

Relatório Anual

2022

ACORDO DE GESTÃO REGIONAL

Região de Saúde Norte

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

Sumário

BOAS VINDAS E APRESENTAÇÃO	3
PALAVRAS DO GESTORES	6
SOBRE A REGIÃO DE SAÚDE	7
INTRODUÇÃO	20
INDICADORES PACTUADOS (JANEIRO A DEZEMBRO) X RESULTADOS	21
QUADRO RESUMIDO	22
ANÁLISE POR INDICADOR	23
INDICADORES PACTUADOS (JANEIRO A JUNHO) X RESULTADOS	52
QUADRO RESUMIDO	53
ANÁLISE POR INDICADOR	54
INDICADORES PACTUADOS (JULHO A DEZEMBRO) X RESULTADOS	82
QUADRO RESUMIDO	83
ANÁLISE POR INDICADOR	84
CONCLUSÃO	103
AGRADECIMENTOS	106
GESTORES ATUAIS	107

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 Básicas 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 encaminhamento 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!

Palavras dos gestores

Débora Cristina da Silva Fernandes Gonçalves

Superintendente da Região de Saúde Norte

“Evoco a frase “Se a pessoa não sabe para qual porto está navegando, não há vento favorável.” - atribuída a Sêneca - para explicitar a importância do planejamento no âmbito da Política Pública de Saúde. Afinal, é preciso conhecer, monitorar e avaliar a realidade do nosso território e das nossas unidades de saúde para caminharmos rumo à missão de garantir ao cidadão o acesso universal à saúde de forma justa e equânime através da oferta da atenção integral e humanizada.”

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 Norte

A Região de Saúde Norte é composta pelas Regiões Administrativas da Fercal, Planaltina, Sobradinho e Sobradinho II, localizando-se na porção Norte do Distrito Federal limitando-se ao norte com os municípios de Formosa e Planaltina de Goiás, ao sul com as Regiões Administrativas do Paranoá, Itapoã e Lago Norte, ao leste com o município de Formosa e a oeste com as Regiões Administrativas do Plano Piloto e Brazlândia. Equivale a 36% do território do Distrito Federal, abrangendo tanto área urbana quanto rural e totalizando uma população aproximada de 374.708 (trezentos e setenta e quatro mil, setecentos e oito) habitantes - conforme projeção do IBGE e cálculo da CODEPLAN de distribuição por RA para 2023 - representando aproximadamente 12% da população do Distrito Federal e o quarto maior contingente populacional dentre as Superintendências de Saúde. Diferentemente de Planaltina - cuja ocupação é bem anterior à construção de Brasília - e de Sobradinho - que surgiu concomitantemente à Capital - as outras duas RAs que compõem a Região Norte - Sobradinho II e Fercal – consolidaram-se a partir da década de 90.

1.1 PLANALTINA – RA VI

Com um território de 153.140,07 hectares e fundada em 1.859, Planaltina - a RA de maior área do DF – é a mais antiga Região Administrativa do Distrito Federal e recebe água para seu abastecimento oriunda dos reservatórios do Corquinho, Mestre D’Armas, Fumal, Brejinho, Pípiripau e Quinze. O território pertencia inicialmente à Vila de Santa Luzia (Luziânia) e era chamado de Vila Mestre D’Armas, devido a um armeiro que morou na região, sendo ponto de escoamento do ouro retirado de Goiás.

Em 1917, a cidade foi batizada com o nome atual, quando foram instaladas indústrias e charqueadas, empresas de curtume, fábricas de calçado e usina hidrelétrica. A partir da década de 1960, Planaltina iniciou um período de incremento populacional derivado da criação do DF, com o surgimento de novas áreas habitacionais ao redor do núcleo tradicional, acompanhando o traçado viário existente.

Em 1964, a Lei nº. 4.545 de 10 de dezembro dividiu o Distrito Federal em oito Regiões Administrativas – RAs, sendo Planaltina denominada RA VI. Ainda nessa década, surgiu ao sul da RA a região conhecida como Vale do Amanhecer, uma das maiores comunidades místicas do país, que passou por levantamento de referências culturais pela Superintendência do IPHAN no DF, classificando-o nas categorias de espaço, território, memória, paisagem cultural e geografia

cultural, culminando na compreensão do Vale do Amanhecer como lugar sagrado desde a sua escolha, em 1969. Registrado como Obras Sociais da Ordem Espiritualista Cristã (OSOEC), o Vale do Amanhecer é um lugar diferenciado, consagrado à difusão de sua própria doutrina e que a partir de 1980, devido à intensificação de sua ocupação urbana, consolidou-se como Setor Habitacional Vale do Amanhecer.

A partir de 1980, Planaltina passou a incorporar considerável contingente populacional oriundo de ocupações irregulares, tais como: Vila Vicentina, Setor Residencial Leste (Vila Buritis I, II, e III), Setor Residencial Norte A (Jardim Roriz) e atualmente conta com uma população de aproximadamente 210.578 (duzentos e dez mil, quinhentos e setenta e oito) habitantes.

1.2 SOBRADINHO – RA V

Com uma área de 19.352,65 hectares, Sobradinho recebe a água para seu o abastecimento oriunda dos reservatórios do Fumal, Brejinho, Pipiripau, Contagem, Paranoazinho, de um poço outorgado e do Lago Paranoá.

Foi fundada em 13 de maio de 1960, com o objetivo de abrigar a população que participava da implantação da capital e da ampliação da produção agrícola do DF. A intenção era incentivar uma ocupação tipicamente rural na região em que desde o século XIX desenvolviam-se atividades agropecuárias.

A população - proveniente da Vila Amauri, Bananal, proximidades da Vila Planalto e de acampamentos de firmas empreiteiras, além dos funcionários da NOVACAP e do Banco do Brasil - foi transferida para a área e chegou a 8 mil habitantes ainda em 1960. A ocupação das residências, construídas pela NOVACAP, SHIS, Banco do Brasil CAIXA ECONÔMICA FEDERAL e outros órgãos federais, ocorreu de maneira ordenada.

Em 1961, o Governo do Distrito Federal criou administrações regionalizadas no DF e instituiu sete subprefeituras, dentre essas Sobradinho, que ganhou nova infraestrutura. Em 10 de dezembro de 1964, através da Lei 4.545, foi estabelecida a RA V - Região Administrativa de Sobradinho, ocasião em que o território do Distrito Federal foi subdividido em 8 Regiões Administrativas.

Em agosto de 1980, o plano original da cidade sofreu algumas modificações no decorrer de sua implantação, como foi o caso do reparcelamento de quatro conjuntos da quadra 18, destinado a fixar os moradores irregulares do Ribeirão Sobradinho e Lixão, dentro do Programa de Assentamento Populacional de Emergência PAPE. Ocorreu ainda, a ocupação da margem direita da

BR-020, habitada pelos remanescentes do acampamento da DNOCS. Em 1986, esta ocupação foi intensificada com a implantação do Setor de Expansão Econômica, com lotes de grandes dimensões destinados a estabelecimentos industriais.

Já em 1997, inicia-se ao longo da DF-440 e da BR-020 um novo padrão de ocupação, formado por condomínios horizontais e consolidando o Setor Habitacional Nova Colina. Atualmente, Sobradinho conta com uma população de aproximadamente 75.026 (setenta e cinco mil e vinte seis) habitantes.

1.3 SOBRADINHO II – RA XXVI

Com uma área de 18.135,21 hectares, Sobradinho II recebe a água para o seu abastecimento oriunda do reservatório do Contagem, do Paranoazinho, de um poço e do Lago Paranoá. Apesar de Sobradinho não possuir projeto de expansão territorial, em 1990 foi instituído o Programa Habitacional para população de baixa renda, com a implantação de assentamentos em diversas regiões do Distrito Federal, que tinha como objetivo transferir as diversas famílias que residiam em condições precárias em um mesmo lote e também os moradores de áreas irregulares.

Assim, em 1991 foram declaradas de utilidade pública, as glebas de terras de particulares e direitos de arrendamentos de chacareiros das fazendas Sobradinho e Paranoazinho, para fins de desapropriação e de dar continuidade ao programa de assentamento da população de menor poder aquisitivo, dando origem ao Núcleo Habitacional Sobradinho II, enquanto integrante da Região Administrativa de Sobradinho. A ocupação dessas áreas iniciou-se com a Expansão Oeste, a partir do projeto de urbanismo elaborado pelo extinto Instituto de Planejamento Urbano do Distrito Federal – IPDF, com áreas para lotes de uso misto, residencial, unifamiliar, comercial, serviços e institucional. No entanto, essa expansão acabou por definir um novo eixo de crescimento ao longo da DF-420, com ocupações irregulares originando o Setor Habitacional Mansões Sobradinho. Também nesse período, surgiram ao longo da DF-150, diversas ocupações em forma de condomínios fechados: Setor Habitacional Grande Colorado, Setor Habitacional Contagem e Setor Habitacional Boa Vista. Em 27 de janeiro de 2004, a Lei nº 3.314 permitiu o desmembramento da RA Sobradinho e criou a Região Administrativa XXVI - Sobradinho II, que atualmente conta com uma população aproximada de 79.594 (setenta e nove mil, quinhentos e noventa e quatro) habitantes.

1.4 FERCAL – RA XXXI

Com uma área de 15.438,01 hectares, a Fercal recebe água para o seu abastecimento oriunda do reservatório do Descoberto. Criada em 29 de janeiro de 2012, por meio da Lei nº 4745/2012, é uma das Regiões Administrativas mais recentes, tendo pertencido a Sobradinho entre 1964 e 2004 e a Sobradinho II entre 2004 e 2012.

A Região era originalmente uma enorme fazenda, onde a partir de 1956, deu-se início à formação dos atuais núcleos populacionais, com ocupações de caráter rural e atividades ligadas ao calcário agrícola. O seu nome advém da mineradora Sociedade Fertilizantes Calcários LTDA (Fercal) instalada em 1961 na área – devido à riqueza de recursos naturais - a partir de decreto do então presidente, Juscelino Kubitschek.

Anteriormente, em 1957, já havia sido instalada uma britadeira para a extração do calcário usado na construção da nova capital. A princípio, o interesse extrativo concentrava-se na cal e na brita, mas ao final dos anos 1960 e início dos anos 1970, a fabricação de cimento e agregados ganhou destaque na região, acompanhando a consolidação da indústria de cimento nacional.

A Fercal possui duas grandes fábricas de cimento, a CIPLAN - uma das maiores produtoras de cimentos do Centro-Oeste, fundada em 1968 - e uma unidade da Votorantim Cimentos - fundada em 1972, um dos dez principais produtores de cimento do mundo. A região também possui grande concentração de usinas de asfalto e mineradoras e a oferta de emprego foi o atrativo para a ocupação urbana progressiva da área, formada por 14 comunidades habitacionais: Rua do Mato, Queima Lençol, Bananal, Engenho Velho, Alto Bela Vista, Fercal Leste, Fercal Oeste, Boa Vista, Caatingueiro, Ribeirão, Lobeiral, P.A. Contagem, Córrego do Ouro e Sonhém de Cima. Essa ocupação urbana consolidou-se em 2001 ao longo da DF – 150, mantendo o nome Fercal. Nesse mesmo período, ao longo da DF 001 – EPCT surgiram ocupações rurais de natureza chacarera, originando a área conhecida como Lago Oeste.

Atualmente a região é uma das maiores geradoras de impostos do DF e conta com uma população aproximada de 9.510 (nove mil quinhentos e dez) habitantes, segundo a Projeção da CODEPLAN para 2023.

2. PERFIL DEMOGRÁFICO DA REGIÃO DE SAÚDE NORTE

Ante o recorrido, observa-se que a criação das RAs integrantes da Região Norte engloba cidades de naturezas distintas entre si, fazendo com que a Região se configure enquanto um mosaico de realidades vivenciais, que reproduzem a iniquidade societária e demonstram

disparidades no acesso a bens e serviços, onde incluem-se as Políticas Públicas e as Políticas Sociais, conforme poderá ser observado no decorrer do presente relatório.

No tocante à quantidade de habitantes, Planaltina configura-se como a RA mais extensa e populosa, contrapondo-se à Fercal que apesar de possuir uma extensão territorial próxima à de Sobradinho e Sobradinho II, apresenta o menor índice populacional da Região Norte.

