e descontinuidade das campanhas de vigilância à saúde.

Um dos primeiros aspectos tradicionalmente analisados, na abordagem à gestão do setor saúde no Brasil, é o financeiro. De acordo com o texto vigente da Constituição, a partir de 2004, o DF deveria aplicar em saúde o equivalente a 12% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 da Constituição – impostos estaduais – e 15% por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 – impostos municipais. Na prática, isso equivale a aproximadamente 13,1% da arrecadação anual. Como pode ser observado no quadro⁶ a seguir, embora os limites estabelecidos venham sendo cumpridos, até 2010 houve uma tendência de decréscimo da aplicação da receita própria em ações e serviços de saúde, em valores absolutos e em percentual, tendência essa ativamente combatida a partir de 2011, quando o percentual aplicado foi de 16,28%. Na prática, essa redução proporcional foi parcialmente compensada pelo aumento da participação do Fundo Constitucional do DF no orçamento da saúde⁷, preservando a capacidade de gasto da área.

Valores e percentuais de aplicação de recursos próprios em saúde para atendimento à EC 29. –
Fonte: SES DF

Ano Base	Total Arrecadado	Mínimo Exigido		Aplicado em Ações e Serviços de Saúde		Excedente	
	valor	valor	%	valor	%	valor	%
2006	5.887.836.278,45	769.217.211,61	13,06	1.005.358.196,73	17,08	236.140.985,12	4,01
2007	6.483.016.473,53	846.268.554,24	13,08	1.348.804.309,96	20,81	502.535.755,72	7,75
2008	7.589.179.958,35	988.193.812,81	13,08	1.325.974.470,86	17,47	337.780.658,05	4,45
2009	7.821.990.387,98	1.020.661.223,56	13,05	1.141.141.078,77	14,59	120.479.855,21	1,54
2010	8.859.104.506,13	1.155.518.504,55	13,04	1.217.677.767,70	13,74	62.159.263,15	0,70

De fato, esse volume de recursos associado ao das transferências federais – Ministério da Saúde e Fundo Constitucional – permite um gasto anual per capita com saúde que se inclui sistematicamente, há anos, entre os cinco maiores da Federação. Da mesma forma, no entanto, é provável que o custo da saúde do DF seja também um dos mais altos. Infelizmente, essa segunda parte da equação não está disponível na maioria absoluta dos estados e municípios brasileiros e o DF não é exceção.

⁶ Pequenas diferenças percentuais entre os dados da SES e os dados do SIOPS/MS existem e se devem ao fato do SIOPS desconsiderar a despesa inscrita em “Restos a Pagar”. São exibidos aqui os dados oficiais da SES DF.

⁷ O Fundo Constitucional do Distrito Federal, tem por finalidade prover os recursos necessários à organização e manutenção da Polícia Civil, Polícia Militar e Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, bem como assistência financeira para execução de serviços públicos de saúde e educação. De natureza contábil, sua execução orçamentária e financeira é realizada diretamente pelo Governo Federal, por intermédio do Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Como diversas instituições públicas no país, a SES utiliza a contabilidade de custos somente para fins de atendimento a demandas formais de órgãos de controle e não explora a informação como ferramenta gerencial. Isso resulta, principalmente, da deficiência de agilidade e confiabilidade dos dados que, conseqüentemente, prejudicam sua utilização como instrumento gerencial para a tomada de decisão.

Outro problema clássico da SES é a dificuldade de apropriação e de avaliação dos gastos realizados por ação finalística executada. Tradicionalmente, o planejamento – Plano de Saúde, Plano Estratégico e Programação Anual - e a orçamentação – Plano Plurianual e Lei Orçamentária Anual – são instrumentos normatizados por áreas e princípios diversos, o que dificulta a integração e o alinhamento entre os mesmos. Esse problema, em processo de superação com a metodologia de planejamento adotada para o período, vem impedindo em grande parte a avaliação da eficiência desses gastos e, conseqüentemente, redirecionamentos para melhoria de desempenho e uma alocação mais orientada pelas necessidades de saúde da população.

Pode-se afirmar, no entanto, que depois dos gastos com gestão de recursos humanos, que representam mais de 50% da execução orçamentária anual total, e serão tratados em tópico específico a seguir, a gestão de tecnologias na SES ocupa lugar de destaque no que se refere a esse tema. Em tecnologia⁸, incluem-se aqui os medicamentos, equipamentos e procedimentos médicos e cirúrgicos usados na atenção à saúde, bem como os sistemas organizacionais e de apoio mediante os quais esse cuidado é dispensado. No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, um dos principais problemas percebidos, pelos gestores e pela população, ainda que de forma distinta, é a insuficiência de processos de trabalho relacionados à gestão dessas tecnologias. Apenas em 2011 foi criada uma área técnica específica, em fase de estruturação, com a finalidade de contemplar os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias duras na rede pública de saúde.

Essa iniciativa se justifica, uma vez que, diferente do que acontece em outros locais, a não inclusão oportuna de novas tecnologias no setor pode ser parcialmente responsabilizada pelo aumento constante dos gastos do GDF, e mesmo da população, com a assistência médica, embora possam ser também identificadas situações em que a multiplicação desordenada e a incorporação acrítica favoreceram a duplicidade de meios para fins idênticos. Outros problemas foram levantados, sobre decisões e procedimentos relacionados a aquisições de determinados equipamentos, bem como à ausência de estudos de viabilização da instalação das tecnologias compradas, que exigiram obras de infraestrutura e aquisição de outros equipamentos, com gastos superiores ao custo original do equipamento. Além disso, com grande frequência esses equipamentos são gerenciados por profissionais sem a capacitação devida, o que leva a grandes perdas em vida útil destes bens e estragos frequentes, entre outros aspectos. Finalmente, os processos administrativos e logísticos de aquisição e distribuição de medicamentos e insumos essenciais, bem como de contratação de serviços de manutenção, vem se mostrando morosos, não atendendo de forma oportuna as necessidades da rede de serviços da SES.

Por sua vez, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde ficam também prejudicados pela deficiência de agilidade e confiabilidade dos dados, anteriormente mencionada. Problemas com a interligação dos serviços em rede prejudicam, entre outros, processos de regulação de acesso. Há já alguns anos, a SES vem desenvolvendo e implementando o projeto do Sistema Integrado de Saúde (SIS), que permite, entre outras coisas, unificar as informações dos pacientes e o acesso a elas em qualquer unidade de saúde

⁸ Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Ciência e Tecnologia em Saúde (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 11). Capítulo 3: Gestão de tecnologias em saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

Notas:

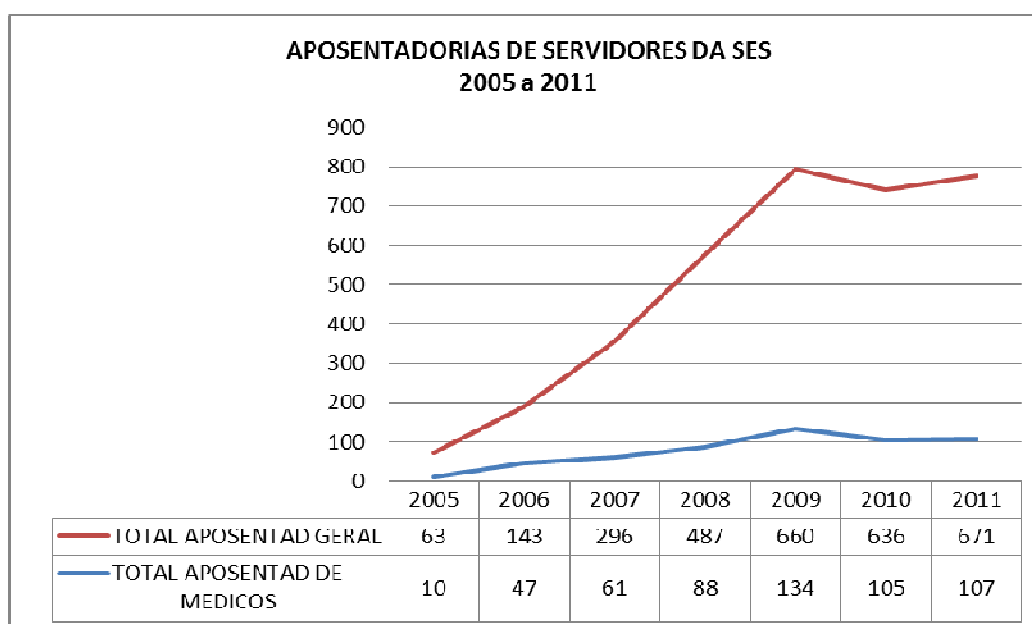
- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

onde o paciente seja atendido, por intermédio do prontuário eletrônico. Permite ainda agilidade no processo de atendimento e confiabilidade nas informações obtidas, além de gestão e controle de medicamentos e outros insumos. A implantação do projeto piloto foi na região de Samambaia e atualmente congrega sete hospitais - Samambaia, Guará, Gama, Brazlândia, Asa Norte, Asa Sul e Hospital de Base -, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 20 centros de saúde e 13 laboratórios de patologia clínica. Até a metade de 2011, a operação já havia atingido um total de 10 mil usuários ativos, cadastrados no sistema do cartão de saúde do cidadão. Apesar disso, dificuldades relacionadas a todas as etapas do projeto vêm protelando o objetivo final, que é de atingir 15 hospitais, quatro unidades de pronto atendimento (UPAs), 63 centros de saúde, 22 laboratórios de diagnósticos, 10.200 usuários ativos e 18 mil usuários potenciais de corpo clínico.

1.6. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

A Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde é a área responsável pela excelência nas relações de trabalho e pela formação e desenvolvimento permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto o trabalhador constitui o mais importante e valioso patrimônio da SES DF e o elemento essencial para preservação, consolidação e sucesso do que é preconizado pelo SUS. Esta área, atualmente, é uma das que mais tem sofrido mudanças e transformações nos últimos anos. Os vários estilos de gestão, a forma como os processos de trabalho eram conduzidos e a descontinuidade de lideranças passadas acarretaram o seu enfraquecimento.

A carência de profissionais é motivo de queixa da população e de gestores igualmente, podendo ser destacada como a dificuldade citada com mais frequência no processo de elaboração do planejamento estratégico da SES. Diversos motivos contribuem para isso. A rede pública de saúde, cuja ampliação mais acelerada ocorreu na década de 1980, conta hoje com um quadro de profissionais maduros, crescentemente em fase de aposentadoria, como mostra o quadro abaixo. Além disso, o processo de trabalho em saúde, pelas suas especificidades e peculiaridades, traz consequências na vida laboral, tornando o trabalhador sujeito a agravos à saúde, riscos de adoecimentos frequentes, desgastes emocionais pela intensa demanda aliada a condições desfavoráveis à realização das atividades, contribuindo para afastamentos e alto índice de absenteísmo. Tais problemas, estudados e comprovados cientificamente pelas áreas de saúde ocupacional, comprometem também a produtividade dos servidores.



Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Em resposta às questões levantadas, no entanto, em junho de 2011 foi designado um grupo de trabalho para levantar as necessidades de profissionais nas Coordenações Gerais de Saúde e Unidades de Referência Distrital. O levantamento utilizou como critérios: instrumentos legais e normas de órgãos de classe, cobertura de escala/horas extras, capacidade instalada para oferta de serviços, reposição de servidores cedidos/exonerados/aposentados e ampliação/abertura de novos serviços, demanda reprimida e o crescimento populacional de cada região. Diversas informações relevantes foram aportadas, entre as quais podem ser listadas as que se seguem.

- A distribuição demandada de pessoal quando comparada à existente, segundo o nível de escolaridade, praticamente não difere. A SES é composta de 27% de categorias profissionais de nível superior, 70% de nível médio e 3% de outras categorias;
- O déficit de horas semanais constatado para as categorias de nível superior é de 41% e de nível médio é de 37%. Na categoria "outras" - categorias não existentes nas listas oficiais de categorias profissionais e cargos em comissão - há aparentemente um excesso de horas semanais da ordem de 8%;
- As dez categorias profissionais de nível superior com maior demanda de horas semanais, por ordem decrescente, são: enfermeiro, médico de clínica médica, médico de família e comunidade, médico pediatra, médico ginecologista obstetra, odontólogo, nutricionista, fisioterapeuta, médico neonatologista e farmacêutico-bioquímico;
- As dez categorias profissionais de nível superior com maior déficit de horas semanais, por ordem decrescente, são: imagenologista, hebiatra, estatístico, médico cardiologista pediátrico, enfermeiro do trabalho, médico de alergia e imunologia, geriatra, médico generalista, médico de saúde pública e médico radiologista;
- Das 77 categorias profissionais de nível superior pesquisadas, seis não foram solicitadas por nenhuma das quinze Coordenações Gerais de Saúde e cinco Unidades de Referência Distrital estudadas;
- As dez categorias profissionais de nível médio com maior demanda de horas semanais, por ordem decrescente, são: auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, AOSD lavanderia hospitalar, agente de vigilância ambiental, agente de portaria, motorista, AOSD patologia clínica e técnico de laboratório de patologia clínica;
- As dez categorias profissionais de nível médio com maior déficit de horas semanais, por ordem decrescente, são: técnico de assuntos educacionais, técnico de higiene dental, supervisor de segurança do trabalho, técnico de laboratório anatomia patológica, atendente de consultório dentário, AOSD farmácia, técnico de comunicação social, AOSD eletrocardiografia, artífice especializado em carpintaria e marcenaria e técnico em enfermagem;
- Das 53 categorias profissionais de nível médio pesquisadas, 21 não foram solicitadas por nenhuma das quinze Coordenações Gerais de Saúde e cinco Unidades de Referência Distrital estudadas.

O quadro abaixo sintetiza os achados do grupo.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Categoria Profissional	Quant. de profissionais existentes por carga horária/semana					Necessidade de horas/semana por categoria profissional	Variação % entre a quantidade atual e a ideal	Déficit de horas	Quant. de profissionais necessários por carga horária/semana			
	20 h/sem.	24 h/sem.	30h/sem.	40h/sem.	Total de h/sem.				20 h/sem.	24 h/sem.	30h/sem.	40 h/sem.
N.SUPERIOR	2.914	58	34	4.024	221.652	377.358	41%	155.706	7.785	6.488	5.190	3.893
N.MÉDIO	273	2.100	1.924	11.637	579.060	918.451	37%	339.391	16.970	14.141	11.313	8.485
OUTROS	8	0	12	619	25.280	23.483	-8%	-1.797	-90	-75	-60	-45
TOTAL	3.195	2.158	1.970	16.280	825.992	1.319.292	37%	493.300	24.665	20.554	16.443	12.333

Como demonstra esse déficit, a SES vem encontrando dificuldades para a contratação de novos servidores. O Distrito Federal é a Unidade da Federação que apresenta os mais expressivos vencimentos da Administração Pública no país. Contudo, em alguns casos, como no de médicos, por exemplo, o salário oferecido, definido em leis que regulamentam os planos de carreiras, é muito inferior ao do mercado e pouco tentador, especialmente frente às condições de trabalho. Além disso, a falta de regulação e de investimento na formação desses profissionais contribuem para a significativa evasão do serviço público de saúde. Adicionalmente, a estimativa do impacto financeiro decorrente de possível contratação desses profissionais excede as restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal. De acordo com essa lei, embora o limite do gasto total com pagamento de pessoal do Poder Executivo seja de 49% da receita corrente líquida do DF, pesadas punições são previstas quando superado o denominado "limite prudencial", que é de 46,55%. Em dezembro de 2011, a despesa líquida com o pagamento de funcionários do Executivo do DF alcançou 45,12%, o que provocou a adoção de severas medidas de contenção. Excepcional e circunstancialmente, foi autorizada a contratação de profissionais temporários para suprir as necessidades mais prementes da SES.

No que se refere à formação e capacitação de recursos humanos, deve ser destacada a atuação da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, fundação pública de direito público, que se caracteriza como uma instituição pluridisciplinar e multiprofissional de formação inicial e pós-graduada e de desenvolvimento de quadros profissionais de nível básico, técnico e superior; bem como de pesquisa e de extensão. Para tanto, mantém uma escola de educação profissional de nível básico e técnico, a Escola Técnica de Brasília - ETESB, e a Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS e a Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas – CODEP.

Os resultados dos processos avaliativos com base nos indicadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, do Ministério da Educação, através do ENADE, realizados em 2004, 2007 e 2011 (neste último, o curso foi classificado como o quarto melhor do Brasil entre os 180 avaliados), a aprovação dos egressos em importantes programas de residências médicas e a inserção dos egressos no mercado de trabalho regional têm evidenciado a qualificação profissional promovida pelo ensino médico da ESCS, já com seis turmas formadas. O Curso de Graduação em Enfermagem, com duração de quatro anos, forma sua primeira turma no final de 2012.

Na pós-graduação, a ESCS oferece 134 programas de Residência, distribuídos nas áreas médica, de Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Psicologia, com a atuação de 597 preceptores. A ESCS também realizou recentemente cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, já com três edições, Especialização em Nutrição Clínica Enteral e Parenteral em parceria com GANEPE/EDUCAÇÃO e Gestão do trabalho e da Educação na Saúde, em parceria com a FIOCRUZ. Em 2011 concluiu o Mestrado Interinstitucional com a Universidade de Botucatu na área de Ginecologia, Obstetria e Mastologia e está em andamento o Mestrado Internacional em Educação para Profissionais de Saúde da Universidade

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

de Maastricht, Holanda. Teve ainda, início em maio de 2012, o mestrado Multiprofissional em Ciências para Saúde, com foco na Saúde do Idoso e da Mulher.

Faz parte ainda da estrutura da ESCS a Coordenação de Pesquisa - CPEq, responsável pelas atividades de pesquisa no âmbito de toda a SES, inclusive a elaboração de editais de fomento da FEPECS, o monitoramento e avaliação dos resultados, mantendo articulação com a Fundação de Apoio à Pesquisa do DF (FAP-DF), Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Ministério da Saúde (MS) e outros. É de sua competência o apoio à Iniciação Científica por meio de concessão de bolsas do PIBIC/CNPq e de bolsas próprias pelo Programa de Iniciação Científica (PIC/ESCS). É liderança do Comitê Gestor do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), em parceria com o Ministério da Saúde, FAP-DF e CNPq e desenvolve projetos especiais em parceria com renomadas universidades estrangeiras, como é o caso da University of Southern Califórnia, na área de aprimoramento da gestão e inovação de processos ligados ao manejo de doenças crônico-degenerativas. Esta Coordenação mantém, ainda a publicação científica periódica "Comunicação em Ciências da Saúde" (antiga Revista de Saúde do Distrito Federal), ininterruptamente há 22 anos, indexada na base de dados Lilacs/Bireme.

A Escola Técnica de Saúde de Brasília – ETESB, criada em 1960, está integrada à Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde – RET-SUS, forma e desenvolve trabalhadores de nível básico e técnico para o SUS. Os cursos de formação, atualmente em andamento são: Curso Técnico em Análises Clínicas; Curso Técnico em Saúde Bucal e Curso Técnico em Enfermagem, além de Especialização de Nível Técnico em Saúde da Família.

A Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (Codep) é o setor da Fepecs que tem a missão de promover ações de desenvolvimento dos profissionais da Secretaria de Estado de Saúde/DF (SES/DF), dos responsáveis pelo controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) e demais atores envolvidos no processo de consolidação do SUS. Sob responsabilidade desta Coordenação encontram-se, ainda, as atividades dos estágios curriculares supervisionados dos estudantes das Instituições de Ensino conveniadas com a SES/DF e os treinamentos em serviço, que são realizados por profissionais de saúde, visando ao seu aperfeiçoamento teórico-prático em áreas assistenciais específicas.

A FEPECS tem como responsabilidade institucional (ou mesmo o desafio para este quadriênio), ampliar a integração entre ensino, pesquisa e serviços de saúde da rede SES, de forma a construir no Distrito Federal um verdadeiro Sistema de Saúde-Escola para avançar no fortalecimento do SUS e da Educação da área de saúde.

1.7. Infraestrutura e acesso em saúde

O sistema de saúde no Distrito Federal caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES DF. Compõem esta rede, unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico que, integrados, permitem uma variabilidade de ações e serviços que respondem tanto pelas necessidades em atenção primária até as de maior complexidade (serviços especializados de média e alta complexidade).

Hoje esta rede pública se configura da seguinte forma:

- Unidades básicas de saúde: 68 centros de saúde; 03 unidades mistas; 39 postos de saúde urbanos e rurais, além de 39 equipes do Programa Saúde da Família e 17 equipes de Saúde Bucal.
- Centros de Atenção Psicossocial – 12 no total, estando 6 credenciados pelo Ministério da Saúde.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

- Unidades hospitalares: 12 hospitais regionais (HMIB, HRAN, HRGu, HRT, HRC, HRBz, HRSam, HRS, HRPI, HRPa, HRG, HRSM); 01 hospital terciário, (HBDF); 04 hospitais especializados (HCB, HSVP, ISM, HAB).
- Unidades de Pronto Atendimento: 01 UPA Samambaia.
- Unidades de apoio: 01 central de radiologia; 02 laboratórios regionais; 01 Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica; 01 Hemocentro; 01 Laboratório Central (LACEN); 19 núcleos de inspeção de saúde; 01 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), mantenedora de duas instituições de ensino, a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e a ETESB, bem como da Coordenação de Desenvolvimento dos profissionais de saúde (CODEP); 01 Diretoria de Saúde Ocupacional (DISOC) e 01 Centro de Testagem e Aconselhamento.

Região de Saúde	Coordenação Geral de Saúde	Região Administrativa	Serviços de Saúde
Centro-Sul	Asa Sul	RA1 - Brasília (Asa Sul)	HBDF, HMIB, UM da Asa Sul, Centros de Saúde nº 5,7,8,6, Diretoria de Saúde Ocupacional (DISOC), Centro de Testagem e Aconselhamento, Núcleo de Inspeção de Brasília, Núcleo de Inspeção do Lago Sul, CAPS ad Rodoviária.
		RA16 - Lago Sul	
	Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II e Park Way	RA8 - N. Bandeirante	Centro de Saúde nº 1 da Candangolândia, nº 2 do Núcleo Bandeirante, nº 3 do Riacho Fundo I, nº 4 do Riacho Fundo II, Posto de Saúde Urbano n 1 e 2 do RF II, PS Rural CAUB do RF II, Posto de Saúde Rural do Park Way, Núcleo de Inspeção do Núcleo Bandeirante, Núcleo de Inspeção do RF e Instituto de Saúde Mental(CAPS I).
		RA17 - R. Fundo I	
		RA 21- R. Fundo II	
		RA 24 -Park Way	
		RA19 - Candangolândia	
	Guará	RA 29 - S.I.A.	HRGu, Centro de Saúde nºs 1,2 e 3, Postos de Saúde Urbano nº 1, Centro de Saúde da Estrutural, CAPS ad, Laboratório Regional do Guará, Núcleo de Inspeção do Guará.
		RA 25 - SCIA (Estrut.)	
		RA10 - Guará	
Centro-Norte	Asa Norte	RA1 - Brasília (Asa Norte)	HRAN, Centros de Saúde nº 11,12,13 e15, Centro de Saúde 9 e 14 do Cruzeiro, Centro de Saúde do Varjão, Núcleo de Inspeção do Cruzeiro, Núcleo de Inspeção do Lago Norte, Núcleo de Inspeção Brasília Norte, Hospital de Apoio de Brasília, COMPP(CAPS i), LACEN, Fundação Hemocentro de Brasília e Hospital da Criança de Brasília.
		RA18 - Lago Norte	
		RA11 - Cruzeiro	
		RA 23 - Varjão	
		RA 22 - Sudoeste/Octogonal	
Oeste	Ceilândia	RA9 - Ceilândia	HRC, Centros de Saúde nº 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11, e 12, Posto de Saúde Urbano Privê, Posto de Saúde Rural nº 1, Laboratório Regional da Ceilândia, CAPS ad.
	Brazlândia	RA4 - Brazlândia	HRBZ, Centro de Saúde nº 1 e2, Posto de Saúde Urbano nº1, Posto de Saúde Veredas, Posto de Saúde Rural 1 e 2, Núcleo de Inspeção de Brazlândia.
Sudoeste	Taguatinga	RA3 - Taguatinga	HRT, HSVP, Centro de Saúde nº 1,2,3,4,5,6,7 e 8, Posto de Saúde Urbano do Areal, Central Radiológica de Taguatinga, CAPS II, Unidade Mista de Taguatinga, Núcleo de Inspeção de Taguatinga Sul, Núcleo de Inspeção de Taguatinga Norte.
		RA 20 - Águas Claras	
		RA 30 - Vicente Pires	
	Samambaia	RA12 - Samambaia	HRSAM, Centro de Saúde 1,2,3 e 4, Posto de Saúde Urbano 1, Núcleo de Inspeção da Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento - UPA, CAPSII.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Rec. Das Emas	RA15 - Recanto das Emas	Centro de Saúde nº 1 e 2, Posto de Saúde Urbano 1, Núcleo de Inspeção do Recanto das Emas.
Norte	Sobradinho	RA5 - Sobradinho I	HRS, Centros de Saúde 1,2 e 3, Postos de Saúde Rural 1,2,3 e 4, Núcleo de Inspeção de Sobradinho, CAPS ad.
		RA 26 - Sobradinho II	
	Planaltina	RA6 - Planaltina	HRPI, Centro de Saúde nº 1,2,3,4 e 5, Posto de Saúde Urbano 1, Posto de Saúde Rural 1,2,3,4,7, 9 e Arapoangas, Núcleo de Inspeção de Planaltina, CAPSII.
Leste	Paranoá	RA7 - Paranoá	HRPa, Centros de Saúde nº 1 e 2, Centro de Saúde de Itapoã, Posto de Saúde Rural 1,5,6 e 8, CAPS II Paranoá, Núcleo de Inspeção do Paranoá, CAPS ad Itapoã.
		RA 27- Jd. Botânico	
		RA 28 - Itapoã	
	São Sebastião	RA14 - São Sebastião	Centro de Saúde 1, Posto de Saúde Urbano 1 e 2, Posto de Saúde Rural 2, Unidade Mista de São Sebastião, Núcleo de Inspeção de São Sebastião.
Sul	Gama	RA2 - Gama	HRG, Centro de Saúde 1,2,3,4,5,6 e 8, Posto de Saúde Rural 1,3 e 4, Policlínica, Núcleo de Inspeção do Gama, CAPS II.
	Santa Maria	RA13 - Santa Maria	HRSM, Centro de Saúde nº 1 e 2, Posto de Saúde Urbano 1,2 e 3, Núcleo de Inspeção de Santa Maria e CAPS ad.

O conjunto de hospitais disponibiliza à população um total de 4.338 leitos, dos quais 270 se encontravam bloqueados em dezembro de 2010. Dos 4.068 operativos, 967 dão retaguarda aos serviços de urgência, 2.787 localizam-se em enfermarias, cobrindo 37 especialidades médicas, e 311 em unidades de terapia intensiva (212) e semi-intensiva. Apesar da expressividade deste conjunto de estabelecimentos, no que se refere à capacidade operativa do sistema, o Distrito Federal apresenta déficits importantes, quando considerada apenas a capacidade de oferta de serviços do setor público.

Embora as necessidades em saúde de uma população sejam influenciadas por fatores sociais, econômicos, culturais, geográficos e epidemiológicos, não foi ainda possível traduzir tais necessidades em parâmetros assistenciais específicos para os residentes no DF. Assim, como subsídio aos processos de análise, planejamento e programação de ações, foi feita a opção pelo uso de parâmetros nacionais, estabelecidos na Portaria GM nº 1101 de 2002 do Ministério da Saúde. Utilizando o parâmetro de 2,5 leitos p/ 1000 habitantes, sendo 10% de UTI, é possível calcular um déficit total de 2.364 leitos no DF, dos quais 433 de UTI, para a população do DF em 2010, de acordo com o Censo Demográfico daquele ano.

Esses dados não devem ser tomados como verdades absolutas, uma vez que diversos fatores não considerados no cálculo influenciam as necessidades atuais e futuras de serviços. Por um lado, o envelhecimento populacional progressivo permite a inferência do aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas na população, controladas em grande parte por cuidados ambulatoriais, mas cujas complicações exigem cuidados intensivos. Contribuindo para a projeção de maior necessidade de cuidados terciários, o esperado aumento da concentração urbana permite a projeção de aumento dos casos de internações por causas externas - acidentes e violência. Por outro lado, o ritmo de desenvolvimento e a natureza da incorporação tecnológica em saúde permitem supor que as internações eletivas serão cada vez mais reduzidas em frequência e tempo de hospitalização. Medicamentos mais eficazes, avanços em procedimentos cirúrgicos, possibilidades alternativas de monitoramento de pacientes, indicam que, cada vez mais, o tratamento no domicílio se tornará regra.

Nessa perspectiva, torna-se mais evidente a importância da atenção primária para a estruturação de um sistema de saúde universal e integral viável, a curto, médio e longo prazos.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

De fato, tal caminho é o menos intensivo em custos ao mesmo tempo em que muitos estudos mostram que áreas com melhor atenção primária têm melhores resultados em saúde, incluindo as taxas de mortalidade geral, as de mortalidade por doença cardíaca e as de mortalidade infantil, além de melhor detecção precoce de cânceres tais como o cólon-retal, de mama, uterino/cervical e melanoma. Embora o Distrito Federal esteja entre as UF com melhor desempenho em alguns desses indicadores, não é possível ignorar a tendência de aumento da mortalidade infantil, da sífilis congênita e da prevalência de hipertensão e diabetes mal controlados, todas essas condições suscetíveis aos cuidados em atenção primária. Esses problemas refletem diretamente as grandes diferenças existentes entre as Regiões Administrativas, tanto as diferenças socioeconômicas quanto as de cobertura assistencial. No que 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.

Evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família – Série Histórica de 2000 a 2010.

Fonte: SAPS/SES DF

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

As equipes de Saúde da Família estão distribuídas em Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde, Postos de Saúde Rurais, Postos de Saúde Urbanos) e 20 casas alugadas e 10 em comodato, cada uma com uma a duas equipes. A cobertura populacional que propiciam, em que pese o aumento observado nesses últimos anos, representa o índice mais baixo entre todas as unidades federadas do país e muito inferior aos 51% alcançados no ano de 1998, quando havia 277 equipes implantadas. Com somente quatro Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF devidamente implementados, as ESF não podem desempenhar todo o seu potencial de atuação junto à comunidade. Os centros de saúde que funcionam no modelo tradicional de atenção primária, ainda maioria no DF, apresentam déficit de profissionais significativo e são insuficientes para cobrir a população de 1.830.000 habitantes pelos quais deveriam se responsabilizar. Levantamento realizado no ano de 2009 apontou déficit superior a 20% nos postos de trabalho médico nessas unidades, em particular nas mais distantes dos centros urbanos, ou seja, nas mais carentes.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

As diferenças entre Regiões Administrativas se evidenciam também no que se refere aos serviços produzidos em 2010. Nesse caso, no entanto, além de refletirem a capacidade instalada em cada uma, incluem também a utilização por residentes em outras RA ou em outros estados, com destaque para os do Entorno do DF. De acordo com os dados registrados nos sistemas de informação da SES, foram destinados aos pacientes da RIDE em 2010, 13% das internações e 9,6% dos atendimentos de emergência realizados na rede pública do DF. Esses percentuais são mais expressivos nas Regiões Sul e Oeste. A mobilidade da população do DF e Entorno, utilizando serviços nas diversas regiões, independentemente do local de residência, vem atuando como um fator de desestabilização do sistema e dificultando a programação das ações locais de saúde.

