



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

Relatório Anual Acordo de Gestão Regional - RAGR

Unidade de Referência Distrital
Complexo Regulador do Distrito Federal

2024

Governador do Distrito Federal
IBANEIS ROCHA BARROS JUNIOR

Vice-Governadora
CELINA LEÃO HIZIM FERREIRA

Secretário de Estado de Saúde
JURACY CAVALCANTE LACERDA JÚNIOR

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

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

Secretário Adjunto de Governança
JOSÉ RICARDO BAITELLO

Secretário-Adjunto de Integração
VALMIR LEMOS DE OLIVEIRA

Subsecretário de Planejamento em Saúde
RODRIGO VIDAL DA COSTA

Equipe Técnica

Subsecretário de Planejamento em Saúde
RODRIGO VIDAL DA COSTA

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

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

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

Equipe Organizadora e Elaboradora

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

Apoio Técnico

Thalita Ramos Ribeiro Epstein
NPMA/CRDF/SES
Maria Aurilene Gonçalves Pedroza
CRDF/SES
Gabriella Ribeiro Christmann
CET/CRDF/SES
Simone Barcelos dos Santos
DIRAAH/CRDF/SES
Victor Leonardo Arimatea Queiroz
SAMU/CRDF/SES

Revisão

Waallis Grecio Graia Barbosa
Guilherme Mota Carvalho
Lucas Marani Bahia Duca
Rodrigo Vidal da Costa

Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento – Cplan
Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde – Dimoas
Gerência de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão – Gemag
E-mail: suplans.gemag@saude.df.gov.br Telefone: (61) 3449-4138
© Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2025

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

SUMÁRIO

SIGLÁRIO.....	5
INTRODUÇÃO.....	7
1. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF).....	10
2. MATRIZ CONSOLIDADA DOS INDICADORES.....	12
3. Sistema de Apoio e Logística.....	15
3.1. Indicador 34: Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.....	16
3.2. Indicador 37: Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD.....	17
3.3. Indicador 43: Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.....	18
4. Indicadores específicos do CRDF.....	20
4.1. Indicador 1: Número absoluto de doadores de tecidos oculares.....	21
4.2. Indicador 2: Número absoluto de doadores de órgão sólido.....	23
4.3. Indicador 3: Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares.....	25
4.4. Indicador 4: Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF.....	29
4.5. Indicador 5: Tempo de atendimento de solicitações para inserções de pacientes da rede privada para leitos de UTI regulados pela SES.....	31
4.6. Indicador 6: Percentual de aproveitamento de vagas ambulatoriais ofertadas.....	33
4.7. Indicador 7: Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG.....	35
4.8. Indicador 8: Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação.....	38
4.9. Indicador 9: Tempo médio de direcionamento do paciente de internação compulsória em relação ao recebimento da solicitação.....	40
4.10. Indicador 10: Percentual de Efetivação da Doação de Órgãos.....	42
4.11. Indicador 11: Percentual de Ligações Para o Número Telefônico 192 (SAMU) que Gerou Somente Orientações à População.....	44
4.12. Indicador 12: Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES.....	46
5. Monitoramento dos resultados.....	48
6. Considerações finais.....	49

SIGLÁRIO

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

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

INTRODUÇÃO

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

O relatório é dividido em três partes:

1. **Conformação da Unidade de Referência Distrital:** Apresenta a estrutura da Unidade de Referência Distrital, incluindo histórico, perfil dos usuários e serviços oferecidos.
2. **Matriz Consolidada dos Indicadores Pactuados e Resultados Finais:** Apresenta os indicadores acordados e os resultados finais em relação às metas estabelecidas.
3. **Análise Anual de Cada Indicador:** Oferece uma avaliação detalhada do desempenho dos indicadores, identificando pontos fortes e áreas de melhoria e resume as principais percepções frente aos resultados, incluindo recomendações para aprimoramentos futuros.

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

Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF)

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

Isso posto, o presente Relatório está organizado com os seguintes temas: **Sistema de Apoio Logístico e Indicadores Específicos da Unidade de Referência (URD)**.

1. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF)

O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF) é uma Unidade de Referência Distrital da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, diretamente subordinada à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, criada por meio do Decreto nº 38.488, de 13 de setembro de 2017. É a estrutura responsável pela regulação e organização do acesso aos serviços de saúde, garantindo aos cidadãos o atendimento de forma universal, integral, equânime, ordenada, oportuna e racional.

O CRDF coordena a oferta assistencial disponível às necessidades da população e assegura a transparência ao processo regulatório de acesso aos serviços de saúde.

O processo regulatório é exercido pelo CRDF e suas unidades operacionais, abrangendo a regulação médica como autoridade sanitária para a garantia do acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização definidos e pactuados entre os gestores envolvidos. Desta forma, promove a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, abrangendo internação hospitalar, atendimento ambulatorial (procedimentos e consultas especializadas), cirurgias eletivas, alta complexidade (terapia renal substitutiva e tratamento fora de domicílio), transporte sanitário, atendimento pré-hospitalar móvel, urgências e emergências e transplantes de pacientes do Distrito Federal e de fora dele.

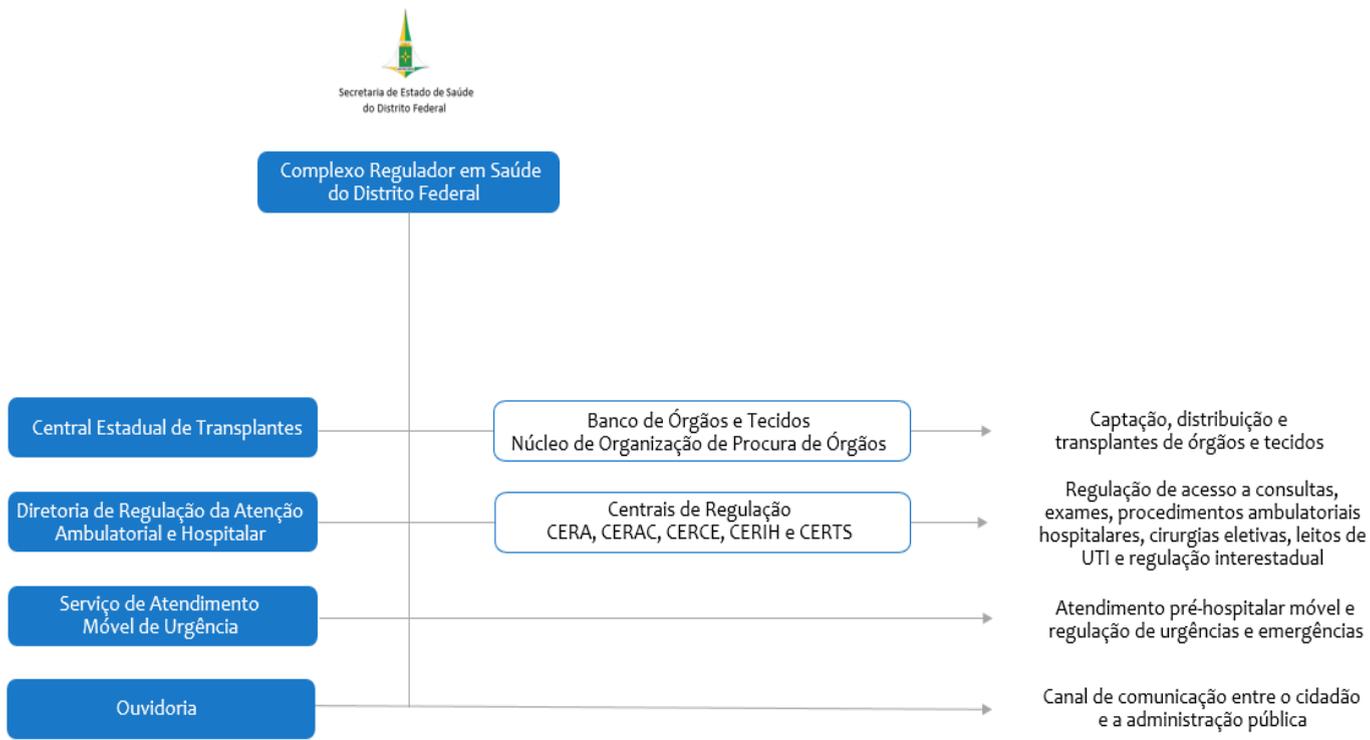
É responsabilidade do CRDF regular o acesso do usuário aos serviços do SUS, o que significa prover, a partir da identificação da necessidade desse usuário, os recursos necessários para a assistência à sua saúde no tempo oportuno. Neste contexto, compõem o CRDF a Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar (DIRAAH), a Central Estadual de Transplantes (CET), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e a Diretoria Administrativa (DA).

A DIRAAH é responsável pela regulação do acesso à assistência na SES/DF, abrangendo consultas, exames, procedimentos ambulatoriais hospitalares, cirurgias eletivas e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além da regulação interestadual. Compõem esta Diretoria a Central de Regulação Ambulatorial (CERA), a Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade (CERAC), a Central de Regulação de Cirurgias Eletivas (CERCE), a Central de Regulação da Internação Hospitalar (CERIH) e a Central de Regulação do Transporte Sanitário (CERTS).

A CET coordena as atividades de transplantes no âmbito do DF, abrangendo as redes pública e particular de saúde. É de sua exclusiva competência as atividades relacionadas ao gerenciamento do cadastro de potenciais receptores, recebimento das notificações de morte encefálica, promoção da organização logística da doação e captação estadual e/ou interestadual, bem como a distribuição dos órgãos e/ou tecidos removidos no Distrito Federal.

O SAMU é o principal Componente Assistencial Móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a ele compete oferecer assistência específica no atendimento pré-hospitalar móvel e realizar a regulação das urgências e emergências de forma ininterrupta no DF.

Assim, o CRDF é responsável pela regulação do acesso em saúde, seja para serviços próprios, contratados ou conveniados, de todos os usuários do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal.



Esta imagem não representa o organograma completo do CRDF e destina-se a identificar os setores vinculados aos indicadores deste Relatório

Figura 1 - Principais serviços do CRDF

2.MATRIZ CONSOLIDADA DOS INDICADORES

Item	Tema	Indicador	Polaridade	Meta	Resultado	Status
34	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria	Maior melhor	44%	65%	ALCANÇADO
37	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD	Menor melhor	Sobrestado		Sobrestado
43	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	Maior melhor	Monitoramento	140	Monitoramento
1	Específico da Unidade CRDF	Número absoluto de doadores de tecidos oculares	Maior melhor	360	289	NÃO ALCANÇADO
2	Específico da Unidade CRDF	Número absoluto de doadores de órgão sólido	Maior melhor	77	45	NÃO ALCANÇADO
3	Específico da Unidade CRDF	Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares	Menor melhor	12%	44%	NÃO ALCANÇADO
4	Específico da Unidade CRDF	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF	Menor melhor	28 minutos	00:35:04	NÃO ALCANÇADO
5	Específico da Unidade CRDF	Tempo de atendimento de solicitações para inserções de pacientes da rede privada para leitos de UTI regulados pela SES	Menor melhor	24 horas	01:25:47	ALCANÇADO
6	Específico da Unidade CRDF	Percentual de aproveitamento de vagas ambulatoriais ofertadas.	Maior melhor	100%	106%	ALCANÇADO
7	Específico da Unidade CRDF	Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG	Maior melhor	10%	13%	ALCANÇADO
8	Específico da Unidade CRDF	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação	Menor melhor	Monitoramento	21%	Monitoramento

Item	Tema	Indicador	Polaridade	Meta	Resultado	Status
9	Específico da Unidade CRDF	Tempo médio de direcionamento do paciente de internação compulsória em relação ao recebimento da solicitação.	Menor melhor	1 dia útil	8,7	NÃO ALCANÇADO
10	Específico da Unidade CRDF	Percentual de Efetivação da Doação de Órgãos	Maior melhor	20%	13%	NÃO ALCANÇADO
11	Específico da Unidade CRDF	Percentual de Ligações Para o Número Telefônico 192 (SAMU) que Gerou Somente Orientações à População	Maior melhor	Monitoramento	3%	Monitoramento
12	Específico da Unidade CRDF	Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES	Maior melhor	40%	62%	ALCANÇADO

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

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

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

Dos **11** indicadores avaliados com metas na URD, **5** apresentaram resultados iguais ou superiores a 100% da meta, sendo sinalizados na matriz como **ALCANÇADO**.