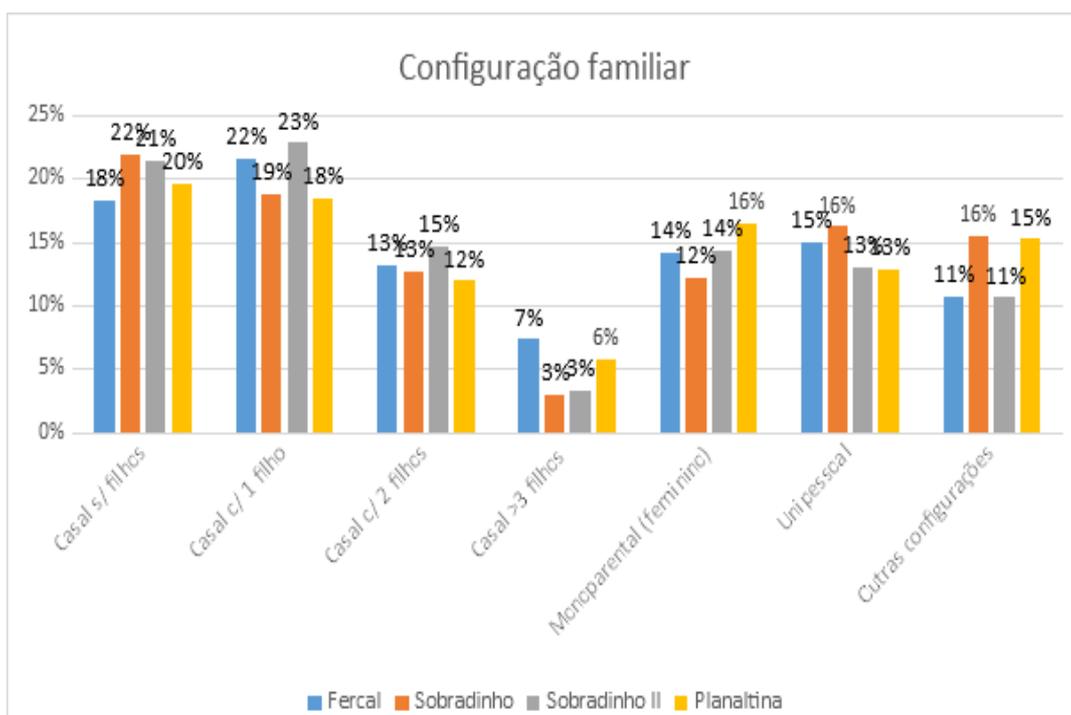
No que se refere ao gênero, a população feminina é maioria, apresentando um percentual de 51% da Região, tendência seguida pelas demais, à exceção da Fercal, que demonstra uma inversão dessa lógica. Verifica-se ainda, que dentre as Regiões Administrativas da Região Norte, Sobradinho representa a que possui o maior contingente de população idosa (16%), a Fercal possui o maior contingente de crianças e adolescentes até 14 anos (26%) e Planaltina o maior contingente de PEA (69%) conforme pode ser observado na tabela a seguir:

RAs	Volume Populacional	Proporção por gênero		Proporção por grupo etário		
		Feminino	Masculino	0 - 14 anos	15 - 59 anos	Acima 60 anos
Região Norte	374.708	51%	49%	20%	67%	13%
Fercal	9.510	49%	51%	26%	66%	8%
Planaltina	210.578	51%	49%	21%	69%	10%
Sobradinho	75.026	53%	47%	17%	67%	16%
Sobradinho II	79.594	52%	48%	20%	65%	15%

A fim de estabelecer um parâmetro que possibilite observar como as pessoas se organizam dentro dos domicílios e constituem família, a CODEPLAN estipulou-se os seguintes arranjos familiares: a) unipessoal, ou seja, aquela formada por uma única pessoa, seja ela solteira, separada, divorciada ou viúva; b) monoparental feminino, situação em que mulheres residem com seus filhos sem a figura paterna, cabendo-lhe prover o lar em todos os âmbitos e desempenhar

diversas funções: mãe, dona de casa e profissional, exercendo ainda, múltiplas jornadas de trabalho; c) casais sem filhos; d) casais com um filho; e) casais com dois filhos; f) casais com três ou mais filhos e; g) outras configurações, que não se enquadram nas categorias supracitadas, como por exemplo, as residências multifamiliares, dentre outras.

Dessa forma, a Fercal e Sobradinho II são compostas majoritariamente por famílias formadas por casal e um filho (22% e 23% respectivamente). Já Sobradinho e Planaltina são RAs em que a maioria das famílias são compostas por casal sem filhos (22% e 20% respectivamente). No que se refere ao arranjo unipessoal, Sobradinho apresenta um índice de 16% nesta categoria, configurando-se como a RA com o maior percentual no âmbito da Região Norte. Já entre as famílias monoparentais femininas, Planaltina apresenta o índice de 16%, sendo o maior entre as quatro RAs. Ressaltamos que ambos se sobrepõem também aos índices do Distrito Federal, de 15% e 13,7% respectivamente. A distribuição da configuração familiar na Região pode ser observada no gráfico abaixo:

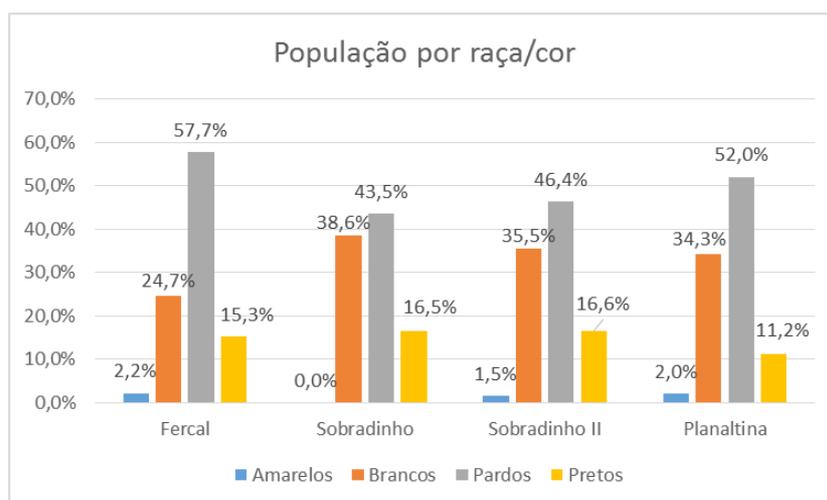


Fonte: <http://pdad2021.codeplan.df.gov.br/>

No tocante ao quesito cor, é necessário ter em mente que determinados agravos e doenças acometem de forma diferenciada brancos e negros (categoria que engloba pretos e pardos), a fim de tornar pertinente a ampliação do olhar sobre o recorte de raça/cor visando identificar como se dá esse processo e seus desdobramentos, uma vez que desconsiderar a composição multiétnica da sociedade brasileira para a melhoria das condições de saúde impacta negativamente no alcance da

equidade na atenção à saúde e ignora o conceito ampliado de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Para além da escassez (e por vezes, inexistência) de dados com recorte racial, torna-se imperioso olhar para as demais minorias étnicas – como, por exemplo, os indígenas – a fim de se possibilitar o acesso à saúde de forma mais condizente com as especificidades populacionais e de otimizar a utilização dos recursos disponíveis em conformidade com as necessidades de saúde.

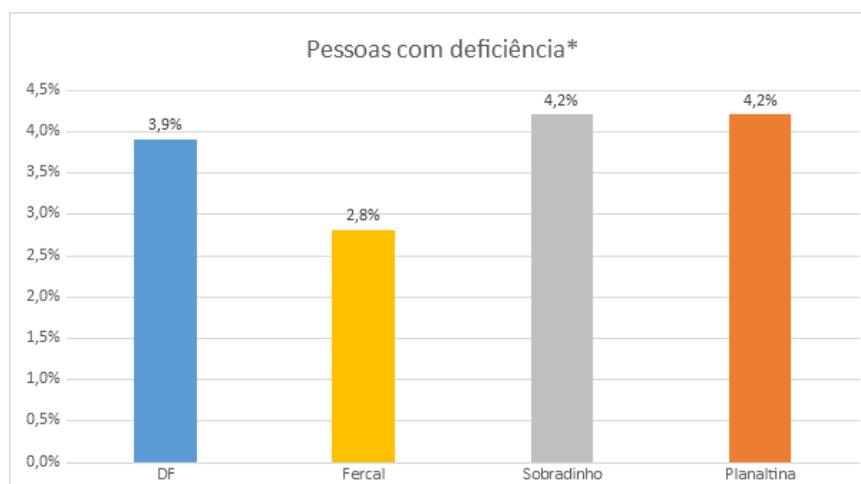
Diante do exposto, segue abaixo a representação gráfica referente a raça/cor na Região de Saúde Norte:



Fonte: <http://pdad2021.codeplan.df.gov.br/>

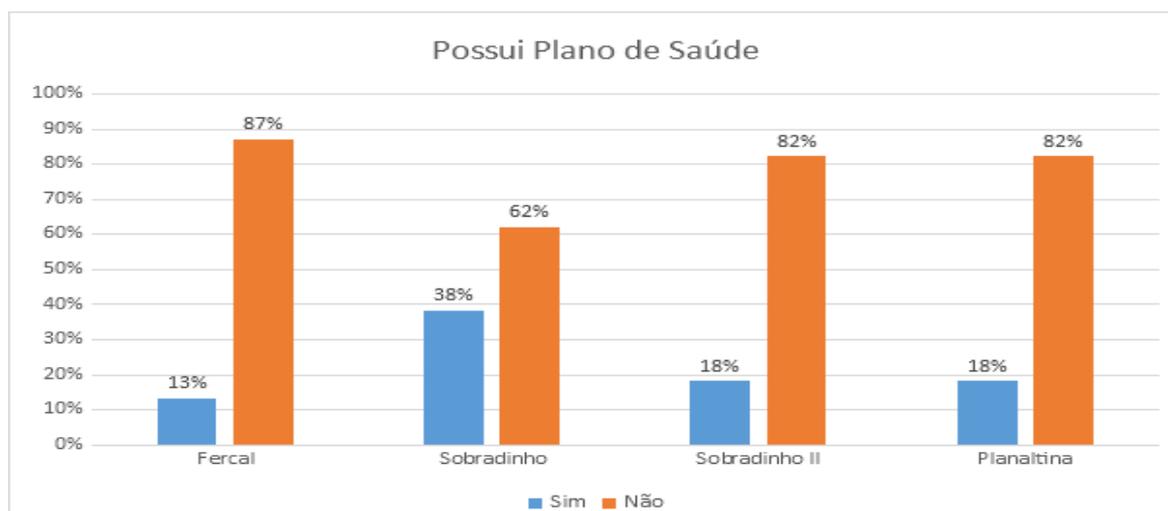
Considerando o discorrido anteriormente, torna-se imperioso ter em mente que as intersecções de gênero, raça, deficiência, classe, orientação sexual, ciclo geracional, região de moradia e território expressam diferentes condições sobrepostas de vulnerabilidade e que portanto, enquanto marcadores sociais, impactam diretamente na vida concreta da população referenciada e seu acesso à política pública de saúde, de forma que devem ser observadas a fim de se evitar a exacerbação de desigualdades e discriminações históricas e estruturais. É a partir daí que se torna possível identificar semelhanças e diferenças nas necessidades de saúde dos sujeitos inseridos nos diversos recortes sociais a fim de que se possa posteriormente, garantir o desenvolvimento de ações e estratégias que viabilizem a redução de riscos de doenças e de outros agravos, além do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em conformidade ao preconizado pela Lei nº 8080/90.

Ao considerar-se a distribuição de pessoas com deficiência na Região, entendida enquanto aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial - o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas – especificamente nos quesitos utilizados pela CODEPLAN, a saber: enxergar, ouvir, caminhar ou limitação nas funções mentais, obtém-se o seguinte gráfico, relacionando-o ainda, à porcentagem identificada no Distrito Federal:



No que se refere ao acesso à Política de Saúde, observa-se no gráfico a seguir que a maioria da população referenciada à Região Norte recorre exclusivamente aos serviços ofertados pelo SUS, principalmente na Fercal, Sobradinho II e em Planaltina, regiões administrativas com menor renda. Ressaltamos entretanto, que tal realidade pode ter sido atualmente ampliada em decorrência do empobrecimento da população nos últimos anos, inclusive devido ao aumento da taxa de desemprego e redução do alcance das políticas sociais de emprego e renda, atingindo diretamente as condições de existência e qualidade de vida da população, podendo impactar negativamente a curto e médio prazo, na saúde populacional.

Torna-se imperioso observar ainda, que a dificuldade de acesso e de utilização dos serviços de saúde constitui-se como uma grande barreira para a prevenção e o enfrentamento de doenças, podendo culminar com a cronificação de casos agudos que acabam por sobrecarregar o sistema de saúde de média e alta complexidade, gerando um ônus evitável ao Estado – cuja utilização de recursos poderia ser otimizada - e tendo um menor alcance junto à população usuária dos serviços. No gráfico abaixo é possível verificar que a Região possui um alto contingente populacional SUS dependente:



Fonte: <http://pdad2021.codeplan.df.gov.br/>

Considerando que os determinantes para a utilização dos serviços de saúde passam pelas necessidades de saúde - ou pela existência de doença - bem como pela gravidade e urgência do quadro clínico (demandas de consulta de rotina ou intercorrência, maior comorbidade e também por outras doenças ou agravos), o quesito renda influencia na predisposição do usuário em iniciar a investigação de suspeitas de agravos à saúde, em sua adesão ao tratamento, e conseqüentemente, em sua utilização dos serviços de saúde haja vista que a maior vulnerabilidade a que as pessoas de baixa renda estão submetidas - por estarem mais expostas a fatores de risco e por terem menor acesso aos serviços de saúde - favorece o seu maior adoecimento e incapacitação por motivo de saúde em relação às pessoas com melhores níveis socioeconômicos.

