

2024



ACORDO DE GESTÃO LOCAL
ATENÇÃO SECUNDÁRIA



RESULTADO FINAL
2024

RELATÓRIO DO ACORDO DE GESTÃO LOCAL ATENÇÃO SECUNDÁRIA - RAGL

Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Planejamento em Saúde
Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES/DF

Secretário de Saúde

Juracy Cavalcante Lacerda Júnior

Subsecretário de Planejamento em Saúde - SUPLANS

Rodrigo Vidal da Costa

Coordenador de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional - CPLAN

Lucas Mariani Bahia Duca

Diretor de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde - DIMOAS

Guilherme Mota Carvalho

ORGANIZAÇÃO E ELABORAÇÃO

Gerente de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão - GEMAG

Waallis Grécio Graia Barbosa

EQUIPE TÉCNICA: Edenildes Maria de Oliveira e Márcia Jakeline Barros Silva

Relatório elaborado em maio de 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES/DF

Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS

Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional - 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

Edifício PO 700, 1º andar - SRTVN 702, Via W5 Norte

Brasília/DF, CEP: 70.723-040

©2025 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

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>.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	3
ARCABOUÇOS JURÍDICOS.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
HISTÓRICO DE IMPLANTAÇÃO DOS AGLs DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA.....	7
RESULTADOS DOS INDICADORES DAS POLICLÍNICAS.....	8
Painel à vista.....	8
INDICADOR 1- Percentual de consultas de primeira vez em cardiologia.....	10
INDICADOR 2- Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia.....	11
INDICADOR 3 - Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas e não médicas (panoramas I e II) nas Policlínicas.....	12
INDICADOR 4- Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.....	13
INDICADOR 5- Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em feridas complexas.....	14
INDICADOR 6- Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em pé diabético.....	15
INDICADOR 7- Percentual de consultas de 1ª vez ofertadas em pré-natal de alto risco (PNAR) sobre o total de vagas ofertadas em ginecologia e obstetrícia.....	16
INDICADOR 8- Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia pediátrica.....	17
ANÁLISES DOS RESULTADOS DAS POLICLÍNICAS.....	18
Painel à vista.....	28
CENTRO ESPECIALIZADO EM DIABETES, OBESIDADE E HIPERTENSÃO ARTERIAL - CEDOH.....	29
CENTRO ESPECIALIZADO EM DIABETES, HIPERTENSÃO E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - CDHIC.....	29
CENTRO ESPECIALIZADO EM DIABETES, HIPERTENSÃO - CADH.....	29
INDICADOR 1- Percentual de consultas de primeira vez em Cardiologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas.....	29
INDICADOR 2- Percentual de consultas de primeira vez em Endocrinologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas.....	30
INDICADOR 3- Percentual de consultas de 1ª vez em endocrinologia pediátrica no Centro Especializado em Condições Crônicas.....	31
INDICADOR 4- Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas no Centro Especializado em Condições Crônicas.....	32
INDICADOR 5- Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais no Centro Especializado em Condições Crônicas.....	33
ANÁLISES DOS RESULTADOS DOS CENTROS ESPECIALIZADOS.....	34
RESULTADOS DOS INDICADORES DO ADOLESCENTRO e COMPP.....	36
Painel à vista.....	36
ADOLESCENTRO E COMPP.....	37
INDICADOR 2- Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas pelo Adolescentro/COMPP com equipes de Atenção Primária.....	38
INDICADOR 3- Participação do Adolescentro em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial/COMPP.....	39
ANÁLISES DOS RESULTADOS COMPP E ADOLESCENTRO.....	40
RESULTADOS DO CENTRO ESPECIALIZADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS - CEDIN.....	41
Painel à vista.....	41
INDICADOR 1: Percentual de especialidades/serviços regulados da carteira de serviços do Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN).....	42
INDICADOR 2- Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.....	43
INDICADOR 3- Percentual de consultas de 1ª vez de HIV/hepatites do CEDIN.....	44
INDICADOR 4- Percentual de vagas ofertadas para acolhimento do Ambulatório de Diversidade de Gênero em relação à fila de espera.....	45
ANÁLISES DOS RESULTADOS DO CEDIN.....	46
RESULTADOS DO CENTRO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DA MULHER - CESMU.....	47

Painel à vista.....	47
INDICADOR 1- Percentual de vagas de 1ª vez não utilizadas para acolhimento especializado em saúde da mulher..	48
INDICADOR 2- Percentual de vagas ofertadas para o acolhimento CESMU sobre o total de vagas ofertadas para acesso direto às especialidades.....	49
INDICADOR 3- Percentual de procedimentos de Atenção Secundária, faturados em ginecologia.....	50
ANÁLISES DOS RESULTADOS DO CESMU.....	51
RESULTADOS DOS INDICADORES DA CASA DE PARTO.....	52
Painel à vista.....	52
INDICADOR 1- Número total de partos.....	53
INDICADOR 2- Percentual de nascidos vivos com APGAR menor ou igual a 7 no 5º minuto.....	54
INDICADOR 3- Taxa de Infecção pós-parto vaginal.....	55
INDICADOR 4- Percentual de transferência de parturientes do CPN ao hospital de referência.....	56
ANÁLISES DOS RESULTADOS CASA DE PARTO.....	57
RESULTADOS DOS INDICADORES DO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER.....	58
Painel à vista.....	58
CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER.....	59
INDICADOR 1- Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica pediátrica.....	59
INDICADOR 2- Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica adulto.....	60
INDICADOR 3- Número de atendimentos realizados no CER II de Taguatinga por mês.....	61
INDICADOR 4- Número de ações de matriciamento realizadas com a Atenção Primária à Saúde.....	62
INDICADOR 5- Número de pacientes atendidos nos ambulatórios de estomizados.....	63
ANÁLISES DOS RESULTADOS CER.....	64
RESULTADOS DOS INDICADORES DO CENTRO DE RADIOLOGIA DE TAGUATINGA - CRT.....	65
Painel à vista.....	65
INDICADOR 2- Percentual de absenteísmo aos exames de odontologia.....	67
INDICADOR 3- Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de ecografia.....	68
INDICADOR 4- Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de mamografia.....	69
ANÁLISES DOS RESULTADOS CRT.....	70
RESULTADOS DOS INDICADORES DOS CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICA - CEO.....	71
Painel à vista.....	71
INDICADOR 1- Percentual de alcance da Meta CEO CENTRAL - Procedimentos Básicos.....	72
INDICADOR 2 - Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Cirurgia Oral.....	73
INDICADOR 3 - Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Endodontia.....	74
INDICADOR 4 - Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Periodontia.....	75
ANÁLISES DOS RESULTADOS CEO.....	76
RESULTADOS DO INDICADORES DOS CENTROS DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL.....	84
Painel à vista.....	84
CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL - CAPS.....	86
INDICADOR 1 - Número de acolhimentos iniciais realizados nos CAPS.....	86
INDICADOR 2 - Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Primária.....	87
INDICADOR 3 - Ações de matriciamento sistemático realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência.....	88
INDICADOR 4 - Número de ações territoriais realizadas pelos CAPS.....	89
INDICADOR 5 - Variedade de procedimentos RAAS e BPA realizados por CAPS.....	90
INDICADOR 6 - Número de encaminhamentos para internação psiquiátrica compulsória em razão de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, demandados por CAPS.....	91
INDICADOR 7 - Participação em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial..	92
INDICADOR 8 - Número de atendimentos a casos de situação em crise.....	93
ANÁLISES DOS RESULTADOS CAPS.....	94

ARCABOUÇOS JURÍDICOS

CF/88

- Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

LEI 8.080/90

- Art. 7º, inciso IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a. ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b. regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

MANUAL DE PLANEJAMENTO DO SUS

- Dispõe sobre a sistematização da contratualização regionalizada no âmbito da SES DF

DECRETO PRESIDENCIAL 7.508/11

- Afirma a relevância de gestão para resultados e da contratualização sob a perspectiva de uma contratação unificada em redes, de forma a alinhar os incentivos entre todos os atores do SUS para alcançar os objetivos estratégicos.

DECRETO 37.515/16

- Institui o Programa de Gestão Regional de Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital

PORTARIA 1.066/21

- Dispõe sobre a normatização do monitoramento e avaliação dos Acordos de Gestão, conforme preconizado no Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS no âmbito da SES DF.

DECRETO 37.515, DE 26 DE JULHO DE 2016

Art. 1º Fica instituído o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS...

Art. 5º A operacionalização do PRS é realizada mediante a celebração de Acordo de Gestão Regional - AGR entre a SES-DF e as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital e a alocação de créditos orçamentários e de recursos financeiros para apoiar a execução das atividades pactuadas no referido Acordo.

Art. 5º - § 1º Após a formalização do AGR, **a Região de Saúde deve assinar Acordo de Gestão Local - AGL com cada Unidade de Saúde** com vistas à conformação da Rede de Atenção à Saúde do seu território.

Art. 5º - § 3º O AGR e o AGL devem obedecer às diretrizes e objetivos do Plano Plurianual, Plano de Saúde Distrital e da Programação Anual de Saúde.

Art. 7º O PRS deve ser gerido pela SES-DF mediante acompanhamento do seu Colegiado de Gestão e do Colegiado de Gestão Regional.

INTRODUÇÃO

Os acordos de gestão contratualizados com as unidades da atenção secundária foram pactuados em dois momentos: em 2021, a contratualização das unidades da Atenção Secundária, com 17 Policlínicas, 04 Centros Especializados (CE) e uma Casa de Parto. Sendo, tais acordos, assinados em agosto do referido ano, com vigência até dezembro de 2022. A segunda pactuação ocorreu em 2022 incluindo os 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP), o Adolescentro, os 12 Centros de Especialidade Odontológica (CEO) e a Central de Radiologia de Taguatinga (CRT), que então, passaram a ser monitorados.

O objetivo do processo de contratualização das Unidades Secundárias da Rede SES/DF foi instituir a implementação de acordos de gestão local entre as Superintendências das Regiões de Saúde (SRS) e o Hospital Materno Infantil (HMIB) com as unidades de saúde sob gestão própria, por meio do estabelecimento de indicadores e metas, alinhados às necessidades de saúde de cada Região e URD envolvida.

O AGL visa aprimorar a qualidade dos serviços prestados, otimizar recursos e o aperfeiçoamento dos indicadores de saúde. Além disso, busca-se promover a integração entre as unidades de saúde e as áreas técnicas, bem como fortalecer a governança e a transparência na gestão dos indicadores.

Este **Relatório de Resultado Final de 2024** apresenta os resultados alcançados por cada unidade da Atenção Secundária em relação aos indicadores contratualizados. Além disso, traz uma análise sintética das principais ações realizadas e dos desafios enfrentados por cada gestão local. O documento tem como finalidade apoiar o monitoramento contínuo dos resultados, bem como a avaliação, orientando intervenções necessárias para a melhoria dos indicadores — tanto no âmbito regional quanto na Administração Central da SES/DF.

Os resultados dos indicadores e as análises são realizadas pelos agentes de planejamento das unidades da Atenção Secundária contratualizadas, com organização e coordenação do processo de monitoramento e avaliação da Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde, por meio da Gerência de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão, vinculada à Subsecretaria de Planejamento em Saúde.

Ao longo do ano, os indicadores são acompanhados com base em uma classificação por status de desempenho:

- **Superado** (100% ou mais da meta);
- **Satisfatório** (75% a 99,99%);
- **Razoável** (50% a 74,99%);
- **Parcial** (25% a 49,99%);
- **Crítico** (menor que 25%).

Esse processo de monitoramento permite identificar pontos de atenção, implementar ações corretivas e acompanhar a evolução dos resultados ao longo do tempo, contribuindo para o fortalecimento da gestão e a melhoria contínua dos serviços oferecidos à população.

HISTÓRICO DE IMPLANTAÇÃO DOS AGLs DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA



15/07/2021	POLICLÍNICAS Assinatura do Acordo de Gestão Local com Atenção Secundária - 17 Policlínicas
15/07/2021	CENTROS ESPECIALIZADOS Assinatura do Acordo de Gestão Local com Atenção Secundária - 04 Centros Especializados e 01 Casa de Partos
15/12/2021	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL Assinatura do Acordo de Gestão Local com Atenção Secundária - 18 Centros de Atenção Psicossocial, 01 Adolescento e 01 Centro de Orientação Médico Psicopedagógica COMPP
20/06/2022	CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO Assinatura do Acordo de Gestão Local com os 12 Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs
11/10/2022	CENTRAL DE RADIOLOGIA DE TAGUATINGA - CRT Assinatura do Acordo de Gestão Local com a Central de Radiologia de Taguatinga - CRT
01/01/2023	POLICLÍNICAS, CENTROS ESPECIALIZADOS E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL Renovação do Acordo de Gestão com as 17 Policlínicas, os 04 Centros Especializados e 01 Casa de Partos, e com os 18 Centros de Atenção Psicossocial, 01 Adolescento e 01 Centro de Orientação Médico Psicopedagógica COMPP , com vigência até 31/12/2028

RESULTADOS DOS INDICADORES DAS POLICLÍNICAS

Painel à vista

POLICLÍNICAS			CENTRAL		CENTRO SUL				LESTE	
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	POLICLÍNICA GSAS 1	POLICLÍNICA LAGO SUL	Policlínica Riacho Fundo	Policlínica Riacho	Policlínica Guarã	Policlínica Núcleo	Policlínica Paranoá	Policlínica São
			STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS
1	1. Percentual de consultas de primeira vez de Cardiologia	Maior melhor	Razoável	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Razoável	Não se aplica	Superado	Não se aplica
2	2. Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia.	Maior melhor	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Satisfatório	Satisfatório	Superado	Superado
3	3. Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas e não médicas (panoramas I e II) nas Policlínicas.	Menor melhor	Superado	Satisfatório	Superado	Crítico	Superado	Superado	Satisfatório	Satisfatório
4	4. Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.	Maior melhor	Satisfatório	Satisfatório	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado
5	5. Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em feridas complexas.	Maior melhor	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
6	6. Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em pé diabético.	Maior melhor	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Monitoramento	Não se aplica	Monitoramento	Não se aplica
7	7. Percentual de consulta de 1ª vez de Pré Natal de Alto risco (PNAR) pelo total de vagas ofertadas de ginecologia e obstetrícia	Maior melhor	Monitoramento	Não se aplica	Monitoramento	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Monitoramento	Monitoramento
8	8. Percentual de consultas de primeira vez de Endocrinologia Pediátrica	Maior melhor	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Parcial	Parcial	Parcial	Não se aplica

POLICLÍNICAS			NORTE		OESTE			SUDOESTE			SUL
			<i>Policlínica Sobradinho</i>	<i>Policlínica Planaltina</i>	<i>Policlínica Brazlândia</i>	<i>Policlínica Ceilândia I</i>	<i>Policlínica Ceilândia II -</i>	<i>Policlínica Samambaia</i>	<i>Policlínica Taguatinga I</i>	<i>Policlínica Taguatinga</i>	<i>POLICLÍNICA GAMA</i>
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS
1	1. Percentual de consultas de primeira vez de Cardiologia	Maior melhor	Satisfatório	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Superado	Satisfatório	Satisfatório	Crítico	Parcial
2	2. Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia.	Maior melhor	Satisfatório	Não se aplica	Não se aplica	Satisfatório	Não se aplica	Não se aplica	Superado	Parcial	Parcial
3	3. Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas e não médicas (panoramas I e II) nas Policlínicas.	Menor melhor	Superado	Satisfatório	Satisfatório	Superado	Superado	Satisfatório	Superado	Superado	Razoável
4	4. Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.	Maior melhor	Razoável	Superado	Superado	Razoável	Satisfatório	Superado	Satisfatório	Satisfatório	Razoável
5	5. Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em feridas complexas.	Maior melhor	Monitoramento	Monitoramento	Não se aplica	Não se aplica	Monitoramento	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Monitoramento
6	6. Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em pé diabético.	Maior melhor	Monitoramento	Não se aplica	Não se aplica	Monitoramento	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Monitoramento
7	7. Percentual de consulta de 1ª vez de Pré Natal de Alto risco (PNAR) pelo total de vagas ofertadas de ginecologia e obstetrícia	Maior melhor	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Não se aplica	Não se aplica	Monitoramento	Não se aplica
8	8. Percentual de consultas de primeira vez de Endocrinologia Pediátrica	Maior melhor	Razoável	Não se aplica	Não se aplica	Parcial	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Parcial	Superado

Dados extraídos da ferramenta de monitoramento em 15/04/2025

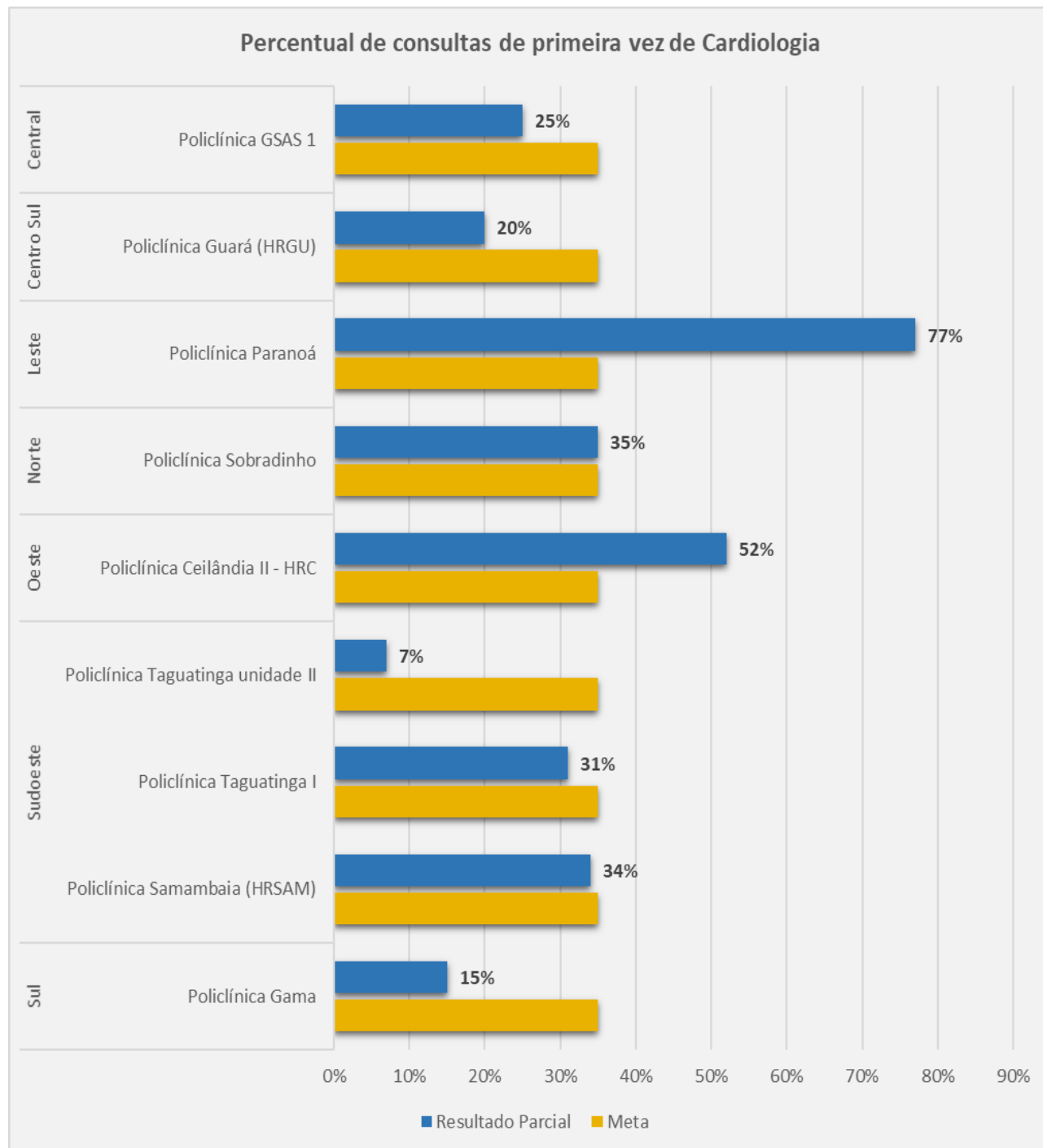
INDICADOR 1- Percentual de consultas de primeira vez em cardiologia

Fonte: SISREG e TRAKCARE

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de consultas médicas de primeira vez da especialidade Cardiologia no mês, panorama 1 e 2. DENOMINADOR: Número total de consultas médicas da especialidade Cardiologia no mês, panorama 1 e 2.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



*Policlínica Lago Sul, Policlínica Riacho Fundo I Unidade I, Policlínica Riacho Fundo I Unidade II, Policlínica Núcleo Bandeirante - Não se aplica esse indicador

**A Policlínica São Sebastião não é regulada.

*** Serviço sem atendimento na Policlínica Planaltina por falta de profissional.

**** Policlínica Brazlândia (HRBZ) e Policlínica Ceilândia I Antiga UBS 4 - Serviço não ofertado.

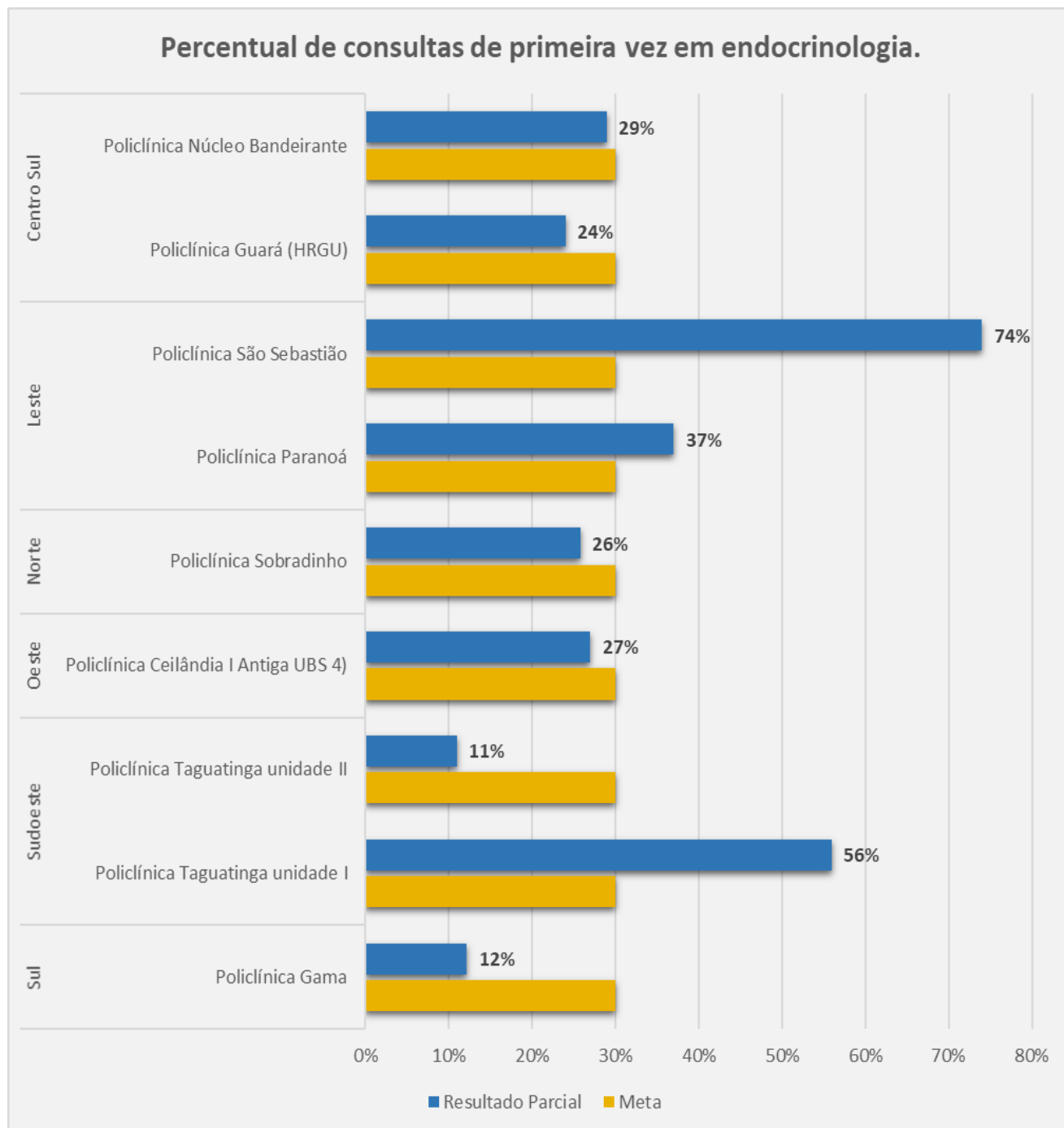
INDICADOR 2- Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia

Fonte: SISREG e TRAKCARE

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de consultas médicas de primeira vez da especialidade Endocrinologia no mês. DENOMINADOR: Número total de consultas médicas da especialidade Endocrinologia adulto no mês

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



*Policlínica GSAS 1, Policlínica Lago Sul, Policlínica Riacho Fundo I Unidade I, Policlínica Riacho Fundo I Unidade II, Policlínica Samambaia (HRSAM) e Policlínica Taguatinga I - Não se aplica esse indicador.

**Serviço não regulado na Policlínica São Sebastião .

*** Serviço em atendimento na Policlínica Planaltina por falta de profissional.

**** Policlínica Brazlândia (HRBZ) e Policlínica Ceilândia II HRC - Serviço não ofertado.

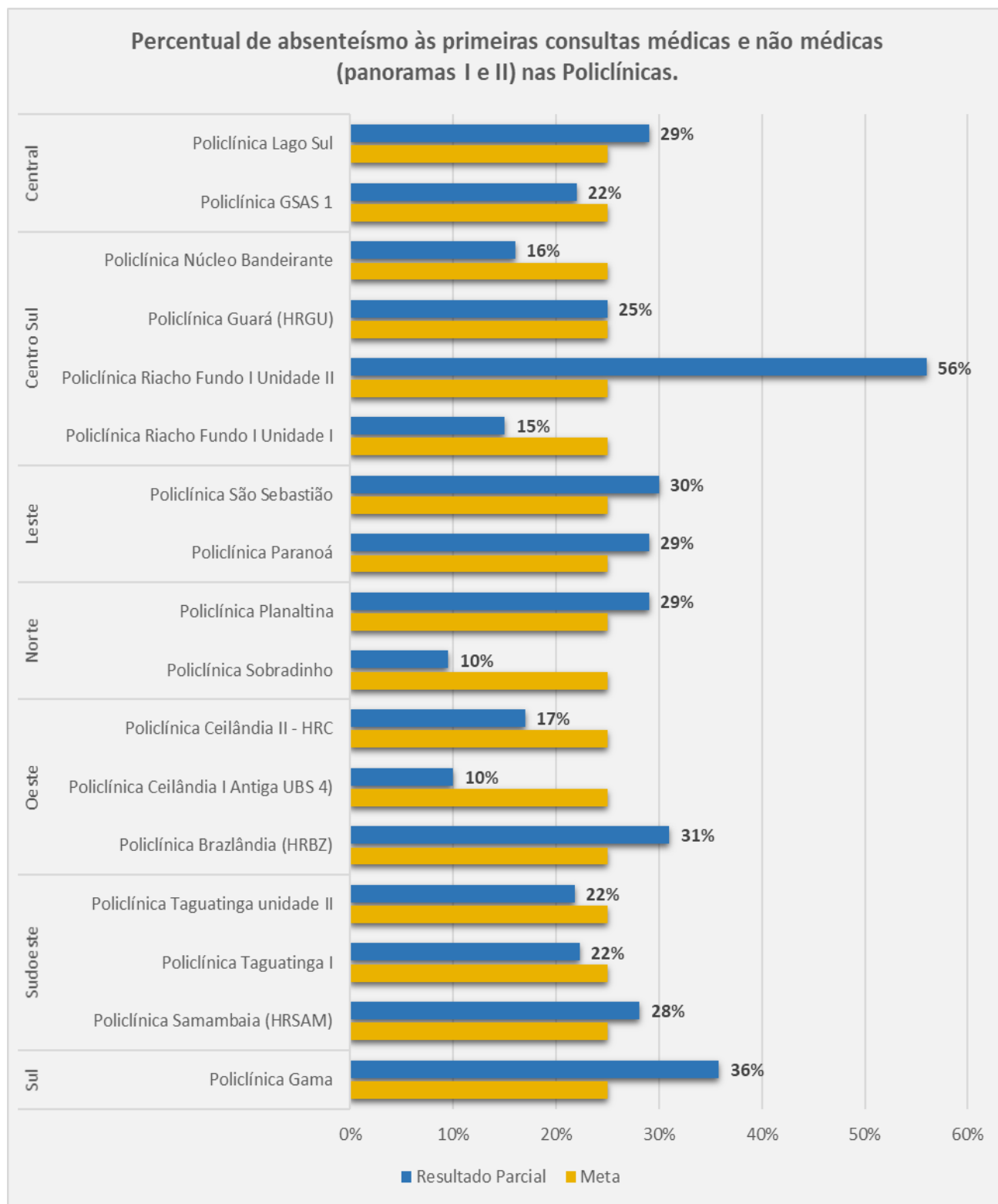
INDICADOR 3 - Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas e não médicas (panoramas I e II) nas Policlínicas

Fonte: Sistema Nacional de Regulação (SISREG)

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número mensal de faltas de usuários em consultas médicas e não médicas de primeira vez reguladas em panorama I e II. DENOMINADOR: Número mensal total de consultas médicas e não médicas agendadas em panorama I e II via SISREG

Resultado: Média dos resultados mensais

MENOR MELHOR



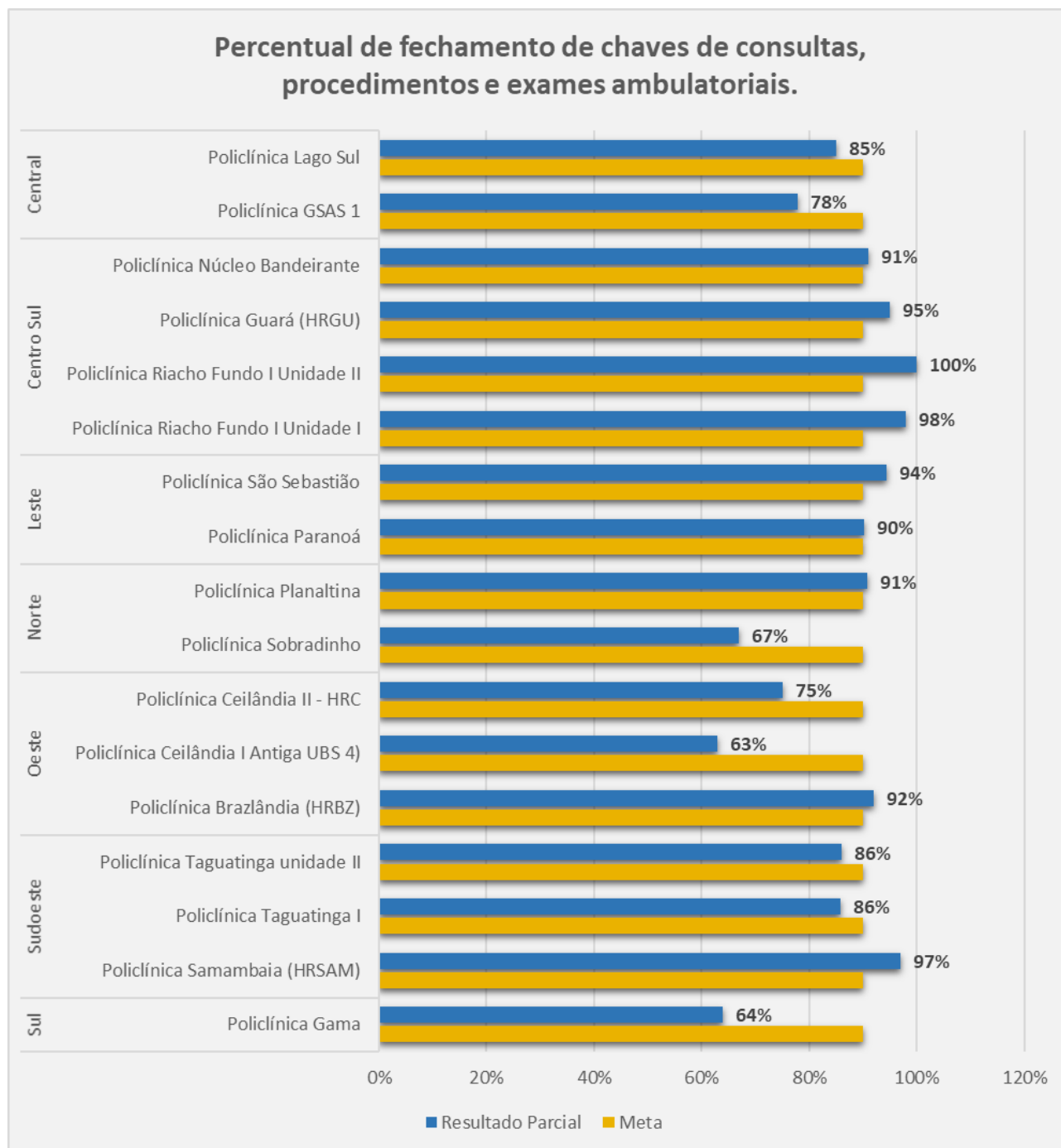
INDICADOR 4- Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais

Fonte: SISREG

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados via SISREG e executados pela Policlínica que tiveram suas chaves fechadas no mês. DENOMINADOR: Número total de consultas marcadas/autorizadas pela Gerência de Regulação da Região de Saúde no mês.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