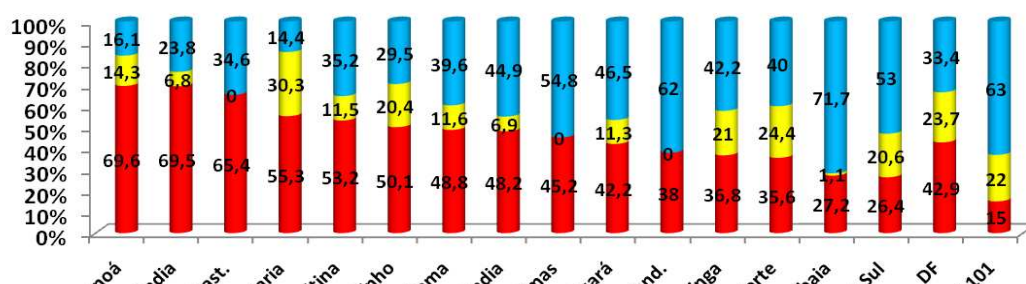
Indicadores	Parâmetro (Port. GM/MS 1.101/2002)	DF 2010	Menor taxa	Maior taxa
Nº total de consultas p/ hab. ao ano	2 a 3	2,82	1,90 (Região Sudoeste)	3,65 (Região Sul)
Consultas ambulatoriais p/ hab. ao ano	1,70 a 2,55	1,69	1,25 (Região Sudoeste)	2,23 (Região Centro Sul)
Consultas de emergência p/ hab. ao ano	0,30 a 0,45	1,12	0,63 (Região Centro Norte)	1,85 (Região Sul)
Proporção de consultas de emergência no total de consultas	15%	39,91%	30,45% (Região Centro Norte)	63,43% (Região Leste)
Proporção de consultas de atenção primária em relação ao total	63%	56,74 %	46,63% (Região Centro Sul)	85,16% (Região Oeste)
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal*	66,1% *1	65,35%	60,83% (Região Sul)	83,27% (Região Centro Norte)
Nº de atendimentos odontológicos por hab ao ano	0,44 a 1,66	0,11	0,08 (Região Sudoeste)	0,15 (Região Norte)
Internações por 100 hab ao ano	7 a 9	5,2	3,0 (Região Sudoeste)	9,9 (Região Sul)
Proporção de exames de patologia clínica em relação a consultas	30 a 50%	157%	108% (Região Oeste)	269% (Região Centro Norte)
Proporção de exames de anatomopatologia e citopatologia em relação a consultas	2,36%	1,95%	0 (Região Leste)	7,92% (Região Centro Sul)
Proporção de exames de imagem (radiodiagnóstico, ultrassonografia, tomografia e ressonância) em relação a consultas	6,24 a 9,74%	15,62%	6,43% (Região Centro Norte)	20,56% (Região Norte)

*Indicador do Pacto pela Saúde

*1 Meta proposta pela SES DF

Isso é ainda mais verdadeiro no que se refere a consultas, procedimentos e exames especializados. A oferta reduzida, associada a deficiências dos instrumentos e métodos de encaminhamento, leva a população usuária a uma peregrinação pelos diversos hospitais da rede que ocasiona o aumento das filas de espera e das dificuldades de acesso. Por sua vez, essa dinâmica leva ao aumento das buscas por atendimento de urgência sobrecarregando as unidades que oferecem essa modalidade de atenção.

CONSULTAS BÁSICAS, ESPECIALIZADAS E DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA SES DF - 2010



No âmbito da atenção especializada, a saúde mental merece destaque. De acordo com dados de 2010 do Ministério da Saúde, o Distrito Federal ocupa a mais baixa colocação entre os 27 estados no Brasil no que diz respeito à cobertura de atenção à saúde mental. A população de mais de 2,6 milhões de habitantes dispõe de apenas seis Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) credenciados - um CAPS I no Instituto de Saúde Mental (ISM), um CAPS Infantil (CAPSi) no COMPP, dois CAPS II (Taguatinga e Paranoá), e dois CAPS Álcool e Drogas (CAPSad - Guará e Sobradinho) -, quando seriam necessárias 46 Centros de Atenção Psicossocial, conforme consta no Plano Diretor de Saúde Mental do DF – 2011 a 2015 (PDSM/DF- 2011 a 2015), resultado da Conferência de Saúde Mental ocorrida em 2010. O número de CAPS credenciados existentes representa 0,21 CAPS por 100 mil habitantes, de acordo com o levantamento, sendo considerado que um estado ou município tem de razoável a boa cobertura quando o indicador ultrapassa 0,50. Embora ainda distante do quantitativo ideal, cinco outros CAPS encontram-se em atividade no DF, e em processo de habilitação no MS, quais sejam, os de Planaltina, Samambaia e Gama como CAPS II e de Ceilândia e de Santa Maria como CAPSad. Considerados esses, o DF ainda apresenta taxa de cobertura reduzida de CAPS/100.000 habitantes (0,44).

Com relação à Fundação Hemocentro, atualmente é a única unidade pública que coleta sangue de doadores no Distrito Federal, exercendo também as atividades de captação de doadores, triagem clínica, análises laboratoriais nas amostras de sangue, processamento, armazenamento, o laboratório de controle de qualidade e distribuição de hemocomponentes, além de ações de hemovigilância para a rede pública do Distrito Federal, atendendo a demanda transfusional e os estoques necessários de 13 Unidades de Hematologia e Hemoterapia, 3 hospitais públicos conveniados e 3 hospitais privados contratados. Além das atividades de hemoterapia acima descritas, a FHB realiza os exames dos candidatos a doação de medula óssea e os exames para os transplantes de órgãos. Mantém o Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário coletado na hora do parto de mães internadas no HRAN e no HMIB. Desde 2011 vem realizando os exames de hemostasia para os pacientes de coagulopatias hereditárias, a atualização do cadastro e a dispensação dos medicamentos para estes pacientes. A partir de 2012 a atenção ambulatorial e multiprofissional a estes pacientes também foram repassadas pela SES a FHB. Considerando o número de leitos presentes na rede pública e a demanda estimada de bolsas por leito ao ano prevista na Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002, tem-se a seguinte situação:

Demanda Transfusional por Hospital

HOSPITAL	LEITOS (a)	BOLSAS / LEITO /ANO (b)	DEMANDA (d = a x b)
HBASE	856	100	85.600

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

HRSM	398	20	7.960
HRAN	357	20	7.140
HRT	408	20	8.160
HRG	469	20	9.380
HRC	255	20	5.100
HRS	219	15	3.285
HMIB	303	20	6.060
HRPa	238	15	3.570
HRP	178	15	2.670
HRSAM	122	15	1.830
HRBz	138	15	2.070
TOTAL	3.941	-	142.825

Fonte: NUEST/GEMOAS/DICOAS/SUPRAC e Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002

* Soma de Leitos Operacionais e Bloqueados

** Considerado o valor máximo previsto na Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002 – Número de bolsas de sangue necessárias para a terapia transfusional em unidades hospitalares, por tipo de unidade, no ano.

Observação: Leitos não inclusos:

- Unidade Mista da Asa Sul – 10 leitos
- Unidade Mista de São Sebastião – 22 leitos
- Hospital Regional do Guará – 47 leitos
- Hospital de Apoio de Brasília – 70 leitos
- Hospital São Vicente de Paula – 115 leitos
- Hospitais Conveniados / Contratados

Entretanto, o registro das transfusões informadas pelos hospitais em 2011, conforme consta do Hemoprod - Sistema Nacional de Informação da Produção Hemoterápica, foi de 50.360 bolsas:

Número de Transfusões por Hospital (2011)

HOSPITAL	LEITOS	TRANSFUSÕES (2011)
HBASE	856	15.560
HRSM	398	6.380
HRAN	357	5.417
HRT	408	5.266
HRG	469	3.343
HRC	255	3.045
HRS	219	2.738
HMIB	303	2.963
HRPa	238	2.540
HRP	178	1.269
HRSAM	122	1.046
HRBz	138	793
TOTAL	3.941	50.360

Fonte: NUEST/GEMOAS/DICOAS/SUPRAC (nº de leitos)

Hemoprod 2011 (nº de transfusões)

Conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS o número recomendado de doadores está entre 3% a 5% da população total. Considerando tal parâmetro, segue-se a

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

estimativa de coleta para o Distrito Federal:

Estimativa de Coleta no Distrito Federal

REGIÃO ADMINISTRATIVA	POPULAÇÃO	3% da POPULAÇÃO
Brasília	209.855	6.296
Sobradinho	210.119	6.304
Planaltina	171.303	5.139
Gama	135.723	4.072
Santa Maria	118.782	3.563
Paranoá	53.618	1.609
São Sebastião	100.659	3.020
Ceilândia	402.729	12.082
Brazlândia	57.542	1.726
Taguatinga	361.063	10.832
Samambaia	200.874	6.026
Recanto das Emas	121.278	3.638
Lago Norte	41.627	1.249
Cruzeiro	81.075	2
Lago Sul	29.537	886
Guará	142.833	4.285
Núcleo Bandeirante	43.765	1.313
Riacho Fundo	71.854	2.156
Cruzeiro	81.075	2.432
Candangolândia	15.924	478
TOTAL	2.570.160	77.105

Apesar de não alcançar o mínimo recomendado, a Fundação Hemocentro de Brasília, hemocentro coordenador, realizou em 2011, 54.570 coletas, mantendo o compromisso junto a População no Distrito Federal de garantir sangue em quantidade suficiente para o atendimento de 100% das solicitações para transfusão de sangue e de pelo menos 85% das solicitações de hemocomponentes para estoque, não havendo registro de não realização de transfusão por falta de hemocomponente.

A capacidade operacional da FHB para coleta de sangue atualmente instalada é de 88.704 bolsas de coleta de sangue por ano:

Capacidade Instalada por Região Administrativa

REGIÃO ADMINISTRATIVA	SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	TIPO DE SERVIÇO	COLETAS 2011	CAPACIDADE OPERACIONAL
Brasília (RA-I)	Fundação Hemocentro de Brasília	Hemocentro Coordenador	54.470	88.704*

Fonte: SISTHEMO.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

*O número de coletas em 2011 inclui: sangue total, sangue total e medula óssea e aférese.

*Capacidade Operacional: nº de cadeiras x nº de doações por cadeira no dia (doação 30 minutos) x dias úteis x meses = $14 \times 22 \times 24 \times 12 = 88.704$

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

PARTE 2

PRINCIPAIS DESAFIOS, OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

2 - PRINCIPAIS DESAFIOS, OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

A partir da análise situacional realizada, foram levantados e priorizados problemas, suas causas e soluções mais adequadas. Foi constatado assim que muitas das soluções apontadas para um determinado problema atendiam também a outros, motivo pelo qual foi feita a opção por consolidá-las por áreas de intervenção, mantendo apenas uma referência ao eixo de análise. Além disso, na maioria dos casos umas se relacionam e dependem de outras para que possam alcançar os resultados buscados.

2.1. OBJETIVO 1: Busca de maior eficiência nas intervenções setoriais para a melhoria das condições de saúde da população.

2.1.1. DIRETRIZ 1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família.



Uma das principais propostas para o período é o fortalecimento e a qualificação das unidades e das equipes de atenção primária à saúde, para que possam atuar como porta de entrada efetiva no sistema de saúde, dotando-as ainda de instrumentos e métodos adequados para o encaminhamento dos pacientes aos demais níveis de atenção, em conformidade com as diretrizes de conformação das Redes de Atenção, como proposto na 8ª Conferência Distrital de Saúde⁹. A lógica das Redes pressupõe a inversão do modelo assistencial atualmente adotado no DF, passando de um modelo centrado no hospital com foco nas urgências, para um modelo centrado em linhas de cuidados ordenados por uma atenção primária ampla, integrada com a atenção especializada, e resolutiva.

Para que isso seja viável, faz-se necessária a reestruturação das unidades existentes, expansão de serviços e mudança na lógica de trabalho no setor. Nesse sentido, propõe-se a ampliação gradual da Saúde da Família. Em 2010, foi elaborado o Plano Distrital de Atenção Primária (aprovado pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal, Resolução nº 03 de março de 2011) estimando as seguintes fases para a expansão da cobertura da estratégia de saúde da família:

- Fase 1: cobertura imediata de 20% da população do DF até dez 2010.
- Fase 2: cobertura de 40% da população do DF até 2012.
- Fase 3: cobertura de 50% da população do DF, até 2014.

Além disso, o Plano estabeleceu a implantação de equipes de apoio à Saúde da Família, conforme descrito a seguir:

- Fase 1: 11 equipes de NASF, 15 de Atenção Domiciliar e 10 de Saúde no Sistema Prisional implantadas até dezembro de 2012;
- Fase 2: Ampliar para 18 as equipes de Saúde no Sistema Prisional, para 40 as equipes de NASF e para 22 as de Atenção Domiciliar até o final de 2013.

⁹ Na 8ª Conferência Distrital de Saúde foram aprovadas proposições tanto a respeito do fortalecimento da atenção primária quanto da implementação das redes. Enquanto o primeiro tema perpassa todo o relatório final da Conferência, o segundo é explicitado no item 3.8 com a seguinte redação: "Implementar as redes indicadas pelo Decreto n. 7.508 de 28.6.2011 que regulamenta a Lei n. 8080/90, enquadrando a RIDE, fortalecendo a Atenção Primária como porta de entrada do Sistema, com vistas à eliminação de barreiras ao acesso, garantia do acolhimento e humanização da atenção, criando indicadores e metas para avaliar a capacidade integrativa e resolutiva do sistema de saúde em rede".

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Estrategicamente os avanços desejados estão condicionados por um conjunto de fatores que, além da expansão ordenada e gradual das Equipes de Saúde da Família – ESF e das Equipes de Saúde Bucal - ESB, passam pela organização dos seus processos de trabalho, pela revitalização da rede de atenção, pela conversão do modelo de atenção praticado em Centros de Saúde, de forma que passem a alocar ESF e ESB, e por meio da construção de 120 novas unidades básicas de saúde, bem como ampliação de 75 e reforma de 48 unidades básicas de saúde já existentes, com aquisição de mobiliário e equipamento para todas elas. Sabe-se, desde já, que grandes obstáculos devem ser superados para a execução do programado, em especial no que se refere à contratação de recursos humanos, como já mencionado.

Para as áreas onde não está prevista a cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família deverão ser completados os quadros de pessoal dos Centros de Saúde e implementadas mudanças no processo de trabalho a fim de garantir que essas unidades incorporem em sua organização os fundamentos da APS e sejam capazes de prestar adequada atenção aos usuários de sua área de abrangência, bem como de ordenar o acesso daqueles que necessitarem atendimento em outros serviços de referência. Em todos os casos, prioridade será dada àquelas atividades a serem desenvolvidas no escopo das Redes de Atenção Materno Infantil – Rede Cegonha-, Saúde Mental e Urgência e Emergência. Programas de qualificação de servidores e de unidades de atenção primária serão implementados, com vistas à melhoria de qualidade e de cobertura dos serviços, em especial no que se refere ao cuidado pré-natal.

Entre as metas para o período, espera-se alcançar, até 2015, os resultados listados a seguir:

1. Atingir 75% de cobertura populacional no DF por equipes de saúde da família.
2. 80% dos recém-nascidos vivos de mães residentes no DF com cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal.
3. Alcançar 95% em investigação de óbitos maternos de residentes no DF.
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.
6. Ampliar a oferta de práticas integrativas em saúde PIS para 80% das unidades básicas de saúde e equipes das ESF

2.1.2. DIRETRIZ 1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.



No contexto da organização vigente na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a atenção especializada é realizada predominantemente nos hospitais da rede própria. Os grandes desafios atuais, relacionados a essa área incluem a necessidade de incrementar a qualidade dos serviços secundários e terciários prestados à população, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, bem como a necessidade de ampliação do acesso, de implementação de 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. É necessária a reestruturação das unidades assistenciais e o reforço aos sistemas logísticos que possam viabilizar sua melhor operacionalização e imprimir mais resolutividade/eficiência ao sistema de saúde como um todo.

Entre outras propostas para o período, merece destaque a de integração de todos os níveis de complexidade de atenção com promoção da intersetorialidade das ações e dos serviços prestados. Essa estratégia incorpora os conceitos de Redes Integradas de Atenção à Saúde propostos pelo Ministério da Saúde, tendo como premissas “a centralidade no usuário;

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

integração produtiva e continuidade do cuidado; reconhecimento da interdependência; construção de objetivos comuns e racionalidade sistêmica; compartilhamento decisório, responsabilização e institucionalidade; e, democratização e transparência". A Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que "estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)", define "Redes de Atenção à Saúde" como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Em conformidade com os problemas levantados no processo de planejamento, será priorizada, no período, a conformação das redes materno-infantil – **Rede Cegonha**¹⁰ e urgência e emergência. Outras redes temáticas estão sendo construídas de forma ampliada nos encontros do Comitê Tripartite (MS, CONASS e CONASEMS) e implicarão na necessidade de organização de novas linhas de cuidados, tais como, doenças crônicas, atenção às pessoas com deficiência, entre outros. Isso implica a redefinição dos perfis dos diversos estabelecimentos em cada uma das Regiões de Saúde, bem como o desenvolvimento de novas atividades de atenção secundária em regiões periféricas de Brasília, de forma estruturada, da atual oferta de serviços terciários, garantindo maior equilíbrio no território e melhor aproveitamento da capacidade instalada nas regiões centrais. Naqueles casos em que a oferta for insuficiente para atender as necessidades calculadas, com a utilização de parâmetros estabelecidos pelo MS, propõe-se a utilização complementar de diferentes modalidades de parceria com a iniciativa privada, em especial com instituições privadas sem fins lucrativos.

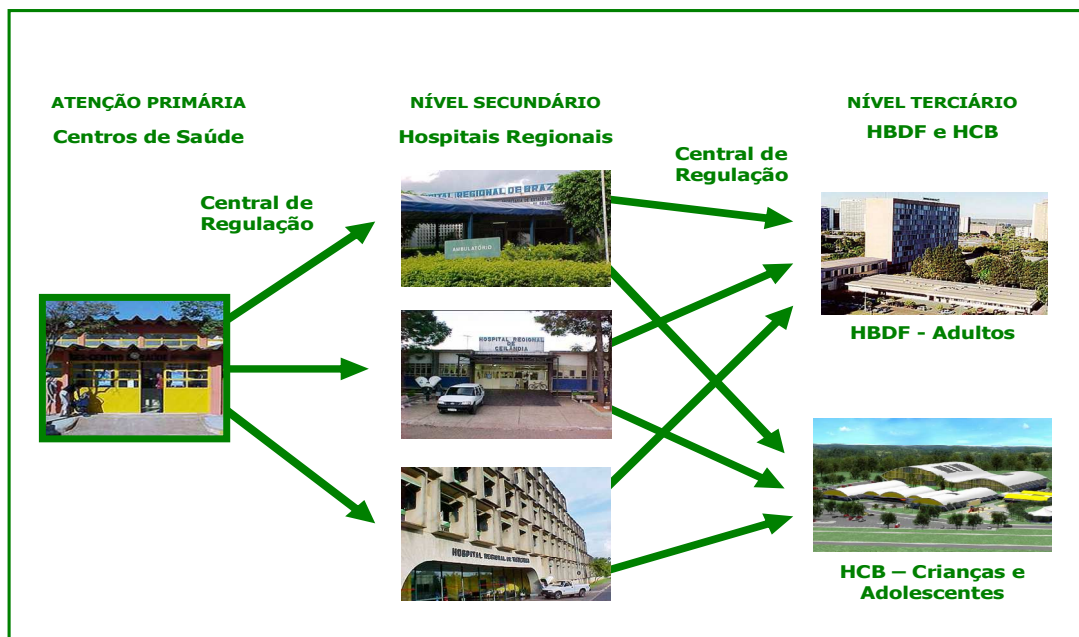
Por outro lado, no que se refere à alta complexidade, as propostas relativas à ampliação do quantitativo de leitos de terapia intensiva nos hospitais próprios da SES devem ser destacadas, incluindo 85 leitos de UTI adulto, 10 de UTI neonatal, 06 de cuidados intermediários – UCIN e 30 de UTI Pediátrica – 131 no total. Leitos de UTI deverão ser disponibilizados também em novas unidades hospitalares, como forma de reduzir o déficit observado, de 397 desses leitos, quando comparado o quantitativo existente com o estimado com a utilização dos parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS 1101/2002. Espera-se com essas medidas reduzir a dependência da SES dos leitos contratados na iniciativa privada.

Ainda em relação à atenção à saúde da criança e do adolescente, o Hospital da Criança de Brasília José Alencar – HCB deverá ser ampliado, com a construção do bloco de internações, passando a cumprir plenamente suas atribuições de referência secundária e terciária para todas as Coordenações Gerais de Saúde. Atualmente, ele absorve grande número de consultas e exames especializados, contando ainda com instalações para internações de curta duração. Espera-se que, com a construção do segundo bloco, diversos procedimentos hoje encaminhados para outros estados, como tratamento fora de domicílio (TFD), possam ser realizados no DF. Com a ampliação do HCB, apenas as especialidades pediátricas de cirurgia cardíaca e ortopédica terciária e politraumatismo continuarão a funcionar no HBDF, em virtude das dificuldades envolvidas na duplicação dessas equipes vis a vis a demanda observada na faixa etária de 0 a 18 anos.

¹⁰A implementação da Rede Cegonha envolve os componentes pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança, e sistema logístico – transporte sanitário e regulação. Suas principais diretrizes são: (a) garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, (b) ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, (c) garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, (d) garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, (e) garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e, (f) garantia de acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Notas:

1. *Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012.*
2. *Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*



Para promover a ampliação do acesso, além de contemplar as áreas de vazios assistenciais, medidas são ainda 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. Muitas dessas temáticas são abordadas em outros tópicos.

Entre as metas para o período, espera-se alcançar, até 2015, os resultados listados a seguir:

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.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

2.1.3. DIRETRIZ 1.3: 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.



A atenção à saúde mental foi identificada como uma das áreas mais deficientes no sistema público de saúde do DF. Nesse contexto, foram propostos o seu fortalecimento e qualificação, com a implementação das redes integradas de serviços, como preconizado pelo MS.

Um dos principais dispositivos estratégicos utilizados na reforma psiquiátrica da atenção à saúde mental no Brasil são os CAPS. Estes dispositivos priorizam o atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e possuem as seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPSIII (atendimento 24h), CAPSi (atendimento a crianças e adolescentes), CAPS ad (atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e drogas) e o CAPS ad III, conforme Portaria GM/MS n.º 336 de 19/02/2002 e Portaria GM/MS n.º 2.841 de 20 /09/2010. Mas para realizar um atendimento de qualidade, é imprescindível a associação dos demais tipos de estabelecimentos e que a política de saúde mental atue de forma coordenada e integrada com as demais especialidades, por exemplo, a atenção básica, como estratégia para alcançar a integralidade desse serviço público.

Os serviços residenciais terapêuticos (SRT), ou simplesmente residências terapêuticas, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais. Conforme o Plano Diretor de Saúde Mental do DF está programada a implantação de 15 Residências Terapêuticas. Os leitos psiquiátricos em hospitais gerais são outros dispositivos que garantem assistência aos pacientes que necessitam de internações de curta duração, tanto relacionadas a transtornos mentais, quanto a situações de emergência para álcool e outras drogas.

A atenção domiciliar, por sua vez, é importante para o processo de reinserção social das pessoas acometidas de transtornos mentais severos e persistentes, egressas de hospitais psiquiátricos, assegurando a continuidade da assistência a partir de atenção multidisciplinar em domicílio que no DF é realizado, ainda que com cobertura insuficiente através do Programa Vida em Casa e Grupo de Acompanhamento Pós-Internação – GAPI/HSVP.

Face às deficiências mencionadas, o Ministério da Saúde escolheu o Distrito Federal para desenvolver o projeto piloto para implantação das Unidades de Acolhimento, como estratégia de enfrentamento ao Crack e outras drogas, iniciativa essa em franco desenvolvimento. Faz-se relevante, no entanto, que aconteça simultaneamente a reorganização, reestruturação e melhoria da gestão da rede de serviços de saúde mental, por meio da qualificação dos agentes de saúde, implantação do fluxo de atendimento atual em álcool e outras drogas e transtornos mentais, ampliação do acesso e adequação dos recursos humanos, seguindo o cronograma de implantação proposto, conforme o PDSM/DF- 2011 a 2015, aprovado pelo Conselho de Saúde do DF.

Trata-se de garantir que os serviços constituintes dessa rede, uma vez implantados, funcionem 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. Faz-se assim relevante a reorganização, reestruturação e melhoria da gestão da rede de serviços de saúde mental por meio da qualificação dos agentes de saúde, implantação do fluxo de atendimento atual em álcool e outras drogas e transtornos mentais, ampliação do acesso e adequação dos recursos

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

humanos, seguindo o cronograma de implantação proposto, conforme o PDSM/DF- 2011 a 2015.

Entre as metas para o período, espera-se alcançar, até 2015, os resultados listados a seguir:

1. Criar 31 serviços substitutivos em saúde mental, sendo 20 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, 03 Residências Terapêuticas, 8 Unidades de Acolhimento.
2. Construir a sede do Centro de Orientação Médico Psicopedagógica - COMPP.
3. Implantar leitos de atenção integral em saúde mental nas 15 Coordenações Gerais de Saúde da SES DF, incluindo os destinados a infância/adolescência e usuários de álcool/drogas.

2.1.4. DIRETRIZ 1.4: Expandir e qualificar a rede de urgência e emergências, como o apoio a implantação e manutenção das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).



De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, a Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: promoção, prevenção e vigilância à saúde; atenção básica em saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; atenção hospitalar; e atenção domiciliar. Apesar da Secretaria de Saúde do DF vir se destacando no cenário nacional com o largo espectro de ações desenvolvidas, muito há que fazer no que se refere aos diferentes componentes.

No que se refere à promoção e prevenção, a SES atuará mais intensivamente no período no sentido estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, em cooperação com outras Secretarias de Estado. Na área da atenção primária, além das ações já mencionadas, será fortalecida a atribuição de prestar o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário. O SAMU 192, que vem se distinguindo em desempenho, passará a atuar de forma mais integrada com as unidades fixas de saúde, como já vem acontecendo com o HBDF e o Hospital Regional do Guará – HRGu, uma vez equacionado o déficit de pessoal verificado.

Em relação à implantação das UPAS, a proposta da SES DF é de fazê-lo em três fases. Na primeira fase está prevista a ativação das UPAS de Samambaia, Núcleo Bandeirante, Recanto das Emas e São Sebastião, já construídas. Na segunda fase serão mais 5 UPAS sendo 1 no Gama, 1 em Sobradinho, 1 em Taguatinga e 2 na Ceilândia. Na terceira fase serão mais 5 UPAS, no Setor de Indústria e Abastecimento - SIA, Brazlândia, Planaltina, Plano Piloto e Itapoã. Os serviços de urgência dos hospitais regionais e do HBDF serão reestruturados, inclusive no fluxo interno para os leitos de retaguarda, de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem, de laboratório e de atenção domiciliar. Para contemplar a demanda decorrente desse processo está prevista a ampliação tratada na diretriz referente à atenção especializada.

Finalmente, o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolubilidade na atenção passarão a constituir a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Entre as metas para o período, espera-se alcançar, até 2015, os resultados listados a seguir:

1. Implantação de 14 Unidades Pré-Hospitalares Fixas de Pronto Atendimento (UPAS) até 2015.
2. Renovação da frota (30 UBS e 7 USA).
3. Aperfeiçoamento tecnológico e organizacional da Central de Regulação de urgência.
4. Indução da regulação dos atendimentos de Urgência e Emergência, organizando fluxos de referência e contrarreferência entre os diferentes componentes da rede.
5. Implantação do acolhimento com classificação de riscos em unidades da rede de urgência e emergência do DF.
6. Qualificação da porta da urgência e emergência das unidades hospitalares, reorganizando fluxos e processos de trabalho.

2.1.5. DIRETRIZ 1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.



Os problemas percebidos na SES/DF em relação à Assistência Farmacêutica são abrangentes e se manifestam em todas as etapas do processo, quais sejam, planejamento da aquisição, processos de licitação, armazenamento e distribuição, dispensação, controle do efetivamente consumido e acompanhamento fármaco-terapêutico dos usuários. Grande parte deles foi desencadeada pela falta de investimento ao longo do tempo e pela desarticulação da Assistência Farmacêutica na SES/DF com a publicação do Decreto nº 28.814 de 28/02/2008, que alterou o organograma administrativo da SES/DF, retirando da estrutura da Diretoria de Assistência Farmacêutica - DIASF as Gerências de programação e de abastecimento de insumos, as quais passaram a fazer parte da Unidade de Administração Geral – UAG.

O medicamento é um insumo estratégico de suporte às ações de saúde, cuja falta ou má distribuição e utilização pode afetar 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. Uma boa aquisição de medicamentos deve 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 é outro grande desafio que deve ser alvo de priorização na reestruturação da Assistência Farmacêutica. Para alcançar esse objetivo, fazem-se necessárias ações para estruturação da Central de Abastecimento Farmacêutico, de áreas para a manipulação de medicamentos e nutrição parenteral, de Farmácias apropriadas à prestação dos serviços farmacêuticos, incluindo o acompanhamento fármaco-terapêutico em todos os níveis de atenção e a implantação de sistema de doses individualizadas nos hospitais.

Entre as metas para o período, espera-se alcançar, até 2015, os resultados listados a seguir:

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.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

3. Atender 100% da necessidade de recursos humanos em número e qualificação adequada para a Assistência Farmacêutica da SES/DF.

2.1.6. DIRETRIZ 1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.



No âmbito das políticas setoriais, a vigilância em saúde no Distrito Federal tem seu escopo voltado para atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças. 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.

Embora se configure como uma das áreas mais bem estruturadas na SES, para o cumprimento de suas atribuições, a vigilância vem enfrentando também alguns problemas, quais sejam, a morosidade no fluxo dos processos de aquisições de bens, serviços e insumos, devido à complexidade no atendimento à legislação pertinente e à interface com outras Unidades, podendo comprometer a realização das ações no momento oportuno; a falta de carreira específica para Vigilância em Saúde; além do descompasso entre o crescimento populacional e conjunto de metas estabelecidas, quais sejam:

1. Alcançar 80% de imóveis visitados 4 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 até 2015;
5. Vacinar 95% das crianças menores de um ano com a vacina tetravalente/pentavalente de rotina do Calendário Básico de Vacinação;
6. Implantar em 80% das Coordenações Gerais de Saúde o Plano de Promoção de Saúde/PPS, até 2015;
7. Realizar, no próprio LACEN, exames em 100% das amostras biológicas encaminhadas ao LACEN.
8. Realizar ensaios laboratoriais em 100% das amostras pactuadas com as diretorias de vigilância sanitária e ambiental do Distrito Federal.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

9. Cadastrar anualmente 100 aparelhos emissores de radiação ionizante em uso no Distrito Federal.
10. Aumentar em, pelo menos, 20% no quadriênio, sendo 5% ao ano, o número de emissão de Licença Sanitária para estabelecimentos de interesse da vigilância sanitária do Distrito Federal, considerando o valor inicial de 6.324 estabelecimentos licenciados em 2011.
11. Aumentar, em pelo menos 20 % no quadriênio, sendo 5% ao ano, o número de notificações de agravos relacionados à saúde do trabalhador, considerando o valor inicial de 1.562 notificações em 2011
12. Compor as equipes de vigilância à saúde até 2015, baseado no levantamento de necessidades de pessoal e análise de competências pessoais e organizacionais;
13. Implantar, pelo menos, um novo sistema de informação a cada ano, no âmbito da Subsecretaria de Vigilância à Saúde, até 2015.
14. Implantar ações integradas de prevenção e controle da dengue em 50% das equipes de ESF e EACS existentes, até 2015.
15. Realizar pelo menos, 05 Semanas Anuais de Prevenção da Dengue, de setembro de cada exercício a maio do ano subsequente, conforme estabelecido no Decreto DF nº 33.034, de 11/07/11.
16. Alcançar 82% de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados nos anos das coortes até 2015.
17. Alcançar 90% de casos novos de hanseníase diagnosticados curados nos anos das coortes, até 2015.
18. Manter 95% de registros de óbitos com causa básica definida.
19. Manter em 2,6/100.000 habitantes a taxa de incidência de AIDS em menores de cinco anos.
20. Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue em relação ao ano anterior.
21. Garantir 1 agente para cada 1000 imóveis nas atividades de visitas domiciliares para a prevenção e controle da dengue.
22. Realizar, pelo menos, três Levantamentos Rápidos de Índice para *Aedes aegypti* (LIRAA) ao ano, nos meses de janeiro, março e outubro, respectivamente.
23. Notificar, em até sete dias, casos suspeitos de dengue grave no SINAN.
24. Encerrar pelo menos 95% dos casos graves de dengue, em até 60 dias após a notificação no Sinan.
25. Notificar, em até 24 horas, óbitos suspeitos de dengue.
26. Investigar, em até sete dias, óbitos suspeitos de dengue, com equipe composta pela vigilância e assistência.
27. Implantar remuneração variável para os agentes que executam ações de combate ao vetor da dengue, de acordo com indicadores de produtividade e resultados.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

2.1.7. DIRETRIZ 1.7: Obter reconhecimento da sociedade pela resposta oportuna às demandas de saúde decorrentes de grandes eventos incluindo a Copa das Confederações 2013 e a Copa do Mundo de 2014.



