



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



Relatório Anual Acordo de Gestão Regional - RAGR

Região de Saúde Sul

2024

Governador do Distrito Federal
IBANEIS ROCHA BARROS JUNIOR

Vice-Governadora
CELINA LEÃO HIZIM FERREIRA

Secretário de Estado de Saúde
JURACY CAVALCANTE LACERDA JÚNIOR

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

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

Secretário Adjunto de Governança
JOSÉ RICARDO BAITELLO

Secretário-Adjunto de Integração
VALMIR LEMOS DE OLIVEIRA

Subsecretário de Planejamento em Saúde
RODRIGO VIDAL DA COSTA

Equipe Técnica

Subsecretário de Planejamento em Saúde
RODRIGO VIDAL DA COSTA

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

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

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

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

Apoio Técnico

Willy Pereira da Silva Filho

Superintendente da Região de Saúde Sul

Adma Coelho dos Santos Migliavacca

Chefe da Assessoria de Planejamento

Daniela dos Anjos Minduri

Gerente de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Atenção Hospitalar

Wilian Barbosa de Araujo

Gerente de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária

Adilene Ribeiro Nunes Silva

Gerente de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Atenção Secundária

Revisão

Waallis Grecio Graia Barbosa

Guilherme Mota Carvalho

Lucas Marani Bahia Duca

Rodrigo Vidal da Costa

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

© Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2025

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

SUMÁRIO

SIGLÁRIO.....	6
INTRODUÇÃO.....	8
APRESENTAÇÃO.....	11
1. A REGIÃO.....	12
1.1. Dados Demográficos e perfil dos usuários.....	12
1.2. Aspectos Socioeconômicos.....	12
1.3. Composição.....	16
2. MATRIZ CONSOLIDADA DOS INDICADORES.....	17
3. Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI (Antiga Rede Cegonha).....	21
3.1. Indicador 1: Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.....	22
3.2. Indicador 3: Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência.....	23
3.3. Indicador 4: Percentual de óbitos maternos investigados.....	24
3.4. Indicador 5: Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.....	25
3.5. Indicador 6: Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.....	26
3.6. Indicador 7: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.....	27
3.7. Indicador 8: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.....	29
3.8. Indicador 9: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade....	30
3.9. Indicador 10: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.....	32
4. Rede de Urgência e Emergência - RUE.....	34
4.1. Indicador 11: Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.....	35
4.2. Indicador 12: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas.....	37
4.3. Indicador 17: Tempo de Retenção de maca por unidade e urgência/emergência..	39
4.4. Indicador 18: Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).....	41
5. Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência - RAV.....	44
5.1. Indicador 19: Taxa de notificação de violência.....	45
6. Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência - RCPCD.....	46
6.1. Indicador 21: Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.....	47
6.2. Indicador 22: Número de pessoas com deficiência cadastrada na APS da Região de Saúde.....	48

7. Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT.....	49
7.1. Indicador 25: Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações.....	50
7.2. Indicador 26: Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações.	51
8. Sistema de Apoio e Logística.....	53
8.1. Indicador 27: Índice de Fechamento de Chave da Região/URD.....	54
8.2. Indicador 28: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar.....	55
8.3. Indicador 31: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC.....	59
8.4. Indicador 32: Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD.....	61
8.5. Indicador 33: Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas.....	64
8.6. Indicador 34: Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.....	65
8.7. Indicador 37: Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD.....	66
8.8. Indicador 38: Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde.....	67
8.9. Indicador 39: Percentual de cura dos casos novos de tuberculose.....	69
8.10. Indicador 40: Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde.....	71
8.11. Indicador 41: Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde..	73
8.12. Indicador 42: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionado ao trabalho.....	75
8.13. Indicador 43: Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.....	77
9. Monitoramento dos resultados.....	79
10. Considerações finais.....	80

SIGLÁRIO

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

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

INTRODUÇÃO

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

O relatório é dividido em três partes:

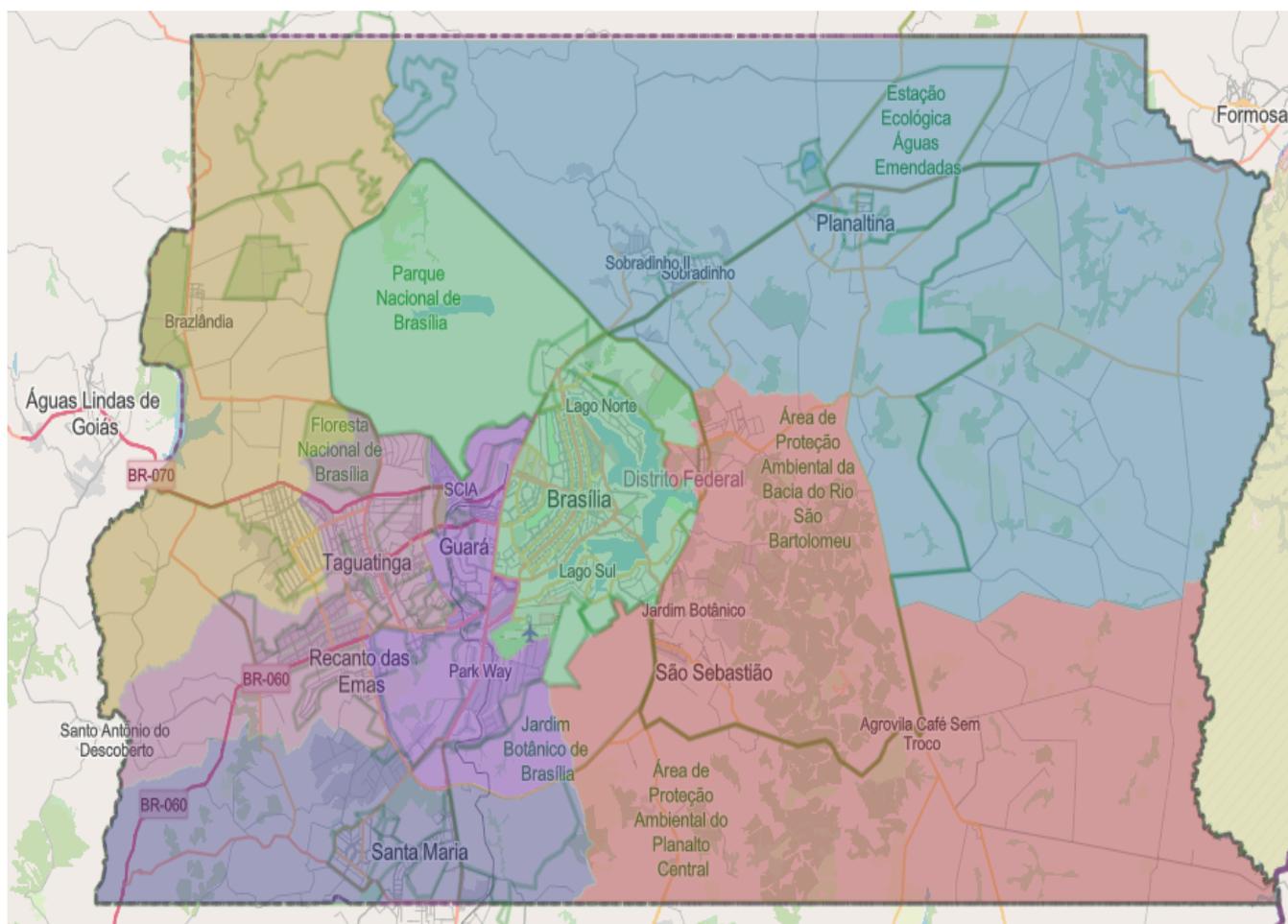
1. **Conformação das Regiões de Saúde ou URDs:** Analisa a estrutura das regiões de saúde, incluindo histórico, perfil dos usuários e composição.
2. **Matriz Consolidada dos Indicadores Pactuados e Resultados Finais:** Apresenta os indicadores acordados e os resultados finais em relação às metas estabelecidas.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

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

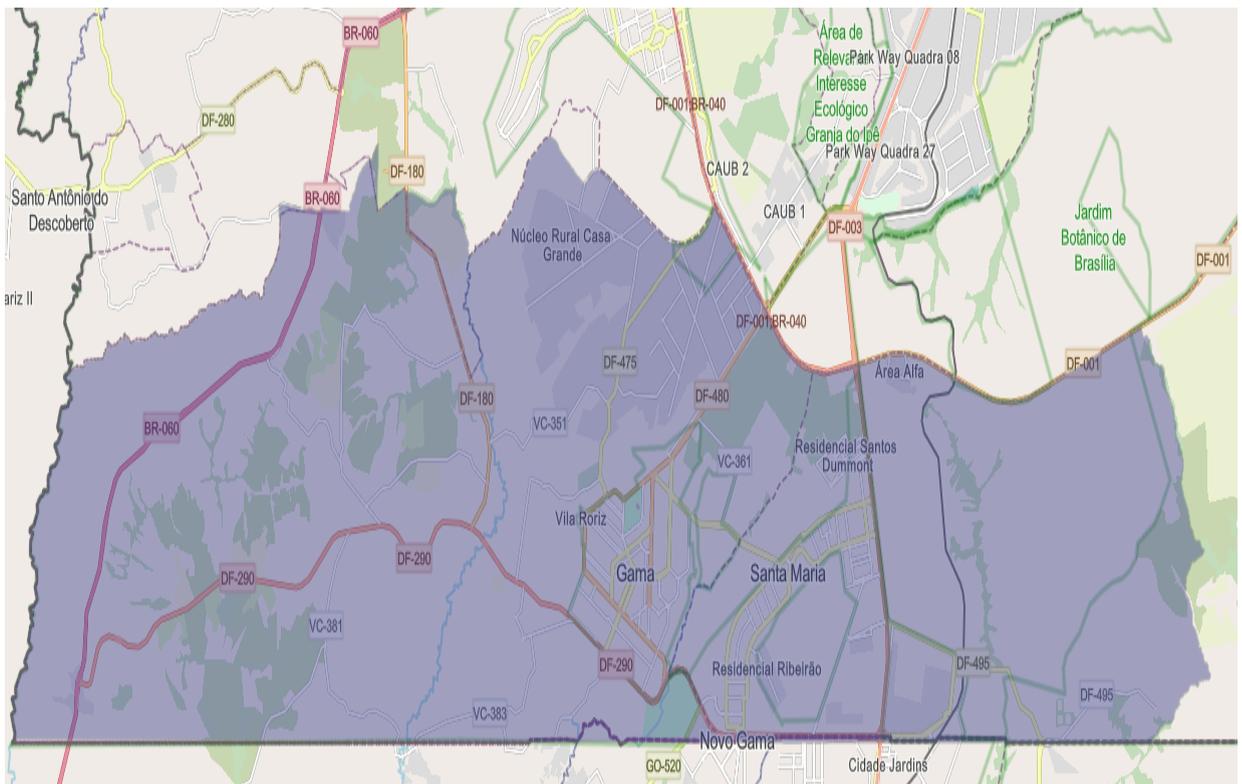
Composição das Macrorregiões e Regiões de Saúde da SES-DF

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

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



Região de Saúde Sul



APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

1. A REGIÃO

A Região de Saúde Sul compreende as regiões administrativas de Gama e Santa Maria.

1.1. Dados Demográficos e perfil dos usuários

Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Ampliada ([PDAD](#)) 2024, do Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal – IPEDF Codeplan, a população da Região, no ano de 2024, era de **255.583** pessoas. Desse total projetado, **71%** da população é SUS dependente, o que resulta em aproximadamente **180.228** pessoas.

1.2. Aspectos Socioeconômicos

Na Região Sul temos duas regiões administrativas com aspectos socioeconômicos distintos:

GAMA

O Gama é uma das regiões administrativas mais populosas e com maior renda da UPT Sul. A população estimada da cidade era de 134.136 pessoas e 64,2% são nascidos no Distrito Federal, segundo levantamento feito entre março e outubro de 2018 (Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD)). Do total da população 52,5 % eram do sexo feminino e a idade média era de 34 anos. Em relação à raça e cor da pele 53,7% dos moradores se consideram pardos.

A Região Administrativa do Gama (RAII) é uma região com uma população economicamente ativa elevada e com uma renda média mensal mediana a baixa. A renda domiciliar da cidade estimada foi de R\$4.051,6, que resulta em um valor médio por pessoa de R\$ 1.597,1.

Em 2021, a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua) do IBGE apontou que o rendimento médio mensal dos trabalhadores com 14 anos ou mais era de R\$ 2.644,96.

Os bens de consumo mais usados pela população do Gama são fogão, TV tela plana, máquina de lavar roupa, geladeira de 2 portas, geladeira de 1 porta e microcomputador.

A RA II recebe a água para seu abastecimento dos mananciais Rio Descoberto e Engenho das Lajes e tem sua água tratada pelas Estações de Tratamento de Água (ETA) Rio Descoberto e Engenho das Lajes .

O Gama é considerado auto suficiente, pois possui os principais pontos de infraestrutura, como hospitais, escolas e delegacias.

O Gama possui faculdades, bancos, indústrias, um shopping, redes de academias, farmácias e supermercados. O Setor de Indústria de Gama foi transformado em área mista, permitindo a incorporação de empreendimentos comerciais e habitacionais.

Quanto à educação, a Regional Gama conta com cinco Jardins de Infância (JI), um Centro de Educação Infantil (CEI), um Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC), vinte Escolas Classe (EC), onze Centros de Ensino Fundamental (CEF), cinco Centros Educacionais (CED), quatro Centros de Ensino Médio (CEM), um Centro de Ensino Especial (CEE) e um Centro Interescolar de Línguas (CIL)¹². Quanto às instituições de ensino superior públicas, encontra-se no Gama o Campus da Universidade de Brasília (UnB Gama), que se instalou em 2007. O Instituto Federal de Brasília também possui um de seus campus na RA e oferece cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, além de Cursos de Formação Inicial e Continuada (FIC) e cursos à distância .

Nas questões de ensino ficaram evidenciadas que o ensino superior completo teve destaque no Gama, onde 27,3% de seus moradores finalizaram algum curso universitário. Existem quatorze unidades de ensino superior particular, com destaque para a Faculdade do Gama da Universidade de Brasília, que conta com cursos de Engenharia, Engenharia Aeroespacial, Engenharia de Software, Engenharia de Energia e Engenharia Automotiva e, junto com o Campus Gama do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Brasília, que formam um corredor de ensino às margens da DF-480. Tanto o ensino fundamental quanto o ensino médio são oferecidos pela rede pública federal e entidades particulares.

A população do Gama conta ainda com doze Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Hospital Regional do Gama (HRG) que está situado no Setor Central da RA.

Na área de Segurança Pública a RA apresenta duas Delegacias de Polícia Civil, sete Postos Comunitários da Polícia Militar do Distrito Federal (PMDF), um Batalhão da PMDF, um Grupamento do Corpo de Bombeiros Militar, uma Seção do Detran/DF, uma Penitenciária Feminina (SSP/DF) e uma Junta do Serviço Militar da PMDF .

Em relação ao transporte público a RA localizada na Bacia 2 de transporte, atendida pela empresa Viação Pioneira . Conta com três Terminais Rodoviários: Gama Setor Central, Gama Setor Sul e o Terminal de Integração do BRT10. As principais rodovias que a cortam são a Estrada Parque Contorno - EPCT (DF-001), Estrada Parque Ipê - EPIP (DF-065), DF-180, DF-190, DF-290 (Gama/Sul), DF-475, DF-480 (Gama-Catetinho) e DF-483 (Gama/Santa Maria), além da Rodovia Federal BR-060 .

A maior parte população do Gama faz o deslocamento para o trabalho de automóvel (44,3%), enquanto que 43,2% o fazem utilizando o transporte coletivo (ônibus), para o deslocamento até a escola 47,2% dos estudantes vão caminhando.

O Gama possui 4 parques: o Parque Recreativo do Gama (Prainha), Parque Ecológico e Vivencial da Ponte Alta do Gama, e Parque Ecológico do Gama, além do Parque Distrital Recanto das Emas.

Como equipamentos de cultura, lazer e esporte de abrangência regional, destacam-se: o SESI, o Gama shopping, Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (COSE), Estádio de Futebol Valmir Campelo Bezerra - Bezerrão, Centro Olímpico e Paralímpico e Complexos de lazer.

Os principais pontos turísticos da região são: a Casa Velha do Gama, o Museu do Catetinho e a Capela São Francisco de Assis.

No Gama há comércios de destaque, tendo feiras importantes: a Feira do Goianos, onde pode-se comprar alimentos, principalmente frutas e verduras, além de roupas e também a Feira Permanente e Shopping Popular o Galpão Central, Feiras Livres, Feira do João XXIII do Setor Leste, Feira na Praça 2 e da Vila Roriz .

SANTA MARIA

A Região Administrativa (RA) de Santa Maria, no Distrito Federal, tem uma economia diversificada, com comércio, construção civil, produção industrial e um polo industrial. A região também é conhecida por sua qualidade de vida, com serviços públicos e infraestrutura sólida.

O Polo JK é um dos principais motores da economia da região, com incentivos fiscais para indústrias. O Porto Seco é outra importante estação aduaneira da região. O comércio varejista, a construção civil, e a produção e distribuição de produtos industrializados são atividades econômicas relevantes

A maior parte dos empregos está relacionada aos serviços, como comércio, serviços gerais e administração pública . O funcionalismo público do GDF e do Governo Federal também é um importante empregador na região.

A região tem uma infraestrutura sólida, com serviços públicos bem estruturados. A maioria dos domicílios têm abastecimento de água, coleta de lixo, e energia elétrica. A maioria dos domicílios têm esgotamento sanitário por rede geral. A região tem um ambiente tranquilo

A população de Santa Maria tem uma renda média semelhante a outras cidades do DF, como Taguatinga, Gama e Ceilândia.

A região tem uma população jovem, com ensino médio completo como a segunda escolaridade mais representada. A região tem um baixo índice de analfabetismo.

Santa Maria, além de possuir núcleo rural e urbano, abriga também áreas militares do Centro Integrado de Defesa Aérea e Controle do Tráfego – CINDACTA do Ministério da Aeronáutica e a Área Alfa do Ministério da Marinha . A RA possui ainda um grande potencial de desenvolvimento econômico pela sua situação geográfica estratégica, próximo a Saída Sul, e pela criação do Polo de Desenvolvimento JK.

O Pólo JK compreende a área em torno de Santa Maria, às margens da BR-040, no qual a maioria das empresas estão voltadas para atividades industriais e de logística e funciona como importante eixo de deslocamento entre os municípios limítrofes da Periferia Metropolitana de Brasília (PMB) e a área central de Brasília. Essa área é de grande importância por conta de sua influência na base econômica do DF.

Com uma área de 13.088,57 hectares, Santa Maria recebe a água para seu o abastecimento do manancial do Rio Descoberto e trata a água por meio da Estação de Tratamento de Água (ETA) Rio Descoberto . Como patrimônio ambiental, encontra-se o Parque Ecológico de Santa Maria e o Parque Recreativo do Gama - Prainha.

Como equipamentos de cultura, lazer e esporte de abrangência regional, destacam-se: o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (COSE) e o Centro Olímpico. Como ponto de interesse turístico em Santa Maria, podem ser citados: o Monumento Solarius, o famoso chifrudo, uma escultura feita em aço com chapas galvanizadas, produtos plásticos e lã de vidro. Além disso, a RA conta com a Feira Permanente de Santa Maria, que funciona de terça à domingo e a Feira do Produtor, que funciona apenas aos domingos.

Em relação ao transporte público, a região possui dois terminais rodoviários: um localizado na Quadra 401 e um de integração do BRT - Estação Santos Dumont. A empresa que opera as linhas de ônibus na RA é a Viação Pioneira, responsável pela Bacia 2. As principais rodovias de acesso à cidade são: Estrada Parque Contorno - EPCT (DF-001), a Estrada Parque Indústria e Abastecimento - EPIA (DF-003), DF-290, DF-483, DF-495 e as Rodovias Federais BR-040 e BR-251.

Na área da educação, a região conta com as Regionais de Ensino Santa Maria e Gama, responsáveis pelos seguintes estabelecimentos: um Jardim de Infância (JI), três Centros de Educação Infantil (CEI), dois Centros de Atenção Integral à Criança (CAIC), sete Escolas Classe (EC), dez Centros de Ensino Fundamental (CEF), dois Centros Educacionais (CED), dois Centros de Ensino Médio (CEM), um Centro de Ensino Especial (CEE), um Centro de Educação Profissional e Tecnológica (CEP-ET) e um Centro Interescolar de Línguas (CIL).

Santa Maria conta ainda com seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) para atendimento público de saúde.

Quanto à segurança pública, a RA conta com uma Delegacia de Polícia Civil, um Comando de Policiamento Regional Sul (PMDF), uma Companhia de Polícia Independente (PMDF),

seis Postos comunitários da PMDF, um Grupamento de Bombeiro Militar e um Posto de Polícia Rodoviária Federal (PRF).

