



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 dos Acordos de Gestão

RELATÓRIO

ANALÍTICO-DESCRIPTIVO

AGR

COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

CRDF
2021

Sumário

INTRODUÇÃO	3
INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS	5
QUADRO RESUMIDO:	5
ANÁLISE POR INDICADOR	6
ANÁLISE DA METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DO AGR.....	21
CONCLUSÃO	22

INTRODUÇÃO

Trata-se de relatório para apresentação dos resultados auferidos no ano de 2021, das metas contratualizadas no Acordo de Gestão Regional (AGR) do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF). O Acordo de Gestão Regional foi celebrado em janeiro de 2020, com vigência até dezembro de 2023. Os acordos foram concebidos à luz do Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016, que instituiu o Programa de Gestão Regional de Saúde na SES e os indicadores organizados seguindo as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde. Os resultados foram extraídos das planilhas Regionais, preenchidas pelos agentes de planejamento.

O CRDF é uma Unidade de Referência Distrital (URD) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), diretamente subordinada à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, criada por meio do Decreto nº 38.488, de 13 de setembro de 2017. É responsável pela regulação do acesso aos serviços de saúde, garantindo aos cidadãos o atendimento de forma universal, integral, equânime, ordenada, oportuna e racional, coordenando a oferta assistencial disponível às necessidades da população e assegurando transparência ao processo regulatório.

O processo regulatório é exercido pelo CRDF e suas unidades operacionais, abrangendo a regulação médica como autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização definidos e pactuados entre os gestores envolvidos, para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, exames, procedimentos, cirurgias, leitos, transplantes de órgãos e tecidos e outros que se fizerem necessários.

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.

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.

No presente relatório, serão apresentadas as análises dos indicadores durante o ano de 2021, para melhor compreensão de seu comportamento e principais pontos de alcance, bem como as principais dificuldades e desafios encontrados para atingir as metas estabelecidas.

As análises finais, a análise da metodologia do monitoramento e a conclusão do Relatório Analítico Descritivo do AGR 2021 do CRDF foram realizadas de forma retrospectiva em março/2025, pela chefia em vigência do Núcleo de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (NPMA) do CRDF, após comunicado recebido em 25/03/2025 sobre a pendência do Relatório do AGR 2021 do CRDF no site da SES/DF. Foram utilizados os dados dos processos Sei do ano de 2021 e as análises neles registradas pelas áreas técnicas à época.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

CRDF

Item	Tema	Indicador	Meta	Resultado	Status
1	Regulação	Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF	90%	88%	Satisfatório
2	Regulação	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF, que foram ofertados	100%	51%	Razoável
3	Regulação	Percentual de cirurgias eletivas faturadas que foram autorizadas pelo CRDF	100%	47%	Parcial
4	Regulação	Número médio de diárias de alta de UTI por paciente regulado	48hs / 2 dias	1,6	Superado
5	Regulação	Tempo Médio de Espera para primeira regulação	monitoramento	00:00:03	Monitoramento
6	Regulação	Percentual de remoções eletivas reguladas	monitoramento	77%	Monitoramento
7	RUE	Demanda Reprimida de Atendimento Pré-hospitalares	monitoramento	12%	Monitoramento
8	RUE	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF	28 Minutos	00:33:49	Satisfatório
9	Atenção Especializada	Percentual de AIH's Faturadas X notificações de potenciais doadores com diagnóstico de Morte Encefálica (ME), por unidade Hospitalar	Sobrestado	Sobestado	Sobrestado
10	Atenção Especializada	Número absoluto de doadores de tecidos oculares	Mês: 30 Ano: 350	303	Satisfatório
11	Atenção Especializada	Número absoluto de doadores de órgão sólido	Mês: 6 Ano: 72	46	Razoável
12	Sistema de Apoio e Logística	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF	monitoramento	51%	Monitoramento
13	Sistema de Apoio e Logística	Percentual de recursos captados pela unidade em relação aos incentivos de custeio estabelecidos em lei	100,00%	80%	Satisfatório
14	Sistema de Apoio e Logística	Percentual de desempenho da gestão de custos	Sobrestado	Sobrestado	Sobrestado
15	Sistema de Apoio e Logística	Taxa de absenteísmo	monitoramento	9,0%	Monitoramento

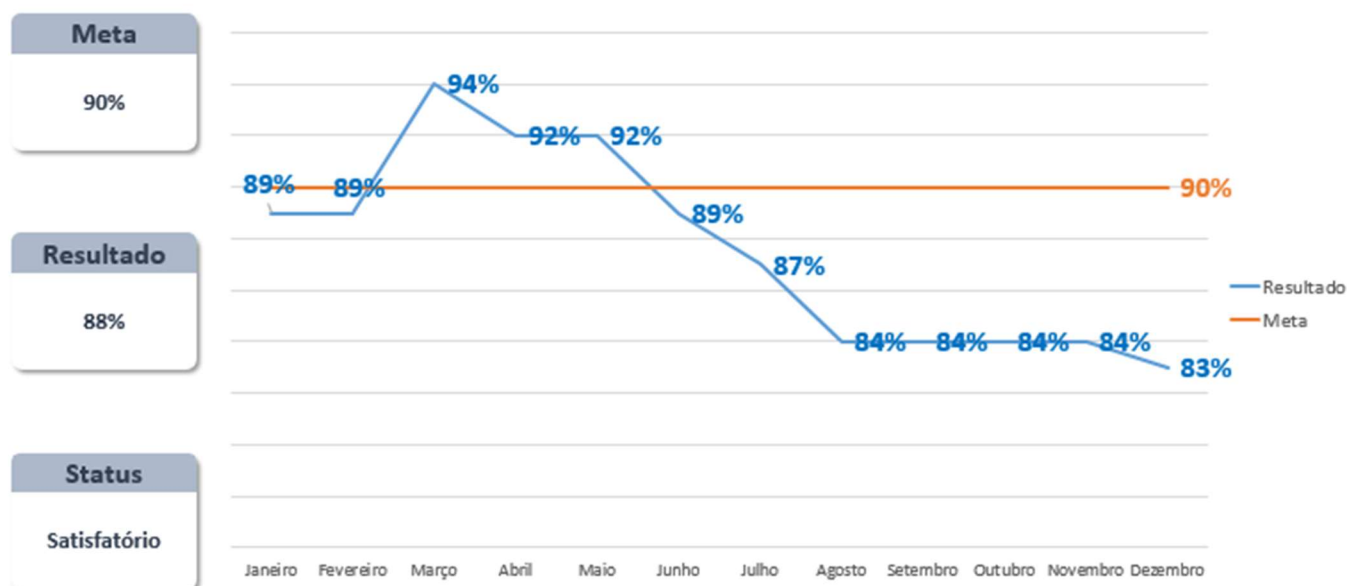
QUADRO RESUMIDO:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
<u>Superado</u>	Superado - Acima de 100% da meta	1	13%
<u>Satisfatório</u>	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	4	50%
<u>Razoável</u>	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	2	25%
<u>Parcial</u>	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	1	13%
<u>Crítico</u>	Crítico - Abaixo de 25% da meta	1	0%
TOTAL			100%

OBS.: Para o cálculo de porcentagem de alcance das metas desconsiderar os indicadores com meta “monitoramento” e “não se aplica”.

ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 1 - Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF



Análise dos resultados:

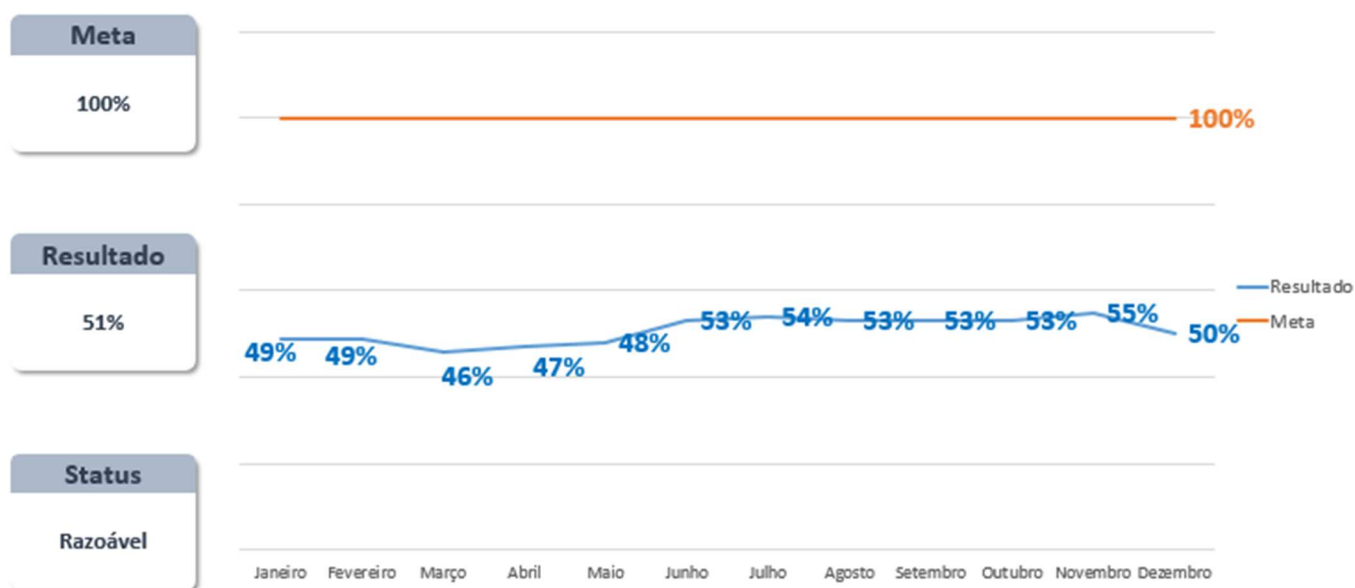
A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 87,52%, bem próxima à meta estabelecida de 90%, com resultado satisfatório.

Ao longo do ano, a análise da área técnica demonstrou no 1º quadrimestre/2021 que, como é necessária a existência de leitos de UTI eletivos - ou seja, regulados em panorama 1, para que as filas de cirurgias eletivas consigam ser atendidas adequadamente, não é possível e nem viável atingir a meta de 100% dos leitos de UTI regulados em panorama 3.

Assim, após a análise quadrimestral do 1º quadrimestre/2021, o NPMA propôs a alteração da meta para 90% dos leitos de UTI regulados em panorama 3 pela CERIH.

Portanto, podemos concluir que os resultados mensais da meta não apresentaram oscilações significativas durante o ano, permanecendo bem próximo à meta estabelecida, com discreta queda a partir de agosto/2021, justificadas pela necessidade de ceder mais leitos para o panorama 1, devido ao aumento das cirurgias eletivas com pós-operatório em UTI. Ainda assim, o resultado final da meta no ano de 2021 foi satisfatório.

Indicador 2 - Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF, que foram ofertados



Análise dos resultados:

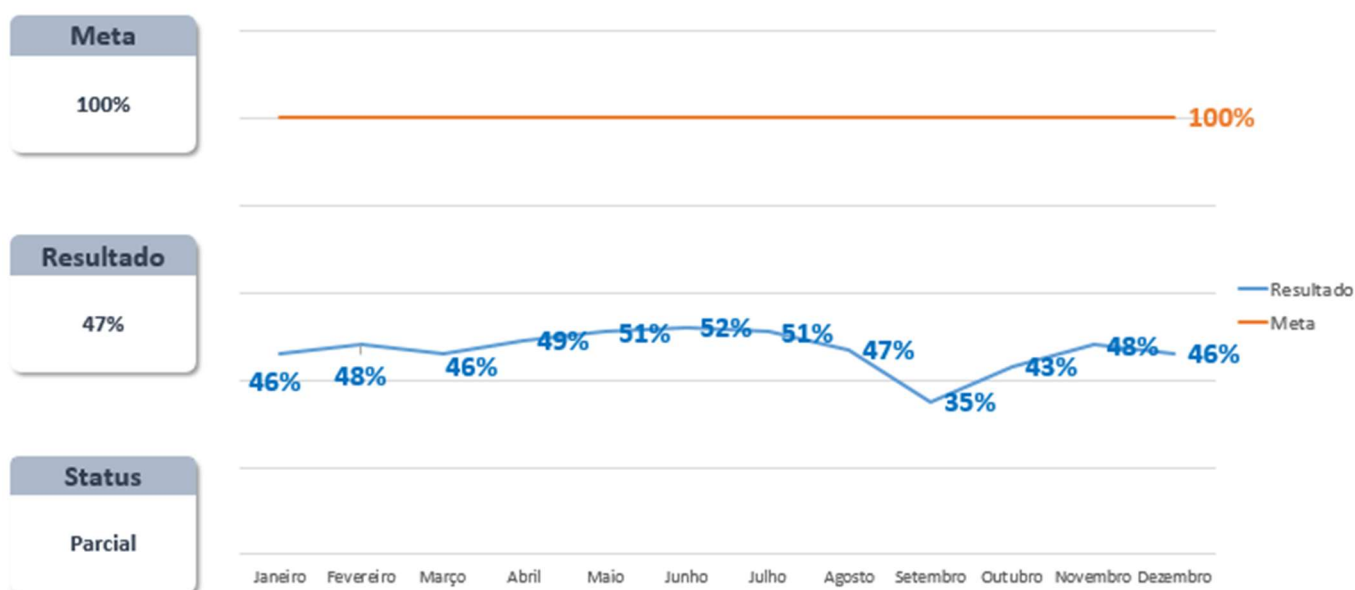
A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 50,87%, com resultado razoável, considerando a meta de 100%.

Na análise da área técnica, pontuou-se que, considerando que a realização do procedimento é de responsabilidade da Unidade Executante e que todas as vagas ofertadas foram autorizadas pela CERA, os resultados obtidos demonstram duas possibilidades com as seguintes soluções propostas:

1. As Unidades Executantes não realizaram o fechamento das chaves de confirmação de todos os procedimentos realizados, o que, se tivesse ocorrido, acarretaria em número percentual maior; a CERA deverá realizar constantemente a educação continuada das Unidades Executantes e suas atribuições no SISREG (incluindo o fechamento de chaves de confirmação).
2. As Unidades Executantes estariam realizando um número de atendimentos bem menor do que os autorizados; a gerência da CERA irá encaminhar relatórios mensais para as áreas assistenciais e suas respectivas gestões, acerca do cumprimento das agendas diante das vagas ofertadas para a regulação. Também foi pontuado que o momento do levantamento dos dados pela CERA poderia estar influenciando os índices do indicador, uma vez que nem todas as Unidades Executantes estariam realizando o fechamento das chaves de confirmação em tempo hábil, pois são considerados procedimentos realizados apenas aqueles que tiveram suas chaves fechadas.

Portanto, diante das duas possibilidades que justificariam a meta encontrada para este indicador no ano de 2021, podemos concluir que ambas seriam motivos plausíveis para os resultados encontrados (abaixo da meta), mas que nenhuma delas reflete falha ou responsabilização da CERA, considerando que a confirmação se dá pelo fechamento da chave no SISREG e esta atribuição é inerente às Unidades Executantes. Ainda assim, a Central realizou ações visando maior adesão ao fechamento de chaves e melhor aproveitamento da capacidade instalada.

Indicador 3 - Percentual de cirurgias eletivas faturadas que foram autorizadas pelo CRDF



Análise dos resultados:

A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 46,86%, com resultado parcial, considerando a meta de 100%.