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

CRDF	
Status	Quantidade
<u>Satisfatório (75% a 99,99% da meta)</u>	<u>1</u>
<u>Razoável (50% a 74,99% da meta)</u>	<u>3</u>
<u>Parcial (25% a 49,99% da meta)</u>	<u>0</u>
<u>Crítico (menor que 25% da meta)</u>	<u>2</u>

3.Sistema de Apoio e Logística

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

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

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

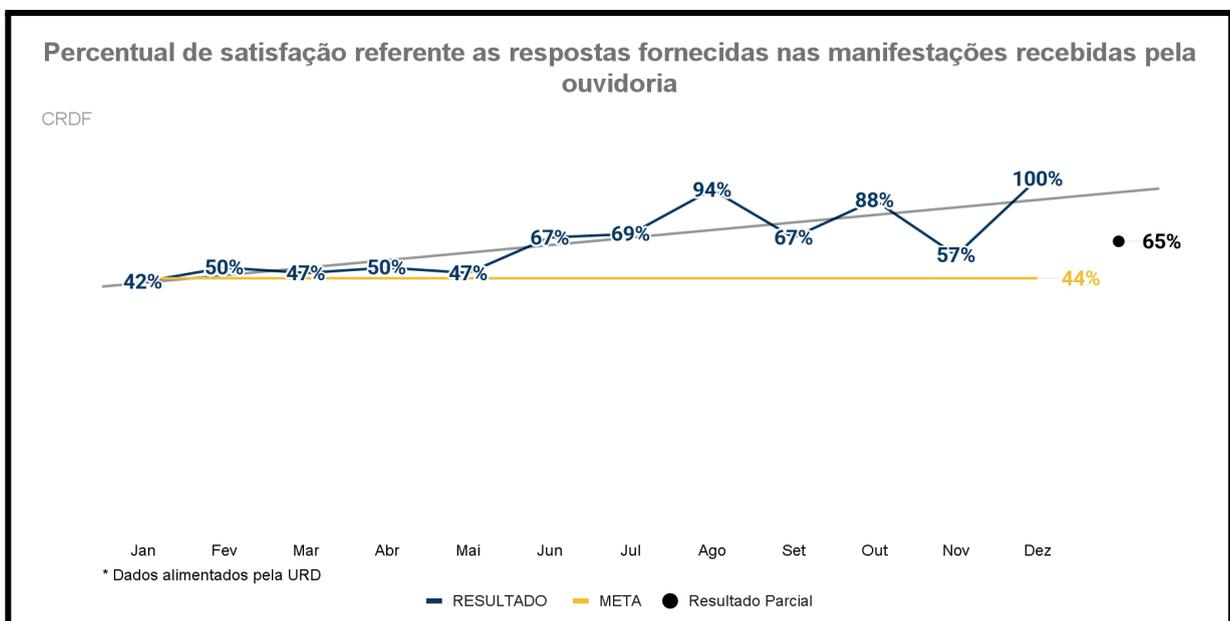
Conceito: A ouvidoria é regulamentada pela Lei 4.896/2012, Lei 6.519/2020 e Decretos 36.462/2015 e 39.723/2019. As ouvidorias do GDF, monitoradas pela Ouvidoria-Geral, utilizam indicadores de desempenho, incluindo a satisfação do usuário com as respostas em reclamações, solicitações e denúncias.

Metodologia de cálculo: Numerador: Percentual da satisfação da resposta / 100

Denominador: N° de manifestações avaliadas

Polaridade: Maior melhor

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



O percentual de satisfação do usuário com a Ouvidoria/CRDF superou a meta estabelecida para o ano, mesmo nas circunstâncias deste setor da SES/DF ter sido o que mais recebeu manifestações em 2024*. Tais resultados podem ser compreendidos ao se analisar o rápido prazo de resposta (média de 2,4 dias*), o índice de cumprimento do prazo de resposta (100% das manifestações respondidas dentro do prazo*) e principalmente a abordagem mais pessoal / individualizada que a Ouvidoria/CRDF passou a promover a partir de junho/2024, realizando contato telefônico com o usuário demandante sempre que necessário para resolução da manifestação. Esta ação refletiu um importante aumento na taxa de satisfação a partir do referido mês, com queda no último bimestre em decorrência da diminuição de recursos humanos em um setor que já trabalha com déficit.

*fonte: <https://www.painel.ouv.df.gov.br/dashboard>

É fundamental destacar que o CRDF conflui demandas inerentes a todas as Regiões de Saúde da SES/DF e, portanto, recebe um grande número de manifestações de Ouvidoria que são direta e principalmente indiretamente relacionadas à solução esperada pelo demandante. Como a referência para o agendamento é a regulação, é comum haver

situações que não dependem do CRDF para resolução (por exemplo: demora no tempo de agendamento de consulta, exame ou cirurgia, o que ocorre pela baixa oferta de vagas pelas Regiões de Saúde), mas que acabam gerando insatisfação do usuário com o atendimento e o serviço prestado pela regulação.

Considerando o (maior) número de manifestações e a resolutividade da Ouvidoria/CRDF, especialmente no contexto de intermediar manifestações de acesso aos serviços de saúde regulados em muitas em situações de descontentamento do usuário com a rede assistencial, o resultado do indicador é ainda mais louvável é decorrente da dedicação e do comprometimento da equipe em cumprir prazos, atender às demandas qualitativamente, empenhar-se na resolutividade da manifestação e promover um atendimento individualizado, inclusive através de contato telefônico com o usuário demandante, sempre que necessário.

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

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

Metodologia de cálculo: Numerador: Número em horas de afastamentos com o código 341 na Região de Saúde/URD Denominador: Soma em horas de todos os afastamentos na Região de Saúde/URD Multiplicador: 100

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Relatórios Gerenciais extraídos do ForPonto e SIGRH Web.

INDICADOR SOBRESTADO ATÉ REFORMULAR

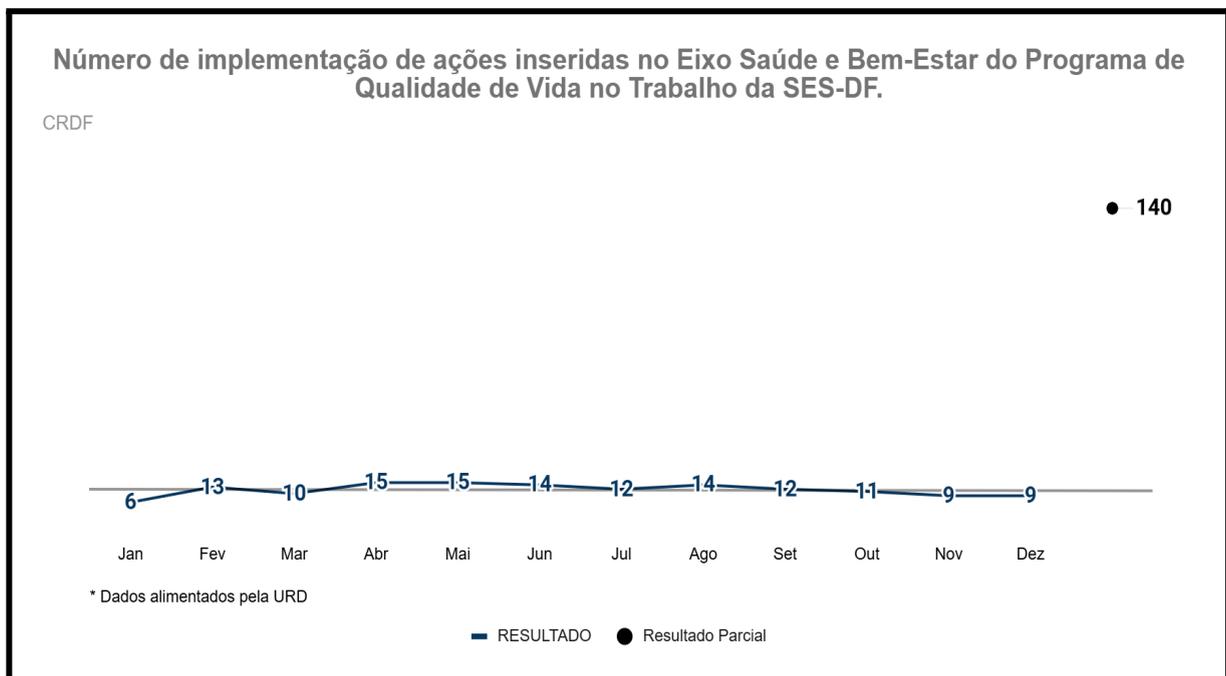
3.3. Indicador 43: Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.

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

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

Polaridade: Maior, melhor

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



A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é tema de grande relevância e através da Política de Qualidade de Vida no Trabalho foi implementada na SES/DF com a publicação da Portaria nº 914, de 14 de Setembro de 2021 e da Portaria nº 87, de 04 de Fevereiro de 2022. Tem como diretrizes a elaboração e a execução do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho através do desenvolvimento de ações promovidas nos contextos individual e coletivo. O NSHMT/CRDF desenvolveu diversas ações no ano de 2024 através do Comitê Regional de Qualidade de Vida no Trabalho (CRQVT/CRDF) considerando os cinco eixos temáticos da QVT: saúde e bem estar, profissional, estrutura, estima e pessoal.

Considerando ser um indicador novo com monitoramento de metas no ano de 2024, mesmo diante das dificuldades, o NSHMT/CRDF obteve média de 11,6 ações/mês implementadas.

Os principais limitantes incluem o fato de o CRDF ser um setor distribuído por todo o Distrito Federal (23 Bases Descentralizadas do SAMU e Centrais de Regulação em diferentes estruturas prediais), o que dificulta a divulgação e o alcance das ações entre os servidores. Muitos, inclusive, desconhecem o Programa de Qualidade de Vida no

Trabalho e sentem-se desmotivados em participar devido à sobrecarga de trabalho ou falta de liberação de carga horária para este fim. A ausência de recursos financeiros para execução de ações planejadas é outro fator limitante com impacto negativo no indicador, por restringir o que pode ser executado sem verba para tal, refletindo em ações que não geram custo para o setor (ex: lives). Ainda assim, o NSHMT/CRDF observou adesão cada vez maior dos servidores do CRDF às ações implementadas e conscientização acerca de pautas importantes sobre a QVT, como por exemplo, a promoção do autocuidado com a saúde e a importância em realizar o exame periódico anual.

4. Indicadores específicos do CRDF

Os Indicadores Específicos do Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF) refletem a performance e a qualidade dos processos regulatórios que organizam o acesso da população aos serviços de saúde no âmbito do SUS/DF. Esses indicadores abrangem diferentes frentes de atuação da regulação, como a captação e doação de órgãos e tecidos, o acesso a procedimentos ambulatoriais e cirurgias eletivas, a regulação de leitos, o atendimento pré-hospitalar e o funcionamento do SAMU DF.

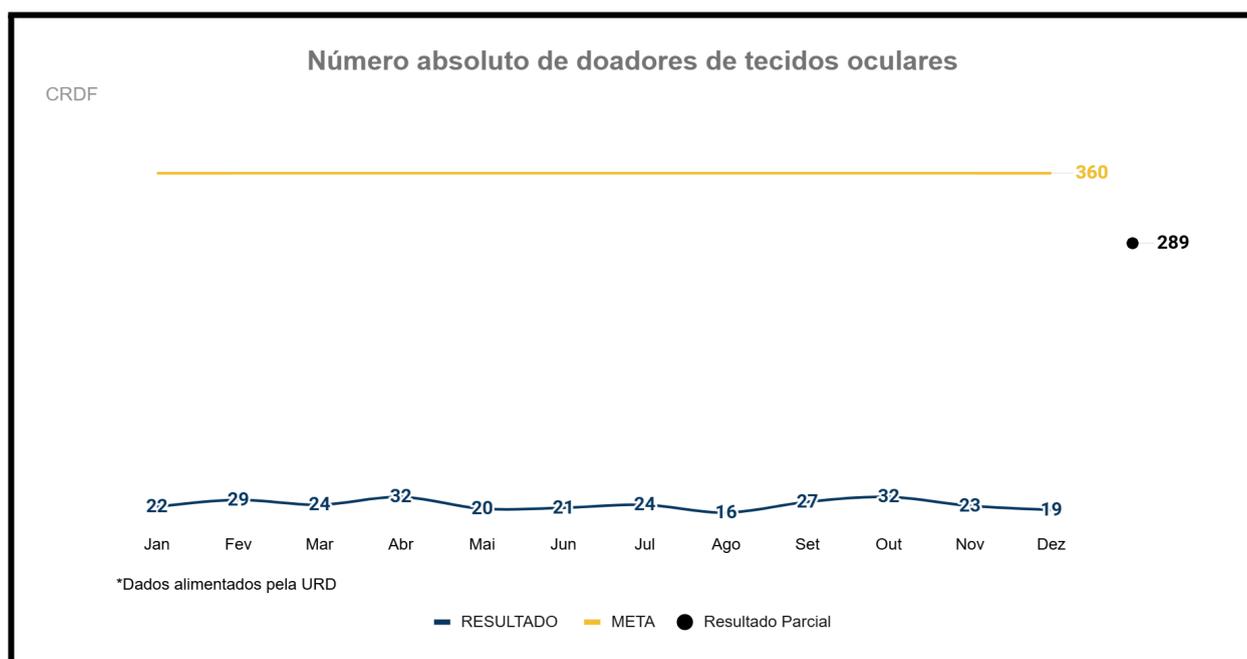
4.1. Indicador 1: Número absoluto de doadores de tecidos oculares.

Conceito: Doador efetivo de tecidos: indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação N°4/2017). A doação de tecidos oculares pode ocorrer em até 6h após a parada cardiorrespiratória, se o corpo do doador não for mantido sob refrigeração. E em até 12h após a parada cardiorrespiratória, se o corpo do doador for refrigerado dentro de 6h após a parada. É necessário a análise dos critérios de seleção e exclusão, autorização familiar para doação e triagem laboratorial. Esse indicador possibilitará o acompanhamento e monitoramento do número de doações de tecidos oculares efetivadas no Distrito Federal.

Metodologia de cálculo: Número absoluto de doadores de tecidos oculares. Somatório do número de doadores efetivos (indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante).

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes (SIG/SNT) Planilha EXCEL.



