

2024

**ACORDO DE GESTÃO LOCAL
ATENÇÃO HOSPITALAR**



**RESULTADO FINAL
2024**

RELATÓRIO DO ACORDO DE GESTÃO LOCAL HOSPITALAR - RAGL

Secretaria de Estado de Saúde

Subsecretaria de Planejamento em Saúde

Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde



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

Secretário de Saúde
Juracy Cavalcante Lacerda Júnior

Subsecretário de Planejamento em Saúde - SUPLANS
Rodrigo Vidal da Costa

Coordenador de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional - CPLAN
Lucas Mariani Bahia Duca

Diretor de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde - DIMOAS
Guilherme Mota Carvalho

ORGANIZAÇÃO E ELABORAÇÃO

Gerente de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão - GEMAG
Waallis Grecio Graia Barbosa

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

Relatório elaborado em maio de 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES/DF
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS
Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional - CPLAN
Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde - DIMOAS
Gerência de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão - GEMAG
E-mail: suplans.gemag@saude.df.gov.br
Telefone: (61) 3449-4138
Edifício PO 700, 1º andar - SRTVN 702, Via W5 Norte
Brasília/DF, CEP: 70.723-040

©2025 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

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

ÍNDICE

ÍNDICE.....	3
ARCABOUÇOS JURÍDICOS.....	4
INTRODUÇÃO.....	5
HISTÓRICO AGL ATENÇÃO HOSPITALAR.....	6
PAINEL À VISTA.....	7
Tema: Gestão da qualidade e segurança do paciente.....	8
INDICADOR 1: Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no Sinan.....	8
INDICADOR 2: Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN.....	9
INDICADOR 3:Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação.....	10
INDICADOR 4:Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação...	11
INDICADOR 5:Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura.....	12
Análises dos resultados dos indicadores de 1 a 5.....	13
Tema: Atenção à saúde.....	35
INDICADOR 6:Taxa de absenteísmo de tomografia.....	35
INDICADOR 7: Taxa de Ocupação Operacional (enfermaria clínica médica).....	36
INDICADOR 8:Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica).....	37
INDICADOR 9: Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos).....	38
INDICADOR 10:Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).....	39
INDICADOR 11:Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE).....	40
INDICADOR 12:Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral.....	41
INDICADOR 12.2: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica.....	42
INDICADOR 13: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.....	43
INDICADOR 14: Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais.....	44
INDICADOR 15: Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	45
INDICADOR 16: Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica.....	46
Análises dos resultados dos indicadores de 6 a 16.....	47
Tema: Gestão do trabalho e Educação em Saúde.....	82
INDICADOR 17:Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar.....	82
INDICADOR 18:Número de atividades de ensino e pesquisa realizadas na unidade hospitalar.....	83
Análises dos resultados dos indicadores de 17 a 18.....	84
Tema: Gestão.....	92
INDICADOR 19: Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente.....	92
INDICADOR 20: Percentual de Não Conformidades Resolvidas.....	93
INDICADOR 21:Percentual de resolutividade de manifestações de ouvidoria na unidade hospitalar.....	94
Análises dos resultados dos indicadores de 19 a 21.....	95
Considerações finais.....	108

ARCABOUÇOS JURÍDICOS

CF/88

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

LEI 8.080/90

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

MANUAL DE PLANEJAMENTO DO SUS

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

DECRETO PRESIDENCIAL 7.508/11

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

DECRETO 37.515/16

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

PORTARIA 1.066/21

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

DECRETO 37.515, DE 26 DE JULHO DE 2016

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

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

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

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

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

INTRODUÇÃO

Os Acordos de Gestão Local das unidades hospitalares da Rede SES/DF foram formalizados em dezembro de 2023, com vigência de janeiro de 2024 a dezembro de 2027. O objetivo desse processo é fortalecer a gestão hospitalar por meio da definição de metas e indicadores alinhados às necessidades de saúde de cada região administrativa.

Foram celebrados 10 acordos entre as Superintendências das Regiões de Saúde (SRS) e as unidades hospitalares sob sua gestão direta: HRSAM, HRT, HRC, HRBZ, HRGU, HRAN, HRPL, HRS, HRL e HRG. Esses acordos visam aprimorar a qualidade dos serviços, otimizar o uso dos recursos públicos, aperfeiçoar os indicadores de saúde, além de fortalecer a integração entre unidades, áreas técnicas e instâncias de gestão. Também promovem a transparência e a responsabilidade na condução das políticas públicas de saúde.

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

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

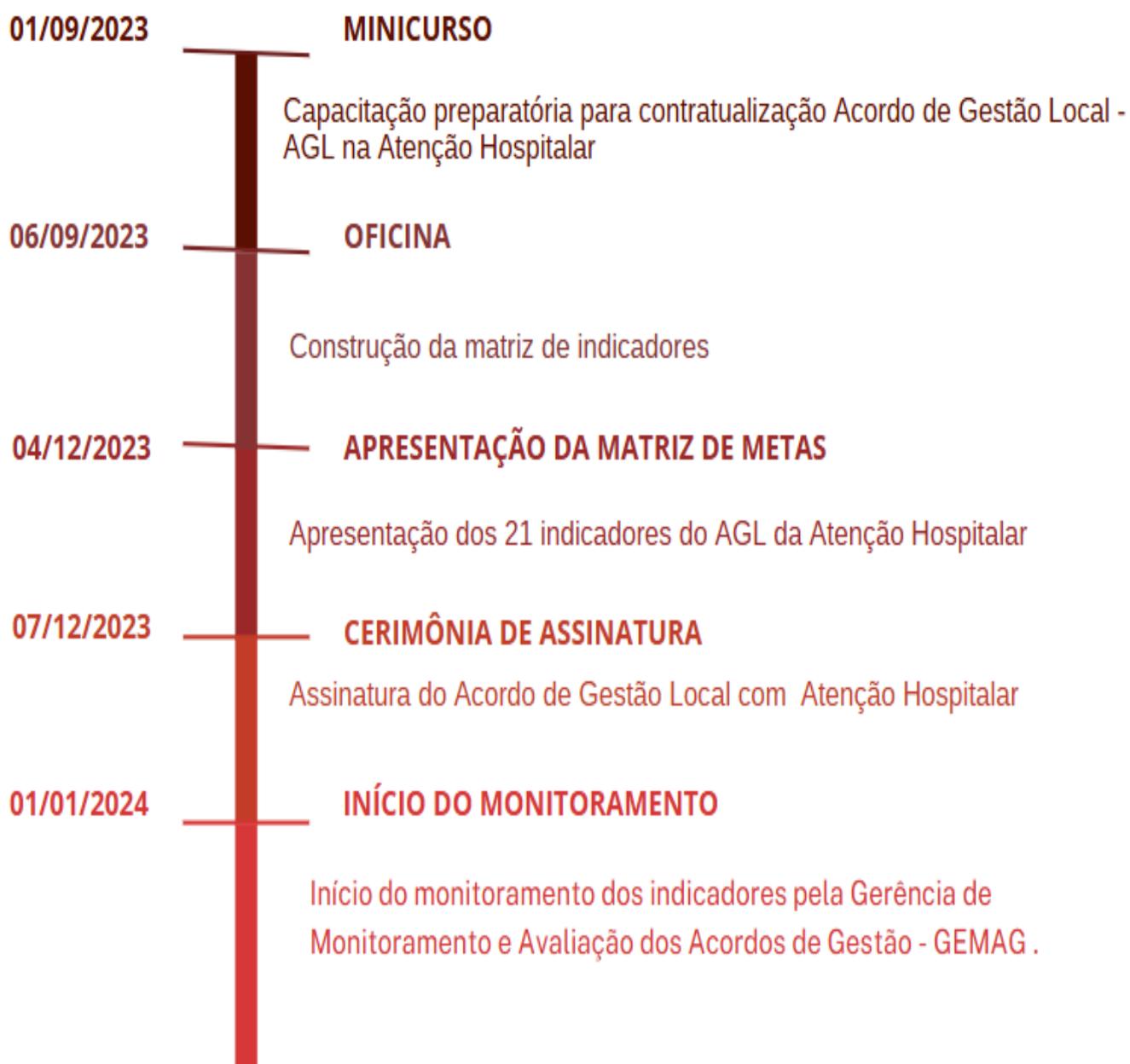
Ao longo do ano, os indicadores com metas são acompanhados com base em uma classificação por status de desempenho:

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

Os indicadores atualmente em monitoramento estão servindo como referência inicial (linha de base) para acumular dados que apoiarão a definição de metas mais precisas e realistas nos próximos ciclos de avaliação.

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

HISTÓRICO AGL ATENÇÃO HOSPITALAR



PAINEL À VISTA

ÍTEM	TEMA	INDICADOR	CENTRAL - HRAN	CENTRO-SUL-HRGU	LESTE - HRL	NORTE-HRPL	NORTE - HRS	OESTE - HRC	OESTE - HRBZ	SUDOESTE - HRSAM	SUDOESTE - HRT	SUL - HRG
			STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS	STATUS
1	Gestão da qualidade e segurança do paciente	Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no Sinan.	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
2	Gestão da qualidade e segurança do paciente	Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com campos essenciais preenchidos com dados válidos	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
3	Gestão da qualidade e segurança do paciente	Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação.	Superado	Razoável	Parcial	Parcial	Satisfatório	Razoável	Satisfatório	Superado	Parcial	Superado
4	Gestão da qualidade e segurança do paciente	Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação	Superado	Razoável	Parcial	Parcial	Satisfatório	Razoável	Satisfatório	Superado	Parcial	Superado
5	Gestão da qualidade e segurança do paciente	Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
6	Atenção à saúde	Taxa de absentismo de tomografia	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
7	Atenção à saúde	Taxa de Ocupação Operacional (enfermaria clínica médica).	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
8	Atenção à saúde	Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica)	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
9	Atenção à saúde	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	Satisfatório	Não se aplica	Satisfatório	Superado	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório
10	Atenção à saúde	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	Superado	Razoável	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado
11	Atenção à saúde	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado
12	Atenção à saúde	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	Crítico	Não se aplica	Crítico	Não se aplica	Superado	Razoável	Não se aplica	Crítico	Razoável	Razoável
12.2	Atenção à saúde	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica									Superado	
13	Atenção à saúde	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas	Superado	Não se aplica	Superado	Satisfatório	Satisfatório	Superado	Razoável	Superado	Superado	Superado
14	Atenção à saúde	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
15	Atenção à saúde	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Razoável	Razoável	Satisfatório	Razoável	Razoável	Razoável
16	Atenção à saúde	Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica	Superado	Razoável	Satisfatório	Razoável	Superado	Superado	Superado	Superado	Superado	Satisfatório
17	Gestão do trabalho e Educação em Saúde	Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
18	Gestão do trabalho e Educação em Saúde	Número de atividades de ensino e pesquisa realizadas na unidade hospitalar	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
19	Gestão	Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
20	Gestão	Percentual de Não Conformidades Resolvidas	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento
21	Gestão	Percentual de resolutividade de manifestações de ouvidoria na unidade hospitalar	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento

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

Tema: Gestão da qualidade e segurança do paciente

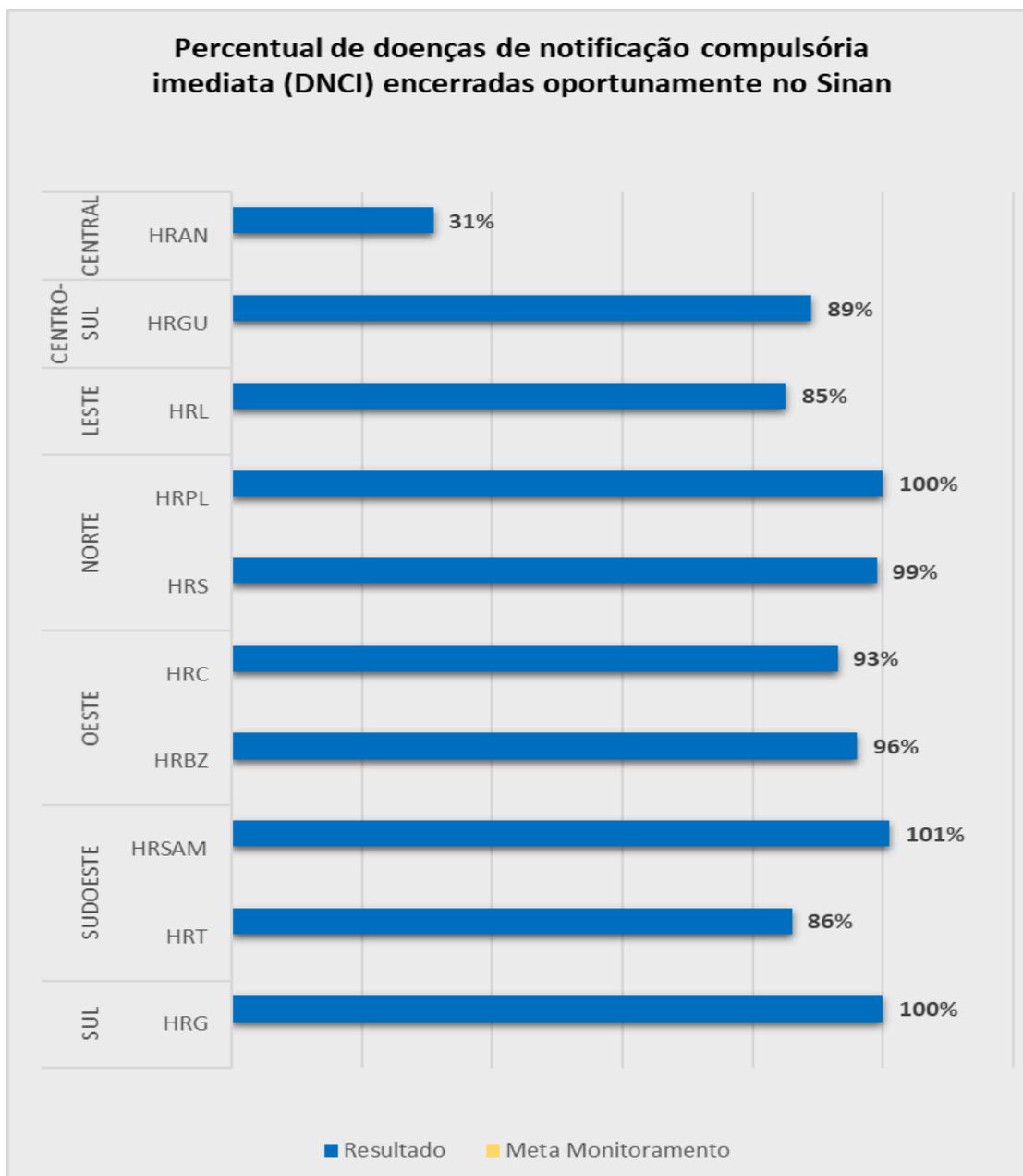
INDICADOR 1: Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no Sinan

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR**: Total de registros de DNCI, por unidade, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. **Denominador**: Total de registros de DNCI, por unidade, notificados no período da avaliação. Fator de **MULTIPLICAÇÃO**: 100.

Resultado parcial : Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



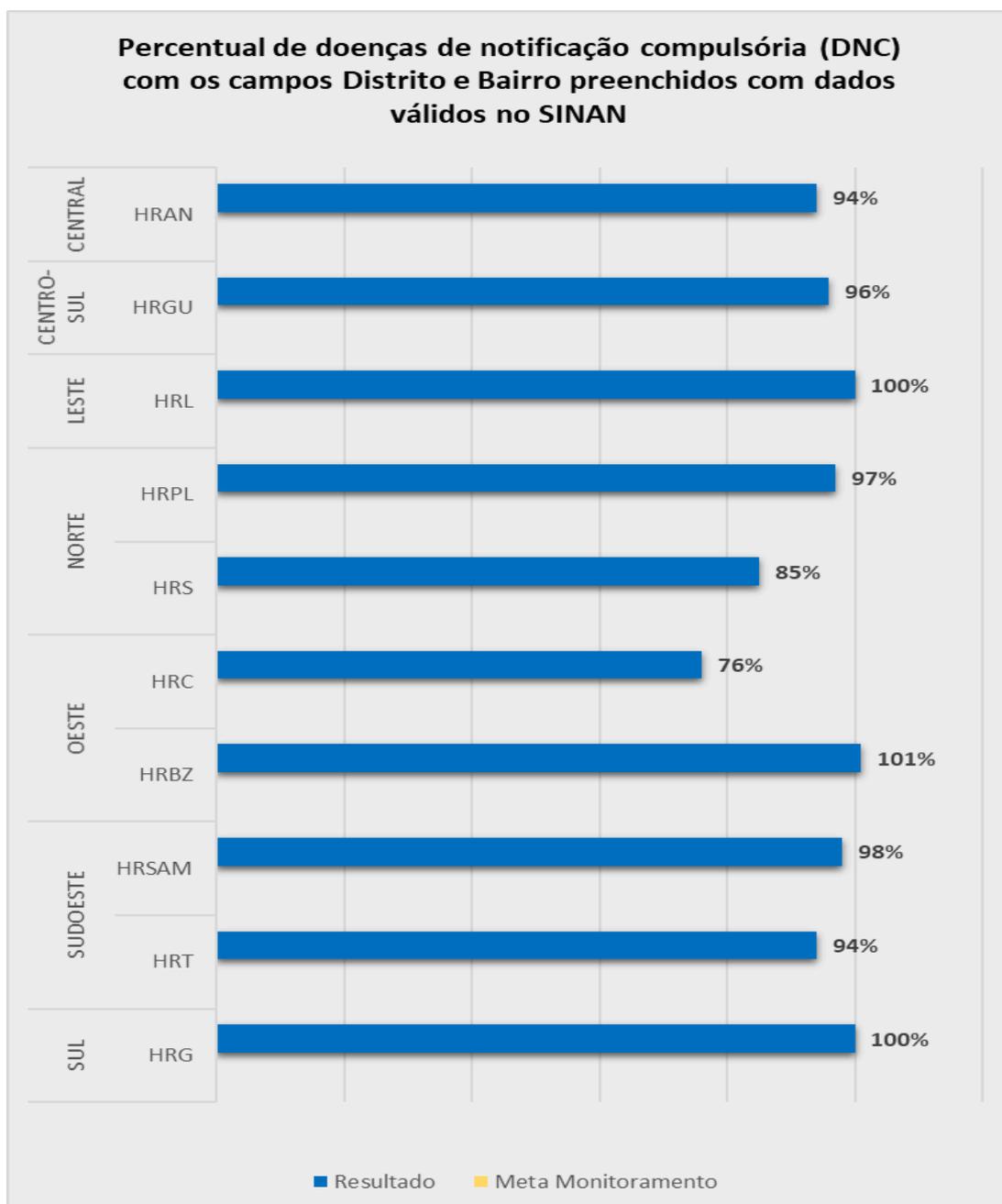
INDICADOR 2: Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Total de campos de Distrito e Bairro das DNC preenchidos com dados válidos. DENOMINADOR: Total de registros de DNC, notificados no período da avaliação. Fator de MULTIPLICAÇÃO: 100.

Resultado parcial : Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



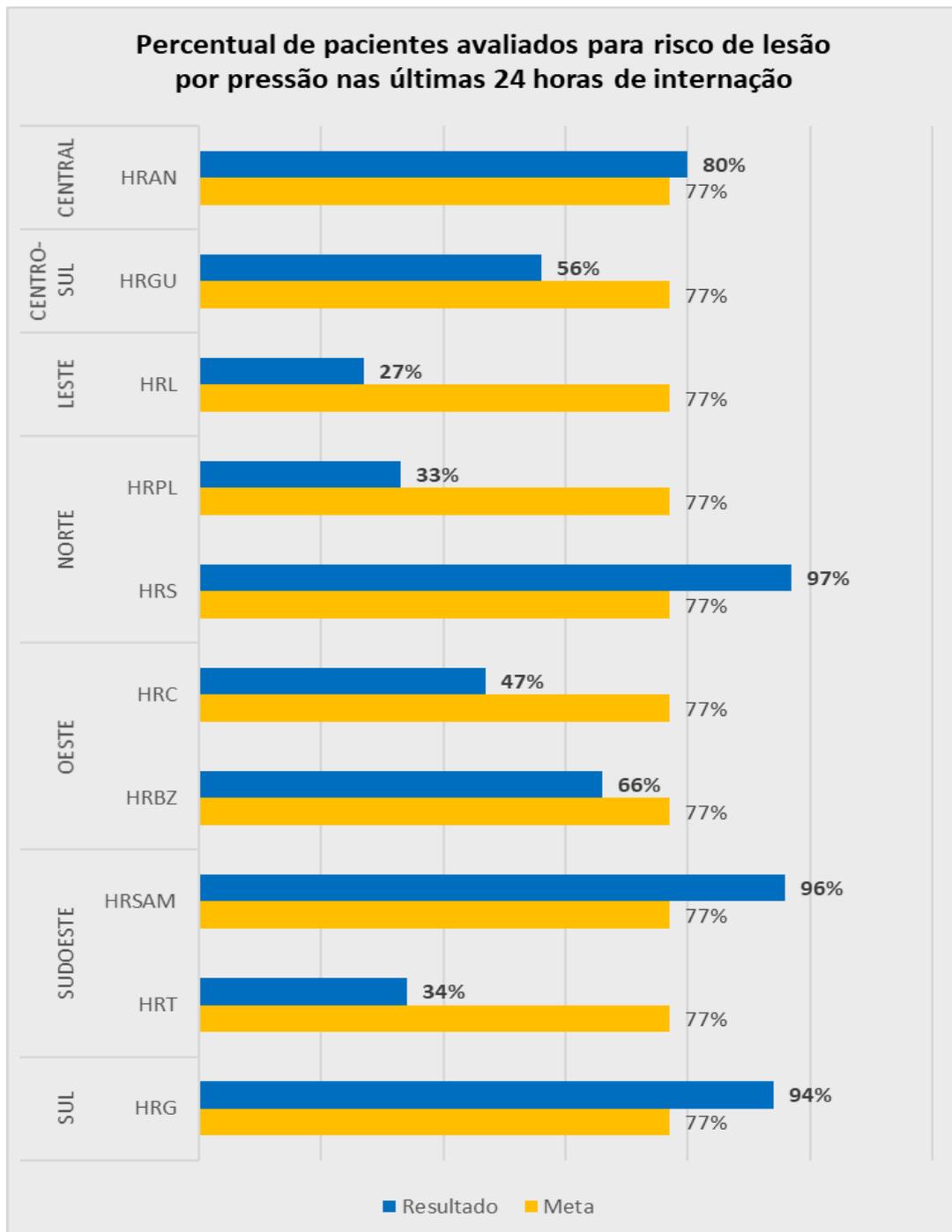
INDICADOR 3: Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR:** Total de campos de Distrito e Bairro das DNC preenchidos com dados válidos. **DENOMINADOR:** Total de registros de DNC, notificados no período da avaliação. Fator de **MULTIPLICAÇÃO:** 100.

Resultado parcial : Média dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



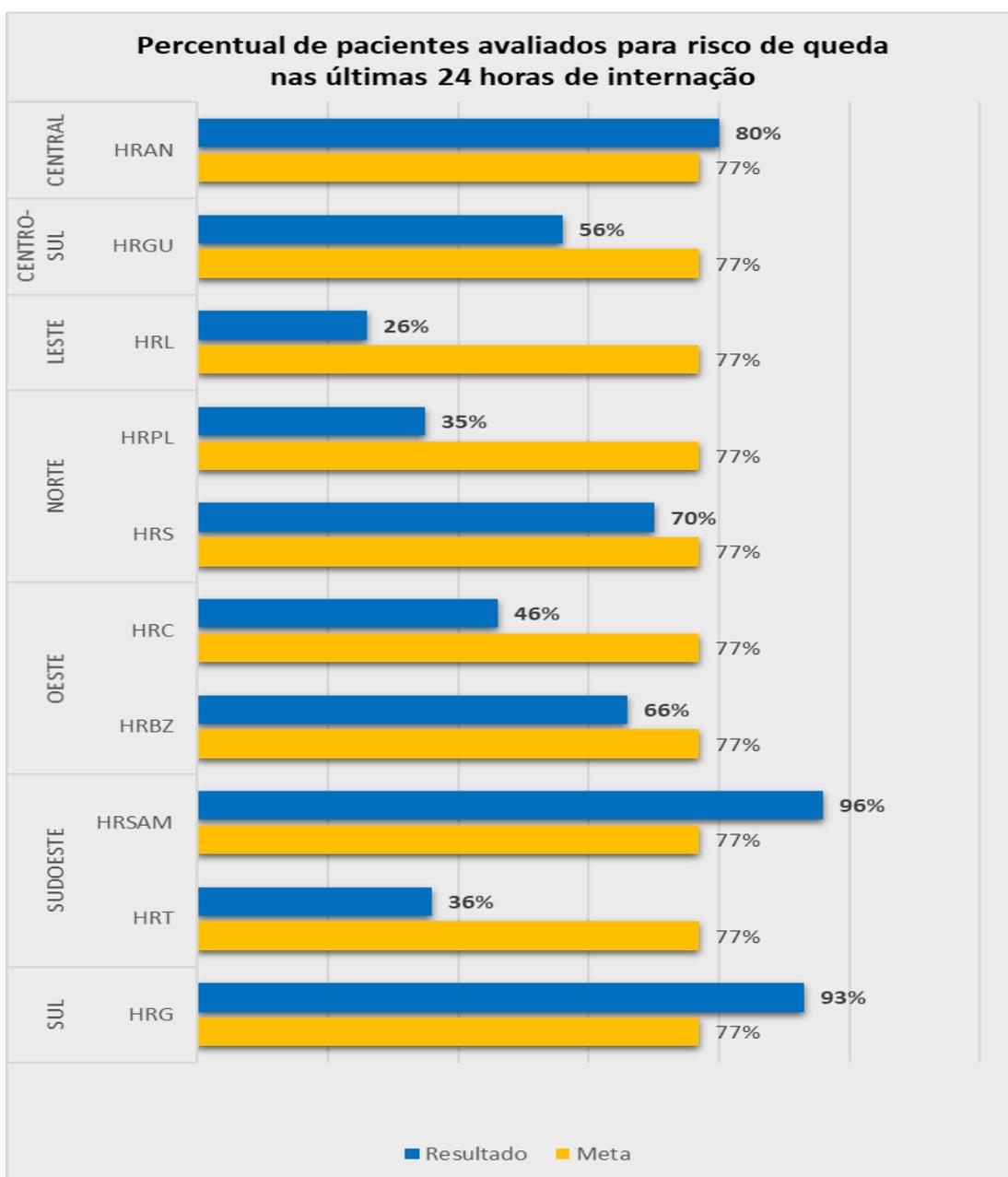
INDICADOR 4: Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação

Fonte: Busca ativa em prontuários.

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR:** Soma dos prontuários de pacientes, no mês, de acordo com a amostra, que foram avaliados para o risco de queda nas últimas 24 horas de internação, por ala da unidade de internação hospitalar (clínica, cirúrgica, intensiva, conforme o perfil do hospital). Considerar como “conforme” o paciente que teve ao menos uma avaliação de risco de queda nas últimas 24 horas em relação à data de coleta dos dados. Ou seja, para ser considerado apto para a avaliação, o paciente deve ter um período de internação superior a 24 horas. Ressalta-se que a expressão 'nas últimas 24 horas de internação' é um recorte temporal para auxiliar o avaliador na construção do indicador, tendo em vista que a avaliação de risco de queda é diária e que essa expressão NÃO significa avaliar o paciente nas últimas 24 horas antes da alta. **DENOMINADOR:** Soma do número de prontuários de pacientes observados no período com internação superior a 24 horas, considerando todas as alas, **MULTIPLICADO** por 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MAIOR MELHOR



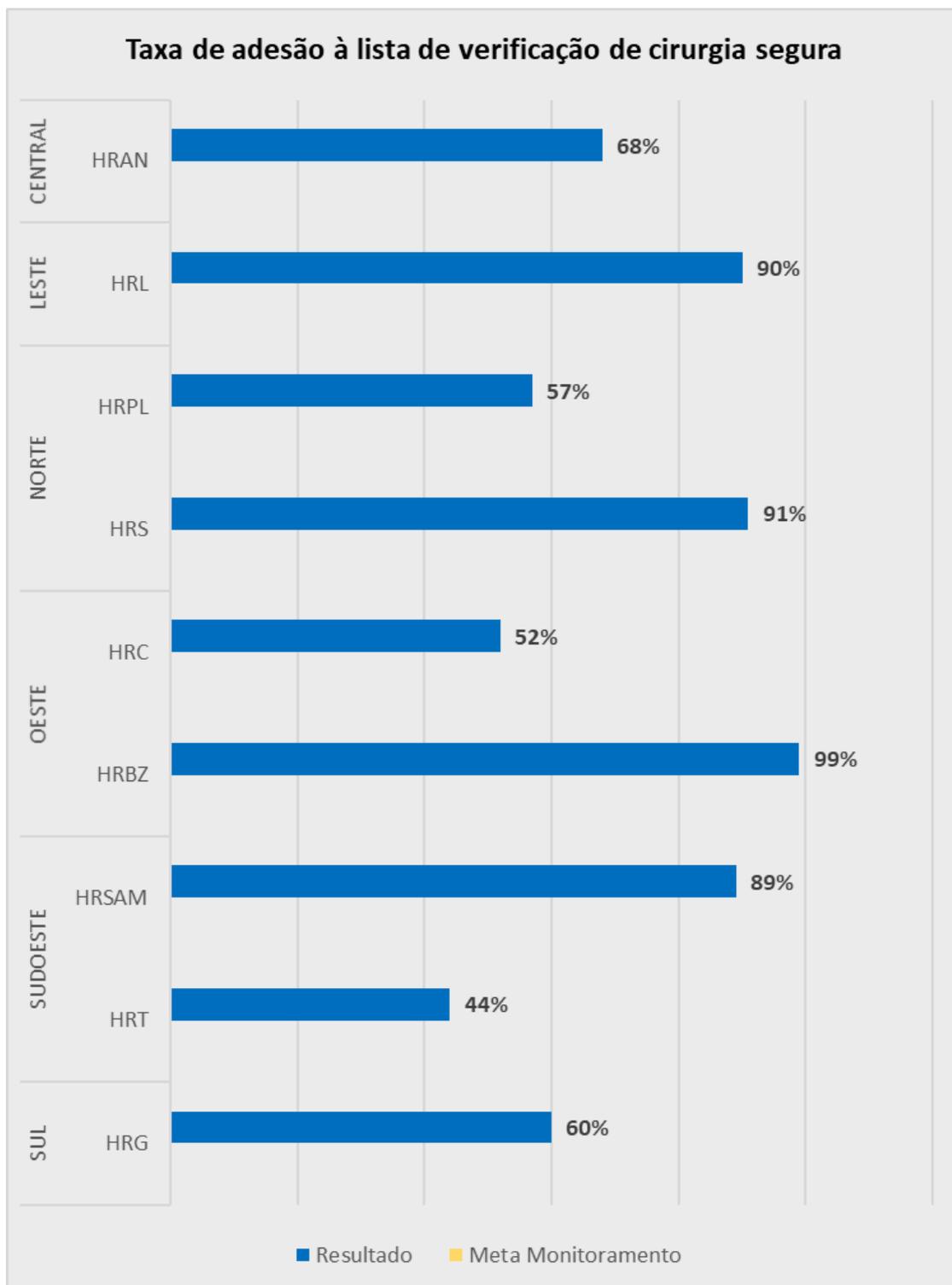
INDICADOR 5: Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura

Fonte: Lista de verificação / Trakcare

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR:** (Número de procedimentos cirúrgicos em que a lista de verificação está com as práticas seguras aplicadas pela equipe cirúrgica. **DENOMINADOR:** número de procedimentos cirúrgicos (amostra) realizados). **MULTIPLICADOR:** 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MAIOR MELHOR



*Hospital Regional do Guará (HRGU) - Não se aplica esse indicador

Análises dos resultados dos indicadores de 1 a 5

*Análise quadrimestral das principais ações e dificuldades no processo de monitoramento e avaliação no período.

CENTRAL	<p>O gráfico do indicador 1 apresenta o percentual de DNCI encerradas oportunamente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) para diferentes hospitais, com foco principal no AGL Hospitalar. Os valores variam significativamente, indicando flutuações no desempenho ao longo do período analisado. O resultado do HRAN alcançou um percentual de 34% (indicando possíveis problemas operacionais ou de gestão nesses períodos)</p> <p>O gráfico do indicador 2 apresenta o percentual de registros de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) que tiveram campos essenciais preenchidos com dados válidos nos meses de 2024 no HRAN. Conseguimos alcançar a meta de 94% em quase todos os meses.</p> <p>Importante destacar que a extração dos dados e a construção da análise apresentam um trabalho muito complexo, resultando em possíveis construções das informações com viés de erro. Para melhoria do processo sugerimos a revisão da extração e análise dos dados e implementar, nas áreas assistenciais, as capacitações periódicas para os responsáveis pelo preenchimento.</p> <p>O gráfico do indicador 3 apresenta o percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão (úlceras por pressão) nas últimas 24 horas de internação no decorrer dos meses. O resultado do HRAN alcançou um percentual de 80%, no qual ficamos acima da meta estabelecida, que era de 77%. Para essa melhoria nos meses algumas ações foram realizadas pela equipe do NQSPC:</p> <p>Observamos que algumas a necessidade de reforçar avaliação diária pelos enfermeiros, principalmente nas unidades de internação.</p> <p>Observamos dificuldades da equipe de enfermagem na avaliação diária.</p> <p>Observamos a necessidade de fortalecer a rotina de avaliação nas unidades de internação e na UTI (Recomenda-se que os relatórios sejam impessoais, sugestão:Há necessidade de reforçar a avaliação diária pelas equipes, principalmente nas unidades de internação. Existem dificuldades na realização da avaliação diária. Nesse sentido, é necessário fortalecer a rotina de avaliação nas unidades de internação e na UTI).</p> <p>Esse percentual é um bom indicativo de que a maioria dos pacientes está sendo considerada para avaliação de risco, mas ainda há espaço para melhorias. A importância da avaliação da escala de Braden será reforçada por meio do bundle de segurança do paciente nas unidades assistenciais.</p> <p>O gráfico do indicador 4 apresenta o percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação no AGL Hospitalar. O resultado do HRAN alcançou um percentual de 80%, no qual ficamos acima da</p>
----------------	--

meta estabelecida, que era de 77%. Para essa melhoria nos meses, algumas ações foram realizadas pela equipe do NQSPC com os seguintes destaques: Observamos que há falhas na avaliação diária pelo enfermeiro assistencial. Observamos fragilidade no processo de avaliação principalmente na UTI e 5º andar.