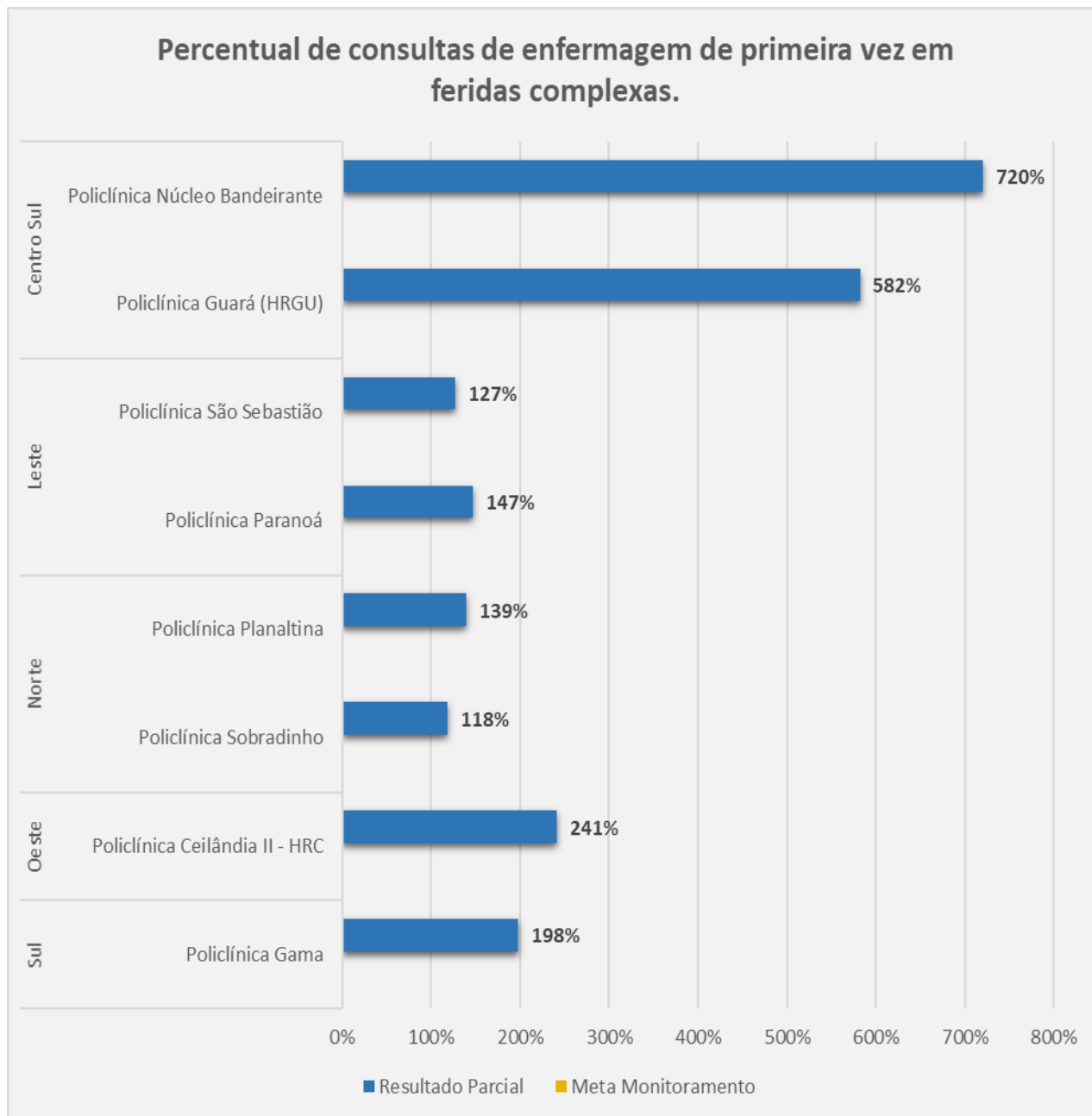
INDICADOR 5- Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em feridas complexas

Fonte: SISREG

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de vagas mensais disponibilizadas pela Policlínica para consulta de enfermagem de primeira vez em feridas complexas via regulação pelo SISREG. DENOMINADOR: Número de usuários em fila de espera da regulação para consulta de enfermagem de primeira vez em feridas complexas + Número total de agendamentos autorizados pela Gerência de Regulação da Região de Saúde no mês em consulta de enfermagem de primeira vez em feridas complexas.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



*Policlínica GSAS 1, Policlínica Lago Sul, Policlínica Riacho Fundo I Unidade I, Policlínica Riacho Fundo I Unidade II - Não se aplica esse indicador

** Policlínica Samambaia (HRSAM), Policlínica Taguatinga I, Policlínica Taguatinga unidade II, Policlínica São Sebastião e Policlínica Gama - Serviço não regulado

***Policlínica Brazlândia (HRBZ) e Policlínica Ceilândia I Antiga UBS 4 Serviço não ofertado.

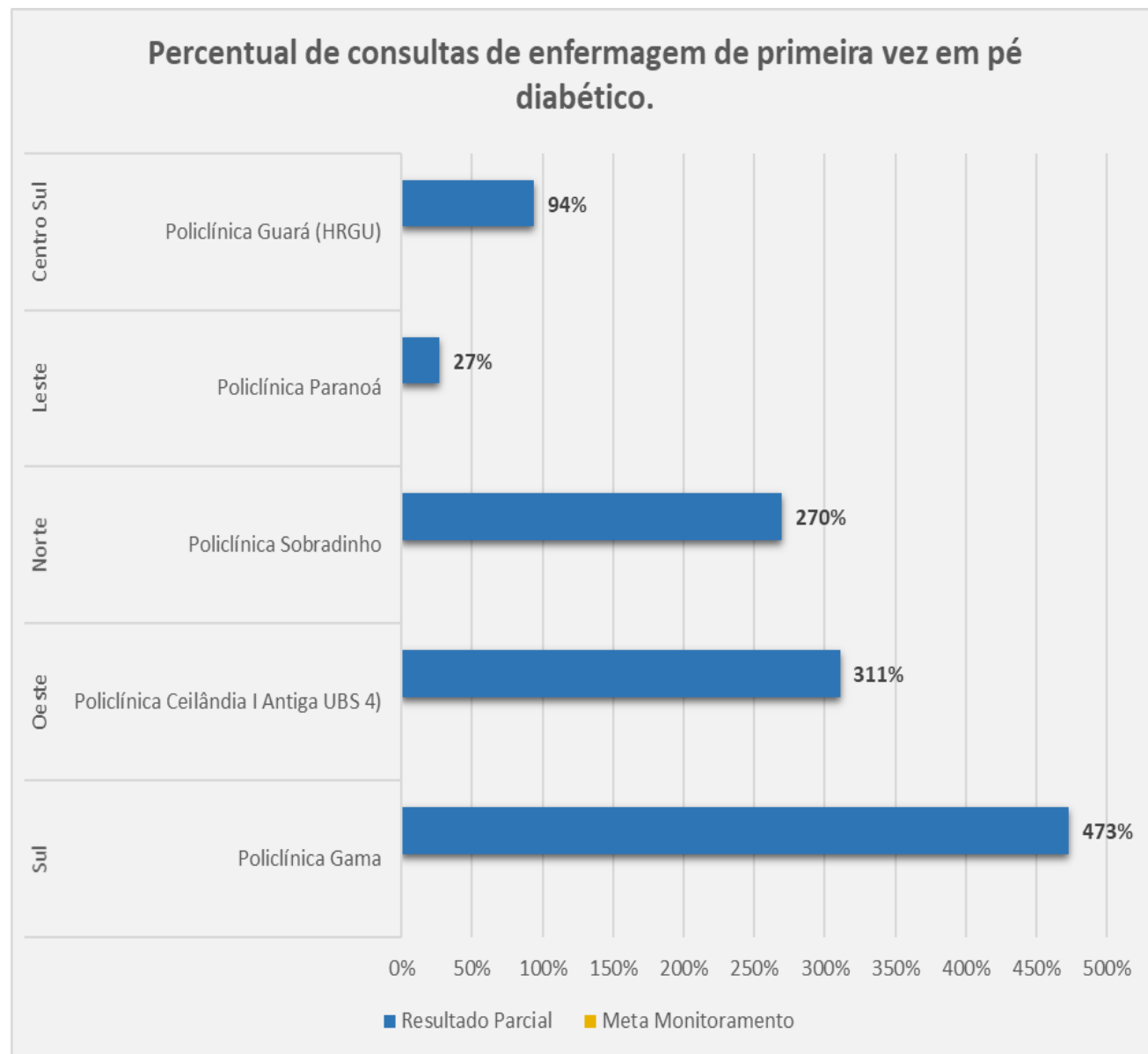
INDICADOR 6- Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em pé diabético

Fonte: SISREG

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de vagas mensais disponibilizadas pela Policlínica para consulta de enfermagem de primeira vez em pé diabético via regulação pelo SISREG.DENOMINADOR: Número de usuários em fila de espera da regulação para consulta de enfermagem de primeira vez em pé diabético + Número total de agendamentos autorizados pela Gerência de Regulação da Região de Saúde no mês em consulta de enfermagem de primeira vez em pé diabético.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



***Policlínica GSAS 1, Policlínica Lago Sul, Policlínica Riacho Fundo I Unidade I, Policlínica Riacho Fundo I Unidade II - Não se aplica esse indicador.**

**** Policlínica Samambaia (HRSAM), Policlínica Taguatinga I, Policlínica Taguatinga unidade II, Policlínica São Sebastião e Policlínica Gama - Serviço não regulado.**

*****Policlínica Brazlândia (HRBZ) e Policlínica Ceilândia I Antiga UBS 4 - Serviço não ofertado.**

INDICADOR 7- Percentual de consultas de 1ª vez ofertadas em pré-natal de alto risco (PNAR) sobre o total de vagas ofertadas em ginecologia e obstetrícia

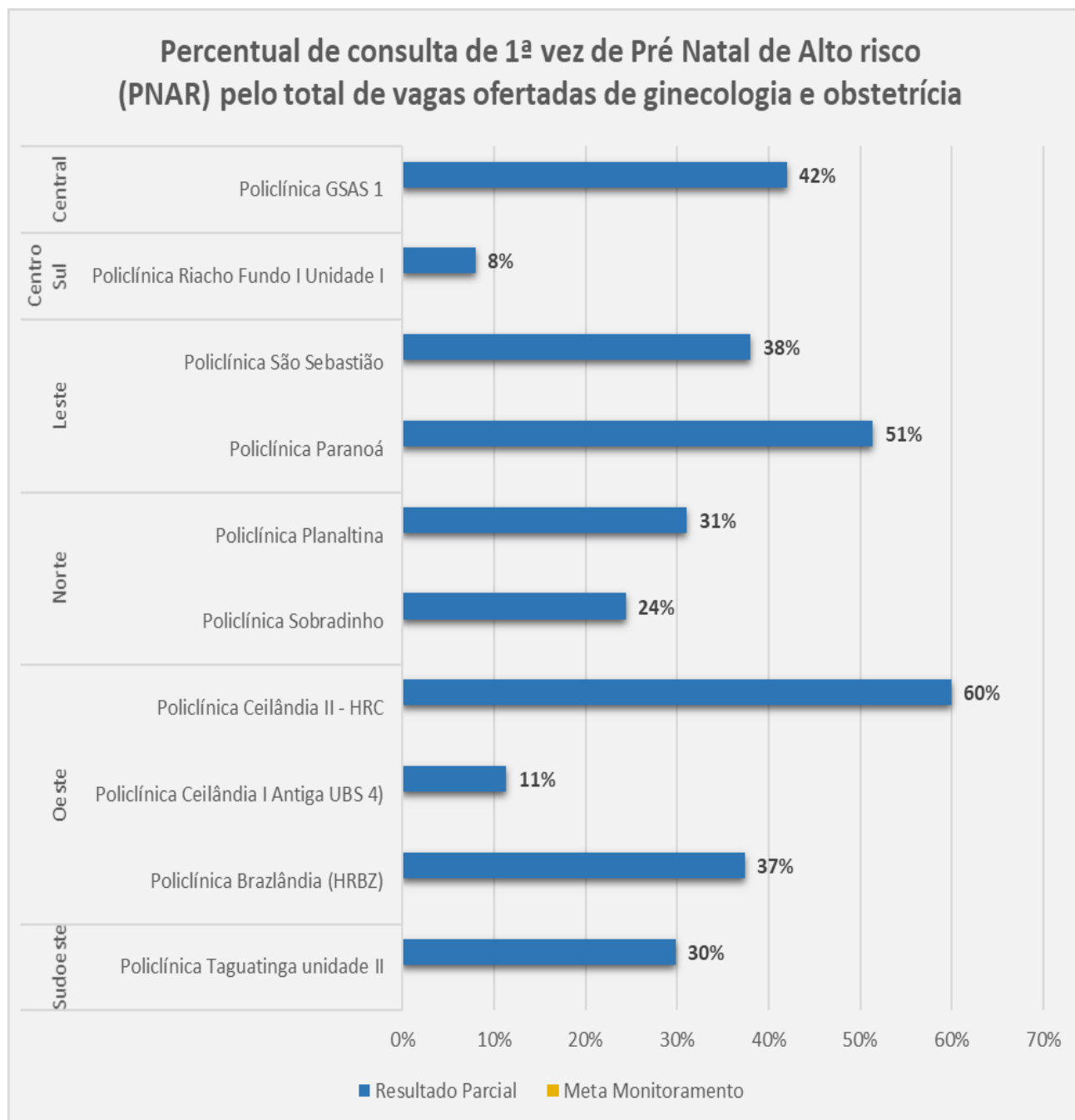
Fonte: SISREG III

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de consultas de 1ª vez ofertadas em PNAR nas policlínicas.

DENOMINADOR: Número total de consultas de 1ª vez ofertadas em ginecologia e obstetrícia, incluindo o próprio PNAR e demais "subespecialidades"

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



*Policlínica Lago Sul, Policlínica Riacho Fundo I Unidade I, Policlínica Guará (HRGU), Policlínica Núcleo Bandeirante, Policlínica Samambaia (HRSAM) e Policlínica Taguatinga I - Não se aplica esse indicador.

** Policlínica Gama - Especialidade sendo gerida pela hospitalar.

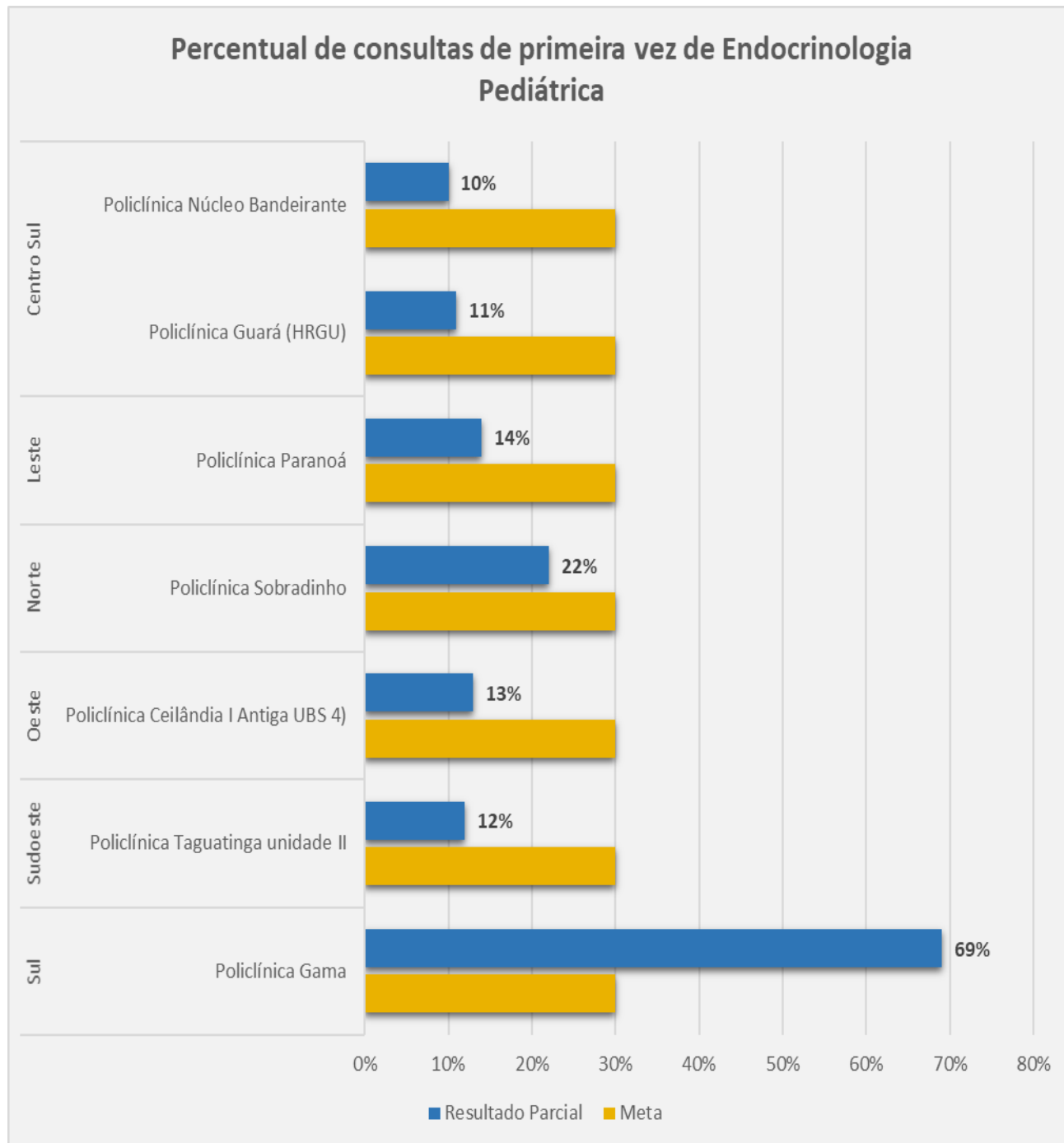
INDICADOR 8- Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia pediátrica

Fonte: TRAKCARE

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de consultas de primeira vez em endocrinologia pediátrica no mês.
DENOMINADOR: Número total de consultas médicas em endocrinologia pediátrica no mês.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



*Policlínica GSAS 1, Policlínica Lago Sul, Policlínica Riacho Fundo I Unidade I, Policlínica Riacho Fundo I Unidade II, Policlínica Samambaia (HRSAM), Policlínica Taguatinga I - Não se aplica esse indicador.

** Policlínica São Sebastião e Policlínica Gama - Serviço não regulado.

***Policlínica Planaltina - Não existe ambulatório de endócrino pediatria em Planaltina

*** Policlínica Brazlândia (HRBZ) e Policlínica Ceilândia I Antiga UBS 4 - Serviço não ofertado.

ANÁLISES DOS RESULTADOS DAS POLICLÍNICAS

CENTRAL	No último quadrimestre tivemos um novo entendimento quanto à forma de extração dos dados do indicador de percentual de vagas de primeira vez de Cardiologia. Em setembro, apesar do indicador ter alcançado um bom resultado, o denominador teve uma queda considerável, visto que as consultas de retorno foram canceladas devido à greve dos médicos. Em outubro não houve oferta de vagas devido a férias de dois servidores e atendimento dos usuários que não foram atendidos em Setembro devido a greve. Nos demais meses, a meta foi alcançada. Quanto ao absenteísmo, a Policlínica da Asa Norte manteve um bom percentual. Na Policlínica do Lago Sul, o percentual de 30% envolve a maior dificuldade de acesso à Região Administrativa na qual a Unidade se situa. Ressalta-se que a separação dos serviços de Atenção Primária à Saúde dos atendimentos vinculados à Atenção Ambulatorial Secundária, com a consequente regulação de novos procedimentos, como forma de regularização dos serviços da Unidade, tem um impacto inicial de alteração do perfil dos usuários atendidos. A Unidade ainda é desconhecida por uma grande quantidade de pacientes que passaram a ser atendidos no local, bem como os vínculos com a população usuário do SUS no DF ainda são mais frágeis. O fechamento de chaves é um desafio muito significativo para a Policlínica da Asa Norte, visto ser uma Unidade com mais de 100 servidores assistenciais, sem apoio de profissionais administrativos. Contando com apenas as servidoras da Gestão, seja para conscientizar, orientar, monitorar e solicitar os fechamentos de chaves pelos profissionais assistenciais, seja para apoiá-los com a realização do procedimento, visando a correção dos dados e a geração de informação de qualidade para a SES/DF, em que pese não seja esta a forma mais correta de fazê-lo. Assim, o percentual de 78% é celebrado e alcançado mediante grande esforço da gestão da Unidade. As oscilações dos dados, mais vinculadas ao comportamento dos dados de especialidades específicas do que ao afastamento das gestoras, aponta ainda para um processo de trabalho que vai se solidificando entre as equipes, com toda a dificuldade que isso envolve. Destaca-se ainda que nos meses em que há licenças médicas, as consultas são transferidas para outra data, atrasando o fechamento das chaves, o que tem relação com o índice de absenteísmo. Na Policlínica do Lago Sul, no fechamento de chaves alcançaram uma média de 97,5%, com a meta superada em 3 meses do quadrimestre. Verifica-se o compromisso da gestão da Unidade com o indicador, visando a manutenção do percentual elevado. Quanto ao indicador referente ao PNAR, a Policlínica da Asa Norte permanece sem oferta de vagas, porém é sabido que o PNAR é realizado no HRAN. Ressaltamos que para que não houvesse qualquer desassistência, novas gestantes passaram a ser reguladas para o CESMU e mais recentemente para novas vagas abertas de PNAR na Policlínica do Lago Sul. Ainda assim, o HRAN segue ofertando vagas de Pré-Natal de Alto Risco para gestantes que realizaram cirurgia bariátrica, dada a expertise da equipe ambulatorial hospitalar nessa área.
----------------	--

CENTRO -SUL	No 3º quadrimestre a Policlínica do Guará permaneceu na média anual de 20% do percentual de consultas de primeira vez em cardiologia, desempenho semelhante ao do ano anterior e abaixo da meta estabelecida de 35%. O efeito “velcro”, o fracionamento de carga horária dos profissionais, o espaço físico compartilhado com o hospital, além de afastamentos são alguns dos pontos que devem ser citados e considerados para o não atingimento das metas. A gestão local se esforça para cumprir as metas, mas a falta de recursos humanos perante a demanda de pacientes é incompatível, mesmo com os remanejamentos realizados. A carência de profissionais e a necessidade de reativar o grupo condutor de DCNT são evidentes. Em endocrinologia, o Núcleo Bandeirante registrou o percentual de 36% em consultas de primeira vez devido a uma ação pontual no mês de setembro em que não houve consultas de retorno, apenas as de primeira vez e a Policlínica Guará permaneceu abaixo da meta, alcançando o percentual de 25%, no terceiro quadrimestre e fechando o ano com 24% devido principalmente à sobrecarga de consultas de retorno. O absenteísmo foi um desafio significativo, com a Policlínica do Riacho Fundo II apresentando o maior índice da região (56%) no quadrimestre e o mesmo percentual no ano, refletindo questões de saúde mental e transporte. O Guará e o Núcleo Bandeirante registraram 25% e 16% de absenteísmo, respectivamente durante o ano. A Região consolidou processos de fechamento de chaves, com o Núcleo Bandeirante e Riacho Fundo I alcançando até 100% em alguns meses do ano, impulsionado por melhorias organizacionais. O Guará e o Riacho Fundo I mantiveram índices elevados e acima da meta estabelecida de 91% e 99%. No acompanhamento de feridas complexas, a baixa demanda por consultas de primeira vez foi notável, exacerbada pela aposentadoria de enfermeiros durante o período. No pré-natal de alto risco, a disponibilidade reduzida de profissionais e o alto volume de consultas de retorno comprometeram a ampliação da oferta, sendo que o terceiro quadrimestre obteve o pior percentual de consultas durante o ano. Em endocrinologia pediátrica, os resultados foram baixos, com apenas 11% no Guará e no Núcleo Bandeirante, devido ao absenteísmo e carga horária limitada das médicas, o que retrata a necessidade de ampliação da carga horária de profissionais na atenção especializada da região. Esses resultados refletem os enormes desafios estruturais e de recursos humanos e os esforços da gestão das unidades para atender a população com eficiência e qualidade.
LESTE	Policlínica de São Sebastião Em 2024, a Policlínica de São Sebastião consolidou um modelo de gestão que, mesmo diante das limitações físicas da unidade, demonstrou eficiência e capacidade de inovação no cuidado à saúde. O acompanhamento dos indicadores foi realizado de forma sistemática, com o apoio de planilhas gerenciais que permitiram não apenas o registro dos dados, mas principalmente uma análise qualificada dos fatores que influenciaram os resultados. Essa metodologia possibilitou identificar com precisão os pontos de melhoria e as

estratégias mais eficazes para otimizar os processos de trabalho.

A implementação do serviço de ostomias destacou-se como uma das principais conquistas do ano, representando um avanço significativo na assistência à população local. Ao oferecer esse serviço na própria região, a Policlínica reduziu consideravelmente os deslocamentos dos usuários, minimizando as desigualdades no acesso e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Essa iniciativa reflete a capacidade da equipe em desenvolver soluções criativas mesmo em um contexto de restrições estruturais, transformando desafios em oportunidades de melhoria.

No entanto, os constantes afastamentos previstos em legislação continuaram a representar um desafio significativo para a gestão de recursos humanos, impactando diretamente na oferta de vagas e na organização do fluxo de atendimento. Essa situação, comum a várias unidades da rede, exigiu da equipe uma capacidade permanente de adaptação e reorganização do trabalho, buscando minimizar os efeitos sobre a produtividade e o acesso aos serviços. Apesar dessas dificuldades, a Policlínica manteve um padrão de qualidade na assistência, demonstrando resiliência e compromisso com a população atendida.

O modelo de gestão adotado pela Policlínica de São Sebastião em 2024 mostrou que é possível alcançar resultados significativos mesmo em condições adversas, desde que haja planejamento, monitoramento constante e engajamento da equipe. A experiência bem-sucedida com o serviço de ostomias serve como exemplo de como a inovação e o foco nas necessidades reais dos usuários podem transformar a realidade do serviço. Para os próximos períodos, a unidade deverá manter esse enfoque na eficiência operacional, buscando sempre alternativas que permitam superar as limitações físicas e organizacionais, garantindo assim a continuidade de um atendimento de qualidade à população de São Sebastião.

Policlínica do Paranoá

Em 2024, a Policlínica do Paranoá desenvolveu um modelo de gestão adaptado às suas especificidades, marcado por avanços significativos na organização dos processos assistenciais. O monitoramento dos indicadores foi conduzido através de um sistema próprio de planilhas gerenciais que permitiram não apenas o registro preciso dos dados, mas também uma análise qualificada dos fatores que influenciaram os resultados operacionais. Esta abordagem possibilitou intervenções ágeis e direcionadas aos pontos que demandam aprimoramento.

Dentre as principais conquistas, destacou-se a eficácia das estratégias de gestão de pessoas, particularmente as campanhas motivacionais implementadas para reverter quedas específicas de desempenho em indicadores-chave. Estas ações demonstraram como o engajamento da equipe pode transformar resultados operacionais. Além disso, a unidade inovou ao implementar ferramentas digitais avançadas para o gerenciamento da oferta de vagas, trazendo maior transparência e eficiência a este processo crítico.

	O principal desafio enfrentado foi a gestão do quadro de pessoal, agravado pelo elevado número de profissionais na unidade - característica singular da Policlínica do Paranoá. Esta particularidade torna complexo o monitoramento individual da produtividade e exigiu a criação de sistemas específicos para acompanhamento da oferta de vagas por profissional. Os constantes afastamentos previstos em legislação representaram outro obstáculo significativo, exigindo da gestão soluções criativas para manter a qualidade do serviço frente às flutuações de capacidade operacional. A experiência de 2024 evidenciou a capacidade da unidade em desenvolver soluções próprias para desafios complexos. O modelo de gestão implementado, que combinou tecnologia, capacitação profissional e estratégias motivacionais, mostrou-se eficaz mesmo diante das dificuldades estruturais. Os aprendizados deste período estão sendo sistematizados para servir como base para o planejamento de 2025, com foco especial na otimização dos sistemas de monitoramento e na consolidação das boas práticas já implementadas.
NORTE	INDICADOR 1- Percentual de consultas de primeira vez em cardiologia: Policlínica de Planaltina (PPLA)- Desde de 2023 a PPLA não possui servidor para compor o Ambulatório de Cardiologia. Essa situação impacta diretamente nos números da região como um todo, visto que na Policlínica de Sobradinho só existem dois Cardiologistas, que realizam atendimentos de primeira vez, retornos, risco cirúrgico e pareceres. Policlínica de Sobradinho (PSOB)– Apesar da alta demanda e da baixa oferta de profissionais, o indicador demonstrou uma melhora satisfatória, sendo que em 2023 alcançou o resultado parcial de de 28%, ficando abaixo da meta dez meses durante o ano, e em 2024 manteve-se acima da meta em seis meses, gerando um resultado parcial de 35%, atingindo a meta de forma satisfatória. Essa melhora pode ser justificada por estratégias de gestão interna, após a análise das possibilidades em conjunto com a GPMA, GSAS1, DIRASE e equipe do ambulatório de Cardiologia. Aumentando o número de vagas de primeira e estimulando a contrarreferência dos pacientes para a APS. Porém com o número limitado de profissionais o indicador sofre com afastamentos legais ou atestados prolongados como nos meses de setembro à dezembro, em que houve um afastamento prolongado por motivos de saúde de um dos profissionais. Nesse caso, as vagas de primeira são reduzidas para que o profissional restante absorva parte dos retornos e evite desassistências. INDICADOR 2- Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia Policlínica de Planaltina (PPLA) - Não oferta o serviço por falta de profissional especializado. Policlínica de Sobradinho (PSOB) - No primeiro quadrimestre o indicador

apresentou resultados abaixo de 30%, porém com a admissão de 40 horas de profissional em Abril, foi possível observar uma crescente no indicador, superando a meta em maio, junho e julho e voltando a cair nos meses seguintes, fazendo com que a média ficasse abaixo da meta.

Observa-se uma conduta conservadora da equipe em relação a alta do paciente, fazendo com que os retornos ocupem a maior parte das agendas. Esse diálogo é trabalhado desde 2023, mas devido a constante troca de gestão, tanto da DIRASE quanto da DIRAPS, não foi possível estabelecer uma estratégia consolidada ainda em 2024.

No entanto é possível observar que em relação à 2023 o indicador apresentou melhores resultados, tendo ficado com 18% no resultado parcial em 2023 e 26% em 2024, demonstrando que mesmo sem a consolidação das estratégias, algumas mudanças culturais ocorreram.

INDICADOR 3 - Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas e não médicas (panoramas I e II) nas Policlínicas.

Policlínica de Planaltina e Policlínica de Sobradinho– As principais causas do absenteísmo às primeiras consultas na região são: Falha ao contactar o paciente; filas grandes, pois os pacientes procuram outros meios para realização de consultas, ou desistem do atendimento devido ao tempo decorrido; grande extensão territorial somada à vulnerabilidade social, o que dificulta o acesso do paciente aos serviços considerando os vazios assistenciais, por exemplo pacientes de Planaltina que só conseguem consultas em Sobradinho pois Planaltina não oferta algumas especialidades.

O contato com o paciente de primeira consulta não é realizado pelas Policlínicas, e sim pela regulação. Após fevereiro tem sido realizado por empresa terceirizada, portanto estima-se que os dois saltos de absenteísmo de fevereiro e março estão relacionados a essa transição de responsabilidade.

As filas grandes culminam em absenteísmos pois alguns pacientes buscam outras possibilidades para o atendimento e não comparecem às consultas quando enfim são chamados, portanto a carga horária limitada de profissionais e a sua perda ao longo do tempo é um efeito cascata, aumentando as filas e dificultando o acesso.

No entanto, o absenteísmo na região não atinge níveis de preocupação, resultando em Superado e satisfatório nas duas policlínicas.

Recentemente pôde-se observar que alguns absenteísmos de Sobradinho podem estar camuflados em fechamentos de chave pendentes, por isso a ação para melhoria de ambos os indicadores está sendo focada no indicador de Fechamento de Chave.

As duas unidades buscam conscientizar os pacientes para a atualização de dados e buscam realizar projetos de higienização de filas.

INDICADOR 4- Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.

A policlínica de Sobradinho (PSOB) teve uma drástica redução no fechamento de chave, comparado com o primeiro quadrimestre e ainda com 2023, onde demonstrou números acima de 70%. A redução da carga horária administrativa explica a redução do índice.

A PSOB perdeu 80h de técnico administrativo e outras 40h em afastamento prolongado, considerando que a maioria das chaves são fechadas no guichê de atendimento, a falta desse profissional impactou drasticamente no indicador.

Após o retorno da profissional afastada observou-se uma crescente no indicador, mas ainda aquém da meta. Portanto as ações estão voltadas para sensibilizar o profissional que realiza o atendimento a fechar a chave no consultório, principalmente de pacientes faltosos.

Uma das estratégias está sendo a construção do POP de fechamento de chave, com o intuito de padronizar e desvincular o processo de servidores específicos, e assim transformar em rotina da unidade.

Policlínica de Planaltina (PPLA) - Por ter um fluxo de atendimentos menor, devido a falta de ambulatorios distintos, o processo é melhor realizado, mantendo níveis ótimos.

INDICADOR 5- Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em feridas complexas e INDICADOR 6- Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em pé diabético

É possível observar ao longo dos meses, inclusive em 2023, que o serviço é ofertado a mais do que é demandado.

Buscando otimizar os recursos humanos, foi feita uma análise de procedimentos atendidos na APS que se encaixam na nota técnica da atenção secundária, objetivando assim o aumento de marcações ao longo dos últimos meses de 2024, com continuidade em 2025.

INDICADOR 7- Percentual de consultas de 1ª vez ofertadas em pré-natal de alto risco (PNAR) sobre o total de vagas ofertadas em ginecologia e obstetrícia:

Indicador de monitoramento, mas com baixo índice se comparado ao mínimo de 30%.

A maior dificuldade encontrada no indicador é a falta de gestão de agenda dos profissionais Ginecologistas em Sobradinho, que estão lotados no Hospital de Sobradinho (HRS) e apenas cedem horas para a policlínica, por essa razão o número de vagas é sensível aos afastamentos e a agenda do Centro Obstétrico, outro fator também é a quantidade de serviços ofertados, todos com poucas horas cedidas, 5h, 10h de cada profissional.