Nas análises mensais do ano de 2021, a área técnica teceu várias críticas e pontos de dificuldade do indicador, a saber:

1. No numerador, são considerados procedimentos realizados apenas aqueles que tiveram suas chaves de confirmação fechadas no SISREG, o que em termos práticos pode não condizer com a produtividade real, uma vez que nem em todas as Unidades Executantes estariam realizando esta ação em tempo hábil.

2. Os dados apresentados são relativos apenas às cirurgias autorizadas pela CERCE e realizadas pelas Unidades Executantes, não tendo relação com o faturamento (que compõe o título do indicador), pois dependeriam da área subordinada à SES/SUPLANS/DICS/GEPI que trabalha diretamente com todos os procedimentos faturados da SES/DF. Os dados nesta situação seriam gerados com uma diferença de no mínimo 2 meses, devido ao fluxo de trabalho necessário junto ao Ministério da Saúde. Assim, a área técnica sugeriu:

- Na análise do 1º quadrimestre/2021, que o indicador analise apenas as CIRURGIAS ELETIVAS REALIZADAS QUE FORAM AUTORIZADAS PELO CRDF;
- Na análise do 1º quadrimestre/2021, que o período de apuração passe a ser a cada três meses, considerando que o envio dos dados de cirurgias faturadas pela SES/SUPLANS/DICS/GEPI apresenta um delay e a Central necessitaria de um prazo maior para consolidar os dados do indicador;
- No início do 3º quadrimestre/2021, a mudança do numerador para: NÚMERO DE CIRURGIAS ELETIVAS EXECUTADAS e denominador para: NÚMERO DE CIRURGIAS ELETIVAS AUTORIZADAS PELO CRDF.

Quanto às justificativas para os resultados encontrados, a área técnica apresentou duas possibilidades e as respectivas soluções frente às dificuldades reportadas:

1. As Unidades Executantes não realizaram o fechamento das chaves de confirmação de todos os procedimentos realizados, o que, se tivesse ocorrido, acarretaria em número percentual maior; a CERCE

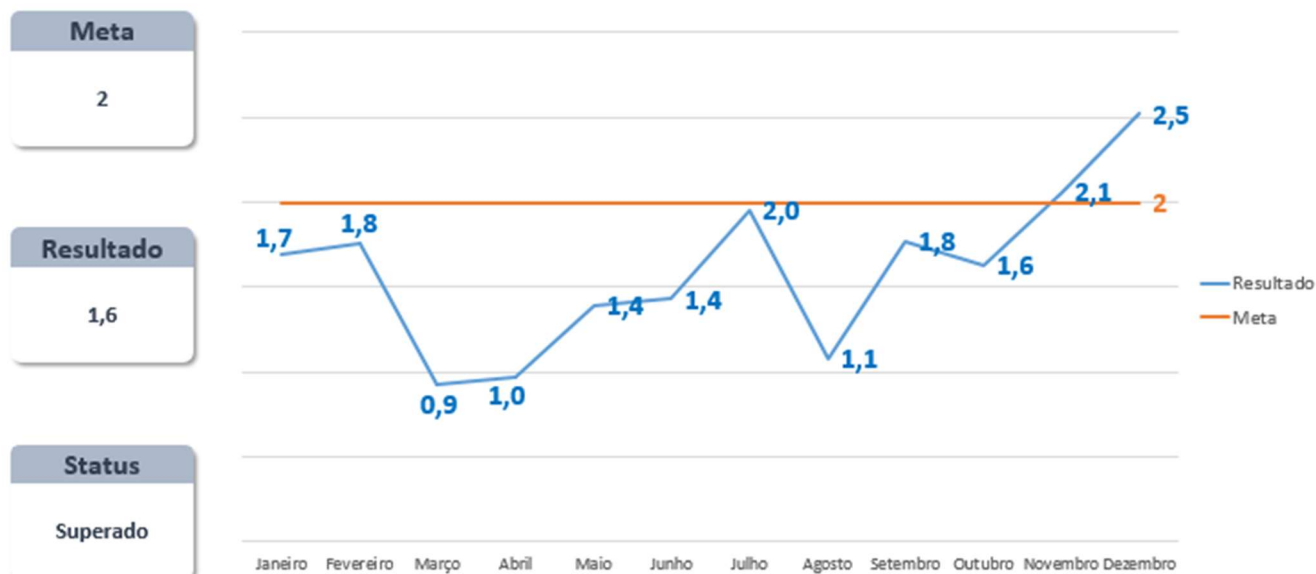
deverá realizar constantemente a educação continuada das Unidades Executantes e suas atribuições no SISREG (incluindo o fechamento de chaves de confirmação);

2. As Unidades Executantes estariam realizando um número de cirurgias eletivas bem menor do que as autorizadas; a gerência da CERCE irá encaminhar relatórios mensais para as áreas assistenciais e suas respectivas gestões, acerca do cumprimento das agendas diante das vagas ofertadas para a regulação.

Também importante destacar que o momento do levantamento dos dados pela CERCE poderia estar influenciando os índices do indicador, uma vez que nem todas as Unidades Executantes estariam realizando o fechamento das chaves de confirmação em tempo hábil, pois são considerados procedimentos realizados apenas aqueles que tiveram suas chaves fechadas.

Portanto, diante das duas possibilidades que justificariam a meta encontrada para este indicador no ano de 2021, podemos concluir que ambas seriam motivos plausíveis para os resultados encontrados (abaixo da meta), mas que nenhuma delas reflete falha ou responsabilização da CERCE, considerando que a confirmação de execução da cirurgia se dá pelo fechamento da chave no SISREG e esta atribuição é inerente às Unidades Executantes. Ainda assim, a Central realizou ações visando maior adesão ao fechamento de chaves e melhor aproveitamento da capacidade instalada.

Indicador 4 - Número médio de diárias de alta de UTI por paciente regulado



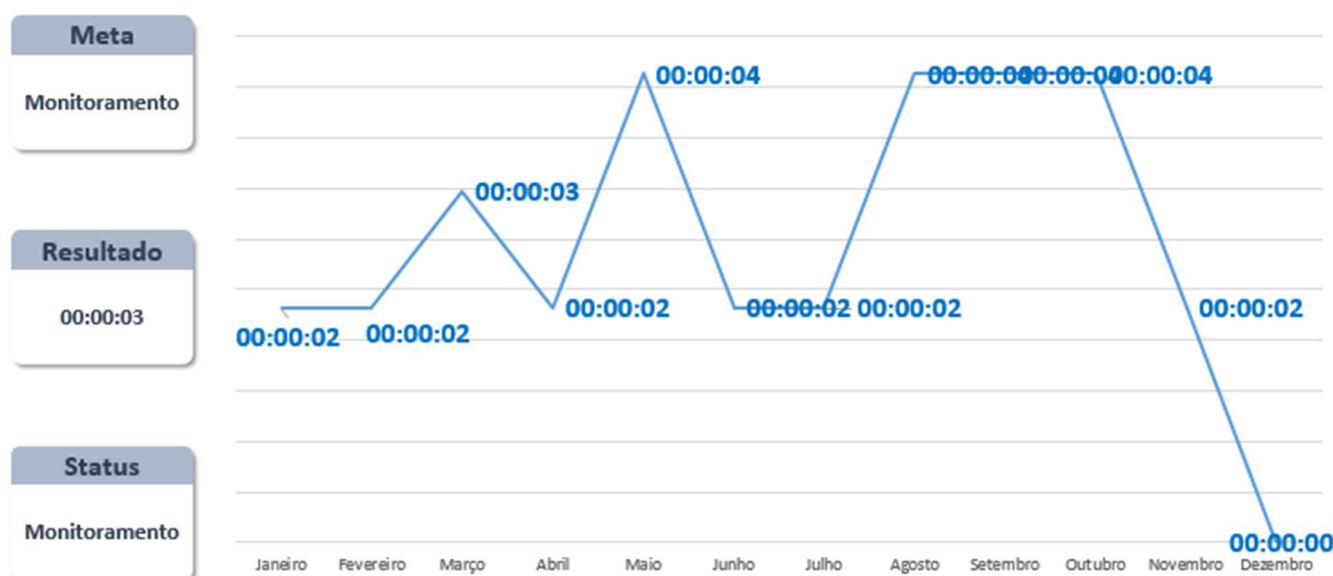
Análise dos resultados:

A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 1,6, com resultado superado, considerando a meta de 2 dias e a polaridade menor melhor.