Fonte: PDAD

1.3. Composição

A Atenção Primária é composta por **21** Unidades Básicas de Saúde e **2** unidades Prisionais, totalizando **23** UBS. Com **76** Equipes de Estratégia de Saúde da Família, **1** Equipe de Consultório de Rua, **38** Equipes de Saúde Bucal Completas e **5** Equipes E-Multi, organizadas em **13** Gerências de Serviço de Atenção Primária (GSAPS).

A Atenção Secundária dispõe dos seguintes serviços: 1 serviço de saúde mental; 2 policlínicas; 2 Centros de Especialidades Odontológicas; 2 Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica.

A Atenção Hospitalar possui o Hospital Regional do Gama - HRG: unidade com atendimento de emergência em clínica médica, clínica cirúrgica, ortopedia, ginecologia, obstetrícia, cardiologia e odontologia.

Conta também com o Hospital Regional de Santa Maria - HRSM, sob gestão do IGES/DF, com atendimento de emergência em clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, pediatria e ortopedia.

A Região possui ainda uma Unidade de Pronto-Atendimento: UPA Gama, que fica sob gestão do IGES/DF.

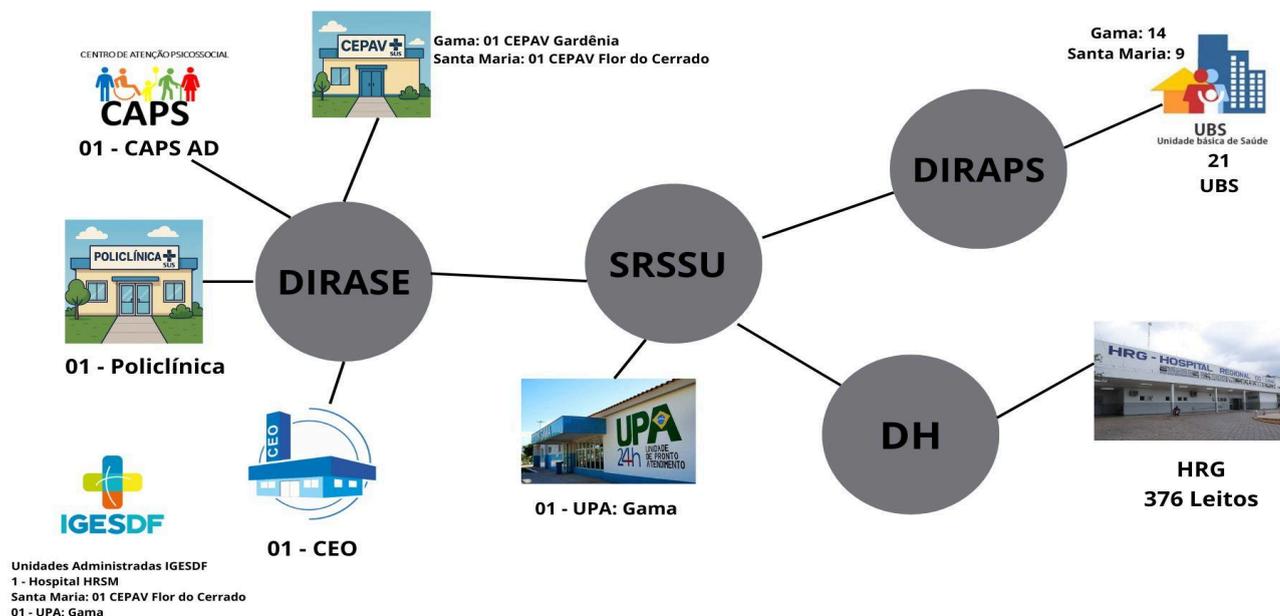


Figura 1 - Unidades de saúde da região

2. MATRIZ CONSOLIDADA DOS INDICADORES

ITEM	TEMA	INDICADOR	POLARIDADE	META	RESULTADO	STATUS
1	CEGONHA	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Menor melhor	14,95	23,6	NÃO ALCANÇADO
3	CEGONHA	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência	Menor melhor	2%	1%	ALCANÇADO
4	CEGONHA	Percentual de óbitos maternos investigados	Maior melhor	100%	100%	ALCANÇADO
5	CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	Maior melhor	100%	100%	ALCANÇADO
6	CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	Maior melhor	85%	73,9%	NÃO ALCANÇADO
7	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Trílice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.	Maior melhor	95%	97%	ALCANÇADO
8	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade	Maior melhor	95%	92%	NÃO ALCANÇADO
9	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.	Maior melhor	95%	92%	NÃO ALCANÇADO
10	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.	Maior melhor	95%	96%	ALCANÇADO
11	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	Maior melhor	80%	81%	ALCANÇADO
12	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares	Menor melhor	45%	58%	NÃO ALCANÇADO
17	RUE	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa	Menor melhor	0,00	1,83	NÃO ALCANÇADO
18	RUE	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	Maior melhor	52%	39%	NÃO ALCANÇADO

ITEM	TEMA	INDICADOR	POLARIDADE	META	RESULTADO	STATUS
19	RAV	Taxa de notificação de violência	Maior melhor	10,4	13,2	ALCANÇADO
21	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	Maior melhor	95%	107%	ALCANÇADO
22	PCD	Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde	Maior melhor	Sobrestado		Sobrestado
23	PSICOSSOCIAL	Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde	Menor melhor	Sobrestado		Sobrestado
25	DCNT	Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações	Menor melhor	9,06	8,55	ALCANÇADO
26	DCNT	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações em maiores de 18 anos	Menor melhor	2,27	1,16	ALCANÇADO
27	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Índice de fechamento de chave	Maior melhor	70%	61%	NÃO ALCANÇADO
28	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar	Menor melhor	30%	13%	ALCANÇADO
31	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	Maior melhor	5%	-6%	NÃO ALCANÇADO
32	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD	Maior melhor	100%	98%	NÃO ALCANÇADO
33	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	Maior melhor	100%	64%	NÃO ALCANÇADO
34	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de Satisfação com a resposta nas manifestações de ouvidoria.	Maior melhor	57%	80%	ALCANÇADO
37	SIST. APOIO. e LOGÍST.	"Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD".	Menor melhor	Sobrestado		Sobrestado

ITEM	TEMA	INDICADOR	POLARIDADE	META	RESULTADO	STATUS
38	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	Maior melhor	90%	77%	NÃO ALCANÇADO
39	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de cura dos casos de tuberculose	Maior melhor	51,46%	34%	NÃO ALCANÇADO
40	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde	Maior melhor	75%	55%	NÃO ALCANÇADO
41	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde	Maior melhor	95%	74%	NÃO ALCANÇADO
42	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho com o campo ocupação preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Maior melhor	2772	4.028	ALCANÇADO
43	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	Maior melhor	Monitoramento	871	Monitoramento

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

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

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

Dos **28** indicadores avaliados com metas na Região, **13** apresentaram resultados iguais ou superiores a 100% da meta, sinalizados na matriz como **ALCANÇADO**.

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

REGIÃO SUL	
Status	Quantidade
Satisfatório (75% a 99,99% da meta)	8
Razoável (50% a 74,99% da meta)	4
Parcial (25% a 49,99% da meta)	1
Crítico (menor que 25% da meta)	2

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

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

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

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

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

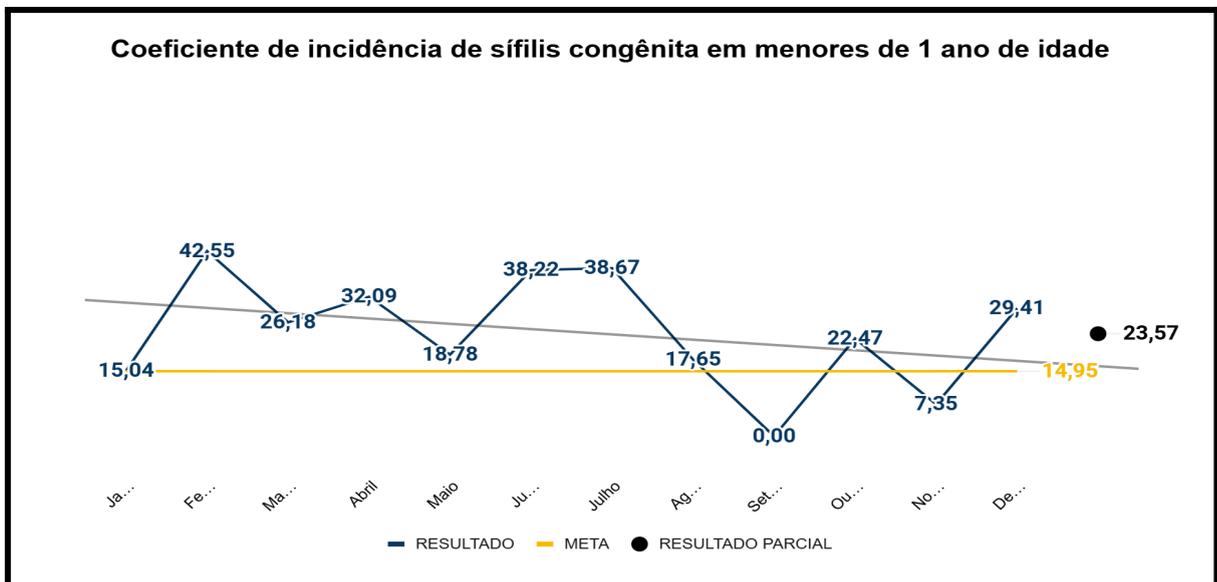
Metodologia de cálculo: Numerador: N° de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.

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

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Numerador: Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação –SINAN/

Denominador: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC



Ao avaliar os dados do coeficiente de incidência de sífilis congênita ao longo do ano de 2024, observa-se uma variabilidade significativa entre os meses. A incidência média anual foi de 23,57 casos por 1.000 nascidos vivos, valor superior à meta estabelecida de 14,95.

Os meses com maior incidência foram fevereiro (42,55), julho (38,67) e abril (32,09), enquanto os meses com menor incidência foram setembro (0,0), novembro (7,35) e agosto (17,65). O pico observado em fevereiro indica a necessidade de revisão das estratégias de prevenção e rastreamento da sífilis em gestantes, reforçando a importância de ampliar a cobertura do pré-natal e realizar testagens oportunas.

A variação mensal demonstra a importância do monitoramento contínuo e da implementação de medidas preventivas mais eficazes.

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

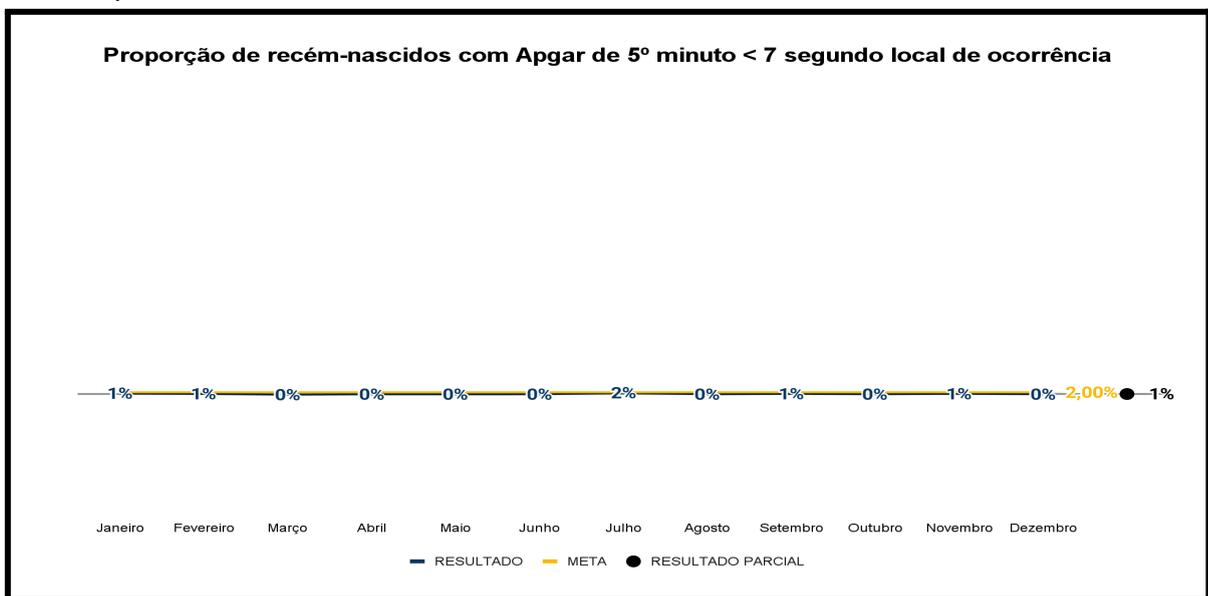
Conceito: Mede a ocorrência de asfixia no recém-nascido no quinto minuto de Vida. Contribui na análise das condições de parto e nascimento.

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

Multiplicador: 100

Polaridade: Menor, melhor

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



Ao analisar os dados referentes ao ano de 2024, do Indicador 3, Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência, constata-se um percentual em Janeiro/Fevereiro (1%), declínio nos meses de Março/Abril/Maio/Junho (0%), um aumento no mês de Julho (2%), variações de 0% a 1% nos meses de Agosto (0%) / Setembro (1%) / Outubro (0%) / Novembro (1%) / Dezembro (0%). Tendo assim, uma média anual de 1%, a menor valoração percentual de 0% (Março a Junho, Agosto, Outubro e Dezembro) e a maior de 2% (Julho). Portanto, a meta de 2% (Polaridade: Menor melhor) foi atingida em todo o ano de 2024.

Levando em consideração que o Apgar de 5º minuto é um retrato da assistência ao parto, as dificuldades então são relacionadas ao parto, como por exemplo:

- número diminuído de profissionais (obstetras e enfermeiras obstetras) para atendimento de qualidade ao parto, relacionado a isso também a superlotação dos serviços;
- falta de pediatra para a adequada assistência ao recém-nascido;
- qualidade ruim de alguns pré-natais, seja por falha na assistência, seja por não adesão da gestante, com muitos casos de aparentemente risco habitual, mas que cursam com complicações pela qualidade ruim do acompanhamento;
- falta de uso do partograma.

3.3. Indicador 4: Percentual de óbitos maternos investigados

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

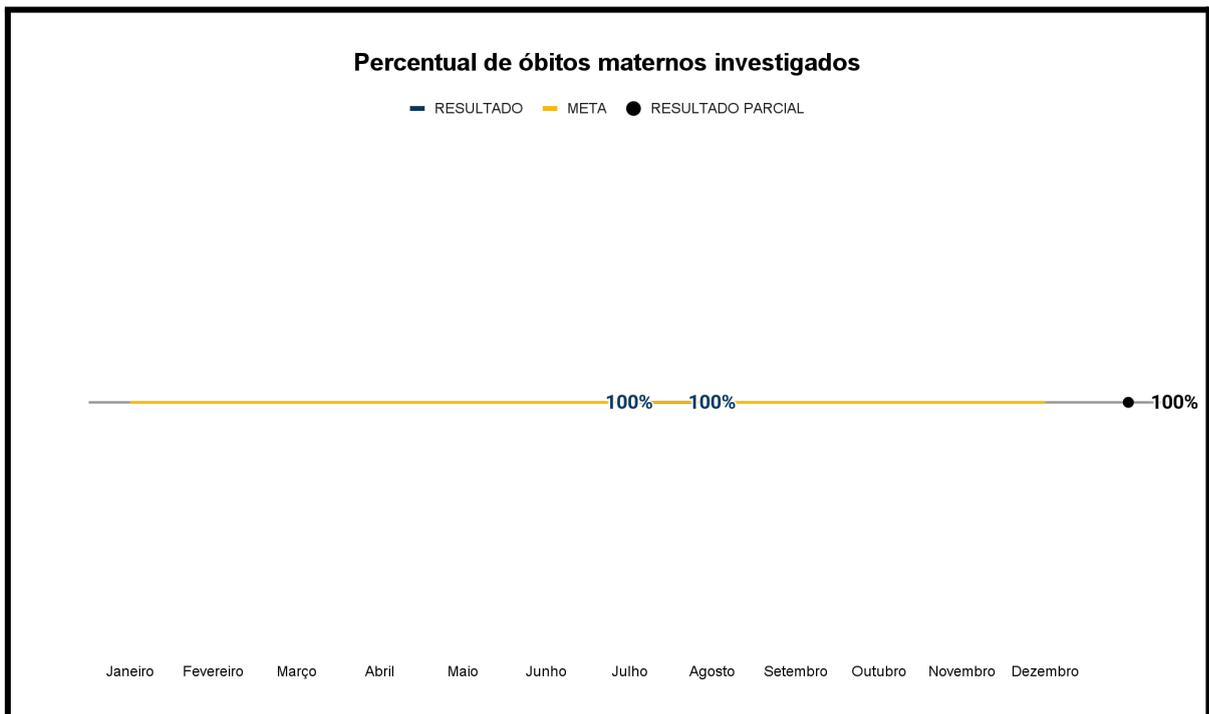
Metodologia de cálculo: Numerador: Número de óbitos maternos investigados residentes na região em determinado período.

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

Multiplicador: 100.

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SIM- Sistema de Informação sobre mortalidade



Em 2024 o percentual de óbitos maternos investigados alcançou a sua meta em 100%, pois houve óbitos maternos nos meses de julho e agosto (um em cada) e estes foram investigados.

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

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

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

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

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SIM- Sistema de Informação sobre mortalidade



Em 2024 o percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano alcançou a sua meta em 100%, os óbitos ocorreram nos meses de janeiro, fevereiro, março, maio, junho, setembro, outubro, novembro e dezembro, totalizando 17 óbitos investigados neste ano.

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

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

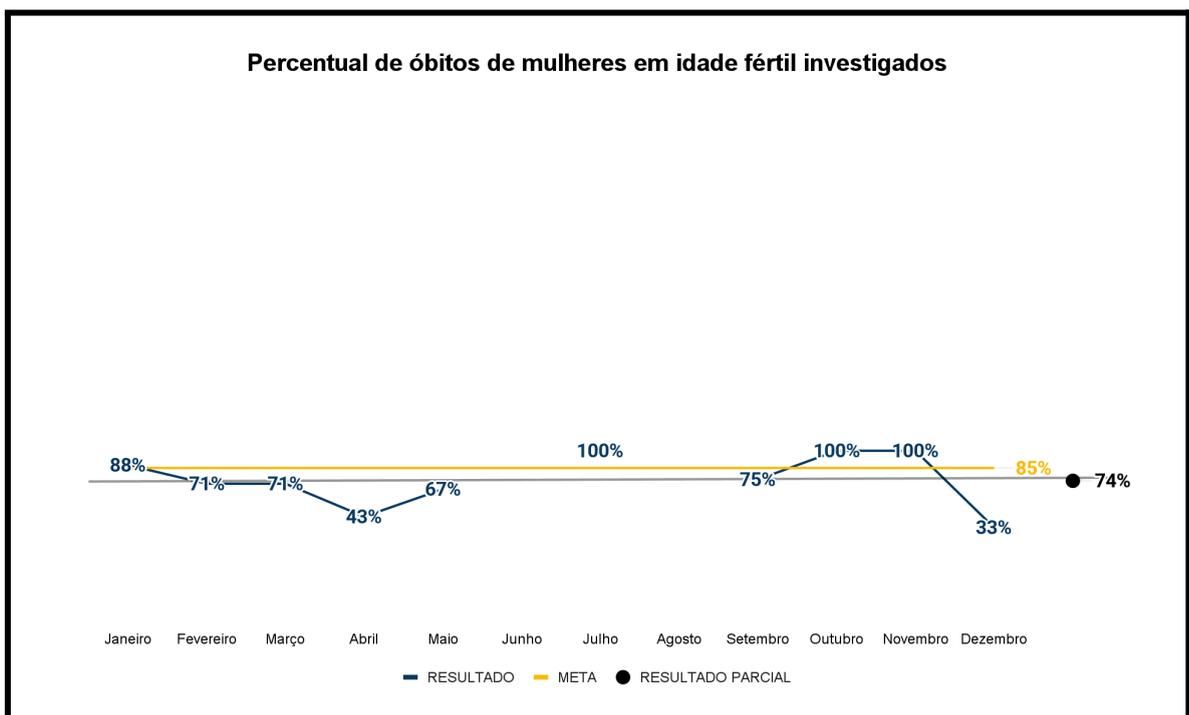
Metodologia de cálculo: Numerador: Número de óbitos de MIF investigados

Denominador: Total de óbitos de MIF

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Sala de situação



Em 2024 o percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados ficou bem próximo da meta estabelecida, gerando um resultado satisfatório para a Região Sul. Observa-se que os óbitos investigados de janeiro a maio sofreu uma queda nas investigações pela falta de dados completos e pesquisas mais complexas dos casos ocorridos, retomando o aumento das investigações a partir do mês de setembro (75%), onde teve uma queda novamente em dezembro que registrou o menor índice do indicador (33%).