Observamos que algumas equipes principalmente das unidades de internação ainda não realizam avaliação diária.

Observamos a necessidade de fortalecer a rotina de avaliação nas unidades de internação e na UTI.

O percentual demonstra um desempenho positivo, indicando que a maioria dos pacientes está sendo considerada para avaliação de risco, porém ainda há percentual que não foram avaliados, o que pode aumentar a probabilidade de quedas, especialmente entre aqueles que apresentam fatores de risco, como idade avançada, fragilidade ou mobilidade reduzida. A importância da avaliação da escala de Morse será reforçada por meio do bundle de segurança do paciente nas unidades assistenciais.

Realizada uma adequação na ferramenta do bundle de segurança do paciente referente à avaliação do risco de queda, de modo a incluir a verificação do uso das grades de segurança.

Foi verificado que uma unidade específica tem impactado esse indicador. Conversado com a gestora da unidade. A unidade implementou ações corretivas e observou uma evolução positiva. Foi reforçada a importância de utilizar adequadamente a Escala de Morse através do Bundle de segurança do paciente nas unidades assistenciais.

O gráfico do indicador 5 apresenta a taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura no AGL Hospitalar. O resultado do HRAN alcançou um percentual de 68%, no qual ficamos abaixo da meta estabelecida, que era de 72%. Para entender a projeção nos meses, algumas ações foram realizadas pela equipe do NQSPC com os seguintes destaques:

Observamos uma melhora na adesão comparado com ano de 2023, mas ainda existem muitos check list sem preenchimento adequado principalmente dos TCLE, Time out e Saída do paciente para SRPA. Gostaríamos de informar que realizamos auditoria em todos os check list 100% por serem manual.

Realizado a implantação do check list no Trakcare ainda em fase de transição. Informamos que a partir de Março (2024) todos os check list estão sendo preenchidos através do trakcare, e ainda estamos com dificuldade para geração de relatório do sistema, no momento o relatório não fornece dados de que todos os check list foram preenchidos completamente (fornecendo dados de total de check list, em alguns casos dados repetidos e check list em brancos de cirurgias suspensas. No momento, conforme ficha técnica do indicador estamos verificando uma amostra de check list conforme número cirurgias (amostra de acordo com a ficha técnica do indicador)).

Apesar da melhoria no dado, ainda observamos a necessidade de melhorar a qualidade do preenchimento, o item de maior não conformidade está

	<p>relacionado ao TCLE e saída paciente da sala de cirurgia para SRPA. Continuamos utilizando uma amostra para verificação dos dados, aguardando ajuste no relatório pela CTINF.</p> <p>Observamos uma melhoria nos itens preenchidos, mas não alcançamos a meta 95% será agendado treinamento para equipe. Realizado a revisão dos protocolos de alergia ao látex, demarcação de lateralidade, POP TCLE. Aguardando a entrada da empresa de anestesistas com funcionamento de 03 salas.</p> <p>Solicitamos auxílio ao GACIR, Gerência de Enfermagem e chefias e RTA para manutenção do check list nas 3 fases: check in, Time e Check out para garantir uma cirurgia segura.</p> <p>Necessário reforçar junto à equipe cirúrgica a importância do uso da lista de verificação como uma ferramenta fundamental para a segurança do paciente. Dos 93 procedimentos realizados, apenas 56 utilizaram o checklist de forma completa e adequada, sinalizando a necessidade de reforçar junto à equipe cirúrgica a importância dessa prática.</p>
<p>CENTRO-SUL</p>	<p>Os indicadores 01 - Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no Sinan e 02 - Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN apresentaram evolução ao longo do ano, alcançando uma média próxima a 90% na fase final. No entanto, os indicadores 03 - Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação e 04 - Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas, ainda enfrentam dificuldades, principalmente devido à insuficiência de pessoal e à necessidade de aprimoramento dos processos de trabalho. Além disso, a falta de profissionais na assistência direta ao paciente, o grande volume de demanda e a necessidade de uso frequente de TPD para fechamento da escala semanal têm dificultado a qualificação adequada das equipes, resultando em profissionais sem a devida capacitação para algumas áreas do hospital. Apesar desses desafios, ações estão sendo implementadas para melhorar os resultados e buscar o cumprimento da meta, que não foi atingida ao longo de 2024.</p> <p>Inicialmente, a extração dos dados e a falta de carga horária nas equipes representaram obstáculos significativos. Entretanto, com um melhor entendimento da metodologia e a recomposição de 40 horas no Núcleo de Epidemiologia, foi possível obter avanços. Além disso, foi realizada uma ação de conscientização junto às equipes assistenciais sobre a importância das notificações, o que contribuiu para a recuperação dos indicadores. Ainda assim, a extração de dados continua sendo um desafio, e o desequilíbrio na quantidade de servidores, impactado pela rotatividade e afastamentos, persiste como um fator crítico a ser enfrentado.</p>

LESTE

Indicador 1- Percentual de Doenças de notificação compulsória (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN e Percentual de Doenças de notificação compulsória (DNCI) e do Indicador 2 - Percentual de Doenças de notificação compulsória (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN e Percentual de Doenças de notificação compulsória (DNCI) com campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN. A análise desses dois indicadores apresenta desafios significativos no HRL, especialmente no que se refere à estrutura e capacidade operacional do núcleo responsável. Atualmente, o setor conta com apenas uma enfermeira — a chefe do núcleo — que ainda está em processo de aprendizado para a extração e análise dos dados no SINAN. Essa limitação tem impacto direto na qualidade e tempestividade das notificações, bem como no preenchimento adequado dos campos obrigatórios. Principais desafios identificados:

- Restrição de recursos humanos especializados, com acúmulo de funções e sobrecarga na análise dos dados;
- Necessidade de capacitação contínua da equipe assistencial sobre a importância da notificação correta e oportuna;
- Falta de familiaridade da equipe com o sistema SINAN, especialmente quanto ao preenchimento correto dos campos “Distrito” e “Bairro”;
- Ausência de rotina consolidada de checagem e auditoria das notificações enviadas, o que dificulta a correção de inconsistências antes do envio.

Potenciais estratégias em andamento ou a serem implementadas:

- Pactuação com a área de Educação Permanente/NEPS para realização de capacitações periódicas sobre notificação compulsória;
- Criação de um fluxo interno de revisão e validação das notificações, com apoio das coordenações assistenciais;
- Apoio técnico da Vigilância Epidemiológica regional para auxiliar na qualificação dos registros;
- Construção de relatórios periódicos de acompanhamento dos indicadores junto ao núcleo de estatística.

Diante da relevância da vigilância epidemiológica hospitalar para o controle de agravos e tomada de decisão em saúde pública, destaca-se a necessidade de fortalecimento institucional e técnico do núcleo, a fim de garantir a melhora contínua desses indicadores.

Análise do Indicador 3 – Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação

A análise refere-se à avaliação sistemática do risco de lesão por pressão nas

últimas 24 horas dos pacientes internados nas principais unidades assistenciais do HRL: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Unidade de Ortopedia e Traumatologia e Unidade de Cuidados Intensivos (UTI). Com foco na segurança do paciente e na qualidade assistencial. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) criou um cronograma de visitas setoriais com treinamentos e orientações para equipes assistenciais e gestores. O objetivo é padronizar e qualificar a avaliação de risco e fortalecer o manejo clínico de pacientes vulneráveis. No âmbito do Projeto Reestruturação dos Hospitais Públicos (RHP), foram desenvolvidos planos de ação para prevenir riscos assistenciais, como quedas e lesões por pressão, em todas as áreas do hospital.

Pontos relevantes para a análise:

O HRL é referência no atendimento de pacientes com Trauma Raquimedular (TRM), que permanecem por longos períodos em prancha rígida ou com mobilidade reduzida, o que aumenta o risco de lesões por pressão;

A equipe de enfermagem precisa realizar avaliações criteriosas e contínuas desses pacientes, reforçando a importância do uso de protocolos de manuseio e mobilização precoce;

A Comissão de Pele do HRL é atuante, reconhecida como referência em outras regiões de saúde do DF, com importante papel na construção de protocolos e na orientação técnica às equipes assistenciais;

A atuação integrada entre o NQSP, Comissão de Pele e equipes das unidades tem fortalecido a cultura de segurança do paciente e a prevenção de agravos evitáveis.

Desafios e oportunidades:

Garantir cobertura total de avaliação em todas as unidades, nas primeiras 24 horas de internação e de forma sistemática durante a permanência hospitalar;

Sensibilização e capacitação contínua das equipes, sobretudo nos turnos noturnos e fins de semana;

Monitoramento contínuo dos indicadores de risco e ocorrência de lesões por pressão, com revisão periódica dos planos de ação.

O HRL segue comprometido com a melhoria contínua, reconhecendo a avaliação de risco de lesão por pressão como uma etapa crítica no cuidado ao paciente e parte essencial da assistência hospitalar segura e de qualidade.

Análise do Indicador 4 – Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação

Este indicador refere-se à avaliação sistemática do risco de queda dos pacientes internados nas unidades assistenciais do HRL, especificamente: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Unidade de Ortopedia e Traumatologia e Unidade de Cuidados Intensivos (UTI). Com o objetivo de promover a segurança do paciente e prevenir eventos adversos, o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) realiza um cronograma estruturado de visitas setoriais, com foco em treinamentos em serviço, orientação direta às equipes assistenciais e acompanhamento dos gestores de cada unidade. (Gostaria de solicitar uma reescrita/retirada do conteúdo do relatório para garantir que seja mais conciso e focado nos pontos principais. O objetivo é eliminar informações redundantes ou desnecessárias e melhorar a clareza e objetividade do texto)

Destaques da atuação institucional:

A avaliação de risco de queda nas primeiras 24 horas de internação é uma prática obrigatória e contínua, reforçada pela equipe de qualidade e segurança; No âmbito do Projeto Reestruturação dos Hospitais Públicos (RHP), desenvolvido em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, foram elaborados planos de ação específicos voltados à prevenção de quedas em todas as áreas do hospital;

O projeto inclui a implantação de estratégias de gestão, ferramentas como o 5W2H e ações educativas voltadas à equipe multiprofissional, visando à redução do risco e à padronização da assistência.

Desafios enfrentados:

Dificuldade em atingir a meta pactuada, especialmente devido ao perfil dos pacientes atendidos, como os de trauma ortopédico e neurológico, idosos e pacientes com restrição de mobilidade;

Necessidade de reforçar a cultura da avaliação diária do risco, especialmente durante trocas de turno e nos fins de semana;

Rotatividade de profissionais e sobrecarga assistencial, que podem comprometer a sistematização da avaliação e o cumprimento do protocolo.

Pontos fortes:

A Comissão de Pele do HRL, além de seu papel central na prevenção de

lesões por pressão, também atua de forma integrada na prevenção de quedas, contribuindo com orientações técnicas, apoio nas unidades e integração com o NQSP;

O trabalho intenso e contínuo da equipe multiprofissional, mesmo diante dos desafios, demonstra o comprometimento institucional com a segurança e qualidade da assistência prestada.

Considerações finais: O HRL reconhece a avaliação de risco de queda como uma etapa crítica da assistência, essencial para garantir um cuidado seguro, humanizado e livre de agravos evitáveis. A gestão segue acompanhando de perto os resultados, mantendo o compromisso com a melhoria contínua e com o fortalecimento de uma cultura de segurança sólida.

Análise do Indicador 5 – Taxa de Adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura

A Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS) é uma ferramenta essencial para a prevenção de eventos adversos no ambiente cirúrgico, promovendo segurança, comunicação efetiva entre equipes e padronização dos processos assistenciais. A taxa de adesão à LVCS é monitorada com base nas cirurgias registradas no sistema TrakCare. Situação atual e desempenho: Houve divergências na exportação dos dados cirúrgicos via TrakCare, fato que comprometeu a extração precisa dos dados e exigiu retrabalho da equipe do NQS.

A apesar das inconsistências técnicas, o indicador mantém-se em patamar elevado, com 96% de adesão, muito próximo da meta ideal (100%);

O bom desempenho é reflexo do empenho contínuo da equipe do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), mesmo com equipe reduzida, o que merece destaque.

Ações estratégicas adotadas:

Reforço das ações de qualificação da aplicação da lista, com visitas orientativas às equipes cirúrgicas; Planejamento de um "Café Mundial" com gestores e chefes de setor, momento de integração institucional para alinhamento de planos de ação, discussão de estudos de caso reais e engajamento das lideranças;

	<p>Apoio contínuo da chefia do NQSP, promovendo educação permanente sobre a importância da adesão à lista como prática de segurança institucional.</p> <p>Desafios identificados:</p> <p>Limitações técnicas na interface do sistema TrakCare, que exigem revisão e apoio da área de tecnologia da informação;</p> <p>Número insuficiente de profissionais no núcleo, o que dificulta maior abrangência das ações de sensibilização e auditoria em tempo real;</p> <p>Resistência pontual de equipes à formalização dos registros, especialmente em situações de urgência e emergência.</p> <p>Considerações finais: O HRL reconhece a Lista de Verificação de Cirurgia Segura como um dos pilares do cuidado cirúrgico seguro, e segue comprometido em manter e aprimorar sua taxa de adesão. A meta de 100% é exequível e está sendo perseguida com ações colaborativas, educativas e foco na gestão de processos.</p>
<p>NORTE</p>	<p>Indicador 1 - Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN.</p> <p>Análise: O indicador de Percentual de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas oportunamente no Sinan reflete a eficiência do sistema de vigilância epidemiológica em detectar, notificar e resolver casos de doenças que exigem ação rápida. Um resultado de 100% em 2024 indica que todas as notificações de DNCI foram registradas e encerradas dentro do prazo estabelecido. Foram registradas 886 notificações compulsórias imediatas - DCNI no ano de 2024, uma média de 74 notificações por mês. Embora o resultado tenha sido positivo, indicando que o Hospital Regional de Planaltina - HRPL cumpriu com eficiência os prazos de notificação e encerramento de DNCI é importante avaliar a qualidade das investigações e garantir que não houve subnotificação.</p> <p>Indicador 2 - Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN.</p> <p>Análise: O indicador avalia a completude e qualidade dos dados no SINAN, especificamente em relação ao preenchimento dos campos.</p>

Distrito e Bairro nas notificações de DNC no Hospital Regional de Planaltina. Foram registradas 4.692 notificações compulsórias - DNC no ano de 2024, uma média de 391 notificações por mês. 155 dessas notificações foram preenchidas com os dados Distrito e Bairros inválidos, o que equivale a 3%. Um resultado de 97% em 2024 indica um alto nível de completude, mas ainda com margem para aprimoramento.

Indicador 3 - Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação.

Análise: O indicador demonstra a quantidade de pacientes que foram avaliados nas últimas 24 horas de internação para risco de Lesão de Pressão.

O resultado de 33% está muito abaixo da meta (77%), indicando falhas críticas na prevenção de lesões por pressão.

No entanto é importante observar que o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente do HRPL até junho de 2024, teve o desempenho do indicador comprometido devido à divergência do método de coleta de dados. O procedimento adotado não seguia o POP do AGL, utilizando-se o KANBAN – ferramenta visual para organização da equipe de assistência – em vez do TRAKCARE, sistema oficial de prontuários eletrônicos. A equipe do NQSP já recebeu orientações para adequação ao padrão estabelecido, o que pode ser observado na melhoria dos resultados a partir de julho de 2024.

Indicador 4 - Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação.

Análise: Este indicador demonstra a quantidade de pacientes que foram avaliados nas últimas 24 horas de internação para risco de Queda. 35% dos pacientes foram avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação, ficando significativamente abaixo da meta estabelecida de 77%. No entanto é importante observar que o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente do HRPL até junho de 2024, teve o desempenho do indicador comprometido devido à divergência do método de coleta de dados. A estratificação dos dados adotadas pelo NQSP não seguia as orientações do POP do AGL, utilizando-se o KANBAN – ferramenta visual para organização da equipe de assistência – em vez do TRAKCARE, sistema oficial de prontuários eletrônicos. A equipe do NQSP já recebeu orientações para adequação ao

padrão estabelecido, o que pode ser observado na melhoria dos resultados a partir de julho de 2024.

Indicador 5 - Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura.

Análise: Este indicador verifica a relação entre o número de procedimentos cirúrgicos em que a lista de verificação de cirurgia segura foi aplicada de forma completa pela equipe cirúrgica. Embora não haja meta formal estabelecida o HRPL obteve uma taxa de 57% no ano de 2024 o que indica oportunidade importante para fortalecer a cultura de segurança do paciente. Nota-se uma melhora significativa a partir de julho de 2024, quando o NQSP começou a seguir as orientações contidas no POP do AGL para a estratificação de dados.

HRS:

Indicador 1 - Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN.

O indicador manteve-se consistentemente elevado durante quase todo o ano, variando entre 91% e 100%. Os meses com desempenho excelente (100%) foram Fevereiro, Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto, Setembro, Novembro e Dezembro. O resultado parcial final: 99% demonstra eficiência e compromisso com os prazos estabelecidos para encerramento de notificações.

Entre os pontos positivos ao longo do ano, destacam-se: o alto nível de conformidade com os prazos exigidos, a estabilidade no desempenho, sem quedas críticas e cumprimento de protocolos. As quedas pontuais em março e outubro podem indicar problemas temporários na equipe de vigilância, a sobrecarga ou aumento atípico de notificações e/ ou falhas pontuais em sistemas ou processos internos.

Contudo, o desempenho global do indicador é excelente, mostrando que o HRS mantém um processo eficaz no encerramento de notificações de DNCI. Apesar de pequenas oscilações, a taxa de encerramento oportuno é muito elevada e está acima dos padrões desejáveis.

Indicador 2 - Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN. O desempenho do indicador ao longo de 2024 mostra

uma evolução positiva, com tendência de melhoria gradual na qualidade do preenchimento dos dados obrigatórios no SINAN. O indicador iniciou o ano com valores mais baixos: 78% em janeiro e 77% em março, o que aponta para possíveis falhas nos processos de notificação, capacitação ou atenção da equipe envolvida no processo de notificação apesar dos treinamentos ofertados pelo núcleo de Vigilância Epidemiológica.

A partir de abril, observa-se uma melhoria consistente, atingindo o pico de 95% em setembro.

Nos meses seguintes, o desempenho manteve-se estável e relativamente alto - 88% a 91% de outubro a dezembro. O resultado parcial final foi de 85%, indicando um avanço em relação ao início do ano.

Os pontos positivos foram: a tendência de melhoria contínua no preenchimento dos campos obrigatórios e resultados acima de 85% em vários meses, especialmente na segunda metade do ano, indicando melhoria no preenchimento dos campos obrigatórios.

Já a principal dificuldade encontrada foi o desempenho abaixo do ideal no início do ano, indicando necessidade de capacitação de profissionais e revisão de processos de notificação.

Apesar das dificuldades relatadas nos primeiros meses do ano, o indicador apresentou melhoria significativa ao longo de 2024, demonstrando avanços no preenchimento correto dos campos obrigatórios no SINAN.

No entanto, ainda é necessário reforçar as ações nos períodos de menor desempenho, visando garantir a uniformidade e a qualidade das notificações.

Para alcançar esse objetivo, é essencial investir em capacitação contínua das equipas e realizar auditorias regulares nos dados inseridos, o que pode contribuir para a padronização e elevação sustentada dos índices de qualidade.

Indicador 3 - Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação. O indicador apresentou

oscilação considerável ao longo de 2024, evidenciando inconsistências no processo de avaliação dos pacientes internados. A meta definida (77%) foi alcançada e superada entre agosto e novembro, com destaque para o pico de 94% em agosto, refletindo um período de maior atenção e eficácia na triagem.

No entanto, os resultados dos primeiros sete meses ficaram consistentemente abaixo da meta (61% e 69%), sugerindo fragilidades e/ou falta de uniformidade na aplicação da avaliação de risco. A queda drástica em dezembro (39%) é um alerta crítico que está relacionado à redução de pessoal qualificado e/ou treinado, sobrecarga sazonal de atendimentos, descontinuidade de ações de monitoramento e falhas nos registros eletrônicos ou nos processos de auditoria clínica.

Indicador 4: Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação. Ao longo de 2024, o indicador apresentou grande variabilidade, com um desempenho destacado entre julho e novembro, quando superou a meta de 77% e atingiu o pico de 88% em agosto. Nos primeiros seis meses, os percentuais variaram entre 63% e 67%, revelando fragilidades no processo de avaliação inicial, possivelmente relacionadas à falta de recursos humanos no NQSP, treinamento insuficiente ou alta rotatividade de pessoal. O resultado mais crítico ocorreu em dezembro, com uma queda brusca para 39%, provavelmente devido à sobrecarga sazonal de atendimentos, falta de pessoal qualificado e/ou treinado, descontinuidade de ações de monitoramento e falhas nos registros eletrônicos ou processos de auditoria clínica. O resultado parcial de 2024 é de 70%, abaixo da meta de 77%, o que compromete a segurança do paciente e a capacidade preventiva da unidade.

Indicador 5: Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura.

O desempenho apresentado em 2024 revela uma evolução positiva e consistente ao longo do ano, partindo de 65% em janeiro e atingindo um pico de 100% em outubro. O resultado parcial anual é de 91%, o que

	<p>representa excelente adesão às práticas de segurança cirúrgica. A maior A evolução ocorreu entre janeiro e fevereiro (65% → 91%), após ações corretivas/ educativas bem-sucedidas logo no início do ano.</p> <p>O indicador mostra que a equipe cirúrgica está engajada com os protocolos de segurança, o que é essencial para a prevenção de eventos adversos no bloco operatório.</p> <p>Destacamos que é importante a manutenção de treinamentos regulares sobre a importância da lista de verificação, as análises de adesão por equipe ou profissional, para identificar focos de melhoria e o feedback mensal com divulgação dos resultados, estimulando a responsabilidade compartilhada.</p>
OESTE	<p>HRBZ:</p> <p>Os indicadores tiveram aumento nos índices no decorrer do ano, após trabalho conjunto dessa gerência e as áreas envolvidas (NHEP E NQSP).</p> <p>Indicador 1 - Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN: Observa-se que o indicador teve queda em março e maio, porém nos meses subsequentes se manteve acima de 95%. Somentamos que a análise, segundo a REVEH-DF, é realizada somente com as notificações de residentes do DF. Somentamos ainda que o total de notificações analisadas não corresponde ao trabalho do NHEP. Porém, segundo o instrutivo, devem ser retirados os pacientes residentes fora do DF.</p> <p>Indicador 2 - Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN: O indicador se manteve acima de 96%, exceto no mês de novembro que teve uma queda. Resultado positivo do indicador se dá pelos processos de trabalho referente a qualidade dos dados de preenchimento das fichas de investigação que é uma preocupação constante do NHEP, adotando medidas de controle e aperfeiçoamento dos dados informados às autoridades de saúde pública.</p>

Indicador 3 - Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas. e 4 - Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação : O indicador alcançou a meta no mês de agosto em diante, o NQSP realizou abordagens nos setores no decorrer do ano, conscientizando sobre a importância de cumprir os protocolos, para atingir as metas estabelecidas

Indicador 5 - Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura:

O indicador se manteve acima do percentual de 94%, inclusive se mantendo em 100% na maioria dos meses, isso se deve a conscientização da equipe do centro cirúrgico em cumprir os protocolos estabelecidos.

HRC:

Indicador 1 - Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN.: O indicador apresentou queda em setembro, seguida de melhora nos meses subsequentes. Tal melhora pode ser atribuída a divulgação dos resultados obtidos anteriormente para a equipe. No mês de dezembro observou-se ligeira queda do indicador relacionada ao aumento da prevalência do CID X29 (contato com animais ou plantas venenosas, sem especificação). Houve ainda um atraso do fechamento do CID B09 (infecção viral não especificada que causa lesões na pele e mucosas) o que também pode ter influenciado na queda do indicador.

Em relação ao fechamento anual, observou-se queda do indicador no mês de fevereiro que, devido a epidemia de dengue deveria ter sido elevado porém houve atraso na digitação dos dados devido a desencontros com o com o hospital de campanha (HCAMP - CEI), os referidos dados foram digitados em março. Nos meses subsequentes houve melhora do indicador, com média anual de 93%.

Indicador 2: Observou-se um aumento do indicador no mês de outubro em relação ao mês de setembro (86,00% e 76,69%, respectivamente) o que pode ser reflexo de um maior preenchimento dos campos distrito e

bairro e também abordagem realizada junto a equipe do CEREST realizada no mês de setembro. O monitoramento do indicador nos meses subsequentes demonstrou queda, com fechamento anual de 76%.

Indicador 3 - Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas: O percentual baixo do indicador não representa a realidade uma vez que na UTI e Clínica médica tal avaliação é realizada de forma recorrente. Outro ponto que deve ser considerado em relação ao baixo percentual apresentado pelo indicador é o fato de grande parte dos leitos da unidade estarem destinados a cirurgias eletivas. Além disso, a cultura organizacional de tal indicador encontra barreiras para sua implantação, o que também pode ter impactado nos resultados. O aumento do indicador no mês de novembro demonstra o efeito de ações de treinamento realizadas bem como a padronização de modelo de evolução. Por fim, o indicador apresentou queda importante em dezembro devido ao afastamento legal do enfermeiro rotineiro da unidade. Tal fato reforça a necessidade de ampliar as ações de treinamento e conscientização.

A análise anual do indicador demonstra flutuações que podem ser atribuídas ao déficit de recursos humanos, baixa adesão da equipe, destinação de leitos para cirurgias eletivas e afastamentos legais. Apesar das ações de treinamento e padronização de modelo de evolução, o indicador teve fechamento anual de 61% , o que é considerado razoável.

Indicador 4: Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação: Nos meses de setembro e outubro observou-se um percentual de 12% no indicador, o que reflete uma amostra muito pequena em relação a quantidade de pacientes - dia no HRC. Tal fato associa-se ao grande número de leitos destinados a cirurgias eletivas. A cultura organizacional do indicador também reflete barreiras para a implantação do mesmo. Outro ponto que pode relacionar-se com expressiva queda do indicador é a ausência de servidores considerados chave no processo. Como medida corretiva o

	<p>NQSP começou a elaborar um plano de ação em conjunto com os supervisores.</p> <p>A elevação do indicador no mês de novembro reflete o resultado das ações de treinamento implementadas e a padronização de modelo de evolução. Entretanto, no mês de dezembro, observou-se redução do indicador relacionada ao afastamento legal do enfermeiro rotineiro da clínica. Nesse sentido, a supervisão foi alertada para que fossem tomadas providências.</p> <p>A análise anual do indicador, reflete flutuações durante o ano que podem ser atribuídas a déficit de recursos humanos, baixa adesão da equipe em realizar a escala de Morse, falta de maturidade no processo entre outras. Apesar da adoção de ações de treinamento e correção adotadas pelo NQSP a meta para o indicador não foi atingida, fechando em 59%, apesar disso, o valor ainda pode ser considerado razoável.</p> <p>Indicador 5 : Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura:</p> <p>O percentual baixo do indicador nos meses do 3º quadriênio reflete o não preenchimento ideal do formulário do indicador (correto e completo) bem como a baixa adesão à presença do formulário de verificação de cirurgia segura. Diante do fato, o NQSP relatou que a clínica que apresenta maior número de inconformidades relativas ao preenchimento do formulário é a ortopedia. Como medidas para minimizar o baixo percentual do indicador, o NQSP realizou abordagem do RT da clínica ortopédica.</p> <p>Entretanto, apesar dos esforços empenhados, não conseguimos êxito no indicador tendo mesmo fechado o ano em 52% (fechamento parcial), permanecendo sob monitoramento.</p>
SUDOESTE	<p>No eixo da qualidade e segurança do paciente subdividem em cinco importantes indicadores, os dois primeiros são de notificação e estão em monitoramento. O indicador 1 representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, onde envolve todas as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata no</p>

DF, permitindo a realização de ações de prevenção e controle. Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados.

O indicador 2 mensura o preenchimento correto dos campos Distrito e Bairro no SINAN, dados estes importantes para garantir a fidedignidade dos dados. Permite avaliar e monitorar a capacidade de coleta de informações essenciais da população afetada por DNC, possibilitando, assim, a completa análise epidemiológica e o consequente direcionamento de políticas públicas assertivas.

HRSAM: Os resultados do HRSAM foram de 101%, indicando a capacidade de detecção de todas as doenças e agravos de notificação compulsória.

HRT: Os resultados do HRT foram de 86%, indicando êxito na força tarefa realizada pela equipe do Hospital, onde iniciamos o ano com 54% de DNCI encerradas oportunamente, o que trouxe melhorias para a nossa assistência, sendo possível realizar detecção e tratamento em tempos oportunos. No quesito campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos, iniciamos o ano de 2024 com o percentual de 92%, finalizando o 3º Quadrimestre com 94%, reflexo, também, da força tarefa realizada pela equipe.

Os três indicadores restantes demonstram o cuidado com a assistência ao paciente.

O Indicador 3 avalia o percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão. O desenvolvimento de lesões por pressão nos cuidados em saúde é considerado um evento adverso, que além de prolongar a permanência dos pacientes internados, aumentam o risco de infecções e o custo do serviço de saúde, podendo também ser causas de reinternações após a alta hospitalar.

O Indicador 4 avalia o percentual de pacientes avaliados para risco de lesão de queda. A prevenção da queda é a identificação precoce do risco de cair, o que contribui para uma assistência segura ao paciente.

O Indicador 5 avalia o checklist de Cirurgia Segura, o qual é utilizado para identificar, comparar e verificar o cumprimento das etapas críticas de segurança. Portanto, permite evitar riscos e eventos adversos associados ao cuidado cirúrgico.

HRSAM: Os resultados, no que se refere aos indicadores 3 Indicador - Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas e 4 - Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação (risco de lesão e risco de queda) mantiveram-se estável, oscilando entre 94% a 100% com a média anual fechando em 96%. Já no indicador 5 - Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura, que trata-se do checklist de cirurgia segura, tivemos instabilidade durante o ano com percentuais consideráveis. No mês de setembro houve uma queda para 66% reflexo do déficit de Recursos Humanos, forçando a equipe a priorizar a operacionalidade das cirurgias e demais procedimentos, onde muitas vezes não houve o preenchimento da lista. Esse eixo requer busca ativa dos prontuários e adesão de todos da assistência, portanto requer diuturnamente a sensibilização das equipes à adesão aos protocolos básicos que visam a segurança do paciente com implementação de práticas seguras e notificação junto ao sistema de eventos adversos. Tal fato demonstra fragilidade dos indicadores quanto ao número de prontuários revistos, sendo condicionado ao RH na alimentação desses dados no sistema, fato este limitante. O HRSAM sempre esteve acima da meta estipulada, algo muito positivo existindo a possibilidade de crescimento.

HRT: O indicador 4 - Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação e Indicador 3 - Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas - apresentaram uma média anual de 47%, com resultados de 18% no início de 2024 e 33,77% e 36% ao final do 3º Quadrimestre, respectivamente. Apesar da evolução discreta, o HRT enfrenta desafios

	<p>como absenteísmo e déficit de recursos humanos de enfermeiros, impactando nos indicadores. O trabalho da equipe de NQSP tem contribuído para uma evolução gradual dos percentuais. Por sua vez, o 5 apresentou uma redução considerável, de 60% para 44%, e o NQSP, em parceria com a GPMA e GENF, está desenvolvendo um trabalho com a equipe de Centro Cirúrgico para superar as dificuldades no preenchimento do sistema e sensibilizar as equipes sobre a importância do checklist para práticas seguras.</p>
SUL	<p>INDICADOR 1 - Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN Apresentação:</p> <p>O número absoluto de notificações elegíveis para o indicador 1, realizadas pelo NHEP/HRG no ano de 2024, distribuídas por mês (Oportuno/Inoportuno): JAN (7/0); FEV (4/0); MAR (8/0); ABR (4/2); MAI (5/0); JUN (7/0); JUL (6/0); AGO (5/0); SET (4/0); OUT (11/0); NOV (16/0); DEZ (8/0); Total=85.</p> <p>Análise dos dados:</p> <p>De acordo com o exposto acima, percebe-se que as notificações de Doenças de Notificação Compulsória Imediata Encerradas Oportunamente no SINAN sofreram variação ao longo do ano, tendo o maior número de casos no mês de Novembro (16 casos), com uma média mensal de 7,0 casos.</p> <p>Análise crítica dos dados:</p> <p>Dos casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata Encerradas Oportunamente no SINAN, todos os meses houve o encerramento oportuno de 100% dos casos, exceto no mês de Abril. No mês de abril ocorreram 2 notificações de agravos encerradas inoportunamente, ambas são de Leptospirose. Isso se deve ao fato de que as notificações de Leptospirose foram inseridas no SINAN apenas com a suspeita do agravo e os exames encaminhados ao LACEN demoraram mais tempo que o de costume para sair o resultado, e quando este saiu, as notificações foram encerradas.</p> <p>Status do plano de ação:</p> <p>Apresentamos novamente as principais ações que estão sendo mantidas pelo NHEP, para qualificação do indicador hospitalar e também novas ações implementadas para a melhoria deste: Extração do banco de dados mensal das Doenças de Notificação Compulsória Imediata para análise dos casos encerrados oportunamente; Solicitação de novos computadores, pois os atuais possuem sistemas operacionais lentos, causando quedas constantes dos sistemas de informações e atraso nas notificações; Solicitação junto a Gerência de Enfermagem de profissionais enfermeiros, para fazer a manipulação, análise e monitorização, visto que há um grande déficit desta categoria profissional no NHEP; Elaborar procedimento operacional padrão, para monitoramento de</p>

encerramento dos casos.

Problemática do Indicador:

Vale ressaltar que, uma dificuldade encontrada pelo NHEP na qualificação deste indicador foi o monitoramento dos casos notificados nos meses anteriores, e que tinham 60 dias para o encerramento. À exemplo do que ocorreu no mês de abril, sendo o mês que o indicador não atingiu a meta de 100% dos casos encerrados, os exames demoraram mais que o prazo de 60 dias para a entrega de resultados, gerando um atraso de encerramento das notificações. Outro problema encontrado é o déficit de servidores técnicos de enfermagem e enfermeiros no NHEP. A falta de profissionais para executar a notificação tem causado atraso nas notificações, e pode gerar atraso no encerramento, fazendo com o mesmo não seja oportuno.

