



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
REGIÃO DE SAÚDE SUDOESTE - SRSSO

RELATÓRIO
ANALÍTICO-DESCRIPTIVO
AGR
REGIÃO SUDOESTE
2021

Sumário

| | |
|---|-------------------------------------|
| INTRODUÇÃO | 3 |
| INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS | 4 |
| QUADRO RESUMIDO: | 6 |
| ANÁLISE POR INDICADOR | 7 |
| ANÁLISE DA METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DO AGR..... | 45 |
| CONCLUSÃO | Error! Bookmark not defined. |
| GESTORES ATUAIS..... | 49 |
| ANEXO 1 | 50 |

INTRODUÇÃO

Esse relatório de análise de resultados do Acordo de Gestão Regional - AGR 2021 foi elaborado pela Assessoria de Planejamento em Saúde da Superintendência da Região de Saúde Sudoeste – ASPLAN/SRSSO.

O relatório apresenta o monitoramento dos resultados do acordo AGR 2021, que foram disponibilizados pelos sistemas de informação, e inseridos na planilha de monitoramento SESPLAN AGR Sudoeste 2020, ferramenta oficial de monitoramento do AGR. Lembrando que alguns dados são parciais e provisórios, podendo sofrer alteração até o fechamento definitivo do ano. Colaboraram nesse estudo e suas relações, as fichas dos indicadores, as percepções e análises das Gerências de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da região, da atenção especializada - GPMA/HRT e GPMA/HRSAM; da atenção primária – GPMA/DIRAPS e da atenção secundária – GPMA/DIRASE; o Plano de Ações AGR 2021 da Região Sudoeste.

Ressaltamos que as análises só foram possíveis com a percepção também dos Agentes de Planejamento da região, os quais são os responsáveis técnicos pelos indicadores e, portanto, gerenciam os dados que são repassados sistematicamente à ASPLAN para serem alimentados na Planilha SESPLAN AGR Sudoeste 2021. Ressaltamos que somente foi divulgado aqui o que foi informado pela área responsável e o constante nos Planos de Ação de cada unidade. Entendemos que a avaliação e análise são de extrema importância para etapas posteriores do planejamento até para os anos seguintes e para melhorar a gestão por resultados da região.

O estudo aqui apresentado tem como objetivo instrumentalizar uma ampla discussão do AGR e seu Plano de Ação, no âmbito das Diretorias do HRT e do HRSAM, DIRASE e DIRAPS, bem como no âmbito da Superintendência.

Espera-se que o presente documento seja amplamente discutido, gerando desdobramentos de ações, sobretudo, as contidas no Plano de Ação, que contribuam para o desempenho da assistência e da gestão da Região Sudoeste e conseqüente, tragam melhoria da situação de saúde regional.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

| REGIÃO SUDOESTE | | | | | |
|-----------------|----------------------------|--|---------------|---------------|---------------|
| ITEM | TEMA | INDICADOR | META | RESULTADO | STATUS |
| 1 | REDE CEGONHA | Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade | 8,8 | 9,79 | Satisfatório |
| 2 | REDE CEGONHA | Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano | 100% | 90% | Satisfatório |
| 3 | REDE CEGONHA | Proporção de óbitos maternos investigados | 100% | 92% | Satisfatório |
| 4 | REDE CEGONHA | Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados | 85% | 64% | Razoável |
| 5 | REDE CEGONHA | Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade. | 100% | 0,00% | Crítico |
| 6 | REDE CEGONHA | Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) - HRSAM | Monitoramento | 75% | Monitoramento |
| 6.1 | REDE CEGONHA | Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) - HRSAM | Monitoramento | 69% | Monitoramento |
| 7 | RUE | Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas | 20% | 33% | Razoável |
| 8 | RUE | Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) | 17% | 4% | Superado |
| 9 | RUE | Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE) | 25% | 14% | Superado |
| 10 | RUE | Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas - HRSAM | 15% | 27% | Crítico |
| 10.1 | RUE | Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas - HRT | 15% | 19% | Satisfatório |
| 11 | RUE | Tempo de permanência em leitos de UTI Geral - HRSAM | 13 | 17 | Razoável |
| 11.1 | RUE | Tempo de permanência em leitos de UTI Geral - HRT | 10 | 14,3 | Razoável |
| 12 | RUE | Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica - HRSAM | Não se aplica | Não se aplica | Não se aplica |
| 12.1 | RUE | Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica - HRT | 11,9 | 8,6 | Satisfatório |
| 13 | RUE | Média de Permanência Geral - HRSAM | 5 | 3,5 | Superado |
| 13.1 | RUE | Média de Permanência Geral - HRT | 5 | 6,5 | Razoável |
| 14 | RUE | Média de permanência em leitos de clínica médica - HRSAM | Monitoramento | 6,3 | Monitoramento |
| 14.1 | RUE | Média de permanência em leitos de clínica médica - HRT | Monitoramento | 16,2 | Monitoramento |
| 15 | RUE | Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica - HRSAM | Monitoramento | 2,8 | Monitoramento |
| 15.1 | RUE | Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica - HRT | Não se aplica | Não se aplica | Não se aplica |
| 16 | RUE | Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica - HRSAM | Monitoramento | 62% | Monitoramento |
| 16.1 | RUE | Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica - HRT | Monitoramento | 92% | Monitoramento |
| 17 | RUE | Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais - HRSAM | Monitoramento | 66% | Monitoramento |
| 17.1 | RUE | Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais - HRT | Monitoramento | 82% | Monitoramento |
| 18 | RUE | Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite) | Monitoramento | 77% | Monitoramento |
| 19 | RUE | Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa | Monitoramento | 6,73 | Monitoramento |
| 20 | RUE | Taxa de Prevalência de Notificação de Violência | Monitoramento | 17,26 | Monitoramento |
| 21 | RUE | Taxa de mortalidade por acidentes | Monitoramento | 0,65 | Monitoramento |
| 22 | PCD E POPULAÇÃO VULNERÁVEL | Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal. | 95% | 88% | Satisfatório |
| 23 | PSICOSSOCIAL | Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS i TAGUATINGA | 250 | 1.037 | Superado |

| | | | | | |
|------|------------------------------|--|---------------|------------|---------------|
| 23.1 | PSICOSSOCIAL | Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS I RECANTO DAS EMAS | 250 | 746 | Superado |
| 23.2 | PSICOSSOCIAL | Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS II TAGUATINGA | 250 | 602 | Superado |
| 23.3 | PSICOSSOCIAL | Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS III SAMAMBAIA | 350 | 447 | Superado |
| 23.4 | PSICOSSOCIAL | Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS AD III SAMAMBAIA | 350 | 541 | Superado |
| 24 | PSICOSSOCIAL | Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica | 100% | 91% | Satisfatório |
| 25 | DCNT | Percentual de consultas de cardiologia | 25% | 25,00% | Superado |
| 26 | DCNT | Percentual de consultas de endocrinologia | 25% | 9% | Parcial |
| 27 | DCNT | Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis | Monitoramento | 15% | Monitoramento |
| 28 | DCNT | Taxa de internações relacionadas a Diabetes Mellitus e suas complicações | Monitoramento | 0,32 | Monitoramento |
| 29 | DCNT | Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações na faixa etária de 18 anos a mais. | Monitoramento | 0,06 | Monitoramento |
| 30 | DCNT | Razão de mamografia de rastreamento na população alvo | Sobrestado | Sobrestado | Sobrestado |
| 31 | DCNT | Percentual de admissão no SAD no período | 10% | 7% | Razoável |
| 32 | DCNT | Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD | 10% | 4% | Parcial |
| 33 | SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA | Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região. | 100% | 100% | Satisfatório |
| 34 | SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA | Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados | 100% | 100,00% | Satisfatório |
| 35 | SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA | Índice de Fechamento de Chave | 70% | 96% | Superado |
| 36 | SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA | Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panomaras I e II) no âmbito da Atenção Secundária | 30% | 32% | Satisfatório |
| 37 | SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA | Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde | 90% | 85% | Satisfatório |
| 38 | SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA | Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada | Monitoramento | 57,3% | Monitoramento |
| 39 | SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA | Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente | Monitoramento | 254 | Monitoramento |
| 40 | SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA | Porcentagem de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada | Monitoramento | 54% | Monitoramento |
| 41 | SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA | Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF | Monitoramento | 35% | Monitoramento |
| 42 | SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA | Percentual faturado no tipo de financiamento MAC | 5% | 7% | Superado |
| 43 | SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA | Percentual de desempenho da gestão de custos | 100% | 100,00% | Satisfatório |
| 44 | SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA | Taxa de absenteísmo | Monitoramento | 11,8% | Monitoramento |

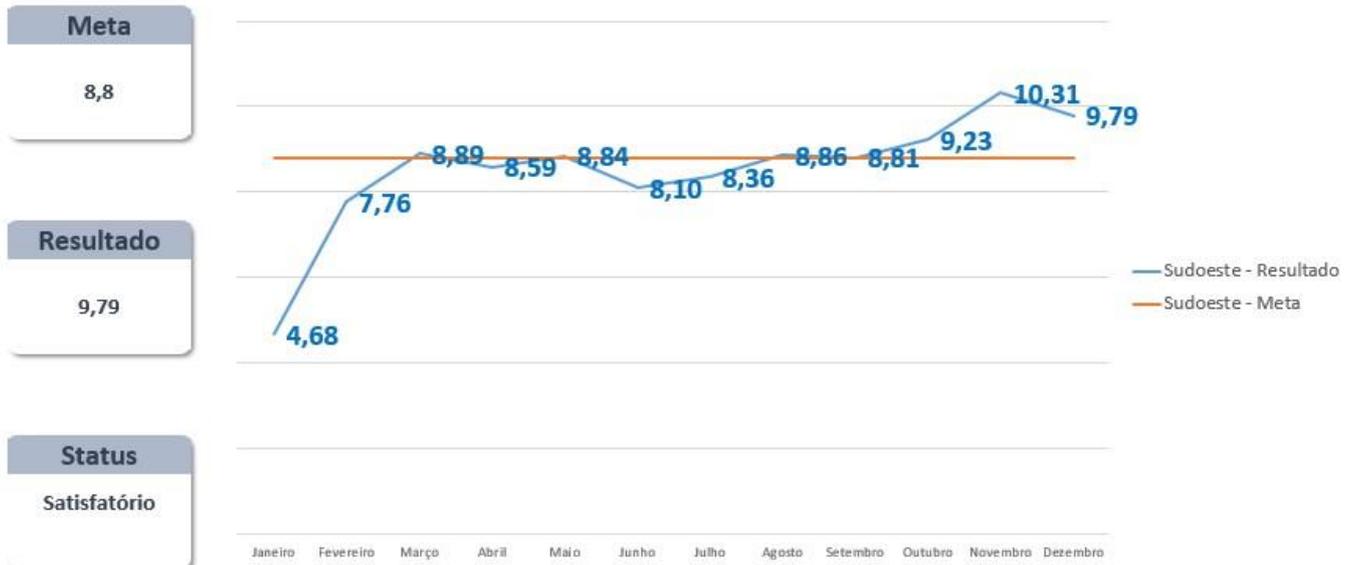
QUADRO RESUMIDO:

| Cor | Métrica | Quantidade | %* |
|---------------------|--|------------|------|
| <u>Superado</u> | Superado- Acima de 100% da meta | 11 | 33% |
| <u>Satisfatório</u> | Satisfatório- Entre 100% e 75% da meta | 12 | 36% |
| <u>Razoável</u> | Razoável- Entre 75% e 50% da meta | 6 | 18% |
| <u>Parcial</u> | Parcial- Entre 50% e 25% da meta | 2 | 6% |
| <u>Crítico</u> | Crítico- Abaixo de 25% da meta | 2 | 6% |
| 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- Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade



Análise dos resultados:

Embora o status finalizou em satisfatório, observa-se que o indicador oscilou muito durante o período, superando meta em apenas em 5 meses, um padrão inferior em comparação ao período anterior, ano de 2020, que superou a meta estabelecida durante todo o período e não ultrapassando o índice de 8,01%. Importante considerar que:

As fichas SINASC de cada mês têm até 60 dias para digitação no sistema de informação. Com efeito, a quantidade de nascidos vivos é atualizada todo mês, para que o dado, embora parcial e provisório, apareça mais fidedigno possível.

Samambaia e Recanto das Emas apresentaram maior quantidade de casos durante o período. Destacamos que é necessário qualificar o registro, pois às vezes o registro é feito no e-sus, mas não há o registro no cartão da gestante, e ao chegar ao hospital já é diagnosticado com sífilis congênita. Ademais, em alguns momentos faltaram insumos. Ressaltamos que foram feitos cursos para o manejo da sífilis, desde o diagnóstico até a correta classificação do tipo de sífilis e notificação. Existe um acompanhamento caso a caso por meio do processo SEI para as UBS's.

Indicador 2- Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano



Análise dos resultados:

Os resultados ainda podem ser parciais e provisórios, devido ao prazo para encerramento das investigações de 120 dias e, portanto, algumas investigações estão aguardando visitas domiciliares para serem concluídas.

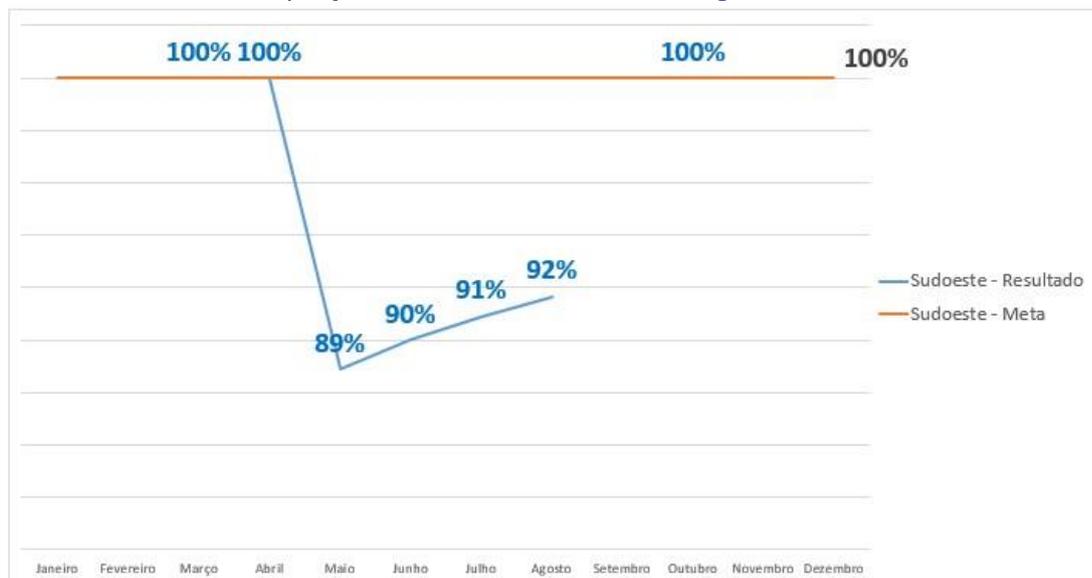
O total de óbitos infantis até o momento de jan a dez = 80 óbitos está menor em comparação ao mesmo período de 2020 que teve total de 110 óbitos. As investigações de óbito ocorrem realizando as visitas domiciliares, buscas nos prontuários, articulação com atenção primária e reuniões internas do comitê de óbito e desse com o comitê central. Devido à pandemia do COVID 19, houve períodos de cancelamento das visitas domiciliares ou proteladas, comprometendo o encerramento das investigações.

Indicador 3- Proporção de óbitos maternos investigados

Meta
100%

Resultado
92%

Status
Satisfatório



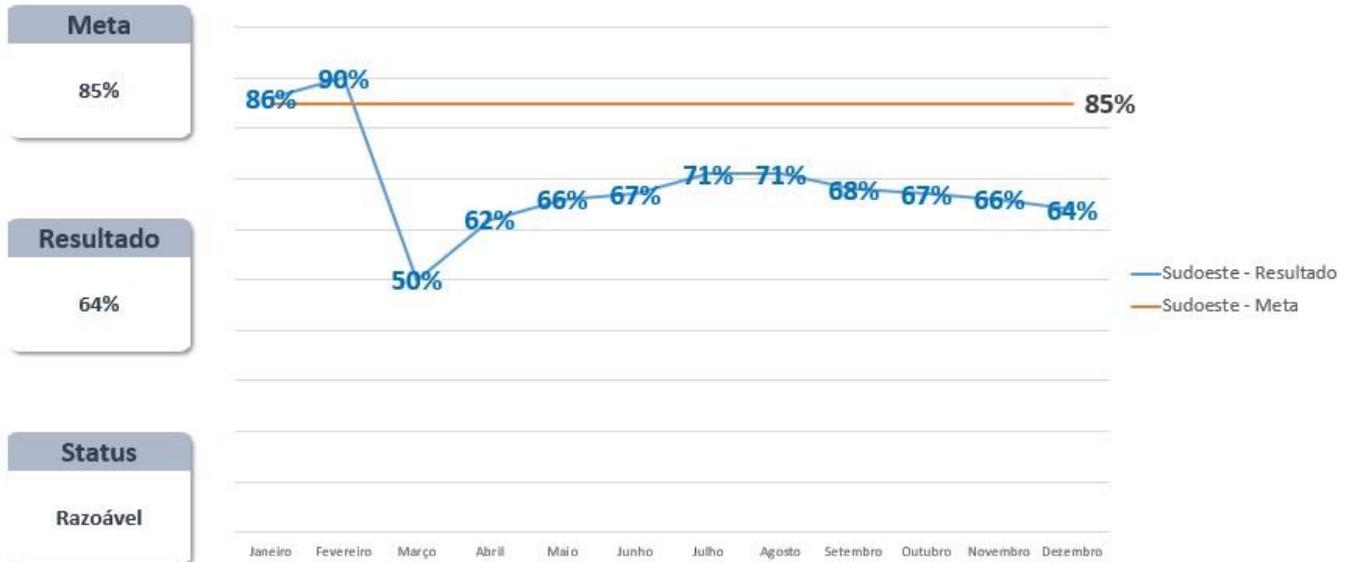
Obs: Não houve óbitos nos meses com dados em branco

Análise dos resultados:

Os resultados ainda podem ser parciais e provisórios, devido ao prazo para encerramento das investigações de 120 dias e, portanto, algumas investigações estão aguardando visitas domiciliares para serem concluídas. Ademais, à época de fechamento desse relatório ainda não tinham sido registrados, no sistema SIM, óbitos maternos nos meses de set, nov e dez. Aguardam-se a finalização dos registros e a conclusão de visitas domiciliares pendentes para encerrar o ano.

O total de óbitos acumulados de jan a dez até o momento é de 13 óbitos maternos, está 1 óbito a mais em comparação ao mesmo período do ano anterior.

Indicador 4- Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados

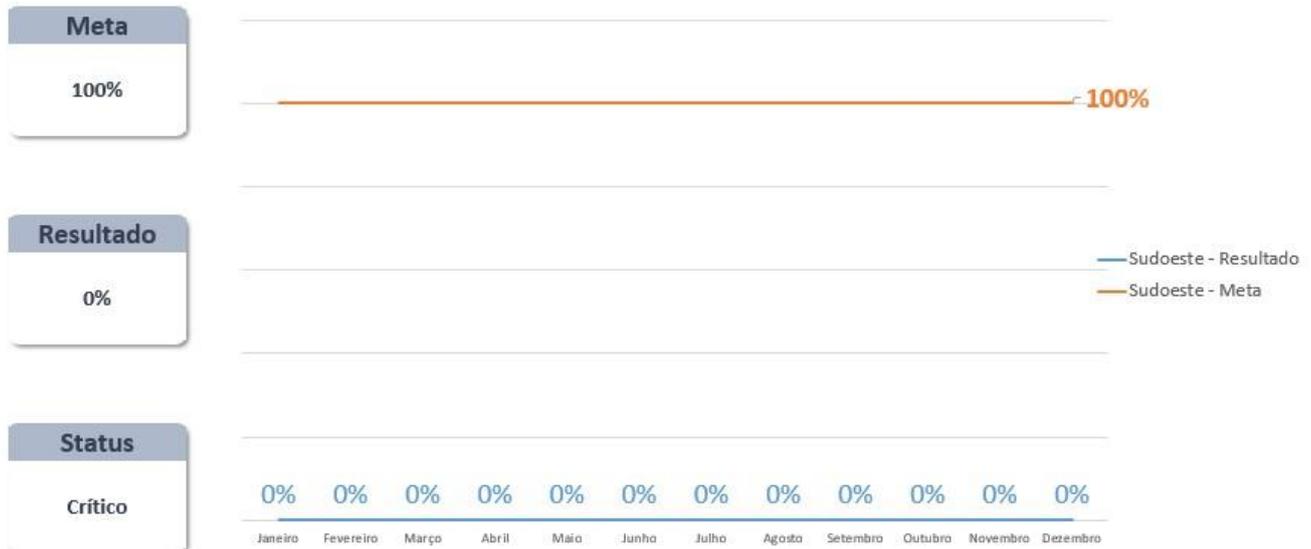


Análise dos resultados:

Os resultados podem ser parciais e provisórios, já que o prazo para encerramento das investigações é de 120 dias. Ainda não foram concluídas as investigações que dependem da validação pelo comitê, o qual aguarda retorno das UBS quanto às visitas domiciliares (suspensas pelo agravamento do COVID 19). Importante ressaltar que o Comitê tem o prazo até o dia 30/04/2021 para investigar e atingir as metas. Os resultados tendem a melhorar após o esse prazo.

O total de óbitos de MIF jan a dez = 264 óbitos até o momento. A quantidade de óbitos MIF está maior quando comparado ao ano anterior, no mesmo período.