Planaltina mostrou melhores resultados, até o momento atribui-se ao fato

	de ofertar poucos serviços de ginecologia e conseguir dispensar mais horas para PNAR. Na Policlínica de Sobradinho os profissionais se dividem em ambulatorios diversos como: Geral, Endometriose, Cirurgia Ginecológica e PNAR, sendo a referência da região nesses atendimentos INDICADOR 8- Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia pediátrica Policlínica de Planaltina (PPLA) – Não possui ambulatório de endócrino pediatria, o que corrobora com a alta demanda para Sobradinho. Policlínica de Sobradinho (PSOB) – A policlínica de sobradinho possui apenas 20h de profissional para atender essa demanda, fazendo com que o indicador seja sensível à afastamentos legais, ainda considerando que o endócrino pediatra compartilha de diversos fatores da endócrino adulto, no sentido do vínculo do paciente à AAE, fomentando a dificuldade de abertura de vagas de primeira. No entanto, no mês de abril, a reunião sobre a necessidade de manter as vagas em 30% de endocrinologia, abrangeu a endócrino ped, portanto observou-se resultados mais próximos da meta nos últimos meses do ano.
OESTE	O percentual de consultas de primeira vez em Cardiologia supera a meta de 35%, com média de 47,5% e mediana de 47%, variando entre 43% e 53%. Apesar das limitações estruturais, o serviço tem bom desempenho. O ambulatório conta com três profissionais, sendo um com restrição gestacional, reduzindo a carga horária efetiva para 60 horas semanais, impactando a capacidade de atendimento. A fila de espera caiu de 1.752 para 1.152 solicitações (-34,25%). O indicador de Eficiência de Giro da Fila de Espera (EGF) é "regular", exigindo melhorias no fluxo de atendimentos. (Fonte: SISREG III e Trakcare, 09/01/2025, SEI 00060-00589709/2024-11). Em Endocrinologia, o percentual de consultas de primeira vez fica abaixo da meta de 30%, com média de 27%. O status é "satisfatório", variando entre 23% e 32%. A equipe tem quatro profissionais, totalizando 100 horas semanais. A fila de espera subiu de 1.165 para 1.358 solicitações, indicando demanda crescente. O EGF também é "regular", necessitando otimização do acesso. (Fonte: SISREG III e Trakcare, 09/01/2025, SEI 00060-00589709/2024-11). O absenteísmo nas primeiras consultas médicas e não médicas prejudica a eficiência dos serviços, gerando desperdício de tempo e recursos, além de comprometer a continuidade do cuidado. Entre as causas estão falhas na comunicação, longos tempos de espera, dificuldades de transporte e vulnerabilidade social, que impactam o comparecimento dos pacientes. (Fonte: SISREG III, 09/01/2025). No fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames, a Policlínica Brazlândia lidera com 92,25%, seguida pela Policlínica Ceilândia II (68%) e Ceilândia I (55%), esta última impactada por mudanças na gestão. A

	DIRASE implementou um plano de melhoria com reuniões, campanhas e materiais visuais. O ambulatório de feridas complexas opera acima da demanda regulada, com média de 215,25% e picos de 300%. A equipe tem dois enfermeiros e um técnico de enfermagem (120 horas semanais). Recomenda-se o matriciamento com a APS para qualificar encaminhamentos e otimizar o uso das vagas. (Fonte: SEI 00060-00404753/2024-52, SISREG III, 09/01/2025). O ambulatório de pé diabético também tem alta capacidade, com média de 208,5%, mediana de 233,5% e picos de 267%. A equipe soma 140 horas semanais. O matriciamento com a APS pode qualificar os encaminhamentos e otimizar o atendimento. No PNAR, a média de consultas de primeira vez é de 44,58%, acima da mediana de 39%, mas com variação de 4% a 100%. A fila de espera cresceu de 94 para 140 solicitações no último quadrimestre. A equipe tem quatro médicos, um com restrição de carga horária, reduzindo a disponibilidade para 40 horas semanais. É necessária uma reorganização da fila e distribuição do trabalho. O ambulatório de endocrinologia pediátrica tem desempenho crítico, com média de 12,5%, muito abaixo da meta de 30%. A variação entre 8% e 19% reflete dificuldades recorrentes. Com apenas dois médicos e 24 horas semanais, há baixa capacidade de atendimento. É necessária ampliação da carga horária e reorganização da equipe para melhorar a oferta de consultas.
SUDOESTE	No segundo quadrimestre, na área de cardiologia, a GSAS 2 continua enfrentando um grande desafio que é atingir a meta. A unidade não possui especialista em cardiologia, para suprir a ausência, o Hospital regional de Taguatinga (HRT) sede por semana uma carga horária de 5h da especialidade para atendimento, que estão comprometidas por afastamento legal, sem previsão de retorno no momento e outros são cedidos para realização de risco cirúrgico, ECG e ecocardiograma,. A região está empenhada em discussões a cada quinzena com o grupo condutor de DCNT e SUGEP, para solucionar essa falta de especialista e para melhorias dos resultados. Na região, a GSAS 2 destaca-se como a única unidade que oferece atendimento em Endocrinologia. No entanto, a unidade tem enfrentado limitações significativas devido ao afastamento legal do médico especialista, o que tem comprometido diretamente o fluxo de atendimento, a liberação de altas e a continuidade do Programa do Pé Diabético. Tal situação tem dificultado o cumprimento das metas previamente estabelecidas para o serviço. Absenteísmo: A Policlínica do Hospital Regional de Samambaia (HRSAM) não atingiu a meta prevista, sendo prejudicada por fatores como cadastros desatualizados dos pacientes, e limitações financeiras que impedem a realização de exames e comparecimento às consultas. Esses obstáculos têm agravado os

	índices de absenteísmo e prejudicado a eficiência dos atendimentos. Fechamento de Chave: No que se refere ao fechamento de chaves, a GSAS 2 também não atingiu a meta, devido ao afastamento legal de servidores-chave para esse processo. Apesar disso, a equipa permanece empenhada em superar essas adversidades, adotando estratégias de reorganização e gestão para minimizar os impactos e recuperar os resultados. Observou-se que é preciso incluir no sistema a opção de aparelho quebrado ou médico faltou. às vezes o paciente comparece porém , existem outras justificativas para ser fidedigno o fechamento. Indicador de Consulta de 1ª Vez em Pré-Natal de Alto Risco (PNAR): Este indicador encontra-se em monitoramento contínuo. A GSAS 2 é a única unidade da região que disponibiliza vagas nesta especialidade. Durante o quadrimestre analisado, verificou-se oscilação nos percentuais de atendimento, influenciada por limitações de espaço físico e afastamentos legais de especialistas. Em alguns períodos, a unidade conseguiu compensar essas ausências com o aumento de vagas, mas houve também uma redução pontual no número de atendimentos iniciais, especialmente durante o recesso de residentes e preceptores, o que afetou diretamente as atividades práticas do setor. Endocrinologia Pediátrica: O déficit de endocrinologistas pediátricos tem provocado um impacto expressivo no acesso aos cuidados especializados. A elevada procura por parte de pacientes crônicos, que requerem acompanhamento prolongado, resulta na ocupação constante das vagas disponíveis, dificultando a entrada de novos casos e gerando sobrecarga no sistema. Estamos constantemente empenhados em buscar melhores resultados nos indicadores, trabalhando em conjunto com os gestores para garantir um atendimento de qualidade à população e entregar um trabalho eficiente e de excelência para a região.
SUL	Indicador 1 - Percentual de consultas de primeira vez em cardiologia: Identificamos dois principais gargalos: O absenteísmo do profissional, que resulta na transferência de muitas consultas, limitações na capacidade de atendimento, que limita a quantidade de pacientes atendidos e prolonga o retorno ao tratamento. Houve um aumento significativo no mês de novembro devido a redução de absenteísmo por parte do profissional. Indicador 2 - Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia: O absenteísmo na policlínica Gama apresentou-se como um desafio persistente, refletindo diversas dificuldades, entre elas: a falta de aviso ao paciente em tempo hábil, além de obstáculos relacionados à locomoção, condições financeiras e outros fatores.

Indicador 3 - Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas e não médicas (panoramas I e II) nas Policlínicas:

Este indicador reflete diversas dificuldades, entre elas: a falta de aviso ao paciente em tempo hábil, além de obstáculos relacionados à locomoção, condições financeiras e outros fatores.

Indicador 4 - Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais:

O absenteísmo significativo e as transferências de agendas resultam em muitas chaves permanecendo abertas.

Indicador 5 - Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em feridas complexas:

Houve uma ampliação no espaço físico, que possibilitou ampliação de vagas de primeira vez, resultando em um melhor atendimento à população.

Indicador 6 - Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em pé diabético:

O número de pacientes permanece elevado, pois a oferta de vagas supera a demanda na região, além da necessidade de manutenção nos segmentos dos pacientes e do absenteísmo.

Indicador 8 - Percentual de consultas de primeira vez de Endocrinologia Pediátrica:

Devido à dificuldade de retorno para acompanhamento médico e à perda de horas na especialidade em função de licenças maternidade, reduzimos a disponibilidade de vagas para consultas de primeira vez, de 30% para 20%. Essa medida visa não prejudicar o acompanhamento das crianças atendidas na especialidade.

RESULTADOS DO INDICADORES DOS CENTROS ESPECIALIZADOS

Painel à vista

CEDOH , CEDHIC , CADH			CENTRAL	CENTRO SUL	LESTE
			CEDOH	CEDHIC	CADH
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS	STATUS	STATUS
1	1. Percentual de consultas de primeira vez de Cardiologia.	Maior melhor	Satisfatório	Crítico	Superado
2	2. Percentual de consultas de primeira vez de Endocrinologia.	Maior melhor	Razoável	Crítico	Superado
3	3. Percentual de consultas em Endocrinologia Pediátrica.	Maior melhor	Satisfatório	Não se aplica	Crítico
4	4. Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas no Centro Especializado em Condições Crônicas	Menor melhor	Superado	Superado	Satisfatório
5	5. Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.	Maior melhor	Superado	Satisfatório	Superado

Dados extraídos da ferramenta de monitoramento em 15/04/2025

CENTRO ESPECIALIZADO EM DIABETES, OBESIDADE E
HIPERTENSÃO ARTERIAL - CEDOH,

CENTRO ESPECIALIZADO EM DIABETES, HIPERTENSÃO E
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA - CDHIC

CENTRO ESPECIALIZADO EM DIABETES, HIPERTENSÃO - CADH

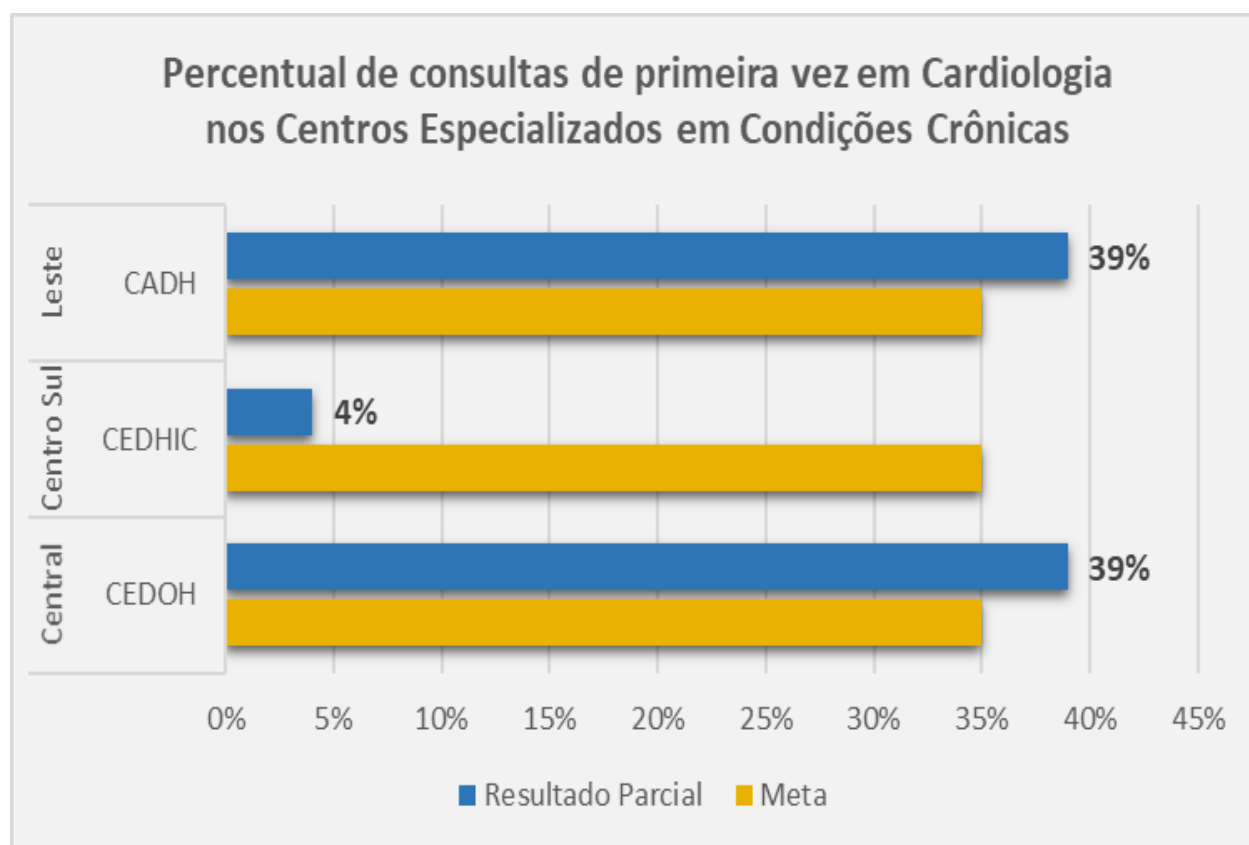
INDICADOR 1- Percentual de consultas de primeira vez em Cardiologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas

Fonte: Sistema Nacional de Regulação (SISREG III) e SIA/SUS.

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR:** Número de consultas de primeira vez realizadas pelo atendimento multidisciplinar em cardiologia no mês somado ao número de consultas de primeira vez realizadas pelo atendimento multidisciplinar em cardiologia e endocrinologia no mês (porta dupla). **DENOMINADOR:** Número total dos atendimentos médicos em cardiologia no mês.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



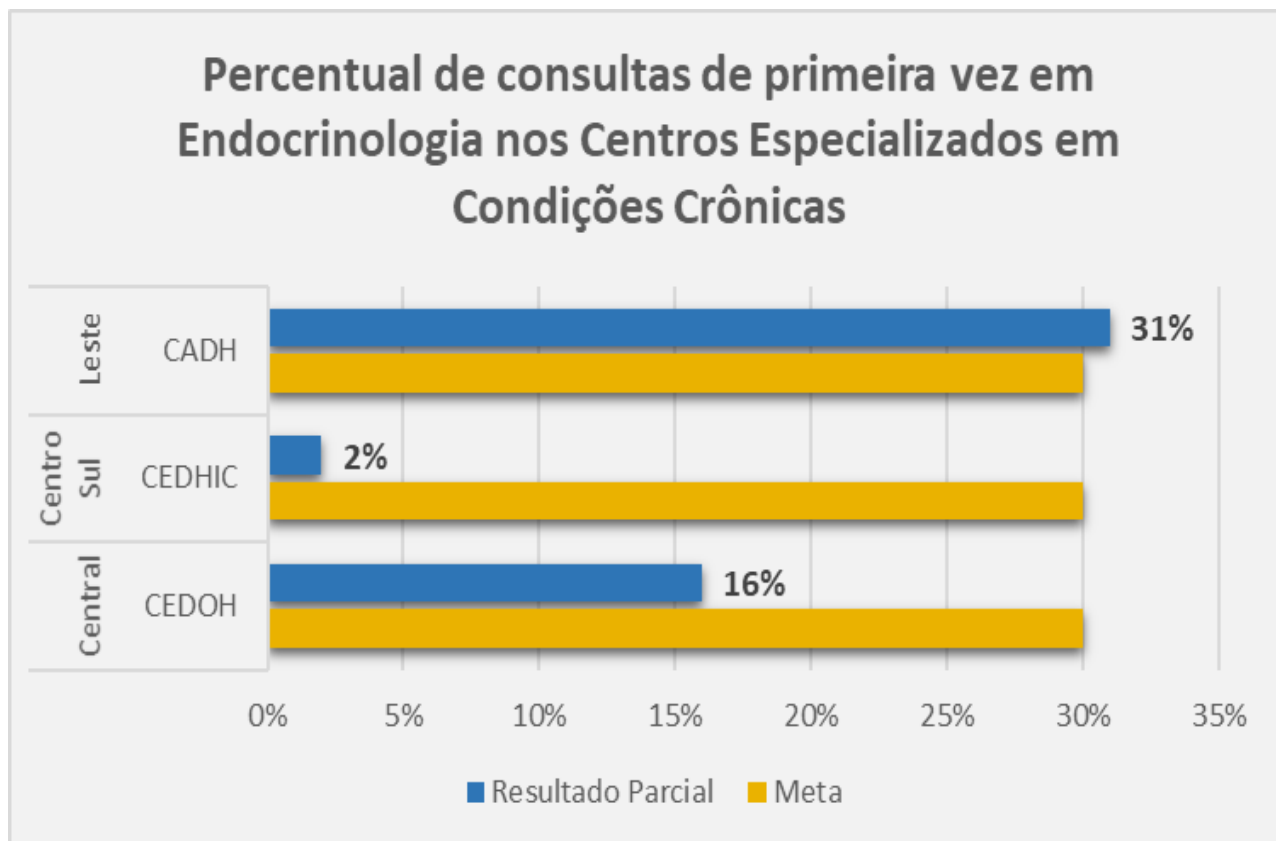
INDICADOR 2- Percentual de consultas de primeira vez em Endocrinologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas

Fonte: Sistema Nacional de Regulação (SISREG III) e TrakCare

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de consultas de primeira vez realizadas pelo atendimento multidisciplinar em endocrinologia no mês somado ao número de consultas de primeira vez realizadas pelo atendimento multidisciplinar em cardiologia e endocrinologia no mês (porta dupla). DENOMINADOR: Número total dos atendimentos médicos em endocrinologia no mês.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



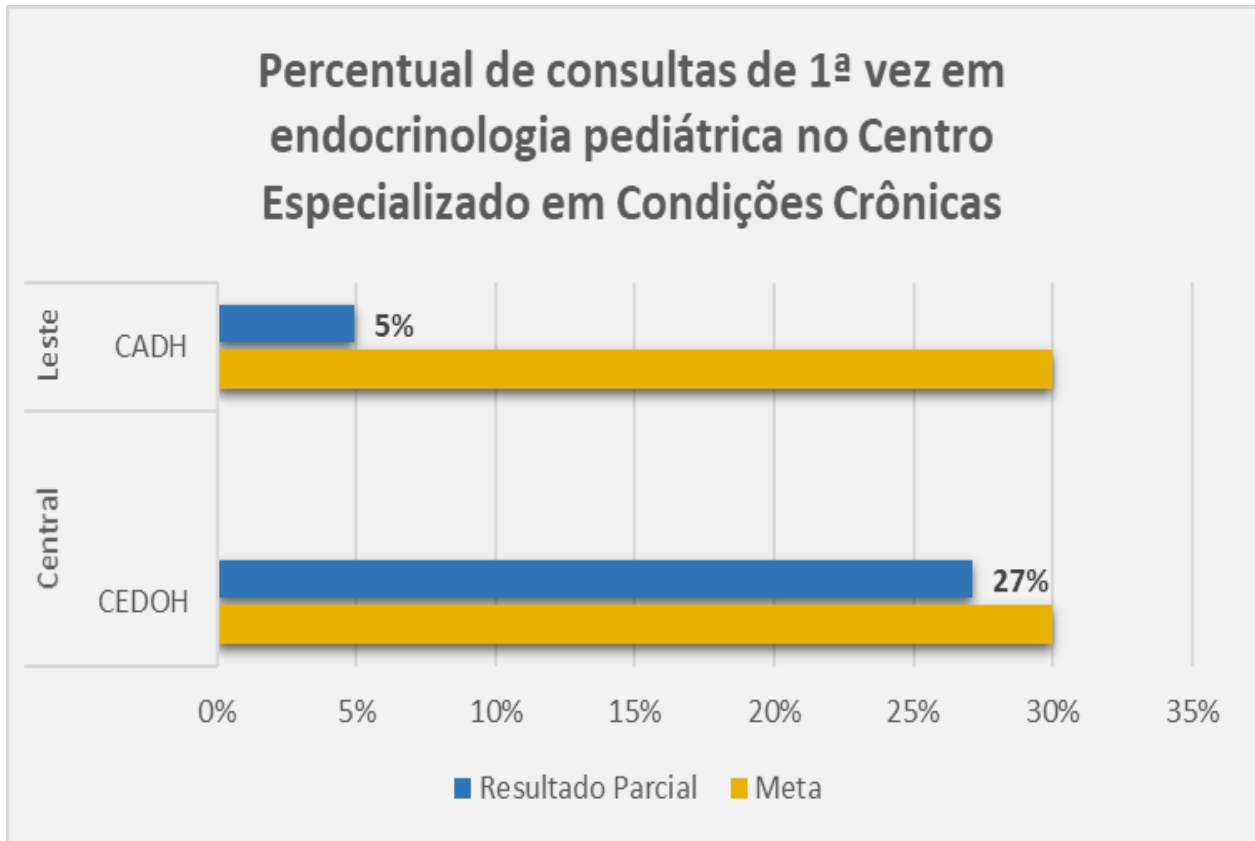
INDICADOR 3- Percentual de consultas de 1ª vez em endocrinologia pediátrica no Centro Especializado em Condições Crônicas

Fonte: Trakcare

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de consultas médicas de primeira vez da especialidade endocrinologia Pediátrica no mês. DENOMINADOR: Número total de consultas médicas da especialidade endocrinologia Pediátrica no mês

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



*CEDHIC - Não se aplica

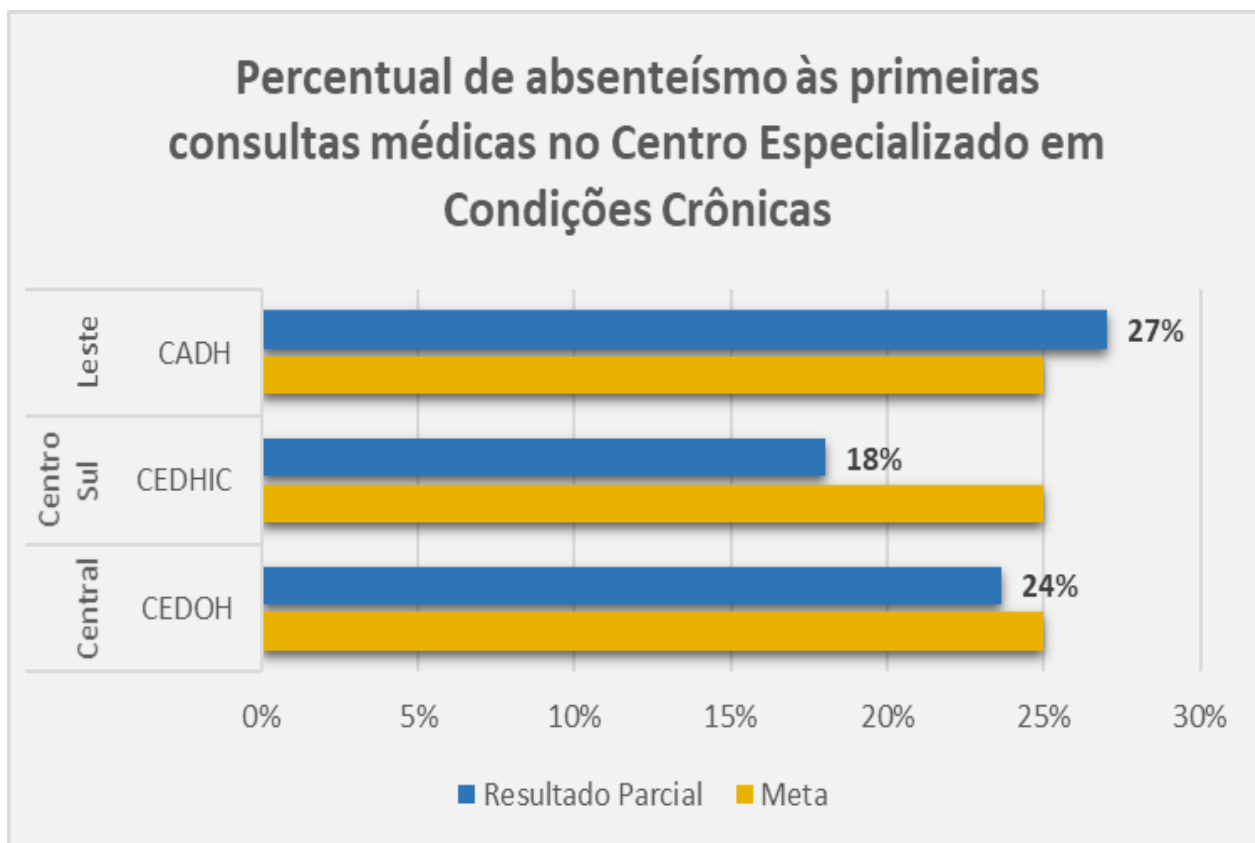
INDICADOR 4- Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas no Centro Especializado em Condições Crônicas

Fonte: Sistema Nacional de Regulação (SISREG)

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número mensal de faltas de usuários em consultas médicas de primeira vez reguladas via SISREG. DENOMINADOR: Número mensal total de consultas médicas agendadas via SISREG

Resultado: Média dos resultados mensais

MENOR MELHOR



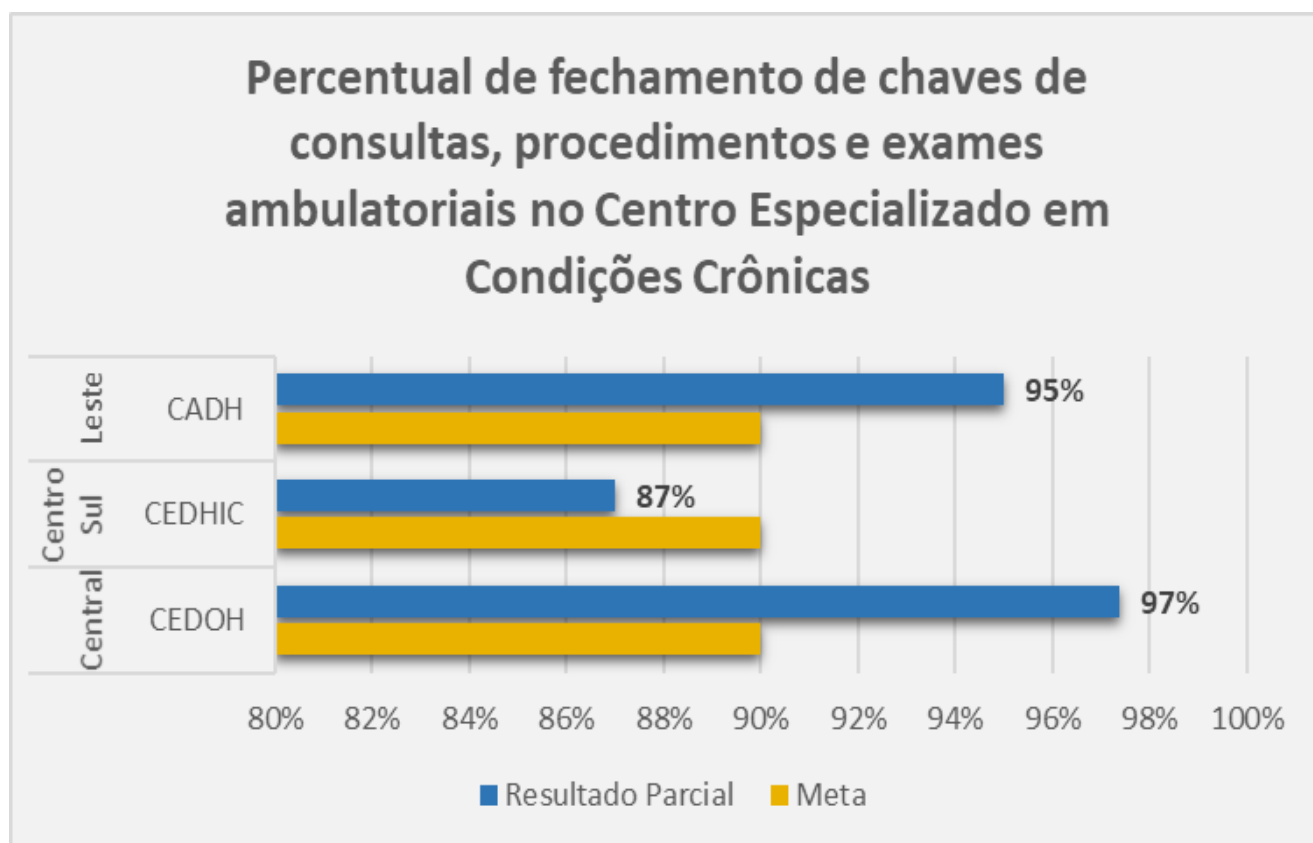
INDICADOR 5- Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais no Centro Especializado em Condições Crônicas

Fonte: SISREG

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados via SISREG e executados pelo Centro Especializado em Condições Crônicas que tiveram suas chaves fechadas no mês. DENOMINADOR: Número total de agendamentos autorizados pela Gerência de Regulação da Região de Saúde no mês.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



ANÁLISES DOS RESULTADOS DOS CENTROS ESPECIALIZADOS

CENTRAL	Entendemos que os resultados do CEDOH de consulta de primeira vez em cardiologia e endocrinologia podem estar relacionados ao perfil de pacientes atendidos. Ocorre que uma parcela significativa dos atendimentos é destinada a pacientes provenientes de outras regiões de saúde. Esse fator impacta negativamente o retorno ou o compartilhamento desses usuários para a atenção primária, dificultando a continuidade do cuidado e o seguimento adequado do tratamento, resultando no conhecido efeito velcro. Esse mesmo fator guarda relação, a nosso ver, com o resultado do indicador de absenteísmo do CEDOH, sendo que os pacientes que precisam se deslocar de outras regiões enfrentam, no mais das vezes, dificuldades logísticas, como distância, custos de transporte e disponibilidade de agenda. Vale lembrar que ao final de 2024 iniciamos o processo de Planificação na Região, o que traz uma oportunidade importante para reorganizar e fortalecer a integração entre os serviços de saúde. A Planificação pode contribuir para a melhoria do fluxo de pacientes entre a atenção primária e os serviços especializados, além de favorecer estratégias que reduzam o absenteísmo e melhorem a efetividade do atendimento. Por fim, registramos que comemoramos o resultado do indicador de fechamento de chaves, tanto pelos resultados acima da meta quanto pelo fato desse processo de trabalho estar sendo progressivamente absorvido pela equipe assistencial e não mais centrado em um profissional administrativo.
CENTRO-SUL	No Indicador 1 (Percentual de consultas de primeira vez em cardiologia), o CEDHIC teve um desempenho durante o ano de apenas 4%, muito abaixo da meta, evidenciando limitações de recursos estruturais e humanos, além de baixa capacidade instalada, com apenas 20 horas semanais disponíveis. A carga horária reduzida é agravada pelo compartilhamento de profissionais com a Policlínica do Guará. A expansão da planificação é essencial para otimizar agendas e ampliar a oferta de vagas. Além disso, a organização da agenda depende igualmente da integração com a atenção primária, para reduzir a necessidade de retornos na unidade, considerando a continuidade e monitoramento do Plano de Cuidados junto à ESF de vinculação do usuário. No Indicador 2 (Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia), o resultado foi de apenas 2%, refletindo dificuldades estruturais na ampliação da oferta de novas vagas. A baixa adesão dos usuários e a limitada oferta impactam negativamente o indicador. No Indicador 4 (Absenteísmo às primeiras consultas), o centro registrou 18%, estando abaixo da meta estipulada de 25%, o que evidencia problemas de comunicação e a localização da unidade dentro do hospital HRGu. Os pacientes, em sua maioria de baixa renda, enfrentam várias barreiras de acesso. Estratégias estão sendo estudadas através de um Grupo de trabalho (GT) para mitigar o absenteísmo, mas precisam ser intensificadas.

	Por outro lado, no Indicador 5 (Fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais), o CEDHIC apresentou um bom desempenho de 87% no ano de 2024, consolidando o fechamento tempestivo das chaves. Mesmo com a falta de um cardiologista durante o período, a unidade manteve resultados satisfatórios ao designar um profissional específico para gerenciar pendências. No entanto, a escassez de vagas amplifica o impacto de faltas ou atrasos, ressaltando a necessidade de ações estruturantes para melhorar a capacidade instalada e a eficiência no atendimento às condições crônicas.
LESTE	O Centro de Atenção às Pessoas com Diabetes e Hipertensão de Alto e Muito Alto Risco (CADH) desenvolveu em 2024 um sistema robusto de monitoramento de indicadores, caracterizado por acompanhamento contínuo e sistemático. Utilizamos como principal ferramenta planilhas gerenciais que permitiram não apenas o registro dos índices, mas principalmente a análise das justificativas que impactaram diretamente nos resultados alcançados. Dentre os principais êxitos do período, destacam-se as ações de gestão de pessoas implementadas para enfrentar desafios específicos. Quando identificamos quedas preocupantes em determinados índices, desenvolvemos campanhas de sensibilização direcionadas aos servidores, com foco em estratégias motivacionais que demonstraram efetividade na reversão desses quadros. Paralelamente, implementamos novas ferramentas de gestão que otimizaram significativamente o monitoramento da oferta de vagas, permitindo uma análise mais precisa e ágil dos nossos indicadores operacionais. O maior desafio enfrentado pelo CADH no período foi a gestão dinâmica das agendas, decorrente da necessidade constante de ajustes para atender às diferentes portas de entrada do serviço. As filas de espera por consulta apresentam comportamento variável, exigindo realinhamentos frequentes na programação de atendimentos. Essa característica intrínseca do nosso fluxo de trabalho demanda um conhecimento aprofundado dos processos cotidianos por parte da equipe gestora, além de sistemas de registro que capturem adequadamente essa dinâmica para justificar com clareza as variações observadas nos nossos indicadores. Essa complexidade operacional reforça a importância do trabalho que vem sendo desenvolvido para aprimorar nossos sistemas de informação e capacitação da equipe. Os esforços empreendidos em 2024 criaram as bases para melhorias significativas em nossa capacidade de gestão, que devem se consolidar no próximo ano, especialmente no que diz respeito à previsibilidade de atendimentos e qualidade do registro de informações.