Ao longo do ano, a área técnica esclareceu que os resultados obtidos foram positivos nas análises mensais, considerando o tempo menor que 2 dias (meta) e que o paciente que tem sua alta sinalizada permanece na UTI com tempo menor que 48 horas até sua transferência para leito de enfermaria. Assim, o NPMA propôs a alteração da meta para 48 horas (mais específica) e a área técnica concordou com a proposta apresentada, mas inferimos que não houve a modificação.

O prazo estabelecido (meta) foi considerado adequado para a retirada do paciente do leito de UTI. Podemos concluir que os resultados mensais da meta não apresentaram oscilações significativas durante o ano, permanecendo bem próximo à meta estabelecida, com os melhores resultados nos meses de março, abril e agosto/2021 e os piores nos meses de julho, novembro e dezembro/2021, estes provavelmente justificados pela época do ano (férias e quantidade de feriados) – conclusão deste NPMA, uma vez que a área técnica não se manifestou acerca destas variações. Ainda assim, o resultado final da meta no ano de 2021 foi superado.

Indicador 5 - Tempo Médio de Espera para primeira regulação



Análise dos resultados:

A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 00:00:03 e o mesmo esteve em monitoramento durante o ano.

A área técnica informou que as unidades passaram a fazer suas análises detalhadas a partir do mês de julho/2021, o que impossibilitou a análise do indicador no 1º quadrimestre/2021 e prejudicou a análise no 2º quadrimestre/2021.

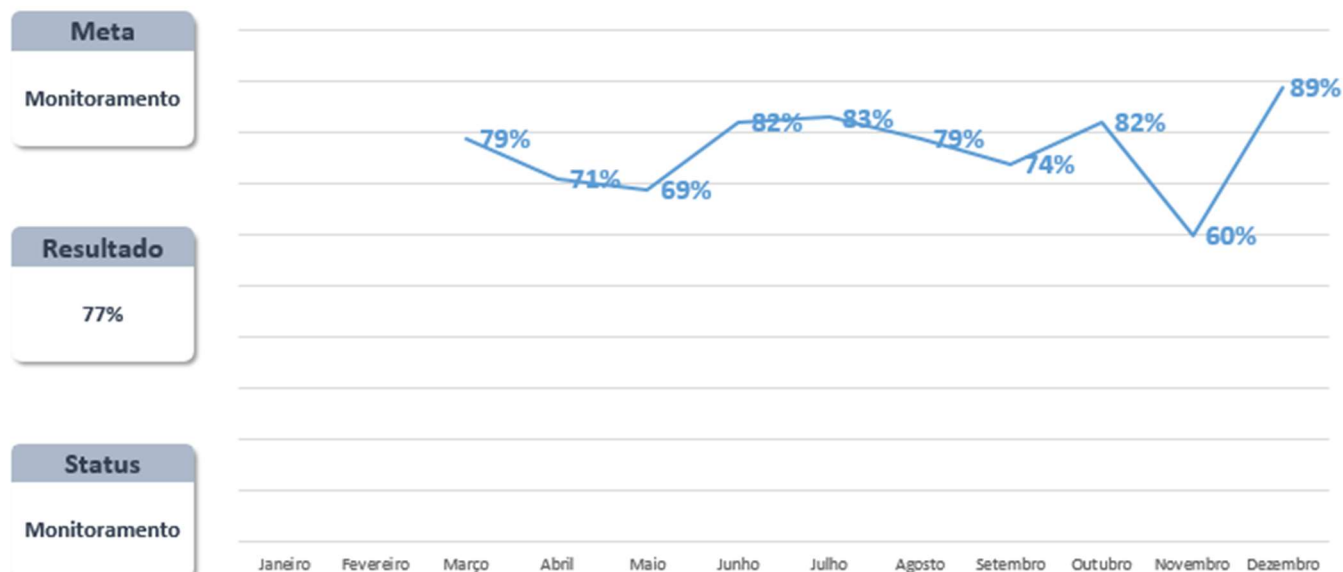
Segundo a área técnica, este indicador considera o tempo de espera médio das ligações desde a conclusão do atendimento do TARM até o acolhimento por um dos médicos reguladores do SAMU.

Foram citados como fatores que influenciariam os resultados do indicador: pico de demanda de regulações acolhidas no 192, déficit de recursos humanos cobrindo as escalas da regulação médica, elevada incidência de afastamentos legais imprevisíveis, impossibilidade de utilização do regime de trabalho em TPD para a cobertura da escala de serviço dos médicos reguladores, intervalos de descompressão, tempo médio elevado de atendimento médico em regulação (demora na tomada de decisão), desequilíbrio entre o dimensionamento de reguladores por turno de trabalho e a demanda instalada, monitoramento ineficiente (relatórios e dashboards), falhas no controle de qualidade (boletins de desempenho individual). Foi destacada como interferência a situação de combate à pandemia de COVID-19.

Foram citadas como propostas para a evolução do monitoramento do indicador: a análise do desvio padrão, moda, tempos máximos de espera e tempos mínimos de espera, a quantidade de ligações encaminhadas para a regulação médica encerradas pelo solicitante antes de serem atendidas (incluindo tempo médio, moda, máximo e mínimo), a análise comparativa do tempo de duração de espera pela regulação médica e a quantidade de ligações entrantes ao mesmo tempo na Central 192 ao longo do dia. Propostas para longo prazo incluem o desenvolvimento de Boletins de Desempenho Individual com o monitoramento dos tempos individuais de espera dos reguladores quando disponíveis na Central de Regulação (fora do intervalo de descompressão) permitindo o feedback regular para os médicos reguladores.

Podemos concluir que os resultados mensais não apresentaram oscilações significativas durante o ano e que mesmo em se tratando de um indicador com meta em monitoramento, tanto os resultados mensais quanto a meta atingida no ano de 2021 evidenciam níveis de excelência em tempo-resposta, correlacionados à ausência de demanda reprimida e/ou de espera presumível por parte do solicitante.

Indicador 6 - Percentual de remoções eletivas reguladas



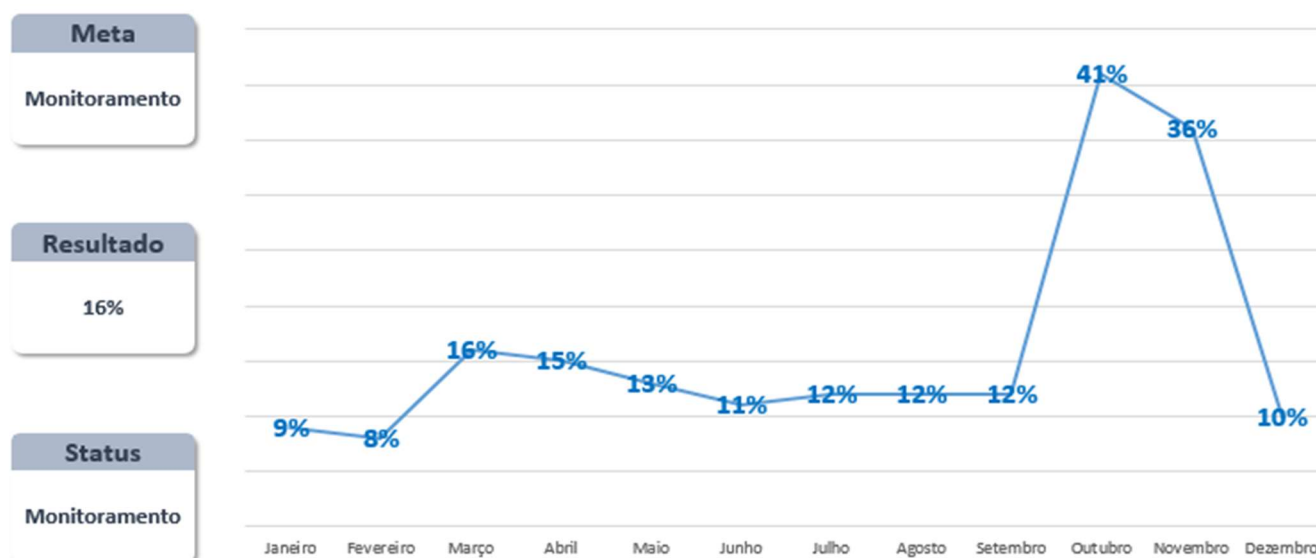
Análise dos resultados:

A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 76,8% e o mesmo esteve em monitoramento durante o ano.

