Relatório Anual

2022

ACORDO DE GESTÃO REGIONAL

Região de Saúde Central

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRAL

Sumário

BOAS VINDAS E APRESENTAÇÃO 2

PALAVRAS DO GESTORES 5

SOBRE A REGIÃO DE SAÚDE 6

INTRODUÇÃO 7

INDICADORES PACTUADOS (JANEIRO A DEZEMBRO) X RESULTADOS 8

QUADRO RESUMIDO 9

ANÁLISE POR INDICADOR 10

INDICADORES PACTUADOS (JANEIRO A JUNHO) X RESULTADOS 34

QUADRO RESUMIDO 35

ANÁLISE POR INDICADOR 36

INDICADORES PACTUADOS (JULHO A DEZEMBRO) X RESULTADOS 59

QUADRO RESUMIDO 60

ANÁLISE POR INDICADOR 61

CONCLUSÃO 82

AGRADECIMENTOS 85

GESTORES ATUAIS 86

Boas-vindas e Apresentação

Caro leitor,

Você sabia que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior sistema público de saúde do mundo? Proporciona **acesso gratuito, universal e integral a todos**, brasileiros ou não, em território nacional. A rede de atendimento que integra o SUS envolve a Estratégia Saúde da Família - composta por agentes que atendem de casa em casa-, Unidades Básica de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), hospitais regionais, hospitais universitários, entidades do setor privado conveniado e contratado, institutos de pesquisa, hemocentro, rede de distribuição gratuita de medicamentos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

A atenção especializada é dividida em dois elementos (atenção secundária e terciária), que são, respectivamente, média e alta complexidade (ambulatorial e especializada hospitalar). A média complexidade é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) se encaixam aqui e concentram os atendimentos de saúde de complexidade intermediária. Além disso, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte.

A integração entre os dois níveis de atenção em saúde compõem uma rede organizada em conjunto com a atenção primária, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o SAMU 192. É geralmente o acolhimento na atenção primária que encaminha, quando necessário, os pacientes para atenção especializada de média complexidade.

O exemplo mais claro do atendimento de média complexidade é a UPA 24h. As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem atender grande parte das urgências e emergências. É lá que ocorre o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, estabilizando os pacientes e fazendo a investigação diagnóstica inicial, como forma de definir a conduta necessária para cada caso e garantir o referenciamento dos pacientes que precisam de atendimento mais complexo.

Hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários e Unidades de ensino e pesquisa fazem parte do nível de alta complexidade da atenção especializada. São locais com leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco. Os especialistas da categoria estão aptos para tratar casos que não puderam ser atendidos na atenção primária ou na média complexidade da atenção especializada, por serem mais singulares ou complexos.

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

Em 2016 foi implantado o Programa de Gestão Regional em Saúde (PRS), o qual visa o desenvolvimento da Atenção Integral por meio de celebração de Acordos de Gestão Regional e Local (AGR e AGL) firmados com as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital, instituído pelo decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016.

O objetivo desse programa é identificar as necessidades de saúde local, ou seja, de cada região de saúde que compõem a rede SES/DF, (Central, Centro-Sul, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul) e as Unidades de Referências Distritais em Saúde, URDS, Hospital de Base, Hospital de Apoio, Hospital Materno-Infantil de Brasília e Hospital São Vicente de Paulo.

A partir das necessidades, é elaborado o planejamento das ações estratégicas, o que dará eficiência à utilização de recursos, melhora nos resultados assistenciais e transparência de informações, além da pactuação de indicadores e metas personalizadas por região de saúde levando em conta o perfil sociodemográfico e epidemiológico.

A operacionalização do programa PRS se dá por meio de Acordos de Gestão Regional (AGR), celebrados entre a SES/DF (Administração Central - ADMC), e as Superintendências das Regiões de Saúde, Unidades de Referência Distrital e por meio do Acordo de Gestão Local (AGL) celebrados entre as Superintendências das Regiões de Saúde e as unidades de saúde.

Os acordos estabelecem ações, resultados esperados, metas e indicadores construídos com base nas necessidades de saúde locais e em conformidade com o Planejamento Estratégico, Plano Distrital de Saúde, Programação Anual de Saúde e outros instrumentos normativos.

Disponibilizar o presente relatório é mais uma ação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para gerar transparência nos resultados alcançados, ao passo que busca fortalecer o controle administrativo atuante e contributivo na construção das políticas públicas de saúde.

Nosso desejo é que o compartilhamento deste relatório fomente a transparência pública e promova eficiência administrativa, além de proporcionar amplo conhecimento e a utilização das informações da melhor maneira possível, contribuindo assim, para o fortalecimento da Atenção Integral em Saúde no Distrito Federal.

Boa leitura!

Diretoria de Gestão Regionalizada
Gerência de Contratualização Regionalizada

Palavras dos gestores

Paulo Roberto da Silva Júnior,

Superintendente da Região de Saúde Central

“Finalizamos mais um ciclo de monitoramento, renovando o entendimento de que a pactuação de um acordo entre diferentes níveis de gestão figura como importante motor e norteador de mudanças na rede, na constante busca pelo aperfeiçoamento da gestão, do cuidado da saúde pública. Nessa direção, comemoramos os resultados alcançados e seguimos empenhando esforços para a consolidação e fortalecimento dos acordos de gestão”.

Equipe Diretoria de Gestão Regionalizada

Administração Central - ADMC

“O processo de gestão por resultados através dos Acordos de Gestão representa um grande avanço na gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. A análise dos resultados dos indicadores contratualizados permite que o gestor local tome decisões mais assertivas em busca da melhoria do indicador, o que desencadeia a melhoria dos serviços ofertados aos usuários do nosso sistema de saúde. Importante também destacar que a contratualização tem contribuído para o fortalecimento do processo de planejamento e gestão nas Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Temos grandes expectativas para mais avanços nos próximos anos!”

Região de Saúde Central

A Região de Saúde Central é responsável pela Saúde nas seguintes localidades do Distrito Federal: Asa Sul, Asa Norte, Cruzeiro, Lago Norte, Varjão e Vila Planalto.

Unidades de Saúde

1. HRAN
2. Policlínica Asa Norte
3. Policlínica Lago Sul
4. Cent. Espec. Saúde Mulher
5. Adolescentro
6. NTA-DF
7. Cent Espec. Doenças Infecciosas
8. CEDOH
9. COMPP
10. CAPS i Asa Norte
11. CAPS Brasília II
12. CAPS AD Candango
13. CEO 712/912 Sul
14. CEO Asa Norte
15. CEPAV – Flores da Central
16. UBS

Introdução

O acordo de gestão é o instrumento central de contratualização interna para definição e pactuação de indicadores e metas firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e as Superintendências Regionais de Saúde e estas com suas unidades de saúde.

A metodologia de construção dos acordos se dá com base nos instrumentos orientadores de planejamento. Para tal, são realizadas oficinas e capacitações participativas e ascendentes, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a participação de servidores e gestores das regiões e as áreas técnicas assistenciais, de vigilância e regulação. Nesse sentido, o processo de contratualização interna é dinâmico e progressivo.

Os resultados das pactuações realizadas nos Acordos de Gestão são acompanhados pelo Colegiado de Gestão que tem por finalidade a identificação, a definição de prioridades e a orientação de soluções para a organização de uma Rede de Atenção à Saúde integrada e resolutiva na Região de Saúde.

O presente relatório visa consolidar as informações e prestar contas das ações, serviços e resultados relacionados aos Acordos de Gestão. Dessa forma, este relatório é composto por 4 partes. A primeira delas apresenta as percepções dos gestores sobre o programa. Na segunda parte, descreve as regiões de saúde e regiões administrativas vinculadas a cada região de saúde. A terceira parte, apresenta a matriz consolidada dos indicadores pactuados e os resultados parciais alcançados pela região de saúde em relação à meta. A quarta parte é dedicada à análise anual de cada indicador.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

Vigência de Janeiro a Dezembro/2022

REGIÃO CENTRAL					
ITEM	**TEMA**	**INDICADOR**	**META**	RESULTADO PARCIAL	**STATUS**
1	CEGONHA	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	**2,03**	**2,06**	Satisfatório
2	CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	**51%**	**46%**	Satisfatório
4	CEGONHA	Percentual de óbitos maternos investigados	**100%**	-	-
5	CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	**100%**	**80,8%**	Satisfatório
6	CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	**85%**	**92,6%**	Superado
11	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	**80%**	**73%**	Satisfatório
12	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares	**20%**	**35%**	Razoável
13	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	**18%**	**7%**	Superado
14	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	**11,1%**	**7%**	Superado
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	**10,00**	**17,06**	Razoável
16	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica	**N/A**	**N/A**	Não se aplica
17	RUE	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa	**Monitoramento**	**63,33**	**Monitoramento**
19	RUE	Taxa de notificação de violência	**Monitoramento**	**28,16**	**Monitoramento**
20	RUE	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas	**15%**	**16%**	Satisfatório
21	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	**95%**	**147%**	Superado
25	DCNT	Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações	**Monitoramento**	**2,18**	**Monitoramento**
26	DCNT	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações	**Monitoramento**	**0,94**	**Monitoramento**
27	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Índice de fechamento de chave	**70%**	**88%**	Superado
29	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	**100%**	**100%**	Satisfatório
31	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	**5%**	**21%**	Superado
32	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD	**100%**	**79%**	Satisfatório
38	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	**90%**	**81%**	Satisfatório

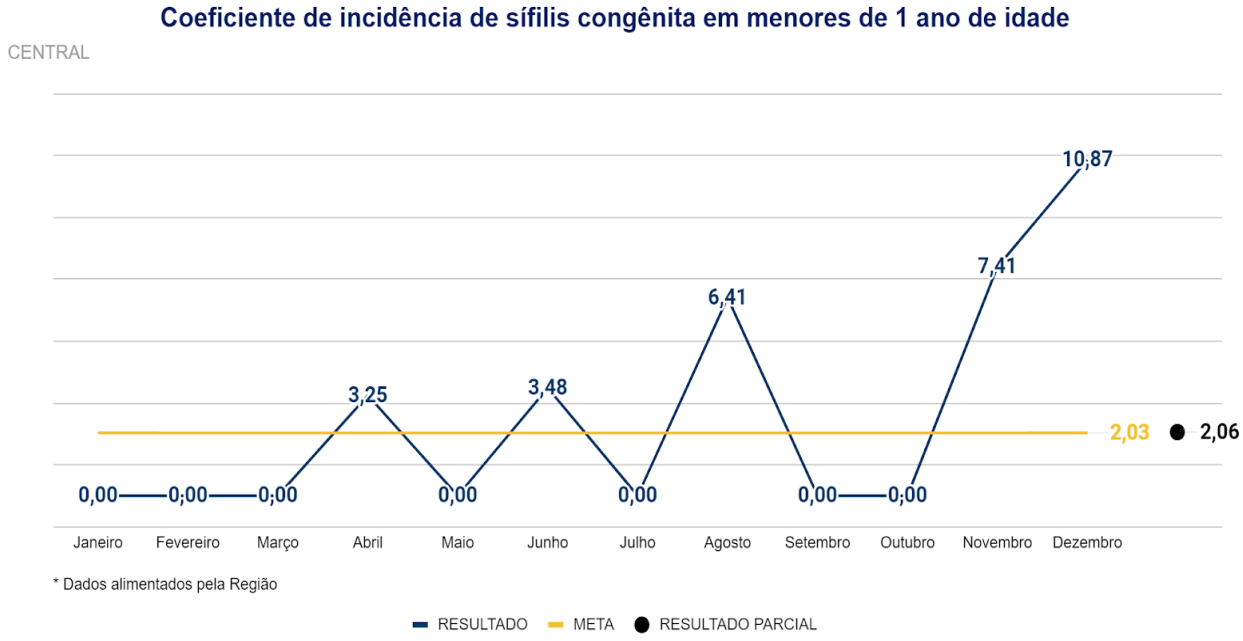
Quadro resumido:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
Superado	Superado - Acima de 100% da meta	6	37,5%
Satisfatório	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	8	50%
Razoável	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	2	12,5%
Parcial	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	-	-
Crítico	Crítico - Abaixo de 25% da meta	-	-
TOTAL			100%

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

ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 1



Análise dos resultados:

Em 2022 foram notificados 7 casos de sífilis congênita, sendo que dois deles, após conclusão da investigação, foram considerados residentes de outras Regiões de Saúde. Assim, A Região Central considera a quantidade de 5 casos de sífilis congênita (os dados ainda estão em processo de atualização no sistema para deixarem de aparecer em nossas tabulações).

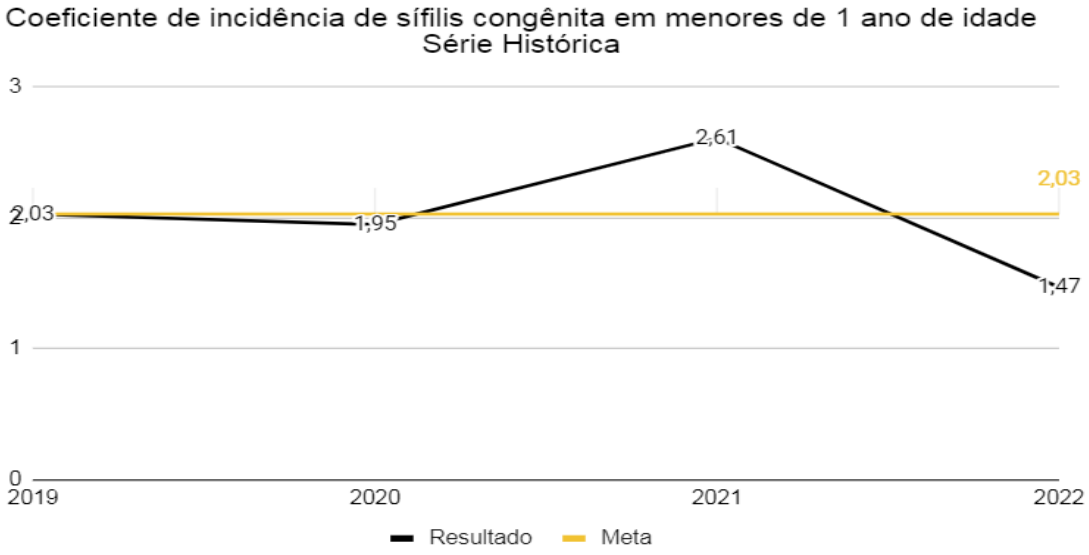
Até o presente momento, temos o registro de 3.401 nascidos vivos de residentes da Região Central, assim, o coeficiente de incidência de sífilis congênita da Região De saùde Central foi calculado considerando os cinco casos, o que deu um resultado de 1,47 casos de sífilis congênita para cada 1000 nascidos vivos.

Assim, atingimos a meta pactuada e ressaltamos que tivemos uma redução de 27,6% do coeficiente de sífilis congênita em relação a meta pactuada (2,03).

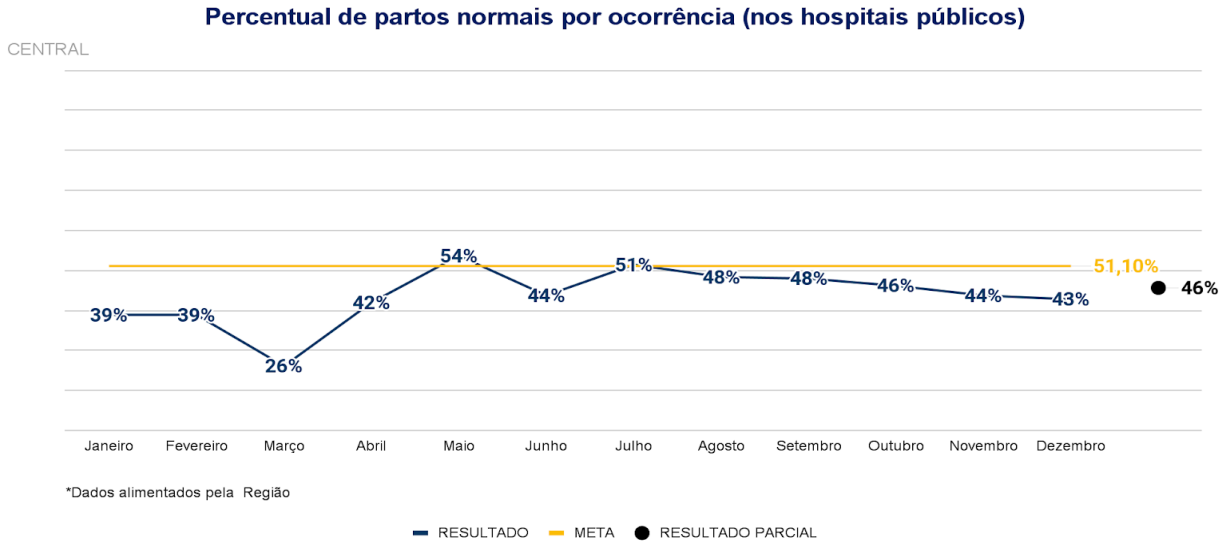
Ao observar a evolução do indicador ao longo dos últimos anos, na vigência dos Acordos de Gestão Regional, a Região Central apresentou os seguintes resultados por 1000 nascidos vivos, de 2019 a 2022, respectivamente: 2,03; 1,95; 2,61 e 1,47. O Resultado não é homogêneo entre as Regiões Administrativas ao longo do tempo. As RAs Varjão e Cruzeiro apresentaram maiores coeficientes em alguns anos.

Entretanto, observou-se ocorrência de casos entre residentes de RAs consideradas de alto Índice de Desenvolvimento Humano e poder aquisitivo como Lago Sul e Lago Norte. Já construímos o Plano de Ação para sífilis congênita para o ano de 2023. Percebemos que haverá a necessidade de pensar em estratégias para as populações em situação de rua. Ainda assim, concluímos que o trabalho de vigilância da sífilis congênita na Região atendeu aos seus objetivos, ainda que a OMS tenha como meta menos de 1 caso para cada 1000 nascidos vivos.

Data da Apuração 31/01/2023. Data da Análise: 29/03/2023. Dados sujeitos à alteração. Fontes: SINAN, SINASC e TrakCare.



*Indica*dor 2



Análise dos resultados:

No decorrer de 2022, o HRAN apresentou uma média de **45,6% de partos normais** em relação ao número total de nascidos vivos. Em média, mensalmente, nasceram 64 bebês por parto vaginal e 77 por parto cesáreo, perfazendo 141 nascidos vivos/mês. Esclarecemos que no 1º trimestre/2022, período em que a Obstetrícia do HRAN ainda estava voltada para o atendimento COVID, em média, 37% dos nascimentos ocorridos no Hospital foram por via vaginal. Enquanto que, no resto do ano, apresentamos 47% de partos normais, resultado abaixo da meta de 51%.

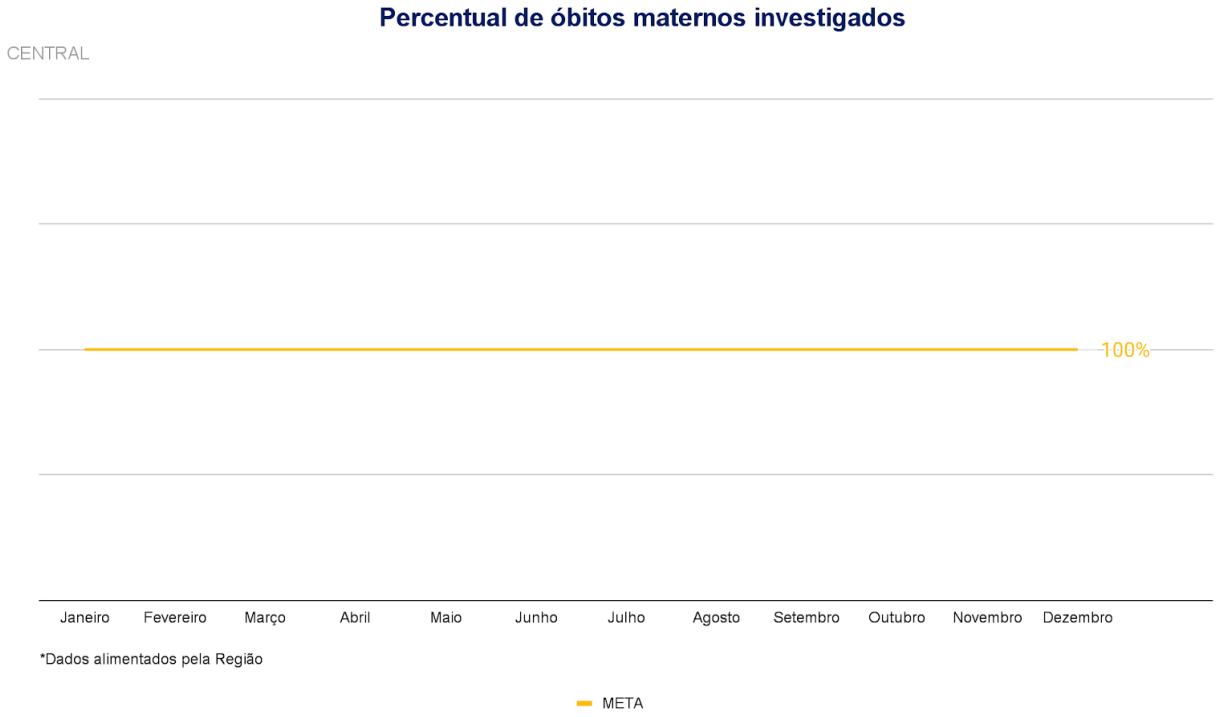
Convém mencionar que, considerando o resultado acumulado de todas as unidades hospitalares no ano, infelizmente, apresentamos o pior percentual da rede, estando 12,3% **abaixo da média geral**: Fonte:https://info.saude.df.gov.br/percentualdepartosnormaisporocorrencia - 1º HRPL - 63,15%; 2º HRC - 60,76%; 3º HRSam - 60,52%; 4º HRG - 58,82%; 5º HRSM - 52,34%; 6º HRT - 50,96%; 7º HRBz - 48,80%; 8º HRS - 48,52%; 9º HMIB - 46,96%; 10º HRL - 46,89%; 11º HRAN - 45,63%; Média Geral - 52,01%.

Avaliando o resultado em relação ao ano anterior, que apresentamos um percentual de partos normais de 26,9% houve uma melhora significativa. Entretanto, trata-se de uma comparação inapropriada tendo em vista que representava o contexto específico da pandemia, o qual foi caracterizado por uma queda expressiva no número de partos normais e nascidos vivos na unidade. Lembramos que o HRAN se tratava de referência para a COVID e foi limitado à realização dos partos das mães acometidas pela doença, as quais muitas vezes chegavam à unidade apresentando sintomas graves da doença.

Finalmente, comparando o resultado alcançado com o contexto pré-pandemia, verifica-se que estamos muito abaixo da média de 119 partos normais/mês e 219 nascidos vivos/mês, quando apontamos um percentual de **partos normais de 54%: Ano 2017** - 139 partos normais/246 nascidos vivos - **56,5%; Ano 2018** - 118 partos normais/216 nascidos vivos - **54,5%; Ano 2019 -** 101 partos normais/195 nascidos vivos **- 51,8%**.

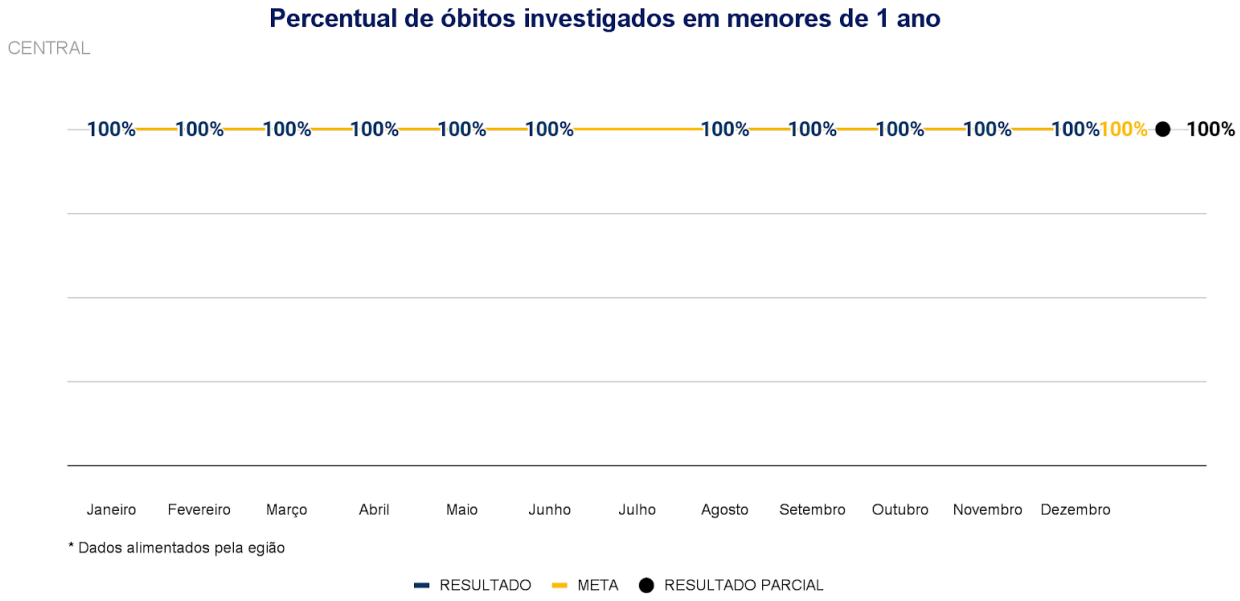
Diante da identificação dos dados, trouxemos a temática para discussão no NAQH e reuniões com a Diretoria, RTA da Obstetrícia, equipe da Residência e membros do IHAC alertando sobre a importância do alcance da meta estabelecida, com interface no aumento do faturamento por meio do Incentivo do Hospital Amigo da Criança. Momento em que houve consenso de que não há impedimento para que o HRAN retorne ao cenário pré-pandemia, quando 54% dos partos realizados eram normais.

Indicador 4



Análise dos resultados:
Não houve registro de óbito materno registrado. Há cerca de 5 anos os óbitos maternos são eventos raros na Região Central. O óbito ocorrido em 2022 estava associado à COVID 19 que impactou na mortalidade materna de todo o Distrito Federal. O principal aspecto do Plano de Ação do Comitê de Óbitos estava relacionado à sua composição e organização. Apesar de acumular um excelente desempenho ao longo dos anos, tais resultados eram produtos do trabalho de praticamente uma pessoa. Para 2023 o cenário será diferente e pretendemos divulgar os impactos dessa nova Organização. Fonte Sistema Informação Sobre Mortalidade (SIM). Data da atualização e análise 31/01/2023. Dados sujeitos à alteração.

Indicador 5

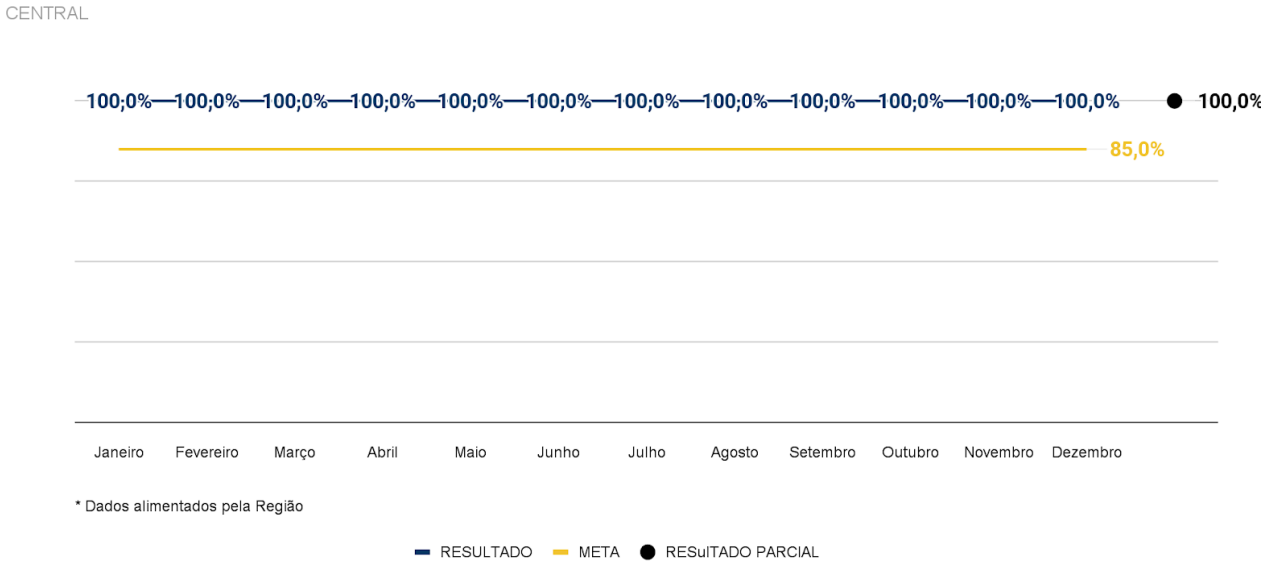


Análise dos resultados:

Em 2022 ocorreram 28 óbitos infantis de residentes da Região Central. Todos foram investigados, entretanto 1 óbito ainda não aparece atualizado no sistema. O resultado parcial do ano ficou 88,5%, mas todos os óbitos foram investigados dentro do prazo considerado adequado de 120 dias. Por isso solicitamos recálculo considerando esse período. Dos 28 óbitos investigados, 7 ocorreram em hospitais da rede SES e 21 em hospitais da rede privada, o que torna o acesso às informações do prontuário mais demorado e menos detalhado. Classificação quanto à evitabilidade: 15 evitáveis, 8 inevitáveis e 5 inconclusivos. Quinze óbitos apresentaram prematuridade relacionada. Os dados são parciais e estão sujeitos à modificação, pois o SIM permanece aberto até o final do ano subsequente. Plano de ação: Ordem de Serviço Nº 386, publicada no DODF 222, em 01/12/2022, definindo composição do CRPCOMFI- Região Central e liberação de carga horária dos membros efetivos para atividades do comitê. Data da atualização 14/04/2023. Fonte Sim. Dados Preliminares e sujeitos à alteração.

Indicador 6

Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados



Análise dos resultados:

Em 2022 ocorreram 58 óbitos de mulheres em idade fértil, dos quais todos estão investigados (100%).

Meta ultrapassada.