RESULTADOS DOS INDICADORES DO ADOLESCENTRO e COMPP

Painel à vista

ADOLESCENTRO			CENTRAL ADOLESCENT
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS
1	1. Número de Acolhimentos Iniciais realizados pelo Adolescentro	Maior melhor	Monitoramento
2	2. Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas pelo Adolescentro com equipes de Atenção Primária.	Maior melhor	Monitoramento
3	3. Proporção entre Atendimentos Médicos e Atendimentos Não Médicos.	Maior melhor	Monitoramento

COMPP			CENTRAL COMPP
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS
1	1. Número de Acolhimentos Iniciais realizados pelo COMPP	Maior melhor	Monitoramento
2	2. Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas pelo COMPP com equipes de Atenção Primária.	Maior melhor	Monitoramento
3	3. Participação do COMPP em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial.	Maior melhor	Monitoramento

Dados extraídos da ferramenta de monitoramento em 15/04/2025

ADOLESCENTRO E COMPP

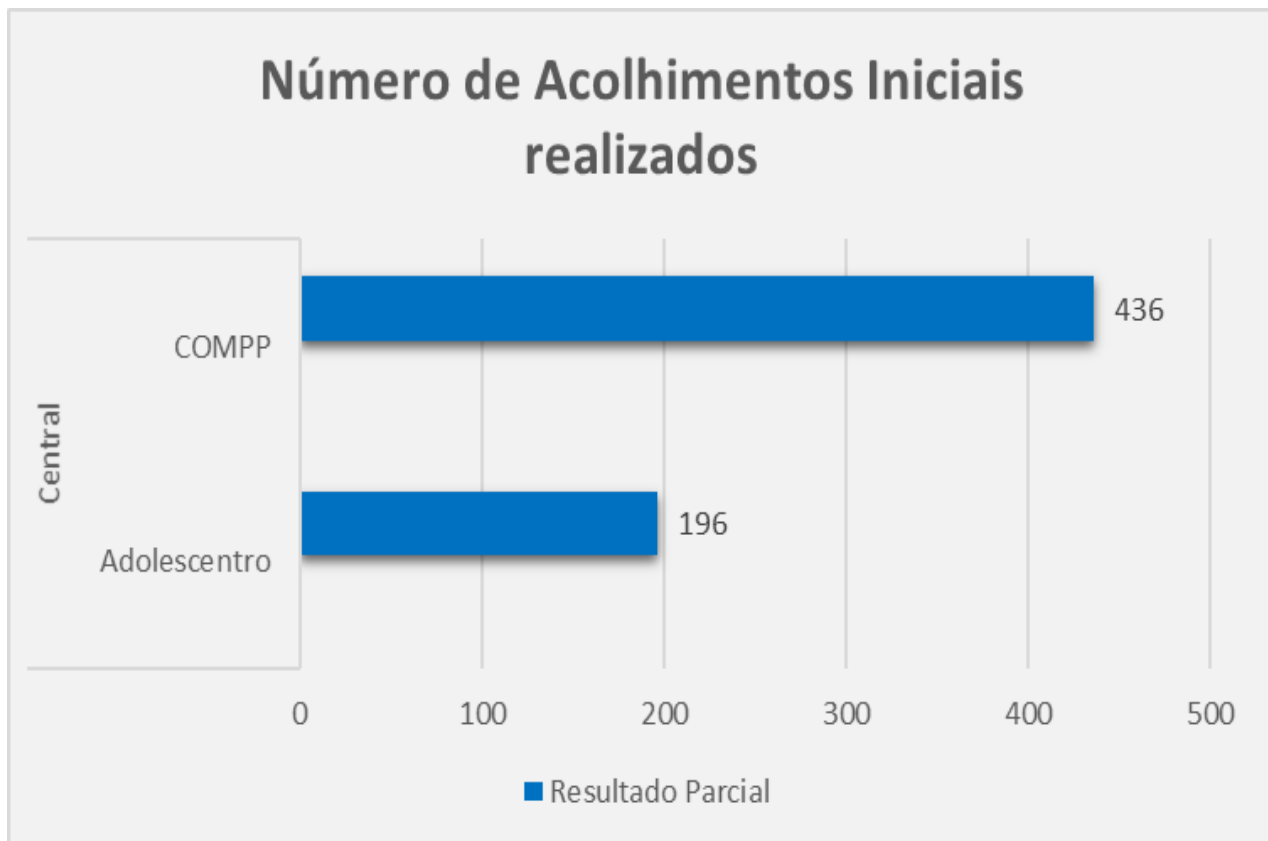
INDICADOR 1- Número de Acolhimentos Iniciais realizados pelo Adolescentro/COMPP

Fonte:DATASUS: BPA-I/SIA-SUS Procedimento - Código: 0301040079 - ESCUTA INICIAL / ORIENTAÇÃO (ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA)

Metodologia de Cálculo: Número de acolhimentos iniciais realizados pelo Adolescentro. Procedimento - Código:0301040079 - ESCUTA INICIAL / ORIENTAÇÃO (ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA)

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



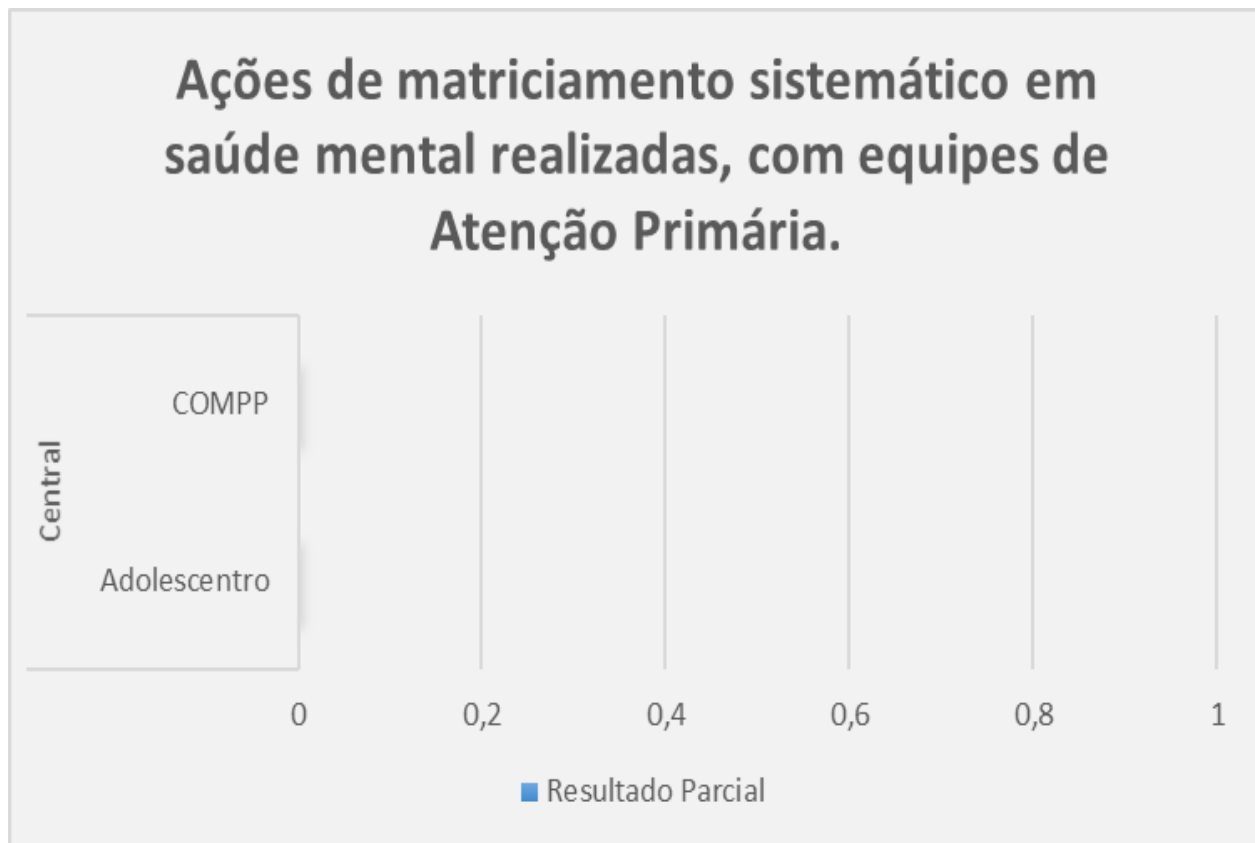
INDICADOR 2- Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas pelo Adolescentro/COMPP com equipes de Atenção Primária

Fonte: DATASUS: BPA-C/SIA-SUS Procedimento: 03.01.07.027.0 - Matriciamento dos outros pontos e níveis da rede de atenção à saúde para atenção à saúde das pessoas com deficiência.

Metodologia de Cálculo: Número de ações de matriciamentos em saúde mental da Atenção Primária à Saúde realizadas pelo Adolescentro/COMPP.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



*A unidade estava sem código para lançamento das ações de matriciamento, visto que o código atualmente existente é restrito para os CAPS, sendo glosado nos ambulatorios de saúde mental.

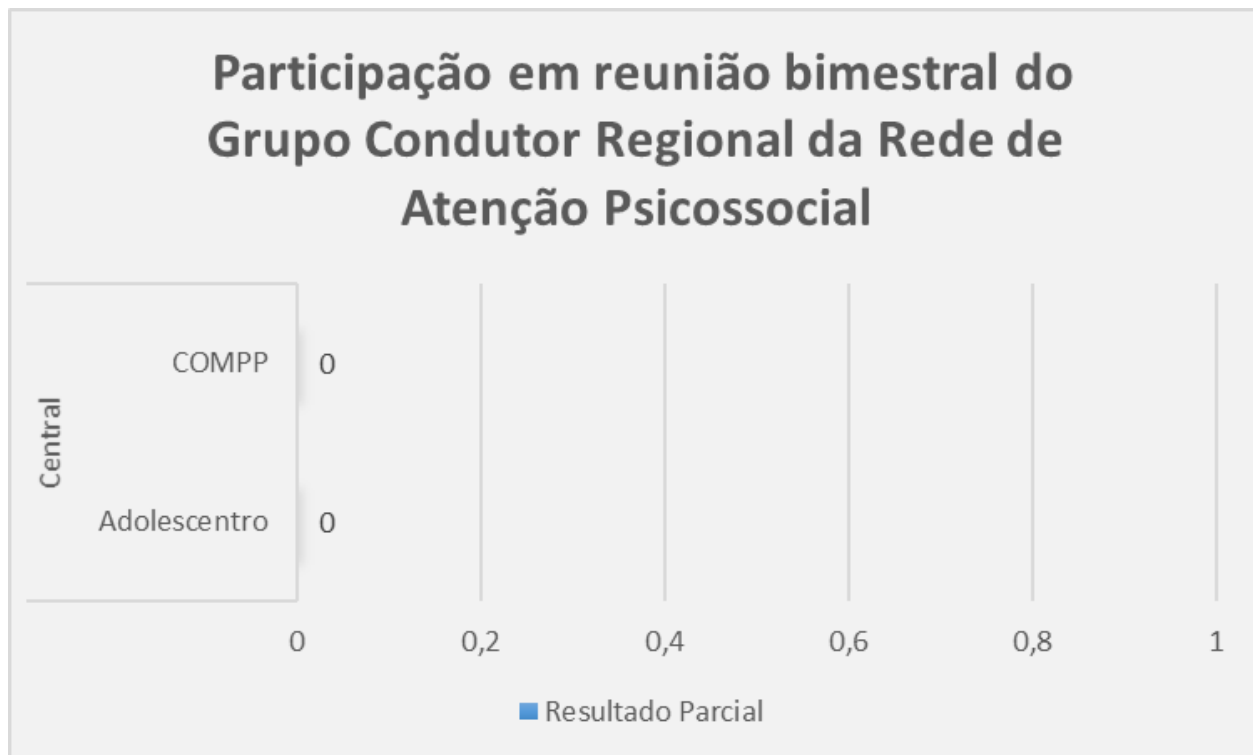
INDICADOR 3- Participação do Adolescente em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial/COMPP.

Fonte: Ata da reunião com lista de presença da reunião em Processo SEI.

Metodologia de Cálculo: Ata elaborada em Processo SEI disponibilizado para o Grupo Condutor Distrital da Rede de Atenção Psicossocial (GCDRAPs), com lista de presença em anexo.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



ANÁLISES DOS RESULTADOS COMPP E ADOLESCENTRO

CENTRAL	Quanto ao número de acolhimentos realizados, o COMPP manteve-se na média nos meses de setembro e novembro, com queda nos meses de Outubro e Dezembro, devido a afastamentos legais e férias, respectivamente. O Adolescentro manteve a média do quadrimestre, com queda significativa devido a suspensão dos acolhimentos por dois turnos em razão das férias e licenças médicas. Ressalta-se que por se tratar de unidade com vagas ofertadas em panorama 3, visando o atendimento de demandas de todo o Distrito Federal, oscilações desta natureza são mais comuns, tendo em vista maior probabilidade de absenteísmo dos usuários, em especial vindos de regiões mais distantes. Não obstante, o Adolescentro tem feito também o acolhimento de pacientes com mais de doze anos de idade, que foram acolhidos no COMPP e aguardavam a inserção em grupos terapêuticos, atendimentos individuais ou ambos, o que consome mensalmente parte da capacidade de acolhimento da equipe. Em que pese a criação de um código, com um descritivo ainda não ideal para os matriciamentos realizados pela unidade (matriciamento em PCD), o mesmo ainda não foi apropriado pela equipe. Ambas as unidades participam da equipe de matriciadores do Projeto de Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Básica (MAPS). O projeto iniciou-se na região com as oficinas no período de 25/06/2024 a 15/10/2024, dando início às atividades de matriciamento em Novembro/2024. Por fim, ressalta-se que o registro de dados sobre a participação no grupo condutor regional da Rede de Atenção Psicossocial não foi realizado devido às dificuldades enfrentadas pela região na execução das atividades desses grupos ao longo do ano. Entre os desafios estão afastamentos na gestão, necessidade de atualização dos grupos devido a mudanças nos cargos de liderança, além de dificuldades de agenda dos participantes, que atuam em diversas instâncias colegiadas, projetos e demandas assistenciais que exigem seu envolvimento. Tais fatores, portanto, não refletem a falta de participação das unidades em si. Diante desse cenário, busca-se estabelecer estratégias para mobilizar os serviços, que já possuem um contato contínuo e apoio mútuo, visando a retomada das atividades, porém com uma nova configuração na composição dos grupos condutores.
---------	--

RESULTADOS DO CENTRO ESPECIALIZADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS - CEDIN

Painel à vista

CEDIN			CENTRAL
			CEDIN
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS
1	1.Percentual de especialidades/serviços regulados da carteira de serviços do Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN)	Maior melhor	Parcial
2	2.Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.	Maior melhor	Satisfatório
3	3.Percentual de consultas de 1ª vez de HIV/hepatites do CEDIN	Maior melhor	Monitoramento
4	4.Percentual de vagas ofertadas para acolhimento do Ambulatório de Diversidade de Gênero em relação à fila de espera.	Maior melhor	Monitoramento

Dados extraídos da ferramenta de monitoramento em 15/04/2025

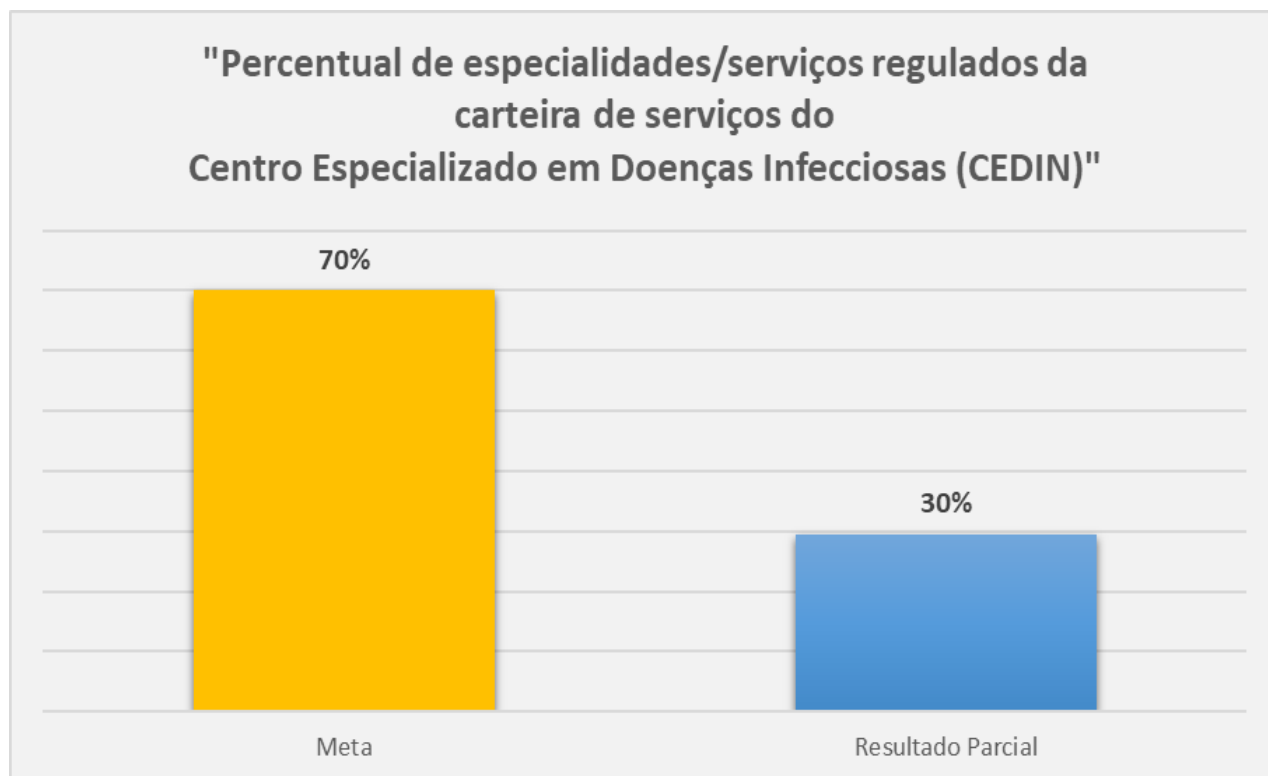
INDICADOR 1: Percentual de especialidades/serviços regulados da carteira de serviços do Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN)

Fonte: SISREG e Carteira de Serviços da unidade

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número total de especialidades/serviços regulados pelo CEDIN (soma de procedimentos regulados em panoramas 1, 2 e 3. DENOMINADOR: Número total de especialidades/serviços ofertados pelo CEDIN

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



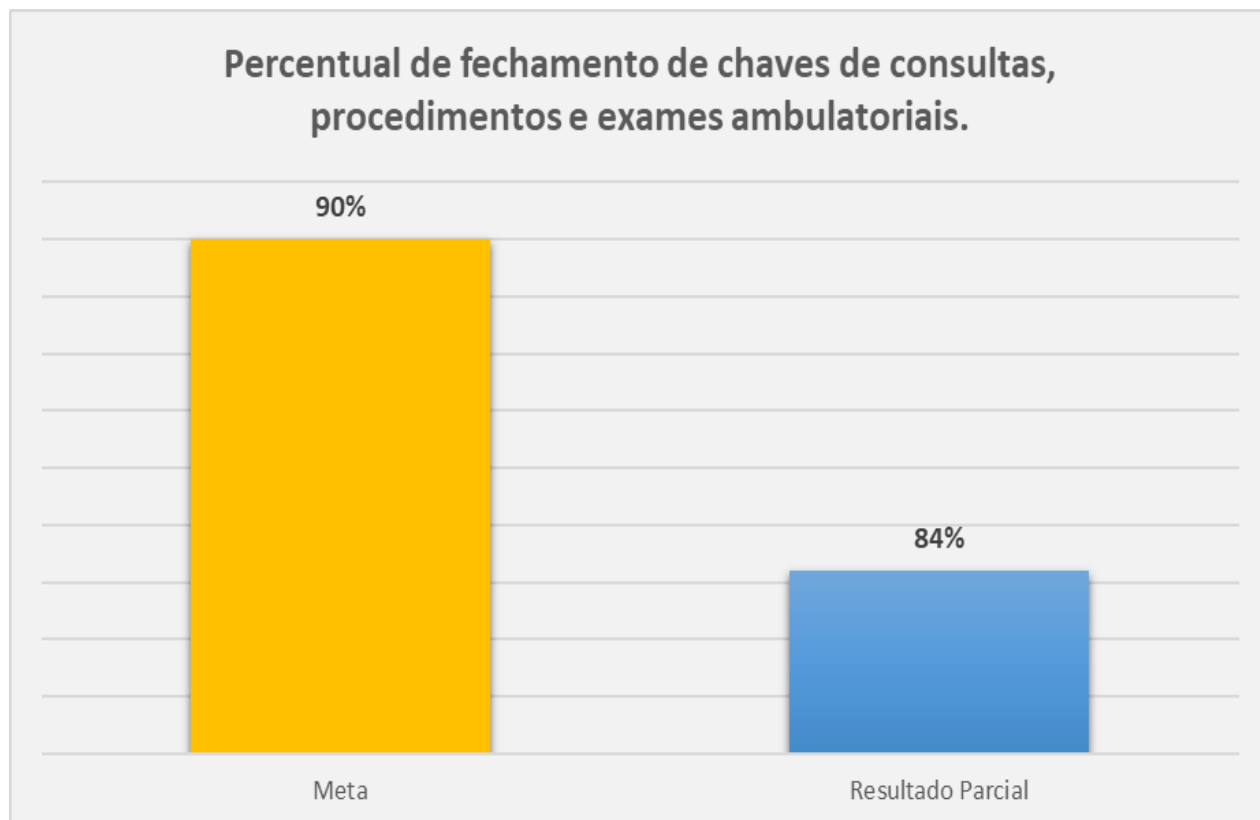
INDICADOR 2- Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.

Fonte: SISREG III

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados via SISREG e executados pelo CEDIN que tiveram suas chaves fechadas no mês. DENOMINADOR: Número total de consultas marcadas/autorizadas pela Gerência de Regulação da Região de Saúde no mês.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



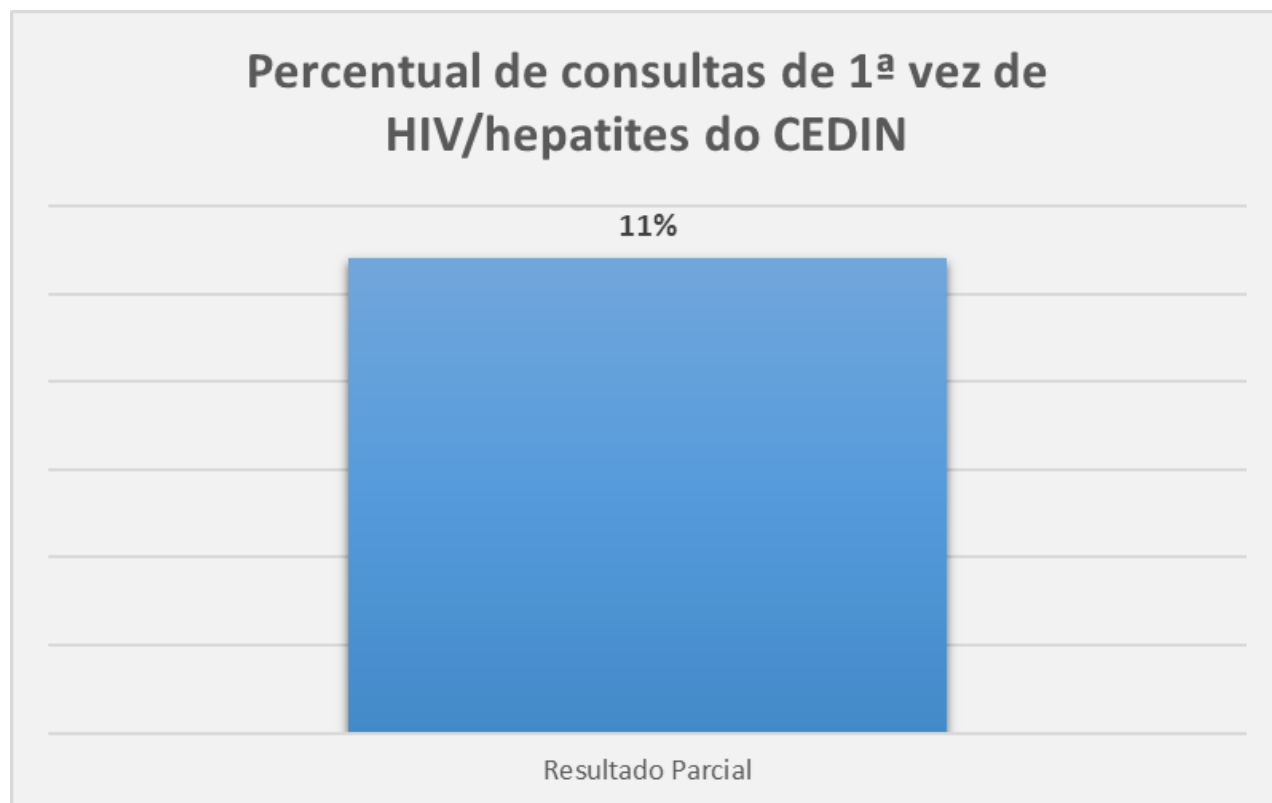
INDICADOR 3- Percentual de consultas de 1ª vez de HIV/hepatites do CEDIN

Fonte: TRAKCARE e Planilha interna

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de casos novos de HIV e hepatites notificados pelo CEDIN.
DENOMINADOR: Número total de atendimentos com CID de HIV/hepatites B e C realizados no CEDIN.

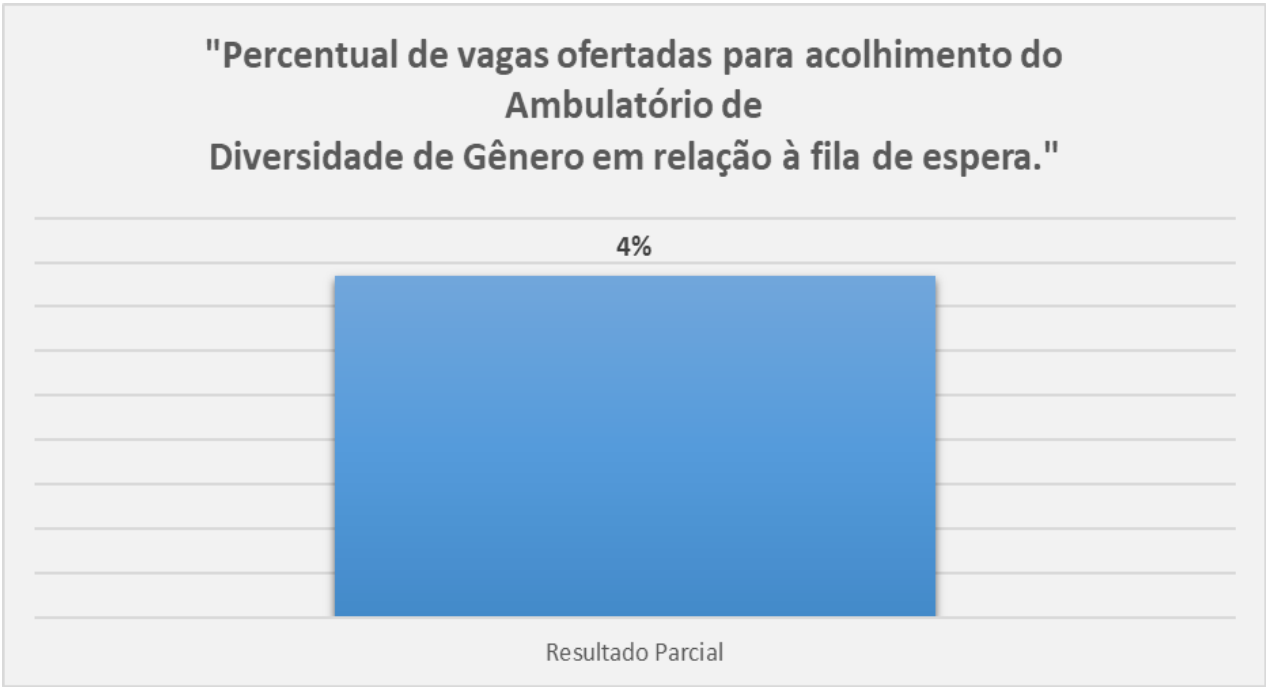
Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



INDICADOR 4- Percentual de vagas ofertadas para acolhimento do Ambulatório de Diversidade de Gênero em relação à fila de espera.

Fonte: Trakcare e planilha local
Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número total de pacientes acolhidos no Ambulatório Diversidade de Gênero por mês. DENOMINADOR: Número total de pessoas em fila de espera para o Ambulatório de Diversidade de Gênero.
Resultado: Média dos resultados mensais
MAIOR MELHOR



ANÁLISES DOS RESULTADOS DO CEDIN

CENTRAL	O percentual de especialidades reguladas no CEDIN permanecem sem alteração. Apesar do empenho da região em esforços pela regulação do acesso ao serviço como um centro de especialidades multiprofissional, as constantes mudanças da alta gestão impactam diretamente nas tratativas das Notas Técnicas de uma maneira geral. Quanto ao fechamento de chaves, o CEDIN manteve avanços na gestão com uma média de 99% das chaves fechadas no quadrimestre. O indicador de monitoramento do Percentual de consultas de primeira vez de HIV/hepatites do CEDIN, houve uma queda em setembro, provavelmente devido à redução das vagas em razão da greve dos médicos. Destacamos novamente que em determinados casos, os usuários são identificados em outras unidades (UBS, NTA, entre outras), onde são notificados antes do encaminhamento para o atendimento pelo CEDIN - que é o fluxo correto. Por vezes, ocorre também o oposto, quando o caso é identificado e encaminhado ao CEDIN, sem a notificação prévia. As divergências entre ambos os casos podem impactar na apuração dos dados do indicador. Por fim, o Percentual de vagas ofertadas para acolhimento do Ambulatório de Diversidade de Gênero em relação à fila de espera não tem grandes oscilações. Em 10/012/2024 foi realizado mutirão de atendimentos, zerando a fila, porém houve 108 novas admissões.
---------	--

RESULTADOS DO CENTRO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DA MULHER - CESMU

Painel à vista

CESMU			CENTRAL
			CESMU
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS
1	Percentual de vagas de 1ª vez não utilizadas para acolhimento especializado em saúde da mulher.	Maior melhor	Monitoramento
2	Percentual de vagas ofertadas para o acolhimento CESMU sobre o total de vagas ofertadas para acesso direto às especialidades.	Maior melhor	Monitoramento
3	Percentual de procedimentos de Atenção Secundária, faturados em ginecologia.	Maior melhor	Satisfatório

Dados extraídos da ferramenta de monitoramento em 15/04/2025

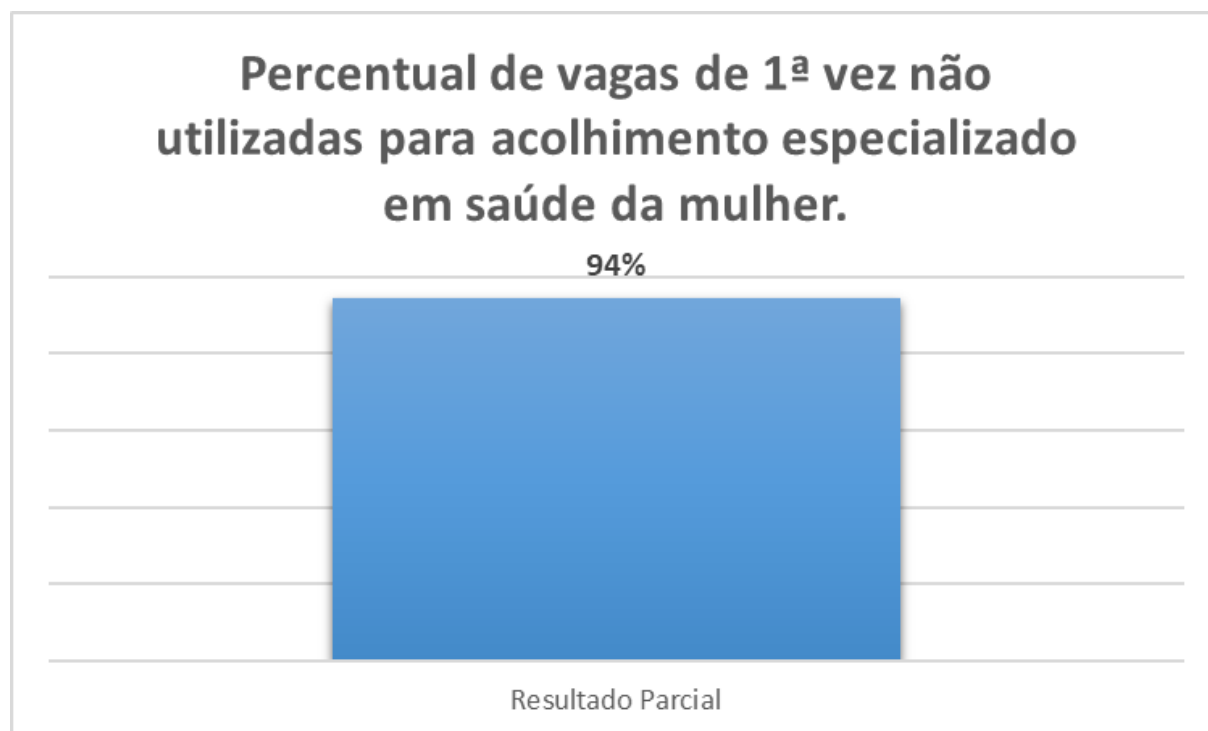
INDICADOR 1- Percentual de vagas de 1ª vez não utilizadas para acolhimento especializado em saúde da mulher

Fonte: SISREG III

Metodologia de Cálculo: $(\text{Número de vagas bloqueadas} + \text{não agendadas}) + \text{falta} / \text{Total de vagas ofertadas} \times 100$

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



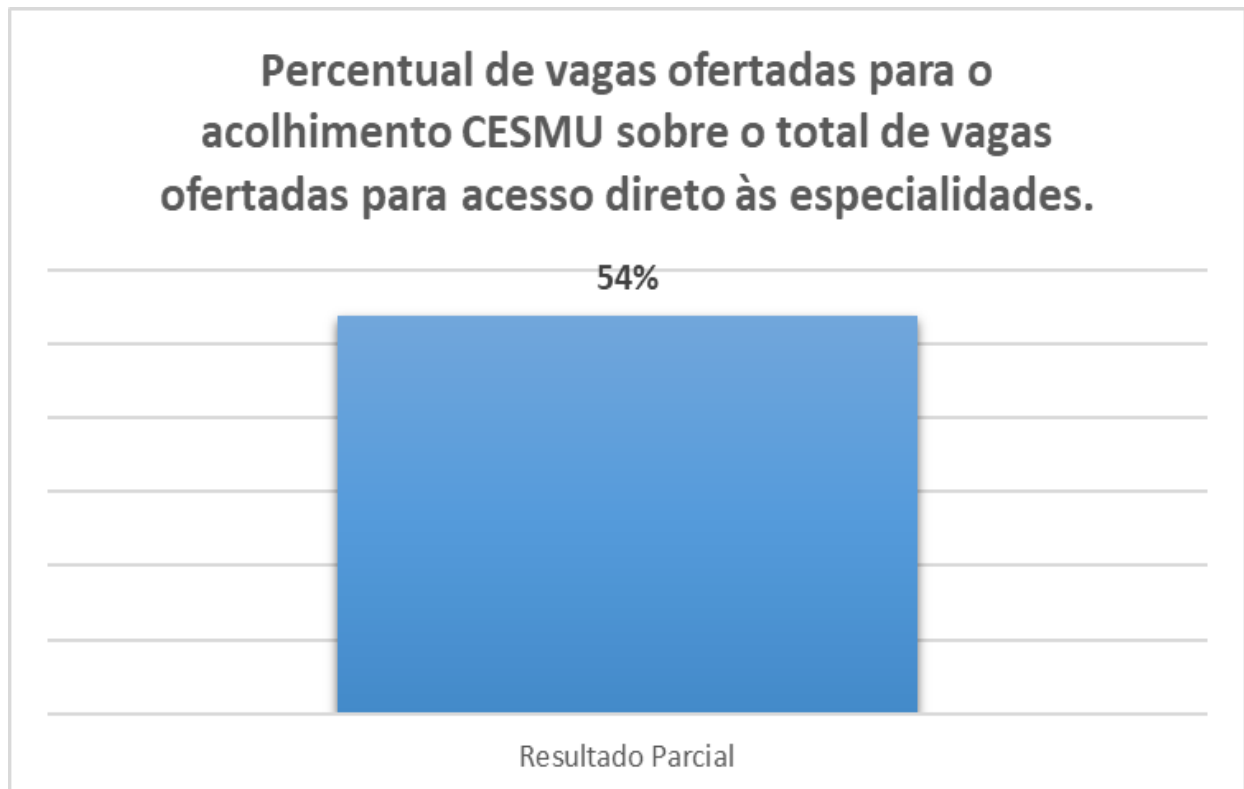
INDICADOR 2- Percentual de vagas ofertadas para o acolhimento CESMU sobre o total de vagas ofertadas para acesso direto às especialidades.