Indicador 5- Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade

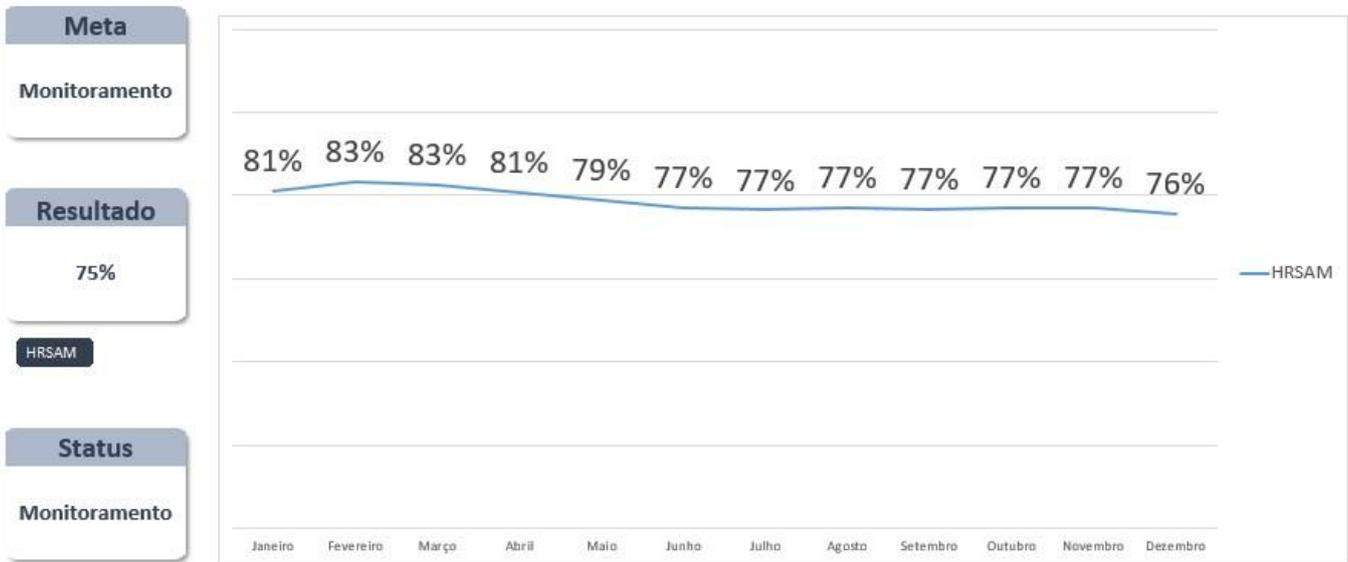


Análise dos resultados:

Indicador ainda mantendo o perfil crítico do ano anterior; muito se deve pela forma de cálculo do indicador, ou seja, a meta só é alcançada se o grupo das 4 vacinas alcançarem 95%. No mês de agosto houve um aumento da cobertura em cada uma das 4 vacinas em comparação com o restante do ano. É necessário citar que a migração do ESUS APS para o sistema SIPNI apresenta demora e, por vezes, falha na migração entre os sistemas; a Rede de Frio do DF está em trabalho com o Ministério da Saúde para encontrar uma solução. Essa questão reflete na baixa de dados consolidados do mês, o que piora os resultados do indicador, além da questão da baixa procura da população pela vacinação de rotina e o impacto dos resultados com a vacinação covid. Destaca-se a metodologia do cálculo que impacta no resultado, tendo em vista que, considera a sala disponível no local, e existe a migração dos usuários para outros locais. Contudo, a leitura do indicador não reflete o trabalho realizado.

Ademais, o setor NVEPI/DIRAPS da região tem buscado soluções na educação permanente em serviço sobre a importância da cobertura vacinal para a equipe multidisciplinar.

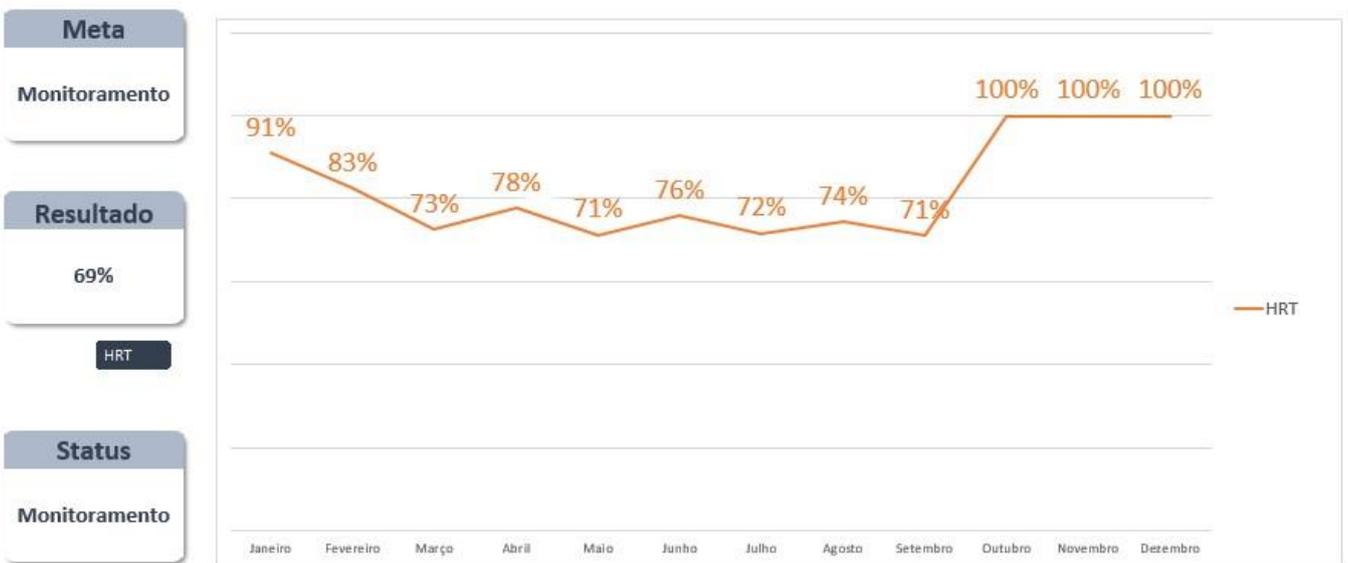
Indicador 6- Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) HRSAM



Análise dos resultados:

Indicador permaneceu em monitoramento no período. Os índices acima apresentam os dados de forma acumulativa. O indicador apresentou resultados parciais no período, oscilando entre as faixas de 60% (menor índice em dezembro) e 85% (maior índice em fevereiro). Encerrou o período com parcial de 75%, mostrando performance parecida ao ano anterior quando comparado ao mesmo período. É importante considerar que as fichas SINASC de cada mês tem até 60 dias para digitação no sistema de informação. Com efeito, a quantidade de nascidos vivos registrados no período analisado ainda pode ser baixa, refletindo no resultado final.

Indicador 6.1- Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) HRT

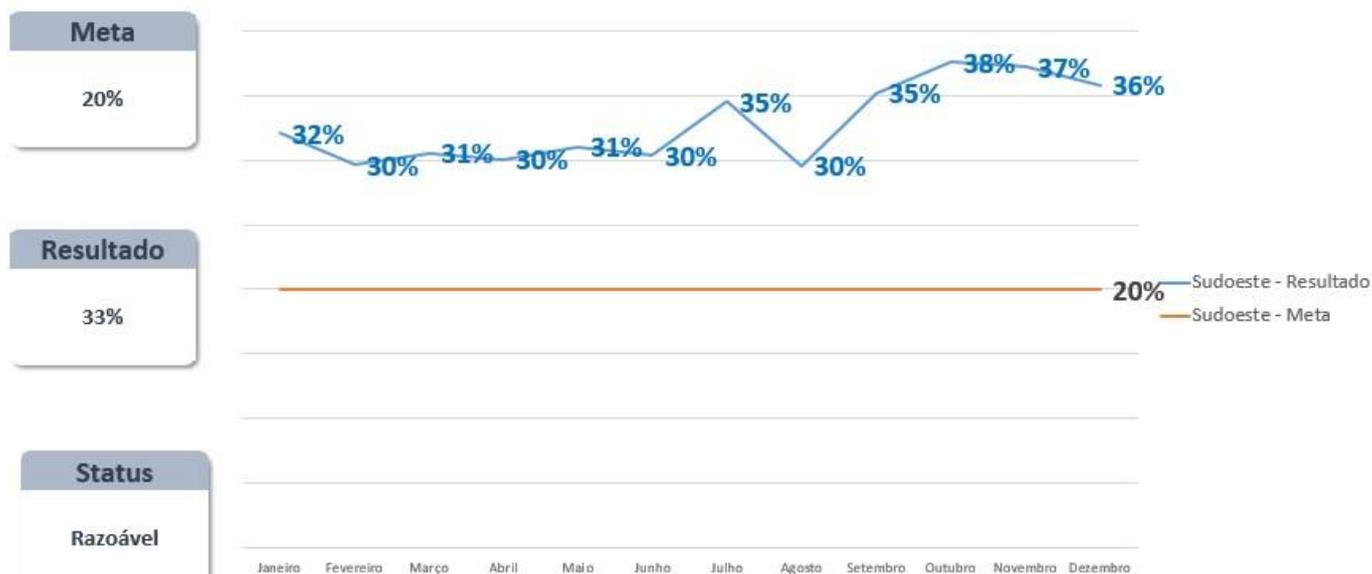


Análise dos resultados:

Indicador permaneceu em monitoramento no período. O gráfico acima demonstra os índices apresentados na forma acumulativa. O indicador apresentou parciais no período que oscilaram, demonstrando instabilidade nos resultados entre as faixas de 47% (menor índice em julho) e 97% (maior índice em junho), e encerrou o ano com parcial de 69%. O HRT é referência para parto de alto risco da região, razão pela qual, pode aumentar a proporção do parto cesariano. No entanto, apresentou índices para o parto normal sempre acima dos 50% (exceção feita aos meses de maio (48%) e julho (47%) que ficaram

abaixo), na ocasião o centro obstétrico contou com a ajuda das enfermeiras obstetras, por isso, além da equipe médica da obstetrícia, tiveram as enfermeiras, elevando o resultado do indicador. Quando comparado ao ano anterior, que apresentou uma estabilidade nos resultados, o indicador apresentou resultados acima dos 55%.

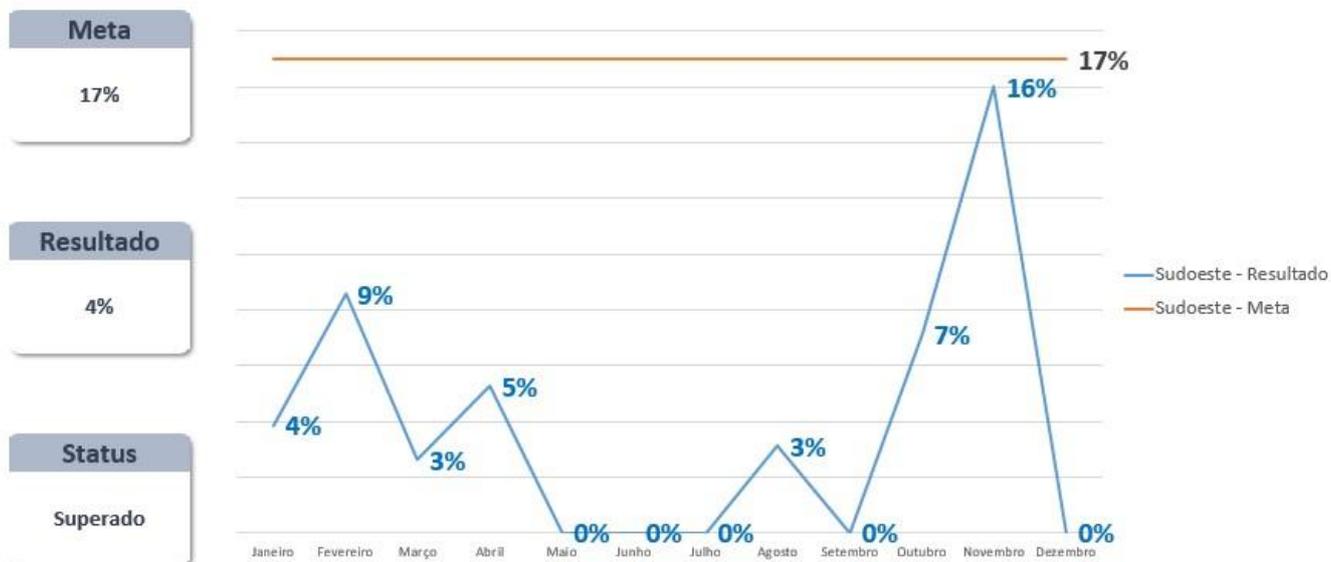
Indicador 7- Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas



Análise dos resultados:

Resultados da região mantendo-se crítico ainda, em torno dos 30%, sem avanço em comparação ao ano anterior que encerrou em 30%. Como o hospital HRT é referência para as especialidades de oftalmologia e ortopedia, a região não consegue atingir a meta de 20%. São atendimentos na maioria classificados como verdes e azuis, que não podem ser direcionados a outras unidades, totalizou no último mês do ano uma quantidade de 3.189 (65,63%) nas duas especialidades. No entanto, está havendo ações com a APS com relação aos demais casos, com a formação de grupo com GEMERG, UPAS e DIRAPS para melhoria do fluxo de transferência de cuidado, com o propósito dos verdes e azuis irem para as UBS, amarelos para UPAS, e vermelhos para hospitais. Espera-se uma melhora do resultado a longo prazo, apesar de que a atuação da APS não engloba casos agudos, por isso, muitos pacientes ainda permanecerão em busca da porta de emergência. Destaca-se ainda que a APS da região sudoeste passou muitos períodos de 2021 sem o profissional médico em todas as equipes o que impacta no resultado.

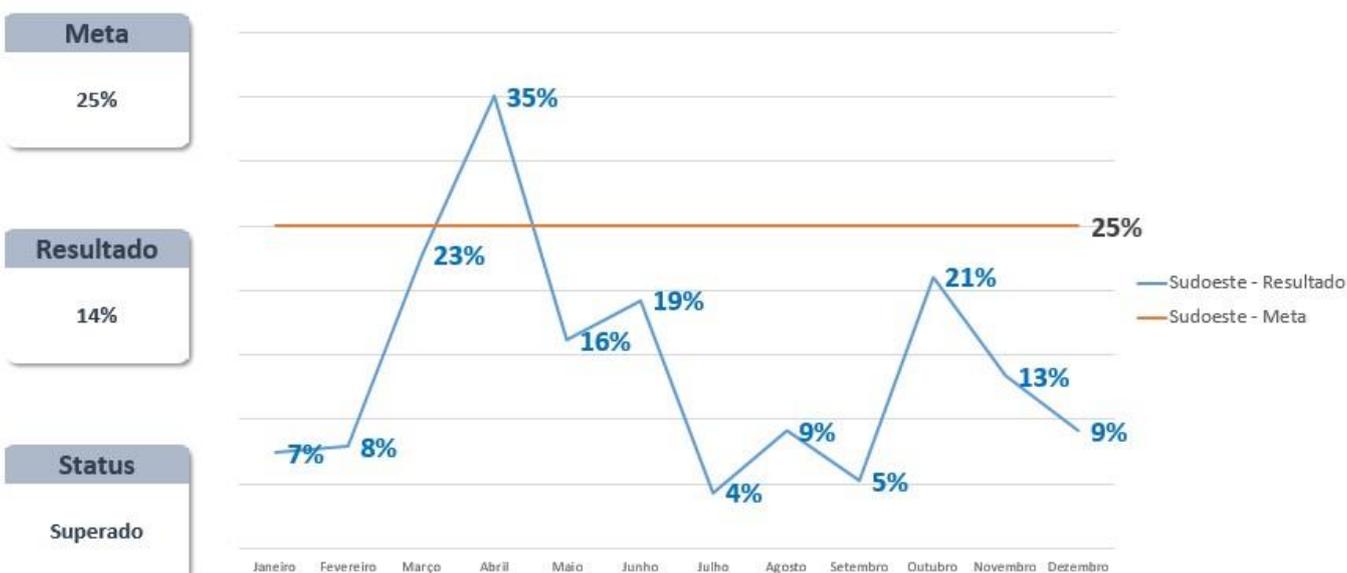
Indicador 8- Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)



Análise dos resultados:

Indicador superou a meta durante todos os meses do período, igualmente ao ano anterior. A região apresentou 15 óbitos de 399 internações. Quando comparado ao ano anterior, observa-se uma redução do número de óbitos, bem como do número de internações.

Indicador 9- Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

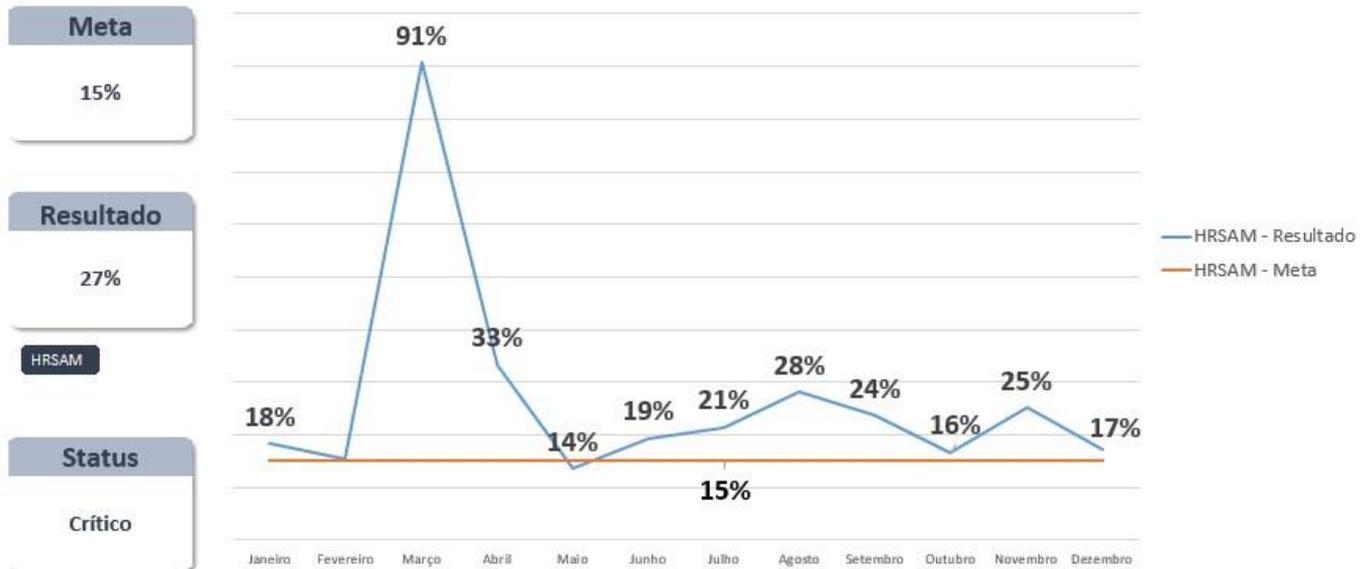


Análise dos resultados:

Indicador superou a meta durante todos os meses do período, com exceção do mês de abril que apresentou o maior número de óbitos (7) de 20 internações.

A região apresentou 39 óbitos das 284 internações por AVE. Comparado ao ano anterior, caiu o número de internações, bem como também o número de óbitos. Na desagregação dos resultados dos dois prontos socorros da região, observa-se que ambos os hospitais conseguiram superar a meta pactuada, dado as devidas ressalvas anteriores.

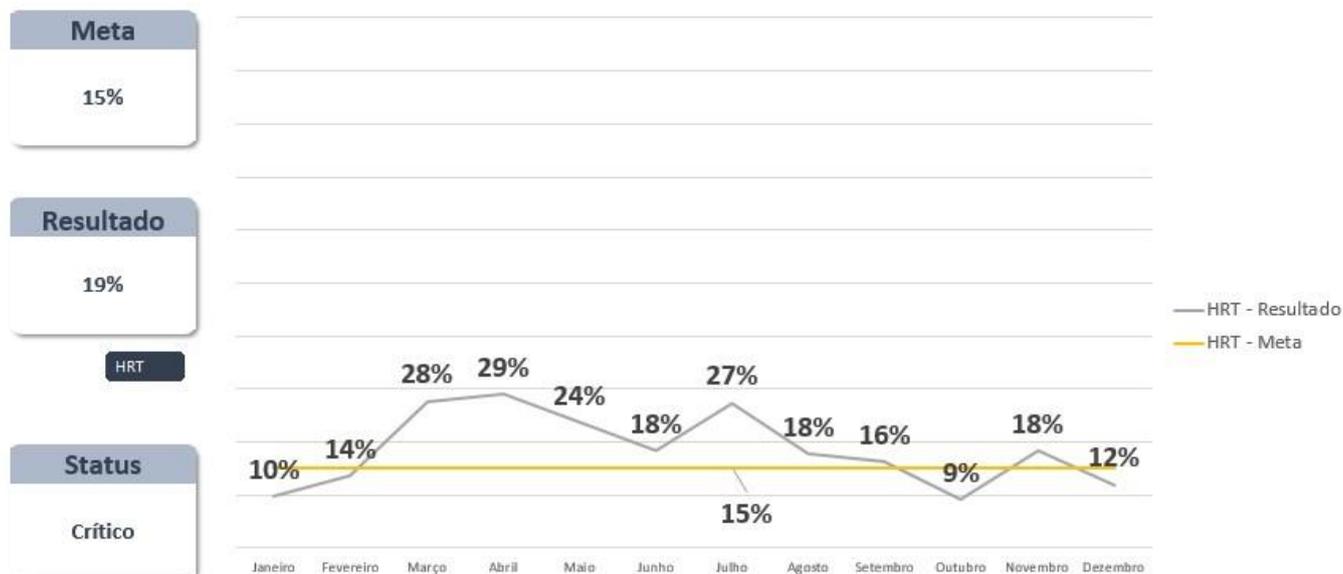
Indicador 10- Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas- HRSAM



Análise dos resultados:

O indicador não atingiu a meta estabelecida de 15% para o período, igualmente ao ano anterior e apresenta resultado crítico até o momento. O hospital apresentou resultado satisfatório apenas em fev (15%) e Maio (14%), os demais meses apresentaram resultados críticos. Os meses de março e abril foram os de piores resultados, 91% e 33% de taxa de suspensão de cirurgia, respectivamente. Esses resultados se devem às repercussões do decreto do Governador suspendendo cirurgias eletivas, conforme circular N°29/2021-SES/SAA. Além desse, o maior motivo para uma suspensão de cirurgia é pelo paciente na fase de internação, seguida por falta de RH. Existem ações previstas para o período, e ações de rotina da enfermagem de centro cirúrgico que podem minimizar a suspensão de cirurgias por motivo do paciente e incluem: aprimorar o processo de preparação dos mapas cirúrgicos, com capacitação dos servidores que trabalham na elaboração dos mapas; melhorar a comunicação aos pacientes (detalhar melhor o dia da cirurgia, confirmar dados pessoais, verificar estado clínico, melhorar a orientação do preparo antes da internação), identificar as causas de suspensão de cirurgias, institucionalizar o check list cirúrgico, monitorando a equipe quanto a realização do bate mapa para a redução de cancelamento de cirurgias por motivos de observação do jejum, falta de OPME, falta de consulta pré anestésica e condições clínica do paciente.