Principais causas dos óbitos investigados:

Câncer – 11 (19%), sendo mama e cólon os tipos mais frequentes

Suicídio – 7 (12%)

Acidente trânsito – 2 (3,4%)

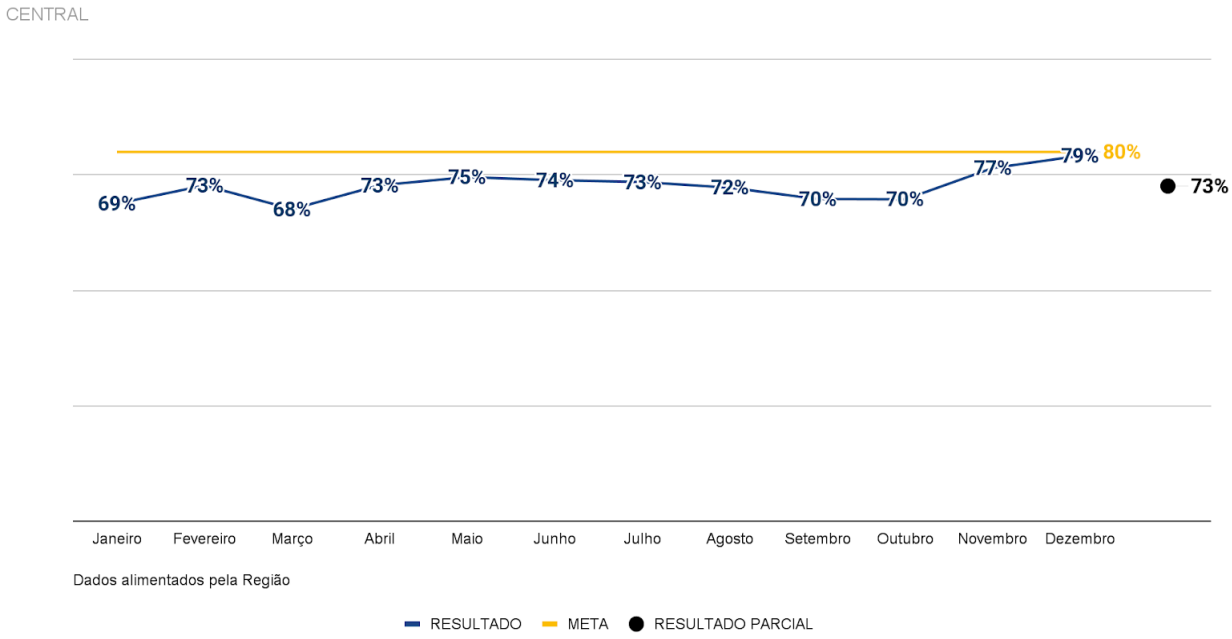
Homicídio – 1 (1,7%)

Demais causas 22 – (37%)

Os dados são parciais e estão sujeitos à modificação.Plano de ação: Ordem de Serviço Nº 386, publicada no DODF 222, em 01/12/2022, definindo composição do CRPCOMFI- Região Central e liberação de carga horária dos membros efetivos para atividades do comitê. Fonte SIM. Data 12/04/2023. Ressalta-se que o banco do SIM fecha com 2 anos. Atualizado em: 12/04/2023.

Indicador 11

Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.



Análise dos resultados:

Verifica-se que no decorrer do ano de 2022, apresentamos um percentual de Guias de Atendimento de Emergência - GAEs classificadas de **73%**, resultado **9% abaixo da meta estipulada de 80%.**

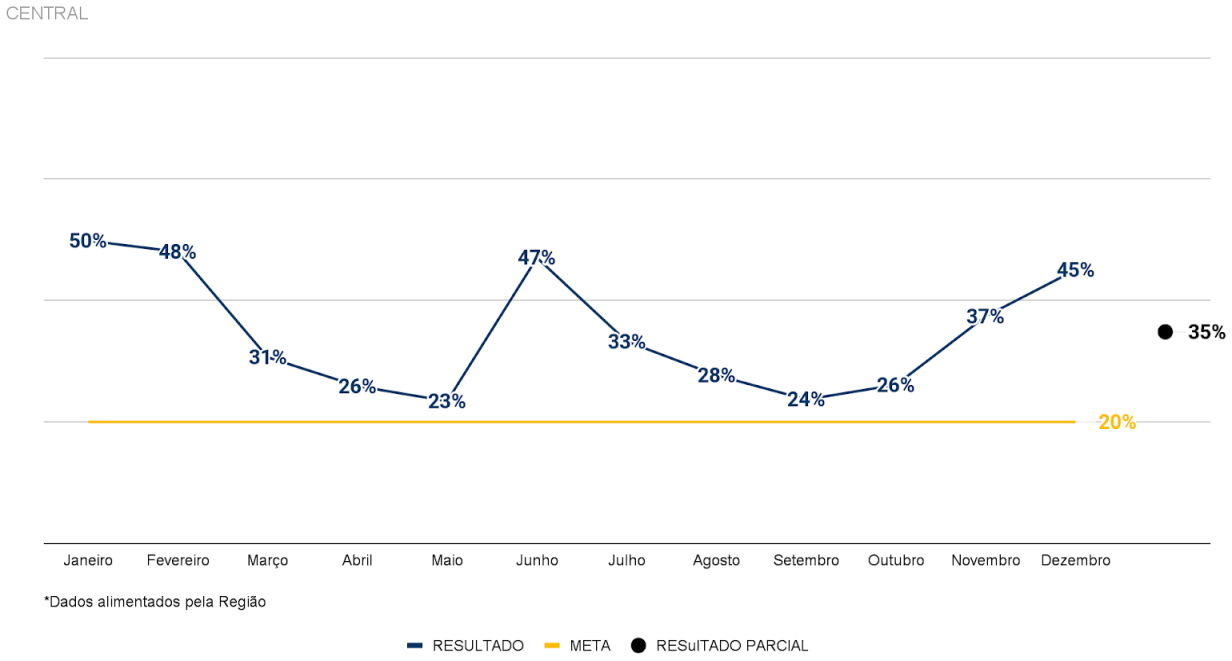
Considerando os anos anteriores, em 2022 exibimos o menor resultado dos últimos 4 anos, encontrando-nos **8% abaixo** da média de 79%: Ano 2019 - 80%; Ano 2020 - 81,36%; Ano 2021 - 76,6%.

Registre-se que diante dos dados apresentados, voltamos os esforços para a realização de diagnóstico para identificação de situações e especialidades com menor percentual de classificação, revisões de fluxos e saneamento de não conformidades, especialmente, na abertura indevida de GAEs para serviços ambulatoriais. Ações estas que se encontram em andamento, em consonância com a atuação da equipe de Auditoria de Classificação de Risco e projeto de acolhimento do paciente emergencial.

No que se refere à maior incidência, verifica-se que **13%** de toda a demanda emergencial do HRAN se deu em razão da procura por atendimento COVID (CID B342 - Infecção por coronavírus de localização não especificada), perfazendo 11.713 pacientes em 2022. A segunda maior demanda com 3% da procura geral foi enquadrada no CID ZOO - Exame com 2.867 pacientes no ano, seguida por 2% de representatividade do CID T019 - Ferimentos múltiplos com 1767 pacientes e 2% do CID T141 - Ferimento em região não especificada do corpo com 1366 pacientes.

Indicador 12

Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares.



Análise dos resultados:

Considerando os dados apresentados mensalmente em 2022, no decorrer do ano acumularam-se 23449 GAEs classificadas como verdes e azuis, correspondendo a **36% das 65.009 GAEs classificadas**. Entretanto, registramos que em consulta realizada em 12/04/23 na Sala de Situação (Fonte: info.saude.df.gov.br/classificacaoderisco/) verificamos que os meses foram alterados retroativamente perfazendo 23996 GAEs classificadas como verdes e azuis, que correspondem a **37% das 65.029 GAEs classificadas**. Ambos resultados, pelo menos, 80% acima da meta estabelecida de 20%.

Comparando-se o resultado disponível na Sala de Situação com o ano anterior, quando apresentamos um percentual de 56,1% de GAEs verdes e azuis, verifica-se que houve uma melhora de 34% no resultado do indicador. Entretanto, convém mencionar que o cenário de 2021 é diferente, representa o contexto da pandemia, quando os serviços emergenciais do HRAN absorveram relevante demanda dos pacientes acometidos pela COVID, apesar das ações de direcionamento dos casos de baixo grau de gravidade para o devido acesso via atenção primária. Registre-se que em 2021, 44% da demanda de verdes e azuis foi enquadrada nos CIDs B342 - Infecção por coronavírus de localização não especificada e B972 - Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos, perfazendo 11.711 pacientes. Fato este reflexo do Hospital ter sido referência para o tratamento da doença, condição amplamente difundida entre os usuários, mantendo exclusividade do serviço emergencial de Clínica Médica para o tratamento da COVID até agosto/2021.

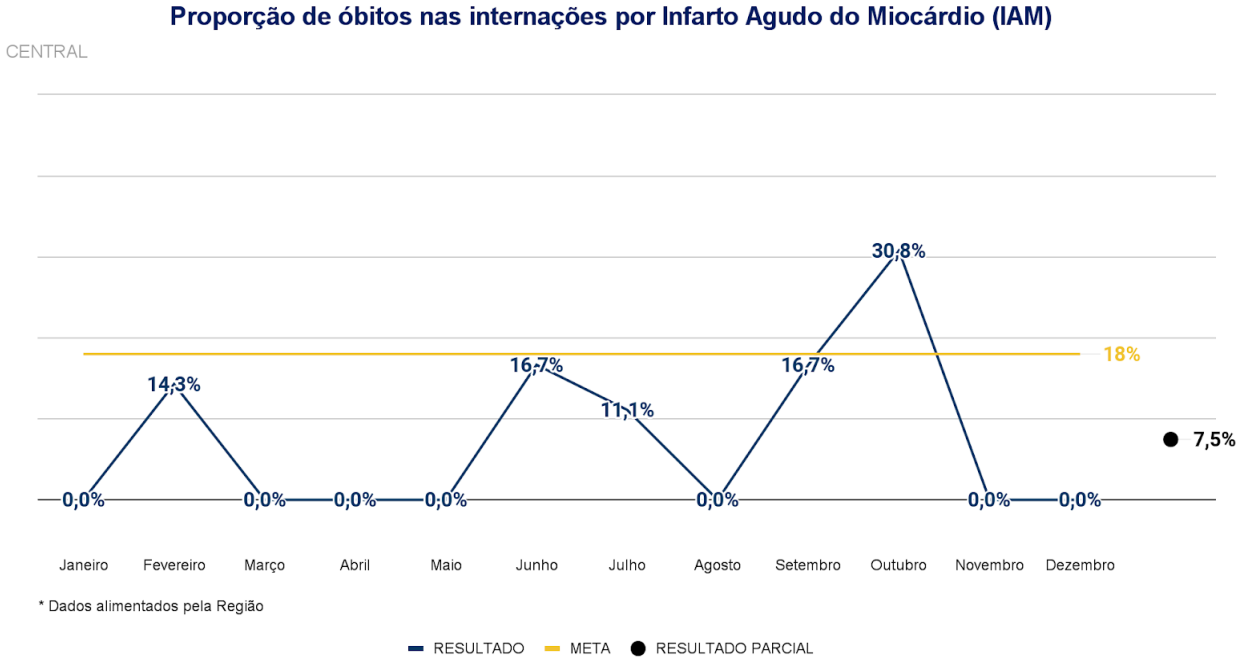
No que se refere à maior incidência de procura por atendimento emergencial com classificação verde e azul, verifica-se que no acumulado do ano de 2022, a demanda de atendimento COVID ainda prevalece em primeiro lugar, com 7729 pacientes. Entretanto, em relação ao ano anterior, houve uma queda de 34%, correspondendo a 32% de toda a demanda de verdes e azuis nas portas de emergência do HRAN. A segunda maior demanda com 5% da procura geral foi enquadrada no CID Z000 - Exame, com 1217 usuários, seguida por 3% de representatividade do

CID T019 - Ferimentos múltiplos com 623 pacientes e 3% do CID T141 - Ferimento em região não especificada do corpo com 629 pacientes. E por fim, o CID B349 - Infecção viral não especificada com 2% de representatividade com 509 usuários buscando as emergências no acumulado do ano.

Avaliando os dados disponíveis quanto à procedência dos usuários classificados como verdes e azuis, verificamos que apenas 28% destes pertencem a nossa região: 5312 usuários de Brasília; 811 do Cruzeiro; 669 do Lago Norte e 3 do Varjão. Já quanto à maior incidência de usuários por localidade, apresentamos em primeiro lugar 5312 pacientes de Brasília com 22% de toda a demanda; em segundo, 2335 pacientes do Guará - 10%; em terceiro, 1851 pacientes de Taguatinga - 8%; e em quarto, 1779 pacientes da Ceilândia representando 7% de toda a demanda de verdes e azuis registrada em 2022.

Diante disso, conclui-se que a região não tem ingerência por 72% da demanda de verdes e azuis que deveria ter sido absorvida pela atenção primária de cada região. E por fim, registramos que a partir dos dados apresentados, a região vai buscar compartilhar a análise do indicador com a nossa atenção primária, com foco na contra referência dos 28% dos usuários cadastrados na nossa área de cobertura.

Indicador 13



Análise dos resultados:

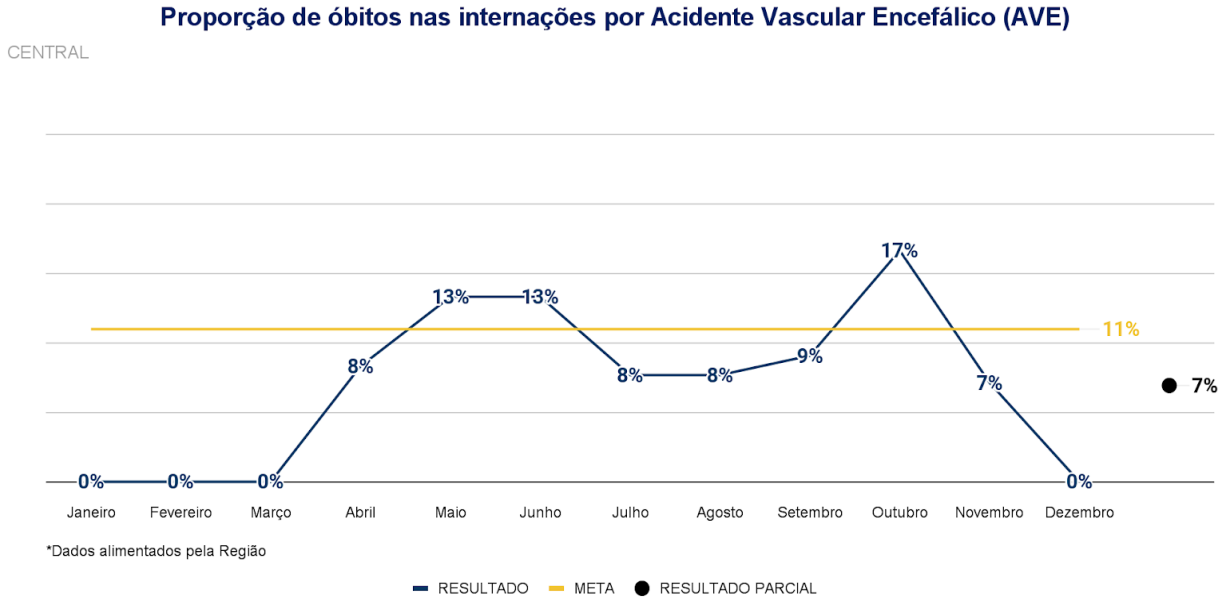
No acumulado do ano, foram registrados no HRAN **nove óbitos** com a causa de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, dentre os 92 pacientes internados pela mesma causa, correspondendo a 9,78%, resultado **abaixo da meta contratualizada de 18%**. Seis óbitos foram de pessoas do sexo masculino e três do feminino, sendo cinco deles na faixa etária de 50-64 anos, um na faixa etária de 75-79 anos e três acima de 80 anos.

Comparando o resultado com o ano anterior, verifica-se que houve **um aumento de 4,35%** no percentual de óbitos. Mas avaliando em relação aos resultados dos anos anteriores à pandemia (2017, 2018 e 2019), observa-se que a média da proporção de óbitos por IAM era 13%. Logo, em relação ao contexto análogo, 2022 registrou um **resultado melhor em 26,63%.**

Registre-se ainda, que o nosso resultado se encontra acima da média anual de 4,81% apresentada no acumulado de todas as unidades hospitalares da rede. Ocupando o segundo pior lugar no resultado do indicador, dentre os maiores resultado: HRBz - 10,81%; HRAN - 9,78%; HRPL - 8,33%; HRGu - 8,22%; HBDF - 7,4%.

Convém mencionar que, reiteradamente, a equipe médica responsável (UMEI e GACL) vêm ressaltando que o indicador em questão por abordar os CIDs I21, I22 e I23 retrata as ocorrências em que o paciente chega ao hospital com o diagnóstico de IAM, geralmente, pacientes transferidos de outras unidades ou por meio do SAMU que já chegam com exames realizados. Os pacientes que procuram a nossa Emergência, na grande maioria, são cadastrados com os CIDS de dor torácica ou precordialgia. Logo, infere-se que o número de pacientes que vêm a óbito por IAM no HRAN é superior ao apontado.

Indicador 14



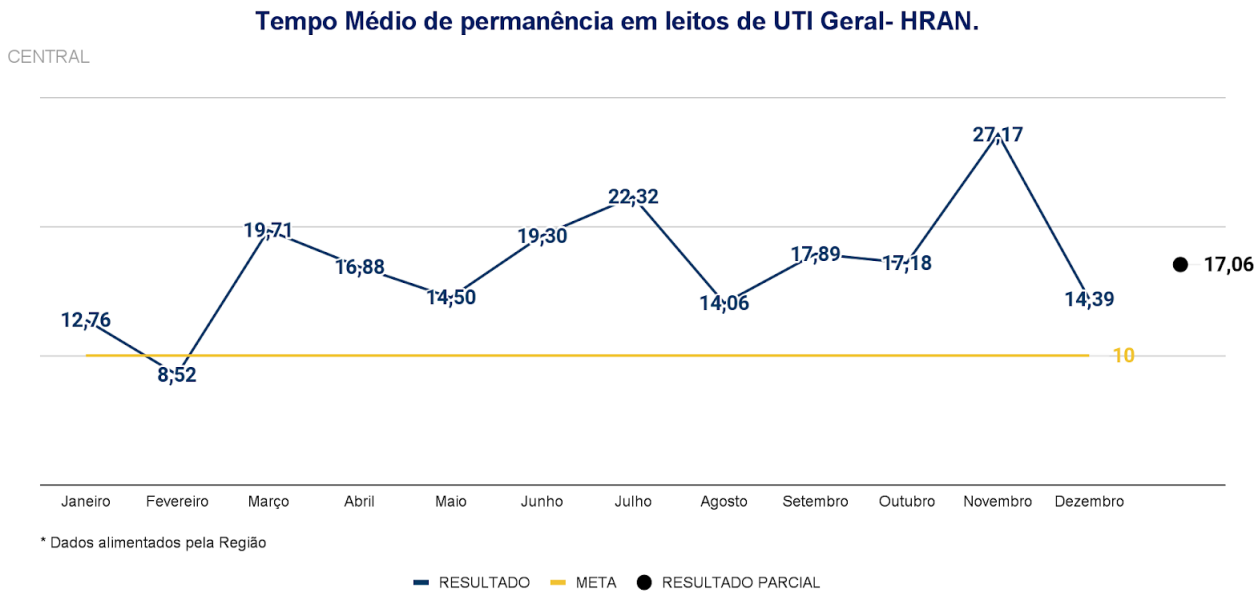
Análise dos resultados:

No acumulado do ano, foram registrados no HRAN **onze óbitos** com a causa de Acidente Vascular Encefálico - AVE, dentre os 150 pacientes internados pela mesma causa, **correspondendo a 7,3%**, resultado **abaixo da meta contratualizada de 11%**. Seis óbitos foram de pessoas do sexo masculino e cinco do feminino, sendo dois deles na faixa etária de 50-64 anos, três na faixa de 65-69, três na faixa etária de 75-74 anos e três acima de 80 anos.

Comparando o resultado com o ano anterior, verifica-se que houve **uma melhora de 23%** no percentual de óbitos. Em relação aos resultados dos anos anteriores à pandemia (2017, 2018 e 2019), observa-se que a média anual da proporção de óbitos por AVE era 8,7%. Logo, em relação ao contexto análogo, 2022 registrou um **resultado melhor em 16%.**

Registre-se ainda, que o nosso resultado se encontra **abaixo da média anual de 12,88%** apresentada no acumulado de todas as unidades hospitalares da rede.

Indicador 15



Análise dos resultados:

O tempo médio de permanência nos leitos de UTI do HRAN, no decorrer do ano de 2022, fechou em 16,13 dias, logo, **61% acima da meta contratualizada** de 10 dias para UTI geral.

Comparando o resultado com o ano anterior que apresentou um tempo médio de permanência de 21,6 dias, constatamos que houve **uma melhora de 25,28%**. Entretanto, esclarecemos que em 2021, a UTI apresentou perfil heterogêneo de assistência sendo destinada ao atendimento de pacientes NÃO COVID nos meses de janeiro, fevereiro, outubro, novembro e dezembro/21, sendo novamente mobilizada para o tratamento de pacientes graves acometidos pela COVID no período de março a setembro/21. O que torna a comparação inadequada diante das diferenças de perfil assistencial.

Se avaliarmos 2022 em relação ao contexto pré-pandemia, no ano de 2019, apresentamos um tempo médio de permanência de 14,8 dias, logo, constata-se que exibimos um tempo de permanência **9% maior**.

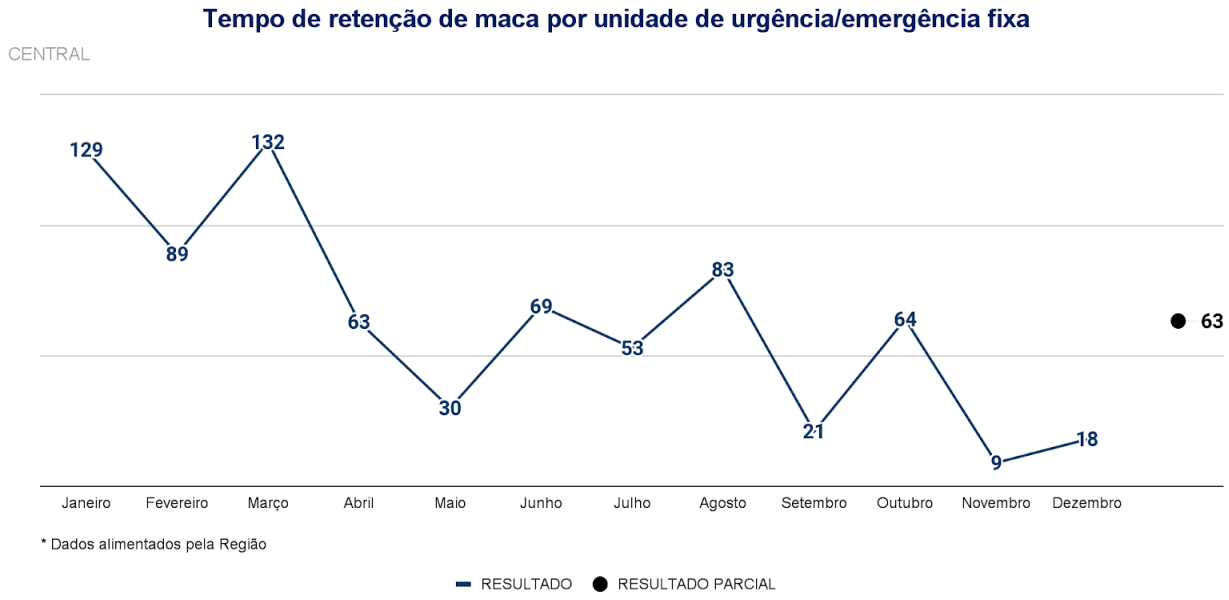
A unidade justifica a permanência prolongada dos pacientes em vários fatores. Muitas vezes, tais pacientes já teriam condição de alta da UTI, mas por se encontrarem em tratamento de hemodiálise e diante da falta de leitos dialíticos na rede, precisam permanecer na unidade. A criticidade também é um fator relevante, a nossa UTI ainda continua com perfil grave, com alta criticidade, sendo pacientes idosos em sua grande maioria e que necessitam de hemodiálise. Apontaram ainda, a falta de médico no SAMU para transporte dos pacientes que estão de alta e necessitam do suporte avançado para a transferência. E por fim, a demora das outras regionais em realizar o resgate dos pacientes que devem retornar para a unidade de origem após a alta.

Indicador 16

Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica

Análise dos resultados:
Indicador Sobrestado

Indicador 17

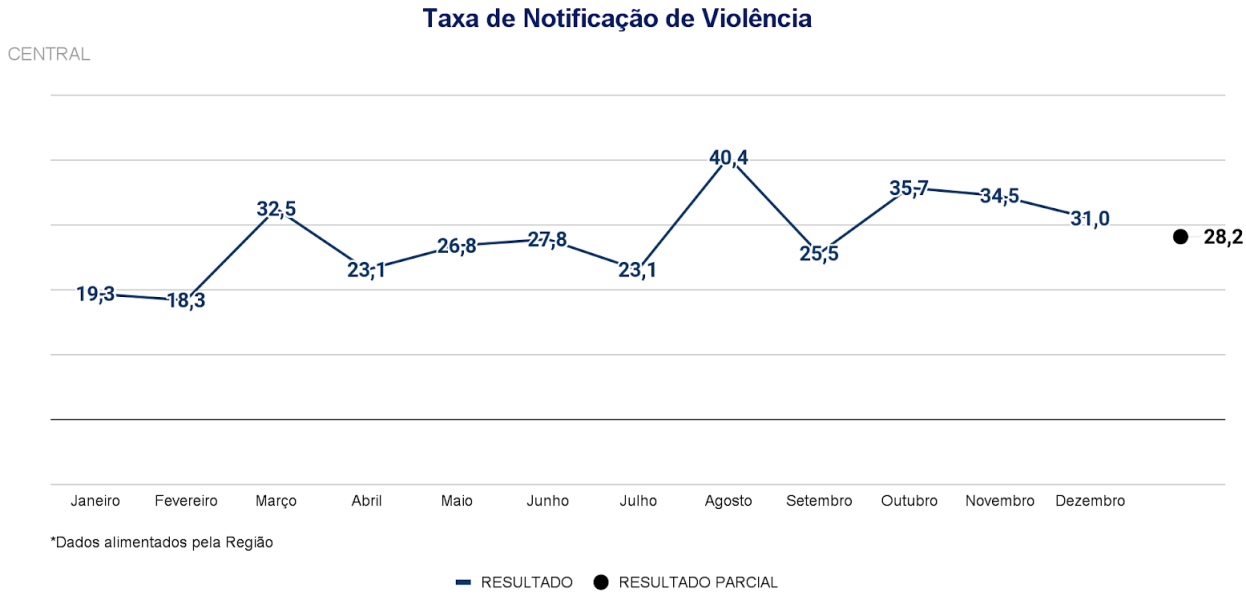


Análise dos resultados:

A média anual do tempo de retenção de maca no HRAN foi **2,08 hs/dia** em 2022, um resultado **melhor em 18%** do que o apresentado em 2021, que foi de 2,54 h/dia.

Convém mencionar que, conforme dados disponibilizados no SEI 103513331, a média obtida por todas as unidades hospitalares da rede foi de 1,78 h/dia no decorrer de 2022, estando o **HRAN pior em 17% do que a média geral**. Registre-se que, a nossa unidade ocupa a 7ª posição dentre os hospitais de melhor resultado: 1º HRBz - 0,07 h/dia; 2º HRSAM - 0,19 h/dia; 3º HRG - 0,23 h/dia; 4º HRS - 0,68 h/dia; 5º HRPL - 1,15 h/dia; 6º HRPA - 1,68 h/dia; 7º HRAN - 2,08 h/dia.

Indicador 19

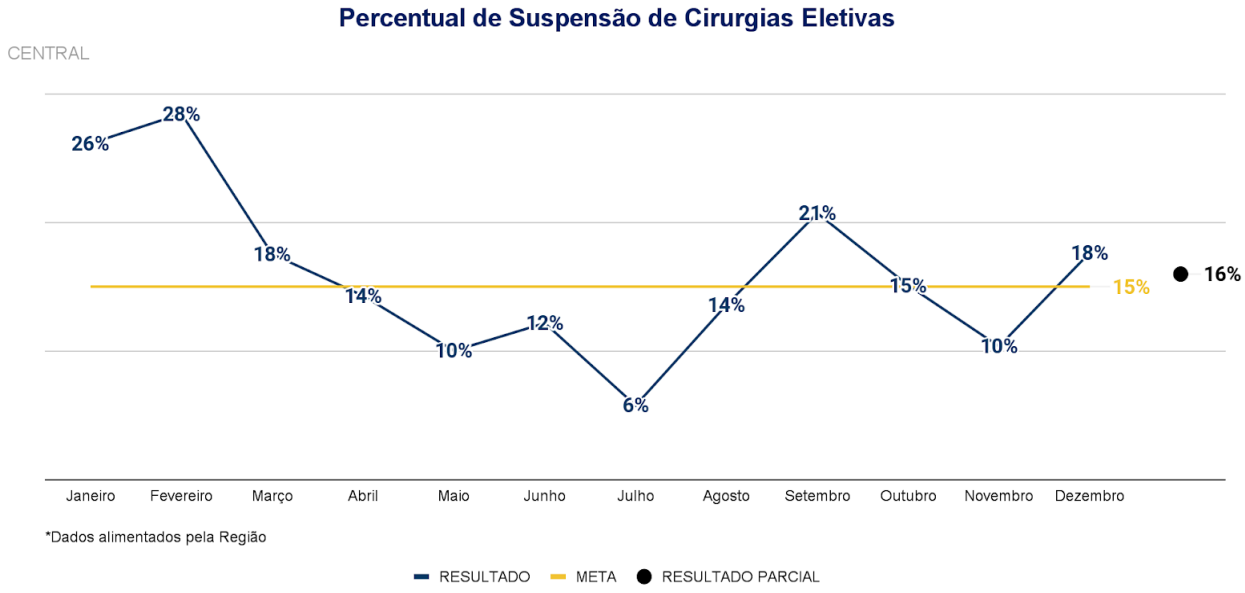


Análise dos resultados:

Vale registrar iniciativas empreendidas pelo CEPAV da Região, realizadas no ano de 2022, com o objetivo de orientar os serviços quanto às notificações de violência, por meio da divulgação de documentos norteadores e da oferta de treinamentos. De acordo com a tabulação anual, observamos a seguinte distribuição de notificações: Central da rede de frios: 1; IHBDF: 208; HMIB URD: 330; H Alvorada de Brasilia: 32; H. Brasília: 31; H. Daher Lago Sul: 12; H. Santa Lúcia: 43; H. Santa Luzia: 75; H. Santa Helena: 66; H. Santa Helena Norte: 29; Santa Lúcia Norte 21; H. Sírio Libanes: 3; HFA: 52; HFAB: 05; HMAB: 1; Hospital da criança de Brasília: 18; H. Dr Albert Sabin: 2; HRAN: 226; HUB: 11; H. São Mateus C. Velho: 1; Adolescentro de Brasília: 14; CAPSi Asa Norte: 14; CEREST Estadual: 1; CESMU: 1; DF Star: 27; COMPP: 3; HOME: 32; ICDF:1; Instituto de Cardiologia do DF: 1; Maternidade Brasília: 2; NTA: 24; U.M Asa Sul: 7; UBS 1 Asa Sul: 8; UBS! Asa Norte: 4; UBS1 Lago Norte: 2; UBS1 Varjão: 14; UBS2 Cruzeiro: 3; UBS Vila Planalto: 1; CEDOH Asa Norte: 13.