INDICADOR 2 - Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN

Apresentação:

O número absoluto de notificações elegíveis para o indicador 2, realizadas pelo NHEP/HRG no ano de 2024, distribuídas por mês: JAN (370); FEV (276); MAR (318); ABR (314); MAI (225); JUN (301); JUL (360); AGO (307); SET (266); OUT (294); NOV (258); DEZ (243); Total=3532.

Análise dos dados:

De acordo com o exposto acima, representa-se a distribuição mensal dos números de notificação de DNC's no HRG em 2024. O número total de notificações foi de 3532, em residentes do DF, de acordo com as orientações do indicador. Em todos os meses, o percentual de preenchimento dos campos Bairro e Distrito foi de 100%.

Análise crítica dos dados:

O valor de 100% de preenchimento dos campos Distrito e Bairro em todas as notificações realizadas pelo NHEP só foi possível, mediante a orientação e sensibilização constante da equipe notificadora. Fator que tem gerado mais comprometimento em qualificar os dados gerados por parte da equipe.

Status do plano de ação:

Apresentamos novamente as principais ações que estão sendo mantidas pelo NHEP, para qualificação do indicador hospitalar e também novas ações implementadas para a melhoria deste: Extração do banco de dados mensal das Doenças de Notificação Compulsória Imediata para análise do preenchimento dos campos Bairro e Distrito; Promoção de atividades educativas com vistas a capacitar a equipe do NHEP a desenvolver estratégias de manipulação dos sistemas de informação; Solicitação de novos computadores, com processadores mais modernos, para substituição dos atuais, que são ultrapassados e lentos; Solicitação junto a Gerência de Enfermagem de profissionais enfermeiros, para fazer a manipulação, análise e monitorização, visto que há um grande déficit desta categoria profissional no

NHEP.

Problemática do Indicador:

Apesar de alcançar 100% da meta deste indicador, o NHEP encontrou dificuldade em alcançá-la devido aos problemas de infraestrutura, pois possuem computadores e sistemas de rede obsoletos, que causam lentidão e sistemas de informação instáveis. Diante deste cenário, frequentemente precisamos repetir procedimentos para garantir a salvaguarda das informações. Outro problema encontrado é o déficit de servidores técnicos de enfermagem e enfermeiros no NHEP. A falta de técnicos de enfermagem para executar a digitação das notificações no SINAN e de enfermeiros para executar o sistema de tabulação de dados, são fatores significativos na extração do indicador em questão.

INDICADOR 3 - Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação

INDICADOR 4 - Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação

Os indicadores 3 e 4 (NQSP) apresentam dados de conformidade elevados, no entanto, há pontos que merecem uma análise crítica aprofundada:

Pontos Positivos: Elevada Conformidade: Os dados indicam que praticamente todos os pacientes internados são avaliados conforme preconizado pelos protocolos de segurança do paciente.

Busca Ativa e Auditoria: A metodologia utilizada, baseada na busca ativa em prontuários, demonstra um monitoramento contínuo e sistemático, essencial para a segurança do paciente.

Alinhamento com Normas e Protocolos: A avaliação de risco de lesão por pressão é uma recomendação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e está de acordo com a Portaria Nº 529/2013 e a RDC Nº 36/2013, garantindo conformidade com as diretrizes nacionais.

Pontos Críticos: Em reunião com a supervisora de Enfermagem (UMEI), afirma dificuldade devido ao déficit de RH.

Plano de Ação:

Auditoria in loco: Realizar auditorias in loco para verificar se as avaliações foram feitas corretamente, incluindo o uso de escala de risco recomendada (Escala de Braden) e (Escala de Morse).

Reforço no Plano Terapêutico: Garantir que pacientes identificados como alto risco tenham suas medidas preventivas documentadas e monitoradas pela equipe assistencial.

Capacitação Contínua da Equipe: Treinamentos sobre a correta aplicação da escala de risco e a importância de medidas preventivas.

Conclusão: Embora os números sejam elevados, é essencial garantir que a avaliação de risco de lesão por pressão esteja resultando em ações efetivas

para prevenção. A implementação do plano de ação fortalecerá a qualidade das avaliações, reduzirá riscos e irá aprimorar a segurança do paciente.

INDICADOR 5 - Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura

O indicador de Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura apresenta variações significativas ao longo dos meses, com uma melhoria progressiva após a implementação do novo sistema, mas ainda sem atingir a meta esperada.

Pontos Positivos: Melhoria da Adesão: O índice aumentou de 41,75% em janeiro para 65,06% em abril, indicando um aprendizado contínuo e maior familiaridade da equipe com o novo sistema.

Capacitações In Loco: A realização de treinamentos e ações educativas mostrou impacto positivo, elevando a taxa de preenchimento correto do checklist.

Compromisso do NQSP: O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente manteve um monitoramento ativo, revisando estratégias e propondo ações corretivas quando necessário.

Pontos Críticos: Resistência à Mudança: Apesar das melhorias, o indicador ainda não atingiu a meta esperada, sugerindo que há resistência da equipe em adotar o novo checklist e possíveis dificuldades operacionais.

Oscilações nos Indicadores: Após o pico de adesão em abril (65,06%), houve queda para 58,25% em setembro, o que indica que as ações de capacitação precisam ser constantes e reforçadas.

Adesão de Todos os Servidores: As capacitações in loco frequentemente não contemplam toda a equipe devido à incompatibilidade de horários, especialmente para servidores do turno noturno e aqueles que atuam nos finais de semana.

Plano de ação: Reforçar treinamentos periódicos, especialmente para novos funcionários e aqueles que apresentarem maior dificuldade.

Auditorias frequentes para identificar falhas no preenchimento do checklist e corrigir lacunas.

Desenvolver estratégias de incentivo para aumentar a adesão. Melhorar a comunicação interdisciplinar, garantindo que todos os membros da equipe cirúrgica compreendam a importância do checklist para a segurança do paciente.

Conclusão: A implementação do novo checklist no sistema trouxe desafios iniciais, mas as ações do Núcleo já demonstram impacto positivo na adesão. Entretanto, a meta ainda não foi alcançada, sendo necessário um reforço contínuo das capacitações e um trabalho de sensibilização da equipe para consolidar o checklist como prática essencial para a segurança do paciente.

Tema: Atenção à saúde

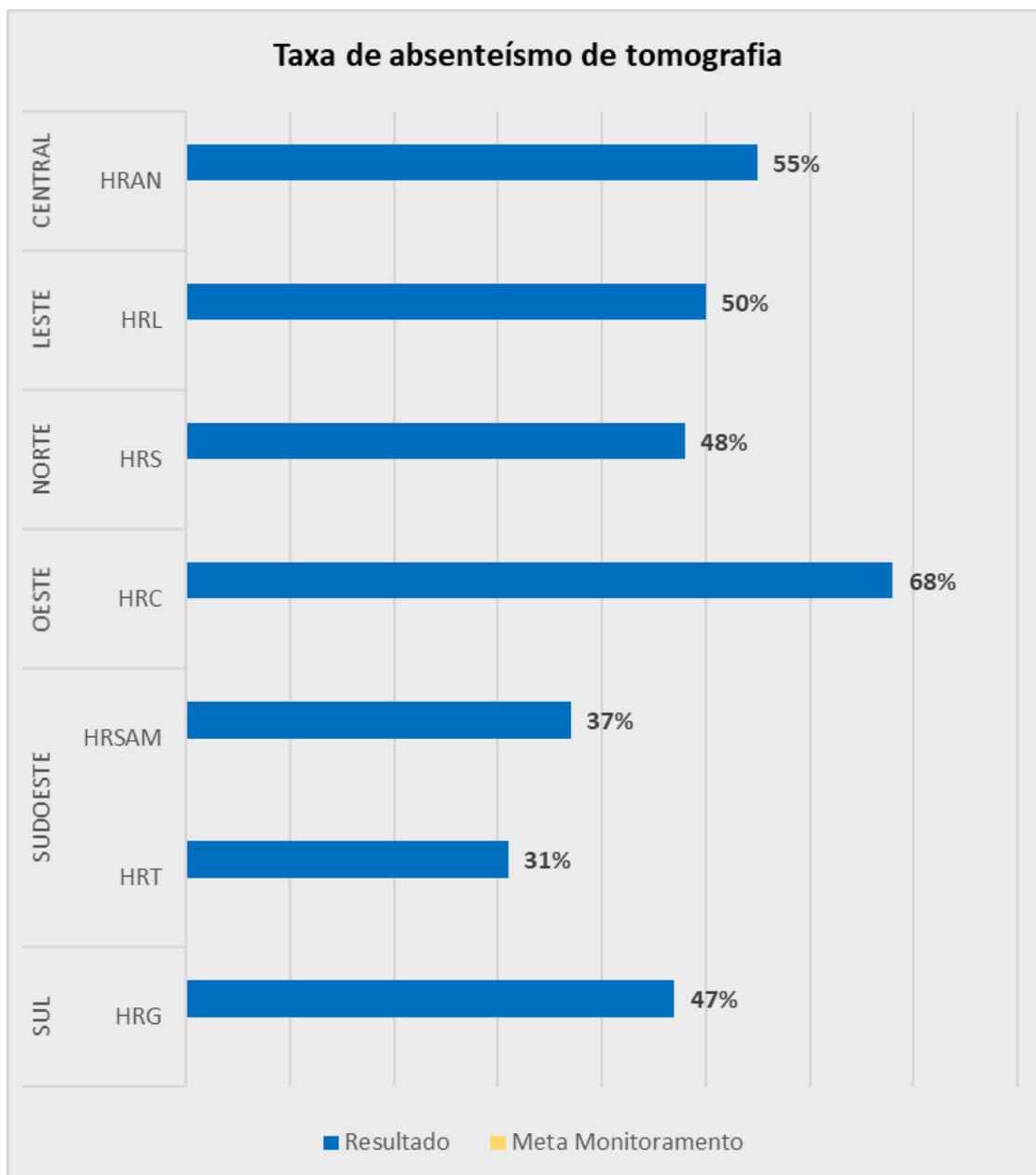
INDICADOR 6: Taxa de absenteísmo de tomografia

Fonte: SISREG

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Total exames de tomografia não confirmados. DENOMINADOR: Total de exames de Tomografia agendados. MULTIPLICADOR: 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MENOR MELHOR



*Hospital Regional de Brazlândia (HRBZ), Hospital Regional do Guará (HRGU) e Hospital Regional de Planaltina (HRPL) - Não se aplica esse indicador

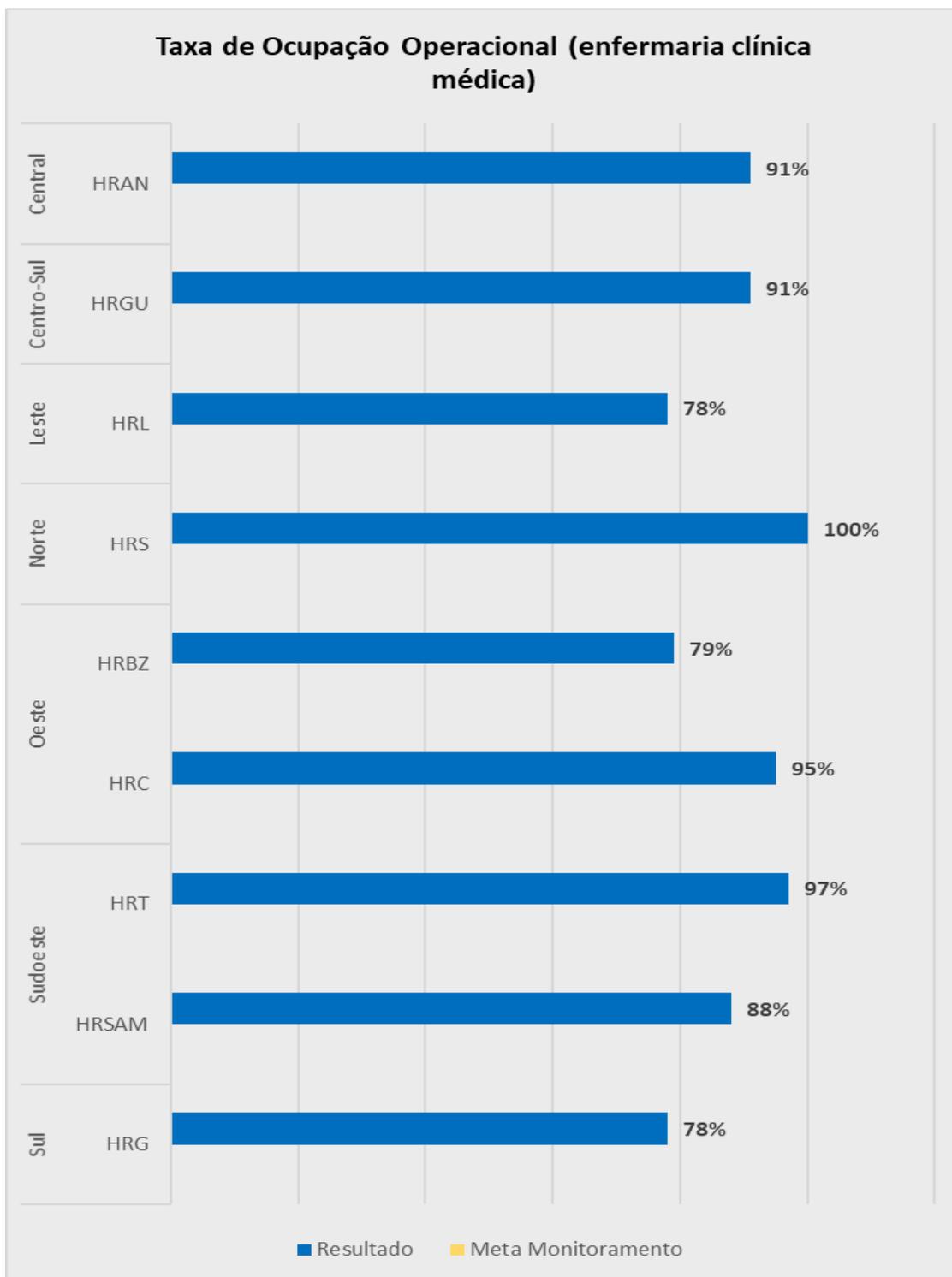
INDICADOR 7: Taxa de Ocupação Operacional (enfermaria clínica médica)

Fonte: TrakCare

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR:** paciente/dia. Soma do número de pacientes internados por cada dia e período. **DENOMINADOR:** leito/dia. Soma do número de leitos operacionais, incluindo a variação de leitos bloqueados e extras. **MULTIPLICADOR:** 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MAIOR MELHOR



* Hospital Regional de Planaltina (HRPL) - Não se aplica esse indicador

INDICADOR 8: Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica)

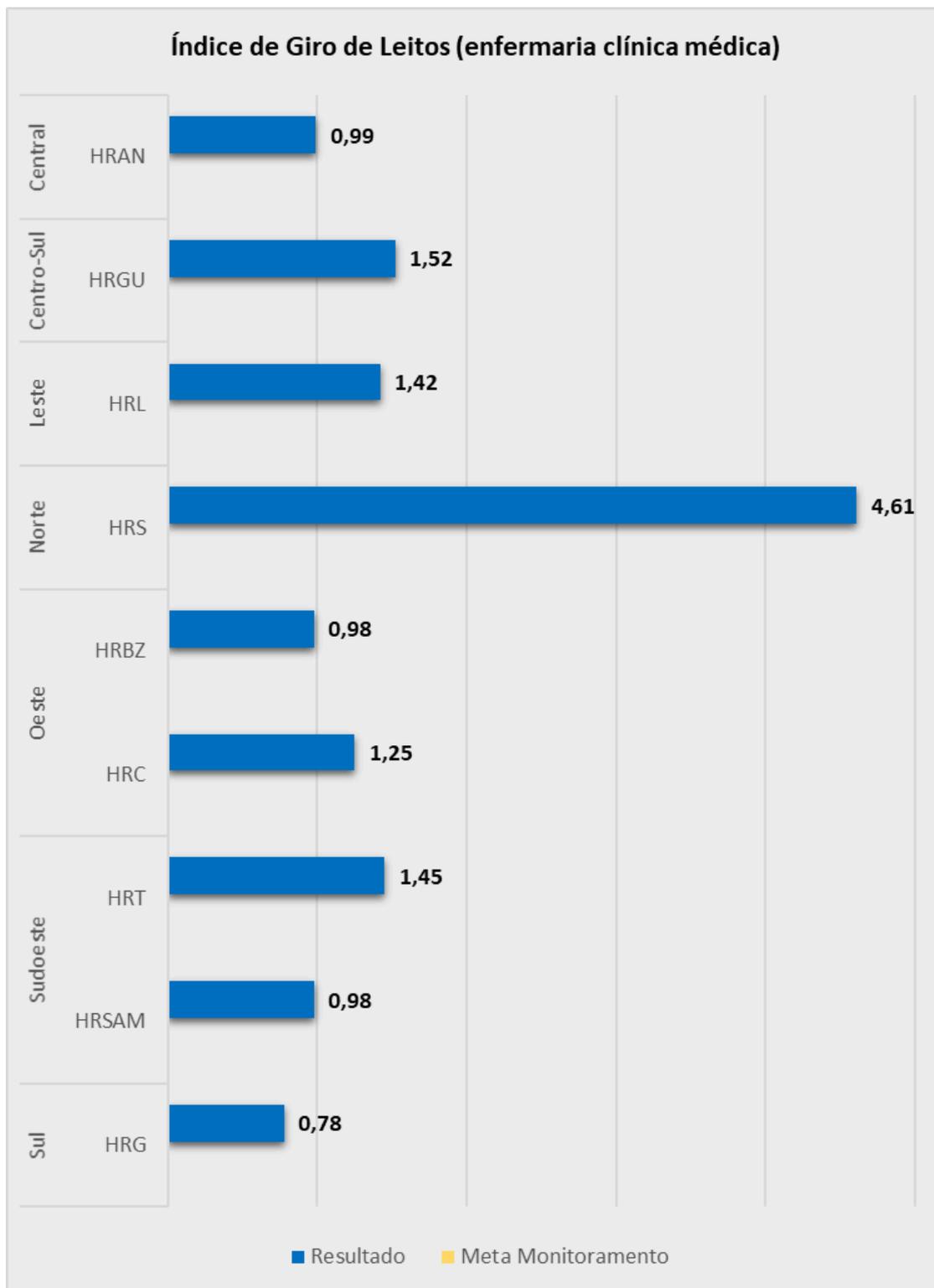
Fonte: TrakCare

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Somatório do número de pacientes que saíram no período.

DENOMINADOR: Média do número de leitos operacionais no período.

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MAIOR MELHOR



* Hospital Regional de Planaltina (HRPL) - Não se aplica esse indicador

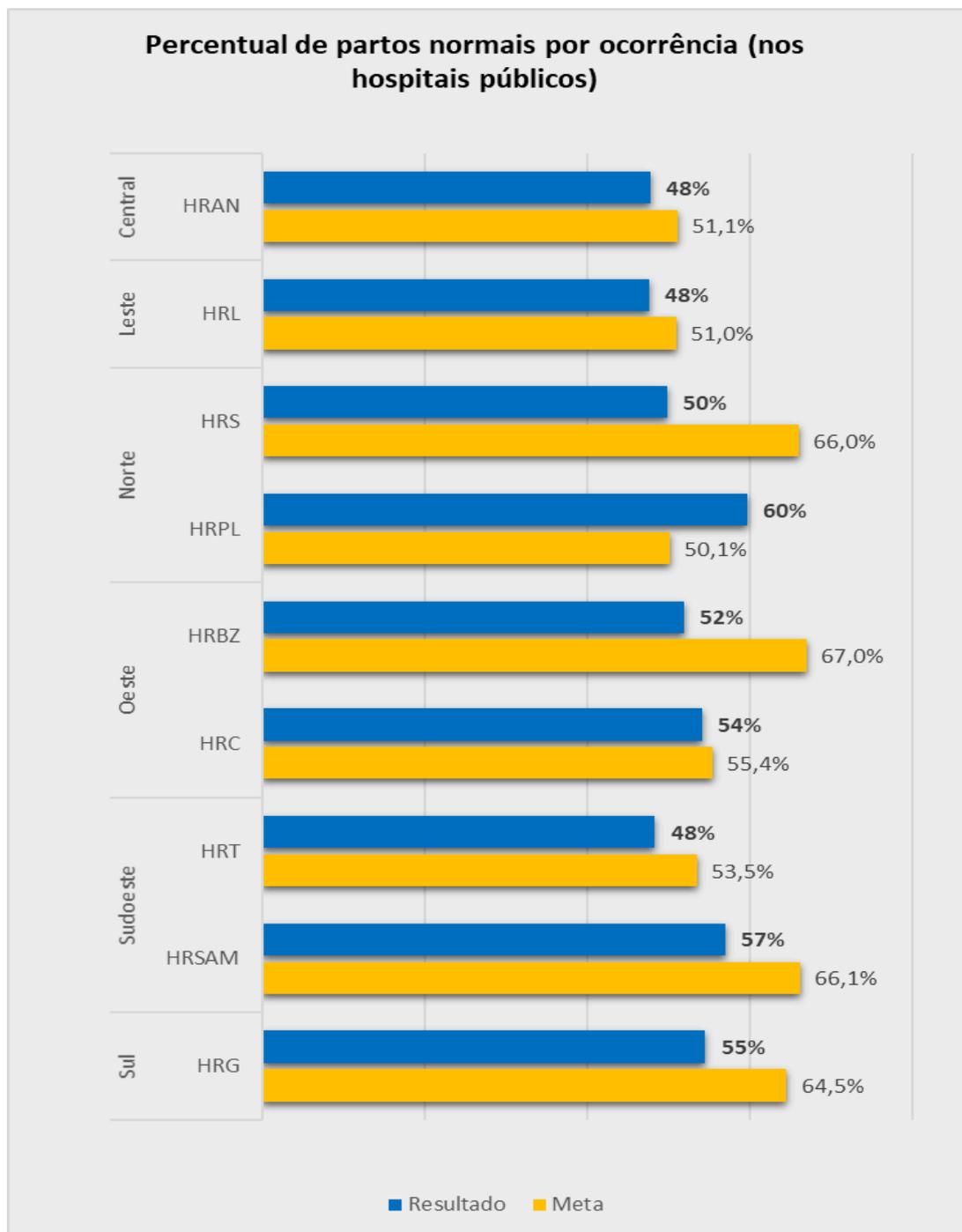
INDICADOR 9: Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)

Fonte: SINASC

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de nascidos vivos por parto normal por ocorrência (nos hospitais públicos) em determinado período. DENOMINADOR: número total de nascidos vivos por ocorrência (nos hospitais públicos) no mesmo período. MULTIPLICADOR: 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MAIOR MELHOR



*Hospital Regional do Guará (HRGU) - Não se aplica esse indicador

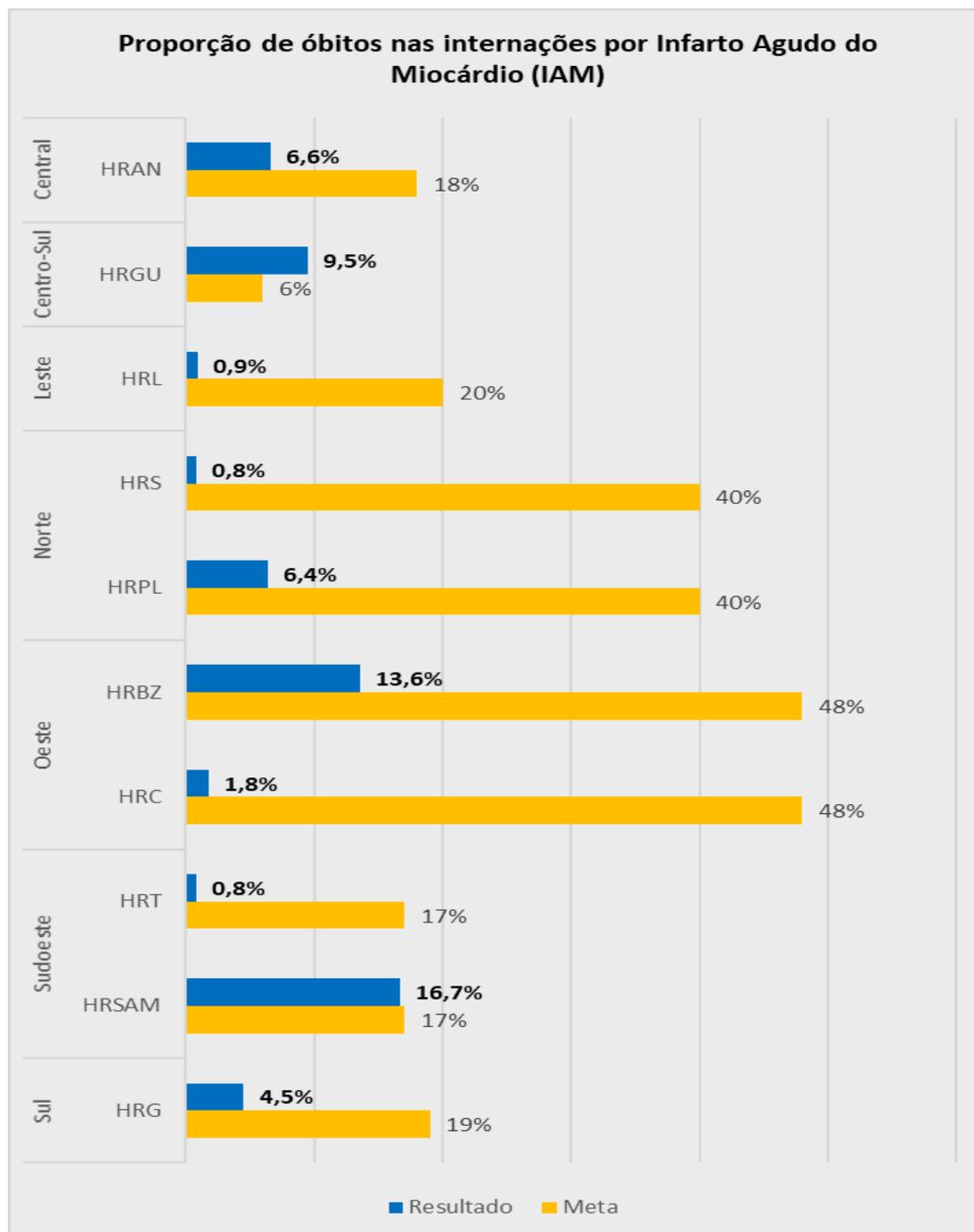
INDICADOR 10: Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

Fonte: Sala de Situação

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Óbitos nas internações por IAM em determinado local e período na população acima de 20 anos. DENOMINADOR: Total das internações por IAM, em determinado local e período na população acima de 20 anos. MULTIPLICADOR: 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MENOR MELHOR



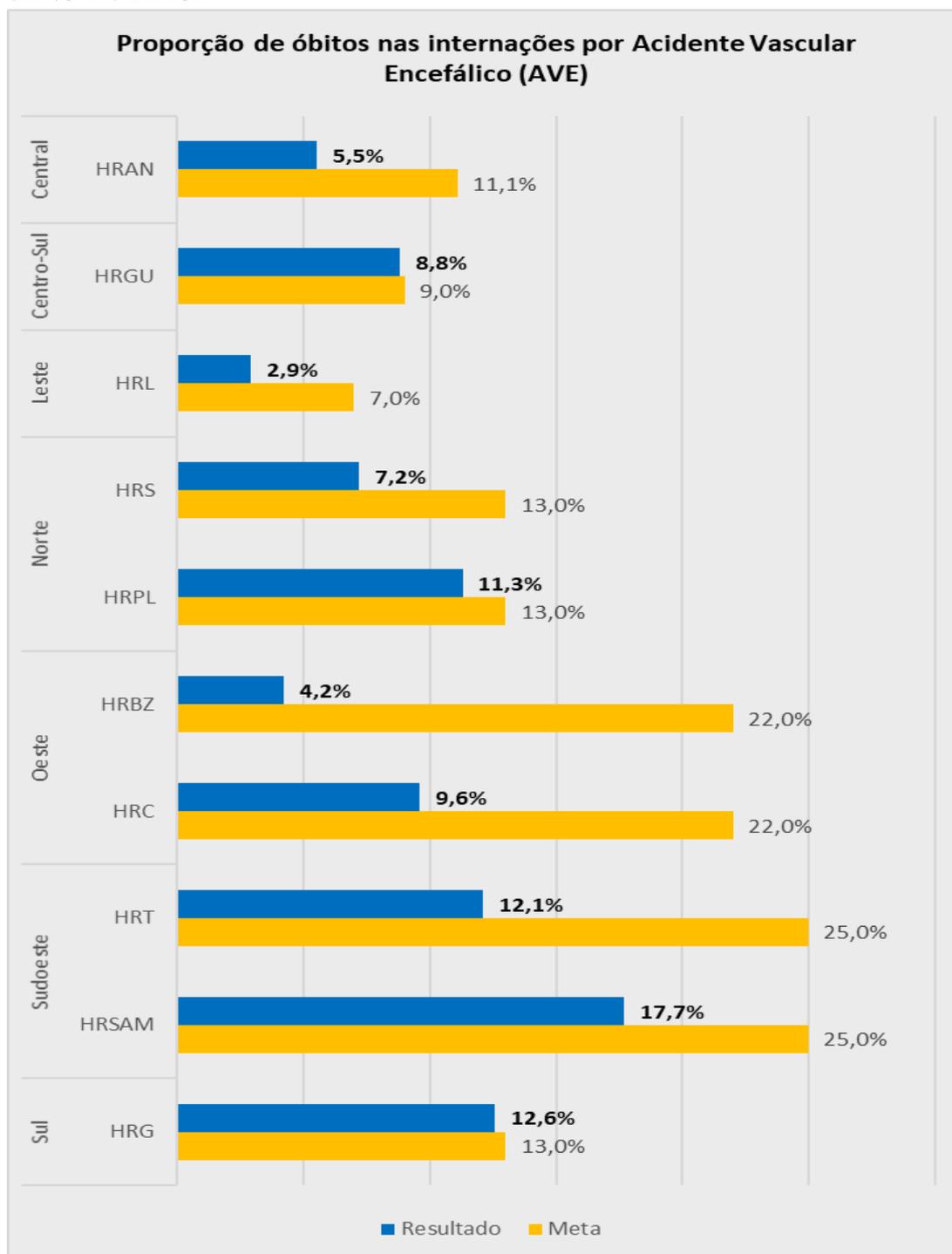
INDICADOR 11: Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Fonte: Sala de Situação

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Óbitos nas internações por AVE, em determinado local e período na população total conforme CID específico. DENOMINADOR: Total de internações por AVE, em determinado local e período na população total conforme CID específico. MULTIPLICADOR: 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MENOR MELHOR



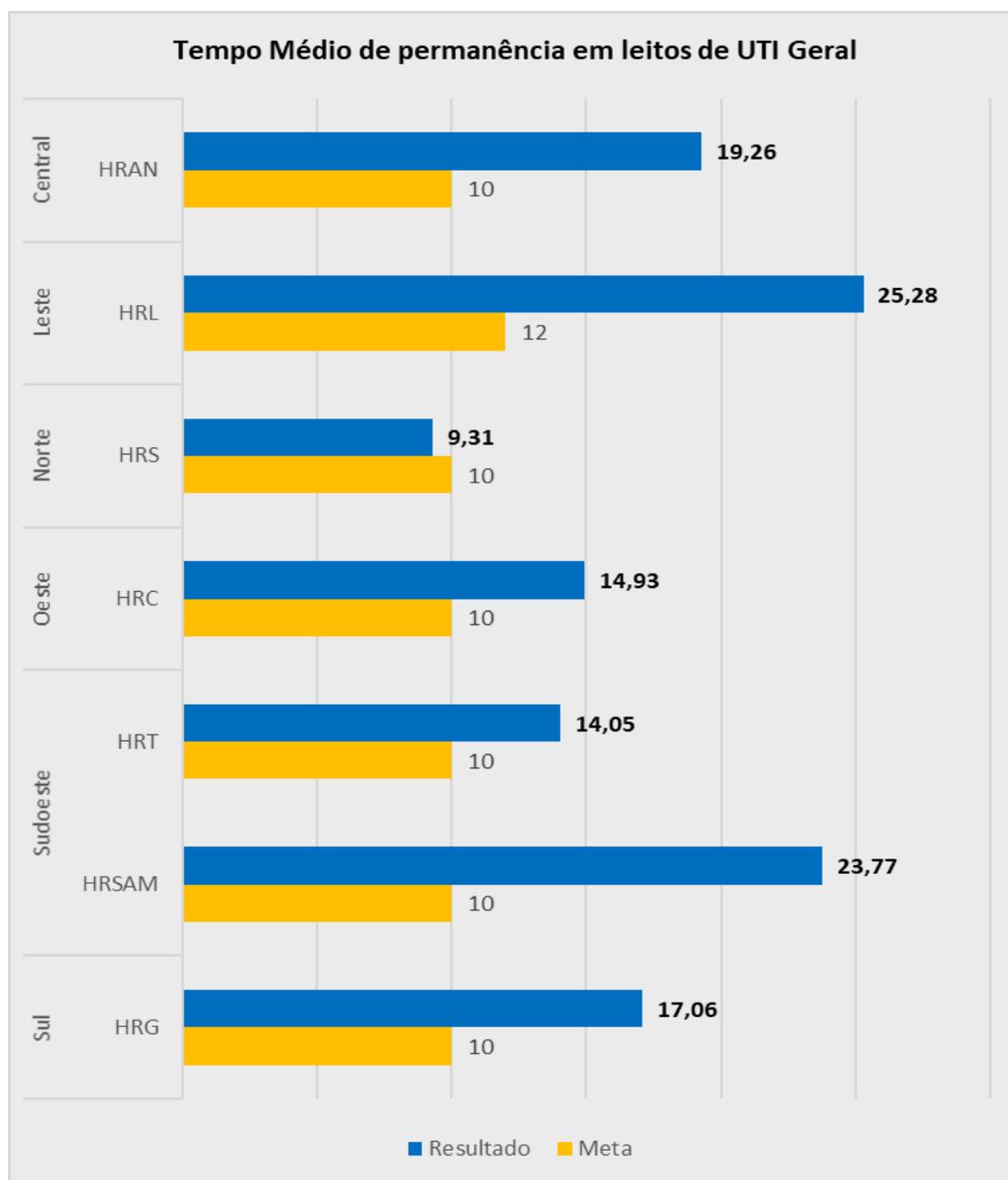
INDICADOR 12: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral

Fonte: TrakCare (alguns hospitais também se utilizam do Epimed – um sistema confiável de gestão de indicadores, especialmente os de UTI).