Fonte: SISREG III

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de vagas ofertadas em “Acolhimento especializado em saúde da mulher”.DENOMINADOR: Soma de todas as vagas ofertadas no serviço, incluindo ginecologia, pré-natal de alto risco, mastologia, endocrinologia, acupuntura, homeopatia, reumatologia, dermatologia, além do próprio “acolhimento especializado em saúde da mulher”.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



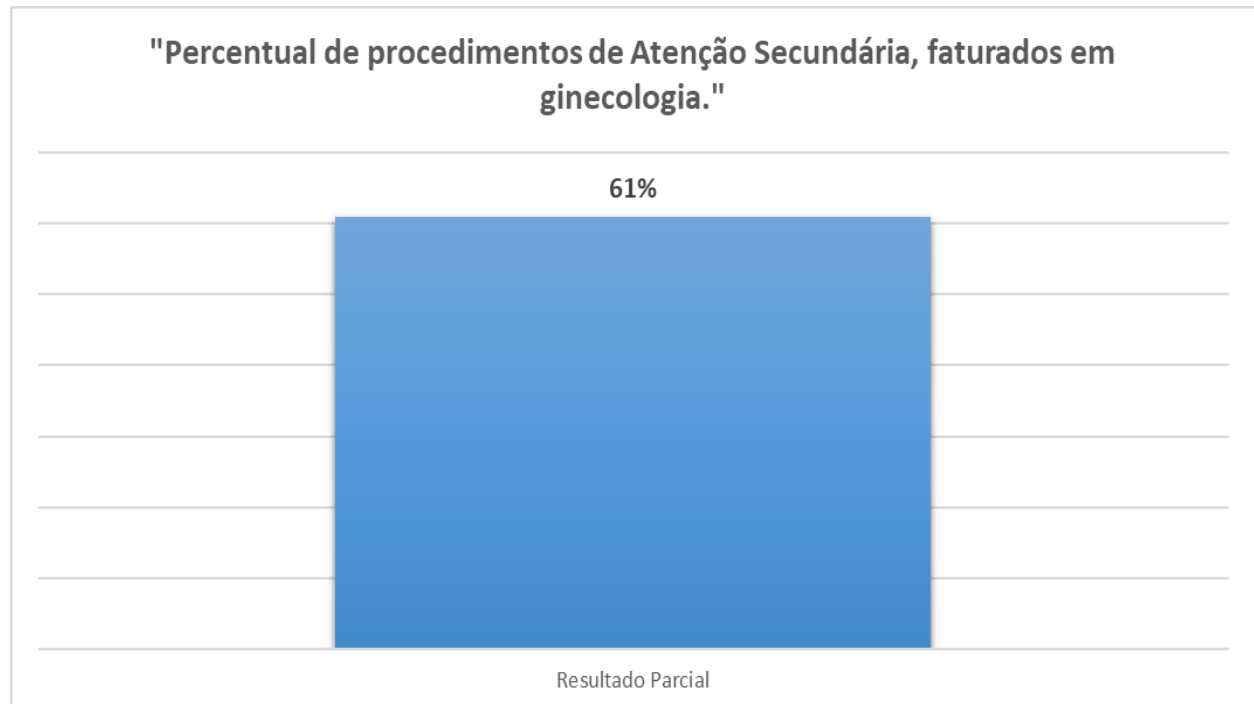
INDICADOR 3- Percentual de procedimentos de Atenção Secundária, faturados em ginecologia.

Fonte: Sala de Situação da SES/DF

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de procedimentos faturados em ginecologia classificados na tabela SIGTAP como da Atenção Secundária no mês.DENOMINADOR: Número total de procedimentos faturados na especialidade de ginecologia no mês.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



ANÁLISES DOS RESULTADOS DO CESMU

CENTRAL	O elevado Percentual de vagas de 1º vez não utilizadas para acolhimento especializado em saúde da mulher (média de 93,25%) demonstra e reforça a necessidade de mudança na Nota Técnica, já comentado anteriormente. além de outras questões, as constantes mudanças na alta gestão, têm impacto sobre o andamento da construção da NT. Quanto ao percentual de vagas ofertadas para acolhimento em relação ao total de vagas ofertadas para acesso direto à especialidades aponta, no início do segundo quadrimestre houve a elevação da oferta de vagas de Dermatologia, Ginecologia, Mastologia e PNAR, atende às necessidades do serviço no momento. Resgate-se a concentração de vagas de PNAR no CESMU e GSAS3 com o fim das horas de PNAR na GSAS1 e o resultado do indicador de vagas de acolhimento não utilizadas. Em que pese o mês de outubro ter 83% das vagas ofertadas, houve uma redução das vagas das especialidades devido à greve dos médicos. Em novembro e dezembro, nova redução devido ao afastamento de duas servidoras das atividades assistenciais (gestantes). Por fim, o indicador de procedimentos da atenção secundária faturados em ginecologia apresentou algumas oscilações, com melhora no mês de novembro, porém carece de um contínuo trabalho para melhoria dos registros da unidade.
---------	---

RESULTADOS DOS INDICADORES DA CASA DE PARTO

Painel à vista

CASA DE PARTO			LESTE
			CASA DE PARTO
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS
1	1. Número total de partos.	Maior melhor	Satisfatório
2	2. Percentual de nascidos vivos com APGAR maior ou igual a 7 no 5º minuto.	Maior melhor	Monitoramento
3	3. Taxa de Infecção pós-parto vaginal.	Menor melhor	Monitoramento
4	4. Percentual de transferência de parturientes do CPN ao hospital de referência antes do parto.	Menor melhor	Monitoramento

Dados extraídos da ferramenta de monitoramento em 15/04/2025

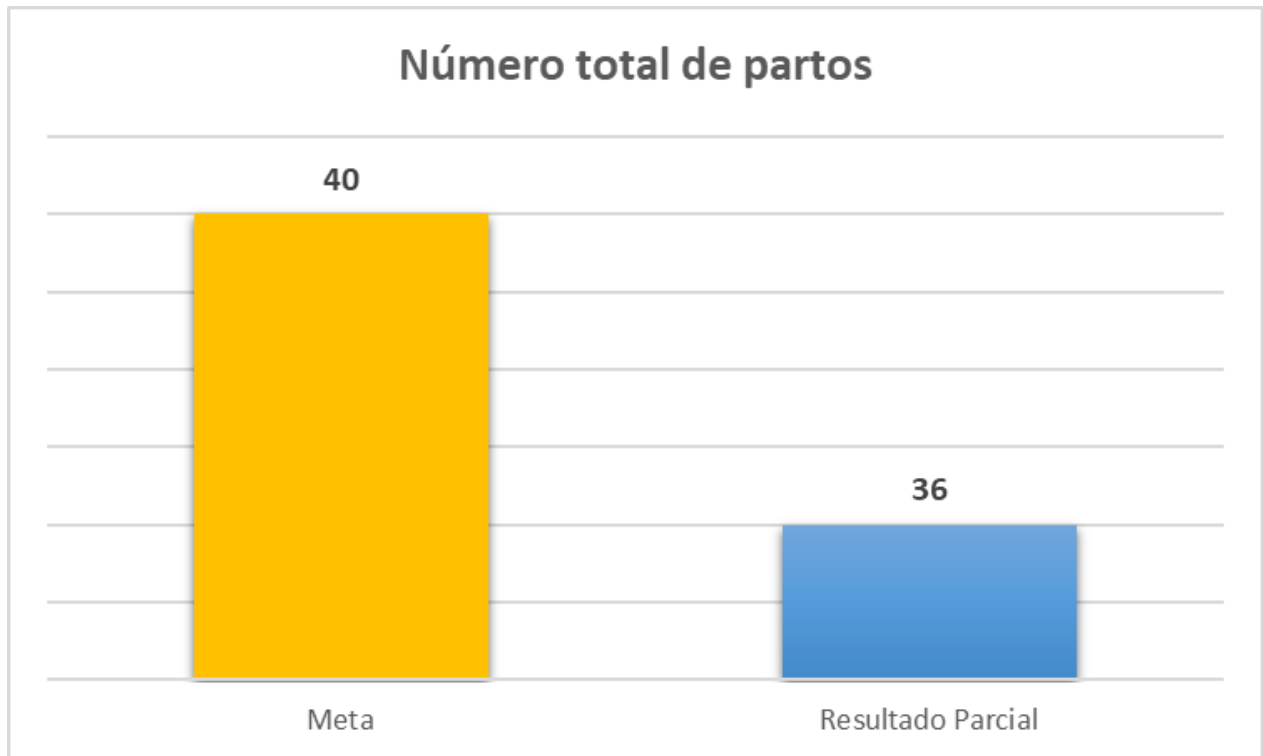
INDICADOR 1- Número total de partos.

Fonte: Sala de Situação

Metodologia de Cálculo: Somatório dos partos assistidos no CPN no mês

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



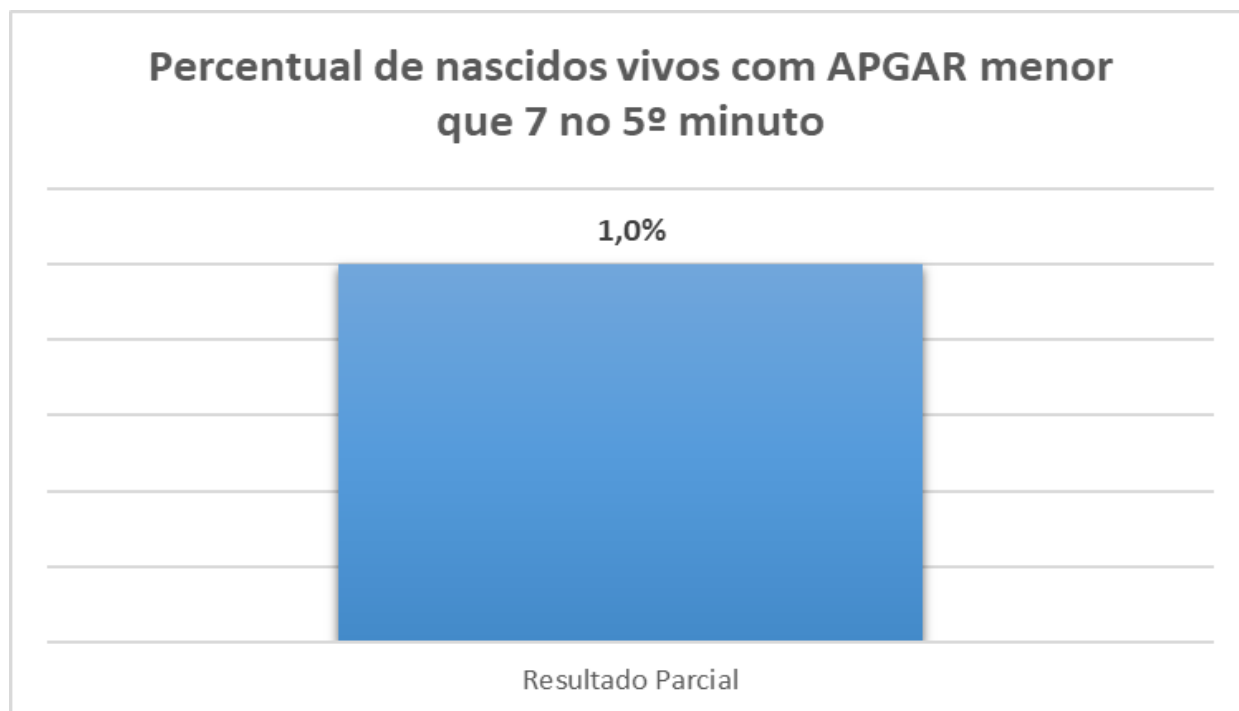
INDICADOR 2- Percentual de nascidos vivos com APGAR menor ou igual a 7 no 5º minuto.

Fonte: SINASC

Metodologia de Cálculo: Numerador: Número de nascidos com APGAR menor que 7 no 5º minuto Denominador: Número total de nascidos

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



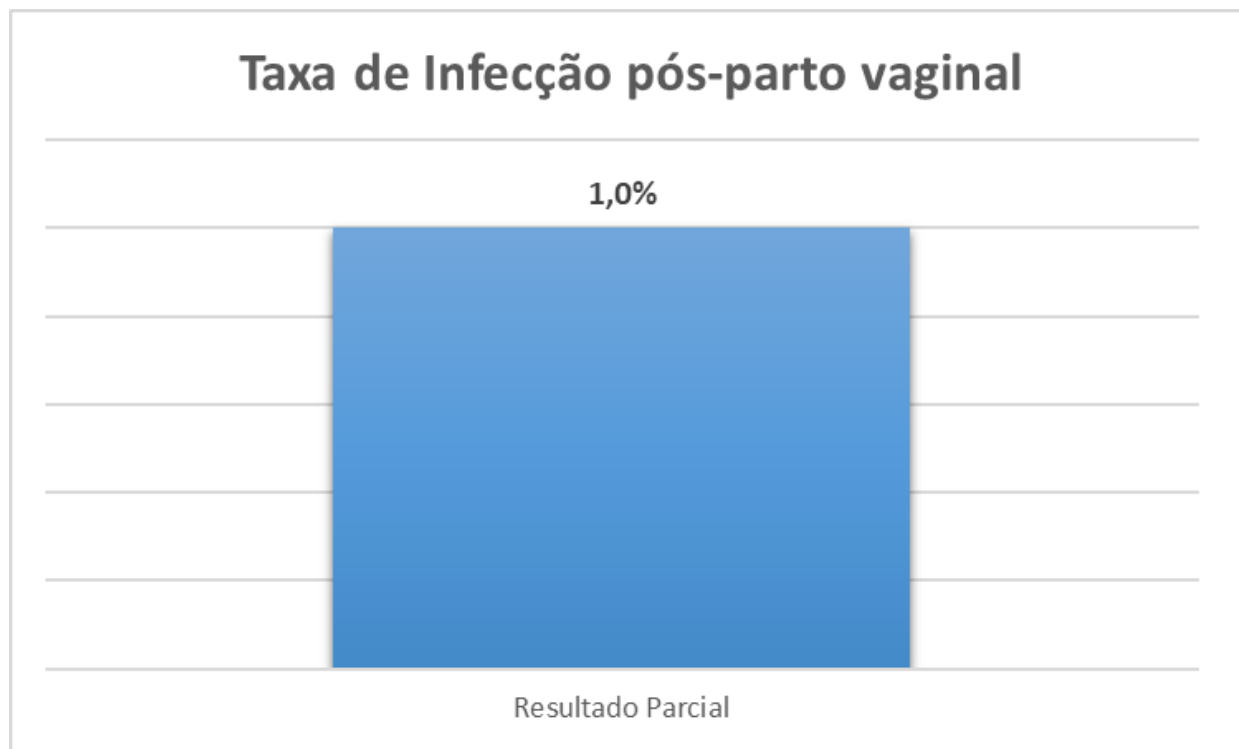
INDICADOR 3- Taxa de Infecção pós-parto vaginal

Fonte: Planilha Excel

Metodologia de Cálculo: Número de puérperas de parto normal na CPSS que apresentaram diagnóstico de infecção puerperal/ Número total de partos assistidos no CPN no mesmo período x 100.

Resultado: Média dos resultados mensais

MENOR MELHOR



INDICADOR 4- Percentual de transferência de parturientes do CPN ao hospital de referência

Fonte: Planilha Excel e Sala de Situação

Metodologia de Cálculo: Número de parturientes transferidas do CPN ao hospital de referência / Número total de admissões em trabalho de parto no CPN no mesmo período x 100.

Resultado: Média dos resultados mensais

MENOR MELHOR

Percentual de transferência de parturientes do CPN ao hospital de referência antes do parto.

15%



Resultado Parcial

ANÁLISES DOS RESULTADOS CASA DE PARTO

LESTE	O acompanhamento dos indicadores em 2024 foi realizado de forma sistemática pela gestão, com reuniões mensais e análises pontuais sempre que necessário, permitindo intervenções rápidas para manutenção ou melhoria dos resultados. Esse monitoramento contínuo foi essencial para garantir a qualidade do serviço prestado, embora tenhamos enfrentado desafios significativos ao longo do ano. A principal dificuldade esteve relacionada ao alto índice de absenteísmo, que exigiu da gestão um esforço adicional para cobrir plantões, impactando diretamente na capacidade de realizar outras ações estratégicas. A falta de tempo hábil comprometeu iniciativas importantes como a publicização da unidade, visitas às comunidades e o matriciamento junto às unidades de Saúde da Família, atividades fundamentais para a integração da Casa de Parto na rede de atenção. Entre os principais êxitos do ano, destaca-se o desenvolvimento do Sistema Casa de Parto em parceria com a SUPLANS, concluído no segundo semestre de 2024. Essa ferramenta, em uso desde fevereiro de 2025, representa um avanço significativo para o registro de dados e construção de painéis de indicadores confiáveis. Atualmente, estamos na fase final de implementação dos painéis, que trarão maior transparência e agilidade para a gestão dos processos. Quanto aos indicadores, identificamos a necessidade de revisão do critério para contagem do número de partos. A gerência defende que os partos domiciliares ou em trânsito, quando acompanhados até a dequitação placentária pela equipe da unidade, deveriam ser contabilizados neste indicador. Essa mudança refletiria com maior precisão o trabalho realizado pela Casa de Parto e o cuidado integral prestado às gestantes, independentemente do local onde ocorre o parto. O ano de 2024 foi marcado por desafios operacionais, mas também por importantes conquistas tecnológicas que fortalecerão a gestão nos próximos anos. A implementação do novo sistema e a potencial revisão dos indicadores representam avanços que contribuirão para o aperfeiçoamento contínuo da assistência ao parto humanizado na região.
--------------	--

RESULTADOS DOS INDICADORES DO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER

Painel à vista

CER			SUDOESTE
			CER
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS
1	Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica pediátrica.	Maior melhor	Monitoramento
2	Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica adulto.	Maior melhor	Monitoramento
3	Número de atendimentos realizados no CER II de Taguatinga por mês.	Maior melhor	Monitoramento
4	Número de ações de matriciamento realizados com a Atenção Primária à Saúde.	Maior melhor	Monitoramento
5	Número de pacientes atendidos nos ambulatórios de estomizados	Maior melhor	Monitoramento

Dados extraídos da ferramenta de monitoramento em 15/04/2025

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER

INDICADOR 1- Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica pediátrica

Fonte: Sistema Trakcare

Metodologia de Cálculo: Numerador: Número de usuários admitidos por profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais para a reabilitação neurológica infantil no período (mês) no CER II Taguatinga; Denominador: Número de usuários em lista de espera interna, após acolhimento no serviço para atendimento de fisioterapia infantil, fonoaudiologia infantil, terapia ocupacional infantil.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR

Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica pediátrica.

202%

Resultado Parcial

INDICADOR 2- Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica adulto.

Fonte: Sistema Trakcare
Metodologia de Cálculo: Numerador: Número de usuários admitidos por profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e para a reabilitação neurológica adulto no período (mês) no CER II Taguatinga; Denominador: Número de usuários em lista de espera interna, após acolhimento no serviço para atendimento de fisioterapia neurológica adulto, fonoaudiologia adulto, terapia ocupacional adulto.
Resultado: Média dos resultados mensais
MAIOR MELHOR

Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica adulto.

Resultado Parcial

***Não há dados - Não há formação de fila de espera (Conforme análise da unidade).**

INDICADOR 3- Número de atendimentos realizados no CER II de Taguatinga por mês.

Fonte: SIA

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de procedimentos realizados (procedimentos dos grupos 01 - ações de promoção e prevenção em saúde, 02 - procedimentos com finalidade diagnóstica e 03 - procedimentos clínicos da tabela SIGTAP elencados no Instrutivo de Reabilitação) por mês. DENOMINADOR: 2406 MULTIPLICADOR: 100

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR

Percentual de atendimentos realizados no CER II de Taguatinga por mês.

127%

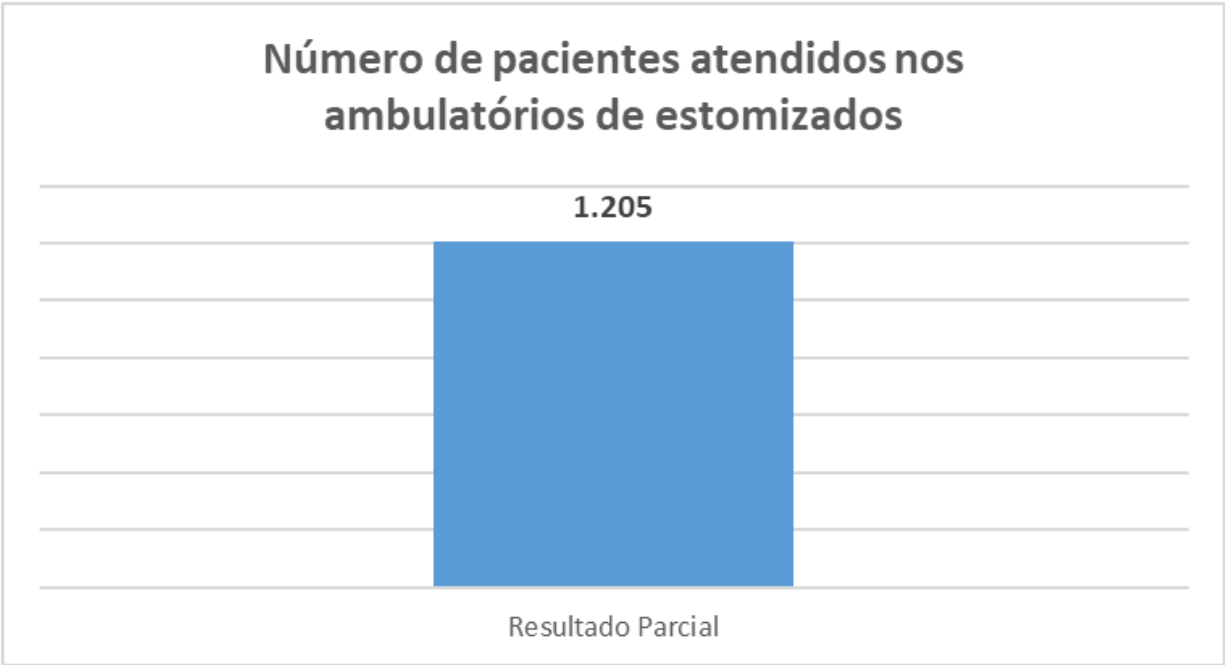


Resultado Parcial

Resultado Parcial

INDICADOR 5- Número de pacientes atendidos nos ambulatórios de estomizados.

Fonte:Sistema TrakCare
Metodologia de Cálculo: Somatório dos pacientes atendidos nos ambulatórios de estomizados
Resultado: Média dos resultados mensais
MAIOR MELHOR



ANÁLISES DOS RESULTADOS CER

SUDOESTE	Percentual de Pacientes Admitidos na Reabilitação Neurológica Pediátrica Este indicador encontra-se em constante monitoramento. Desde a implantação do SISREG, observou-se um aumento significativo nas admissões, com variações mensais atribuídas a afastamentos legais e à remoção de servidores da unidade. Apesar desses desafios, a equipa tem demonstrado elevado compromisso com a melhoria contínua dos resultados. Percentual de Pacientes Admitidos na Reabilitação Neurológica de Adultos O indicador permanece em acompanhamento. Atualmente, não há formação de fila de espera: os pacientes acolhidos e admitidos são imediatamente encaminhados às especialidades necessárias, como Fisioterapia, Fonoaudiologia, entre outras. Este fluxo tem garantido agilidade e eficiência no atendimento. Percentual de Atendimentos Realizados no CER II de Taguatinga por Mês O indicador também está em monitoramento, apresentando desempenho consistentemente acima das metas estabelecidas. Esse resultado é reflexo direto da orientação contínua e capacitação da equipa técnica, que se empenha em garantir um atendimento eficaz e centrado no utilizador. Número de Ações de Matriciamento Realizadas com a Atenção Primária à Saúde (APS) Este indicador está sob acompanhamento. Durante o quadrimestre, houve esforço conjunto da região para estreitar a comunicação entre os níveis de Atenção Primária, Secundária e Especializada. A meta é aprimorar os fluxos de encaminhamento entre as gestões, promovendo maior agilidade e acesso ao tratamento adequado para os utentes. Número de Pacientes Atendidos nos Ambulatórios de Estomizados O indicador apresenta variações mensais, especialmente em períodos com afastamentos legais de servidores. Os dados englobam o total de atendimentos realizados, incluindo primeiras consultas, retornos, acolhimentos, procedimentos e terapias voltadas para utentes com ostomias. As informações são sistematizadas em planilhas do CER, permitindo o acompanhamento detalhado da assistência prestada.
-----------------	---

RESULTADOS DOS INDICADORES DO CENTRO DE RADIOLOGIA DE TAGUATINGA - CRT

Painel à vista

CRT			SUDOESTE
			CRT
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS
1	Percentual de absenteísmo aos exames de ecografia.	Menor melhor	Satisfatório
2	Percentual de absenteísmo aos exames de odontologia.	Menor melhor	Parcial
3	Percentual de exames de ecografia realizados com relação à demanda reprimida.	Maior melhor	Razoável
4	Percentual de exames de panorâmica realizados com relação à demanda reprimida.	Maior melhor	Razoável

Dados extraídos da ferramenta de monitoramento em 15/04/2025

INDICADOR 1- Percentual de absenteísmo aos exames de ecografia.

Fonte: Sistema Nacional de Regulação (SISREG)

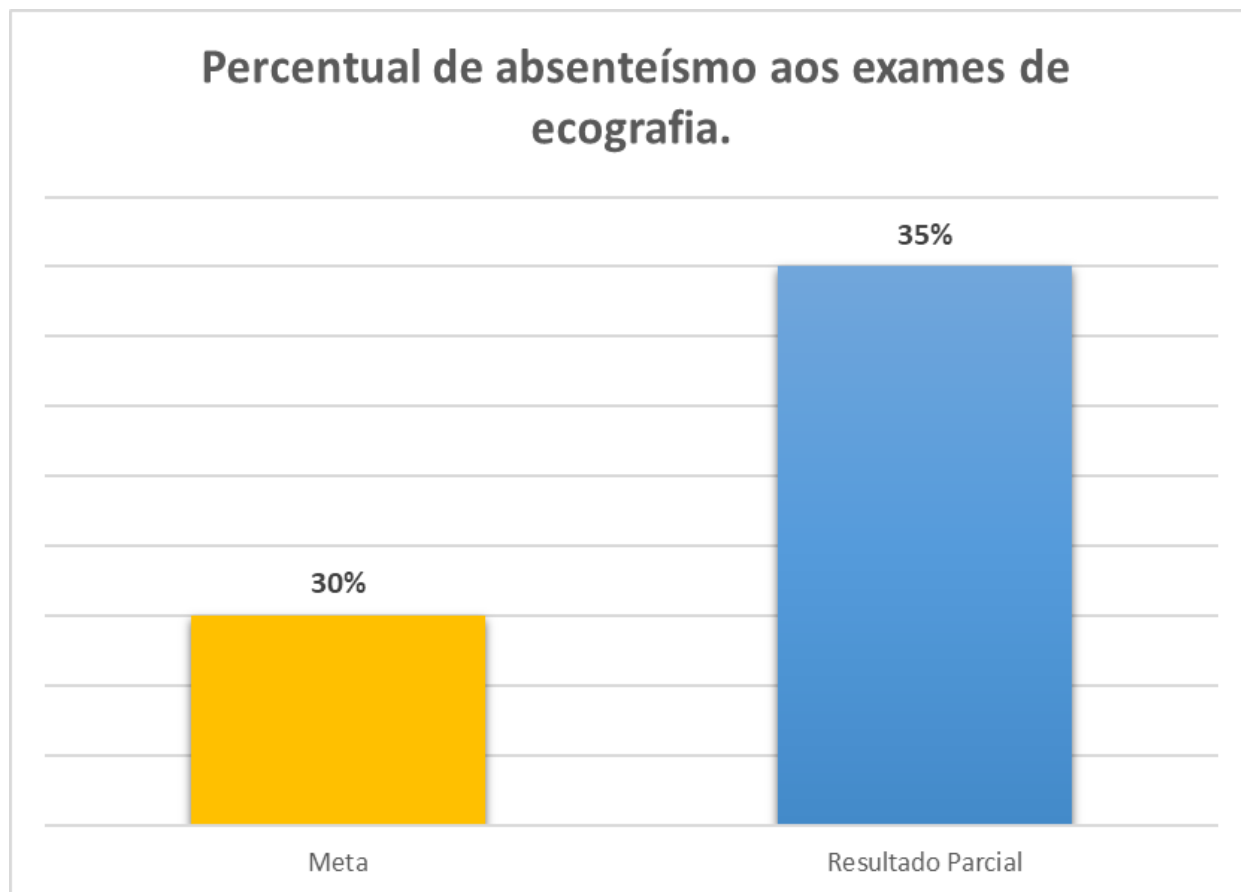
Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Soma do número de solicitações com falta no SISREG de cada mês.

Considerar as faltas dos usuários aos exames de ecografia do CRT das agendas dos médicos radiologistas.

DENOMINADOR: Soma do número total de vagas ofertadas ao longo de 1 mês, referente à agenda de todos os profissionais que ofertam vagas. MULTIPLICADOR: 100

Resultado: Média dos resultados mensais

MENOR MELHOR



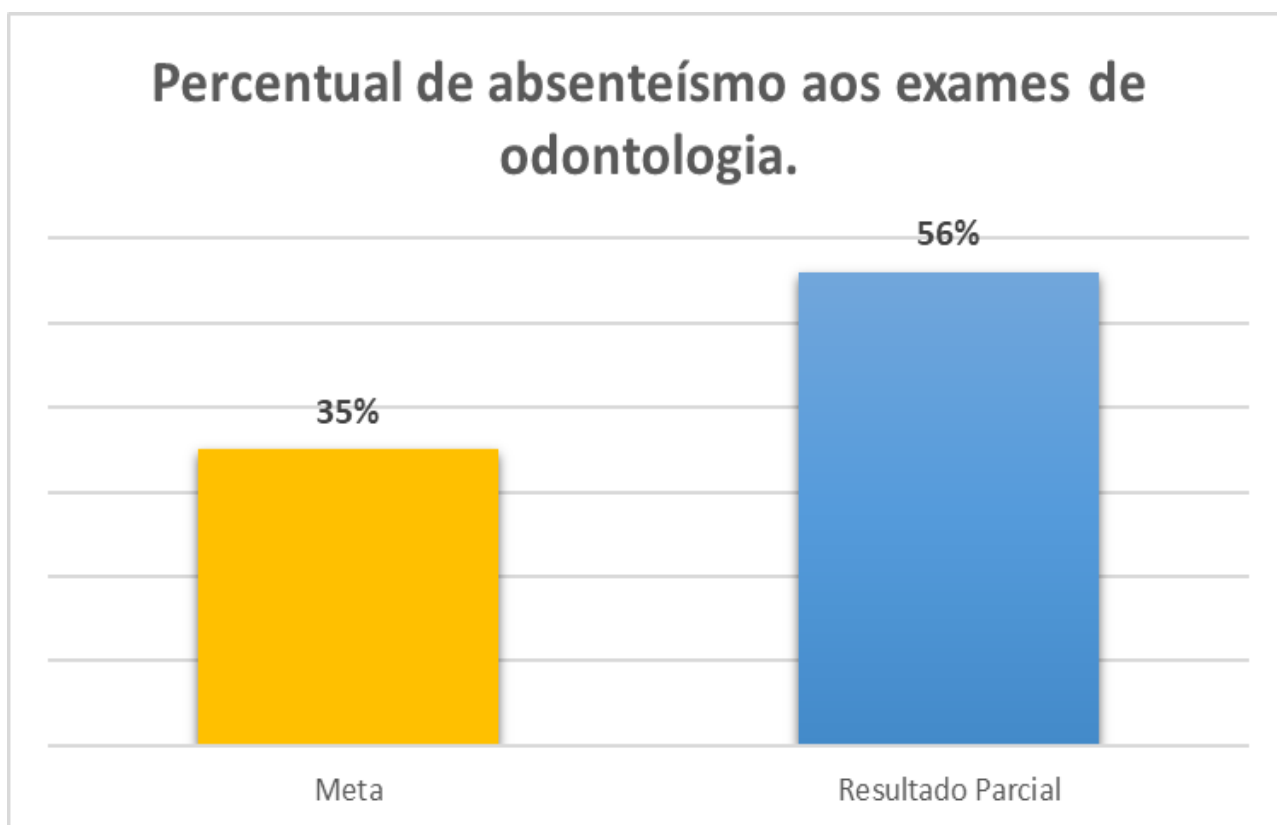
INDICADOR 2- Percentual de absenteísmo aos exames de odontologia.