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

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

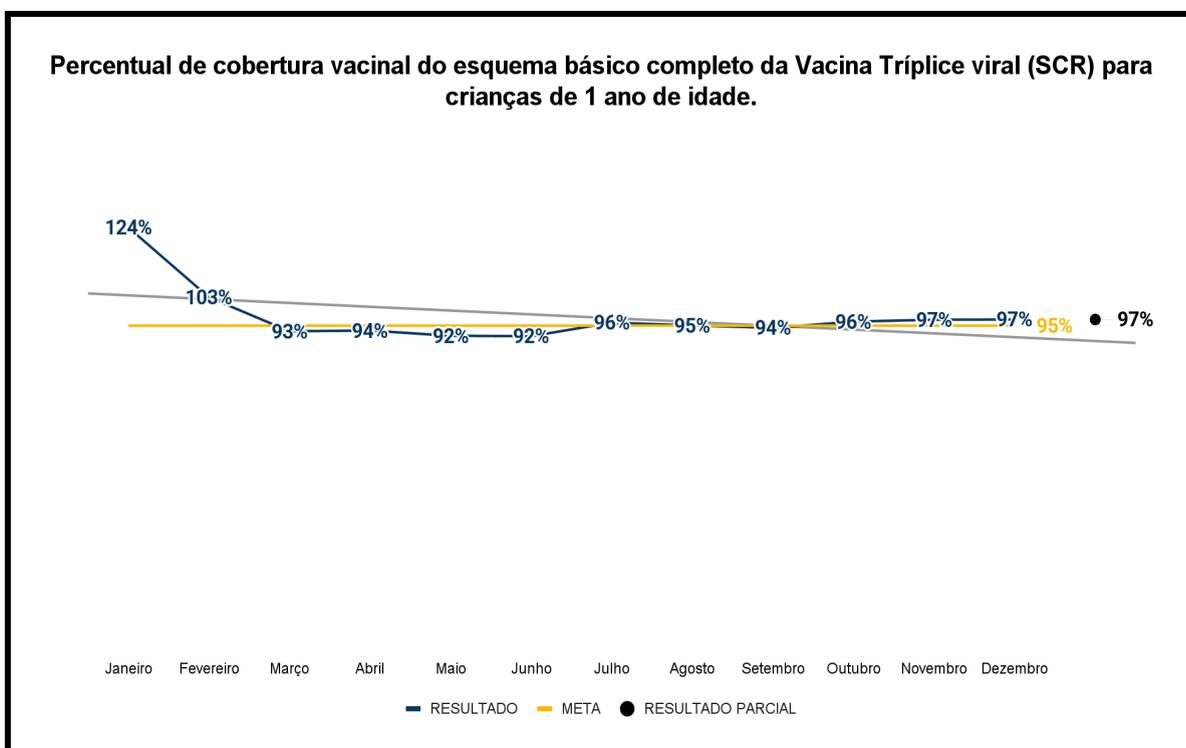
Metodologia de cálculo: Numerador = D2 tríplice viral + DU tetraviral (SCR + VZ).

Denominador = população SINASC.

Fator de multiplicação=100.

Polaridade:

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



A cobertura vacinal para a vacina tríplice viral em crianças de 1 ano apresentou uma média anual de 97%, acima da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, que é de 95%. No entanto, observa-se uma variação considerável ao longo do ano, com uma queda entre os meses de março a junho, quando os percentuais ficaram abaixo do esperado.

Os meses de janeiro (123,0%) e fevereiro (103,8%) apresentaram valores expressivamente elevados, enquanto o período entre março e junho registrou cobertura inferior a 95%. Esse declínio pode estar relacionado a fatores como:

- * Desabastecimento temporário do imunobiológico, dificultando a manutenção dos altos índices de cobertura;
- * Redução na adesão dos pais, possivelmente influenciada por movimentos anti-vacina;
- * Problemas nos registros das doses no sistema de informação, o que pode ter

impactado os dados oficiais.

A partir de julho, a cobertura voltou a crescer, ultrapassando a meta novamente e mantendo-se acima de 95% nos meses seguintes. Esse aumento pode ser atribuído a ações intensificadas de monitoramento, sensibilização da população e maior disponibilidade do imunobiológico nas unidades de saúde.

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

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

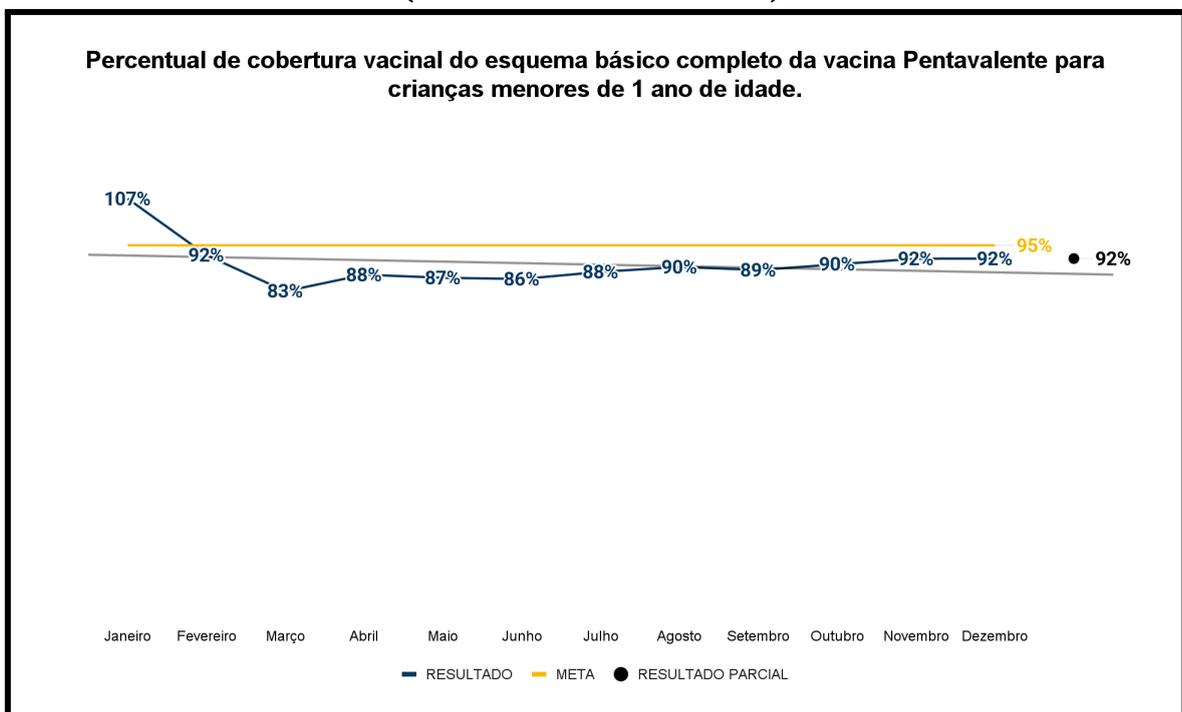
Metodologia de cálculo: Numerador = D3 penta (DTP + HB + Hib) + D3 hexavalente (DTP + HB + Hib + VIP), em menores de 1 ano.

Denominador = população SINASC do ano corrente.

Fator de multiplicação=100

Polaridade: Maior, melhor

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



A cobertura vacinal da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano apresentou uma média anual de 92%, ficando abaixo da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, que é de 95%. Essa redução ao longo do ano aponta desafios na adesão e oferta do imunobiológico.

No primeiro bimestre, a cobertura foi significativamente superior, atingindo 123,0% em janeiro e 103,8% em fevereiro. Contudo, a partir de março, houve uma queda progressiva, mantendo-se abaixo da meta de 95% em praticamente todo o restante do ano. O menor percentual foi registrado em setembro (88,8%), com recuperação discreta nos últimos meses.

Entre os fatores que podem ter contribuído para essa redução estão:

*Desabastecimento pontual do imunobiológico, comprometendo a continuidade da vacinação;

*Dificuldades na adesão da população, influenciadas por movimentos antivacina e falta de informação;

*Problemas no registro das doses no sistema de informação, impactando a precisão dos dados.

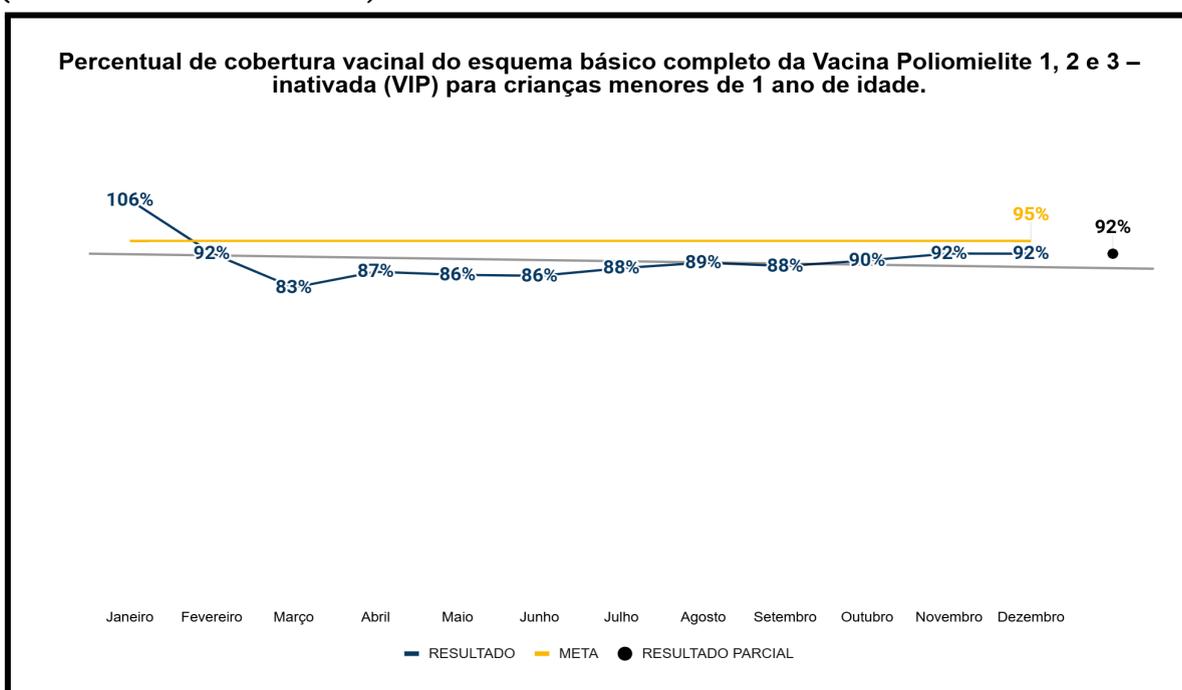
3.8. Indicador 9: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.

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

Metodologia de cálculo: Numerador = D3 VIP + D3 Hexavalente (DTP + HB + Hib + VIP) + D3 penta inativada (DTPa + Hib + VIP), em menores de 1 ano. Denominador = população SINASC. Fator de multiplicação=100.

Polaridade: Maior, melhor

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



A cobertura vacinal da vacina VIP para crianças menores de 1 ano apresentou uma média anual de 92%, ficando abaixo da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, que é de 95%. O desempenho oscilou ao longo do ano, com períodos de maior cobertura seguidos por momentos de redução.

Nos primeiros dois meses do ano, os percentuais foram bastante elevados, atingindo 123,0% em janeiro e 103,8% em fevereiro. Entretanto, a partir de março, observou-se uma redução gradual na cobertura, chegando a 91,9% em junho. A partir de julho, houve uma tendência de recuperação, culminando em um resultado positivo nos últimos meses do ano, com 95,7% em outubro, 96% em novembro e 95,9% em dezembro.

Os principais desafios que podem ter influenciado a variação do indicador incluem:
*Desabastecimento temporário do imunobiológico, impactando a continuidade da vacinação;

*Redução na adesão da população, possivelmente associada a movimentos antivacina e desinformação;
*Falhas no registro das doses aplicadas nos sistemas de informação, afetando a precisão dos dados.

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

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

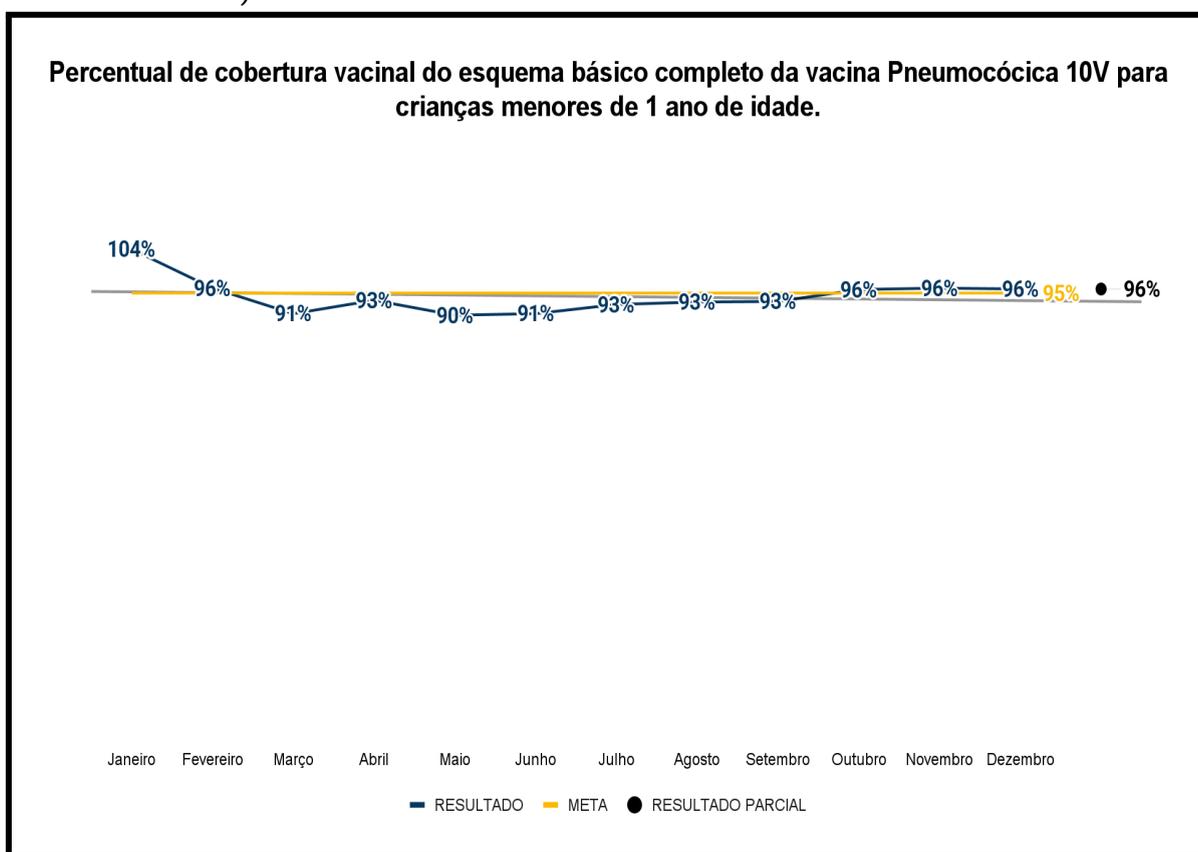
Metodologia de cálculo: Numerador = D2 pneumocócica 10V + D2 pneumocócica 13V, em menores de 1 ano.

Denominador = população SINASC.

Fator de multiplicação=100

Polaridade: Maior, melhor

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



A cobertura vacinal da vacina Pneumocócica 10v para crianças menores de 1 ano apresentou uma média anual de 96%, ficando acima da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, que é de 95%. O desempenho oscilou ao longo do ano, com períodos de maior cobertura seguidos por momentos de redução.

Nos primeiros dois meses do ano, os percentuais foram bastante elevados, atingindo 104% em janeiro e 96% em fevereiro. Entretanto, a partir de março, observou-se uma redução gradual na cobertura, chegando a 90% em junho. A partir de maio, houve uma tendência de recuperação, culminando em um resultado positivo nos últimos meses do ano, com 96% em outubro, 96% em novembro e 96% em dezembro.

Os principais desafios que podem ter influenciado a variação do indicador incluem:

- *Desabastecimento temporário do imunobiológico, impactando a continuidade da vacinação;
- *Redução na adesão da população, possivelmente associada a movimentos antivacina e desinformação;
- *Falhas no registro das doses aplicadas nos sistemas de informação, afetando a precisão dos dados.

4. Rede de Urgência e Emergência - RUE

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

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

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

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

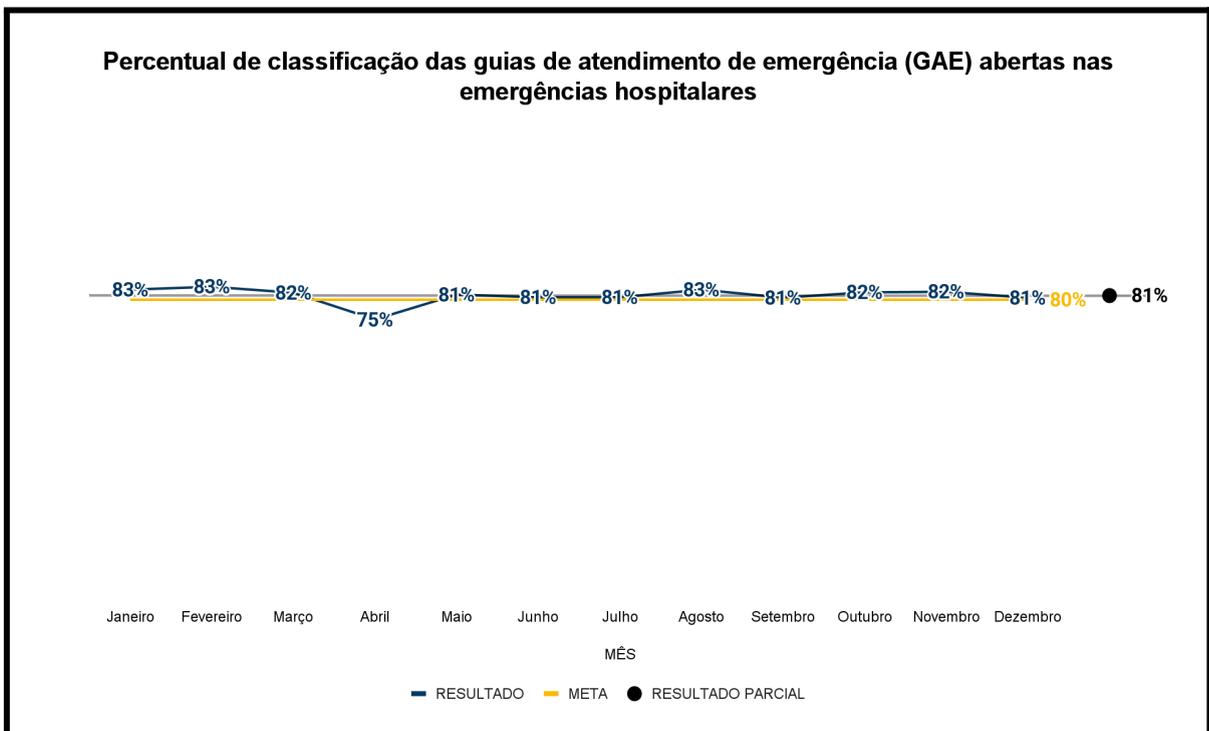
Metodologia de cálculo: Numerador: Número total de pacientes submetidos a classificação de risco por mês;

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

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Sistema Trakcare – Espelhado na Sala de situação



1. Análise Crítica dos Dados

Ao longo do ano de 2024, observa-se que a classificação das Guias de Atendimento de Emergência (GAE) manteve-se próxima ou acima da meta estabelecida de 80%, com exceção de alguns períodos específicos. A análise dos dados demonstra que a menor taxa foi registrada no mês de abril (75%), enquanto os demais meses apresentaram oscilação entre 80% e 83%.

Os meses de julho e outubro apresentaram uma tendência de estabilidade dentro da meta, enquanto nos meses de novembro e dezembro houve uma leve redução, com o indicador alcançando 80%. Esses resultados podem estar relacionados a fatores como absenteísmo de profissionais, remoção de enfermeiros do quadro funcional e dificuldades na cobertura dos plantões noturnos.

Destaca-se ainda que, nos meses com menores índices, foi identificada uma maior ocorrência de pacientes atendidos sem classificação prévia devido às limitações no quantitativo de enfermeiros disponíveis para triagem. A falta de recursos humanos também impactou a cobertura de plantões noturnos, especialmente no pronto-socorro obstétrico, onde a indisponibilidade de profissionais resultou em momentos de descontinuidade na classificação das GAEs.