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Adulto Geral no período de um mês. DENOMINADOR: N° de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Adulto para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas para outros hospitais e serviços hospitalares e óbitos) da UTI no período de um mês.

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MENOR MELHOR



*Hospital Regional do Guará (HRGU) e Hospital Regional de Planaltina (HRPL) - Não se aplica esse indicador

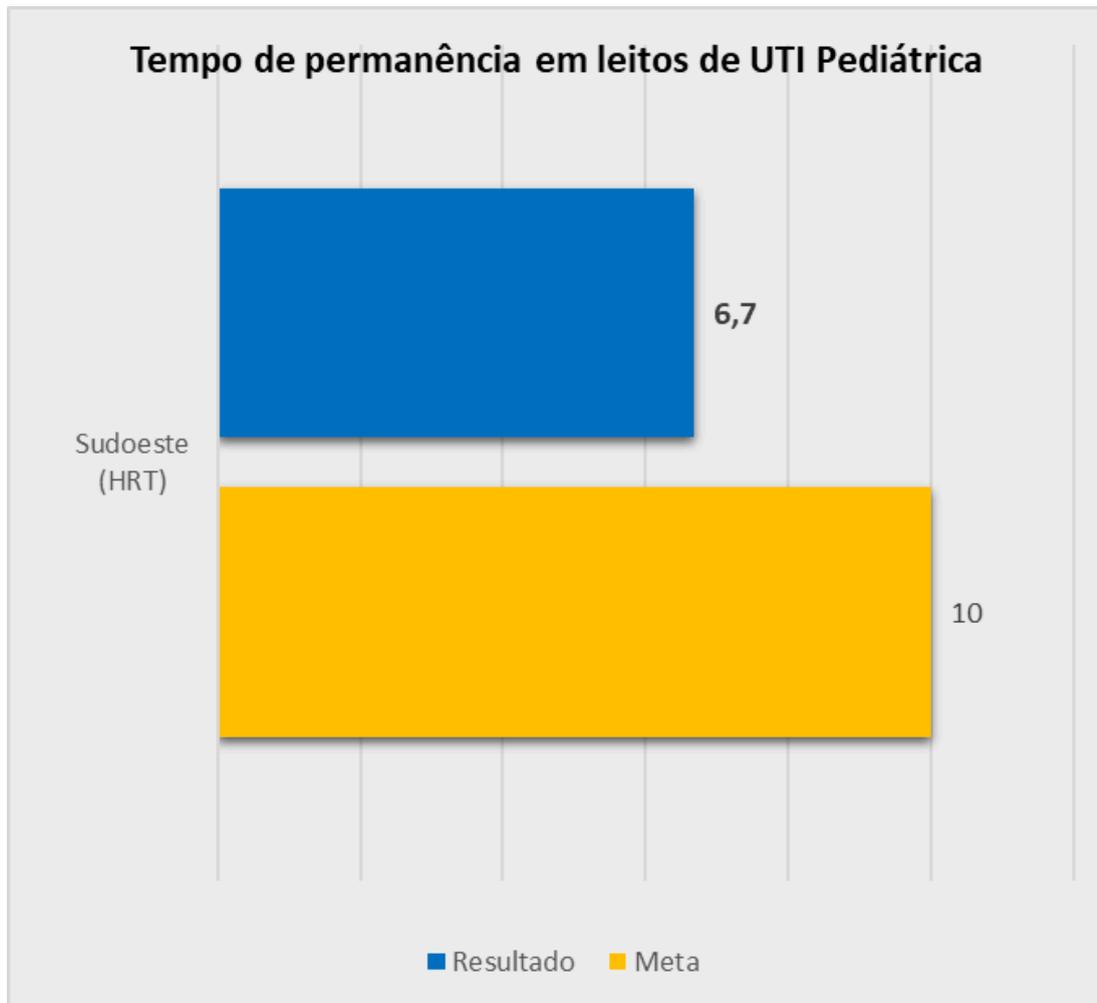
INDICADOR 12.2: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica

Fonte: TrakCare

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR:** Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Pediátrica no período de um mês. **DENOMINADOR:** N° de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Pediátrica para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas para outros hospitais e serviços hospitalares e óbitos) da UTI Pediátrica no período de um mês.

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MENOR MELHOR



*Indicador se aplica somente ao Hospital de Taguatinga (HRT)

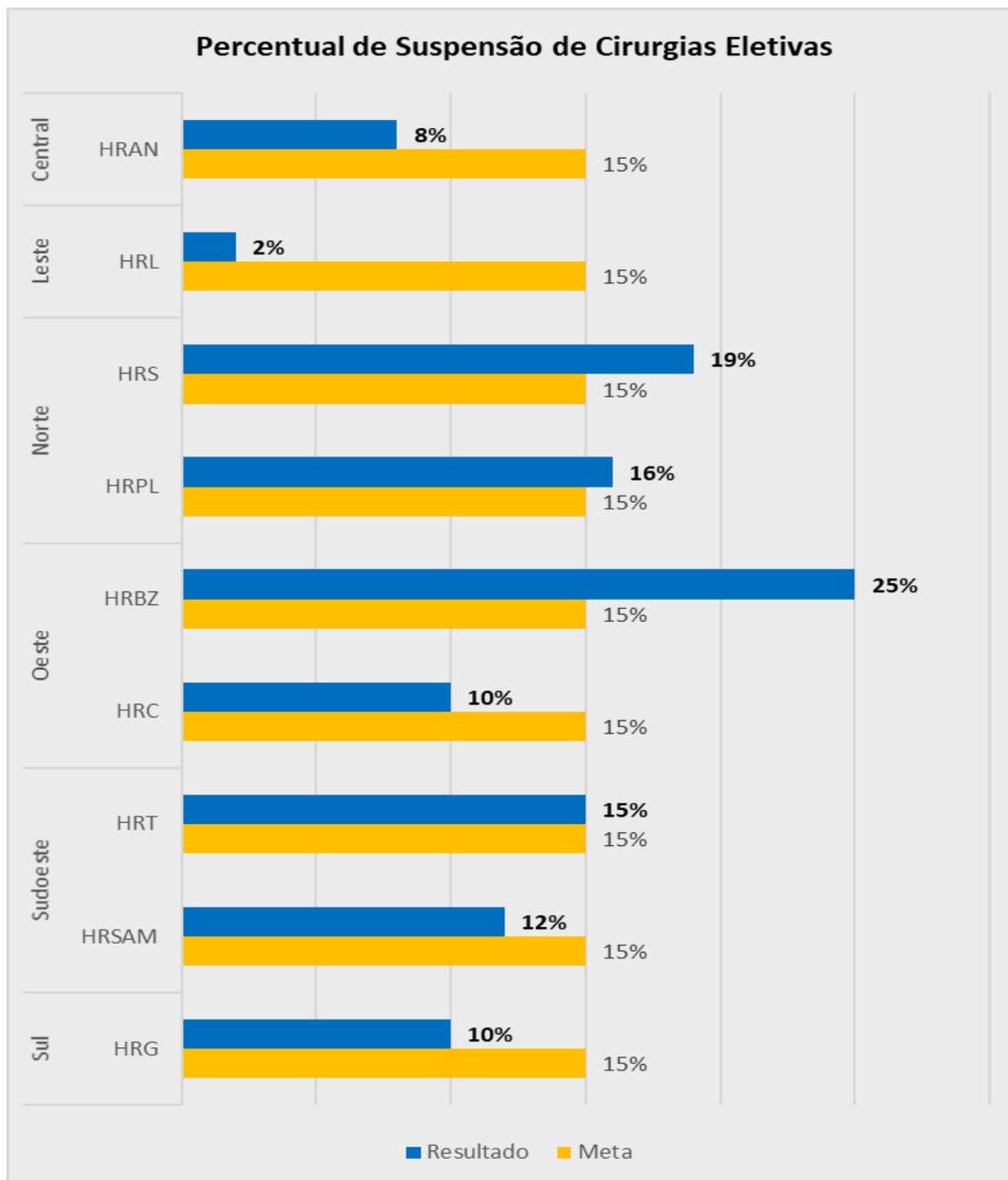
INDICADOR 13: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas

Fonte: Relatório emitido pelo Centro Cirúrgico local contendo os números totais de cirurgias agendadas bem como as cirurgias suspensas. Esses dados deverão ser repassados mensalmente pelo Gerente de Assistência Cirúrgica.

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR:** Número de cirurgias suspensas. **DENOMINADOR:** Número de cirurgias agendadas no mesmo período. **MULTIPLICADOR:** 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MENOR MELHOR



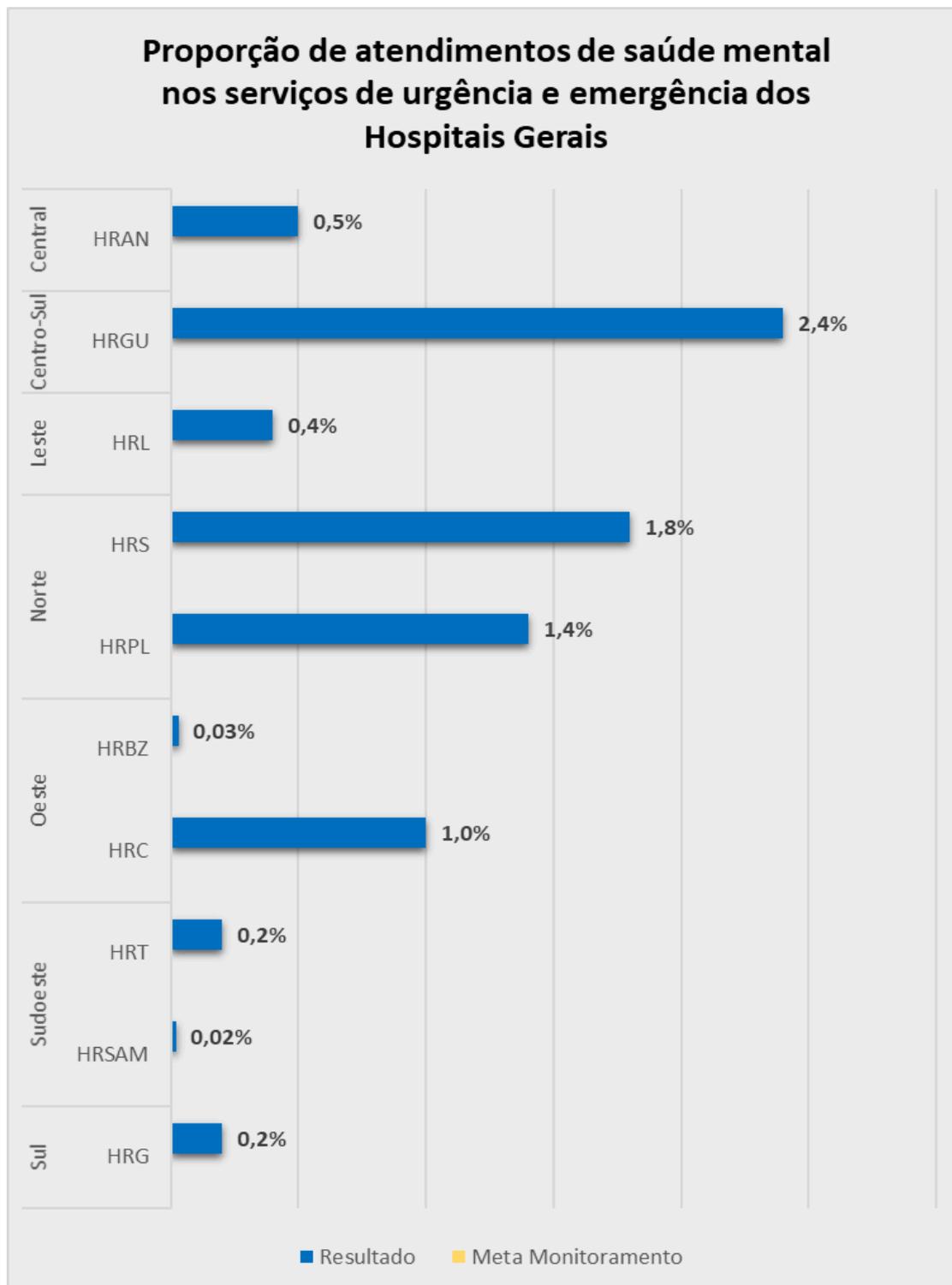
INDICADOR 14: Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais

Fonte: Trakcare espelhado no Painel Gestor Infosaúde

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Número de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental no período de um mês. DENOMINADOR: Total de atendimentos de urgência e emergência no período de um mês. MULTIPLICADOR: 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MAIOR MELHOR



INDICADOR 15: Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada

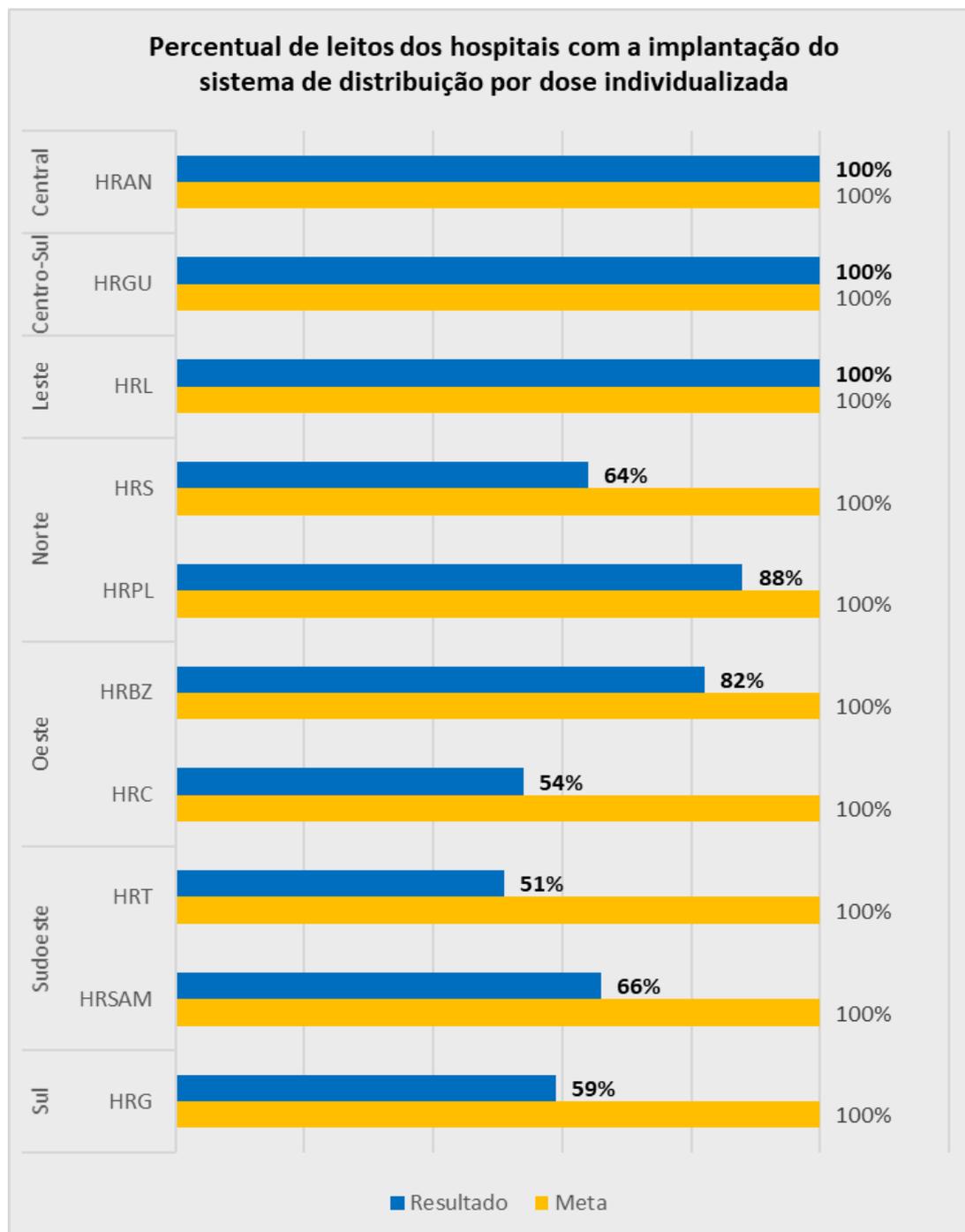
Fonte: Planilha disponibilizada mensalmente pelo Núcleo de Farmácia Hospitalar (NFH) via Google Drive.

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR:** Número de leitos com a dose individualizada implantada.

DENOMINADOR: : N° total de leitos passíveis de implantação de dose individualizada. **MULTIPLICADOR:** 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MAIOR MELHOR



INDICADOR 16: Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica

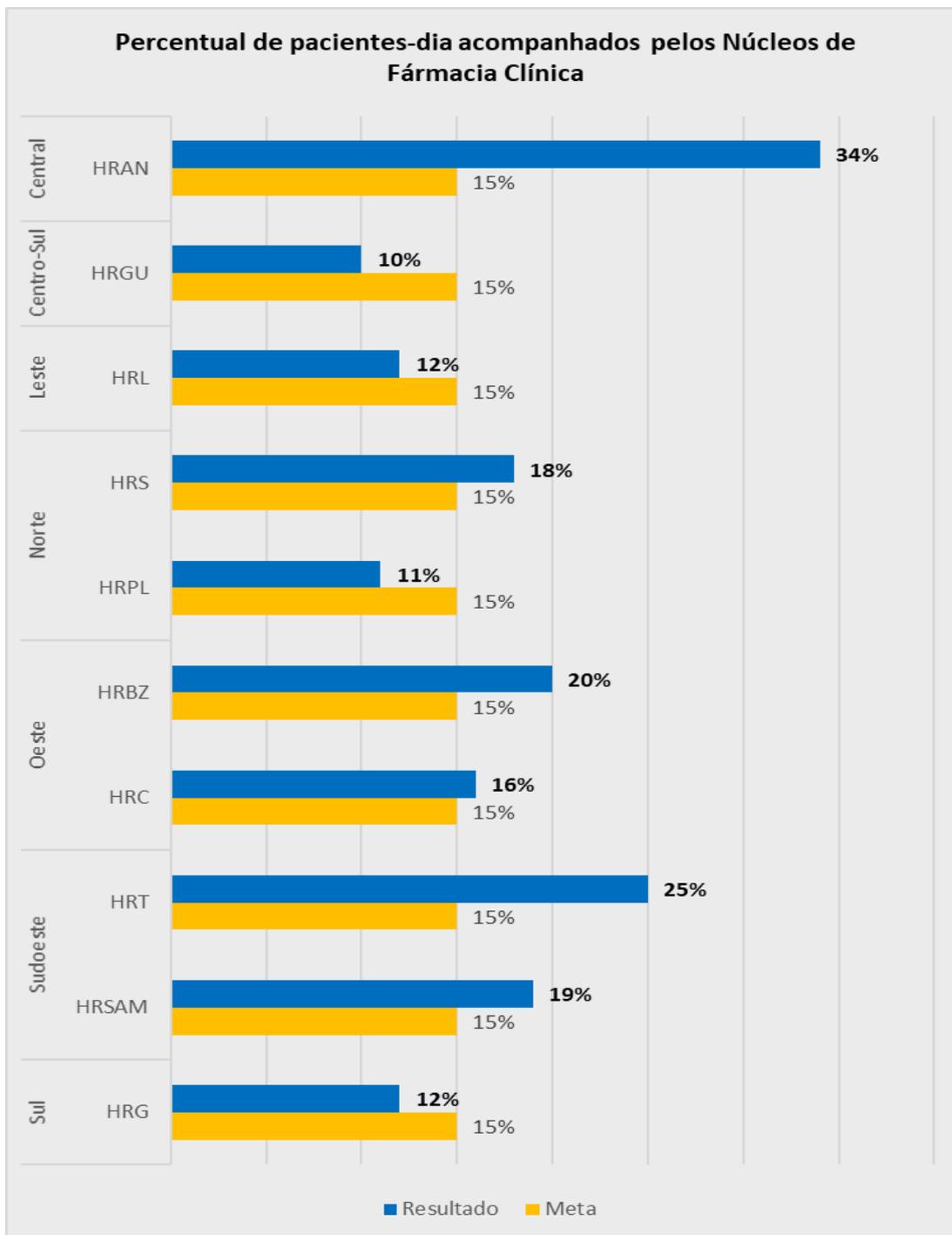
Fonte: Planilha “Indicadores da Farmácia Clínica” disponibilizada mensalmente pelo NFC via Google Drive. Além da planilha, relatórios (limitados) do sistema trackcare. Vale destacar que o denominador é obtido pela Gestão de Leitos local, aos quais enviam mensalmente aos NFC.

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR:** “Pacientes-dia atendidos pelo NFC” (de um determinado mês e hospital). **DENOMINADOR:** “Pacientes-dia internados no hospital” (para o mesmo mês e hospital)

MULTIPLICADOR: 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MAIOR MELHOR



Análises dos resultados dos indicadores de 6 a 16

*Análise quadrimestral das principais ações e dificuldades no processo de monitoramento e avaliação no período.

CENTRAL	<p>Indicador 06 - Taxa de absenteísmo de tomografia: O resultado do HRAN alcançou um percentual de 55%, no qual ficamos acima da meta estabelecida, que era de 48%. Para essa melhoria nos meses seguintes, algumas ações foram realizadas pela equipe como reunião com as áreas da regulação envolvidas para entendimento do processo de trabalho e possibilidade de melhoria. Uma dificuldade apresentada foi a identificação pelas áreas dos exames de tomografia não confirmada por não conseguir entrar em contato com os pacientes.</p> <p>Indicador 7 - Taxa de Ocupação Operacional (enfermaria clínica médica): O hospital alcançou um índice de 91%, mas enfrentou variações devido ao surto de dengue, que pressionou a demanda por leitos.</p> <p>Períodos de sazonalidade, que aumentaram o volume de atendimentos na emergência.</p> <p>Como pontos positivos, destacam-se a redução da taxa após a retomada dos <i>rounds</i> multidisciplinares nos andares e a troca de gerência, que contribuíram para uma gestão mais eficiente.</p> <p>Indicador 8 - Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica): O hospital registrou um índice de 1%, com variações decorrentes do surto de dengue, que aumentou a demanda por leitos. Períodos de sazonalidade, que aumentaram o volume de atendimentos na emergência.</p> <p>Como pontos positivos, destacam-se a redução da taxa após a retomada dos <i>rounds</i> multidisciplinares nos andares e a troca de gerência, que contribuíram para uma gestão mais eficiente.</p> <p>O indicador 9 Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos):</p> <p>O hospital atingiu o percentual de 48%, no qual ficamos abaixo da meta estabelecida, que era de 51%. Alguns fatores que influenciaram como:</p> <p>A recusa das gestantes à indução do parto via vaginal pode ser motivada por diversos fatores, como o medo de intervenções médicas (Violência Obstétrica) ou falta de compreensão sobre os benefícios dessa prática e a falta de um pré-Natal de qualidade e eficaz nos postos de saúde. Muitas mulheres têm medo de intervenções no processo de parto, como a indução, que envolve o uso de medicamentos (como ocitocina sintética) para iniciar ou acelerar o trabalho de parto. Esse medo pode ser exacerbado pela falta de compreensão sobre como a indução funciona, ou pelo receio de complicações associadas ao uso de medicamentos. Consequentemente levando ao aumento de cesáreas,</p>
----------------	--

especialmente quando realizadas por escolha da gestante, sem uma indicação médica ou risco de vida para a mãe ou o feto;

Estamos trabalhando com a chefia do Centro Obstétrico(CO) para rever o processo de trabalho e coleta dos dados para melhorar o indicador.

Como pontos positivos, destacam-se a redução da taxa após trabalhando com a chefia do Centro Obstétrico(CO) para rever o processo de trabalho e coleta dos dados para melhorar o indicador e trabalho de conscientização com equipe médica do Centro Obstétrico(CO) para orientação ao parto normal.

O indicador 10 - Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) - exibe a proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) por ocorrência no HRAN ao longo dos meses de 2024. O hospital atingiu o percentual de 7%, no qual ficamos abaixo da meta estabelecida, que era de 18%. Alguns fatores que influenciaram como: paciente que entra pela emergência e recebe um CID inicial e após fechar o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) o CID não é alterado no prontuário; Pacientes que chegam em estados mais graves sendo difícil reverter o quadro e evoluindo para óbito.

Como pontos positivos, destacam-se o trabalho com a gerência e equipe médica do pronto socorro para melhor os registros dos pacientes no prontuários eletrônicos.

O indicador 11 -Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE) - exibe a proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE) por ocorrência no HRAN ao longo dos meses de 2024. O hospital atingiu o percentual de 7%, no qual ficamos abaixo da meta estabelecida, que era de 18%. Alguns fatores que influenciaram como: paciente que entra pela emergência e recebe um CID inicial e após fechar o diagnóstico de AVE o cid não é alterado no prontuário. Pacientes que chegam em estados mais graves sendo difícil reverter o quadro e evoluindo para óbito.

Como pontos positivos, destacam-se o trabalho com a gerência e equipe médica do pronto socorro para melhor os registros dos pacientes no prontuários eletrônicos.

O indicador 12 - Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral - 12 exibe o tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral no HRAN ao longo dos meses de 2024. O hospital atingiu média 19,28%, no qual ficamos acima da meta estabelecida, que era de 10%. Alguns fatores que influenciaram como:

A alta taxa de permanência na UTI ocorre devido a pouca quantidade altas.

Ainda permanece em alta a falta de leitos dialíticos na SES para receberem os pacientes que estão de alta e continuam necessitando de hemodiálise.

As regionais continuam demorando para realizar o resgate dos pacientes que devem retornar para a unidade de origem após a alta.

Pacientes com muito tempo de internação devido a gravidade e complexidade da doença e do tratamento.

	<p>Disponibilidade dos leitos de retaguarda mantendo o paciente na UTI com disponibilidade de alta.</p> <p>O indicador 13 - Percentual de suspensão de cirurgias - exibe Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por ocorrência no HRAN ao longo dos meses de 2024. O hospital atingiu o percentual de 8%, no qual ficamos abaixo da meta estabelecida, que era de 15%. Alguns fatores que influenciaram como: paciente que vem para cirurgia e desiste; Paciente que chega para cirurgia sem os exames pré-operatório realizados.</p> <p>Como pontos positivos, destacam-se o trabalho da Diretoria do HRAN o GACIR para reorganizar as agendas e a com as especialidades e revisão do processo de trabalho junto com Ministério público para diminuição da fila e suspensão das cirurgias.</p> <p>O indicador 14 - Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais - exibe proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência no HRAN ao longo dos meses de 2024. O hospital atingiu o percentual de 0,52%. Alguns fatores que influenciaram como: percentual pequeno de pacientes/mês que são atendidos na emergência do HRAN;</p> <p>Caso de evasão de pacientes com transtorno mental;</p> <p>A grande maioria dos pacientes são classificados com ansiedade generalizada.</p> <p>O indicador 15 - Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada - exibe Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica no HRAN ao longo dos meses de 2024. O hospital atingiu o percentual de 34%, no qual ficamos acima da meta estabelecida, que era de 15%.</p> <p>Como ponto positivo destacamos que o HRAN está bem superior à meta definida pelo acordo de gestão local. Analisamos como indicador superado para melhorias no HRAN.</p>
<p>CENTRO-SUL</p>	<p>Análise do indicador: Taxa de Ocupação Operacional – Enfermaria de Clínica: Foi impactado pelo porte do hospital, que opera com apenas 15 leitos de clínica médica em sua capacidade máxima. Eventualmente, ocorre o bloqueio de alguns leitos devido à insuficiência de profissionais de enfermagem, agravando a situação. Além disso, a unidade recebe regularmente pacientes idosos e egressos da UTI, o que limita significativamente as possibilidades de desospitalização e reduz a rotatividade desses leitos. A principal ação implementada até o momento para mitigar esses desafios tem sido a melhoria na eficiência da regulação em parceria com outras unidades, além da implantação do Kanban, visando agilizar os processos e otimizar a utilização dos leitos disponíveis.</p> <p>Análise do Indicador 10: Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Proporção de óbitos nas internações por Acidente</p>

	<p>Vascular Encefálico (AVE) e o Indicador 11 – Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE): O HRGu enfrenta limitações estruturais, pois não dispõe das ferramentas necessárias para manter esses pacientes internados. Normalmente, esses casos chegam à unidade em estado crítico e precisam ser rapidamente regulados para hospitais com maior capacidade assistencial. A gestão desses indicadores é complexa e envolve não apenas a assistência hospitalar, mas também a conscientização da população sobre a importância do acompanhamento na Atenção Primária, além da disponibilidade de unidades especializadas para esse tipo de atendimento. Outro fator que impacta a análise desses indicadores é a baixa incidência de casos na unidade devido ao seu porte reduzido. Em 2024, foram registrados apenas cinco casos de IAM e cinco de AVE, o que dificulta a implementação de ações específicas e torna necessária a análise detalhada de cada óbito para identificar possíveis intervenções de melhoria assistencial e a implementação de boas práticas dentro do escopo de governabilidade institucional.</p> <p>Análise do Indicador: Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais: Apresentou uma distorção de 40% no quadrimestre, causada pelo uso inadequado do CID F68.1 (Produção deliberada ou simulação de sintomas ou incapacidades físicas ou psicológicas) por um profissional que insiste em utilizá-lo para identificar "Paciente Itinerante", uma categorização cadastrada no sistema TrakCare. Embora tenha sido desenvolvida uma ação específica junto à equipe para mitigar esse problema, a questão ainda não foi totalmente resolvida. De modo geral, esse é um indicador de difícil gestão, pois envolve múltiplos fatores intrínsecos à vida dos indivíduos e às circunstâncias que os levam a buscar atendimento na emergência. Quando pacientes com CIDs relacionados à saúde mental chegam ao pronto-socorro em estado agudo, são prontamente atendidos. No entanto, o aumento da quantidade desses atendimentos no PS depende exclusivamente da busca espontânea dos próprios pacientes.</p> <p>Análise do Indicador: Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica - Foi diretamente impactado pela falta de pessoal. Atualmente, a unidade conta com apenas um farmacêutico para 40 horas semanais, enquanto o Manual dos Parâmetros Mínimos da SES-DF recomenda um mínimo de 60 horas. Para suprir essa defasagem, a principal estratégia tem sido a recomposição da equipe para atender às demandas. No entanto, esse processo apresenta um alto grau de dificuldade devido às limitações institucionais e ao cenário atual de recursos humanos.</p>
LESTE	<p>Análises dos resultados dos indicadores de 6 a 16</p> <p>Análise do indicador 6: Taxa de absenteísmo de Tomografia:</p> <p>O indicador de taxa de absenteísmo para exames de tomografia manteve-se acima da meta pactuada no período avaliado. Essa não conformidade está</p>

fortemente relacionada à ausência de um sistema *efetivo* de confirmação dos agendamentos, o que contribui para o não comparecimento dos pacientes. Entre os principais motivos identificados estão o esquecimento da data, dificuldades com transporte e barreiras de acesso. Além disso, vale destacar que este indicador apresenta baixa governabilidade por parte da região, uma vez que os agendamentos são realizados por meio da regulação, classificada como *Panorama 3*. Essa dinâmica impacta negativamente o índice de absenteísmo, especialmente entre usuários provenientes de regiões administrativas mais distantes, que frequentemente enfrentam dificuldades logísticas para comparecimento, como a falta de meios adequados de locomoção. Dessa forma, a superação desse desafio requer ações articuladas com a regulação e o fortalecimento de estratégias de confirmação ativa de agendamentos, além de políticas de apoio ao transporte de pacientes

Análise do indicador 7: Taxa de Ocupação Operacional – Enfermaria de Clínica Médica

A taxa de ocupação da enfermaria de clínica médica do HRL apresenta-se, de forma recorrente, como a mais elevada entre as diferentes clínicas da unidade. Tal cenário se justifica, principalmente, pelo perfil dos pacientes atendidos, predominantemente portadores de condições crônicas e por internações de caráter social – casos nos quais os pacientes permanecem hospitalizados aguardando vagas em abrigos ou instituições de longa permanência. O maior desafio da gestão tem sido o giro de leitos nesta clínica, que impacta diretamente na eficiência do serviço. Para mitigar essa situação, a Comissão de Cuidados Paliativos atua em parceria com as equipes assistenciais na avaliação criteriosa de pacientes com potencial para desospitalização. Destaca-se também a retomada das visitas da equipe multidisciplinar às terças-feiras, com foco na análise conjunta dos casos e na aceleração do processo de alta hospitalar. O trabalho de desospitalização de pacientes em internação social tem avançado, apesar das dificuldades inerentes ao processo. Ressalta-se que, apesar desses desafios, a taxa de ocupação da clínica médica se mantém acima de 70%. Contudo, o mês de novembro apresentou uma queda atípica no indicador, justificada por três óbitos de pacientes com longos períodos de internação, além da alta hospitalar de casos sociais com mais de 400 dias de permanência. Esses dados evidenciam a complexidade da gestão de leitos na clínica médica e reforçam a importância de articulações intersetoriais para ampliar as possibilidades de desospitalização, especialmente em casos sociais.

Análise do indicador 8: Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica)

No HRL, o principal obstáculo para um giro de leitos mais eficiente está relacionado ao perfil dos pacientes atendidos: em sua maioria, crônicos e com longos períodos de internação, o que naturalmente reduz a rotatividade. Soma-se a isso a baixa disponibilidade de médicos especialistas em clínica

geral, o que pode comprometer a agilidade nas condutas e avaliações clínicas, resultando em prescrições repetidas e atrasos na evolução dos casos. Outro ponto importante é que, embora o HRL seja cenário de residência médica em Clínica Médica, tem-se observado baixa resolutividade nos atendimentos, o que contribui ainda mais para a lentidão no giro de leitos. A gestão tem buscado estratégias para melhorar esse cenário, com a implementação de ferramentas de gestão assistencial como:

Planejamento Centrado no Paciente (PCP) Huddle diário com a equipe multiprofissional - Planilha Kanban do NGINT (Núcleo Interno de Gestão Interna)

Essas ações visam otimizar o tempo de permanência hospitalar, facilitar a tomada de decisão clínica e acelerar os processos de alta. Apesar dos esforços, o desafio persiste, especialmente pela natureza complexa e social dos casos internados, exigindo uma atuação contínua, articulada e orientada por protocolos de cuidado centrado no paciente.