Fonte: Sistema Nacional de Regulação (SISREG)

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Soma do número de solicitações com falta no SISREG de cada mês. Considerar as faltas dos usuários aos exames de radiologia odontológica do CRT das agendas dos cirurgiões dentistas e técnicos em radiologia (todos os que ofertam vagas de radiologia odontológica). DENOMINADOR: Soma do número total de vagas de primeira vez ofertadas ao longo de 1 mês, referente à agenda de todos os profissionais que ofertam vagas. (cirurgiões dentistas e técnicos). MULTIPLICADOR: 100

Resultado: Média dos resultados mensais

MENOR MELHOR



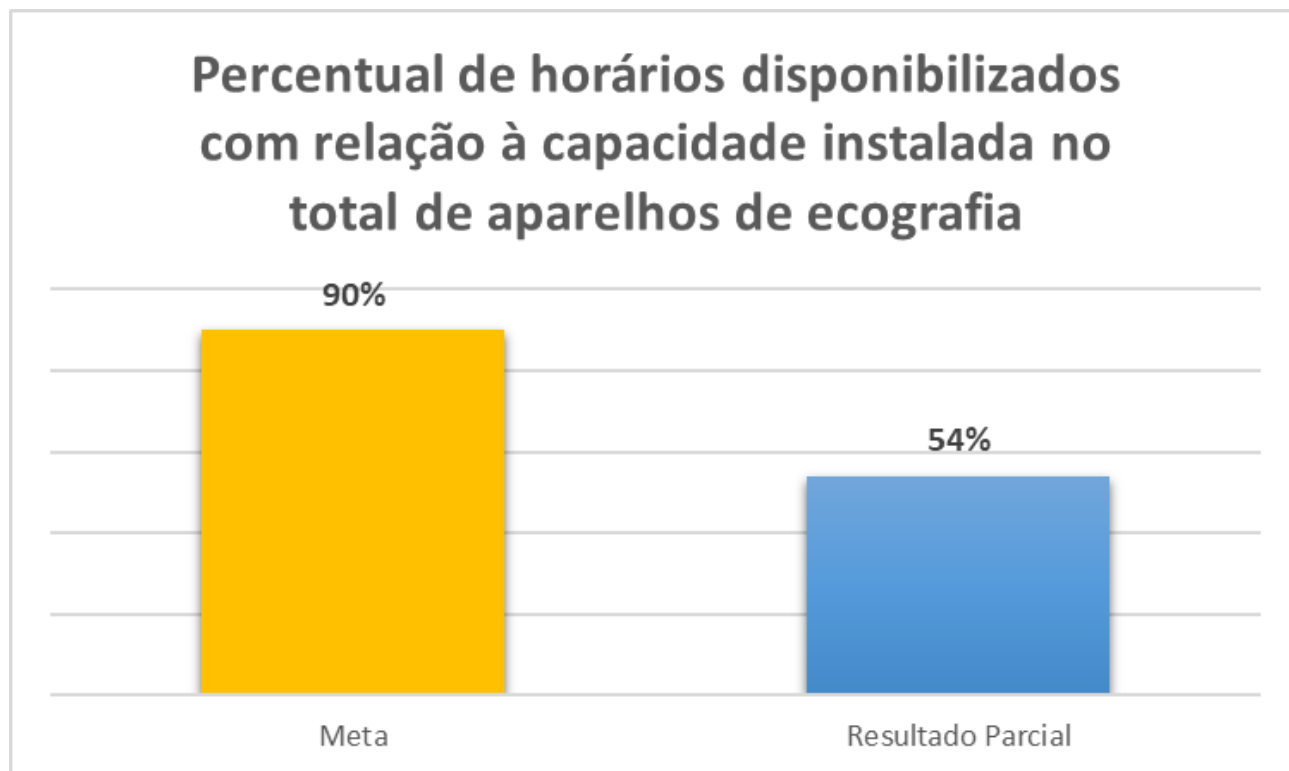
INDICADOR 3- Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de ecografia

Fonte: Sistema Nacional de Regulação (SISREG)

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR:** Número de exame de ecografia ofertados pelo CRT. **DENOMINADOR** Número da capacidade máxima instalada de exames de ecografia no CRT **MULTIPLICADOR:** 100

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



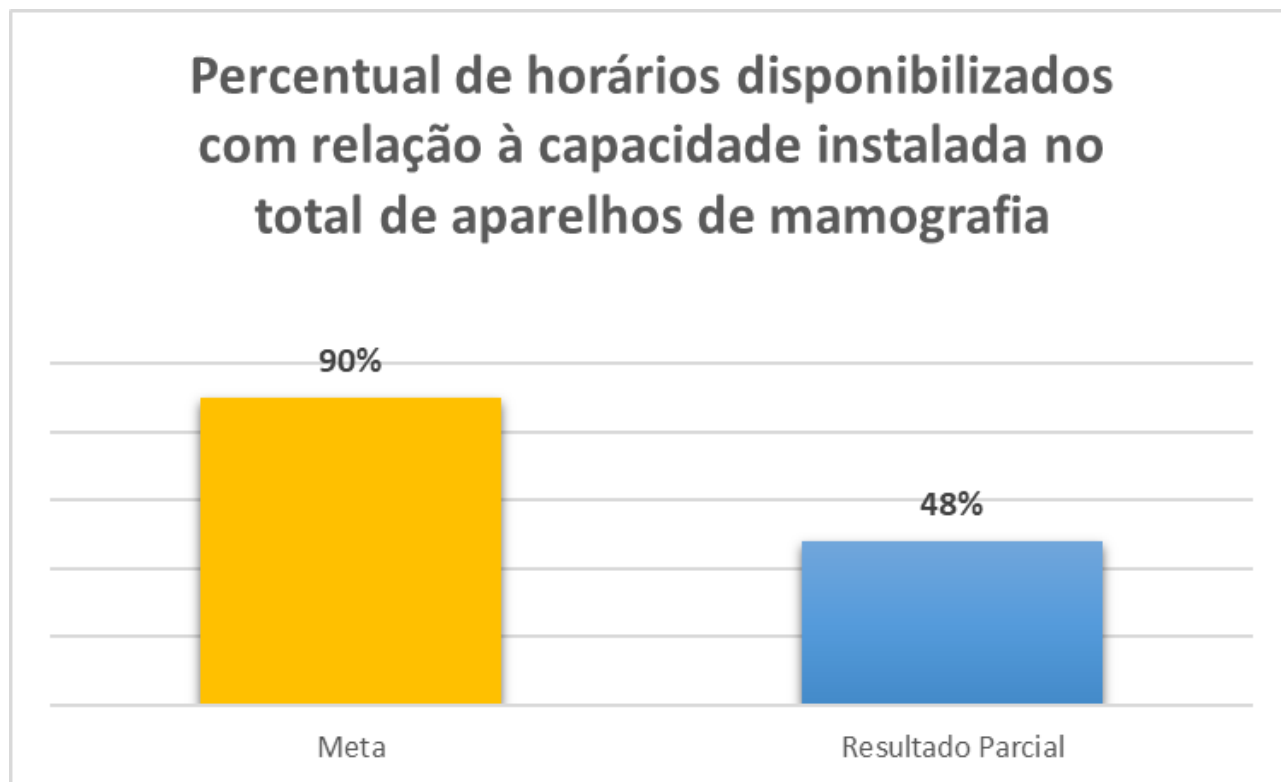
INDICADOR 4- Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de mamografia

Fonte: Sistema Nacional de Regulação (SISREG III)

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de exames de mamografia ofertados pelo CRT. DENOMINADOR: Número da capacidade máxima instalada de exames de mamografia no CRT MULTIPLICADOR: 100

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



ANÁLISES DOS RESULTADOS CRT

SUDOESTE	Indicadores de Absenteísmo e Capacidade Instalada – Setor de Imagem e Odontologia Percentual de Absenteísmo nos Exames de Ecografia: A meta referente a este indicador não foi atingida, principalmente devido à forma como as vagas são disponibilizadas. A CRT (Central de Radiologia e Tomografia) oferece mensalmente as agendas de Ecografia, Raios-X e Mamografia, mas não realiza o agendamento nem o contato direto com os pacientes. Essa responsabilidade é exclusivamente do Complexo Regulador, que encaminha os pacientes agendados para a unidade. Atualmente, a CRT não possui recursos humanos suficientes para assumir a função de comunicação com os pacientes. Diante disso, estão em curso reuniões periódicas entre as partes envolvidas, com o objetivo de encontrar soluções viáveis que assegurem a continuidade do cuidado e evitem prejuízos aos pacientes. Percentual de Absenteísmo nos Exames Odontológicos: Este indicador é classificado como panorama 3, o que significa que a responsabilidade pelo contato com os pacientes cabe à GERSO. A gestora da unidade tem mantido diálogo constante com a GERSO na tentativa de solucionar rapidamente os entraves que têm contribuído para o aumento do absenteísmo nos atendimentos odontológicos. Percentual de Horários Disponibilizados em Relação à Capacidade Instalada – Aparelhos de Ecografia e Mamografia: A oferta de vagas para exames de Mamografia e Ecografia é diretamente influenciada pela disponibilidade de recursos humanos. A unidade enfrenta atualmente um déficit de recursos humanos e limitação no quadrante a utilização plena da capacidade instalada dos equipamentos. • OBS 1: O aparelho de mamografia possui uma limitação técnica, podendo realizar no máximo 12 exames por período. Ultrapassar esse número pode causar travamentos e bloqueios no equipamento, prejudicando a continuidade do serviço. • OBS 2: Exames de Ecografia Vascular (Doppler) e de Coluna Lombar ocupam o tempo equivalente a três vagas convencionais, devido à sua complexidade e duração. • OBS 3: Exames como Ecografia Transfontanelar e de Articulação de Quadril Infantil demandam duas vagas por atendimento, por também serem mais extensos.
----------	--

RESULTADOS DOS INDICADORES DOS CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICA - CEO

Painel à vista

CEO			CENTRAL		CENTRO SUL	LESTE	NORTE	
			CEO HRAN	CEO 712/912	CEO POLICLÍNICA GUARÁ	CEO	CEO HRS	CEO HRPL
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS
1	1. Percentual de alcance da Meta CEO - Procedimentos Básicos.	Maior melhor	Superado	Não se aplica	Superado	Superado	Superado	Superado
2	2. Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Cirurgia Oral.	Maior melhor	Superado	Não se aplica	Superado	Satisfatório	Superado	Razoável
3	3. Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Endodontia.	Maior melhor	Razoável	Não se aplica	Razoável	Razoável	Razoável	Crítico
4	4. Percentual de alcance da META CEO – Periodontia.	Maior melhor	Satisfatório	Não se aplica	Superado	Satisfatório	Parcial	Parcial

CEO			OESTE		SUDOESTE		SUL	HMIB
			CEO GSAS 11	CEO HRC	CEO HRT	CEO POLICLÍNICA	CEO HRG	CEO CADH
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS
1	1. Percentual de alcance da Meta CEO - Procedimentos Básicos.	Maior melhor	Parcial	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado
2	2. Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Cirurgia Oral.	Maior melhor	Parcial	Crítico	Superado	Superado	Superado	Superado
3	3. Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Endodontia.	Maior melhor	Crítico	Parcial	Razoável	Parcial	Razoável	Parcial
4	4. Percentual de alcance da META CEO – Periodontia.	Maior melhor	Crítico	Razoável	Razoável	Superado	Superado	Crítico

Dados extraídos da ferramenta de monitoramento em 15/04/2025

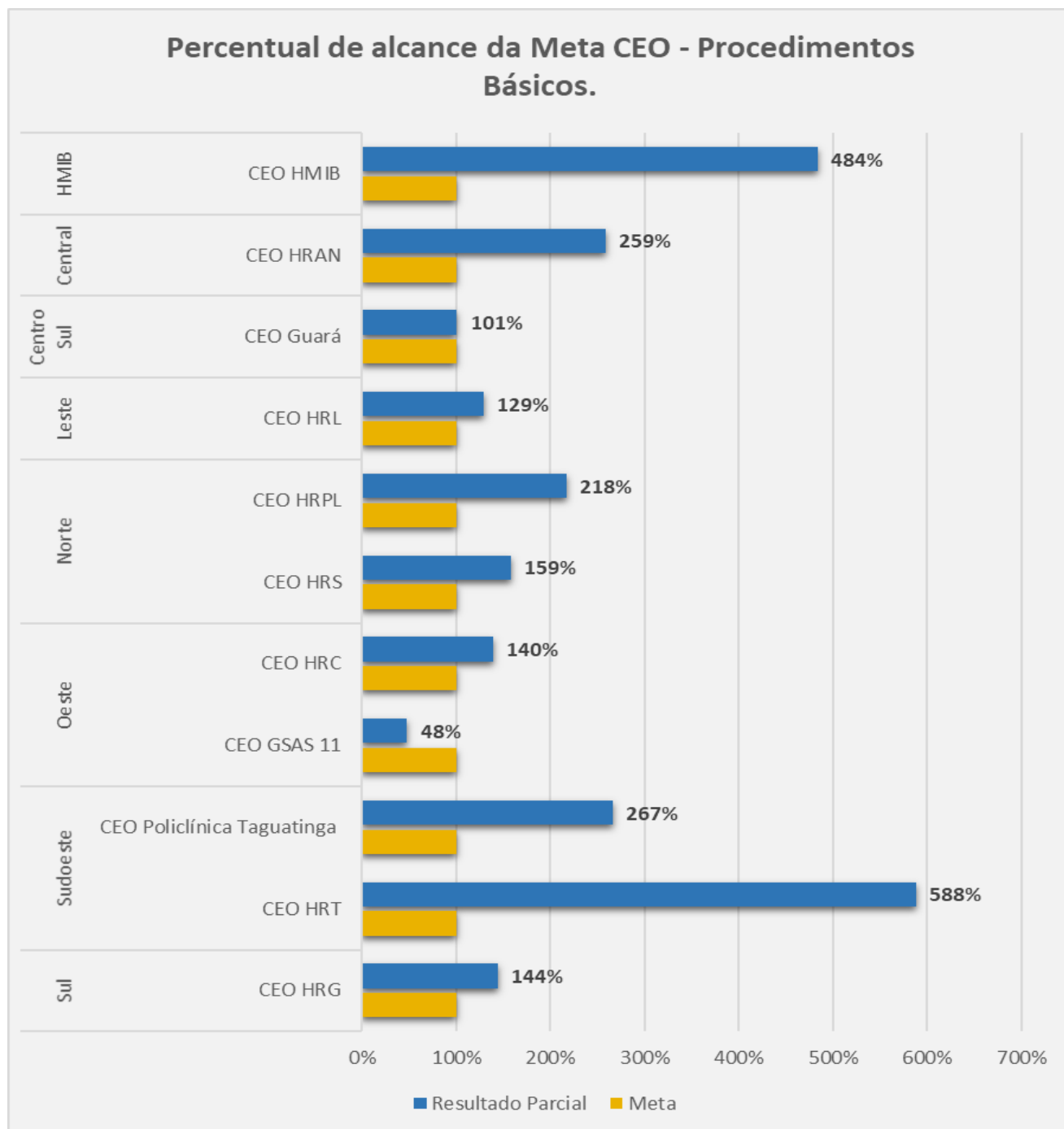
INDICADOR 1- Percentual de alcance da Meta CEO CENTRAL - Procedimentos Básicos.

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Sistema PEC CEO

Metodologia de Cálculo: Numerador: $\sum$ nº de procedimentos de básicos realizados no mês /Denominador: meta para procedimentos básicos para cada tipo de CEO conforme matriz (Multiplicador: 100)

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



CEO 712/912 - Unidade foi selecionada como projeto-piloto do PEC-CEO, do Ministério da Saúde, visando inserção dos CEOs no ApuraSUS. Em função disso, não possui acesso ao TrakCare e não gera dados acessíveis à GPMA. Também não são disponibilizados dados do PEC-CEO à GPMA.

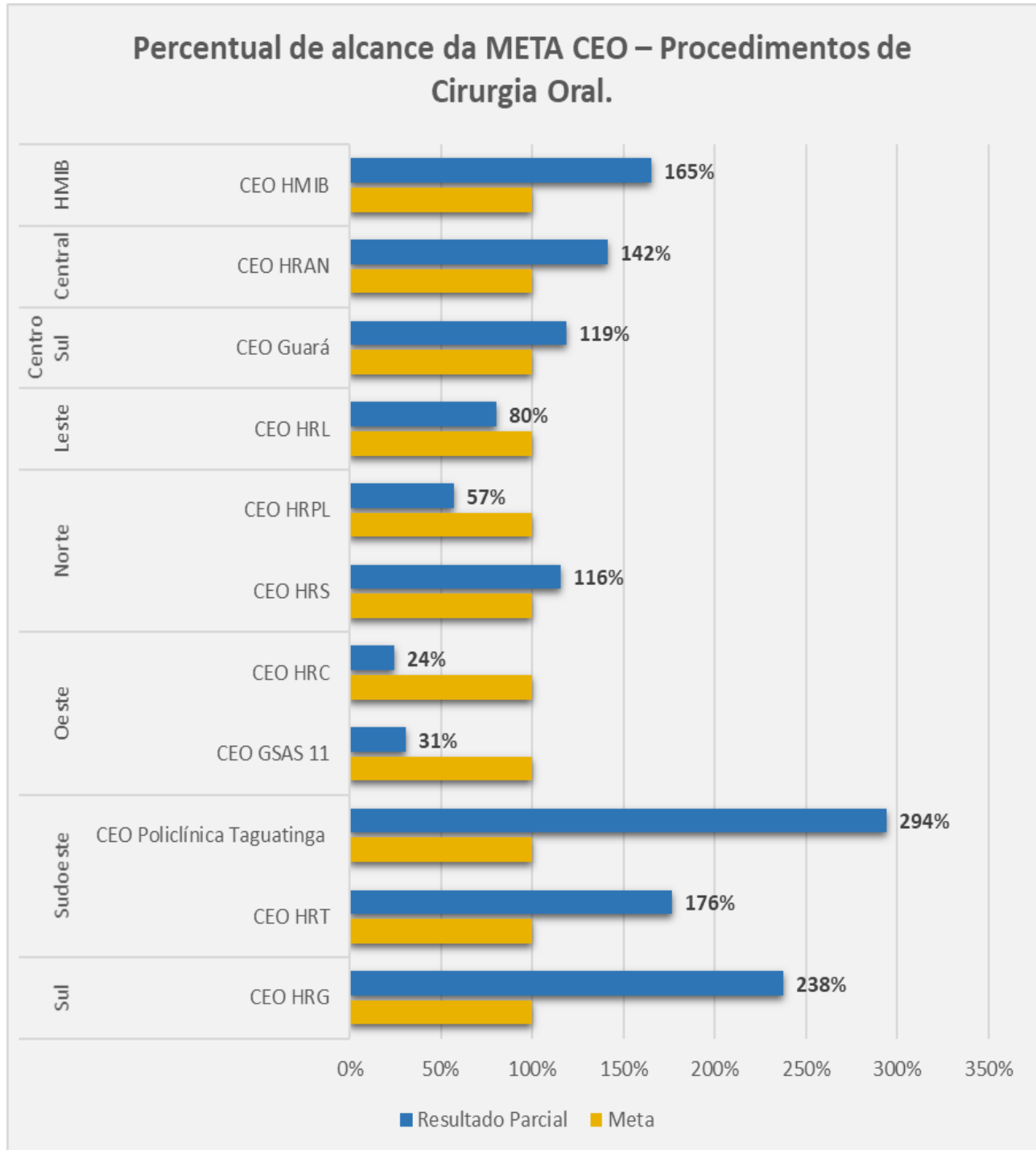
INDICADOR 2 - Percentual de alcance da META CEO - Procedimentos de Cirurgia Oral

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Sistema PEC CEO

Metodologia de Cálculo: Numerador: $\sum$ nº de procedimentos de Cirurgia Oral realizados no mês/Denominador: Denominador: meta para Procedimentos de Cirurgia Oral para cada tipo de CEO, conforme matriz.Multiplicador: 100

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



CEO 712/912 - Unidade foi selecionada como projeto-piloto do PEC-CEO, do Ministério da Saúde, visando inserção dos CEOs no ApuraSUS. Em função disso, não possui acesso ao TrakCare e não gera dados acessíveis à GPMA. Também não são disponibilizados dados do PEC-CEO à GPMA.

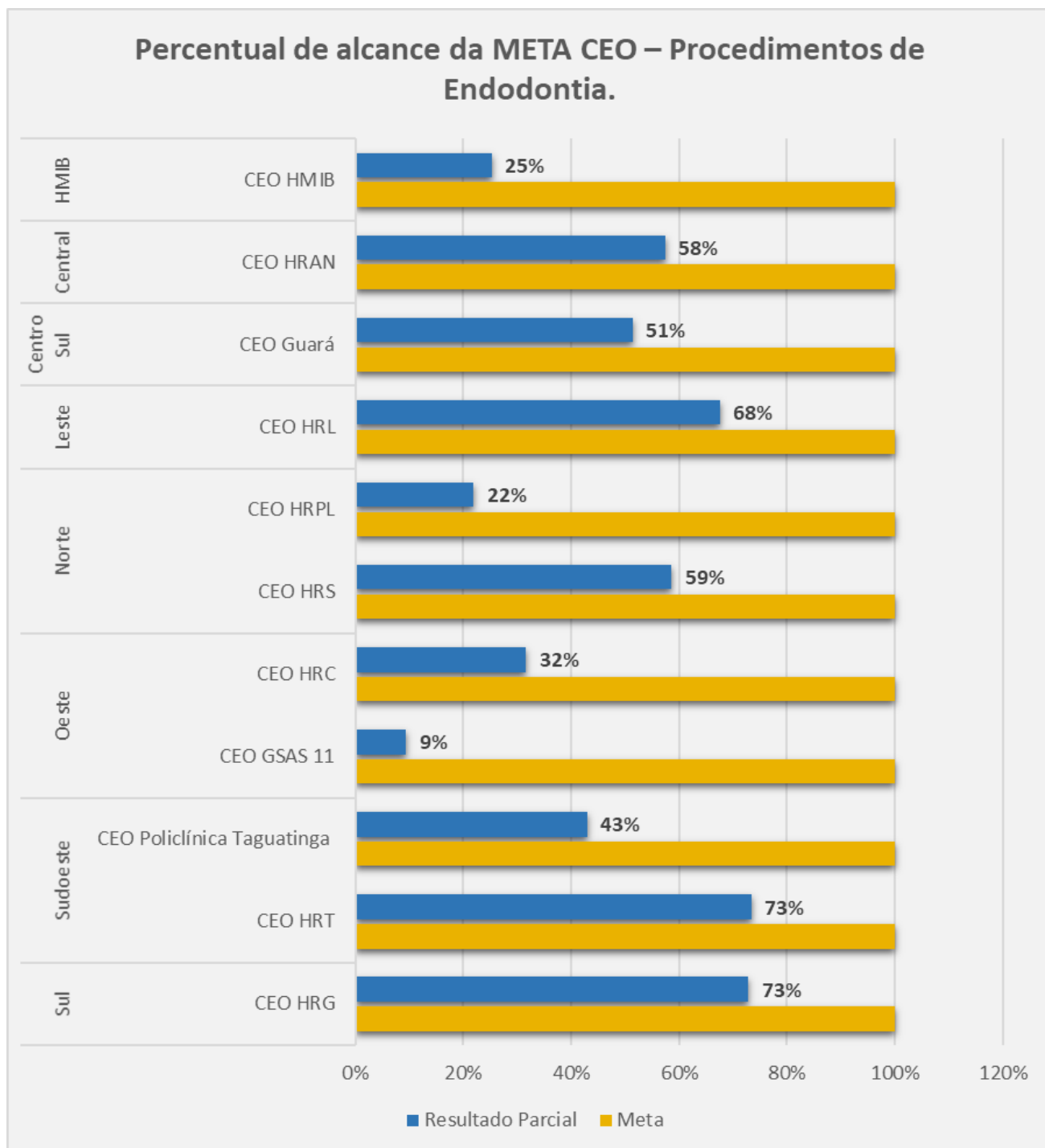
INDICADOR 3 - Percentual de alcance da META CEO - Procedimentos de Endodontia

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Sistema PEC CEO

Metodologia de Cálculo: Numerador: $\sum$ nº de procedimentos de Endodontia realizados no mês/ Denominador: meta para Procedimentos de Endodontia para cada tipo de CEO, conforme matriz. Multiplicador: 100

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



CEO 712/912 - Unidade foi selecionada como projeto-piloto do PEC-CEO, do Ministério da Saúde, visando inserção dos CEOs no ApuraSUS. Em função disso, não possui acesso ao TrakCare e não gera dados acessíveis à GPMA. Também não são disponibilizados dados do PEC-CEO à GPMA.

INDICADOR 4 - Percentual de alcance da META CEO - Procedimentos de Periodontia

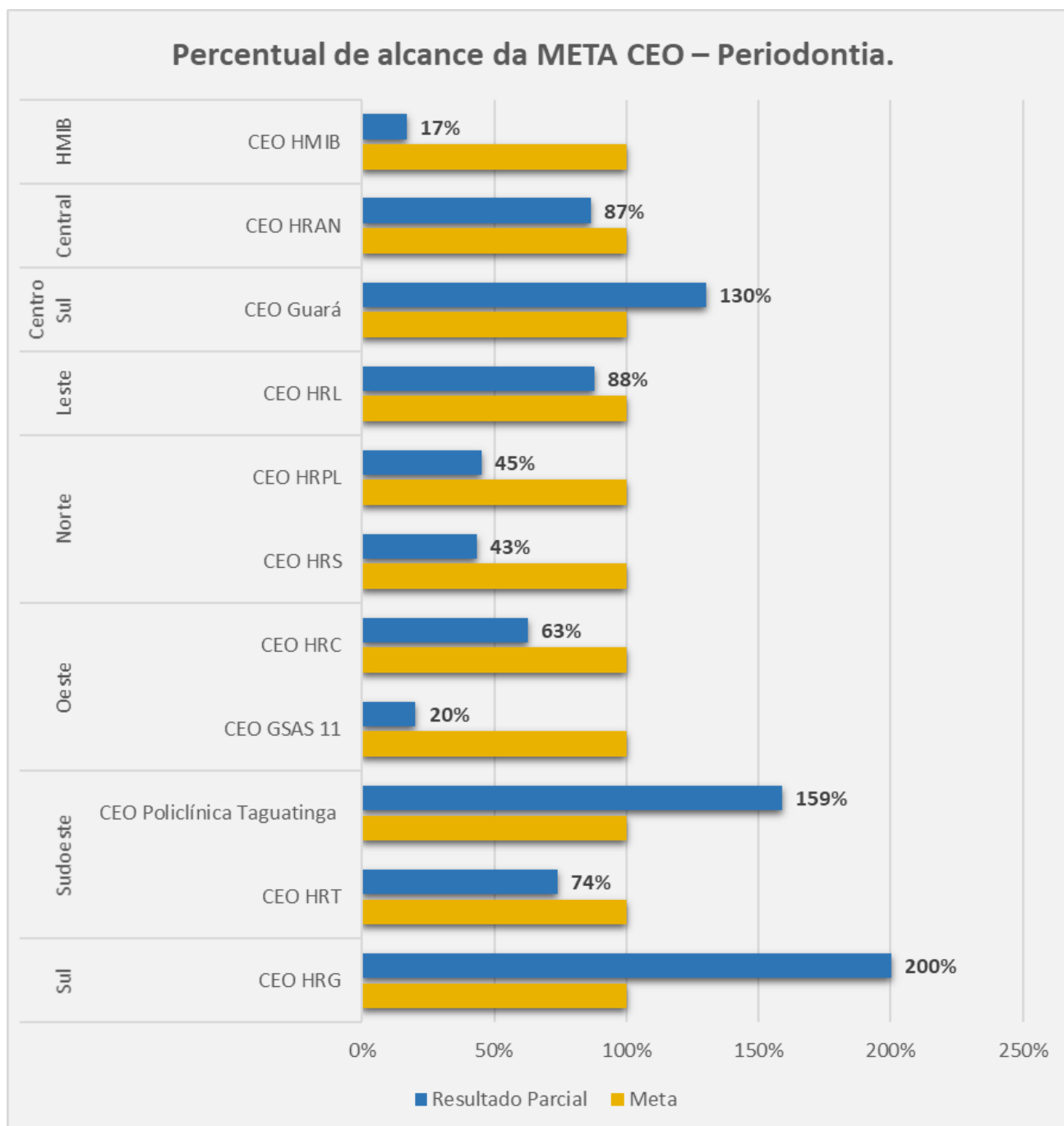
Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Sistema PEC CEO

Metodologia de Cálculo: Numerador: $\sum$ nº de procedimentos de Periodontia realizados no mês

Denominador: meta para Procedimentos de Periodontia para cada tipo de CEO, conforme matriz. Multiplicador: 100

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



CEO 712/912 - Unidade foi selecionada como projeto-piloto do PEC-CEO, do Ministério da Saúde, visando inserção dos CEOs no ApuraSUS. Em função disso, não possui acesso ao TrakCare e não gera dados acessíveis à GPMA. Também não são disponibilizados dados do PEC-CEO à GPMA.

ANÁLISES DOS RESULTADOS CEO

CENTRAL	O CEO da Asa Sul foi escolhido como uma das cinco unidades piloto de todo o país para o PEC-CEO, a GPMA e a DIRASE não possuem acesso aos seus dados dos atendimentos, inviabilizando o registro dos resultados dos indicadores e a análise dos mesmos. Quanto ao CEO da Asa Norte tem apresentando uma efetiva organização do trabalho da equipe, bem como uma oferta de vagas adequada aos parâmetros técnicos. Com uma média de 157%, quantidade acima do parametrizado para CEO tipo II, mas ainda tem-se a dificuldade em conseguir salas de Centro Cirúrgico para os casos dos pacientes que necessitam de anestesia geral. Na Cirurgia Oral, também está acima da meta, com exceção do mês de novembro, que teve a redução de 10h no mês devido ao feriado, além dos equipamentos que estavam sem contrato de manutenção (bomba à vácuo oscilando). A meta de atendimento em endodontia em toda a rede de atenção à saúde está abaixo do estipulado. Para alcançá-la, seria necessário um maior quantitativo de horas disponíveis para a especialidade. No entanto, a limitação no número de consultórios disponíveis impossibilita a ampliação da carga horária ideal para o cumprimento das metas. A falta do contrato de manutenção também foi impeditivo para o alcance das metas. Por fim, a Periodontia em Setembro houve oferta de vagas compatível com a nota técnica, contudo, observa-se absenteísmo de pacientes como maior motivador do resultado. Oscilação natural dos atendimentos da unidade, em que pese abaixo da meta. Embora no terceiro quadrimestre tenha uma média abaixo da meta, o resultado é satisfatório diante da limitação de carga horária e infraestrutura disponível.
CENTRO-SUL	No Indicador 1 (Percentual de alcance da meta para procedimentos básicos), o CEO Guará registrou o percentual de 101% dos atendimentos, no limite da meta estabelecida, no terceiro quadrimestre houve queda abrupta nos atendimentos devido a aparelhos em manutenção e afastamentos legais. Além disso, déficit de Técnicos de Higiene Bucal (THB) impacta as especialidades odontológicas, levando a soluções paliativas e limitando a expansão do horário noturno a apenas segundas-feiras. No Indicador 2 (Procedimentos de cirurgia oral), o desempenho foi de 119% durante o ano, mas a falta de contratos de manutenção eficazes para equipamentos causou interrupções no atendimento conforme já dito acima. No Indicador 3 (Procedimentos de endodontia), o resultado foi de 51%, afetado pelo alto absenteísmo dos pacientes de Panorama 3, que enfrentam longas filas e altos custos de deslocamento, tendo o primeiro e terceiro quadrimestres bem abaixo da meta.