Nos meses de janeiro e fevereiro/2021, não houve nenhum registro de dados do indicador pela área técnica. A partir de março/2021 iniciaram-se os registros, que permaneceram sem oscilações significativas até dezembro/2021, exceto por queda em abril, maio e novembro/2021, esta última a mais significativa (60%). Em contrapartida, o mês seguinte (dezembro/2021) apresentou o melhor resultado do ano (89%).

Infelizmente, a área técnica à época não registrou nenhuma análise mensal deste indicador, o que é agravado pelo fato do mesmo ter estado em monitoramento e, portanto, sem referência de meta a ser atingida, fatos que inviabilizam a análise retrógrada e conclusiva deste NPMA em relação aos resultados obtidos. No entanto, considerando a polaridade maior melhor e os índices registrados no transcorrer do ano de 2021, concluímos que a meta atingida pode ser interpretada como positiva.

Indicador 7- Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitares



Análise dos resultados:

A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 12% e o mesmo esteve em monitoramento durante o ano.

A área técnica informou que as unidades passaram a fazer suas análises detalhadas a partir do mês de julho/2021, o que impossibilitou a análise do indicador no 1º quadrimestre/2021 e prejudicou a análise no 2º quadrimestre/2021.

Segundo a área técnica, a demanda reprimida das solicitações encaminhadas ao SAMU 192 DF representa o registro dos médicos reguladores em primeira regulação ao finalizarem o atendimento selecionando a opção “intervenção necessária, porém sem meios”.

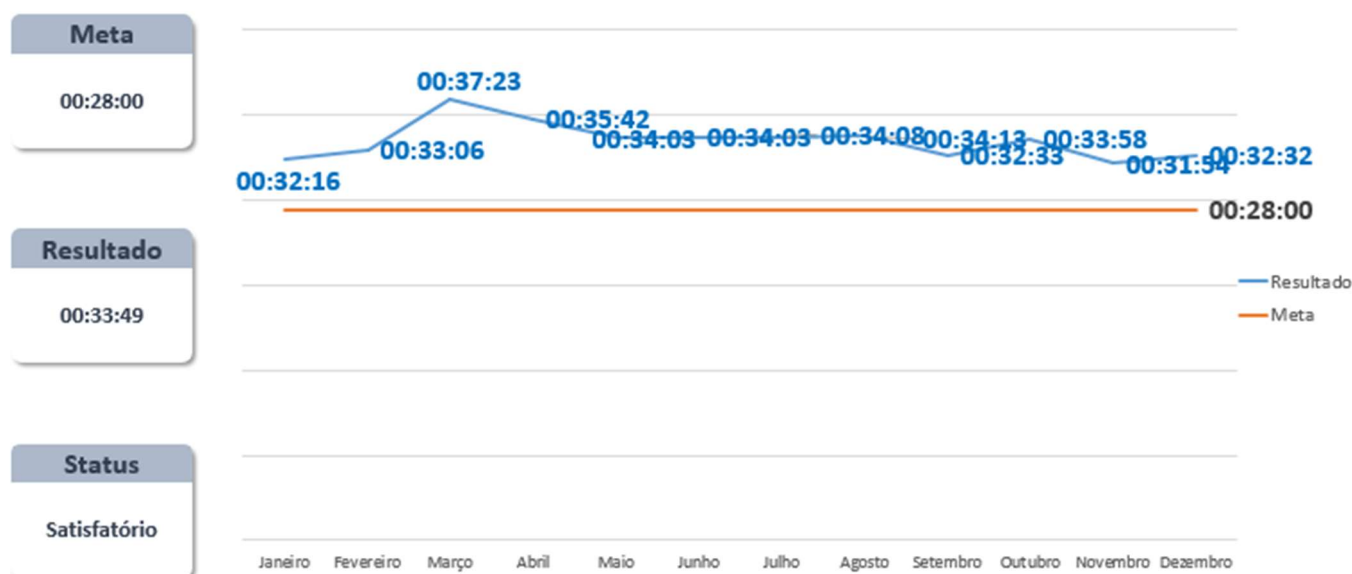
O elevado índice de macas retidas e alta demanda por transferências inter-hospitalares a este serviço impactam diretamente na quantidade de recursos disponíveis para o Atendimento Pré-Hospitalar e consequentemente, na demanda reprimida.

Foram citados como fatores que influenciariam os resultados do indicador: déficit de recursos físicos (viaturas baixadas, macas retidas), déficit de recursos humanos (as equipes são necessariamente multiprofissionais envolvendo condutores socorristas, técnicos em enfermagem, enfermeiros, e médicos), quantidade elevada de equipes inativas (seja por déficit de recursos físicos, ou recursos humanos), desequilíbrio entre o dimensionamento de equipes cobrindo o território e a demanda instalada (quantidade de equipes), elevação da demanda de ocorrências atendidas, elevação na demanda de transportes inter-hospitalares (desviando o recurso de unidades de suporte avançado do pré-hospitalar para o acolhimento de demandas inter-hospitalares), piora da situação de contingenciamento das unidades hospitalares e UPAs (maior distância percorrida pelas equipes com maior tempo envolvido em deslocamento e finalização das ocorrências no destino), falhas do processo de tomada de decisão com o envio de maior quantidade de equipes para ocorrências de baixa gravidade. Foi destacada como interferência a situação de combate à pandemia de COVID-19.

Foram citadas como propostas para a evolução do monitoramento do indicador: a criação do painel de monitoramento das situações hospitalares (status de contingenciamento), o desenvolvimento de Boletins de Desempenho Individual com o monitoramento dos tempos individuais de espera dos reguladores quando disponíveis na Central de Regulação (fora do intervalo de descompressão) permitindo o feedback regular para os médicos reguladores, a redução do tempo de maca retida com investimento em tecnologias e nos processos de trabalho das Unidades de Pronto-atendimento orientadas para a gestão do giro de leito.

Podemos concluir que os resultados mensais variaram entre 8% e 16% e que mesmo em se tratando de um indicador com meta em monitoramento, diante da polaridade menor melhor, tanto os resultados mensais quanto a meta atingida no ano de 2021 evidenciam bons resultados, especialmente considerando os fatores que influenciam o indicador.

Indicador 8 - Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF



Análise dos resultados:

A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 00:33:49, com resultado satisfatório, considerando a meta de 28 minutos e a polaridade menor melhor.

A área técnica informou que as unidades passaram a fazer suas análises detalhadas a partir do mês de julho/2021, o que impossibilitou a análise do indicador no 1º quadrimestre/2021 e prejudicou a análise no 2º quadrimestre/2021.