Análise do Indicador 9: Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)

Em setembro, o HRL manteve os esforços para o incentivo e a realização de partos normais, com destaque para a atuação das enfermeiras obstetras, responsáveis por 103 partos normais no período de dezembro. Busca-se trabalhar com a equipe do Centro Obstétrico para a manutenção de boas práticas assistenciais, alinhadas às diretrizes da Rede Cegonha e do projeto Ápice On, participando de reuniões mensais com os demais serviços da região Leste para discussão e qualificação da assistência ao parto. A CGIHAC (Comissão de Gestão Interna de Humanização da Atenção ao Parto) tem atuado ativamente, realizando pontos de controle, reuniões regulares e propondo planos de ação voltados ao aumento do percentual de partos normais e à melhoria da qualidade da assistência. Apesar de pequenos avanços, ainda se observam desafios significativos, como a baixa participação de gineco-obstetras nas capacitações promovidas pelo IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança), o que impacta na adesão integral às boas práticas recomendadas. Outro ponto crítico é o elevado número de cesarianas realizadas sem justificativa clínica documentada no plano de parto, o que compromete o alcance da meta pactuada. Vale ressaltar que o Centro Obstétrico do HRL é cenário de residência médica e de enfermagem, o que reforça a importância da consolidação de práticas baseadas em evidências, tanto para a formação dos profissionais quanto para a qualificação da assistência prestada às gestantes.

Análise dos Indicadores 10 e 11: Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Proporção de óbitos nas internações por

Acidente Vascular Encefálico (AVE)

A instituição tem investido na organização e qualificação da assistência aos pacientes com quadros agudos, o que contribui para a baixa proporção de óbitos por IAM e AVE registrada no HRL. Esse desempenho é reflexo da efetividade dos fluxos de atendimento e encaminhamento, principalmente dentro da janela terapêutica esperada. No caso do IAM, foi implantado um fluxo específico de Dor Torácica na emergência, com realização imediata de eletrocardiograma (ECG) ainda na classificação de risco, agilizando a identificação de casos com suspeita de infarto com supradesnivelamento do segmento ST (IAM com SUPRA). Além disso, a parceria entre a Sala Vermelha e o Projeto Sprint tem potencializado o cuidado desses pacientes, promovendo maior agilidade e precisão na abordagem inicial. Em relação ao AVE, os casos com sinais de descompensação e elegíveis para intervenção são encaminhados às unidades de referência, conforme protocolos bem estabelecidos. No entanto, vale destacar que alguns pacientes já chegam à Sala Vermelha com prognóstico reservado, devido ao tempo decorrido desde o evento até a admissão hospitalar. Entre os desafios enfrentados, destacam-se:

Superlotação da emergência, dificultando o manejo rápido em alguns casos críticos.

Número reduzido de anestesistas, geralmente apenas um profissional cobrindo todo o hospital, o que impacta diretamente na realização de procedimentos cirúrgicos de urgência.

Necessidade contínua de capacitação da equipe, que vem sendo enfrentada com treinamentos presenciais em serviço e opções de formação online, visando qualificar ainda mais o atendimento.

Apesar desses obstáculos, o bom desempenho do indicador está diretamente relacionado à eficiência dos fluxos de atendimento e articulação com os centros de referência regionais, permitindo a condução adequada dos casos dentro do tempo ideal para intervenção.

Análise do Indicador 12: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral

O tempo médio de permanência na UTI Geral do HRL manteve-se elevado, o que pode ser justificado por diversos fatores associados à complexidade e gravidade dos casos internados. Embora tenham sido registrados 6 óbitos no período de setembro, o número de saídas totais da unidade foi reduzido (apenas 6), o que reflete diretamente no cálculo do indicador e está relacionado ao perfil dos pacientes atendidos. A UTI Adulto do HRL atua como apoio ao serviço distrital de Cirurgia de Coluna, sendo referência não apenas para o Distrito Federal, mas também para a RIDE, o que a torna um centro de recebimento de casos de trauma raquimedular complexo (TRM). Uma parcela considerável desses pacientes evolui com tetraplegia ou tetraparesia, tornando-se dependente de tecnologias como ventilação mecânica prolongada,

o que naturalmente eleva o tempo de permanência. Além disso, a unidade também recebe, por meio da Central de Regulação de Internações Hospitalares (CRIH), pacientes com doenças neurológicas e crônicas, que demandam suporte prolongado, incluindo ventilação mecânica e suporte dialítico. Desde julho de 2021, a UTI passou a oferecer suporte dialítico em quatro leitos regulados, o que aumentou ainda mais o nível de gravidade dos pacientes admitidos. Diferente do modelo anterior, em que pacientes dialíticos eram transferidos, esses casos agora permanecem sob os cuidados da equipe da UTI do HRL, o que impacta diretamente no tempo de internação e na taxa de mortalidade. Em contrapartida, medidas assertivas vêm sendo implementadas com o apoio do NCIH (Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar) e do NQSP (Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente), com foco na redução do tempo de ventilação mecânica, do uso de dispositivos invasivos e da permanência hospitalar. Destaca-se ainda a realização de visitas multidisciplinares diárias, com foco na resolutividade dos casos clínicos e na qualificação do cuidado. A equipe da UTI participa ativamente da coleta de indicadores para o projeto Telescope Trial, estudo multicêntrico coordenado pelo Hospital Israelita Albert Einstein, por meio do PROADI-SUS, em parceria com o Ministério da Saúde, que visa avaliar e melhorar as práticas de cuidado intensivo em UTIs públicas brasileiras. Dessa forma, a instituição reforça seu compromisso com a qualidade do cuidado, reconhecendo que as características assistenciais específicas da UTI do HRL pressionam o tempo médio de permanência para valores acima da média esperada, ainda que sob controle técnico e com justificativas clínico-operacionais bem fundamentadas.

Análise do Indicador 13: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas

A taxa de suspensão de cirurgias eletivas no HRL mantém-se baixa, apesar de desafios relevantes enfrentados, especialmente a escassez de profissionais anestesistas, que impacta diretamente a programação cirúrgica. Esse resultado é reflexo dos esforços institucionais para otimizar o uso dos recursos disponíveis e qualificar os processos assistenciais. Destaca-se a participação do HRL no projeto de Reestruturação dos Hospitais Públicos, desenvolvido em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que visa capacitar equipes assistenciais e gestoras para a adoção de ferramentas modernas de gestão, com impacto direto na melhoria da assistência ao paciente. Entre as ações, destacam-se:

Capacitações práticas para liderança e gestão de fluxo;

Implantação da ferramenta 5W2H com entrega de planos de ação por parte das lideranças das áreas assistenciais;

Melhoria do giro de leitos na UTI e na enfermaria cirúrgica, visando maior rotatividade e disponibilidade para novos procedimentos.

Contudo, o indicador apresenta um desafio específico de categorização, uma

vez que, na prática, muitos pacientes internados na emergência aguardando cirurgia inicialmente foram admitidos como urgência/emergência, mas por múltiplos fatores (como indisponibilidade de anestesia) acabam permanecendo internados até serem reclassificados e encaixados como "eletivos". Essa situação gera distorções na leitura do indicador, pois muitos desses casos, embora classificados como eletivos, possuem perfil de urgência adiada, dificultando a gestão e o planejamento cirúrgico. A equipe gestora segue comprometida com a qualificação dos fluxos cirúrgicos e com a busca por soluções que possibilitem a ampliação da capacidade operativa mesmo frente aos desafios de pessoal, reafirmando o compromisso com a eficiência assistencial e a redução de cancelamentos evitáveis.

Análise do Indicador 14: Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais

O atendimento a pacientes com demandas em saúde mental na emergência do HRL ocorre de forma contínua e conforme os casos registrados. No entanto, a proporção de atendimentos permanece influenciada por alguns desafios operacionais e estruturais que impactam a resolutividade e a fluidez do fluxo assistencial. Atualmente, o HRL conta com o apoio da Atenção Secundária, que disponibiliza um psiquiatra nas sextas-feiras, o que contribui pontualmente para o acolhimento e condução dos casos mais complexos. Contudo, essa cobertura ainda é insuficiente frente à demanda recorrente, especialmente considerando os pacientes em crise que necessitam de avaliação especializada imediata. Um dos principais entraves para o adequado desfecho desses casos é a ausência de inserção ativa no sistema SIS Leitos, o que retarda significativamente a transferência dos pacientes para unidades especializadas em saúde mental. A demora nesse fluxo contribui para a superlotação da emergência, além de expor os profissionais da equipe assistencial a situações de difícil manejo, considerando que nem todos estão devidamente capacitados para conduzir pacientes psiquiátricos em crise, o que representa um desafio constante no cuidado seguro e humanizado. Outro ponto relevante é a necessidade de qualificação contínua das equipes da emergência, visando o desenvolvimento de competências em acolhimento, contenção e estabilização clínica de pacientes com transtornos psiquiátricos, garantindo um cuidado mais resolutivo enquanto se aguarda a transferência. Dessa forma, o HRL reconhece os avanços e também os desafios na assistência em saúde mental na urgência e emergência, reforçando a necessidade de:

Ampliar a presença de profissionais especializados, como psiquiatras e psicólogos;

Otimizar o fluxo de transferência via SIS Leitos;

Capacitar as equipes de enfermagem e medicina de emergência para o manejo

	<p>adequado desses pacientes.</p> <p>Análise do Indicador 15: Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada</p> <p>Meta atingida. Conseguimos implantar a dose individualizada nos 180 leitos passíveis de cobertura no HRL.</p> <p>Análise do Indicador 16: Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica</p> <p>O Núcleo de Farmácia Clínica do HRL é composto por uma equipe de farmacêuticos que atua de forma integrada à assistência, com foco no acompanhamento terapêutico e na segurança do paciente. Apesar de contar com profissionais qualificados, o número de farmacêuticos clínicos ainda é reduzido frente à demanda total hospitalar, o que impacta diretamente no percentual de pacientes-dia acompanhados. Atualmente, os setores prioritários são acompanhados conforme a capacidade instalada da equipe, sendo a atuação focada nos casos de maior complexidade, com avaliação criteriosa de prescrições médicas, interação medicamentosa e adequação terapêutica, sempre em parceria com as equipes médicas e multiprofissionais. Essa colaboração tem contribuído diretamente para melhorar o giro de leitos, reduzir eventos adversos e otimizar recursos farmacoterapêuticos. O setor está inserido no projeto "Reestruturação dos Hospitais Públicos", em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, o que tem proporcionado capacitação técnica e gerencial à equipe. A segunda visita técnica do projeto já foi realizada, com entrega de relatório situacional e apresentação da ferramenta 5W2H, a partir da qual estão sendo desenvolvidos planos de ação específicos para ampliar a cobertura da farmácia clínica dentro da instituição. Dessa forma, a atuação da farmácia clínica é estratégica para a melhoria contínua da assistência e da qualidade do cuidado, sendo parceira fundamental na construção de um hospital mais seguro, eficiente e resolutivo. O indicador, ainda em processo de expansão, reflete um compromisso institucional com a qualificação da assistência farmacêutica, mesmo diante de limitações de recursos humanos.</p>
NORTE	<p>HRPL - Indicadores 6,7,8 e 12 não se aplicam ao HRPL.</p> <p>Indicador 9 - Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos).</p> <p>Análise: O indicador tem como finalidade avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e parto, partindo do pressuposto que uma assistência adequada resulta em maior percentual de partos normais. O HRPL registrou 59,28% de partos normais em 2024, superando a meta estabelecida de 50,10%. No entanto, houve uma redução de 1,92 pontos percentuais de partos normais entre 2023 e 2024, mesmo com uma</p>

diminuição no total de nascimentos. Como pode ser observado abaixo:

Indicador	2023	2024	Variação (2024 - 2023)
Nascidos vivos	2.224	2.161	-63 (-2,83%)
Partos normais	1.361	1.281	-80 (-5,88%)
% Partos normais	61,20%	59,28%	-1,92 p.p.

Variação Absoluta

Nascidos vivos: Redução de 63 nascimentos em 2024 em relação a 2023.

Partos normais: Queda de 80 partos normais no mesmo período.

Variação Percentual

Partos normais: Diminuição de 5,88% em termos absolutos.

Percentual de partos normais: Queda de 1,92 pontos percentuais (de 61,20% para 59,28%).

Os dados mostram uma redução tanto no número absoluto quanto no percentual de partos normais em 2024, em comparação com 2023. Essa diminuição merece investigações adicionais para entender suas causas (ex.: aumento de cesáreas sem indicação clínica, mudanças na demanda ou políticas de saúde).

Indicador 10 - Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Análise: O indicador tem como finalidade analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade das internações por infarto agudo do miocárdio em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Em 2024, o Hospital Regional de Planaltina registrou 111 internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), com 7 óbitos, resultando em uma taxa de letalidade de 6,31%. A distribuição dos óbitos por faixa etária mostrou:

1 caso (14,3%) na faixa de 50-54 anos (masculino)

3 casos (42,9%) na faixa de 55-59 anos (2 femininos e 1 masculino)

2 casos (28,6%) na faixa de 70-74 anos (femininos)

1 caso (14,3%) na faixa de 75-79 anos (masculino)

Quanto à distribuição por sexo, observou-se predominância do sexo feminino, com 5 óbitos (71,4%) contra 2 óbitos no sexo masculino (28,6%). Quando comparado ao ano anterior, o Hospital Regional de Planaltina apresentou uma evolução positiva nos indicadores de Infarto

Agudo do Miocárdio (IAM). No período analisado, observou-se:
Internações por IAM: redução de 0,9%, passando de 112 casos em 2023 para 111 em 2024.

Óbitos por IAM: queda expressiva de 30%, com redução de 10 para 7 casos.

Taxa de Letalidade: diminuição de 2,62 pontos percentuais (redução relativa de 29,3%), passando de 8,93% em 2023 para 6,31% em 2024.

Indicador 11- Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Análise: O indicador analisa as variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade das internações por Acidente Vascular Encefálico em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandam ações e estudos específicos. Em 2024 o Hospital de Planaltina registrou 102 internações por AVE e 13 óbitos, resultando em uma taxa de letalidade de 12,75%. A distribuição dos óbitos por faixa etária foi a seguinte:

50-54 anos: 1 óbito (7,7%)

55-59 anos: 3 óbitos (23,1%)

60-64 anos: 1 óbito (7,7%)

70-74 anos: 3 óbitos (23,1%)

75-79 anos: 2 óbitos (15,4%)

80+ anos: 3 óbitos (23,1%)

Quanto à distribuição por sexo, observou-se uma predominância do sexo feminino com 7 óbitos (53,8%) contra 6 óbitos do sexo masculino (46,2%). Importante observar a concentração em três faixas etárias principais: 55-59 anos, 70-74 anos e 80+ anos (23,1% cada). Pacientes acima de 70 anos representaram 61,5% do total de óbitos (8/13 casos). Quando comparado ao ano anterior, o Hospital Regional de Planaltina apresentou uma piora significativa nos indicadores de AVE. No período analisado, observou-se:

Internações por AVE: aumento expressivo na demanda, passando de 86 casos em 2023 para 102 em 2024 (16 casos a mais).

Óbitos por AVE: crescimento considerável, com aumento de 04 para 13 óbitos em 2024.

Taxa de Letalidade: crítica, passando de 4,65% em 2023 para 12,75%

em 2024.

Os dados revelam uma piora significativa nos indicadores de AVE no Hospital Regional de Planaltina em 2024, com aumento expressivo na demanda (29,1% mais internações) e um crescimento alarmante na mortalidade (de 1 para 13 óbitos), elevando a taxa de letalidade de 1,27% para 12,75%. (Aumento real na gravidade dos casos atendidos ou possível subnotificação de óbitos no ano anterior (2023)?

Indicador 13 - Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.

Análise: O indicador "Percentual de suspensão de cirurgias eletivas" é uma métrica importante para avaliar a eficiência e a qualidade do planejamento cirúrgico. Até agosto/2024 o mapa cirúrgico não era alimentado no Trakcare, resultando em falta de dados estruturados para análise, subnotificação de problemas operacionais (ex.: cancelamentos por falta de recursos). Em 2024, a implementação do Mapa Cirúrgico no Trakcare foi iniciada em setembro, o que impactou a consistência dos dados ao longo do ano. Até agosto, as informações eram registradas de forma desestruturada, dificultando a análise comparativa. A partir de setembro, com a nova sistemática, os dados passaram a refletir com maior fidelidade à realidade operacional. Portanto, os resultados anuais devem ser interpretados considerando essa transição. Os dados a partir de setembro/2024 estão mais precisos, porém ainda em fase de consolidação.

Em 2025, com o mapa cirúrgico no Trakcare consolidado, espera-se que o indicador de suspensões de cirurgias eletivas venha ser uma ferramenta estratégica para reduzir custos operacionais, melhorar a experiência do paciente e otimizar a gestão de recursos hospitalares. Serão repassadas orientações para a área técnica elaborar plano de ação com foco em:

Manter disciplina na alimentação do sistema Trakcare.

Agir proativamente sobre os dados.

Alinhar GIR e Centro Cirúrgico em fluxos únicos.

Com isso, para 2025 os dados serão mais estratégicos e embasados, permitindo avanços concretos na eficiência cirúrgica.

Indicador 14 - Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais

Análise: O objetivo do indicador é verificar a proporção de atendimentos e monitorar as demandas de urgência e emergência em saúde mental. O indicador de saúde mental analisado apresenta polaridade "quanto maior,

melhor", significando que o aumento na proporção de atendimentos de saúde mental em relação ao total de atendimentos é considerado positivo, pois indica maior detecção e encaminhamento adequado de casos. O hospital registrou uma redução de 19,5% no volume total de atendimentos, passando de 108.640 em 2023 para 87.435 em 2024. Em contraste com a redução geral, os atendimentos específicos por questões de saúde mental apresentaram crescimento de 15,4%, saltando de 1.592 para 1.837 casos. Este movimento oposto à tendência geral demonstra um aumento relativo na demanda por serviços de saúde mental. Esta análise demonstra que, embora o hospital tenha atendido menos pacientes em 2024, os casos de saúde mental não apenas aumentaram em números absolutos como também ganharam maior representatividade no perfil de atendimentos, exigindo atenção especial e medidas específicas para garantir a qualidade do cuidado oferecido.

Indicador 15 - Percentual de leitos dos hospitais com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.

Análise: O indicador é utilizado para melhorar a gestão do estoque, economia e uso racional de medicamentos. Acompanhamento da implementação da dose individualizada nos hospitais, levantando as dificuldades e necessidades para obtenção de 100% de implementação.

O hospital já avançou significativamente, mas 12% dos leitos ainda não estão adequados ao sistema de dose individualizada devido a desafios estruturais e operacionais.

Indicador 16 - Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica.

Análise: O ano de 2024 apresentou um desempenho razoável nos atendimentos do Núcleo de Farmácia Clínica (NFC), com média anual de 11%, abaixo da meta estabelecida de 15%. A análise mensal revela padrões significativos que merecem atenção:

Primeiro Quadrimestre Crítico (Jan-Abr):

O início do ano foi marcado pelos piores desempenhos: Janeiro (7%) de Abril (5%) emergem como meses particularmente preocupantes.

Período de Transição (Mai-Jul):

Apresentou recuperação gradual: Melhora consistente de maio (8%) para junho (11%)

Pico de Performance (Ago-Nov):

Destacou-se como o melhor período: Progressão constante até setembro (18%), novembro atingiu a meta (15%).

Queda Final (Dez):

Recuou para 11%.

Apesar dos desafios iniciais, o NFC demonstrou capacidade de recuperação e excelência operacional no segundo semestre.

HRS:

Indicador 06 - Taxa de absenteísmo de tomografia

Análise: Os resultados evidenciam variações significativas na taxa de absenteísmo ao longo de 2024, com percentuais mensais oscilando entre 31% (dezembro) e 71% (setembro).

O resultado parcial anual de 48% revela uma elevada taxa de faltas em exames agendados, gerando impacto direto na eficiência do serviço e na qualidade do cuidado ao paciente.

Os Meses com maiores taxas de absenteísmo: janeiro (52%), abril (57%), junho (59%) e setembro (71%) apontam para problemas recorrentes de comparecimento, sendo setembro o ponto mais crítico.

As Causa principal identificada e a inconsistência na atualização dos dados cadastrais, especialmente dos números de telefone dos pacientes, dificulta a comunicação eficaz para confirmação e lembrete dos exames.

Esta falha no processo compromete diretamente a taxa de presença.

É necessário reforçar a atualização dos dados de contato no momento do atendimento, implantar sistemas automatizados de confirmação por SMS ou WhatsApp, realizar buscas ativas e auditorias mensais para garantir a qualidade da base de dados e desenvolver campanhas educativas para sensibilizar os usuários sobre a importância da atualização cadastral e o comparecimento no dia e horário do procedimento agendado.

Concluimos que a taxa de absenteísmo permanece elevada e instável, mas a melhoria em dezembro (31%) sinaliza um avanço promissor.

A atualização cadastral e a comunicação eficaz com os pacientes são pontos-chave para a redução consistente deste indicador.

Indicador 07 - Taxa de Ocupação Operacional (enfermaria clínica médica).

Análise: mostra uma alta taxa de ocupação operacional durante todo o ano de 2024, com percentuais variando entre 96% e 109%, e resultado parcial anual de 100%, o que revela uma demanda constantemente elevada e utilização intensa da capacidade instalada.

A ocupação atingiu picos acima da capacidade ideal (100%) em junho (105%) e julho (109%), o que indica superlotação e necessidade de ampliação da oferta de leitos. Ocupação acima de 100% pode comprometer a qualidade da assistência e aumentar o risco de eventos adversos, além de sobrecarregar as equipes de saúde. Os demais meses mantiveram-se próximos ou acima de 98%, com níveis de

ocupação estáveis e elevados.

É necessário avaliar estratégias para melhorar o fluxo de pacientes, com foco na alta segura e no uso eficiente dos recursos e, reforçar ações de monitorização e planejamento assistencial para garantir que a ocupação elevada não comprometa a qualidade dos cuidados prestados.

Indicador 08 - Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica)

Análise: O gráfico evidencia uma variação significativa no índice de giro de leitos ao longo de 2024, com o resultado parcial anual de 4,61.

Este indicador mede quantas vezes, em média, um leito é utilizado por diferentes pacientes ao longo do período e é fundamental para avaliar a eficiência na utilização da capacidade instalada. Os maiores giros ocorreram em maio (6,64) e novembro (7,00), refletindo uma rotatividade intensa de pacientes nesses meses.

Os índices mais baixos foram registrados em fevereiro (3,06), janeiro (3,19) e junho (3,38), o que pode indicar internações mais prolongadas. O segundo semestre apresentou maior estabilidade e média mais alta, com valores entre 3,72 e 7,00, sinalizando uma possível melhoria na gestão de altas e internações.

Observamos que os meses com baixo giro estão associados a internações prolongadas (internação social), alta taxa de ocupação sem rotatividade e potencial comprometimento da eficiência assistencial.

É necessário investir em melhorias nos processos de admissão, alta e transferência, garantindo fluxo contínuo e seguro. Monitorar os casos com longa permanência hospitalar para identificar gargalos ou situações clínicas complexas. E, avaliar a integração com a rede de atenção, garantindo continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar.

Indicador 9 - Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)

Análise: O gráfico demonstra uma manutenção do percentual de partos normais em torno de 50% ao longo de 2024, com variações mensais entre

45% (agosto) e 53% (fevereiro e novembro). O resultado parcial anual de 50% permanece abaixo da meta estipulada de 66%, evidenciando um desafio recorrente na promoção do parto normal no HRS.

Vários fatores estruturais e funcionais explicam esse desempenho:

Hospital de referência para gestação de alto risco:

A natureza da clientela atendida no HRS, com perfil obstétrico mais complexo, justifica uma maior taxa de cesarianas por necessidade clínica, impactando negativamente o percentual de partos normais.

Hospital de ensino:

A presença constante de internos e residentes em formação tende a centralizar as decisões no corpo médico, o que limita a autonomia das enfermeiras obstetras no manejo e condução de partos normais, especialmente os de risco habitual.

Déficit de Recursos Humanos (RH):

A distribuição das enfermeiras obstetras em outros setores, por escassez de pessoal, compromete a formação de uma equipa robusta e contínua para o acolhimento e condução de partos normais.

O baixo percentual de partos normais pode refletir práticas ainda centradas no modelo médico-intervencionista, com menor valorização do modelo centrado na mulher. A escassez de enfermeiras obstetras (EOs) na linha de frente da assistência obstétrica compromete diretamente a implementação de práticas centradas na humanização do parto. Esse cenário impacta negativamente a promoção do parto normal em casos de risco habitual, a continuidade do cuidado oferecido por profissionais que têm como foco o acolhimento, o protagonismo da mulher e a redução de intervenções desnecessárias além da autonomia profissional das EOs, enfraquecendo a presença de um modelo mais equilibrado entre a atuação médica e de enfermagem. Portanto, investir na alocação adequada e estratégica das EOs é um passo crucial para reverter o cenário de baixa taxa de partos normais e fortalecer a cultura do parto humanizado dentro do HRS.

Concluimos, portanto, que, apesar de um desempenho estável, o HRS enfrenta desafios estruturais e organizacionais importantes, que limitam a elevação do percentual de partos normais. A meta de 66% mostra-se ambiciosa diante do contexto, sendo essencial reconhecer as particularidades institucionais e promover ações estratégicas que fortaleçam o parto humanizado.

Indicador 10 - Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

Análise: A Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no HRS demonstra um desempenho extremamente positivo ao longo de 2024 com taxa de óbito mensal de 0% em 11 dos 12 meses do ano.

O Pico em junho (10%), seguido de retorno imediato a 0%, pode indicar um evento isolado ou um caso de maior complexidade clínica. O resultado parcial anual de 1%, muito abaixo da meta estipulada de 40%, é altamente satisfatório. Este desempenho sugere eficiência no manejo

clínico do IAM, refletindo a qualidade da assistência prestada na unidade, especialmente no pronto reconhecimento e tratamento precoce do infarto,

o que reduz a mortalidade hospitalar.

A ocorrência de 10% em junho merece análise mais aprofundada: revisão de prontuários, protocolos utilizados e recursos disponíveis naquele período.

Indicador 11- Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Análise: O gráfico apresenta a proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE) no HRS ao longo de 2024, com resultado parcial anual de 7%, significativamente abaixo da meta de 13%, o que é um excelente indicativo de desempenho mostrando efetividade no tratamento e na estabilização clínica.

A maior parte do ano (8 meses) apresentou taxa de óbito 0%, evidenciando alta resolutividade e eficiência nos cuidados com pacientes acometidos por AVE.

Janeiro (22%), Abril (33%) e Julho (20%) foram os meses com maiores taxas de óbito, o que pode refletir em internações de maior gravidade, atrasos no atendimento, dificuldades de acesso ao serviço especializado e/ou necessidade de revisão de fluxos assistenciais nesses períodos.

Seria interessante realizar a análise dos casos de óbito nos meses críticos para identificação de padrões (tempo porta-agulha, tempo de transporte,

comorbidades, idade, etc.); o fortalecimento da linha de cuidado do AVC, com protocolos bem definidos, equipe treinada e diagnóstico precoce, além do monitoramento contínuo e auditorias clínicas para evitar recorrência de picos elevados.

O HRS apresenta bons resultados no manejo do AVE, com desempenho global satisfatório e dentro dos padrões esperados. A manutenção da qualidade nos cuidados e a atenção aos meses críticos são essenciais para garantir a melhoria contínua.

Indicador 12- Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral

Análise: A meta estabelecida para o indicador era de 10 dias, e o resultado parcial anual ficou em 9,31 dias, portanto dentro do esperado, mas com variações importantes ao longo dos meses.

Abril com 13,38 dias, foi o mês com o tempo médio mais elevado, indicando possível permanência prolongada de pacientes críticos, dificuldades de desospitalização ou entraves nos processos de alta.

Nos meses de agosto a dezembro, observa-se queda significativa, com tempo médio entre 7,19 e 7,66 dias, o que pode indicar maior eficiência nos fluxos de cuidados, liberação de leitos ou melhora na rotatividade. Os fatores que impactam no tempo médio de permanência em leitos de UTI são:

- Transferência de pacientes para hospitais de origem: A demora no resgate de pacientes com alta contribui diretamente para o aumento do tempo médio de permanência. Esse gargalo afeta a rotatividade dos leitos e reduz a capacidade de atendimento da UTI.
- Desmame de ventilação mecânica: Processos prolongados de desmame refletem na permanência estendida, exigindo protocolos otimizados e equipe especializada para reabilitação precoce.
- Dificuldade na desospitalização: A ausência de retaguarda (como leitos de cuidados prolongados, serviços domiciliares ou apoio social) dificulta a alta, especialmente em pacientes crônicos ou sem suporte familiar adequado.

Embora o indicador esteja dentro da meta anual, os desafios operacionais evidenciados — como transferências lentas e desmame prolongado — precisam de intervenções estruturais e revisão de fluxos. É necessário investir em articulação com a rede de referência, capacitação das equipes e criação de leitos de retaguarda para otimizar ainda mais os resultados.

Indicador 13 - Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.

Análise: O gráfico mostra o Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas no HRS ao longo de 2024, com uma meta de 15%. O resultado parcial do ano foi de 19%, indicando que o hospital não atingiu a meta estipulada, com meses de desempenho crítico.

Picos importantes ocorreram entre junho e outubro, com destaque para setembro (30%), o mês com maior índice de suspensão.

Janeiro (8%) e Dezembro (11%) apresentaram os menores percentuais de suspensão, ficando abaixo da meta estabelecida. No entanto, é importante destacar que esses meses também registraram o menor volume de cirurgias agendadas, com apenas 60 procedimentos programados em janeiro e 73 em dezembro. Esse menor número de agendamentos pode ter contribuído para a redução das suspensões, refletindo mais a baixa demanda do que, necessariamente, uma melhoria na eficiência do processo cirúrgico.

É relevante destacar que, em outubro de 2024, ocorreu a rescisão contratual com a equipe de anestesiologistas contratada em julho do mesmo ano, cuja finalidade era ampliar e dar agilidade ao fluxo das cirurgias

eletivas. No entanto, durante o período contratual, foram frequentes as ausências dos profissionais escalados para os procedimentos, o que gerou impactos expressivos, como desassistência aos pacientes e um aumento significativo nas taxas de suspensão de cirurgias.

Indicador 14 - Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais

Análise: O HRS conta com 10 leitos de saúde mental credenciados e habilitados, no entanto, há desafios importantes que comprometem a efetividade desse serviço:

Infraestrutura inadequada: A ausência de um espaço físico apropriado e seguro dificulta o acolhimento adequado dos pacientes com transtornos mentais, principalmente os casos agudos que requerem ambiente específico e medidas de contenção humanizada.

Equipe não qualificada: Os profissionais que atuam na urgência e emergência não possuem capacitação específica para o manejo de pacientes em sofrimento psíquico, o que pode levar à inadequação da abordagem clínica e até mesmo à subnotificação de casos.

Subnotificação: A baixa proporção registrada (1% a 2%) pode não refletir a real demanda por atendimentos em saúde mental, especialmente considerando o contexto atual de crescente número de casos de transtornos psicológicos. Isso levanta a hipótese de que muitos casos podem não estar sendo devidamente identificados ou registrados como atendimento em saúde mental.

É necessário investir em:

- Capacitação da equipe multiprofissional (matriciamento) para atuação em saúde mental, especialmente nas áreas de urgência e emergência.
- Fortalecimento da articulação com a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) para garantir a continuidade do cuidado.

Em síntese, apesar da estabilidade do indicador, é fundamental reconhecer que há uma demanda reprimida e uma subutilização dos leitos habilitados

Indicador 15 - Percentual de leitos dos hospitais com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.

Análise: O HRS apresenta uma média anual de 64% de leitos com sistema de distribuição por dose individualizada, resultado muito abaixo da meta estipulada 100%. Ao longo do ano, o percentual permaneceu relativamente estável, variando entre 61% e 66%, sem avanços significativos na ampliação do sistema.

O hospital ainda está distante da meta de dispensação medicamentosa, o que impacta negativamente na segurança do paciente e na

rastreabilidade dos medicamentos.

A estabilidade dos números ao longo dos meses reflete a estagnação na expansão da estratégia para novos leitos, diretamente relacionada à falta de avanços concretos. Apesar da ampliação das cargas horárias dos farmacêuticos, o serviço enfrenta dificuldades operacionais devido à insuficiência de técnicos em farmácia, o que tem limitado significativamente a capacidade de implantação da distribuição por dose individualizada.

Essa limitação tem exigido que os próprios farmacêuticos assumam atividades operacionais, como a separação e conferência dos kits, comprometendo o tempo disponível para ações estratégicas e de supervisão técnica, o que impacta diretamente na capacidade de ampliação do sistema.

A ausência da dose individualizada em parte significativa dos leitos aumenta o risco de erros de medicação, desperdícios e falhas na reconciliação medicamentosa, além de comprometer a rastreabilidade e o controle de estoque. A implantação plena desse sistema é fundamental para garantir a segurança do paciente, otimizar o uso de medicamentos e elevar a qualidade da assistência prestada.

A área técnica informou que, para o ano de 2025, está prevista a expansão da distribuição por dose individualizada para 27 leitos de Pediatria, 60 leitos de

Nefrologia e 20 leitos da Maternidade, como parte da estratégia de ampliação gradual do sistema nos diversos setores assistenciais do HRS.

Indicador 16 - Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica.

Análise: A análise do indicador Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica – HRS revela uma média anual de 18%, superando a meta estabelecida de 15%. Esse resultado demonstra um desempenho satisfatório do serviço, sobretudo nos meses de maio (20%), novembro (28%) e dezembro (20%), que se destacaram como os períodos de maior cobertura.

No entanto, observa-se uma certa oscilação ao longo do ano, com quedas mais acentuadas nos meses de março, agosto e setembro (14%), reflexo de fatores como afastamentos por férias (2 servidores) e licenças médicas nesse período, o que gerou sobrecarga de trabalho e evidenciou a limitação de recursos humanos disponíveis para manter a regularidade do acompanhamento.