A doação de órgãos e tecidos ainda enfrenta muitos desafios no Distrito Federal. Dentre as principais barreiras, encontram-se a recusa familiar, a desinformação e até mesmo questões culturais e religiosas.

A doação de tecidos oculares possui um fator facilitador, já que pode ser obtida após qualquer óbito e não apenas através dos óbitos por morte encefálica, como ocorre na doação de órgãos sólidos. Assim, o número de notificações recebidas pela equipe da Central Estadual de Transplantes (CET) é maior, mas também é maior o número de contra indicações médicas.

A meta atingida corresponde a 80% da meta prevista e no ano de 2024, o fator que mais contribuiu para a não obtenção de um número maior de doadores de tecidos oculares foi

a recusa familiar em todos os meses do ano, exceto em agosto, devido ao período de renovação de credenciamento do Banco de Olhos e Tecidos (BOT) pelo Ministério da Saúde e em dezembro, devido ao recesso dos centros transplantadores de córneas. Assim, percebemos que o alto índice de recusa familiar reflete a necessidade de maior divulgação do processo de doação de órgãos.

Considerando o fator facilitador previamente citado, podemos concluir que outro entrave para um número ainda maior de doadores seria o número de notificações de óbitos para a CET, sendo portanto um objeto de ação a comunicação dos hospitais com a equipe da Central, no intuito de aumentar o número de doadores em potencial.

A conscientização da população estreita a confiança no Sistema de Saúde e nos profissionais que participam deste processo. É essencial o envolvimento de todas as partes, em especial a SES/DF e o Governo, para promover ações educativas sobre o tema, eventos com especialistas da área, campanhas e apoio de instituições de ensino. Também é fundamental a capacitação dos profissionais envolvidos. A CET já realiza ações mensalmente visando estas pautas.

4.2. Indicador 2: Número absoluto de doadores de órgão sólido

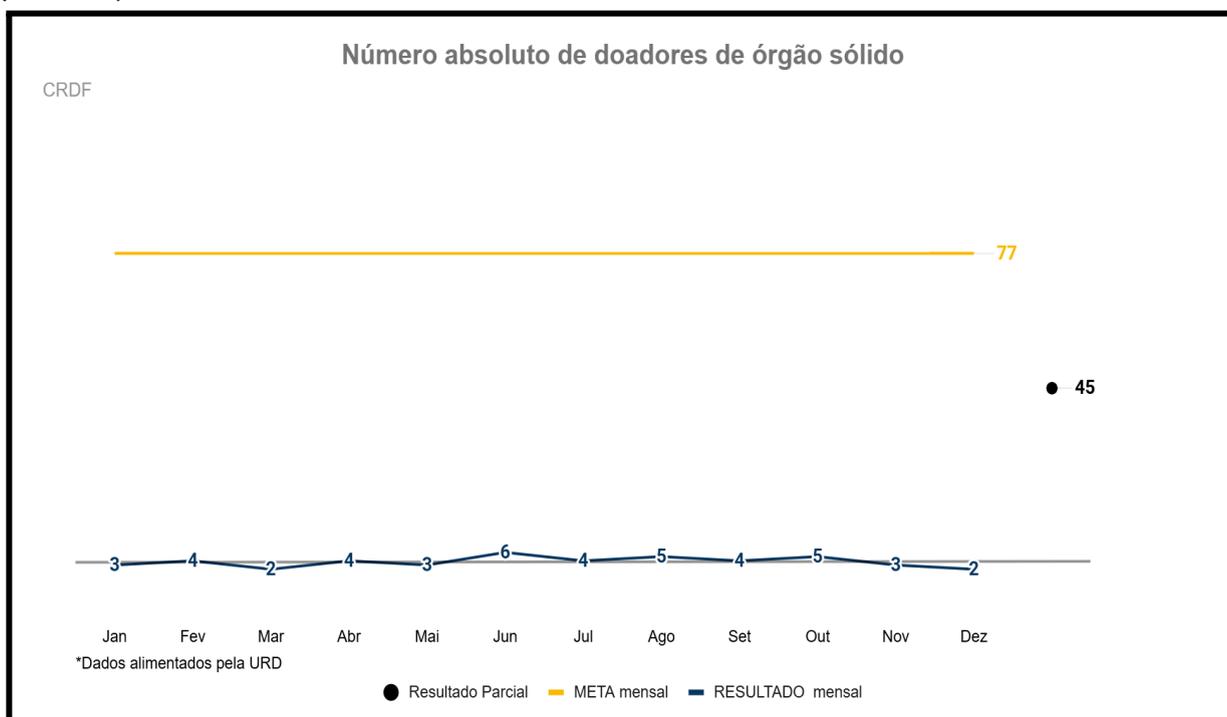
Conceito: Doador efetivo de órgãos: indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação N°4/2017).

A doação de órgãos é regulamentada por Leis (9.434/1997 e 10.211/2001), Decretos (9.175/2017), Resoluções (CFM 2.173/2017) e Portarias. A Portaria de Consolidação N° 4/2017 contém o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Esse indicador permitirá monitorar o número de doadores efetivos de órgãos sólidos no Distrito Federal.

Metodologia de cálculo: Somatório do número de doadores efetivos (indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada). Número absoluto de doadores de órgão sólido.

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes (SIG/SNT) Planilha EXCEL.



A doação de órgãos e tecidos ainda enfrenta muitos desafios no Distrito Federal. Dentre as principais barreiras, encontram-se a recusa familiar, a desinformação e até mesmo questões culturais e religiosas.

Para a doação de órgãos, é necessário o funcionamento do processo como uma engrenagem, na qual todas as partes envolvidas têm importância fundamental no êxito: após a identificação de um potencial doador, o mesmo é submetido a criteriosa avaliação e exames para o diagnóstico de morte encefálica. Quando confirmada, a equipe da CET informa aos familiares sobre o óbito, prestando o suporte e o apoio emocional necessários para o momento e oferece a possibilidade de doação de órgãos e tecidos, que, quando consentida pela família, segue os trâmites e é realizada pela equipe especializada, encaminhando-se para posterior distribuição ao receptor, que é previamente inscrito por seu profissional assistente no programa do Ministério da Saúde. Assim, o tempo é um fator fundamental, bem como a abordagem com os familiares no momento difícil da perda. Uma dificuldade encontrada é o doador

elegível versus a efetivação da doação: nessa transição, ocorre um decréscimo importante e as doações efetivas acabam sendo um número significativamente menor do que o de doadores elegíveis, influenciado por diversos fatores detalhados a seguir.

No ano de 2024, os fatores que contribuíram para a meta de doadores de órgãos sólidos não ter sido atingida e que são inerentes à obtenção de potenciais doadores e sua elegibilidade para a doação foram:

- Recusa de doação expressa em vida;
- Condições clínicas do doador (que o tornam inelegível para a doação): sorologia positiva, diagnóstico de neoplasia, diagnóstico de sepse, idade, PCR antes da entrevista familiar;
- Recusa de familiares após o óbito: desejo da integridade do corpo, desconhecimento do desejo em vida de doar órgãos, princípios religiosos, contra-indicação médica, descontentamento com o atendimento recebido, receio em atrasar a entrega do corpo post mortem.

Também é importante destacar que, no primeiro quadrimestre/2024, a ocorrência com equipamentos utilizados para o diagnóstico de morte encefálica (Doppler transcraniano em manutenção e falta de eletrodo tipo agulha para eletroencefalograma) foi um fator agravante do indicador.

Excluindo-se as condições clínicas do paciente e a falta de insumos, podemos concluir que os demais fatores listados são evitáveis e refletem a necessidade de maior divulgação do processo de doação de órgãos. A conscientização da população estreita a confiança no Sistema de Saúde e nos profissionais que participam deste processo. Assim, é essencial o envolvimento de todas as partes, em especial da SES/DF e do Governo, para promover ações educativas sobre o tema, eventos com especialistas da área, campanhas e apoio de instituições de ensino. Também é fundamental a capacitação dos profissionais envolvidos. A CET já realiza ações mensalmente visando estas pautas, bem como outras atribuições fundamentais ao processo, como a abordagem com os familiares do potencial doador, mesmo com carga horária deficitária no setor.

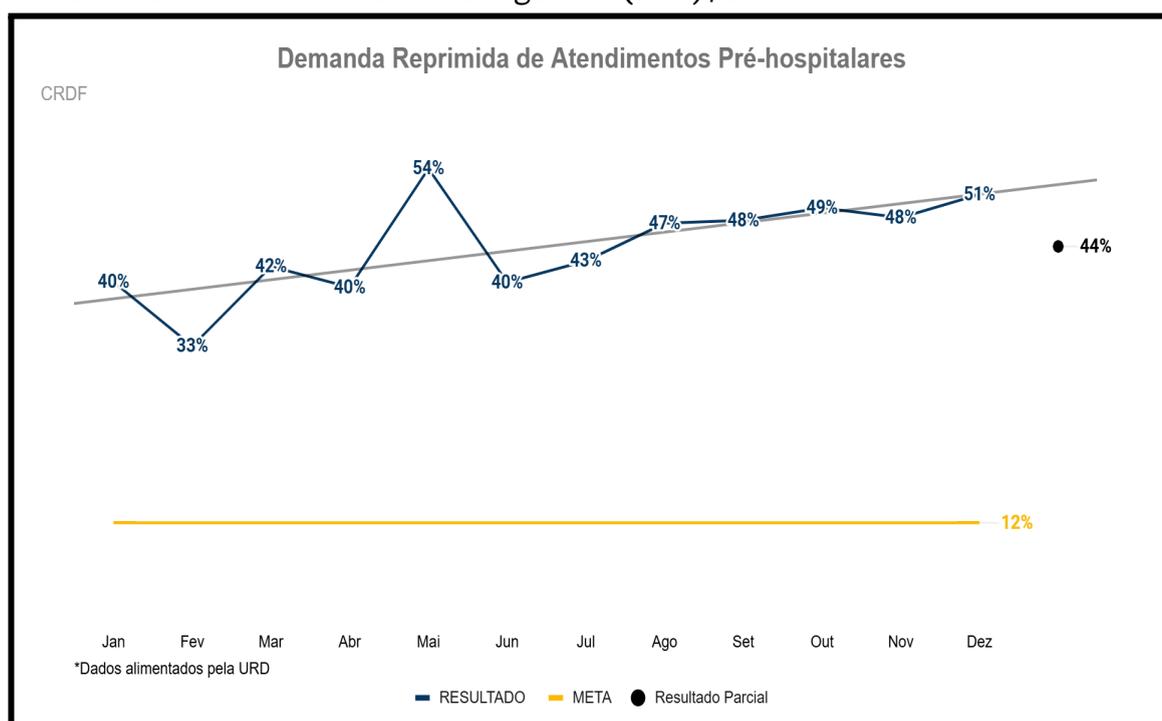
4.3. Indicador 3: Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares

Conceito: Percentual de intervenções necessárias do SAMU 192 sem meios disponíveis no ano corrente. Número de ligações onde o regulador identifica a necessidade de encaminhar recursos para atendimento e não há meios disponíveis no momento. As ligações são classificadas pelo médico regulador que avalia a gravidade da situação e decide por encaminhar ou não o recurso. As ligações reguladas são categorizadas como: intervenção necessária e possível (em que é enviado o recurso mais próximo e adequado ao local onde a vítima/paciente se encontra); não pertinente (avaliados sem qualquer risco de vida, não necessitando de atenção urgente); necessária e sem meios (onde é necessário o atendimento mas não existem meios para enviar no momento da solicitação, e sem dados para decidir (não há informações suficientes que possam subsidiar a avaliação).

Metodologia de cálculo: **Numerador:** Número de ocorrências reguladas classificadas como necessárias e sem meios de transporte. **Denominador:** Número total de ocorrências classificadas como intervenção necessária. **Multiplicador:** 100.

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Sistema de Atendimento de Urgências (SAU) / SAMU-DF.



A Demanda Reprimida das solicitações encaminhadas ao SAMU 192 DF representa o registro da classificação das ocorrências em primeira regulação como pertinentes de intervenção, porém sem meios disponíveis. Ao finalizarem o primeiro atendimento, os médicos reguladores necessariamente classificam as ocorrências em 4 alternativas diferentes na janela de "Primeira Regulação" do Sistema de Gerenciamento de Ocorrências do SAMU (Sistema SAU). A classificação "Intervenção necessária e possível" define intervenção realizada por meio do acionamento de algum recurso móvel, já a opção "intervenção necessária porém sem meios" identifica a demanda reprimida. A somatória desses dois valores pode ser utilizada como base de análise para a necessidade real de atendimento populacional no período avaliado (Ocorrências

classificadas como Necessárias).

Nos últimos quatro anos, a Demanda Reprimida do SAMU 192 DF apresentou um comportamento histórico caracterizado por uma baixa dispersão das ocorrências classificadas como "necessárias e possíveis", contrastando com um aumento gradativo das ocorrências classificadas como "necessárias porém sem meios", que cresceram 221% de 2020 a 2023. Essa relação pode indicar um impacto sobre o SAMU devido ao aumento da demanda populacional total, que passou de 99.918 ocorrências necessárias em 2020 para 126.961 em 2023, representando um aumento de 140%.