Vimos, no segundo semestre, uma ampliação do quantitativo de notificações, o que pode guardar relação com as iniciativas de orientação e treinamento empreendidas pelo CEPAV da Região. Acreditamos como oportuno, para 2023, ampliar a análise desse indicador aos três níveis de atenção, para melhor apropriação da problemática pelos dispositivos de saúde pública do território.

Indicador 20



Análise dos resultados:

A taxa média de suspensão de cirurgias relativa ao ano de 2022 fechou em **16,13%,** logo, **acima da meta contratualizada**, de 15%. Registre-se que, em média, mensalmente suspendemos 21 cirurgias, das 131 eletivas agendadas.

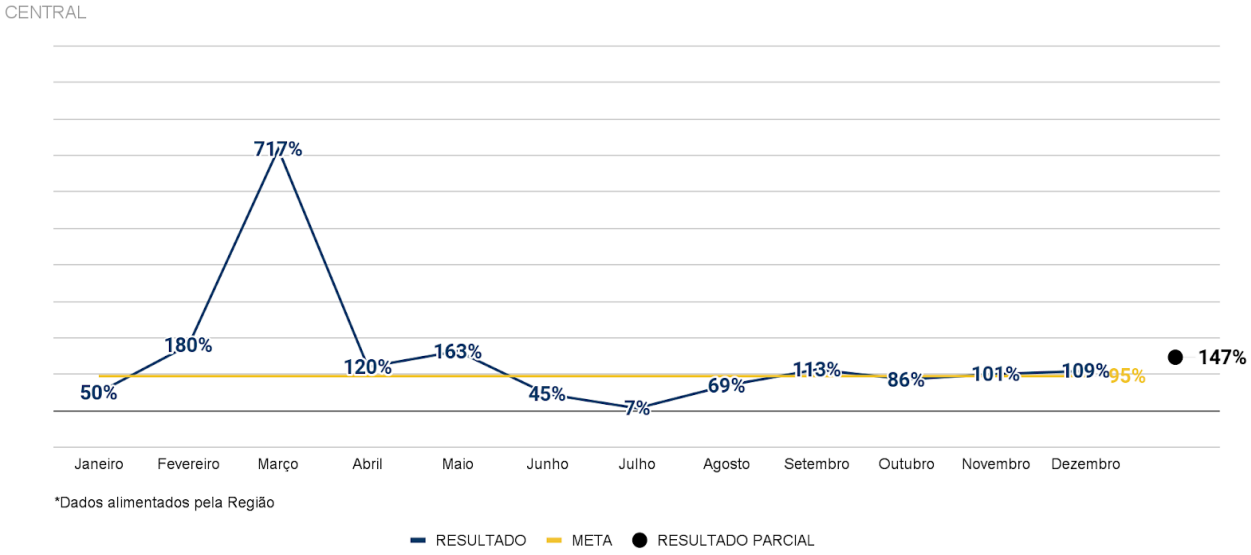
Avaliando o resultado em relação ao ano anterior, verifica-se que houve uma piora de **10%** no indicador, uma vez que, a taxa média de suspensão de cirurgias relativa ao ano de 2021 foi de 14,68%. Convém mencionar que no ano em questão, em média 19 cirurgias foram suspensas, das 128 agendadas no decorrer de 2021. Logo, houve um aumento de **12% no número de suspensões** em relação ao incremento de apenas 2% de cirurgias agendadas.

Registre-se ainda que, em relação ao ano anterior, a produção cirúrgica de eletivas se manteve praticamente a mesma, entretanto, caiu quase pela metade se comparada com o período pré-pandemia. Em 2022, realizamos efetivamente 109 cirurgias eletivas/mês, enquanto que, em média, no decorrer de 2019 e 1º trimestre/20, que representam o cenário pré-pandemia, cuja assistência cirúrgica se encontrava em condições normais, realizamos 211 cirurgias eletivas/mês.

No que se refere à produção cirúrgica total, eletivas e emergenciais, realizamos em média 217 cirurgias/mês em 2022, enquanto que, no decorrer de 2019 e 1º trimestre/20, a média era de 351 cirurgias/mês. Logo, realizamos 134 cirurgias/mês a menos do que no contexto normal. A GACIR se manifestou justificando que a queda decorre da perda expressiva de horas de anestesistas, e problemas estruturais que estão sendo sanados no primeiro trimestre/2023.

Indicador 21

Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.



Análise dos resultados:

No acumulado do ano, com base nos dados de produção SIA e SIH disponibilizados na Sala de Situação, foram realizadas 1680 emissões otoacústicas para Triagem Auditiva Neonatal em 1694 nascidos vivos, o que significa que realizamos o teste em **99,2%** dos bebês nascidos no HRAN, resultado **acima da meta estabelecida de 95%**.

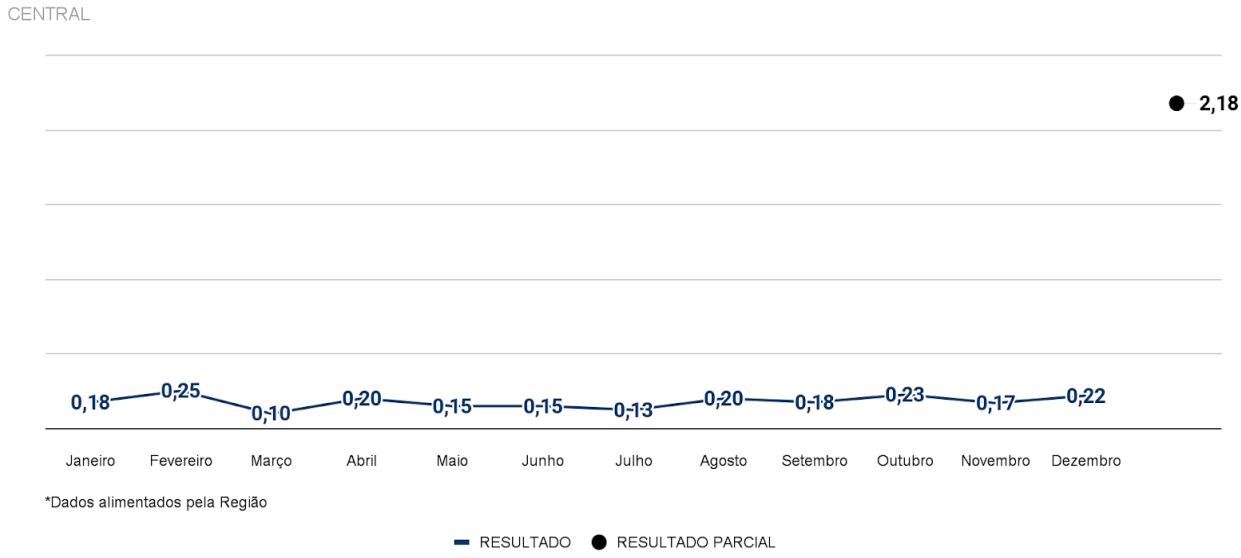
Entretanto, com base nos dados constantes do gráfico, apura-se um percentual médio de **nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva no HRAN de 147%**. Tal resultado é justificado pela ocorrência de relevantes oscilações no resultado do indicador decorrentes do descompasso entre a competência do período de registro no sistema e os testes efetivamente realizados, em relação ao número de nascimentos. Vale destacar que, buscando a solução de tais problemas, realizou-se reunião com a equipe assistencial, NCAIS e RTD da Fonoaudiologia, no dia 28/10/22, quando foi deliberado que os registros deveriam ser realizados no componente ambulatorial (SIA). Convém mencionar que, desde o mês de novembro/22, em média, 87% da produção vem sendo faturada no SIA.

Complementarmente, registramos que conforme a estatística da unidade, foram realizadas 1714 emissões otoacústicas, representando assim, **101,18% dos bebês nascidos no HRAN.**

A equipe assistencial se manifestou informando que, atualmente, a cobertura da triagem auditiva neonatal é universal, realizada em todos os recém-nascidos que completam 48h de vida no Alojamento Conjunto do HRAN, ainda na internação. Os lactantes que estão sob cuidados semi-intensivos, na UCIN, realizam o teste após a transferência para a UCIN-Canguru ou Alojamento Conjunto, sendo o prazo máximo para realização o 3º mês de idade corrigida, conforme protocolo da Triagem Auditiva Neonatal da SES/DF. Registram ainda, as justificativas para as diferenças entre o número de nascidos vivos e o número de exames realizados se devem aos seguintes fatores: 1) Realização pela equipe dos testes dos lactentes que são transferidos de outras unidades para o HRAN, antes de realizarem o teste na unidade de nascimento; 2) Transferência de bebês nascidos no HRAN para outras unidades, antes da realização da triagem auditiva neonatal, como por exemplo, bebês que necessitam de cuidados intensivos, UTIN; 3) Diferença entre a data de nascimento e a data de realização dos testes (que deve ocorrer entre as 48h de vida e os 3 meses); 4) Óbitos neonatais.

Indicador 25

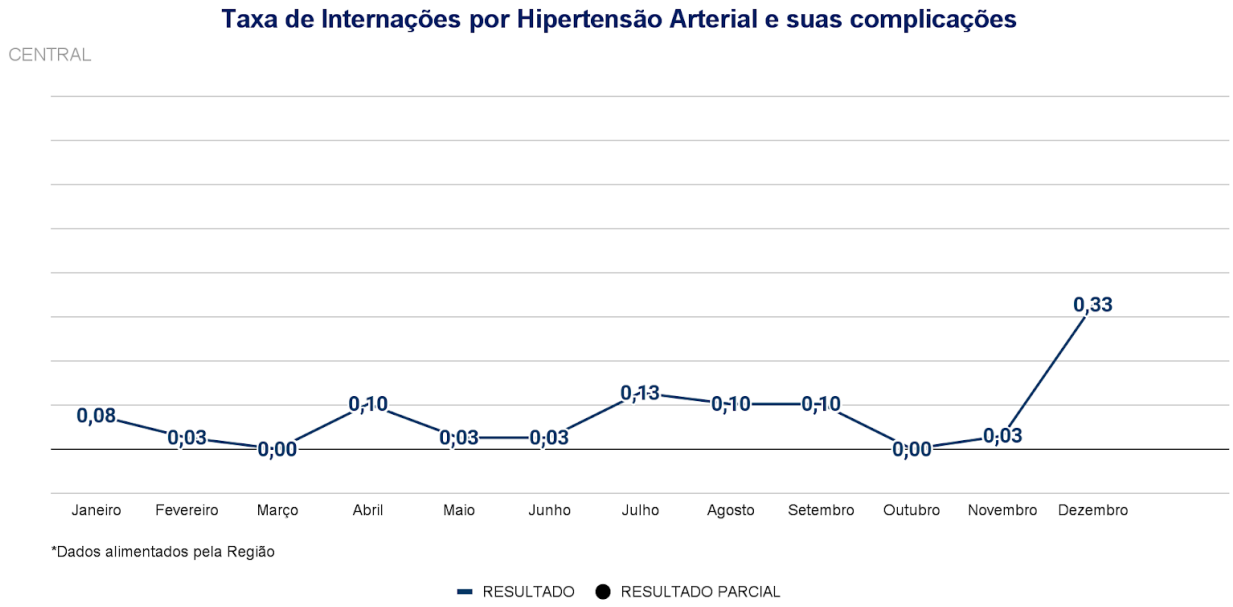
Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas Complicações



Análise dos resultados:

No ano de 2022 foram registrados 86 casos de hospitalização por Diabetes Mellitus (DM) e suas complicações de residentes da Região de Saúde Central, no InfoSaúde (menu Gestor / perfil Indicadores), segundo dados do SIH-SUS. Tais números resultam em uma taxa de Internação de 2,13 por 10.000 habitantes. Ressaltamos que esses dados incluem apenas as hospitalizações ocorridas no âmbito do SUS, portanto é uma subestimativa da realidade populacional. A DM, além de ser importante fator de risco para doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, é uma condição com prevalência crescente tendo em vista o aumento da prevalência de pessoas com sobrepeso ou obesidade. Segundo estudos recentes, utilizando a triagulação de pesquisas (http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00076120) a prevalência estimada da Região Centro-Oeste é de 7,6%. Ressaltamos que um dos indicadores do Programa Previne Brasil, que faz parte do Acordo de Gestão Local da APS, é relacionado à DM. O agravo seguirá como uma das prioridades de saúde pública da Região.

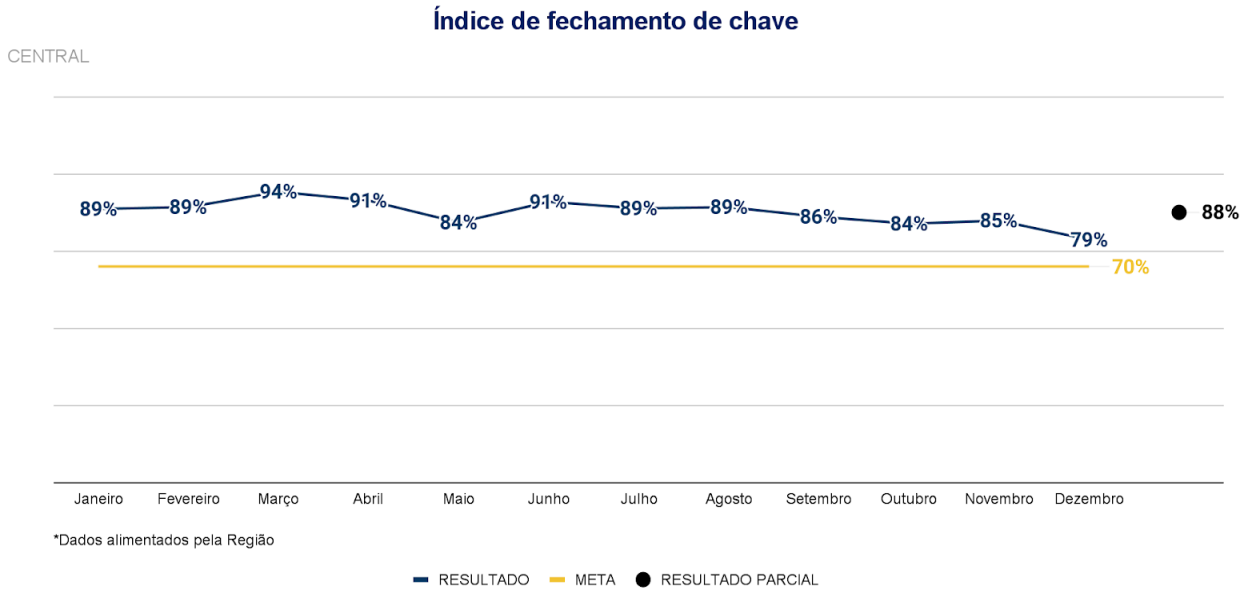
Indicador 26



Análise dos resultados:

No ano de 2022 foram registrados 35 casos de hospitalização por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de residentes da Região de Saúde Central, no InfoSaúde (menu Gestor / perfil Indicadores), segundo dados do SIH-SUS. Tais números resultam em uma taxa de Internação de 1,04 por 10.000 habitantes. Ressaltamos que esses dados incluem apenas as hospitalizações ocorridas no âmbito do SUS, portanto é uma subestimativa da realidade populacional. Sabe-se que a HAS é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, com alta prevalência no mundo e no Brasil. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2011 a prevalência média de hipertensão entre adultos maiores de 18 anos era de 20% (Há dados bem mais atuais, mas não foi possível acessar os dados da PNS 2019 por limitações do perfil de usuário do computador). Esta proporção pode estar subestimada, e é correto dizer que à medida que as pessoas envelhecem a prevalência de doenças crônicas aumenta. Assim, a HAS seguirá como uma prioridade, tanto para ações como para o monitoramento. Ressaltamos que um dos indicadores do Programa Previne Brasil, que faz parte do Acordo de Gestão Local da APS, é relacionado à HAS

Indicador 27



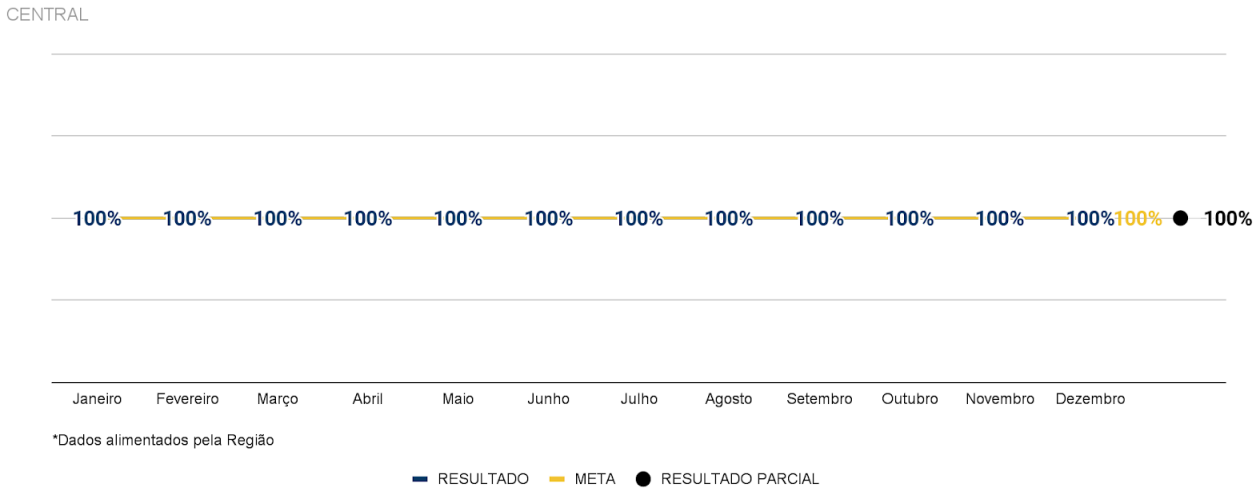
Análise dos resultados:

A Região apresentou resultado acima da média para o Indicador Fechamento de Chaves ao longo do ano. Em que pese esse resultado positivo, cabe reportar a dificuldade sinalizada por algumas gerentes de resistência de alguns profissionais da assistência em realizar o fechamento de chaves. Como efeito, a rotina de fechamento de chaves tem permanecido centrada, em algumas unidades, em apenas um servidor. Sofrendo solução de continuidade por ocasião dos afastamentos legais do mesmo. Em parceria com a DIRASE temos buscado sensibilizar a apoiar as gerências quanto a necessidade dos profissionais assistenciais se apropriarem da rotina de fechamento de chaves.

A unidade com maior dificuldade com esse indicador, tendo índices mais baixos de fechamento de chaves é o CEDIN, especialmente no segundo semestre do ano.

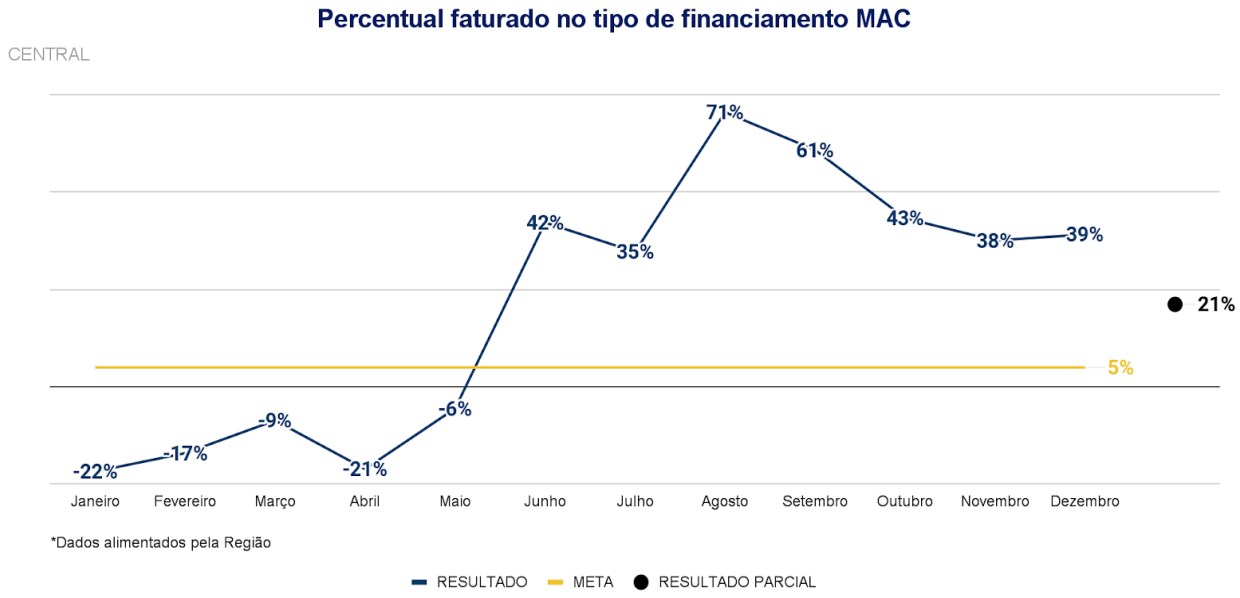
Indicador 29

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



Análise dos resultados:
Ao longo do ano, todos os leitos receberam dose individualizada, assim como no ano anterior.

Indicador 31



Análise dos resultados:

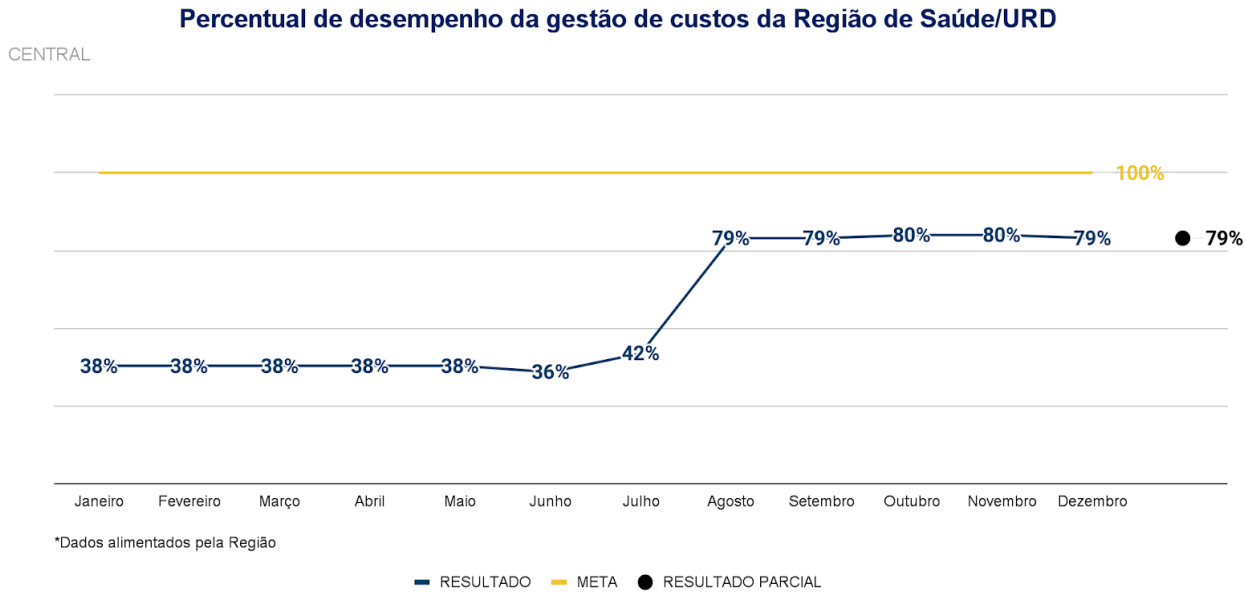
Atingimos um resultado médio de **21% no decorrer do ano de 2022**, logo, **acima da meta** estipulada de 5% para o percentual faturado no tipo de financiamento MAC.

Entretanto, convém mencionar que, se separarmos o resultado em dois contextos é possível verificar as suas distinções: o primeiro, correspondendo a uma média de **-14,82%**, que se refere ao período de janeiro a maio/22, quando a linha de base de R$ 2.114.743,00 incluía, indevidamente, os Procedimentos 03.03.01.02-23 (Tratamento de Infecção pelo Coronavírus - COVID 19), piorando o resultado já que os leitos COVID haviam sido desabilitados; o segundo, que apresentamos um **resultado médio de 46,91%**, correspondendo ao período de junho a dezembro/22, com a linha de base corrigida de R$ 1.294.418,28.

No acumulado do ano, a região faturou R$22.318.711,28, enquanto que em 2021, R$25.557,685,72. Apresentando, portanto, uma **queda de 13%** em relação ao ano anterior. Vale destacar que, em 2021, as enfermarias do HRAN apresentaram uma configuração heterogênea de assistência em razão das mobilizações e desmobilizações de leitos COVID, tendo relevante participação na assistência à doença até agosto de 2021. É possível afirmar que o incremento guarda correlação com o acréscimo de faturamento de 10 (dez) leitos de UTI adicionais; conversão para UTI COVID tipo II (R$600,00 para R$1.600,00); e habilitação de novos leitos de UCI COVID (R$800,00).

Diante disso, parecendo-nos mais adequado comparar o resultado acumulado com o cenário pré-pandemia, verificamos que estamos **5% abaixo do montante** de R$23.375.865,12 faturado em 2019. Infere-se que tal resultado pode possuir influência da diferença de 134 cirurgias/mês que estamos realizando a menos do que em 2019.

Indicador 32



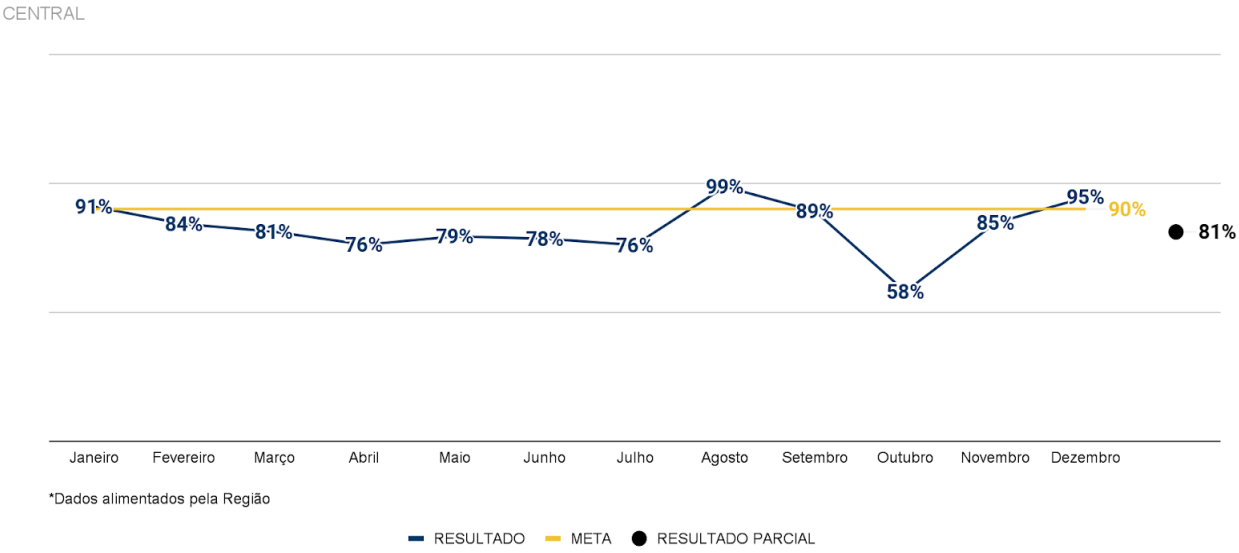
Análise dos resultados:

A Região Central apresentou melhora significativa no percentual de desempenho da gestão de custos, oscilando entre 79% a 80% nos últimos meses do ano. Tal avanço se deu em virtude da implantação de metodologia de aferição dos custos de recursos humanos no HRAN, a qual automatizou e deu celeridade ao seu levantamento. Esclarecemos que em 2022, deste resultado participavam apenas o HRAN e a Policlínica da Asa Norte, com as respectivas ponderações - peso 2,5 e 1,5. Registre-se que o HRAN pontuou a partir de agosto/22, aproximadamente, 66% e a Policlínica manteve 100% do preenchimento.

Convém mencionar que, no que se refere ao NGC/HRAN, a unidade encontrou dificuldade em formar a equipe prevista na Portaria nº 965 e assim completar o ciclo da geração do custo dos serviços. Ressaltamos que em razão das especificidades técnicas e complexidade do trabalho aliadas aos prazos a serem cumpridos, despendemos grande esforço e tempo no treinamento, sem entretanto termos logrado êxito na efetiva consolidação da equipe e conclusão do fluxo. Por fim, cabe registrar que a equipe continua concentrando os esforços na aferição dos custos, especialmente, nos de recursos humanos, no cumprimento dos prazos para lançamento e buscando resolver a questão da produção hospitalar.