Indicador 10.1- Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas- HRT



Análise dos resultados:

O indicador atingiu resultado satisfatório para o período, no entanto, apresentando valores instáveis ainda semelhante ao ano anterior. O hospital apresentou melhor desempenho nos meses de jan, fev, out e dez. O pico maior de suspensão se deu nos meses de março, abril e julho, o que pode ter sido devido às repercussões do decreto do Governador suspendendo cirurgias eletivas, conforme circular N°29/2021-SES/SAA. Os principais motivos para suspensão de cirurgia são: condições clínicas do paciente, falta de material, não comparecimento do paciente, avanço de horário e falta de UTI. Existem ações previstas para o período, e ações de rotina da enfermagem de centro cirúrgico que podem minimizar a suspensão de cirurgias por motivo do paciente e incluem: aprimorar o processo de preparação dos mapas cirúrgicos, com capacitação dos servidores que trabalham na elaboração dos mapas; melhorar a comunicação aos pacientes (detalhar melhor o dia da cirurgia, confirmar dados pessoais, verificar estado clínico, melhorar a orientação do preparo antes da internação), identificar as causas de suspensão de cirurgias, institucionalizar o check list cirúrgico, monitorando a equipe quanto a realização do bate mapa para a redução de cancelamento de cirurgias por motivos de observação do jejum, falta de OPME, falta de consulta pré anestésica e condições clínica do paciente.

Indicador 11- Tempo de permanência em leitos de UTI Geral- HRSAM



Análise dos resultados

Indicador apresentou resultado razoável no período, mantendo índices instáveis, alcançando a meta estabelecida de 13 dias apenas nos meses de fevereiro e abril durante o ano. Quando comparado ao ano anterior, a unidade conseguiu melhor desempenho no ano de 2020, com uma média de 13,5 dias. A instabilidade dos resultados de tempo de permanência se deve às desmobilizações e mobilizações dos leitos para COVID ADULTO no período. Ademais, a UTI/HRSAM possui pacientes, idosos e crônicos que exigem um tempo de permanência maior, ou seja, possivelmente pacientes que apresentam comorbidades e ainda, há os com as sequelas do COVID.

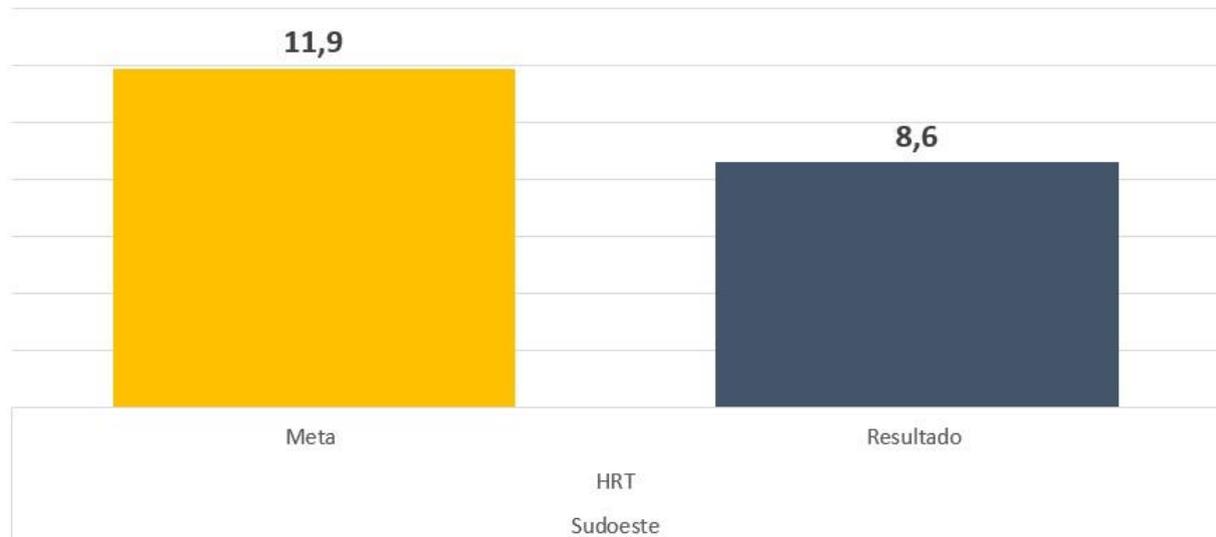
Indicador 11.1- Tempo de permanência em leitos de UTI Geral- HRT



Análise dos resultados:

Indicador encerrou o ano 2021 com desempenho razoável, com parcial de 14,3 dias de tempo de permanência em leitos de UTI Geral, desempenho um pouco melhor quando comparado ao ano anterior que fechou em 15,3 dias de tempo de permanência. A partir de abril, 3 leitos passaram para panorama 1, o que aumentou a rotatividade e houve uma pequena redução nesse tempo. Vale citar que o perfil da UTI do HRT também dificulta o alcance da meta, é uma unidade que atende pacientes crônicos e dialíticos. Alguns fatores que influenciam diretamente o tempo de permanência: a mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, falta de agilidade na realização de exames e procedimentos, notadamente tomografias, ecografias que não há na beira leito, a disponibilização de leitos de retaguarda quando da alta médica do paciente; dificuldade de conseguir vaga para diálise depois da alta. O Plano de Ação é um instrumento que deve minimizar esses fatores e otimizar uma maior rotatividade dos leitos. Portanto, as ações previstas no Plano de Ação da região devem estar focadas em viabilizar sempre que possível a desospitalização para o atendimento domiciliar – NRAD. Importante citar que, deve ser cobrado junto à SUGEP/SES profissionais e equipamentos de suporte à beira leito (pareceres, exames, endoscopias, por exemplo) para melhorar a rotatividade das internações, aumentar o acesso em tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI adulto.

Indicador 12- Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica – HRT



Análise dos resultados:
O indicador encerrou o período com resultado satisfatório apesar da unidade ter sido desativada em março, onde foi realizada a conversão para 5 leitos de UTI adulto geral. No entanto, durante os meses em que esteve ativada, jan, fev e dez conseguiu atingir a meta estabelecida menor que 11 dias, apresentando, uma parcial de 8,6 dias, um tempo de permanência dentro do esperado, igualmente observado durante o ano inteiro anterior. As características da UTI pediátrica e os distintos perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos – case mix, são fatores que diferenciam a média de permanência nas UTIS pediátricas. As médias de permanência das UTIs pediátricas tendem a ser mais elevadas que aquelas observadas nas UITs adulto. O parâmetro foi levantado a partir das fontes encontradas que se adequassem com a realidade do DF. Sendo elas o Governo do Distrito Federal DF (2008), o Programa CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar; Secretaria Municipal de Saúde de Diadema - SP, 2011.

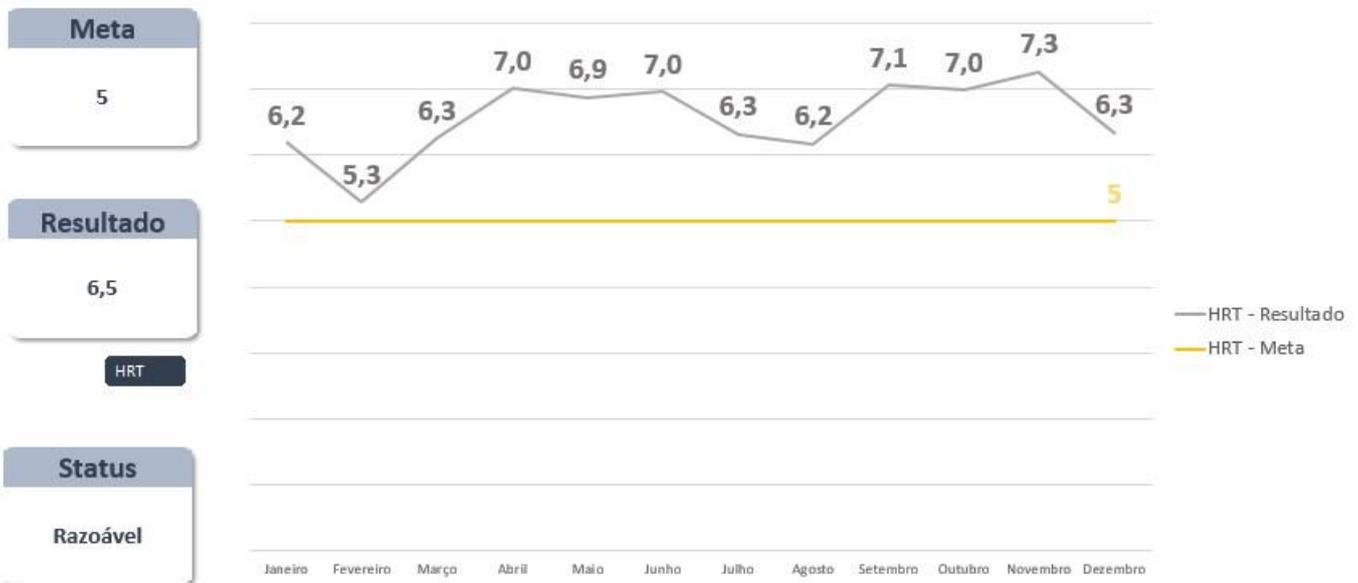
Indicador 13- Média de Permanência Geral- HRSAM



Análise dos resultados:

Meta superada, apresentando resultado parcial de 3,46 dias no período analisado, comportamento um pouco melhor ao ano anterior, que encerrou em 3,6 dias. A eficiência na gestão de leito e ajustes nos processos de trabalho contribuíram para superar o resultado.

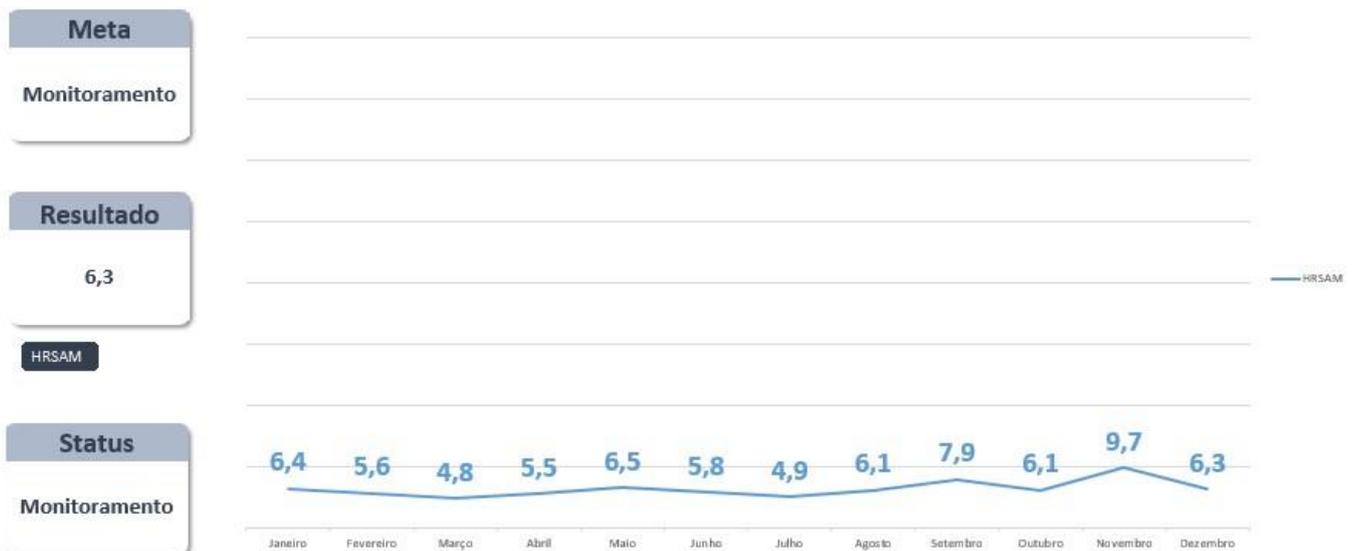
Indicador 13.1- Média de Permanência Geral- HRT



Análise dos resultados:

O indicador não conseguiu alcançar a meta estabelecida no acordo para no período analisado. Apresentou resultados razoáveis, mantendo entre 6 e 7 dias de média de permanência. Quando comparado ao ano anterior, a performance foi melhor, encerrando o ano de 2020 com média de 5,5 dias. Vale citar que a unidade hospitalar recebe muitos pacientes de UTI, é contrarreferência para COVID e pacientes com condições clínicas que requerem uma permanência maior na unidade a exemplo da cardiologia e ortopedia.

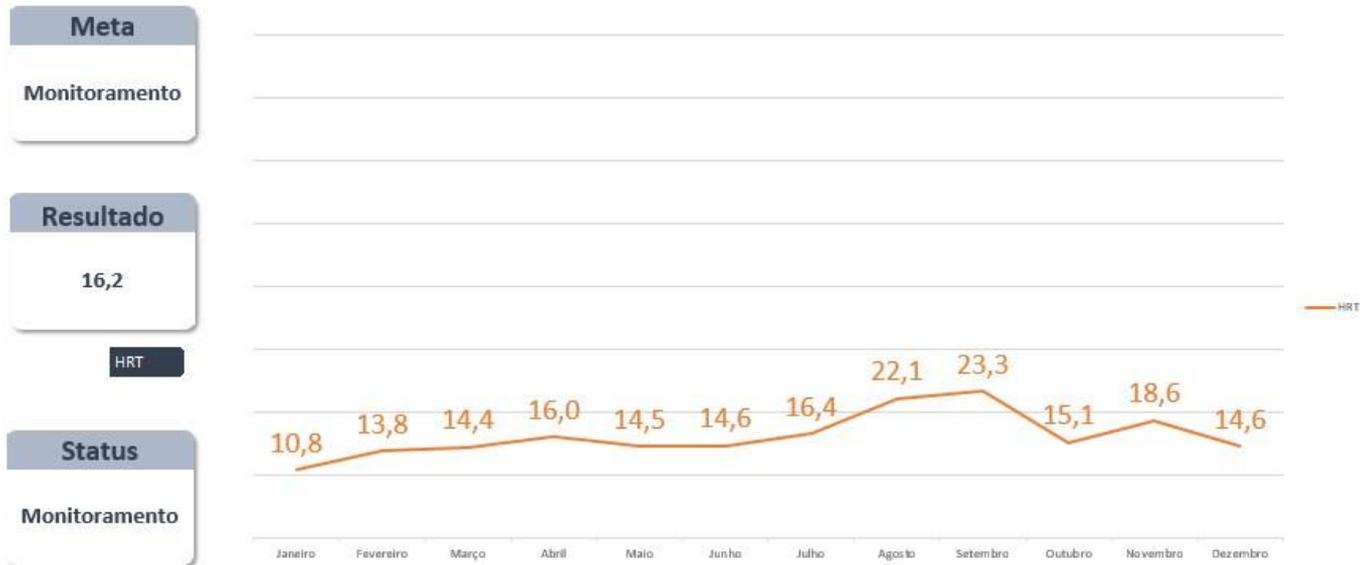
Indicador 14-Média de permanência em leitos de clínica médica- HRSAM



Análise dos resultados:

Indicador novo e em monitoramento durante todo o período analisado, mantendo índices instáveis na faixa entre 4,8 a 9 dias de média de permanência, encerrando o ano com parcial de 6,3 dias. Ressalta-se que pacientes de clínica médica, são pacientes crônicos e com sequelas do coronavírus, o que ocasiona um aumento considerável no tempo de permanência, com perspectivas de diminuição nos próximos meses por esse motivo.

Indicador 14.1- Média de permanência em leitos de clínica médica-HRT



Análise dos resultados:

Indicador novo e em monitoramento durante o período analisado, mantendo índices instáveis na faixa entre 11 a 23 dias de média de permanência, encerrando o ano com parcial de 16,2 dias. Ressalta-se que pacientes de clínica médica do HRT, são pacientes crônicos e/ou com sequelas do coronavírus, muitas vezes oriundos de outro hospital; com dificuldade de realização de exames, e por isso, demandam maior tempo de permanência na Clínica Médica. Com efeito, pode ocasionar um aumento considerável no tempo de permanência, com perspectivas de aumento nos próximos meses.

Indicador 15- Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica - HRSAM



**De janeiro a setembro não houve preenchimento de dados, pois os leitos estavam destinados para outros fins.*

Análise dos resultados:

Indicador novo e em monitoramento durante o período analisado, porém apresentou resultados somente no último trimestre do ano, que foi retornando aos poucos com as cirurgias, UTI 2 leito nº 11 de retaguarda de cirurgias, não regulado, com apenas 2 pacientes. Logo que normalizar o atendimento e o direcionamento para leito de UIT cirúrgico, a previsão é estabelecer fluxo para liberar os exames de pacientes da UTI com prioridade para girar melhor do leito.

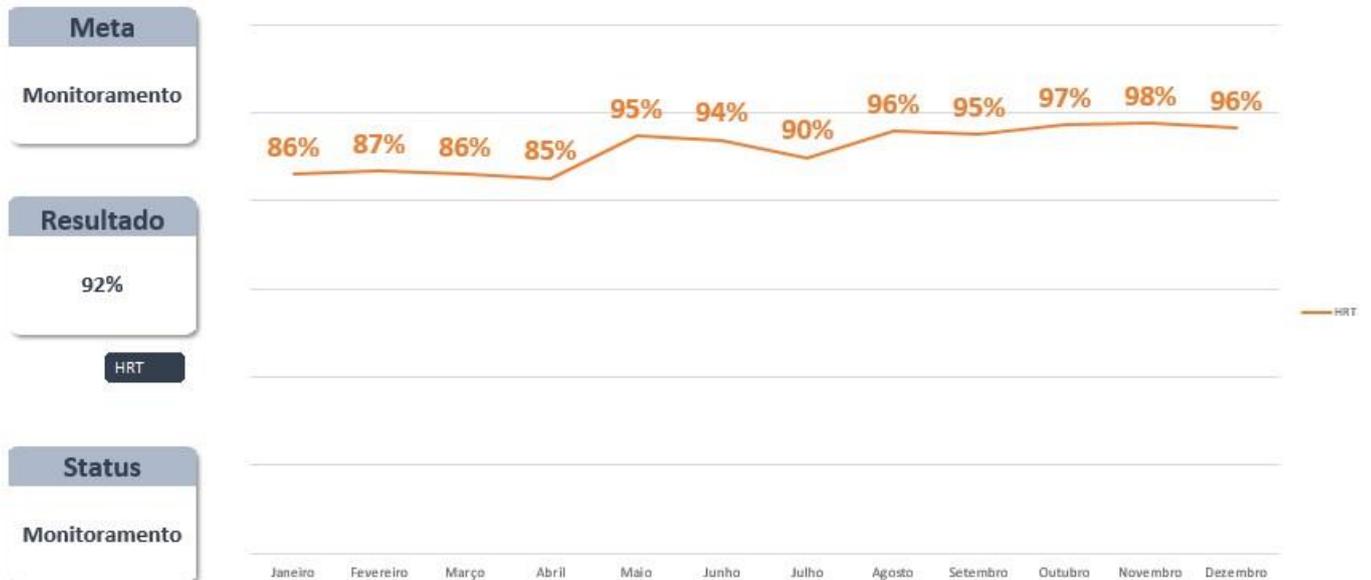
Indicador 16- Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica- HRSAM



Análise dos resultados:

Indicador novo e encontra-se em monitoramento durante o período analisado. Apresentou resultados entre a faixa de 60% a 96,1% de taxa de ocupação hospitalar em leitos de clínica médica, encerrando o ano com resultado parcial de 62%. A taxa de ocupação é influenciada pela mobilização de leitos de COVID na UTI.