Em janeiro de 2024, pela primeira vez, a quantidade de ocorrências classificadas como intervenção necessária, mas sem o acionamento de recursos móveis do SAMU, ultrapassou a quantidade de ocorrências que tiveram intervenção com o acionamento de equipes. Embora tenha ocorrido uma nova inversão entre maio e junho, o monitoramento sugere uma importante situação de contingenciamento do SAMU. Nesse caso, o desdobramento pode sugerir ainda uma tendência de piora do desempenho do serviço de atendimento pré-hospitalar no DF, uma vez que a necessidade populacional aparenta gradativa tendência de crescimento, enquanto o nível de resiliência local do SAMU já apresenta sinais de estresse pelo limite de sua atuação que, uma vez alcançado, termina por resultar em aumento da demanda reprimida. Diversos fatores, como a cobertura do atendimento pré-hospitalar, influenciaram significativamente a quantidade de equipes ativas. Esse fator tem sido fortemente impactado pela situação dos contratos de manutenção de veículos do GDF e por períodos de esgotamento de recursos, déficit de peças automotivas, e transições entre contratos regulares e emergenciais. De maneira geral, esses fatores, uma vez afetando o aumento do tempo médio de permanência das viaturas nas oficinas, interferem negativamente na cobertura do atendimento pré-hospitalar (APH), pressionando ainda mais a capacidade máxima do SAMU.

Independente do destaque de fatores que afetaram negativamente a disponibilidade de equipes ativas do SAMU e conseqüentemente a demanda reprimida, o aumento da demanda populacional de atendimentos pré-hospitalares é fator que já merece atenção. Considerando o objetivo de reduzir a demanda reprimida no DF, intervenções gestoras de maior complexidade passam a ganhar maior relevância onde, na relação de fatores que afetam o desempenho do APH, não somente as variáveis menores envolvendo o processo de trabalho interno precisam de abordadas sistemática e estrategicamente, mas igualmente projetos maiores como o redimensionamento e a ampliação do serviço.

1. Análise dos fatores que influenciam no aumento deste indicador:

- Déficit de Recursos Materiais - Viaturas em Manutenção: Atualmente o SAMU evoluiu para uma diminuição da quantidade média de viaturas paradas por motivo de manutenção preventiva e corretiva. A situação do novo contrato de manutenção da SEPLAD já se encontra validada, com o novo sistema da empresa QFrotas em uso regular. O impacto de viaturas paradas na cobertura do APH segue apresentando valores próximos da normalidade e monitorado pelo Relatório de Controle de Frota do SAMU 192 DF, já implementado e em fase de complementação e aprimoramento.

- Déficit de Recursos Materiais - Macas Retidas: igualmente impactam na disponibilidade de viaturas.

- Déficit de Recursos Humanos - Médicos: O déficit de profissionais médicos (intervencionistas e reguladores) se mantém em estado crítico ainda com piora progressiva. Atualmente, o dimensionamento de servidores médicos do SAMU 192 DF

inclui os postos de trabalho na Central de Regulação de Urgência e nas Unidades de Suporte Avançado. Conforme a Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde Nº 3, que define o dimensionamento do SAMU baseado no quantitativo populacional, o Distrito Federal, que oficialmente já ultrapassou a marca de 3 milhões de habitantes, deve contar com uma quantidade MÍNIMA de 7 médicos reguladores diurnos, e 5 médicos reguladores noturnos. Como o SAMU conta com 8 Unidades de Suporte Avançado e opera aproximadamente 50% da escala médica da Unidade Avançada Aeromédica em conjunto com o Corpo de Bombeiros Militar do DF, considera-se uma necessidade total de 2.520 horas médicas por semana. Ao considerar o Índice de Segurança do Trabalho atual de 16%, o dimensionamento mínimo figura em 2.923 horas semanais de servidores médicos destinados exclusivamente para a assistência, o que pode ser traduzido em um corpo clínico mínimo de 146 profissionais (com carga horária de 20h semanais).

- Considerando que atualmente o corpo clínico do SAMU destinado à atividade assistencial é de 1.160 horas de médicos lotados na CERU (Central de Regulação de Urgência) e de 920 horas de médicos lotados em Núcleos de Atendimento Pré-hospitalar (NAPHs), totalizando 2.080 horas de médicos, o atual déficit do SAMU 192 DF é de 42 profissionais médicos (com carga horária individual de 20h semanais).

- Equipes Móveis Inativas, afetando a cobertura do APH populacional em relação à capacidade total dimensionada para o serviço.

- Dimensionamento: Sub-dimensionamento de equipes móveis por área de cobertura frente à alta demanda instalada (Quantidade de equipes/unidades móveis dimensionadas para o território do DF) e envio de equipes móveis para ocorrências de baixa gravidade.

2. Fatores externos que interferem na Demanda Reprimida:

- Contingenciamento das Unidades Hospitalares e UPAs: A situação termina resultando em maiores distâncias percorridas pelas Unidades Móveis. Isso é observado em decorrência do remanejamento de viaturas para unidades de saúde de destino mais distantes, objetivando a equalização da capacidade de acolhimento da rede de urgência. Com a piora da situação dos hospitais, percebe-se também maior tempo dentro da Unidade de Destino: ressalta-se atrito na classificação de risco, acolhimento, recebimento dos pacientes e liberação das equipes do SAMU. Assim, destacamos um maior intervalo de tempo engajado nas ocorrências, como resultado do tempo envolvido em deslocamento até o local da ocorrência e deste até a unidade de destino, bem como maior intervalo de tempo envolvido no acolhimento e liberação das equipes para o próximo atendimento.

- Transportes Inter-hospitalares: Alta demanda de transportes inter-hospitalares (desviando o recurso de Unidades de Suporte Avançado do pré-hospitalar para o acolhimento destas demandas). Aqui ressalta-se que não é atribuição do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar a realização de transportes de pacientes fora de rota de emergência dentro da Rede Hospitalar SES-DF. A ausência de serviço próprio ou contratado desde 2009 segue impactando o SAMU 192 DF há mais de 10 anos. Cada transporte inter-hospitalar, que consome um intervalo de tempo muito superior para a realização quando comparado a um atendimento primário, acarreta no desvio de uma Unidade de Suporte Avançado ou eventualmente de uma USI (Intermediária: sem a presença de médico do SAMU, sendo tripulada por médico da Unidade Hospitalar de origem), do atendimento de urgência e emergência à população do DF.

3. Principais fatores elencados, em ordem decrescente de relevância, para o registro da média de Demanda Reprimida:

- Déficit de Recursos Humanos (em especial de Médicos);
- Grande demanda de Transportes Inter-hospitalares comparado à quantidade de Unidades de Suporte Avançadas ativas por período;
- Déficit de Recursos Materiais em decorrência de macas retidas nas unidades de urgência e emergência;
- Sub-dimensionamento das Unidades Móveis disponíveis para a cobertura territorial do Distrito Federal.

A Demanda Reprimida do SAMU 192 DF segue como uma das principais variáveis de diagnóstico da capacidade de atendimento da demanda de urgência e emergência pré-hospitalar do DF. O ponto de destaque para a realidade do serviço hoje aponta para um alto índice de demanda reprimida associado a uma piora gradativa nos últimos anos. Em série histórica, vale destacar 18.780 demandas reprimidas registradas no ano de 2018, comparado com 66.230 em 2024. Ressalta-se que a quantidade total de ocorrências tidas como necessárias de intervenção também apresentou crescimento gradativo. Em 2020, foram registradas 99.918 ocorrências necessárias, contrastando com 128.345 em 2024. Dado o histórico dos anos anteriores, é possível presumir um aumento contínuo da necessidade de atendimento pré-hospitalar no território do DF, realidade que, se não assistida por planejamento de crescimento sustentável dos serviços oferecidos à populacional e redimensionamento do SAMU 192 DF, invariavelmente afetará as principais métricas de performance, incluindo o Tempo Resposta ao Chamado do SAMU (indicador 4) e a Demanda Reprimida (este indicador).

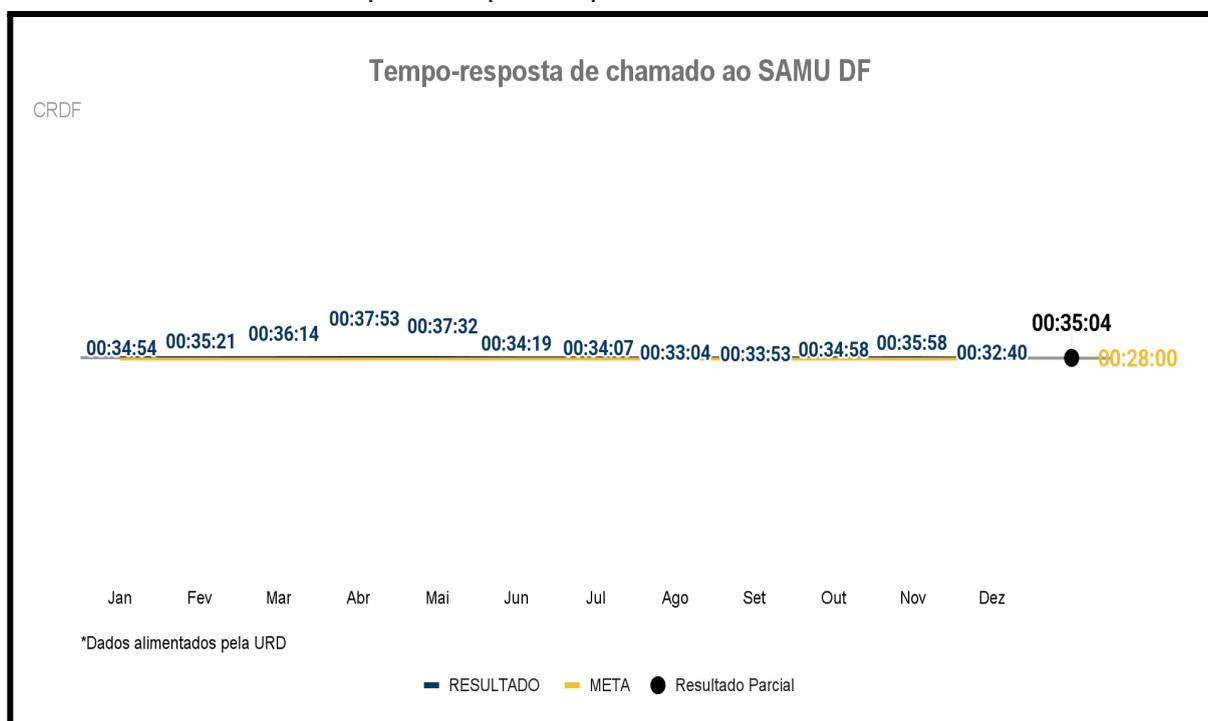
4.4. Indicador 4: Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF.

Conceito: Tempo resposta das ocorrências reguladas pela Central de Regulação de Urgência do SAMU 192. Estima a capacidade do serviço em chegar no momento oportuno à vítima que expressa necessidade de atendimento em urgência e emergência, possibilitando conectá-la aos recursos que ela necessita na maior brevidade possível, reduzindo sofrimento, sequelas e mortes evitáveis. Esse indicador envolve várias etapas: tempo de recebimento e atendimento pelo Técnico auxiliar de regulação médica (TARM), tempo de atendimento do médico regulador, tempo de decisão, tempo de acionamento, tempo de partida e tempo de deslocamento da equipe até o local da ocorrência. Estima a capacidade do serviço em chegar no momento oportuno à vítima que expressa necessidade de atendimento em urgência e emergência, possibilitando conectá-la aos recursos que ela necessita na maior brevidade possível, reduzindo sofrimento, sequelas e mortes evitáveis. Esse indicador envolve várias etapas: tempo de recebimento e atendimento pelo Técnico auxiliar de regulação médica (TARM), tempo de atendimento do médico regulador, tempo de decisão, tempo de acionamento, tempo de partida e tempo de deslocamento da equipe até o local da ocorrência.

Metodologia de cálculo: $\sum (\text{hora de chegada da equipe} - \text{hora da qualificação TARM}) / \text{N}^\circ \text{ de atendimentos por USB + USA}$

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: TrakCare e Relatório da SAIS/CATES com o total de leitos de UTI da rede própria, contratada e conveniada disponíveis por hospital



Este indicador considera a média do intervalo desde a finalização do atendimento do TARM até a chegada da viatura no local. Embora seja o principal indicador de qualquer serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência, trata-se de um dado altamente sensível e pouco específico, característica que se reflete invariavelmente na quantidade

de fatores capazes de interferir no seu resultado final. Conseqüentemente, a análise do indicador se torna fundamental para o diagnóstico situacional do serviço.

A análise de distribuição dos tempos respostas das ocorrências atendidas pela Central do SAMU 192 DF com atuação das Unidades Móveis e com todos os intervalos de tempo devidamente registrados, permite analisar uma curva de distribuição normal com o tempo resposta mais frequente de 19 min, com uma média aritmética de 34 minutos. Considerando como ponto de corte a meta estabelecida de 28 minutos, podemos identificar a quantidade total de atendimentos abaixo e acima da meta. Assim, podemos propor uma forma de análise do padrão de evolução do atendimento populacional do SAMU mediante a redução gradativa do volume de ocorrências acima da meta estabelecida, tanto quanto o incremento de atendimentos cumpridos de forma satisfatória dentro da meta definida no PDS.