Indicador 38

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



Análise dos resultados:

De acordo com os dados do SINAN, ao longo de 2022 foram notificados 5.879 casos de arboviroses de residentes da Região Central. Destes, 81% (4.766), foram digitadas oportunamente, abaixo da meta pactuada (90%). Apenas nos meses de janeiro, agosto e dezembro obtivemos resultados superiores a 90%. Segundo informações do NVEPI, ações de treinamento relacionados à vigilância de arboviroses foram realizadas em 2022. Sabe-se que a oportunidade da digitação do caso suspeito é essencial para o desencadeamento das ações de vigilância ambiental, com vistas a contribuir para o bloqueio da transmissão. A Região Administrativa superou a meta, chegando a um desempenho próximo de 100%. O GeiplanDengue está sendo reativado na Região, iniciando com ações que buscam fortalecer a notificação e a oportunidade da digitação.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

Vigência de Janeiro a Junho/2022

REGIÃO CENTRAL					
ITEM	**TEMA**	**INDICADOR**	**META**	**RESULTADO PARCIAL**	**STATUS**
5	REDE CEGONHA	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade.	100%	0,00%	Crítico
13	RUE	Média de Permanência Geral	5	9,41	Crítico
14	RUE	Média de permanência em leitos de clínica médica	Monitoramento	18,44	Monitoramento
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica	Monitoramento	0,00	Monitoramento
16	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica	Monitoramento	72%	Monitoramento
17	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais	Monitoramento	73%	Monitoramento
21	RUE	Taxa de mortalidade por acidentes	Monitoramento	0,80	Monitoramento
22	RUE	Percentual de admissão no SAD no período	10%	4%	Parcial
23	RUE	Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD	10%	1%	Crítico
25	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial)	250	1.671	Superado
25.1	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial)	250	1.311	Superado
25.2	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial)	350	0	Crítico
26	PSICOSSOCIAL	Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica	100%	90%	Satisfatório
27	DCNT	Percentual de consultas de cardiologia	25%	36%	Superado
28	DCNT	Percentual de consultas de endocrinologia	25%	24%	Satisfatório
29	DCNT	Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis	Monitoramento	19%	Monitoramento
32	DCNT	Razão de mamografia de rastreamento na população alvo	Monitoramento	0,00	Monitoramento
33	SIST. APOIO E LOGÍST.	Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região.	100%	22%	Crítico
34	SIST. APOIO E LOGÍST.	Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados	100%	77%	Satisfatório
36	SIST. APOIO E LOGÍST.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária	30%	33%	Satisfatório
38	SIST. APOIO E LOGÍST.	Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada	Monitoramento	89%	Monitoramento
39	SIST. APOIO E LOGÍST.	Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente	Monitoramento	85	Monitoramento
41	SIST. APOIO E LOGÍST.	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF	Monitoramento	55%	Monitoramento
44	SIST. APOIO E LOGÍST.	Taxa de absenteísmo	Monitoramento	12%	Monitoramento

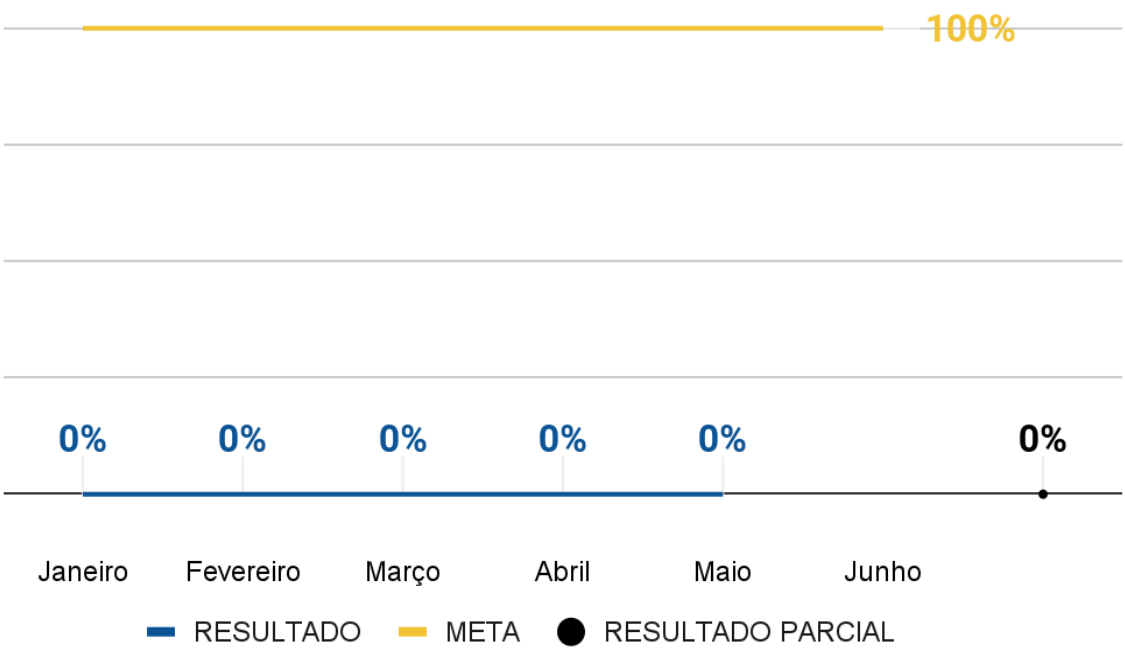
Quadro resumido:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
Superado	Superado - Acima de 100% da meta	3	23%
Satisfatório	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	4	31%
Razoável	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	0	0%
Parcial	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	1	8%
Crítico	Crítico - Abaixo de 25% da meta	5	38%
TOTAL			100%

ANÁLISE POR INDICADOR

***Indicador* 05**

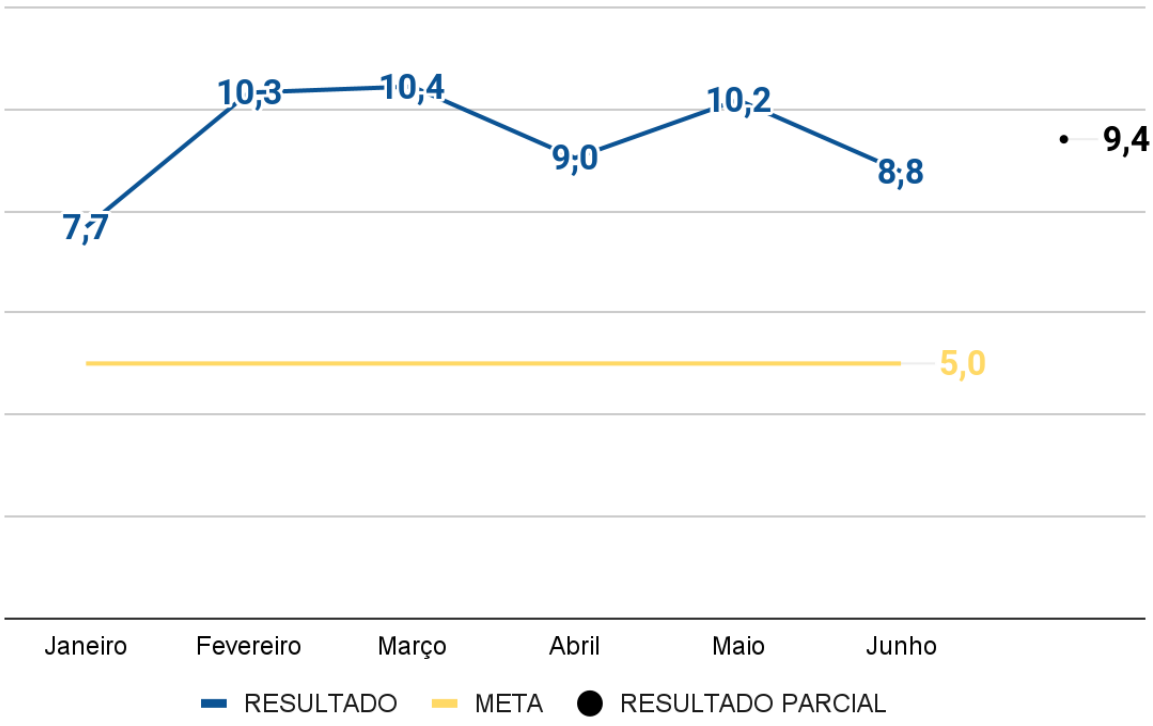
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade.



Análise dos resultados:
Análise dos resultados: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade, foi excluído do Indicador Rede Cegonha em Junho de 2022, conforme doc. nº 89708462.

***Indicador* 13**

Média de Permanência Geral



Análise dos resultados:

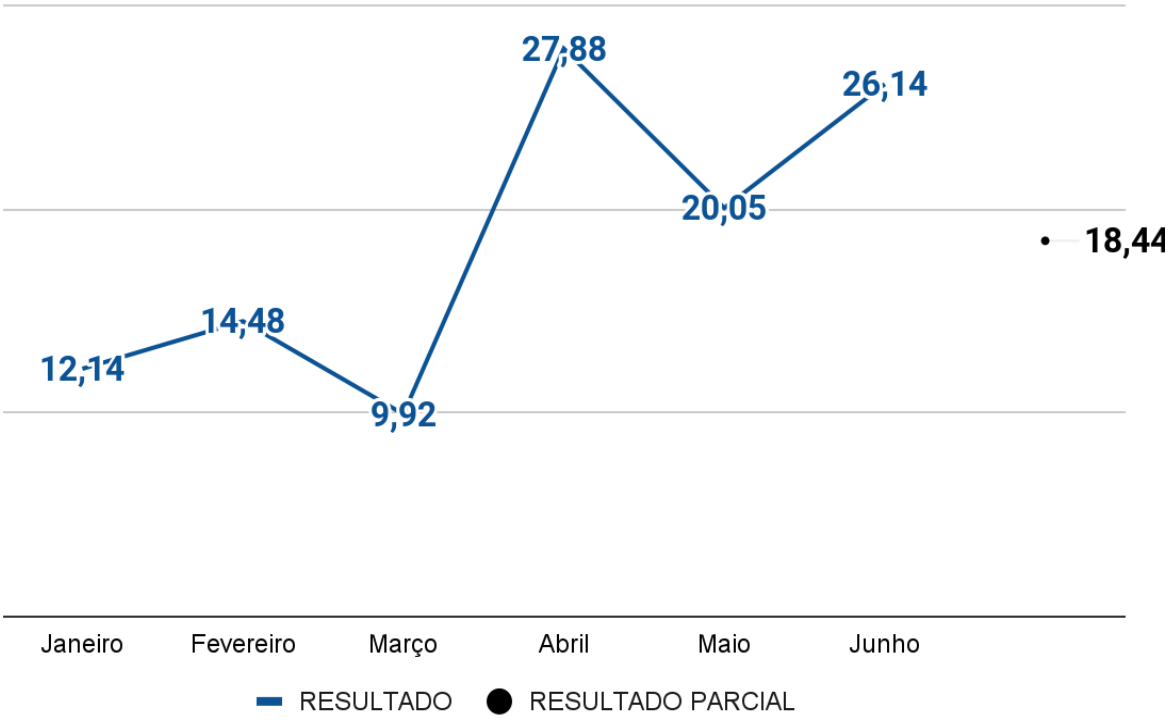
O tempo médio de permanência nos leitos do HRAN, no primeiro semestre/22, fechou em **9,4 dias**, logo, **bastante acima da meta contratualizada de 5 dias**.

Analisando o resultado em relação ao ano anterior, que registrou um tempo médio de permanência de 7,07 dias, verifica-se que **apresentou piora, com um aumento de 33%**.

O cenário piora ainda mais, quando avaliado em relação ao ano de 2019, o qual representa o cenário pré-pandemia, quando o paciente permanecia 6,54 dias internado, apresentamos um resultado **45% maior** do que o tempo de referência em condições normais.

***Indicador* 14**

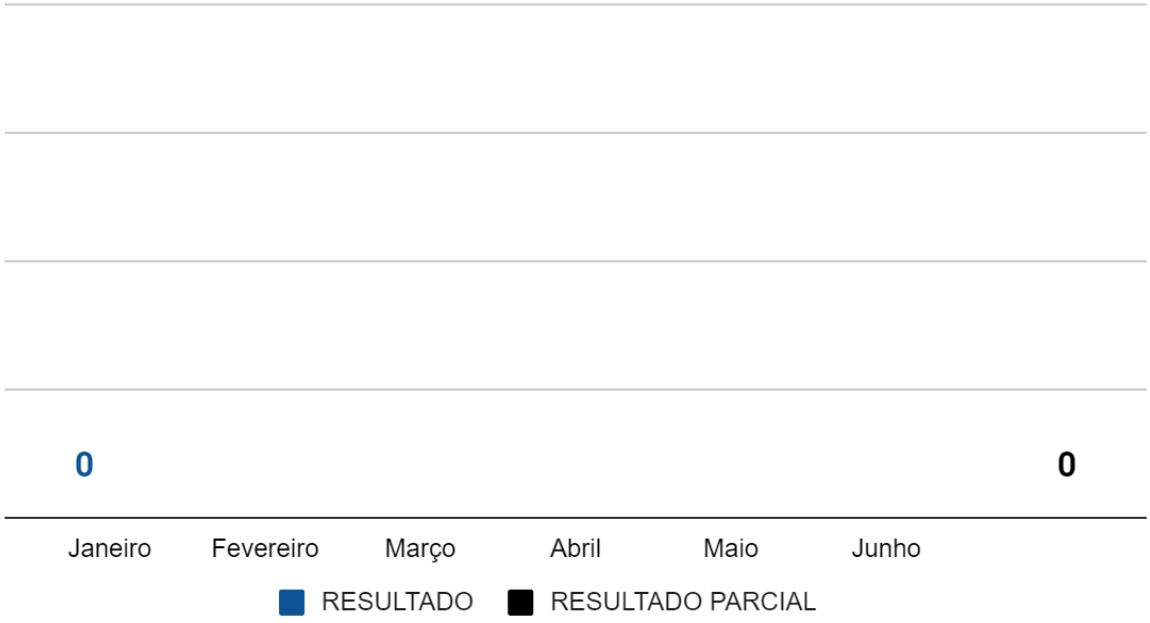
Média de permanência em leitos de clínica médica .



Análise dos resultados:
O tempo médio de permanência nos leitos de Clínica Médica do HRAN, no primeiro semestre/22, fechou em **18,4 dias**. Analisando o resultado em relação ao ano anterior, que registrou um tempo médio de permanência de 10 dias, verifica-se que **apresentou piora, com um aumento de 84%**.
A equipe assistencial se manifestou acerca do resultado, informando que no período em questão o HRAN recebeu pacientes COVID com diversas comorbidades, em condições clínicas agravadas pela desassistência provocada pela mobilização da rede para o atendimento à COVID e também pacientes que não foram vacinados, com possibilidade de desenvolvimento de manifestações mais graves da doença. Após o tratamento da COVID, a unidade teve dificuldade para contrarreferenciar os pacientes, que permaneceram na unidade por um período maior do que o habitual. Também registrou dificuldades em relação à demora no acesso dos pacientes a exames e cirurgias, que aumentam o período de internação dos pacientes na unidade.

***Indicador* 15**

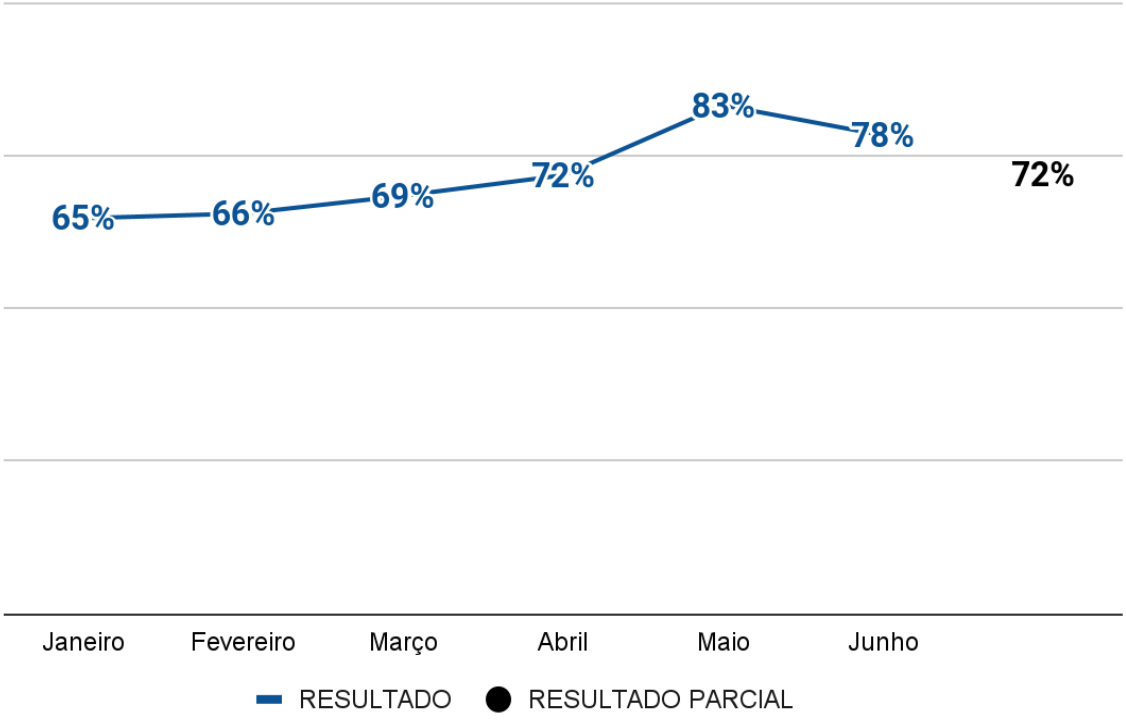
Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica.



Análise dos resultados:
Informa-se que no período de 22/02 a 25/03/22 a UTI do HRAN se encontrava mobilizada para o atendimento exclusivo aos pacientes COVID, com suspensão dos leitos 1 e 2 eletivos. Ocorrendo a desmobilização para UTI Geral a partir do dia 26/03/22. A unidade registrou apenas em junho/22, a internação de 6 pacientes cirúrgicos por um tempo médio de **1 dia de permanência**. Resultado muito próximo ao apresentado em 2021, que foi de 1,06 dias de permanência.

***Indicador* 16**

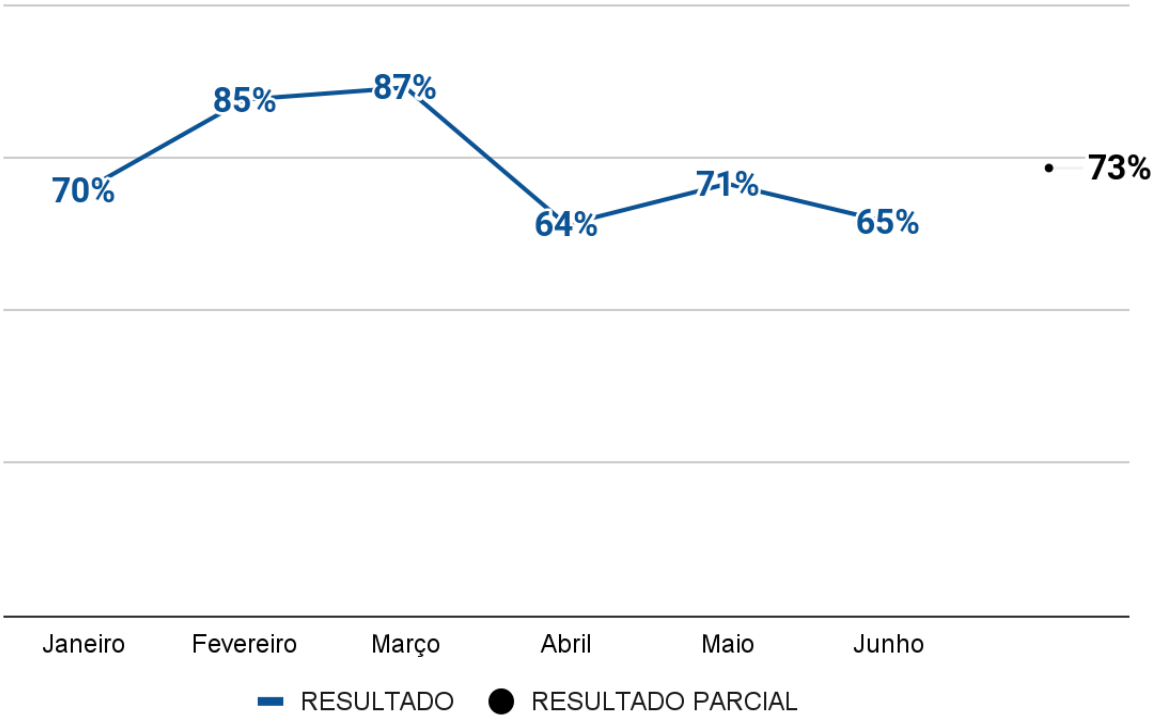
Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica



Análise dos resultados:
A taxa média de ocupação de leitos de Clínica Médica no primeiro semestre de 2022 foi de 72%, logo, abaixo da faixa estipulada como parâmetro de 75% e 85%.
O resultado avaliado em relação ao ano anterior, que foi de **63%,** apresentou um **crescimento de 14%, aproximando-se mais da faixa.**
A equipe assistencial se manifestou acerca do resultado, informando que no período em questão o HRAN sofreu processos de mobilização e desmobilização de leitos para atendimento aos pacientes COVID, sendo a disponibilidade e a ocupação dos leitos reservados em Panorama 1 e 3. Mencionam que alguns pacientes que vieram egressos de outras unidades pelo panorama 3, mesmo após o período de isolamento, tornaram-se pacientes crônicos, necessitando de atendimento de CM para tratamento de outras comorbidades. O que influenciou no giro de leito ter se mantido baixo e o tempo de permanência elevado.

***Indicador* 17**

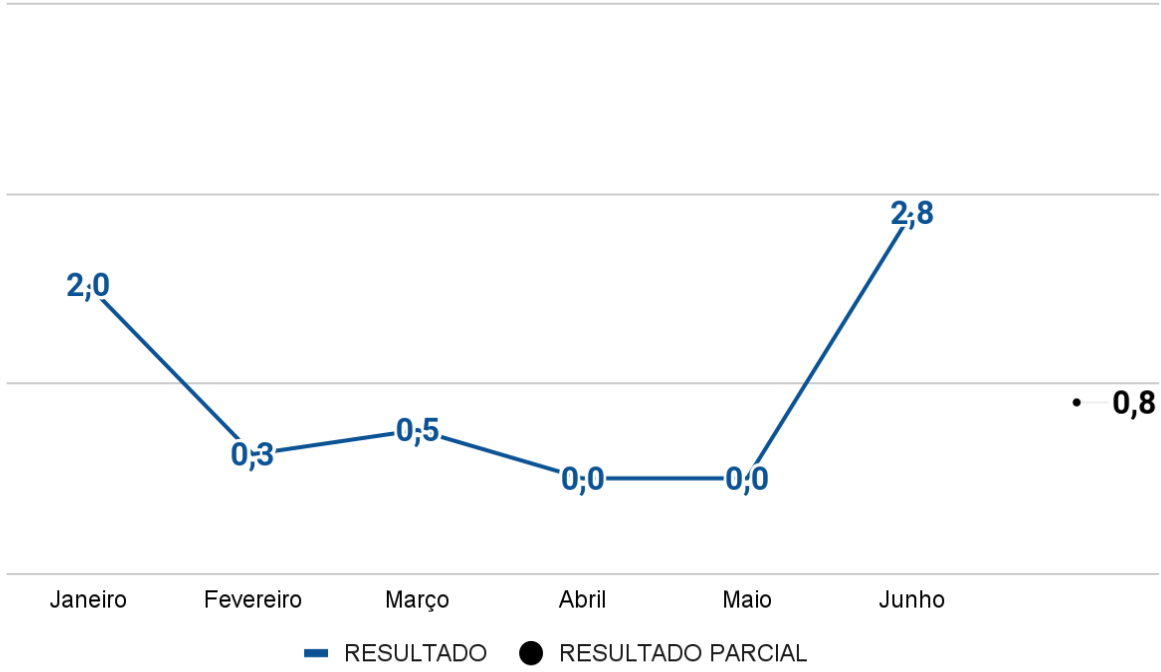
Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais.



Análise dos resultados:
A taxa média de ocupação em Leitos Gerais do HRAN, apresentada no primeiro semestre de 2022, foi de 73%, logo, abaixo da faixa estipulada como parâmetro de 75% e 85%. Menciona-se que, apenas se enquadrou no parâmetro os meses de fevereiro e março/22.
Comparando-se o resultado avaliado em relação ao ano anterior, que foi de 58,9%, verifica-se que ocorreu um **crescimento de 24% em 2022, aproximando-se mais da faixa.**
A equipe assistencial se manifestou acerca do resultado, registrando que é relevante a análise do indicador por perfil do leito. Apesar dos leitos clínicos possuírem uma taxa de ocupação alta, em contrapartida, os cirúrgicos apresentam sua ocupação em torno dos 60%, tendendo o indicador para baixo.

***Indicador* 21**

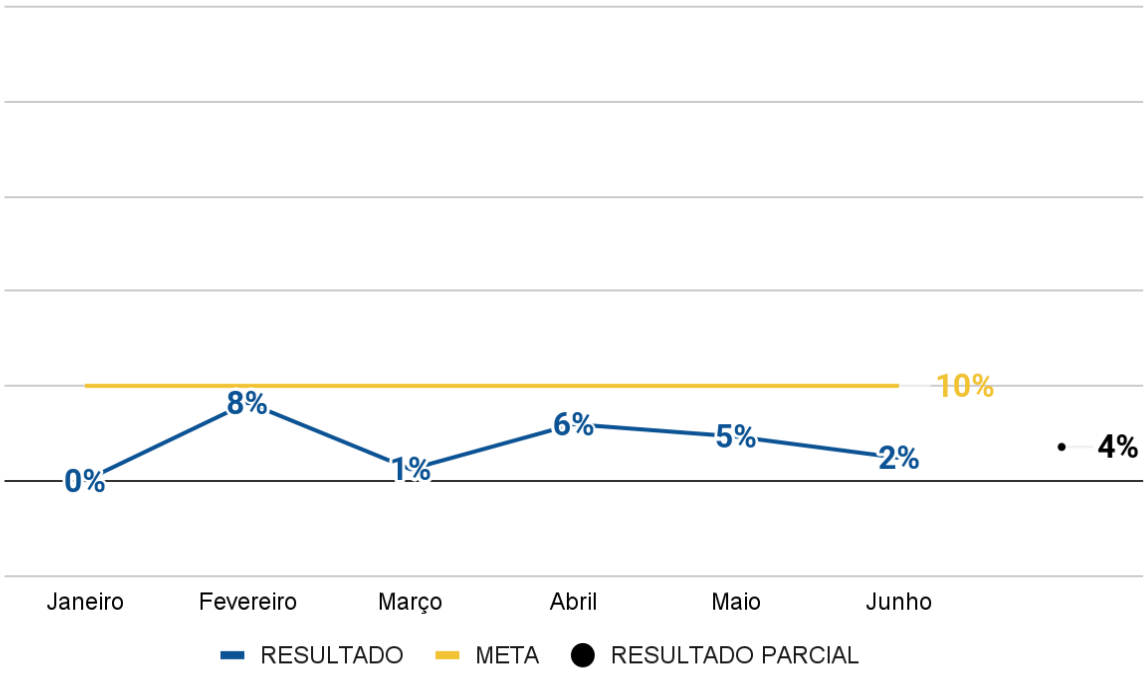
Taxa de mortalidade por acidentes



Análise dos resultados:
A média anual da taxa de mortalidade por acidentes foi de **0,8 óbito por acidente/cem mil habitantes.** Convém mencionar que apresentou resultado **pior que em 2021**, quando em média 0,55 óbito ocorreu em virtude de acidente em relação ao contingente populacional da nossa região, **aumentando 45%** em relação a este.
Com base nos dados atualizados no dia 13/04/2023 extraídos da Sala de Situação, verifica-se que foram registrados 26 óbitos por acidente de residentes da nossa região, no primeiro semestre/22, correspondendo a 2,64% do total de óbitos de residentes da nossa região.
No que se refere às causas de maior incidência, apontamos 6 óbitos registrados no CID W180 - Outras quedas no mesmo nível - residência, correspondendo a 23% de todos os acidentes registrados; 4 óbitos no CID W189 - Outras quedas no mesmo nível - local não especificado - 15%; e 2 óbitos do CID V439 - Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em colisão com um automóvel [carro], "pick up" ou caminhonete - ocupante não especificado de um automóvel [carro] traumatizado em um acidente de trânsito - 8%.

Indicador 22

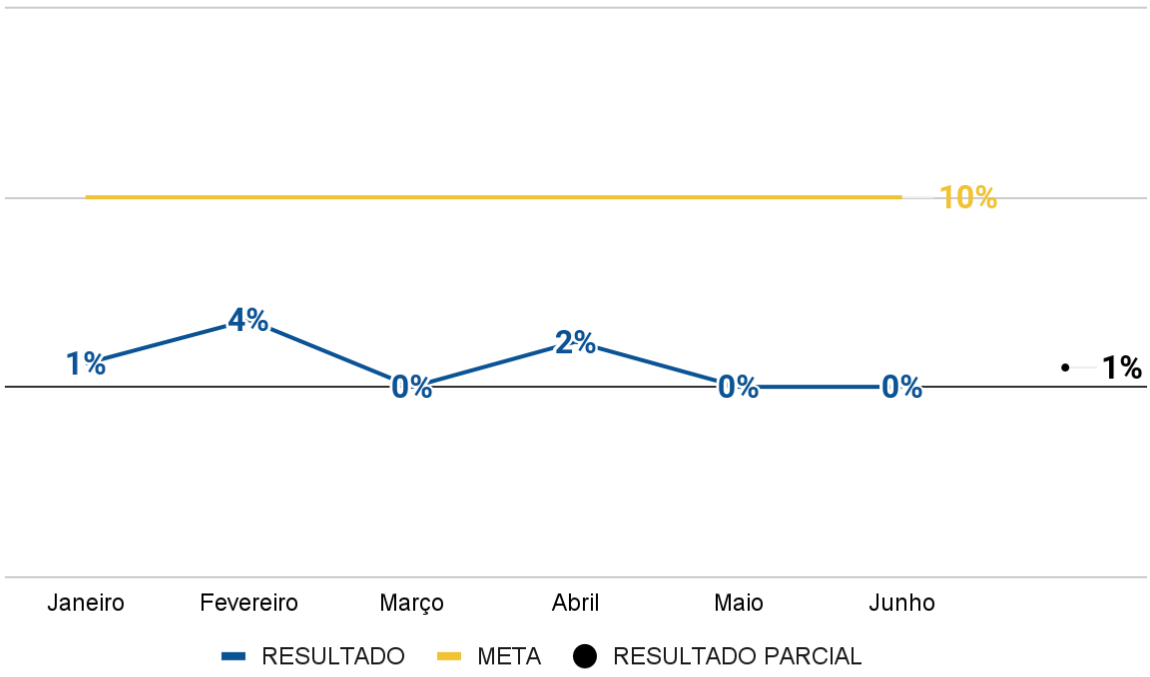
Percentual de admissão no SAD no período



Análise dos resultados:
No primeiro semestre/22, apresentamos um resultado **abaixo da meta de 10%** estipulada para o indicador, uma média de 4% de admissões em relação à capacidade total do período. Menciona-se que o resultado, praticamente, se manteve em relação ao ano anterior, que foi de 4,1%. Entretanto, **pior em 18%** se comparado ao ano de 2020, que foi de 5,19%.

***Indicador* 23**

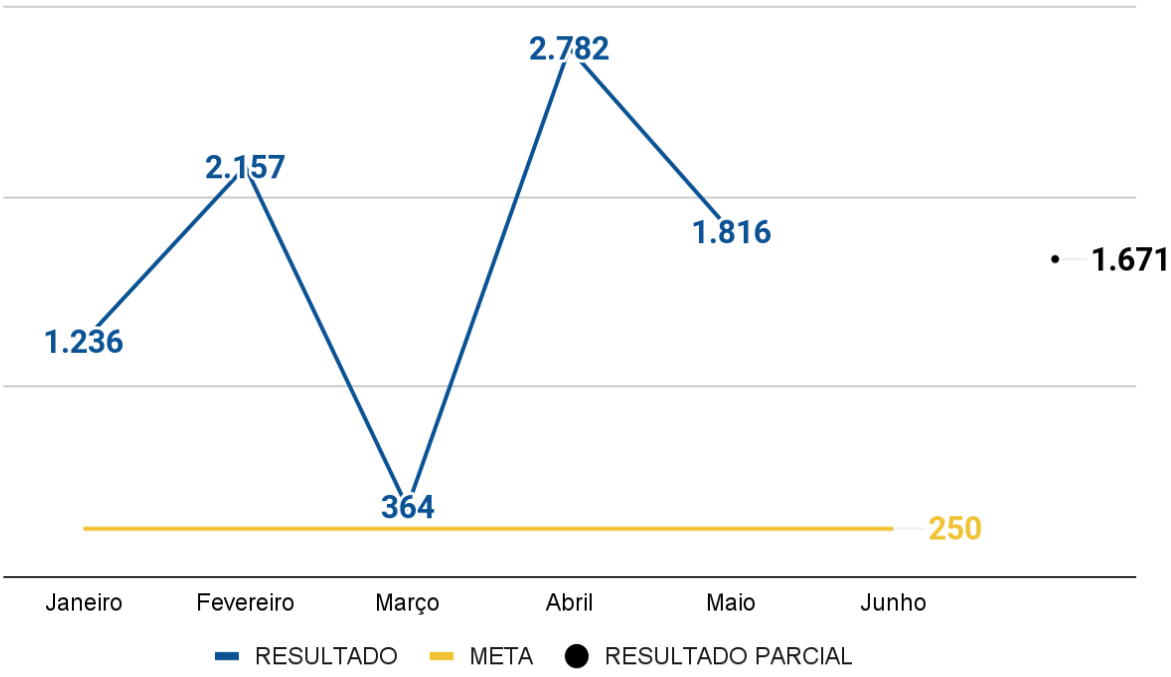
Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD



Análise dos resultados:
No primeiro semestre/22, apresentamos um resultado **muito abaixo da meta de 10%** estipulada para o indicador, uma média de 1% de altas em relação ao total de usuários do período. Menciona-se que o resultado comparado ao ano anterior, quando 0,85% usuários tiveram desfecho de alta em relação ao total em acompanhamento no SAD, apresentou uma **melhora de 41%.**
Do total de 6 pacientes que receberam alta no semestre, 4 deles ocorreram por melhora clínica; 1 por alta administrativa e 1 por mudança de endereço.