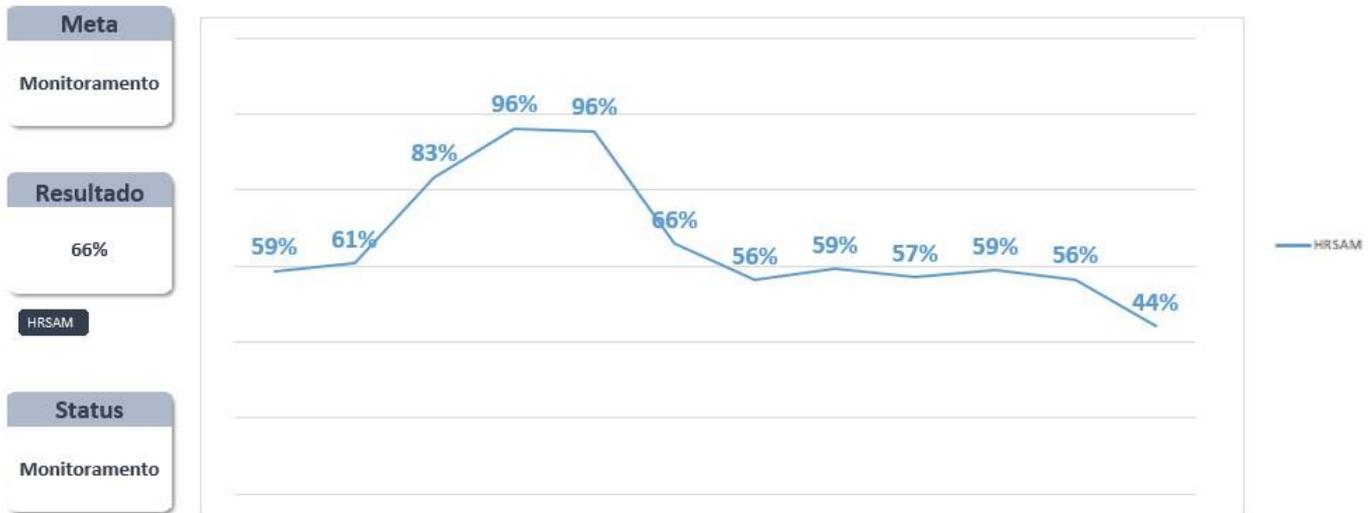
Indicador 16.1- Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica- HRT



Análise dos resultados:

Indicador novo e encontra-se em monitoramento durante o período analisado. Apresentou resultados entre a faixa de 85% a 97,7% de taxa de ocupação hospitalar em leitos de clínica médica, encerrando o ano com resultado parcial de 92% . Ressalta-se novamente que pacientes oriundos de outro hospital, com sequela de Covid e com dificuldade na realização de exames demandam maior tempo de permanência na Clínica Médica. A taxa de ocupação é influenciada pela mobilização de leitos de COVID na UTI.

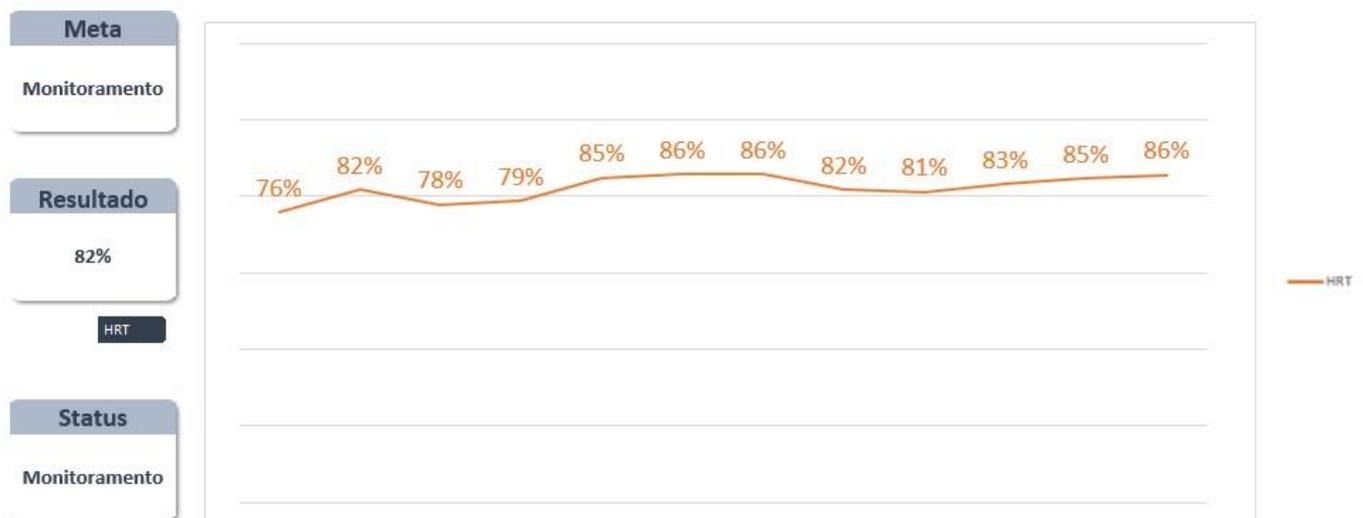
Indicador 17-Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais- HRSAM



Análise dos resultados:

Indicador novo, com status de monitoramento durante o período analisado. Apresentou taxas de ocupação variando entre 44,10% (dez) e 96,3% (jun), encerrou o período com resultado parcial de 66%. A mobilização de leitos para COVID resultou em taxas altas.

Indicador 17.1-Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais- HRT



Análise dos resultados:

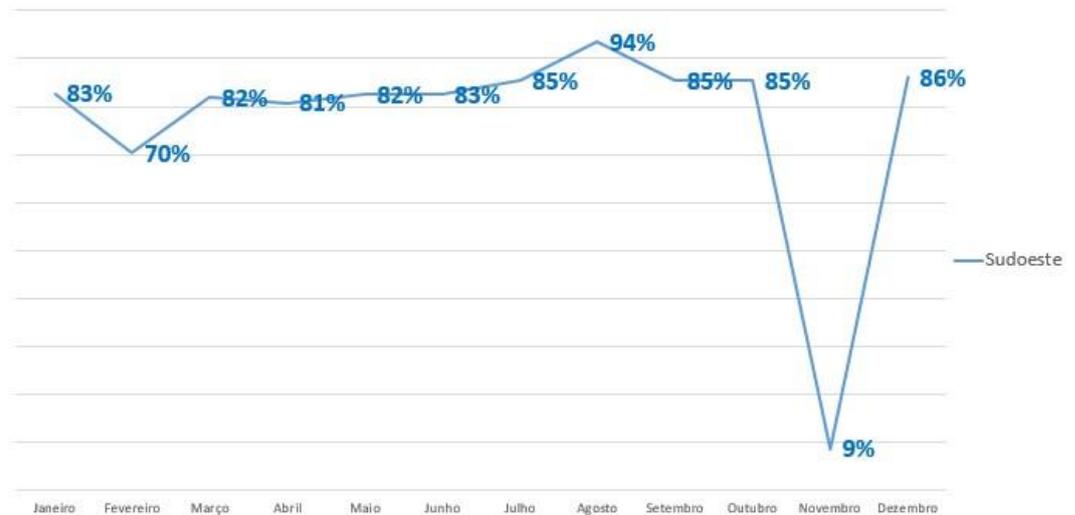
Indicador novo, com status de monitoramento durante o período analisado. Apresentou taxas de ocupação variando entre 76% (jan) e 86% (dez), encerrou o período com resultado parcial de 82%. As principais especialidades com internação superior a 15 dias são Clínica Médica, Ortopedia, Cirúrgica e Cardiologia, por ficarem mais tempo esperando algum procedimento específico e/ou exames e dessa forma, prolonga-se mais com o leito ocupado.

Indicador 18-Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite)

Meta
Monitoramento

Resultado
77%

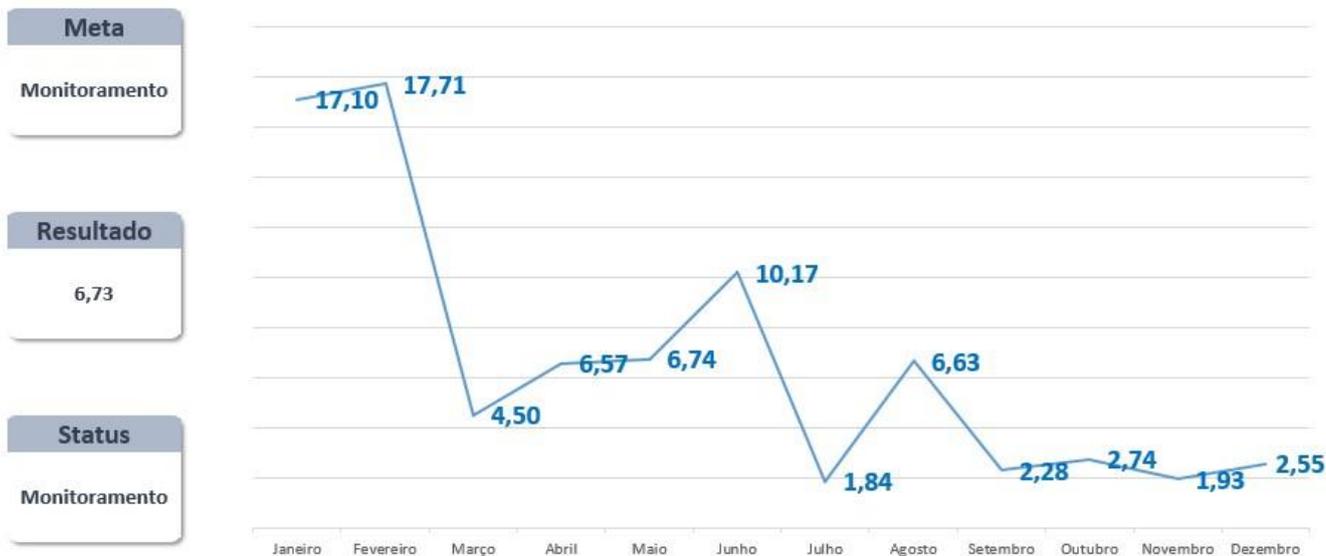
Status
Monitoramento



Análise dos resultados:

Indicador em estado de monitoramento, apresentando resultado razoável no período, encerrando o ano com parcial de 77% de percentual de GAE classificadas. Comparado ao ano anterior, a performance em 2020 foi um pouco melhor, apresentou percentual de 83% de GAE classificadas. Algumas variáveis devem ser consideradas: HRSAM não há classificação de pacientes 24 horas por dia e houve constantes desmobilização/mobilização de leitos COVID na UTI, enfermarias e parte do PS, alterando o tipo pacientes recebidos através da regulação e atendidos na emergência. HRT é um hospital porta aberta para diversas especialidades recebendo pacientes amarelos, verdes e laranjas, conforme classificação de risco.

Indicador 19- Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa



Análise dos resultados:

Indicador com status de monitoramento, cujos resultados são fornecidos pelo Complexo Regulador - SES/CRDF/NPMA. Destacam-se os meses de março (4,50h); jul (1,84h). set (2,28h); out (2,74h), nov (1,93h) e dez (2,55h), cujos tempos de retenção de maca foram reduzidos durante o ano. A performance desse ano foi melhor que o ano anterior, encerrando com resultado parcial de 6,73h de retenção de maca contra 9,5h do ano anterior.

Ao desagregar os resultados das horas nos dois hospitais, percebemos um distanciamento muito grande entre os dois, devido às realidades e demandas diferentes: HRSAM: somente cirurgia eletiva (com suspensões periódicas), referência COVID da região Sudoeste e não tem pronto socorro para clínica médica, regulada pelo SISLEITOS. HRT: é referência para trauma, ortopedia e o pronto socorro é porta aberta, com destaque na pandemia que tem recebido pacientes do HRSAM e também do HRC que está como referência COVID.

Indicador 20- Taxa de Prevalência de Notificação de Violência



Análise dos resultados:

Indicador em estado de monitoramento, apresentando resultado parcial de 17,26% de taxa de prevalência de notificação de violência. Vários fatores influenciam na notificação de violência no sistema, mas majoritariamente a quantidade insuficiente de RH nos setores, consequentemente prejuízo no registro de notificações inseridas no sistema. A demanda aumentada devido às ações de combate ao COVID 19 também influenciam na falta de registro ou no atraso de registro de notificações de violência. Total de notificações na região: 1.718 notificações; é a região de Saúde que mais notifica esses casos. O maior número de notificações segundo RA, no ano 2021, foi em Samambaia e Taguatinga, onde há unidades hospitalares.

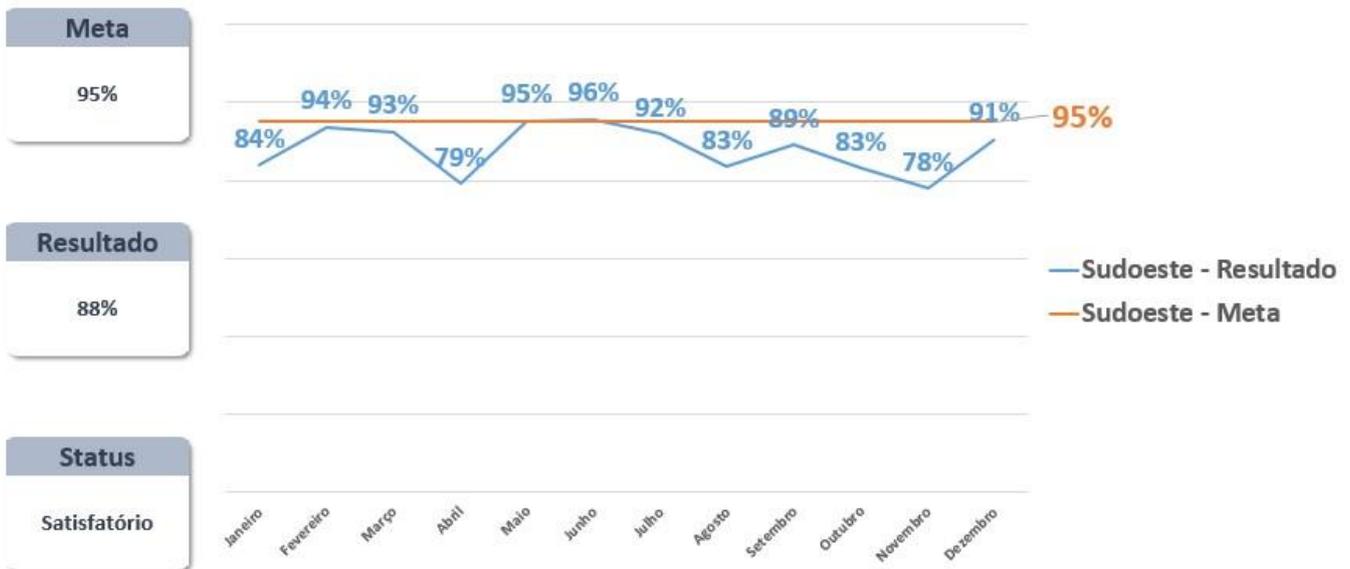
Indicador 21- Taxa de mortalidade por acidentes



Análise dos resultados:

Indicador novo em monitoramento no período analisado. Apresentou resultados que oscilaram durante o período entre a faixa de 12,78% a 21,45%. Os dados são parciais e provisórios com atualização mensal de todos os meses. Os acidentes monitorados são: Quedas|Acidentes de transporte (terrestre e outros); Afogam. e submersão acidentais; Riscos à respiração(sufocação, inalação, estrang)|Envenenamento acidental. Total de óbitos por acidentes referenciados de jan a dez = 65. O indicador não contribuiu efetivamente para implantação de ações de prevenção pelos serviços de saúde e por isso, não tem alinhamento com as diretrizes e objetivos do acordo AGR e, portanto, há perspectiva de ser excluído do monitoramento no próximo período.

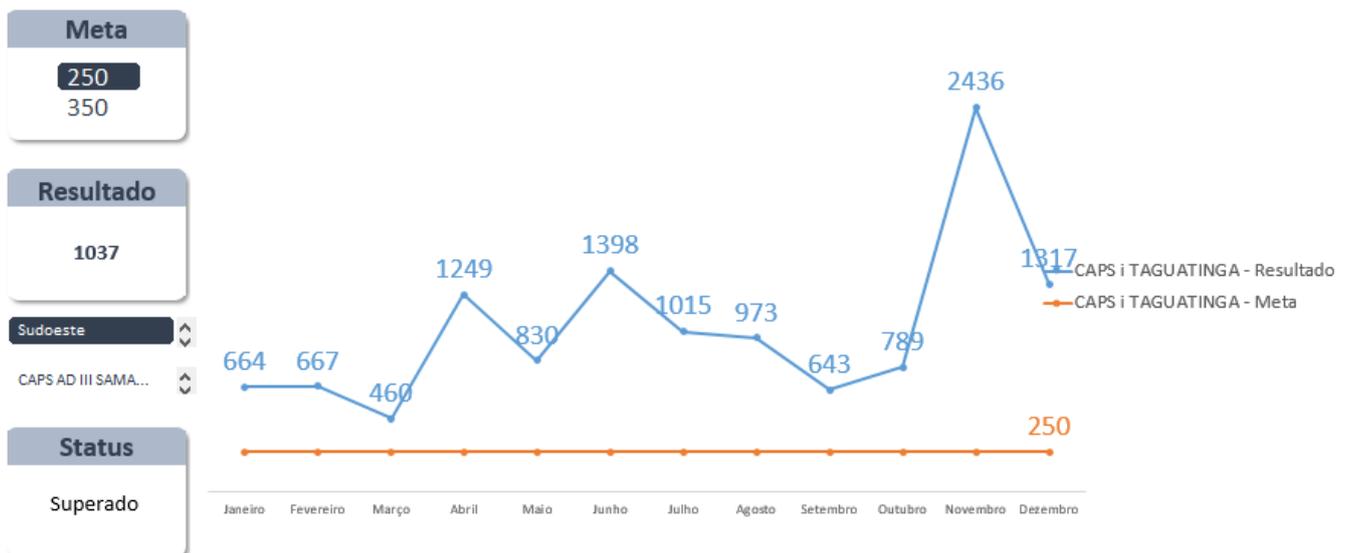
Indicador 22- Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.



Análise dos resultados:

Apesar do resultado satisfatório, o indicador não alcançou a meta de 95% em nenhum mês do ano analisado, atingindo um valor próximo somente em fevereiro (94%). Contudo, quando comparado ao ano anterior, o indicador apresentou desempenho melhor esse ano com resultado parcial de 88,03% contra 78% em 2020. As duas unidades hospitalares que realizam o exame na região ainda continuam apresentando um déficit de recursos humanos na área de fonoaudiologia do NSF. É importante lembrar que um dos fatores que contribuem para reduzir o índice concentram-se na questão de RH, em especial quando há afastamentos legais.

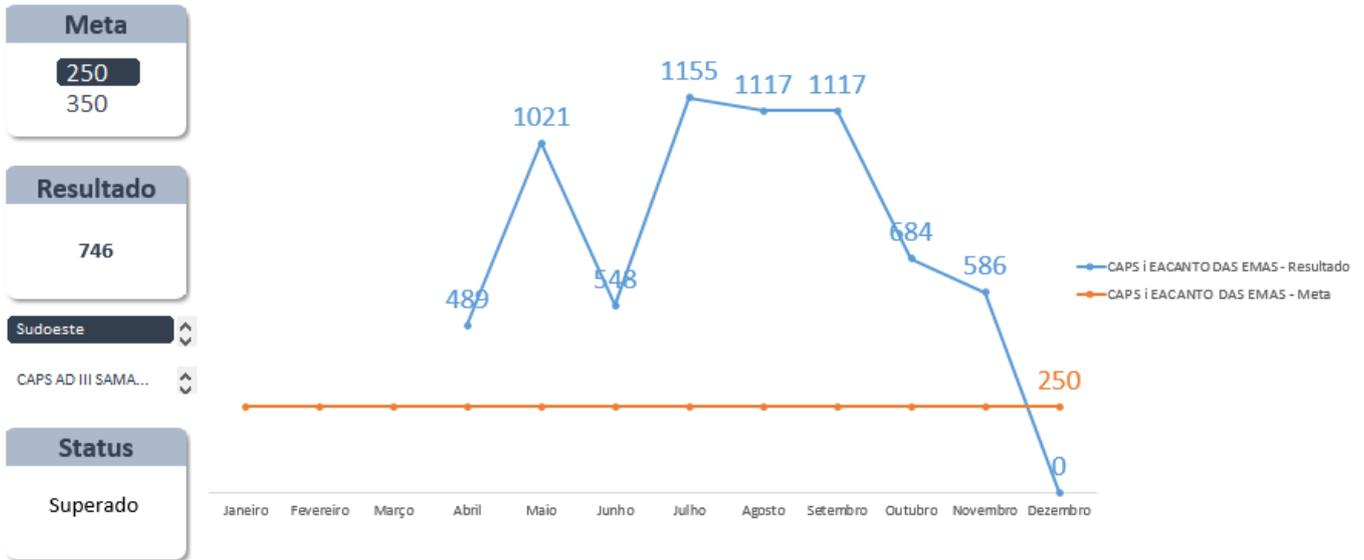
Indicador 23-Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial- CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde- RAAS (Atenção Psicossocial)- TAGUATINGA



Análise dos resultados:

Indicador superou a meta estabelecida de 250 atendimentos individuais, acolhimentos e grupos da unidade, superando as expectativas diante do cenário de pandemia, apresentando resultado parcial de 1037 em ações e serviços registrados pelo CAPS i Taguatinga. A Unidade perdeu a habilitação da modalidade III, porém estamos em processo de habilitação para CAPS i, aguardando o MS.