São fatores que influenciam o registro deste indicador em valores elevados: Déficit de recursos materiais, Déficit de recursos humanos, Elevada incidência de afastamentos legais, Quantidade elevada de Equipes Inativas, Elevação da demanda de ocorrências atendidas, Desequilíbrio entre o dimensionamento do serviço e a demanda instalada, Alta densidade populacional, Alta densidade urbana, Elevada relação entre a área de cobertura e a quantidade de equipes disponíveis, Elevada demanda de transportes inter-hospitalares fora de rota de emergência, Relação entre a quantidade de Bases Modulares Descentralizadas e a quantidade de recursos móveis (concentração vs descentralização de equipes no território), Distribuição das Bases Modulares no território, Piora da situação de contingenciamento das Unidades Hospitalares e UPAs, Elevação da quantidade média de horas de macas retidas.

O alto impacto do contingenciamento por superlotação de pacientes de forma generalizada nas portas de emergência das Unidades de Saúde SES-DF é o principal fator externo que interfere no Tempo Resposta.

A situação de baixa crítica de Unidades Móveis em decorrência da situação do Contrato de Manutenção das Viaturas apresentou melhora significativa.

Vale ressaltar que, em qualquer situação que resulta na redução da quantidade de equipes ativas disponíveis, percebe-se o efeito do acionamento de unidades móveis para o atendimento de ocorrências localizadas em regiões mais distantes. Quanto maior a distância percorrida, maior o tempo de deslocamento. Como o volume de acionamentos se acumula de forma proporcional à quantidade de solicitações acolhidas no 192, percebe-se diariamente, de 12h às 14h e de 18h às 20h, dois picos de redução de equipes disponíveis. Trata-se de intervalos onde tradicionalmente no Distrito Federal percebe-se um padrão de tráfego (fluxo e contrafluxo) envolvendo regiões periféricas e a região central do Plano Piloto. Assim, em alguns intervalos diários, o fator distância percorrida ainda se soma ao fator tráfego comprometendo ainda mais o tempo de deslocamento das equipes.

Principais fatores elencados, em ordem decrescente de relevância, para o atual registro do Tempo Resposta:

- Demanda de transportes inter-hospitalares;
- Tempo total de macas retidas;
- Sub-dimensionamento das Unidades Móveis disponíveis para a cobertura do Território do Distrito Federal.

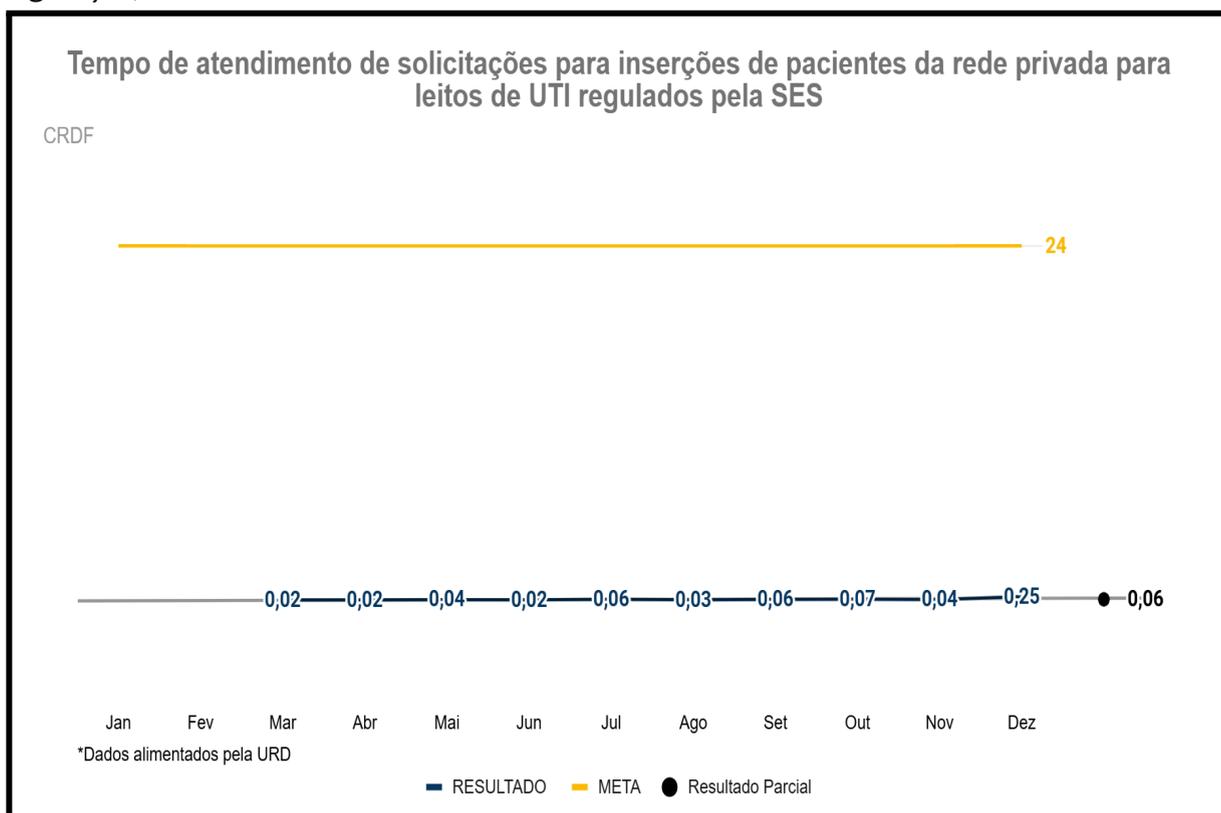
4.5. Indicador 5: Tempo de atendimento de solicitações para inserções de pacientes da rede privada para leitos de UTI regulados pela SES.

Conceito: Cálculo de Tempo de atendimento de solicitações para inserções de pacientes advindos da rede privada para ocuparem leitos de UTI regulados pela SES. Leito regulado: leito ocupado autorizado pelo Complexo Regulador em Saúde Dis Central de Regulação. Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados. Excetuam-se destes, os leitos gerais de internação hospitalar. Mede o tempo necessário para que pacientes, internados em leitos de UTI da rede privada, sejam inseridos na lista de espera por leito de UTI regulados pelo CRDF (contratadas ou próprias da SES/DF) após a visita do supervisor médico dessa Central.

Metodologia de cálculo: Número de chamados / solicitações para inserção de pacientes em leitos de UTI / soma de horas entre a solicitação e a inserção em lista.

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Planilha de acompanhamento de solicitações de visita; e-mail da Central de Regulação, SEI e Trakcare



Este indicador realiza a mensuração do tempo decorrido para que pacientes internados em leitos de UTI da rede privada sejam inseridos na lista de espera por leito de UTI regulados pelo CRDF (contratados ou próprios da SES/DF), após a visita do médico supervisor da Central de Regulação da Internação Hospitalar (CERIH), objetivando transparência da oferta do leito e menor tempo de espera.

Durante o ano de 2024, não havia controle do tempo entre o chamado e a inserção do paciente.

A implantação ocorreu apenas no mês de Março. O tempo foi superado nos meses de Março a Junho e Agosto.

Na planilha de controle, é possível perceber as discrepâncias de tempo de visita entre os supervisores, portanto, o tempo de resposta pode estar associado às demandas individuais desses profissionais.

Considerando que os médicos supervisores não estão mais lotados na CERIH, sugerimos articulação com a CEMEDES e a DAQUA para sensibilização quanto à celeridade do tempo de resposta.

4.6. Indicador 6: Percentual de aproveitamento de vagas ambulatoriais ofertadas.

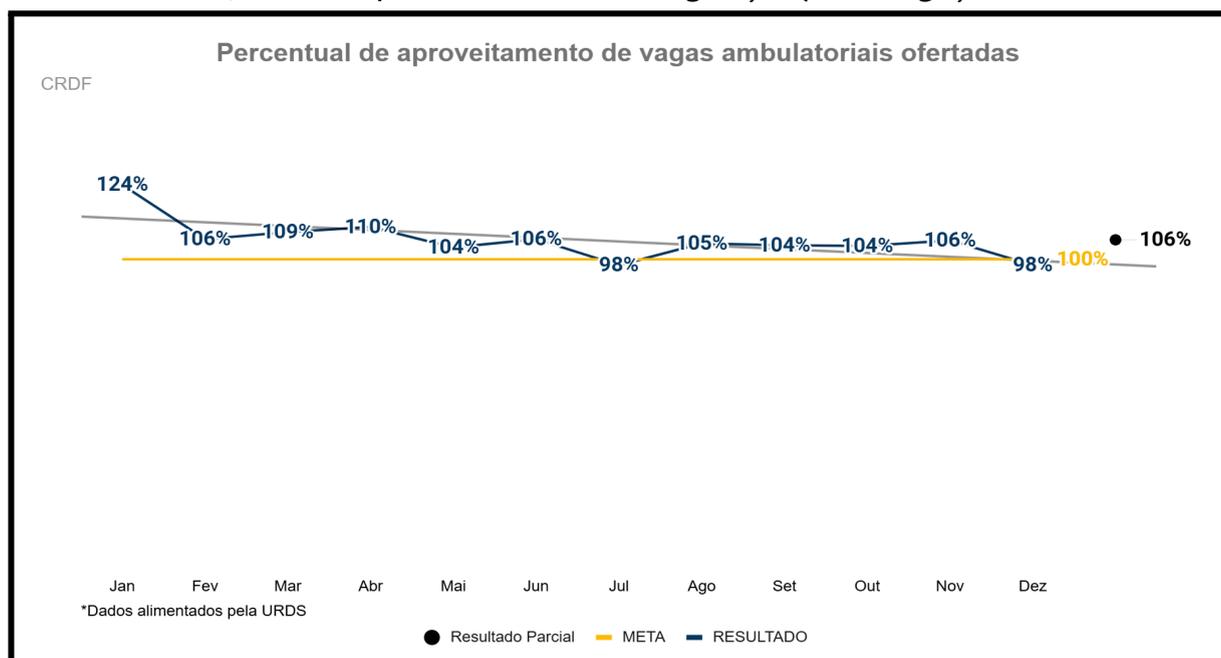
Conceito: Diferença entre número de solicitações autorizadas menos as canceladas sobre a oferta de vagas para consultas/Exames/Procedimentos em Panorama 3. Número de procedimentos ambulatoriais autorizados baseado em notas técnicas/protocolos clínicos previamente regulamentados pelas especialidades e institucionalizados na SES/DF. Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF pelo SISREG III na rede própria, conveniadas e contratadas da SES-DF. Esses protocolos são instrumentos de ordenamento dos fluxos de encaminhamentos, sendo facilitadores para o manejo clínico em todos os níveis de atenção. Os procedimentos ambulatoriais aqui compreendem consultas especializadas e exames diagnósticos. O Panorama 1 abrange a regulação regional. O território possui aptidão para gerenciar sua própria distribuição da oferta e a alocação da demanda dos pacientes conforme sua capacidade instalada, além de serem responsáveis pela qualificação das solicitações (consultas/procedimentos/internações), de acordo com os fluxos e protocolos vigentes. O Panorama 2 abrange a regulação pactuada/inter-regional. A região ofertante do recurso deverá ter aptidão para gerenciar, além de sua demanda, também a demanda de outro território/região, mediante pactuação prévia. O Panorama 3 é regulado centralmente pelo CRDF. Refere-se a recursos que não estão presentes na maioria dos territórios, sendo estes escassos e estratégicos, estando concentrados em unidades executantes próprias, contratadas e/ou conveniadas específicas que servem a toda a rede. Mede o número de solicitações de Consultas/Exames/Procedimentos autorizados pela Central de Regulação Ambulatorial (CERA) realizados pela rede própria, conveniada e contratada da SES-DF, em detrimento das vagas ofertadas.

Metodologia de cálculo: Numerador: Número de solicitações autorizadas - (menos) canceladas

Denominador: oferta de vagas ambulatoriais em Panorama 3.

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: SISREG III, Painel Mapa Social da Saúde - Regulação (Homologação MPDFT e SES-DF)



Este indicador afere o índice de vagas de consultas, exames ou procedimentos autorizadas pela Central de Regulação Ambulatorial (CERA), excetuando-se as canceladas, efetivamente utilizadas na Unidade Executante, seja SES/DF, conveniada ou contratada, possibilitando ainda o acompanhamento da quantidade de cancelamentos realizados pelas unidades de saúde após a autorização. O número de vagas ofertadas é aferido entre o primeiro e o quinto dia útil de cada mês e, no decorrer do mês, pode haver a abertura de novas vagas ou a redução por afastamentos não previstos. Assim, o número de vagas ofertadas pode ser diferente no início e no final do mês e, também por este motivo, a meta pode ultrapassar 100%, como ocorreu na maioria dos meses de 2024.

No ano de 2024, manteve-se a apresentação de resultados sem grandes variações, onde ressaltamos a superação da meta (> 100%) entre os meses de janeiro a junho e de agosto a novembro, nos quais podemos inferir que houve abertura / oferta de vagas extras, e nos meses de julho e dezembro (98% em ambos), possivelmente pela diminuição da oferta de vagas (regulares e/ou extras) especialmente por serem meses nobres, em decorrência de recesso, feriados e escala de férias, isto é, afastamentos legais.

Desta forma, concluímos que houve um bom aproveitamento das vagas ofertadas, ultrapassando a meta estabelecida para o ano.