2. Plano de Ação

Com o objetivo de garantir que a meta pactuada seja mantida ou superada nos próximos períodos, foram implementadas e planejadas as seguintes ações:

- Revisão de fluxos internos: Pactuação de rotinas e fluxos internos junto à direção hospitalar para reduzir o número de pacientes atendidos no pronto-socorro que deveriam ser direcionados ao atendimento ambulatorial.
- Aumento do teto de TPD: Foi solicitada a ampliação do teto de Tempo Parcial Diário (TPD) para cobertura das especialidades de ortopedia e obstetrícia, garantindo uma maior disponibilidade de profissionais nos plantões.
- Reforço na equipe de enfermagem: Considerando o déficit atual de aproximadamente 10 enfermeiros com carga horária de 20 horas semanais, foi feita solicitação formal para recomposição do quadro.
- Monitoramento contínuo: Acompanhar periodicamente os impactos das mudanças implementadas e realizar ajustes necessários conforme a necessidade do serviço.

3. Principais Dificuldades do Indicador

O desempenho do indicador é diretamente influenciado pela organização do serviço e pela disponibilidade de recursos humanos. Dentre as principais dificuldades enfrentadas ao longo do ano, destacam-se:

- Escassez de profissionais de enfermagem: A falta de enfermeiros impacta diretamente a classificação das GAEs, uma vez que, em determinadas situações, o médico acaba decidindo a ordem de atendimento sem prévia triagem.
- Deficiência na cobertura de plantões noturnos: A indisponibilidade de profissionais para cobrir plantões integrais no pronto-socorro obstétrico levou a lacunas na classificação de pacientes durante a madrugada.
- Questões estruturais: Problemas relacionados a equipamentos e espaço físico também dificultam a realização da classificação de forma adequada.

4. Considerações Finais

Conclui-se que, apesar dos desafios enfrentados, o indicador se manteve dentro da meta pactuada na maior parte do ano de 2024, evidenciando uma gestão eficaz dos processos internos e dos recursos disponíveis. Entretanto, faz-se necessário continuar investindo na reestruturação dos fluxos internos, na ampliação do quadro de enfermeiros e na melhoria das condições estruturais para garantir a estabilidade e aprimoramento dos índices.

Recomenda-se que os esforços sejam mantidos e ampliados no próximo ciclo, com monitoramento contínuo e avaliação dos impactos das medidas implementadas.

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

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

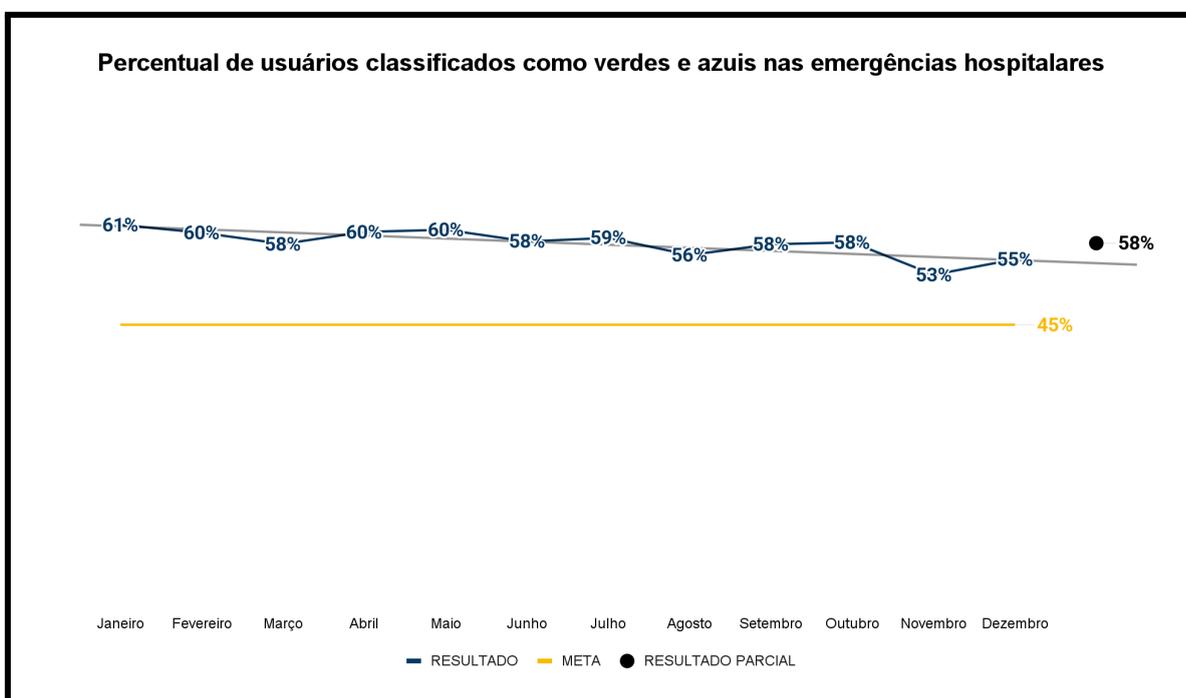
Metodologia de cálculo: NUMERADOR: Número de pacientes classificados com critério de prioridade (verde e azul) no mês.

DENOMINADOR: Número total de pacientes classificados no mês.

MULTIPLICADOR: 100

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Sistema Trakcare – Espelhado na Sala de situação



1. Análise dos Dados

Ao longo do ano de 2024, observou-se uma oscilação nos resultados, variando entre 61% em janeiro e 53% em outubro, mantendo uma meta anual de 58%. A meta estipulada para o indicador era de permanecer abaixo de 45%. Dessa forma, os resultados ficaram inconsistentemente acima da meta desejada, indicando que o objetivo não foi alcançado. A tendência geral foi de leve queda ao longo do ano, mas ainda insuficiente para atingir a meta estabelecida.

Apesar dos esforços realizados, a permanência dos valores acima de 45% demonstra a necessidade de revisão das estratégias adotadas e reforço das ações para redução efetiva dos atendimentos de casos de baixa complexidade nas emergências hospitalares.

2. Análise Crítica dos Resultados

A análise crítica do indicador reflete os desafios enfrentados ao longo do ano e os fatores que impediram o alcance da meta. Destacam-se as seguintes observações:

- Comparativo com o ano anterior: houve uma redução significativa no percentual de atendimentos de casos verdes e azuis nas emergências, evidenciando que as ações implementadas surtiram o efeito desejado, visto que o percentual anual de 2023 ficou em 64%.
- Aprimoramento dos processos: Apesar da capacitação das equipes e fortalecimento dos fluxos de atendimento, os resultados mostram que ainda há espaço para melhorias e otimização do encaminhamento de casos de baixa complexidade.
- Dificuldades encontradas: A estrutura física, a insuficiência de recursos humanos, falta de especialidades e vagas na saúde primária e a educação em saúde da população seguem como entraves para avanços mais expressivos na redução do indicador.

3. Status do Plano de Ação

Diversas ações foram realizadas ao longo de 2024, mas não foram suficientes para atingir a meta estabelecida:

- Capacitação das equipes de triagem para otimização dos atendimentos.
 - Monitoramento constante dos indicadores para identificação de pontos críticos.
 - Implementação de melhorias no atendimento ambulatorial na unidade, visando reduzir a procura desnecessária pelas emergências hospitalares. Como hospital dia.
- Diante do não atingimento da meta, as seguintes ações adicionais serão priorizadas nos próximos meses:
- Reforço na infraestrutura das unidades de emergência para melhor atendimento.
 - Revisão e aperfeiçoamento dos fluxos de encaminhamento de pacientes para serviços de menor complexidade.

4. Conclusão

Os resultados do Indicador 12 demonstram que a meta de manter os atendimentos de casos verdes e azuis abaixo de 45% não foi alcançada. Embora tenha havido uma leve tendência de queda ao longo do ano, os valores permaneceram consistentemente acima do limite estabelecido. Isso reforça a necessidade de revisão e intensificação das ações para conter a procura desnecessária nas emergências hospitalares. Recomenda-se a adoção de medidas mais rigorosas e estruturais, visando reduzir o percentual do indicador nos próximos anos.

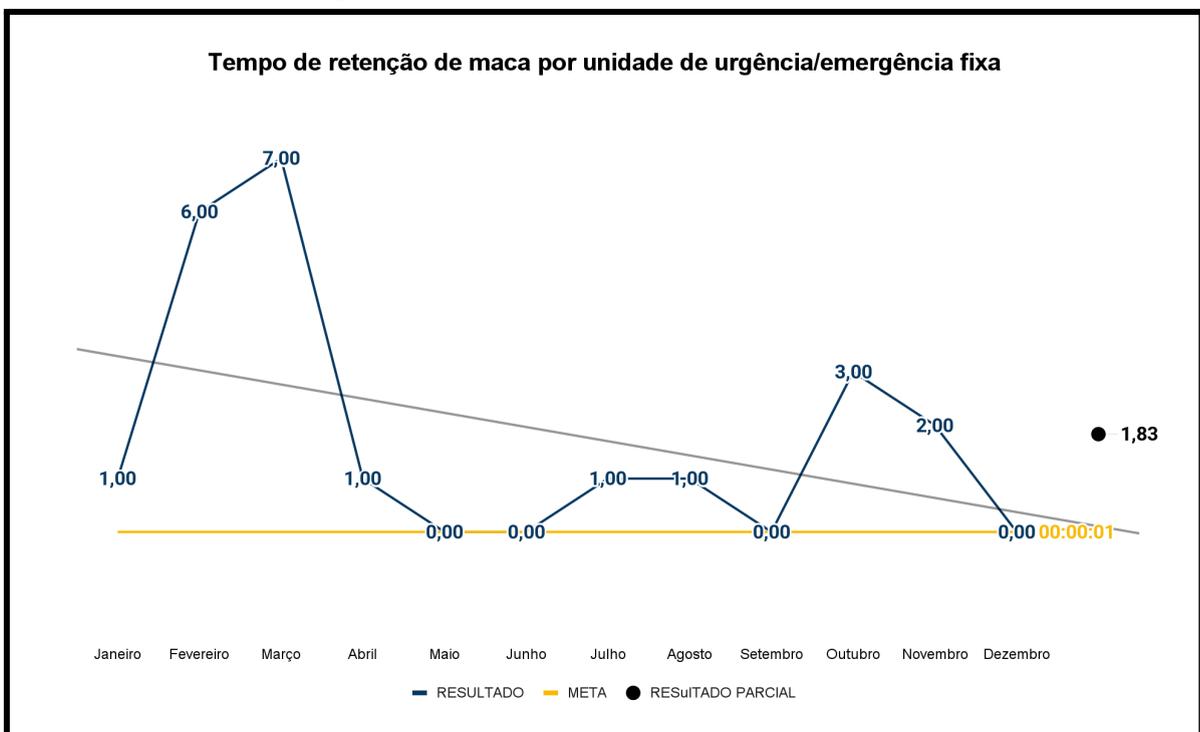
4.3. Indicador 17: Tempo de Retenção de maca por unidade e urgência/emergência

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

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

Polaridade: Menor, melhor

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



O setor do pronto socorro atendeu os pacientes encaminhados pelas unidades do Samu DF, Samu GO e CBMDF e com a finalidade de minimizar a retenção de maca nos transportes dos pacientes, bem como a rotatividade, a finalidade foi otimizar redução das macas, minimizando transtornos para a assistência direta dos pacientes nas unidades de Saúde.

A unidade tem a capacidade de 9 leitos regulares sem unidade extra. O box trauma da cirurgia geral/ortopedia conta com 3 leitos regulares com suporte e 2 extra somente para monitorizar, o número de retenção de maca diminuiu.

As ações para minimizar a retenção, é a informação correta do Decreto de Bandeira conforme a Portaria 386 de 27/07/2017, informa as restrições feita por período, evitando assim, o transporte de paciente para unidade sem condições de

atendimento.

São responsáveis os Enfermeiros, médicos e supervisores das unidades lotados no Pronto Socorro do Hospital Regional do Gama, com parceria da equipe de Enfermeiros e Equipes do Samu/ CMBDF que seguem as normativas passadas durante as trocas de plantão, com início dos plantões de 07h às 13; 13h às 19h e 19h às 07h durante todos os meses.

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

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

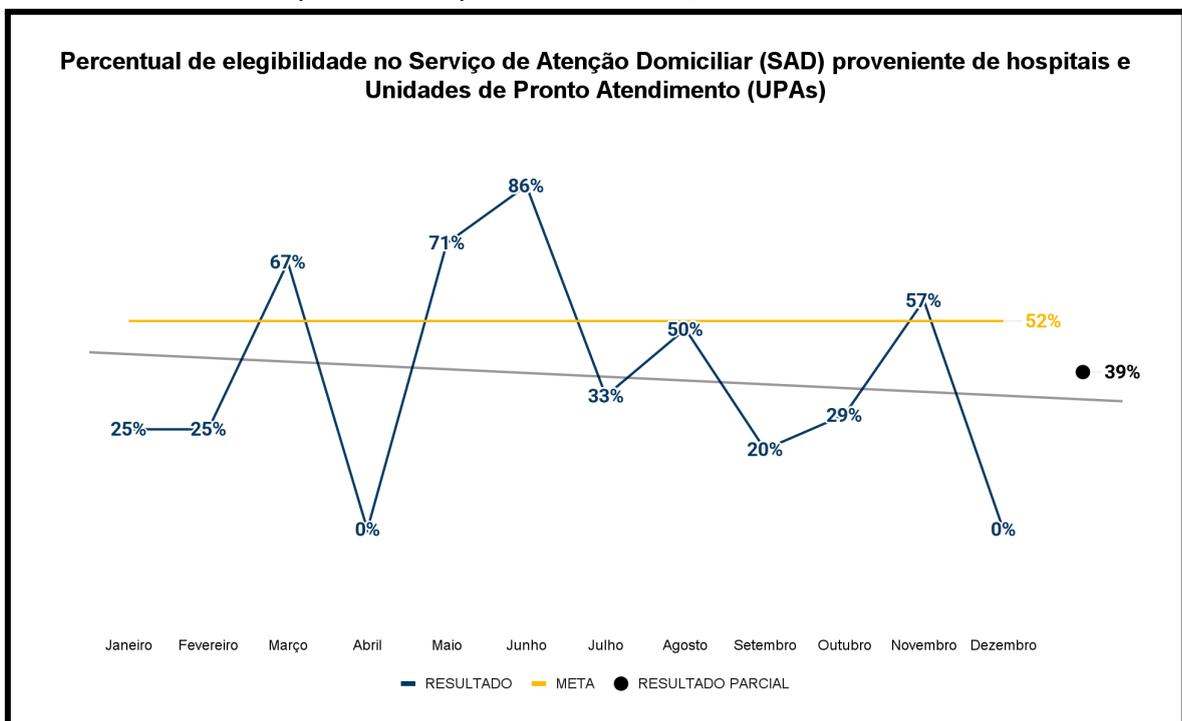
Metodologia de cálculo: Numerador: Número de Admissões na Própria EMAD de Procedência Internação hospitalar + Número de Admissões na Própria EMAD de Procedência Urgência e Emergência

Denominador: Número de Admissões na Própria EMAD

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

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



*Identificação do indicador

O indicador 18 trata da averiguação do percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Assim, terá como função mensurar o percentual de elegibilidade ao SAD, proporcionalmente aos encaminhados pelos hospitais e UPAs. Dessa forma, avaliar o quantitativo de admissão de pacientes elegíveis ao SAD pelo quantitativo total dos encaminhados pelos hospitais e UPAs. Esta informação pode ser essencial para qualificar a integralidade da assistência oferecida ao usuário do SUS, além disto, pode sinalizar o alinhamento do entendimento dos critérios de desospitalização entre as Redes de Atenção à Saúde.

*Análise dos dados de 2024

O gráfico expõe o percentual de elegibilidade no SAD proveniente de hospitais e unidades de pronto atendimento (UPAs) ao longo do ano de 2024. Pode-se inferir que o indicador variou bastante ao longo de 2024 pois ele depende de algumas

variáveis, como: o quantitativo de Formulários de avaliação para a atenção domiciliar (FAAD) preenchidos pelas equipes assistentes, dos FAAD's enviados ao Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD GAMA), se os pacientes eram elegíveis ou não ao Programa, ou seja, se preencheram os critérios clínicos, administrativos e assistenciais necessários para a sua inclusão no serviço, e por fim a admissão no SAD. Dessa forma, consideramos que esse indicador, da forma como está sendo conceituado, cumpre a função desejada. No entanto, enfatizamos que, ele não possibilita a visualização das admissões nesse SAD. Lembramos ainda, que a partir do mês de Setembro/24, tivemos problemas quanto à atualização dos dados na Sala de Situação para a realização do cálculo. De acordo com o gráfico, os meses de Abril e Dezembro atingiram 0% do percentual de elegibilidade, devido ao baixo recebimento de FAADs (01 - um) e o mesmo não era elegível. Em contrapartida, nos meses de Maio e Junho, atingimos os melhores percentuais com admissões de 04 e 06 pacientes por FAAD, respectivamente. No restante dos meses que manteve um percentual mínimo de 20%, com média anual de 38,58%.

A fim de corroborar com o gráfico e elucidar os dados reais desse indicador e do SAD, segue a Tabela abaixo com os dados mensais do quantitativo dos FAAD's recebidos, FAAD's elegíveis, das admissões realizadas por FAAD's, quantitativo de outras demandas de atendimento (ex: porta) e admissões realizadas por essa demanda.

Dados mensais do quantitativo de Formulários recebidos, elegíveis, admissões e outras demandas.

MESES = Janeiro à Dezembro de 2024

FAAD'S RECEBIDOS = 57

FAAD'S ELEGÍVEIS = 24

ADMISSÕES POR FAAD'S = 20

OUTRAS DEMANDAS = 41

ADMISSÕES POR OUTROS MEIOS = 32

Nos meses de Maio e Junho foram recebidos um maior número de FAAD's (7), no qual todos foram elegíveis (5 e 6) e um maior número de admissões (4 e 6) por esse meio foram realizadas. Além disso, ao longo de 2024 foram recebidos um total de 57 FAAD's, sendo destes 24 elegíveis e 20 admissões feitas pela análise dos FAAD's. No entanto, visto que o NRAD GAMA recebe por outros meios, demandas de avaliação, essas somam 41 contra 57 dos FAAD's recebidos, sendo realizadas um número maior de avaliações.

***Análise crítica dos resultados de 2024**

Ante o exposto, podemos verificar que apesar dos meses de Maio e Junho terem um percentual de Elegibilidade acima de 50%, isso não refletiu no número de admissões nesse SAD, não constituindo assim a única porta de entrada nesse serviço. Corroborando com essa informação, apesar dos meses de Abril e Dezembro apresentarem um percentual de 0% houve um número considerável de admissões (6 e 4), que apresentou um percentual de elegibilidade abaixo, de 25%, mas gerou por outros meios 6 e 4 admissões no SAD.

Ao analisarmos esses dados e observarmos uma baixa adesão das equipes dos diversos setores dos hospitais ao preenchimento e envio dos FAAD's, principalmente do HRG, para avaliação durante o processo de desospitalização do paciente, constatamos que é um instrumento pouco utilizado na prática da

desospitalização. Seguem algumas ações realizadas para tentar melhorar a adesão e compreensão do preenchimento do FAAD:

- Estamos em discussão diária no Huddle objetivando a sensibilização da necessidade do preenchimento e envio do FAAD pelas unidades de internação do HRG. Ainda, estamos compondo o grupo de trabalho de Desospitalização do HRG, o que facilita a orientação das equipes quanto aos critérios para o SAD.
- Iniciado projeto de confecção de banner a serem colocados na sala de prescrição médica em confecção (em construção).
- Pactuado a depender do paciente (será tratado caso a caso) a flexibilização de alguns relatórios de FAAD a depender da ausência do especialista.
- Foi realizado um Matriciamento da UPA GAMA no dia 23 de abril do ano vigente e no mês de junho, a respeito do novo protocolo SES de desospitalização e do funcionamento do SAD e NRAD GAMA.
- Previsão de continuidade do Matriciamento na UPA GAMA e com as Gerências das APS.

Após o ciclo de matriciamento realizado, percebemos que a partir de Setembro o índice de elegibilidade aumentou, refletido pelo acréscimo no número de FAAD's recebidos.

***Problemática do indicador**

Ressaltamos que este indicador cumpre a função desejada, no entanto, não reflete as admissões nesta SAD. Alguns pontos podem ser destacados para essa oscilação do percentual, entre eles:

- Um baixo número de formulários recebidos;
- FAAD's incompletos ou sem dados suficientes para avaliação clínica;
- Falta de conhecimento quanto aos critérios de elegibilidade, os níveis de assistência domiciliar para o SAD e o tempo de validade do FAAD;
- Falta de comunicação das altas hospitalares dos pacientes com FAAD elegível pela equipe assistente;
- Baixa adesão aos treinamentos realizados;
- Alta quantidade de demanda de porta para avaliação e admissão de pacientes, não sendo o FAAD o principal instrumento;
- Problemas quanto à atualização dos dados na Sala de Situação para a realização do cálculo.