Indicador 25

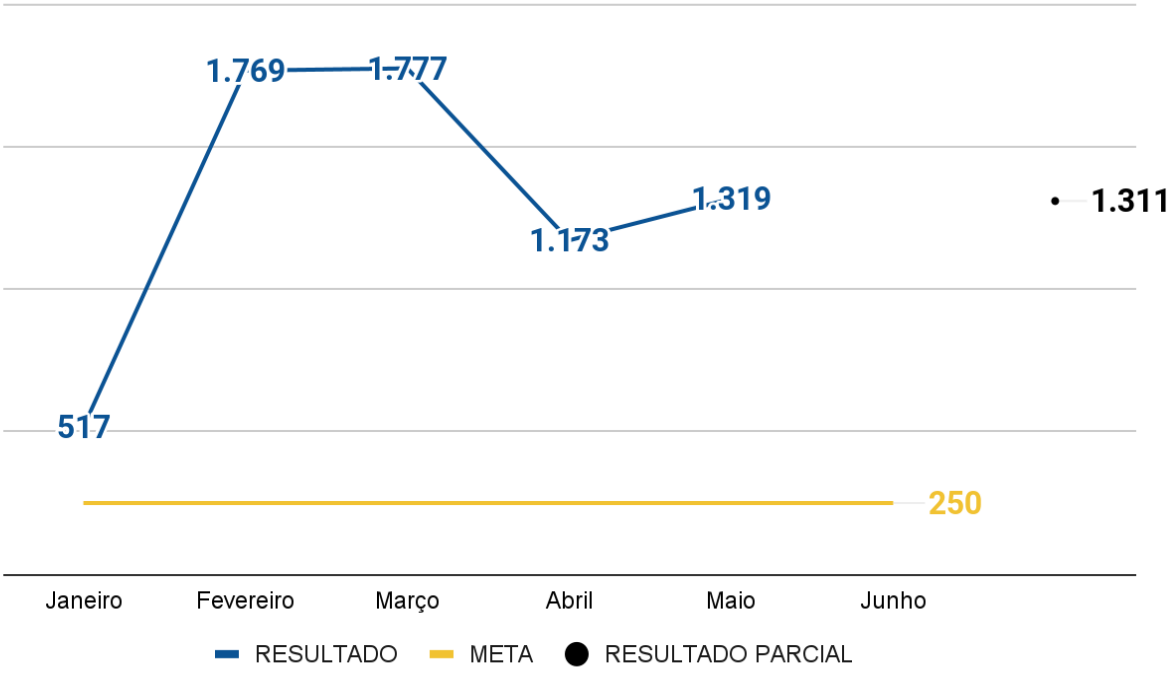
Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial)



Análise dos resultados:
O indicador foi descontinuado e substituído por outros indicadores no AGL, pois restou entendimento de que além do quantitativo das ações realizadas, entendia-se como oportuno e necessário a qualificação dessas ações.
No monitoramento realizado até maio de 2022, observou-se que o CAPS i Asa Norte registrou um expressivo número de ações no RAAS, o que demonstra uma elevada produtividade da Unidade, bem como um consolidado processo de trabalho de registro dessas ações. Contudo, vale lembrar que o CAPS i Asa Norte possui como território, além da Região de Saúde Central, as Regiões Leste e parte da Centro Sul, o que opera como um dificultador para a realização de ações de cuidado territoriais, importante pilar clínico para essa modalidade de atendimento.
Vale dizer que a análise dos resultados junto à unidade, correlacionando com eventos e singularidades de cada mês foi dificultada pela demora dos dados na sala de situação. Tal fato prejudicou, a nosso ver, o andamento de tomada de providências bem como a proposição de novos alinhamentos.

Indicador 25.1

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



Análise dos resultados:

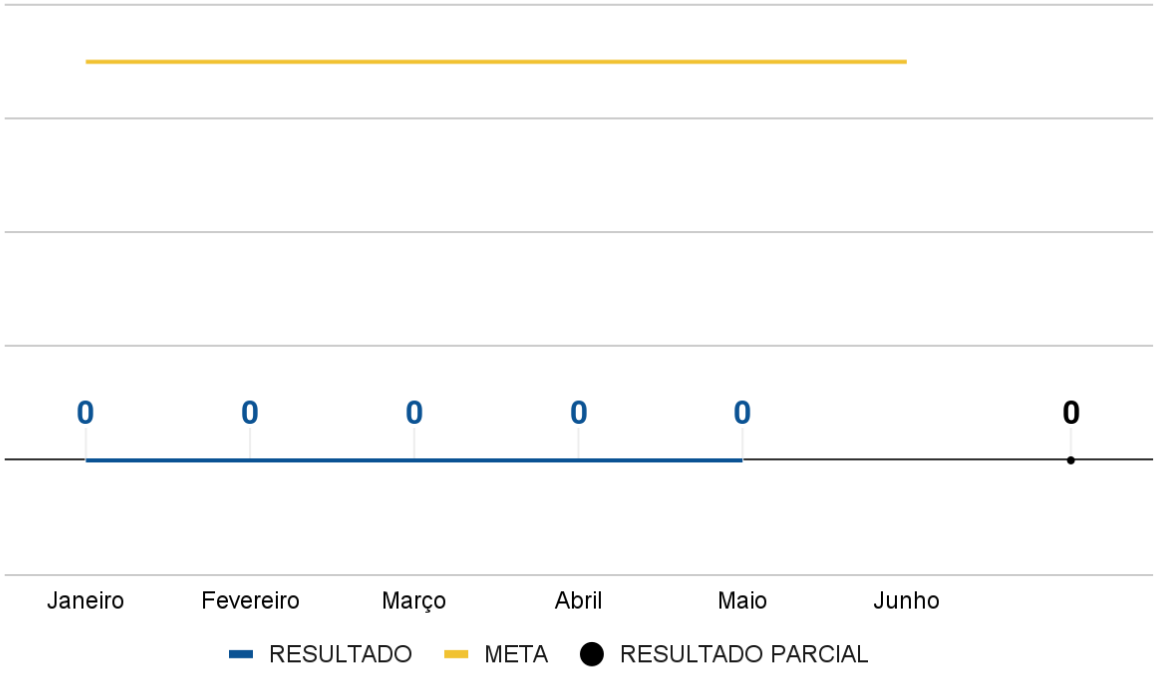
O indicador foi descontinuado e substituído por outros indicadores no AGL, pois restou entendimento de que além do quantitativo das ações realizadas, entendia-se como oportuno e necessário a qualificação dessas ações.

Durante o ano de 2021 se mostrou como um indicador desafiador para a Unidade, que não conseguia cumprir a meta em vários meses. Foi realizado uma organização do processo de trabalho da Unidade com a colaboração de vários atores, em especial da DIRASE, GPMA, NCAIS e DISSAM, com alinhamentos e revisão de rotinas, que resultaram na melhora do indicador. Como pode ser observado no gráfico, a meta foi superada em todos os meses de 2022 até a interrupção do monitoramento.

Vale dizer que a análise dos resultados junto à unidade, correlacionando com eventos e singularidades de cada mês foi dificultada pela demora dos dados na sala de situação. Tal fato prejudicou, a nosso ver, o andamento de tomada de providências bem como a proposição de novos alinhamentos.

Indicador 25.2

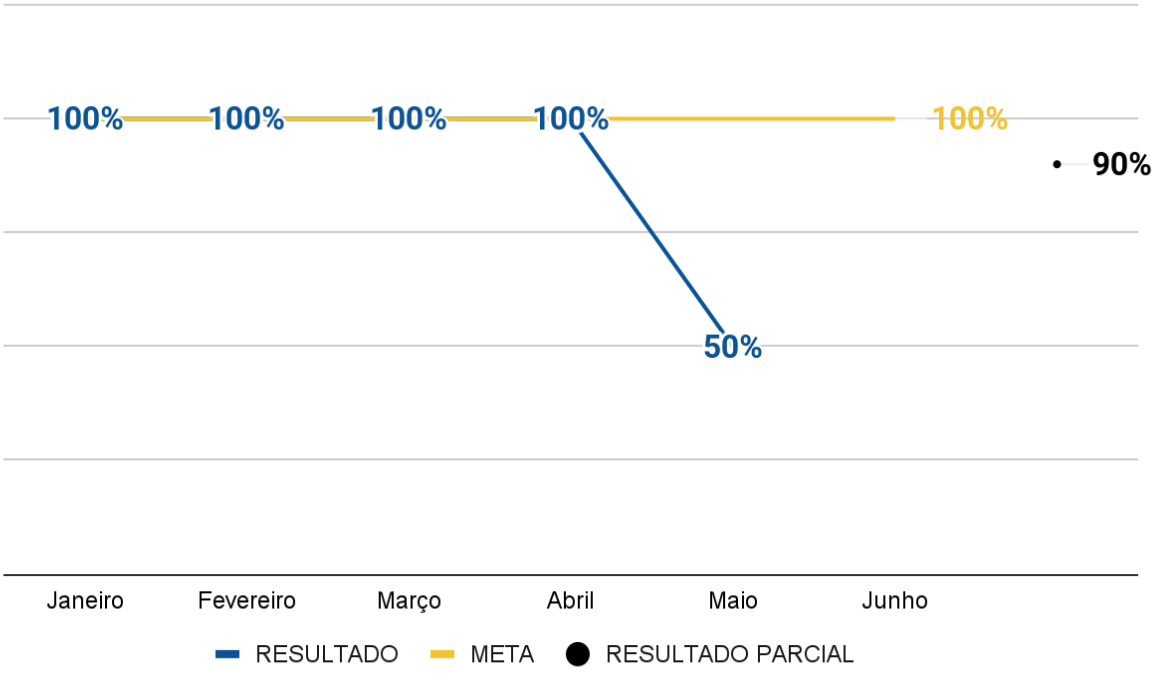
Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial)



Análise dos resultados:
O indicador foi descontinuado e substituído por outros indicadores no AGL, pois restou entendimento de que além do quantitativo das ações realizadas, entendia-se como oportuno e necessário a qualificação dessas ações.
Trata-se de serviço não habilitado e, portanto, os atendimentos incorrem em glosas, não restando registrados junto à Sala de Situação. Não obstante, vale registrar que o relatório de envio do sistema RAAS acusou a seguinte produtividade para o período de Janeiro a Maio de 2022, respectivamente: 708; 953; 1838; 919, e; 1968 ações. Como se pode observar, um resultado expressivo, também superior à meta, ressaltando a consolidação da produtividade da Unidade, em que pese os desafios de estrutura física, que impedem a habilitação do serviço.

***Indicador* 26**

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



Análise dos resultados:

O indicador foi descontinuado e substituído por outro indicador no AGL sobre o mesmo tema, com o monitoramento do quantitativo de ações de matriciamento realizadas por cada serviço.

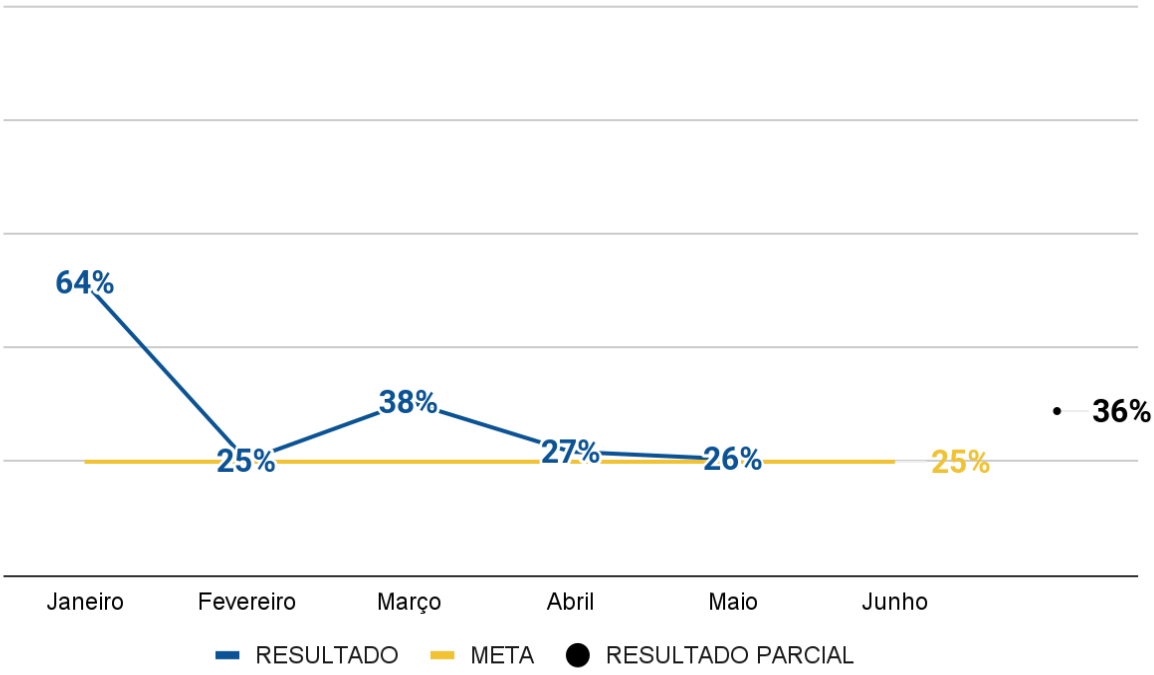
No período de janeiro a maio de 2022, observamos que o CAPS i Asa Norte e o CAPS AD III Candango realizaram ações de matriciamento em todos os meses, com exceção do último, em que apenas o CAPS i Asa Norte registrou este tipo de ação.

Vale trazer que, apesar do resultado positivo, entre as dificuldades enfrentadas pelos os serviços temos a grande extensão territorial de competência dos serviços, o déficit de recursos humanos, a insuficiência de soluções de logística de transporte, e o processo, ainda em curso, de apropriação pelas equipes, incluso da Atenção Primária, da lógica do cuidado no território e da transversalidade do cuidado. Importa trazer que o CAPS II Brasília registrou a realização de ações de matriciamento em todos os meses monitorados, entretanto, os dados não constam na Sala de Situação pelo serviço não estar habilitado.

Vale dizer que a análise dos resultados junto à unidade, correlacionando com eventos e singularidades de cada mês foi dificultada pela demora dos dados na sala de situação. Tal fato prejudicou, a nosso ver, o andamento de tomada de providências bem como a proposição de novos alinhamentos.

Indicador 27

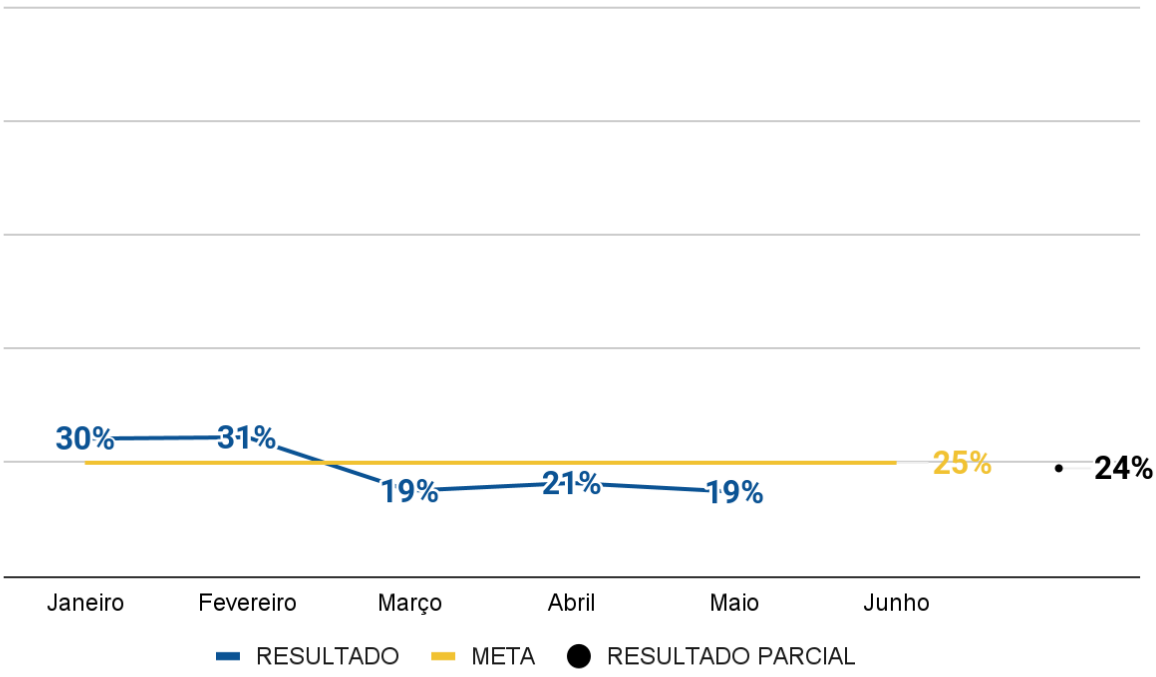
Percentual de consultas de cardiologia



Análise dos resultados:
O indicador foi descontinuado no AGR, de modo que o seu monitoramento migrou para o AGL. Até então, os dados fazem referência à Policlínica da Asa Norte - GSAS 1 e CEDOH. No AGL o monitoramento se restringiu à GSAS 1.
No que concerne a estes dados do AGR, importa dizer que a percentagem do CEDOH era superior, tensionando o dado para cima. Ainda assim, observa-se que naquele momento a meta não era atingida na maioria dos meses. Entretanto, embora não seja o foco do período histórico, na continuidade do monitoramento por meio do AGL, a GSAS 1 logrou êxito na melhora da porcentagem desse indicador ao longo do ano.

***Indicador* 28**

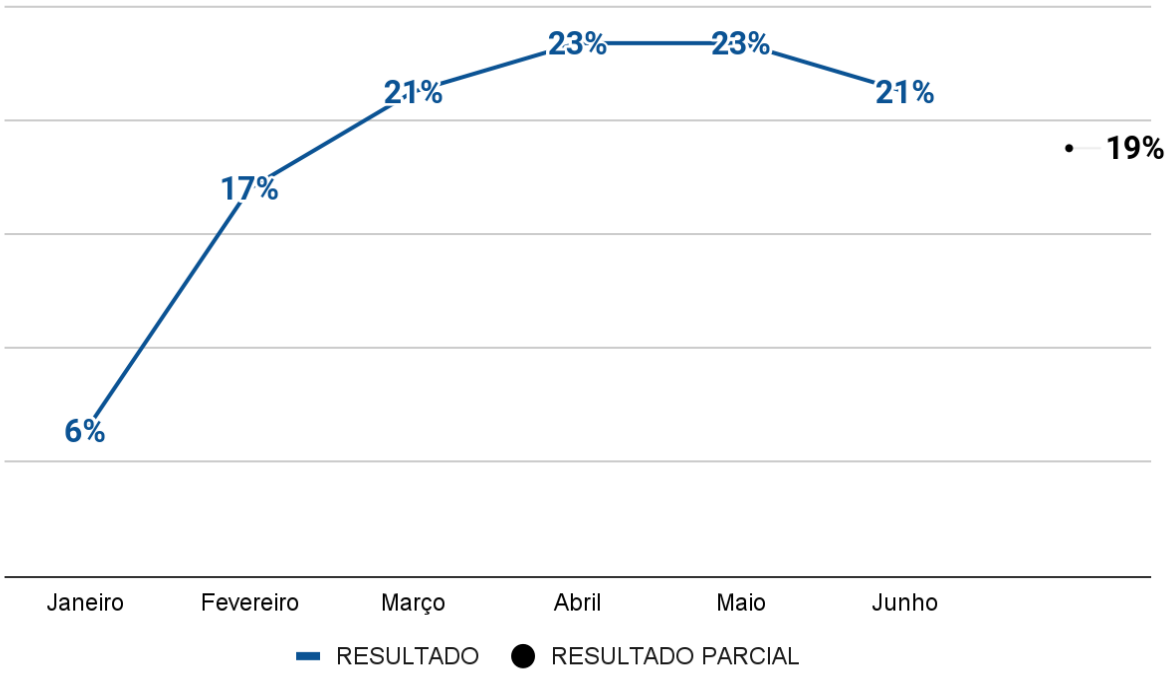
Percentual de consultas de endocrinologia



Análise dos resultados:
Trata-se de indicador que foi descontinuado e que monitorava as consultas de Endocrinologia em duas unidades da Região: CESMU e CEDOH. Este último era responsável por quase a totalidade das consultas.
Desde 2021, o número de consultas de primeira vez tem se mostrado desafiador para o CEDOH. Renovamos o entendimento de que esta dificuldade guarda relação com a gestão do cuidado dos pacientes que acessam o serviço pelo Panorama 2 - oferecidas por não haver demanda reprimida na Região. Nesses casos, o compartilhamento do cuidado com os outros níveis de atenção, especialmente com a primária, são fortemente prejudicados por não pertencerem ao mesmo território. Assim, o acompanhamento, no mais das vezes, se restringe ao especialista, vinculando o paciente a ele e resultando no indesejável efeito velcro com a atenção secundária - justo o que tentamos evitar com o monitoramento desse indicador.

***Indicador* 29**

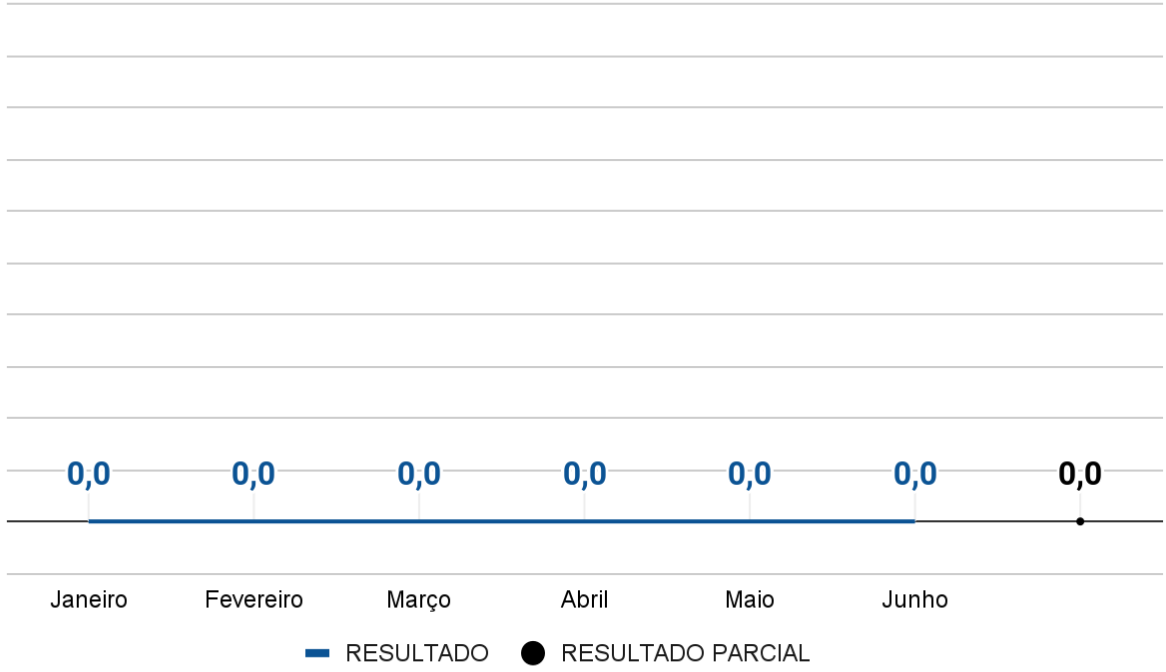
Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis



Análise dos resultados:
O indicador 29 é um indicador de monitoramento, ainda sem uma meta estabelecida. No início do ano o cenário expressava ainda a suspensão das atividades coletivas, em detrimento do risco de transmissão da COVID. À medida que o cenário sofreu modificações, observou-se um discreto aumento na proporção de equipes que realizaram três atividades coletivas no mês. Um aspecto importante a ser ressaltado é a forma como as atividades coletivas são organizadas e registradas nas UBS. As atividades conduzidas e registradas pelos NASF, em tese, não contribuem para o indicador. A recomendação é que se observe atividades coletivas realizadas por equipes de Atenção Primária e não apenas a ESF.

Indicador 32

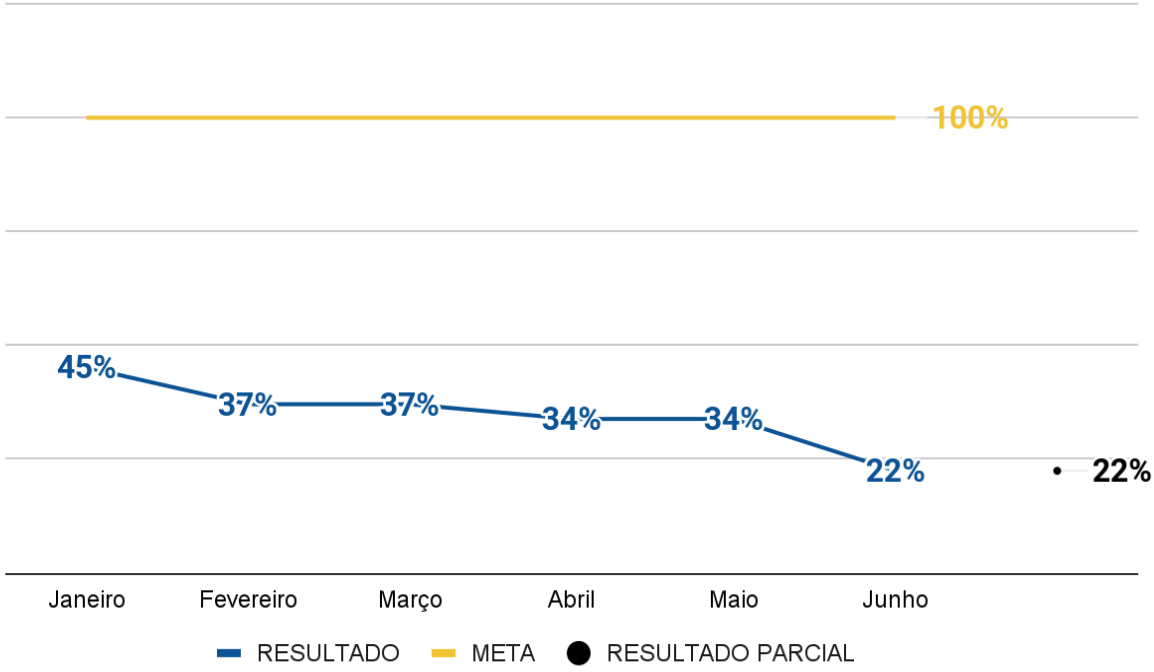
Razão de mamografia de rastreamento na população alvo .



Análise dos resultados:
Indicador sobrestado.

***Indicador* 33**

Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região.



Análise dos resultados:

No primeiro trimestre/22, apresentamos em média 34,2% dos leitos sob regulação no Hospital. Se avaliado pelo desempenho do último mês, apresentamos apenas 22%, um resultado muito abaixo da meta de 100% estipulada para o indicador.

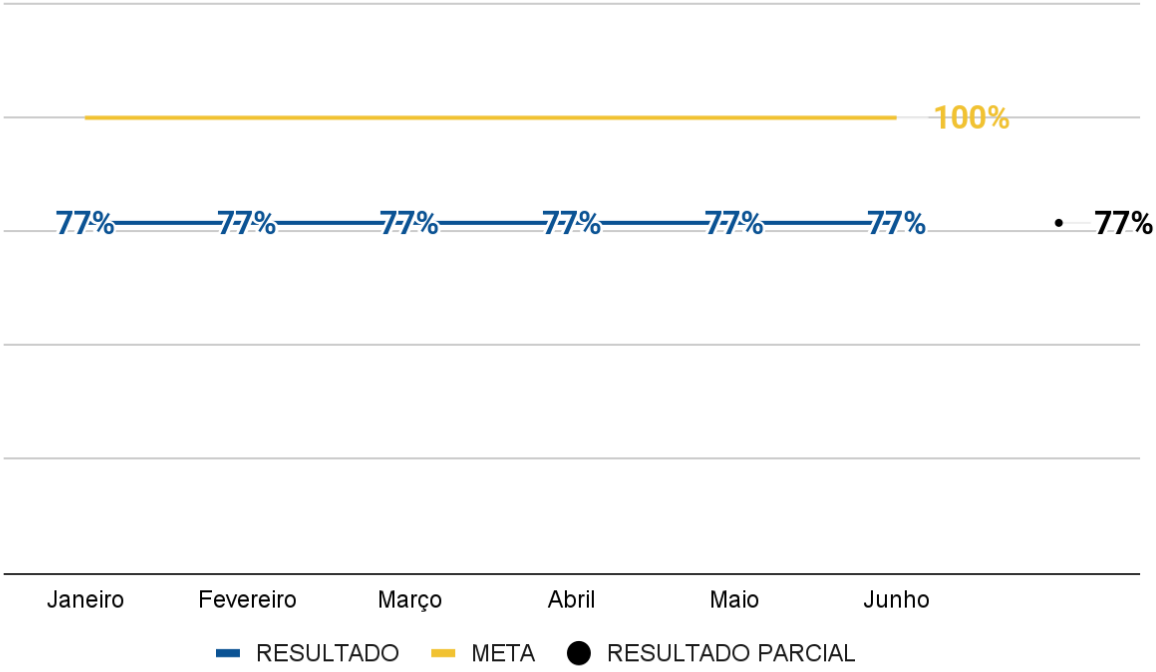
Comparando com o ano anterior, que exibiu uma média 64,9% dos leitos sob regulação, verifica-se que o **resultado caiu quase pela metade**.