Entretanto, devido a superação de 100%, o indicador será descontinuado em 2025.

4.7. Indicador 7: Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG.

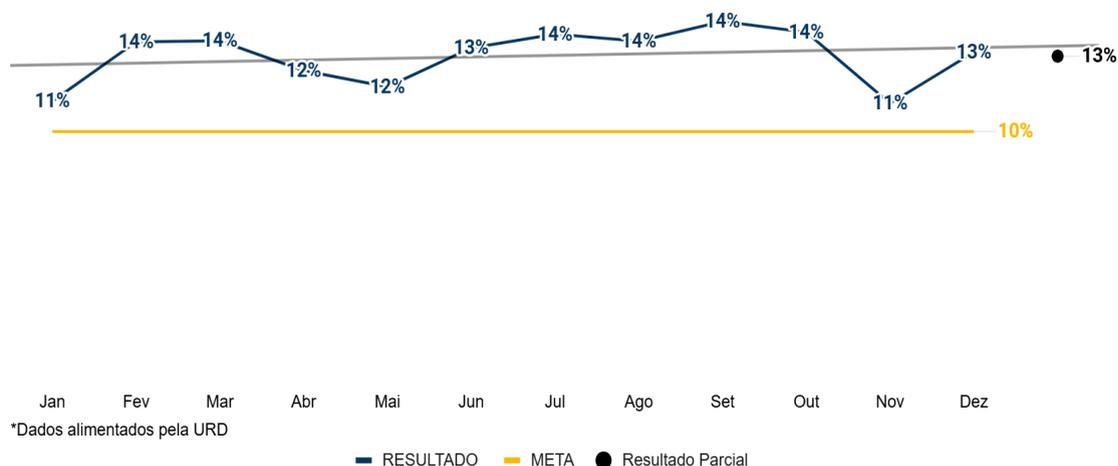
Conceito: Avaliar o percentual de cirurgias eletivas autorizadas, em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG, no ano corrente, no DF, mensurando a oferta (número de vagas) em relação à demanda (número de solicitações), evidenciando a vazão das filas. O acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos é um desafio complexo que envolve a gestão de filas crescentes, capacidade de estruturas hospitalares e articulação deficiente da rede. As filas de cirurgias eletivas são dinâmicas e consideram tanto a ordem cronológica de ingresso, quanto a classificação de prioridade baseada em critérios clínicos descritos em protocolos. Cirurgias eletivas são definidas pelo Ministério da Saúde como "todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência." As filas de espera refletem o desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços, sendo passível a sua mensuração em número de solicitações aguardando agendamento, ao que se entende que, quanto maior, mais iminente é a necessidade de estratégias por parte dos gestores em saúde para sua redução. Já o tempo de espera também é um fator a ser considerado, embora não seja um fator passível de mensuração em termos quantitativos no quesito cirurgias eletivas (NT N° 06/2020 - ANVISA). O indicador tem como proposta a análise da gestão das filas e a criação de estratégias para a redução das filas e do tempo de espera. É uma ferramenta aliada da gestão no sentido de demonstrar o resultado das ações criadas para o aumento da execução de cirurgias eletivas nas redes própria, contratada e conveniada da SES-DF, em conjunto com a efetividade do processo regulatório. Estima a porcentagem de execução de cirurgias eletivas autorizadas de pacientes da SES-DF, em relação ao número de solicitações de procedimentos aguardando em fila autorização para execução, de acordo com a oferta de vagas. Assim, permite a mensuração da oferta (número de vagas) em relação à demanda (número de solicitações) e demonstra a vazão das filas, proporcionando a identificação dos fatores limitadores para direcionamento de ações estratégicas.

Metodologia de cálculo: (Número de cirurgias autorizadas no mês / Número de cirurgias na fila do SISREG no último dia útil do mês) x 100.

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Sistema Nacional de Regulação - SISREG III

Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG



Este indicador avalia o percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG, mensurando a oferta (número de vagas) em relação à demanda (número de solicitações) e evidenciando a vazão das filas. Através de seus resultados, permite a análise da gestão das filas e a criação de estratégias para a redução das filas e do tempo de espera. É uma ferramenta aliada da gestão no sentido de demonstrar o resultado das ações criadas para o aumento da execução de cirurgias eletivas nas redes própria, contratada e conveniada da SES/DF, em conjunto com a efetividade do processo regulatório.

Dos fatores limitantes deste indicador, destacamos a oferta de vagas pelas Unidades Executantes. A fila de espera reflete a demanda muito maior do que a oferta já há alguns anos.

A higienização das filas é um fator importantíssimo quando se fala em cirurgia eletiva e é uma etapa essencial ao processo regulatório, mas pouco realizada.

Podemos citar ainda o SISREG como um fator limitante, uma vez que não permite a consulta retrógrada das filas e emite relatórios de forma limitada.

Em 2024, observou-se uma variação mensal entre 11 e 14% no resultado do indicador. Houve alcance/superação da meta em 07 meses do ano, enquanto nos outros 05 meses os resultados ficaram entre 11 e 12%, sem alcance da meta, porém, próximo. Destaca-se que a oferta de vagas apresentou-se sem variações significativas, no que tange às vagas regulares das Unidades Executantes (rede SES/DF e contratadas).

Em relação às filas, observou-se um aumento de solicitações em março e abril/2024 (em torno de 2000) e queda no período de maio a dezembro/2024.

Neste contexto, algumas ações podem ter influenciado esses dados:

1. Em abril/2024, as Unidades Executantes receberam o processo SEI 00060-00177732/2024-59, que versa sobre o edital de contratação dos anestesistas;
2. Em junho/2024, a CERCE recebeu o processo SEI 00060-00359132/2024-15, que versa

sobre a análise comparativa das solicitações no SISREG e as AIHs cirúrgicas emitidas e dos óbitos, o que forneceu dados para uma maior celeridade no processo de higienização das filas pela Central;

3. Também em junho/2024, a CERCE emitiu um Memorando Circular para todas as Unidades Executantes de cirurgias eletivas (processo SEI 00060- 00305717/2024-15), sobre a modificação do processo de trabalho da Central, incluindo:

a. Fim da validade das chaves, que anteriormente era de 30 dias e passaram a ser válidas até a execução da cirurgia, findando também a necessidade de reinserção (o que impactou no número de novas solicitações inseridas no SISREG, conforme mencionado acima);

b. Maior antecedência das autorizações (60 dias), possibilitando o acesso precoce às agendas e atuação das Unidades Executantes na resolução de fatores limitantes para a execução da cirurgia (ex: atualização de exames pré-operatórios);

c. No terceiro quadrimestre, conforme referendado na análise do indicador, houve a finalização dos contratos com os hospitais credenciados e a prorrogação dos Contratos com Hospital das Clínicas e Hospital São Mateus.

Ainda sobre o número de pacientes em fila de espera, é importante destacar que a fila não higienizada/qualificada rotineiramente impacta direta e negativamente nas taxas do indicador.

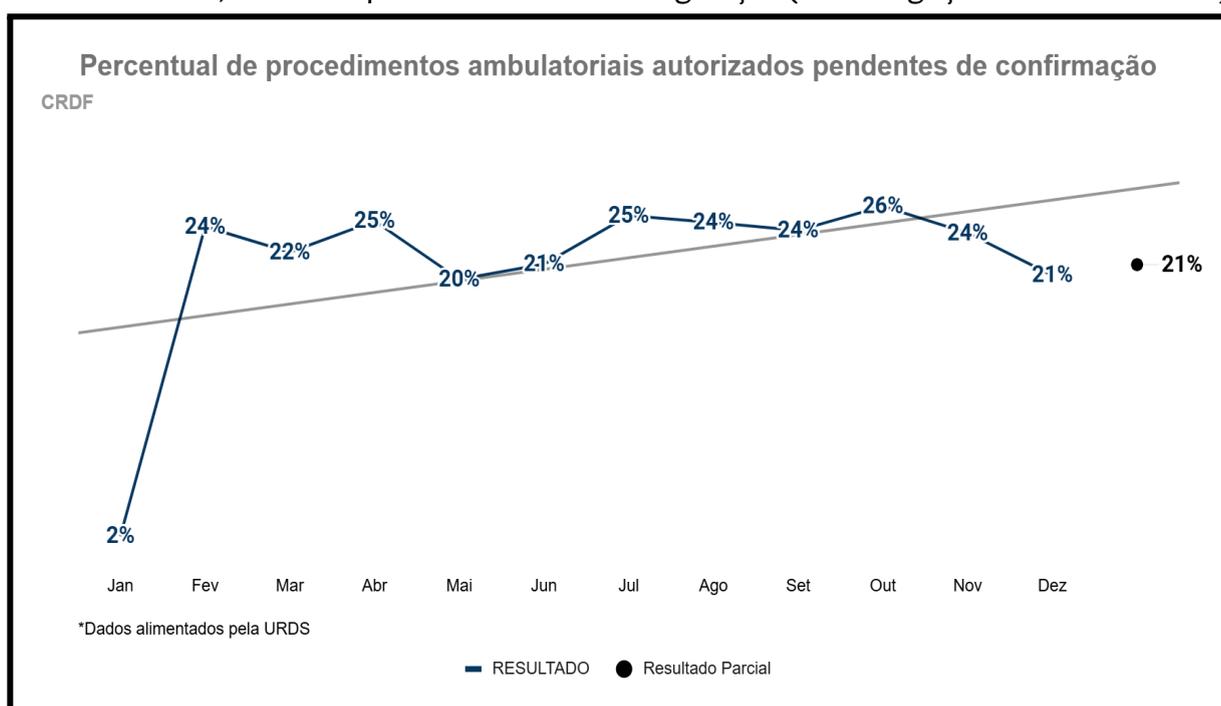
4.8. Indicador 8: Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação.

Conceito: Percentual de procedimentos ambulatoriais agendados e pendentes de confirmação pelas unidades de executantes. Número de procedimentos ambulatoriais autorizados baseado em protocolos clínicos previamente regulamentados pelas especialidades e institucionalizados na SES/DF. Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF pelo SISREG III na rede própria, conveniada e contratada da SES-DF. Esses protocolos são instrumentos de ordenamento dos fluxos de encaminhamentos, sendo facilitadores para o manejo clínico em todos os níveis de atenção. Os procedimentos ambulatoriais aqui compreendem consultas especializadas e exames diagnósticos. O Panorama 1 abrange a regulação regional. O território possui aptidão para gerenciar sua própria distribuição da oferta e a alocação da demanda dos pacientes conforme sua capacidade instalada, além de serem responsáveis pela qualificação das solicitações (consultas/procedimentos/internações), de acordo com os fluxos e protocolos vigentes. O Panorama 2 abrange a regulação pactuada/inter-regional. A região ofertante do recurso deverá ter aptidão para gerenciar, além de sua demanda, também a demanda de outro território/região, mediante pactuação prévia. O Panorama 3 é regulado centralmente pelo CRDF. Refere-se a recursos que não estão presentes na maioria dos territórios, sendo estes escassos e estratégicos, estando concentrados em unidades executantes próprias, contratadas e/ou conveniadas específicas que servem a toda a rede. Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF (CERA) no panorama III, a partir de protocolos institucionalizados pendentes de confirmação pelas unidades executantes.

Metodologia de cálculo: Total de agendamentos de procedimentos ambulatoriais não confirmados/Total de procedimentos ambulatoriais agendados - (menos) cancelados) x 100

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: SISREG III, Painel Mapa Social da Saúde - Regulação (Homologação MPDFT e SES-DF)



Este indicador afere a quantidade de consultas, exames ou procedimentos autorizados pela Central de Regulação Ambulatorial (CERA) e pendentes de confirmação.

O atendimento atualmente é confirmado pelo fechamento da chave no SISREG e no caso de não comparecimento, é lançada falta no sistema.

Assim, a demora no fechamento da chave de confirmação pela Unidade Executante é o grande limitador deste indicador e impede a avaliação do real absenteísmo do usuário ao serviço agendado pela regulação.

O déficit de recursos humanos (RH) e falta de treinamento de RH para fechamento de chaves também são obstáculos, assim como a instabilidade do SISREG e a falta de interoperabilidade entre os sistemas utilizados (SISREG e TrakCare / MV), o que acarreta na necessidade de ações semelhantes em sistemas diferentes, gerando morosidade.

O viés que pode ser reportado é inerente à demora no fechamento da chave de um atendimento realizado (ausência de confirmação no momento da extração do dado) versus a falta de fato do usuário ao serviço agendado (dado não lançado até o momento da extração do dado). O indicador não realiza essa diferenciação.

Um outro ponto a se destacar é que, após o agendamento da consulta, exame ou procedimento pela Central, o usuário é comunicado por um sistema automatizado de mensagens (via Whatsapp) e de ligações por Inteligência Artificial, possibilitando confirmar o comparecimento com antecedência ou informar que não irá comparecer, permitindo que a vaga seja reaproveitada para outro usuário em fila, caso haja tempo hábil para o agendamento. Assim, concluímos que o contato desatualizado é um importante obstáculo, uma vez que o usuário não consegue ter conhecimento do seu agendamento e pode faltar por desconhecê-lo.

No ano de 2024, o indicador esteve em monitoramento, mas se considerarmos a meta ideal de 100%, é um dado crítico que reflete a inércia de uma ação de suma importância nas Unidades Executantes.