O Brasil espera receber 500 mil turistas estrangeiros para a Copa do Mundo de 2014 e movimentar milhões de brasileiros pelas 12 cidades-sede do torneio. Como uma das sedes, o Distrito Federal deverá estar pronto para lidar com desafios tais como (i) visitantes de países e estados portadores de doenças não endêmicas no DF, que podem ocasionar introdução ou reintrodução de doenças transmissíveis; (ii) vigilância da água, alimentação e destino de resíduos sólidos, entre outros, para evitar surtos; (iii) disponibilização de serviços de saúde, em quantidade e qualidade adequada, para atendimento a atletas, espectadores e visitantes, durante os jogos e no decorrer de todo o período, contemplando atenção primária, recursos diagnósticos, atenção especializada e, principalmente, urgências e emergências, aí incluído o transporte em ambulâncias e helicópteros para unidades de referência.

No Distrito Federal, as unidades públicas de atenção à saúde são continuamente pressionadas pelas demandas, tanto dos residentes locais quanto os procedentes de outros estados, em especial os de municípios do Entorno. Na preparação para o evento, será necessário o reforço estrutural substantivo de áreas críticas, como urgência e emergência e terapia intensiva. Muitos desses reforços foram já detalhados, em outros capítulos desse plano, mas deverão ser coordenados com as iniciativas específicas para o evento. Entre eles, devem ser destacados: a disponibilização de 190 novos leitos de UTI nos hospitais da rede; a contratação de hospitalização domiciliar – “Home Care” – para liberação de 50 desses leitos atualmente ocupados por pacientes crônico; a construção e ativação das Unidades de Pronto Atendimento em Saúde – UPAS bem como de blocos para atendimento em traumatologia e ortopedia e ampliação dos serviços de pronto-socorro de hospitais estratégicos; a reorganização do transporte inter-hospitalar; entre outros.

Como os eventos serão realizados, respectivamente, entre os dias 15 e 30 de junho de 2013, e entre os dias 12 de junho e 13 de julho de 2014, é possível prever a ocorrência de grande número de intercorrências relacionadas à baixa umidade do ar. Alergias e outros problemas respiratórios, cefaleias, sangramentos nasais e desidratação são algumas das mais comuns. Possibilidades de outros desastres, como incêndios e colapsos de estruturas devem ser previstos. A elaboração de plano detalhado e sua implementação deve ocorrer, assim, em curto espaço de tempo e incluirá, necessariamente, como metas:

1. Fortalecimento da vigilância em saúde em aeroportos e rodoviárias, bem como do sistema de notificação e investigação de surtos e casos de doenças transmissíveis, envolvendo a rede pública e a privada de assistência à saúde.
2. Reforço à infraestrutura necessária ao atendimento de urgências e emergências, como já mencionado, atentando ainda para os aspectos relativos a ambulâncias, helicópteros, heliportos de unidades de referência, equipamento para diagnóstico e tratamento nessas unidades, etc.
3. Capacitação de profissionais de saúde já atuantes na rede e de grupos de voluntários para lidar com diversas situações.
4. Aumentar a integração com as áreas de transporte e segurança para a abordagem dos diversos tipos de risco.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

2.1.8. DIRETRIZ 1.8: Assegurar sangue, seus componentes e exames especializados com qualidade e em quantidade adequada para a população do DF, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS



Como principal proposta de ampliação do número de coletas no Distrito Federal, a Fundação Hemocentro passará por reforma na área de coleta, ampliando o número de cadeiras de doação de 14 para 20, o que causará um impacto positivo de 42,85% na capacidade operacional do hemocentro coordenador.

Ainda visando o aumento de coletas e a promoção da facilidade de acesso ao doador, como proposta de regionalização, o hemocentro disponibilizará duas unidades móveis para coleta externa nas regionais de saúde conforme cronograma pré-estabelecido.

Quanto à qualidade do sangue, faz-se necessária a incorporação contínua de novas tecnologias e a capacitação permanente de servidores. Os resultados das auditorias internas e inspeções sanitárias demonstram que o Sistema de Gestão da Qualidade da FHB tem contribuído continuamente para a melhoria dos processos e serviços. Em março de 2012, o Ciclo do Sangue conquistou a certificação pela Norma ISO 9001:2008. A manutenção da certificação e a ampliação desta para todas as unidades que compõem a hemorrede é o grande desafio da Fundação.

Entre as metas para o período, espera-se alcançar, até 2015, os resultados listados a seguir:

1. Manter o atendimento das solicitações de hemocomponentes em 100% para solicitações de transfusão e em 85% para solicitações de estoque;
2. Ampliar o número de doadores fidelizados (doadores com no mínimo 2 doações por ano) para 50%;
3. Ampliar o número de doadores em relação à população do DF para 2,5%;
4. Manter índice de satisfação do doador superior a 95%;
5. Reduzir para 0% o número de não conformidades críticas evidenciadas em inspeções sanitárias;
6. Adequar 100% das instalações físicas e estrutura organizacional.

2.2. OBJETIVO 2: Aprimoramento dos processos de gestão no âmbito da SES

2.2.1. DIRETRIZ 2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.



A reconstrução do SUS DF, como proposto, 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, incluindo reengenharia de processos, modelagem organizacional e apoio à administração hospitalar, bem como a retomada e a valorização do planejamento, da avaliação sistemática e do controle das

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

ações e serviços, realizados pela rede própria e contratada. Ênfase será dada à capacitação continuada dos profissionais envolvidos com as atividades de planejamento e gestão.

A revisão da metodologia e do instrumental relacionados ao planejamento estratégico mostra-se essencial para a maior integração das ações da SES com as das demais Secretarias de Estado, no contexto das políticas de governo. No âmbito das políticas de saúde, a integração buscada com essa iniciativa é entre os diversos instrumentos de planejamento da SES – Plano Plurianual, Plano de Saúde, Planos de Especialidades, Programação Anual -, entre as diversas áreas técnicas da SES, e entre essas e os estabelecimentos de saúde responsáveis pelas atividades finalísticas. Espera-se que, a partir da experiência acumulada dos técnicos da SES e de contratação de consultoria especializada, seja possível promover maior adesão dos servidores aos objetivos da instituição e maior compromisso com os resultados a serem alcançados.

Os Planos Distritais de Especialidades, por sua vez, abordam a organização dos serviços e ações próprios da SES-DF e aqueles referentes à contratação de serviços privados de assistência a saúde para garantir a cobertura assistencial à população. Tais documentos têm o objetivo de apoiar o trabalho de planejamento das equipes técnicas da SES/DF e servem como instrumentos que identificam o diagnóstico situacional de cada especialidade, indicando em curto e médio prazo as ações estratégicas para os avanços desejados. A proposta para o período traduz na reestruturação do processo de elaboração, formalização, monitoramento e avaliação dos planos setoriais de atenção às diferentes especialidades, grupos populacionais, agravos selecionados e outros que se mostrem necessários, por meio de normativas no âmbito da SES-DF. Esse esforço de qualificar os processos internos de gestão potencializa as discussões sobre um tema que se torna vital para os avanços pretendidos. Além disso, propõe um melhor entendimento e aprimora a comunicação interna entre os vários atores envolvidos, dando celeridade ao processo de elaboração de propostas/projetos junto ao gestor federal, com benéficas repercussões para o sistema, incluindo suas dimensões técnica, política e social.

A implementação de metodologia para apuração de custos assistenciais terá também destaque no período. A otimização do uso dos recursos, sem comprometer a funcionalidade e a qualidade dos produtos e serviços, deve ser um objetivo permanente nas instituições que buscam a excelência. Calcular os custos dos serviços prestados, relacionados à atividade produtiva; subsidiar a tomada de decisão, a definição orçamentária, a política de investimentos e o planejamento das atividades operacionais; possibilitar a troca de informações e a comparação de resultados entre estabelecimentos componentes da rede; facilitar a identificação de atividades ineficientes na aplicação de recursos e/ou na prática organizacional; e, realizar prestação de contas, visando à transparência ao controle social são as principais finalidades dessa proposta.

As ações e os instrumentos de avaliação e controle das atividades assistenciais da SES, da rede própria e contratada, serão revistos e fortalecidos, com a finalidade de propiciar verificação mais efetiva se as atividades estão sendo executadas de acordo com o estabelecido nas normas, regulamentos e programações da SES. Para tanto, serão utilizados, além do acompanhamento de desempenho físico e financeiro já realizado com base nos sistemas de informação de base nacional do Ministério da Saúde – SIH, SIA, SCNES, SIM e SINASC, entre outros -, o monitoramento de indicadores selecionados e o aferimento de metas quantitativas e qualitativas acordadas entre a Administração Central e as Coordenações Gerais de Saúde e Unidades de Referência Distrital, no âmbito do processo de “contratualização” descrito adiante. Um painel de indicadores encontra-se já em processo de desenvolvimento, de forma permitir o monitoramento analítico das ações e programas, realizado por meio de análise comparativa e sistêmica de indicadores ao longo do tempo, pelo território e segundo outros eixos e critérios clássicos de avaliação, como equidade, eficácia, eficiência e efetividade. A idéia é implementar,

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

e tornar acessível a todas as áreas da SES, "um processo sistemático e contínuo que, produzindo informações sintéticas e em tempo eficaz, permita rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas"(Ronaldo Coutinho Garcia, 2001).

As principais metas para a referida reestruturação no período são:

1. Integração entre os diversos instrumentos de planejamento da SES DF – Plano Plurianual, Plano de Saúde e Planejamento Estratégico;
2. Mapeamento e modelagem dos processos da Administração Central e Hospitais da SES/DF;
3. Implantação da medição por produtividade das unidades e dos profissionais;
4. Implantação do Processo de Gestão Estratégica – painel de indicadores;
5. Elaboração e publicação do regimento interno da SES DF;
6. Implantação do Prêmio Qualidade em Saúde.
7. Elaborar instrumentos normativos para dispor sobre a elaboração, monitoramento e avaliação dos planos de especialidades e fluxos processuais definindo competências, atribuições e responsabilidades das unidades da SES-DF e CSDF.

2.2.2. DIRETRIZ 2.2: Ampliar a regulação de acesso para consultas especializadas e leitos gerais.



A regulação de acesso no Distrito Federal tem o objetivo de promover a ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde, tendo sido implantada em 2005, inicialmente contemplando apenas as consultas médicas de dermatologia. Desde então o Complexo Regulador vem sendo ampliado e aperfeiçoado. Atualmente, encontram-se sob sua responsabilidade, além de consultas e procedimentos especializados em dermatologia, oftalmologia, cardiologia e oncologia, leitos de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto - próprios, contratados e conveniados -, e exames de Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ecografia, Radiografia Contrastada, Cardiologia, entre outros.

As propostas para o período incluem o fortalecimento e a ampliação do processo de regulação de acesso a consultas e procedimentos de média e alta complexidade, promovendo também a educação continuada dos profissionais atuantes na área. A proposta de organização das redes de atenção em saúde (RAS), em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde, dá um novo destaque à essa atividade, responsável pela integração efetiva de fluxos e pela operacionalização dos mecanismos de referência a serviços especializados. Nesse contexto, o foco prioritário das ações de fortalecimento e ampliação será a implantação das redes de atenção em saúde, com especial atenção para a linha de cuidado da **Rede Cegonha e da Urgência/Emergência**.

Como meta, pretende-se que, até 2015, pelo menos 50% das consultas e procedimentos especializados estejam sob o controle do Complexo Regulador, com destaque para os que integram os protocolos das redes prioritárias, bem como a utilização da totalidade dos leitos dos hospitais próprios da SES.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

2.2.3. DIRETRIZ 2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e processos de trabalho da SES.



A informatização completa da rede configura-se como uma das principais estratégias operacionais para o aperfeiçoamento da gestão do sistema de saúde. Para tanto, além da reestruturação na infraestrutura de informática, faz-se relevante a ampliação, integração efetiva e aperfeiçoamento do Sistema Integrado de Saúde (SIS) na plataforma Web, solução de escolha em tecnologia da informação, no âmbito da SES. Tal proposta inclui planejamento, análise, customização, operação assistida e manutenção dos aplicativos em todos os estabelecimentos da rede, bem como desenvolvimento de módulos de acompanhamento de custos e outros a serem utilizados na administração central da SES. A ação será implementada por meio de contratação de empresa especializada, com recursos do tesouro do GDF, por meio de processo licitatório conforme legislação vigente.

O projeto do Sistema Integrado de Saúde (SIS) tem como objetivo unificar as informações dos pacientes e o acesso a elas em qualquer unidade de saúde onde o paciente seja atendido, por intermédio do prontuário eletrônico. Permite ainda agilidade no processo de atendimento e confiabilidade nas informações obtidas, além de gestão e controle de medicamentos e outros insumos. Com a integração das informações dos pacientes nas unidades em que o SIS está em funcionamento, os resultados obtidos já apresentam números significativos. Na área de gestão de medicamentos houve uma redução de até 50% dos custos com medicamento, com a dispensação de doses individualizadas. O módulo de estoque também passou a ser digitalizado e conta com rastreabilidade, evitando compras equivocadas, medicamentos vencidos e distribuição indevida.

No que se refere a exames laboratoriais, 13 grandes laboratórios estão integrados em produção, sendo neles realizados nove milhões de exames por ano. A utilização da solução de informática trouxe rapidez na confirmação do diagnóstico do paciente, resultados de exames em até 48 horas, segurança de diagnósticos mais precisos, diminuição da perda dos resultados em até 20% após a retirada e 35% após a consulta. Propiciou também economia de papel e tonner e redução do número de exames por pacientes internados (de 12 para 4). O portal já tem 7,5 mil acessos por dia, atingindo a marca de 5 milhões de acessos. Com relação à gestão clínica do paciente, o prontuário eletrônico traz dados do cadastramento ao atendimento, passando pelas áreas de gestão administrativa, faturamento e pré-auditoria. Existem, hoje, dois milhões de prontuários eletrônicos do GDF, que contêm informações do atendimento do paciente, pedidos e resultados de exames, anotações clínicas, prescrição, aprazamento, dispensação, alta, controle e pós-alta, sendo eliminada quase totalmente a necessidade do uso do papel.

A meta para o período é atingir 15 hospitais, as unidades de pronto atendimento (UPAs) implantadas (14 UPAS), 63 centros de saúde, 22 laboratórios de diagnósticos, 10.200 usuários ativos e 18 mil usuários potenciais de corpo clínico, completando o processo de informatização e integrando toda a rede de serviços. Como consequência, espera-se que pelo menos 70% da população esteja cadastrado na base do Cartão Nacional de Saúde.

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

2.2.4. DIRETRIZ 2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização e qualificação das relações de trabalho dos profissionais da SES DF.



Para fazer frente às dificuldades já identificadas, na área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde da SES, os principais propósitos para o período são: prover de forma contínua o quadro de pessoal da SES; desenvolver uma política de valorização do servidor com gestão democrática e participativa; regulamentar os processos de trabalho e promover formas de zelar pelo cumprimento da carga horária, bem como pelo padrão de conduta ético e social; implementar a Política de Educação Permanente dos Profissionais da SES/DF; e Implementar uma Política de Segurança e Saúde no Trabalho em consonância com a Política Nacional do Trabalhador no SUS (aprovada pelo CNS).

O desenvolvimento dessa política, em particular, implica na implementação de um conjunto de ações como a revisão do plano de carreira, cargos e remuneração; produção do conhecimento na área de gestão do trabalho e educação na Saúde; implantação de um programa de segurança e saúde no trabalho, aquisição de sistema de gestão da informação integrada e eficaz; fortalecimento da mesa de negociação permanente da SES; sistema de avaliação do desempenho profissional; remuneração compatível com a função e com os valores de mercado; ambiente propício à criatividade e desenvolvimento de potencialidades individuais; reconhecimento, possibilidades de progressão e promoção profissional, buscando o reconhecimento da importância do profissional e do ser humano da SES DF, a fim de estabelecer uma assistência qualificada e humanizada para a população do DF. Implica também a adoção de princípios e processos que defendem e permitem o envolvimento regular e significativo dos servidores na tomada de decisão.

Importante destacar também que são objetivos permanentes da SES-DF a valorização dos trabalhadores da saúde e o desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho articuladas com as de educação na saúde visando a democratização das relações de trabalho, a desprecarização e humanização do trabalho em saúde, e a promoção da saúde do trabalhador do SUS, bem como, o comprometimento de observar e implantar as pactuações estabelecidas na mesa nacional de negociação permanente do SUS, em obediência as diretrizes de gestão compartilhada disposta no Contrato Organizativo de Ação Pública-COAP, acordo entre os entes federativos (União, Estados e Municípios) na organização integração das ações e serviços de saúde em rede de atenção regionalizada e hierárquica nas regiões de saúde.

Portanto, a Gestão do Trabalho no SUS trata das relações de trabalho a partir do entendimento de que a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração da área.

Na área de gestão da educação, o principal objetivo é o de promover o desenvolvimento contínuo dos servidores da SES/DF com base na gestão democrática e por competências e alinhado à concretização da missão, visão e planejamento estratégico, com base nas diretrizes nacionais do SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Ainda na Gestão de Educação, os objetivos focalizam a estrutura, processos e resultados da educação na saúde. Quanto à estrutura organizacional, almeja-se a ressignificação de órgãos e setores em suas competências, bem como dos gestores da educação e profissionais em função docente e seus papéis nos diferentes níveis (central, regional e local). Quanto aos processos, objetiva-se o fortalecimento das diferentes modalidades a saber: educação permanente em serviço, educação continuada para servidores e gestores, formação profissional de nível técnico

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

e de nível superior, graduação, especialização lato (residência e outras) e estricto sensu (mestrado e doutorado). Alinhamento das estruturas organizacionais e processos de fortalecimento demandam metodologias apropriadas as quais buscam aprofundar a integração entre ensino e serviços da SES, por meio de implantação de uma matriz de trabalho entre educação e serviço da saúde na construção de um novo modelo de gestão, na lógica da gestão matricial por resultados.

A condução do Plano de Educação Permanente em Saúde local se dará por meio dos colegiados de gestão e da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) constituída pelos gestores, instituições formadoras públicas e privadas, assistência à Saúde e controle social. O acompanhamento da execução do Plano de Educação Permanente em Saúde no âmbito da SES/DF será monitorado e avaliado pela Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Entre outras metas, para o período, devem ser destacadas as que se referem à implantação do ponto eletrônico e, principalmente, à realização de concurso público para todas as categorias profissionais que apresentem déficit. Restrições formais, já mencionadas, podem eventualmente retardar ou impedir a execução do planejado, particularmente no que se refere à realização de concursos públicos e contratação de pessoal.

2.2.5. DIRETRIZ 2.5: Assegurar os processos educação em saúde (formação inicial e desenvolvimento profissional), de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.



Importante desafio para a consolidação do SUS se encontra na formação e desenvolvimento profissional capazes de produzir trabalhadores com perfil adequado às necessidades do Sistema de Saúde. O Distrito Federal não é exceção, mas conta com o diferencial de ter, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde, a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, apresentada na página 25. Esta Fundação, em parceria com a Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Educação e Saúde – SUGETES/SES, possui grande potencial de resposta às demandas educacionais da Secretaria de Saúde. Entretanto, muitos desafios devem ser enfrentados para o aprimoramento da FEPECS com vistas à sua missão institucional.

Quanto à ESCS, a estrutura provisória de que a Escola foi suprida, em 2001, prevista para durar dois anos foi, ao longo do tempo, dando sinais de esgotamento. Graves problemas estruturais vêm se tornando cada vez mais complexos, entre eles, a inadequação das atribuições da mantenedora estabelecida pela lei de criação desta fundação.

Um segundo problema estrutural está nas dificuldades de criação e gestão da carreira docente da ESCS, da ETESB e da própria SES, tendo em vista suas peculiaridades metodológicas e de inserção profunda no mundo do trabalho e o imprescindível olhar sobre a preceptoria da graduação e das residências, também como função docente. A caracterização do corpo docente da ESCS/ETESB/SES deve dar-se mediante duas lógicas articuladas: na lógica vigente, em regime de dedicação parcial ou integral, pertencentes ao quadro próprio das escolas e na lógica da Integração Ensino-Serviços, que impõe que o corpo docente não pode ser outro senão composto por servidores próprios de saúde, atuando na docência enquanto exercem sua função assistencial. Isso implica em que parte do corpo docente deve ser, necessariamente, composta por servidores em ambiente específico de trabalho profissional atuando também em funções docentes, conforme apregoam as Diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

do SUS (Ministério da Saúde, 2004). Este ponto faz parte da agenda estratégica da FEPECS e das suas escolas mantidas.

O terceiro problema trata do modelo político de gestão da FEPECS. A gestão participativa é um modelo que está previsto na legislação da saúde e também da educação e que deve ser orientadora para toda a execução da agenda estratégica da FEPECS, bem como de todos os seus setores. A Gestão Democrática na área de educação possui vários elementos constitutivos: autonomia acadêmica; descentralização do poder; representatividade social dos conselhos e colegiados; controle social da gestão educacional; escolha dos dirigentes por processo de consulta pública à comunidade acadêmica e Plano de Desenvolvimento Institucional, que precisam todos ser discutidos e implantados.

A sustentação e a melhoria contínua do desempenho da FEPECS, suas mantidas e setores, exigem a reformulação da política de formação e desenvolvimento profissional de saúde da FEPECS com a SES, com fortalecimento da integração ensino-serviço, por meio de seis projetos que devem ser trabalhados conjuntamente: revisão da estrutura organizacional da FEPECS; institucionalização da Gestão Democrática com todos seus elementos constitutivos; criação do quadro de pessoal que garanta a especificidade da carreira docente; implantação da Gestão Matricial para Resultados; ampliação de ofertas de vagas de ensino técnico e superior, fortalecimento do ensino técnico e da educação permanente; vislumbrando tudo isso a transformação da Escola Superior de Ciências da Saúde em Universidade Especializada na Área de Saúde.

Paralelamente a esse processo, pretende-se dar continuidade ao desenvolvimento e implementações de ações sob a responsabilidade da FEPECS, cujas prioridades e metas até 2015, previstas no PPA, estão listadas a seguir:

1. Duplicar as vagas na graduação em medicina – 160 novas vagas anuais;
2. Criar o terceiro curso de graduação
3. Manter as vagas de graduação em enfermagem – 80 novas vagas anuais;
4. Manter a oferta de cursos de pós-graduação lato sensu;
5. Manter a oferta de cursos de pós-graduação strictu sensu - mestrado;
6. Implementar a modalidade de pós-graduação stricto sensu – doutorado;
7. Aumentar a oferta de vagas na educação profissional técnica de nível médio em 100%;
8. Aumentar a oferta de vagas na educação permanente e continuada em 66%.

2.2.6. DIRETRIZ 2.6: Promover pesquisas que instrumentalizem a tomada de decisão dos gestores da SES-DF.



A tomada de decisão no âmbito da gestão deve considerar o conjunto das experiências existentes relacionadas aos desafios em questão, bem como os resultados alcançados a partir de sua implementação. A análise e utilização de estudos na área de saúde tem sido limitada, por um lado, pela pouca incorporação por parte da gestão, dessa prática na rotina de seus processos decisórios e, por outro, pela baixa integração dos pesquisadores com a gestão da saúde.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Um desafio para a atual gestão da saúde é a busca desta maior articulação, resultando em ampliação dos espaços de diálogo e, conseqüentemente, o desenho de projetos de pesquisa que possam apontar respostas aos desafios identificados pela Secretaria de Saúde para a oferta de serviços qualificados de atenção à saúde com base nas necessidades da população.

A institucionalização de espaços de diálogo que possam alinhar os olhares distintos das instituições de pesquisa, especialmente da Escola Superior de Ciências da Saúde, e dos gestores do SUS, com o direcionamento de recursos de fomento à pesquisa para desenvolvimento de projetos elaborados matricialmente entre esses diferentes atores se mostra de grande importância à definição e implementação de Políticas de Saúde alinhadas às melhores práticas e às necessidades sociais.

As metas para 2012-2015 são a criação de Comitê Interinstitucional para o Desenvolvimento de Pesquisas em Saúde, a definição anual de linhas de pesquisa de interesse da gestão da SES DF e a definição anual de recursos financeiros para o financiamento de pesquisas prioritárias para a gestão da SES DF.

2.2.7. DIRETRIZ 2.7: Promover ações educativas de qualificação dos gestores.



Apesar dos avanços alcançados na implementação de ações de saúde no âmbito do SUS, existem problemas de ordem gerencial e assistencial que repercutem negativamente sobre a qualidade da atenção à saúde.

A complexidade dos processos de gestão próprios de um sistema de saúde descentralizado num cenário federativo e o processo de reorientação do modelo de atenção no SUS e do modelo de gestão exigem dos gestores constante desenvolvimento, a fim de que possam responder às novas exigências conjunturais e estruturais.

Existem grandes desafios para os gestores do SUS, para que se alcance um sistema de saúde universal e equânime. A qualificação da gestão contribuirá para o aprimoramento dos processos de discussão e definição das políticas públicas de saúde e, portanto, a qualidade da atenção à saúde ofertada à população do Distrito Federal.

A meta para o quadriênio é a qualificação de 1.000 gestores da SES/DF.

2.2.8. DIRETRIZ 2.8: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.



As restrições e dificuldades relacionadas à administração de estabelecimentos complexos induzem a necessidade de identificar, avaliar e implementar novas formas de gerência que possam associar o interesse público à maior agilidade administrativa. Nessa vertente inclui-se a adoção de estratégias tais como a "contratualização" com o monitoramento do desempenho, e a transferência crescente de autonomia administrativa para as Coordenações Gerais de Saúde e Unidades de Referência, de maneira a imprimir qualidade e eficiência crescentes à atenção à saúde no Distrito Federal, bem como de modelos de gestão inovadores no âmbito das parcerias público-privadas.

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

A contratualização pode ser definida como o processo de negociação de valores de transferência relacionados aos objetivos de desempenho bem definidos e quantificados, relacionados à quantidade e à qualidade de serviços, com os prestadores de cuidados de saúde, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre as partes. Entende-se por "partes" as instituições prestadoras de serviços de saúde e o Estado, enquanto entidade reguladora e financiadora. Essa modalidade foi proposta pelo Ministério da Saúde, em substituição aos contratos tradicionais celebrados pela Administração Pública com hospitais de ensino e outros da iniciativa privada, com a finalidade de propiciar ao gestor público melhor controle sobre a inserção do estabelecimento no sistema local de saúde, bem como sobre a quantidade e qualidade de sua produção. Essa mudança da lógica contratual torna o processo mais objetivo, organizado e transparente, propiciando uma gestão mais eficiente e uma relação de parceria com a unidade prestadora de serviços. A SES DF vem utilizando essa modalidade há alguns anos, em sua relação com o Hospital Universitário de Brasília e com o Instituto de Cardiologia do Distrito Federal.

O desafio atual é traduzir a metodologia da contratualização para o âmbito interno da SES, introduzindo questões como responsabilização, eficiência e negociação na relação entre a administração central, de um lado, e as Coordenações Gerais de Saúde - CGS e Unidades de Referência Distrital - URD, de outro. A ideia é celebrar "termos de compromisso", em que fiquem claramente estabelecidas as metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de gestão hospitalar e de ensino, quando for o caso, que deverão ser acompanhadas e atestadas pelas áreas técnicas da Administração Central da SES e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde locais. Estudos estão sendo conduzidos, no sentido de analisar as possibilidades de implementação dessa modalidade de gestão, considerada a necessidade de fornecer às CGS e URD os meios para o exercício de suas responsabilidades.

No que se refere a parcerias público-privadas, em sentido mais amplo, encontram-se também em estudo as modalidades que vêm sendo utilizadas nas demais Unidades da Federação, quais sejam, as Organizações Sociais e as fundações estatais, entre outras, que permitem que o Estado se retire do fazer e passe a regular e controlar. O Estado como agente regulador e controlador pode ser muito mais efetivo, uma vez que não dispõe da agilidade e dinamismo requeridos à administração eficiente de estruturas complexas como as unidades de saúde. Nesse contexto, as parcerias público-privadas podem trazer inovação e desburocratização ao setor saúde. Embora não tenha havido decisão objetiva sobre a utilização de qualquer dos modelos previstos, a Parceria Público-Privada, no sentido estrito, tal como concebida pela Lei Federal nº11.079, de 30.12.2004 e pelas diversas leis estaduais já aprovadas sobre o tema, deve ser analisada com atenção em virtude das possibilidades que abriga de expansão da rede pública e, conseqüentemente, do acesso da população a ações e serviços de saúde. Nesse sentido, a Parceria Público Privada - PPP busca designar uma modalidade específica de parceria na qual o parceiro privado assume responsabilidade integral pelo investimento na infraestrutura que, devidamente operada, lhe permitirá oferecer um determinado serviço ou utilidade à comunidade, em contrapartida a uma remuneração paga, complementada ou garantida pelo setor público ao longo da operação do projeto. Cabe registrar, no entanto, que antes de qualquer decisão sobre a adoção dos modelos citados, a SES promoverá ampla discussão com os órgãos de controle e a sociedade civil organizada atuante no setor, principalmente com o Conselho de Saúde do Distrito Federal.

As principais metas para o período são:

1. Celebrar termos de compromissos com a totalidade das Coordenações Gerais de Saúde e Unidades de Referência Distrital.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

2. Celebrar termos de compromissos específicos com 50% dos serviços de saúde participantes/integrantes das redes materno-infantil, urgência/emergência e saúde mental.

2.2.9. DIRETRIZ 2.9: Criar mecanismos que viabilizem parcerias mais efetivas entre governo e sociedade e instrumentalizem o controle social.



Destaque especial deve ser dado à necessidade de 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.

Nesse sentido, com relação a responsabilidade na participação e controle social a SES-DF tem como objetivo apoiar o processo de Educação do conselho de Saúde, disponibilizando programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar o efetivo controle social da execução da política de saúde, bem como, apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social dos SUS.

Além das iniciativas já mencionadas, de criação do painel de monitoramento e da implementação de elementos do processo de contratualização nas relações internas da Secretaria, outras ações estão propostas no sentido de aumentar a visibilidade das ações da SES. Entre essas, devem ser destacados os projetos editoriais, com publicações de interesse dos gestores, profissionais de saúde e usuários, e a revisão da página da SES na Internet. Em outra vertente, estão previstas a organização e viabilização da participação em cursos, palestras e outros eventos, que propiciem a educação continuada dos membros titulares e suplentes do Conselho de Saúde do Distrito Federal, bem como dos Conselhos Regionais de Saúde. A programação para os Conselhos inclui ainda a reprodução de textos, viagens, aquisição de equipamentos e aplicativos, entre outros. Tais ações serão implementadas em cooperação com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, com o Conselho Nacional de Saúde e outros parceiros, com recursos próprios do tesouro do GDF, de acordo com projetos específicos e conforme legislação vigente.

2.3. OBJETIVO 3: ADEQUAÇÃO DA INFRAESTRUTURA EM SAÚDE ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO.

A Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, dentro de sua política de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, tem envidado esforços no sentido de qualificar a atenção à saúde oferecida à sua população por intermédio de ações que integram os diversos componentes das Redes de Atenção, sejam em seus aspectos estruturais, organizacionais e de gestão. Espera-se no período, de 2012 a 2015, priorizar as estruturas essenciais ao funcionamento dessas Redes, de acordo com protocolos vigentes.

Para garantir a ampliação do acesso, 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 novas unidades hospitalares, investimento em estruturas físicas, além do custeio de novos serviços de média e alta complexidade no DF.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

2.3.1. DIRETRIZ 3.1: Melhorar a infraestrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.



Grande parte da estrutura dos serviços de saúde do Distrito Federal apresenta problemas relacionados à estrutura e manutenção predial. Além das intervenções urgentes ocorridas ao longo do exercício de 2011, várias são as necessidades de obras, reformas e ampliações de unidades de saúde.

Cabe ressaltar que os investimentos propostos para o período passarão por amplo processo de discussão política e avaliações quanto a viabilidade técnica e econômica-financeira, lembrando que os investimentos de menor porte serão realizados 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.

Abaixo, apresentam-se as necessidades de reformas, ampliações e construções por Regiões de Saúde do DF.

A. REGIÃO CENTRO-SUL

Composta por 3 (três) Coordenações Gerais de Saúde e 10 (dez) regiões administrativas - RA's da Asa Sul, Lago Sul, Guará, S.I.A, SCIA (Estrutural), Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way, Riacho Fundo I e II.