Convém mencionar que, no ano de 2021 o percentual de leitos regulados oscilou bastante em virtude das necessidades decorrentes do enfrentamento à pandemia, com mobilização e desmobilização de leitos COVID e momentos de suspensão e de retorno das cirurgias eletivas, que demandaram leitos de retaguarda regulados em panorama I.

No início de 2022, o número de leitos regulados contemplavam a mobilização que oscilava entre os leitos do 4º e 7º andares destinados aos pacientes com COVID e os 08 leitos prisionais do 5º andar. Quantitativo que foi caindo até constar poucos leitos COVID em panorama 3 e os de terapia intensiva.

***Indicador* 34**

Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados



Análise dos resultados:

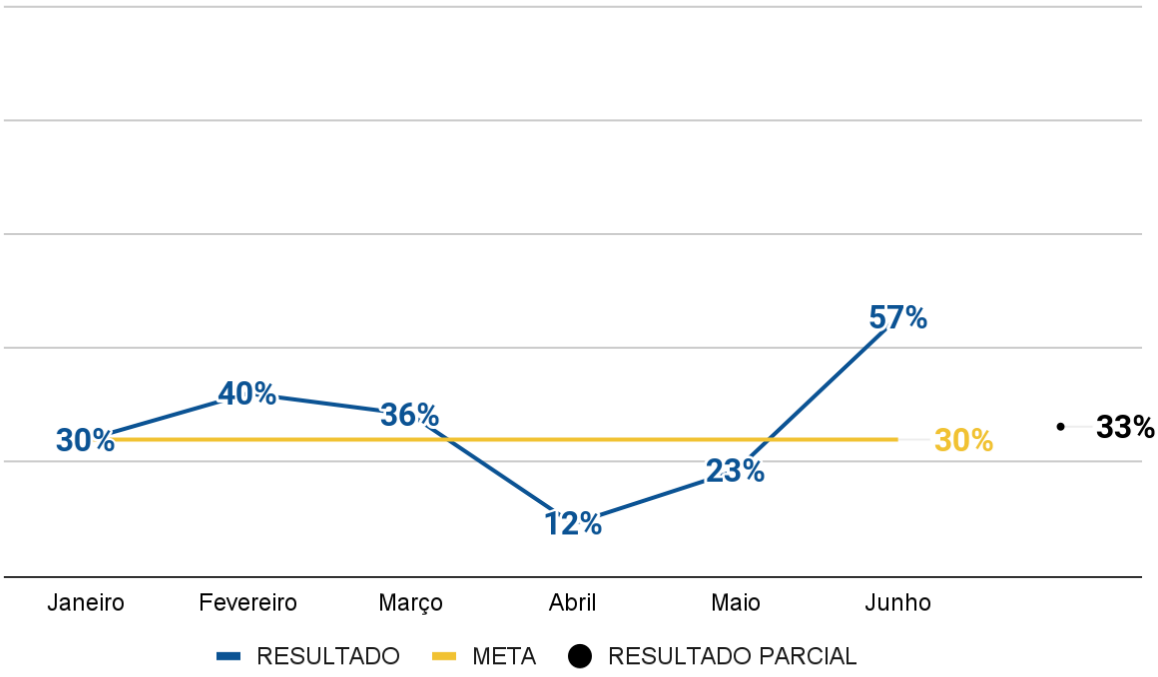
Em média, 77% das especialidades médicas as quais realizam cirurgias eletivas no HRAN estavam reguladas no primeiro trimestre/2022, um resultado abaixo da meta de 100% estipulada para o indicador. Mantivemos o mesmo resultado alcançado no final de 2021.

Entretanto, considerando o cenário pré-pandemia, no qual 50% das especialidades estavam reguladas, avançamos no aprimoramento do acesso do usuário ao atendimento cirúrgico eletivo especializado.

Ao final do semestre, contávamos com 10 especialidades cirúrgicas reguladas no HRAN. Serviços regulados: Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Ginecologia, Ginecologia Oncológica, Mastologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica. Serviços não regulados: Cirurgia Bariátrica, Cirurgia Metabólica, Fissurados.

Indicador 36

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



Análise dos resultados:

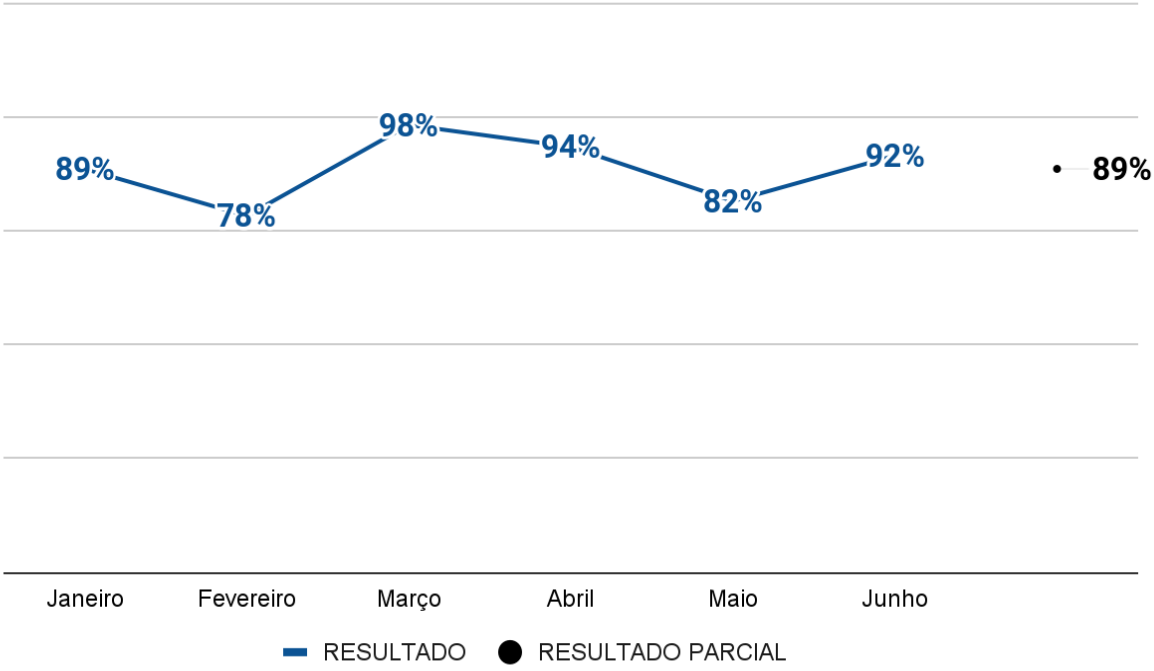
Anotamos a seguir os fatores que contribuíram para a elevação do absenteísmo na Região:

- Pandemia: Naquele período a taxa de transmissão da COVID-19 ainda era elevada, com a incidência de picos de contaminação, que impunham acirramentos das medidas de isolamento.
- Agendamento das consultas: Verifica-se uma insuficiência na comunicação aos pacientes acerca do agendamento das consultas. Também há registros de agendamentos realizados sem que houvesse tempo hábil para que o paciente pudesse se preparar (em termos de logística) para comparecer às consultas.
- Gerência de Regulação: Não há Gerência de Regulação na estrutura administrativa da Atenção Secundária, de modo que observa-se uma dificuldade na realização de alinhamentos dos processos de trabalho, uma vez que há a vinculação com a Gerência de Regulação de outro nível de atenção, a saber; da Atenção Primária.
- Panorama 2: As vagas disponibilizadas em Panorama 2 impõem no mais das vezes grandes deslocamentos aos pacientes para acessarem as consultas em Regiões de Saúde diferentes daquelas nas quais residem. Não há dados consolidados sobre as Regiões de residência dos pacientes que acessam as consultas da DIRASE Central.

A respeito dos pontos supracitados, importa trazermos que têm sido feitos movimentos de aproximação com a Gerência de Regulação, o que inclui a busca por melhorias na comunicação aos pacientes quanto aos agendamentos das consultas. As unidades que podem, buscam fazer uma comunicação adicional, embora a responsabilidade seja da unidade solicitante da vaga.

Indicador 38

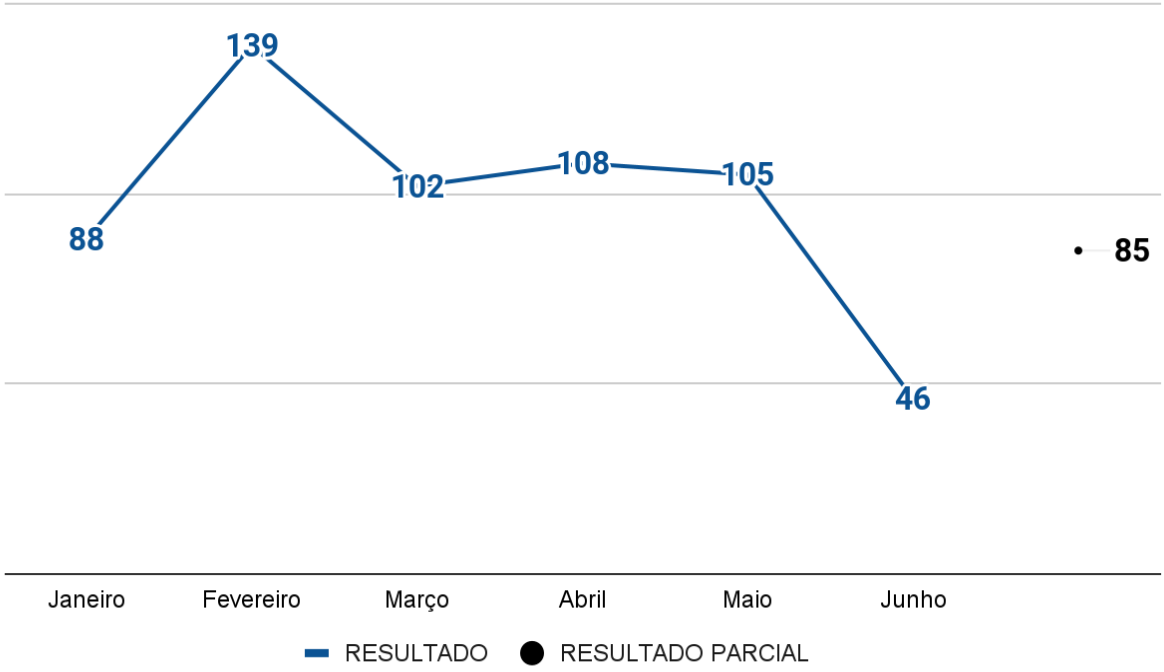
Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada



Análise dos resultados:
O dado monitorado nesta oportunidade refletia o percentual de fechamento de chaves em relação ao número total de vagas ofertadas pela Especialidade. Foi descontinuado e substituído por um indicador com o percentual de consultas de primeira vez em relação ao total das consultas ofertadas. Assim, verifica-se elevados índices de fechamento de chaves nas unidades no período monitorado.

***Indicador* 39**

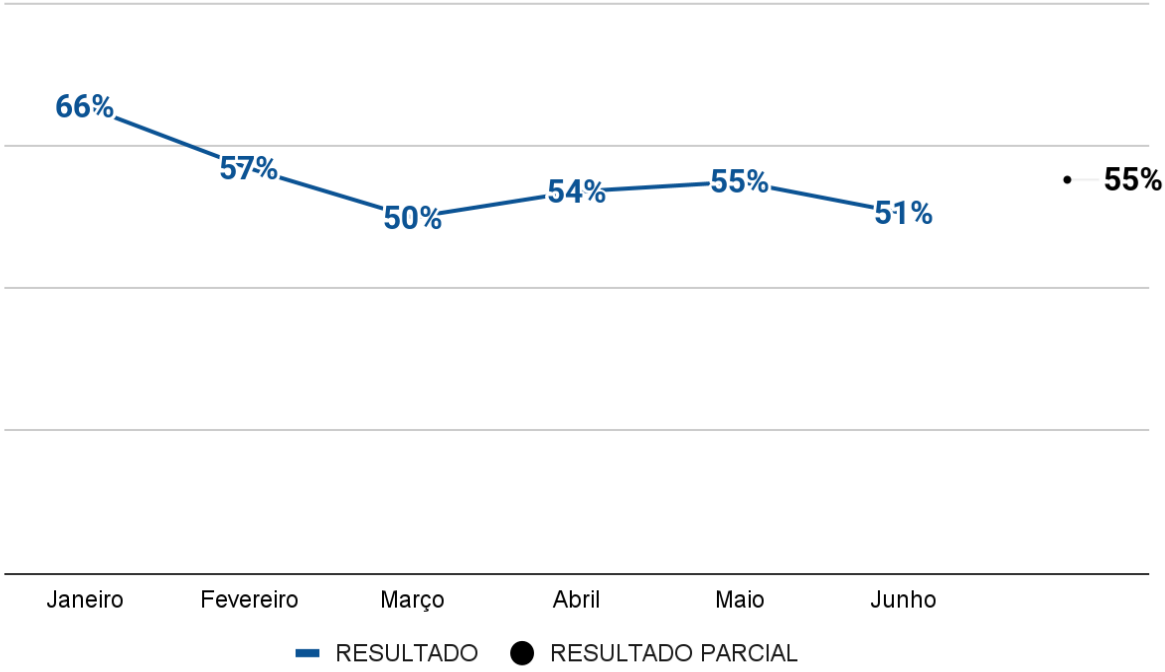
Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente.



Análise dos resultados:
Em média, foram registradas 85 notificações/mês de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente no primeiro trimestre/22. Enquanto que, no ano anterior, registramos 108 notificações, logo, um resultado **21% pior do que em 2021**.
Entretanto, se comparamos o período em questão à média mensal notificada em 2020, que foi de 61 notificações/mês, verificamos que houve um **incremento de 40%** no número de registros.
A equipe do NQSP se manifesta, informando que o núcleo no decorrer do semestre realizou vários treinamentos com a equipe médica, serviço social, nutrição, enfermagem, fonoaudiologia, residentes, estagiários e gestores com apresentação dos indicadores e discussões de melhoria.

***Indicador* 41**

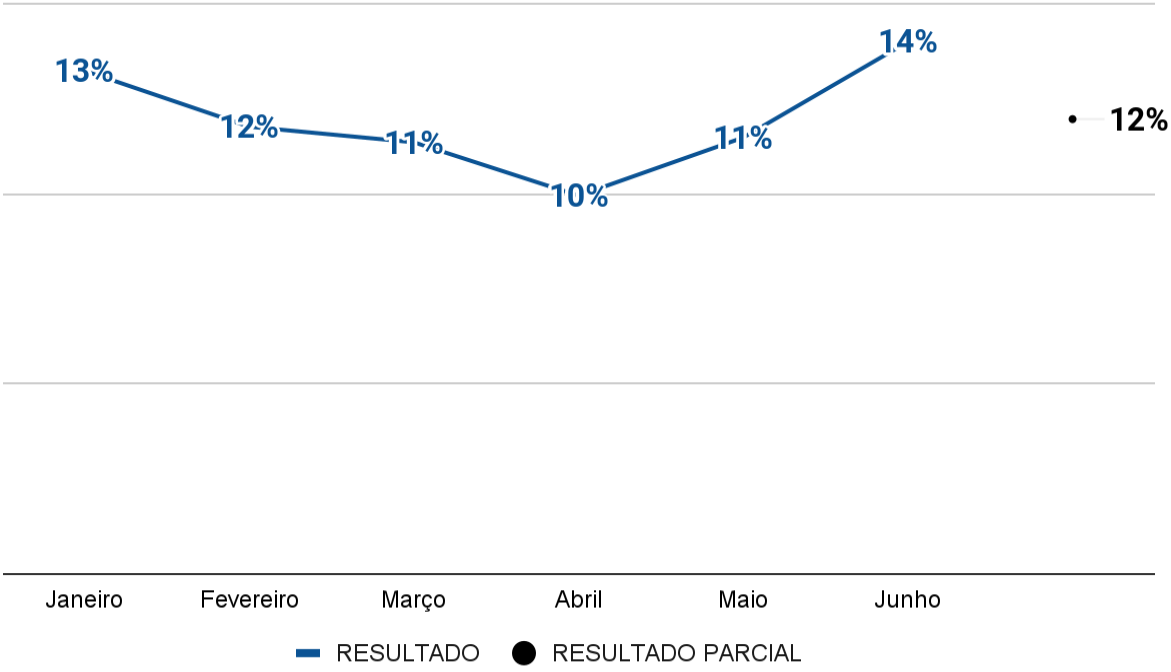
Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF



Análise dos resultados:
Apresentamos no primeiro semestre/22, um índice de resolutividade de 55% das demandas dos usuários (309 resolvidas/549 registradas). Resultado **pior em 17,6%** se comparado com o ano anterior que apresentou um índice de 66,8% das demandas dos usuários (1010 resolvidas/1513 registradas).

Indicador 44

Taxa de absenteísmo



Análise dos resultados:
Apresentamos no primeiro semestre/22, uma **taxa média de absenteísmo de 12%**, resultado este, **pior em 17% ao exibido em 2021,** que foi de 10,37%.
O NSHMT-AN informou que diversas ações são desenvolvidas no Núcleo, voltadas principalmente à redução do absenteísmo-doença: Exames periódicos; Avaliação de capacidade laborativa e de restrição; Avaliação para remoção por motivo de saúde; Avaliação do ambiente laboral; Avaliação do servidor que sofreu acidente em serviço; Atividades de educação em saúde. Além disso, desde o início da pandemia o Núcleo monitorou, por meio de ligações telefônicas, o estado de saúde dos servidores que realizaram a notificação de seus afastamentos.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

Vigência de Julho a Dezembro/2022

REGIÃO CENTRAL					
ITEM	**TEMA**	**INDICADOR**	**META**	RESULTADO PARCIAL	**STATUS**
3	CEGONHA	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência	**Monitoramento**	**2%**	**Monitoramento**
7	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.	**95%**	**106,28%**	Superado
8	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade	**95%**	**95,53%**	Superado
9	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.	**95%**	**95,61%**	Superado
10	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.	**95%**	**105,55%**	Superado
18	RUE	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	**Monitoramento**	**44%**	Monitoramento
22	PCD	Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde	**Monitoramento**	**4.288**	**Monitoramento**
23	PSICOSSOCIAL	Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde	**Sobrestado**	**Sobrestado**	**Sobrestado**
24	PSICOSSOCIAL	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais	**Monitoramento**	**0%**	**Monitoramento**
28	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar	**30%**	**10%**	Satisfatório
30	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	**15%**	**40%**	Superado
33	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	**Monitoramento**	**99%**	**Monitoramento**
34	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Consultas”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	**Monitoramento**	**7%**	**Monitoramento**
35	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Exames”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	**Monitoramento**	**5%**	**Monitoramento**
36	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Cirurgias”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	**Monitoramento**	**9%**	**Monitoramento**
37	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	**Monitoramento**	**72%**	**Monitoramento**
39	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de cura dos casos de tuberculose	**Monitoramento**	**21%**	**Monitoramento**
40	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde	**Monitoramento**	**8%**	**Monitoramento**
41	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde	**Monitoramento**	**62%**	**Monitoramento**
42	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Número de notificações por acidente de trabalho / agravos relacionados ao trabalho	**Monitoramento**	**646**	**Monitoramento**

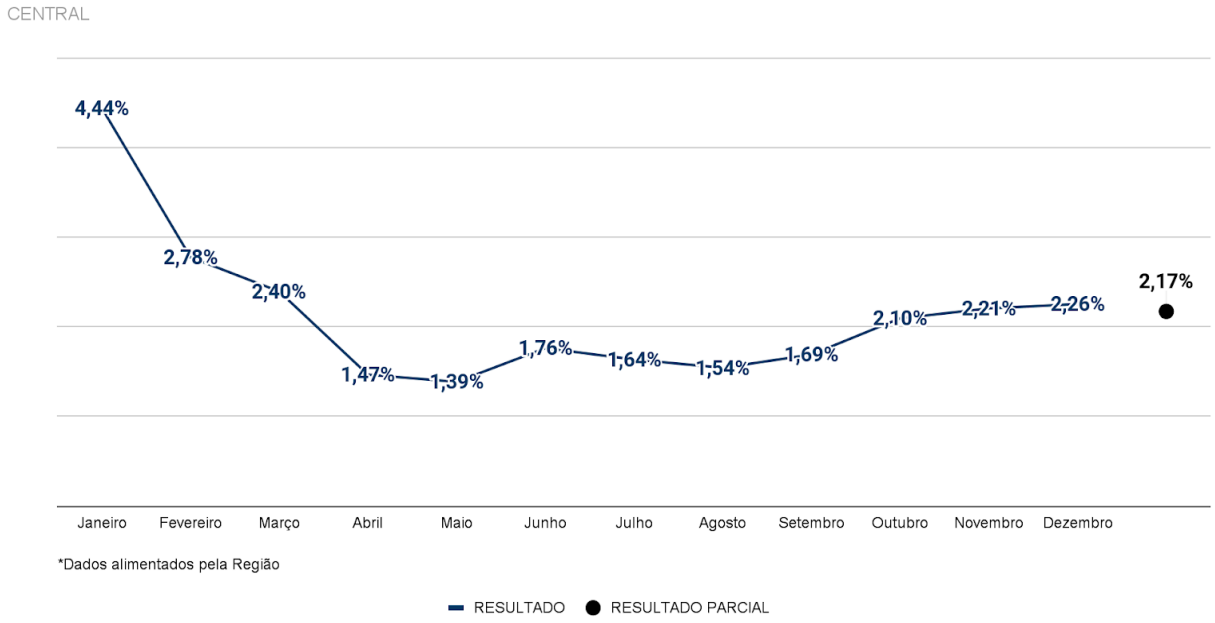
Quadro resumido:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
Superado	Superado - Acima de 100% da meta	5	83%
Satisfatório	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	1	17%
Razoável	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	0	0%
Parcial	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	0	0%
Crítico	Crítico - Abaixo de 25% da meta	0	0%
TOTAL			

ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 3

Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência



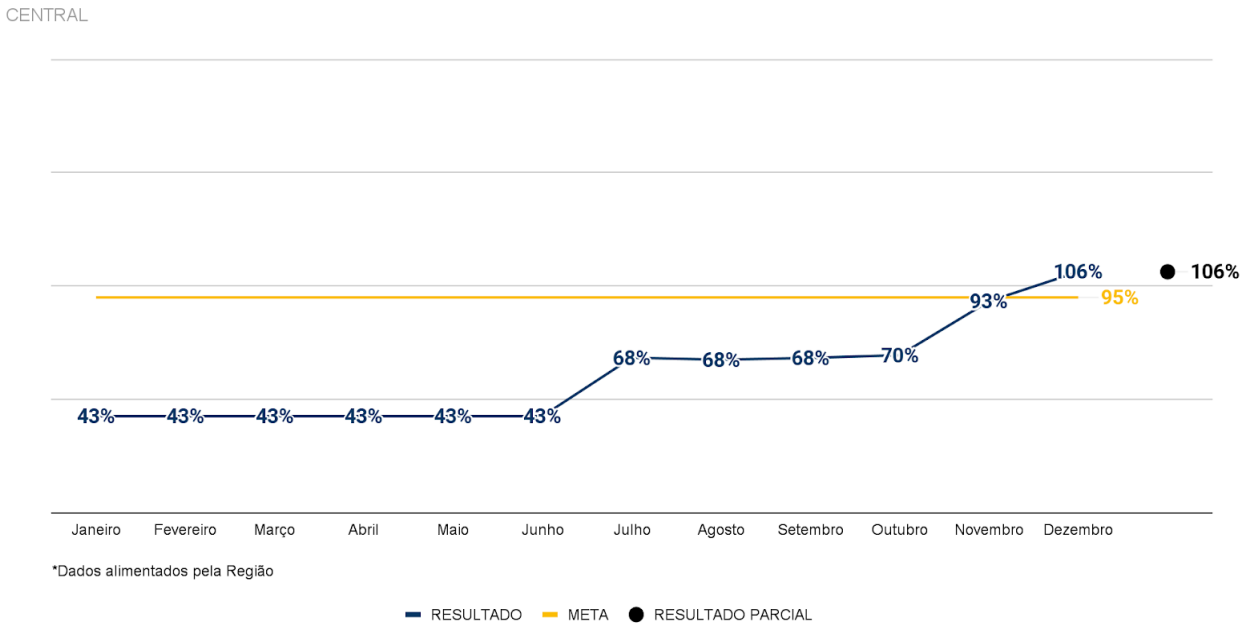
Análise dos resultados:

Em média, **2,17%** dos bebês nascidos no HRAN no decorrer de 2022, foram classificados com apgar de 5º minuto menor que 7. Conforme dados extraídos do TABWIN - "NASCIDOweATUALIZ.def", ao longo do ano, 1694 bebês nasceram no Hospital, dentre os quais, 39 com apgar de 5º minuto menor que 7: 4 nasceram no intervalo de 0 a 3 e 35 classificados na faixa de 4 a 7 da escala.

Convém mencionar que o indicador em questão começou a ser monitorado a partir de julho/22, devendo ser considerada como base de análise a média de **2,7% relativa ao segundo semestre/22** de proporção de recém-nascidos com apgar de 5º minuto menor que 7. Registre-se ainda que, em razão de se tratar de indicador novo e não termos obtido êxito nas justificativas junto ao CO para as oscilações dos resultados, optamos por iniciar a partir de janeiro/23 pesquisa no livro da Unidade quanto às causas para a classificação.

Indicador 7

Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.

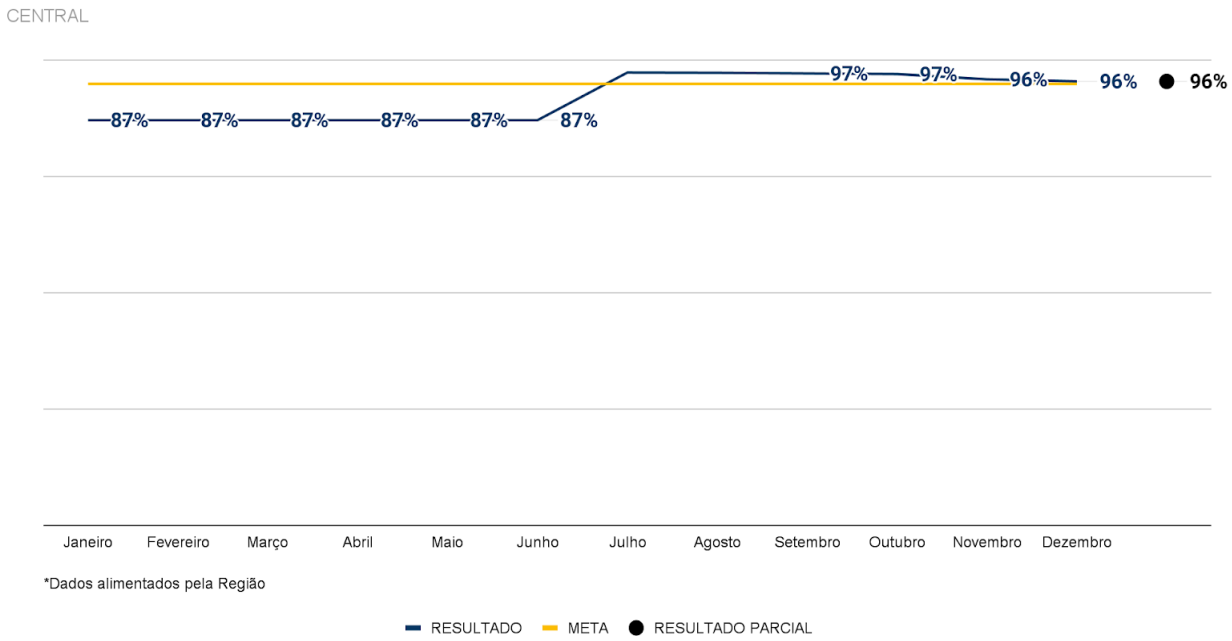


Análise dos resultado:

A cobertura vacinal para Vacina Tríplice Viral superou a meta proposta (95%) , resultado acumulado de janeiro a dezembro de 2022. Ressaltamos que dados de cobertura vacinal são analisados de forma acumulada ao longo do ano. É possível atribuir esse resultado positivo a diversas ações de vacinação que foram promovidas no mês de dezembro. Entre elas, destaca-se a Ação "Vacina em Casa "em parceria com a OPAS/OMS no período de 5 a 21 dezembro de 2022. Ressalta-se, também, a intensificação da divulgação das Salas de Vacina abertas aos sábados. Além disso, no segundo semestre de 2022, foram realizados treinamentos com as equipes das salas de vacina. Entre eles destacam-se o Curso em Sala de Vacina e o curso em Sistemas de Informação Informação em Imunização, ambos em parceria com a Gerência de Rede de Frio e Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar. Após a realização dos cursos, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização continuou a promoção do treinamento em Sistemas de Informação e Imunização. Essa ação parece ter tido impacto positivo na cobertura, uma vez que o registro correto é imprescindível para aquisição de dados fidedignos da cobertura vacinal. A fonte das informações da cobertura vacinal tem sido o processo SEI enviado pela GEVITA (SEI nº 00060-00399184/2022-54) que apresenta o resultado Regional. Entretanto, para o planejamento local é essencial a estratificação da cobertura vacinal seja por Unidade Básica de Saúde ou Região Administrativa. É bastante razoável considerar que a realidade da Asa Sul pode ser bem diferente do Varjão, por exemplo. Assim, recomendamos que as informações a partir de janeiro de 2023 sejam disponibilizadas estratificadas por Região Administrativa, caso seja possível.

Indicador 8

Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.