Indicador 23.1-Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial- CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde- RAAS (Atenção Psicossocial) – RECANTO DAS EMAS

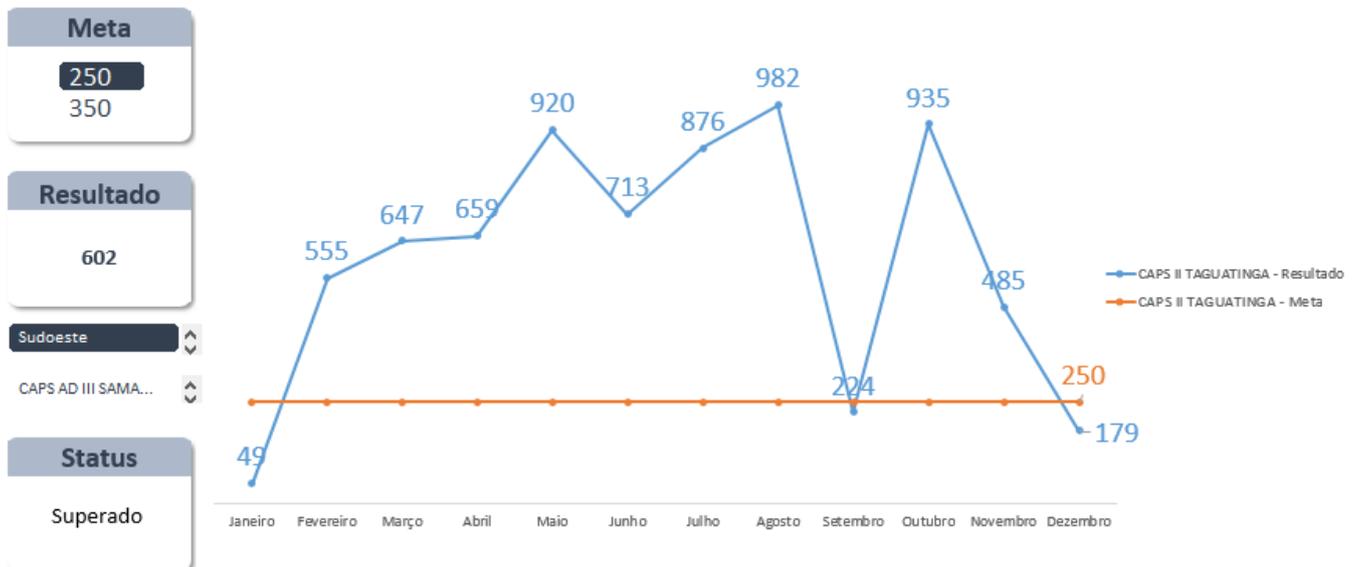


Obs: De janeiro a março o Caps estava em processo de organização para inserção dos dados tendo em vista que o mesmo não estava habilitado no período

Análise dos resultados:

A Unidade superou a expectativa, apesar de não ser credenciado/habilitado ainda por falta de estrutura física e RH, mesmo assim segue apresentando produtividade em RAAS conforme orientação da DICS/SUPLAN/SES.

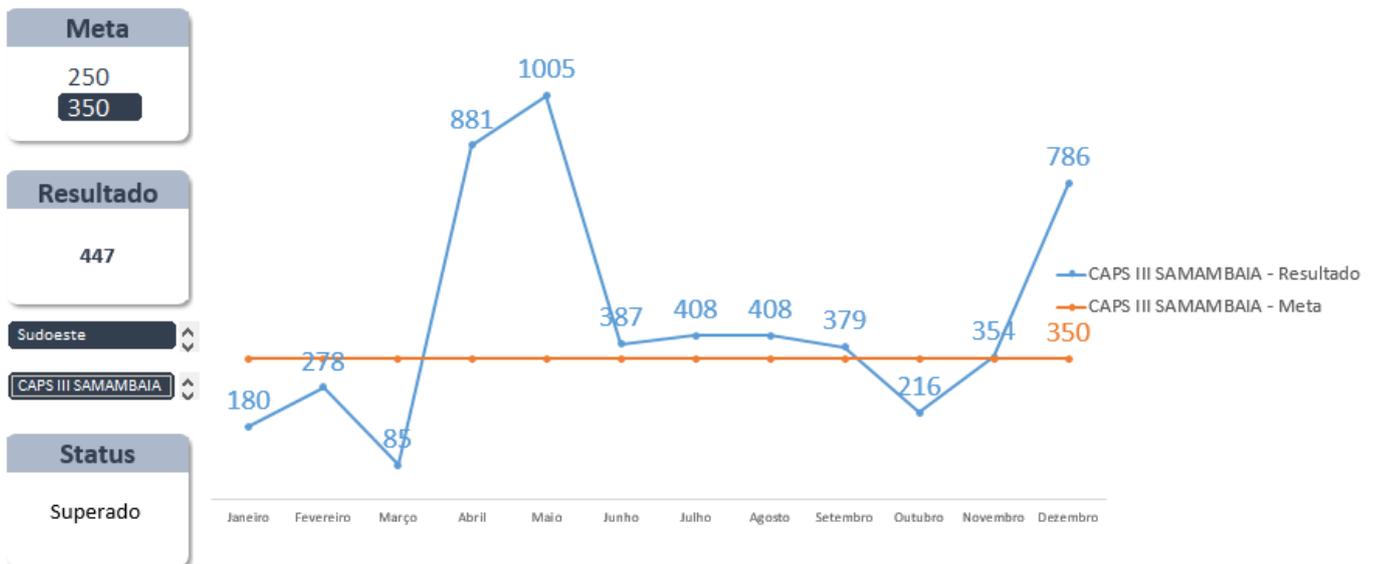
Indicador 23.2-Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial- CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde- RAAS (Atenção Psicossocial)- TAGUATINGA



Análise dos resultados:

A unidade superou a expectativa, apesar da dificuldade de RH para realizar os registros das ações, que, inclusive, prejudicou o resultado de dezembro. Apesar das dificuldades no período analisado, gestores trabalham com o alinhamento da equipe, permitindo que o indicador superasse a meta estabelecida de 250 ações e serviços registrados.

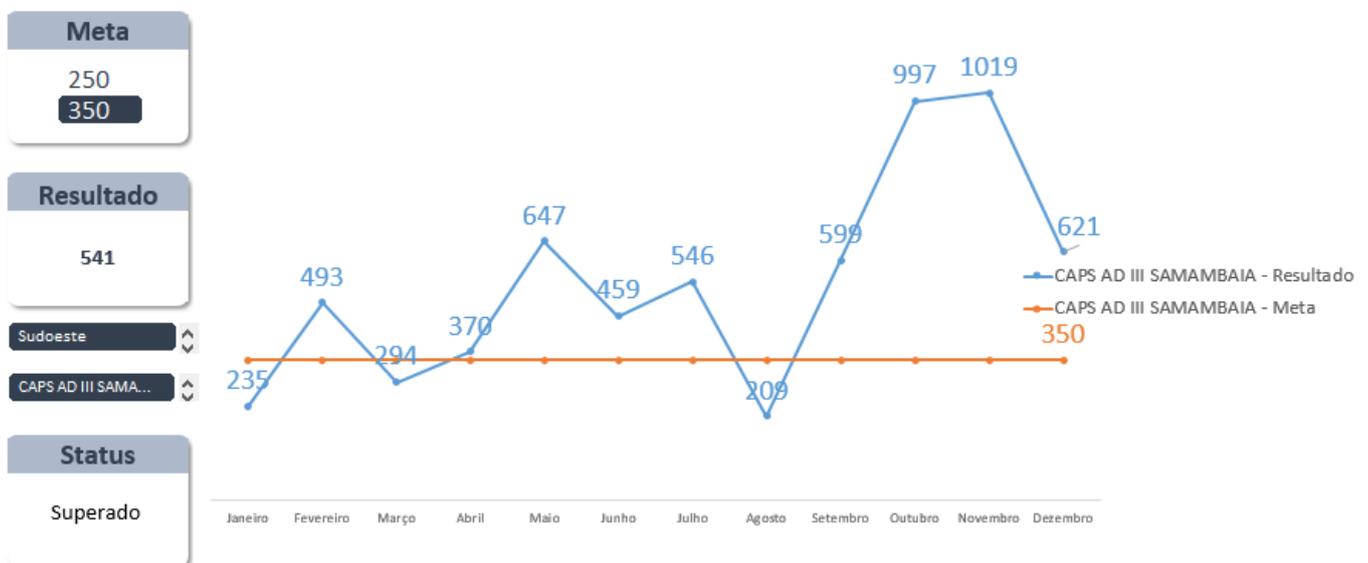
Indicador 23.3-Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial- CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde- RAAS (Atenção Psicossocial) – SAMAMBAIA



Análise dos resultados:

Indicador superou a meta de 350 estabelecida para o período analisado, apesar de toda dificuldade com RH para operacionalização dos registros. Por isso, reforçamos a importância do RAAS ser importado pelo TRACK, por se tratar de inserção de dados manualmente, pois na falta de servidor os resultados, bem como as ações ficam comprometidos.

Indicador 23.4-Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial- CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde- RAAS (Atenção Psicossocial)- SAMAMBAIA



Análise dos resultados:

As ações apresentaram resultados acima da meta durante o período estudado, com exceção dos meses de jan (235) mar(294) e ago (209). De toda forma, o indicador apresentou resultado parcial de 541 ações e serviços registrados. Importante ressaltarmos que estamos sempre monitorando e apoiando em conjunto com o NCAIS nas dificuldades apresentadas pela unidade, alinhando os processos de trabalho.

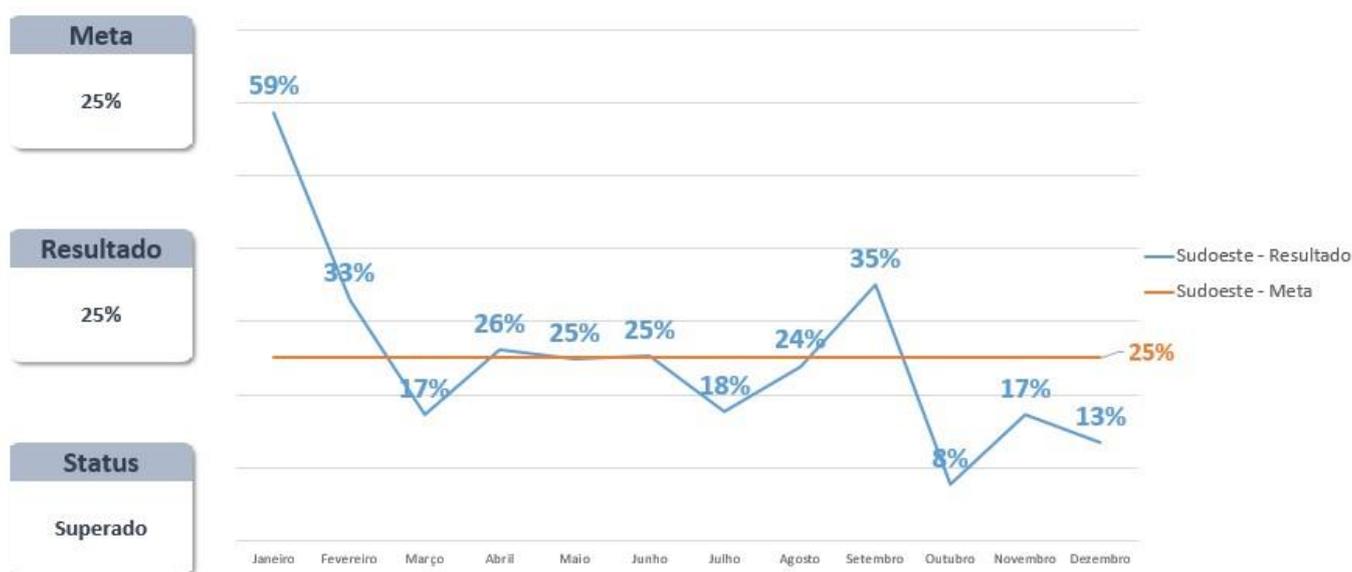
Indicador 24-Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica



Análise dos resultados:

Indicador com desempenho satisfatório, apresentando 90,2% de resultado parcial. As quantidades de ações aumentaram em relação ao início do ano, mostrando acima de 50 matriciamentos realizados. TODOS os CAPS efetuaram o registro, apesar dos CAPSi Recanto e CAPSi Taguatinga não complementarem a meta.

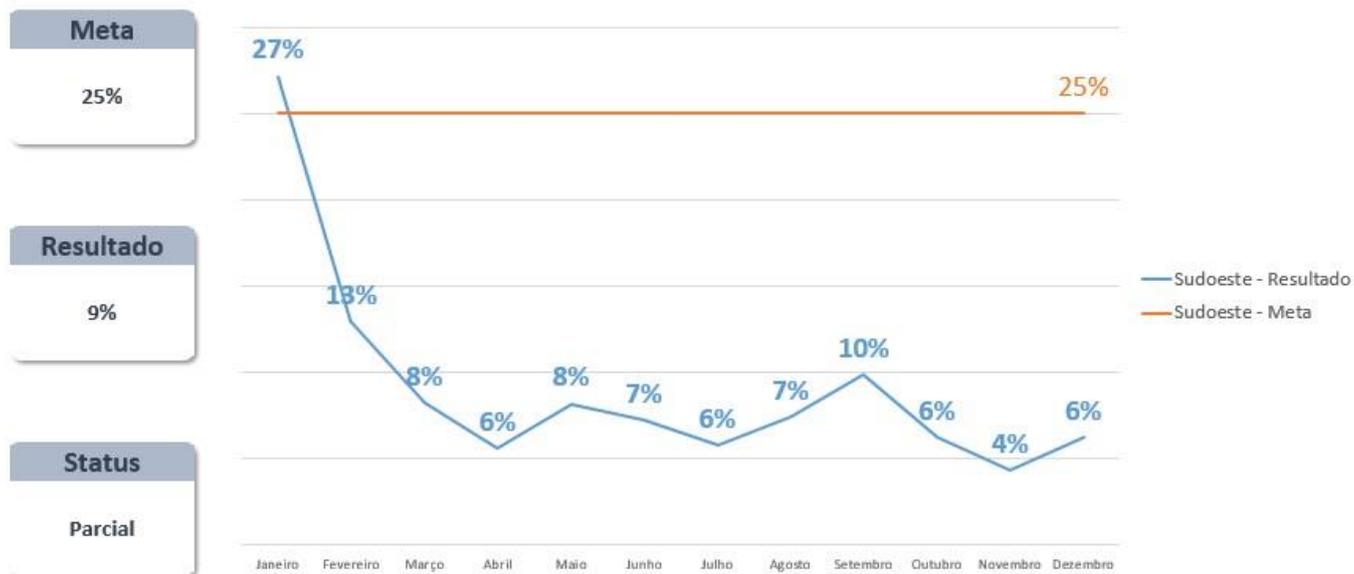
Indicador 25 Percentual de consultas de cardiologia



Análise dos resultados:

Indicador superou a meta de 25% estabelecida para o período, apesar de alguns meses não terem conseguido atingir. A DIRASE tem feito gestão junto à DIRAPS, para realizar ações como a estratificação de risco na APS e o plano de cuidado e contra referência; incentivando o uso e o correto preenchimento de estratificação de risco no ESUS e Levantamento das necessidades de treinamento da equipe. Ademais, a direção ainda está buscando uma maior governabilidade relacionada à especialidade, pois o fato do RH médico ainda estar subordinado ao HRT, dificulta na organização da agenda e oferta de vagas. Há tratativas por parte da direção para fazer a migração do perfil de atendimento para a Policlínica GSAS-2.

Indicador 26- Percentual de consultas de endocrinologia

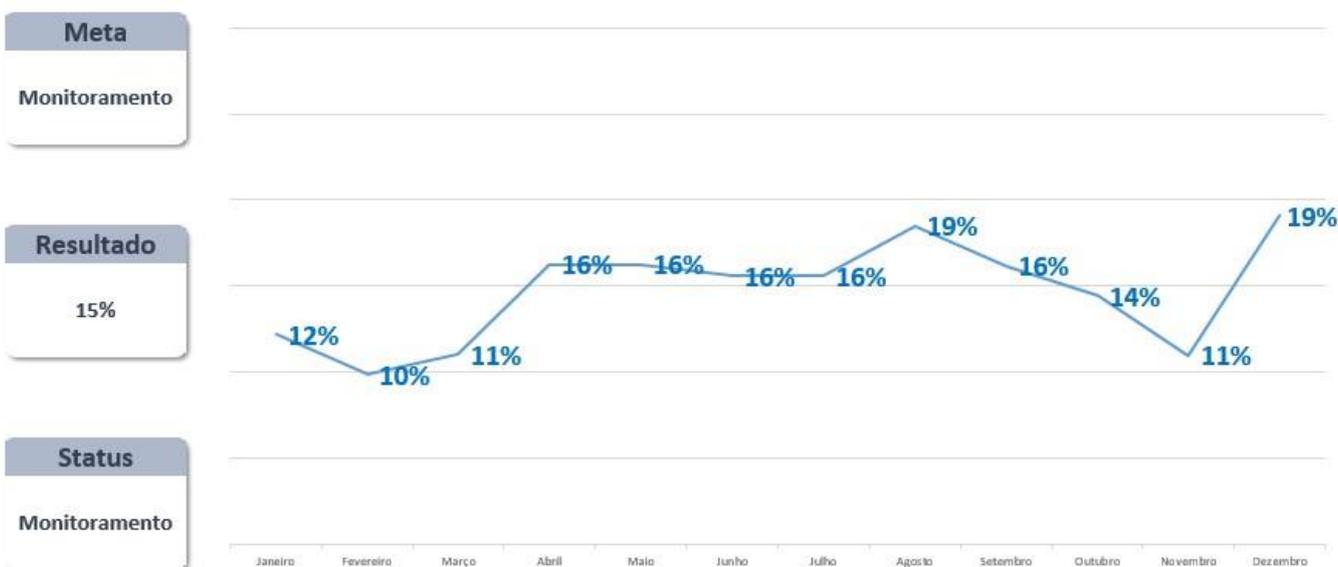


Análise dos resultados:

O indicador não conseguiu atingir meta em nenhum mês durante o período, exceção feita a janeiro que atingiu 27% da meta estabelecida. O fator limitante para o alcance da meta é a falta de governabilidade total da especialidade pela DIRASE, que dificulta na organização da agenda e oferta de vagas por ainda estarem subordinados ao hospital HRT, e não à atenção secundária. Uma estratégia seria fazer a migração do perfil de atendimento para a Policlínica GSAS-2 e movimentação de servidor.

Ademais, ainda está sendo articulado com a RT da Endócrino para melhorar a oferta de vagas, considerando todas as situações pertinentes a essa questão.

Indicador 27- Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis



Análise dos resultados:

Indicador com status de monitoramento. Apresentou resultados entre a faixa de 9,9% (fev) a 19,1% (dez), portanto, o mês de dezembro foi o de melhor desempenho no ano analisado, o indicador encerra o ano com parcial de 14,7% abaixo do valor da média apresentada no ano anterior, de 19%. Vale considerar os mutirões de vacinação contra covid e a situação de pandemia ainda existente. As equipes estão retornando aos poucos às atividades coletivas.

Indicador 28- Taxa de internações relacionadas a Diabetes Mellitus e suas complicações

Meta

Monitoramento

Resultado

0,32

Status

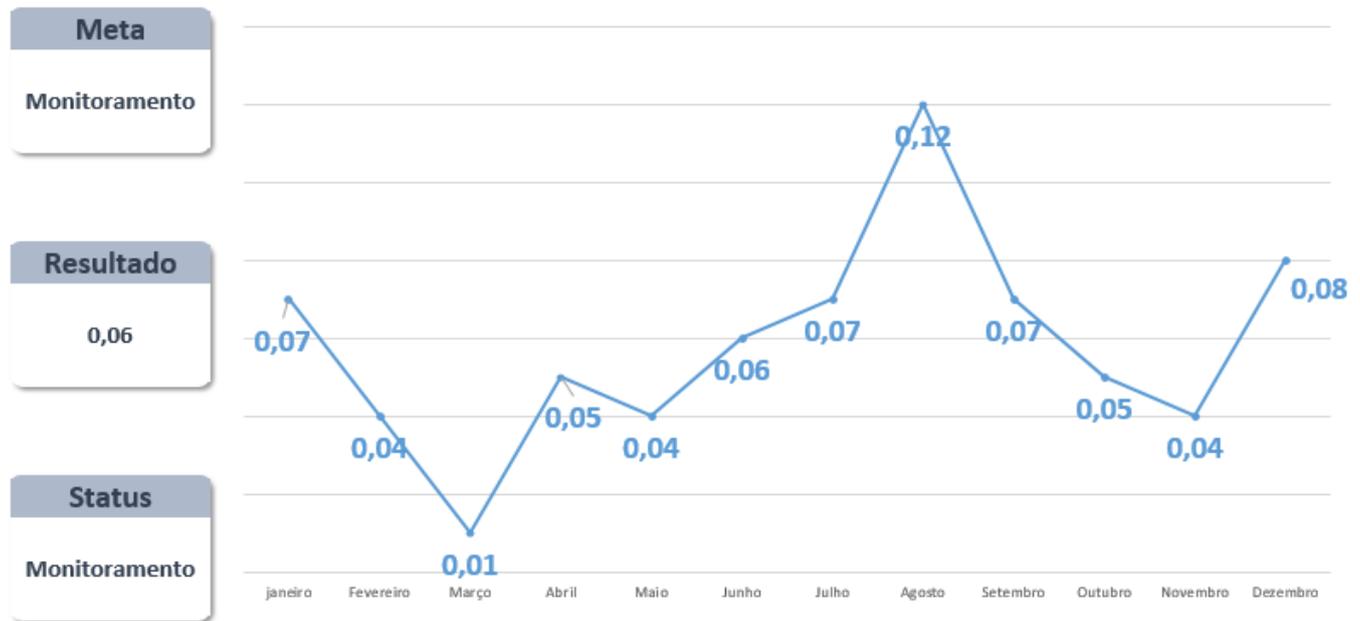
Monitoramento



Análise dos resultados:

Indicador permaneceu "sobrestado" durante todo o período estudado. Ao final do ano foi possível coletar os dados na sala de situação – perfil gestor: tivemos 323 internações relacionadas a diabetes e suas complicações, sobretudo no HRT; o HRSAM foram poucas internações, pois estava restrito para atendimento do COVID 19. O grupo condutor DCNT com suas áreas integrantes concentram esforços no sentido de promover ações, especialmente na atenção primária, mas também na atenção secundária de combate às doenças crônicas não transmissíveis, incluindo diabetes mellitus.