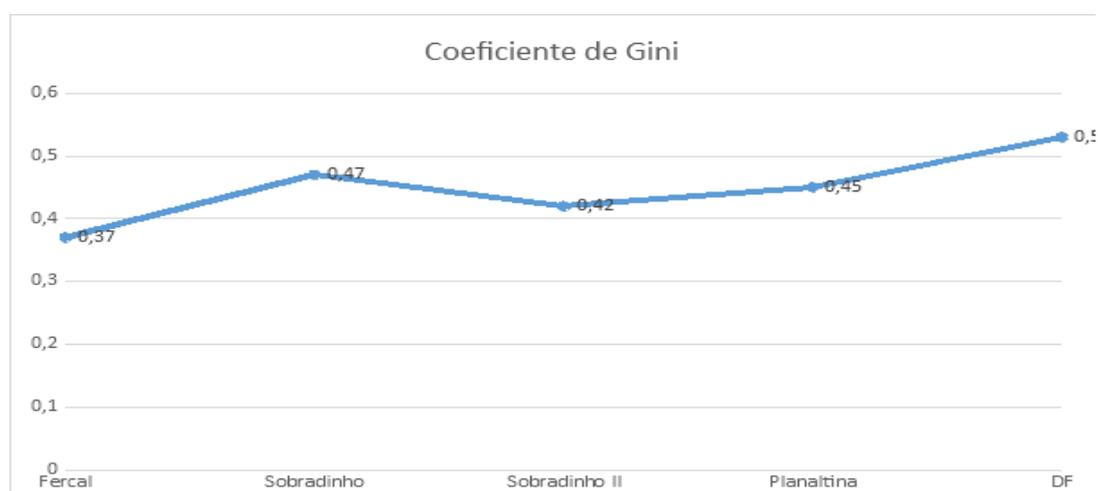
Dessa forma, a renda possui interface com a prevenção, manutenção e recuperação da saúde, inclusive no âmbito do SUS, uma vez que as desigualdades refletem mais frequentemente diferenças na distribuição das carências e restrições entre pobres e ricos, refletindo as “iniquidades” em saúde. Para além do exposto, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde - gratuito e universal - o custo individual de uma doença ainda é bastante alto dentre as famílias economicamente vulneráveis, em função dos custos agregados, realidade em que o adoecimento contribui para o empobrecimento de famílias já inseridas em um ciclo de exclusões, riscos ou situações de grandes desigualdades socioeconômicas.

Renda Domiciliar Média em Reais				
Fercal	Planaltina	Sobradinho	Sobradinho II	DF
R\$ 2.186,10	R\$ 3.558,20	R\$ 6.010,80	R\$ 3.808,80	R\$ 6.938,36

Fonte: <http://pdad2021.codeplan.df.gov.br/>

O Índice de Gini trata-se de um instrumento matemático utilizado para medir a desigualdade social de um determinado país, unidade federativa ou município (PENA, 2020), sendo 0 equivalente a plena igualdade e 1 representando a total desigualdade. Ressaltamos, entretanto, que a análise do coeficiente de Gini não deve ser realizada isoladamente, mas perpassada por outras variáveis de caráter social, econômico e de acesso a bens e serviços para além da renda.

Dessa forma, diante da realidade apresentada pelos gráficos, nota-se que a região com mais renda é também a mais desigual, monetariamente falando, uma vez que a maior disponibilidade de riqueza não implica necessariamente na melhor distribuição da mesma. Assim, temos em um extremo a realidade da Fercal, mais pauperizada e em outro extremo, Sobradinho, com maiores rendas dentro da Região de Saúde Norte, conforme pode ser verificado abaixo:



Fonte: <http://pdad2021.codeplan.df.gov.br/>

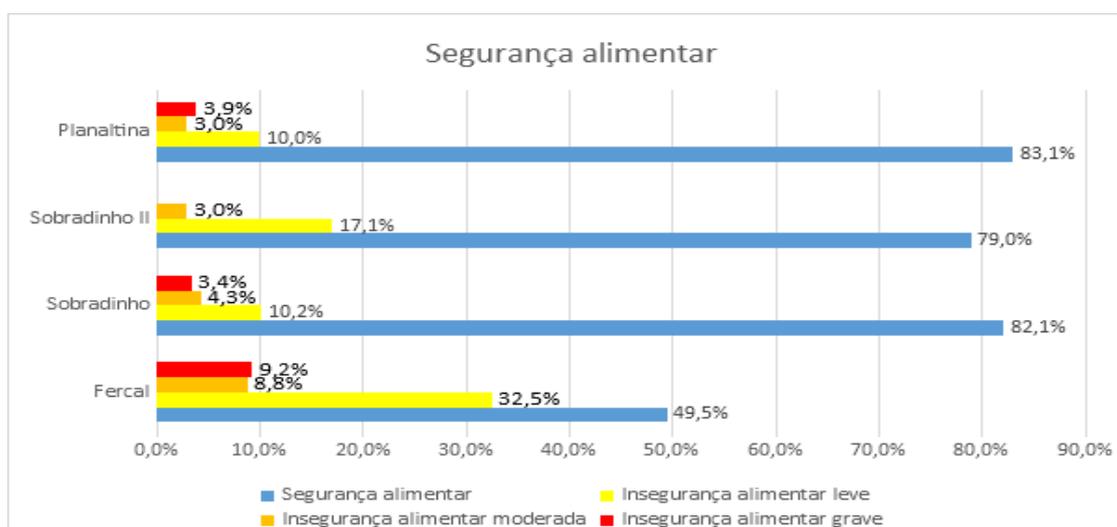
Por fim, torna-se imperioso mencionar a segurança alimentar, enquanto a garantia de acesso contínuo à quantidade e qualidade suficientes de alimentos, obtidos por meio socialmente aceitável, de forma a assegurar o bem-estar e saúde dos indivíduos.

Assim, a insegurança alimentar foi obtida a partir da aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), uma escala psicométrica que mede diretamente a percepção e vivência de insegurança alimentar e fome no nível domiciliar, captando a dificuldade de acesso

familiar aos alimentos e a experiência de vida com a insegurança alimentar e a fome vivenciada nos domicílios.

Dessa forma, a insegurança alimentar se divide em três escalas: a) Insegurança Alimentar leve: Preocupação ou incerteza quanto acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos; b) Insegurança Alimentar Moderada: Redução quantitativa de alimentos entre os adultos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos e; c) Insegurança alimentar grave: Redução quantitativa de alimentos também entre as crianças, ou seja, ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre todos os moradores, incluindo as crianças. Nessa situação, a fome passa a ser uma experiência vivida no domicílio.

Na Região de Saúde Norte, dentre aqueles que não possuem acesso adequado aos alimentos, metade da população da Fercal (50,5%) encontra-se em algum grau de insegurança alimentar, seguida por Sobradinho II (20,1%), Sobradinho (17,9%) e Planaltina (16,9%), conforme especificado a seguir:



Fonte: <http://pdad2021.codeplan.df.gov.br/>

Por oportuno, ressaltamos a importância do diagnóstico demográfico nos territórios que incorporam a Região de Saúde, uma vez que o conceito de saúde vigente considera a integralidade do sujeito sendo, portanto, imperioso correlacionar as condições de vida e de existência dos usuários às demandas de saúde apresentadas.

Dessa forma, é possível identificar os fatores que têm um papel determinante, positivo (recursos) e negativo (fatores de risco) sobre o estado de saúde da população, bem como

identificar o público mais vulnerável e/ou prioritário, o desenvolvimento e direcionamento de ações, a distribuição de recursos e equipamentos de saúde, etc.

UNIDADES DE SAÚDE

As Superintendências das Regiões de Saúde são responsáveis por gerir as políticas e ações de saúde, em todos os níveis de atenção, na sua área de abrangência, tendo como eixo ordenador a Atenção Primária à Saúde, além de fortalecer a governança do Sistema Único de Saúde na Região.

As unidades diretamente subordinadas à Superintendência da Região de Saúde Norte são: Assessoria de Planejamento em Saúde (ASPLAN), Diretoria Administrativa (DA), Diretoria do Hospital Regional de Planaltina (HRPL), Diretoria do Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS), Diretoria Regional de Atenção Secundária à Saúde (DIRASE), Núcleo de Prevenção e Assistência a Situações de Violência (NUPAV) e Núcleo de Ensino e Pesquisa (NUEP).

A Região de Saúde Norte possui em seu território 57 estabelecimentos de saúde, sendo 30 distribuídos em Planaltina, 13 em Sobradinho, 9 em Sobradinho II e 5 na Fercal, conforme explicitado abaixo:

- 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- 02 Postos de Saúde Rural (PSR): 01 na Rua do Mato e 01 no Córrego do Ouro - 01 Unidade Móvel Terrestre (UOM) em Planaltina
- 05 Centros de Especialidades, sendo 01 Centro de Especialidades Odontológicas em Sobradinho (CEO Sob); 01 Centro de Especialidades Odontológicas em Planaltina (CEO Pla); 01 Núcleo de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência em Sobradinho (NUPAV Sempre Viva); 01 Núcleo de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência em Planaltina (NUPAV Flor de Lis) e 01 Ambulatório de Saúde Funcional em Sobradinho (ASF)
- 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo: 01 CAPS Infantil em Sobradinho, 01 CAPS Álcool e outras Drogas em Sobradinho II e 01 CAPS II Transtorno em Planaltina
- 02 Policlínicas de Saúde, sendo 01 em Planaltina e 01 em Sobradinho

02 Hospitais Regionais, sendo 01 em Planaltina e 01 em Sobradinho

- 01 Centro de Práticas Integrativas de Saúde (CERPIS)

-02 Núcleos de Atendimento Domiciliar Regionalizado (NRAD), sendo 01 em Sobradinho e 01 em Planaltina

- 02 Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), sendo 01 em Sobradinho II e 01 em Planaltina

Para além da oferta de ações e serviços inerentes a cada unidade de saúde, a Região Norte possui 29 serviços credenciados e habilitados, passíveis de faturamento e repasses financeiros diferenciados por parte do Ministério da Saúde.

Diante da extensão territorial da Região Norte, da diversidade de equipamentos de Saúde e visando a operacionalização de todos os serviços ofertados, é necessária a disponibilização de insumos e recursos, onde incluem-se os recursos humanos, caracterizados como força de trabalho.

Assim, apesar do grande déficit profissional existente, a Região de Saúde Norte conta atualmente com 3.574 servidores, totalizando 123.330 horas, sendo que 89% dos servidores estão lotados na área fim e 11% na área meio, podendo ser distribuídos nas seguintes Carreiras:

CARREIRA/ESPECIALIDADE	QUANTITATIVO
Técnico em Enfermagem	1.187
Gestão/Assistência Pública em Saúde	626
Médico	619
Enfermeiro	509
Especialista em Saúde Pública	288
Vigilância Ambiental/Aten. Com. Saúde	189
Cirurgião Dentista	82
Cargo Comissionado	60
Política Pública Gestão Governamental	14
TOTAL	3.574

Fonte: salasit SES/DF, acessada em 19/04/2023.