	No Indicador 4 (Procedimentos de periodontia), o CEO Guará alcançou 130%, mas enfrenta desafios logísticos para pacientes em vulnerabilidade econômica. Apesar dos avanços, o desempenho geral é limitado por fatores estruturais, como a falta de pessoal, manutenção inadequada (demorada), exigindo soluções integradas para o próximo período.
LESTE	O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Paranoá realizou em 2024 um acompanhamento sistemático e contínuo de seus indicadores, utilizando planilhas específicas para monitorar as justificativas que impactaram os índices avaliados. Destaca-se a implementação de novas ferramentas de gestão que permitiram um monitoramento mais efetivo da oferta de vagas, representando um avanço significativo na capacidade de análise e tomada de decisão. Uma das ações mais exitosas foi o aprofundamento na análise dos índices de endodontia, onde foi possível identificar os fatores que contribuem para a reiterada não consecução das metas estabelecidas. Esse trabalho minucioso gerou dados concretos que foram apresentados à equipe profissional, promovendo uma discussão coletiva que resultou na elaboração de estratégias para melhorar os resultados. Como fruto desse processo, foram iniciadas ações para ampliação da oferta de vagas, cujos impactos positivos são esperados já no primeiro semestre de 2025. A estrutura operacional do CEO Paranoá conta com um importante facilitador: notas técnicas que estabelecem parametrizações específicas para cada especialidade odontológica. Esses documentos têm se mostrado fundamentais para a gestão eficiente das vagas ofertadas e para o acompanhamento preciso dos índices de produtividade. No entanto, permanecem desafios significativos, sendo o principal deles o absenteísmo dos usuários - um fator externo que impacta diretamente no alcance das metas estabelecidas. Esta variável apresenta particular dificuldade de gerenciamento, pois envolve aspectos que extrapolam o controle direto da unidade. O balanço do período aponta para um cenário de evolução contínua, onde a implementação de melhorias nos processos de monitoramento e a adoção de estratégias baseadas em dados concretos têm permitido avanços consistentes na qualidade do serviço prestado. Mantemos o compromisso com a excelência assistencial, trabalhando para superar os desafios remanescentes e consolidar os avanços já conquistados.
NORTE	A meta de procedimentos quantificada nos indicadores do CEO, é preconizada pelas portarias nº 1464 de 24 de junho de 2011 e nº 3823 de 22 de dezembro de 2021, que atribuiu para cada tipo de CEO, um número mínimo de procedimentos de cada especialidade. Os CEOS da Região Norte são tipo II, portanto têm as metas estabelecidas de 110 procedimentos básicos/mês; 90 procedimentos de periodontia/mês, 90 procedimentos de Cirurgia Oral/mês e 60 procedimentos de Endodontia/mês. No entanto o indicador encontra algumas barreiras para melhorar, uma delas é que segundo o manual de parâmetros de força de trabalho mínimos da rede, que estabelece o mínimo de 160h de odontólogo em CEOs tipo II os dois CEOs estão

	em déficit de RH, sendo o déficit no CEO SOB de 30h (conta com 130h) e no CEO PLA de 70h (conta com 90h). Sendo que as horas existentes são divididas nas especialidades conforme: CEO SOB: Odontopediatria 20h - (1 profissional) Odonto PCD 20h (1 profissional) Endodontia 60h (3 profissionais) Periodontia 0h - setembro * (0 profissionais) Cirurgia 30h (2 profissionais) Total = 130 h CEO PLA: Endodontia 0h* final do ano (0 profissionais) Odontopediatria 20h (2 profissionais) Odonto PCD 20h (2 profissionais) Periodontia 30h (2 profissionais) Cirurgia 20h (1 profissional) Total = 90h Dessa forma o indicador é afetado por afastamentos legais, principalmente nos casos em que só um profissional atua na especialidade. Equipamentos quebrados ou obsoletos impactam na baixa do indicador, seja pela suspensão total dos procedimentos ou pela demora na conclusão do tratamento. Longas filas fazem com o paciente chegue ao serviço com uma queixa diferente daquela que motivou a regulação, ou causam absenteísmo alto, fazendo com a meta de procedimentos não seja atingida. O lançamento de procedimentos com códigos que não fazem parte do rol estabelecido na portaria, impactou o indicador durante seu primeiro ano, mas a equipe da GPMA e NCAIS seguem trabalhando frequentemente para que essa questão não seja mais uma barreira para a melhoria do indicador. As ações voltadas para a melhoria do indicador consistem na higienização de filas, solicitação de RH para a área central (sendo lotação de servidor ou cessão de carga horária), manutenção em dia dos aparelhos e atualização do parque tecnológico, bem como melhoria da estrutura física, para contribuir na agilidade dos atendimentos.
OESTE	CEO GSAS 11: O não atingimento das metas do CEO tipo III deve-se a fatores relacionados a recursos humanos, infraestrutura e gestão. Na área de Recursos Humanos, há insuficiência de lotação em Periodontia (uma única servidora sem ampliação de carga horária), déficit de 40h clínicas em Endodontia devido à remoção de uma profissional e restrição médica de outra, e perda de 20h clínicas em Cirurgia Oral Menor pela remoção de um servidor sem substituição. Em Odontopediatria/PNE/PcD, há necessidade de ampliação de 40h para uma das servidoras. Todas as especialidades operam abaixo da carga horária mínima exigida para CEO tipo III. Em termos de infraestrutura, a manutenção de equipamentos foi deficitária em 2023. Apesar do conserto do compressor e da bomba à vácuo com

	recursos PDPAS, o compressor da Atenção Básica, indispensável para diversas especialidades, permanece inoperante por falta de patrimônio registrado. Além disso, há insuficiência de cadeiras odontológicas para atender às exigências da Portaria de Credenciamento. Essas deficiências impactam diretamente a qualidade do atendimento, com insuficiência de canetas de alta e baixa rotação, dificultando o cumprimento das normas de biossegurança (RDC/ANVISA nº 15/2012 e Manual do CFO). O revezamento de equipamentos aumenta o tempo de espera e prejudica a continuidade dos tratamentos. Em Endodontia, consultas demandam longos tempos clínicos e múltiplas sessões, e a descontinuidade pode levar à perda estrutural de dentes, resultando em reclamações de pacientes. O absenteísmo crônico é agravado pela comunicação ineficaz com os pacientes, que muitas vezes desconhecem os agendamentos ou recebem avisos tardios, dificultando seu comparecimento. Para reverter esse quadro, recomenda-se: ampliar as cargas horárias dos profissionais, adquirir e manter equipamentos essenciais, melhorar a comunicação com pacientes para reduzir ausências, alocar uma cadeira adicional ou reclassificar o CEO para tipo II, e reforçar o diálogo com a Regulação para otimizar os agendamentos. Essas medidas são cruciais para adequar o serviço às exigências e melhorar a qualidade do atendimento (Fonte: 00060-00413363/2023-92). CEO HRC: O cirurgião dentista especializado em cirurgia oral menor está em licença médica. A endodontia voltou ao normal este mês com a manutenção dos equipamentos. No entanto, a periodontia ainda enfrenta dificuldades, pois há apenas um profissional atuando na área, que também estava limitado devido à manutenção dos equipamentos.
SUDOESTE	O êxito no alcance da meta foi resultado direto da readequação e do aumento no número de CBOs (Classificação Brasileira de Ocupações) vinculados a necessidades especiais no cadastro do CNES. Essa atualização permitiu um registro mais fiel da produção dos profissionais atuantes na área. Durante o período avaliado, o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) realizou um total de 1.088 procedimentos básicos, dos quais 866 foram direcionados a pacientes com necessidades especiais (CBO 223288). Os dados foram extraídos diretamente do menu Gestor do sistema INFOSAÚDE. Além do empenho individual de cada cirurgião-dentista na correta inserção dos procedimentos realizados, observou-se um aumento expressivo na produtividade, resultado de ações estratégicas implementadas na unidade, tais como: • Alinhamento de acesso dos profissionais ao perfil correto no sistema TrackCare; • Atualização e correção dos CBOs de todos os dentistas; • Padronização das rotinas de registro, com orientações claras sobre o local e forma adequada de inserção dos procedimentos no sistema. Em relação às oscilações percentuais observadas nos indicadores do CEO HRT

	e da CEO Policlínica, estas são atribuídas a afastamentos legais de profissionais. Ainda assim, ambas as unidades demonstram forte compromisso com a melhoria contínua, com equipes dedicadas que atuam em estreita colaboração com a regulação e os gestores locais para garantir um atendimento de qualidade e cada vez mais eficiente.
SUL	Indicador 1 - Procedimentos Básicos: A taxa de faltas foi significativa, sendo de 50% da oferta. Essa especialidade tem sido em parte atendida pela especialista em Pessoas com Deficiência, e a mesma teve afastamento legal nesses meses, o que justifica redução na oferta de consultas para essa especialidade. Indicador 2 - Procedimentos de Cirurgia Oral: Houve uma diminuição no número de carga horária disponibilizada e aumento na taxa de faltas e afastamentos legais, o que diminuiu o número de atendimento, porém, não comprometeu a meta. Indicador 3 - Procedimentos de Endodontia: Houve um aumento na oferta de vagas para atendimentos de primeira vez. No entanto, a meta não foi atingida devido ao alto índice de absenteísmo e ao abandono do tratamento por parte dos pacientes. Indicador 4 - Procedimentos de Periodontia: A taxa de faltas para Periodontia apresentou uma queda significativa em relação aos meses anteriores, porém não teve interferência na meta.
CEO HMIB	Indicador 1: Percentual de alcance da META CEO HMIB – Procedimentos Básicos No terceiro quadrimestre de 2024, o desempenho do Indicador foi comprometido por limitações estruturais decorrentes da reforma da Unidade de Odontologia, especialmente nos meses de setembro e outubro. A inoperância do compressor, da bomba a vácuo e a necessidade de adequação dos equipos inviabilizaram o uso pleno dos consultórios odontológicos, restringindo os procedimentos a atendimentos de menor complexidade, como exodontias de dentes decíduos, restaurações traumáticas e orientações de higiene oral. Nos meses de novembro e dezembro, observou-se melhora progressiva nos resultados. A meta foi superada com a adoção de overbooking, autorizado pela Gerência de Odontologia, considerando o perfil assistencial da unidade, que é uma URD voltada ao atendimento de crianças, gestantes e pacientes com necessidades especiais. Em dezembro, a retomada plena da capacidade de atendimento foi possível com a finalização da reforma e a aquisição dos compressores, sendo que o

contrato de manutenção dos equipamentos está previsto para entrar em vigor em janeiro de 2025, assegurando maior estabilidade operacional.

Destaques mensais do 3º quadrimestre/24:

- Setembro: Meta não alcançada devido à paralisação parcial da unidade por falhas técnicas nos equipamentos e reforma em curso; procedimentos restritos a ações básicas.
- Outubro: Meta superada com volume reduzido de atendimentos; manutenção das mesmas restrições técnicas e estruturais.
- Novembro: Meta superada com uso de overbooking, autorizado pela Gerência, considerando o perfil prioritário da unidade como URD.
- Dezembro: Meta superada com normalização dos atendimentos após a conclusão da reforma e aquisição dos novos compressores; manutenção programada para janeiro/2025.

Indicador 2: Percentual de alcance da Meta CEO HMIB - Cirurgia Oral

No terceiro quadrimestre de 2024, o desempenho do Indicador foi impactado pela reforma da Unidade de Odontologia, especialmente nos meses de setembro e outubro. A inoperância do compressor e da bomba a vácuo, associada à necessidade de adequações nos consultórios, inviabilizou a realização de cirurgias orais. Em setembro, apenas alguns procedimentos de laserterapia foram realizados, enquanto em outubro os atendimentos registrados corresponderam à fase de testagem dos novos equipamentos.

Nos meses seguintes, houve recuperação gradual da capacidade de produção. Em novembro, a meta foi superada, mesmo com ocorrências de falhas técnicas na bomba a vácuo e necessidade de manutenções corretivas em consultórios. Já em dezembro, com a conclusão da reforma e a aquisição dos novos compressores, houve retomada plena dos atendimentos cirúrgicos, viabilizando o alcance da meta. A previsão de início do contrato de manutenção em janeiro de 2025 deverá assegurar a continuidade dos atendimentos.

Destaques mensais do 3º quadrimestre/24:

- Setembro: Meta não alcançada por impossibilidade de realizar procedimentos cirúrgicos devido à reforma; poucos atendimentos restritos à laserterapia.
- Outubro: Meta não alcançada; atendimentos registrados foram relacionados à testagem dos equipamentos novos.
- Novembro: Meta superada apesar de falhas técnicas e necessidade de manutenção corretiva em consultórios.

- Dezembro: Meta superada com retomada plena da assistência após finalização da reforma e aquisição dos compressores; manutenção iniciará em janeiro/2025.

Indicador 3: Percentual de alcance da META CEO HMIB – Endodontia

Os resultados apresentaram desempenho abaixo da meta em todo o terceiro quadrimestre de 2024, condicionado principalmente por fatores estruturais e operacionais. Em setembro e outubro, a reforma da Unidade de Odontologia inviabilizou a realização de atendimentos na especialidade, devido à inoperância do compressor, da bomba a vácuo e à necessidade de adequação dos consultórios. Durante esse período, o numerador do indicador foi composto apenas por atendimentos pontuais realizados na fase de testagem de equipamentos.

Nos meses de novembro e dezembro, apesar da conclusão da reforma, o serviço ainda enfrentou dificuldades técnicas e operacionais que impactaram negativamente a produção. Em novembro, a meta não foi alcançada devido à necessidade de reparo no aparelho de radiografia periapical da sala de Endodontia, manutenção corretiva dos consultórios e aumento no absenteísmo dos pacientes agendados. Em dezembro, houve novo comprometimento da produção em razão das férias de duas servidoras da equipe e da indisponibilidade de parte dos equipamentos, cujo contrato de manutenção está previsto para iniciar apenas em janeiro de 2025.

Destaques mensais do 3º quadrimestre/24:

- Setembro: Meta não alcançada por impossibilidade de atendimento em função da reforma e inoperância de equipamentos.
- Outubro: Meta não alcançada; atendimentos limitados à testagem de equipamentos durante a reforma.
- Novembro: Meta não alcançada devido a falha no aparelho de radiografia periapical, manutenções corretivas e aumento do absenteísmo.
- Dezembro: Meta não alcançada por redução da equipe (duas servidoras em férias) e necessidade de manutenção de equipamentos.

Indicador 4: Percentual de alcance da META CEO HMIB – Periodontia

Os resultados permaneceram abaixo da meta durante todo o terceiro quadrimestre de 2024, sendo impactado principalmente por fatores estruturais, ausência de recursos humanos e indisponibilidade de equipamentos. Nos meses de setembro e outubro, a reforma da Unidade de Odontologia impossibilitou a realização dos atendimentos devido à inoperância do compressor, da bomba a vácuo e à necessidade de adequações nos consultórios. Em outubro, o numerador foi composto apenas por atendimento pontual de testagem dos novos equipamentos.

Nos meses seguintes, a produção seguiu comprometida por fatores adicionais. Em novembro, não houve atendimentos devido à necessidade de manutenção corretiva no equipamento de ultrassom odontológico e no consultório, além do afastamento por licença prêmio do profissional responsável pela especialidade. Em dezembro, a meta também não foi alcançada, pois o servidor permaneceu em licença e os equipamentos seguiram com necessidade de manutenção, cuja cobertura contratual só terá início em janeiro de 2025.

Destaques mensais do 3º quadrimestre/24:

- Setembro: Meta não alcançada por impossibilidade de atendimento em razão da reforma e inoperância de equipamentos.
- Outubro: Meta não alcançada; atendimento limitado à fase de testagem dos novos equipamentos.
- Novembro: Meta não alcançada devido à manutenção pendente de equipamentos e licença prêmio do profissional periodontista.
- Dezembro: Meta não alcançada pela ausência do único servidor da especialidade (em licença) e indisponibilidade de equipamentos.

Painel à vista

CAPS			CENTRAL			CENTRO SUL		LESTE		NORTE		
			CAPS I ASA NORTE	CAPS II BRASÍLIA	CAPS AD CANDANGO	CAPS AD GUARÁ	CAPS II RIACHO FUNDO	CAPS II PARANOÁ	CAPS AD ITAPOÃ	CAPS II PLANALTINA	CPAS I SOBRADINHO	CAPS AD SOBRADINHO
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS
1	1. Número de acolhimentos iniciais realizados nos CAPS.	Maior melhor	Superado	Não se aplica	Satisfatório	Razoável	Superado	Superado	Satisfatório	Razoável	Superado	Superado
2	2. Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Primária.	Maior melhor	Superado	Não se aplica	Crítico	Satisfatório	Superado	Superado	Satisfatório	Crítico	Razoável	Razoável
3	3. Ações de matriciamento sistemático realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência.	Maior melhor	Superado	Não se aplica	Crítico	Satisfatório	Satisfatório	Superado	Parcial	Crítico	Crítico	Crítico
4	4. Número de ações territoriais realizadas pelos CAPS.	Maior melhor	Satisfatório	Não se aplica	Crítico	Satisfatório	Superado	Superado	Superado	Crítico	Superado	Superado
5	5. Porcentagem do número de tipos de procedimentos RAAS e BPA realizados por CAPS.	Maior melhor	Superado	Não se aplica	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório
6	6. Número de encaminhamentos para internação psiquiátrica compulsória em razão de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, demandados por cada CAPS.	Menor melhor	Superado	Não se aplica	Superado	Razoável	Não se aplica	Não se aplica	Superado	Não se aplica	Não se aplica	Crítico
7	7. Formalizar a participação no grupo condutor regional.	Maior melhor	Monitoramento	Não se aplica	Monitoramento	Monitoramento	Monitorament o	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
8	8. Atendimento em crise/número de atendimento.	Maior melhor	Monitoramento	Não se aplica	Monitoramento	Monitoramento	Monitorament o	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento

CAPS			OESTE		SUDOESTE						SUL
			CAPS I BRAZLÂNDIA	CAPS AD III CEILÂNDIA	CAPS I RECANTOS DAS EMAS	CAPS I TAGUATINGA	CAPS II TAGUATINGA	CAPS III SAMAMBAIA	CPAS AD SAMAMBAIA	CAPS AD SANTA MARIA	
Nº IND	INDICADOR	POLARIDADE	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	
1	1. Número de acolhimentos iniciais realizados nos CAPS.	Maior melhor	Superado	Superado	Superado	Razoável	Razoável	Superado	Superado	Superado	
2	2. Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Primária.	Maior melhor	Superado	Razoável	Parcial	Razoável	Superado	Superado	Satisfatório	Superado	
3	3. Ações de matriciamento sistemático realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência.	Maior melhor	Crítico	Razoável	Crítico	Crítico	Crítico	Crítico	Superado	Satisfatório	
4	4. Número de ações territoriais realizadas pelos CAPS.	Maior melhor	Superado	Superado	Satisfatório	Satisfatório	Superado	Superado	Superado	Superado	
5	5. Porcentagem do número de tipos de procedimentos RAAS e BPA realizados por CAPS.	Maior melhor	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	
6	6. Número de encaminhamentos para internação psiquiátrica compulsória em razão de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, demandados por cada CAPS.	Menor melhor	Crítico	Superado	Superado	Superado	Não se aplica	Não se aplica	Superado	Superado	
7	7. Formalizar a participação no grupo condutor regional.	Maior melhor	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	
8	8. Atendimento em crise/número de atendimento.	Maior melhor	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	

Dados extraídos da ferramenta de monitoramento em 15/04/2025

CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL - CAPS

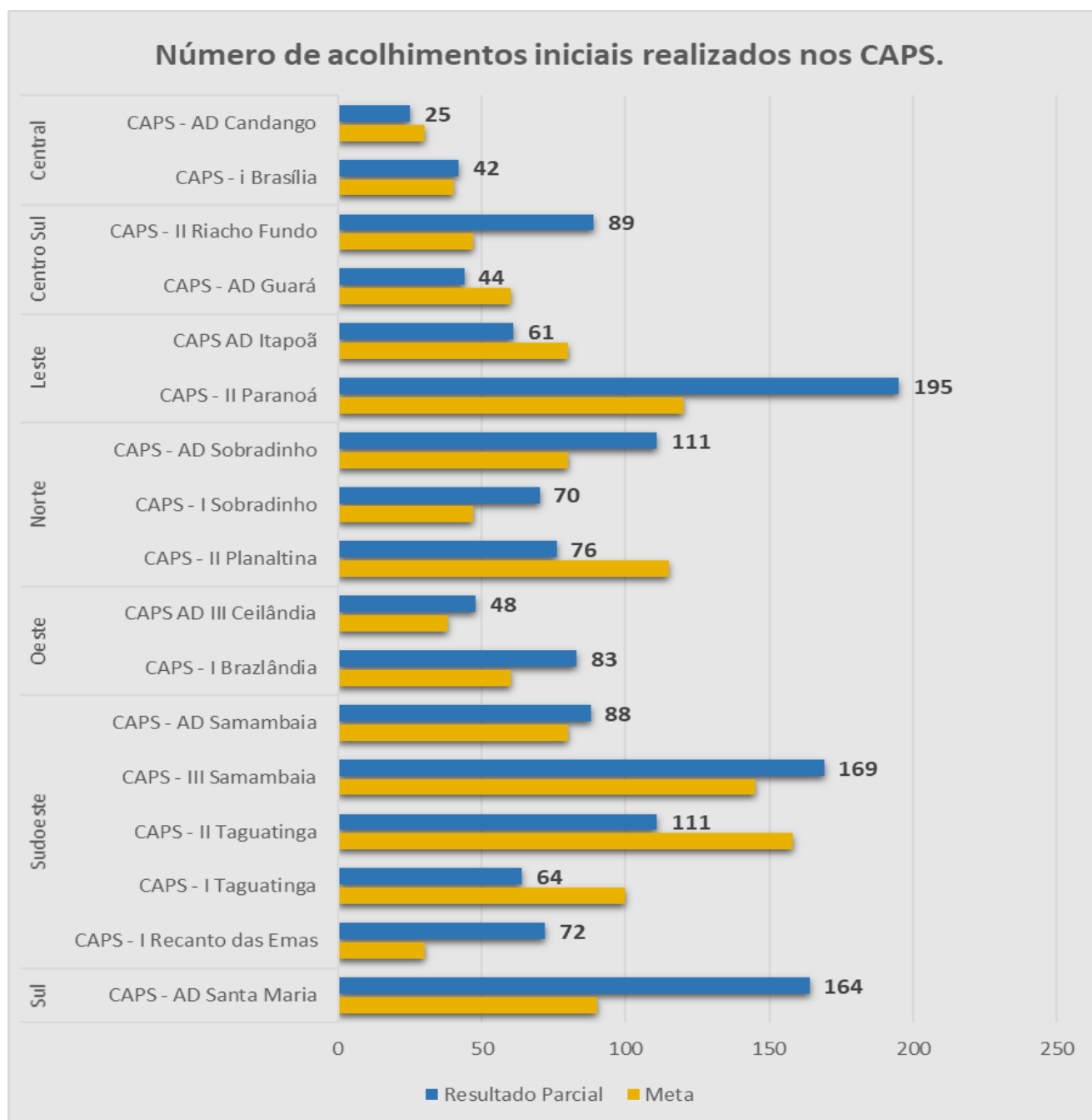
INDICADOR 1 - Número de acolhimentos iniciais realizados nos CAPS

Fonte: DATASUS: BPA-I/SIA SUS Procedimento BPA-I – Código: 03.01.08.023-2 – Acolhimento Inicial realizado por Centro de Atenção Psicossocial.

Metodologia de Cálculo: Número de acolhimentos iniciais realizados por CAPS.Procedimento BPA-I – Código: 03.01.08.023-2 – Acolhimento Inicial realizado por Centro de Atenção Psicossocial.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



CAPS - II Brasília Não habilitado

INDICADOR 2 - Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Primária

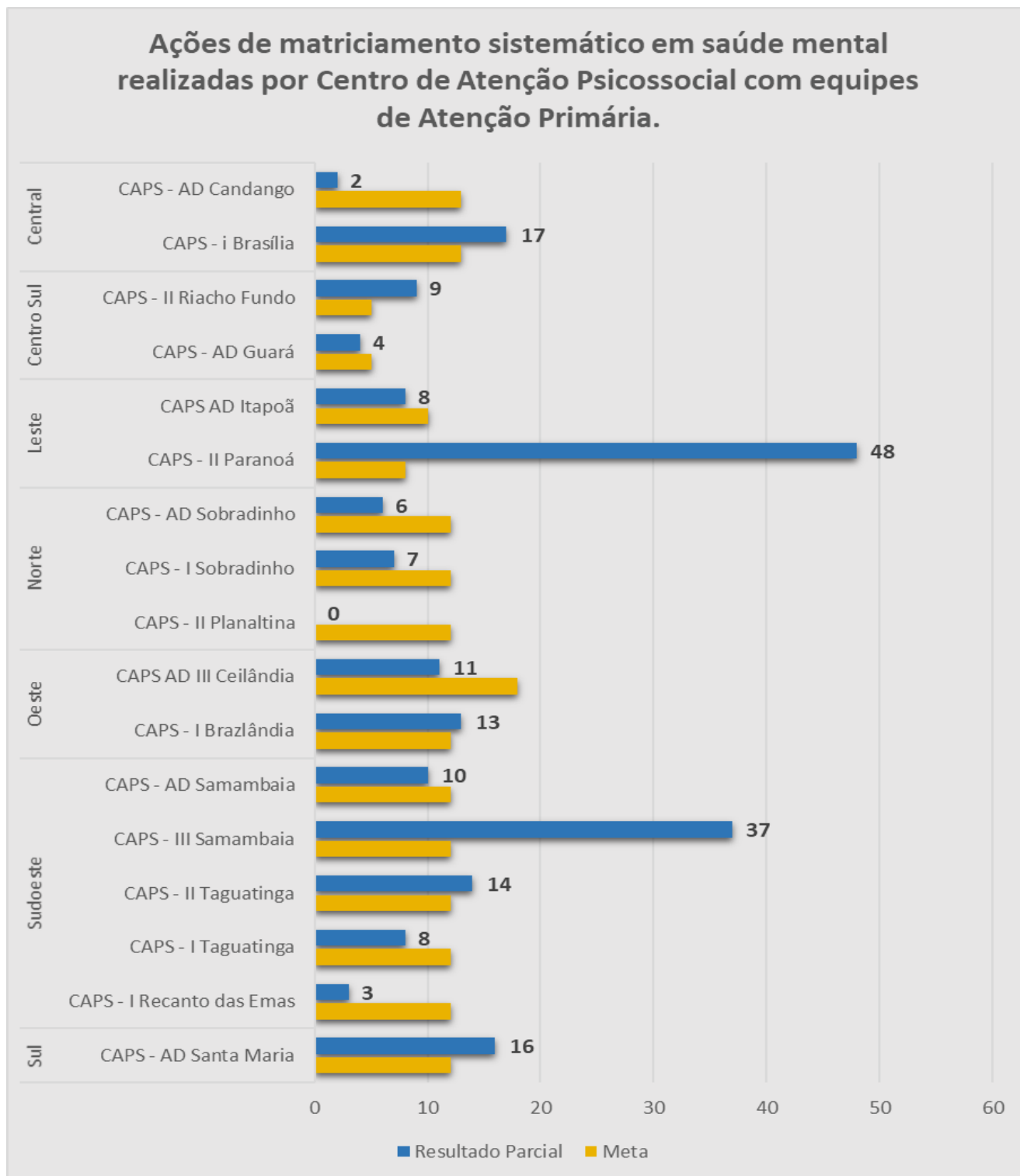
Fonte: DATASUS: BPA-C/SIA-SUS

Procedimento: 03.01.08.030-5 – Matriciamento de Equipes da Atenção Básica.

Metodologia de Cálculo: Número de ações de matriciamento em saúde mental da APS realizadas pelos CAPS

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



CAPS - II Brasília Não habilitado

INDICADOR 3 - Ações de matriciamento sistemático realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência

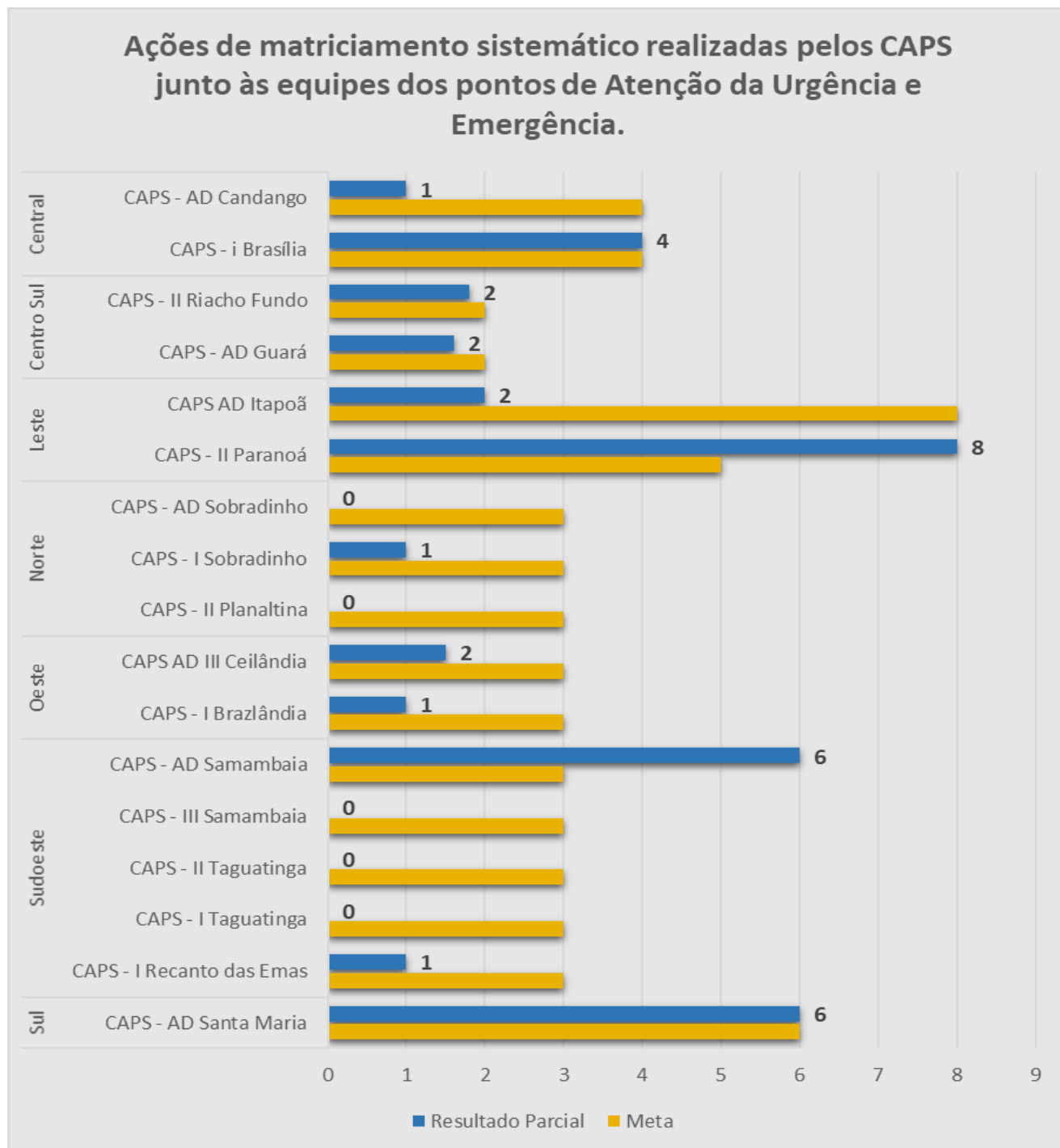
Fonte: DATASUS: BPA-C/SIA-SUS

Procedimento: 03.01.08.039-9 – Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Metodologia de Cálculo: Número de ações de matriciamento realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



CAPS - II Brasília Não habilitado

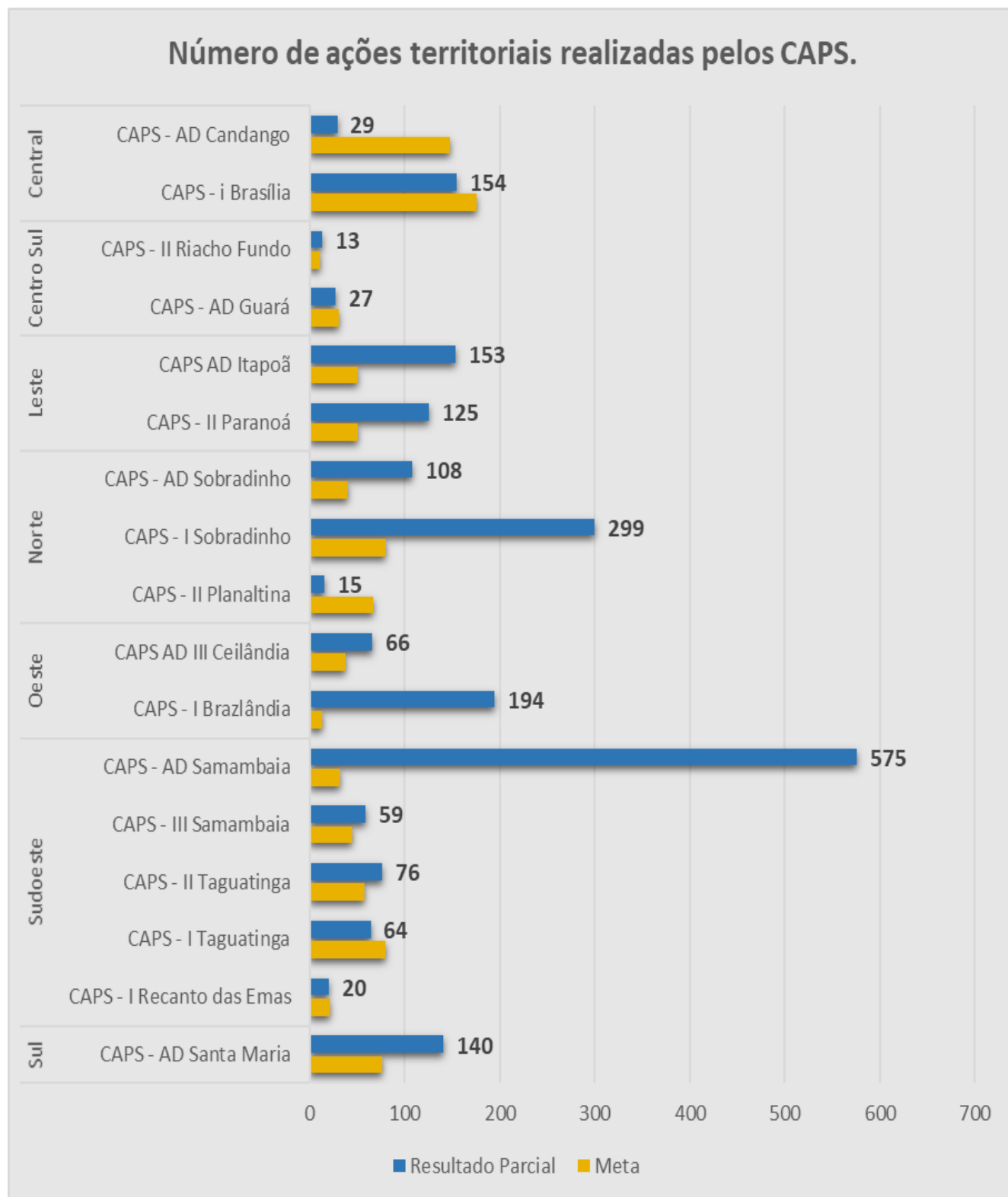
INDICADOR 4 - Número de ações territoriais realizadas pelos CAPS

Fonte: DATASUS: RAAS e BPA-C/SIA-SUS

Metodologia de Cálculo: Número de procedimentos RAAS (Código 03.01.08.024-0) + Número de procedimentos RAAS (Código 03.01.08.035-6) + Número de procedimentos BPA-C (Código 03.01.08.025-9)

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



CAPS - II Brasília Não habilitado

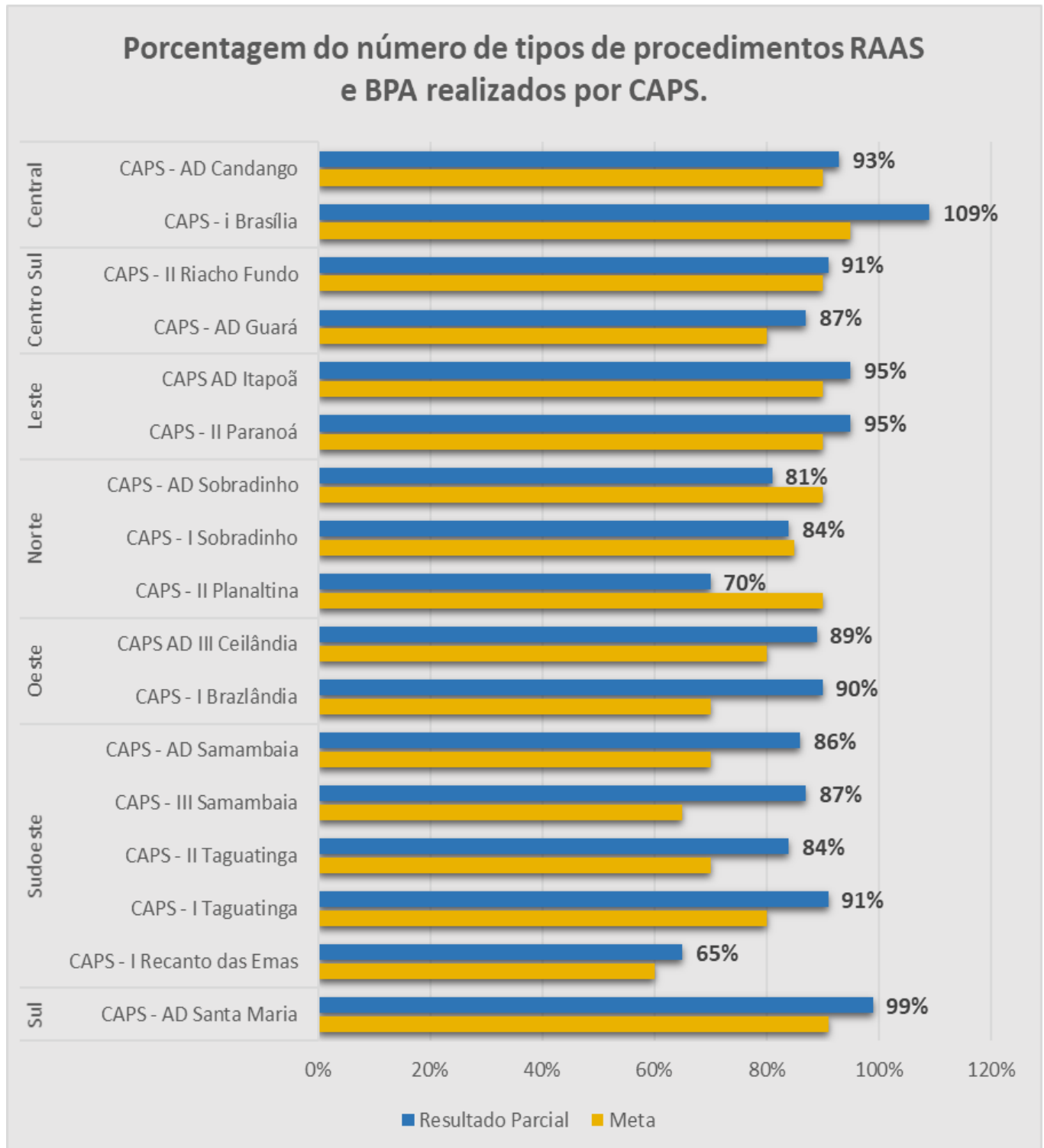
INDICADOR 5 - Variedade de procedimentos RAAS e BPA realizados por CAPS