Segundo a área técnica, este indicador considera a média do intervalo desde a finalização do atendimento do TARM até a chegada da viatura no local. Trata-se de um dado altamente sensível e pouco específico, característica que se reflete invariavelmente na quantidade de fatores capazes de interferir direta ou indiretamente no seu resultado final. Consequentemente, a análise do indicador se torna objeto não somente fundamental para o diagnóstico situacional do serviço, como extremamente desafiador.

Foram citados como fatores que influenciariam os resultados do indicador: déficit de recursos físicos, 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. Foi destacada como interferência a situação de combate à pandemia de COVID-19.

Também se destacou que, 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) facilitando deslocamentos de regiões periféricas até a região central, em detrimento do contrário. Assim, em alguns intervalos diários o fator distância percorrida ainda

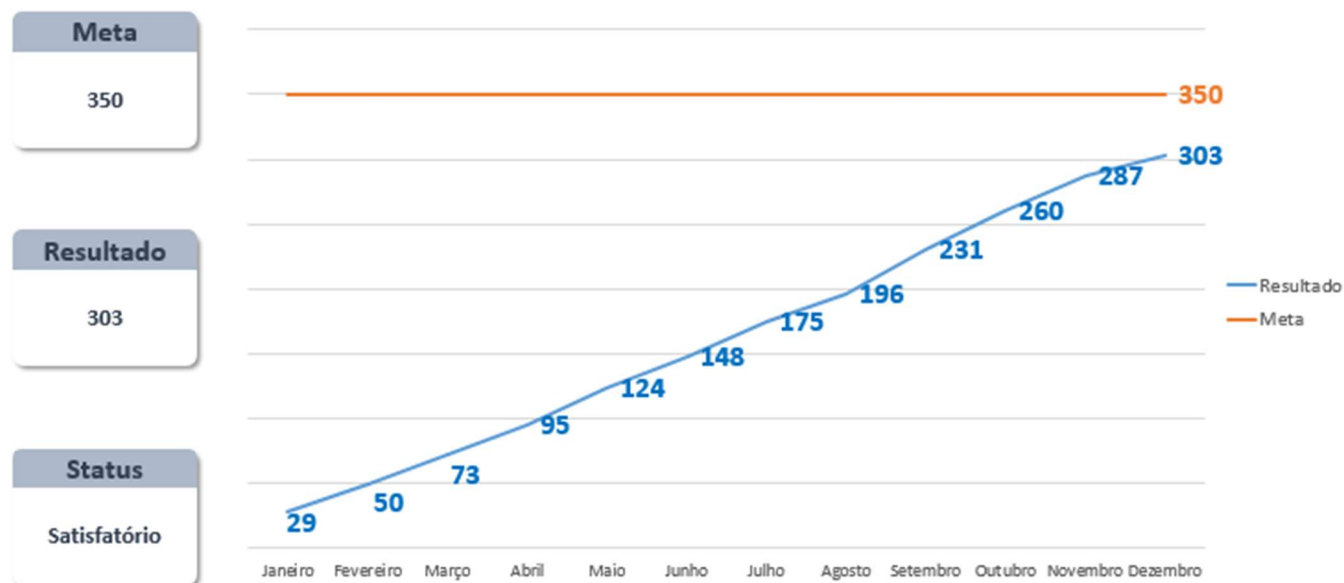
se soma ao fator tráfego comprometendo ainda mais o tempo de deslocamento das Equipes.

Foram citadas como propostas para a evolução do monitoramento do indicador: a implementação do relatório de monitoramento de tempo-resposta (individualização do monitoramento por área de cobertura e por região administrativa, especificação de desvio padrão, moda, tempos máximos e mínimos, auditoria das ocorrências com tempos-resposta individuais acima de pontos de corte pré-definidos por região), o aprimoramento do relatório de monitoramento de macas retidas (complementação com boletins de desempenho individualizado por unidade de saúde), a implementação do relatório de monitoramento dos transportes inter-hospitalares e a implementação do relatório de monitoramento da distribuição da incidência de ocorrências no mapa das áreas de cobertura.

A escassez de recursos disponíveis para o atendimento pré-hospitalar faz com que recursos mais distantes do local de atendimento, disponíveis, sejam vinculados ao atendimento de urgência e emergência. O aumento de abrangência da área de cobertura, muitas vezes de regiões administrativas distintas do local de sua base, leva ao aumento do tempo de deslocamento da viatura até o local do atendimento.

Podemos concluir que os resultados mensais não apresentaram oscilações significativas durante o ano e que a meta atingida foi satisfatória, especialmente considerando os fatores que influenciam o indicador. Ressalta-se que a análise deste indicador não é qualitativa. Outras variáveis como a gravidade presumida da ocorrência associado a MODA, e não a MÉDIA, são melhores parâmetros para a avaliação deste indicador.

Indicador 10 - Número absoluto de doadores de tecidos oculares



Análise dos resultados:

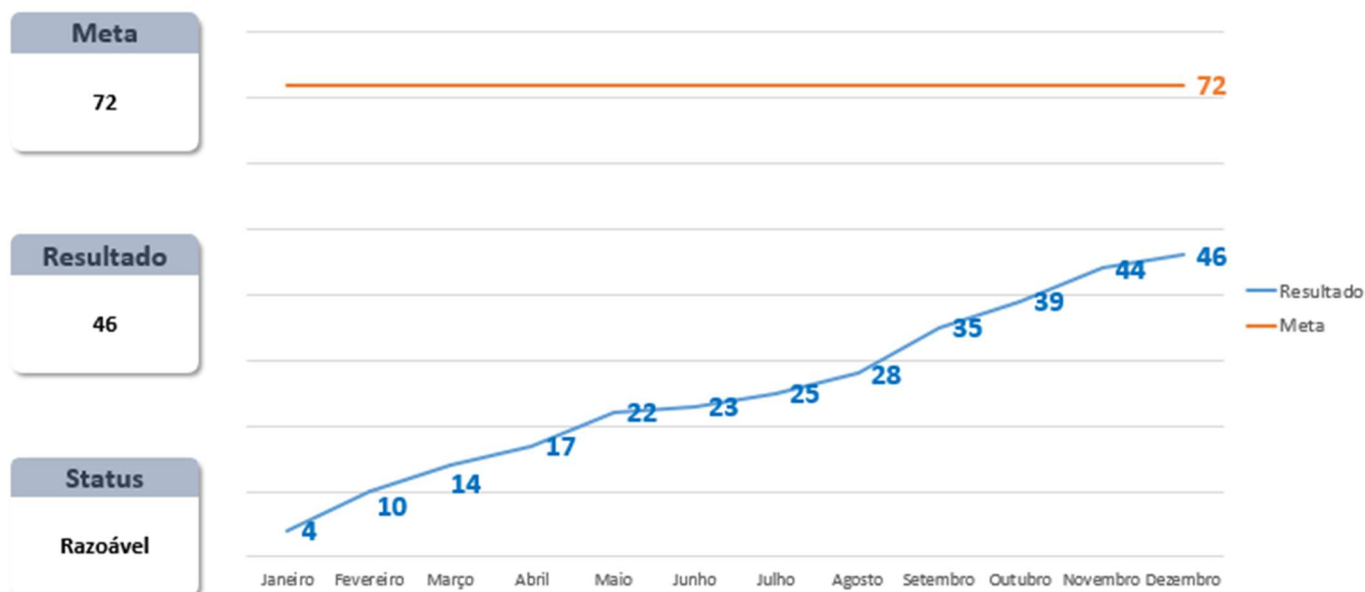
A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 303, próxima à meta estabelecida de 350, com resultado satisfatório.

Durante o ano, os resultados se mantiveram próximos à meta com poucas oscilações, à exceção do mês de dezembro/2021, que apresentou queda significativa, o que foi justificado pela área técnica pelo recesso final de ano dos centros transplantadores, restringindo as captações.