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 NORTE					
ITEM	TEMA	INDICADOR	META	RESULTADO PARCIAL	STATUS
1	CEGONHA	Coefficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano idade	15,86	16,40	Satisfatório
2	CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais público	65,70%	63%	Satisfatório
2.1	CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais público	50,10%	48%	Satisfatório
4	CEGONHA	Percentual de óbitos maternos investigados	100%	0%	Crítico
5	CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	100%	8%	Crítico
6	CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	85%	13%	Crítico
11	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	80%	85,56 %	Superado
11.1	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	80%	52,2%	Razoável
12	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares	20%	25%	Satisfatório
12.1	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares	20%	36%	Crítico
13	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	40%	8%	Superado
14	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	13%	2,2%	Superado
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	10	13,6	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	62,33	Monitoramento
19	RUE	Taxa de notificação de violência	Monitoramento	35,6	Monitoramento
20	RUE	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas	15%	19%	Razoável
21	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	95%	97%	Superado
25	DCNT	Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações	Monitoramento	6,84	Monitoramento
26	DCNT	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações	Monitoramento	2,93	Monitoramento
27	SIST. APOIO LOGÍST.	Índice de fechamento de chave	70%	56%	Satisfatório
29	SIST. APOIO LOGÍST.	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	100%	62,72 %	Razoável
31	SIST. APOIO LOGÍST.	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%	11%	Superado
32	SIST. APOIO LOGÍST.	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD	100%	97%	Satisfatório
38	SIST. APOIO LOGÍST.	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	90%	78%	Satisfatório

Quadro resumido:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
<u>Superado</u>	Superado - Acima de 100% da meta	5	25%
<u>Satisfatório</u>	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	7	35%
<u>Razoável</u>	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	4	20%
<u>Parcial</u>	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	0	0%
<u>Crítico</u>	Crítico - Abaixo de 25% da meta	4	20%
TOTAL			100%

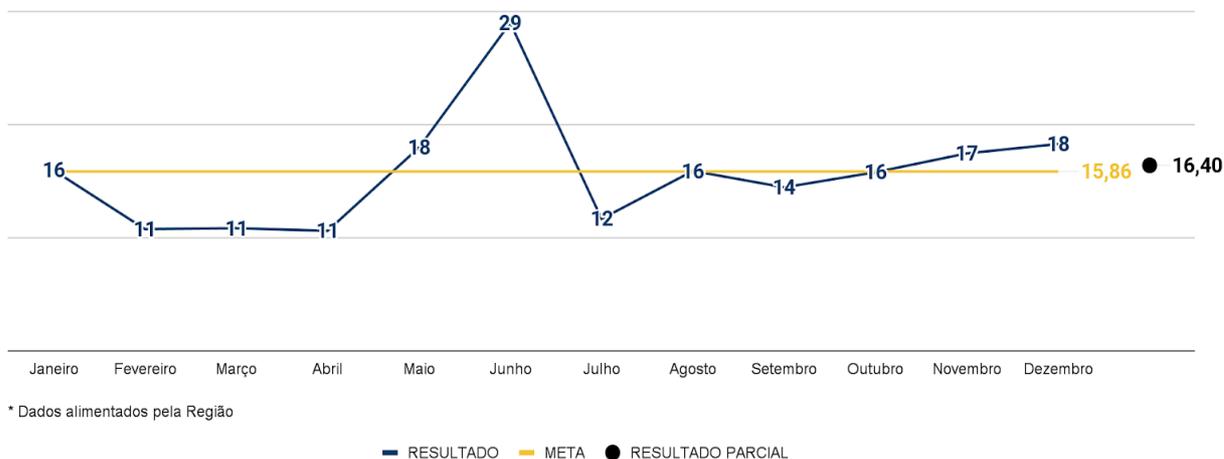
OBS.: Para o cálculo de porcentagem de alcance das metas desconsiderar os indicadores com meta "monitoramento" e "não se aplica".

ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 1

Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade

NORTE



Análise dos resultados:

Em conformidade ao versado pela área técnica, GAPAPS, observa-se um aumento no Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano em 2022 com relação à 2021, de 10,07/1000NV para 16,40/1000NV (dados provisórios). Entende-se que há necessidade de elaborar e confirmar uma hipótese que explique tal desempenho.

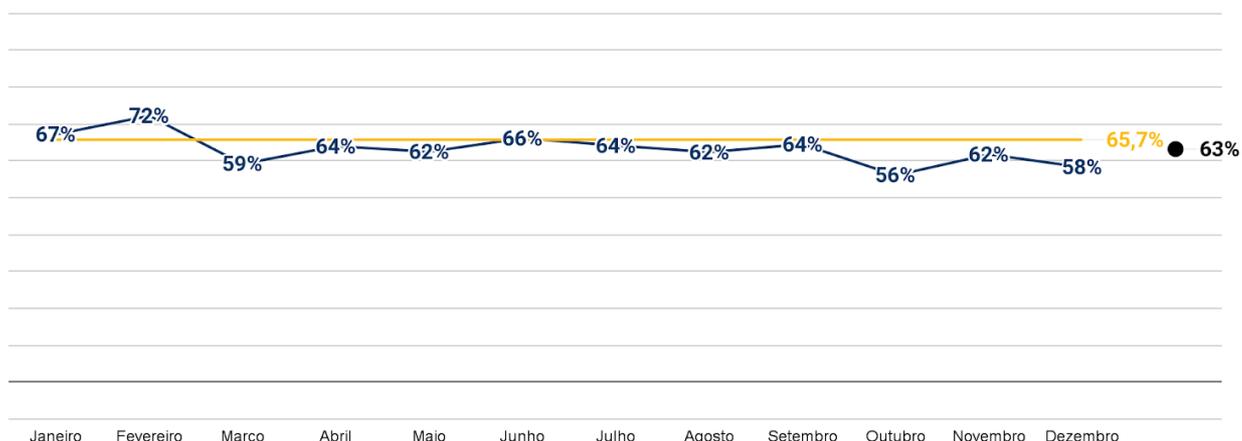
No final do 2º semestre/2022 foi realizada uma auditoria clínica nos prontuários do pré-natal de gestantes que tiveram RN, aborto ou natimorto notificados no SINAN como sífilis congênita no período de 2021 ao 1º semestre de 2022, por um GT implementado no âmbito da APS. Além da auditoria clínica realizada, a DIRAPS Norte vem trabalhando para melhorar a atuação dos profissionais que atuam nas UBS. Em 2022, a GAPAPS/DIRAPS/SRSNO promoveu o curso de atualização clínica para boas práticas no pré-natal de risco habitual, onde 86 médicos e enfermeiros das equipes participaram e a sífilis gestacional foi um dos temas discutidos. Em 2023 a proposta de continuidade do curso se manteve e foi reiniciado em março para uma turma. Estão programadas mais 4 turmas (abril, maio, junho e julho). Entendemos que pode haver, como já citado acima, dificuldades na diferenciação da criança exposta à sífilis da criança com sífilis congênita no âmbito hospitalar.

Ressalta-se que até o momento, a SRSNO não conseguiu implantar o Comitê de Investigação para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatite B e C, para realizar a investigação dos casos de transmissão vertical. Tal conjuntura se dá devido à dificuldade de RH qualificado e/ou disponível para tal, de forma a não causar impactos negativos aos demais serviços.

Indicador 2

Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) HRPL

NORTE



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO — META ● RESULTADO PARCIAL

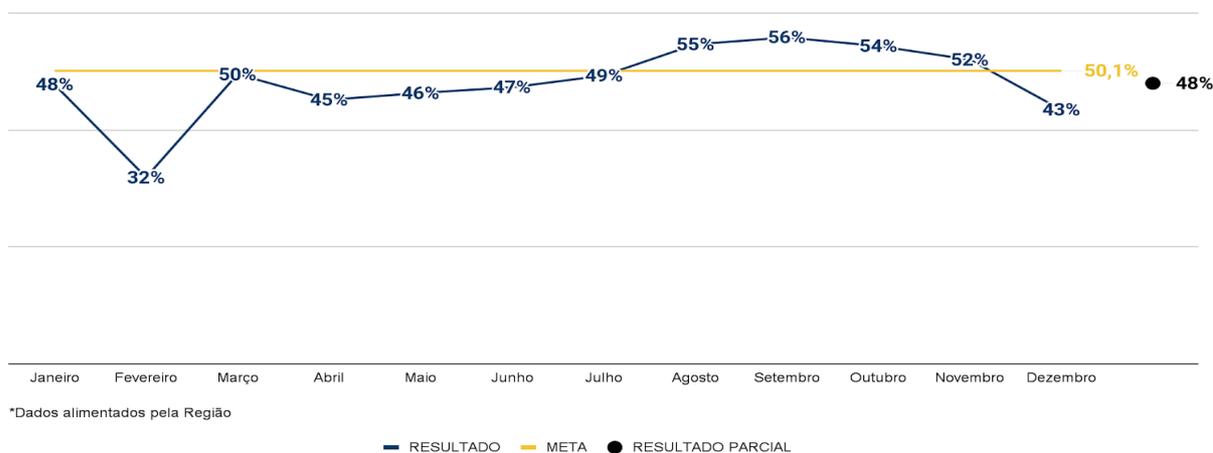
Análise dos resultados:

Houve uma redução de 6,09% de nascidos vivos em relação ao ano de 2021, no entanto obtivemos uma melhoria de 1% no desempenho do indicador. 37% dos partos realizados no HRPL são por meio de cesariana. Índice elevado, considerando que a Organização Mundial de Saúde - OMS preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%.

Indicador 2.1

Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) HRS

NORTE



Análise dos resultados:

O Hospital de Sobradinho é referência em gestação de alto risco, além de atender pacientes da Ride. Em relação ao ano de 2021, observa-se a redução de 1% no desempenho do indicador, apesar da redução de 4% no total de nascidos vivos no mesmo período. Dessa forma, em 2022 ocorreram 1.586 partos no HRS.

Dentre as puérperas atendidas no período, no tocante ao acesso ao pré-natal, observa-se que 32,96% realizaram de 7 a mais consultas de pré-natal, 10,84% de 4 a 6 consultas, 3,45% de 1 a 3 consultas e apenas 0,99% não realizou nenhuma consulta de pré natal. Já em relação ao tipo de gravidez, somente 1,26% refere-se à gravidez dupla.

Em relação ao impacto da RIDE e demais UF, 34,85% dos nascidos por parto normal, são de não residentes no DF.

Muitos pacientes de Goiás são referenciados a Goiânia, local de grande distância para as pessoas que se encontram nas cidades goianas fronteiriças à Região Norte, portanto, como Sobradinho e Planaltina encontram-se na rota, no caso de intercorrências são esses locais que acolhem esses usuários, inclusive devido à cooperação entre os Estados.

Indicador 4

Percentual de óbitos maternos investigados

NORTE



Análise dos resultados:

Ressalta-se que o comitê de investigação de óbitos da Região, apesar de ter sido recomposto diversas vezes, possui dificuldade em realizar as análises dos óbitos devido à baixa carga horária disponibilizada que se torna insuficiente uma vez que o quantitativo de "RH" é aquém do necessário na região. Ressaltamos ainda, que os óbitos só são contabilizados para o indicador ao final do processo investigativo, ou seja, a abertura da investigação não se configura enquanto condição suficiente para a contabilização do indicador, devido ao caráter qualitativo que se dá pelo comitê.

A área técnica discorre ainda, que mesmo com os ajustes realizados destes indicadores, ainda foge do ideal. Pela Portaria Nº Portaria 1294 de 30/12/2021, as alterações no SIM são realizadas no prazo de até 120 dias após o óbito pelo CRPCOMFI. Sendo assim, dados são passíveis de consulta no banco de dados do SIVITAI/Tabwin após este prazo, sendo assim até abril de 2023 tal realidade faz com que os indicadores não representem dados reais.

Para além da dificuldade de obtenção de dados junto ao CRPCOMFI, configurou-se como um empecilho de monitoramento, o fato do painel da sala de situação não ter sido atualizado pelo órgão central e ainda, ter sido descontinuado, com a suspensão do acesso ao mesmo.

Indicador 5

Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano

NORTE



Análise dos resultados: Ressalta-se que o comitê de investigação de óbitos da Região, apesar de ter sido recomposto diversas vezes, possui dificuldade em realizar as análises dos óbitos devido à baixa carga horária disponibilizada que se torna insuficiente uma vez que o quantitativo de "RH" é aquém do necessário na região. Ressaltamos ainda, que os óbitos só são contabilizados para o indicador ao final do processo investigativo, ou seja, a abertura da investigação não se configura enquanto condição suficiente para a contabilização do indicador, devido ao caráter qualitativo que se dá pelo comitê.

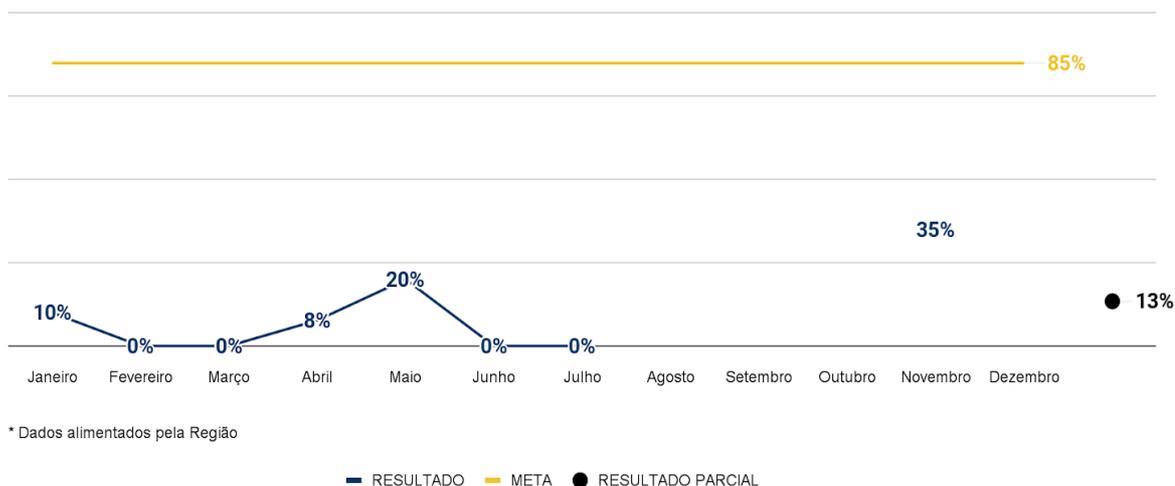
A área técnica discorre ainda, que mesmo com os ajustes realizados destes indicadores, ainda foge do ideal. Pela Portaria Nº Portaria 1294 de 30/12/2021, as alterações no SIM são realizadas no prazo de até 120 dias após o óbito pelo CRPCOMFI. Sendo assim, dados são passíveis de consulta no banco de dados do SIVITais/Tabwin após este prazo, sendo assim até abril de 2023 tal realidade faz com que os indicadores não representem dados reais.