ESPECIFICAÇÃO: Reforma e Ampliação			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS ASA SUL	Reforma e adaptações HMIB	Asa Sul	Proposta cadastrada MS
	Reforma da UMS	Asa Sul	Prioridade SAS / SULIS
	Ampliação HMIB- materno-infantil.	Asa Sul	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº 05, 07 e 08	Asa Sul	Prioridade SAPS / SULIS
CGS GUARÁ	Reforma do Térreo do Hospital Regional do Guará	Guará	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma do Centro de Saúde do Guará nº 02	Guará	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma Posto de Saúde Urbano nº 01	Guará	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação do Centro de Saúde nº 01 e 03	Guará	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma do Centro de Saúde nº 4	Estrutural	Prioridade SAPS/SULIS
CGS CANDANGOLANDIA N. BANDEIRANTE, RIACHO FUNDO E PARK WAY	Ampliação Posto de Saúde Rural de Vargem Bonita	Park Way	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma do Centro de Saúde nº02/CGS Núcleo Bandeirante	N. Band	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma do Centro de Saúde nº03 Riacho FundoI	R. Fundo I	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Posto de Saúde Urbano Riacho Fundo I	R. Fundo I	Prioridade SAPS / SULIS

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Reforma do Posto de Saúde do CAUB I	R. Fundo II	Prioridade SAPS / SULIS
CGS CANDANGOLÂNDIA N. BANDEIRANTE, RIACHO FUNDO E PARK WAY	Reforma da Unidade Básica de Saúde do Riacho Fundo II	R. Fundo II	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma do Posto de Saúde Urbano nº 01 Riacho Fundo II	R. Fundo II	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação Posto de Saúde do CAUB I	R. Fundo II	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação do Posto de Saúde Urbano Riacho Fundo II	Riacho fundo II	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma centro de Saúde nº 01	Candangolândia	Prioridade SAPS / SULIS
INSTITUTO SAÚDE MENTAL - ISM	Reforma da piscina terapêutica	Riacho Fundo I	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma Espaço de convivência Querência dos Maragatos	Riacho Fundo I	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma Ambulatório do ISM	Riacho Fundo I	Prioridade SAS / SULIS
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL (HBDF):	CME	Asa Sul	Planejamento Estratégico
	Reforma da farmácia	Asa Sul	Prioridade SAS / SULIS
	Sistema Elétrico	Asa Sul	Prioridade SAS / SULIS
	Unidade HBDF	Asa Sul	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma do Pavilhão Administrativo	Asa sul	Prioridade SAS/ SULIS
ESPECIFICAÇÃO: Construção			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS ASA SUL	Reforma e adaptações HMIB	Asa Sul	Prioridade SAS/SULIS
	CAPS II	Brasília	Prioridade SAS/SULIS
	Nova Sede do COMPP	Brasília	Prioridade SAS/SULIS
CGS GUARÁ	CAPS ad Guará	Guará	Investimentos/PPA 2012-2015
	CAPS II Guará	Guará	Prioridade SAS/SULIS
	01 CAPS i Guará	Guará	Investimentos/PPA 2012-2015
	UPA S.I.A	S.I.A	Investimentos/PPA 2012-2015
CGS CANDANGOLÂNDIA N. BANDEIRANTE, RIACHO FUNDO E PARK WAY	CAPS I	Núcleo Bandeirante	Prioridade SAS/SULIS
	02 Residência Terapêutica Riacho Fundo (aquisição)	Riacho Fundo	Investimentos/PPA 2012-2015
	01 Unidade Básica de Saúde	Riacho FundoII	SAPS
	Farmácia Pública de Manipulação de Medicamentos Homeopáticos e Antroposóficos	Riacho Fundo	Prioridade SAS/SULIS
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL (HBDF)	Subestação de energia elétrica bloco de internação do HBDF	Asa Sul	Planejamento Estratégico 2012-2015

B. REGIÃO CENTRO-NORTE

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.



Composta por 1 (uma) Coordenação Geral de Saúde e 5 (cinco) regiões administrativas - RA's do Lago Norte, Asa Norte, Varjão, Cruzeiro e Sudoeste/Octogonal.

ESPECIFICAÇÃO: Reforma e Ampliação			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS ASA NORTE	ESF Sem Domicílio - Edifício Touring Térreo	Asa Norte	Prioridade SAPS / SULIS
	Centro de Saúde nº. 09	Cruzeiro	Prioridade SAPS / SULIS
	Centro de Saúde nº. 10	Lago Norte	Prioridade SAPS / SULIS
	Centro de Saúde nº. 11	Asa Norte	Prioridade SAPS / SULIS
	Centro de Saúde nº. 14	Cruzeiro	Prioridade SAPS / SULIS
	Centro de Saúde nº. 15	Asa Norte	Prioridade SAPS / SULIS
	Centro de Saúde - Varjão	Varjão	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Unidade de queimados- HRAN	Asa Norte	Planejamento Estratégico
	Reforma das Instalações gerais do HRAN	Asa Norte	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma de instalações do LACEN	Asa Norte	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma das Instalações gerais do HRAN- QUALISUS	Asa Norte	Prioridade SAS / SULIS
	Substituição das tubulações das 23 colunas de água quente e fria do HRAN	Asa Norte	Prioridade SAS / SULIS
	Reformas das Portarias central e do ambulatório	Asa Norte	Prioridade SAS / SULIS
	CAPS ad III	Brasília	DISAM
Reestruturação da entrada do PS do HRAN	Asa Norte	Prioridade SAS / SULIS	
HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA (HAB):	Reforma e adequação da área da antiga Onco-hematologia pediátrica(que foi transferida para o Hospital da Criança de Brasília) e da Ala para pacientes crônicos estáveis.	Asa Norte	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma, correção e impermeabilização de toda a cobertura /teto do HAB	Asa Norte	Prioridade SAS / SULIS
	Ampliação Ala B – Internação e da Ala de Reabilitação	Asa Norte	Prioridade SAS / SULIS
CENTRO DE ORIENTAÇÃO MÉDICO PSICOPEDAGÓGICA - COMPP	Reforma Sala de espera	Asa Norte	Prioridade SAS / SULIS
	Revisão do sistema elétrico	Asa Norte	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma do prédio do COMPP (pintura interna, conserto do gesso da sala de audiometria, sala 17,18, e 19, refeitório e banheiro do piso superior, adequação do sistema elétrico e hidráulico)	Asa Norte	Prioridade SAS / SULIS
ESPECIFICAÇÃO: Construção			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

CGS ASA NORTE	Academia da Saúde - EQN 104/105, Lote A	Asa Norte	Prioridade SAPS/SULIS
	Centro de Referência em PIS - CERPIS – EQN 104/105	Asa Norte	Prioridade SAPS/SULIS
	Subestação de energia elétrica - HRAN	Asa Norte	Planejamento Estratégico 2012-2015
	01 Unidade de Acolhimento Adulto	Brasília	DISAM
	01 Unidade de Acolhimento Infante Juvenil	Brasília	DISAM
	CAPS I	Lago Norte	Prioridade SAS/SULIS
	CAPS II	Cruzeiro	Prioridade SAS/SULIS
HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA (HAB):	Bloco Anexo e Casa de Treinamento para o grande incapacitado	Asa Norte	Prioridade SAS/SULIS
HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR (HCB)	Construção do bloco de internação, com 204 leitos destinados à assistência médica secundária de crianças e adolescentes	Asa Norte	Emendas Parlamentares Federais e Programas Específicos do MS

C. REGIÃO NORTE

Composta por 2 (duas) Coordenações Gerais de Saúde e 3 (três) regiões administrativas, quais sejam, as de Sobradinho I e II e Planaltina.



ESPECIFICAÇÃO: Reforma e Ampliação			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS SOBRADINHO	Reforma Posto de Saúde Rural-PSR- Sobradinho	Sobradinho	Planejamento Estratégico
	Reforma para edificação do auditório do HRS	Sobradinho	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma CAPS i- Sobradinho	Sobradinho	Investimentos/PPA 2012-2015
	Reforma Centro Cirúrgico do HRS	Sobradinho	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma Centro de material Esterelizado do HRS	Sobradinho	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº. 02	Sobradinho	Prioridade SAPS/SULIS
	Reforma PSR Córrego do Ouro	Sobradinho	Prioridade SAPS/SULIS
	Reforma PSF Catingueiro	Sobradinho	Prioridade SAPS/SULIS
	Reforma PSR Queima Lençol	Sobradinho	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação PSR Córrego do Ouro	Sobradinho	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação PSR Rua do Mato	Sobradinho	Prioridade SAPS/SULIS
CGS SOBRADINHO	Ampliação PSF Catingueiro	Sobradinho	Prioridade

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			SAPS/SULIS
	Ampliação Centro de Saúde nº. 03	Sobradinho	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação do Bloco de Urgência e Emergência do HRS	Sobradinho	Prioridade SAS / SULIS
	Ampliação Centro Cirúrgico do HRS	Sobradinho	Prioridade SAS / SULIS
	Ampliação Centro de material Esterelizado do HRS	Sobradinho	Prioridade SAS / SULIS
CGS PLANALTINA	Hospital Regional de Planaltina (HRP): Reforma da enfermaria com instalação de quarenta novos leitos do HRP	Planaltina	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma do laboratório de patologia Clínica do HRP	Planaltina	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma de salas para a implantação do programa de traumas	Planaltina	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº. 04	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº. 05	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Reforma PSU nº. 01	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Reforma PSR nº. 04 - Pipiripau	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Reforma PSR nº. 09 Santos Dumont	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Reforma do CERPIS	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação Centro de Saúde nº. 02	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação PSR - Rio Preto	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação PSR - Tabatinga	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação PSR - São José	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação PSR – Santos Dumont	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação PSR - Taquara	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação PSR – Pipiripau	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação PSU Arapoanga	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação PSU Jardim Roriz	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação Pista de Automassagem do CERPIS	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	Ampliação CAPSII Planaltina	Planaltina	Investimentos/PPA 2012-2015
ESPECIFICAÇÃO: Construção			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS SOBRADINHO	Academia da Saúde - AR 11, próximo ao COER, Via de acesso Sobradinho II	Sobradinho	Prioridade SAPS/SULIS
	Clínica da Família - Nova Colina	Sobradinho	Prioridade SAPS/SULIS
	Clínica da Família - Complexo da Saúde	Sobradinho	Prioridade SAPS/SULIS
	CAPS ad III- Sobradinho	Sobradinho	Investimentos/PPA 2012-2015

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

CGS SOBRADINHO	UPA- Sobradinho	Sobradinho	Investimentos/PPA 2012-2015
	01 Residência Terapêutica- Sobradinho (aquisição)	Sobradinho	Investimentos/PPA 2012-2015
	Bloco Materno Infantil HRS	Sobradinho	Planejamento Estratégico 2012-2015
	Construção do Pronto Socorro do HRS	Sobradinho	Prioridade SAS/SULIS
	Construção do Ambulatório com setor administrativo, biblioteca e centro de ensino e pesquisa.	Sobradinho	Prioridade SAS/SULIS
	CAPS II, Unidade de Acolhimento (adulto), Unidade de Acolhimento (infanto-juvenil).	Sobradinho	Prioridade SAS/SULIS
	Farmácia de alto custo	Sobradinho	Prioridade SAS/SULIS
CGS PLANALTINA	Academia da Saúde - Área especial entre vias NS 01 e WL 04	Planaltina	Prioridade SAPS/SULIS
	UPA- Planaltina	Planaltina	Investimentos/PPA 2012-2015
	01 Residências Terapêuticas- Planaltina (aquisição)	Planaltina	Investimentos/PPA 2012-2015
	Banco de leite no HRP, farmácia, almoxarifado, cozinha com refeitório	Planaltina	Prioridade SAS/SULIS
	Implantação de cobertura da pista de auto-massagem vinculados ao CERPIS	Planaltina	Prioridade SAS/SULIS
	Brinquedoteca no HRP	Planaltina	Prioridade SAS/SULIS
	CAPS ad, CAPS i e CAPS II	Planaltina	Prioridade SAS/SULIS

D. REGIÃO OESTE

Composta por 2 (duas) Coordenações Gerais de Saúde e 2 (duas) regiões administrativas a saber: Ceilândia e Brazlândia.



ESPECIFICAÇÃO: Reforma e Ampliação			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS CEILÂNDIA	Reforma Banco de Sangue- Ceilândia	Ceilândia	Planejamento Estratégico
	Reforma CAPS ad- Ceilândia	Ceilândia	Investimentos/PPA 2012-2015
	Reforma e adaptações no HRC	Ceilândia	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma bancos de leite – Ceilândia	Ceilândia	Planejamento Estratégico
	HRC- reparos na maternidade, centro obstétrico, pronto socorro da ginecologia e lavanderia e a construção da subestação de energia elétrica	Ceilândia	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma Emergência do HRC	Ceilândia	Prioridade SAS / SULIS
CGS CEILÂNDIA	Reforma Bloco de Ortopedia	Ceilândia	Prioridade SAS / SULIS

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Reforma Centro de Saúde nº 03	Ceilândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº 04	Ceilândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº 05	Ceilândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº 08	Ceilândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº 09	Ceilândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº 10	Ceilândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº 11	Ceilândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº 12	Ceilândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSR - Boa Esperança	Ceilândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSU - Condomínio Privê	Ceilândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação Centro de Saúde nº 10	Ceilândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação Emergência do HRC	Ceilândia	Prioridade SAS / SULIS
	Ampliação Bloco de ortopedia, com previsão de ampliação de 15 leitos	Ceilândia	Prioridade SAS / SULIS
CGS BRAZLÂNDIA	Reforma Centro de Saúde nº1	Brazlândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma PSR nº. 01 - Almácegas	Brazlândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº. 02 – Vila São José	Brazlândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma PSR - Curralinho	Brazlândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma PSU – Veredas I	Brazlândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSR nº 01 – Almácegas	Brazlândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSF Incra 08	Brazlândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSU - Brazlândia 01	Brazlândia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Adequação da Subestação de Energia do HRBz	Brazlândia	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma e adequação do pronto-socorro do HRBz à PNH	Brazlândia	Prioridade SAS / SULIS
	Ampliação pronto-socorro do HRBz à PNH	Brazlândia	Prioridade SAS / SULIS
ESPECIFICAÇÃO: Construção			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS CEILÂNDIA	Academia de Saúde – EQNP 16/20 AE G	Ceilândia	Prioridade SAPS/SULIS
	CAPS II – Ceilândia	Ceilândia	Investimentos/PPA 2012-2015
	01 Unidade de acolhimento Adulto	Ceilândia	DISAM
	CSC03 – Ceilândia	Ceilândia	Planejamento Estratégico 2012-2015
CGS CEILÂNDIA	CSC09- Ceilândia	Ceilândia	Planejamento

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Estratégico 2012-2015
	CSC10- Ceilândia	Ceilândia	Planejamento Estratégico 2012-2015
	01Unidade Básica de Saúde	Ceilândia	SAPS
	Subestação de energia elétrica- Ceilândia	Ceilândia	Planejamento Estratégico 2012-2015
	UPA- Ceilândia	Ceilândia	Investimentos/PPA 2012-2015
	01 Residências Terapêuticas- Ceilândia (aquisição)	Ceilândia	Investimentos/PPA 2012-2015
	Bloco Materno infantil e UTI neonal do HRC	Ceilândia	Prioridade SAS / SULIS
	CAPS III – Ceilândia	Ceilândia	Prioridade SAS / SULIS
	CAPS i	Ceilândia	Prioridade SAS / SULIS
CGS BRAZLÂNDIA	Banco de Leite- HRBz	Brazlândia	Planejamento Estratégico/SAS
	Construção de Guaritas- HRBz	Brazlândia	Planejamento Estratégico 2012-2015
	CAPS I -	Braslândia	DISAM
	UPA – HRBz	Brazlândia	Investimentos/PPA 2012-2015
	Bloco/Unidade materno-infantil do HRBz	Brazlândia	Prioridade SAS / SULIS

E. REGIÃO SUL

Composta por 2 (duas) Coordenações Gerais de Saúde e 2 (duas) regiões administrativas, Gama e Santa Maria.



ESPECIFICAÇÃO: Reforma e Ampliação			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS GAMA	Reforma CS 08 – Gama	Gama	Planejamento Estratégico
	Reforma CS05 – Gama	Gama	Planejamento Estratégico
	Reforma CS01 – Gama	Gama	Planejamento Estratégico
	Reforma Centro de Saúde nº 2,4,6	Gama	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Posto Saúde Rural nº 01 – Ponte Alta de cima	Gama	Prioridade SAPS / SULIS
	Saúde Prisional - Unidade de Saúde da Penitenciária Feminina	Gama	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Laboratório de patologia Clínica	Gama	Planejamento Estratégico
	Reforma Estrutura física do HRG-Qualisus	Gama	MS/Qualisus
	Reforma Banco de Sangue	Gama	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma Ambulatório (endoscopia, NRAD e programa do diabético – PECD)	Gama	Prioridade SAS / SULIS
CGS GAMA	Ampliação PSR DVO	Gama	Prioridade SAPS / SULIS

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Ampliação PSR Engenho das Lages	Gama	Prioridade SAPS / SULIS
CGS SANTA MARIA	Centro de Saúde nº. 01	Santa Maria	Prioridade SAPS / SULIS
	Centro de Saúde nº. 02	Santa Maria	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Sistema de Combate a incêndio (portas de fogo, instalação de ventiladores nas escadas, sist. De alarme manual, esguichos e mangueiras dos hidrantes, laudo do aterramento e de continuidade elétrica e das armaduras	Santa Maria	Prioridade SAS / SULIS
	Ampliação PSU - Santa Maria 01	Santa Maria	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSU - Santa Maria 02	Santa Maria	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSU - Santa Maria 03	Santa Maria	Prioridade SAPS / SULIS
	Elaboração do projeto de incêndio e instalação no Centro de Saúde nº 02 - Santa Maria	Santa Maria	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma das rachaduras e de vazamentos nas juntas e dilatações do Centro Obstétrico no HRSAM	Santa Maria	Prioridade SAS / SULIS
ESPECIFICAÇÃO: Construção			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS GAMA	Hospital Regional do Gama	Gama	Parceria Público-Privada (PPP)
	UPA- Gama	Gama	Investimentos/PPA 2012-2015
	01 Residência Terapêutica- Gama (aquisição)	Gama	Investimentos/PPA 2012-2015
	CAPS II, CAPS ad III, CAPS i	Gama	Prioridade SAS / SULIS
CGS SANTA MARIA	Academia da Saúde – QR 312, conj. H, lt 12	Santa Maria	Prioridade SAPS / SULIS
	CAPS II - Santa Maria	Santa Maria	Investimentos/PPA 2012-2015
	CAPS ad III Santa Maria	Santa Maria	Investimentos/PPA 2012-2015
	UPA Santa Maria	Santa Maria	Investimentos/PPA 2012-2015
	01 Residência Terapêutica Santa Maria (aquisição)	Santa Maria	Investimentos/PPA 2012-2015
	CAPS i	Santa Maria	Prioridade SAS / SULIS

F. REGIÃO LESTE

Composta por 2 (duas) Coordenações Gerais de Saúde e 4 (quatro) regiões administrativas – Paranoá, Jardim Botânico, Itapoã e São Sebastião.



ESPECIFICAÇÃO: Reforma e Ampliação			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS PARANOÁ	Reforma da cobertura do CS01- convênio MS	Paranoá	Prioridade SAPS / SULIS
CGS PARANOÁ	Reforma Centro de Saúde nº. 02	Paranoá	Prioridade SAPS /

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			SULIS
	Reforma PSR Cariru	Paranoá	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma PSR nº. 05 - Jardim II	Paranoá	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma PSR nº. 06 - Capão Seco	Paranoá	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma PSR nº. 08 - PAD DF	Paranoá	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma PSU Quadra 18 PA	Paranoá	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSR nº. 08 - PAD DF	Paranoá	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSR Cariru	Paranoá	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSR Jardim II	Paranoá	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSU - Itapoã	Paranoá	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSR Capão Seco	Paranoá	Prioridade SAPS / SULIS
	Reestruturação da rede de esgoto HRPa	Paranoá	Prioridade SAS / SULIS
	Ampliação de estacionamento HRPa	Paranoá	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma CAPS ad Itapoã	Itapoã	Investimentos/PPA 2012-2015
CGS SÃO SEBASTIÃO	Reforma Centro de Saúde nº. 01	São Sebastião	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma PSR nº. 02 - Nova Betânia	São Sebastião	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma Saúde Prisional - Enfermaria do Centro de Detenção Provisória	São Sebastião	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSU 02 - Residencial Oeste 1	São Sebastião	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação PSU – Residencial do Bosque	São Sebastião	Prioridade SAPS / SULIS
ESPECIFICAÇÃO: Construção			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS PARANOÁ	UPA Paranoá	Paranoá	Investimentos/PPA 2012-2015
	01 Residência terapêutica- Paranoá (aquisição)	Paranoá	Investimentos/PPA 2012-2015
	Bloco Administrativo para abrigar as empresas terceirizadas	Paranoá	Prioridade SAS / SULIS
	Construção de rampa de emergência no HRPa para deslocamento dos pacientes acamados dos andares.	Paranoá	Prioridade SAS / SULIS
	CAPS i	Paranoá	Prioridade SAS / SULIS
	02 Guaritas no estacionamento do HRPa	Paranoá	Prioridade SAS / SULIS
	UPA Itapoã	Itapoã	Investimentos/PPA 2012-2015
CGS SÃO SEBASTIÃO	Hospital Regional de São Sebastião	São Sebastião	Parceria Público-Privada (PPP)
	UPA- São Sebastião	São Sebastião	Investimentos/PPA 2012-2015
	01 Residência terapêutica- São Sebastião (aquisição)	São Sebastião	Investimentos/PPA 2012-2015
	Construção de 3 quiosques/depósito	São Sebastião	Prioridade SAS /

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			SULIS
CGS SÃO SEBASTIÃO	Construção do abrigo coberto para lixo hospitalar	São Sebastião	Prioridade SAS / SULIS
	CAPS II, CAPS ad III, CAPS i	São Sebastião	Prioridade SAS / SULIS

G. REGIÃO SUDOESTE

Composta por 3 (três) Coordenações Gerais de Saúde e 5 (cinco) regiões administrativas a saber: Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Samambaia, e Recanto das Emas.



ESPECIFICAÇÃO: Reforma e Ampliação			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS TAGUATINGA	Banco de Leite- Taguatinga	Taguatinga	Planejamento Estratégico
	Reforma Centro de Saúde nº 01,04,06,08,	Taguatinga	Prioridade SAPS / SULIS
	Ampliação do Centro de Saúde nº 05	Taguatinga	Prioridade SAPS / SULIS
	Estruturas físicas do HRT	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	Ampliação do Centro de Saúde nº 06	Taguatinga	Prioridade SAPS / SULIS
	PSU - Areal QS 08	Taguatinga	Prioridade SAPS / SULIS
	Estruturas físicas HRT	Taguatinga	MS/Qualisus
	Substituição de 05 elevadores do HRT	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	Revisão e adequação de toda rede de energia do HRT e rede hidráulica e de drenagem	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	Impermeabilização de todo HRT	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	HRT- pediatria, oftalmologia e neonatologia	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	Ampliação da Central de Radiologia do HRT	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	Estruturas físicas do HRT – fachadas, estacionamento da Anatomia e jardins;	Taguatinga	Prioridade CGST
	Reforma do Arquivo Médico	Taguatinga	Prioridade CGST
	Reforma da casa cedida para o caps AD infantil (cedida pela SEDEST)	Taguatinga	Prioridade CGST
Reforma da UNST	Taguatinga	Prioridade CGST	
CGS SAMAMBAIA	Reforma CS03- Samambaia	Samambaia	Prioridade SAPS / SULIS
	Reforma do refeitório do HRSAM	Samambaia	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma Centro de Saúde nº. 01, 02,03	Samambaia	Prioridade SAPS / SULIS
	Centro de Saúde nº. 04	Samambaia	Prioridade SAPS / SULIS
	PSU - Samambaia Qd. 317	Samambaia	Prioridade SAPS / SULIS
CGS RECANTO DAS EMAS	Reforma Centro de Saúde nº. 01,02	Recanto das Emas	Prioridade SAPS / SULIS
	PSU - Recanto das Emas 01	Recanto das Emas	Prioridade SAPS / SULIS

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Centro de Saúde nº. 01	Recanto das Emas	Prioridade SAPS / SULIS
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA – HSPV	Reforma Geral do prédio da Internação e Pronto Socorro, incluindo parte elétrica e hidráulica e substituição do piso e revestimento dos banheiros	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	Reforma Avaliação dos sistemas de hidrantes e recuperação conforme exigências do Corpo de bombeiros	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	Ampliação do prédio da Administração (depósito, almoxarifado, biblioteca, refeitório e vestiário para servidores e terceirizados).	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
ESPECIFICAÇÃO: Construção			
LOCAL	OBJETO	RA	FONTE
CGS TAGUATINGA	Subestação Taguatinga	Taguatinga	Planejamento Estratégico 2012-2015
	02 Residências Terapêuticas (aquisição)	Taguatinga	Investimentos/PPA 2012-2015
	UPA Taguatinga	Taguatinga	Investimentos/PPA 2012-2015
	Centro de alta complexidade no tratamento do câncer	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	Construção de referência em Diabetes	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	Bloco Materno-infantil HRT	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	Clínica da Família - QS 05 Av. Areal LT 24	Águas Claras	Prioridade SAPS / SULIS
	CAPS Ad III, CAPS III, CAPS Ad III	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	Centro de Diagnóstico e Reabilitação Cardiovascular	Taguatinga	Prioridade SAS / SULIS
	Subestação- Águas Claras/Arniqueira	Águas Claras	Prioridade SAS / SULIS
	UPA- Águas Claras/ Arniqueira	Águas Claras	Investimentos/PPA 2012-2015
	Academia de Saúde	Areal	SAPS
	Centro de Referência em PIS - CERPIS	Região Sudoeste	Prioridade SAPS / SULIS
	CAPS II Taguatinga Sul	Taguatinga	Prioridade CGST
	CAPS II Taguatinga Norte	Taguatinga	Prioridade CGST
	COOMP	Taguatinga	Prioridade CGST
	01 Unidade de Acolhimento Infantil Juvenil	Taguatinga	DISAM
	Construção de Galpões multi-uso nos Centros de Saúde nº 01,02,03,05,06,07,08	Taguatinga	Prioridade CGST
	Galpão anexo à manutenção para acomodação de refeitório, vestuário dos terceirizados e depósitos	Taguatinga	Prioridade CGST
	Área de armazenamento externo de resíduos na Unidade Mista, Central de Radiologia e nos 08 Centros de Saúde	Taguatinga	Prioridade CGST
Construção anexa ao ponto de taxi para acomodação do plantão policial e do CBMDF	Taguatinga	Prioridade CGST	
CGS SAMAMBAIA	CAPS III- Samambaia	Samambaia	Investimentos/PPA 2012-2015
	CAPS ad III (aquisição)	Samambaia	
CGS SAMAMBAIA	Residência Terapêutica- Samambaia (aquisição)	Samambaia	Prioridade SAS / SULIS
	Construção do auditório do HRSAM	Samambaia	Prioridade SAS /

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			SULIS
	Clínica da Família - Centro Urbano, Quadra 202, Conjunto 05, Lote 16	Samambaia	Prioridade SAPS / SULIS
	Clínica da Família - QR 210, Conjunto 22, Lote 01	Samambaia	Prioridade SAPS / SULIS
	Clínica da Família - QN 523 AE 1	Samambaia	Prioridade SAPS / SULIS
	Clínica da Família - QS 122 Cj 06 Lt 01	Samambaia	Prioridade SAPS / SULIS
	Clínica da Família - Qd 302 Cj 05 Lt 01	Samambaia	Prioridade SAPS / SULIS
	Clínica da Família - QS 314 Cj 05 Lt 01	Samambaia	Prioridade SAPS / SULIS
	Clínica da Família - QR 831 Cj 02 Lt 01	Samambaia	Prioridade SAPS / SULIS
	Unidade de Acolhimento (adulto)	Samambaia	Prioridade SAS / SULIS
CGS RECANTO DAS EMAS	Hospital Regional Recanto das Emas	Recanto das Emas	Parceria Público-Privada (PPP)
	UPA Recanto das Emas	Recanto das Emas	Investimentos/PPA 2012-2015
	Academia da Saúde - Setor Hospitalar Lt 25	Recanto das Emas	Prioridade SAPS / SULIS
	Clínica da Família - Setor Hospitalar Lt 25	Recanto das Emas	Prioridade SAPS / SULIS
	CAPS II, CAPS ad e CAPSi	Recanto das Emas	Prioridade SAS / SULIS
	Bloco Administrativo	Recanto das Emas	Prioridade SAS / SULIS
	Espaço físico para guarda de resíduos sólidos, conforme padrões exigidos (Centro 1 e Centro 2)	Recanto das Emas	Prioridade SAPS / SULIS
	Construção de guaritas para os dois centros de Saúde, atendendo um TAC com o MP.	Recanto das Emas	Prioridade SAPS / SULIS
	Construção de refeitório para os dois centros de Saúde, atendendo um TAC com o MP.	Recanto das Emas	Prioridade SAPS / SULIS

2.3.2. DIRETRIZ 3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF.

A rede pública hospitalar do DF apresenta problemas relacionados à manutenção e déficit de equipamentos, ainda que, mesmo em pleno funcionamento, se mostrem insuficientes para o atendimento à demanda da população.

Para garantir a utilização de tecnologias mais modernas e adequadas à atenção de média e alta complexidade no DF medidas são necessárias no que se refere à gestão de tecnologias em saúde, de modo desenvolver estudos do ciclo de vida dos equipamentos, levantamento de necessidades das unidades hospitalares e aquisição de novos equipamentos.

Para tanto, a implementação de uma ferramenta ou mecanismo dotado de indicadores específicos que permitam identificar as reais necessidades em termos de equipamentos médicos hospitalares, as condições de estrutura e os critérios de priorização para a compra de equipamentos para toda a rede caracteriza em uma solução possível e de real efetividade para melhoria a condição de vida do paciente, satisfação dos usuários do SUS e dos profissionais de saúde além do processo de desenvolvimento de práticas adequadas para manutenção preventiva e corretiva e apuração de custos.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Conseqüentemente, o desenvolvimento de sistema de informação para a gestão de tecnologia em saúde permitirá o controle efetivo do patrimônio constituído, o auxílio na aquisição e a aceitação de novas tecnologias de forma crítica, com treinamento de pessoal para manutenção (técnicos) e operação dos equipamentos (operadores), além da elaboração e controle dos contratos de manutenção (preventivo e corretivo).

No período, a principal ação é prover as unidades de saúde do DF com novos equipamentos ou substituição de equipamentos obsoletos de forma a garantir a integralidade dos serviços prestados por meio de ações de diagnóstico e tratamento, bem como a segurança dos pacientes e servidores das instituições.

Cabe ressaltar que o fruto deste trabalho culmina na elaboração do Plano Anual de Aquisições, de forma garantir a priorização, a adequação orçamentária, o planejamento e a organização de ações para as compras de equipamentos hospitalares e processos da cadeia logística (adequações estruturais, insumos, treinamento e manutenção).