Os resultados mensais oscilaram entre 20% e 24%, demonstrando, portanto, um significativo número de solicitações que não têm suas chaves de confirmação fechadas no momento oportuno.

A ação de fechamento das chaves pelas Unidades Executantes se constitui em um procedimento simples, porém, a adesão é baixa, possivelmente pelos fatores listados acima.

Isso distorce os dados e atrapalha a aferição de diversos outros indicadores, principalmente do absenteísmo, pois não é possível saber se as solicitações pendentes de confirmação seriam faltas ou comparecimentos.

A crítica sobre este indicador é que o mesmo não reflete, de fato, a atribuição da responsabilidade pela falta da confirmação à CERA, assim como não define quais Unidades Executantes são as que mais deixam de realizar a confirmação de seus atendimentos.

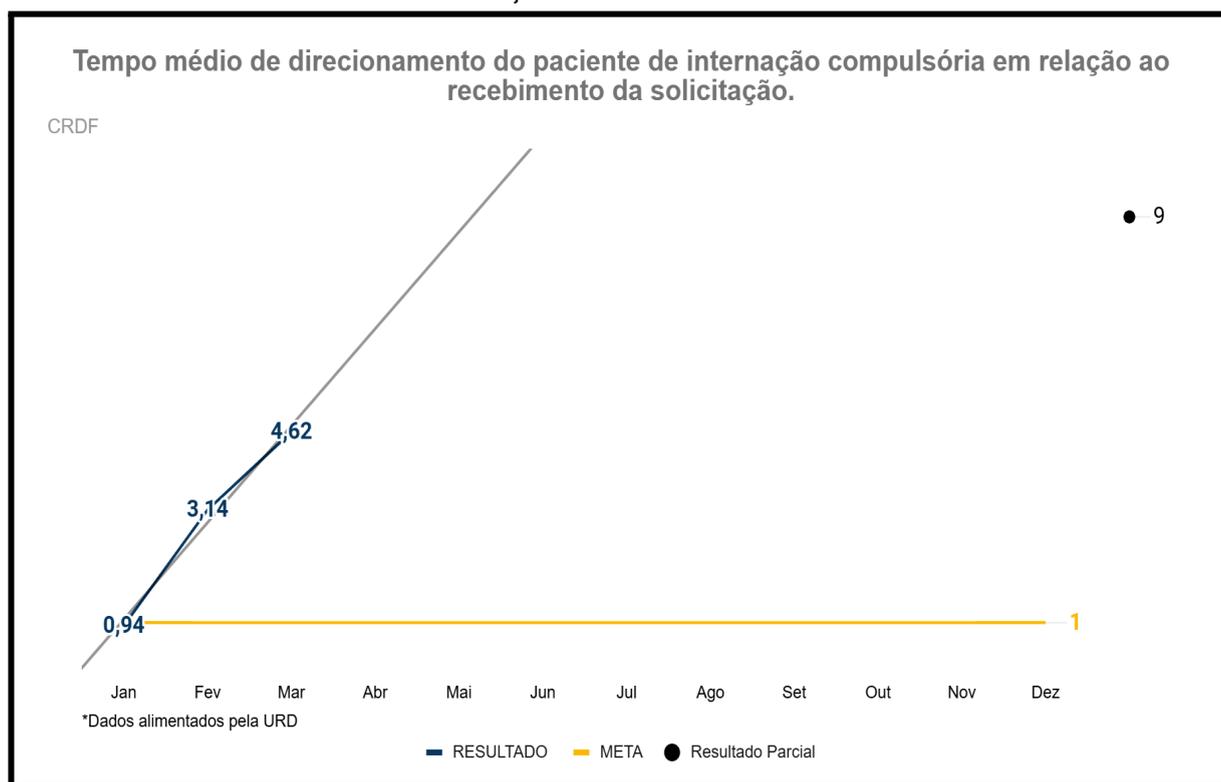
4.9. Indicador 9: Tempo médio de direcionamento do paciente de internação compulsória em relação ao recebimento da solicitação.

Conceito: Cálculo do Tempo médio de atendimento de solicitações para inserções em lista de pacientes de internação compulsória em relação ao recebimento da solicitação em leitos de UTI conveniados, contratos e regulados pela SES. Leito regulado: leito ocupado autorizado pelo Complexo Regulador em Saúde Dis Central de Regulação. Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados. Excetuam-se destes, os leitos gerais de internação hospitalar. Mede o tempo médio necessário entre a solicitação para internação compulsória em saúde mental e o direcionamento para o leito com suporte necessário realizado pelo médico regulador.

Metodologia de cálculo: Data do recebimento da solicitação / data da resposta. Numerador: Data do recebimento da solicitação. Denominador: data da resposta.

Polaridade: Menor, melhor

Fonte: Sistema Eletrônico de Informações- SEI!



Este indicador realiza a mensuração do tempo médio de atendimento das solicitações para a inserção de pacientes de internação compulsória em lista de espera, em relação ao recebimento da solicitação, pelo médico regulador da Central de Regulação da Internação Hospitalar (CERIH), para leitos com o suporte necessário para este perfil de usuário. Durante o ano de 2024, esse indicador foi devidamente alimentado até o mês de março. De abril em diante, houve descontinuidade por insuficiência de força de trabalho, tanto de profissionais médicos como de enfermeiros.

Além disso, é importante salientar que a insuficiência de instrumentos de trabalho também impactou negativamente sobre a manutenção do indicador, onde todos os dados eram alimentados em planilhas Google para posterior consolidação.

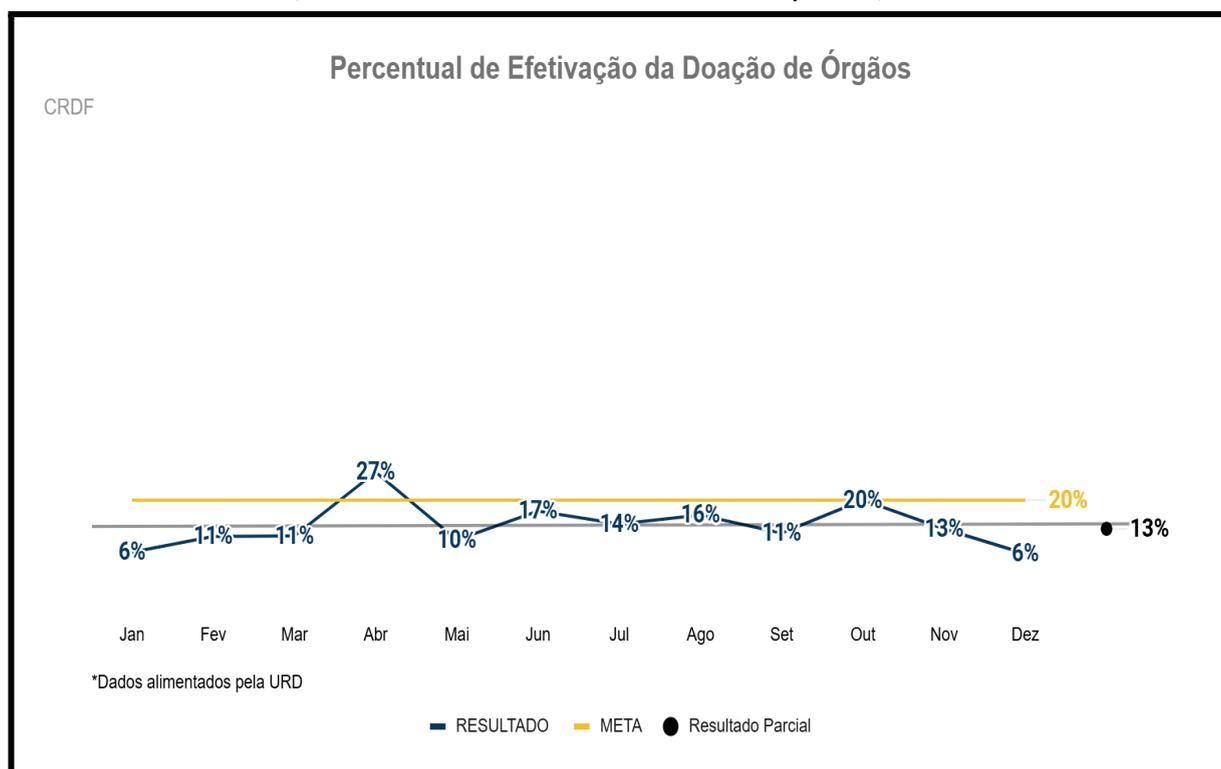
4.10. Indicador 10: Percentual de Efetivação da Doação de Órgãos

Conceito: Percentual de doação efetivas no Distrito Federal em relação ao número de confirmações de morte encefálica. Doador efetivo de órgãos: indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação N°4/2017). Estas verificações de informações serão realizadas nas unidades de faturamento das unidades notificantes e na CET (número total de notificações de potenciais doadores de órgãos) por unidade hospitalar. A doação de órgãos é regulamentada por Leis (9.434/1997 e 10.211/2001), Decretos (9.175/2017), Resoluções (CFM 2.173/2017) e Portarias. A Portaria de Consolidação N° 4/2017 contém o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Esse indicador permitirá monitorar o número de doadores efetivos de órgãos em relação às confirmações de morte encefálicas no Distrito Federal

Metodologia de cálculo: NUMERADOR: Número de doadores efetivos de órgãos
DENOMINADOR: Número de confirmação de morte encefálica. Resultado deverá ser multiplicado por 100. (Número de doadores efetivos de órgãos / número de confirmações de morte encefálica) X 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Planilha EXCEL, dados do Sistema Nacional de transplante, unidades de Saúde.



A doação de órgãos e tecidos ainda enfrenta muitos desafios no Distrito Federal. Dentre as principais barreiras, encontram-se a recusa familiar, a desinformação e até mesmo questões culturais e religiosas.

Para a doação de órgãos, é necessário o funcionamento do processo como uma engrenagem, na qual todas as partes envolvidas têm importância fundamental no

êxito: após a identificação de um potencial doador, o mesmo é submetido a criteriosa avaliação e exames para o diagnóstico de morte encefálica. Quando confirmada, a equipe da CET informa aos familiares sobre o óbito, prestando o suporte e o apoio emocional necessários para o momento e oferece a possibilidade de doação de órgãos e tecidos, que, quando consentida pela família, segue os trâmites e é realizada pela equipe especializada, encaminhando-se para posterior distribuição ao receptor, que é previamente inscrito por seu profissional assistente no programa do Ministério da Saúde. Assim, o tempo é um fator fundamental, bem como a abordagem com os familiares no momento difícil da perda. Uma dificuldade encontrada é o doador elegível versus a efetivação da doação: nessa transição, ocorre um decréscimo importante e as doações efetivas acabam sendo um número significativamente menor do que o de doadores elegíveis, influenciado por diversos fatores detalhados a seguir. No ano de 2024, os fatores que contribuíram para a meta de doadores de órgãos sólidos não ter sido atingida e que são inerentes à obtenção de potenciais doadores e sua elegibilidade para a doação foram a recusa familiar e a contra-indicação médica. Também é importante destacar que, no primeiro quadrimestre/2024, a ocorrência com equipamentos utilizados para o diagnóstico de morte encefálica (Doppler transcraniano em manutenção e falta de eletrodo tipo agulha para eletroencefalograma) foi um fator agravante do indicador, assim como a dengue no primeiro trimestre/2024. No mês de março/2024, houve um aumento significativo no número de recusas familiares e possivelmente, em decorrência deste fato, intensificaram-se as campanhas de doação, refletindo em melhora no mês de abril/2024 (com superação da meta), o que também poderia ter ocorrido pelo número de notificações no referido mês. Também no mês de outubro/2024 a meta foi atingida, possivelmente pela campanha do Setembro Verde, com importante atuação da CET. Excluindo-se a contra-indicação médica e a falta de insumos, o alto índice de recusa familiar reflete a necessidade de maior divulgação do processo de doação de órgãos. A conscientização da população estreita a confiança no Sistema de Saúde e nos profissionais que participam deste processo. Assim, é essencial o envolvimento de todas as partes, em especial da SES/DF e do Governo, para promover ações educativas sobre o tema, eventos com especialistas da área, campanhas e apoio de instituições de ensino. Também é fundamental a capacitação dos profissionais envolvidos. A CET já realiza ações mensalmente visando estas pautas, bem como outras atribuições fundamentais ao processo, como a abordagem com os familiares do potencial doador, mesmo com carga horária deficitária no setor.

4.11. Indicador 11: Percentual de Ligações Para o Número Telefônico 192 (SAMU) que Gerou Somente Orientações à População

Conceito: Percentual de ligações para a Central de Regulação de Urgências que geraram orientação pelo TARM ou atendimento por um médico regulador à população, mas que não houve a necessidade de envio de recursos. Qual o percentual de ligações recebidas pela central do SAMU e que se tornaram um atendimento/orientação, mas sem envio de qualquer recurso do SAMU no ano. A partir do momento do recebimento da ligação até o momento da finalização do atendimento telefônico do TARM reflete, entre outros fatores: picos de ligações. períodos de maior demanda estatística de ligações acolhidas pela Central do SAMU 192 e enviadas para a mesa dos reguladores médicos, as ligações são classificadas pelo médico regulador que avalia a gravidade da situação e decide por encaminhar ou não o recurso. Em caso negativo, o atendimento foi realizado, mas sem necessidade de envio de qualquer recurso do SAMU. Finaliza-se o atendimento com as devidas orientações ao solicitante. As ligações reguladas são categorizadas como: intervenção necessária e possível (em que é enviado o recurso mais próximo e adequado ao local onde a vítima/paciente se encontra); não pertinente (avaliados sem qualquer risco de vida, não necessitando de atenção urgente); necessária e sem meios (onde é necessário o atendimento mas não existem meios para enviar no momento da solicitação, e sem dados para decidir) não há informações suficientes que possam subsidiar a avaliação.