Para além da dificuldade de obtenção de dados junto ao CRPCOMFI, configurou-se como um empecilho de monitoramento, o fato do painel de investigação de óbitos da sala de situação não ter sido atualizado pelo órgão central e ainda, ter sido descontinuado, com a suspensão do acesso ao mesmo. Entretanto, no que se refere à quantidade de óbitos ocorridos em menores de 01 ano, segundo o InfoSaúde (em 17/04/2023) houve 18 óbitos na região durante 2022, sendo que sua totalidade ocorreu no âmbito hospitalar, sendo 12 em Planaltina e 06 em Sobradinho. No tocante ao gênero, 67% referem-se a crianças do sexo masculino. No quesito raça, 39% dos óbitos referem-se a crianças negras, 39% a crianças brancas e 22% das crianças não tiveram identificação racial. Quanto ao CID-10 registrado como causa do óbito, 72% foram ocasionadas por algumas afecções originadas no período perinatal e as demais, representando 6% cada uma, foram as seguintes: doenças do aparelho respiratório; causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do sistema nervoso; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. Já em comparação ao período anterior, houve uma redução de 66% do total de óbitos em menores de 01 ano ocorridos em 2021, sendo o dado de 2022 o menor registrado na série histórica desde 2014, segundo dados do InfoSaúde no painel "óbitos de residentes no DF: não fetal"

Indicador 6

Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados

NORTE



Análise dos resultados:

Ressalta-se que o comitê de investigação de óbitos da Região, apesar de ter sido recomposto diversas vezes, possui dificuldade em realizar as análises dos óbitos devido à baixa carga horária disponibilizada que se torna insuficiente uma vez que o quantitativo de "RH" é aquém do necessário na região. Ressaltamos ainda, que os óbitos só são contabilizados para o indicador ao final do processo investigativo, ou seja, a abertura da investigação não se configura enquanto condição suficiente para a contabilização do indicador, devido ao caráter qualitativo que se dá pelo comitê.

A área técnica discorre ainda, que mesmo com os ajustes realizados destes indicadores, ainda foge do ideal. Pela Portaria Nº Portaria 1294 de 30/12/2021, as alterações no SIM são realizadas no prazo de até 120 dias após o óbito pelo CRPCOMFI. Sendo assim, dados são passíveis de consulta no banco de dados do SIVITAI/Tabwin após este prazo, sendo assim até abril de 2023 tal realidade faz com que os indicadores não representem dados reais.

Para além da dificuldade de obtenção de dados junto ao CRPCOMFI, configurou-se como um empecilho de monitoramento, o fato do painel de investigação de óbitos da sala de situação não ter sido atualizado pelo órgão central e ainda, ter sido descontinuado, com a suspensão do acesso ao mesmo.

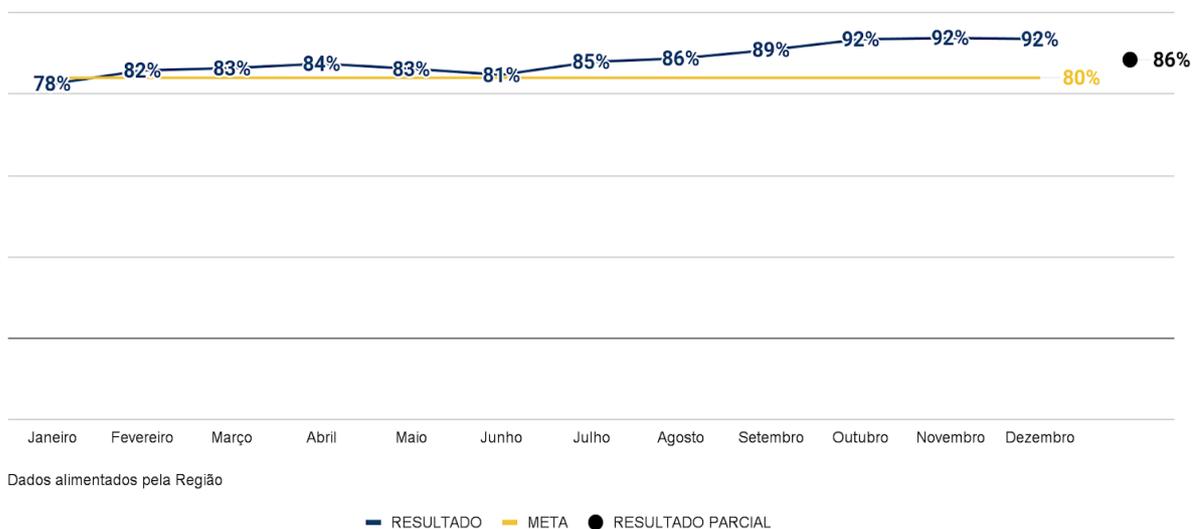
Entretanto, no que se refere à quantidade de óbitos ocorridos em MIFs (10 a 49 anos), segundo o InfoSaúde (em 17/04/2023) houve 33 óbitos na região durante 2022, sendo 14 no HRPL, 13 no HRS, 01 na UPA Sobradinho e 05 na UPA Planaltina. No tocante à raça 33% das mulheres eram brancas e 66% negras. Do total de mortes, três se deram por violência, sendo 01 por autoextermínio (negra), 01 por submersão e afogamento em piscina em residência e 01 por contato com objeto contundente, intenção não determinada em local não especificado.

Já em comparação ao período anterior, houve um incremento de 44% do total de óbitos em MIFs ocorridos em 2021, sendo o dado de 2022 o maior registrado na série histórica desde 2013, segundo dados do InfoSaúde no painel "Óbitos de residentes no DF: não fetal".

Indicador 11

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

NORTE



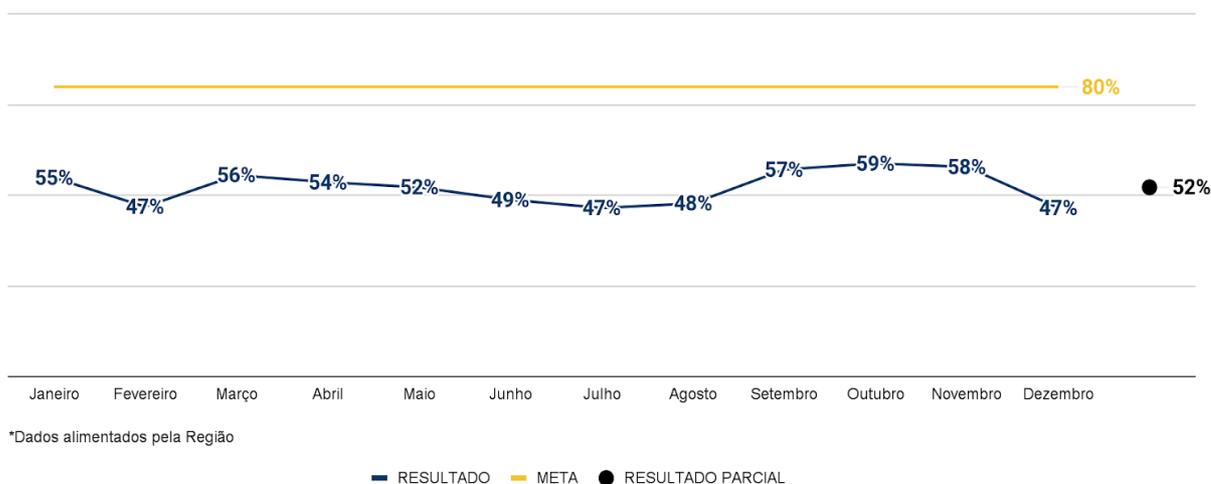
Análise dos resultados:

O HRPL conta com classificação 24 horas em todas as clínicas. Considerando que a meta estipulada para o ano de 2022 foi de 80% o indicador apresentou resultados satisfatórios em comparação com o ano de 2021, onde o menor índice de classificação foi de 76% e o maior de 83%. Em 2022 podemos observar uma melhoria significativa onde o menor índice foi de 78% e o maior de 92% de pacientes classificados ao mês.

Indicador 11.1

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

NORTE



Análise dos resultados:

Entre 2020 e 2022 houve um aumento de 63% no quantitativo de GAES abertas anualmente, totalizando 113.735 GAES abertas em 2022. Paralelamente, houve um aumento de 111% das GAES classificadas, o que demonstra a melhoria do desempenho do indicador no interstício supracitado, apesar de ainda estarmos distante da meta estipulada.

Assim, a média de cobertura de classificação passou de 54% em 2021 para 52% em 2022, entretanto, apesar de apresentar um percentual menor, tivemos um aumento de 16,20% no número de GAES e de 14,17% pacientes classificados.

Ressaltamos que o desempenho do indicador está diretamente relacionado à disponibilidade de RH de Enfermagem, que encontra-se extremamente deficitário na Região. Agrava a referida conjuntura, a retirada de profissionais do HRS à revelia, devido a arranjos políticos, onde majoritariamente não há a reposição da carga horária perdida.

Por oportuno, ressaltamos ainda, a existência de divergência de dados entre o disponibilizado pelo Infosaúde e o extraído pelo Trackcare, conforme segue abaixo:

2020: Trakcare 32.780 e Infosaude 22.436

2021: Trakcare 51.366 e Infosaude 51.270

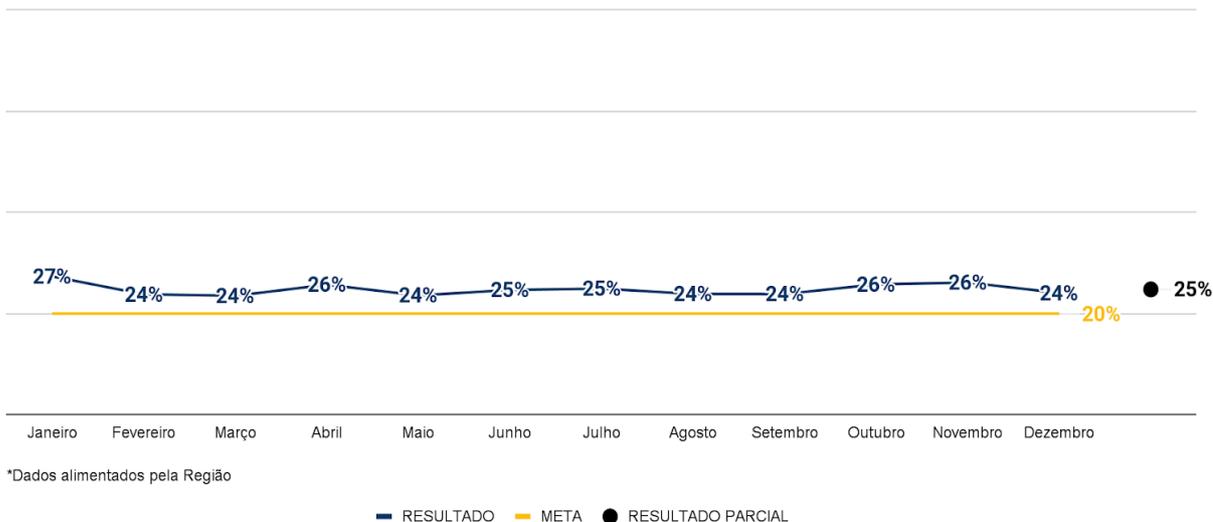
2022: Trakcare 57.286 e Infosaude 59.728

Ressaltamos que a referida conjuntura foi pontuada com a área técnica, inclusive com tentativa de alinhamento da informação, porém, de forma infrutífera.

Indicador 12

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

NORTE



Análise dos resultados:

Verifica-se que dentre a totalidades de GAEs abertas em 2022, 86% foram classificadas, sendo que 25% deste montante com as cores verdes e azuis equivalente a uma média de 2000 GAEs por mês. A classificação verde é de maior percentual (96%) em relação à cor azul que equivale a 4%. As clínicas de pediatria e ortopedia perfazem um montante de 70% das classificações em verde e azul, os 30% restantes estão distribuídos entre as clínicas (médica, cirurgia e ginecologia).

A área técnica GEAQAPS discorreu que segundo o Manual de Acolhimento e Estratificação de Risco disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a classificação verde e azul nas unidades de urgência e emergência em unidades hospitalares devem observar o seguinte protocolo:

Verde: São pacientes sem risco de agravo que serão atendidos por ordem de chegada, de modo que podem ser agendados na mesma semana em UBS de referência, no qual o classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde.