Os principais investimentos para o período são:

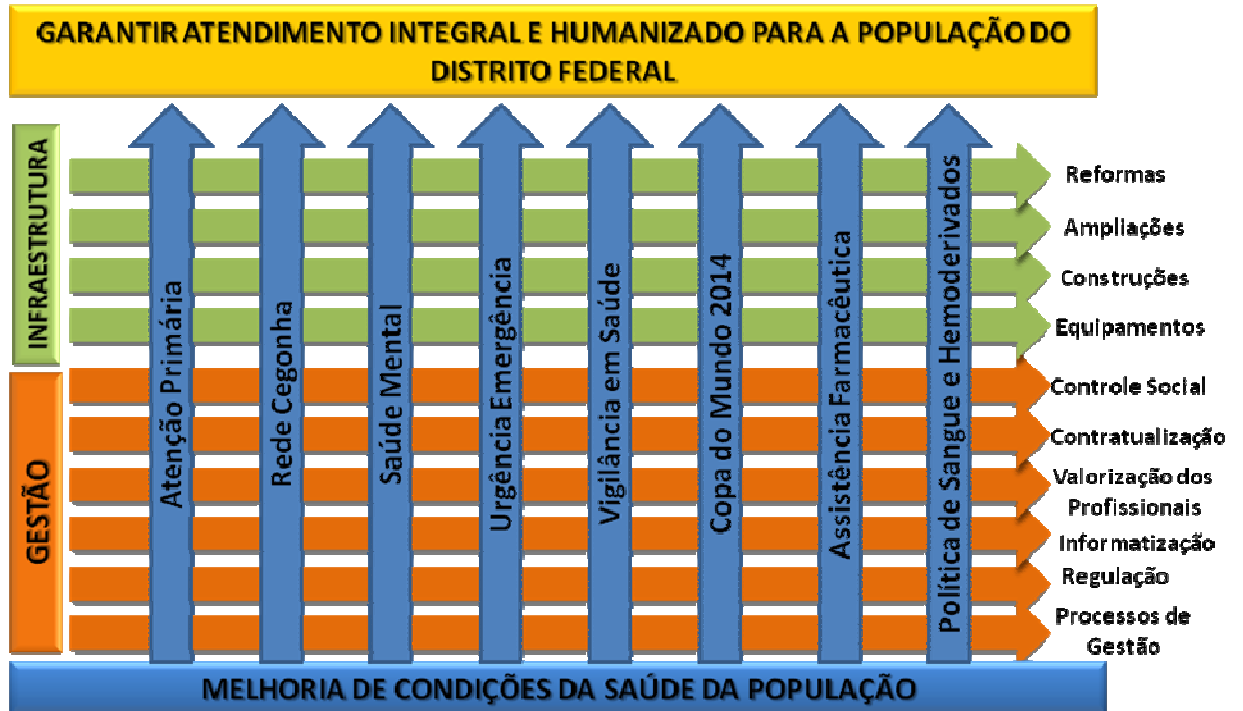
- ✓ Aparelho de digitalização dos serviços de radiologia e diagnóstico por imagens;
- ✓ Implantação de serviços RIS (Sistema de Informação em Radiologia) e PACS (Sistema de Arquivo de Imagens computadorizadas);
- ✓ Implantação da Central de laudos em radiodiagnóstico;
- ✓ Implantação da Central de diagnóstico laboratorial (usina de exames);
- ✓ Integração das autoclaves, das caldeiras e do compressor de ar nos geradores do Hospital de Santa Maria;
- ✓ Unidade de Hemoterapia e hematologia no Hospital de Apoio de Brasília;
- ✓ Mobiliário das residências do Instituto de Saúde Mental masculino e feminino;
- ✓ Equipamentos médico-hospitalares para todas unidades hospitalares;
- ✓ Aquisição de aparelhos de ressonância magnética, arcos cirúrgicos e tomografia computadorizada conforme grade de distribuição:

APARELHO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
UNIDADE DE SAÚDE	QUANTIDADE
Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF	01
Hospital Regional Santa Maria - HRSM	01
Hospital Regional de Sobradinho - HRS	01
ARCOS CIRÚRGICOS	
UNIDADE DE SAÚDE	QUANTIDADE
Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF	02
Hospital Regional Santa Maria - HRSM	01
Hospital Regional de Sobradinho - HRS	02
Hospital Regional do Gama – HRG	02
Hospital Regional da Ceilândia – HRC	01
Hospital Regional de Taguatinga – HRT	01
Hospital Regional de Samambaia – HRSAM	01
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
UNIDADE DE SAÚDE	QUANTIDADE
Hospital Regional da Asa Norte – HRAN	01

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

PLANO DE SAÚDE DA SES DF – 2012 / 2015



Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

PARTE 3

PRINCIPAIS AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NO PERÍODO - 2012 a 2015

COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL – PPA, PACTO PELA SAÚDE/CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA E COM O MAPA ESTRATÉGICO DA SES DF

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

MAPA ESTRATÉGICO SES/DF 2012-2015 - v1.0*

MISSÃO

Garantir ao cidadão acesso universal à saúde mediante atenção integral e humanizada.

VISÃO

Ser um sistema de saúde que a população conheça, preze e confie; sendo excelência e referência na atenção integral à saúde, apresentando os melhores indicadores de saúde.

FUNDAMENTOS

VALORES, ASPECTOS LEGAIS, MELHORIA DE PROCESSOS,
CULTURA, COMUNICAÇÃO ESTRATÉGICA,
GERENCIAMENTO DE PROJETOS, GOVERNANÇA.

Adm. Central 2012-2015

CONTRIBUIÇÃO PARA A SOCIEDADE

OE 1. Garantir a universalidade do acesso, a qualidade e segurança dos serviços do SUS no Distrito Federal.

RESULTADOS INSTITUCIONAIS

OE 2. Atuar nos fatores desencadeantes, determinantes e condicionantes de doenças e agravos; bem como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

OE3. Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família.

OE 4. Obter reconhecimento da sociedade pela resposta oportuna às demandas de saúde decorrentes de grandes eventos incluindo a Copa da Confederações 2013 e a Copa de 2014.

OE 5. Implementar processos de contratualização e conformação de redes de atenção à saúde com foco em linhas de cuidado prioritárias.

PROCESSOS INTERNOS

OE 6. Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade do Sistema de Saúde do DF.

OE 7. Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral, em todos os níveis de atenção.

PESSOAS - Gestão do trabalho e da educação em saúde

OE 8. Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização e qualificação das relações de trabalho dos profissionais da SES DF.

OE 9. Desenvolver a gestão estratégica e participativa para a promoção da cultura organizacional e a ressignificação do trabalho no SUS DF.

INFRAESTRUTURA E TECNOLOGIAS

OE 10. Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade do Sistema de Saúde do DF.

OE 11. Melhorar a infra-estrutura das Unidades de Saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.

ORÇAMENTO E FINANÇAS

OE 12. Assegurar a aplicação dos recursos da saúde de forma estratégica e transparente com uso gerencial das informações orçamentárias e financeiras.

Notas:

1. Versão original
2. Essa versão

* - Mapa Estratégico da Secretaria de Estado do Distrito Federal Versão 1.0: dispõe na forma de uma cadeia de valor (Balance Scorecard) as prioridades do Governo do Distrito Federal para a pasta da saúde, bem como as políticas da saúde discutidas e elaboradas ao longo de 2011 e 2012 no âmbito da SES-DF. O Mapa está sujeito a revisões e ajustes, conforme mecanismos dispostos no Plano Estratégico SES-DF.

3. PRINCIPAIS AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NO PERÍODO - 2012 a 2015

Nos itens a seguir, são compatibilizados os objetivos, diretrizes e metas explicitados na parte 2 deste Plano com aqueles contemplados no Plano Plurianual 2012 a 2015. Assim, aquelas atividades programadas, pré-identificadas com um número de quatro dígitos, integram o PPA como ações orçadas para o mesmo período. As demais são também previstas, embora com outra denominação, incluídas em ações mais amplas no PPA.

3.1. Objetivo 1: Maior eficiência nas intervenções essenciais para a melhoria das condições de saúde da população

3.1.1. Diretriz 1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família.

PROPÓSITO	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.								
METAS 2012 A 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								
	6. Ampliar a oferta de práticas integrativas em saúde PIS para 80% das unidades básicas de saúde e equipes das ESF								
DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		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	SIAB

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Cobertura de acompanhamento das condicionantes de saúde do Programa Saúde da Família	Número de famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde acompanhadas pela Atenção Básica na última vigência do ano/Número total de famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde última vigência do ano x 100 (%)	10,56 Meta Nacional >- 73%	dez/11	Anual	30	40	50	70	Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	Número de ESF+Nº de ESF equivalente a carga horária)*3.000/Nº total de beneficiários (%)	14,4 Meta Nacional 62%	dez/11	Anual	60	68	76	86	CNES
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local em 12 meses /12x100/População no mesmo local e período (%)	0,11% Meta Nacional 3%	dez/11	Anual	0,20	0,30	0,40	0,50	SIA / IBGE
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	(N* + NESB**) x 3000 pessoas/População no mesmo local e período x 100 (%)	3,62% Meta Nacional - 50%	dez/11	Anual	9	28	35	42	SIAB / IBGE
Taxa de mortalidade infantil	Nº de óbitos em menores 1 ano de residentes no DF/Nº Nascidos vivos de mães residentes no DF x 1000 (%)	11,97	dez/11	Anual	11,6	11,4	11,2	11	SIM

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Taxa de mortalidade neonatal	Óbitos de crianças com menos de 28 dias de residentes no DF/Nascidos vivos de mães residentes no DF x 1000	8,62%	dez/11	Anual	8,29	8,19	8,09	8	SIM
Taxa de mortalidade pós-neonatal	Óbitos de crianças de 28 e 364 dias de residentes no DF/Nascidos vivos de mães residentes no DF x 1000	3,34%	dez/11	Anual	3,31	3,21	3,11	3	SIM
Proporção de Óbitos infantis e fetais investigados	Total de óbitos infantis e fetais investigados / Total de óbitos infantis e fetais ocorridos (%)	50,69 Meta Nacional 35%	dez/11	Anual	50	53	56	60	SIM
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 (%)	64,73%	dez/11	Semestral	70	75	78	80	SINASC
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados.	Total de óbitos maternos de residentes no DF investigados/Total de óbitos maternos de residentes no DF notificados x 100(%)	83%	dez/11	Trimestral	85	90	95	95	SIM
Incidência de sífilis congênita.	Nº absoluto de casos de RN com sífilis congênita de mães residentes no DF	117	dez/11	Semestral	72	65	59	53	SINAN

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conj. Das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Total de óbitos por doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas em <70 anos/Número de habitantes <70anos x 100.000 (%)	1,9/100.000 Meta nacional: redução de 2% ao ano	dez/10	anual	2	2	2	2	SIM
Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	Números de exames citopatológicos realizados para detecção de lesão precursoras do câncer do colo de útero na faixa etária de 25 a 64 anos nos últimos 12 meses / 1/3 da População feminina na faixa etária	0,12%	dez/11	anual	0,12	0,12	0,12	0,12	SIA / IBGE
Proporção de unidades de atenção primária e ESF ofertando pelo menos uma prática integrativa em saúde - PIS	Número de unidades APS e ESF que ofertam PIS/número de unidades APS e ESF existentes x 100 (%)	45%	dez/11	anual	50	60	70	80	GERPIS/DCVPIS /SAPS
AÇÃO 1	4208 - Desenvolvimento das ações de Atenção Primária em Saúde								
	Permitir o regular funcionamento das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde prisionais , bem como instrumentalizar as UBS para o desenvolvimento das ações pelas equipes na APS focadas na humanização e integralidade do cuidado e na promoção das saúde								
AÇÃO 2	4088 – Capacitação de Servidores								
	Contratar instituições e profissionais necessários para a capacitação e qualificação dos médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de saúde e agentes comunitários que trabalham com a atenção primária em saúde.								
AÇÃO 3	4133 - Atenção integral à saúde de adolescentes em medida socioeducativa de internação								
	Promover a atenção à saúde dos adolescentes em medida sócio educativa de internação, promovendo a integralidade do cuidado com ações preventivas, promocionais, curativas e reabilitadoras.								
AÇÃO 4	6055 – Assistência à saúde para o sistema Prisional								

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Executar ações assistenciais nas unidades de saúde do sistema penitenciário no DF, com ênfase no desenvolvimento de ações preventivas, promocionais, curativa e reabilitadoras para a universalização e integralidade do cuidado aos pacientes do SUS.
--	--

3.1.2. Diretriz 1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.

PROPÓSITO	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.								
METAS 2012 A 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								
DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	
Proporção de partos normais	Nº de nascidos vivos por parto normal/Nº total de nascidos vivos x 100 (%)	47% Meta Nacional 45,9	dez/11	anual	47	48	49	49	SINASC
Nº de óbitos materno em determinado período e local de residência.	Nº de óbitos maternos na região	16 Meta Nacional Redução 5%	dez/11	anual	2	2	1	1	SIM
Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária.	Nº de mamografias para rastreamento realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos nos últimos 12 meses/1/2 da População feminina na faixa etária (%)	0,06% Meta Nacional >- 0,35	dez/11	anual	0,09	0,11	0,13	0,15	SIA / IBGE

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero.	Nº de mulheres c/diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau c/seg. informado, em determinado ano e local/Nº total de mulheres c/diag. de lesão inteepitelial de alto grau, em determinado ano e local (%)	60% Meta Nacional 100%	dez/11	anual	100	100	100	100	SISCOLO
Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.	Número de internações de pessoas idosas c/fratura de fêmur/Total da população c/60 anos ou mais, por local de residência x 10.000 (%)	16,85% Meta Nacional Redução de 2%	dez/11	anual	2 (16,51)	2 (16,18)	2 (15,86)	2 (15,54)	SIH-SUS / IBGE
Cobertura de leitos hospitalares (número de leitos por 1.000 habitantes)	Leito	2	jul/11	anual	2,0 (5345)	2,0 (5345)	2,13 (5495)	2,4 (6425)	CNES / IBGE
Capacidade de internação por leitos hospitalares	Nº de internações	34,7	jul/11	anual	38	42	46	50	SIH / CNES
% Cobertura de leitos de UTI	% de leito de UTI	7,8 (418)	jul/11	anual	8,1 (438)	8,7 (476)	9,0 (500)	9,0 (581)	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
Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	Número de hospitais SUS acima de 50 leitos (públicos e privados) contratualizados /Total de hospitais acima de 50 leitos que atendem pelo SUS x 100 (%)	Meta Nacional 40% 39%	Jul/11	anual	39%	44%	50%	56%	CNES/Consulta Gestão e Metas

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Percentual de usuários classificados em Pediatria, segundo situação de gravidade nos hospitais regionais da rede de saúde do Distrito Federal	Nº de Guia de Atendimento de Emergência (GAE) da referida especialidade aberta, mês = 100%	80	--	trimestral	82	85	87	90	Coordenação PNH
Percentual de usuários classificados em Clínica Médica, segundo situação de gravidade nos hospitais regionais da rede saúde do Distrito Federal	Nº de GAE classificada da referida especialidade, mês = X	80	--	trimestral	82	85	87	90	Coordenação PNH
AÇÃO 1	2885 - Manutenção de máquinas e equipamentos								
	Contratar serviços de terceiros para manutenções preventivas e corretivas de equipamentos médico-hospitalares da SES de forma a garantir a integralidade dos serviços prestados por meio de ações de diagnóstico e tratamento bem como prolongando a vida útil dos equipamentos, promovendo a segurança dos pacientes e servidores das instituições.								
AÇÃO 2	4205 - Desenvolvimento de ações de atenção especializada em saúde								
	Prover as unidades de saúde do DF com serviços/ insumos/materiais necessários à manutenção das unidades especializadas de saúde do DF.								
AÇÃO 3	2145 - Serviços assistenciais complementares em saúde								
	Considerando a demanda por serviços especializados, e quando excedida a capacidade de atendimento da rede hospitalar da SES, celebrar contratos e efetuar pagamentos à entidades assistenciais no DF para prestar, de forma complementar, serviços assistenciais ao SUS/DF.								
AÇÃO 4	4206 - Gestão de unidades assistenciais de saúde								
	Ampliação do acesso aos serviços de média e alta complexidade prestados por unidades especializadas no âmbito da rede SUS DF utilizando diferentes modalidades de parcerias, mediante celebração de contratos de gestão com a iniciativa privada, em especial com instituições privadas sem fins lucrativos visando a promoção do acesso integral aos serviços hospitalares e ambulatoriais no âmbito do DF								
AÇÃO 5	4137 - Contratualização dos Hospitais de Ensino								
	Custeio das ações dos hospitais da SES/DF credenciados como hospitais de ensino, visando mudanças das estratégias de atenção; aquisição de equipamentos médico-hospitalares, a humanização da atenção à saúde; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população; a qualificação da gestão hospitalar; e o desenvolvimento das atividades de educação permanente e de pesquisa de interesse do SUS.								
AÇÃO 6	6049 - Atenção à Saúde Bucal								
	Aumentar a cobertura de Saúde Bucal no nível secundário e terciário								
AÇÃO 7	4227 - Fornecimento de alimentação hospitalar								

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Fornecimento ininterrupto, durante 24 horas por dia, de alimentação especialmente preparada para pacientes, respectivos acompanhantes legalmente instituídos e servidores da SES com carga horária específica, além de fórmulas para fins especiais, de acordo com as necessidades dos pacientes internados, oferecendo alimentação de qualidade e em quantidades adequadas.
AÇÃO 8	6050 – Prevenção e Controle do Câncer e Assistência Oncológica
	Prevenir e controlar o câncer e dar assistência oncológica à população do Distrito Federal.
AÇÃO 9	4068 - Alimentação e Nutrição
	Proporcionar assistência especializada organizando fluxos e adequando a rede com a finalidade de promover o acesso integral aos serviços de nutrição na atenção primária à saúde, média e alta complexidade no âmbito do DF
AÇÃO 10	6052 –Assistência Voltada à Internação Domiciliar
	Atender pacientes com patologias múltiplas e co-morbidade, dependência total/parcial, que necessitem de equipamentos e procedimentos especializados no domicílio; pacientes internados em hospital referência com condições clínicas de desospitalização, mas com incapacidade de comparecer à Unidade de Saúde; idosos portadores de doença crônica com incapacidade funcional e dependência física para as atividades da vida diária; portadores de doenças que necessitem de cuidados paliativos; e portadores de incapacidade funcional por doença crônica, sequelas, etc.
AÇÃO 11	6016 - Fornecimento de Órteses e Próteses
	Promoção, prevenção e assistência à reabilitação, contribuindo para melhoria das condições de vida do paciente, sua integração social, minorando a dependência e ampliando suas potencialidades laborativas e de atividades diárias.
AÇÃO 12	4138 - Desenvolvimento de Ações de Serviços Sociais
	Viabilizar suporte para operacionalizar ações em Serviço Social na SES/DF

3.1.3. Diretriz 1.3: 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.

PROPÓSITO	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.								
METAS 2012 A 2015	1. Criar 31 serviços substitutivos em saúde mental, sendo 20 Centros de Atenção Psicossocial CAPS, 03 Residências Terapêuticas e 8 Unidades de Acolhimento.								
	2. Construir a sede do Centro de Orientação Médico Psicopedagógica – COMPP.								
	4. Implantar leitos de atenção integral em saúde mental nas 15 Diretorias Gerais de Saúde da SES DF, incluindo os destinados a infância/adolescência e usuários de álcool/drogas.								
DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Taxa de cobertura CAPS	CAPS/100.000 habitantes (Nº CAPS I x 0,5) +(NºCAPS II)+(nºCAPSi) + (Nº CAPS III x 1,5) + (Nº CAPSad) + (Nº CAPS ad III x1,5)/Populaçãox100.000	0,21 (Meta Nacional 0,77)	dez/10	anual	0,75	0,52	0,67	0,79	CNES e IBGE
Implantação de serviços substitutivos em saúde mental (*)	serviços (%)	18%	dez/10	anual	23	38,7	19,35	19,35	SES/DF
(*) Considera-se a implantação de CAPS e RT no Distrito Federal tomando por base uma demanda atual de 61 unidades para cobertura assistencial. Para todos os cálculos, estamos considerando somente os serviços credenciados junto ao MS.									
AÇÃO 1	3165 - Implantação de Unidades de Atenção em Saúde Mental;								
	Implantar unidades de atenção em Saúde Mental para desenvolver Serviços Substitutivos de Saúde Mental com vistas a atender a demanda de atendimentos no Distrito Federal								
AÇÃO 2	3166 – Ampliação de Unidades de Atenção em Saúde Mental;								
	Ampliar unidades de atenção em Saúde Mental para desenvolver Serviços Substitutivos de Saúde Mental com vistas a atender a demanda de atendimentos no Distrito Federal.								
AÇÃO 3	4225 - Desenvolvimento das Ações de Atenção em Saúde Mental;								
	Permitir o regular funcionamento das unidades de saúde mental no DF adquirindo equipamentos, insumos e materiais de consumo visando o custeio e a manutenção adequada dos serviços de saúde mental para a população usuária do SUS no DF.								

3.1.4. Diretriz 1.4: Expandir e qualificar a rede de urgência e emergências, com o apoio a implantação e manutenção das unidades de pronto atendimento (UPAS), e do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192).

PROPÓSITO	Expandir e qualificar a rede de urgência e emergências, com o apoio a implantação e manifestação das unidades de pronto atendimento (UPAS) e do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192)
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. Aquisição e custeio de 30 novas ambulâncias UBS e 7 USA até 2015 (APH móvel).
	4. Aperfeiçoamento tecnológico e organizacional da Central de Regulação.
	5. Indução da regulação dos atendimentos de Urgência e Emergência, organizando fluxos de referência e contra-referência entre os

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	diferentes componentes da rede.								
	6. Implantação do acolhimento com classificação de riscos em unidades da rede de urgência e emergência do DF.								
	7. Qualificação da porta da urgência e emergência das unidades hospitalares, reorganizando fluxos e processos de trabalho.								
DENOMINAÇÃO DO DOINDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE E DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada	Número de unidades de Saúde com notificação de violência	73 unidades em 2011 Meta: aumento de 5% ao ano	dez/11	Anual	76	80	84	88	SINAN
Tempo resposta	Minutos	12,2 minutos	mai/11	Diário mensal	11 min	10 min	9 min	8 min	SAPH
Número de óbitos em ambiente pré-hospitalar	Nº / %	68 / 103%	mai/11	Diário /mensal	1.3%	1,20%	1,10%	1,00%	SAPH
Percentual de implantação do Acolhimento e Classificação de Risco, em período integral (24 horas), nos hospitais regionais do DF e HBDF	Nº de hospitais regionais com Classificação de Risco implantada 24 horas	15	-	Anual	15	20	30	40	Coordenação PNH
AÇÃO 1	3172 - Implantação de Unidades de Pronto Atendimento								
	Contribuir, mediante a implantação de novas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), para a reorganização qualificação dos atendimentos de urgência/emergência, garantindo atenção de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, compondo em conjunto com estas e com o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), uma rede organizada de Atenção às Urgências.								
AÇÃO 2	4226 - Gestão e manutenção das Unidades de Pronto Atendimento								
	Contribuir, mediante a manutenção das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), para a reorganização e qualificação dos atendimentos de urgência/emergência, garantindo atenção de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares compondo, em conjunto com estas e com o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), uma rede organizada de Atenção às Urgências.								
AÇÃO 3	2060 - Atendimento de urgência pré-hospitalar (SAMU)								
	Custeio, aperfeiçoamento e manutenção do Serviço de Atendimento Médico de Urgência-SAMU								

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDL segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

3.1.5. Diretriz 1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.

PROPÓSITO	Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral, em todos os níveis de atenção.								
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.								
DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		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 Alphasink/ Fundo de Saúde
Porcentagem de unidades de farmácia na atenção primária com profissional farmacêutico.	%	40,28%	jun/10	Semestral	50%	60%	80%	100%	SAPS/SES e DIASF/SAS/SES
Número de leitos dos hospitais da SES/DF com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	%	39,30%	jun /12	Semestral	40	50	70	100%	Farmácias Hospitalares da SES/DF e DIASF/SAS/SES.
AÇÃO 1	4216 - Aquisição de medicamentos.								
	Adquirir e distribuir gratuitamente de medicamentos aos pacientes da rede pública de saúde qualificando a rede de assistência farmacêutica, organizando os serviços de aquisição, armazenamento, distribuição, controle de estoque e avaliação da utilização de medicamentos para proporcionar à população do DF a equidade no acesso a esses insumos.								
AÇÃO 2	4215 - Desenvolvimento das Ações de Assistência Farmacêutica								

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Viabilizar suporte adequado para operacionalizar as ações e serviços da Assistência Farmacêutica, inclusive fitoterápica, homeopática e antroposófica de maneira eficiente com ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional dos mesmos.
--	---

3.1.6 Diretriz 1.6: : 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.

PROPÓSITO	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.
METAS 2012 A 2015	1. Alcançar 80% de imóveis visitados 4 vezes/ano no DF para eliminação de criadouros de <i>Aedes aegypti</i> , 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 até 2015;
	5. Vacinar 95% das crianças menores de um ano com a vacina tetravalente/pentavalente de rotina do Calendário Básico de Vacinação;
	6. Implantar em 80% das Coordenações Gerais de Saúde o Plano de Promoção de Saúde/PPS, até 2015;
	7. Realizar, no próprio LACEN, exames em 100% das amostras biológicas encaminhadas ao LACEN.
	8. Realizar ensaios laboratoriais em 100% das amostras pactuadas com as diretorias de vigilância sanitária e ambiental do Distrito Federal.
	9. Cadastrar anualmente 100 aparelhos emissores de radiação ionizante em uso no Distrito Federal.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	10. Aumentar em, pelo menos, 20% no quadriênio, sendo 5% ao ano, o número de emissão de Licença Sanitária para estabelecimentos de interesse da vigilância sanitária do Distrito Federal, considerando o valor inicial de 6.324 estabelecimentos licenciados em 2011. .
	11. Aumentar, em pelo menos 20 % no quadriênio, sendo 5% ao ano, o número de notificações de agravos relacionados à saúde do trabalhador, considerando o valor inicial de 1.562 notificações em 2011
	12. Compor as equipes de vigilância à saúde até 2015, baseado no levantamento de necessidades de pessoal e análise de competências pessoais e organizacionais;;
	13 – Implantar, pelo menos, um novo sistema de informação a cada ano, no âmbito da Subsecretaria de Vigilância à Saúde, até 2015.
	14 - Implantar ações integradas de prevenção e controle da dengue em 50% das equipes de ESF e EACS existentes, até 2015.
	15 - Realizar pelo menos, 05 Semanas Anuais de Prevenção da Dengue, de setembro de cada exercício a maio do ano subsequente, conforme estabelecido no Decreto DF nº 33.034, de 11/07/11.
	16- Alcançar 82% de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados nos anos das coortes até 2015
	17 - Alcançar 90% de casos novos de hanseníase diagnosticados curados nos anos das coortes, até 2015.
	18 - Manter 95% de registros de óbitos com causa básica definida.
	19 - Manter em 2,6/100.000 habitantes a taxa de incidência de AIDS em menores de cinco anos.
	20 - Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue em relação ao ano anterior.
	21 - Garantir 1 agente para cada 1000 imóveis nas atividades de visitas domiciliares para a prevenção e controle da dengue.
	22 - Realizar, pelo menos, três Levantamentos Rápidos de Índice para Aedes aegypti (LIRAA) ao ano, nos meses de janeiro, março e outubro, respectivamente..
	23 - Notificar, em até sete dias, casos suspeitos de dengue grave no SINAN.
	24 - Encerrar pelo menos 95% dos casos graves de dengue, em até 60 dias após a notificação no Sinan.
	25 - Notificar, em até 24 horas, óbitos suspeitos de dengue.
	26 - Investigar, em até sete dias, óbitos suspeitos de dengue, com equipe composta pela vigilância e assistência.
	27 - Implantar remuneração variável para os agentes que executam ações de combate ao vetor da dengue, de acordo com indicadores de produtividade e resultados.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

DENOMINAÇÃO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	
1 – 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
2 – Percentual de 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/SVS
3 – Proporção de população canina e felina vacinada.	%	49,71	dez/10	Anual	80	80	80	80	DIVAL
4 – Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) encerrados oportunamente.	%	82,17	dez/10	Trimestral	82	83	84	85	SINAN/DIVEP
5 – Cobertura vacinal com a vacina tetravalente/pentavalente em crianças menores de um ano de idade.	%	91,2	mai/11	Trimestral	95	95	95	95	SI-PNI/SINASC/DIVEP
6 – Percentual de Regionais com Plano de Promoção de Saúde - PPS implantado.	%	A ser implantado	A ser implantado	Semestral	V0 = 20	40	60	80	SAPS; GEDANT/DIVEP
7 – Proporção de exames laboratoriais realizados em amostras biológicas encaminhadas ao LACEN de interesse da vigilância epidemiológica	%	100	dez/10	Anual	100	100	100	100	LABTRACK/LACEN

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

8 – Proporção de ensaios de controle de qualidade de produtos - alimentos, águas, medicamentos, saneantes e cosméticos - em amostras pactuadas com as diretorias de vigilância sanitária e ambiental do Distrito Federal	%	100	dez/10	Anual	100	100	100	100	LACEN
9 – Número de aparelhos emissores de radiação ionizante em uso no Distrito Federal	Un	100	dez/10	Mensal	100	100	100	100	DIVISA
10 - Número de licenças sanitárias emitidas para estabelecimentos de interesse da vigilância sanitária do Distrito Federal	Un	6.324	dez/11	Anual	6640	6956	7273	7589	DIVISA
11 – Número de notificações de agravos à saúde do trabalhador	Un	1562	dez/11	Mensal	1640	1722	1808	1898	SINAN/CEREST
12 – Levantamento de necessidades de pessoal e análise de competências pessoais e organizacionais realizado	Un	0	dez/11	Anual	-	01*	-	-	DIGEPLAN/SVS
* A meta refere-se a realizar levantamento de necessidades de pessoal para a SVS, baseado em análises de competências, tendo como produto 01 Relatório Consolidado a ser enviado para a SUGESTS.									
13 – Número de sistema de informação implantado no âmbito da Subsecretaria de Vigilância à Saúde	Un	0		Anual	1	1	1	1	SVS e Diretorias
São necessidades atuais: Implantação de sistema de geoprocessamento para DIVAL e DIVISA; implantação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) das salas de vacina da SES/DF (rede pública e privada) e implantação de módulos do Sistema GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial).									