***Conclusão**

Esse indicador tem como função mensurar o funcionamento do NRAD por meio do percentual de elegibilidade de usuários provenientes de hospitais e UPAS. Contudo, como visto, não reflete o real parâmetro de desospitalização, considerando a necessidade de manutenção dos matriciamentos para o conhecimento das equipes do HRG, UPAS e UBS a respeito dos formulários utilizados e os critérios de admissão ao SAD.

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

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

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

5.1. Indicador 19: Taxa de notificação de violência.

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

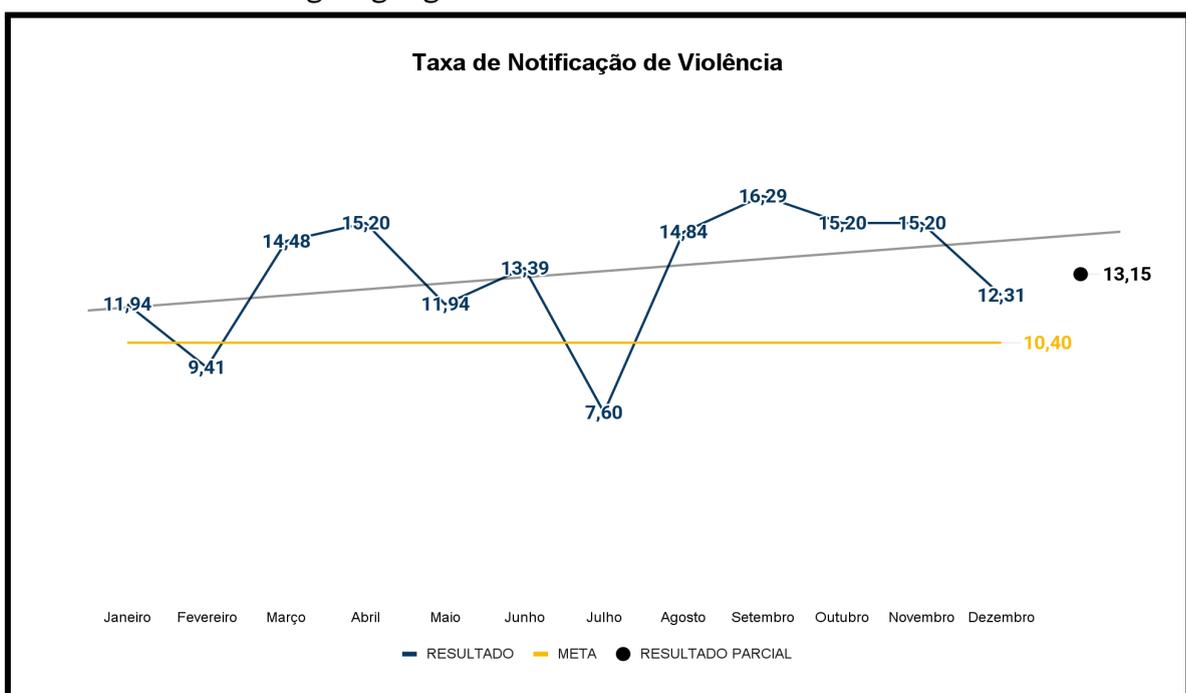
Metodologia de cálculo: NUMERADOR: Número absoluto de notificações de violência segundo a lógica da região de saúde no contexto da residência do usuário, em um determinado período para análise;

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

MULTIPLICADOR: 100.000

Polaridade: Maior, melhor

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



O indicador teve crescimento positivo ao longo dos meses (número de notificações), com redução destas nos meses de férias e recessos escolares (janeiro, fevereiro, julho e dezembro). A maior queda concentrou-se no mês de julho, com baixa expressiva nos atendimentos, pois o ambiente escolar é onde mais se identifica a mudança comportamental de crianças e adolescentes vítimas de violências.

6. Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência - RCPCD

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

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

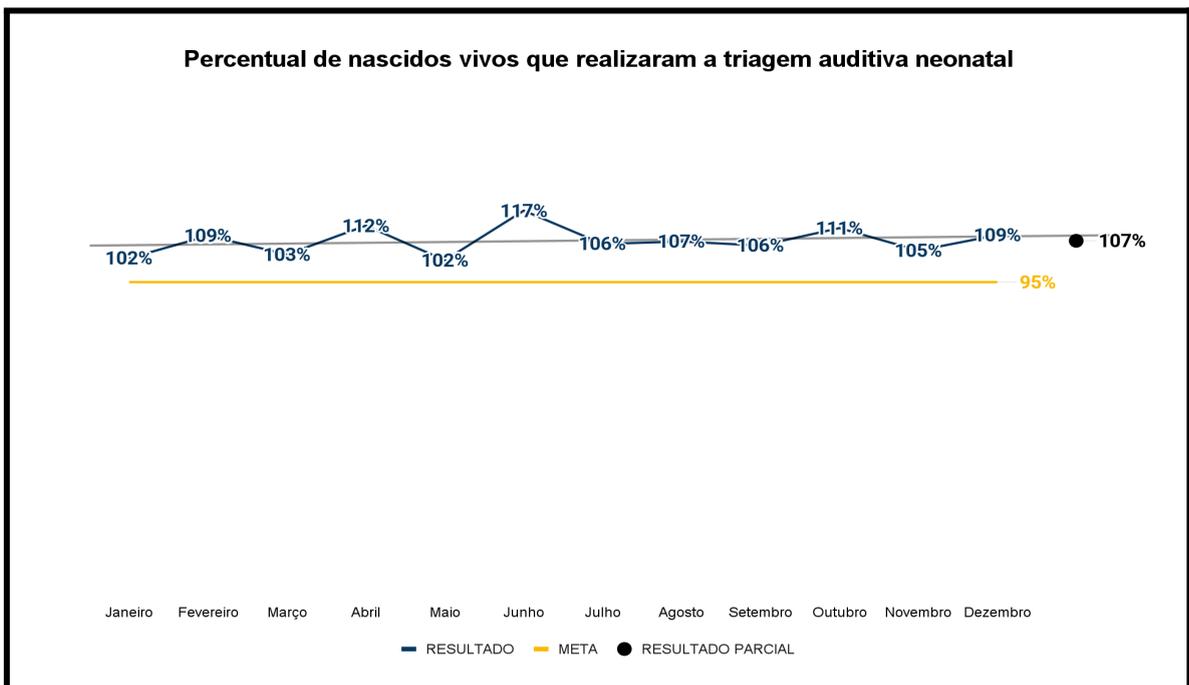
6.1. Indicador 21: Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal

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

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

Polaridade: Maior melhor

Fonte: SINASC, SIA/SUS e SIH/SUS



Os dados foram coletados através do livro ata contendo os registros diários da equipe de fonoaudiologia.

Durante o Ano de 2024 tivemos um média de 107% de percentual de nascidos vivos que realizaram teste de triagem auditiva. Como se observa no gráfico, durante todo o ano de 2024 nos mantivemos acima da meta. Para tanto, foi necessário deslocar recursos humanos que atuavam em outras atividades (UCIN, assistência no ALCON e BLH), priorizando a realização dos exames em tela.

Durante o ano corrente não tivemos problemas com o equipamento, mantendo constante a realização dos testes de triagem auditiva. Vale ressaltar a informação que temos à disposição apenas um equipamento de Emissões Otoacústicas com mais de dez anos de uso e já obsoleto.

A variação entre os meses do ano se dá por afastamentos legais, gerando dias sem assistência. Porém, os testes não realizados são compensados nos meses subsequentes por meio de atendimento de bebês que já tiveram alta e foram agendados pelo GRCA.

Os desafios para manter a excelência do serviço permanecem sendo: falta de profissionais fonoaudiólogos, espaço físico, aparelho obsoleto de EOA-t e ausência de aparelho para realização de PEATE-A.

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

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

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

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

Fonte: InfoSaúde

Indicador sobrestado.

Indicador sem fonte de dados para captação dos mesmos. Painel de Cadastro da Sala de Situação (InfoSaúde) em manutenção e indisponível durante todo o ano de 2024.

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

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

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

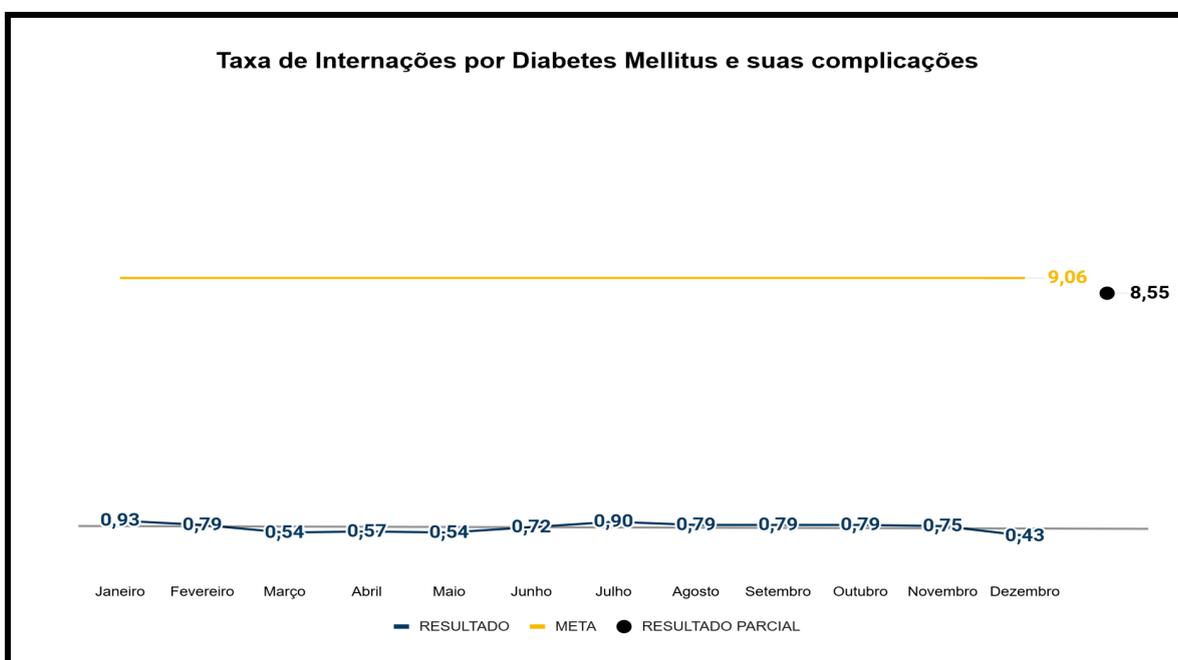
7.1. Indicador 25: Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações

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

Metodologia de cálculo: Numerador: Número de internações hospitalares por DM e suas complicações, de usuários atendidos em serviços de saúde do DF, faturáveis pelo SUS, por CID-10 selecionados em determinado período. Denominador: Projeção total da população do ano anterior residente na Região. Multiplicador: 10.000

Polaridade: Menor, melhor

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



A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel essencial na prevenção e manejo do Diabetes Mellitus (DM), evitando complicações que possam levar à hospitalização. Observando os dados ao longo do ano de 2024, percebe-se que a taxa de internações por DM e suas complicações na Região de Saúde Sul manteve-se muito abaixo da meta de 9,06, o que indica um impacto positivo das ações da APS no controle da doença.

Durante os primeiros meses do ano, os valores apresentaram uma redução progressiva até maio, atingindo o menor valor em março e maio (0,54). No entanto, a partir de junho, houve um aumento na taxa de internações, com um pico em julho (0,90), seguido por uma leve oscilação nos meses seguintes. Acredita-se que o aumento da oferta de atendimento para doenças crônicas após o período da epidemia de dengue tenha contribuído para a estabilização do número de internações. No geral, os números refletem um bom controle da doença na APS, sendo essencial continuar monitorando os fatores que levam ao aumento das internações e reforçar estratégias para adesão ao tratamento.

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

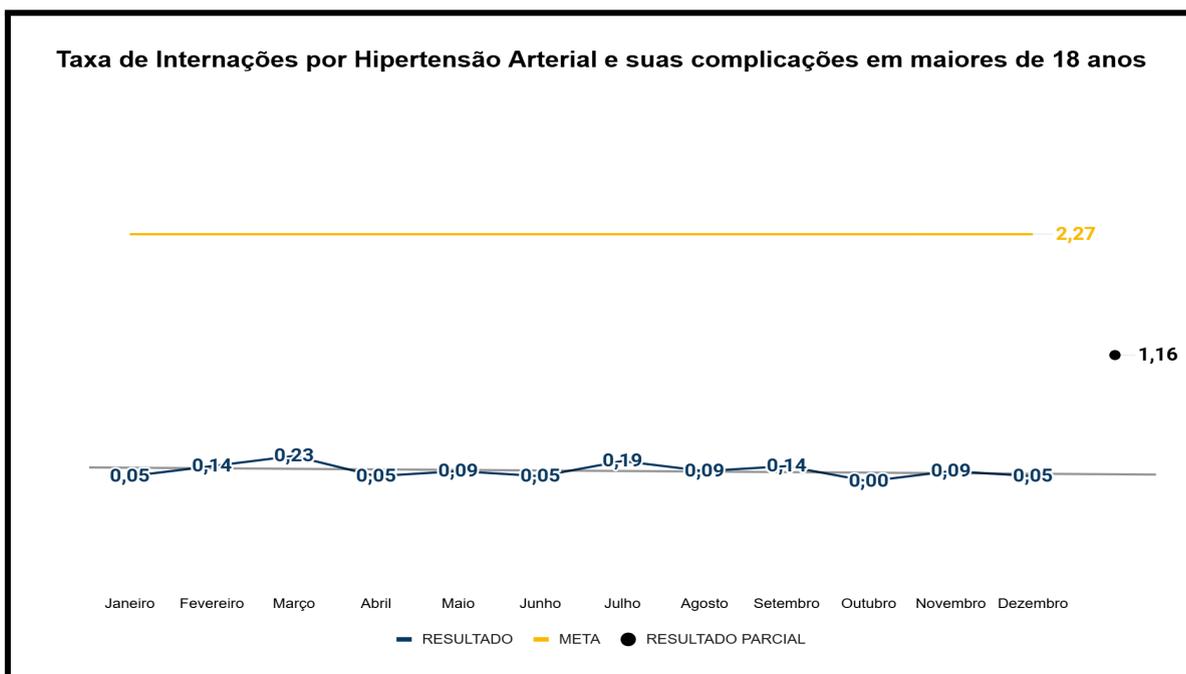
Conceito: Número de casos de internações hospitalares por hipertensão arterial e suas complicações, com AIH pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes, na população adulta de 18 anos a mais em um determinado espaço geográfico e período

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

Multiplicador: 10.000

Polaridade: Menor, melhor

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



O indicador que analisa o número de internações relacionadas à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e suas complicações, quando analisado ao longo de 2024, apresenta uma variação significativa nos valores mensais. A média anual do indicador foi de 0,14, muito abaixo da meta estabelecida de 2,27 que mensura o indicador de forma cumulativa.

Principais Observações:

*Subnotificação: Como já discutido nas reuniões, o indicador está claramente subnotificado, o que pode ser um fator importante para a interpretação desses resultados. A baixa quantidade de internações relatadas pode não refletir com precisão a realidade do território, possivelmente devido à falta de registros ou dados incompletos, o que dificulta uma análise precisa das ações da APS.

*Variação Mensal: A variação mensal do indicador demonstra que em alguns meses

o número de internações foi muito baixo, com valores como janeiro (0,05), abril (0,05), junho (0,05) e outubro (0,00), indicando que, nesses períodos, o número de internações foi extremamente reduzido ou ausente, o que não corresponde à realidade do volume de casos de hipertensão na região.

*Picos e Anomalias: Há picos inesperados, como em novembro (0,75), o que sugere que, embora o número geral de internações seja baixo, existem alguns períodos em que as complicações relacionadas à HAS geram um aumento nas internações. No entanto, é necessário investigar as causas desses picos, como a temporada de doenças respiratórias, por exemplo, que pode ter aumentado as complicações de hipertensão.

8. Sistema de Apoio e Logística

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

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

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

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

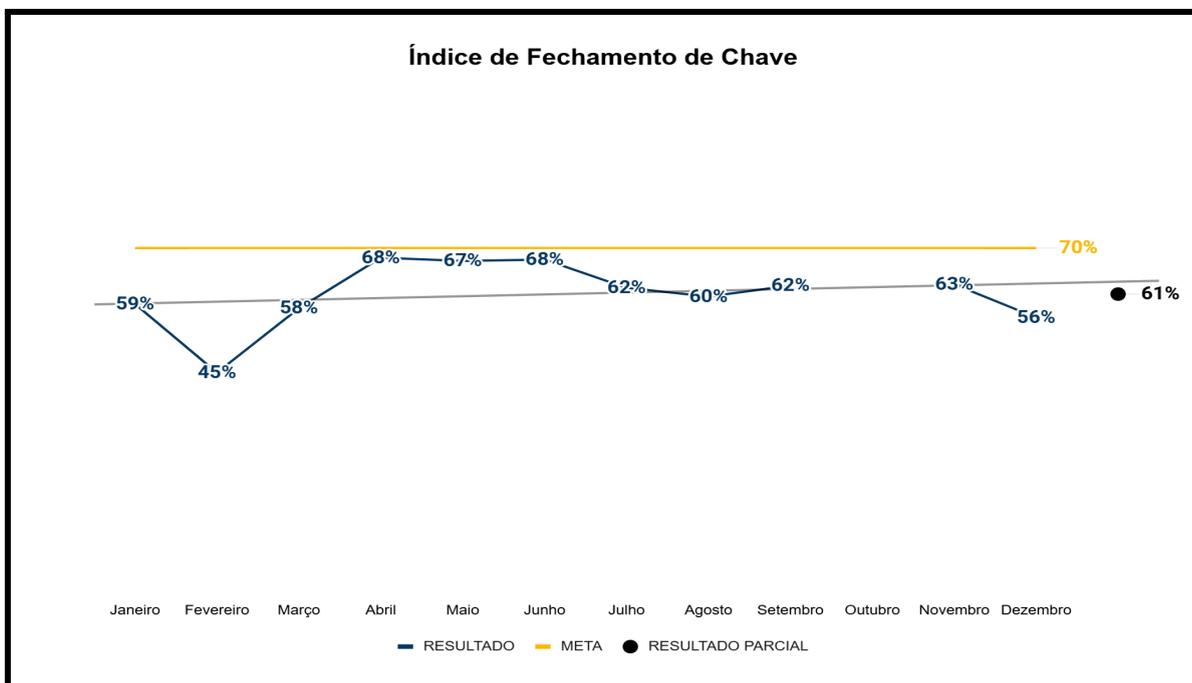
Metodologia de cálculo: Numerador: N° de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais realizados regulados que tiveram suas chaves fechadas, na Região/URD + faltas marcadas no SISREG III no período

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

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SISREG III



A Policlínica apresentou uma média anual de 61%, enquanto a meta estabelecida é de 70%. Temos implementado ações de monitoramento para garantir o correto fechamento das chaves pelos servidores. Também solicitamos um treinamento do Complexo Regulador e da GER para ajudar a monitorar e corrigir erros. No entanto, ao analisarmos os dados, percebemos que as informações do SISREG não correspondem ao fechamento diário verificado. Além disso, o absenteísmo dos profissionais médicos têm contribuído para a manutenção de chaves abertas, o que dificulta a realização posterior das atividades. Estamos buscando maneiras de otimizar a transferência de agendas e reduzir o absenteísmo para melhorar esse indicador. Para isso, precisamos de atualizações para os servidores, a fim de garantir um manejo adequado das agendas transferidas e o fechamento das chaves pendentes.