O acompanhamento pela Farmácia Clínica é essencial para garantir a

	<p>segurança do paciente, prevenir eventos adversos, realizar uma reconciliação medicamentosa eficaz e promover a racionalização do uso de medicamentos. O desempenho positivo observado em boa parte dos meses evidencia o comprometimento da equipe e demonstra a consolidação desse serviço como parte integrante do cuidado assistencial. Este indicador reforça o papel estratégico da farmácia clínica na melhoria contínua da qualidade e segurança da assistência hospitalar.</p>
<p>OESTE</p>	<p>HRBZ:</p> <p>Indicador 7 Taxa de Ocupação Operacional (enfermaria clínica médica) e 8 Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica):</p> <p>A reforma do HRBZ alterou a disponibilidade de oferta de leitos, com transferência de pacientes para outras Unidades. Informamos que no dia 19/06/2024 conforme o PLANO DE CONTINGÊNCIA DO PROCESSO nº:00060-00070075/2024-10 , iniciou - se a transferência de pacientes da internação clínica médica para HCSOL. Por esse motivo a unidade não possui provisoriamente enfermaria clínica médica, uma vez que o pronto socorro, Ala amarela e e Ala vermelha ocupam o espaço físico da internação adulta no momento. Dados informados pelo NGINT/GIR/HRBZ em processo 00060-00070075/2024-10.</p> <p>Indicados 9:</p> <p>Apesar de estar abaixo do esperado podemos observar que, os números de partos normais têm aumentado devido a assistências dos Enfermeiros Obstetras, são eles que mais realizam partos normais no setor.</p> <p>Indicador 10: Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM):</p> <p>O HRBZ possui fluxo para encaminhar o paciente para unidade especializada em cardiologia, a unidade não possui ala de cardiologia.</p> <p>Indicador 11: Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE):</p> <p>O HRBZ possui baixo índice no indicador tendo em vista que os pacientes são encaminhados para unidades especializadas.</p> <p>Indicador 15: Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais:</p> <p>A Dose Diária a ser dispensada depende de prescrição ATUALIZADA DO MÉDICO no SISTEMA TRACK CARE, a qual está vinculada a visita médica DIÁRIA. Informamos que conforme justificativa do NFH (Núcleo de Farmácia Hospitalar) e a GEMERG (Gerência de Emergência), em alguns locais não é possível implementar totalmente a dose individualizada, como por exemplo o PSI (Pronto Socorro Infantil), devido grande rotatividade de pacientes e na maioria das vezes as doses são fracionadas.</p> <p>Indicador 16: Indicador 16 - Percentual de pacientes-dia atendidos pelos</p>

Núcleos de Farmácia Clínica:

O percentual de pacientes atendidos pelo núcleo se manteve acima da meta estabelecida de 15%.

HRC

Indicador 6: Taxa de absenteísmo de tomografia

Em relação ao indicador, percebe-se que o processo ainda precisa ser melhorado e que, apesar das adversidades, o setor tem empenhado esforços para melhorar o fechamento das chaves. A sensibilização da chefia e dos técnicos em radiologia foi realizada visando a melhoria do indicador.

O fechamento anual do indicador foi de 68%. O absenteísmo anual observado relaciona-se a dificuldades apresentadas pela unidade tendo em vista que o tomógrafo permaneceu 10 dias inoperante no mês de julho devido quebra do equipamento bem como dificuldades no fechamento das chaves devido ao fato do paciente não trazer a chave para realização do exame, inviabilizando o seu fechamento por parte do técnico.

Indicador 7 Taxa de Ocupação Operacional (enfermaria clínica médica) e 8 Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica):

Os problemas crônicos da rede bem como problemas internos da unidade favorecem a alta taxa de ocupação operacional. Além disso, fatores como a dificuldade para realizar exames em pacientes internados devido à inoperabilidade de equipamentos tem contribuído para a manutenção dos indicadores.

Apesar dos esforços contínuos empenhados junto a equipe visando a sensibilização quanto a importância da alta segura e a independência de horário para alta, não obtivemos êxito em relação ao aumento do giro de leitos. Tal fato pode relacionar-se à baixa adesão ao tratamento de DCNTs, acompanhamento falho, internações de longa permanência e a demora na aquisição de materiais que propiciam a internação domiciliar.

Indicador 9: Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos):

Observou-se redução do indicador em relação à meta de 55% nos meses de outubro, novembro e dezembro (49%, 53% e 54%, respectivamente). Ressalta-se que a opção pela realização de parto cesáreo é motivada por fatores como sofrimento fetal, interatividade gestacional, cesárea prévia, parada na progressão do trabalho de parto, respaldando-se em condições e decisões clínicas.

O fechamento anual foi considerado satisfatório, alcançando 98% da meta proposta.

Indicador 10: Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM): O percentual baixo do indicador reflete a necessidade de transferências dos casos de IAM para unidades especializadas uma vez que o HRC não possui ala cardiológica. No mês de julho houve um aumento expressivo no percentual de óbitos por IAM entretanto não foi possível identificar os pacientes devido ao fato do HRC não possuir ala cardiológica

ficando tal identificação condicionada a unidades externas. Ressaltamos que os óbitos ocorridos em julho foram em pacientes idosos, nas faixas etárias acima de 75 anos (2 casos) e 65 a 69 anos (1 caso).

Indicador 11: Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

O percentual baixo do indicador reflete a necessidade de transferências dos casos de AVE para unidades especializadas uma vez que o HRC não possui ala especializada. (Encaminhamento)

Indicador 12: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral

O tempo de permanência de pacientes na UTI é multifatorial, sofrendo influência de fatores como número de comorbidades, necessidade de suporte ventilatório prolongado e necessidade de terapia renal substitutiva. Além disso, o APACHE alto desses pacientes, suas características e evolução clínica, a ocorrência de complicações e mesmo eventos adversos intra e extra unidade podem igualmente impactar na permanência do paciente na UTI.

Indicador 13: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas

A suspensão de cirurgias ocorreu devido a erros no agendamento, déficit de recursos humanos (greve dos cirurgiões no mês de setembro), necessidade de exceder o tempo de cirurgia, ausência ou recusa do paciente, falta de condições clínicas do paciente para realização do procedimento, inoperabilidade ou mal funcionamento de recursos materiais (bisturi não funcionou para corte) e falta de exames e risco cirúrgico.

Indicador 14: Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais

Sabe - se que o HRC é especializado em trauma e ao considerar o quantitativo total de atendimentos em saúde mental percebe-se que apesar de sua importância os atendimentos não chegam a 1%.

Ressalta-se que o pronto atendimento em clínica médica atende apenas pacientes com classificação de risco vermelha o que restringe ainda mais a entrada desses usuário no serviço.

Indicador 15: Percentual de leitos dos hospitais com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.

As flutuações observadas no indicador são resultado da falta de recursos humanos para realizar o serviço no NFC. Diante disso, decidiu-se retirar a maternidade do esquema de dose individualizada, priorizando unidades críticas como UTI e ortopedia. (Sugestão colocar o percentual observados)

Indicador 16: Indicador 16 - Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica.

Embora a chefia do NFC tenha cogitado a ampliação do serviço, bem como a alta responsável e referenciamento para a UBS da respectiva área do paciente, tal fato não foi viabilizado devido ao déficit de recursos humanos e redução do teto de TPD no meses de novembro e dezembro o que resultou na queda do número de pacientes acompanhados.

SUDOESTE

Os Indicadores do Eixo Atenção à Saúde estão relacionados com a promoção da saúde do usuário e acesso a rede. O indicador 6 retrata a taxa de absenteísmo de pacientes de tomografia, o qual reflete a proporção de pacientes que faltam aos exames de tomografia agendados, em relação ao total de agendamentos. Este indicador é utilizado para avaliar a adesão dos pacientes e pode indicar problemas de acesso aos serviços de tomografia, deficiências de comunicação ou falta de conscientização sobre a importância do exame. Este indicador é relevante para as unidades executantes do exame, pois pode afetar a eficiência operacional, a utilização dos recursos e a qualidade do atendimento. A mensuração desse indicador pode demonstrar avanços, estabilização ou retrocessos nesse fluxo. O Indicador 7 retrata a Taxa de Ocupação Operacional das Enfermarias de Clínica Médica, incluindo a variação dos leitos bloqueados e dos leitos extras, diariamente, servindo como subsídio para os gestores planejarem os recursos de acordo com a demanda de serviços, visando a otimização da capacidade instalada. O Indicador 8 retrata a relação entre o número de pacientes que saíram do hospital (altas e óbitos) durante determinado período e o número de leitos postos à disposição, no mesmo período. Representam a utilização do leito hospitalar durante o período considerado, mostrando a eficiência do uso da capacidade instalada. O indicador 9 retrata o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumenta o percentual de partos normais, visando contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.

HRSAM - Indicador 6: Absenteísmo em tomografia: são dados SISREG o que foge da governabilidade local, sendo que menor taxa melhor acesso da população ao exame, com oscilações o ano todo o HRSAM fechou com uma proporção de 36,5% dos pacientes faltaram aos exames agendados.

HRT: No que se refere à taxa de absenteísmo em tomografia, o HRT iniciou o ano de 2024 com o percentual de 36%, finalizando o 3º Quadrimestre com 31%, onde foram realizadas ações de treinamento com o servidores da Unidade para o correto fechamento das chaves, ação esta que está sob nossa governabilidade, visto que alguns pacientes realizavam o exame mas a chave não era corretamente fechada no sistema. O HRT possui um viés neste indicador, visto que com a demora no agendamento dos exames, e por ser uma UNACON, os pacientes muitas vezes tem piora no seu quadro clínico, e realiza no exame de forma emergencial via Pronto Socorro. Ocorre que, como os sistemas não se comunicam, o exame previamente agendado não é cancelado, ficando como falta. Ações de conscientização das equipes estão sendo realizadas, para que os servidores realizem a busca ativa desses pacientes no SISREG e realizem o cancelamento em tempo oportuno, disponibilizando a vaga para o próximo paciente da fila.

HRSAM: O percentual da Taxa de ocupação da Clínica Médica (esse é o indicador 7?) foi de 85% sabemos que quanto maior esse número mais acesso

está sendo disponibilizado para a população, resultado também da eficiência do giro de leito refletido no indicador nº 8 Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica), que fechou em 0,98 dias gerando uma maior oferta dos leitos para sistema de regulação.

HRT: Indicador 8: Taxa de ocupação da Clínica Médica: o HRT iniciou o ano de 2024 com percentual de 96%, com giro de leito de 1,43, finalizando o Quadrimestre com 97% e giro de leito de 1,45, o que reflete uma utilização de recursos em sua totalidade, otimizando a utilização adequada dos leitos.

HRSAM: indicador nº 9 Percentual de partos normais por ocorrência nos hospitais públicos: Fechamos o ano de 2024 com 57%, não tão diferente do ano anterior 2023 que foi de 58%, um resultado satisfatório considerando a meta de 66%, a gestão local empenha esforços para atingir a meta estipulada seguindo os protocolos assistenciais e trabalho junto à atenção primária, uma ação necessária que é um projeto dos hospitais (HRSAM, HRT) é a vinculação dessas gestantes ao hospital de referência que é uma estratégia da Rede Alyne dentro de uma rede de cuidados, as gestantes são convidadas a uma visita nas instalações do Centro Obstétrico, é notório que a mãe melhor informada torna-se mais segura e preparada para o parto normal.

HRT: Iniciamos o ano de 2024 com 53,50% de percentual de partos normais, finalizando o Quadrimestre com 48%, considerando que alcançamos 90% da meta, fechando o ano com resultado satisfatório, considerando que o HRT é referência para a região e para a RIDE em Partos de Alto Risco.

Os indicadores de óbitos por IAM (10) e AVE (11), visam analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade das internações por infarto agudo do miocárdio e Acidente Vascular Encefálico, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. O Indicador 12 refere-se ao tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto Geral do hospital, e visam analisar a eficiência da gestão do leito operacional da UTI Adulto Geral. avaliar o tempo de permanência dos pacientes, avaliar as boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional.

O Indicador 12.1, este exclusivo para o HRT, representa o tempo médio que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), objetivando avaliar a eficiência da gestão do leito operacional da UTI Pediátrica, avaliar o tempo de permanência, bem como as boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional. O Indicador 13 refere-se à relação percentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês, a análise do indicador permite o mapeamento deste processo, o monitoramento, que auxiliado por ferramentas de gestão, possibilita o entendimento da corresponsabilidade de todos os envolvidos na resolução de eventos indesejáveis e na prevenção de eventos adversos, promovendo o planejamento contínuo de melhorias e aumento da segurança dos pacientes. O Indicador 14 refere-se a proporção de pacientes atendidos com CIDs de saúde mental nas portas de urgência e emergência dos Hospitais

Gerais, visando verificar a proporção de atendimentos e monitorar as demandas de urgência e emergência em saúde mental, para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores para qualificação do registro e manejo das demandas de saúde mental. O Indicador 15 refere-se ao número de leitos hospitalares passíveis de implementação da dose individualizada, que tem como vantagem maior segurança na distribuição e diminuição dos estoques periféricos, permitindo melhor gestão do estoque, economia e uso racional de medicamentos. O Indicador 16 refere-se à atuação e trabalho desenvolvido pelo farmacêutico clínico, na assistência ao paciente, otimizando a farmacoterapia, reduzindo os problemas relacionados a medicamentos e racionalizando os custos.

HRSAM: Os indicadores de óbitos por IAM nº 10 Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e AVE nº 11 Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Por se tratar de indicadores de clínica médica, estes são poucos atendimentos, pois não temos porta aberta, fechamos abaixo da média estipulada.

HRT: O HRT iniciou o ano de 2024 0% em ambos os indicadores, finalizando o Quadrimestre com 1% no indicador 10 e 12% no indicador 11, visto que o HRT atende prioritariamente os pacientes em Classificação Vermelha, fechamos ambos indicadores com meta superada.

HRSAM: O indicador nº 12 Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral:

Referente a UTI - Adulto não atingimos a meta que é de 10 dias, dado o perfil dos nossos paciente recebidos pela regulação ser cada vez mais crônicos, sequelados (pós Covid), dialíticos, tornando-se impossível atingir a meta estipulada, fechamos o ano em 23 dias.

HRT: No que se refere ao tempo de permanência em UTI Adulto, iniciamos o ano de 2024 com 12,5 dias de tempo de permanência, alcançando o número de 14,1 dias, indicador diretamente impactado por problemas crônicos de dificuldade de alta para egressos com demanda de hemodiálise, bem como dificuldade com exames complementares (RNM, ecocárdio à beira-leito, EDA beira leito).

HRT: No que se refere ao tempo de permanência em UTI Pediátrica, iniciamos o ano de 2024 com TMPe (Colocar a sigla) de 6 dias, evoluindo para o resultado de 6,7 dias como resultado do Quadrimestre, indicador este finalizado como Superado em relação à meta estipulada. Vale lembrar que o perfil das crianças internadas eram de menor gravidade, o que impacta diretamente em um TMPe menor.

HRSAM: O indicador 13 Percentual de suspensão de cirurgias eletivas: Fechamos o ano com 12%, superamos a meta estipulada (15%), tivemos um ano com uma trajetória de altos percentuais 22% junho e 21% setembro, o principal motivo foi devido ao déficit de RH, tivemos greves, paralisações, que afetaram diretamente a realização de cirurgias eletivas, no entanto, superamos com um resultado positivo, planejamos e preparamos o mês subsequente

através de reuniões realizadas mensalmente, pois somos Centro de Referência em Cirurgia Geral e Ginecológica de média e pequena complexidade.

HRT: No que se refere à taxa de suspensão de cirurgias eletivas, iniciamos o ano de 2024 com o percentual de 12%, alcançando o percentual de 15% no Quadrimestre, estando dentro da meta estipulada, alcançando o status de indicador superado. Dentre as principais causas de cancelamento, as que encontram-se sob governabilidade desta instituição destacam-se a falta de materiais e recursos humanos, que já estão sendo solucionados pela gestão local.

HRSAM: O indicador nº 14 Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais: Foi de 0%, com pouquíssimos ou nenhum atendimento de saúde mental, mesmo não possuindo porta aberta para clínica médica e não sendo um hospital de referência para este tipo de atendimento em saúde mental, seguimos o protocolo estabelecido para essa assistência, caso tenhamos caso na nossa porta de emergência.

HRT: No que se refere à proporção de pacientes atendidos com necessidades de atendimento em saúde mental, iniciamos o ano de 2024 com 0,3%, evoluindo e chegando ao final deste Quadrimestre com o percentual de 0,2%, visto que os atendimentos de Clínica Médica no HRT são realizados aos pacientes de Classificação vermelha, com a predominância para as Tentativas de autoextermínio. Porém, analisando a necessidade da melhoria dos processos de trabalho e capacitação profissional das equipes de porta (Acolhimento com Classificação de Risco e Pronto Socorro) objetiva-se o aumento desse percentual com o refinamento da análise crítica dos casos atendidos, visando um melhor atendimento à população.

HRSAM: O indicador nº 15 Percentual de leitos dos hospitais com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada, o HRSAM vem nos últimos anos adotando medidas estruturais que proporcione a implantação em todos os leitos operacionais do hospital, existe o fluxo e rotina de trabalho definido nas clínicas médicas, cirúrgicas, UTI e Pronto Socorro, mas infelizmente devido ao déficit de RH não conseguimos avançar para a maternidade, nosso resultado foi razoável acima de 66%.

HRT: No que se refere à implantação de doses individualizadas, iniciamos o ano de 2024 com 51% de implantação, percentual este que foi mantido ao longo de todo o ano e também no último quadrimestre. O Núcleo de Farmácia Hospitalar do HRT atualmente conta com um déficit de 700 horas de farmacêutico e 240 horas de AOSD - Farmácia. Essa deficiência tem dificultado a manutenção da dose nas clínicas atendidas e em atender outras, sendo assim, o setor tem dependido de TPD para manter a dose.

HRSAM: Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica. superamos a meta estipulada com um percentual de 19% mesmo com afastamentos legais e déficit de farmacêuticos, os quais aguardamos novas nomeações com a finalidade de aumentar este índice. De um modo geral este

	<p>os números de monitoramentos e avaliação no Hrsam desse eixo de atenção à saúde foram bem satisfatórios.</p> <p>HRT: No que se refere ao indicador de pacientes atendidos pelos núcleos de Farmácia Clínica, iniciamos o ano de 2024 com o percentual de 27% dos pacientes atendidos por estes profissionais, finalizando o último Quadrimestre com 25%, com o status de indicador superado. O setor também enfrenta um déficit de RH, o que dificulta o aumento da cobertura de atendimento por esses profissionais aos pacientes da unidade.</p>
SUL	<p>Indicador 6 - Taxa de absenteísmo de tomografia</p> <p>Análise dos dados:</p> <p>Tendência anual: Ao longo do ano de 2024, os dados demonstram uma tendência decrescente na taxa de absenteísmo, com redução significativa em determinados meses. No primeiro trimestre, a taxa estava acima da meta pactuada, mas houve uma melhoria progressiva ao longo dos meses seguintes.</p> <p>Comparativo entre meses: O absenteísmo foi mais elevado nos meses iniciais do ano, alcançando um pico em fevereiro. A partir de maio, observou-se uma queda constante.</p> <p>Média anual: A taxa média de absenteísmo ao longo do ano foi de 47,46%, indicando que, apesar da redução, ainda existem desafios a serem enfrentados para atingir a meta desejada.</p> <p>Correlação com metas: Embora os índices tenham melhorado ao longo do ano, ainda existem meses com taxas acima do esperado, indicando que algumas medidas precisam ser otimizadas.</p> <p>Análise Crítica dos Resultados:</p> <p>Impacto das Ações Implementadas:</p> <p>Criação dos fluxos internos (Panorama 1) com destinação de vagas para pacientes internados na mesma regional, reduzindo a necessidade de transporte destes pacientes hospitalizados. Tal medida foi adotada nos últimos meses do ano, o que pode ter contribuído para redução da taxa de absenteísmo.</p> <p>Principais Desafios:</p> <p>Dificuldades no contato com os pacientes: Muitos possuem números desatualizados.</p> <p>Fatores externos: Como dificuldades de transporte e conflitos logísticos, que impactam na presença dos pacientes.</p> <p>Status do Plano de Ação:</p> <p>A taxa de absenteísmo de exames de tomografia apresentou uma melhoria significativa ao longo do ano. No entanto, algumas dificuldades persistem,</p>

principalmente relacionadas ao sistema de marcação.

Indicador 7 - Taxa de Ocupação Operacional (enfermaria clínica médica)

Ao analisar os resultados ao longo do ano, observamos uma queda de aproximadamente 4% com tendência decrescente. De fevereiro a maio, o indicador se manteve estável, enquanto nos demais meses houve uma sazonalidade com variações de 1% ou 2%. No ano de 2024, os resultados se mantiveram relativamente estáveis entre janeiro e dezembro, próximos dos 5%, com uma polaridade menor indicando melhor desempenho. Embora tenhamos registrado um resultado negativo parcial, houve um leve declínio nos últimos meses do ano. A média anual se manteve em 78%, com um desvio padrão e variância proporcionais.

Indicador 8 - Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica)

Ao analisar os resultados ao longo do ano, houve uma queda de aproximadamente 22% com tendência decrescente, melhoramos o resultado do indicador nos meses de Fevereiro, Maio, Agosto e Setembro (Polaridade menor melhor).

Em 2024, houve diferença não muito substancial entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo dos 30% (Polaridade menor melhor).

Resultado positivo parcial, com leve aumento nos últimos meses do ano, com tendência crescente nos citados meses acima. Manteve média anual de 88% com desvio padrão e variância proporcional.

Análise crítica dos resultados (Indicador 7 e 8):

Em comparação com o ano anterior, os números de internações não apresentaram queda significativa, e o número de óbitos se manteve estável dentro de uma margem aceitável, com média mensal semelhante. No entanto, o pronto-socorro enfrenta desafios para atingir a meta acordada devido à falta de recursos humanos.

Ao longo do ano, houve uma maior efetivação dos processos de trabalho, que foram fortalecidos e aperfeiçoados para melhorar a assistência e qualificar a equipe. No entanto, ainda enfrentamos desafios relacionados ao dimensionamento inadequado entre os diversos setores. Outrossim, identificamos fatores limitantes para o alcance dos indicadores, incluindo dificuldades com equipamentos, estrutura física, absenteísmo e recursos humanos

Tivemos uma melhora significativa dos processos de trabalho e por não haver melhora de RH no setor responsável na unidade Pronto Socorro Adulto e Clínica Médica, essas unidades impactam no indicador, não foi possível a melhoria dos índices e carecemos dessa estabilidade/condição necessária.

O resultado foi insatisfatório, mas estamos trabalhando para otimizar as demandas, apesar das situações adversas. Com a implementação de rounds

diários envolvendo áreas-chave no gerenciamento de leitos, esperamos obter melhora nos resultados.

Indicador 9 - Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)

Análise dos dados:

Comparando os resultados ao longo do ano, houve um aumento no meio do ano e logo uma queda de 14% com tendência decrescente, começamos melhorando e voltamos a distanciar da meta que devemos alcançar (Polaridade maior melhor).

Ao longo do ano, não houve muita diferença entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo dos 50%.

Resultado positivo, com leve aumento no meio do ano, com tendência crescente. Manteve média anual de 50% com desvio padrão de até + 27% e - 13%, decrescente.

Análise crítica dos resultados:

Os Processos de trabalho foram fortalecidos e aperfeiçoados durante todo o ano para uma melhoria na assistência e qualificação da equipe.

Dificuldades com equipamentos, estrutura física e RH ainda são fatores limitantes.

Houve melhora significativa dos processos de trabalho e aumento de RH de enfermagem obstétrica (ampliando carga horária) no setor responsável na unidade da UCOB, mas há a necessidade de aumentar a quantidade de médicos obstetras que é a unidade que mais impacta no indicador.

O resultado foi insatisfatório, porém a Unidade de Centro Obstétrico - UCOB encontra-se na tentativa de adesão dos profissionais preencherem os partogramas, mas essa é ainda uma dificuldade. Temos muitos desafios para reduzir o índice de cesáreas, como também uma melhor qualidade nos pré-natais que impactam diretamente no nosso indicador, mas não depende diretamente da unidade UCOB.

Indicador 10 - Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

Apesar do indicador no acumulado anual não ter superado a meta proposta em todos os meses, ainda há espaço para melhora significativa visto que nessa unidade hospitalar não dispomos de serviço hemodinâmica e há problemas de logística relacionado ao contato com unidades de referência e transporte dentro do tempo porta-balão preconizado, fato este amplamente documentado em literatura específica do tema como de razão de piores desfechos.

Indicador 11- Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

O resultado está relacionado à deficiência de recursos terapêuticos da linha

cardiovascular neste nosocômio, especialmente a infraestrutura insuficiente para trombólise e trombectomia dentro da janela terapêutica (neurologista, leito de UTI/UCI para suporte pós trombólise, tomografia e angiotomografia de crânio com laudo, RNM de crânio para casos selecionados). Pode-se inferir também que os fluxos dentro da rede precisam ser otimizados, pois há frequentemente apontamentos das equipes médicas quanto a dificuldade de transferência destes pacientes para as unidades de referência desta linha de cuidado, estando esta dificuldade presente desde as tentativas de contato, bem como da realização de transporte. Em relação ao transporte é conhecida a escassez de recursos humanos do SAMU e também da equipe médica da emergência do HRG impedindo diversas vezes a composição de uma equipe em parceria com unidades básicas do SAMU e do Núcleo de Apoio e Remoção de Pacientes local.

Indicador 12 - Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral

Análise crítica dos dados:

O tempo médio de permanência em leitos de UTI geral do HRG no ano de 2024, com uma média anual de 17,06, bem acima da meta estabelecida/prevista. Observa-se que os resultados mensais oscilam, porém a maioria acima da média, mesmo diante dos esforços da unidade em busca da melhoria da assistência, vislumbrando a melhora do quadro clínico do paciente e alta da unidade, com conseqüente diminuição do tempo de permanência. Como descrito em todos os relatórios mensais, alguns fatores contribuíram para o resultado insatisfatório, em não conformidade com a meta estabelecida:

Grande parte dos pacientes apresentam prognóstico ruim, pacientes crônicos com tempo de internação prolongado, de difícil manejo;

Houve a dificuldade de liberação dos pacientes de alta da unidade para unidades de origem por falta de leitos ou de transporte;

Pacientes dependentes de hemodiálise, que recebem alta da UTI demoram desocupar o leito por falta de vaga na especialidade;

Há frequentemente a demora em resgatar pacientes de alta por outras regionais, por falta de vagas/transporte nas regionais de origem;

Frequentes bloqueios de leitos, por falta de médicos na unidade, prejudicando o bom andamento do serviço e a assistência ao paciente;

Bloqueios de leito impactam na taxa de ocupação da unidade;

Falta de médicos impactam diretamente na assistência ao paciente: avaliação e condutas fragilizadas e na impossibilidade de realizar visitas multidisciplinares;

Pacientes de alta há meses, aguardando HOME CARE, com dificuldade de vagas pela SES.

Ressaltamos que estamos empenhados no sentido de diminuir o tempo de

permanência dos pacientes, que impactará também na taxa de infecções e na taxa de mortalidade.

Ações têm sido feitas para atingir a meta pactuada como:

 Rounds multidisciplinares com equipe e núcleos de apoio;

 Treinamentos com a equipe;

 Disponibilização de protocolos e ferramentas de gestão para melhoria da qualidade e segurança da assistência;

 Sensibilização da equipe quanto ao cumprimento dos processos de trabalho;

 Melhor comunicação com gestão de leitos;

 Participação nos HUDDLE para otimizar e agilizar altas;

 Participação de projeto do Ministério da Saúde (RHP) que auxiliará na melhoria dos processos de trabalho.

Indicador 13 - Percentual de suspensão de cirurgias eletivas

Análise dos dados:

Conforme o gráfico, o indicador atingiu a meta (15%) na maioria dos meses de 2024 (Polaridade Menor Melhor). Porém, houve um aumento no percentual de suspensão de cirurgias eletivas em janeiro (16%), julho (28%) e agosto (24%), com uma média anual de 10%.

Análise crítica dos dados:

Relato que o aumento dos números de cirurgias suspensas está zerada porque foram substituídas (Maio/Novembro/Dezembro).

Ações realizadas: otimizou-se o tempo de sala das cirurgias eletivas agrupando cirurgias de portes pequenos para que fossem feitas no mesmo dia, tentou-se manter as cirurgias mesmo quando houve desfalque na escala da anestesiologia.

Ações a serem realizadas para melhorar o resultado desejado: Infelizmente o déficit de RH causa impacto que não conseguimos evitar.

No entanto, estamos constantemente planejando a melhor forma de contornar os obstáculos, como remanejando pacientes em dias que tem anestesiologia, tentando combinar escalas entre os setores.

Principais dificuldades do indicador:

Recursos humanos reduzidos: Médicos Anestesiologistas, Médicos Cirurgiões e equipe de enfermagem;

Todavia as unidades carecem de Médicos Cirurgiões, principalmente das especialidades de Ginecologia e Cirurgia Geral.

Apesar de ter ganhado 60 horas semanais na Ginecologia/Obstetrícia, ainda não é o suficiente para suprir o déficit de Recursos Humanos, tendo duas perdas de 40h em 01/08 e 01/10/24, sendo que na cirurgia geral e ortopedia

também houve perda de 20h cada. Além disso, existem afastamentos legais e recesso de final de ano.

Indicador 14 - Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais

No que se refere aos atendimentos de urgência e emergência em Saúde Mental nesta unidade hospitalar, informamos que os atendimentos foram realizados somente pelo psicólogo lotado no pronto socorro. Durante o exercício de 2024, houve poucos atendimentos, pois o psicólogo estava em usufruto/afastamento legal (direitos previstos em lei). Mas durante alguns períodos houve atendimento nas unidades de ginecologia, ortopedia, clínica médica e clínica cirúrgica para resposta de parecer e acompanhamento.

Os pacientes que chegam nesta unidade são atendidos pela clínica médica e após um período de 48 horas de internação são encaminhados para outra unidade para resposta de parecer. Os pacientes para acompanhamento do especialista (psiquiatra) são encaminhados para as unidades do hospital São Vicente de Paulo e à unidade do IHBDF para acompanhamento ou resposta de parecer. Os pacientes que retornam dessas unidades são encaminhados ao serviço social e ao CAPS.

Indicador 15 - Percentual de leitos dos hospitais com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada

Análise dos dados:

Comparando os resultados ao longo do ano, houve uma queda com tendência decrescente, baixando o resultado do indicador.

Análise crítica dos resultados:

O NFH ainda possui déficit de RH e para uma ampliação da dose individualizada é necessário disponibilização de recursos humanos principalmente para a unidade que mais impacta o indicador, que seria os leitos do PS. Para isso, o NFH está empenhado em conseguir recursos para de início, estabelecer a presença de um profissional técnico (farmacêutico) na farmácia do PS para organizar um fluxo que, futuramente, possa disponibilizar a dose individualizada nos leitos do setor.

O resultado foi insatisfatório, mas a unidade do NFH está trabalhando para otimizar o indicador, visando expandir o serviço e melhorar os índices. Nossa meta é implantar 100% dos leitos do hospital e alcançar melhores resultados.

Indicador 16 - Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica

Análise dos dados:

Observou-se que no primeiro semestre de 2024 houve queda do indicador em relação ao parâmetro proposto (15%), com tendência decrescente para o primeiro trimestre e crescente após o segundo trimestre com melhora

significativa do indicador.

No decorrer do ano é possível observar variações significativas do percentual de pacientes acompanhados pelo núcleo de farmácia clínica do HRG e resultado parcial de 12%, abaixo do parâmetro proposto.

Análise crítica dos resultados:

É possível observar que as variações que ocorrem durante o ano estão relacionadas com a quantidade de pacientes internados que são atendidos pelo núcleo de farmácia clínica, proporcionalmente às variações na carga horária de servidores farmacêuticos influenciam diretamente nos resultados. É importante enfatizar que existem complexidades no tipo de atendimento farmacêutico e que as demandas não são meramente quantitativas e que existem critérios clínicos que demandam maior tempo para os atendimentos. Ressaltamos que a ausência de farmacêutico no Núcleo de Farmácia Clínica do Hospital Regional do Gama (NFC-HRG) pode impactar significativamente o funcionamento do setor, comprometendo a assistência e a segurança dos pacientes internados. Positivamente no ano de 2024 o núcleo apresentou melhora quantitativa e qualitativa, devido a atividades presentes do programa de residência farmacêutica na unidade de terapia intensiva (UTI) e ao início de atividades como área foco do projeto de reestruturação dos hospitais públicos (RHP/HRG).

Tema: Gestão do trabalho e Educação em Saúde

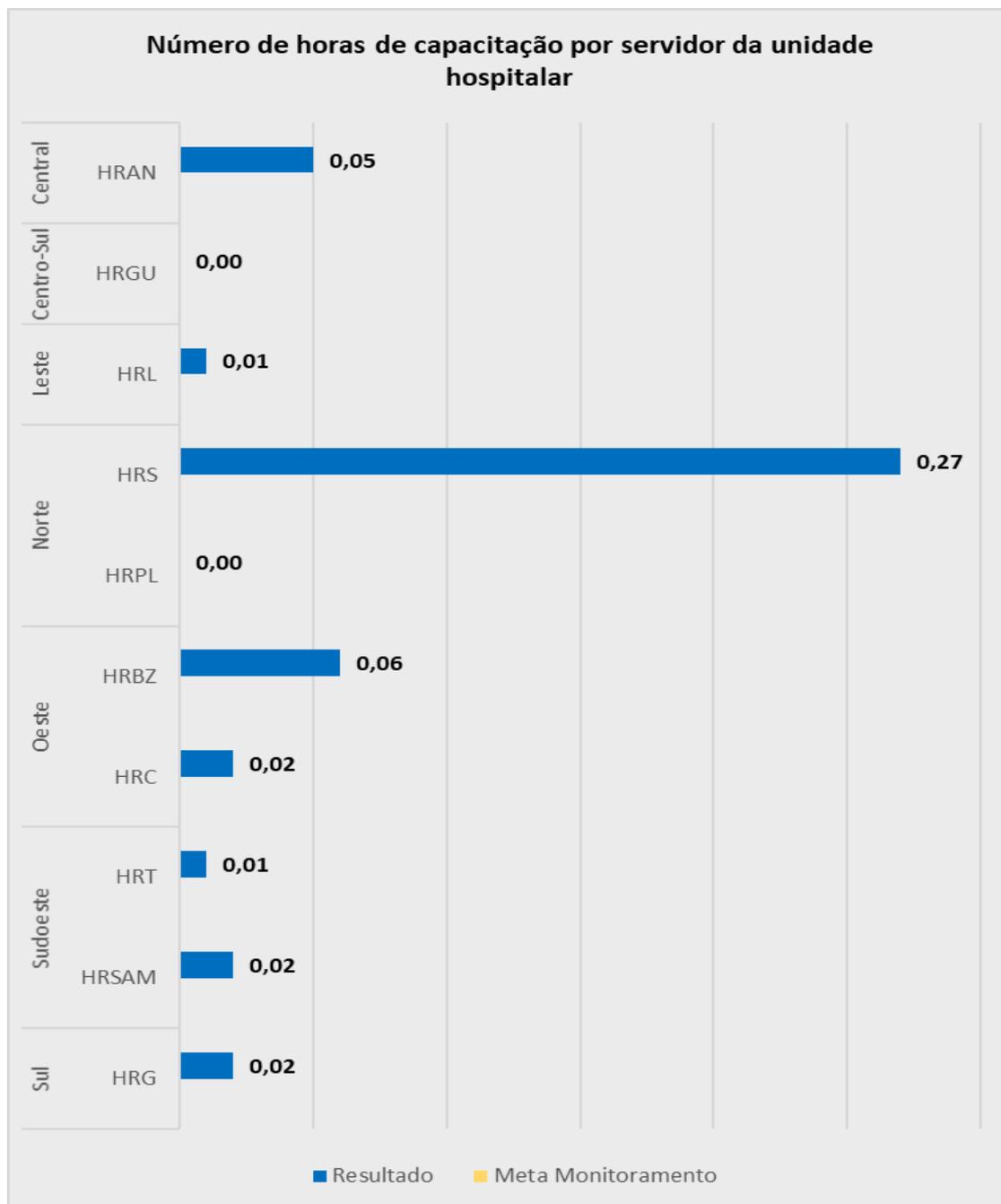
INDICADOR 17: Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar

Fonte: NEPS e Infosaúde

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR:** Somatório de horas de atividades de capacitação realizadas pelos servidores da unidade hospitalar. **DENOMINADOR:** Quantidade de servidores ativos na unidade hospitalar.