Azuis: Serão referenciados para as UBS para atendimento ou agendamento, exceto em condições que demandem atendimento imediato em horários de não funcionamento da UBS, no qual o classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde. Em caso de gestantes, que não possua pactuação com a atenção primária e/ou a usuária se recusar a procurar o serviço de referência, deverá ser garantido o atendimento na maternidade.

Levando isso em consideração, elevados percentuais de usuários classificados como verdes e azuis nas unidades de urgência e emergências podem significar barreira de acesso na Atenção Básica em Saúde, resultando em superlotação dos serviços de urgência, somadas à insuficiente estrutura dos pontos da rede e ao não seguimento deste fluxo (PÍCOLI, 2016).

A meta do indicador “Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares” é de 20%. Entretanto, no ano de 2022, a Região Norte obteve resultado parcial de 36%, classificado como crítico, tendo o Hospital de Sobradinho como responsável pela elevação

do indicador, estando seu percentual entre 30% a 39% e de Planaltina entre 24% a 27%, durante o último ano.

As Unidades Básicas de Saúde da Região Norte vêm sofrendo com a alta de demanda espontânea, resultando em superlotação das unidades, que reflete diretamente no alongamento do tempo de espera dos atendimentos e da construção da agenda, que está afogada em demandas não programadas, aumentando a probabilidade de busca de assistência nas emergências hospitalares.

A pandemia do COVID-19 também é um fator a ser levado em consideração, tendo em vista que gerou sobrecarga nos sistemas de saúde, em especial a Atenção Primária à Saúde (APS) que é responsável por realizar o primeiro contato com o usuário que procura o Sistema Único de Saúde (SUS), aumentando a demanda das UBS, contribuindo para a saturação do sistema e dificultando a realização dos atendimentos/acompanhamentos que já eram pautados em sua carteira de serviços, favorecendo para a construção de uma população mais imediatista (SAVASSI, 2020).

Outro fator que reflete diretamente na lotação das UBS e proporcionalmente às unidades hospitalares é a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família (ESF). Segundo a PNAB cada ESF deve ser responsável por 4.000 usuários, para adquirir uma assistência de qualidade e adequada, entretanto essa não é a realidade encontrada na região norte. Atualmente é necessário realizar expansão de 24 Equipes de Saúde da Família em Planaltina e 13 em Sobradinho (inclui Sobradinho, Sobradinho II e Fercal)

Além disso, o número elevado de afastamentos dos médicos das Equipes de Saúde da Família também pode ser um fator gerador de demandas da Atenção Básica para os serviços de urgência hospitalares.

No geral a hipótese para essa elevada busca nos serviços de urgência e emergência pode estar ligada às seguintes situações:

1. População com a visão altamente hospitalocêntrica, buscando apenas atendimentos com médicos, procurando o hospital por falta da categoria do médico nas Unidades Básicas de Saúde;
2. População imediatista, alegando grande demora do atendimento nas UBS e/ou a falta de agenda para marcação de consultas em tempo oportuno;
3. Não resolutividade das Unidades Básicas de Saúde;
4. Não conhecimento da população sobre a carteira de serviços das UBS;
5. Número de Equipes de Saúde da Família não suficiente para cobertura de 100% da população.

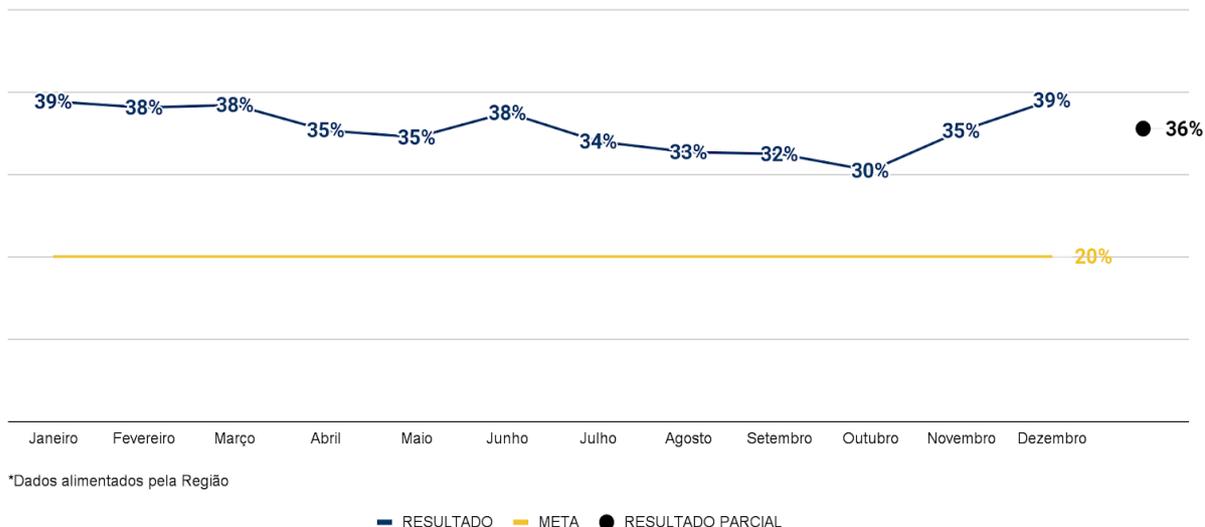
Entre os fatores que não é possível demonstrar com dados, existe a hipótese de barreira de acesso nas Unidades Básicas de Saúde, havendo deslocamento dos usuários aos hospitais regionais, assim como a busca durante o horário noturno e aos fins de semana.

Como Plano de ação, a GEAQAPS está promovendo Visitas Técnicas em todas as UBS da Região Norte a fim de acompanhar “in loco” o processo de trabalho do Acolhimento, seja por demanda espontânea, seja por demanda programada. Os achados serão compilados em relatório e apresentados em reunião às áreas internas da DIRAPS para ciência, discussão e providências que cada território apresenta em sua particularidade.

Entendemos que assegurar o Acolhimento como serviço essencial na APS, devendo ser de qualidade, com escuta qualificada e humanizada diante das queixas dos usuários, gerará maior resolutividade das demandas apresentadas e desafogamento destes à procura da atenção secundária de saúde, reduzindo desta forma o percentual de pacientes classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares.

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

NORTE



Análise dos resultados:

No ano de 2022 foram feitas 113.735 GAES sendo classificados 59.728 pacientes. Do total de GAES classificadas, 40,44% foram classificadas como verdes e azuis, um percentual maior que em 2021 onde houve uma variação de 29,5% a 38,9% no ano.

Em relação à classificação, tendo como fonte o Infosaúde, podemos observar:

1. Entre os 7,93% classificados como azul houve uma maior demanda para a Clínica médica com 1829, seguido da pediatria com 1166, ortopedia 709, clínica cirúrgica com 523 e gineco obstetrícia com 510.
2. Dos 32,52% classificados como verde, temos a maior demanda na pediatria com 6054 pacientes, seguido pela clínica médica com 5388, Gineco Obstetrícia com 3903, ortopedia 2508 e Clínica cirúrgica com 1566 pacientes.
3. 41,19% foram classificados como amarelo, com maior demanda na pediatria com 10974 pacientes, seguido da clínica média com 6146, clínica cirúrgica 2994, ortopedia 2404 e gineco obstetrícia com 2263 pacientes
4. 17,55% foram classificados como laranja, com maior demanda na clínica médica com 6146 pacientes, seguido da pediatria com 1963, clínica cirúrgica com 771, gineco obstetrícia com 455 e ortopedia 317.
5. Já entre os 487 classificados como vermelho, em sua maioria na clínica médica com 395 pacientes, seguido da pediatria com 50, clínica cirúrgica com 19, ortopedia com 12 e gineco obstetrícia com 11 pacientes.

A área técnica GEAQAPS discorre que segundo o Manual de Acolhimento e Estratificação de Risco disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a classificação verde e azul nas unidades de urgência e emergência em unidades hospitalares devem observar o seguinte protocolo:

Verde: São pacientes sem risco de agravo que serão atendidos por ordem de chegada, de modo que podem ser agendados na mesma semana em UBS de referência, no qual o classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde.

Azuis: Serão referenciados para as UBS para atendimento ou agendamento, exceto em condições que demandem atendimento imediato em horários de não funcionamento da UBS, no qual o classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde. Em caso de gestantes, que não possuam pactuação com a atenção primária e/ou a usuária se recusar a procurar o serviço de referência, deverá ser garantido o atendimento na maternidade.

Levando isso em consideração, elevados percentuais de usuários classificados como verdes e azuis nas unidades de urgência e emergências podem significar barreira de acesso na Atenção Básica em Saúde, resultando em superlotação dos serviços de urgência, somadas à insuficiente estrutura dos pontos da rede e ao não seguimento deste fluxo (PÍCOLI, 2016).

A meta do indicador “Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares” é de 20%. Entretanto, no ano de 2022, a Região Norte obteve resultado parcial de 36%, classificado como crítico, tendo o Hospital de Sobradinho como responsável pela elevação do indicador, estando seu percentual entre 30% a 39% e de Planaltina entre 24% a 27%, durante o último ano.

As Unidades Básicas de Saúde da Região Norte vêm sofrendo com a alta de demanda espontânea, resultando em superlotação das unidades, que reflete diretamente no alongamento do tempo de espera dos atendimentos e da construção da agenda, que está afogada em demandas não programadas, aumentando a probabilidade de busca de assistência nas emergências hospitalares.

A pandemia do COVID-19 também é um fator a ser levado em consideração, tendo em vista que gerou sobrecarga nos sistemas de saúde, em especial a Atenção Primária à Saúde (APS) que é responsável por realizar o primeiro contato com o usuário que procura o Sistema Único de Saúde (SUS), aumentando a demanda das UBS, contribuindo para a saturação do sistema e dificultando a realização dos atendimentos/acompanhamentos que já eram pautados em sua carteira de serviços, favorecendo para a construção de uma população mais imediatista (SAVASSI, 2020).

Outro fator que reflete diretamente na lotação das UBS e proporcionalmente às unidades hospitalares é a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família (ESF). Segundo a PNAB cada ESF deve ser responsável por 4.000 usuários, para adquirir uma assistência de qualidade e adequada, entretanto essa não é a realidade encontrada na região norte. Atualmente é necessário realizar expansão de 24 Equipes de Saúde da Família em Planaltina e 13 em Sobradinho (inclui Sobradinho, Sobradinho II e Fercal)

Além disso, o número elevado de afastamentos dos médicos das Equipes de Saúde da Família também pode ser um fator gerador de demandas da Atenção Básica para os serviços de urgência hospitalares.

Entre os fatores que não é possível demonstrar com dados, existe a hipótese de barreira de acesso nas Unidades Básicas de Saúde, havendo deslocamento dos usuários aos hospitais regionais, assim como a busca durante o horário noturno e aos fins de semana.

Entre os Hospitais de Sobradinho e Planaltina, a primeira RA possui um resultado do indicador muito superior em relação a meta esperada, isso pode ser justificado por maior demanda e sobrecarga dentro das Unidades Básicas de Saúde, entretanto também pode estar relacionado ao deslocamento dos usuários de Planaltina para Sobradinho, tendo em vista estarem localizadas por uma distância de 21 km, com facilidade de locomoção pelo transporte público.

Como Plano de ação, a GEAQAPS está promovendo Visitas Técnicas em todas as UBS da Região Norte a fim de acompanhar “in loco” o processo de trabalho do Acolhimento, seja por demanda espontânea, seja por demanda programada. Os achados serão compilados em

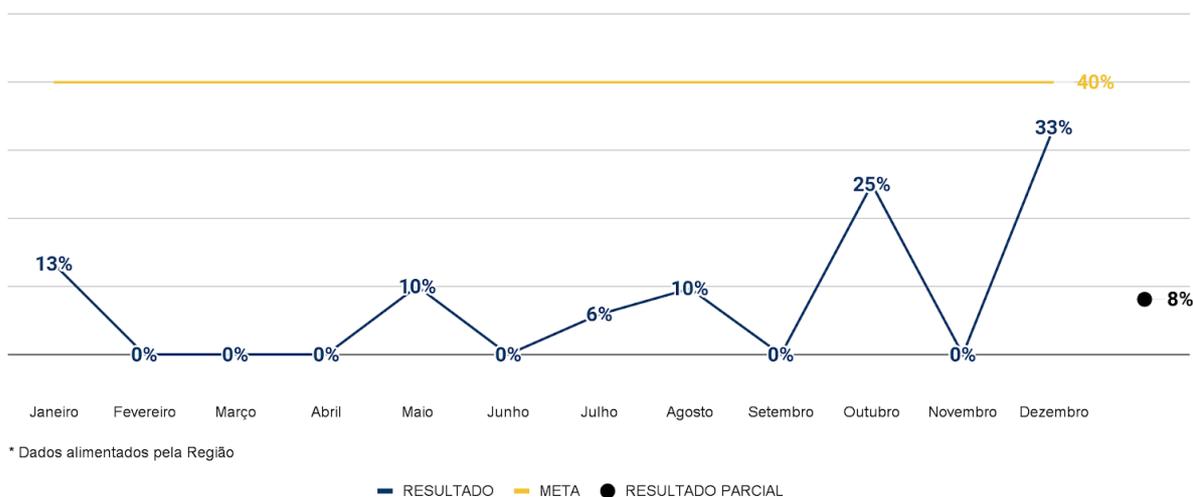
relatório e apresentados em reunião às áreas internas da DIRAPS para ciência, discussão e providências que cada território apresenta em sua particularidade.