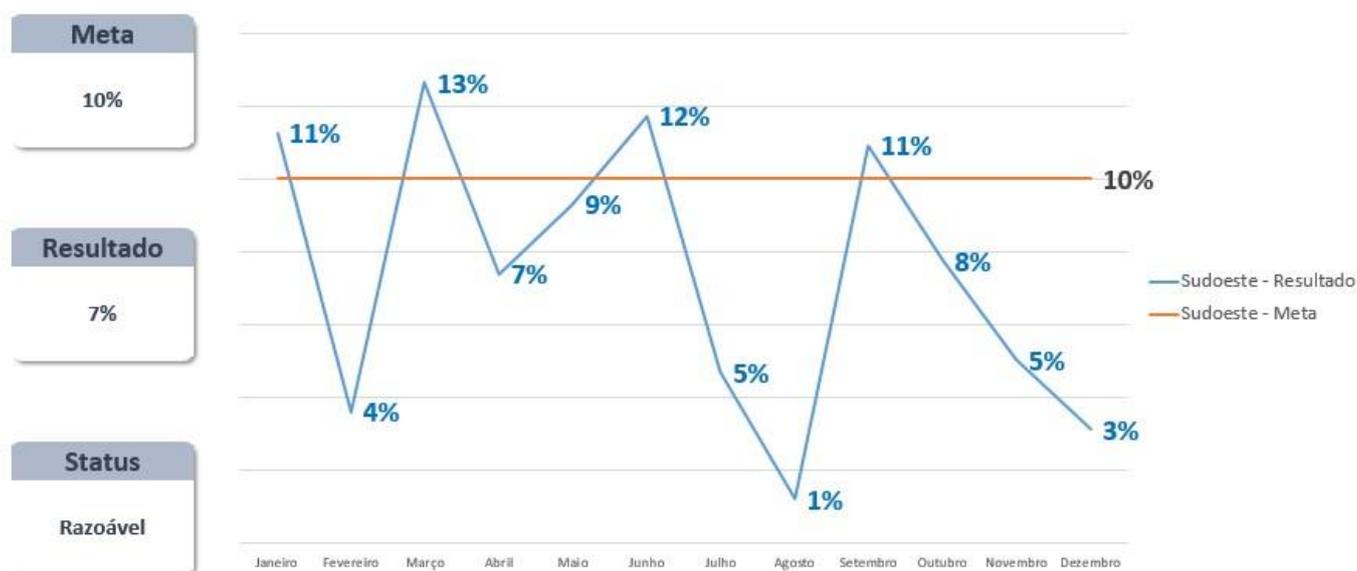
Indicador 29- Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações na faixa etária de 18 anos a mais.



Análise dos resultados:

Indicador permaneceu "sobrestado" durante todo o período estudado. Ao final do ano foi possível coletar os dados na sala de situação – perfil gestor: tivemos 58 internações relacionadas a hipertensão arterial e suas complicações, sobretudo no HRT; o HRSAM quase não teve internação, pois estava restrito para atendimento do COVID 19. O grupo condutor DCNT com suas áreas integrantes concentram esforços no sentido de promover ações, especialmente na atenção primária, mas também na atenção secundária de combate às doenças crônicas não transmissíveis, incluindo hipertensão arterial.

Indicador 31- Percentual de admissão no SAD no período

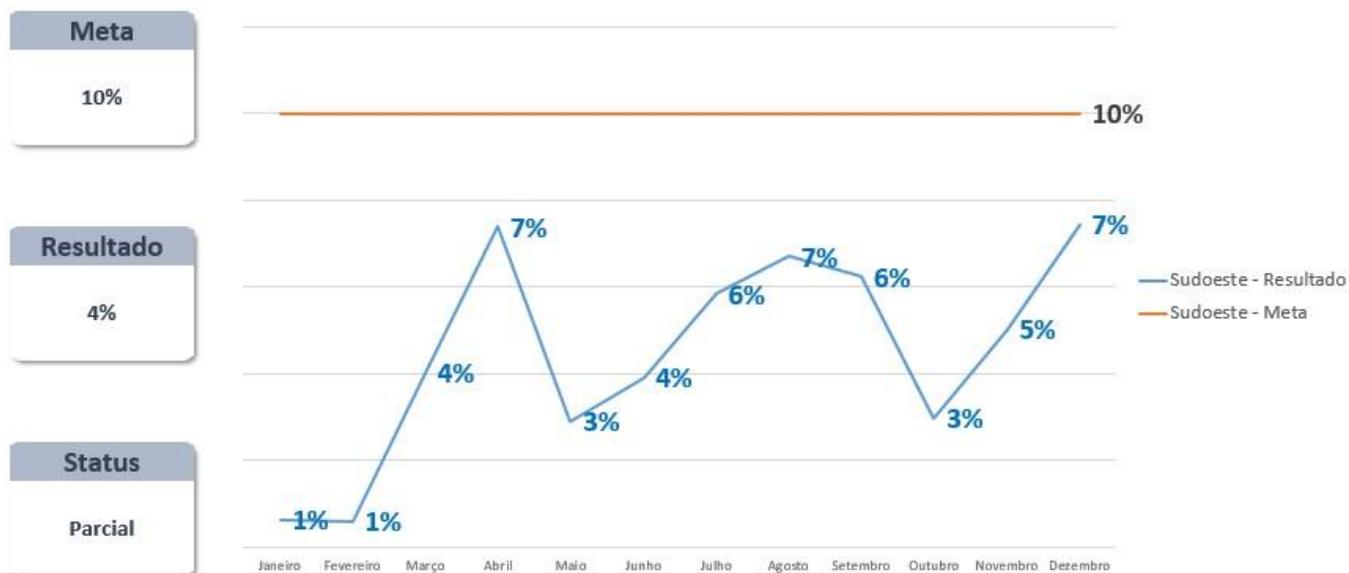


Análise dos resultados:

Indicador não atingiu a meta de 10% estabelecida no acordo, nos dois últimos períodos, 2020 e 2021. Os meses com melhor desempenho foram jan (11%), mar (12,6%), jun (11,73%) e set (10,91%), cujo número de admissões foi maior no HRSAM. Alguns fatores contribuíram para aumento no número de admissões no SAD a saber, demanda espontânea maior, direcionados pela APS para cuidados paliativos, após um trabalho de sensibilização do serviço pela equipe NRAD, em visitas aos postos de saúde de Samambaia e Recanto das Emas, iniciado em dezembro de 2020.

Contudo, importante ressaltar que a indisponibilidade de condutores e o déficit de horas médico, enfermeiro, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais por afastamentos legais no setor (NRAD - HRT), prejudica a admissão de novos pacientes, fazendo com que a meta não seja atingida na íntegra pela região.

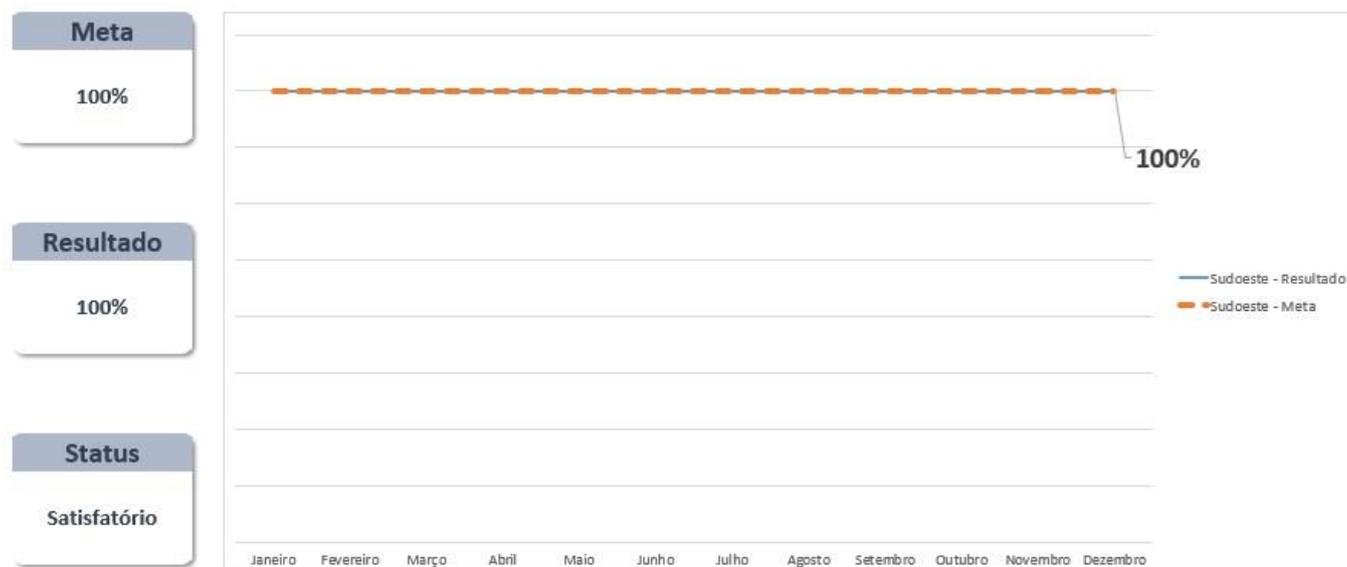
Indicador 32- Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD



Análise dos resultados:

Indicador com desempenho muito razoável durante o período analisado. O maior percentual o foi de 7,45% em dezembro, indicando o mês com melhor desfecho de alta do SAD. No entanto, os resultados do ano mostram que ainda são resultados um pouco distante para o alcance da meta estabelecida de 10%. Inicialmente os baixos índices podem ser devido à dificuldade de encaminhamento à APS, devido risco de descontinuidade do tratamento, já que alguns procedimentos que os pacientes necessitarão, não pertencem à carteira de serviços. Contudo, ressalta-se que a partir de maio aumentaram as altas por melhora clínica do paciente, comparado às altas administrativas ou óbitos do início do ano. Além disso, foram realizadas reuniões regulares para aproximação com APS e programado com a atenção secundária para otimizar a continuidade do cuidado, objetivando o aumento das altas, referência e contrarreferência.

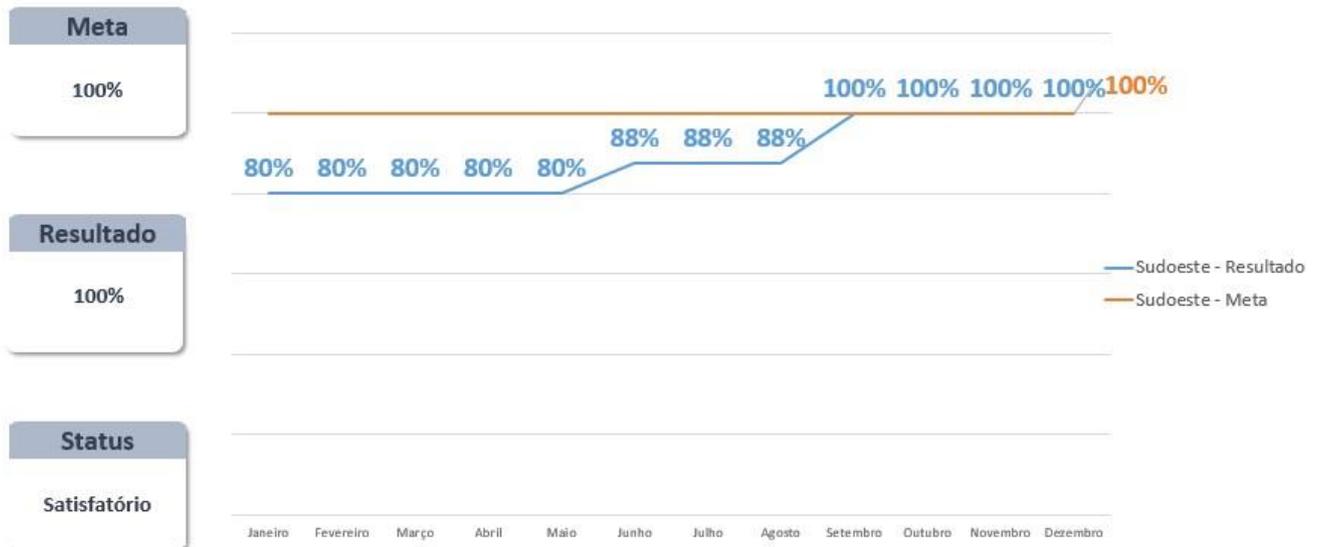
Indicador 33- Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região.



Análise dos resultados:

Indicador mantém a mesma performance desde abril de 2020, apresentando resultado esperado e alcançando a meta de 100%. Houve melhora significativa dos processos de trabalho e aumento de RH no setor responsável dentro do HRT, unidade que mais impactava no indicador, sendo possível melhoria dos índices a partir de então, até o fim do ano e com perspectivas de estabilidade.

Indicador 34- Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados



Análise dos resultados:

Indicador iniciou o período com índices que não ultrapassavam os 80%, porém a partir de setembro as especialidades cirúrgicas do HRT que aguardavam regulação foram reguladas nos 3 panoramas, melhorando o índice e alcançando a meta de 100% de percentual de cirurgias reguladas, revelando uma performance melhor que o ano anterior que finalizou em 86%. O HRSAM possui as três especialidades de cirurgias realizadas no Cento de Referencias (cirurgias Gerais, Ginecológicas e mastologia) reguladas.

Indicador 35- Índice de Fechamento de Chave



Obs: Sistema indisponível para coleta dos dados em Novembro e Dezembro

Análise dos resultados:

O indicador superou meta até o momento, com resultado parcial de 96,35%. Todos os meses tiveram resultado acima da meta estabelecida de 70%, chegando a 100% no 1º quadrimestre. Contudo, os resultados dos meses de novembro e dezembro até o fechamento desse relatório, ainda não tinham sido processados pelo sistema gerador da informação, prejudicando o fechamento do ano. O SISREG, local de extração dos dados está com dificuldades devido aos recentes ataques de "Hackers" ao MS. A região está no aguardo da solução do problema, e está em andamento com o Complexo Regulador, MS e Gerência de Regulação local;

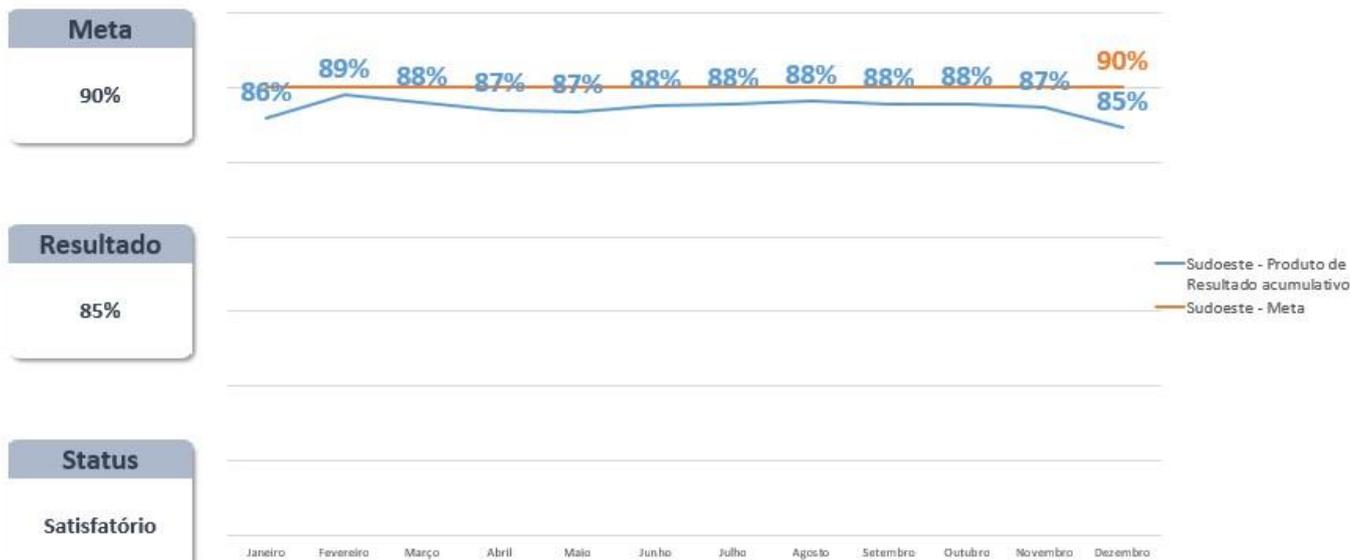
Indicador 36- Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária



Análise dos resultados:

Indicador com desempenho satisfatório apesar de alguns meses do início do ano apresentarem resultados abaixo dos 30% de meta estabelecida. Contudo, os resultados dos meses de novembro e dezembro até o fechamento desse relatório, ainda não tinham sido processados pelo sistema gerador da informação, prejudicando o fechamento do ano. Os sistemas do MS foram haqueados e houve prejuízos em relação ao SISREG, o sistema não abria, esteve bloqueado. Com isso, houve dificuldade para avisar os pacientes sobre as consultas, exames. Causando um alto índice de absenteísmo, prejudicando o desempenho do indicador.

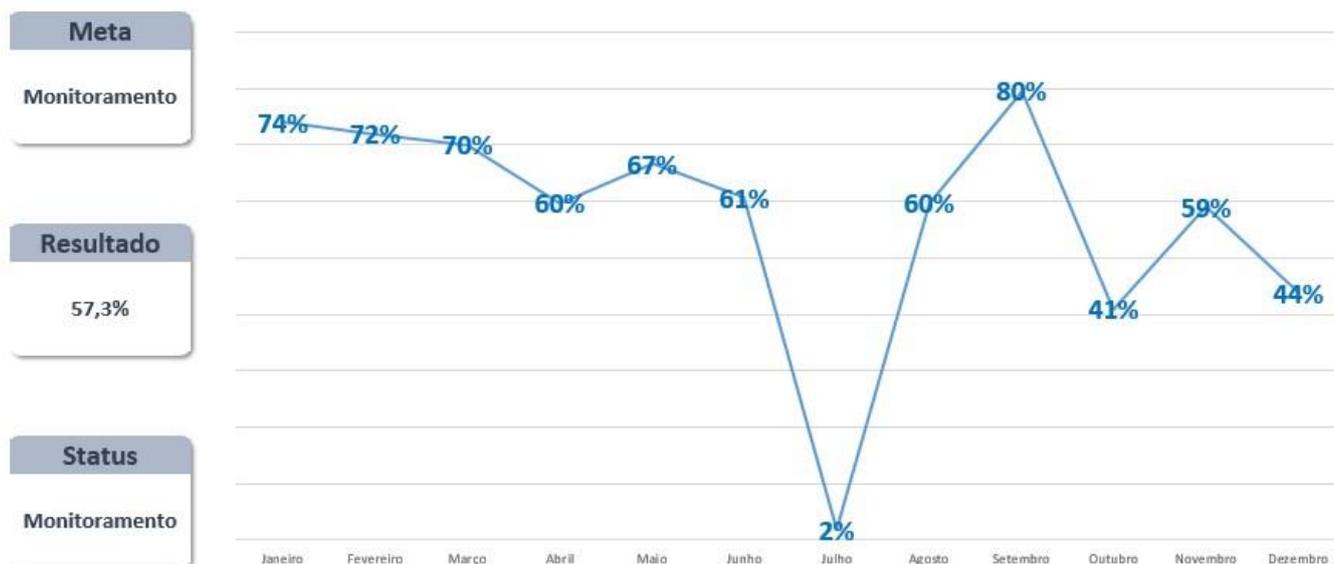
Indicador 37- Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde



Análise dos resultados:

Resultado satisfatório para o período, apesar de não ter atingido a meta estabelecida de 90% para o acordo, encerrando o ano com resultado parcial de 85%, comportamento parecido com o do ano anterior que encerrou o ano com média de 88%. Alguns fatores influenciam na execução da atividade: a modalidade de teletrabalho, a qual favoreceu as notificações de arboviroses em tempo oportuno; a digitação de doses de vacina pelas UBSs demanda muito dos profissionais, o que pode prejudicar as notificações em tempo oportuno. Observa-se, ainda, que houve aumento significativo de notificações de Dengue, provavelmente devido a chegada do período chuvoso desde de novembro.

Indicador 38 Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada



Análise dos resultados:

O indicador permaneceu em monitoramento durante o ano analisado, com algumas oscilações no período com a menor parcial em julho devido às poucas “chaves confirmadas de atendimento” no mês. Encerrou o ano com resultado parcial de 57%.