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MAIOR MELHOR



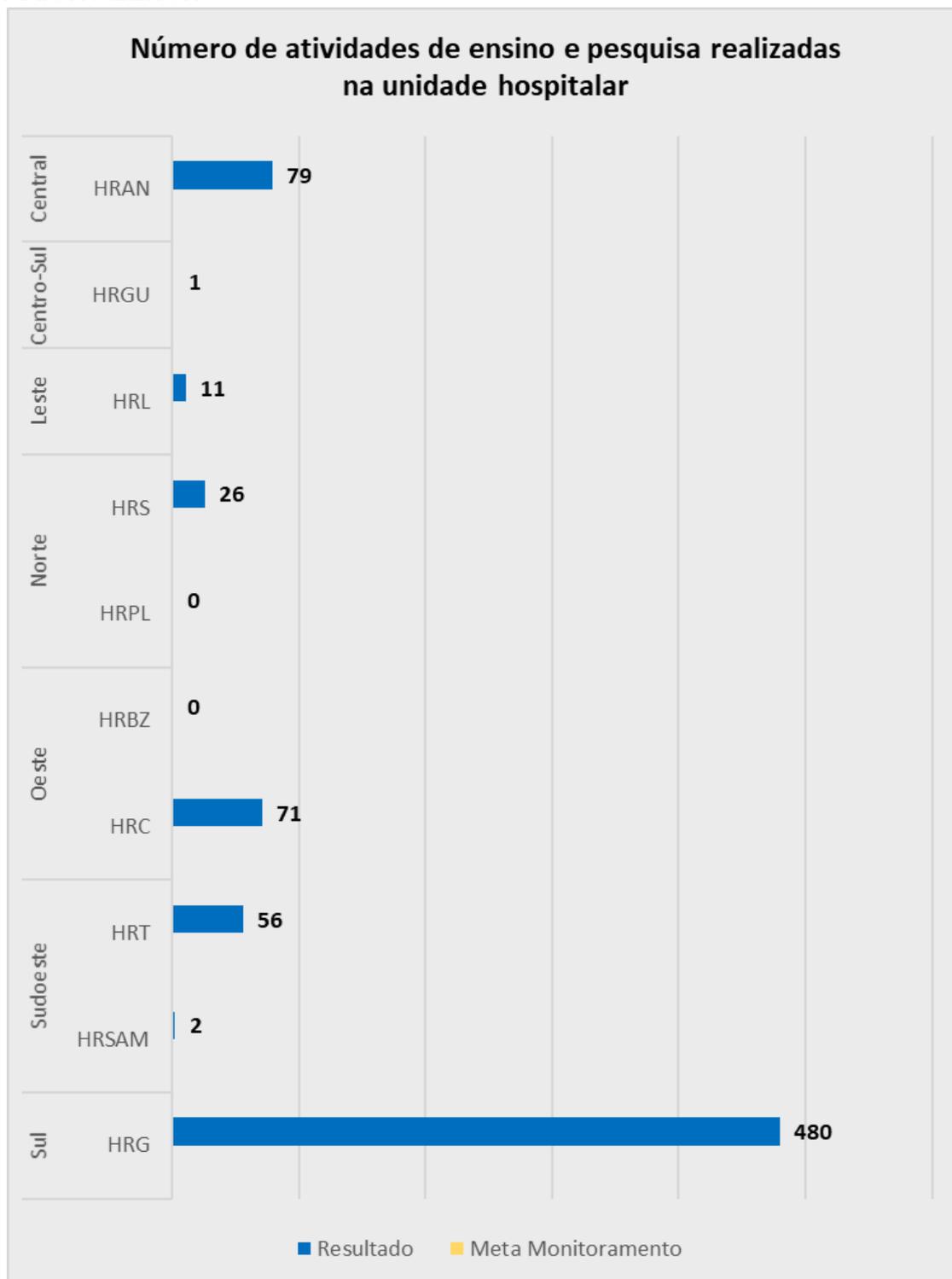
INDICADOR 18: Número de atividades de ensino e pesquisa realizadas na unidade hospitalar

Fonte: Planilha de controle de registros de pesquisas científicas e atividades de ensino do NUPEP

Metodologia de Cálculo: Número absoluto de atividades de ensino e pesquisa registradas no NUPEP

Resultado parcial : Somatório dos resultados mensais

MAIOR MELHOR



Análises dos resultados dos indicadores de 17 a 18

*Análise quadrimestral das principais ações e dificuldades no processo de monitoramento e avaliação no período.

CENTRAL	<p>Análise do indicador 17: Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar</p> <p>O hospital atingiu um índice de 0.5h influenciadas por fatores como: A emissão de certificados pelo NEPS tem ocorrido com um lapso temporal entre a realização do curso e a emissão do certificado. O delay está relacionado, por vezes, ao atraso no envio do Relatório do curso pelo setor responsável pela realização e, por vezes, pela sobrecarga de demandas internas do setor.</p> <p>A gestão dos estágios do HRAN encontra-se vinculada ao NEPS, trazendo muitas pressões de demanda ao NEPS;</p> <p>Mudança de gestão no núcleo favoreceu a revisão dos processos de trabalho da unidade.</p> <p>Análise do indicador 18: Número de Atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade hospitalar</p> <p>O hospital atingiu um número de 79, com variações influenciadas por fatores como:</p> <p>Núcleo passando por reestruturação na chefia e equipe de servidores;</p> <p>Melhoria nos registo das capacitações de Projeto de Pesquisa Independente em Dermatologia pela SES/DF, Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de pós-graduação da Residência Médica em Cirurgia Geral pela SES/DF, Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de pós-graduação da Residência Médica em Cirurgia Geral pela SES/DF, Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de pós-graduação de Mestrado em Medicina Tropical pela UNB.</p> <p>Como pontos positivos, destacam-se o apoio da equipe de planejamento do HRAN para melhoria nos registros das atividades de ensino e pesquisa e construção de plano de ação para credenciamento do hospital de ensino do HRAN.</p>
CENTRO -SUL	<p>Análise do indicador 17: Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar e indicador 18: Número de Atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade hospitalar</p> <p>Enfrentam desafios significativos devido a diversos fatores estruturais e operacionais. O primeiro obstáculo é o porte da unidade, que não favorece a realização de estudos acadêmicos e não possui características de hospital-escola, limitando seu potencial como centro de ensino e pesquisa. Verifica-se igualmente a necessidade de alinhamento do fluxo de informações sobre a oferta de cursos, que acontecem esporadicamente e in loco, mas sem a devida notificação ao NEPS para viabilizar seu monitoramento.</p>

	<p>Além disso, a defasagem das equipes assistenciais representa um impacto crítico. O déficit de profissionais, aliado à necessidade de recomposição frequente das escalas com Trabalho por Prazo Determinado (TPD), sobrecarrega os servidores e reduz drasticamente a disponibilidade de tempo para participação em cursos de capacitação. Como resultado, a qualificação profissional torna-se secundária frente à demanda assistencial, comprometendo diretamente o crescimento desses indicadores.</p> <p>Na tentativa de mitigar essas dificuldades, foram encaminhadas às unidades, via SEI, diretrizes para o desenvolvimento de cursos de aperfeiçoamento com emissão de certificado, além de links para cursos oferecidos por diversas instituições de capacitação vinculadas à SES. Também foram disponibilizadas orientações para fomentar o desenvolvimento de pesquisas no hospital. No entanto, a evolução desses indicadores ainda depende da disponibilidade e do interesse dos profissionais, que, diante do cenário de alta carga de trabalho e escassez de recursos humanos, frequentemente não conseguem aderir às iniciativas oferecidas.</p> <p>Dessa forma, sem uma melhoria no quadro de pessoal, um reequilíbrio na carga assistencial e a implementação de estratégias que viabilizem a participação ativa dos profissionais em atividades de ensino e capacitação, a unidade hospitalar continuará enfrentando dificuldades para atingir melhores resultados nesses indicadores.</p>
LESTE	<p>Análise do indicador: Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar</p> <p>A capacitação contínua da força de trabalho hospitalar é essencial para a melhoria da qualidade assistencial e a segurança do paciente. No HRL, a pactuação com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) tem possibilitado o levantamento de temas prioritários para a capacitação, considerando as necessidades específicas da atenção hospitalar. Entretanto, o baixo quantitativo de recursos humanos no NEPS constitui um desafio para a ampliação da oferta de capacitações, o que reforça a necessidade de estabelecer parcerias com outros setores e instituições. Como resposta a essa limitação, o hospital tem buscado alinhamento com os projetos institucionais estratégicos, como a Reestruturação dos Hospitais Públicos (RHP), a fim de potencializar a atuação do núcleo. Entre as ações realizadas, destaca-se:</p> <p>Aplicação de questionário via Google Forms para mapear as demandas de capacitação entre os servidores do HRL; Realização de diagnóstico situacional do NEPS pelos consultores do Projeto RHP, com identificação de fragilidades e sugestões de melhorias;</p> <p>Entrega da ferramenta de planejamento 5W2H, com foco na elaboração de planos de ação estruturados e alinhados às diretrizes da gestão hospitalar;</p> <p>Inclusão da Educação Permanente no planejamento anual da Atenção</p>

	<p>Hospitalar, garantindo sua institucionalização.</p> <p>As próximas etapas envolvem a implementação dos planos de ação derivados do 5W2H, com cronogramas definidos, metas mensuráveis e avaliação contínua dos resultados. Dessa forma, o HRL reafirma seu compromisso com o desenvolvimento profissional contínuo dos servidores, mesmo diante das limitações de equipe, adotando estratégias integradas que viabilizem o aumento progressivo das horas de capacitação por servidor.</p> <p>Análise do indicador: Número de Atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade hospitalar</p> <p>Trata-se de um indicador novo para o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Inovação (NUEP), o que requer estruturação inicial de processos e instrumentos de acompanhamento. O HRL iniciou o mapeamento e planejamento das ações conforme orientações do Caderno AGL, com o objetivo de consolidar uma política institucional de fomento às atividades de ensino e pesquisa. Entretanto, o núcleo atualmente conta com apenas uma servidora, o que impõe limitações operacionais para o registro, acompanhamento e entrega dos dados relacionados ao indicador. Entre os principais desafios enfrentados pelo NUEP, destacam-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausência de um sistema estruturado de controle das atividades científicas e publicações vinculadas ao HRL e à Região de Saúde Leste; Dificuldade em mapear trabalhos desenvolvidos por residentes médicos e multiprofissionais, dado o elevado número de programas que utilizam o HRL como cenário de prática acadêmica; Necessidade de articulação com instituições de ensino parceiras e preceptores locais, para consolidar um banco de dados confiável com registros de eventos, produções científicas e pesquisas em andamento. <p>Mesmo diante das limitações, o NUEP tem atuado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> Planejar ações conforme metas pactuadas; Buscar apoio institucional e intersetorial para fortalecer a atuação do núcleo; Elaborar instrumento padronizado para controle e rastreamento das atividades científicas, com foco na valorização da produção acadêmica e na integração ensino-serviço. <p>A expectativa é que, com a consolidação dos processos internos e fortalecimento do corpo técnico do NUEP, o HRL avance na qualificação e ampliação das atividades de ensino e pesquisa, refletindo a importância da unidade como polo de formação e desenvolvimento profissional em saúde.</p>
<p>NORTE</p>	<p>HRPL</p> <p>Indicador 17- Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar.</p> <p>Análise: Este indicador tem como função mensurar o quantitativo de horas de atividades de capacitação promovidas no âmbito do Hospital ou realizadas pelos servidores lotados na unidade hospitalar. Em 2024, o Indicador apresentou um resultado crítico, com média anual significativamente abaixo do esperado para</p>

uma unidade hospitalar, onde a atualização técnica contínua é essencial. O resultado foi em decorrência de fatores atípicos, como a reforma do auditório – principal espaço destinado às atividades educacionais – e a sobrecarga da equipe durante surtos de doenças endêmicas, como dengue e infecções respiratórias. Esses eventos impactam diretamente a realização de ações formais de capacitação prejudicando o monitoramento do indicador.

Indicador 18- Não se aplica ao HRPL

HRS

Indicador 17- Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar.

Análise: O indicador de número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar (HRS) ao longo de 2024 revela um desempenho bastante reduzido e marcado pela ausência de constância. O valor acumulado no ano foi de apenas 0,27 horas por servidor, muito abaixo do esperado para um ambiente hospitalar que exige atualização contínua e capacitação técnica permanente.

Destaca-se o mês de janeiro, com um pico isolado de 1,58 hora, seguido por uma queda expressiva e persistente, com todos os demais meses registrando valores inferiores a 0,5 hora.

Essa baixa adesão à capacitação compromete diretamente a qualidade da assistência prestada, impactando negativamente a segurança do paciente, a eficiência operacional e a adesão a protocolos institucionais, além de favorecer o uso inadequado de tecnologias e práticas desatualizadas.

Apesar da existência de um cronograma anual de capacitação, alinhado às necessidades dos setores, os avanços foram limitados devido, principalmente, à baixa adesão dos servidores e à ausência de carga horária protegida para participação nas formações.

Como estratégia de superação, a instituição tem investido na implantação de metodologias de ensino híbrido (presencial e online), buscando ampliar o acesso dos profissionais aos conteúdos, sem comprometer a rotina assistencial.

A qualificação contínua das equipes deve ser tratada como um instrumento estratégico fundamental para o fortalecimento da assistência, a mitigação de riscos e a promoção de um cuidado mais seguro, eficiente e baseado em evidências.

Indicador 18- Número de atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade hospitalar

Análise: A análise do indicador Número de atividades de ensino e pesquisa realizadas na unidade hospitalar – HRS em 2024 revela uma Distribuição bastante concentrada nos primeiros meses do ano, seguida por quase total ausência de ações no segundo semestre.

Foram realizadas 27 atividades no total, com destaque para janeiro, fevereiro e março, que juntos somam 25 ações (10 em janeiro, 10 em fevereiro e 5 em março). A partir de abril, observa-se uma queda acentuada, com apenas 1 atividade em abril e maio e nenhuma nos meses subsequentes até dezembro.

	<p>Considerando que o HRS é reconhecido como hospital de ensino, a baixa frequência e a descontinuidade das atividades de ensino e pesquisa ao longo de 2024 tornam-se ainda mais preocupantes.</p> <p>A missão de um hospital de ensino vai além da assistência – ela inclui o compromisso com a formação de profissionais de saúde, a promoção da educação permanente e a produção de conhecimento científico.</p> <p>A concentração das ações apenas nos primeiros meses do ano demonstra fragilidade na institucionalização da agenda acadêmica e falta de integração entre os setores assistenciais e os programas de ensino e pesquisa. Essa lacuna compromete não só o potencial formador do hospital, mas também o desenvolvimento profissional das equipes, a inovação nos processos de cuidado e a qualificação da assistência prestada.</p> <p>Para reverter esse cenário é fundamental fortalecer o Núcleo de Ensino e Pesquisa, com apoio da direção e estrutura organizacional adequada, desenvolver um plano anual de ensino e pesquisa, com metas, cronograma e acompanhamento e incentivar a produção científica dos profissionais do hospital, por meio de eventos internos, grupos de estudo e apoio à publicação.</p>
<p>OESTE</p>	<p>Análise do indicador 17: Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar</p> <p>HRBZ:Foi realizado algumas capacitações no decorrer do ano, como Capacitações realizadas pelo NQSP Preenchimento do Checklist de Cirurgia; NHEP: Oficina de planejamento Capacitações realizadas pelo NQSP Preenchimento do Checklist de Cirurgia Segura; Oficina de Planejamento 2024 da Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Distrito Federal; NCIH: Medidas de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico; Capacitações realizadas pelo NQSP Identificação Correta do Paciente, Melhorar a Segurança na Administração de Medicamentos e Comunicação Efetiva; NHEP: TREINAMENTO EM SERVIÇO- Vigilância epidemiológica do HIV/aids, hepatites virais e sífilis; NCIH: Protocolo de Limpeza do Leito do Paciente; Oficina de Preparação à Resposta Rápida frente a um Caso Suspeito de Sarampo; Treinamento G O D A T A - para cadastro e monitoramento dos casos e contatos de mpox.</p> <p>Análise do indicador 18: Número de Atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade hospitalar.</p> <p>O Núcleo de Ensino e Pesquisa da Região de Saúde Oeste informou que não recebeu nenhum pedido de solicitação de autorização para realização de pesquisa no Hospital Regional de Brazlândia.</p> <p>Análise do indicador 17: Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar</p> <p>HRC:Apesar das atividades de capacitação/treinamentos realizadas pelo NEPS durante o ano de 2024 o indicador permaneceu baixo (0,02% de média anual). Saliento que houve ações educativas realizadas pela DIRAPS porém destinaram-se a atender a atenção primária e por isso não foram contabilizadas</p>

	<p>no indicador.</p> <p>Análise do indicador 18: Número de Atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade hospitalar</p> <p>As atividades de ensino e pesquisa na unidade apresentaram crescimento durante o ano com leve decréscimo nos meses de junho e julho. A presença de programas de residência na unidade podem ter influenciado no crescimento do indicador.</p>
SUDOESTE	<p>O eixo de gestão do trabalho e educação são indicadores de monitoramento que visam incentivar processos e trabalhos melhorados e aumentar a capacitação dos servidores e estudantes de saúde, promovendo uma melhor qualidade no serviço. O Indicador 17 tem como função mensurar o quantitativo de horas de atividades de capacitação promovidas no âmbito do Hospital ou realizadas pelos servidores lotados na unidade hospitalar, com o intuito de monitorar a participação dos servidores nas atividades de capacitação, dando visibilidade e incentivo a melhoria dos processos de trabalho na unidade. O Indicador 18 tem o objetivo de mensurar e acompanhar o número de atividades de ensino e pesquisa realizadas no âmbito do Hospital e cadastradas no NUEP, a fim de dar visibilidade ao volume de atividades de ensino e pesquisa produzidos, além de correlacionar o número de pesquisas apresentadas ao NUEP à quantidade de formandos dos Programas de Residência.</p> <p>Análise do indicador 17: Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar.</p> <p>HRSAM: Está muito aquém do que desejamos alcançar com base no número de servidores na unidade, foi realizado um alinhamento com a equipe do NEPS, no sentido de gerenciamento e análise do indicador, para posterior plano de ação, visto que o processo de trabalho da Unidade passou por modificações para se adequar ao acordo de gestão.</p> <p>HRT: iniciamos o ano de 2024 com o indicador muito abaixo da meta estipulada, o qual resta insuficiente quando levamos em consideração o número de servidores na unidade, foi realizado um alinhamento com a equipe do NEPS de forma regional, no sentido de gerenciamento e análise do indicador, para posterior plano de ação.</p> <p>Análise do indicador 18: Número de Atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade hospitalar</p> <p>HRSAM e HRT: As duas unidades de saúde devem ser analisadas de forma distinta, pois a Residência Médica na região Sudoeste é gerenciada pelo NUEP, vinculada ao Hospital Regional de Taguatinga (HRT), que recebe todos os alunos. Por sua vez, o Hospital Regional da Samambaia (HRSam) não possui residência médica própria, mas recebe residentes para áreas específicas, como Cirurgia Geral e Ginecologia Obstetrícia. As atividades de ensino e pesquisa são desenvolvidas majoritariamente no HRT, abrangendo Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) relacionados à residência médica multiprofissional, além de graduação, pós-graduação, mestrado e iniciação científica, aproveitando as</p>

	<p>multiespecialidades presentes em nossas unidades.</p>
<p>SUL</p>	<p>Análise do indicador 17: Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar.</p> <p>Análise dos Dados: A partir dos dados, observam-se oscilações significativas ao longo dos meses, com picos nos meses de março, abril e novembro, enquanto os meses de junho e maio apresentam os menores índices.</p> <p>Análise Crítica dos Resultados:</p> <p>Tendências e Padrões Identificados: Houve um aumento significativo da capacitação nos meses de março, abril e novembro, resultado de ações educativas estruturadas.</p> <p>O menor desempenho foi registrado em junho (0,23%), possivelmente devido a fatores sazonais, como férias e baixa disponibilidade de cursos.</p> <p>A média anual do indicador é de aproximadamente 1,49%, evidenciando que a capacitação ainda precisa ser fortalecida.</p> <p>Ações Implementadas e Seus Impactos: Foram intensificadas as divulgações de capacitações por meio de murais e meios digitais, facilitando o acesso às informações.</p> <p>Houve aumento na oferta de capacitações em parceria com a Fiocruz, incluindo cursos de especialização e mestrado profissional.</p> <p>A promoção de visitas in loco permitiu identificar demandas e otimizar as ações de capacitação.</p> <p>Limitações como falta de recursos humanos e dificuldades na liberação de servidores para capacitação impactaram negativamente os resultados.</p> <p>Propostas para Melhoria do Indicador</p> <p>Planejamento Estruturado: Criar um cronograma de capacitação distribuído ao longo do ano, evitando oscilações bruscas.</p> <p>Incentivos e Engajamento: Implementar reconhecimento para servidores que participam ativamente das capacitações.</p> <p>Flexibilização: Expandir a oferta de cursos online e assíncronos.</p> <p>Monitoramento Contínuo: Melhorar a coleta de informações sobre capacitações externas realizadas pelos servidores.</p> <p>Conclusão: O indicador 17 apresentou oscilações ao longo do ano, refletindo tanto esforços de capacitação quanto desafios estruturais. As ações implementadas mostraram impacto positivo, mas ainda há espaço para melhorias. A continuidade das estratégias de capacitação e a busca por maior adesão dos servidores são essenciais para aprimorar os índices em 2025.</p> <p>Análise do indicador 18 comparando ao ano anterior 2023, o número de</p>

pesquisas aumentou, o número de inscrições de voluntários também aumentou, principalmente por conta da dengue no início do ano, e aumentou também o número de certificados.

Dificuldades encontradas apenas quanto a impressão de certos documentos como crachás e certificados coloridos, pois este núcleo (NUEP) apesar da demanda gigantesca, não possui uma impressora no setor, o que por vezes atrasa o serviço, pois muitas vezes encontramos impressoras travadas e que não imprime ou outros problemas.

Os Processos de trabalho foram fortalecidos e aperfeiçoados durante todo o ano através de reuniões periódicas com todas as regionais da SES/DF, ocasionando uma melhoria nos fluxos de pesquisas e de voluntários inscritos de cada região.

Dificuldades com a falta de equipamentos (impressora), ainda são fatores limitantes.

Houve melhora significativa dos processos de trabalho principalmente com a definição dos fluxos a serem seguidos, seja para pesquisas ou para o voluntariado profissional.

O resultado foi satisfatório, e o NUEP está a cada dia mais satisfeito com o trabalho desenvolvido e os resultados alcançados.

Tema: Gestão

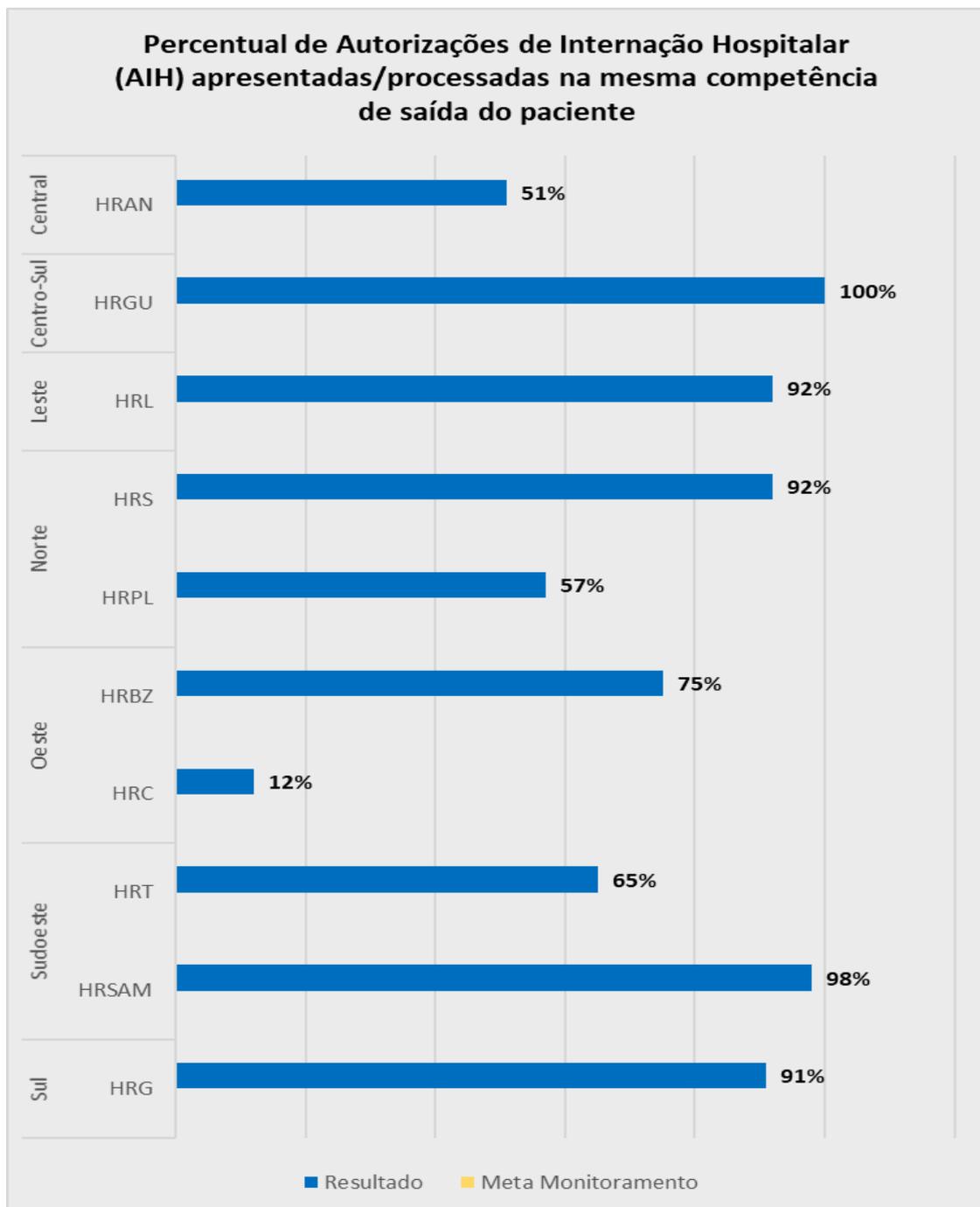
INDICADOR 19: Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente

Fonte: SIH/SUS

Metodologia de Cálculo: **NUMERADOR:** Total de AIHs dos estabelecimentos hospitalares públicos processados com saída hospitalar dentro do mesmo mês de processamento. **DENOMINADOR:** Total de AIH dos estabelecimentos hospitalares públicos apresentados na competência. **MULTIPLICADOR:** 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MAIOR MELHOR



INDICADOR 20: Percentual de Não Conformidades Resolvidas

Fonte: SIGECH

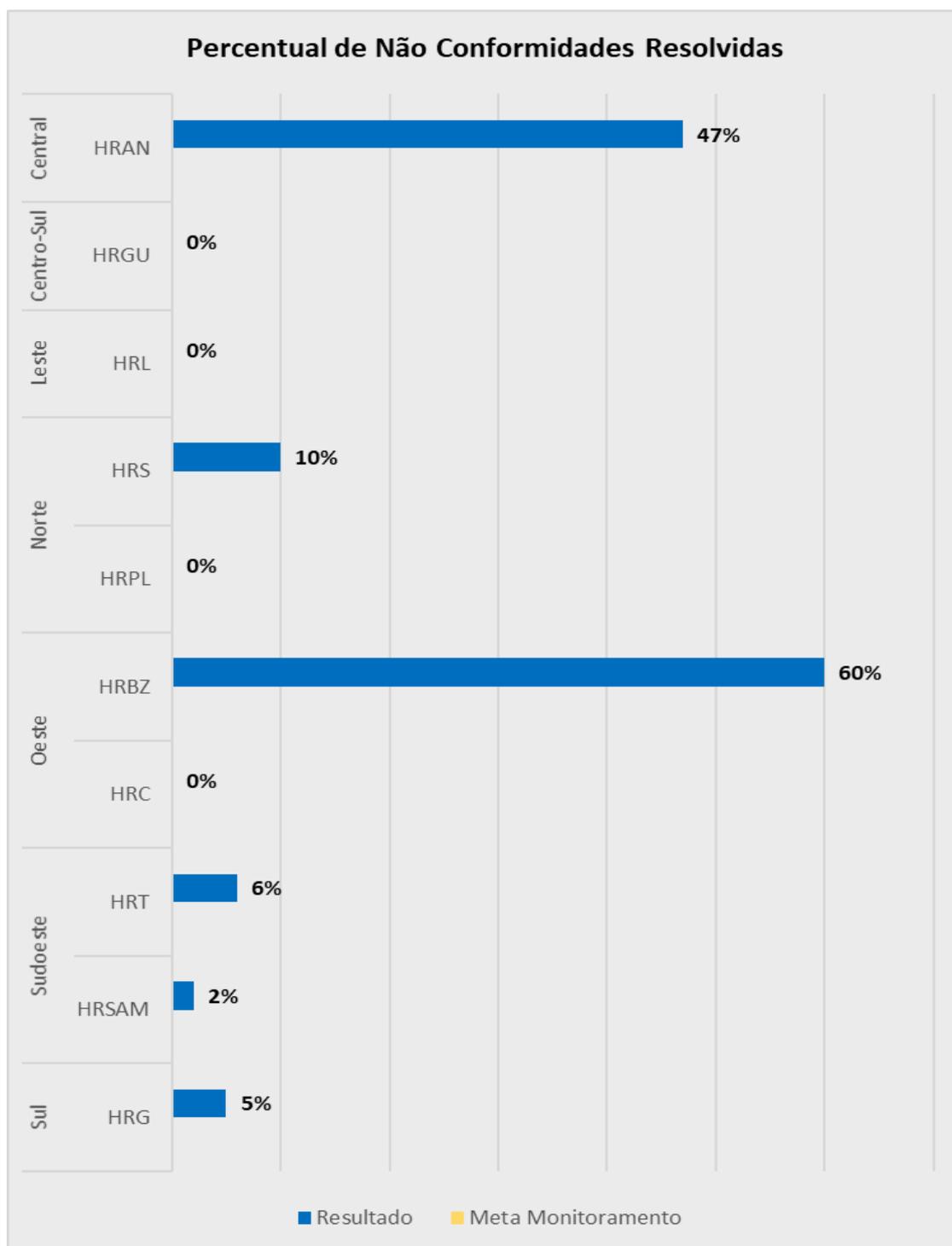
Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Total de não conformidades resolvidas pelo hospital.

DENOMINADOR: Total de não conformidades de resolubilidade do hospital elencadas no SIGECH.