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

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

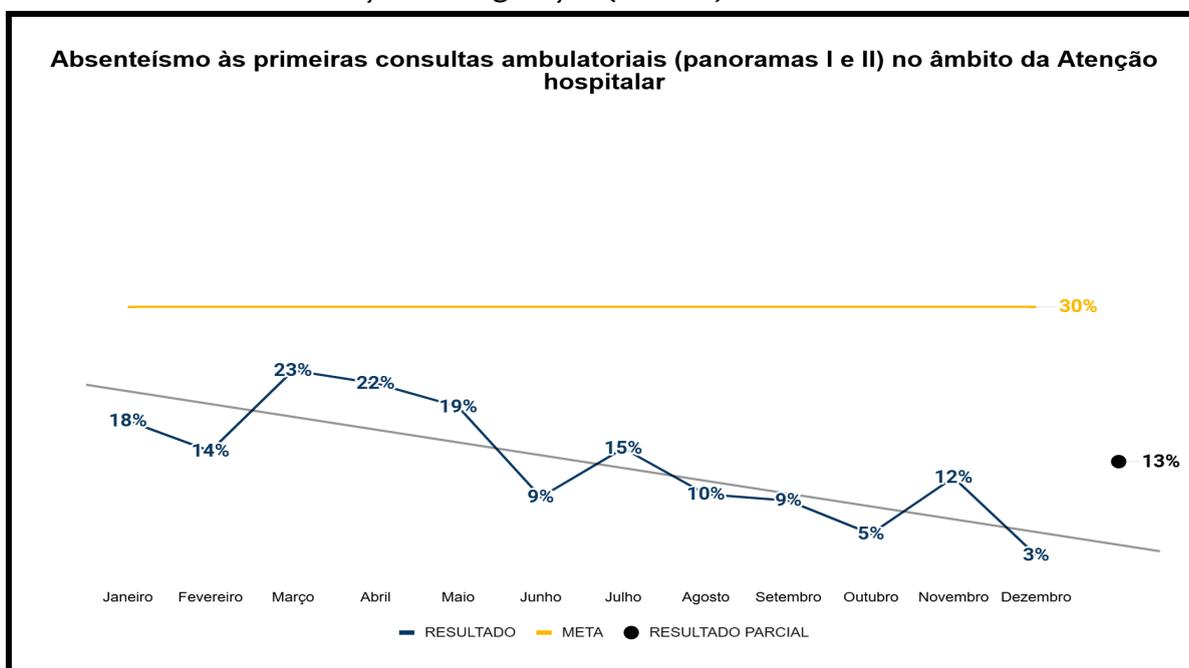
Metodologia de cálculo: Numerador: Número de consultas médicas de primeira vez agendadas e não realizadas no âmbito da Atenção hospitalar nos panoramas I e II;

Denominador: Total de consultas médicas de primeira vez agendadas no âmbito da Atenção hospitalar nos panoramas I e II.

Multiplicador: 100

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Sistema de Informação de Regulação (SISREG)



A análise de dados revela uma tendência de queda significativa do absenteísmo ambulatorial. Essa queda ocorreu de 17,5% (média aritmética de Janeiro/24 até Junho/24), de absenteísmo ambulatorial às primeiras consultas, no 1º Semestre de 2024, para 9% (média aritmética de Julho/24 até Dezembro/24), no 2º Semestre de 2024. Essa redução corresponde a uma redução de 50% do absenteísmo ambulatorial no curso do ano de 2024.

Essa tendência revela principalmente melhorias nos processos de trabalho de comunicação com os pacientes, melhor organização e Tickagem no SISREG III e busca ativa via UBS, coordenados pelo Núcleo de Marcação de Consultas e Prontuários de Pacientes (NMCP) do HRG. Essas mudanças ocorreram, desde 2023, nas seguintes etapas do processo de trabalho (referência: GIR Memorando 47 nº 136807993):

a) Verificação se os agendamentos estavam sendo corretamente checados, no SISREGIII, após a comunicação com o paciente (tickagem);

- b) Acompanhamento sobre as aberturas, fechamentos e remanejamentos de agendas no SISREG III, visando a verificação da comunicação e tickagem no sistema;
- c) Padronização da comunicação com os pacientes através de telefones funcionais e utilização de aplicativos de mensageria instantânea para contato com o paciente, visando a confirmação e reconfirmação da presença;
- d) Verificações se o contato com os pacientes estavam sendo feitos com a antecedência desejável, inclusive reanálises e reconfirmações de pacientes;
- e) Cancelamento de consultas quando os usuários informavam que não poderiam comparecer, devolvendo a vaga para o médico regulador, dessa forma oferecendo essa vaga para outro paciente (minimizando o absenteísmo);
- f) Encaminhamento para a Gerência de Regulação Sul (GERSU), busca ativa para maior oferta e reforço do processo regulatório, nos casos em que não era possível o contato telefônico de pacientes, visando a busca ativa via UBS, reagendamentos e cancelamentos (reforço do fluxo anterior);
- g) Monitoramento constante dos agendamentos feitos pelo médico regulador, desuso de listas impressas e outros controles em papéis, tendo em vista a dinamicidade do sistema SISREGIII;
- h) Matriciamento e diversas capacitações dos profissionais assistenciais para o fechamento das chaves (Execução), para que as "Faltas" fossem devidamente registradas no sistema;
- i) Maior articulação no avistamento de pacientes internados de consultas e exames, visando a menor perda possível nessas agendas.

A análise crítica dos resultados de 2024 permite dizer que houve uma melhora significativa, a começar pela melhor compreensão do processo regulatório. Essa GIR já se manifestou em diversas outras oportunidades que esse é um indicador estratégico para toda a Região de Saúde Sul.

O aspecto mais relevante na construção do indicador em 2024 foi a introdução de um novo método de coleta e análise de dados, através do Mapa Social da Saúde, painel do Ministério Público, que atualizou o Caderno de Orientações AGR 2022/2024 - V.18 (144776525). A provocação partiu dessa GIR através do Memorando 47 (136807993), Memorando 81 (146275290) e Memorando 116 (155564083).

Esse novo método de coleta de dados permitiu melhor precisão metodológica e também maior confiabilidade na produção do indicador, trazendo mais capacidade de governança para essa GIR sobre o indicador proposto.

As principais limitações na execução dos processos de trabalho de comunicação com os pacientes continuam sendo a falta de estrutura física e informacional (foram relatadas no Relatório Anual de 2023, GIR Memorando 47 nº 136807993). As dificuldades operacionais e a lentidão dos sistemas CADSUS e SISREGIII (sistemas web) dificultam ou inviabilizam a atualização cadastral dos usuários no momento da inserção da solicitação no sistema, dessa forma os dados ficam desatualizados, informações são desconstruídas, inviabilizando o tempo necessário para o contato prévio com os usuários.

As limitações estruturais e físicas foram amplamente diagnosticadas durante o ano de 2023, pois as estruturas devem seguir a Norma Regulamentadora nº 17 (NR-17 - ANEXO II - TRABALHO EM TELEATENDIMENTO/TELEMARKETING). Foram feitas reformas das salas de atendimento ao público, troca de cadeiras e computadores, instalação de ar condicionado, trocas de aparelhos telefônicos e computadores pela

SES-DF. Mas essas adequações foram insuficientes.

Essa gerência solicitou a avaliação ambiental e ergonômica da medicina do trabalho e no Relatório Inspeção Técnica (106887260), o Núcleo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho – Gama (Inspeção Técnica realizada em 24/01/2023 pela Equipe do NSHMT) identificou diversas situações irregulares e que necessitam de adequações urgentes, sendo frequentemente a causa de reclamações dos profissionais que atuam na regulação. Novas reformas e adequações do espaço físico estavam previstas para o ano de 2024, mas não foram feitas.

Além da falta de estrutura adequada para a realização do serviço, outra reclamação frequente dos profissionais que atuam nessa ponta é o déficit de RH, especificamente a falta de pessoal administrativo. Outra dificuldade relacionada ao RH que essa gerência tem enfrentado é a falta de parametrização da força de trabalho, por parte da SUGEP (dificuldade já manifestada pela GDAT no SEI nº 107911400).

Os resultados apresentados em 2024 representam uma melhora significativa sobre o entendimento do processo de trabalho de regulação e a conscientização das equipes executantes, nas etapas de comunicação com os pacientes, checagem no sistema de regulação (tickagem), chegando até os fechamentos das chaves de regulação pelas gerências assistentes (executantes), compreendendo todo o processo regulatório. Há uma real necessidade de fortalecimento das áreas de regulação, regulação ambulatorial, para uma maior clareza das responsabilidades no processo regulatório, do Complexo Regulador (CRDF - Panorama 3), da GERSU (Panoramas 1 e 2) e GIR (Panorama 1). Essas informações precisam ser difundidas dentro da instituição hospitalar e principalmente para as Gerências de Assistência da Diretoria Hospitalar (GACIR, GACL, GAMAD), nesse sentido estão sendo feitos vários Matriciamentos por parte do NMCP em 2025.

Especificamente acerca da falta de fechamento de chaves no SISREGIII essa GIR tem atuado de forma incisiva para a responsabilização dos profissionais competentes, através do SEI nº 00060-00031442/2025-41, encaminhando mensalmente as pendências de fechamento de chaves e os indicadores de falta de fechamento. A saber, em Dezembro/24 a Falta de Fechamento de Chaves correspondeu a 44% do total de chaves válidas (Memorando 8 (160954569)); em Janeiro/25 correspondeu a 30% (Memorando 18 (162562350)); e em Fevereiro/25 correspondeu a 7% (Memorando 46 (165240402)); o que corresponde a uma melhoria (proporcional aos meses) de aproximadamente 80% do problema da falta de confirmação de chaves no SISREGIII. O objetivo dessa gerência é o zeramento de pendências de fechamento de chaves de primeiras consultas (Panoramas 1 e 2) no ano de 2025. Destaque para o Relatório Fechamento Chaves SISREGIII (165496125): Falta de Fechamento (Pendentes de Confirmação) de 42 Solicitações no SISREGIII, o que corresponde a cerca de 7% do total de Chaves válidas do período.

As principais oportunidades encontram-se em melhorias no processo regulatório e maior fluidez dos processos de trabalho do ambulatório, implicando menores atritos e maior eficiência nas entregas aos usuários do SUS. Apontamos ainda como poderosas oportunidades a institucionalização e ampla divulgação na SES-DF (inclusive redes sociais e mídias) do Aplicativo "Meu SUS Digital", para que os próprios pacientes tenham acesso à mão das suas solicitações e agendamentos, com datas, horários, locais e chaves de acesso através do aplicativo. Além disso,

também apontamos a utilização de robôs para o envios massivos de mensagens em aplicativos como uma oportunidade de alto impacto e baixo custo. Com a utilização desse recurso será possível realizar a confirmação e reconfirmação de consultas e exames de pacientes agendados a um custo mínimo. Dessa forma, haverá maior automação nesse processo de trabalho e significativa ampliação da capacidade operacional.

Outro avanço importante, que foi articulado durante os anos de 2023 e 2024, sobre melhorias no processo regulatório, é relativamente à criação da Comissão de Regulação da Região de Saúde Sul (CRSSU), instituída através da Ordem de Serviço 93 (anexo Ordem de Serviço nº 93/2025 (CRSSU) (165491343)). A Coordenação é uma instância colegiada de governança da Regulação da Região de Saúde Sul, ligada diretamente à Superintendência e, portanto, hierarquicamente validada por ela, com o papel de fornecer conteúdos técnicos, dados, elaboração de pareceres, informações e avaliações, para subsidiar a tomada de decisões acerca da implementação de políticas públicas de regulação do SUS na Região de Saúde Sul, abrangendo os Panoramas 1 e 2 (regional e inter-regional); Compete à CRSSU discutir e deliberar sobre a direção, avaliação, monitoramento, organização, funcionamento e aperfeiçoamento dos serviços regulados na Região de Saúde Sul, bem como acerca dos fluxos existentes, com fundamento nas normas, portarias, notas técnicas da SES-DF, orientando a forma de implementação dos protocolos de regulação no âmbito de toda a Região de Saúde Sul. Trata-se de um Projeto Piloto de regulação regional na SES-DF.

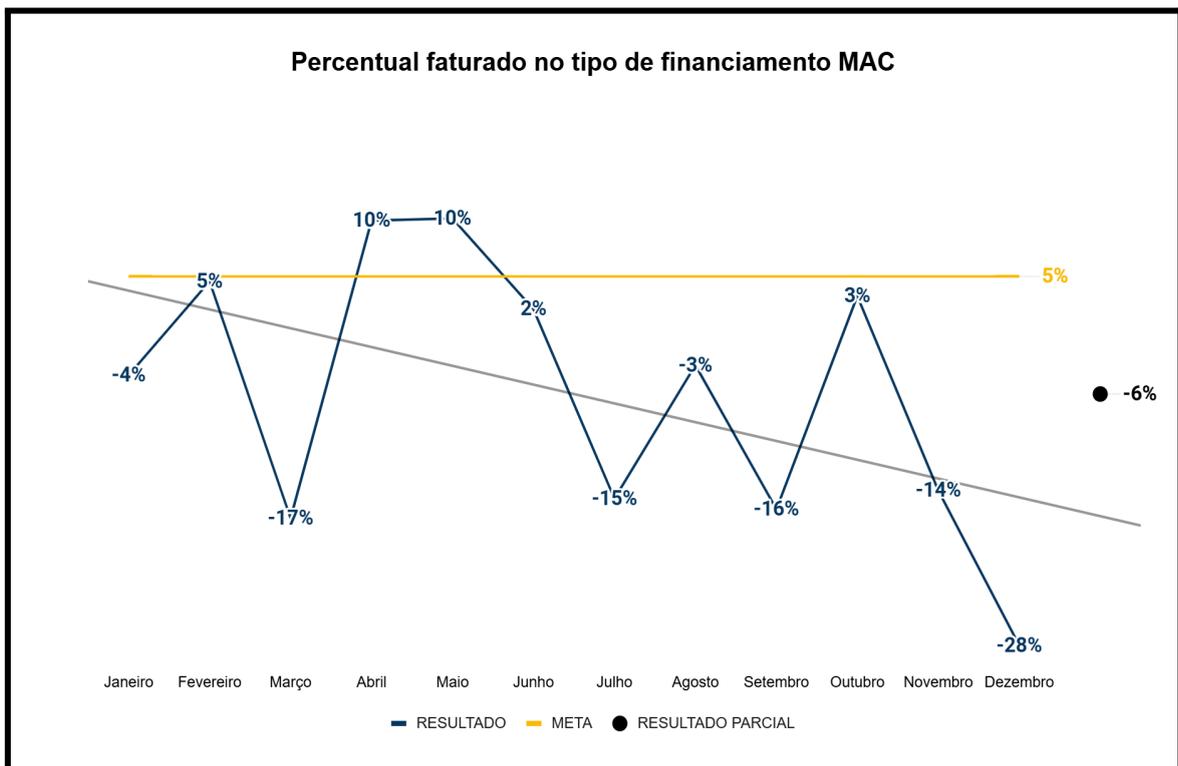
8.3. Indicador 31: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

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

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

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SIA e SIH/DATASUS



NCAIS/HRG

De acordo com o gráfico acima, pode-se observar tendência negativa em quase todos os meses do ano, uma vez que os valores de referência correspondem àqueles de toda a Região Sul como linha de base, e não apenas do Hospital Regional do Gama.

Consideram-se diversos fatores que estão associados para a baixa da produção deste hospital, tais como:

- Os bloqueios recorrentes de leitos UTI apresentados ao longo do ano de 2024 devido a falta de RH especializado (00060-00354818/2023-21), devido às retenções de leito, diversos pacientes foram transferidos a outras unidades. É necessário enfatizarmos que a valoração das internações depende do resultado natural do aumento do quantitativo de internações apresentadas por este hospital, cujos procedimentos são de maior valor.
- Déficit de RH de anestesiólogistas, ocasionado remarcação de cirurgias e

transferência de pacientes graves, enfim a não realização de cirurgias, de maioria ortopédicas, que agregam grande valor ao faturamento MAC. Houve contratação de médicos temporários, mas sem sucesso.

- Qualidade das informações prestadas pelos demais setores e clínicas deste hospital. A qualidade das informações prestadas nos prontuários eletrônicos é inerente às clínicas onde o paciente esteve internado, e não do NCAIS/HRG, mas cabe ao NCAIS a leitura e interpretação para posterior codificação e faturamento. Quando as informações prestadas não são suficientes, os valores destinados ao faturamento caem drasticamente.

Ao longo do ano, pode-se identificar diversos problemas relacionados ao preenchimento do prontuário eletrônico dos pacientes. Para tentar minimizar os danos, foram enviados processos SEI, buscando orientar as clínicas quanto ao melhor preenchimento do PEP do paciente, a fim de facilitar e melhorar a abertura das AIHs faturadas, como por exemplo: 00060-00314754/2024-14, enviado à ortopedia; 00060-00370546/2024-97, Despacho nº 150713965, documento da GEPI sendo aproveitado para solicitar às clínicas deste hospital, uma lista dos procedimentos a que se devem ter mais atenção para o faturamento, ou 00060-00507919/2024-91, documento para toda a assistência do HRG. Além de visitas pontuais a algumas clínicas a fim de orientar o correto preenchimento do PEP.

- DÉFICIT de carga horária para médicos auditores, o que dificulta o trabalho daqueles que aqui permanecem, podendo assim, prejudicar a entrega dos faturamentos requeridos (00060-00288741/2023-93).

- O NCAIS/HRG possui grande número de servidores com restrição médica, apresentando durante todo o ano de 2024 um número muito grande de horas de ABSENTEÍSMO 164073282, dificultando ainda mais a execução do faturamento deste hospital. Assim, mesmo com o número reduzido de profissionais especializados, para minimizar quaisquer indícios de queda, procura-se, constantemente, praticar a busca ativa de prontuários, além de focar na melhoria e qualidade de cada AIH faturada. Somando-se a isso, a investigação do LOG de erros do BPA, que tem contribuído para diminuir os gargalos de queda do faturamento.

Assim, conclui-se que para melhores resultados, precisa acertar a quantidade de servidores presentes no NCAIS e com a especificidade própria à função, ou seja, preocupados com a qualidade das informações prestadas. Além do compromisso de toda a assistência quanto a prestação correta de informações dentro dos prontuários eletrônicos.

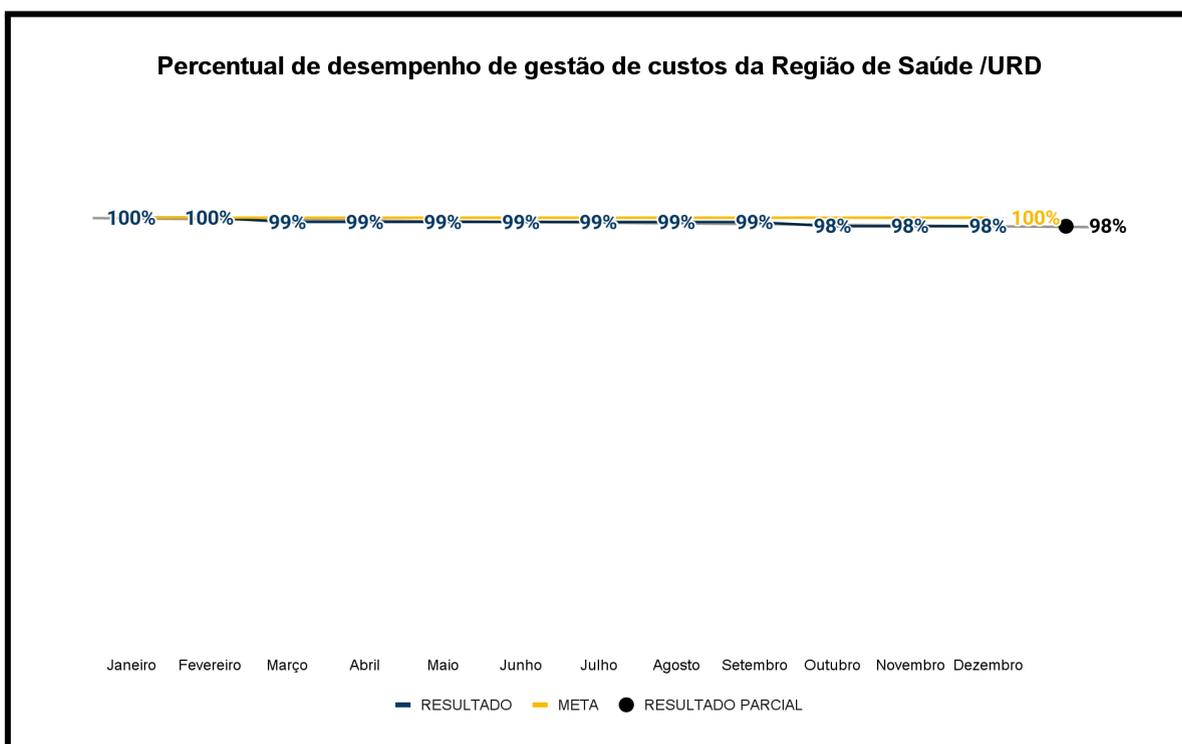
8.4. Indicador 32: Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD

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

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

Polaridade: Maior, melhor

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



O percentual de desempenho da gestão de custos apresenta resultados muito positivos ao longo de 2024, com a média sendo de 99%, refletindo um desempenho consistente e de alta qualidade. A gestão de custos na Região Sul, especialmente na Atenção Primária, mostrou uma performance 100%, o que é indicativo de uma gestão eficiente e controle rigoroso nos processos financeiros.