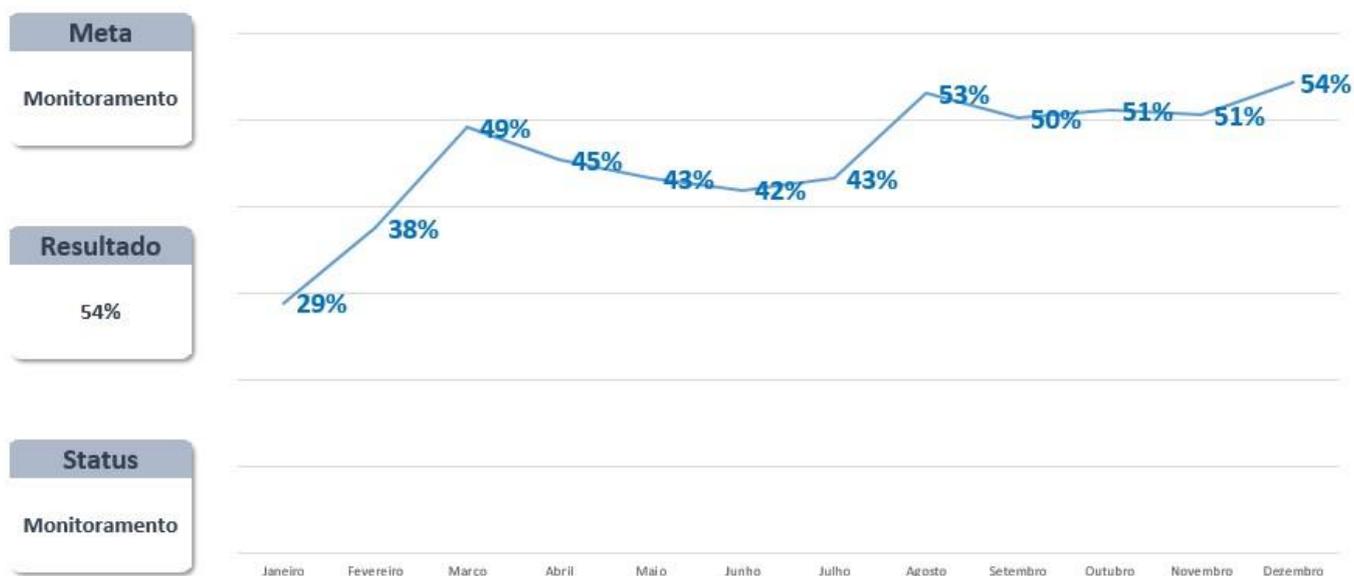
Indicador 39- Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente



Análise dos resultados:

Indicador em monitoramento, encerrando o ano com resultado parcial de 254 notificações, desempenho 65% menor que no ano anterior, o qual finalizou com média de 388 notificações. São 4 unidades notificadoras na região: HRT, HRSAM, UPA Recanto das Emas, UPRA Samambaia. A unidade que mais notificou durante o período foi HRT. No entanto, os hospitais trabalham a segurança do paciente pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP, cujas ações se baseiam na educação continuada e atividades para melhoria da qualidade da assistência. De toda forma, é necessário considerar algum erro de migração de dados, ou seja, por exclusão ou por duplicidade nos dados até o fechamento definitivo. Ademais, pode haver diferença entre a data de coleta de dados pelas unidades e a data de coleta pela SES/DIVISA/GRSS.

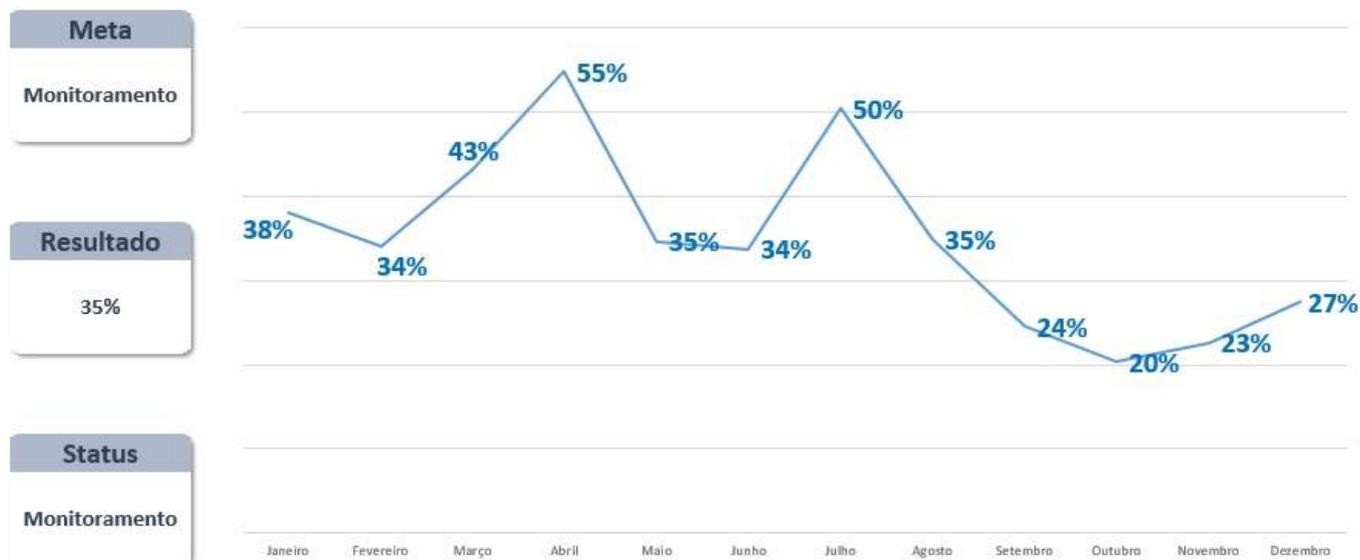
Indicador 40 - Percentagem de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada



Análise dos resultados:

Indicador em monitoramento, encerrando o ano com resultado parcial de 54% de leitos com a implantação do sistema de dose individualizada. Apresentou performance melhor que no ano anterior, que finalizou dezembro com 32% e não atingiu a meta de 50% estabelecida para período analisado. Muitos fatores interferem no alcance dos resultados da região a saber, o espaço reduzido no HRT; a falta de RH para execução das atividades inerentes à implantação do sistema de distribuição por dose individualizada, em especial farmacêuticos e AOSD de farmácia, e para outras atividades do Núcleo de Farmácia. O HRT possui a Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF que abastece todo o hospital com a manipulação de medicamentos, a dose individualizada, a quimioterapia e OPME, os quais também necessitam do profissional farmacêutico e AOSD de farmácia. Outro fator importante na região é a variação do nº de leitos ativos ao longo do período, houve a mobilização e desmobilização de leitos, ressalta-se a abertura de leitos do Acoplado HRSAM, cuja implantação não foi possível.

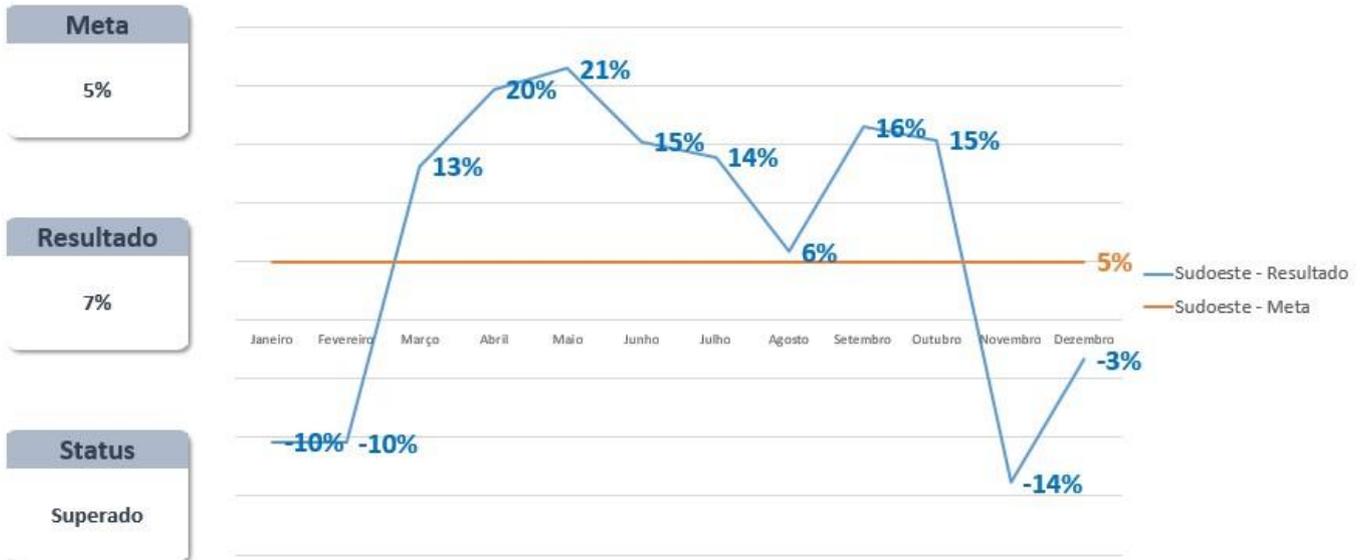
Indicador 41- Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF



Análise dos resultados:

Indicador novo e em monitoramento, encerrou o ano com resultado parcial de 35% de índice de resolutividade das demandas do cidadão. O indicador não retratou, de forma fidedigna, o percentual de resolutividade das demandas do cidadão porque o sistema de ouvidoria - OUV DF só dá resultado final, quando há ação de encerramento da manifestação pelo cidadão. Portanto, os dados são parciais e provisórios, pois ainda existem demandas que não foram encerradas ou não foram avaliadas pelo manifestante. Importante citar que após a análise feita pelas ouvidorias setoriais da região junto à Ouvidoria Central foi decidido optar por outro indicador no próximo período, que possa retratar a realidade de satisfação da população ao acessar os serviços.

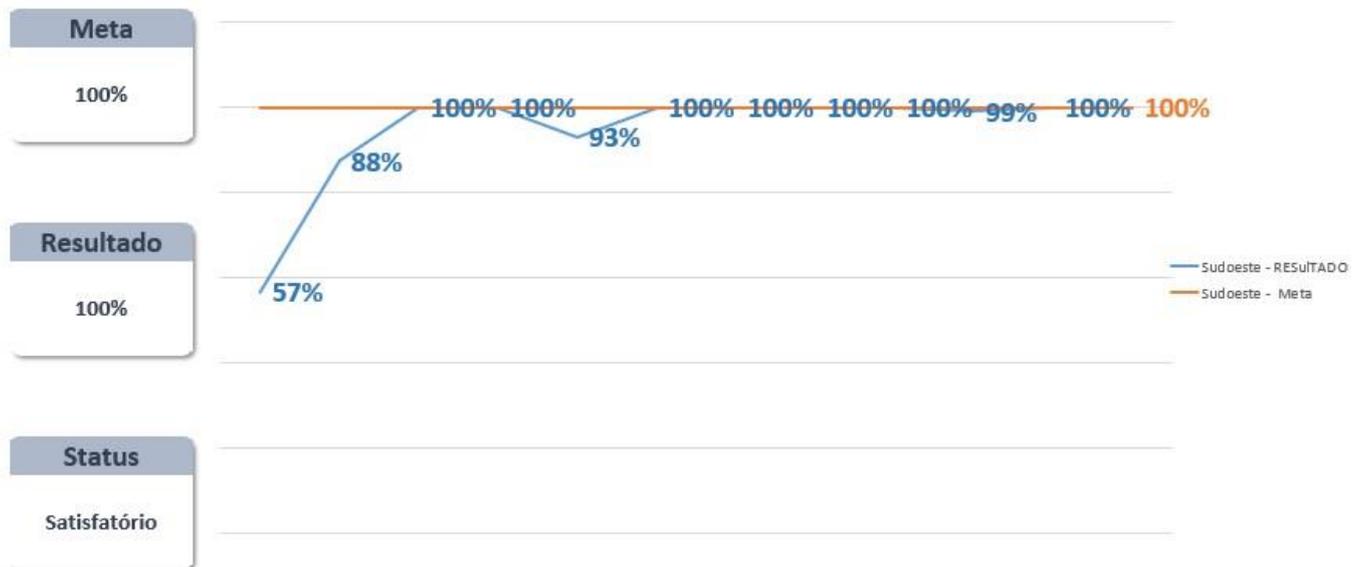
Indicador 42- Percentual faturado no tipo de financiamento MAC



Análise dos resultados:

O indicador apresentou melhora significativa a partir do mês de março por força tarefa entre os agentes de planejamento junto aos NCAIS da região em busca da qualificação na apuração de glosas/rejeições nos processos de faturamento da conta hospitalar. Entretanto, houve uma redução brusca no mês de novembro, resultando em percentual negativo, refletindo ainda no mês de dezembro. Alguns fatores podem explicar a queda no indicador: de ordem estrutural (quedas de luz em diversos períodos, perda da internet) e de RH, sobretudo no HRT e devido às desmobilizações de leitos do HRSAM, fazendo diminuir a quantidade de procedimentos, exames, internações, o que afetou a produção e conseqüentemente o faturamento. Ademais, é importante lembrar que parte do faturamento do ambulatório HRT está passando para atenção secundária - DIRASE, desde de julho. A perspectiva é que os resultados para o próximo período devem se normalizar.

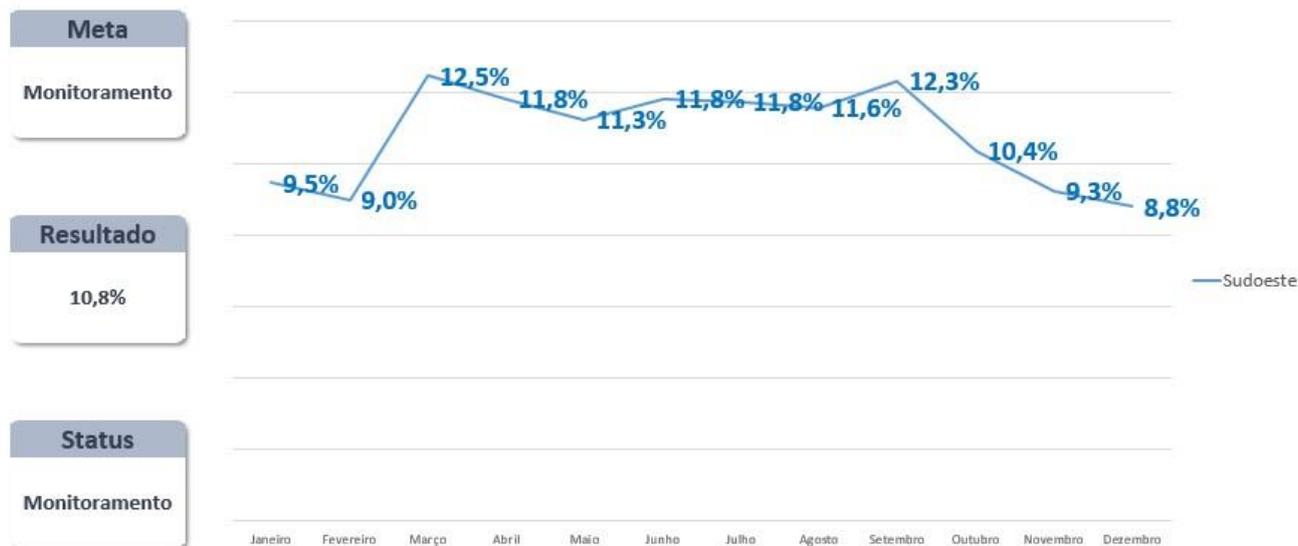
Indicador 43- Percentual de desempenho da gestão de custos



Análise dos resultados:

O indicador apresentou melhores resultados quando comparado ao período anterior. Os processos de trabalho, sobretudo no HRT foram otimizados, e a região conseguiu apurar os custos 100% a partir de março com algumas quedas no período, mas mantendo a apuração constante. Portanto, o preenchimento do ApuraSUS e a Análise Crítica conseguiram ser concluídas na região com sucesso.

Indicador 44- Taxa de absenteísmo



Análise dos resultados:

O indicador permaneceu em monitoramento durante o período, encerrando o ano com taxa de 10,8%. Os núcleos de gestão de RH locais, a saber, NGPESP e NSHMT não têm acesso às licenças médicas dos servidores, em razão dos afastamentos médicos serem homologados pela Perícia Médica da Subsaúde. Diante disso, as ações de promoção à saúde são amplas, programadas e baseadas nas notificações demandadas pelos gestores e servidores. Nesse sentido, por não ter acesso aos motivos de afastamento em tempo real, as ações não são específicas para o índice de absenteísmo, ficando o campo de atuação dos NSHMTs limitado. Diante disso, uma análise consistente da taxa de absenteísmo fica inviável sem a presença de dados e informações fidedignas. A sugestão das áreas técnicas da região consultadas é que seja feita pela DGR uma solicitação do tipo "análise dos absenteísmos nas regiões de Saúde da SES DF" para a SUBSAUDE/SUGEP/SES e enviada para cada local da região. Com efeito, é o setor com mais propriedade e autorização para emitir relatórios de consulta para os setores de RH das regiões.

ANÁLISE DA METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DO AGR

Esse documento de análise de resultados do Acordo de Gestão Regional - AGR 2020 foi elaborado pela Assessoria de Planejamento em Saúde da Superintendência da Região de Saúde Sudoeste – ASPLAN/SRSSO. Colaboraram nesse estudo e suas relações, as fichas dos indicadores, as percepções e análises das Gerências de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da região, da atenção especializada - GPMA/HRT e GPMA/HRSAM; da atenção primária – GPMA/DIRAPS e secundária – GPMA/DIRASE, além do Plano de Ações AGR 2021 da Região Sudoeste.

Quanto ao atendimento da portaria nº1066 de 25/10/2021, foram realizadas reuniões pontuais com a equipe de planejamento da região, ressaltando as questões com os indicadores do acordo AGR. Contudo, há uma articulação diária com as equipes técnicas e de planejamento da região. Quanto ao Colegiado Gestor, também ocorreram de forma informal, sem registro de ata, pois aconteceram inseridas nas reuniões com as diretorias e Superintendência da região. Os encaminhamentos das reuniões se deram conforme as demandas de emergência dos hospitais e/ou unidades da atenção primária e secundária. Embora as soluções encontradas tenham sido resultado de ações emergenciais, conseguiram impactar, de forma indireta, e positivamente nos indicadores AGR. As reuniões de colegiados quadrimestrais com a DGR se realizaram, conforme datas previstas, com encaminhamentos na sua maioria para ajustes de indicadores pelas áreas técnicas da SES ou de questões de RH com a SUGEP/SES, mas também sobressaíram os ajustes técnicos no entendimento de cada tema.

Considerando o processo de monitoramento do AGR 2021, o qual envolve a coleta de dados, análise e avaliação dos resultados dos indicadores, é sabido e também muito foi dito nas reuniões dos agentes de planejamento com a DGR, que se perde mais tempo com a coleta de dados dos indicadores do que com a análise e avaliação dos resultados. O processo ainda carece de uma análise minuciosa para a correta implantação de ações que resultem no alcance das metas de cada indicador. Alguns fatores contribuíram para esse fato, a saber: falta de sistemas de informação mais complexos e fidedignos, pois a busca de informações hoje, muitas vezes, é feita de forma manual e, por isso, mais demorada; informações da sala de situação com falhas na migração de dados; a sala de situação por muitas vezes tornou-se instável ou inativa no período; falhas nos sistemas oficiais do MS para emissão de relatórios ou demora na migração de dados, além do déficit de profissionais nas áreas técnicas, dificultando o processo de gerenciamento dos dados e o repasse de informações em tempo oportuno.

Portanto, o processo de monitoramento e avaliação do acordo é norteado pelos fatores citados que, por vezes, podem atrasar ou dificultar a entrega dos resultados. Ademais, o colegiado, no formato on line, pode inibir de alguma forma a participação de todos os participantes nas discussões. É salutar a participação das áreas técnicas da SES, sobretudo, SAIS e SVS, pois as discussões se tornam mais assertivas e com um bom retorno para as dificuldades da região.

No entendimento do Superintendente da Região Sudoeste os colegiados devem ser presenciais, pois facilita as interlocuções e que também seja de forma individualizada por região e não no formato de “macrorregião”. Destaque para as dificuldades da região, muitas vezes por ter muitos equipamentos, porém com poucos profissionais.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, entendemos que a avaliação e análise dos resultados realizadas, embora algumas vezes de modo incipiente, tiveram sua importância na decisão de gestão por resultados, sendo observado algumas melhorias na gestão individualizada dentro das unidades da região.

O estudo apresentado instrumentalizou a discussão do AGR no âmbito das diretorias e da Superintendência.

O relatório ainda tem potencial para gerar desdobramentos de ações, sobretudo, as previstas no próximo Plano de Ação. O documento pode contribuir para o desempenho da assistência e da gestão da Região Sudoeste, trazendo melhoria da sua atuação em termos regionais.

GESTORES ATUAIS

- **Superintendente – LUCIANO GOMES DE ALMEIDA**
- **ASPLAN – NILVÂNIA SILVA ARAÚJO SOARES**
- **Diretor Administrativo - LOYANI KATRINA CABRAL IPAC**
- **Diretor da Atenção Primária – CLEUNICI GODOIS FREIRE FERREIRA**
- **Diretor da Atenção Secundária - SHIRLENE PINHEIRO DE ALMEIDA**
- **Diretor Hospital Regional de Taguatinga - ANDERSON DO AMARAL PEREIRA**
- **Diretor Hospital Regional de Samambaia - BRUNO PASSOS DE SOUZA CARNEIRO**
- **GPMA HRT – PEDRO NOGUEIRA DE SOUZA**
- **GPMA HRSAM - GILDETE VIANA FRANCOLINO BEZERRA**
- **GPMA DIRAPS – ARACELE BARBOSA DA SILVA**
- **GPMA DIRASE - STEFANY CLAIRE SOUSA SOARES**

Brasília, 2 de maio de 2022.