Entendemos que assegurar o Acolhimento como serviço essencial na APS, devendo ser de qualidade, com escuta qualificada e humanizada diante das queixas dos usuários, gerará maior resolutividade das demandas apresentadas e desafogamento destes à procura da atenção secundária de saúde, reduzindo desta forma o percentual de pacientes classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares.

Indicador 13

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

NORTE



Análise dos resultados: O HRS segue o protocolo vigente para AVE e IAM.

Na Região Norte houve um incremento de 72% na proporção de óbitos por IAM quando comparado ao ano anterior. Sendo assim, em 2022 ocorreram 15 óbitos dentre as 221 internações ocasionadas por IAM, representando, conforme o Infosaúde, uma proporção anual de 6,79%, superior, portanto, à média do DF que é de 4,58%.

Dentre os óbitos ocorridos, 11 se deram no HRPL e 4 no HRS, sendo que do total de óbitos, 66% refere-se a homens. No tocante ao ciclo geracional, 34% dos óbitos ocorreram em pessoas entre 40 e 59 anos e 66% em idosos, sendo que dentre esses, 40% ocorreram em maiores de 80 anos.

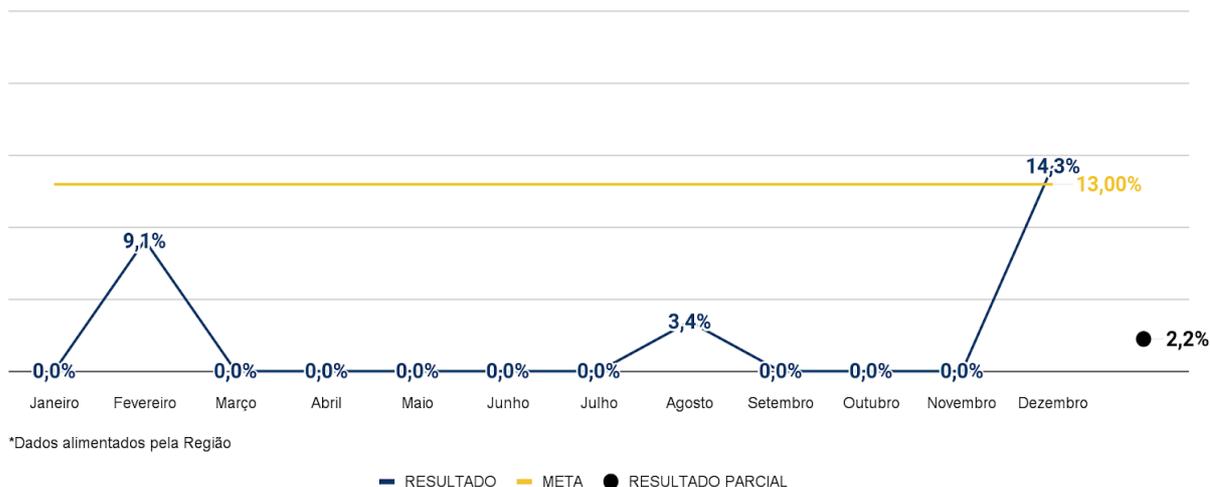
Quando comparado a 2021, observa-se uma redução das internações em 2022, porém, com uma maior quantidade de óbitos, conjuntura que elevou a proporção identificada. De 2017 a 2020 observou-se o decréscimo das proporções na Região - passando de 13,40% para 2,45%. Porém, a partir de 2021 observa-se um incremento da taxa, passando de 3,94% em 2021 para 6,79% em 2022. Considerando a ocorrência da pandemia de COVID 19, onde houve a descontinuidade do acompanhamento das comorbidades por grande parte dos usuários e ainda, a mobilização dos serviços de saúde, através da reorganização dos atendimentos e redirecionamento de profissionais devido à conjuntura posta, é possível que a descompensação do quadro clínico que culminou com o óbito, seja decorrente dessa realidade, explicando portanto, o aumento dos valores do indicador.

Por oportuno, ressaltamos que o comportamento do indicador verificado na Região assemelha-se ao identificado em estudos populacionais realizados em outros países, que registraram uma redução relativa nas admissões hospitalares por doenças cardiovasculares (DCV) durante a pandemia, associada a um aumento nas taxas de letalidade previamente relacionadas a esse grupo de doenças, tornando-se assim, motivo de grande preocupação entre a comunidade médica e científica internacional.

Indicador 14

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

NORTE



Análise dos resultados:

O HRS segue o protocolo vigente para AVE e IAM.

Na Região Norte houve um decréscimo de 73% na proporção de óbitos por AVE quando comparado ao ano anterior. Sendo assim, em 2022 ocorreram 4 óbitos dentre as 162 internações ocasionadas por AVE, representando, conforme o Infosaúde, uma proporção anual de 2,47%, inferior, portanto, à média do DF que é de 13,88% em 2022.

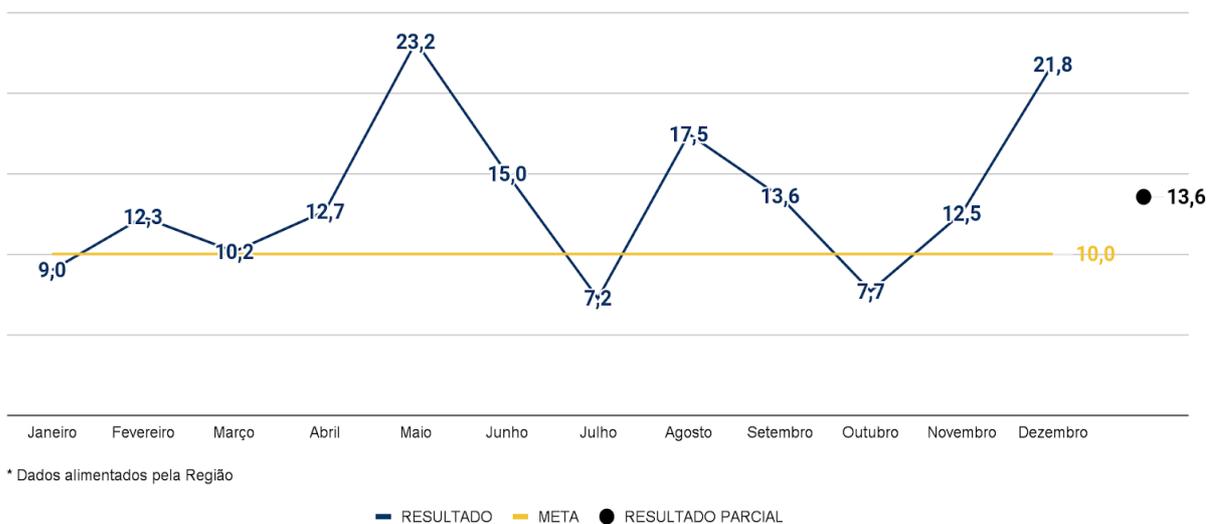
Dentre os óbitos ocorridos, 1 se deu no HRPL e 3 no HRS, sendo que do total de óbitos, no tocante ao gênero, verificou-se uma paridade entre os sexos, equivalente cada um a 50%. No tocante ao ciclo geracional, 100% dos óbitos ocorreram em idosos, sendo que dentre esses, 75% ocorreram em maiores de 80 anos.

Quando comparado a 2021, observa-se uma redução das internações em 2022, que é acompanhada da redução de óbitos. Na série histórica correspondente ao período entre 2017 e 2022 observou-se em 2018, um pico das proporções na Região - atingindo 10,11%. Porém, ao contrário do observado nas mortes por IAM, que representou um acréscimo, os óbitos por AVE diminuíram. Considerando a ocorrência da pandemia de COVID 19, onde houve a descontinuidade do acompanhamento das comorbidades por grande parte dos usuários e ainda, a mobilização dos serviços de saúde, através da reorganização dos atendimentos e redirecionamento de profissionais devido à conjuntura posta, e considerando ainda, que a COVID relaciona-se a implicações neurológicas, que podem vir a culminar com a ocorrência de AVE, a hipótese é a de que pode ter ocorrido uma subnotificação dos óbitos por AVE devido ao fato dos mesmos terem sido "mascarados" pela COVID enquanto causa principal do óbito, explicando, portanto, o comportamento do indicador.

Indicador 15

Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral- HRS.

NORTE



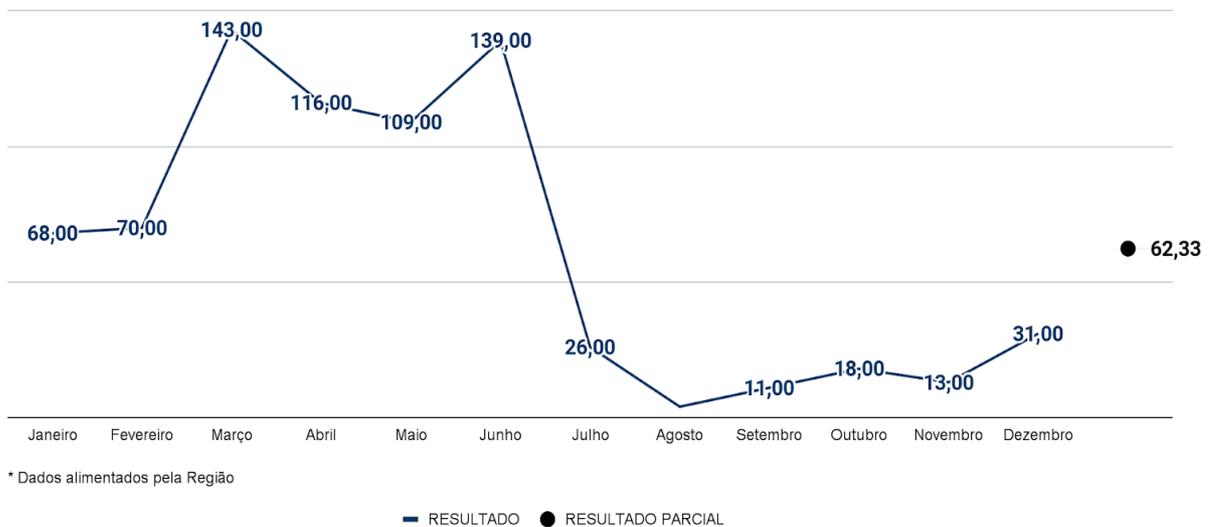
Análise dos resultados:

Inicialmente, reiteramos que a equipe da UTI, busca sanar o máximo de pendência do paciente para que o mesmo não saia, e venha a desestabilizar e assim retornar com maior gravidade. Em 2022, a UTI foi convertida em UTI COVID no período de 22/01/2022 a 04/03/2022. A UTI do HRS possui 2 leitos eletivos e 6 leitos regulados, quando convertida para UTI Covid os leitos eletivos passam a ser regulados e recebem os pacientes com esta demanda. Em geral, alguns fatores impactam diretamente no tempo médio de permanência como pacientes que recebem alta, porém por necessitar de apoio dialítico não conseguem vaga de imediato, ou pacientes que serão transferidos, mas o hospital de destino não abriu a vaga e/ou que cronicam.

Indicador 17

Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa

NORTE



Análise dos resultados:

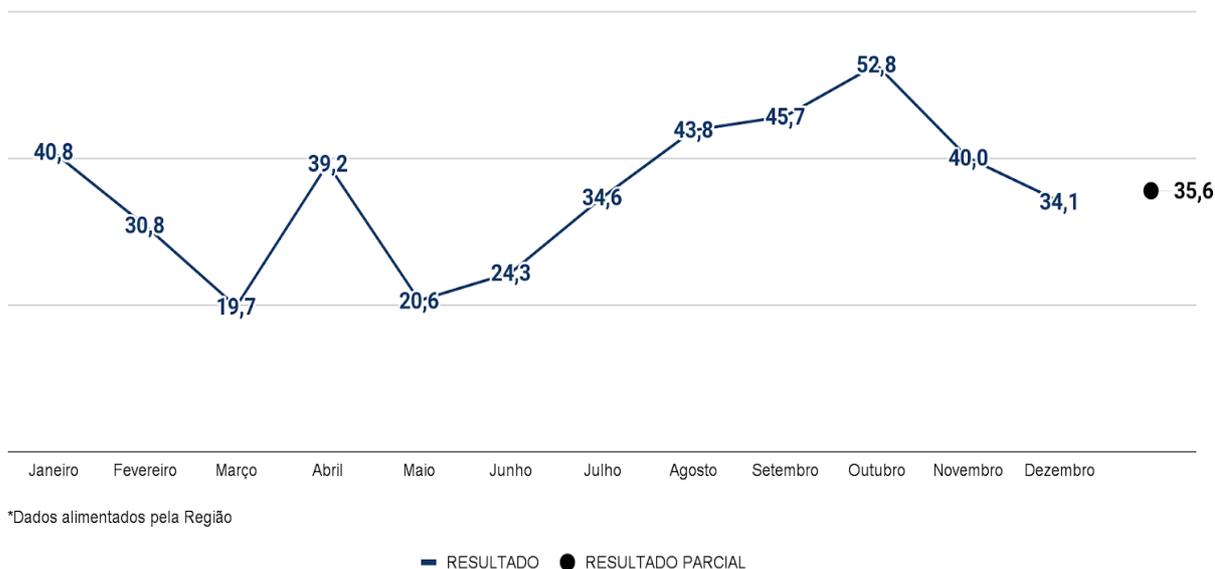
Em relação ao primeiro semestre, observa-se uma redução 81% na retenção de macas - quando comparado a junho - a partir de julho, com um comportamento relativamente estável do indicador.