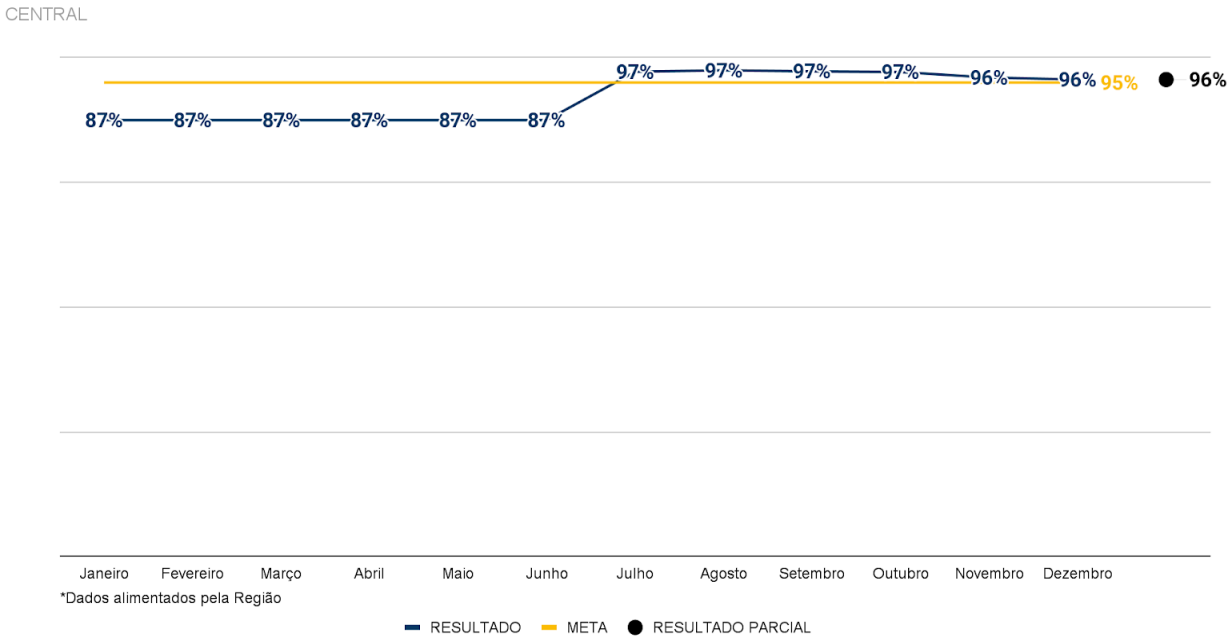


Análise dos resultados:

Tendo em vista o público alvo dos indicadores de vacina, as análises serão bastante semelhantes, uma vez que as mesmas estratégias foram empregadas para o alcance das metas. A cobertura vacinal para Vacina Pentavalente superou a meta proposta (95%) , resultado acumulado de janeiro a dezembro de 2022. É possível atribuir esse resultado positivo a diversas ações de vacinação que foram promovidas no mês de dezembro. Entre elas, destaca-se a Ação "Vacina em Casa "em parceria com a OPAS/OMS no período de 5 a 21 de dezembro de 2022. Ressalta-se, também, a intensificação da divulgação das Salas de Vacina abertas aos sábados. Além disso, no segundo semestre de 2022, foram realizados treinamentos com as equipes das salas de vacina. Entre eles destacam-se o Curso em Sala de Vacina e o curso em Sistemas de Informação Informação em Imunização, ambos em parceria com a Gerência de Rede de Frio e Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar. Após a realização dos cursos, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização seguiu promovendo o treinamento em Sistemas de Informação e Imunização. Essa ação parece ter tido impacto positivo na cobertura, uma vez que o registro correto é imprescindível para aquisição de dados fidedignos da cobertura vacinal. A fonte das informações da cobertura vacinal tem sido o processo SEI enviado pela GEVITA (SEI nº 00060-00399184/2022-54) que apresenta o resultado Regional. Entretanto, para o planejamento local é essencial a estratificação da cobertura vacinal seja por Unidade Básica de Saúde ou Região Administrativa. É bastante razoável considerar que a realidade da Asa Sul pode ser bem diferente do Varjão, por exemplo. Assim, recomendamos que as informações a partir de janeiro de 2023 sejam disponibilizadas estratificadas por Região Administrativa, caso seja possível.

Indicador 9

Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.

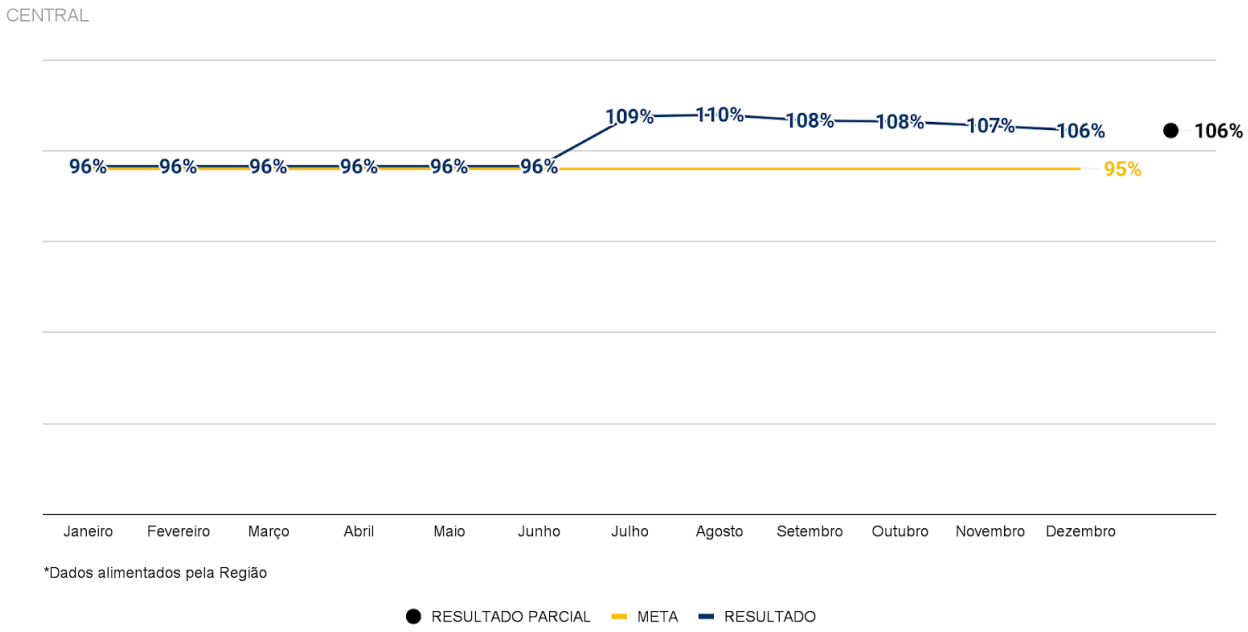


Análise dos resultados:

Tendo em vista o público alvo dos indicadores de vacina, as análises serão bastante semelhantes, uma vez que as mesmas estratégias foram empregadas para o alcance das metas. A cobertura vacinal para Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 - inativada (VIP) para crianças menores de um ano superou a meta proposta (95%) , resultado acumulado de janeiro a dezembro de 2022. É possível atribuir esse resultado positivo a diversas ações de vacinação que foram promovidas no mês de dezembro. Entre elas, destaca-se a Ação "Vacina em Casa "em parceria com a OPAS/OMS no período de 5 a 21 de dezembro de 2022. Ressalta-se, também, a intensificação da divulgação das Salas de Vacina abertas aos sábados. Além disso, no segundo semestre de 2022, foram realizados treinamentos com as equipes das salas de vacina. Entre eles destacam-se o Curso em Sala de Vacina e o curso em Sistemas de Informação Informação em Imunização, ambos em parceria com a Gerência de Rede de Frio e Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar. Após a realização dos cursos, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização seguiu promovendo o treinamento em Sistemas de Informação e Imunização. Essa ação parece ter tido impacto positivo na cobertura, uma vez que o registro correto é imprescindível para aquisição de dados fidedignos da cobertura vacinal. A fonte das informações da cobertura vacinal tem sido o processo SEI enviado pela GEVITA (SEI nº 00060-00399184/2022-54) que apresenta o resultado Regional. Entretanto, para o planejamento local é essencial a estratificação da cobertura vacinal seja por Unidade Básica de Saúde ou Região Administrativa. É bastante razoável considerar que a realidade da Asa Sul pode ser bem diferente do Varjão, por exemplo. Assim, recomendamos que as informações a partir de janeiro de 2023 sejam disponibilizadas estratificadas por Região Administrativa, caso seja possível.

Indicador 10

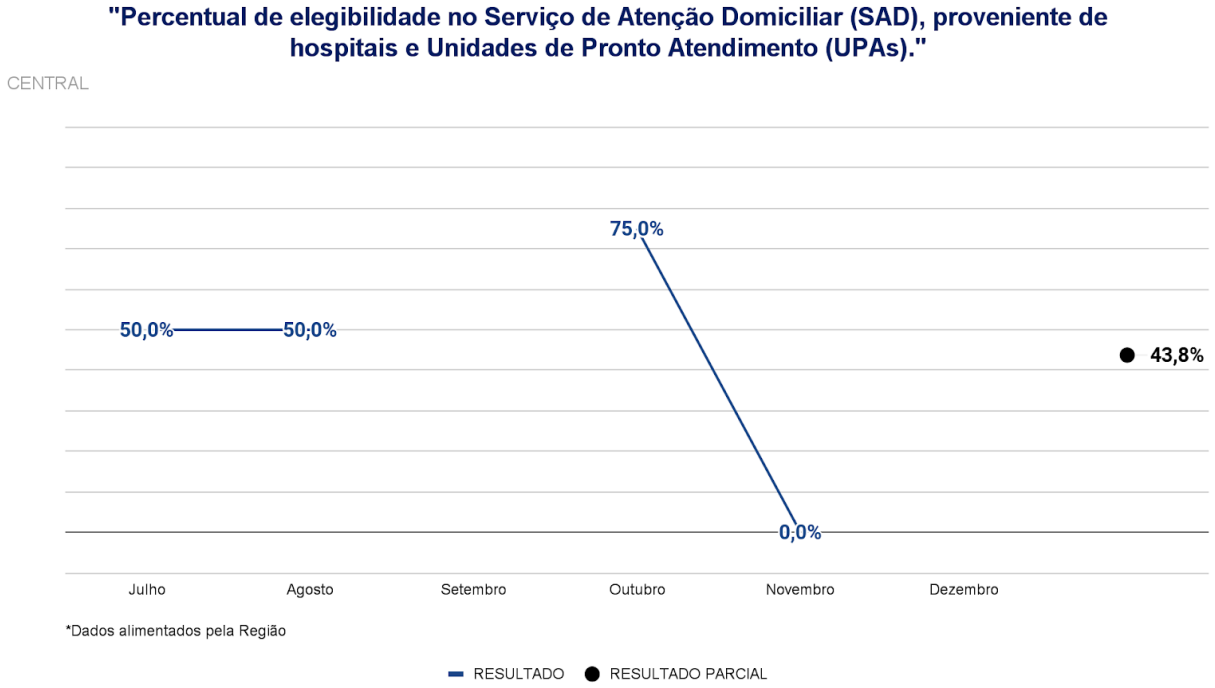
Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.



Análise dos resultados:

Tendo em vista o público alvo dos indicadores de vacina, as análises serão bastante semelhantes, uma vez que as mesmas estratégias foram empregadas para o alcance das metas. A cobertura vacinal para Vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de um ano superou a meta proposta (95%) , resultado acumulado de janeiro a dezembro de 2022. É possível atribuir esse resultado positivo a diversas ações de vacinação que foram promovidas no mês de dezembro. Entre elas, destaca-se a Ação "Vacina em Casa "em parceria com a OPAS/OMS no período de 5 a 21 de dezembro de 2022. Ressalta-se, também, a intensificação da divulgação das Salas de Vacina abertas aos sábados. Além disso, no segundo semestre de 2022, foram realizados treinamentos com as equipes das salas de vacina. Entre eles destacam-se o Curso em Sala de Vacina e o curso em Sistemas de Informação Informação em Imunização, ambos em parceria com a Gerência de Rede de Frio e Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar. Após a realização dos cursos, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização seguiu promovendo o treinamento em Sistemas de Informação e Imunização. Essa ação parece ter tido impacto positivo na cobertura, uma vez que o registro correto é imprescindível para aquisição de dados fidedignos da cobertura vacinal. A fonte das informações da cobertura vacinal tem sido o processo SEI enviado pela GEVITA (SEI nº 00060-00399184/2022-54) que apresenta o resultado Regional. Entretanto, para o planejamento local é essencial a estratificação da cobertura vacinal seja por Unidade Básica de Saúde ou Região Administrativa. É bastante razoável considerar que a realidade da Asa Sul pode ser bem diferente do Varjão, por exemplo. Assim, recomendamos que as informações a partir de janeiro de 2023 sejam disponibilizadas estratificadas por Região Administrativa, caso seja possível.

Indicador 18

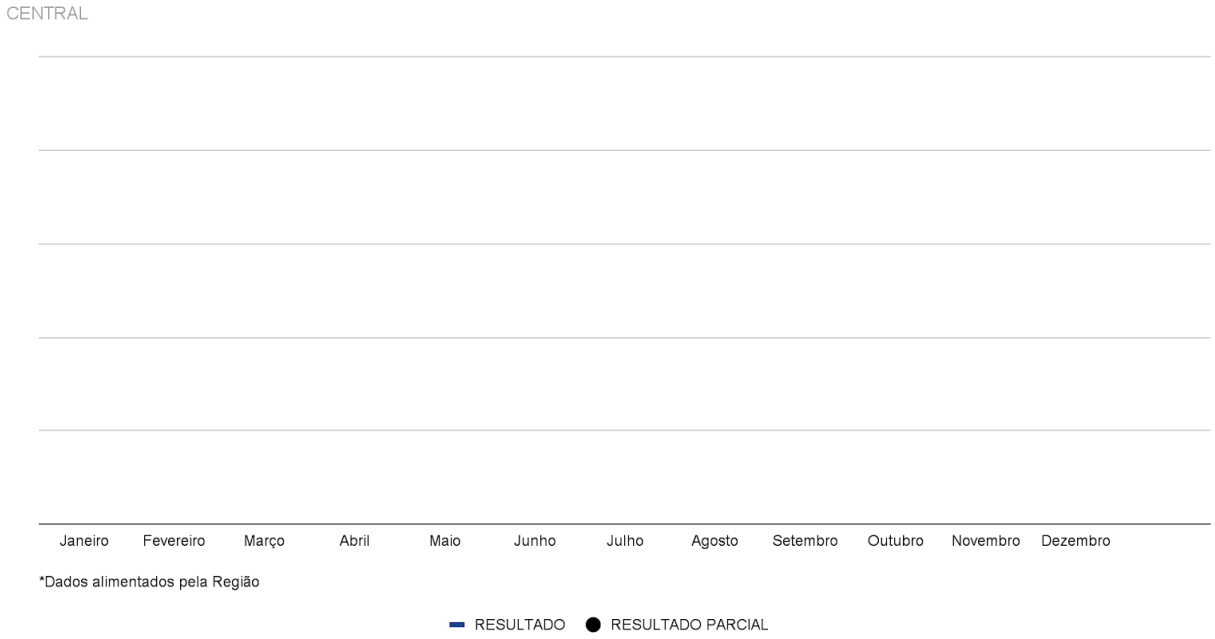


Análise dos resultados:

No decorrer do segundo semestre/22, o HRAN recebeu 9 solicitações de admissão no programa de internação domiciliar por FAD. Destas, apenas 5 com critério de admissão. A equipe técnica do NRAD se manifesta informando que a maior parte da demanda é proveniente de relatórios médicos entregues "em mãos" ou por e-mail (inclusive de hospitais particulares e do Sarah). Ressalta ainda que, no que se refere à demanda específica do HRAN, é pequena em razão de que grande parte da população da nossa região, possui plano de saúde e os pacientes internados são de outras regionais.

Indicador 22

Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde.



Análise dos resultados:

O indicador de número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da região foi incluído no AGR no novo ciclo, iniciado em julho de 2022. Das 99.666 pessoas cadastradas na Região Central até 28 de março de 2023, apenas 4.464 foram registradas como portadoras de alguma deficiência (4,5% da população). Em um estudo da Codeplan de 2013 até 26/09/2022 (dados coletados na página do InfoSaúde com tal data de atualização), o percentual de pessoas com deficiência nas Regiões Administrativas do DF variou entre 13% (SCIA/Estrutural) a 27% (Gama). Esses dados sugerem que o número de pessoas com deficiência entre a população cadastrada da Região Central está subestimado. Vários podem ser os motivos, entre eles apontamos que os ACS podem ter dificuldade de coletar esta informação durante o cadastramento (e muitas deficiências não são visíveis). Neste sentido, planejamos uma Oficina de Comunicação para os ACS da Região com o objetivo de contribuir para melhor coleta de dados e abordagem de temas sensíveis, ocorrida no segundo semestre de 2022 e observamos o aumento de 3,5 para 4,5% de PCD. Não é possível inferir que a mudança, ainda que pequena, seja causa direta da oficina de comunicação, mas entendemos que contribuiu para a qualificação da coleta de dados.

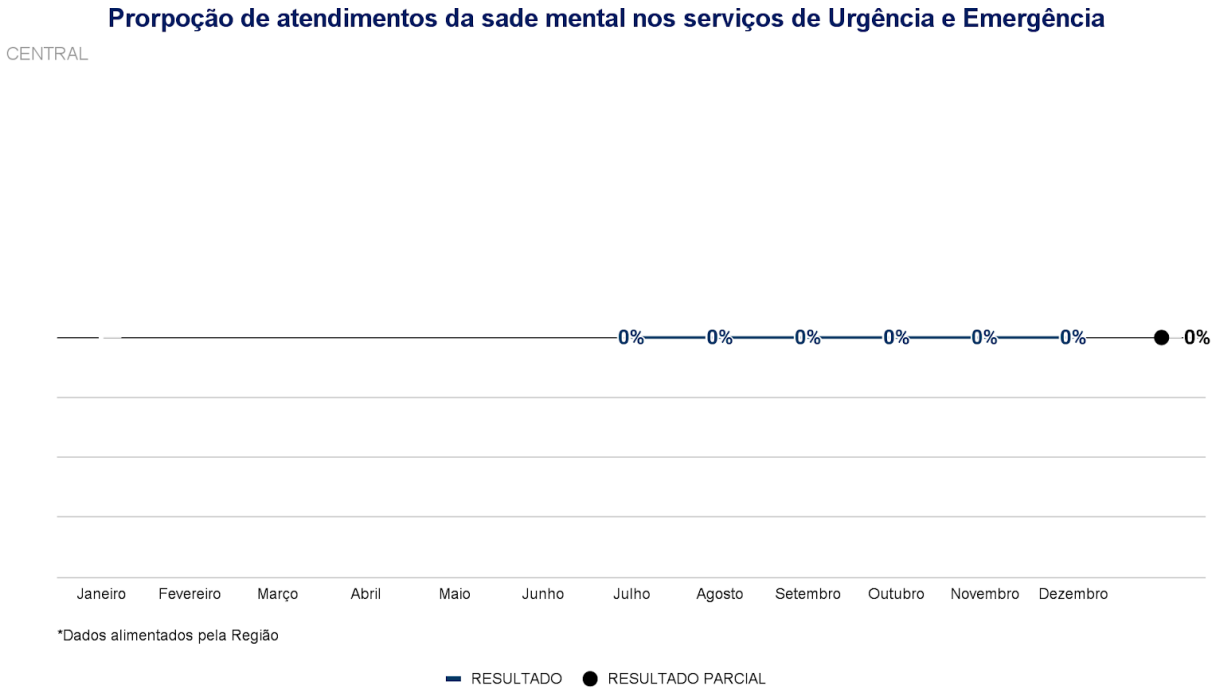
***Indicador* 23**

Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde

***Sobrestado**

Análise dos resultados: Indicador Sobrestado

Indicador 24



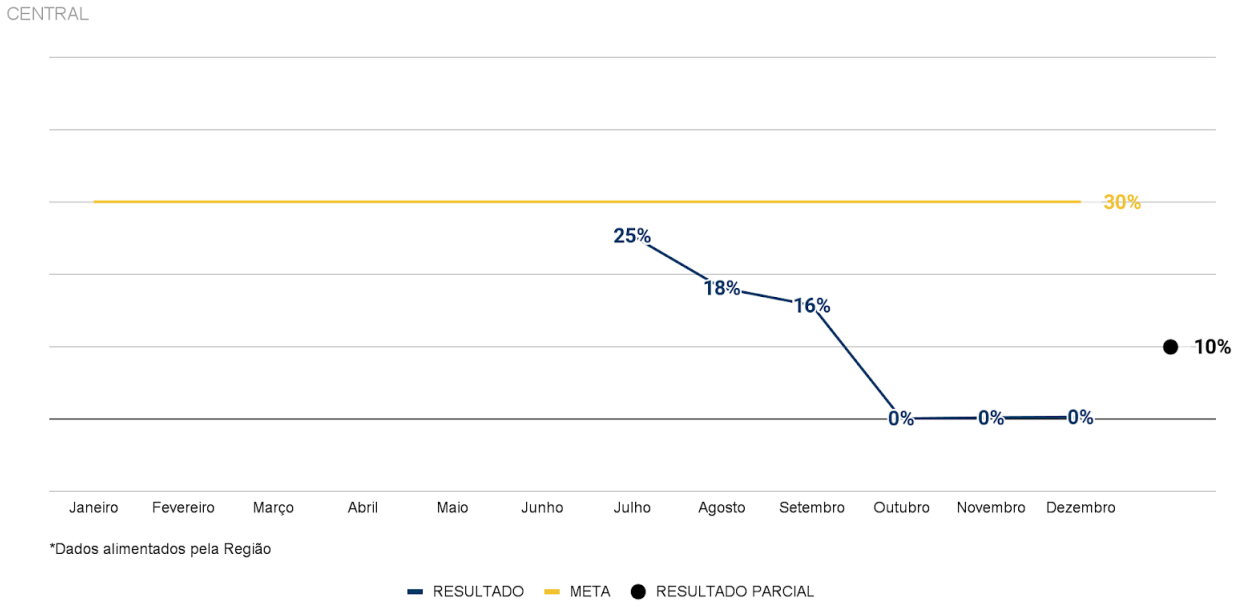
Análise dos resultados:

No decorrer do segundo semestre/22, dos 45.594 atendimentos emergenciais realizados no HRAN, 323 se tratavam de pacientes que foram classificados com CIDs de saúde mental (F00-F99 e X60-X84), o que correspondeu a **0,7% da demanda total**.

Convém mencionar que, dos 323 usuários atendidos, 23 deram entrada com classificação nos CIDs de lesões autoprovocadas, 7,1% da demanda, e 300 pacientes com procura por atendimento decorrente de transtornos mentais e comportamentais, 92,9% da demanda de saúde mental da unidade.

Indicador 28

Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panomaras I e II) no âmbito da Atenção Hospitalar



Análise dos resultados:

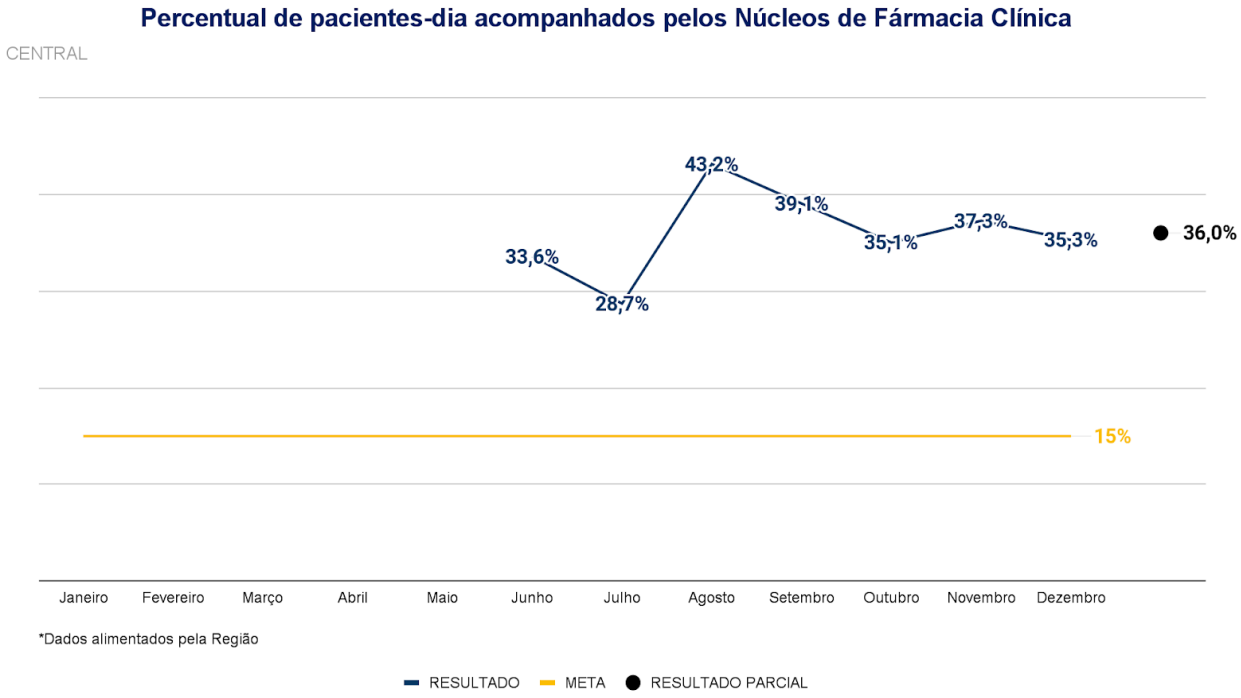
Em média, no segundo semestre/22, 10% das primeiras consultas ambulatoriais (panorama I e II) foram registradas no SISREG como faltas.

Verificamos que nos primeiros meses de análise, que parte das consultas foram confirmadas no SISREG, por profissional da GIR. Entretanto, deixando com situação de pendente as faltas e a grande maioria dos registros. Situação que se manteve até setembro/22, quando houve mudança no escopo, uma vez que a servidora deixou de realizar o fechamento das chaves.

Constatamos que a partir de setembro/22, houve alguns poucos fechamentos de chaves pelos médicos assistentes: 1 profissional em setembro - nenhuma falta registrada; 4 profissionais em outubro, não sendo considerada nenhuma como falta; 1 profissional em novembro - uma falta registrada; e 1 profissional em dezembro - uma falta registrada.

Diante disso, constatamos a impossibilidade de assegurar quantas faltas existiram no período em questão das consultas que se encontravam como pendentes. Situação que tentamos solucionar com a formalização de documento acerca do fluxo correto e pautando em reuniões com as equipes. Registramos que a temática será reabordada nas reuniões do NAQH, para traçar ações de cumprimento da meta.

Indicador 30



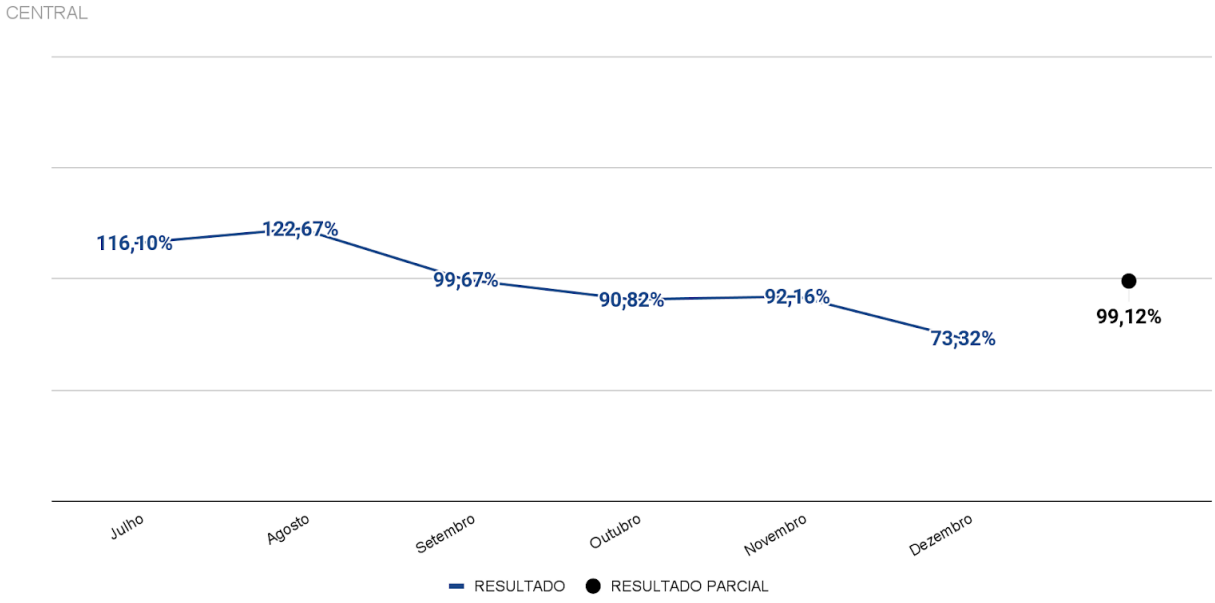
Análise dos resultados:

No período de junho a dezembro/22, dos 48.156 pacientes-dia internados no HRAN, 17.237 foram acompanhados pelo Núcleo de Farmácia Clínica, o que corresponde a 36%.

Convém mencionar que o presente indicador mensura a quantidade de pacientes em internação no HRAN que são acompanhados diariamente pelos farmacêuticos lotados no NFC e que se beneficiaram de ao menos um serviço prestado por estes profissionais. Entretanto, destacamos que a assistência prestada pelo farmacêutico clínico corresponde muitas vezes a mais de um serviço prestado a um mesmo paciente, uma vez que, o seu escopo de atuação, compreende os serviços de conciliação medicamentosa, revisão de farmacoterapia, orientação de alta, dentre outros que contribuem para o uso racional e seguro de medicamentos dentro do contexto hospitalar.

Indicador 33

Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas



Análise dos resultados:

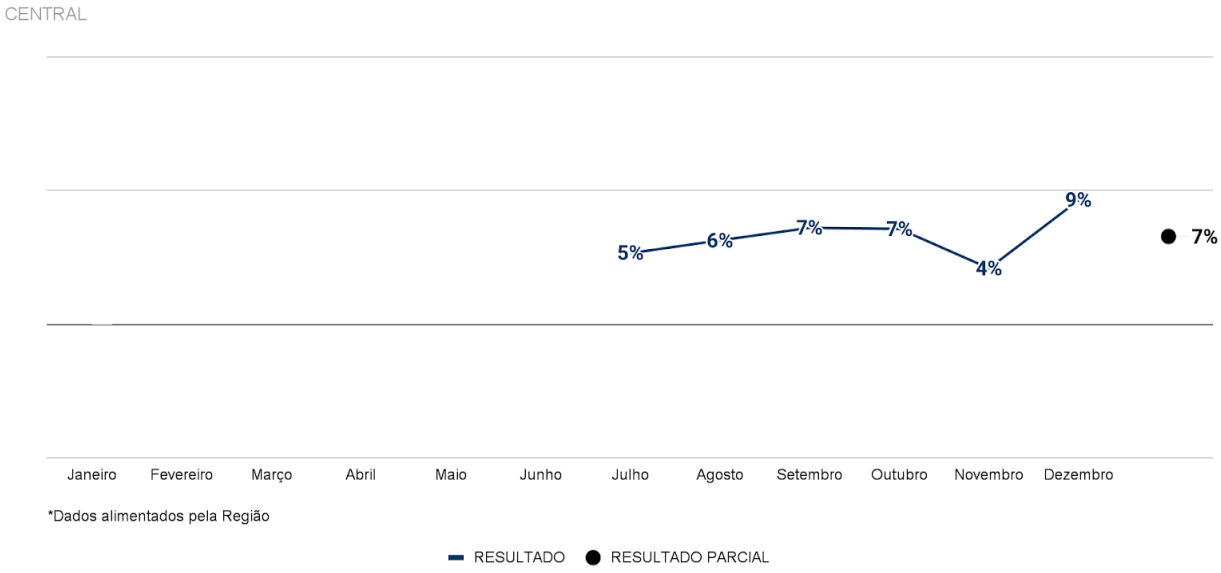
Importa trazer que a Estomatologia apresenta um percentual elevado de oferta de vagas em relação à carga horária disponível, quando comparado com as demais especialidades, de modo que eleva o resultado final compilado para cima. Por seu turno, a Periodontia figurou com os menores percentis, o que guarda relação com a baixa demanda pelo procedimento nos CEOs.

Consideramos que ainda estamos nos apropriando do indicador, que envolve uma forma complexa de cálculo, com a soma dos percentuais de cada subespecialidade e posterior divisão pelo número de procedimentos ofertados na unidade, o que pode incorrer em aparentes inconsistências no resultado final.