ANEXO 1

STATUS DO PLANO DE AÇÃO

REGIÃO SUDOESTE

| INDICADOR | AÇÃO | DETALHAMENTO AÇÃO/ATIVIDADES | STATUS |
|---|--|------------------------------|----------------|
| 1- Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade | 1 - Promover educação continuada relacionada a qualificação do registro e assistência. | | Em andamento |
| | 2 - Realizar ações para fortalecer o apoio diagnóstico participar da construção de um fluxo para realização de VDRL em tempo oportuno | | A ser iniciada |
| | 3 - Realizar a revisão e análise das fichas de notificação do SINAN, no âmbito da Vigilância Epidemiológica, para garantir a qualidade da informação; | | Em andamento |
| | 4- Orientar a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde para o manejo e tratamento adequado da sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita; | | Concluída. |
| | 5- Manter o envio de planilhas de monitoramento dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita para as gerencias de APS (via SEI); | | Concluída. |
| 2- Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano | Promover educação continuada na qualificação de registro no prontuário e na caderneta da criança pela equipe multiprofissional. | | Em andamento |
| 3- Proporção de óbitos maternos investigados | Promover educação continuada na qualificação de registro no prontuário e na caderneta da gestante pela equipe multiprofissional. | | Em andamento |
| 4- Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados | Promover educação continuada na qualificação de registro no prontuário equipe multiprofissional. | | Em andamento |
| 5- Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade | 1 - Normatizar o funcionamento da sala de vacina. NVEPI / DIRAPS 2 - Construir fluxograma para busca de faltosos. NVEPI / DIRAPS 3 - Divulgar à população a disponibilidade de vacinas e o horário de funcionamento das salas. | | Em andamento |
| | 2 - Construir fluxograma para busca de faltosos. NVEPI / DIRAPS | | A ser iniciada |
| | 3 - Divulgar à população a disponibilidade de vacinas e o horário de funcionamento das salas. | | Concluída. |
| 6- Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos). | Qualificar periodicamente as equipes de assistência materna e neonatal na aplicação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento em todas as maternidades e CPN do DF (incluído pela ARAS) | | Em andamento |

| | | | |
|--|--|---|----------------|
| 7- Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas | Realizar ações para fortalecer a APS e os fluxos de encaminhamentos desses pacientes em todos os níveis de atenção | | A ser iniciada |
| 8- Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) | Melhorar a oferta de exames (ex: dificuldade de acesso ao cateterismo acarreta piora do prognóstico); | | A ser iniciada |
| 9- Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE) | Aumentar a oferta de profissionais da clínica médica (equipe rotineira), horizontalização do cuidado | | A ser iniciada |
| 10- Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas | Implementar check-list de cirurgia segura; Estabelecer fluxo para elaboração de mapa cirúrgico com antecedência | | Em andamento |
| 11- Tempo de permanência em leitos de UTI Geral | Pontuar como prioridade a liberação dos exames de pacientes da UTI | | Em andamento |
| 12- Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica - HRT | Pontuar como prioridade a liberação dos exames de pacientes da UTI | | Em andamento |
| 13- Média de Permanência Geral | "1.Implementar rotina de aceitação/solicitação de transferências externas no Sisleitos para todas as especialidades e chefia de equipe. 2.Elaborar e implementar instrumento de registro da visita diária em busca de leitos 3.Estabelecer roteiro de passagem de plantão para o setor 4 ESTABELECEER PERFIL DE ATENDIMENTO 5 DEFINIR PROTOCOLO CLÍNICO DOS PERFIS MAIS INCIDENTES 6 REALIZAR ROUNDS MULTIDISCIPLINARES (PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR) 7DIMINUIR TAXA DE PERDA E REMARCAÇÃO DE EXAMES 8 DEFINIR PROFISSIONAIS HORIZONTAIS 9 DESCREVER FLUXOS DE DESOSPITALIZAÇÃO 10 DEFINIR FLUXO DE TRANSFERÊNCIA INTERNO | 1.Cadastramento dos médicos no Sisleitos e disponibilização de vídeo explicativo; 2. Padronização do modelo de passagem de plantão com as principais informações necessárias para a continuidade do serviço; 3.ELENCAR OS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DA UNIDADE SEM CUSTO 4.DEFINIR PROTOCOLO CLÍNICO DOS PERFIS MAIS INCIDENTES; 5.REORGANIZAR O PROCESSO DE TRABALHO DA SALA DE EXAMES; 6. ESCALAR PROFISSIONAIS FIXOS DE SEGUNDA A SEXTA; 7.DESCREVER OS FLUXOS JÁ EXISTENTES VIA NRAD, HAB, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE EQUIPES ESPECIALIZADAS (EX. AMB. FERIDAS COMPLEXAS) UTILIZANDO A FERRAMENTA BISAGE; 8.ESTABELECEER E PADRONIZAR O FLUXO UTILIZANDO A FERRAMENTA PDCA. | Em andamento |
| | 11DEFINIR MODELO PADRÃO DE RELATÓRIO DE | APÓS DEFINIÇÃO DO MODELO ENCAMINHAR À GL E CRDF PARA QUE COBRE ESSE PADRÃO NAS CONTRA-REFERÊNCIAS | Atrasada |
| | 12. Elaborar e implementar sumário de alta | APÓS ELABORAÇÃO IMPLMENTAR, PUBLICAR E DIVULGAR | Atrasada |

| | | | |
|--|---|--|----------------|
| 14- Média de permanência em leitos de clínica médica | <p>"1.Implementar rotina de aceitação/solicitação de transferências externas no Sisleitos para todas as especialidades e chefia de equipe. 2.Elaborar e implementar instrumento de registro da visita diária em busca de leitos 3.Estabelecer roteiro de passagem de plantão para o setor 4 ESTABELECEER PERFIL DE ATENDIMENTO 5 DEFINIR PROTOCOLO CLÍNICO DOS PERFIS MAIS INCIDENTES 6 REALIZAR ROUNDS MULTIDISCIPLINARES (PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR) 7DIMINUIR TAXA DE PERDA E REMARCAÇÃO DE EXAMES 8 DEFINIR PROFISSIONAIS HORIZONTAIS 9 DESCREVER FLUXOS DE DESOSPITALIZAÇÃO 10 DEFINIR FLUXO DE TRANSFERÊNCIA INTERNO</p> | <p>1.Cadastramento dos médicos no Sisleitos e disponibilização de vídeo explicativo; 2. Padronização do modelo de passagem de plantão com as principais informações necessárias para a continuidade do serviço; 3.ELENCAR OS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DA UNIDADE SEM CUSTO 4.DEFINIR PROTOCOLO CLÍNICO DOS PERFIS MAIS INCIDENTES; 5.REORGANIZAR O PROCESSO DE TRABALHO DA SALA DE EXAMES; 6. ESCALAR PROFISSIONAIS FIXOS DE SEGUNDA A SEXTA; 7.DESCREVER OS FLUXOS JÁ EXISTENTES VIA NRAD, HAB, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE EQUIPES ESPECIALIZADAS (EX. AMB. FERIDAS COMPLEXAS) UTILIZANDO A FERRAMENTA BISAGE; 8.ESTABELECEER E PADRONIZAR O FLUXO UTILIZANDO A FERRAMENTA PDCA.</p> | Em andamento |
| | 11DEFINIR MODELO PADRÃO DE RELATÓRIO DE | APÓS DEFINIÇÃO DO MODELO ENCAMINHAR À GL E CRDF PARA QUE COBRE ESSE PADRÃO NAS CONTRA-REFERÊNCIAS | Atrasada |
| | 12 Elaborar e implementar sumário de alta " | APÓS ELABORAÇÃO IMPLMENTAR, PUBLICAR E DIVULGAR | Atrasada |
| 16- Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica | .Implementar rotina de aceitação/solicitação de transferências externas no Sisleitos para todas as especialidades e chefia de equipe. 2.Elaborar e implementar instrumento de registro da visita diária em busca de leitos 3.Estabelecer roteiro de passagem de plantão para o setor | | Em andamento |
| 17- Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais | .Implementar rotina de aceitação/solicitação de transferências externas no Sisleitos para todas as especialidades e chefia de equipe. 2.Elaborar e implementar instrumento de registro da visita diária em busca de leitos 3.Estabelecer roteiro de passagem de plantão para o setor | | Em andamento |
| 18- Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite) | Aumentar o RH da classificação de risco | | A ser iniciada |
| 19- Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa dados informados pelo Complexo Regulador - SES/CRDF/NPMA | Estabelecer o canal de comunicação entre GEMERG e SAMU para monitorar as macas retidas diariamente em tempo oportuno | | Em andamento |
| 20- Taxa de Incidência de Notificação de Violência | Capacitar os profissionais de saúde sobre a necessidade e a obrigatoriedade de notificar; Descentralizar o preenchimento da ficha | | Em andamento |

| | | | |
|--|--|---|-----------------|
| 22 -Percentual de admissão no SAD no período | Busca Ativa de Pacientes | <ul style="list-style-type: none"> -Divulgar para a Rede de Atenção à Saúde quais os critérios do paciente do NRAD (Segundo a Portaria 825/25 de abril de 2016) facilitando a identificação dos possíveis pacientes elegíveis para o serviço. - Melhorar o contato com os setores do hospital para otimizar as desospitalizações dos pacientes AD2/AD3 | Em andamento |
| 23 -Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD | Rotatividade do serviço/ Otimizar altas do Programa (PID) | <ul style="list-style-type: none"> -Reuniões semanais de plano terapêutico para identificar pacientes AD1. -Alta segura para pacientes AD1, encaminhando para manutenção do acompanhamento pela Atenção Básica. | Em andamento |
| 24- Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal. | <ul style="list-style-type: none"> 1 - Ampliar a cobertura do teste; 2 - Educação Continuada para toda equipe que faz parte do Eixo Materno Infantil; 3- Atualização dos Contratos de Manutenção e Compra dos aparelhos que compõe o serviço; 4- Reduzir o absenteísmo no RETESTE; 5 -Aumentar o RH da classificação de risco | <ul style="list-style-type: none"> 1- contratação de RH (possui dérci de 36 h); 2. Implantação da busca ativa do paciente | Em andamento |
| | Padronizar as fichas de registro de atividades | <ul style="list-style-type: none"> 1. Desenvolver um projeto piloto no CAPS I-TAG para construção da ficha de registro 2. Reavaliar o fluxo de organização do trabalho 3. Treinamento com os profissionais do CAPS para o preenchimento 4. Aplicação e valiação do fluxo de registros | Em andamento |
| 25- Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS i TAGUATINGA | Levantar necessidade de infraestrutura para informatização da unidade | <ul style="list-style-type: none"> 1. Requisitar equipamentos e infraestrutura necessárias para informação da unidade 2. Desenvolver um projeto piloto no CAPS I-TAG para inicialização do TRAKCARE. 3. Realizar treinamento da equipe para a utilização di TRAKCARE 4. Monitorar as dificuldades e divergências da produtividade apresentada | Em andamento |
| | Desenvolver painel de resultados | <ul style="list-style-type: none"> 1. Desenvolvimento de painel de acompanhamento dos resultados. 2. Agendar reunião para alinhamento do funcionamento do painel. 3. Inserir os dados dos indicadores e solicitar acompanhamento. 4. Verificar o alcance do objetivo | Em andamento |

| | | | |
|--|---|---|----------------|
| 26 -Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica | Capacitação servidores dos CAPS para atuar no matriciamento | da 1. Realizar treinamento em Matriciamento para servidores do CAPS de acordo com a necessidade. 2. Promover alinhamento conceitual das ações de matriciamento com as equipes da APS de acordo com a demanda local. | Em andamento |
| | Estabelecer fluxo de matriciamento | 1. Fazer o levantamento de Recursos Humanos e redistribuir de acordo com as demandas da unidade e UBS. | Em andamento |
| | Disponibilizar transporte para o Matriciamento | 1. Organizar agenda de disponibilidade/logística de transporte para as ações de matriciamento). 2. Contatar as UBS a serem matriciadas. 3. Realizar matriciamento dos profissionais da APS | Em andamento |
| 27 -Percentual de consultas de primeira vez de cardiologia | Verificar demanda reprimida da especialidade | 1. Verificar com a GERSO via SEI, a demanda reprimida da especialidade de Cardiologia na região. 2. Verificar com os gestores a quantidade de atendimentos estão sendo realizados. | A ser iniciada |
| | Conferir agenda médica da especialidade | 1. Conferir com os gestores se os médicos estão respeitando o percentual orientado de 30% de oferta de vagas para a regulação. 2. Adequar agenda médica de acordo com o RH. 3. Disponibilizar para a GERSO a repactuação e disponibilização de vagas. | A ser iniciada |
| 28 -Percentual de consultas de primeira vez de endocrinologia | Verificar demanda reprimida da especialidade | 1. Verificar com a GERSO via SEI, a demanda reprimida da especialidade de Cardiologia na região. 2. Verificar com os gestores a quantidade de atendimentos estão sendo realizados. | A ser iniciada |
| | Conferir agenda médica da especialidade | 1. Conferir com os gestores se os médicos estão respeitando o percentual orientado de 30% de oferta de vagas para a regulação. 2. Adequar agenda médica de acordo com o RH. 3. Disponibilizar para a GERSO a repactuação e disponibilização de vagas. | A ser iniciada |

| | | | |
|---|---|--|----------------|
| 29 -Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis | 1 - Sensibilizar e capacitar a equipe sobre a importância do registro correto das ações no Sistema ESUS. GPMA / DIRAPS ; | | Em andamento |
| | 2 - Divulgar o instrutivo das atividades coletivas da SES-DF, da série técnica de alimentação e de nutrição (incluído pela ARAS) para que sirva de referência às equipes de saúde. GAPAPS/Apoiador dos NASF | | A ser iniciada |
| | 3 - Realizar matriciamento das ESF com apoio dos NASF (incluído pela ARAS). GAPAPS/Apoiador dos NASF | | Em andamento |
| | 4- Pactuar parcerias com os meios de comunicações locais na divulgação das informações das atividades coletivas GAPAPS/Apoiador dos NASF | | Em andamento |
| | 5- Incentivar e monitorar a realização de atividades coletivas pela equipes com foco no DIABETES e fatores de risco; GAPAPS/Apoiador das DCNT | | A ser iniciada |
| 30 -Taxa de internações relacionadas a Diabetes Mellitus e suas complicações | 1 - Ampliar as ações de matriciamento em manejo clínico de Diabetes e no cuidado do pé diabético na APS. | | Em andamento |
| | 2 - Realizar a estratificação de risco de pacientes com diabetes na APS. | | A ser iniciada |
| | 3-Realizar a divulgação de eventos, normas, rotinas e fluxo via Google drive; | | Em andamento |
| | 4- Realizar levantamento epidemiológico DM na Região para traçar estratégias; | | Concluída. |
| | 5- Firmar parceria com a UENDO/HRT para treinamentos e ações de educação continuada | | Concluída. |
| 31 -Taxa de internações relacionadas a Hipertensão e suas complicações | 1 - Ampliar ações de matriciamento em manejo clínico de Hipertensão nas ESF. | | Em andamento |
| | 2 - Realizar a estratificação de risco dos pacientes hipertensos na APS (Atrasada); | | Atrasada |
| | 3- Organização e Ampliação do Eletrocardiograma na Região; | | Em andamento |
| | 4- Realizar a divulgação de eventos, normas, rotinas e fluxo via Google drive; | | Concluída. |
| | 5- Incentivar e monitorar a realização de atividades coletivas pela equipes com foco na hipertensão e fatores de risco; | | Em andamento |
| | 6- Levantamento epidemiológico da Hipertensão | | Concluída. |

| | | | |
|---|---|--|----------------|
| 32 - Razão de mamografia de rastreamento na população alvo | 1 - Ampliar o acesso das regiões aos dados do SISCAN para monitoramento GERSO / DIRAPS | | Em andamento |
| | 2 - Pactuar busca ativa de grupo de risco dentro da faixa etária de rastreio GERSO / DIRAPS | | Em andamento |
| | 3 - Disponibilizar os relatórios de inserção de mamografia pelo CRDF regulados | | A ser iniciada |
| | 4 - Estimular realização de eventos sobre a campanha de conscientização da importância da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama. GERSO / GAPAPS | | A ser iniciada |
| | 5 - Qualificar a ordenação do serviço para reduzir tempo de espera entre o resultado alterado da mamografia até o diagnóstico conclusivo e início do tratamento. | | Em andamento |
| 33- Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região | Realizar treinamento dos médicos recém-lotados no HRSAM quanto à solicitação de internação de pacientes no SISLEITOS. | 1-Serão realizados capacitações individualizadas em loco, fortalecendo o aprendizado . 2-Realizar cadastro para acesso ao sistema SISLEITOS | Concluída. |
| | Implementar melhorias na ferramenta SISLEITOS | Fazer levantamento sobre as falhas do sistema e solicitar à CTINF os ajustes necessários | Concluída. |
| 34- Percentual de especialidades cirúrgicas eletivas regulados | Manter a atualização constante da carta de serviço das unidades | | Concluída. |
| 35 -Índice de Fechamento de Chave | Treinar os profissionais quanto ao fechamento de chave com monitoramento dos registros ; Realizar ações para dar mais transparência aos serviços regulados nas unidades; | | Em andamento |
| 36 -Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panomaras I e II) no âmbito da Atenção Secundária | Capacitar os gestores na utilização do SISREG | 1. Realizar reunião com os GSAS/DIRASE para sanar possíveis dúvidas. 2. Elaborar tutorial de fechamento de chaves para avaliar os usuários faltantes. 3. Acompanhar e Avaliar os resultados. | Em andamento |
| | Avaliar a necessidade de capacitação de servidores dos balcões nos Ambulatórios das GSAS/DIRASE | 1. Realizar reunião com os GSAS/DIRASE para sanar possíveis dúvidas. 2. Elaborar tutorial de fechamento de chaves para avaliar os usuários faltantes. 3. Acompanhar e Avaliar os resultados | Em andamento |
| | Desenvolver painel de resultados | 1.Desenvolvimento de painel de acompanhamento dos resultados. 2. Agendar reunião para alinhamento do funcionamento do painel. 3. Inserir os dados dos indicadores e solicitar acompanhamento. 4. Verificar o alcance do objetivo. | Em andamento |

| | | | |
|--|--|--|----------------|
| 37 -Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde | 1.Reativação do GEIPLAN Dengue no nível central e na Regiões | | Concluída. |
| | 2.Promover capacitações em todos os níveis de atenção, incluindo rede privada, com o objetivo de qualificar o preenchimento das notificações e registros no sistema (da suspeita diagnóstica e encerramento do caso) | | Em andamento |
| | 3 - Divulgar informações referente ao numero de casos inseridos no SINAN por UBS, e notificar as UBS que não atingirem o indicador de digitação em até 7 dias. | | Em andamento |
| 38 -Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada | <p>1 - Criar grupo de trabalho composto por GEO, Regiões, RTD e DICS para identificar os nós críticos relacionados ao faturamento e produção de odontologia, visando a permanência da habilitação do serviço e melhoria da produção</p> <p>2 - Estruturar a regulação de todas as especialidades odontológicas da Região, mesmo que não haja profissional especialista na Região</p> <p>3 - Monitorar a relação demanda x oferta, com a proposição de estratégia de ajuste, com qualificação da fila de espera</p> | | A ser iniciada |
| 39 -Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente | 1 - Promover ações para sensibilização dos profissionais de saúde quanto à cultura de segurança Região | <p>Visitar as unidades do HRT, orietando colaboradores por meio de informativos impressos e verbais sobre redução dos eventos adversos.</p> <p>Disponibilizar cartazes físicos e virtuais informativos e alusivos acerca do Dia Nacional e Segurança do Paciente e durante o mês, em campanha pelo Abril pela Segurança do Paciente.</p> | Em andamento |
| 40 -Porcentagem de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada. | <p>1 - Trabalhar com setores estratégicos para fortalecimento e construção de processo de trabalho, objetivando a cobertura total.</p> <p>2- Padronizar o quantitativo de RH mínimo para execução das atividades (DIASF)</p> | | A ser iniciada |
| 41- Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUVDF | <p>1 - Implantar fluxo de ligação para o paciente após a resposta</p> <p>2 - Capacitar os gestores da Região para melhoria da qualidade da resposta</p> <p>3 - Diagnosticar os gargalos no tempo de resposta, visando sua diminuição</p> <p>4 - Manter o cadastro dos cidadãos atualizado</p> | <p>1. Realizar fixação do mural, reforçando pontos positivos de ações elogiadas pelo usuário do SUS</p> <p>2. Divulgar por meio de impressos (cartazes e banners) os serviços realizados pela ouvidoria assim como os resultados alcançados</p> | Em andamento |
| 42- Percentual faturado no tipo de financiamento MAC dados informados pela GEPI/DICS/SUPLANS/SES | <p>1 - Manter atualizado o cadastro CNEs - Correção dos relatórios de rejeição do SIA e SIH</p> <p>2 -Sensibilizar as equipes técnicas quanto à importância do lançamento correto nos sistemas de informações</p> <p>3 -Cumprir o cronograma do envio das bases para a DICS</p> | | Em andamento |
| 43 -Percentual de desempenho da gestão de custos | <p>Visitas rotineiras aos setores;</p> <p>Reforçar sobre a importância da gestão de custos</p> | <p>Visitas a cada 3 meses ao centros de custos do HRT para que se entenda melhor os itens gastos , (RH, Material);</p> <p>Reforçar aos centros a importância do trabalho da equipe NGC</p> | Em andamento |

| | | | |
|--|--|--|--------------|
| 44 -Taxa de absenteísmo dados informados pela SES/SUGEP/CIGEC/DIPMAT | <p>Treinamentos, inspeções, atendimento telemedicina e coleta de exame de sangue para teste rápido dos servidores e colaboradores.</p> <p>Realizar inspeções em ambiente de trabalho com elaboração de relatório encaminhado às instâncias superiores</p> <p>Participar do processo de imunização dos servidores;</p> <p>Realizar a avaliação da capacidade laborativa do servidor, quando solicitado pelos gestores, a fim de identificar o motivo pelo qual este não vem desenvolvendo, adequadamente suas atividades laborais;</p> <p>Verificar a necessidade de restrição laboral e/ou remoção por motivo de saúde</p> | | Em andamento |
| | <p>Realizar o monitoramento das síndromes gripais,</p> <p>Realizar os exames periódicos, avaliação de restrição, remoção e atendimentos de acidente de trabalho;</p> <p>Realizar entrega de Equipamentos de Proteção Individual – EPI e orientar quanto ao uso adequado;</p> <p>Orientar quanto ao seguimento correto dos fluxos vigentes e afastamento dos servidores suspeitos/contaminados conforme Plano de Trabalho a Nível Central.</p> | | Concluída. |