Principais Observações:

*Estabilidade Alta no Desempenho: Ao longo do ano, a performance foi consistentemente alta, com exceção de outubro e novembro, que tiveram um desempenho ligeiramente inferior (98%). Esses meses de menor desempenho

podem estar relacionados a instabilidades nos sistemas ApuraSUS e E-sus, que impactaram os processos de trabalho da equipe, como mencionado no texto.

***Impacto das Instabilidades nos Sistemas:** Durante o ano, as instabilidades nos sistemas ApuraSUS e E-sus foram um desafio para a equipe de gestão de custos. No entanto, mesmo com esses obstáculos, o percentual de desempenho permaneceu acima de 98% na maior parte do ano, o que demonstra a capacidade de adaptação e resiliência da equipe na gestão de custos.

***Resultados Consistentes e Próximos da Meta:** Com um resultado geral de 98% a 100% ao longo do ano, o indicador de desempenho se manteve bastante próximo da meta, demonstrando um bom nível de eficiência e eficácia nas operações de gestão de custos, com exceção dos meses de menor desempenho (outubro e novembro).

O indicador de desempenho da gestão de custos para 2024 foi extremamente satisfatório, com um desempenho de 98% a 100% durante todos os meses, o que demonstra um controle de custos altamente eficaz. Embora tenha havido uma leve queda nos meses de outubro e novembro, a equipe de gestão mostrou capacidade de adaptação, garantindo que os resultados ficassem dentro de uma faixa aceitável e perto da meta de 100%.

NGC/HRG

O relatório contempla a análise dos dados e análise crítica dos resultados alcançados em todo o ano de 2024. Ressalta ainda as justificativas e quais ações foram realizadas e quais ainda serão tomadas para atingir a meta traçada.

Para a análise dos dados, interpreta-se o gráfico:

Temos um gráfico que mostra o desempenho do ano de 2024. Iniciamos o ano com um percentual de 100% da meta e tivemos uma leve queda após fevereiro. Contudo, os resultados permaneceram sempre próximos à meta, com status satisfatório, evoluindo continuamente para atingir os 100% nos meses seguintes. Apesar de todo o esforço, finalizamos o ano com 98% para uma meta de 100%, mas ainda com o status de meta superada.

Observamos que, ao longo do ano, não houve grandes variações nos resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo dos 100% da meta.

Ressalta-se o resultado positivo ao longo de todos os meses, com a meta sempre satisfatória.

Esta análise crítica dos resultados contempla a avaliação dos dados e das ações realizadas ao longo do ano para aprimorar a coleta e inserção das informações no APURASUS.

Foram implementadas ações para manter a meta dentro dos padrões e qualificar cada vez mais o trabalho do Núcleo de Gestão de Custos.

Todos os nossos processos de trabalho passam por constante evolução, sendo continuamente aprimorados e fortalecidos.

Realiza-se treinamento contínuo para melhorar a produção.

O trabalho é focado no melhor aproveitamento dos dados e na qualificação dos relatórios.

Busca-se uma gestão de custos moderna, proativa e alinhada às necessidades dos gestores responsáveis pela tomada de decisões. Para isso, será necessário tempo para organizar as produções e realizar as cobranças necessárias.

Confirmando as ações propostas, realiza-se constantemente as cobranças referentes às produções dos setores faltantes. Atualmente, algumas dessas

cobranças já extrapolaram os prazos.

Recebe-se mensalmente as produções de cada setor/centro de custo do HRG, reforçamos a importância das informações e da prestação de contas que são repassadas ao Ministério da Saúde por meio do sistema APURASUS. Ressalta-se que existe um prazo preestabelecido, acompanhado pela diretoria do HRG, e que essas informações são fundamentais para a estruturação dos custos do hospital.

Sobre os resultados:

O desempenho atual é positivo. A manutenção do indicador não apresentou grandes variações no período apurado, permanecendo sempre próximo a 100% da meta, com status de meta satisfatória.

Fatores que contribuem para o bom desempenho:

Apoio dos setores no fornecimento de dados;

Apresentação regular das notas fiscais dos serviços executados no HRG.

Desafios enfrentados:

Apesar dos avanços, ainda enfrentamos dificuldades relacionadas a:

Produções faltantes e atrasadas de alguns núcleos;

Envio dos atestados de notas fiscais fora do prazo.

Essas demandas já foram formalmente cobradas por meio de processos SEI.

Oportunidades e ameaças:

Observa-se uma tendência positiva nos resultados, sem grandes variações no período analisado. Contudo, ações serão realizadas para garantir a manutenção desse desempenho dentro da meta.

Evolução dos processos de trabalho:

Os processos de trabalho estão em constante aprimoramento e fortalecimento. No entanto, sua condução inadequada pode impactar os resultados ao final do ciclo de avaliação.

Nosso objetivo é qualificar o serviço, garantindo o cumprimento dos prazos e metas mensais, um desafio contínuo. É fundamental estabelecer parcerias com todos os envolvidos no processo para melhorar tanto a quantidade quanto a qualidade dos dados produzidos, assegurando maior precisão nas análises apresentadas.

Importância da gestão de custos:

A fidedignidade dos dados da gestão de custos depende diretamente do comprometimento de todos os envolvidos no processo produtivo.

Ressalta-se o apoio essencial das Diretorias e da GPMA nesse trabalho.

Segue registro das ações realizadas:

Incluem cobranças e acompanhamentos contínuos das demandas de produção.

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

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

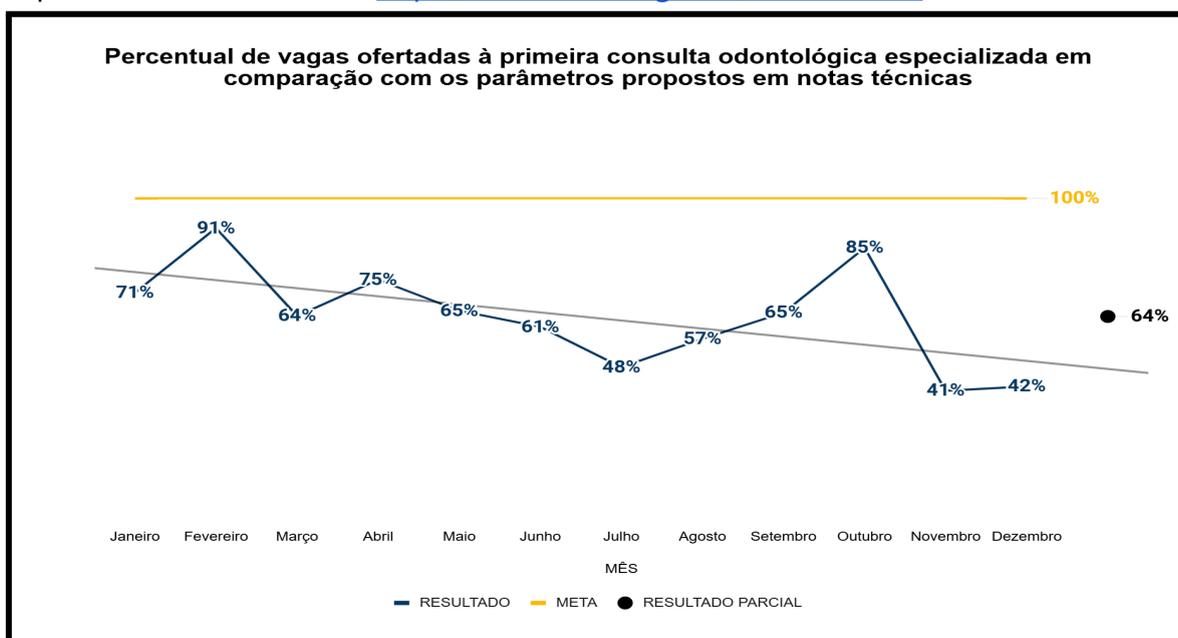
Metodologia de cálculo: NUMERADOR: Soma do número total de vagas ofertadas à primeira consulta por cada especialidade odontológica em cada Região de Saúde. (Soma da oferta real de vagas da Região).

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

MULTIPLICADOR: 100

Polaridade: Maior, melhor

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



No ano de 2024, não foi possível cumprir a meta estabelecida nas Notas Técnicas devido a algumas particularidades, conforme detalhado a seguir:

1. Alto índice de absenteísmo, mesmo após tentativas de contato com os pacientes para confirmação de comparecimento. É importante ressaltar a dificuldade significativa em estabelecer comunicação com um número considerável de pacientes, uma vez que os dados de contato estão desatualizados.
2. Necessidade de remanejamento de horas da Cirurgia Oral para viabilizar a abertura do Serviço de Radiologia Odontológica.

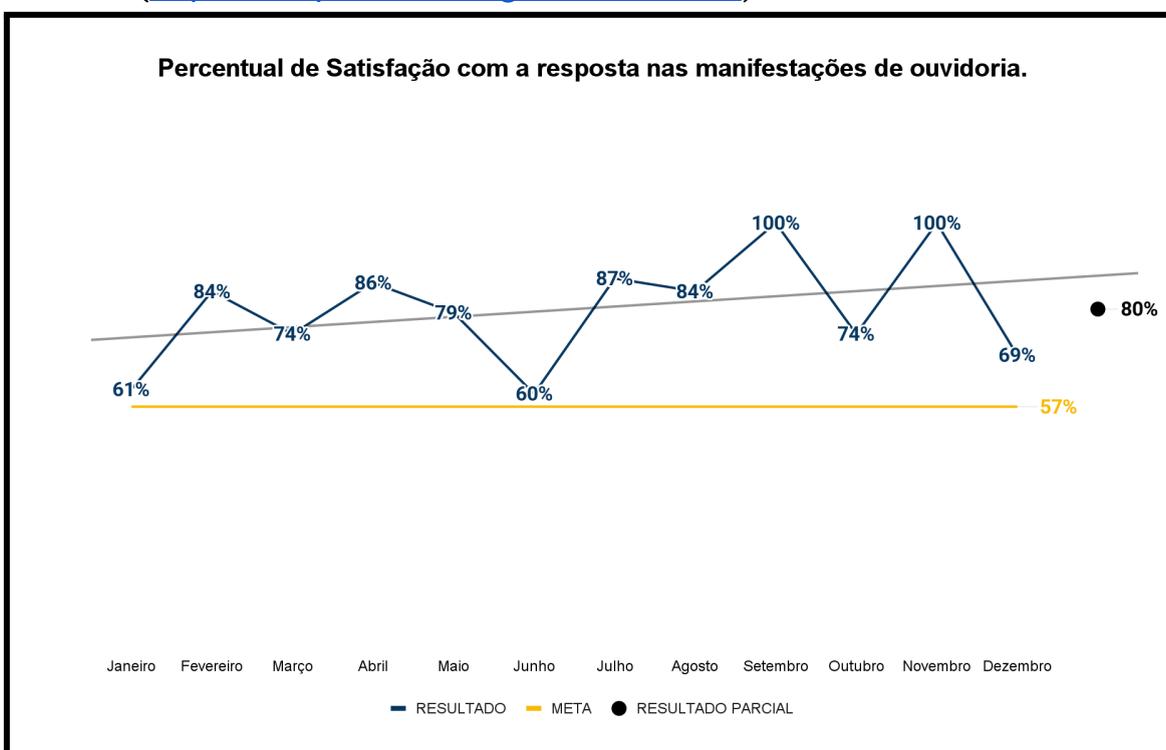
8.6. Indicador 34: Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria

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

Metodologia de cálculo: Numerador: Percentual da satisfação da resposta / 100
Denominador: N° de manifestações avaliadas

Polaridade: Maior melhor

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



Em 2024 o indicador de percentual de satisfação com a resposta nas manifestações de ouvidoria superou a meta, iniciando o ano um pouco acima do estabelecido, com variabilidade ao longo dos meses, mas sempre acima da meta, atingindo o menor índice no mês de junho, que se deu devido ao descumprimento do prazo legal de resposta e persistência no uso da linguagem técnica ou linguagem jurídica.

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

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

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

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

Multiplicador: 100

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Relatórios Gerenciais extraídos do ForPonto e SIGRH Web.

INDICADOR SOBRESTADO ATÉ REFORMULAÇÃO

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

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

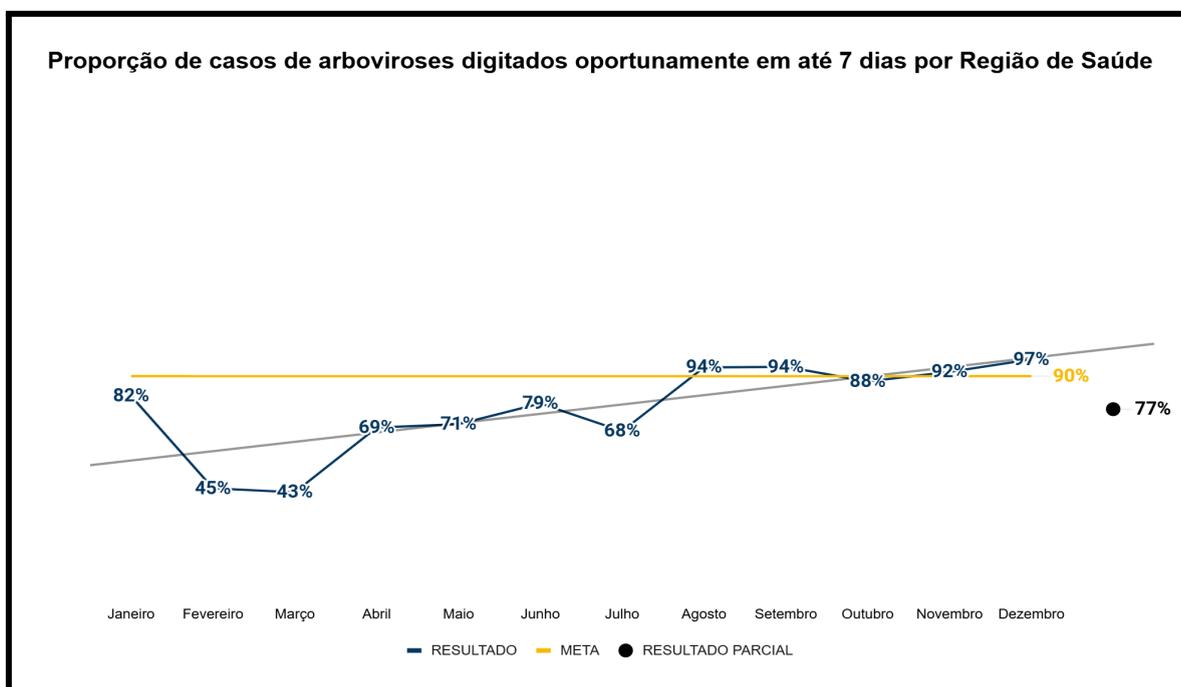
Metodologia de cálculo: Numerador: Número de casos de (dengue + chikungunya + zika) digitados até 7 dias da data de notificação.

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

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SINAN ONLINE



O indicador que analisa a proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias pela Região de Saúde no ano de 2024 mostra uma variação importante nos resultados mensais. A meta estabelecida é de 90%, e o resultado anual alcançado foi de 77%, o que está abaixo da meta.

Principais Observações:

***Picos de Casos:** Como mencionado no texto, o período de fevereiro e março apresentou uma queda considerável no indicador, com valores de 45% e 43%, respectivamente. Esses meses coincidem com o pico de casos de dengue no DF, período em que houve uma sobrecarga nos serviços de saúde devido ao aumento da demanda. Esse fator ajudou a justificar a dificuldade em realizar o registro oportuno das notificações, o que reflete diretamente no indicador. No entanto, é importante notar que, após esse pico, o indicador voltou a melhorar significativamente nos meses seguintes (abril e maio).

***Recuperação no 2º Trimestre:** Após os meses de fevereiro e março, houve uma melhoria considerável no indicador, com abril e maio apresentando valores de 69% e 71%, respectivamente. Isso demonstra uma recuperação na capacidade de registro

das notificações à medida que o número de casos de arboviroses diminui e a carga sobre os serviços de saúde se reduz.

*Declínio em Julho: No mês de julho, o indicador apresentou uma queda para 68%, o que quebrou a curva de crescimento da notificação oportuna que vinha sendo observada. A hipótese levantada para essa queda foi o absenteísmo, que, conforme mencionado, foi elevado a 94% em agosto. Esse aumento no absenteísmo provavelmente afetou a capacidade dos profissionais de saúde de realizar o registro das notificações em tempo hábil, o que teve um impacto negativo no indicador.

*Melhora Contínua em Agosto a Novembro: Nos meses subsequentes, especialmente a partir de agosto, o indicador começou a melhorar de forma contínua, com valores de 94% em agosto, 94% em setembro, 88% em outubro, 92% em novembro e 97% em dezembro. Esses valores são bem próximos ou até superiores à meta de 90%, indicando um esforço contínuo de melhora no sistema de registros.

O resultado anual de 77% ficou abaixo da meta de 90%, mas a análise mensal revela que a queda observada nos meses de fevereiro e março foi causada principalmente pela sobrecarga nos serviços de saúde durante o pico de casos de dengue. A recuperação no segundo trimestre e os bons resultados no segundo semestre mostram que, uma vez superado o pico de casos, a eficiência no registro das notificações foi restaurada, e o indicador melhorou consideravelmente. No entanto, o absenteísmo de julho também afetou temporariamente a performance do indicador

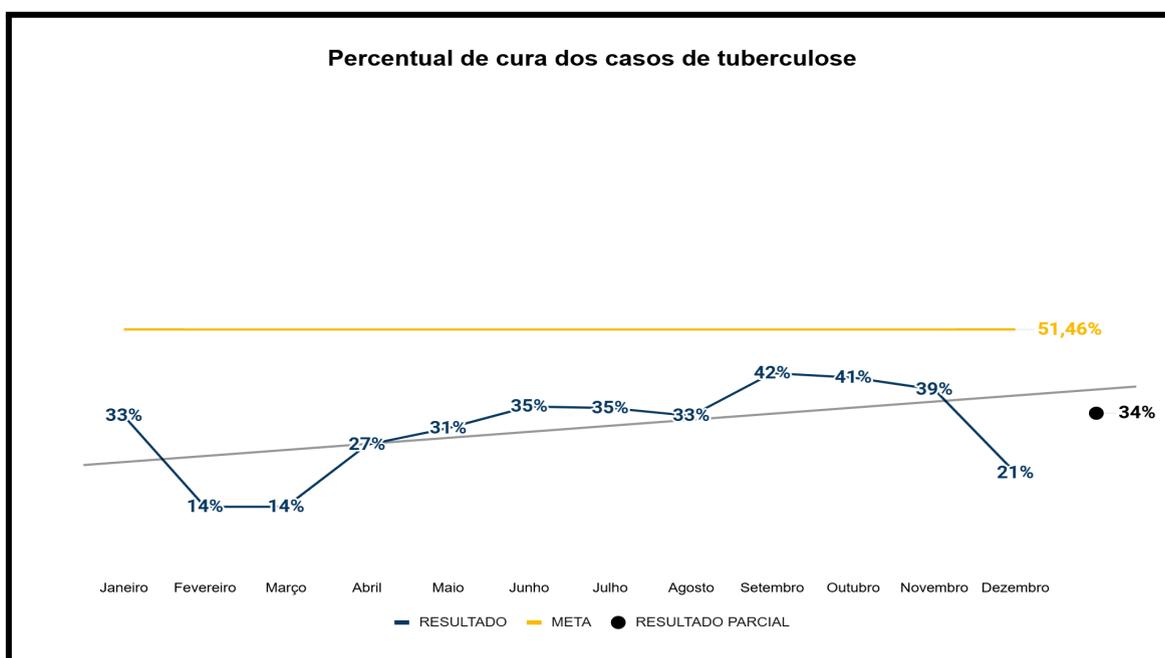
8.9. Indicador 39: Percentual de cura dos casos novos de tuberculose

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

Metodologia de cálculo: Numerador: Número de casos novos de tuberculose encerrados por cura no ano de diagnóstico anterior em residentes em determinada Região de Saúde. Denominador total de casos novos residentes na mesma Região de Saúde nos anos das
Fator multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SINAN Net



O indicador que analisa a proporção de cura dos casos novos de tuberculose ao longo de 2024 mostrou um desempenho geral abaixo da meta estabelecida de 51,46%, com um resultado anual de 34%. Esse resultado é motivo de preocupação, considerando que a cura da tuberculose é um objetivo central no controle da doença e que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel crucial na detecção precoce, adesão ao tratamento e acompanhamento dos pacientes.

Principais Observações:

*Flutuação nos Valores Mensais: O indicador apresenta uma grande variação nos valores mensais, com alguns meses, como fevereiro (14%) e março (14%), apresentando proporções de cura muito baixas. Esses meses refletem uma dificuldade significativa em alcançar bons resultados na cura dos casos de tuberculose. Nos meses seguintes, a proporção de cura foi mais variável, com valores como maio (31%) e junho (35%) mostrando uma leve recuperação. No entanto, esses valores ainda estão bem abaixo da meta de 51,46%.