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

14 - Proporção de equipes de ESF e EACS com ações integradas de prevenção e controle da dengue em relação às equipes existentes	%	0	s/n	Anual	12,50%	25%	37,50%	50%	DIPRODE/SAPS e DIRAPS
15 – Nº de Semanas Anuais de Prevenção da Dengue realizadas	Un	4	31/12/2011	Anual	05	05	05	05	DIPRODE/SVS
16 - Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	%	81,80%	31/12/2013	Anual	85	80	81	82	SINAN/DIVEP
17 - Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	%	90,70%	31/12/2011	Anual	85	90	90	90	SINAN/DIVEP
18 - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	%	98,40%		Quadrimestral	95	95	95	95	SINAN/DIVEP
19 – Taxa de Incidência de AIDS em menores de 5 anos.	%/ 100.000	2,12%	31/12/2011	Anual	2,6	2,6	2,6	2,6	SINAN/DIVEP
20 - Número absoluto de óbitos por dengue.	Un	3	31/12/2011	Anual	3	3	3	3	SINAN/DIVEP
AÇÃO 1	4145 - Desenvolvimento de Ações de Vigilância em Saúde no DF;								
	1 - Atuar na promoção à saúde e nos fatores determinantes e condicionantes de agravos com a finalidade de conhecer, detectar, prevenir e/ou controlar danos à saúde individual ou coletiva;								
	2 - Realizar ensaios laboratoriais para diagnósticos em amostras biológicas e para o controle da qualidade de produtos;								
	3 - Desenvolver ações de Vigilância Sanitária em produtos, serviços e ambientes;								
	4 - Prevenir e controlar os fatores de riscos biológicos e não biológicos relacionados a doenças e outros agravos à saúde;								
	5 - Garantir a melhoria da Saúde dos trabalhadores por intermédio de ações de vigilância, promoção e proteção à saúde;								

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	6- Promover a capacitação de equipes de unidades de atendimento de urgência e emergência na classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue
	7- Promover a capacitação de equipes da Atenção Primária a Saúde no diagnóstico, manejo, acompanhamento e notificação e investigação dos casos suspeitos de dengue
	8 - Elaboração de proposta para remuneração variável dos agentes de combate a dengue de acordo com indicadores de produtividade e resultado

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

3.1.8.DIRETRIZ 1.8: Assegurar sangue, seus componentes e exames especializados com qualidade e em quantidade adequada para a população do DF, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS

PROPÓSITO									
Garantir assistência hemoterápica, atendendo a demanda da hemorrede pública com qualidade e em quantidade adequada.									
METAS 2012 A 2015									
1. Manter o atendimento das solicitações de hemocomponentes em 100% para solicitações de transfusão e em 85% para solicitações de estoque em 2015;									
2. Ampliar o número de doadores fidelizados (doadores com no mínimo 2 doações por ano) para 50% em 2015;									
3. Ampliar o número de doadores em relação à população do DF para 2,5% em 2015;									
4. Manter índice de satisfação do doador superior a 95% até 2015;									
5. Reduzir para 0% o número de não conformidades críticas evidenciadas em inspeções sanitárias em 2015;									
6. Adequar 100% das instalações físicas e estrutura organizacional até 2015.									
DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	
Índice de Atendimento das Solicitações de Hemocomponentes	% de bolsas de concentrado de hemácias	87,70%	dez/11	Mensal	85%	85%	85%	85%	FHB
Índice de Doadores Fidelizados	% de doadores fidelizados	42%	dez/11	Mensal	45%	45%	50%	50%	FHB
Índice de Doadores na População no DF	% de doadores na população	2,09%	dez/11	Anual	2%	2%	2,50%	2,50%	FHB
Índice de satisfação do doador	% de doadores satisfeitos	96,80%	dez/11	Mensal	85%	90%	95%	95%	FHB
Taxa de Não Conformidades Críticas evidenciadas em inspeções sanitárias na FHB	% de não conformidades	28%	jun/11	Anual	0%	0%	0%	0%	FHB
Taxa de Adequações Realizadas na FHB	% de adequações	56,50%	dez/11	Semestral	100%	100%	100%	100%	FHB
AÇÃO 1	2811 – Captação de doadores, coleta e processamento de sangue								
AÇÃO 2	Coletar sangue, processar, armazenar e distribuir sangue e hemocomponentes aos hospitais da rede pública do Distrito Federal e aos hospitais particulares conveniados ao Sistema Único de Saúde - SUS								
AÇÃO 2	4028 – Controle de Qualidade de Produtos e Insumos								

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Realizar testes para garantir a qualidade dos produtos finais obtidos no processamento e fracionamento do sangue total coletado e a qualidade dos insumos hemoterápicos utilizados
AÇÃO 3	4081 – Procedimentos Hemoterápicos na Hemorrede Dar suporte e supervisionar as atividades técnicas nos serviços de hemoterapia na hemorrede do Distrito Federal e realizar suprimento e gestão dos insumos utilizados
AÇÃO 4	1141 – Reforma do Hemocentro Reformar e adaptar as instalações físicas da Fundação Hemocentro de Brasília

3.2. Objetivo 2: Aprimoramento dos processos de gestão no âmbito da SES

3.2.1. Diretriz 2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.

PROPÓSITO	Modernização dos processos gerenciais, com melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, por intermédio da revisão dos fluxos, rotinas, metodologias e instrumentos de trabalho, incluindo reengenharia de processos, modelagem organizacional, apoio à administração hospitalar e capacitação continuada dos profissionais envolvidos com as atividades de planejamento e gestão.								
METAS 2012 a 2015	1. Integrar 80% dos indicadores dos instrumentos de planejamento da SES DF - Plano Plurianual, Plano de Saúde e Planejamento Estratégico; 2. Mapear e modelar 15 processos da Administração Central 3. Mapear e modelar 15 os processos dos Hospitais da Rede; 4. Publicar o novo Regimento Interno da SES DF; 5. Instituir o Prêmio de Qualidade da Gestão em Saúde para as Coordenações Gerais de Saúde.								
DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	
Percentual de Indicadores Coincidentes nos Instrumentos de planejamento(Plano Plurianual, Plano de Saúde e Planejamento Estratégico)	Percentual	0	-	anual	0	30	60	80	Instrumentos de planejamento
Percentual dos processos redesenhados na ADMC	Percentual	0	-	anual	0	40	100	0	ASPP/SUPRAC

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDL segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Percentual dos processos redesenhados na Hospitais	Percentual	0	-	anual	0	40	100	0	ASPP/SUPRAC
AÇÃO 1	4165 - Qualificação da Gestão do Sistema Único de Saúde								
	Implementação de projetos de diferentes naturezas – capacitação, contratação de consultorias, realização de eventos, publicações, entre outros – compatibilizando as orientações do ministério da saúde com as necessidades locais, nas áreas de planejamento, apuração de custos, controle e avaliação e gestão participativa. Implantar o Processo de Gestão Estratégica -painel de indicadores Implantar a medição por produtividade das unidades e dos profissionais;								
AÇÃO 2	1 - Alinhar o Plano de Saúde ao PPA e ao Planejamento Estratégico								
	2 e 3 - Elaborar Plano de Trabalho que contemple a metodologia a ser adotada no processo de mapeamento e modelagem da ADMC e Hospitais; Elaborar Mapa dos Processos existentes e identificação dos processos no organograma; Elaborar Plano de Comunicação; Apresentar e aprovar Proposta de Redesenho para racionalização e padronização dos processos; Elaborar e publicar Manuais de Procedimentos Operacionais Padronizados; Implantar o Plano de Melhoria								
	4 – Aprovar o Regimento interno, elaborar plano de comunicação								
	5- Elaborar e aprovar proposta para o Prêmio de Qualidade da Gestão em Saúde para as Coordenações Gerais de Saúde. Definir os critérios para avaliação da Qualidade da Gestão e premiar a Coordenações Gerais de Saúde.								

3.2.2. Diretriz 2.2: Ampliar a regulação de acesso para consultas especializadas e leitos gerais

PROPÓSITO	Promover a ordenação do acesso aos serviços especializados de assistência à saúde, em especial àqueles relacionados às Redes de Atenção à Saúde, prioritárias.								
METAS 2012 a 2015	1. Manter sob regulação 50 % das consultas em especialidades médicas em 2015.								
DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	
Taxa de Consultas especializadas reguladas	% especialidades	7,50%	jul/11	anual	15	27	35	50%	SISREG
AÇÃO 1	Regulação de acesso à consultas e leitos de média e alta complexidade.								
	Desenvolver projetos que viabilizem o fortalecimento e a ampliação do processo de regulação de acesso a consultas e procedimentos de média e alta complexidade, aí incluída a educação continuada dos profissionais atuantes na área.								

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

3.2.3. Diretriz 2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES.

PROPÓSITO	Fortalecer os sistemas de informação em saúde, por intermédio da reestruturação da infraestrutura de informática, com a ampliação, integração efetiva e aperfeiçoamento do Sistema Integrado de Saúde (SIS) na plataforma Web.								
METAS 2012 a 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								
DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	
Taxa de Cobertura do Cartão SUS	% da Pop	54,49	dez/10	anual	56%	60%	65%	70%	Relatório DITEC
Taxa de Informatização da rede	% de unidades	35%	dez/10	anual	51,25	67,5	83,75	100%	Relatório DITEC
AÇÃO 1	1471 - Modernização do Sistema de Informação Completa implantação e manutenção do Sistema de Informação em Saúde – SIS como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde no âmbito da SES DF.								

3.2.4. Diretriz 2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização e qualificação das relações do trabalho dos profissionais da SES DF.

PROPÓSITO	Reestruturar e qualificar a gestão do trabalho e da educação no âmbito da SES, adequando-a às necessidades atuais e futuras do SUS DF.								
METAS 2012 a 2015	1. Realizar concurso público para todas as categorias profissionais que apresentem déficit. 2. Rever o Plano de Carreira, Cargo e Remuneração, conforme diretrizes da Política Nacional para servidores do SUS, aprovada pelo CNS. 3. Implantar o ponto eletrônico. 4. Implementar a política de educação permanente dos profissionais da SES/DF. 5. Desenvolver produção do conhecimento na área de Gestão do Trabalho e da Educação. 6. Implementar um programa de Segurança e Saúde no Trabalho para os profissionais da SES-DF								
DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Proporção de Comissões de Integração Ensino - Serviço (CIES) em funcionamento	Número de CIES em funcionamento/Número de CIES constituídos x 100 (%)	100%	dez/11	anual	100	100	100	100	SES-DF (RAG-2011) /Resoluções da CIB /SUGETES
Redução do Índice de Absenteísmo (adoecimento e acidente)	Número de dias de afastamento/número de servidores x 100 (%)	7%	Dez/11	anual	30%	60%	80%	80%	DSOC/SUGETES
AÇÃO 1	Prover de forma contínua o quadro de pessoal da SES. A ação envolve o redimensionamento e atualização o quadro de pessoal existente; a realização de concurso público para todas as categorias profissionais que apresentem déficit e a sistematização do planejamento das ações de nomeação de pessoal, entre outras atividades.								
AÇÃO 2	Desenvolver uma política de valorização do servidor, com gestão democrática e participativa. Além da revisão do Plano de Carreira, Cargo e Remuneração, prevê a viabilização do envolvimento e participação dos servidores na definição de metas e objetivos, resolução de problemas e no acesso à informação.								
AÇÃO 3	Regulamentar os processos de trabalho e promover formas de zelar pelo cumprimento da carga horária, bem como pelo padrão de conduta e ética profissional Essa ação inclui a normatização dos processos de trabalho, a elaboração do código de ética do servidor da SES DF, a negociação e acordo permanentes sobre a produtividade e a postura adequada no serviço e a implantação do ponto eletrônico.								
AÇÃO 4	Implementar a política de educação permanente dos profissionais da SES/DF. A ação contempla a adequação das competências dos servidores aos objetivos institucionais, a promoção da capacitação gerencial do servidor e a sua qualificação para o exercício de atividades de direção e assessoramento, e o incentivo à inclusão das atividades de capacitação como requisito para a promoção funcional do servidor nas carreiras da SES/DF, entre outras.								
AÇÃO 5	9083 - Concessão de Bolsas de Estudo Conceder bolsas de estudos aos residentes dos diversos programas de residência médica e em áreas profissionais da saúde desenvolvidos pela Secretaria de Saúde								
AÇÃO 6	Implementar o programa de Segurança e Saúde no Trabalho para os profissionais da SES-DF Promover a melhoria da saúde e qualidade de vida dos profissionais da SES-DF por meio de ações de prevenção, readaptação e recuperação do adoecimento e acidentes no trabalho, baseada nas Legislação vigente.								

2.2.5.DIRETRIZ 2.5: Assegurar os processos educação em saúde (formação inicial e desenvolvimento profissional), de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

PROPÓSITO	Garantir a oferta de processos de educação em saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS
METAS 2012 A 2015	1. Duplicar as vagas na graduação em medicina – 160 novas vagas anuais;

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	2. Criar o terceiro curso de graduação								
	3. Manter a oferta de vagas na graduação em enfermagem – 80 novas vagas anuais								
	4. Manter a oferta de cursos de pós-graduação lato sensu;								
	5. Manter a oferta de cursos de pós-graduação strictu sensu - mestrado;								
	6. Implementar a modalidade de pós-graduação strictu sensu – doutorado;								
	7. Aumentar a oferta de vagas na educação profissional técnica de nível médio em 100%;								
	8. Aumentar a oferta de vagas na educação permanente e continuada em 66%, até 2015.								
	DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM			
mm/a.a.				1º ANO		2º ANO	3º ANO	4º ANO	
Número de concluintes de graduação em medicina	Unidade	84	dez/10	Anual	80	80	160	160	ESCS/FEPECS
Número de concluintes de cursos de graduação de enfermagem	Unidade	-	Dez/11	Anual	50	60	70	80	ESCS/FEPECS
Número de cursos/turmas de pós-graduação oferecidos no ano	Unidade	-	-	Anual	03	03	03	03	ESCS/FEPECS
Percentual de progressão de conhecimentos dos a estudantes de graduação do último ano	%	59	dez/10	Anual	60	60	60	60	ESCS/FEPECS
Número de estudantes matriculados na Educação Profissional de Nível Médio	Unidade	-	-	Anual	440	550	660	750	ETESB/FEPECS
Número de pessoas capacitadas no ano	Unidade	5.200	dez/10	Anual	6.600	7.935	8.956	9.985	CODEP/FEPECS

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

AÇÃO 1	2083 – Desenvolvimento de cursos de graduação
	Implementar e manter os cursos de graduação da Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS, promovendo uma formação científica, humanística e de qualidade, por meio de práticas inovadoras, ofertando ao Sistema de Saúde do Distrito Federal profissionais de saúde com perfil voltado às necessidades de saúde da população.
AÇÃO 2	2554 – Desenvolvimento de cursos de pós-graduação
	Operacionalizar cursos de pós-graduação (lato sensu e stricto sensu), visando capacitar profissionais de saúde e aprimorar seus conhecimentos e técnicas de pesquisa científica e tecnológica, a serem aplicados no serviço e na formação de um corpo docente qualificado.
AÇÃO 3	2119 – Desenvolvimento de cursos de educação profissional
	Implementar e manter os cursos de educação profissional da Escola Técnica de Saúde de Brasília-ETESB
AÇÃO 4	2230 – Gestão da Informação em Saúde
	Assegurar infraestrutura de informações técnico-científicas ao desempenho do profissional da saúde e aos programas de formação profissional e de pesquisa.
AÇÃO 5	3678 – Realização de eventos
	Oportunizar a integração intra e interinstitucional para o conhecimento e divulgação das atividades de educação e pesquisa na área de saúde.
AÇÃO 6	4089 - Capacitação de Pessoas.
	Qualificar profissionais e estudantes de saúde e áreas afins para o desenvolvimento adequado das ações de saúde.

2.2.6. DIRETRIZ 2.6: promover pesquisas que instrumentalizem a tomada de decisão dos gestores da SES-DF

PROPÓSITO	Promover o desenvolvimento de pesquisas orientadas pelas necessidades da gestão da saúde
METAS 2012 a 2015	Criação de Comitê Interinstitucional para o Desenvolvimento de Pesquisas em Saúde Definição anual de linhas de pesquisa de interesse da gestão da SES DF Definição anual de recursos financeiros para o financiamento de pesquisas prioritárias para a gestão da SES DF
AÇÃO 1	2175 – Fomento à pesquisa em saúde (FEPECS e FSDF)
	Promover o desenvolvimento de pesquisas científicas relevantes para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal e melhoria da qualidade de vida da população.
AÇÃO 2	9060 – Concessão de bolsas de Iniciação Científica
	O Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) tem como finalidade propiciar conhecimentos, vivências e experiências que estimulem o desenvolvimento intelectual e contribuam para a construção da base científica necessária ao prosseguimento dos estudos; despertar a vocação científica e desenvolver aptidões para a pesquisa mediante a participação de estudantes em projetos de mérito científico reconhecido; propiciar à ESCS um instrumento de formulação de política própria de pesquisa para iniciação científica na graduação; institucionalizar a integração do ensino e da pesquisa com os serviços de saúde; propiciar ao aluno a oportunidade de participar da realização de pesquisa científica; e fortalecer áreas de pesquisa comprometidas com as políticas públicas de

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012.
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	saúde.
AÇÃO 3	3678 – Realização de eventos
	Oportunizar a integração intra e interinstitucional para o conhecimento e divulgação das atividades de educação e pesquisa na área de saúde.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

2.2.7. DIRETRIZ 2.7: Promover ações educativas de qualificação dos gestores.

PROPÓSITO	Qualificar os gestores da SES DF								
METAS 2012 a 2015	1.000 gestores da SES DF qualificados								
DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	
Número de gestores da SES DF capacitados na área/ano	Unidade	132	dez/10	Anual	250	250	250	250	CODEP/FEPECS
AÇÃO 1	4089 - Capacitação de pessoas								
	Qualificar profissionais e estudantes de saúde e áreas afins para o desenvolvimento adequado das ações de saúde.								
AÇÃO 2	3678 – Realização de eventos								
	Oportunizar a integração intra e interinstitucional para o conhecimento e divulgação das atividades de educação e pesquisa na área de saúde.								

2.2.8. Diretriz 2.8: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.

PROPÓSITO	Identificar, avaliar e implementar novas formas de gerência que possam associar o interesse público à maior agilidade administrativa.								
METAS 2012 a 2015	1. Celebrar termos de compromissos - TC com a totalidade das Coordenações Gerais de Saúde - CGS e Unidades de Referência Distrital - URD.								
	2. Celebrar termos de compromissos específicos - TCE com 50% dos serviços de saúde participantes/integrantes das redes materno-infantil, urgência/emergência e saúde mental.								
DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	
Proporção de Cordenações Gerais Saúde e Unidades de Referência Distrital com TC assinado	% de CGS e URD	0	dez/10	anual	0%	0%	50%	100%	Relatório SUPRAC
Proporção de serviços com TCE assinado	% de serviços	0	dez/10	anual	0%	0%	50%	100%	Relatório SUPRAC
AÇÃO 1	4166 - Planejamento e gestão da atenção especializada								
	Desenvolver projetos que viabilizem o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas para Coordenações Gerais de Saúde, Unidades de Referência Distrital, estabelecimentos conveniados (contratualizações), e organizações sociais parceiras, com vistas ao aprimoramento da								

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

gestão e aumento da eficiência no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde.

2.2.9. Diretriz 2.9: Criar mecanismos que viabilizem parcerias mais efetivas entre governo e sociedade, e instrumentalizem o controle social.

PROPÓSITO	Aumentar a visibilidade das ações da SES e reposicionar e potencializar a participação e controle social.								
METAS 2012 a 2015	1. Organização das conferências regionais e da Nona Conferência Distrital de Saúde.								
DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE MAIS RECENTE	APURADO EM	PERIODICIDADE DE APURAÇÃO	DESEJADO EM				FONTE DA INFORMAÇÃO
			mm/a.a.		1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	
Evento Realizado – IX Conferência Distrital de Saúde	unidade	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	0	0	0	1	Relatório da Conferência
Proporção de ouvidorias implantadas nas coordenações gerais de saúde.	Número de Regionais c/ouvidorias implantada no ano / Total de municípios x 100 (%)		7	dez/11	Anual	1	1	1	SES-DF (RAG-2011)
AÇÃO 1	4164 – Qualificação do Controle Social do SUS								
	Criar 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 sociais, por outro. Inclui capacitação voltada à melhoria de desempenho dos membros do Conselho de Saúde do DF e dos Conselhos Regionais.								
AÇÃO 2	3678 - Realização de Eventos								
	Organizar as conferências regionais e a conferência distrital de saúde para discussão dos encaminhamentos em resposta aos desafios do SUS DF e das políticas a serem implementadas nos anos subsequentes.								

3.3. Objetivo 3: Adequação da infraestrutura em saúde às necessidades da população.

3.3.1. Diretriz 3.1: Melhorar a infraestrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.

PROPÓSITO	Adequação de espaços físicos com reformas e ampliações às necessidades da rede.	
Metas 2012 A 2015	75 ampliações de Unidades Básicas de Saúde	
	48 reformas de Unidades Básicas de Saúde	

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Reformas e ampliações em todos os hospitais da rede.
AÇÃO 1	3136 - Ampliação de Unidades Básicas de Saúde
	Permitir a instalação de equipes de saúde da família e de saúde bucal e de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, bem como adequar os espaços físicos para o desempenho das atividades da APS.
AÇÃO 2	3222 - Reforma de Unidades Básicas de Saúde
	Adequar à área física das unidades básicas de saúde às necessidades de trabalho da atenção primária em saúde, bem como a legislação vigente (RDC e Manuais de Estrutura Física do Ministério da Saúde).
AÇÃO 3	3141 - Ampliação de unidades de atenção especializada em saúde
	Ampliação e adequação da estrutura física nos ambientes de internação e ambulatório das unidades de atenção especializada na rede do SUS DF em atendimento as necessidades dos serviços e exigências legais.
AÇÃO 4	3223 - Reforma de unidades de atenção especializada em saúde
	Reforma e adequação da estrutura física nos ambientes de internação e ambulatório das unidades de atenção especializada na rede do SUS DF em atendimento as necessidades dos serviços e exigências legais.
AÇÃO 5	3166 - Ampliação de Unidades de Atenção em Saúde Mental;
	Ampliar e adequar as unidades de atendimento em saúde mental melhorando a qualidade do atendimento e assistência, possibilitando o aumento progressivo na capacidade dos serviços ofertados nesta área estratégica do SUS no DF.
AÇÃO 6	3224 - Reforma de Unidades de Atenção em Saúde Mental;
	Reformar e adequar as unidades de atendimento em saúde mental objetivando a melhoria da qualidade do atendimento e ampliação do acesso e da cobertura dos serviços ofertados pelo SUS no DF.
AÇÃO 7	3155 - Reforma de Unidades de Vigilância em Saúde no DF;
	CEREST – Adequação da área física com vistas à melhoria da atenção a saúde dos trabalhadores;
	LACEN – Garantir conformidade com as Normas de Biossegurança e Qualidade ao Laboratório Central. As instalações do LACEN não recebem reformas e adequações desde sua criação, em 1978, deixando de cumprir com requisitos das Normas Nacionais de Arquitetura e Engenharia previstas para Saúde;
	DIVISA – Adequação física dos Núcleos de Inspeção Sanitária às condições ambientais de trabalho e de acessibilidade aos prédios para a população;
	DIVEP-CTA – Adequação física das instalações da Unidade, instalada na Rodoviária do Plano Piloto, que atende à demanda espontânea, com sigilo, para diagnóstico e prevenção de sífilis, hepatite e aids;
	DIVEP - Adequação física dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica instalados nas Regionais de Saúde.
	DIVAL – Reformas de manutenção na Unidade sede da Vigilância Ambiental;
PROPÓSITO	Construções - ampliação do acesso a ações e serviços de saúde -

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Metas 2012 A 2015	120 construções de Unidades Básicas de Saúde
	40 construções de Centros de Atenção Psico Social (CAPS)
	06 Centros de Atenção Transitória – CAT
	15 Residências Terapêuticas - RTs
	10 Unidades de Pronto Atendimento
	Nova sede do COMPP
	Novo Hospital Regional do Gama
	Bloco de Neuro-Trauma do HBDF
	Bloco II do Hospital da Criança
	Construção do Bloco Materno Infantil do HRC, HRT, HRS, HRBz.
	Construção do Serviço de Verificação de Óbito.
AÇÃO 1	3135 - Construção de Unidades Básicas de Saúde
	Permitir a instalação de equipes de saúde da família, de saúde bucal, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, e o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica básica e de promoção e práticas integrativas na APS .
	Construção de Academias de Saúde – Espaço específico para práticas de atividades de promoção à saúde
AÇÃO 2	3140 - Construção de unidades de atenção especializada em saúde
	Construção de unidades de atenção especializada na rede do SUS DF para aumentar a capacidade instalada e o acesso a serviços hospitalares e ambulatoriais.
AÇÃO 3	3225 - Construção de Unidades de Atenção em Saúde Mental;
	Construir o Centros de Atenção Psicossocial – CAPS tipo III em Samambaia e outro tipo II em Santa Maria e a sede do Centro de Orientação Médico Psico -Pedagógico - COMPP no Plano Piloto, objetivando a implantação e gestão de Serviços Substitutivos de Saúde Mental.
AÇÃO 4	3173 - Construção das Bases do SAMU
	Executar projeto para instalação de bases para as viaturas do Serviço de Atendimento Médico de Urgência
AÇÃO 5	3173 - Construção das Unidades de Pronto Atendimento – UPAS (24 horas)
	Construir as 10 UPAS nas Regionais de Saúde na forma prevista para a segunda e terceira fases, ou seja, no Gama, no Itapoã, em Águas Claras, na Ceilândia, no Setor de Indústria e Abastecimento - SIA, em Brazlândia, em Sobradinho I, em Planaltina, no Paranoá e em Santa Maria.
AÇÃO 6	3153 - Construção de Unidades de Assistência Farmacêutica

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Disponibilizar aos usuários da rede de saúde da SES/DF medicamentos e produtos para a saúde de qualidade, inclusive fitoterápicos, homeopáticos e antroposófico, por meio da Central de Abastecimento Farmacêutico e de Farmacotécnica, e fazer a distribuição regionalizadas em unidades de farmácia nas regiões de saúde, o que permitirá armazenamento e distribuição adequados, dos medicamentos e produtos e propiciará a manipulação de nutrição parenteral e de medicamentos em instalações físicas em conformidade com as normas sanitárias vigentes e que seja condizente com o volume de operações demandadas.
AÇÃO 7	3154 - Construção de Unidades de Vigilância em Saúde no DF
	LACEN – Construção de espaço para armazenamento de sólidos, com área de 80m2, na área instalada do LACEN, com vistas ao cumprimento de princípios técnicos normatizados;
	DIVEP – a) Construção de estrutura para implantação do Programa de Redução de Danos, com 431 m2, com vistas à concretização da política de saúde pública nacional e internacional dirigida às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas(UD). As ações Redução de Danos (RD) são estratégias que veem integrar o espectro de possibilidades de prevenção, tratamento e re-inserção social para a população alvo; b) Edificação de área para implantação do Serviço de Verificação de Óbitos, com 1.227 m2. O SVO objetiva esclarecer a causa mortis em casos de óbito por moléstia mal definida, com ou sem assistência médica, bem como os óbitos por causa natural.
	DIVAL – A construção de 14 Núcleos Regionais de Vigilância Ambiental e de 4 canis objetivam ao desenvolvimento das ações de vigilância ambiental nas regiões administrativas do DF, num total de 9.000m2, e a unidade central, com 800m2, permitirá a acomodação do Núcleo de Vigilância Ambiental de Brasília/PI.Piloto, que atualmente ocupa espaços da Secretaria da Agricultura, como também, acomodar a unidade central de gestão administrativa. A construção do galpão de apoio para armazenamento de produtos químicos e estacionamento dos carros com equipamentos de nebulização e ultrabaixo volume/UBV (veículos para pulverização ambiental/fumacê), com 1.024m2. O espaço vai permitir a guarda adequada desses insumos e 15 veículos/equipamentos imprescindíveis para o controle da dengue. Os veículos são estacionados hoje em espaço precário da FUNAI, no SIA, que já solicita a imediata desocupação da área.
	DIVISA – A construção de 10 Núcleos de Vigilância Sanitária objetiva ao desenvolvimento das ações sanitárias nas regiões administrativas do DF, num total de 4.200m2, e a unidade central, com previsão de 2.000m2, permitirá a alocação adequada da unidade de gestão administrativa.

3.1.2 Diretriz 3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF.

PROPÓSITO	Adequação de equipamentos às necessidades da rede.
Metas 2012 A 2015	Aparelho de digitalização dos serviços de radiologia e diagnóstico por imagens;
	Implantação de serviços RIS (Sistema de Informação em Radiologia) e PACS (Sistema de Arquivo de Imagens computadorizadas);
	Implantação da Central de laudos em radiodiagnóstico;

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Implantação da Central de diagnóstico laboratorial (usina de exames);
	Unidade de Hemoterapia e hematologia no Hospital de Apoio de Brasília.
	Mobiliário das residências do Instituto de Saúde Mental masculino e feminino;
	Equipamentos médico-hospitalares para todas unidades hospitalares;
	Aquisição de aparelhos de ressonância magnética, arcos cirúrgicos e tomografia computadorizada.
	Elaborar plano de aquisições/anual – definição de prioridades para toda a rede da SES DF.
AÇÃO 1	3467 - Aquisição de equipamentos
	Prover as unidades de saúde do DF com novos equipamentos ou substituição de equipamentos obsoletos de forma a garantir a integralidade dos serviços prestados por meio de ações de diagnóstico e tratamento, bem como a segurança dos pacientes e servidores das instituições.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

PARTE 4

PLANOS DAS COORDENAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE - OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

4. PLANOS DAS COORDENAÇÕES GERAIS DE SAÚDE - OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

A cultura do planejamento atribui especial atenção à observância da co-responsabilização solidária de todos para com a saúde da população que, como necessidade básica, é estratégica para a qualidade de vida e para o bem-estar individual e coletivo. Apesar disso, nos períodos anteriores, os planos de saúde eram elaborados de forma vertical, sem a contribuição das Diretorias Regionais de saúde. A despeito dos enormes desafios a superar, o trabalho conjunto com as CGS resultou em relevantes avanços e resultados que já podem ser percebidos, principalmente aqueles fundamentais à incorporação do planejamento como função imprescindível à consolidação do SUS.

Destaque-se a expressiva mobilização de dirigentes e profissionais em torno desse processo o que o torna, sem dúvida, uma construção coletiva, aberta a adequações, inovações. É importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento do planejamento no âmbito da SES/DF, capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva para o avanço do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. Nesse sentido, é necessário adotar estratégias que contribuam para um melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios, entre os quais aqueles que possibilitem o desenvolvimento de rotinas de monitoramento e avaliação das ações de saúde.

O conteúdo a seguir é resultado de um trabalho conjunto da Subsecretaria de Planejamento, Regulação e Avaliação - SUPRAC com todas as Coordenações Gerais de Saúde- CGS, por meio de duas oficinas de trabalho realizadas no final de 2011. Inicialmente é apresentado um consolidado, utilizado na elaboração das Partes 1 e 2 deste Plano e, a seguir, as propostas específicas de cada uma das Coordenações Gerais de Saúde - CGS. É interessante observar que a análise das planilhas das CGS mostrou que muitos problemas apontados e soluções encontradas são comuns entre elas.

Eixo Condições de Saúde da População

No eixo das **"Condições de Saúde da População"** dois problemas se destacaram entre os demais: Hipertensão Arterial e Mortalidade Materno-Infantil. O problema mais freqüente diz respeito à alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, em especial as complicações decorrentes de Hipertensão Arterial e Diabetes, gerando altas taxas de internações. Este problema esteve presente em 12 das 15 (80%) CGS.

Entre as diretrizes propostas para intervenção neste problema se destacam:

- Ampliação da cobertura da atenção básica ou Estratégia de Saúde da Família;
- Adoção de protocolos clínicos para o tratamento do diabetes e hipertensão arterial;
- Aumento da oferta de consultas especializadas;
- Provisão adequada e oportuna de insumos para diagnóstico e tratamento destes agravos;
- Capacitação do profissional médico para atendimento de emergência nas complicações destes agravos;
- Regularização do fornecimento dos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e insulina;
- Implantação de academias da saúde;
- Campanhas educativas para a população.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..

2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

O segundo problema mais freqüente se refere às altas taxas de mortalidade materno-infantil. As CGS Asa Sul, Asa Norte, Gama, Ceilândia, Recanto das Emas e Planaltina priorizaram a alta taxa de mortalidade materno-infantil como o segundo problema mais freqüente.

Diretrizes Propostas:

- Consolidação do SIS PRÉ-NATAL;
- Implantar ações previstas na Rede Cegonha;
- Garantir acolhimento para o parto;
- Regularizar abastecimento de insumos e medicamentos;
- Garantia de atendimento ambulatorial para a gestante de alto risco;
- Garantia de acesso ao planejamento reprodutivo em todas as unidades básicas;
- Garantir apoio diagnóstico laboratorial e de imagem no pré-natal;
- Ampliar a oferta de serviços para o atendimento adequado no pré-natal e crescimento e desenvolvimento – CD;
- Garantir consulta no puerpério;
- Investigar 100% dos casos de mortalidade materna;
- Melhorar a efetividade do pré-natal de alto risco;
- Capacitação dos profissionais;
- Ampliar cobertura de ESF;
- Ampliar o acesso a consulta pediátrica.

O Guará, Santa Maria e Samambaia apontaram os transtornos mentais e dependência química como um dos problemas de saúde mais freqüentes nestas regiões.

Diretrizes propostas:

- Atuar no combate à violência, com notificação dos casos, em parceria com instituições da educação e da segurança;
- Ampliar oferta de serviços na área de saúde mental;
- Credenciamento (habilitação) de leitos de desintoxicação junto ao Ministério da Saúde;
- Ampliar atendimento CAPS e UBS;
- Aumento da oferta de atendimento com psicólogos, neurologistas e criação de serviço de atendimento psiquiátrico;
- Intensificação do tratamento e melhoria no acompanhamento dos pacientes;
- Ampliar e facilitar a distribuição de medicamentos psiquiátricos;
- Criação da estrutura necessária e implementação de protocolo de atendimento.

Eixo Gestão

No eixo da gestão, o problema “Recursos Humanos” – RH - esteve presente em 10 das 15 CGS, no eixo da gestão. Algumas CGS destacaram o déficit de RH e outras indicaram problemas relativos à gestão de RH. Contudo, a maior parte das diretrizes aponta para soluções que vão além da recomposição do quadro de servidores, tais como aquelas típicas de gestão de RH, entre estas, destaca-se a capacitação dos servidores.

Diretrizes propostas:

- Repensar a Gestão de Pessoas da Regional;
- Garantir e priorizar o vínculo horizontal;
- Implantar medicina do trabalho preventiva para a saúde do trabalhador;
- Acolhimento dos novos servidores e implantação de serviços voltados para o seu bem estar físico e psíquico;
- Pesquisa de satisfação dos servidores;
- Recompôr o quadro de servidores da Atenção Básica e especializada;

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

- Capacitação de profissionais;
- Realocação dos servidores por área de afinidade e aprimoramento dos processos de trabalho;
- Controle pelos supervisores diretos e por sistema eletrônico do cumprimento da carga horária;
- Definir as políticas de Saúde Ocupacional e Implantar um programa de QVT (Qualidade de vida no trabalho).

Além dos problemas relacionados a Recursos humanos, foram indicados também, com certa frequência, problemas relativos à solução de informática, abastecimento da rede e manutenção de equipamento, baixa cobertura da atenção básica, ausência de protocolos clínicos, e ausência de processos de gestão.