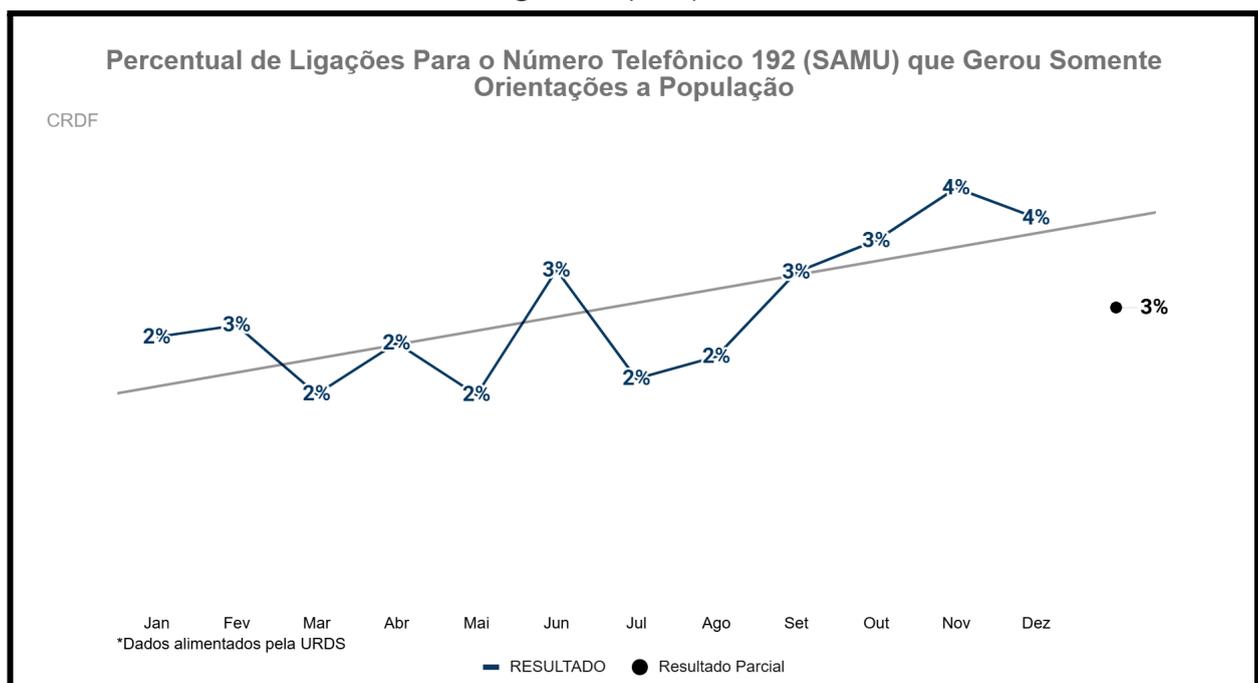
Metodologia de cálculo: Número de solicitações de orientações no mês monitorado / número total de todas as solicitações no mês monitorado) x 100

Numerador: Número de solicitações de orientações no mês monitorado.

Denominador: número total de todas as solicitações no mês monitorado

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Sistema de Atendimento de Urgências (SAU) / SAMU-DF.



Este indicador considera a quantidade de ligações que foram acolhidas pela Central do SAMU, classificadas como ocorrências pertinentes de regulação, transferidas à mesa dos médicos reguladores e finalizadas sem o acionamento de recursos móveis (sem intervenção por unidades móveis) com a classificação de incidente (de preenchimento obrigatório mediante finalização sem o acionamento de recursos) como "orientações". As solicitações acolhidas na Central de Regulação do SAMU uma vez recepcionadas pelo primeiro atendente (TARM) são classificadas podendo então ser encerradas ou encaminhadas para algum Posto de Atendimento. Dentre as classificações dos TARMS temos "solicitação de informações" que podemos desdobrar em atendimentos finalizados em orientações, porém para critério do indicador em análise somente foram consideradas as ligações, classificadas como "Encaminhadas para Regulação" de forma que passaram pelo crivo do médico regulador. O regulador, como autoridade sanitária, tem a responsabilidade de avaliar a demanda e mediante a identificação de contraindicação de intervenção ou impossibilidade de realizá-la, finaliza o seu atendimento finalizado com as DECISÕES "Intervenção necessária e sem meios", "Intervenção não pertinente" ou "Sem dados para decidir". Mediante a sinalização de ocorrência sem a realização de intervenção, o profissional é sinalizado pelo Sistema SAU para classificar o atendimento dentro de uma lista validada de INCIDENTES. Dentre as classificações de incidentes, podem ser filtrados os registros de "orientações". Dessa forma, a análise se concentra no aspecto de orientação dentro do contexto assistencial, além de, ignorada a DECISÃO "sem dados para decidir", identificar as orientações realizadas para a "transferência do cuidado ao solicitante".

Diante do exposto, este indicador nada mais reflete do que uma das atribuições do médico regulador, conforme Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, de realizar o atendimento de toda e qualquer demanda recebida pelo SAMU 192 DF, incluindo aquelas sem indicação de intervenção móvel. Assim, o profissional médico realiza a orientação conforme cada caso e a ligação telefônica que gerou somente orientações à população é inerente à sua função, sendo exercida dentro de suas atribuições.

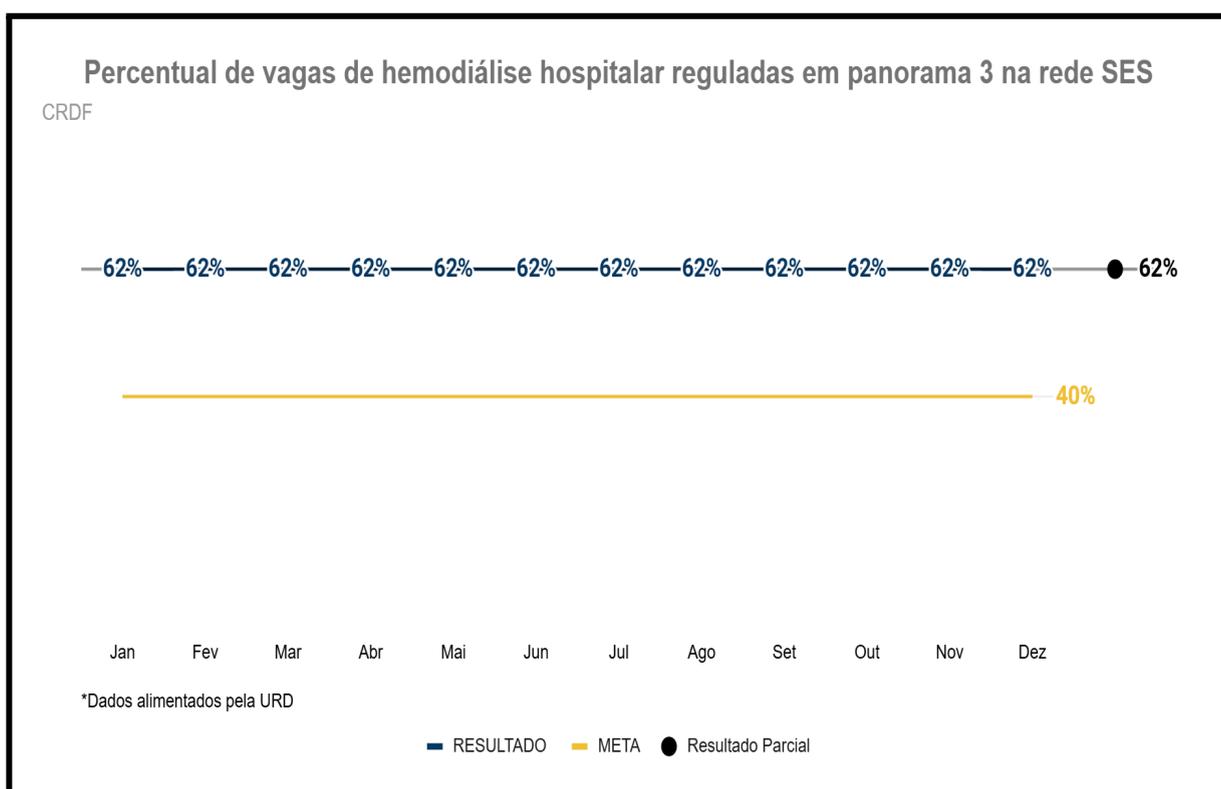
4.12. Indicador 12: Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES

Conceito: Cálculo do percentual de vagas de HD Hospitalar disponíveis em panorama 3 em relação ao número total de vagas de HD Hospitalar disponíveis na rede SES/DF. HD Hospitalar: sessões de hemodiálise disponibilizadas em Hospitais Regionais da SES/DF para pacientes portadores de DRC ou DRA que estão em internação hospitalar. DRC: Doença Renal Crônica / DRA: Doença Renal Aguda / TRS: Terapia Renal Substitutiva. Mede o percentual de vagas de HD Hospitalar que são reguladas em nível central pelo CRDF/CERAC, frente a totalidade de vagas de HD Hospitalar existentes nas unidades hospitalares da rede SES/DF.

Metodologia de cálculo: (Número total de vagas disponíveis em panorama 3 / Total de vagas disponíveis na rede SES) x 100

Polaridade: Maior, melhor

Fonte: Relatório da SAIS/CATES/DSINT/GESINT com o total de leitos de hemodiálise hospitalar disponíveis por hospital. Total de vagas ofertadas no SISREG III e monitoradas pela CERAC em planilhas de excel enviadas por e-mail



Este indicador quantifica o número de vagas de hemodiálise ofertadas pelos estabelecimentos hospitalares (Unidades Executantes) e reguladas pela Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade (CERAC).

Conforme Nota Técnica da especialidade Nefrologia, a CERAC deve regular 70% das vagas de hemodiálise hospitalar (panorama 3), visando um controle imparcial destas vagas, estruturar e reorganizar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar e aumentar a

rotatividade de leitos, especialmente de Terapia Intensiva. As vagas restantes (30%) são reguladas localmente (panorama 1).

O indicador evidencia o percentual de todas as vagas de hemodiálise hospitalar da SES/DF, mas a informação é fornecida à CERAC por cada hospital da rede de forma individualizada. Assim, a grande dificuldade encontrada é a irregularidade / falta do fornecimento da informação ou, ainda mais grave, a informação de números subestimados, o que gera um grande viés e nos leva à conclusão de que mais vagas poderiam estar sendo utilizadas para a regulação em panorama 1. Esta situação tem impacto direto no giro de leitos, especialmente de UTI, uma vez que, quando o leito tem suporte dialítico, a alta fica limitada e acaba sendo prolongada.

A comunicação também é um ponto importante. As informações são encaminhadas pelos estabelecimentos hospitalares por e-mail, mas nem sempre com a frequência solicitada pela CERAC. O cruzamento da informação fornecida pela rede com a informação levantada pela CERAC (feita por contato telefônico) também coloca em xeque a veracidade da informação, já pontuada no parágrafo anterior.

Outro fator importante que merece destaque é o bloqueio de vagas por necessidade de manutenção das máquinas de hemodiálise. Quando ocorrem, as Unidades informam à CERAC, mas nem sempre realizam a redistribuição de vagas do panorama 1 para suprir a redução de vagas do panorama 3 e fortalecer a regulação central.

No ano de 2024, observou-se a constância no total de vagas ofertadas pelos estabelecimentos hospitalares para a regulação, assim como o número total de vagas pactuadas para oferta em panorama 3.

Porém, cabe ressaltar que na análise qualitativa o HRG não ofertou vaga durante o ano e o HRAN ofertou um número menor do que o pactuado. Desta forma, aponta-se como ponto de fragilidade deste indicador as intercorrências nas Unidades Executantes nem sempre informadas a tempo para a CERAC, o que impacta diretamente na oferta de vagas.

Um ponto que merece destaque positivo são as reuniões trimestrais realizadas entre a área técnica de Nefrologia da SES/SAIS e a CERAC.

Em relação à meta do indicador, apesar de ter sido alcançada, quando analisamos o resultado por Unidade Executante, verificamos uma discrepância considerável entre elas, o que impacta diretamente na oferta de vagas de hemodiálise hospitalar e consecutivamente gera a retenção de pacientes na fila de regulação. Assim, um ponto falho do indicador é que este reflete a média de vagas de hemodiálise em panorama 3 de toda a rede SES/DF, mas não permite analisar a meta por hospital (qualitativa). Portanto, concluímos que em 2024 houve unidades em que a meta foi superada, enquanto em outras traria resultados razoáveis ou até mesmo críticos, nos levando a uma reflexão sobre a forma de monitoramento ser global ou específica para cada hospital, possibilitando ações direcionadas àqueles com os piores resultados.

5. Monitoramento dos resultados

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

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

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

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

6. Considerações finais

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

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

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

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

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