Fonte: DATASUS: RAAS e BPA/SIA-SUS

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: N° de tipos de procedimentos RAAS e BPA realizados por CAPS. DENOMINADOR: N° de tipos procedimentos RAAS e BPA possíveis de serem realizados por cada modalidade de CAPS. MULTIPLICADOR: 100

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



CAPS - II Brasília Não habilitado

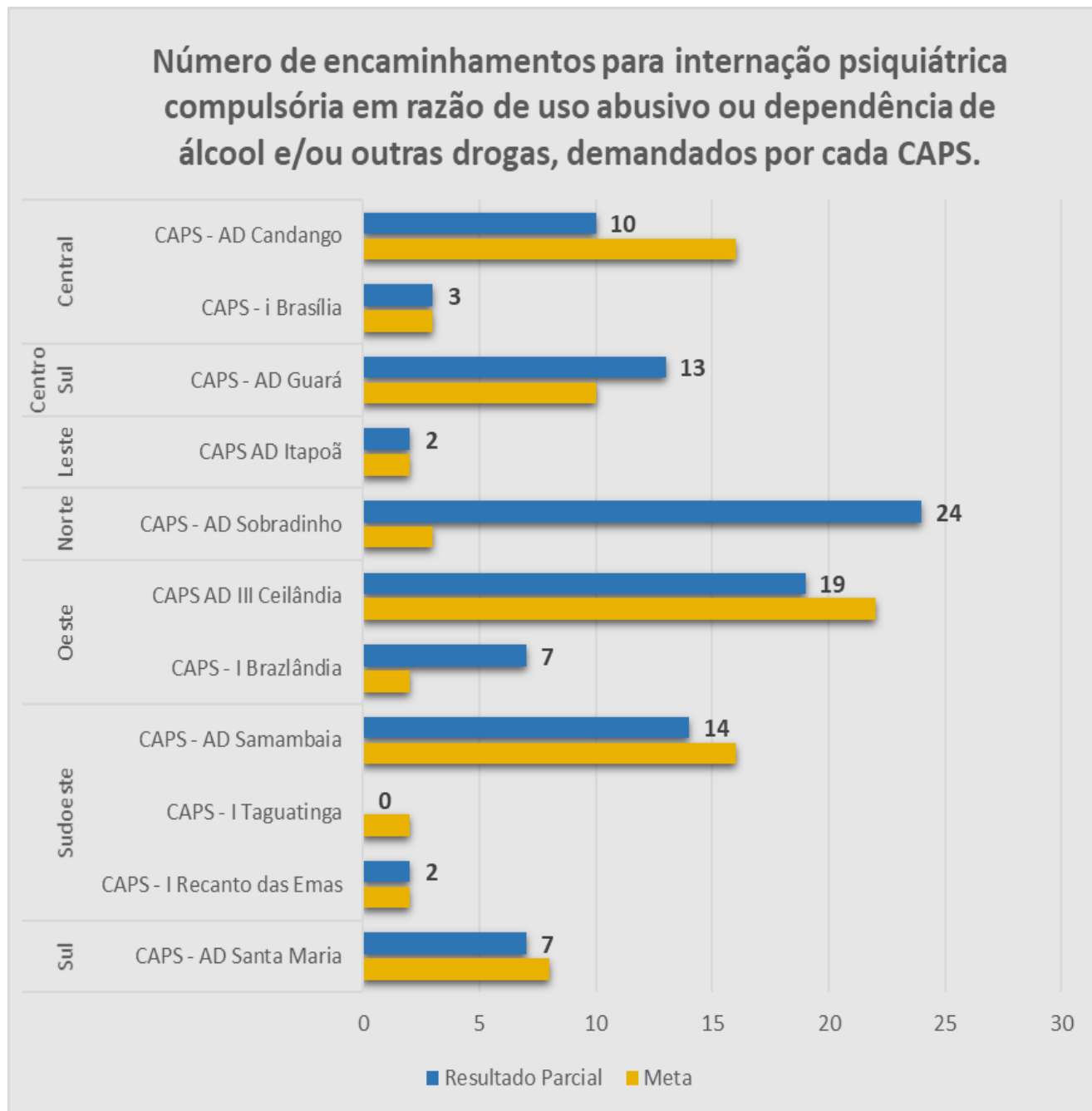
INDICADOR 6 - Número de encaminhamentos para internação psiquiátrica compulsória em razão de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, demandados por CAPS

Fonte: Planilha de monitoramento das internações psiquiátricas compulsórias da Diretoria de Serviços de Saúde Mental.

Metodologia de Cálculo: Número de encaminhamentos para internação psiquiátrica compulsória em razão de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, demandados por CAPS. *Meta anual

Resultado: Soma dos resultados mensais

MENOR MELHOR



***Alcance da meta anual**

CAPS - II Brasília, CAPS - II Riacho Fundo, CAPS - II Paranoá, CAPS - II Planaltina, CAPS - I Sobradinho, CAPS - II Taguatinga, CAPS - III Samambaia - Não se aplica

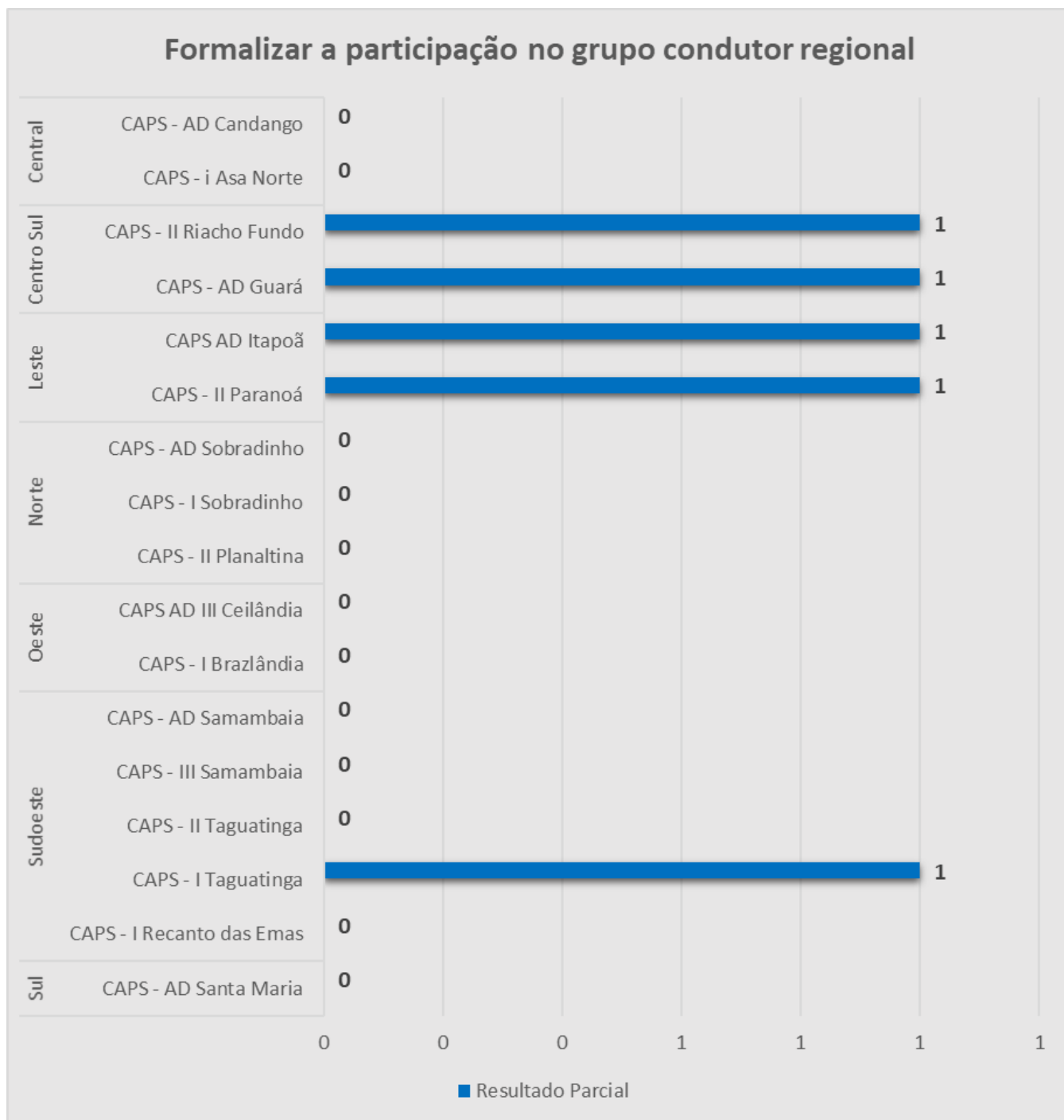
INDICADOR 7 - Participação em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial

Fonte: Ata da reunião com lista de presença da reunião em Processo SEI

Metodologia de Cálculo: Ata elaborada em Processo SEI disponibilizado para o Grupo Condutor Distrital da Rede de Atenção Psicossocial (GCDRAPs), com lista de presença em anexo.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



CAPS - i Brasília, CAPS - II Brasília, CAPS - AD Candango – Região Central informou que não tem grupo condutor.

Região Sudoeste não tem grupo condutor

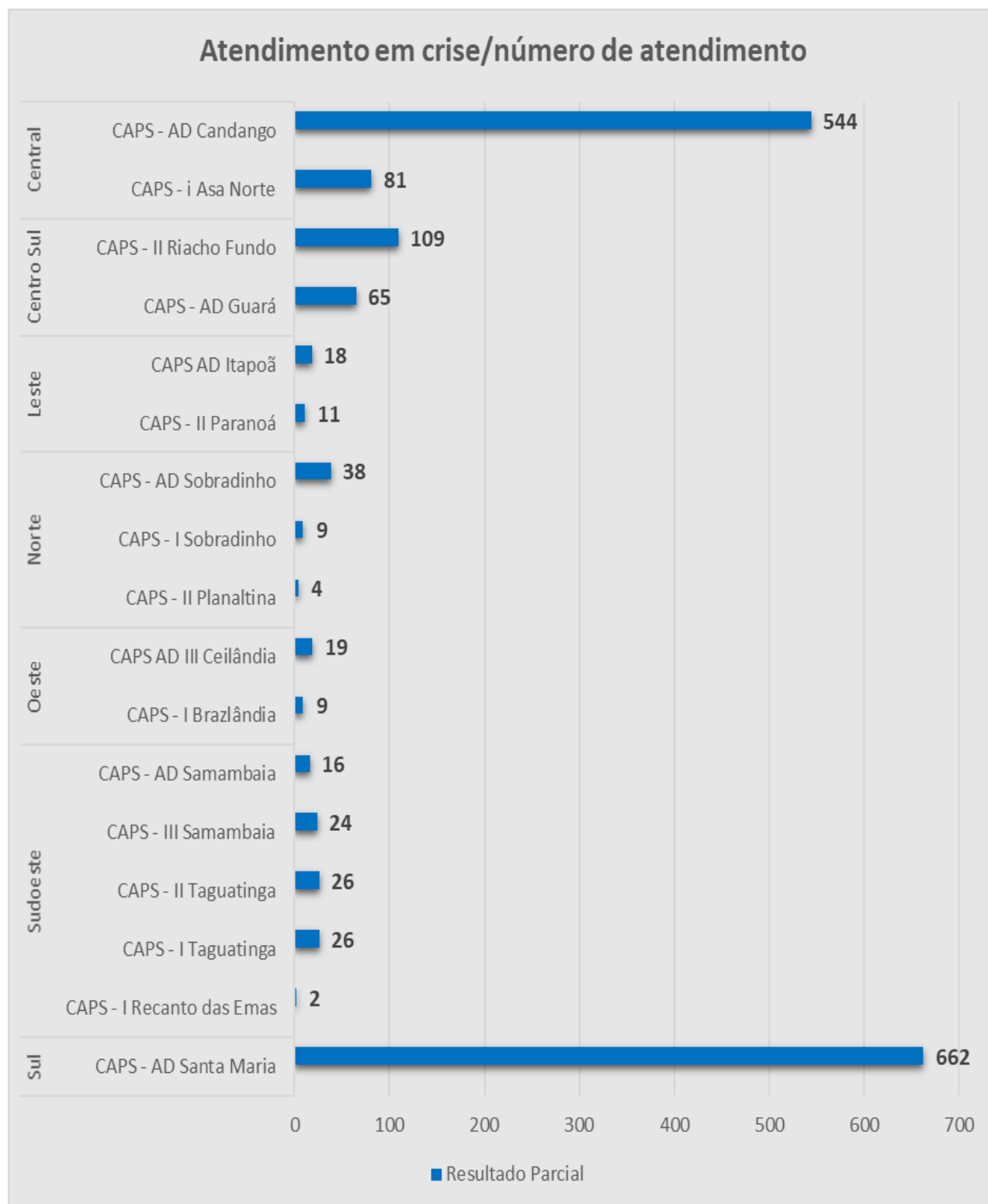
INDICADOR 8 - Número de atendimentos a casos de situação em crise

Fonte: DATASUS; RAAS. Procedimento RAAS - Código 03.01.08.029-1: Atenção às situações de crise.

Metodologia de Cálculo: Número de atendimentos a casos de situação em crise realizados por cada CAPS. Procedimento RAAS - Código: 03.01.08.029-1: Atenção às situações de crise.

Resultado: Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



CAPS - II Brasília - Não habilitado

ANÁLISES DOS RESULTADOS CAPS

CENTRAL

Os acolhimentos iniciais no CAPSi mantiveram-se reduzidos, com uma elevação no mês de Novembro. Apesar de ter uma média acima da meta, ressalta-se a dificuldade de disponibilidade de salas, a complexificação dos casos atendidos, que exigem maior tempo de manejo, bem como pela quantidade de RH, mediante o adoecimento de servidores, apesar dos esforços contínuos pela manutenção da quantidade de atendimentos.

No CAPS AD, o indicador apresentou oscilações significativas, com redução nos meses de setembro e novembro, que tem grande relação com o registro dos procedimentos e afastamentos médicos.

Vale lembrar, para ambas as unidades, os relatos também do agravamento dos casos, desde o acolhimento inicial, que geram uma sobrecarga nas equipes e complexifica os atendimentos. Esse agravamento se apresenta, a princípio, como retrato do perfil epidemiológico das doenças e agravos de saúde mental da população no presente ano, e se configuram como desafio para a atuação da Rede no médio e longo prazo, caso persistam.

A quantidade de matriciamentos realizados pelos CAPS tiveram redução significativa nos meses de setembro e outubro, devido à organização e participação nas oficinas do Projeto de Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Básica (MAPS). O projeto iniciou-se na região com as oficinas no período de 25/06/2024 a 15/10/2024, dando início às atividades de matriciamento em Novembro/2024, onde percebeu-se nova elevação dos matriciamentos.

No terceiro quadrimestre o CAPSi conseguiu elevar as ações territoriais nos meses de novembro e dezembro, o que tem relação com as ações de matriciamento.

O CAPS AD, permanece com índices bem abaixo da meta. Não obstante o resultado refletir a necessidade de desenvolvimento das capacidades da equipe para essas atividades, mantidos os demais atendimentos, apresenta uma tendência consolidada do perfil do serviço, que pode suscitar uma revisão da meta, em índices desafiadores, porém mais contextualizados à capacidade do serviço para os anos seguintes.

Ambas as unidades permaneceram acima da meta referente ao número de tipos de procedimentos RAAS e BPA realizados.

Acerca das internações psiquiátricas, o CAPSi encaminhou um paciente no mês de setembro, alcançando o limite de 3 internações por ano.

Por sua vez, o CAPS AD não teve encaminhamentos, permanecendo com um total de 10 casos, ainda abaixo da meta (menor melhor) considerando a média para o ano (16 casos anuais).

Ressaltamos mais uma vez o elevado grau de amadurecimento desse ponto de discussão dentro da perspectiva das responsabilidades de atuação dos CAPS na perspectiva psicossocial, evitando a internação, enquanto meio último de tratamento, em casos de risco à integridade física dos usuários e pessoas ao seu redor. Privilegiam, assim, o tratamento das pessoas integradas na sociedade e mediante o fortalecimento de vínculos. Entretanto, os já sinalizados relatos de agravamento dos casos de saúde mental atendidos são o principal desafio para a manutenção da perspectiva no cotidiano da atuação dos profissionais. Também a

	necessidade de elevação da cobertura e de constante recomposição das equipes, diante dos estritos limites de recursos humanos nas unidades também podem comprometer a qualidade do trabalho a médio prazo, gerando uma maior pressão de internação diante da incapacidade de atendimento das demandas localmente pelas unidades. Para ambas as unidades não registou-se a participação no grupo condutor regional da RAPS em função da necessidade de reorganização da composição e, em especial, da coordenação dos grupos na Região, visto a incapacidade de manutenção dos grupos ativos no presente ano. Quanto ao atendimento em crise houve uma oscilação natural nos dois CAPS. Ressalta-se novamente que as elevadas quantidades apresentam o grau de comprometimento dos respectivos esforços e cargas horárias para o atendimento dessas demandas nos CAPS, e ilustram os relatos dos servidores e gestores acerca da agudização dos casos, desde o momento do acolhimento. Ainda que nem todas as intervenções em crise sejam relacionadas a um caso de maior complexidade (dado que pessoas com quadros moderados também podem apresentar crises), a quantidade mesma da ocorrência das crises atendidas aponta para a profundidade das demandas de saúde mental da população do DF e a relevância dessa política para a saúde pública atualmente.
CENTRO -SUL	Durante o ano de 2024, o CAPS AD Guará teve o percentual de acolhimentos iniciais abaixo do esperado devido ao déficit de profissionais e à sobrecarga de trabalho, reforçando a necessidade de aumentar o quadro de servidores. O CAPS RF, composto principalmente por técnicos de enfermagem, enfrenta uma alta demanda, muito acima da meta, pacientes esses que por vezes são advindos de regiões próximas que não possuem CAPS, demonstrando a necessidade de construção de um CAPS no Gama (Região Sul) e a expansão do CAPS Riacho Fundo de Tipo II para Tipo III. Ambas as unidades perderam produtividade nas ações de matriciamento em saúde mental devido ao sub-registro. No entanto, houve um aumento significativo nos matriciamentos no Guará em determinados períodos durante o ano: maio, agosto e novembro, já no RF, o início do ano foi o período em que tivemos maiores ações neste sentido, impulsionado por articulações com as UBS e pela parceria com o projeto MAPS da Unicamp. A supervisão clínica pela Fiocruz, prevista para os próximos meses, deve melhorar os resultados. No CAPS AD Guará, o déficit crítico de profissionais prejudicou as ações territoriais, ficando um pouco abaixo da meta estabelecida para o ano, enquanto o CAPS RF destacou-se em visitas domiciliares e atendimento a demandas judiciais. Ambas superaram a meta de procedimentos RAAS e BPA, mas a produtividade no CAPS RF é baixa devido à falta de assistentes sociais e psicólogos. O CAPS AD registrou mais encaminhamentos para internações psiquiátricas compulsórias (13 durante o ano) refletindo o aumento da demanda. As reuniões do Grupo Condutor Regional (GCR) da RAPS têm sido regulares, fortalecendo o atendimento integrado. Além disso, houve um aumento nos atendimentos de crise, com o CAPS AD Guará se destacando em junho e o CAPS RF em julho, garantindo suporte contínuo aos usuários. O HRGu oferece atualmente cinco leitos para saúde

	mental.
LESTE	O acompanhamento dos indicadores em 2024 apresentou desafios significativos, com 50% das metas estabelecidas não sendo alcançadas. As principais causas identificadas foram a não realização de algumas ações previstas, lançamentos incorretos de dados, déficit de recursos humanos e a desmotivação dos servidores, fatores que impactam diretamente nos resultados. Entre as principais dificuldades enfrentadas, destacam-se o registro incorreto dos procedimentos pela equipe, que comprometeu a qualidade dos dados, a não consecução de metas estabelecidas e o déficit de recursos humanos, que sobrecarregou a equipe e limitou a capacidade de execução das atividades planejadas. Apesar dos desafios, o ano também foi marcado por ações positivas e êxitos importantes. Houve um aumento significativo nas atividades coletivas, que contribuíram para a melhoria do atendimento aos usuários. Os dados analisados, ainda que com inconsistências, serviram como alerta para a equipe, permitindo a identificação de problemas nos registros e o início de um trabalho conjunto para definir estratégias de melhoria dos indicadores em 2025. Vale ressaltar que o indicador de Internação Compulsória manteve-se consistentemente dentro da meta estabelecida, demonstrando a eficácia nessa área específica. Quanto aos encaminhamentos necessários, identificou-se a urgência de ajustes técnicos relacionados à falha na migração de dados pelo Sistema Trakcare, problema que tem impactado negativamente a qualidade das informações e a eficiência dos processos. Este ponto requer atenção imediata da área técnica para garantir a integridade e confiabilidade dos dados no próximo ciclo.
NORTE	INDICADOR 1 - Número de acolhimentos iniciais realizados nos CAPS Apesar da região contar com três CAPS, cada CAPS possui um público alvo distinto (CAPS I, CAPS II e caps ad), o que faz com que ele seja único na região. Portanto o alto número de acolhimentos iniciais demonstra a necessidade da população (alta demanda) e a necessidade de fortalecer o serviço (oferta insuficiente/vazio assistencial). INDICADOR 2 - Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Primária e INDICADOR 3 - Ações de matriciamento sistemático realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência As ações de matriciamento reduziram drasticamente desde o final de 2023 e não conseguiram se recuperar até o final de 2024, mesmo o CAPS I tendo aumentado seu resultado parcial de 4 para 7, todos ficaram aquém da meta. Os CAPS, no geral, têm encontrado dificuldades para a adesão do matriciamento pelas equipes de saúde básica, e problemáticas na logística e estrutura para manter uma agenda de matriciamento, os motivos são: Redução das equipes dos CAPS, devido a aposentadorias, exonerações e remoções; Falta de transporte e superlotação do serviço, o que dificulta a saída de profissionais ou a designação de carga horária protegida para o matriciamento. A região participou do PROJETO MAPS, que tem o objetivo de desenhar uma

estratégia que leve em consideração as necessidades da APS para que os profissionais se sintam seguros para o manejo de casos, ofertando também a retaguarda de casos mais complexos. No entanto, durante a condução do projeto houve troca de gestão da DIRAPS e DIRASE, bem como reconfiguração do Grupo Condutor da RAPS, que estava sendo a via de condução do projeto, portanto grande parte do trabalho desenvolvido não pôde ser aplicado.

Estima-se que em 2025, após retomada do grupo Condutor, as estratégias do projeto possam auxiliar na melhoria do indicador.

O matriciamento de Urgência e Emergência foi abordado no grupo condutor da RUE e essa tem sido uma estratégia relevante para aproximar os serviços.

Os resultados dessas duas empreitadas serão vistos ao longo de 2025.

INDICADOR 4 - Número de ações territoriais realizadas pelos CAPS

Apenas o CAPS de Planaltina não conseguiu superar a meta, as razões são a redução expressiva de carga horária, aproximadamente 100h, o CAPS ainda encontra-se sem psicólogo, portanto todos os serviços foram reduzidos. Apesar do recebimento de 20h de psiquiatria ainda em 2024, o serviço não pode operar em sua totalidade.

INDICADOR 5 - Variedade de procedimentos RAAS e BPA realizados por CAPS

O indicador mostra que os CAPS realizam um atendimento multifatorial, utilizando diversas abordagens e ferramentas no plano terapêutico do paciente.

INDICADOR 6 - Número de encaminhamentos para internação psiquiátrica compulsória em razão de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, demandados por CAPS.

O número de internações até o final do ano apresentou um resultado parcial de 2 por mês, dentro do limite pré estabelecido, mesmo que em Fevereiro, Março e Julho esse limite tenha sido extrapolado.

O CAPS AD informou que a motivação do alto número no indicador em alguns meses do ano se deu pelo seguinte “SAMU ineficiente, falta de leitos específicos para desintoxicação, alto número de evasão de pacientes em crise psiquiátrica, situação crítica dos pronto socorros dos hospitais gerais e sobrecarga de atendimento das UPAs. Além disso, existem apenas três CAPS do tipo III para o atendimento de dependentes químicos e nenhum deles está na Região de Saúde Norte. Atualmente o Distrito Federal conta com apenas 36 leitos de acolhimento integral (CAPS AD III). Dessa forma, a maior parte dos pacientes internados compulsoriamente tiveram a indicação de internação involuntária, porém devido a fragilidade da rede sócio assistencial do Distrito Federal, esses pacientes encontraram diversas barreiras de acesso e apresentaram agravamento do quadro. Ressaltando que a indicação de internação compulsória se apresenta apenas após exaurir todos os recursos disponíveis, em caso de crises graves. A articulação junto às UPAs da região tem permitido realizar internações voluntárias, porém a rede de leitos não tem sido suficiente para abarcar a complexidade e a quantidade de casos que têm chegado ao serviço.”

	INDICADOR 7 - Participação em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial O grupo condutor da região tem sido publicado e republicado desde o segundo semestre de 2023 devido às contínuas alterações de cargos chaves para a composição do grupo. Esse ano houve uma primeira reunião, porém não foram agendadas novas até o momento, devido à nova necessidade de republicação. A presidência foi assumida pela DIRAPS após solicitação da própria diretoria. INDICADOR 8 - Número de atendimentos a casos de situação em crise O atendimento de casos de situação de crise no CAPS é parte crucial do serviço, o atendimento é oferecido para pacientes e familiares que necessitam de intervenção naquele momento. Nota-se um aumento no lançamento desse procedimento, em comparação ao ano de 2023 e ao início de 2024, após uma discussão com a gestão dos CAPS da região acerca do conceito de crise.
OESTE	A análise dos dados dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Brazlândia e Ceilândia evidencia um cenário complexo e em transformação no âmbito da saúde mental dessas regiões. Registra-se um aumento progressivo em diversos indicadores, como o número de acolhimentos iniciais e ações territoriais, refletindo uma elevação na demanda pelos serviços ofertados. A adoção de novos modelos assistenciais, como o acolhimento em grupo implementado no CAPS I de Brazlândia, destaca esforços para inovar e aprimorar a qualidade da assistência prestada. A análise também revela desafios significativos. A variação expressiva dos indicadores ao longo do tempo e entre os diferentes CAPS sugere a influência de fatores como sazonalidade, alterações no perfil de demanda e fragilidades nos processos de coleta e análise de dados. Além disso, as dificuldades na realização de ações de matriciamento com equipes da Atenção Primária e dos serviços de Urgência e Emergência apontam para a necessidade de fortalecimento da articulação entre os diferentes níveis de atenção, visando maior integração e eficiência no cuidado em saúde mental. CAPS AD III Ceilândia - Pontos Positivos: Implementação do Projeto MAPS pela Unicamp, com o foco no matriciamento em saúde mental na APS; Disponibilidade da equipe da APS para receber o matriciamento: Garantia de que a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) esteja disponível e preparada para receber e aplicar o matriciamento de forma eficaz; Sensibilização dos servidores do CAPS sobre a importância do registro correto dos códigos e lançamento de procedimentos no RAAS: Realização de ações de conscientização com os servidores do CAPS, destacando a relevância do registro adequado dos códigos e da inclusão de todos os procedimentos no sistema RAAS, a fim de garantir a qualidade dos dados e a eficiência no acompanhamento dos atendimentos. Pontos Negativos: Dificuldade de comunicação com a equipe da RUE para a realização do matriciamento nesse nível de atenção: Identificação de desafios na comunicação entre as equipes, dificultando a realização eficiente do matriciamento no nível de atenção em questão, o que pode impactar a integração e a continuidade do cuidado. CAPS I Brazlândia - A análise dos indicadores do CAPS - I Brazlândia revela

	um bom desempenho em diversas áreas, mas também aponta desafios que precisam ser superados. Os indicadores classificados como “superados” mostram eficiência no acolhimento inicial dos usuários, na articulação com a Atenção Primária e na realização de ações no território. Por outro lado, os indicadores “críticos” destacam dificuldades na integração do CAPS com os serviços de urgência e emergência e o elevado número de internações compulsórias. Os indicadores em “monitoramento” indicam a necessidade de aprimoramento das estratégias preventivas no atendimento a crises, para evitar descompensações graves nos usuários. Recomendações incluem fortalecer a articulação com os serviços de urgência e emergência, analisar os encaminhamentos para internação compulsória, acompanhar a participação no grupo condutor regional e monitorar as ações preventivas para crises. Em resumo, o CAPS - I Brazlândia tem mostrado bons resultados, mas precisa aprimorar sua gestão de crises e a integração com outros serviços da rede.
SUDOESTE	1. Número de Acolhimentos Iniciais Realizados nos CAPS Considerando que os CAPS operam em regime de porta aberta, o número de acolhimentos permanece acima da média. No entanto, em determinados meses, houve uma ligeira redução, atribuída a fatores como baixa procura espontânea, afastamentos legais de servidores e, principalmente, à escassez de recursos humanos. Atualmente, cerca de 70% do funcionamento dos CAPS ocorre com profissionais em regime de TPD (Trabalho por Dia), o que limita a capacidade de acolhimento. Apesar disso, as equipes mantêm um forte comprometimento em cumprir as metas estabelecidas. 2. Ações de Matriciamento Sistemático em Saúde Mental com a Atenção Primária Durante o quadrimestre, os CAPS mantiveram diálogo constante com as equipes da Atenção Primária, por meio de reuniões regulares. Destaca-se a criação do MAPS – um espaço estruturado para discutir a importância do matriciamento, identificar dificuldades operacionais e propor soluções para otimizar o fluxo entre os níveis de atenção. 3. Ações de Matriciamento com as Equipes de Urgência e Emergência O indicador encontra-se abaixo da meta, principalmente devido ao déficit de recursos humanos e à superlotação nas unidades de emergência. Essas limitações dificultam a implementação sistemática das ações de matriciamento. As equipes dos CAPS têm mantido articulação com a GPMA/HRT para alinhamento de estratégias. 4. Número de Ações Territoriais Realizadas pelos CAPS Houve um aumento nas ações de articulação com o território, impulsionado especialmente pela elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) expandidos com envolvimento de dispositivos comunitários. Destaca-se o desempenho do CAPS AD Sam, que apresentou um número expressivo de ações territoriais em parceria com residentes, o Tribunal de Justiça do DF, a Promotoria de Justiça e centros culturais. A equipa dedicou-se intensamente neste quadrimestre à qualificação do cuidado e integração com a rede de apoio local. 5. Porcentagem de Procedimentos Registrados – RAAS e BPA

	O indicador encontra-se acima da média. As equipes estão alinhadas quanto ao correto preenchimento da RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) e do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) assim que disponibilizados. Ressalta-se, contudo, a limitação no lançamento de todos os procedimentos dentro do mês vigente. A equipe de faturamento e custos mantém articulação contínua com os gestores, oferecendo suporte técnico para assegurar a qualidade dos registros. 6. Encaminhamentos para Internação Psiquiátrica Compulsória Relacionados ao Uso de Álcool e/ou Outras Drogas Os dados referentes a este indicador são extraídos do link da DISSAM. Quando há necessidade de internação psiquiátrica compulsória, os pedidos são formalizados pela Promotoria de Justiça. O acompanhamento desses casos é feito em articulação com os órgãos competentes. 7. Participação no Grupo Condutor Regional O Grupo Condutor Regional realizou sua primeira reunião em 28/06/2024. Na ocasião, iniciou-se a elaboração de um fluxograma regional para organização e qualificação dos fluxos assistenciais na saúde mental. Devido às reuniões conseguimos avançar com melhorias nos indicadores. 8. Atendimentos em Situação de Crise Por se tratar de serviço de porta aberta e de demanda espontânea, os atendimentos em crise apresentam variações mensais. Os dados são extraídos da Sala de Situação e refletem o comprometimento das equipes em acolher prontamente os usuários em momentos de urgência.
SUL	Indicador 1 - Número de acolhimentos iniciais realizados nos CAPS: O CAPS conseguiu realizar um número superior ao esperado de acolhimentos iniciais, evidenciando o bom desempenho da equipe e o sucesso na estratégia de "porta aberta". O atendimento imediato, a recepção e a triagem de novos pacientes foram realizados de forma eficiente, além de promover a sensibilização dos pacientes para o tratamento e acompanhamento contínuo. Indicador 2 - Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Primária: A superação da meta neste indicador se deu pela eficaz pactuação com as equipes de Atenção Básica e pela criação de uma agenda conjunta, adaptada às necessidades das Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS). Isso favoreceu a integração entre as equipes, promovendo uma melhor articulação e otimização do atendimento aos pacientes, reforçando a rede de cuidados em saúde mental. Indicador 3 - Ações de matriciamento sistemático realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência: Apesar do resultado positivo, a articulação entre os CAPS e os serviços de urgência/emergência pode ser ainda mais aprimorada. A pactuação com as direções dos hospitais regionais e das UPAs está em andamento, o que promete melhorar a integração e a articulação entre os serviços, promovendo um atendimento mais coordenado e eficaz. Indicador 4 - Número de ações territoriais realizadas pelos CAPS: O CAPS superou a meta ao realizar diversas ações de grande impacto na comunidade e no território, incluindo atividades culturais, como passeios ao cinema,