Diretrizes propostas:

- a) Soluções de informática
 - Implantar prontuário eletrônico;
 - Concluir informatização da rede;
 - Informatização plena dos serviços em rede;
 - Viabilizar acesso das Unidades de Saúde ao telefone e à internet;
 - Implantar salas de informática com acesso a internet no Paranoá e Itapoã.
- b) Abastecimento da rede e manutenção de equipamentos:
 - Adequação ou substituição do sistema de controle de material;
 - Aumento do controle de utilização de materiais e suprimento;
 - Maiores esforços das regionais junto à SES, para um melhor fornecimento de recursos;
 - Terceirização da mão de obra para manutenção dos equipamentos;
 - Regularizar o fornecimento de medicamentos.
- c) Baixa cobertura da atenção básica
 - Ampliar a cobertura da atenção básica
- d) Ausência de protocolos clínicos
 - Criar protocolos para a atuação em rede;
 - Elaborar protocolos clínicos
- e) Ausência de processos de gestão
 - Gestão compartilhada e participativa;
 - Ampliação da participação dos servidores e gestores na construção do Plano de Ação;
 - Organização e otimização dos recursos e serviços de saúde;
 - Aplicar metodologias e índices com vistas a melhoria da prestação de serviços;
 - Estruturação da rede de atenção com definição de regimento, serviços, fluxos, protocolos, papéis dimensionamento e estímulo de servidores;
 - Qualificação dos servidores para estruturação da rede;
 - Definição do papel das unidades e fluxos de pacientes;
 - Ampliar a regulação para as demais especialidades, leitos gerais e exames diagnósticos e de imagem;
 - Reorganizar, formalizar e atualizar os colegiados de gestão.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

Eixo Infraestrutura

No eixo de Infraestrutura, dez Coordenações Gerais de Saúde apontaram problemas acerca de inadequação da estrutura física, tanto em relação às condições de conservação quanto à deficiência, especialmente no que se refere às unidades básicas.

Entre as diretrizes propostas se destacam:

- Reforma e ampliação de UTIs;
- Reforma e ampliação de ambulatórios de unidades hospitalares;
- Construção da casa da gestante/puérpera;
- Reforma/reestruturação de rede elétrica e hidráulica;
- Troca de Elevadores;
- Reestruturação da área física de lavanderia;
- Reforma dos ambientes hospitalares;
- Construção de blocos de internação e ambulatório;
- Construção/adequação dos abrigos intermediários e externos para resíduos;
- Construção de unidades básicas em áreas de maior adensamento populacional;
- Reforma/adequação de Centros de Saúde.
- Alta demanda reprimida para exames devido à fila de espera longa gerada pelo número reduzido de equipamentos de diagnóstico.

O segundo mais freqüente problema de apontado, foi relacionado à deficiência em equipamentos médico-hospitalares e de informática e à manutenção dos mesmos. Houve registro de deficiência de equipamentos de diagnóstico e terapia, e outros equipamentos hospitalares.

As diretrizes propostas envolvem:

- Padronização dos equipamentos;
- Adequação do parque tecnológico;
- Aquisição de equipamentos tais como: oxímetros, esfigmomanômetro, monitores multiparamétricos e outros;
- Solicitar a compra de equipamentos essenciais para imagem e laboratório.
- Garantir que a manutenção dos equipamentos se realizem de forma preventiva ou no momento necessário e oportuno, com vistas a evitar suspensão dos serviços e o desgaste das máquinas.

Outros problemas de estrutura foram identificados, mas de forma isolada, em algumas Coordenações de Saúde, destacando-se a falta de policiamento em São Sebastião, baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Recanto das Emas, sistema de transporte deficiente, entre outros.

Notas:

- 1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..*
- 2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.*

ASA SUL				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Falta de acesso ao serviço de cirurgia pediátrica	1. Diminuir a demanda reprimida, de aproximadamente 4 mil crianças, na fila de espera para cirurgia pediátrica.	Ampliar o serviço da Cirurgia Pediátrica – HRAS para o atendimento referencial de todas as especialidades cirúrgicas da criança.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Ampliar o matriciamento de cirurgias Pediátricas na rede (AMEI).	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Contratualização do HUB e Hospital da Criança.	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
			Aumentar número de leitos.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Contratar novos Profissionais	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Ampliar o Centro Cirúrgico para o atendimento referencial de todas as especialidades cirúrgicas da Criança	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
	Aumento da demanda pelo atendimento na Emergência de pediatria	2. Ser referência em atendimento de Emergência Pediátrica.	Ampliar a oferta do serviço integrando novos profissionais do HRAN para o HRAS e UBS criando a contra referencia da Regional.	1.4: Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.
			Ampliar a política nacional de humanização com a implementação de suas diretrizes além de consolidar o acolhimento e classificação de risco.	1.4: Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.
			Informatização concluída e interligada entre o HRAS e UBS.	2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES
			Implantar o NRAD.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Carência de leitos neonatais ocasionando o aumento da Mortalidade Neonatal e Materna	3. Implantar a Rede Cegonha na Regional.	Participar ativamente na implantação da rede cegonha no âmbito da Rede SES-DF, fortalecendo outras unidades materno-infantis no atendimento secundário e básico.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Ser referencia no atendimento terciário materno infantil na SES-DF.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Implementar na integralidade as políticas da PNH, consolidando o acolhimento, classificação de risco e vulnerabilidade na porta de entrada da obstetria.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Contratação de novos profissionais.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO		3. Implantar a Rede Cegonha na Regional.	Efetivar a referencia e contra-referencia.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Consolidação do SIS - PRÉ-NATAL.	2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES
			Implantar os 46 leitos de UTI-NEONATAL	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Abertura de 10 leitos fechados por falta de pessoal	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
		4. Garantir o vínculo (referência) do atendimento a gestante da Região Centro Sul. (UBS- Maternidade - HRAS) e o acesso das gestantes com diagnóstico de malformação fetal e prematuridade extrema da Rede/SES/DF	Implantar as ações previstas da Rede Cegonha.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Garantir o acolhimento para o parto.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Matricular a construção de Centro de Parto Normal no Núcleo Bandeirante e Guará.	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
		5. Garantir o acesso à reprodução humana assistida	Regularizar abastecimento de insumos, materiais e medicamentos	1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.
		6. Oferecer à paciente em risco, a preservação da fertilidade.	Implantação do banco de Gametas – (criopreservação de óvulos e espermatozoides). Adequar a estrutura física.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
		Envelhecimento populacional	7. Diminuir déficit relativo à atenção do idoso –Diabetes e hipertensão.	Ampliar a cobertura da atenção primária à diabetes, idosos e hipertensão
	Elaboração do projeto de capacitação para os profissionais da rede de saúde para atenção ao idoso.			2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF..
	Implantar a estratégia de Saúde da Família na Vila Telebrasilândia e equipe de agentes comunitários nas áreas atendidas pela regional – Para atender a elevada demanda de idosos, diabéticos e hipertensos.			1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Implantar o NRAD.			1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
GESTÃO	Falta de reconhecimento da Missão da UMS e do HRAS.	8. Consolidar a missão da Unidade Mista de Saúde.	Executar as medidas administrativas e operacionais para consolidação em Centro de Referência em Treinamento em DST/AIDS, Hepatite, Tuberculose e Hanseníase.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Definir o nome da Unidade. Sensibilizar os gestores para a definição e criação da identidade.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
GESTÃO	Falta de reconhecimento da Missão da UMS e do HRAS.	9. Consolidar reconhecer efetivar a missão do HRAS.	Ser um hospital de excelência e de referência no atendimento Materno-infantil e Cirúrgico-pediátrico da Rede/SES/DF.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Desenvolver qualificação na gestão pública hospitalar, prezando pela valorização dos profissionais na área da saúde.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Atender com qualidade, efetividade, eficiência e de forma humanizada ao binômio Mãe - Filho, garantindo a integralidade, equidade e universalidade da assistência.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Desenvolver com excelência a tríplice missão de ser Hospital de Ensino, de assistência e de pesquisa.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
	Dificuldade em implementar a PNH, referência e contra-referência.	10. Implantar a Política Nacional de Humanização na Regional.	Reforma das Emergências e entrada principal respeitando a diretriz de ambiência.	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Garantir Servidores para a classificação de risco e recepção.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Capacitar os servidores.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Consolidar a Gestão Compartilhada	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
			Aplicar questionário de pesquisa de satisfação.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
	Enfraquecimento da atenção básica. Dificuldade de implantar o programa saúde da família na regional sul de saúde e agentes comunitários.	11. Fortalecimento da Atenção Básica da Regional.	Garantir referência e contra referência.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Estruturar com servidores e equipamentos.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Implantar a Saúde da Família e agentes comunitários.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Déficit de servidores	12. Adequar o número de servidores aos serviços oferecidos na Regional	Reorganizar a Gestão de Pessoas da Regional.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
Instituir mecanismos de avaliação por desempenho por produtividade e qualidade.			2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.	
Propor a alterações na avaliação anual do servidor, definindo novos itens.			2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.	

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Implantar medicina do trabalho preventiva para a saúde do trabalhador.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Programa de Acolhimento dos novos servidores e serviços voltados para o seu bem estar físico e psíquico.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
GESTÃO	Programas desvinculados, fragmentação, suporte e treinamento insuficientes para a TI.	13. Integrar o prontuário eletrônico aos diversos sistemas de informação existentes.	Instituir relatórios de gestão dos módulos do Trakcare e Plano de Contingência	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
	Capacitação dos servidores, residentes e internos	14. Formação e educação permanente, para à melhoria do desempenho nos serviços, por meio da reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral, contínua e permanente	Aquisição de material bibliográfico e audiovisual	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
	Falta de gerenciamento de leitos da rede.	15. Implantar o gerenciamento de leitos	Fortalecimento da capacidade gerencial.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
INFRAESTRUTURA	Estrutura física inadequada	16. Adequar a estrutura físicas, ao que preconiza as diretrizes da PNH (ambiência), da legislação, da ANVISA e da demanda da população.	Reforma e ampliação do CME e Centro Cirúrgico	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Reforma e ampliação das Enfermarias	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Reforma e ampliação das Emergências – adequar a PNH com ambiência e ACCR	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Reforma e ampliação das UTI's Ped, Adulta e UCIN externa	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
	Estrutura física inadequada	16. Adequar a estrutura físicas, ao que preconiza as diretrizes da PNH (ambiência), da legislação, da ANVISA e da demanda da população.	Reforma e ampliação do Ambulatório	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Construção Bloco Administrativo.	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Construção da Casa da Gestante e Puérpera.	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Falta de medicamentos e outros insumos básicos (com qualidade e quantidade suficiente)	17. Adequar a gestão de insumos da Regional	Estabelecer mecanismos de gestão. Padronização de material para a referência da regional. (criança e neonato)	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
INFRAESTRUTURA	Falta de computadores e Impressora	18. Informatizar a Regional	Concluir a implantação do prontuário eletrônico. Adequar e integrar os sistemas.	2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES
			Capacitar os servidores.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Aquisição de computadores e Impressoras.	2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES
	Equipamentos obsoletos	18. Adequar a gestão e manutenção do parque tecnológico da Regional	Implantar o Projeto de Engenharia Clínica.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.

CANDANGOLÂNDIA, NÚCLEO BANDEIRANTE, RIACHO FUNDO I E II E PARK WAY				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Baixa cobertura e baixa resolubilidade da ESF na CGS.	1. Ampliar cobertura da ESF e EACS, melhorando, assim, a oferta de serviços e ações da Atenção Primária à Saúde (APS) à população. Assim, como atingir 85% da resolubilidade nas equipes saúde da família;	Fortalecer a capacidade operacional Sensibilizar a gestão central no tocante a termos uma regional de saúde com vocação em atenção primária, com capacidade de oferta de retaguarda para hospitais, Conscientizar os servidores e comunidade quanto ao sentido da ESF e EACS Capacitar os participantes no programa, bem como dar fluxo aos que não desejarem participar.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família 2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
	Hipertensão e Diabetes	2. Garantir a atenção à saúde a todos os portadores de HAS e DM no âmbito da APS.	Realizar busca ativa efetiva de casos de HAS e DM nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família e Centros de Saúde; Ampliar a cobertura da Atenção Primária de Saúde.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Acesso /Notificação DST	3. Ampliar e melhorar acesso com acolhimento	Articular com a DRE para implementar ações educativas nas escolas	2.6: Criar mecanismos que viabilizem parcerias mais efetivas entre governo e sociedade e instrumentalizem o controle social.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

		humanizado para prevenção, promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e notificação de casos de DSTs	Qualificar os serviços de atenção às DSTs, com busca ativa especial para parceiros assintomáticos	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Garantir acesso com adequado acompanhamento do usuário.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Inadequação Estrutural do CS02	4. Readequar o CS02 em um ambiente de saúde.	Expor o problema à SES; exigir o cumprimento das reformas pactuadas com a SAPS; fomentar a inauguração da UPA-NB	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
GESTÃO	Acolhimento em desacordo com a PNH	5. Oferecer acesso e acolhimento rápido, eficiente e humanizado com atendimento integral e resolutivo aos usuários de acordo com a PNH.	Qualificar os serviços de saúde para implementar o acolhimento. Organizar o processo de trabalho.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
	Baixa cobertura de PCCU na Regional de Saúde.	6. Garantir a atenção à saúde a todos as mulheres na faixa de risco, entre 25 e 59 anos no âmbito da APS.	Garantir em caráter permanente o fornecimento dos insumos para realização do exame colposcópico.	1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.
			Realizar busca ativa efetiva das mulheres na faixa etária, entre 25 e 59 anos nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família e Centros de Saúde. Cumprir a NOTA TÉCNICA (05/08/2010) para padronização das condutas voltadas à prevenção do câncer do colo do útero no âmbito da SES/DF. Sensibilizar os profissionais de saúde quanto à sua responsabilidade em indicar o exame.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Centralização administrativa e financeira na SES-DF.	7. Contribuir para a descentralização administrativa e financeira	Melhorar o índice de satisfação dos usuários e trabalhadores; Subsidiar os processos administrativos da CGS de forma adequada; Fomentar discussões e atitudes para a desburocratização.	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
Baixo controle social, com desconhecimento da situação de saúde e do poder do cidadão sobre ela, em todas as Ras.	8. Contribuir para o fortalecimento dos Conselhos de Saúde das Ras.	Viabilizar a educação para o Controle Social, através de capacitações com fundamentação teórica específica da saúde, tais como situação epidemiológica, organização do SUS, situação real do funcionamento dos serviços de saúde, atividades e competência do conselho de saúde dentre outras, ministradas pelo CSDF. Estabelecer ações de informação, educação em saúde e divulgar as funções e competências	2.6: Criar mecanismos que viabilizem parcerias mais efetivas entre governo e sociedade e instrumentalizem o controle social.	

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

GUARÁ				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Alto índice de internações por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	1. Garantir assistência adequada e resolutiva nas UBS, reduzindo a morbidade por DCNT.	Fortalecimento da Atenção Básica em Saúde, ampliando a cobertura de ESF e o acesso a consultas básicas.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Ampliar equipe para atendimento nas UBS, incluindo psicólogos e Nutricionistas	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Organizar o fluxo de hipertensos e diabéticos da região na rede de serviços de saúde garantindo acesso em todos os níveis de atenção.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Alta prevalência de usuários de álcool e outras drogas provenientes de diversas localidades do DF.	2. Garantir acesso de qualidade aos usuários que buscarem o serviço conforme portaria 336GM/MS.	Ampliar atendimento CAPS	1.3: Implementar a rede de atenção à saúde mental em todas as Regiões de Saúde do DF, aumentando a cobertura.
			Ampliar atendimento UBS	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Credenciamento de leitos de desintoxicação no Ministério da Saúde	1.3: Implementar a rede de atenção à saúde mental em todas as Regiões de Saúde do DF, aumentando a cobertura.
GESTÃO	Ofertas de vagas insuficientes nas especialidades secundárias e terciárias.	3. Garantir atendimento adequado com otimização no diagnóstico e tratamento dos usuários.	Estímulo e valorização dos profissionais especialistas	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Informatização total da rede na CGS	2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES
			Regulação para todas as especialidades	2.2: Ampliar a regulação de acesso para consultas especializadas e leitos gerais
	Processos logísticos inadequados	4. Adequar os processos de logística ao fluxo de trabalho nas unidades de saúde regionais	Estimar de forma fidedigna quantitativo de insumos Aquisição de automóveis	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

INFRAESTRUTURA	Estrutura física inadequada das unidades de atendimento da Regional	5. Otimizar as ações desenvolvidas nas unidades	Adequação das unidades ao Nº de habitantes da sua área de abrangência	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
	Ausência de efetividade na manutenção preventiva de equipamentos	6. Garantir que as alterações e intervenções a efetuar nos equipamentos se realizem no momento necessário, afetando ao mínimo o ritmo de trabalho e minimizando o risco de avarias imprevistas.	Sistematizar a execução dos contratos de manutenção	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.

ASA NORTE				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Mortalidade elevada por câncer de mama.	1. Reduzir a mortalidade por câncer de mama	Ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo;	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Fazer diagnóstico precoce;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Incluir na rotina de atendimento a todas as mulheres de 50-69 anos a solicitação de exame de mamografia;	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Garantir acesso das mulheres com mamografia alterada à consulta com mastologista e tratamento adequado.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
	Baixa cobertura da população de mulheres de 25 a 59 anos que realizam exame preventivo do câncer do colo do útero.	2. Aumentar a cobertura da população de mulheres de 25-59 anos que necessitam realizar exame preventivo do câncer do colo do útero.	Ampliar a oferta do exame preventivo de câncer de colo de útero visando alcançar 15% da população de mulheres de 25 a 59 anos;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial e hospitalar.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Capacitar Enfermeiros para coleta de exame citopatológico;	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Garantir abastecimento de insumos para realização dos procedimentos.	1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.
	Elevada Taxa de Mortalidade infantil em algumas RA da Regional Norte de Saúde.	3. Reduzir a mortalidade Infantil.	Garantir atendimento para gestantes de alto risco no ambulatório do HRAN;	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Garantir acesso ao planejamento reprodutivo em todas as UBS;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Realizar pré-natal com apoio diagnóstico laboratorial e de imagens para todas as gestantes;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Atender com eficiência o recém-nascido e crianças com agravos;	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Realizar consultas de crescimento e desenvolvimento em todas as crianças de 0 a 6 anos;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Orientar as unidades de saúde para garantir atendimento para crianças em risco nutricional, incluindo consulta com nutricionista;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Prestar assistência a toda criança vítima de violência;	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Garantir o funcionamento do Comitê de Mortalidade Infantil;	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Alta taxa de mortalidade materna.	4. Reduzir a mortalidade materna.	Garantir atendimento em tempo oportuno para gestantes de risco no ambulatório de alto risco do HRAN;	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Realizar busca ativa de gestantes;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Garantir 7 consultas ou mais de pré-natal;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Garantir todos os exames recomendados no pré-natal;	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Incentivar o parto normal;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Garantir consulta de puerpério;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Investigação de 100% dos casos de morte materna.	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.		
Capacidade insuficiente de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose,	5. Fortalecer a capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose,	Reduzir a letalidade dos casos graves de dengue;	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.	

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	AIDS e influenza	AIDS e influenza	Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase;	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
			Ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano;	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
			Fortalecer a vigilância epidemiológica da doença para ampliar a detecção de casos de hepatite B e a qualidade do encerramento dos casos por critério laboratorial;	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
			Reduzir a transmissão vertical do HIV;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Aumento da incidência de AVC, Infarto Agudo do miocárdio e câncer de próstata na população masculina, principalmente entre 40 a 59 anos.	6. Reduzir a internação hospitalar por Diabetes Mellitus e AVC e detectar/tratar doenças do aparelho urogenital, principalmente de próstata.	Inserir estratégias e ações voltadas para a saúde do homem;	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Ampliar captação de pacientes para controle e tratamento de Hipertensão e Diabetes;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Encaminhar pacientes com complicações por diabetes e hipertensão para atendimento em ambulatório de especialidades;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Oferecer atendimento e avaliação oftalmológica para prevenção, controle e tratamento das complicações;	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Formar grupos de suporte e orientação de prevenção de uso de drogas lícitas e ilícitas;	1.3: Implementar a rede de atenção à saúde mental em todas as Regiões de Saúde do DF, aumentando a cobertura.
			Implementar grupos de combate ao tabagismo em todas as Unidades de Saúde;	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
			Reduzir a prevalência do tabagismo;	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012.
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Dificuldades no acesso do idoso aos serviços de saúde.	7. Promover a formação e educação permanente dos profissionais da Regional Norte de Saúde na área de saúde da pessoa idosa.	Promover ações de capacitação dos profissionais da Regional Norte de Saúde, principalmente na Atenção Básica, com ênfase na prevenção de quedas, por meio de Oficina de Prevenção de Quedas e Osteoporose;	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
GESTÃO	A capacidade de produção da Atenção Básica está abaixo do esperado.	8. Recuperar e potencializar a capacidade de produção da estrutura existente; E aprimorar o modelo assistencial com ênfase na APS.	Reestruturação das instalações físicas das unidades de saúde, com reforma/ampliação dos Centros de Saúde 9, 11, 15, 16;	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Destinação de área para construção de 2 Unidades Básicas de Saúde no Sudoeste RA 22. (população estimada para Octogonal e Sudoeste em 2009 foi de 58.228 habitantes).	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Destinação de área para construção de 1 Unidade Básica de Saúde no Setor Noroeste.	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
GESTÃO	A capacidade de produção da Atenção Básica está abaixo do esperado.	8. Recuperar e potencializar a capacidade de produção da estrutura existente; E aprimorar o modelo assistencial com ênfase na APS.	Destinação de área para construção de 1 Unidade Básica de Saúde para receber Estratégia de Saúde da Família, na Granja do Torto.	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Implantar Centros de Atividades Comunitárias e Sociais (CACs) ou Academias da Saúde (AS);	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
	Baixa Cobertura da ESF.	9. Expandir e qualificar equipes da Estratégia de Saúde da Família.	Consistir a equipe de Saúde da Família da Granja do Torto;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Implantar a Estratégia Saúde da Família no Varjão;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Implantar a Estratégia Saúde da Família na Vila Planalto;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Implantar a Estratégia Saúde da Família no Cruzeiro Velho.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Déficit de servidores.	10. Recompôr o quadro de servidores da Atenção Básica e do HRAN.	<p>Recompôr o quadro de pessoal da Atenção Básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 médicos para Clínica Médica • 05 Ginecologistas • 02 Enfermeiros • 31 Técnicos de Enfermagem • 06 Nutricionistas • 30 Técnicos Administrativo • 12 THD • 05 ACS ESF- Granja do Torto • 01 médico generalista (ESF) • 06 Assistentes Sociais 	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			<p>Recompôr o quadro de pessoal do HRAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 39 médicos para Clínica Médica • 5 Ginecologistas • 7 Neonatologistas • 15 Anestesistas • 10 Enfermeiros • 07 Nutricionistas • 8 Farmacêuticos • 6 Bioquímicos • 94 Técnicos de Enfermagem • 50 Técnicos Administrativo • 23 THD • 05 Assistente Social • 06 Técnicos em nutrição 	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
INFRAESTRUTURA	Problemas de infra-estrutura que comprometem a capacidade de produção do HRAN.	11. Aumentar a capacidade de produção do HRAN.	Reestruturar a rede elétrica do HRAN;	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Reestruturar a rede hidráulica;	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Consertar elevadores;	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Trocar ar condicionado central;	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Reestruturar a rouparia, lavanderia e CME;	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Reestruturar/aumentar número de leitos de UTI/adulto;	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Reestruturar/aumentar número de leitos do box de emergência;	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Reestruturar o setor de almoxarifado	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
	Alta demanda reprimida para exames devido à fila de espera longa gerada pelo número reduzido de equipamentos de diagnóstico	12. Reduzir a fila de espera para realização de exames.	Adquirir e manter o funcionamento de equipamentos de diagnóstico e monitoramento para o acompanhamento correto do paciente:	3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF.

GAMA				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Alto índice de hipertensão, diabete e obesidade	1. Reduzir o número de internação por complicações dos agravos mais frequentes à Saúde (hipertensão, diabetes e obesidade)	Aumentar o quantitativo de médicos nas UBS	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Promover a lotação de acordo com o perfil profissional.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Capacitar os médicos para uniformização e avaliação da assistência (Criação de Protocolos Clínicos)	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
	Alta taxa de mortalidade materna e perinatal	2. Reduzir taxa de mortalidade materno-	Melhorar a efetividade do pré-natal Alto Risco.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

		infantil	Facilitar o acesso e a busca ativa nas UBS	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Capacitação de profissionais e comprometimento com os programas	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
GESTÃO	Déficit de recursos humanos; inadequação às atividades da função; Deficiência na capacitação.	3. Tornar a carreira na saúde atraente aos profissionais através de incentivos vinculados à qualidade do desempenho.	Estabelecer programa de educação permanente, continuado, específico e obrigatório.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Realocação dos servidores por área de afinidade e aprimoramento dos processos de trabalho.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Controle pelos supervisores diretos e por sistema eletrônico do cumprimento da carga horária.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Melhorar a qualidade de vida no trabalho. Gratificações vinculadas ao desempenho quantitativo e qualitativo	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Informatização plena de todos os serviços em rede.	2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES
INFRAESTRUTURA	Estrutura física obsoleta e sub-dimensionada; Manutenção inadequada; Unidades pouco equipadas; Sistema de transporte deficiente.	4. Reestruturação das estruturas; Adequação do parque tecnológico; Reformulação do transporte inter-hospitalar	Prover estruturas adequadas com contratos eficientes de manutenção e conservação, mediante reformas profundas e modernização da estrutura física e contratos de manutenção adequados.	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.

SANTA MARIA				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Alto índice de transtorno mental/dependência química.	1. Facilitar e incentivar o acesso da população aos tratamentos psicológicos, psiquiátricos e neurológicos.	Aumento da oferta de atendimento com psicólogos, neurologistas e criação de serviço de atendimento psiquiátrico.	1.3: Implementar a rede de atenção à saúde mental em todas as Regiões de Saúde do DF, aumentando a cobertura.
			Intensificação do tratamento e melhoria no acompanhamento dos pacientes	1.3: Implementar a rede de atenção à saúde mental em todas as Regiões de Saúde do DF, aumentando a cobertura.
			Ampliar e facilitar a distribuição de medicamentos psiquiátricos.	1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Criação da estrutura necessária e implementação de protocolo de atendimento.	1.3: Implementar a rede de atenção à saúde mental em todas as Regiões de Saúde do DF, aumentando a cobertura.
			Criar estrutura para melhor atender os pacientes vítimas de agravos externos.	1.3: Implementar a rede de atenção à saúde mental em todas as Regiões de Saúde do DF, aumentando a cobertura.
			Criação de campanhas educativas para incentivar a melhoria da qualidade da alimentação, práticas esportivas/atividade física à população.	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
			Aumento do número de consultas especializadas e medicamentos especializados.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Ampliar a cobertura de PSF para melhor acompanhamento dos pacientes já diagnosticados.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
Alto índice de hipertensão, diabetes e obesidade		2. Garantir a atenção à saúde a todos os portadores de Hipertensão Arterial, diabetes e obesidade, em todos os níveis de atenção, reduzindo suas complicações e intercorrências.	Reativação do Cartão do Paciente crônico e dos trabalhos em grupos nos Centros de Saúde.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Aumento do controle de utilização de materiais e suprimento.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Adequação ou substituição do sistema de controle de material.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Treinamento dos servidores envolvidos no processo.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Aumentar o monitoramento do consumo de material por setor.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
GESTÃO	Falta de material, suprimentos, equipamentos, veículos e manutenção destes.	3. Garantir a disponibilidade de materiais, suprimentos, equipamentos e veículos no momento em que forem demandados pelos serviços da CGSSM.	Maiores esforços da regional junto à SES, para um melhor fornecimento de recursos.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Aumento do número de treinamentos e cursos aos servidores	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Realocação dos servidores por área de afinidade e criação de banco de talentos na Regional.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Controle pelos supervisores diretos do cumprimento da carga horária.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Implantação de um programa de QVT (Qualidade de vida no trabalho).	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
GESTÃO	Falta de pessoal e capacitação nas equipes da regional e baixa produtividade dos servidores	4. Melhorar a qualidade de vida no trabalho e realizar esforços, junto à SES, no sentido de reduzir o déficit do quadro de pessoal.	Criação de sistemas que facilitem e agilizem o trabalho dos servidores.	2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012.
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

INFRAESTRUTURA	Dificuldade de acesso da população às consultas básicas e especializadas	5. Facilitar o acesso da população às consultas ambulatoriais e de especialidades, reduzindo o tempo de espera para entrada do serviço.	Realocação dos profissionais especializados nas áreas com maior demanda.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Ampliação do serviço de marcação de consultas na DGSSM e de um sistema para divulgação das vagas existentes.	2.2: Ampliar a regulação de acesso para consultas especializadas e leitos gerais
			Melhores informações para os servidores da Regional sobre os serviços prestados.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Maior controle sobre o atendimento de pacientes e cumprimento de carga horária dos servidores.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Reestruturação do serviço de marcação de consultas.	2.2: Ampliar a regulação de acesso para consultas especializadas e leitos gerais

CEILÂNDIA				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE
EST. DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Alta incidência de causas externas	1. Oferecer ações e serviços de saúde com qualidade aos pacientes	Redimensionamento e realocação de RH	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Implantar acolhimento com classificação de risco	1.4: Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Alta taxa de internação por complicações do Diabetes e HASI	2. Reduzir a taxa de internação por complicação do Diabetes e HAS	Ampliar a estrutura existente e adequar os espaços para melhor acolher e atender a comunidade.	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
	Alta taxa de prematuridade	3. Reduzir a taxa de nascimentos prematuros	Desenvolver ações na área materno-infantil estabelecendo fluxos entre as unidades de saúde	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
	Alta taxa de mortalidade infantil e neonatal	4. Reduzir a taxa de mortalidade infantil e neonatal	Desenvolver ações na área materno-infantil estabelecendo fluxos entre as unidades de saúde	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
GESTÃO	Insuficiência de protocolos clínicos e fluxos	5. Organização da CGS em RAS	Responsabilização por área de abrangência	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
	Dificuldade de acesso aos serviços de saúde, em geral.		Definição do papel das unidades e fluxos de pacientes	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
INFRAESTRUTURA		Recursos humanos insuficiente e mal distribuídos	6. Facilitar o acesso da população aos serviços de saúde	Ampliar a regulação para as demais especialidades, leitos gerais e exames diagnósticos e de imagem
	Estrutura Física precária e insuficiência de leitos no HRC		7. Reduzir a escassez de pessoal	Implantar prontuário eletrônico
Estrutura Física precária e insuficiência de leitos no HRC		8. Melhorar a estrutura física e ampliar o número de leitos do HRC		Redimensionamento de pessoal
	Realocar pessoal		2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.	
	Ampliar o quadro de pessoal da CGS		2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.	
Estrutura Física precária e insuficiência de leitos no HRC	8. Melhorar a estrutura física e ampliar o número de leitos do HRC	Reformar ambientes do HRC	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.	
		Construir bloco de internação no HRC	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.	
		Construir ambulatório no HRC	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.	

BRAZLÂNDIA				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Alta taxa de mortalidade por homicídios na população residente	1. Melhorar a infra-estrutura para o atendimento às emergências	Adequação do espaço físico do hospital .	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Equipar a emergência	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Capacitar os profissionais da emergência	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Implantar classificação de risco na emergência	1.4: Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.
	Mortalidade por Doenças Cérebro-Vasculares na população com 20 anos ou mais residente	2. Reduzir a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares na população < de 20 anos de idade.	Provisão adequada e oportuna de insumos para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos hipertensos.	1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.
			Capacitação dos profissionais, específica para o atendimento à HAS e AVE	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Aumento cobertura de ESF.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Mortalidade por Infarto Agudo no Miocárdio na população com 20 anos ou mais residente	3. Reduzir a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio na população maior que 20 anos de idade	Aumento da cobertura da ESF	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Provisão adequada e oportuna de insumos para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes.	1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.
			Capacitação dos profissionais, para o atendimento específico a pacientes com HAS e AVE.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Aumento no acompanhamento ambulatorial dos pacientes com fatores de risco para doença coronária aguda	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Lotação de profissionais especialistas em cardiologia no Hospital Regional;	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
GESTÃO	Dificuldades na aquisição e manutenção de equipamentos médico-hospitalares	4. Facilitar a aquisição e manutenção de equipamentos médico-hospitalares;	Descentralização dos recursos e compartilhamento das decisões administrativas;	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
			Aumento na celeridade dos processos / licitações;	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
	Dificuldades na aquisição e manutenção de equipamentos médico-hospitalares	4. Facilitar a aquisição e manutenção de equipamentos médico-hospitalares;	Renovação dos equipamentos obsoletos – Aquisição de novos equipamentos;	3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF.
			Terceirização da mão de obra para manutenção dos equipamentos;	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
GESTÃO	Precariedade do trabalho em rede na Região Oeste;	5. Organizar o trabalho em rede na Região Oeste	Capacitar todos os profissionais no mecanismo de atenção em rede;	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Reorganização e articulação da rede na Região Oeste;	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Melhorar os sistemas de controle e regulação;	2.2: Ampliar a regulação de acesso para consultas especializadas e leitos gerais
			Criar protocolos para a atuação em rede;	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
	Baixa capacitação profissional na Regional de Saúde;	6. Capacitar os servidores da Regional de Saúde de Brazlândia;	Formar continuamente o servidor	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Criação de política organizacional de educação continuada	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
	Excessiva centralização financeira na SES - DF	7. Descentralizar os recursos financeiros da SES-DF;	Desburocratizar, conferir autonomia e flexibilizar o uso dos recursos financeiros, de acordo com os interesses próprios da Regional, em consonância com as diretrizes centrais.	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
			Manter a atuação do PDPAS, aumentando suas equipes gestoras e abrangência	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
INFRAESTRUTURA	Déficit de Recursos Humanos	8. Reduzir o déficit de recursos humanos na regional	Revisão e criação de PCCS em todas as categorias.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Implantação de política de gestão de pessoas com base exclusiva em critérios técnicos.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Contratação de mais servidores para saúde	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.