Ao longo do ano, a análise da área técnica registrou os principais motivos para os resultados obtidos não terem atingido a meta, que impactam diretamente no número de doadores de órgãos e tecidos: recusa por parte dos familiares, contraindicação médica, sendo as principais causas sepse e doador com teste positivo para COVID-19, familiares não localizados e tempo esgotado para captação do tecido.

Como encaminhamentos, foram citados: intensificar as consultorias, junto as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT), quanto a identificação mais ágil das famílias dos potenciais doadores elegíveis, desenvolvimento de equipes colaborativas, como a inserção de representantes das equipes das anatomias patológicas, principalmente dos hospitais, com maior potencial de demanda de doações, nas redes de comunicação, via contato telefônico do BOT, apoiar as CIHDOTTs por meio de um espaço de aprendizagem virtual na troca de experiências, disponibilizar conteúdos educativos, via plataforma virtual da FEPECS/SES, dos processos que envolvem a doação de órgãos e tecidos, divulgação de mídias para a população do DF quanto aos esclarecimentos sobre doação de córneas com a finalidade de sensibilizar a comunidade, realizar eventos técnicos junto aos profissionais envolvidos no processo de doação e transplantes com objetivo de fortalecer as parcerias e a interação e realizar teste piloto do projeto "follow up" junto às famílias entrevistadas para doação de córneas, com a finalidade de identificar dados sobre os motivos de recusa familiar.

Indicador 11 - Número absoluto de doadores de órgão sólido



Análise dos resultados:

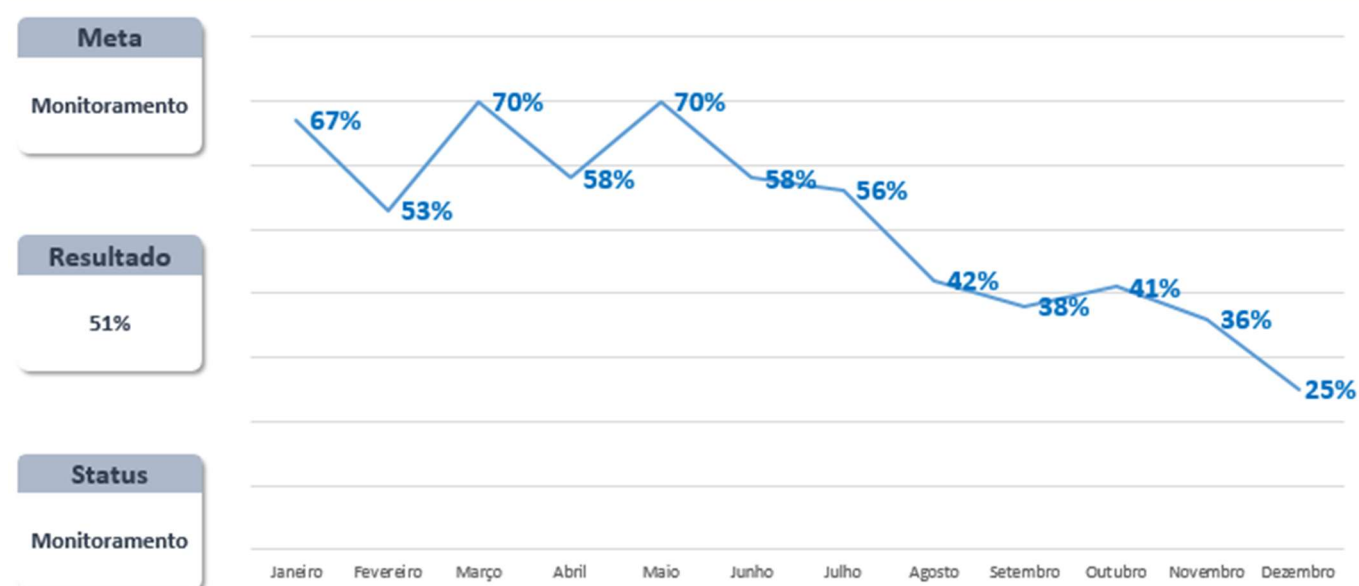
A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 46, com resultado razoável, considerando a meta anual estabelecida de 72.

Durante a maior parte do ano, os resultados se mantiveram distantes da meta mensal estabelecida (6), o que levou ao resultado final (meta anual) abaixo do que foi pactuado à época. A exceção ocorreu no mês de setembro/2021, o único mês em que meta foi superada (7) em decorrência da Campanha do Setembro Verde, mês de referência e divulgação da conscientização da doação de órgãos e tecidos. Em novembro/2021 foi registrado um aumento dos resultados obtidos (5), em decorrência de maior número de notificações no mês, reflexo da retomada de procedimentos no HBDF e em resposta ao plano de ação instituído no referido hospital.

Ao longo do ano, a análise da área técnica registrou os principais motivos para os resultados obtidos não terem atingido a meta, que impactam diretamente no número de doadores de órgãos e tecidos: recusa por parte dos familiares, contraindicação médica, redução no número de notificações em decorrência de leitos bloqueados no HBDF por falta de insumos, aumento do número de notificações de morte encefálica de potenciais doadores com diagnóstico de COVID-19, aumento de perdas de potenciais doadores antes da confirmação de morte encefálica relacionado à manutenção hemodinâmica. Assim, verificamos que a pandemia de COVID-19 teve importante repercussão nos índices deste indicador, especialmente no primeiro semestre.

Como encaminhamentos, foram citados: educação continuada diária in loco no HBDF com protocolo para atingir parâmetros que norteiam a hemodinâmica do potencial doador, aplicação de check list pelos plantonista do NOPO, a fim de verificar as metas de manutenção do potencial doador, fazer o acolhimento familiar assim que notificada a abertura do protocolo de morte encefálica, capacitar os servidores para aprimoramento das habilidades necessárias na desenvoltura da entrevista para doação de órgãos e aprimorar e investir na campanha de doações de órgãos, principal potencializador do número de doações.

Indicador 12 Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF



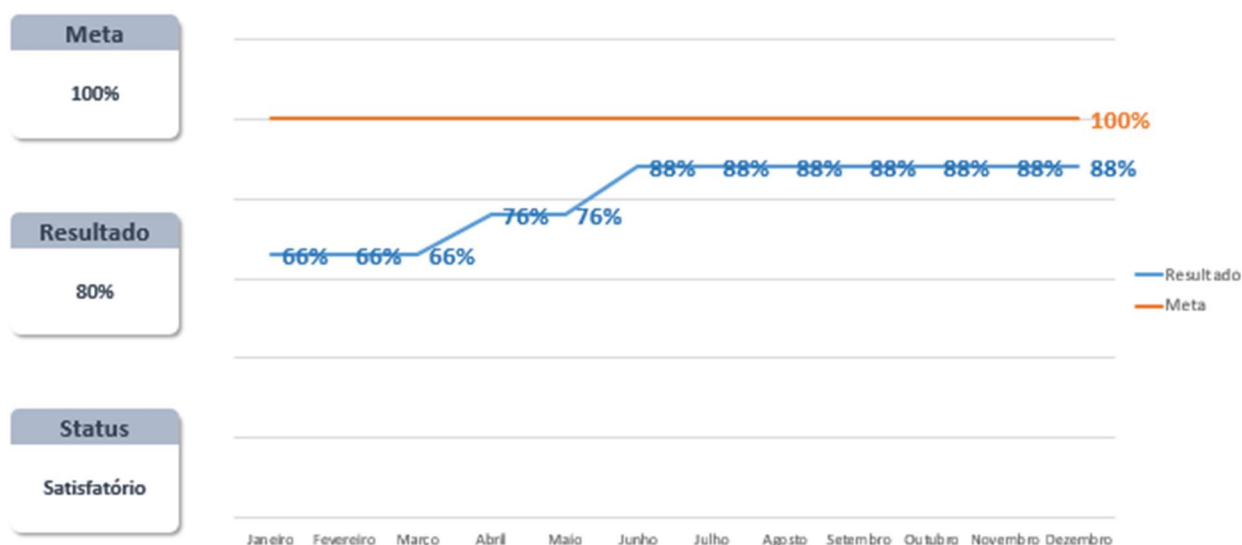
Análise dos resultados:

A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 51,2% e o mesmo esteve em monitoramento durante o ano.