MULTIPLICADOR: 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MAIOR MELHOR



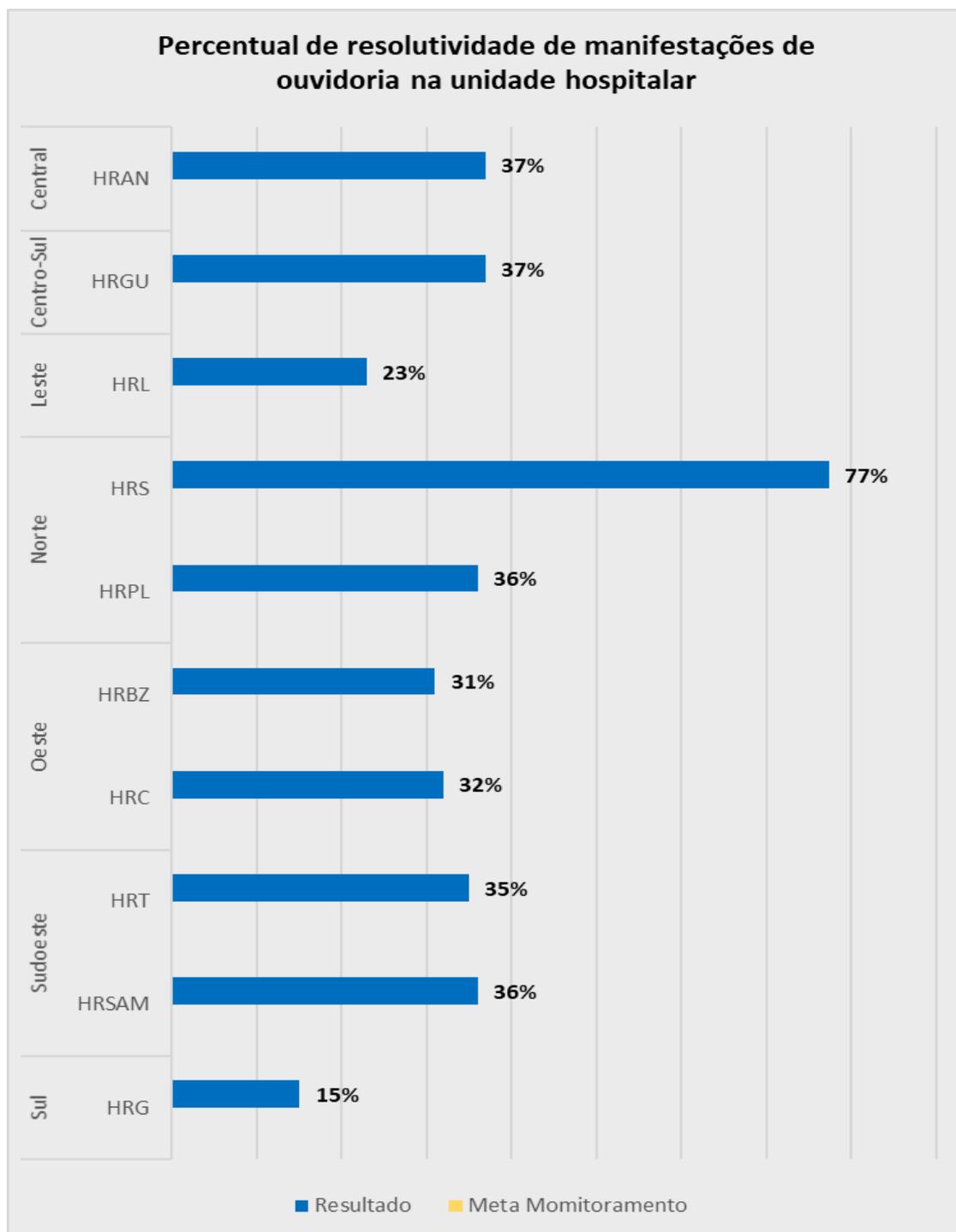
INDICADOR 21: Percentual de resolutividade de manifestações de ouvidoria na unidade hospitalar

Fonte: Painel de Ouvidoria: <http://www.painel.ouv.df.gov.br/>

Metodologia de Cálculo: NUMERADOR: Total de manifestações (Resolvidas + Resolvidas Após Resposta Complementar). DENOMINADOR: Total de Manifestações Avaliadas (Resolvidas + Resolvidas Após Resposta Complementar + Não Resolvidas + Não Resolvidas após Resposta Complementar). MULTIPLICADOR: 100

Resultado parcial : Média dos resultados mensais.

MAIOR MELHOR



Análises dos resultados dos indicadores de 19 a 21

*Análise quadrimestral das principais ações e dificuldades no processo de monitoramento e avaliação no período.

CENTRAL

Análise do indicador 19: Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente HRAN: ao longo dos meses de 2024. O hospital atingiu um índice de 51%, com variações influenciadas por fatores como:

Máquinas obsoletas dificultando o desempenho do trabalho;

Sistema Trackare com lentidão e com algumas dificuldades de importação de serviços realizados no Hran para o faturamento;

Falta de servidores hoje contamos com apenas 10 servidores um total de 340 hs, sendo um servidor de 40hs afastado para tratamento médico;

No decorrer do ano tivemos aposentadoria e transferência de servidor o que nos levou a redesenhar a forma de trabalhar ou seja sobrecarregando os demais servidores lotados no Ncais;

Tivemos também problemas externos que impactam no faturamento como exemplo a crise da Dengue no DF;

Falta de concessão de habilitação, como exemplo Fissurados;

Redução no número de cirurgias realizadas no Hran devido a falta de anestesista e outros gargalos no fluxo cirúrgico.

Como pontos positivos, destacam-se ampliação da carga horária de um servidor para 40h e a disponibilidade de TPD para o núcleo.

Análise do indicador 20: Percentual de Não Conformidades Resolvidas-apontadas pela DIVISA/SVS e registradas no SIGECH

O hospital atingiu um índice de 47%, com variações influenciadas por fatores como:

Falta de recurso financeiro na região limitou a execução das não conformidade referente a infraestrutura;

Mudança de chefia nas áreas que foram constatadas as inconformidades afetando o andamento das regularidade.

Dificuldade de envolvimento das equipe do hran para resolver as inconformidade apresentadas pela DIVISA

Como pontos positivos, destacam-se a revisão do processo de trabalho que era realizado para organizar o monitoramento das não conformidade apontada no HRAN para habilitação.

Análise do indicador 21: Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar

HRAN: ao longo dos meses de 2024. O hospital atingiu um índice de 37%, com variações influenciadas por fatores como:

	<p>Suspensões de cirurgias por falta de anestesista; Agendas de pacientes desmandar sem avisar ao paciente; Atendimento dos médicos e equipe de enfermagem. Como pontos positivos, destacam-se a mudança da forma de agendamento dos pacientes que precisam marcar o retorno da consulta. Sendo feito agora pelo médico. Contratação de serviço de anesthesiologia para o hospital pela SESDF.</p>
<p>CENTRO -SUL</p>	<p>Análise do indicador 19: Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente Alcançou 100% ao longo do ano, com uma pequena distorção no mês de julho, causada por ajustes operacionais. Esse resultado demonstra a efetividade do fluxo de processamento das AIH, garantindo maior eficiência nos trâmites administrativos e financeiros.</p> <p>Análise do indicador 20: Percentual de Não Conformidades Resolvidas-apontadas pela DIVISA/SVS e registradas no SIGECH</p> <p>Ainda está em fase de desenvolvimento, pois foi necessária uma melhor compreensão das variáveis envolvidas. Em julho, foi realizada uma reunião com a Gerência de Cadastro para esclarecimentos técnicos e definição de estratégias. Uma das principais dificuldades está no manuseio da ferramenta de extração de dados, que requer aprimoramento para garantir maior precisão e agilidade na análise das inconformidades. Além disso, questões de governança ainda precisam ser superadas para que o processo de saneamento das pendências seja mais eficiente.</p> <p>Análise do indicador 21: Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar</p> <p>O indicador tem sido monitorado e uma ação específica foi traçada para garantir o cumprimento dos prazos de resposta das ouvidorias, conforme as diretrizes da SES. Entretanto, ainda há dificuldades significativas para garantir a resolutividade dentro dos prazos estabelecidos. O principal desafio decorre do tipo de demanda apresentada pelos cidadãos, que muitas vezes envolve questões complexas e multidisciplinares, exigindo respostas que dependem da articulação entre diferentes setores do hospital e da rede de saúde. Além disso, a limitação de pessoal impacta diretamente a capacidade da unidade em fornecer respostas oportunas, pois os profissionais precisam conciliar essa atividade com outras atribuições assistenciais e administrativas.</p> <p>Para mitigar os entraves existentes, foi enviado um SEI às unidades responsáveis, solicitando novos dados sobre demandas pendentes, com o objetivo de regularizar os registros e permitir a baixa no sistema. No entanto, o avanço do indicador depende não apenas da atualização cadastral, mas também da implementação de mecanismos internos de monitoramento que permitam identificar e corrigir não conformidades de forma mais ágil.</p>

	<p>Dessa forma, a melhoria contínua desses indicadores exige não apenas esforços operacionais, mas também a adoção de estratégias estruturais, incluindo capacitação dos profissionais, otimização de fluxos internos e aprimoramento das ferramentas de gestão, garantindo que as demandas sejam tratadas com maior eficiência e dentro dos prazos estipulados.</p>
<p>LESTE</p>	<p>Análise do indicador: Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente.</p> <p>O indicador apresenta os desafios relacionados ao cumprimento do prazo para apresentação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) no mesmo mês da alta do paciente, o que impacta diretamente a eficiência do faturamento hospitalar e a captação de recursos. O Núcleo de Controle, Avaliação, Informação e Saúde Suplementar (NCAIS) do HRL realiza reuniões mensais com a equipe multiprofissional, com o objetivo de identificar fragilidades no processo de registro, revisão e faturamento. Nessas reuniões, são pactuadas ações de melhoria, especialmente em relação ao preenchimento adequado dos prontuários e da GAE (Guia de Autorização de Internação), bem como à checagem da prescrição médica, evoluções cirúrgicas e procedimentos realizados. Um dos principais entraves identificados é o reprocessamento e retrabalho enfrentado pela equipe, que frequentemente precisa acessar evoluções de enfermagem e outros documentos clínicos para corrigir falhas na documentação inicial e, assim, viabilizar o correto faturamento. Essa situação reduz a agilidade no envio das AIHs dentro da competência de saída do paciente. Outro desafio apontado é o faturamento de cirurgias com uso de OPME consignadas, uma vez que, segundo relato da área técnica, o setor de faturamento é o último a receber os documentos (via SEI), muitas vezes fora do prazo da competência, dificultando a finalização do processo dentro do tempo previsto. Além disso, há necessidade de mapeamento das fragilidades por setor assistencial, reforçando a importância da padronização dos registros clínicos, capacitação dos profissionais envolvidos no preenchimento da documentação e melhoria na integração entre áreas técnicas, assistenciais e administrativas.</p> <p>Portanto, o indicador evidencia a necessidade de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Melhorar a comunicação entre setores para garantir o envio tempestivo da documentação; Qualificar continuamente as equipes assistenciais e administrativas; Padronizar rotinas de preenchimento e revisão de prontuários; Aprimorar o fluxo interno de recebimento de notas fiscais e documentos relativos às OPMEs. <p>Com essas ações, espera-se reduzir o retrabalho, elevar a taxa de AIHs apresentadas dentro da competência e maximizar a recuperação financeira do hospital.</p> <p>Análise do indicador: Percentual de Não Conformidades Resolvidas-apontadas pela DIVISA/SVS e registradas no SIGECH.</p>

O indicador evidencia o desempenho institucional na resolução das não conformidades sanitárias apontadas pela DIVISA/SVS e registradas no sistema SIGECH. No período analisado, o percentual não apresentou melhora significativa, mantendo-se em patamar semelhante ao período anterior. O Hospital Regional do Leste (HRL) segue trabalhando com planos de ação voltados para as áreas críticas, principalmente a UTI, Pronto-Socorro, Farmácia e Enfermaria Cirúrgica. Estas áreas ainda possuem pendências de não conformidades registradas no SIGECH, especialmente a UTI e o setor de farmácia, que seguem como foco principal das ações de reestruturação. Atualmente, o HRL conta com o acompanhamento técnico de consultores do projeto “Reestruturação dos Hospitais Públicos (RHP)”, que vêm apoiando na implantação de planos de ação baseados em ferramentas de gestão e nas melhorias da assistência prestada. Apesar do apoio técnico e do engajamento local, houve entraves institucionais que impactaram diretamente a execução das ações planejadas. Destaca-se como principal fator limitante para o avanço no indicador o período de transição na alta gestão do hospital, com troca de superintendência e direção, o que gerou pausas e descontinuidades na implementação dos planos de ação. Essa instabilidade comprometeu a continuidade das atividades de monitoramento e correção das não conformidades já identificadas. Portanto, a análise do indicador reforça a necessidade de:

Retomar com celeridade a execução dos planos de ação pendentes;
Estabelecer mecanismos de continuidade das ações mesmo em momentos de transição de gestão;
Fortalecer a governança local e a comunicação entre os setores estratégicos (UTI, Farmácia, Enfermarias e PS);
Acompanhar ativamente os prazos e atualizações no SIGECH para garantir maior conformidade regulatória.

A expectativa é que, com a reorganização da gestão e continuidade do apoio técnico do projeto RHP, o hospital retome o avanço no cumprimento das exigências da vigilância sanitária, resultando em melhoria progressiva do indicador.

Análise do indicador: Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar

O indicador reflete a capacidade da unidade hospitalar em responder e solucionar as manifestações registradas pela ouvidoria, dentro dos prazos estabelecidos e com a devida qualidade na resolução das demandas. No HRL, têm sido realizados esforços com gestores e servidores para o cumprimento rigoroso dos prazos de resposta às manifestações, por meio de reuniões periódicas e pactuação de prazos e responsabilidades. Além disso, a Educação Permanente tem promovido ações de capacitação focadas na comunicação

	<p>entre usuários e profissionais, com o objetivo de prevenir situações geradoras de manifestações e promover um ambiente mais acolhedor e resolutivo. Apesar dos esforços, o setor de ouvidoria ainda apresenta fragilidades estruturais e organizacionais, como a troca frequente de chefia, o que compromete a continuidade e a efetividade das ações planejadas. Essas trocas impactam diretamente na organização dos fluxos internos, resposta às demandas e integração com as demais áreas assistenciais e administrativas do hospital. Dessa forma, recomenda-se:</p> <p>Estabilização da chefia da ouvidoria, com foco na continuidade da gestão e no fortalecimento institucional do setor;</p> <p>Inserção permanente do núcleo de ouvidoria no Colegiado de Atenção Hospitalar, de modo a favorecer a pactuação de fluxos, integração com os demais núcleos estratégicos e construção coletiva de ações de melhoria;</p> <p>Implementação de indicadores internos de acompanhamento da resolutividade, com devolutiva periódica aos setores mais demandados;</p> <p>Ampliação das ações educativas voltadas à escuta qualificada, empatia no atendimento e gestão de conflitos.</p> <p>Com essas medidas, espera-se melhorar a resolutividade das manifestações e reforçar a ouvidoria como instrumento estratégico de gestão participativa, contribuindo para a melhoria contínua da assistência e da experiência do usuário no HRL.</p>
<p>NORTE</p>	<p>Análise do indicador 19: Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente</p> <p>Análise: O Indicador avalia a eficiência do processamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) no Sistema Único de Saúde (SUS), medindo o percentual de AIHs processadas no mesmo mês em que o paciente teve alta hospitalar. No decorrer de 2024, houve uma expressiva evolução na gestão das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), quando comparado ao ano anterior, foram processadas 11.653 Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) na unidade. Do total, 57,77% (6.732 AIHs) foram processadas na mesma competência da alta, 42,23% (4.921 AIHs) apresentaram defasagem temporal. Em 2023, apenas 19,89% das AIHs eram processadas no mês da alta do paciente, com todos os meses abaixo de 30% de conformidade. Em 2024, alcançamos 53,48% de eficiência, representando um aumento 169% no volume de AIHs processadas no prazo, 6 meses com desempenho acima de 60% e um pico de excelência em novembro (91% de conformidade). Apesar do avanço, o HRPL precisa eliminar a sazonalidade negativa e consolidar as práticas bem-sucedidas do 2º semestre de 2024 para atingir a excelência (≥90%).</p> <p>Análise do indicador 20: Percentual de Não Conformidades Resolvidas-apontadas pela DIVISA/SVS e registradas no SIGECH</p>

Análise: O HRPL tem passado por transformações significativas, como revitalizações no centro obstétrico e a conclusão e recebimento provisório do bloco auxiliar, visando a habilitação de novas unidades e serviços junto ao Ministério da Saúde. No entanto, o baixo percentual de resolução de não conformidades nos últimos meses não indica falta de gestão, mas sim desafios estruturais e orçamentários além da governabilidade direta do hospital.

Pontos Críticos Identificados:

Limitações Estruturais e Financeiras:

A baixa taxa de resolução reflete restrições orçamentárias e dependência de recursos externos para adequações físicas, tecnológicas ou de pessoal.

Processos como habilitação exigem investimentos que podem estar fora do escopo imediato da gestão hospitalar.

Impacto na Habilitação e Financiamento:

Não conformidades pendentes impedem a emissão do relatório "Apto" pela DIVISA/SVS, afetando a habilitação dos serviços e, conseqüentemente, o faturamento e repasse de recursos federais.

Comunicação e Gestão Intersetorial:

O alinhamento com gestores superiores é essencial para destravar recursos e priorizar demandas críticas.

Necessidade de melhorar a Comunicação Efetiva entre a Diretoria do Hospital, Diretoria Administrativa e GPMA.

Para o próximo ano, ações serão implementadas para a melhoria do indicador como: Criar um "dossiê de impacto" mostrando quantas habilitações estão travadas por causa de não conformidades e quanto recurso financeiro está deixando de ser captado, entre outros.

Análise do indicador 21: Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar

Em 2024, os dados revelaram uma grande variação na resolutividade mensal, com uma média anual de apenas 34,5% – o que significa que apenas uma em cada três manifestações foi considerada resolvida pelos usuários. Esse resultado aponta para oportunidades significativas de aprimoramento nos processos de atendimento e na efetividade das soluções oferecidas.

Limitações e Desafios

Dependência do feedback do usuário: A subnotificação pode ocorrer quando os cidadãos não respondem às pesquisas de satisfação, distorcendo a percepção real da resolutividade.

Crítérios subjetivos de resolução: A avaliação do que é considerado "resolvido" pode variar entre a equipe técnica e os usuários, exigindo maior padronização e transparência nos processos.

HRS:

Indicador 19 - Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente.

Análise: O indicador de percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente no HRS ao longo de 2024 demonstra bom desempenho e regularidade, com média anual de 92%, evidenciando eficiência nos fluxos administrativos e no processo de faturamento hospitalar.

Após um início de ano com resultado mais baixo em janeiro (81%), observa-se uma progressiva melhoria e estabilidade a partir de março, mantendo-se acima de 90% nos demais meses.

Este desempenho é fundamental para garantir a sustentabilidade financeira do hospital, evitar glosas e assegurar o correto repasse de recursos ao serviço.

Esse resultado reflete também a agilidade da equipe administrativa de faturamento, a organização dos processos de alta hospitalar e a integração entre os setores assistenciais e administrativos.

Indicador 20 - Percentual de Não Conformidades Resolvidas.

Análise: O gráfico do Percentual de Não Conformidades Resolvidas – HRS revela uma oscilação significativa ao longo do ano de 2024, com um desempenho mais consistente no primeiro semestre e uma queda acentuada a partir de agosto, culminando em 0% de resoluções entre outubro e dezembro.

O pico de resoluções (27%) em julho foi o momento de maior foco na correção das falhas identificadas.

A queda para 0% nos últimos três meses do ano evidencia as dificuldades na continuidade das resoluções, sobretudo porque a maioria das pendências está relacionada a manutenções prediais e obras, demandas que extrapolam a alçada direta desta gerência.

Das 26 pendências ainda não resolvidas, apenas 2 estão relacionadas a processos de trabalho e aquisição de equipamentos, e já estão sendo tratadas diretamente com as áreas técnicas. As 24 restantes dizem respeito exclusivamente à infraestrutura, área que não é de competência direta desta gerência

e foge da nossa governabilidade.

No que compete à gerência, todas as providências cabíveis foram tomadas, incluindo a abertura de processos SEI direcionados à Direção Administrativa, tratando-se de solicitações de reparos e manutenções corretivas.

As demais pendências são de conhecimento da Superintendência, Direção Hospitalar e Direção Administrativa, pois envolvem obras que dependem de autorização formal e repasse financeiro específico para serem executadas.

	<p>A baixa taxa de resoluções nos últimos meses não reflete inércia da gerência, mas sim limitações estruturais e orçamentárias fora do alcance direto.</p> <p>O fortalecimento da comunicação intersetorial e o alinhamento com os níveis superiores de gestão são fundamentais para a superação dessas barreiras e a melhoria contínua do ambiente hospitalar.</p> <p>Indicadores como este reforçam a importância de uma gestão colaborativa e transparente, focada em resultados reais para o sistema de saúde.</p> <p>Indicador 21- Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar.</p> <p>Análise: A análise do indicador Percentual de resolutividade de manifestações de ouvidoria na unidade hospitalar (HRS) revela uma tendência positiva durante a maior parte do ano de 2024, com percentuais consistentemente elevados entre janeiro e outubro — destacando-se março com 97% e junho com 91%, o que demonstra o compromisso da equipe com o atendimento eficaz às demandas dos usuários.</p> <p>Contudo, nos últimos dois meses do ano (novembro e dezembro), observa-se uma queda acentuada na resolutividade, com os percentuais despencando para 6% e 23%, respectivamente. Essa redução abrupta compromete o resultado anual, que fechou em 77%.</p> <p>Essa queda pode estar associada a fatores como a dificuldade na resposta intersetorial ou na tramitação interna das manifestações.</p> <p>A manutenção de altos níveis de resolutividade é crucial para garantir a confiança da população, promover melhorias nos serviços e fortalecer a transparência institucional.</p>
OESTE	<p>HRBZ:</p> <p>Análise do indicador 19: Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente Percebe-se, ao analisar o indicador, que os resultados anteriores se manteve acima de 70%, porém no mês de outubro alcançou 95%.</p> <p>HRC:</p> <p>Indicador 19: A análise do indicador demonstra uma melhora nos meses de junho e julho após tratativas com a chefia do NCAIS que procedeu à sensibilização e reformulação do processo (os auditores passaram a revisar as AIHs independentemente da especialidade). Foi realizada uma força tarefa para finalizar a coleta dos meses em atraso, o que pode ser observado pelo crescimento do indicador nos meses</p>

	<p>de maio a julho/2024. Embora o processo tenha sido mantido, houve um decréscimo no mês de agosto associado a afastamentos legais (2 atestados e 1 férias). Nos meses subsequentes, devido a redução do indicador, foram realizadas novas abordagens da equipe pela chefia e pela gerência. Devido a manutenção da queda do indicador, foi solicitado a chefia do NCAIS um controle interno das auditorias realizadas.</p> <p>Análise do indicador 20: Percentual de Não Conformidades Resolvidas-apontadas pela DIVISA/SVS e registradas no SIGECH Verificou-se que a unidade apresenta 59 apontamentos de não conformidade em aberto, a saber 22 não conformidades do hospital, 10 de estrutura física dos quais 30 referem-se a infraestrutura e contratos de manutenção não pertencendo a sua resolução a microgestão.</p> <p>Uma pendência relacionada à segurança do paciente foi discutida em reunião com a chefia do NQSP na qual foi reforçada a necessidade de elaborar protocolos e realizar o devido treinamento com as equipes. Foi salientado pela chefia do núcleo que a ausência de planilhas que comprovem o monitoramento por pelo menos 10 meses do ano de 2019 dos indicadores de adesão aos protocolos básicos de segurança do paciente foi repassado pela equipe do NQSP o que, em última análise, dificulta a resolução da pendência. Por fim, no mês de dezembro foi repassado pelo NQSP que os treinamentos referentes às metas 1, 3 e 6 estavam sendo concluídos.</p> <p>Em relação às pendências no NUCAP apontadas pela DIVISA via processo SEI, referente as inconformidades observadas e lançadas no Sistema de Gestão de Credenciamento e Habilitação (SIGECH) para habilitação de serviços neste nosocômio foram encaminhadas ao NUCAP e seguem aguardando resolução e elaboração de protocolos.</p> <p>Análise do indicador 21: Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar A avaliação do indicador demonstra que menos da metade das manifestações/mês foram resolvidas. A maioria das reclamações foram realizadas via internet e o assunto mais recorrente foi o agendamento de consultas.</p> <p>Ressalta-se que o setor passou por troca de chefia e afastamentos legais (licença médica) nos meses de junho e julho o que levou ao fechamento do setor com conseqüente dificuldade para resolução das manifestações.</p>
SUDOESTE	<p>Análise do indicador 19: Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente HRSAM:.. Observa-se que apresentou uma excelente redução nas glosas ambulatoriais nos últimos anos,demonstrando o excelente desempenho que a equipe do NCAIS tem produzido, apesar de contar com um déficit de horas de auxiliar administrativo, o nosso percentual mensal muitas vezes passou dos 96% em AIH apresentadas/processadas conseqüentemente as glosas</p>

	<p>reduziram consideravelmente, fechamos o ano 2024 com 98%.</p> <p>HRT: iniciamos o ano de 2024 com 98% de AIHs apresentadas/processadas, evoluindo neste Quadrimestre 65% devido ao alto absenteísmo e déficit de RH da unidade.</p> <p>Análise do indicador 20: Percentual de Não Conformidades Resolvidas-apontadas pela DIVISA/SVS e registradas no SIGECH</p> <p>HRSAM: Hrsam iniciou o ano de 2024 com 23 não conformidades, resolvendo 06 em janeiro, permanecendo 17 no total , sendo 16 na categoria estrutural (projeto básico/reforma) de responsabilidade da SINFRA e somente 01 na categoria equipamento (aquisição) responsabilidade local, com essa não governabilidade da maioria(16) das pendências só atingimos 2% no cumulatório do ano, trata-se de um indicador em monitoramento.</p> <p>HRT: no que se refere-se às não conformidades resolvidas, iniciamos o ano de 2024 com 67 não conformidades pendentes, finalizando o ano com apenas 26 não conformidades, estas ligadas à estruturas físicas e aquisição de equipamentos de alto valor, ainda pendentes pelo processo junto à SINFRA e Gabinete da SES.</p> <p>Análise do indicador 21: Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar</p> <p>HRSAM: Ficamos acima da meta estipulada 79%., refletindo a confiança que os cidadãos depositam no sistema ouvidor. A Ouvidoria Seccional do hospital está comprometida em garantir um atendimento de qualidade ao cidadão, com ações focadas no acolhimento, na utilização de linguagem cidadã e na prática da empatia. Ao comparar os períodos anteriores, observamos que em 2024 houve um aumento significativo em quase todos os indicadores, além das metas estabelecidas, o que reflete o esforço conjunto da equipe para aprimorar e simplificar os processos, os procedimentos organizacionais e as ferramentas de gestão. a gestão local incentiva e investe na capacitação contínua dos servidores da Ouvidoria. A meta é disseminar novos fluxos de trabalho, melhorar a qualidade das respostas aos cidadãos, além de gerenciar, monitorar e acompanhar a produtividade, garantindo uma gestão eficiente e orientada para resultados.</p> <p>HRT: no que se refere à resolutividade das manifestações da ouvidoria, o HRT iniciou o ano de 2024 com 49%, evoluindo no Quadrimestre para 35%, tendo como principais manifestações não resolvidas: agendamento de cirurgias, agendamento de consultas, atendimento médico, atendimento em unidade hospitalar e atendimento em UBS. Este resultado gerou um plano de ação, objetivando melhorar os processos de trabalho, melhorar a qualidade das respostas, além de gerenciar, monitorar e acompanhar a produtividade.</p>
SUL	<p>INDICADOR 19 - Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente</p> <p>Observa-se que a porcentagem média anual permanece acima de 90%. É</p>

preciso esclarecer e mais uma vez ressaltar a dificuldade de se alcançar 100% deste indicador, pois significaria não abarcar AIHs de importância e valor alto de meses anteriores, ou seja, as AIHs apresentadas, que correspondem a meses anteriores ao de competência, são devido às internações longas, ou a correção de glosas apresentadas nas competências anteriores e que, por prerrogativa, tem prazo de 6 (seis) meses para serem reapresentadas.

Relaciona-se tal resultado, ao que se propõe como forma de melhoria da qualidade das informações prestadas no faturamento do NCAIS, como por exemplo, a busca ativa e prontuários, cuja passagem não é visível no MonitorWeb para realização do faturamento, o que determina sua apresentação tardia.

Aumentar o percentual mensal do indicador, para o NCAIS/HRG, pode significar perda nos valores faturados mensais e, conseqüentemente, não faturamento de AIHs importantes.

INDICADOR 20 - Percentual de Não Conformidades Resolvidas

Análise dos dados: Comparando os resultados ao longo do ano, houve uma queda na taxa de resolubilidade das não conformidades/HRG nos meses de fevereiro, março, julho, setembro, outubro e dezembro para 0%. Porém, nos meses de janeiro, abril, maio, junho, agosto e novembro, houve um aumento na taxa de resolubilidade das não conformidades/HRG, melhorando o resultado do indicador (Polaridade maior melhor).

Ao longo do ano, houve algumas diferenças entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se nos meses de fevereiro, março, julho, setembro, outubro e dezembro no percentual de 0% de resolubilidade, e nos meses de janeiro (3%), abril (37%), maio (10%), junho (5%), agosto (3%) e novembro (7%), com o maior índice de resolubilidade das não conformidades/HRG em abril, com 37% (Polaridade maior melhor).

Resultado positivo, com leve aumento nos meses de janeiro, abril, maio, junho, agosto e novembro, com variações ao longo do ano de 2024 e ápice em abril (37%). Manteve média anual de 5% com desvio padrão de até + 37% e - 0%.

Análise crítica dos resultados:

Em 2024, houve algumas diferenças entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se nos meses de fevereiro, março, julho, setembro, outubro e dezembro no percentual de 0% de resolubilidade. Contudo, houve adequações/revitalizações em andamento em vários setores do Hospital Regional do Gama (HRG), levando a esse resultado, como por exemplo, na Nefrologia e Pronto Socorro. Entretanto, houve atualizações no SIGECH referentes à Central de Materiais e Esterilização - CME (FEV/MAR/SET).

No mês de Outubro foram inseridas 60 não conformidades no SIGECH, pela DIVISA, totalizando 95. Sendo essas não conformidades referentes: Central de Materiais e Esterilização (CME), Centro Cirúrgico, Farmácia, Núcleo de

Segurança do Paciente (NQSP), Unidade de Terapia de Nutrição Enteral, Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI ADU) e Radiologia.

No entanto, o HRG não possui governabilidade local para sanar as pendências relacionadas à ESTRUTURA, onde o contrato de manutenção predial não atende. Sendo assim, foi encaminhado o SEI para SINFRA a respeito da climatização central (00060-00247007/2022-93). Ressalta-se que o HRG possui pendências/não conformidades elencadas no SIGECH (Total de não conformidades de resolubilidade do hospital elencadas no SIGECH - Denominador). Contudo, a maioria refere-se a reparos de estrutura, na qual o HRG não possui governabilidade para resolução desta demanda.

Houve um aumento na taxa de resolubilidade das não conformidades/HRG nos meses de janeiro (3%), abril (37%), maio (10%), junho (5%), agosto (3%) e novembro (7%), com o maior índice de resolubilidade das não conformidades/HRG em abril, com 37% (Polaridade maior melhor). Esse resultado foi alcançado devido à resolução de não conformidades em vários setores do HRG e finalização destas no SIGECH. Deste modo, houve atualizações no SIGECH referentes aos setores: UNEFRO/Diálise Peritoneal (JAN/ABR/MAI), GEMERG/Urgência e Emergência (MAI), NURI/Imagemologia (JUN), Centro Cirúrgico (AGO), Farmácia e Nutrição (NOV).

Enfatiza-se que ao longo do ano de 2024, em decorrência das devidas não conformidades inseridas no SIGECH, foi enviado processo SEI 00060-00247007/2022-93 para os setores responsáveis, com intuito de sanar as pendências.

Ressalta-se que para alcançar o resultado almejado é necessário a resolução das não conformidades pelos setores responsáveis e disponibilização do andamento/conclusão da pendência, para assim, haver a finalização/encaminhamento para DIVISA e GCCH das não conformidades solucionadas.

Status do Plano de Ação:

Verificar no SIGECH as não conformidades pendentes no HRG;

Cobrança/SEI para os setores responsáveis, com intuito de sanar as pendências (00060-00247007/2022-93);

Acompanhar andamento/atualização (revitalizações/adequações) das não conformidades pendentes, tendo essa atividade o apoio da Direção Hospitalar e Direção Administrativa;

Atualização do SIGECH/andamento das não conformidades;

Envio de SEI para Divisa e GCCH informando as atualizações e finalizações efetuadas no SIGECH.

Principais dificuldades do indicador:

Demora na disponibilização do andamento/conclusão da pendência (não conformidade) pelos setores responsáveis, para posterior preenchimento/atualização do SIGECH e encaminhamento para DIVISA/GCCH;

Não conformidades que dependem de reparos de estrutura, nas quais não possuem governabilidade local;

Acréscimo de não conformidades no SIGECH: No mês de Outubro foram inseridas 60 não conformidades no SIGECH, pela DIVISA, totalizando 95. Sendo essas não conformidades referentes: Central de Materiais e Esterilização (CME), Centro Cirúrgico, Farmácia, Núcleo de Segurança do Paciente (NQSP), Unidade de Terapia de Nutrição Enteral, Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI ADU) e Radiologia.

INDICADOR 21- Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar

Atendimento em Unidade Hospitalar (2024)

Quantidade de Registros:

661 MANIFESTAÇÕES: 74.0% reclamações; 24.2% elogios.

Resolutividade:

2023: 36%; 2024: 40%; Variação de 11.11%.

Total de Manifestações (2024):

4.388 Registros; 661 Atendimentos em Unidade Hospitalar: 15,06%.

É por meio da pesquisa de satisfação que se dá o índice da resolutividade. No ano de 2024, sensibilizamos a gestão das áreas demandas sobre a importância do uso da linguagem simples e cumprimento de prazos nas respostas a serem emitidas ao cidadão. Fizemos análise criteriosa da qualidade das respostas emitidas pelas áreas técnicas demandadas. Sensibilizamos usuários quanto à importância de responder a pesquisa de satisfação que é disponibilizada após a resposta final das áreas técnicas e realizamos a 1ª capacitação aos chefes de núcleos e supervisores da região de saúde sul que daremos seguimento durante o ano de 2025.

Considerações finais

O processo de contratualização das unidades de saúde, por meio dos Acordos de Gestão Local, é um movimento contínuo de aprimoramento, que exige o fortalecimento da gestão por resultados, o aperfeiçoamento dos próprios instrumentos de pactuação e a qualificação dos processos de captação, análise e uso dos dados.

Apesar dos desafios, a consolidação dos resultados apresentados neste documento oferece um panorama importante do desempenho dos serviços, permitindo às áreas técnicas da Administração Central identificar avanços, fragilidades e oportunidades de intervenção nas unidades de saúde.

Este relatório tem como objetivo subsidiar a tomada de decisão em todos os níveis da Secretaria de Saúde do DF, promovendo a melhoria dos processos de trabalho, o fortalecimento da cultura de monitoramento e avaliação e o uso estratégico da informação como ferramenta de gestão.

Fortalecer os Acordos de Gestão Local (AGLs) faz parte de um processo de aculturação à gestão estratégica por resultados.

Esses acordos buscam incentivar a organização do cuidado a partir das especificidades dos territórios e das linhas de cuidado priorizadas, podendo contribuir para a melhoria da resolutividade, do acesso e da integração entre os níveis assistenciais.

Conclui-se, portanto, que este documento deve atuar como instrumento facilitador para que as áreas técnicas compreendam o cenário de cada unidade de saúde, contribuindo não apenas para a melhoria contínua dos resultados, mas também para o aperfeiçoamento dos próprios Acordos de Gestão. Seu uso qualificado reforça o compromisso institucional com a transparência, a eficiência e a entrega de serviços de saúde mais resolutivos à população do Distrito Federal.