TAGUATINGA				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Desconhecimento do grau de satisfação do usuário	1. Conhecer o grau de satisfação do usuário da CGST	Elaborar um instrumento de pesquisa de satisfação do usuário	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Aplicar a pesquisa de satisfação do usuário	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Consolidar, avaliar e divulgar os resultados da pesquisa	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
	Falta de uma política regionalizada de enfrentamento dos principais agravos observados nos indicadores epidemiológicos de Taguatinga	2. Consolidar as políticas públicas para o enfrentamento dos principais agravos observados pelos indicadores epidemiológicos de Taguatinga	Definir os eixos estratégicos para a prevenção e enfrentamento dos agravos à saúde do idoso	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Tornar a Unidade Mista de Taguatinga um Centro de atenção integral a saúde do idoso	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Ampliar a oferta dos serviços de prevenção aos agravos cardiovasculares, câncer de colo, de mama e próstata.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
GESTÃO	Falta de uma pactuação interna de gestão da CGST	3. Rever e adequar o Planejamento organizacional da DGST;	Reorganizar, formalizar e atualizar os colegiados de gestão da CGST	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
			Atualizar os Colegiados do Pronto Socorro, das UBS, do Bloco cirúrgico, da Perinatologia e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Coordenar a criação do Colegiado de Gestão da Região Sudoeste;	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
			Criar o Colegiado do Bloco de internação, da Unidade Mista, da Central de Radiologia e do Ambulatório	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Implementar o funcionamento dos conselhos de saúde das unidades da DGST	2.6: Criar mecanismos que viabilizem parcerias mais efetivas entre governo e sociedade e instrumentalizem o controle social.
			Consolidar as estratégias da Gestão de Leitos	2.2: Ampliar a regulação de acesso para consultas especializadas e leitos gerais
			Elaborar um plano de pactuação com os serviços que integram a rede de saúde e buscam atendimento na CGST.	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

GESTÃO	Falta de uma política de gestão de pessoas na CGST	4. Elaborar uma Política de gestão de Pessoas na CGST	Realizar o mapeamento dos processos	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Rever o processo de avaliação de desempenho;	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Uniformizar e pactuar os processos de gestão	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Formalizar e implementar as Diretrizes para organização e pactuação entre os setores	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
			Capacitar os gestores da Coordenação	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Definir as políticas de Saúde Ocupacional	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
INFRAESTRUTURA	Falta de um plano diretor para a coordenação	5. Elaborar um plano diretor para CGST	Elaborar e implementar um plano Diretor para a CGST	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Elaborar e implementar o Regimento Interno da CGST	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Elaborar o planejamento de manutenção predial e de equipamentos	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Aplicar e monitorar a planilha de manutenção predial e de equipamentos	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Capacitar os gestores dos contratos	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Elaborar e divulgar lista de contratos de manutenção predial e de equipamentos da CGST	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

INFRAESTRUTURA	Falta de normas e rotinas institucionais nos setores	6. Atualizar e/ou elaborar as normas, rotinas em todos os setores da CGST	Atualizar as normas e rotinas em todos os setores da CGST	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
	Falta de uma política de comunicação para a CGST	7. Elaborar uma política de comunicação interna na CGST	Criar a semana anual de mostra de ações positivas dos setores da CGST	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Criar, implantar e discutir pesquisa de satisfação dos servidores	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Pesquisar as estratégias de melhoria de comunicação interna da CGST	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Criar um grupo de trabalho para a valorização dos servidores ou revitalizar o grupo de humanização	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Realizar um grupo de e-mail coletivo e cadastrar os servidores da CGST	2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES

SAMAMBAIA				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Alta prevalência de descompensação de doenças crônicas (Hipertensos e Diabéticos) acima de 50 anos	1. Ampliar a assistência aos portadores de HAS e DM e reduzir suas complicações	Aumento da cobertura de ESF completas	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Estabelecer protocolos assistenciais para atendimento do enfermeiro	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Regularizar o fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes	1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.
			Melhorar a metodologia de abordagem aos hipertensos e diabéticos em palestras, consultas e acolhimento	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Alta prevalência de sofrimento psíquico em pacientes de 25 a 49 anos	2. Ampliar a assistência aos portadores de doença mental em todos os níveis de atenção. 3. Melhorar a cobertura e efetividade das ações de reabilitação e reinserção	Atuar na prevenção e combate ao uso de álcool e drogas, e na redução da polipsicofarmacoterapia	1.3: Implementar a rede de atenção à saúde mental em todas as Regiões de Saúde do DF, aumentando a cobertura.
			Atuar no combate à violência, com notificação dos casos, em parceria com instituições da educação e da segurança	1.4: Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

		social.	Ações para incentivo à profissionalização e reinserção social	1.3: Implementar a rede de atenção à saúde mental em todas as Regiões de Saúde do DF, aumentando a cobertura.
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Elevada prevalência de gravidez na adolescência (11 a 17 anos)	4. Reduzir o nº de gestantes adolescentes	Ampliar a orientação contraceptiva e a oferta de contraceptivos a adolescentes, incluindo ações em escolas	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Elevado nº de internações hospitalares por DPOC	5. Reduzir o nº e a gravidade das internações por DPOC	Ampliar adesão aos programas de combate ao tabagismo/Regularizar fornecimento de medicação antitabagismo	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
			Ampliar oferta de recursos como espirometria e oximetria de pulso na atenção primária para avaliação de pneumopatas	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Reestruturar rede de atenção com referência para fisioterapia respiratória	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Regularizar o fornecimento de medicamentos broncodilatadores	1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.
GESTÃO	Dificuldade na utilização do prontuário eletrônico	6. Aprimorar e ampliar a utilização do prontuário eletrônico	Capacitação e treinamento do servidor no manuseio do sistema	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Adequar o provedor à necessidade do sistema	2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES
			Capacitação e treinamento do servidor no manuseio do sistema	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Informatizar toda a rede	2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES
	Falta de alinhamento de condutas	7. Alinhar condutas de atendimento	Estabelecimento/revisão de protocolos e diretrizes de atendimento	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
			Aumento no número de vagas nos cursos	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Liberação de carga horária de servidor para exercer a coordenação do programa	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Baixa comunicação entre níveis de atenção	8. Garantir comunicação adequada entre os diferentes níveis de atenção	Estabelecer a Rede de Atenção à Saúde na Regional	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
	Falta de autonomia da Regional e das unidades de saúde	9. Ampliar a autonomia financeira e administrativa das Regionais	Descentralização financeira e administrativa	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
INFRAESTRUTURA	Falta de acessibilidade nos pontos de atenção à saúde aos PNE	10. Garantir acessibilidade aos PNE nos pontos de atenção à saúde de Samambaia	Construção de rampas de acesso	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Contrato de manutenção de elevadores	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Adaptação dos banheiros	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
	Estrutura física restrita para atendimento do CAPS e espaço não privativo	11. Relocação do CAPS a um espaço próprio e adequado para atividades	Construção do espaço próprio para o CAPS em Samambaia	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
	Ausência de gerenciamento de resíduos	12. Atualizar e implementar o plano de gerenciamento de resíduos em Samambaia	Construção ou adequação dos abrigos intermediários e externos para resíduos	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Provisão de recursos humanos para gerenciamento de resíduos	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Provisão de recursos materiais para gerenciamento de resíduos	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
	Falta de recursos materiais básicos para assistência	13. Regularizar o fornecimento de materiais básicos para assistência	Aquisição de oxímetro para as unidades	3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF.
			Aquisição de esfignomanômetro e estetoscópio para as unidades	3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF.
			Aquisição de balanças antropométricas e pediátricas para as unidades	3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF.
Aquisição de monitores multiparamétricos para as centro obstétrico, centro cirúrgico, clínica médica, pronto-socorro			3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF.	
Aquisição de equipamentos de sonar (detector fetal) e fitas métricas			3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF.	

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Aquisição de carrinhos para emergência (suporte a PCR) no hospital	3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF.
			Aquisição de aparelho de cardiocografia para o hospital	3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF.
RECANTO DAS EMAS				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Aumento na taxa de mortalidade infantil a partir de 2009, na Regional de Saúde, do Recanto das Emas, sendo de maior incidência as mortalidades perinatal e neonatal precoce.	1. Reduzir a taxa de mortalidade infantil.	Estruturação da Rede de Atenção à Saúde Materna Infantil (planejamento familiar, prenatal, puerpério e acompanhamento criança até dois anos de vida).	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
	Alta taxa de mortalidade por doenças do aparelho cardiovascular no Recanto das Emas, com predominância do Acidente Vascular Cerebral, no período de 2006 a 2009.	2. Diminuir a taxa de mortalidade por doenças do aparelho cardiovascular	Descentralização do Programa de Combate ao Tabagismo para todas as Unidades de Saúde	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
			Implantação do Projeto "Academia da Saúde no Recanto"	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Ampliação da ESF	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Elevado percentual de gestação em mulheres com menos de 19 anos de idade no Recanto das Emas.	3. Reduzir o percentual de gestação em mulheres com menos de 19 anos	Ampliação do Programa de Adolescentes na Atenção Primária (implantação de grupos nas ESF's e Centros); Ampliação do Programa de Saúde na Escola	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
Manutenção dos índices de incidência de	4. Diminuir a incidência de dengue	Aumento da Cobertura da ESF	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família	

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	dengue, com tendência a exacerbações nos períodos endêmicos		Construção e implantação do Programa de Educação em Saúde para controle da dengue; Divulgação e garantia da implementação do Plano de Contingência da Dengue do Recanto das Emas;	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
	Baixa cobertura (12%) da população do Recanto das Emas com equipes da ESF em novembro de 2011.	5. Atingir 100% de cobertura da população com ESF, com estrutura física adequada e capacitação profissional.	Capacitação dos profissionais de saúde para elaboração, execução, monitoramento e avaliação de projetos prioritários da APS	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Baixa cobertura (12%) da população do Recanto das Emas com equipes da Estratégia Saúde da Família em novembro de 2011.	5. Atingir 100% de cobertura da população com ESF, com estrutura física adequada e capacitação profissional.	Priorização das Diretrizes da ESF na organização da Atenção Primária; Capacitação dos profissionais de saúde para elaboração, execução, monitoramento e avaliação de projetos prioritários da APS	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Poucos espaços/vivências de promoção integral à saúde da população no Recanto das Emas.	6. Aumentar o número de espaços/vivências de promoção integral à saúde integral e melhorar os já existentes.	Ampliação do número de profissionais envolvidos nas práticas integrativas em saúde Programação de atividades promocionais de saúde em horários adequados ao trabalhador. Elaboração e execução de projetos para buscar parcerias com os demais setores.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF. 2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF. 2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
	Baixa cobertura de primeira consulta de saúde bucal, da população do Recanto das Emas, de janeiro a novembro de 2011.	7. Aumentar e viabilizar a cobertura de primeira consulta de saúde bucal.	Construção de Unidades de ESF com consultórios odontológicos e ampliação do quadro de profissionais da equipe de saúde bucal; Fornecimento adequado de insumos e manutenção periódica dos consultórios odontológicos Criação do terceiro turno odontológico nos centros de saúde.	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde. 1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção. 1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Elevada demanda reprimida por consultas de especialidade no Recanto das Emas, especialmente ortopedia, neurologia adulto, reumatologia, psiquiatria	8. Reduzir a demanda reprimida por consultas de especialidade	Disponibilização de serviços especializados na Regional (policlínica/hospital); Capacitação de profissionais da Atenção Primária e implantação do matriciamento. Negociação de maior oferta de vagas das regionais e efetivação do fluxo de contra-referência	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde. 2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF. 1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012.
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
	Aumento da incidência de doenças infecto contagiosas, sendo de maior relevância as DST's (hepatites B e C, sífilis adquirida e congênita), a hanseníase e a tuberculose, no ano de 2009.	9. Reduzir a incidência das doenças infectocontagiosas no Recanto das Emas.	Capacitação de profissionais da atenção primária em DST's, hanseníase, tuberculose e outras;	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Efetivação dos programas de DST's, hanseníase e tuberculose.	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
GESTÃO	Atuação precária do controle social nas iniciativas e discussões Regional de Saúde do Recanto das Emas.	10. Tornar a atuação do controle social efetiva.	Conscientização e estímulo a comunidade, trabalhadores e gestores sobre o papel do conselho de saúde nas decisões da regional e da importância de sua participação; Diversificar os meios de comunicação para divulgação das atividades do Conselho de Saúde.	2.6: Criar mecanismos que viabilizem parcerias mais efetivas entre governo e sociedade e instrumentalizem o controle social.
	Ausência de plano de ação da DGSRE e das unidades de saúde do Recanto das Emas com priorização, metas, prazos, responsabilidades, monitoramento e avaliação.	11. Construir e executar plano de ação da DGSRE e das unidades de saúde do Recanto das Emas com priorização, metas, prazos, responsabilidades, monitoramento e avaliação	Gestão compartilhada e participativa; Ampliação da participação dos servidores e gestores na construção do Plano de Ação; Organização e otimização dos recursos e serviços de saúde	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
	Ausência de utilização de recursos sócio culturais da comunidade para educação em saúde no Recanto das Emas.	12. Utilizar os recursos sócio-culturais da comunidade, para educação em saúde no Recanto das Emas.	Mapeamento dos recursos sócio-culturais da comunidade ; Ampliação das parcerias com os vários setores da região administrativa (governamental e não governamental); Incentivo à participação de todos profissionais de saúde em atividades extra muro.	2.6: Criar mecanismos que viabilizem parcerias mais efetivas entre governo e sociedade e instrumentalizem o controle social.
	Coordenação deficiente dos esforços das várias partes da rede local, que dê conta dos processos de trabalho,	13. Coordenar de forma eficaz os processos de trabalho no Recanto das Emas.	Adequação e ampliação de espaços físicos.	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Qualificação dos servidores para estruturação da rede	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

da produtividade dos profissionais e do uso efetivo de insumos e recursos no Recanto das Emas.		Estruturação da rede de atenção com definição de regimento, serviços, fluxos, protocolos, papéis dimensionamento e estímulo de servidores	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
--	--	---	---

PLANALTINA				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Altas taxas de mortalidade por doenças Cerebrovasculares	1. Redução morbimortalidade por doenças cardiovasculares	Oferta de assistência adequada aos portadores de doenças cardiovasculares	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Aumentar quantidade de ACS's para acompanhamento domiciliar	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Capacitar os profissionais de saúde para promoção de atividades educativas, visando a prevenção	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Aumentar quantidade de consultas médicas	2.2: Ampliar a regulação de acesso para consultas especializadas e leitos gerais
	Altas taxas de mortalidade por causas externas	2. Promover a conscientização através de campanhas sobre a violência na juventude	Reduzir as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Diminuir as taxas de mortalidade por violência	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
	Altas taxas de internação/mortes por doenças respiratórias	3. Garantir a assistência a saúde a pessoas portadoras de doenças respiratórias crônicas	Melhorar o diagnóstico e acompanhamento dos pacientes com doenças respiratórias crônicas e das alergias respiratórias	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Melhorar o atendimento das complicações agudas graves de doenças respiratórias crônicas	1.4: Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Prevenir fatores de risco de doenças respiratórias crônicas evitáveis	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família	
			Criar ambulatório de pneumologia para referência em atenção secundária	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.	
	Altas taxas de óbitos fetais e de mortalidade infantil	4. Garantir à atenção à Saúde das crianças para reduzir a mortalidade infantil	Aumentar a cobertura da ESF	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família	
			Aumentar a quantidade de consultas de saúde da criança (ESF; EACS)	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família	
			Reduzir a mortalidade infantil	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família	
			Reduzir a mortalidade neonatal	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família	
			Reduzir a mortalidade materna	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família	
Aumentar a quantidade de profissionais Médicos Pediatras para atenção secundária	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.				
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Altas taxas de neoplasia de colo de útero	5. Garantir a coleta de preventivo de câncer de colo uterino de mulheres em idades de 15 a 60 anos	Aumentar campanha de divulgação	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família	
			Aumentar a quant. de consultas ginecológicas	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família.	
			Aumentar a quant. de exames citopatológicos	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.	
	Diabete	6. Garantir a atenção a saúde a pessoas portadoras de diabéticas	7. Diminuir a taxa de comorbidades internações e mortalidade	Ampliar controle feito por ACS nos pacientes diabéticos	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			7. Diminuir a taxa de comorbidades internações e mortalidade	Diminuir a taxa de comorbidades internações e mortalidade	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	GESTÃO	Falta de fluxos de produção e metas	8. Promover a eficiência e qualidade na prestação dos serviços públicos em saúde	Aplicar metodologias e índices com vistas a melhoria da prestação de serviços	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
Baixo controle sobre os servidores e de sua produção		9. Promover maior controle da produção e da qualidade dos serviços prestados pelos servidores	Melhorar programa de controle de produção de servidores	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.	

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

SOBRADINHO				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Doenças Cerebrovasculares	1. Diminuir os agravos e mortes por doenças cerebrovasculares	Realizar Diagnóstico Populacional;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Realizar campanhas semestrais de prevenção ao AVE;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Realizar levantamento sobre o tempo entre a suspeita do AVE e a intervenção hospitalar;	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Realizar levantamento de necessidade de atenção ou internação domiciliar;	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
GESTÃO	Integração da Rede	2. Promover e desenvolver a integralidade do serviço de saúde da CGSS entre todas as unidades e serviços da SES-DF	Realizar a informatização da CGSS;	2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES
			Realizar a Regulação dos serviços ofertados;	2.2: Ampliar a regulação de acesso para consultas especializadas e leitos gerais
	Integração da Rede	2. Promover e desenvolver a integralidade do serviço de saúde da CGSS entre todas as unidades e serviços da SES-DF	Divulgar o conceito "REDE" para servidores da CGSS;	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Estabelecer trabalho em rede na Regional de Saúde Norte;	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
			Estabelecer trabalho em rede com outros órgãos do GDF	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
	Divergência no modelo de saúde	3. Implantar o modelo de Atenção Primária em Saúde Abrangente	Sensibilizar gestores e servidores da CGSS;	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Realizar o levantamento do fluxo atual de referência e contra referência por serviço;	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
			Realizar o levantamento do tempo entre a solicitação do serviço o retorno do usuário-cidadão à UBS;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Realizar a Regulação dos serviços ofertados;	2.2: Ampliar a regulação de acesso para consultas especializadas e leitos gerais

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

INFRAESTRUTURA	Unidades Básicas de Saúde - baixa cobertura	4. Implantar Equipamentos de Saúde garantindo porta única de acesso	Realizar construção de: 04 Clínicas da Família para 3, 5 e 7 equipes; UPA tipo III; CAPS ad tipo III; CAPs infantil; Policlínica de especialidades; Centro de ensino e pesquisa; Centro administrativo; Auditório para 300 pessoas; Farmácia de alto custo; Farmácia de infusão; Farmácia da atenção primária;	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Reforçar a Atenção Primária garantindo a assistência de pacientes VERDES;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Unidades Básicas de Saúde - baixa cobertura	5. Implantar Equipamentos de Saúde garantindo porta única de acesso	Reforçar a Atenção Primária para o acolhimento de pacientes AZUL;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Garantir Classificação de Risco em todas as unidades;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Garantir ações de prevenção e promoção de saúde.	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
			Reforma/Ampliação de: Bloco de Emergência (PS , Centro cirúrgico com 10 salas, UTI 30 leitos e CME; CSS 02;CSS 03 para CEO; Hemodiálise; UTI adulto para 10 leitos; CAPS ad para Unidade de Acolhimento; Postos Rurais;NUFIRF; Bloco Materno Infantil (Equipamentos)	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
PARANOÁ				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Alta taxa de mortalidade por causas externas	1. Ampliar a estrutura para atendimento de Urgências e Emergências	Trabalhar em articulação com o Programa de Saúde na Escola e o Pró-Saúde para ações de educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
			Estruturar as Unidades de Atenção Primária à Saúde para prestar o primeiro cuidado às urgências e emergências.	1.4: Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.
			Capacitação (Educação Permanente) das equipes para atendimento a Urgência e Emergência.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Apoiar a implantação das UPAs e integração em rede com os demais serviços da Coordenação Geral de Saúde.	1.4: Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Garantir a Classificação de Risco no Pronto Socorro do HRP.	1.4: Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.
	Baixa cobertura de saúde da família – área urbana e rural	2. Aumentar a cobertura da Atenção Primária à Saúde na Regional de Saúde do Paranoá	Viabilizar junto a SES e SEDHAB terrenos para construção de Clínicas de Famílias nas áreas de expansão do Paranoá e Itapoã. Aumentar o quantitativo de equipes de Saúde da Família para cobertura de 70%	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família 2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
	Aumento da taxa de mortalidade neonatal	3. Reduzir a mortalidade neonatal	Restruturar o Comitê de Mortalidade e infantil e neonatal na Regional; Estruturar a rede materna e infantil (Rede Cegonha); Melhorar a qualidade da assistência ao Neonato Melhorar a qualidade da assistência e o número de gestantes ao pré-natal Aumentar a capacidade de atendimento do PRAIA e incentivar na adolescência noções de controle de natalidade em todas as UBS Implantar em cada UBS grupo de planejamento familiar vinculado ao PAISM Atendimento prioritário a gestantes de alto risco e adolescentes	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF. 1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias. 1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias. 1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família 1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família 1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Alta taxa de mortalidade de idosos internados	4. Garantir o acesso e integralidade da Atenção à Pessoa Idosa	Notificação e Vigilância Epidemiológica dos casos visando identificar causas Criação de protocolos multidisciplinares de atendimento a idosos fraturados Garantir a resolutividade dos casos de fraturas (internação hospitalar, tratamento cirúrgico em tempo adequado, tratamento intensivo quando necessário, reabilitação) Notificação e Vigilância Infeciosa e acompanhamento dos casos internados hospitalares Criação de rotinas nos serviços afins (laboratório, radiologia) e normatização sobre rotinas e fluxos de pareceres as especialidades. Estruturação do NRAD para acompanhamento de casos pós alta reduzindo tempo de internação	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho. 1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias. 1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias. 1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias. 2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF. 1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Estruturar a Rede de Atenção Primária à Saúde aos Idosos da Coordenação Geral do Paranoá com ênfase no controle das doenças crônico-degenerativas.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
GESTÃO	Dificuldade na obtenção e monitoramento de dados na Regional	5. Melhorar a gestão dos processos de: obtenção, monitoramento e avaliação de dados; faturamento; fluxos dos serviços.	Articulação entre os serviços com pactuação de metas e indicadores sobre os problemas de saúde da população.	2.5: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a co-responsabilização dos administradores e técnicos no nível local.
	Falta de registro e anotações de procedimentos realizados pelas equipes multiprofissionais interferindo nos dados e faturamento.		Padronização de documentos e protocolos, por setores, para registro das informações.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
	Descontinuidade das atividades das comissões hospitalares para monitoramento dos serviços.		Sensibilizar os profissionais quanto a importância dos registros das atividades realizadas.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
	Falta de gerenciamento de leitos e indicadores hospitalares		Legalizar e acompanhar as ações das comissões hospitalares, utilizando as informações para tomada de decisões.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
GESTÃO	Falta de comunicação entre setores e unidades da regional de Saúde	5. Melhorar a gestão dos processos de: obtenção, monitoramento e avaliação de dados; faturamento; fluxos dos serviços.	Criação e legalização de colegiados gestores entre unidades afins de modo a garantir fluxo de comunicação e de decisão compartilhada.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
	Falta de controle gerencial sobre atividades assistenciais dentro das Unidades		Monitoramento regular dos processos de trabalho e o resultado sobre a produtividade das unidades.	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
	Desarticulação entre a Atenção Primária e Atenção especializada.		Criar e Institucionalizar as Linhas de Cuidado à Saúde integrando todos os níveis de Atenção.	1.2: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.
INFRAESTRUTURA	Dificuldade de acesso da população rural aos Serviços de Saúde	6. Garantir o acesso da população rural aos serviços de saúde	Aumentar o quantitativo de motoristas para garantia de transporte para as equipes para atendimento as áreas rurais	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
	Baixa cobertura de saúde da família – área urbana e rural	7. Ampliar as equipes de Saúde da Família e estruturar as Unidades existentes.	Ampliar a cobertura da Atenção Primária a Saúde	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Poucas unidades de saúde construídas destinadas a ESF	8. Ampliar as equipes de Saúde da Família e estruturar as Unidades existentes.	Construir US adequadas para atender as comunidades da Regional e realização de reformas-ampliação das unidades de saúde atuais.	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012.
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

	Áreas físicas destinadas ao armazenamento de medicamentos inadequada.	9. Adequação, ampliação e manutenção das áreas físicas para melhor oferta de serviços	Ampliação da área física do PS/HRPa, em especial Pronto Socorro e do Centro Obstétrico.	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
	Falta de informatização nas Unidades de Saúde e ESF		Construção de abrigo externo para armazenamento de lixo em todas as unidades	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Adequação de área física das farmácias das unidades e saúde de acordo com as diretrizes do MS	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Revisão da parte hidráulica e elétrica e de gases de todas as unidades da regional	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Construção de um bloco anexo para abrigar as empresas terceirizadas	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			revisão periódica e Impermeabilização dos tetos de todas as Unidades	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Reforma e ampliação do centro de saúde Itapoã com adequação para Centro de Saúde -escala	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
INFRAESTRUTURA	Falta de informatização nas Unidades de Saúde e ESF	9. Adequação, ampliação e manutenção das áreas físicas para melhor oferta de serviços	Cosntrução de rampas de acesso para os deficientes em todas as unidades	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			Construção do centro de especialidades odontológicas	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
			- Garantir cabeamento para acesso a internet nos CATIS. (TELESAÚDE)	2.3: Completar a informatização das unidades de saúde e dos processos de trabalho da SES

SÃO SEBASTIÃO				
EIXOS	PROBLEMAS	OBJETIVOS	DIRETRIZES	ALINHAMENTO COM AS DIRETRIZES DO PLANO DE SAÚDE

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Dengue: nº de notificações em 2010 foram 1020, sendo 630 confirmados autóctones e 22 importados, dados da 40ª semana epidemiológica em 04/09/11.	1. Reduzir o nº de casos de dengue em S. Sebastião.	Trabalho em equipe com vários órgãos, tais como: DIVAL, DIVISA, Administração, Conselho de Saúde, PSF, SLU, entre outros. Para isto foi criado o GEIPLANDENGUE, para levantar os problemas e buscar soluções.	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
	Varicela: 791 casos. Dados obtidos na DIVEP.	2. A redução da varicela depende da introdução da vacina na rede.	Introdução da vacina no calendário básico de vacinação.	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
	Síndrome do corrimento uretral, Síndrome do corrimento cervical: notificados 118 e 44, respectivamente. Dados do SINAN/2011.	3. Redução de casos.	Exame precoce dos contatos;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Prevenção com uso de preservativo;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Melhorar o entrosamento dos programas: Saúde da mulher, do adolescente, do homem e prisional.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
		Trabalho em equipe com PSF, escolas e comunidade.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família	
		Detecção precoce da doença;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família	
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	Condiloma Acuminado/HPV: Casos Identificados: 117	4. Redução da mortalidade por câncer de colo do útero.	Exame precoce dos contatos;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Conscientização do uso de preservativo;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Introdução da vacina contra o HPV na rede.	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
Hepatites virais: 126 casos.	5. Mortalidade por câncer hepático e forma aguda de hepatite.	Aumentar cobertura e faixa etária de vacinação contra hepatite "B".	1.6: 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, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.	

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

			Detecção precoce da doença;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
		6. Reduzir tratamento de agravo crônico.	Conscientização e orientação das formas de transmissão	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Tuberculose. 34casos, sendo 9 de S. Sebastião e demais do presídio.	7. Diagnóstico precoce;	Trabalho em equipe com o PSF.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
		8. Exame dos contatos.	Mutirão da tosse.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
		9. Aumentar cobertura vacinal da BCG.		1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Hanseníase: 14 casos, sendo 9 de S. Sebastião e demais do presídio.	10. Diagnóstico precoce;	Trabalho em equipe com o PSF.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
		11. Exame dos contatos.	Mutirão da mancha.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	Dados de mortalidade por doenças cerebrovasculares, doenças isquêmica do coração e Diabetes mellitus: DM= 3 casos; D.cerebrovasculares=20 casos;D. isquêmica do coração= 11 casos. 2009/DIVEP.	12. Reduzir mortalidade por DCV e a demanda reprimida do csss-01,que são: 60 DM e 45 HÁ.	Implementação do trabalho em conjunto com o PSF para retorno do cadastramento dos hipertensos no Hiperdia;	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
			Retorno das palestras educativas.	1.1: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família
	GESTÃO	Déficit de Recursos Humanos.	13. Reduzir déficit	Adequar os programas existentes de acordo com demanda de recursos humanos;
14. Equilibrar a carga de trabalho dos servidores da sala de vacina.			Adequar escala de servidores de forma ao atendimento diário de acordo com as demandas;	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
			Implantar serviços de sala de vacina nos PSF, visando melhor atendimento à população e redistribuição dos servidores do CSSS em outras tarefas.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
Falta de medicamento.		15. Manter a continuidade de abastecimento	Assegurar o funcionamento da farmácia da Unidade Mista para controle guarda e dispensação das medicações especiais e de uso contínuo.	1.5: Proporcionar à população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção.
Resistência para implantação da Política Nacional de Humanização.	16. Facilitar o entendimento da importância da implantação do acolhimento	Reuniões semanais;	2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.	

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.

		para os servidores e usuários	Valorizar as sugestões dadas pelos servidores;	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
		Instrumentalizar a sala da escuta qualificada;		1.4: Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.
		Melhorar o ambiente de trabalho;		2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
		Implementar a Cartilha do usuário.		2.1: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF.
	Ausência do serviço para atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais.	17. Efetivar a atenção compondo uma equipe multidisciplinar	Lotar servidores; Solicitar a capacitação de servidores interessados.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
	Dificuldades no atendimento às vítimas de violência do PAV	18. Ampliar a notificação dos casos pelos profissionais de saúde	Sensibilizar e capacitar os servidores para o preenchimento das fichas de notificação.	2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.
INFRAESTRUTURA	Infraestrutura deficiente na Rede de Saúde de São Sebastião.	19. Criação de mais três centros de saúde	Efetivar o Colegiado Gestor Resgatar solicitações existentes	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
		20. Criação de um Hospital	Convocar o Conselho Regional de Saúde para posicionamento frente às antigas solicitações	3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
		21. Criação de uma Policlínica		3.1: Melhorar a infra-estrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde.
	Falta de policiamento 24 horas na Regional.	22. Efetivar políticas de policiamento 24 horas	Sensibilização do Conselho de Segurança de São Sebastião, de Saúde e a REDE Intersetorial.	2.6: Criar mecanismos que viabilizem parcerias mais efetivas entre governo e sociedade e instrumentalizem o controle social.
	Falta de tecnologia para diagnóstico de doenças e agravos mais comuns na Atenção Primária.	23. Criar um serviço de imagem e laboratório de maior resolutividade	Solicitar a compra de equipamentos essenciais para imagem e laboratório. Contratação de técnicos para o serviço	3.2: Promover a gestão e incorporação de tecnologias a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF. 2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização dos profissionais da SES DF.

Notas:

1. Versão original aprovada pelo CSDF segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012..
2. Essa versão foi atualizada em 30.09.2013, após revisão do PPA 2012-2015.