OBS: Gráfico produzido pela Região

Indicador 34

Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre Agendamento de Consultas, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF.



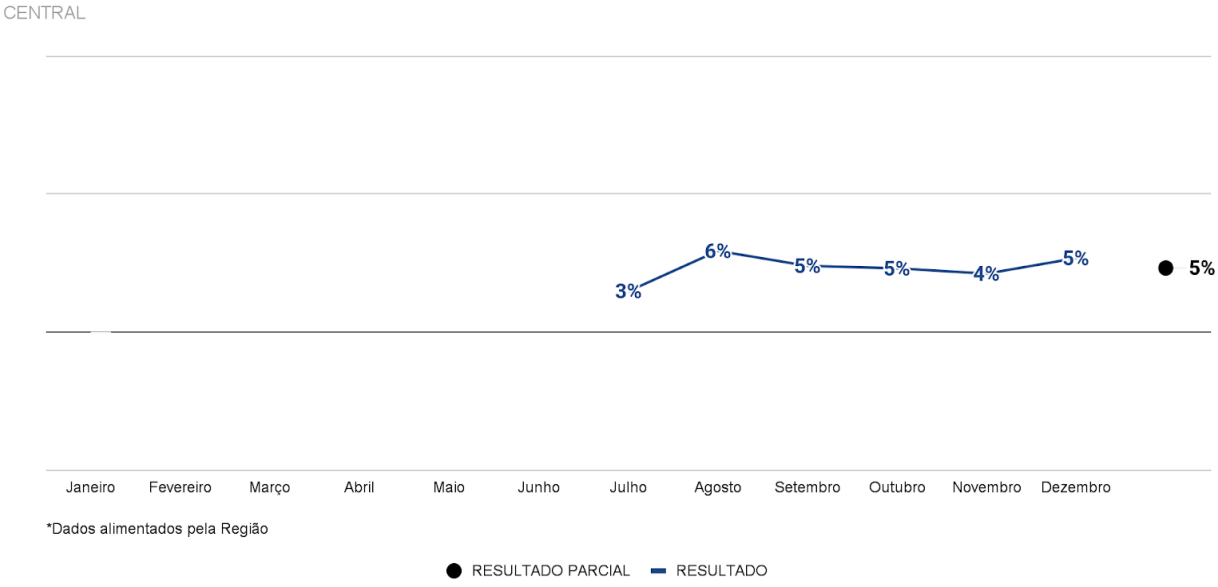
Análise dos resultados:

Em média, no segundo semestre/22, a ouvidoria do HRAN recebeu por mês 39 reclamações e solicitações relativas à marcação de consultas, representando aproximadamente **7% do volume total de manifestações acerca do tema na SES.**

Destacamos que por se tratar de indicador novo e em razão da recente mudança na chefia da nossa Ouvidoria, temos nos empenhado em sistematizar uma análise crítica e qualitativa dos resultados com a participação das áreas envolvidas.

Indicador 35

Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre Agendamento de Exames, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF.



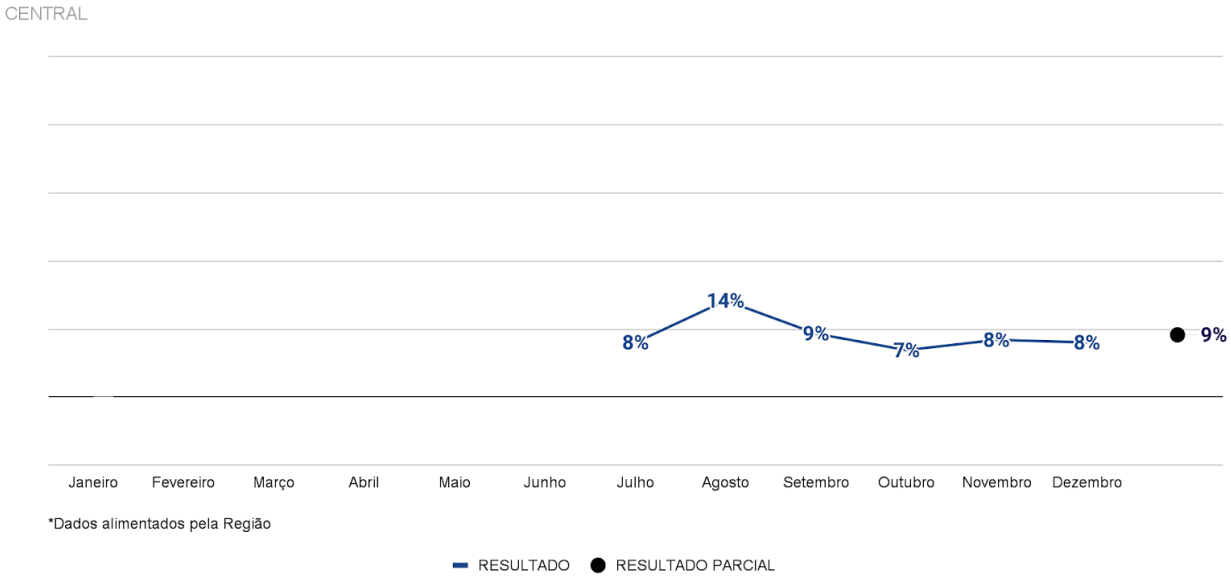
Análise dos resultados:

Em média, no segundo semestre/22, a ouvidoria do HRAN recebeu por mês 11 reclamações e solicitações relativas à marcação de exames, representando aproximadamente **5% do volume total de manifestações acerca do tema na SES.**

Destacamos que por se tratar de indicador novo e em razão da recente mudança na chefia da nossa Ouvidoria, temos nos empenhado em sistematizar uma análise crítica e qualitativa dos resultados com a participação das áreas envolvidas.

Indicador 36

Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre Agendamento de Cirurgias, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF.

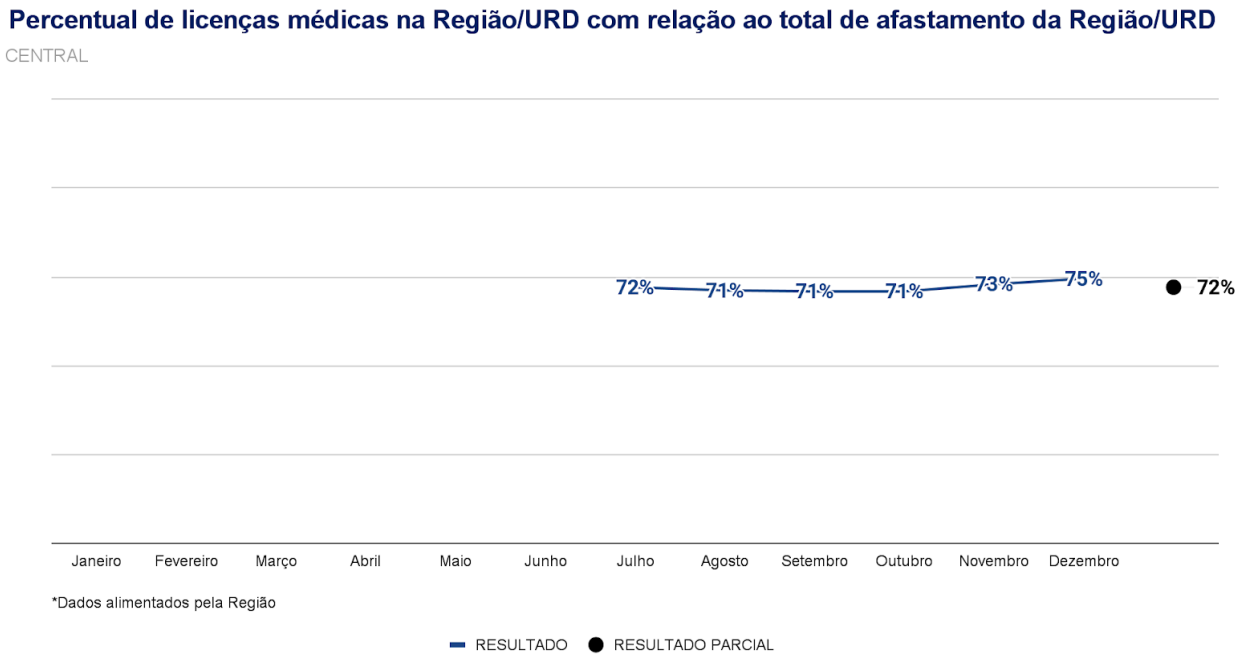


Análise dos resultados:

Em média, no segundo semestre/22, a ouvidoria do HRAN recebeu por mês 11 reclamações e solicitações relativas à marcação de cirurgias, representando aproximadamente **9% do volume total de manifestações acerca do tema na SES.**

Destacamos que por se tratar de indicador novo e em razão da recente mudança na chefia da nossa Ouvidoria, temos nos empenhado em sistematizar uma análise crítica e qualitativa dos resultados com a participação das áreas envolvidas.

Indicador 37

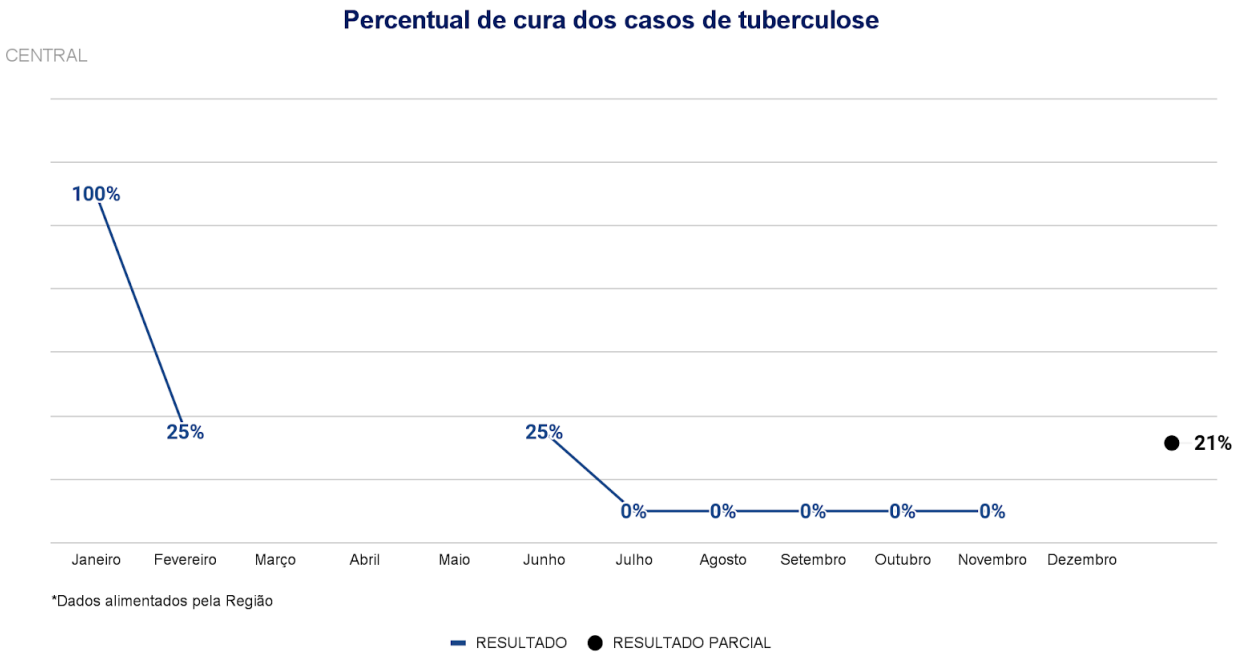


Análise dos resultados:

A média apresentada no segundo semestre/22, de horas de licenças médicas (código 341) da Região de Saúde Central, é de 28006 horas/mês que **correspondem a 72,10%** do número total de afastamentos da região.

Convém mencionar que destas, 46,7%, 13047 horas, se referem às licenças médicas usufruídas por servidores do HRAN, sobre as quais considerando o impacto numérico destacamos a participação das unidades seguintes: 1838 - 14% são da UMEI; 1819 - 14% são da GEMERG; 876 - 7% são da UTI; e 750 - 6% são da UGO.

Indicador 39

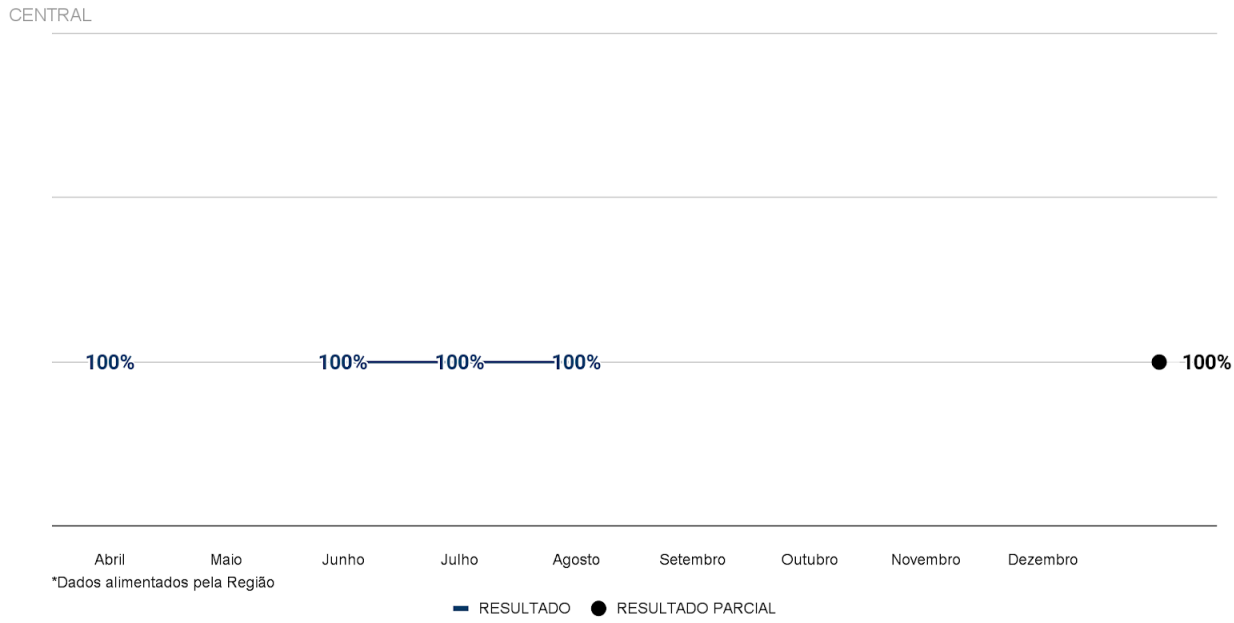


Análise dos resultados:

Segundo dados coletados do SINAN, por meio do Tabwin, em 31/01/2023, de janeiro a dezembro de 2022 foram registrados 16 casos novos de tuberculose no SINAN. em tabulação realizada de acordo com o Caderno do AGR, observou-se quatro casos encerrados por cura ao longo do ano, o que daria um percentual de 25%. Em nossa análise deve-se levar em consideração: os dados de tuberculose em relação a cura são apurados de acordo com a coorte do ano anterior, uma vez que é necessário haver o tempo mínimo para conclusão do tratamento. Os dados do ano de 2022 podem sofrer alterações, já que o mínimo de tempo para o tratamento de tuberculose são 6 meses, podendo se estender a 12 meses a depender do tipo da doença. Os casos que possuem 6 meses de tratamento têm até 9 meses para serem encerrados. Os casos com 12 meses de tratamento têm até 15 meses para o encerramento.Assim, recomendamos à DGR que revisite o indicador para o ano de 2023, especialmente as informações contidas no Caderno do AGR.

Indicador 40

Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde



Análise dos resultados:

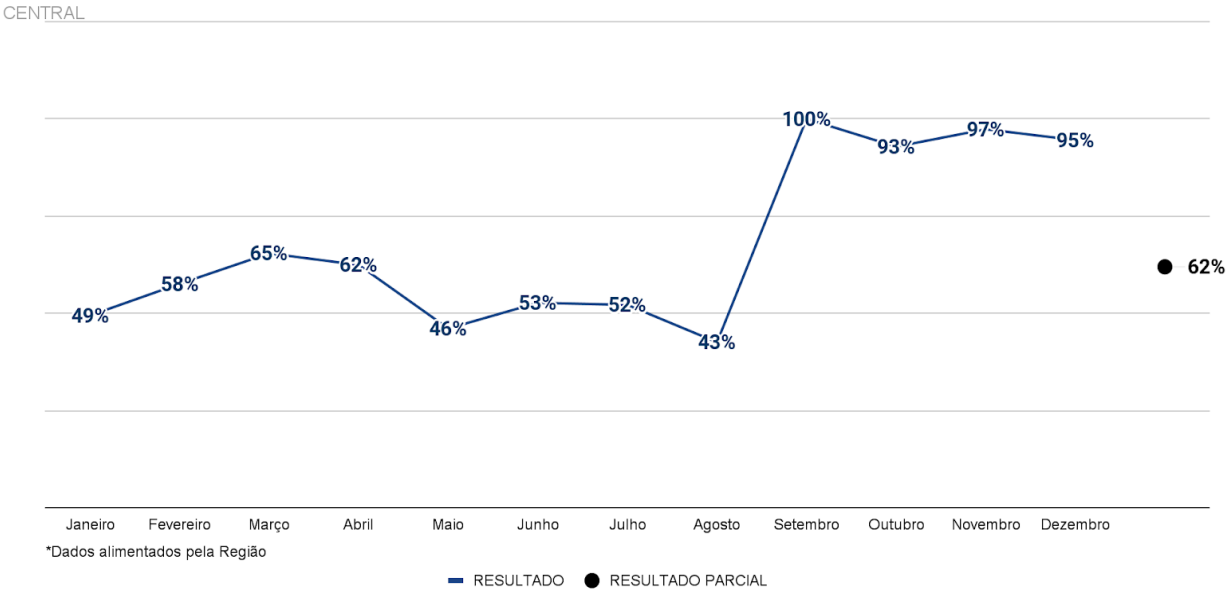
Análise dos resultados: No ano de 2022, houveram notificações de hanseníase nos meses de Abril, Junho, Julho e Agosto, sendo que neste último mês observamos um maior número de contatos examinados, que foram de apenas um usuário notificado. Apesar do indicador ser de monitoramento, a Meta foi superada visto que todos os contatos foram examinados, conforme descrito abaixo:

Abril: 2 contatos registrados e examinados;
Junho: 3 contatos registrados e examinados;
Julho: 1 contatos registrados e examinados;
Agosto: 9 contatos registrados e examinados;
Houveram 15 contatos examinados no total.

Existem usuários diagnosticados com hanseníase que fazem tratamento e acompanhamento nos serviços privados, e usam o serviço público apenas para pegar as medicações. As fichas de notificação mostram que o acompanhamento está sendo feito, pois são atualizadas mensalmente, mas a vigilância sobre estes casos é imprescindível, para que não haja dúvidas sobre a quantidade de contactantes. Como Plano de Ação propomos que as equipes de Saúde da Família da área de residência dos usuários acompanhem as fichas de Notificação de Hanseníase, que ocorrem nos serviços privados, por área de endereço do usuário, para proceder à visitas domiciliares a fim de confirmar a quantidade de contactantes, e encaminharem os mesmos para o exame, para que este dado seja preciso (consulta ao banco de dados do SINAN em 11/04/2023).

Indicador 41

Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, chikungunya e zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde.

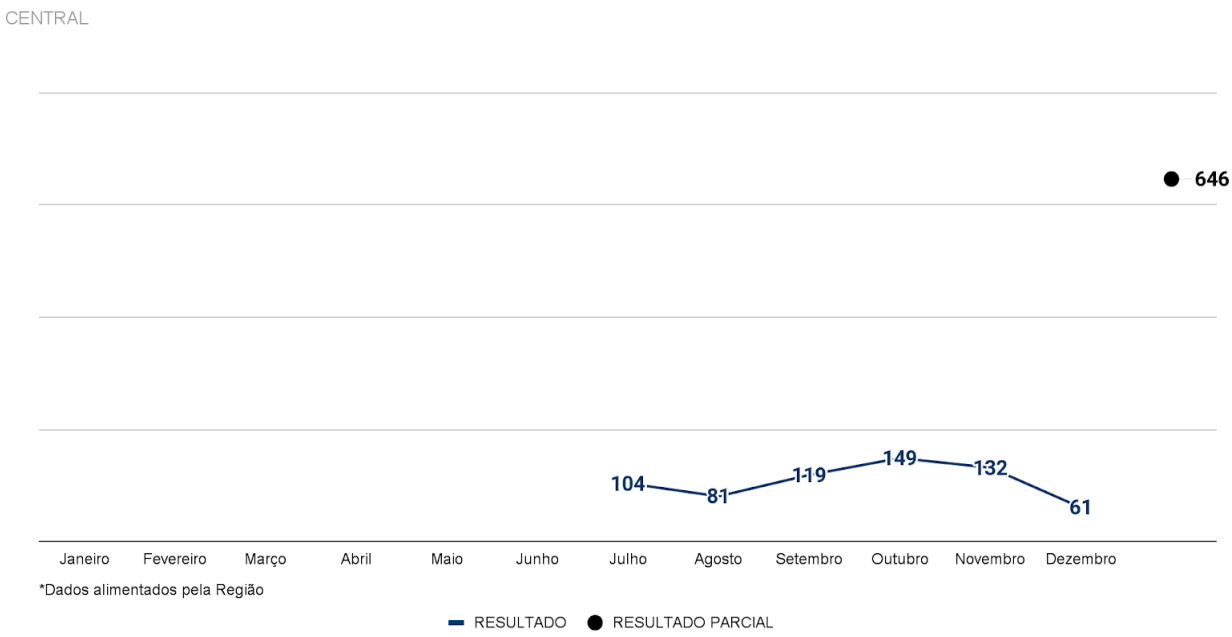


Análise dos resultados:

O indicador proporção de fichas de notificação de arboviroses investigadas e encerradas em até 60 dias foi incluído no AGR no novo ciclo a partir de julho de 2022. Trata-se de um indicador de monitoramento. Os percentuais encontrados em nível regional foram menores que 70%. Ao estratificar o indicador por Região Administrativa de residência observamos os menores valores na RA Plano Piloto (17% e 0% em julho e agosto, respectivamente). A situação está relacionada com o grande número de unidades privadas no Plano Piloto e observou-se que várias unidades acumulam fichas de notificação por semanas, ou até meses para inserirem no sistema e não costumam ter a prática de encerrar. A Área técnica está buscando estratégias para intervir na situação. É possível observar uma melhora significativa a partir do mês de Setembro, que chegou a 100% de investigação e encerramento dos casos, ficando entre 93 e 97% nos meses subsequentes, o que demonstra que as ações de sensibilização nas Unidades de Saúde surtiram efeito e precisam serem continuadas, para não perder este momento alcançado. Data da última apuração: 27/01/2023. Fonte: SINAN. Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Indicador 42

Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho



Análise dos resultados:

No acumulado do segundo semestre/22, foram registradas 646 notificações por acidente de trabalho e agravos relacionados ao trabalho na região central. Destas, 639 foram registradas como Notificação Individual e 7 como Intoxicação Exógena ao longo do semestre. Destaca-se que este montante corresponde a 22% de toda a demanda de notificações registradas no período.

Convém mencionar que, no acumulado do semestre, as unidades que mais receberam notificações foram: a CEREST ESTADUAL com 38% das notificações registradas na região; o IHBDF com 24% e o HRAN com 23% da demanda regional.

E por fim, registramos a manifestação da Comissão Regional Permanente de Investigação de Acidente em Serviço - CRPIAS/HRAN: "No período referido (julho a dezembro/2022), a CRPIAS encerrou 11 (onze) acidentes por Covid-19 e iniciou o acompanhamento de 11 acidentes com material biológico a ela notificados." É possível inferir a partir da manifestação supracitada que trata dos servidores os quais buscaram o registro do acidente de trabalho no HRAN, que as demais notificações registradas no Hospital no 2º semestre/22, que correspondem a 85% dos 149 registros, referiam-se a acidentes registrados por pacientes assistidos na unidade.

Conclusão

Acreditamos que em 2022 a Região de Saúde Central caminhou de forma implicada no processo continuado de apropriação do Acordo de Gestão Regional, o que incluiu empenho da Superintendência e das quatro Diretorias. No total, foram realizadas sete reuniões de Colegiado Gestor, nas seguintes datas: 03/02/2022, 22/03/2022, 17/08/2022, 25/08/2022, 08/09/2022, 03/11/2022, 19/01/2023 - embora nem todas tenham tido o efeito de pontuação para a Região, em decorrência de inconsistências no envio dos registros à GCR . Também, houve a participação nos colegiados quadrimestrais, exceto o último, a ser realizado em 2023, com destacada presença dos gestores da Região.

Apesar do colegiado ser um espaço privilegiado de atenção aos indicadores, vale registrar que percebemos, ao longo do ano, a presença e utilização de dados dos indicadores em diversas reuniões, frentes de trabalho e espaços decisórios, o que sugere um amadurecimento quanto à conveniência dos acordos para o entendimento das demandas da Região.

A potência da relação entre os indicadores e outras iniciativas em curso na SES, como a Planificação, o Planejamento Regional Integral e o QUALISAPS, também se tornou mais evidente para a Região neste ciclo.

Por ocasião da análise anual, realizada neste Relatório para cada indicador, registramos as gestões encetadas na busca do alcance das metas, bem como encaminhamentos alcançados e as demandas ainda pendentes. Não pretendemos ser repetitivos, portanto, vamos apenas nomear os indicadores que consumiram maior empenho dos diferentes níveis de gestão ao longo do ano, são eles: Percentual de partos normais por ocorrência no HRAN; Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período; Taxa global de suspensão de cirurgias; percentual faturado no tipo de financiamento MAC; Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade; Índice de Fechamento de Chaves; Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD e todos os indicadores relacionados à cobertura vacinal.

No total, foram monitorados sessenta e três indicadores (63), sendo vinte e um (21) acompanhados durante todo o ano, vinte e três (23) no primeiro semestre e dezenove (19) no segundo semestre. Desses, apenas cinco (5) apresentaram resultado crítico e, todos eles, se incluem nos indicadores que foram descontinuados, ou seja, monitorados apenas de janeiro a junho. Assim, vale salientar que, dos quarenta (40) indicadores ativos, há dezessete (17) de

monitoramento e vinte e três (23) que apresentaram resultados positivos; sendo doze (12) com status superado, nove (9) com status satisfatório e dois (2) com status razoável.

Em que pese o anotado acima, faz-se necessário registrar que temos o entendimento de que há muito a avançar na Região em relação ao monitoramento dos indicadores do AGR. Para tanto, dentre as ações a serem priorizadas para o próximo ciclo, destacamos:

1. Maior apropriação da ferramenta do plano de ação, com o devido acompanhamento de sua execução. Avaliamos que tem sido difícil quantificar e sistematizar o registro das iniciativas de melhora dos indicadores da Região, já que, no mais das vezes, não se encontram ancoradas pelo plano de ação;
2. Em acordo com o item anterior, buscar-se-á priorizar as ações relativas aos indicadores que não não atingiram a meta no ciclo de 2022;
3. Atenção a sistematicidade das Reuniões de Colegiado Gestor na Região, com o devido envio de documentação comprobatória para a DGR;
4. Ampliar a análise de determinados indicadores, realizando-as de forma compartilhada por diferentes níveis de atenção. Lembramos que os indicadores guardam importante relação com as Redes de Atenção à Saúde e que as Regiões encontram-se prioritariamente organizadas por níveis de atenção (como exemplos, o Percentual Faturado no tipo de financiamento MAC, a Taxa de notificação de violência, dentre outros).

Ainda, em favor do constante processo de melhoria do Acordo de Gestão Regional, vale dizer:

1. Que o *delay* na disponibilização dos dados na sala de situação, fonte para vários indicadores, prejudica a análise dos mesmos, uma vez que tomamos conhecimento dos dados com mais de dois meses de atraso, dificultando a correlação com fatos ocorridos no período de referência;
2. Que entendemos como oportuna a aproximação dos setores responsáveis, para a criação de painéis que facilitem a extração dos dados; o que guarda o objetivo de favorecer que a força de trabalho das equipes de planejamento possa se voltar, com mais tempo, para as análises e planos de ação. Acrescentamos também que determinados acessos aos sistemas da SES são disponibilizados por meio de perfis limitados aos agentes de planejamento, assim, importantes informações, por vezes, não são acessíveis à Região. O levantamento dessa dificuldade de forma articulada com todas as Regiões pode ajudar a sensibilizar os atores responsáveis quanto à necessidade apresentada;

3. Que, em favor da qualificação dos dados analisados, acreditamos ser bem vindos encontros para discutir entre os GPMAs a extração de indicadores que possuem cálculos mais complexos, dirimindo possíveis inconsistências nos dados entre as regiões.

4. Que a composição das equipes dos setores de planejamento da Região, ASPLAN e GPMAs, ainda não puderam ser efetivada em acordo com os parâmetros definidos no Parágrafo único do Art.3 da referida portaria, a saber: *Os setoriais de planejamento locais (ASPLAN, GPMA e NPMA) devem ser compostos por, no mínimo, 01 (um) servidor, com carga horária de 40 horas, com perfil técnico apropriado às atividades atribuídas ao setor, além da Chefia do setor, a fim de garantir o andamento dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação*. Atualmente, as gerências de planejamento, bem como a assessoria de planejamento são compostas apenas pelos seus gestores; e os núcleos das gerências de planejamento também possuem equipes incompletas.

Por fim, resta registrar a gratificação ao constatar que o AGR tem ensejado ações que promovem a horizontalidade e transversalidade do cuidado em saúde, o que se reveste em ganhos para os usuários, na forma do acesso e da qualificação da prestação de serviços; para os gestores, pela interlocução com diferentes atores, fundada em dados estratégicos; e, para os servidores, naquilo que oferece de oportunidade para ampliar a compreensão dos processos de trabalho a que dão causa.

Agradecimentos

Agradecemos a todas as equipes de agentes de planejamento das regiões de saúde e URDs, que se dedicam diuturnamente para consolidar e avaliar os resultados de saúde produzidos em cada nível de atenção.

Aos gestores e servidores de todas as unidades que se dispõem a executar as ações de saúde com o objetivo de aperfeiçoar os processos de trabalho e melhorar a qualidade do atendimento oferecido no SUS do Distrito Federal.

À equipe da DGR que não mede esforços para apoiar os gestores e agentes de planejamentos locais no processo de gestão para resultados.

Agradecemos o apoio à Contratualização Regionalizada.

Gestores Atuais

- Superintendente - Paulo Roberto da Silva Júnior
- Asplan - Maria Cláudia Camargo de Freitas
- Diretor Administrativo - Murillo Miguel Nunes da Silva
- Diretor da Atenção Secundária - Graciele Pollyanna Mertens Mariath
- Diretor da Atenção Primária - Pedro Costa Queiroz Zancanaro
- GPMA Hospitalar - Dirce Adjuto
- GPMA Primária - Matheus Peres Machado Magalhães
- GPMA Secundária - Charmene de Alcântara Marques Menezes