No primeiro semestre/2021, os resultados variaram entre 53% e 70%, mas no segundo semestre/2021 foram apresentando redução gradual, chegando a 25% em dezembro. Assim, a resolutividade da Ouvidoria ao longo do ano foi apresentando índices de piora, considerando a polaridade maior melhor.

Infelizmente, não há registro de nenhuma análise pela área técnica à época que nos permita entender o cenário para o decréscimo no decorrer do ano de 2021. Como o indicador esteve em monitoramento e, portanto, sem referência de meta a ser atingida, a análise retrógrada e conclusiva deste NPMA em relação aos resultados obtidos não foi possível.

Indicador 13 - Percentual de recursos captados pela unidade em relação aos incentivos de custeio estabelecidos em lei



Análise dos resultados:

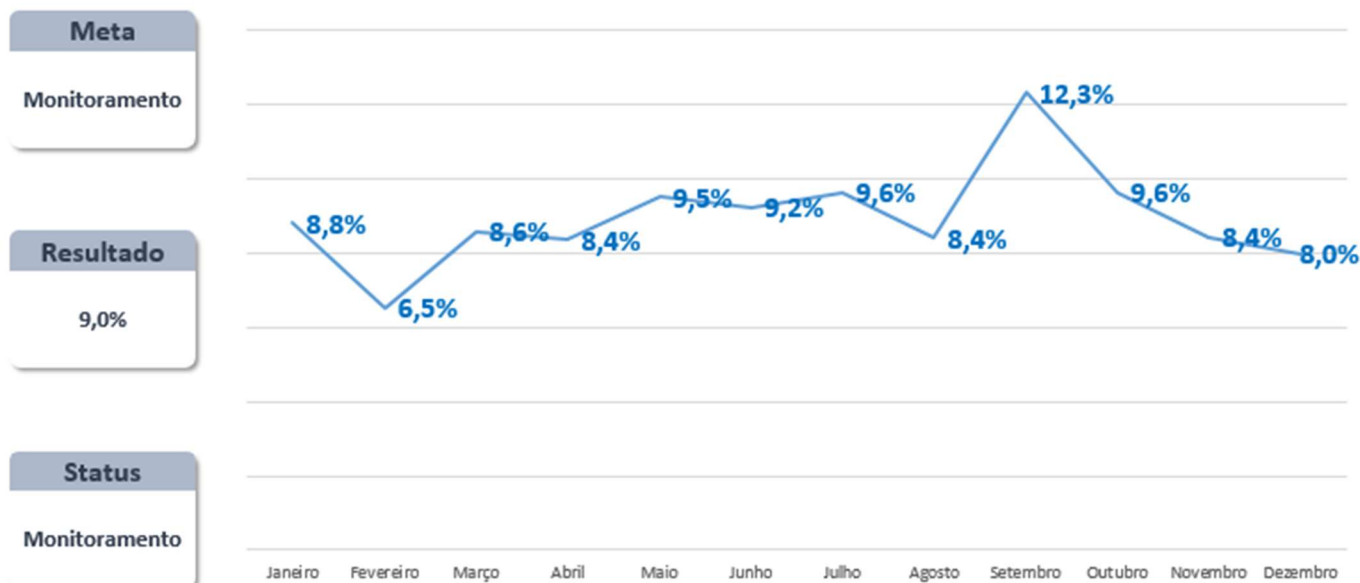
A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 80,3%, com resultado satisfatório, considerando a meta de 100%.

A área técnica registrou que os repasses foram referentes aos incentivos de custeio dos Programas do SAMU, da CET, da CERIH e da CERA e informou que os recursos referentes a regulação ambulatorial e de procedimentos são recebidos na sua totalidade, assim como os recursos referentes ao transplante. Já o SAMU, que tem o maior montante de recursos a serem captados, não chegava a receber o recurso integralmente, mas que o SAMU vinha realizando as gestões necessárias para a solução das pendências e o CRDF vinha tomando as medidas cabíveis para a recomposição integral do repasse.

Durante o ano, os resultados registrados variaram entre 66% (janeiro a março/2021), 76% (abril e maio/2021) e 88% (junho a dezembro/2021). Considerando a polaridade maior melhor, concluímos que houve participação ativa do CRDF para obter aumento na captação dos recursos no decorrer do ano de 2021.

A área técnica concluiu em sua análise que, pese o não atingimento da meta, o indicador apresenta grande evolução durante o período de monitoramento, resultado dos esforços da diretoria geral do CRDF e das equipes das centrais de regulação

Indicador 15 - Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica



Análise dos resultados:

A meta atingida em 2021 para este indicador foi de 8,95% e o mesmo esteve em monitoramento durante o ano.

Ao longo do ano, os resultados obtidos não apresentaram oscilações significativas, variando entre 6,51% (melhor mês – fevereiro/2021) e 12% (pior mês – setembro/2021).

A área técnica registrou da análise de todos os meses do ano que “Para uma análise detalhada os dados serão encaminhados para o setor de gestão de pessoas do CRDF/SES para justificativa das taxas de absenteísmo.”, porém, esta análise detalhada não foi registrada na planilha de dados de 2021, o que inviabiliza o entendimento das taxas e metas encontradas.

Como, infelizmente, não há registro de nenhuma análise pela área técnica à época que nos permita entender o cenário e as justificativas encontradas para o absenteísmo no CRDF no ano de 2021, o que é agravado pelo fato do indicador ter estado em monitoramento e, portanto, sem referência de meta a ser atingida, a análise retrógrada e conclusiva deste NPMA em relação aos resultados obtidos não foi possível. No entanto, considerando a polaridade menor melhor e os índices registrados no transcorrer do ano de 2021, concluímos que a meta atingida pode ser interpretada como positiva.

ANÁLISE DA METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DO AGR

No CRDF, a análise do monitoramento dos indicadores do AGR 2021 foi realizada pela equipe dos agentes de planejamento do NPMA/CRDF.

Os dados de cada indicador são encaminhados pelos interlocutores, mensalmente e por meio de Processo SEI, quando também são realizadas as análises do comportamento do indicador realizado pela área técnica responsável. Após o recebimento dos dados, o NPMA alimenta cada informação na planilha compartilhada em Google Drive e realiza o controle e monitoramento de cada indicador, entrando em contato com a área técnica quando necessário para possíveis dúvidas e pendências.

A metodologia do monitoramento dos indicadores AGR no CRDF têm sido satisfatória e trabalhada sempre em parceria com cada Diretoria e área técnica responsável.

CONCLUSÃO

O AGR formaliza a parceria entre a SES/DF e as Regiões de Saúde e URDs, sendo um instrumento de operacionalização do Programa de Gestão Regional em Saúde. Estabelece um modelo de gestão por resultados, com metas e indicadores personalizados para cada acordo, possibilitando o planejamento das necessidades locais, a melhoria dos resultados e a otimização do uso de recursos, além de assegurar a transparência na divulgação das informações.

O Relatório Analítico Descritivo do AGR 2021 do CRDF representa o momento de auto-avaliação no planejamento em saúde dentro desta instituição. Assim, nos possibilita reconhecer tanto os avanços alcançados ao longo do ano quanto os desafios enfrentados, para identificar os pontos de atuação necessários e criar estratégias para melhorias nos anos seguintes.

O monitoramento dos indicadores reforça a importância do comprometimento contínuo de toda a equipe do CRDF com a qualidade dos serviços de saúde prestados. Agradecemos o empenho de todos os servidores que contribuíram para as entregas do CRDF à população no ano de 2021.