*Queda no Final do Ano: Um ponto crítico é a queda no mês de dezembro, com apenas 21% de cura, que é um valor muito baixo e sugere que houve dificuldades no final do ano para realizar o acompanhamento adequado dos casos. Isso pode ser

resultado de diversos fatores, como sobrecarga de trabalho no final do ano, dificuldades no monitoramento dos casos ou falta de adesão ao tratamento.

*Dificuldades no Seguimento e Manejo: Como mencionado no texto, a preocupação com a proporção de cura pode estar relacionada a dois fatores principais: a falta de atualização dos dados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e a dificuldade no manejo e seguimento dos pacientes. Esses problemas podem indicar falhas no sistema de informação, no acompanhamento das equipes de saúde ou na adesão ao tratamento pelos pacientes.

*Baixa Adesão ao Tratamento: A baixa proporção de cura pode também refletir dificuldades em fortalecer a adesão terapêutica, o que é essencial para o sucesso do tratamento da tuberculose. A falta de adesão pode ser atribuída a fatores como o estigma associado à doença, a longa duração do tratamento, ou dificuldades no acompanhamento devido a falta de recursos ou suporte das equipes de saúde.

O resultado de 34% de proporção de cura dos casos novos de tuberculose está muito abaixo da meta de 51,46%. A flutuação nos valores mensais, especialmente os baixos valores de cura em fevereiro, março e dezembro, evidenciam dificuldades em todas as fases do manejo da doença, desde o diagnóstico até o seguimento do tratamento. A APS precisa de melhorias no processo de acompanhamento e manejo da tuberculose, além de garantir que os dados sejam atualizados corretamente no SINAN.

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

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

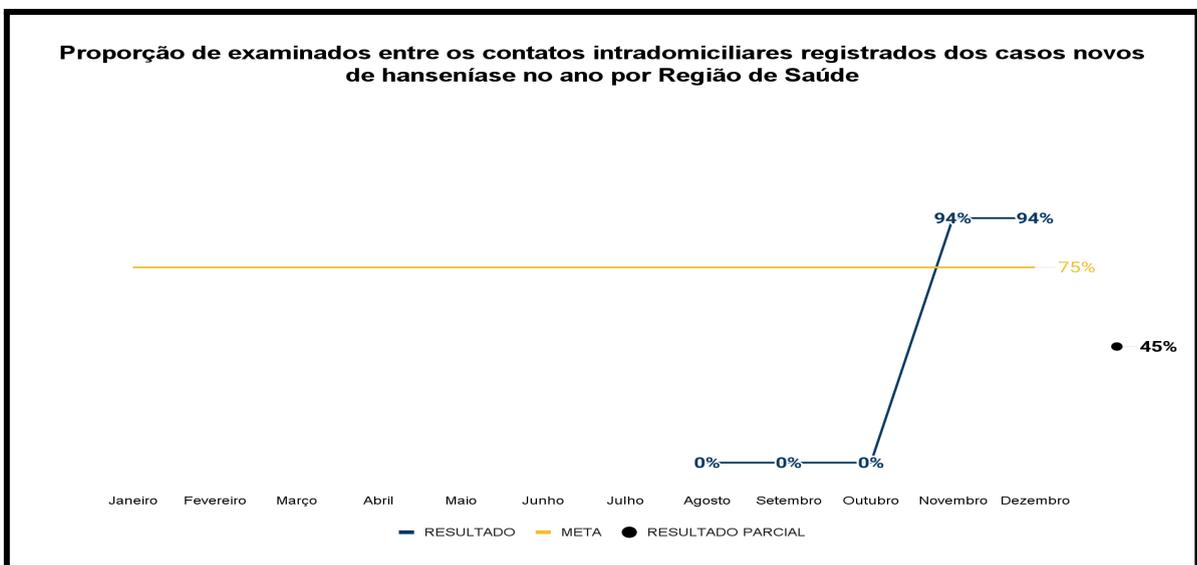
Metodologia de cálculo: Numerador: contatos intradomiciliares examinados referentes aos casos novos residentes em determinada Região de Saúde e diagnosticados no ano de avaliação.

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

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SINAN Net



O indicador da proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase em 2024 apresenta um desempenho bastante abaixo da meta de 75%, com um resultado de apenas 45% no ano. Esse valor sugere que as ações de identificação e exame dos contatos intradomiciliares ainda não estão sendo implementadas de forma eficaz, o que é uma preocupação, dado que o diagnóstico precoce da hanseníase e o exame dos contatos são fundamentais para o controle da doença.

Principais Observações:

*Ausência de dados nos primeiros sete meses de 2024. Isso sugere uma falha significativa nas ações de busca ativa e no registro dos contatos intradomiciliares no sistema. A falta de exame nos contatos intradomiciliares nesses meses pode ser explicada por uma possível falta de capacitação ou por dificuldades logísticas nas equipes de saúde, que podem não ter implementado adequadamente as ações de vigilância.

*Melhoria em Novembro e Dezembro: a proporção aumentou para 94%, o que representa um esforço maior das equipes para realizar os exames, possivelmente impulsionado por ações de educação permanente que começaram a ter um impacto positivo no treinamento das equipes.

O resultado de 45% de examinados entre os contatos intradomiciliares está bem abaixo da meta de 75%, indicando uma falha significativa nas ações de rastreamento e no acompanhamento dos casos de hanseníase ao longo do ano. A falta de dados nos primeiros meses sugere que as equipes de saúde não realizaram a busca ativa ou o exame de contatos de forma adequada. No entanto, nos últimos meses do ano, especialmente em novembro e dezembro, houve um aumento na proporção de examinados, o que pode ser atribuído às melhorias nas ações das equipes, possivelmente devido a programas de capacitação.

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

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

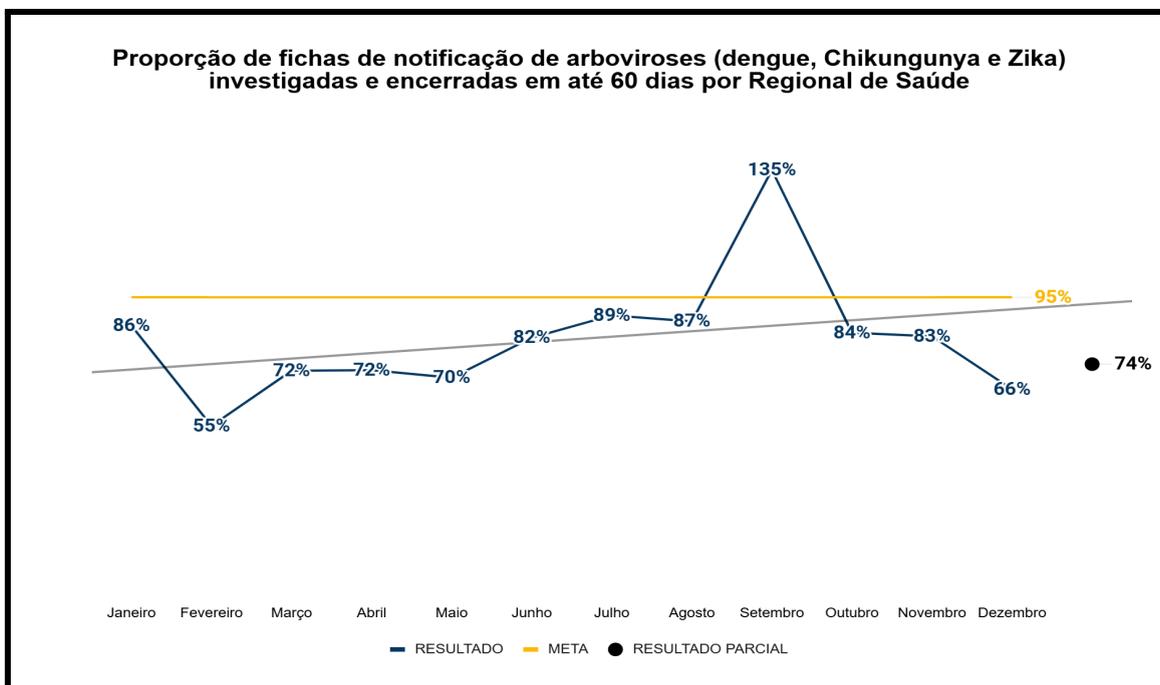
Metodologia de cálculo: Numerador: número de fichas de notificação de dengue, zika e chikungunya investigados e encerrados em até 60 dias da data de notificação

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

Multiplicador: 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SINAN ONLINE



O indicador da proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, chikungunya e zika) investigadas e encerradas em até 60 dias pela Regional de Saúde mostra um resultado geral de 74% em 2024, o que está abaixo da meta estabelecida de 95%. Embora tenha havido uma melhora ao longo do ano, o indicador ainda apresenta desafios significativos, especialmente nos primeiros meses, devido à sobrecarga dos serviços de saúde durante a epidemia de dengue.

Principais Observações:

*Impacto da Epidemia de Dengue: De janeiro a maio de 2024, o Distrito Federal enfrentou uma epidemia de dengue, o que causou uma sobrecarga nos serviços de saúde assistenciais e de vigilância. Esse contexto contribuiu para um desempenho abaixo do esperado nos primeiros meses, com o pior resultado em fevereiro (55%), indicando um atraso no encerramento dos casos de dengue notificados.

*Melhoria a Partir de Março: A partir de março de 2024, o indicador começou a

apresentar uma melhoria significativa, alcançando 72% de encerramento oportuno e se mantendo nessa faixa durante os meses seguintes (abril e maio). Esse aumento pode ser atribuído ao monitoramento intensificado realizado pelo NVEPI (Núcleo de Vigilância Epidemiológica) e ao pedido de encerramento oportuno de casos via SEI (Sistema Eletrônico de Informações).

*Desempenho nos Meses Seguintes: De junho a outubro, o indicador se manteve em uma faixa mais alta, com valores acima de 80%, destacando um esforço contínuo para melhorar o encerramento oportuno das notificações. No entanto, o resultado de dezembro (66%) mostra uma queda acentuada no final do ano, que pode estar relacionada ao contexto de fim de ano, férias e menor monitoramento durante esses períodos.

O resultado de 74% de encerramento oportuno das notificações de arboviroses está abaixo da meta de 95%, indicando que, embora tenha ocorrido uma melhoria significativa a partir de março, a meta não foi alcançada. A sobrecarga no início do ano devido à epidemia de dengue impactou negativamente o desempenho do indicador, mas a intensificação das ações a partir de março ajudou a melhorar os resultados. O desempenho no final do ano, especialmente em dezembro, com 66%, sugere a necessidade de estratégias mais robustas para garantir a continuidade das ações de vigilância durante todos os meses.

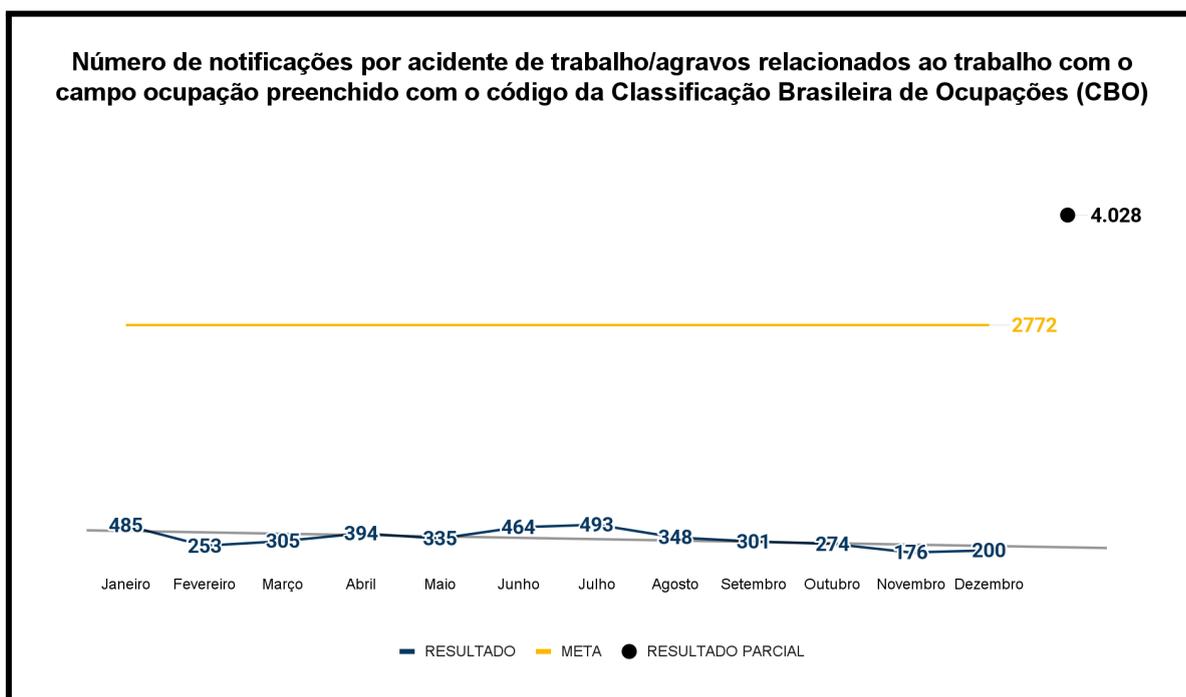
8.12. Indicador 42: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionado ao trabalho

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

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

Polaridade: Maior, melhor

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



O indicador do número de notificações por acidente de trabalho / agravos relacionados ao trabalho apresenta um total de 4.028 notificações em 2024, superando a meta de 2.772 notificações. Esse resultado reflete um aumento expressivo no número de notificações em relação à meta estabelecida, indicando um cenário de notificações mais altas do que o esperado.

Principais Observações:

*Aumento no mês de Junho: Um aumento expressivo nas notificações foi observado em junho de 2024, com 464 notificações registradas. Esse aumento é atribuído principalmente a problemas técnicos no sistema de registro (como o SINAN, Trakcare e a internet lenta em maio), que atrasaram o processo de notificação. Como resultado, muitos casos captados em maio foram registrados apenas em junho, contribuindo para esse aumento considerável.

*Problemas Técnicos e Subnotificação: A dificuldade de registro adequada foi exacerbada pela instabilidade nos sistemas de informação e falta de computadores modernos. Isso não só causou um aumento nos números de junho, mas também indica que parte dos registros em outros meses pode ter sido subnotificada devido a

dificuldades no preenchimento da Guia de Atendimento Emergencial (GAE) e problemas na coleta de dados de forma precisa.

*Fatores Contribuintes para Atrasos nas Notificações: A falta de informações adequadas nos prontuários, número de telefone incorreto e a dificuldade do paciente em atender ao telefone dificultaram a finalização de algumas notificações. Esse cenário contribui para o atraso no preenchimento e a possível subnotificação de acidentes de trabalho e agravos relacionados.

*Falta de profissionais de Saúde: O déficit de servidores técnicos de enfermagem e enfermeiros no NHEP (Núcleo de Saúde do Trabalhador) impactou diretamente no número de notificações. A falta de profissionais qualificados para realizar as notificações causou atrasos no preenchimento das fichas e, conseqüentemente, o aumento do número de notificações registradas no mês subsequente, como visto em junho e julho.

*Status do plano de ação: Busca ativa para detecção de notificação compulsória de todos os tipos de acidentes de trabalho atendidos no HRG; Profissionais da classificação de risco / anotações qualitativas no prontuário eletrônico; Implementação de um “Texto Padrão” no prontuário dos usuários classificados na Classificação de Risco; Perfil no Trakcare; Implementação de protocolo/rotina específica no setor para notificação de acidentes de trabalho; Encaminhamento de processos ao CEREST, via SEI; Solicitado junto a CTINF, um telefone celular funcional; Elaborada pela equipe do NHEP, uma tabela interna com os principais CID'S da causa dos acidentes de trabalho.

O número de notificações de acidentes de trabalho e agravos relacionados ao trabalho em 2024 superou a meta de 2.772 com um total de 4.028 notificações, um valor consideravelmente mais alto. Esse resultado foi influenciado por uma série de fatores, incluindo problemas técnicos no sistema de registro, dificuldades na coleta de dados e a falta de recursos humanos para lidar com a demanda. Embora tenha ocorrido um aumento significativo nas notificações, essa elevação também reflete um contexto de dificuldades operacionais que impactaram a qualidade e a pontualidade do registro.

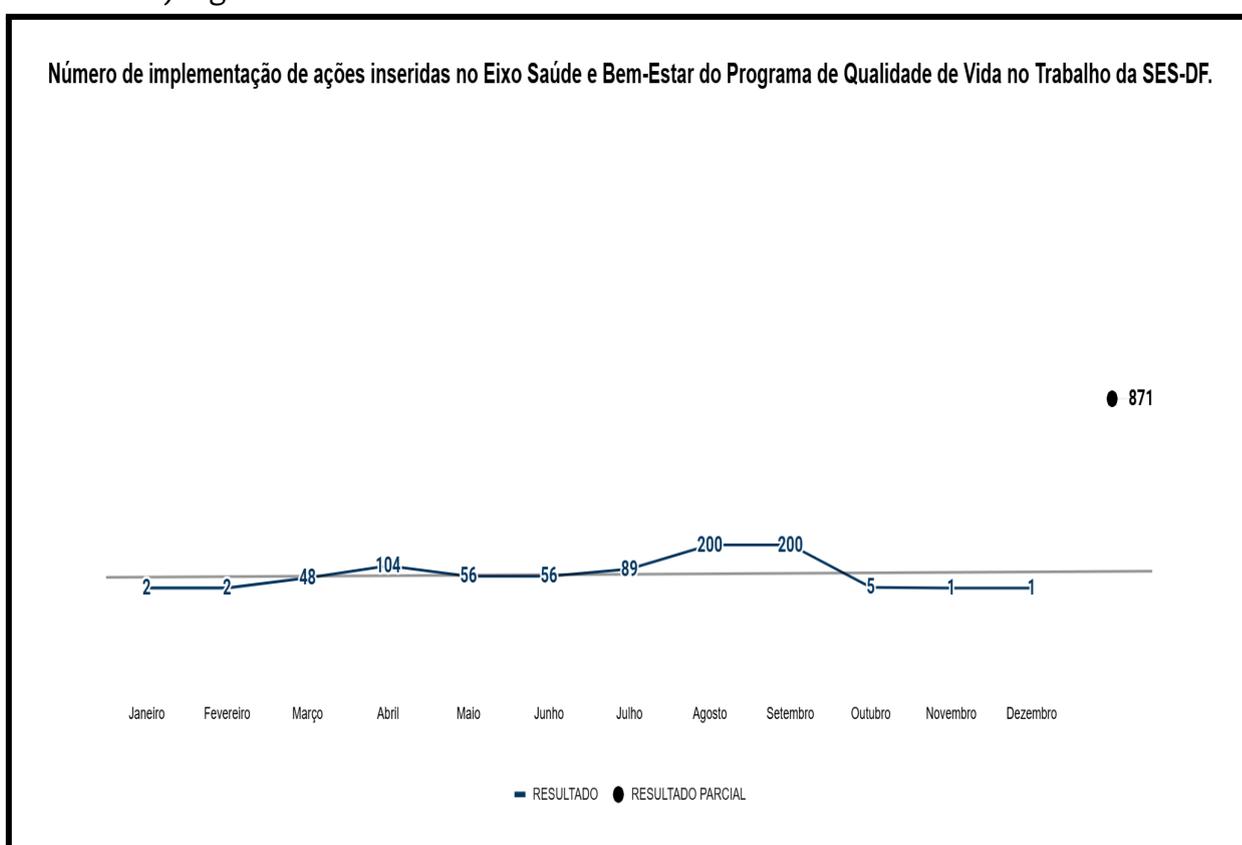
8.13. Indicador 43: Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.

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

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

Polaridade: Maior, melhor

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



A nomeação do Comitê Regional de Qualidade de Vida no trabalho da Superintendência Regional de Saúde Sul - CRQVT/SRSSU foi importante por divulgar a Política de Qualidade de Vida no Trabalho e assim estimular o número de ações realizadas. As reuniões do CRQVT/SRSSU acontecem mensalmente e possibilitam a contribuição de diferentes setores na construção de um plano regional de qualidade de vida no trabalho. Alguns membros do CRQVT/SRSSU participaram de oficinas e cursos de capacitação sobre qualidade de vida no trabalho, no entanto, por ser um tema novo é preciso continuar as capacitações de todos os membros dos comitês. Foram realizadas pelo Núcleo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho no Gama 971 convocações para realização dos exames médicos periódicos, que estão previstos como ação no eixo saúde e bem-estar no Programa de Qualidade de Vida

da SES/DF. A adesão dos servidores melhorou, no entanto, ainda é necessário implementar estratégias para aumentar a adesão dos servidores aos exames periódicos.

9. Monitoramento dos resultados

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

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

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

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

10. Considerações finais

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

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

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

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

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