A melhoria do desempenho do indicador se dá devido à pactuação realizada junto ao CBMDF e SAMU, que disponibilizaram uma maca reserva sob monitoramento da GEMERG, a fim de que se minimize a ocorrência de macas retidas através da otimização do uso de leitos.

Indicador 19

Taxa de Notificação de Violência

NORTE



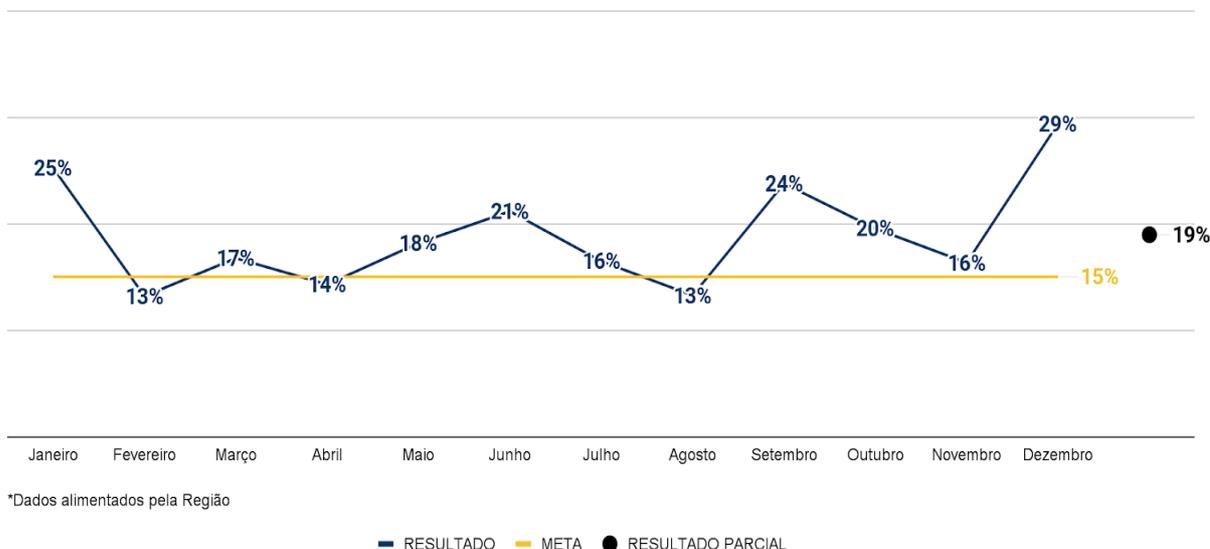
Análise dos resultados:

O cálculo do indicador é feito com o número absoluto de notificações de violência/nº da população relativa x 100.000. O número absoluto de notificações de violência, considerando todas as unidades notificadoras da região, é retirado do TABWIN e a população relativa da região é retirada da sala de situação, no ano de 2022 a população da Região de Saúde Norte era de 369.655. O indicador apresentou relativa melhora comparado ao ano de 2021, onde a média da taxa de prevalência de notificação foi de 27,8, inferior à de 35,5 coletada em 2022. Porém quando observamos os dados brutos de notificação, que variaram de 73 a 195, podemos supor que há uma subnotificação na região. O Relatório publicado pela SSPDF no site da secretaria ([Relatório 2022 Violência Doméstica](#)), traz os dados de violência doméstica por RA em 2022, que de acordo com a portaria nº 104/2011 está na lista de notificação compulsória, bem como violência sexual e outras violências, mostra que em 2022 as RAs que compõem a Região Norte registraram 2546 crimes de violência doméstica, enquanto que as notificações compulsórias de Violência Geral (violência doméstica, sexual e outras) foram de 1577. Para uma análise concreta seriam necessários vários cruzamentos de dados com informações da SSPDF e SESDF, no entanto uma análise superficial indica um gargalo nas notificações. Em tempo informa-se que ações educativas acerca da importância do preenchimento correto da ficha de notificação são realizadas periodicamente na região, tanto pelo NUPAV quanto pela ADMC, no entanto caso comprovada a sub-notificação, serão necessárias ações de articulação em REDE.

Indicador 20

Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas HRS

NORTE



Análise dos resultados:

Tivemos aumento de 1% na média percentual de suspensão de cirurgias, quando comparamos 2021 e 2022, mesmo com o aumento de 3,10% do agendamento de cirurgias. Portanto, o comportamento do indicador manteve-se estável em relação ao ano de 2021.

Durante o ano de 2022, houve uma redução de 38,21% no agendamento de cirurgias eletivas no segundo semestre com 660 agendadas, considerando o primeiro semestre com 1068 agendamentos. Esta diminuição teve como um dos fatores a redução de 120 horas na carga horária de anestesistas por motivo de exonerações e restrições.

Entre os motivos de suspensão de cirurgias eletivas, podemos observar que há maior incidência de avanço de horário, seguido do não comparecimento do paciente e a falta de condições clínicas.

Em relação aos motivos:

- **Avanço de horário** - Depende da equipe médica e do andamento da cirurgia, pois trata-se de situações geradas no transoperatório que aumentam o tempo da cirurgia.
- **Paciente não compareceu** - depende da equipe médica que é responsável por avisar ao paciente. Entretanto, não podemos deixar de observar as situações em que o absenteísmo é provocado pelo próprio paciente.
- **Sem condições clínicas** - correlaciona-se ao estado clínico do paciente e às condições que permitam à equipe médica verificar se o paciente tem condições de realizar o procedimento.

Por oportuno, ressaltamos que o HRS compõe os Centros de Trauma da SES DF e configura-se enquanto referência de cirurgia de alta complexidade ortopédica de toda a Superintendência de Saúde Norte (Sobradinho e Planaltina DF) e RIDE, encontrando-se constantemente superlotado com uma demanda de paciente muito superior à capacidade instalada, RH e insumos que encontram-se disponíveis para resolução dos casos internados.

Acrescentamos ainda, que o quantitativo de atendimentos de urgência e emergência pressionam ininterruptamente o centro cirúrgico, de forma a não possibilitar que seja dada vazão às demandas de procedimentos eletivos e ambulatoriais de forma adequada.

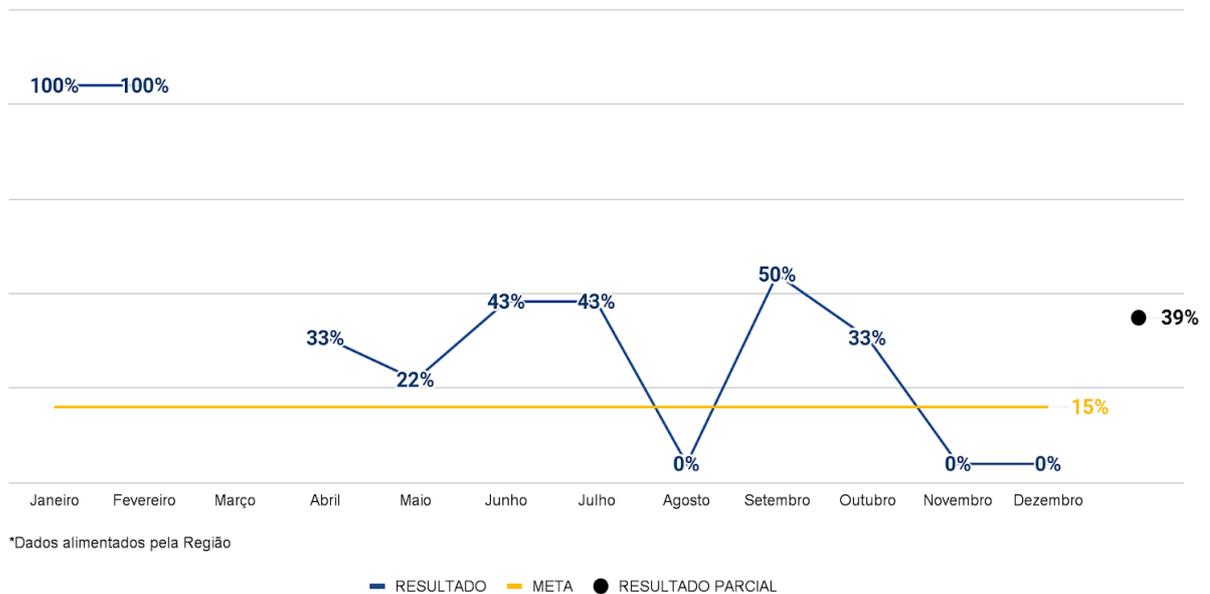
Relembramos que para a realização dos procedimentos cirúrgicos, há a necessidade de disponibilização de anestesistas, cardiologistas, entre outros profissionais, além da realização em tempo oportuno, de exames complementares, risco cirúrgico, vagas em UTI e de OPME (órtese, prótese e materiais especiais). Agrava a conjuntura citada, a grande rotatividade de anestesistas na Região (que constantemente solicitam exoneração), e muitas vezes encontram-se em quantidade insuficiente para o atendimento da demanda.

Por fim, nos remetemos ao expressivo e crescente número de judicializações de procedimentos cirúrgicos ELETIVOS, que impacta de forma ainda mais grave nos pacientes já internados, que aguardam o procedimento cirúrgico em observância aos fluxos e protocolos estabelecidos no âmbito da SES/DF, mas que acabam tendo suas cirurgias suspensas em detrimento do fura-fila judicial. Assim, a melhoria do desempenho do indicador é de ampla governabilidade, que extrapola o alcance da gestão local.

Indicador 20.1

Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas HRPL

NORTE



Análise dos resultados:

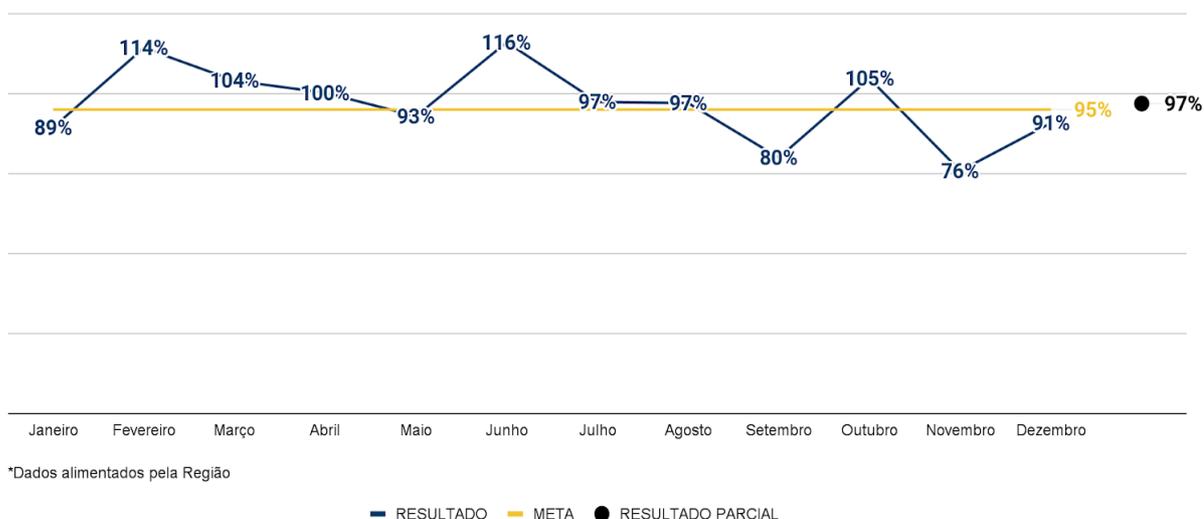
Não foram realizadas cirurgias eletivas em 2021, o HRPL realizava somente cirurgias emergenciais, em decorrência do exposto, a análise ficará prejudicada. O percentual de 39% de suspensão de cirurgia, reflete somente a especialidade Cirurgia Geral. Embora conte com as especialidades cirúrgicas de Traumatologia-Ortopedia e Ginecologia, há alguns impedimentos à abertura de procedimentos cirúrgicos eletivos nestas especialidades médicas:

- Número efetivo de servidores na Unidade de Ginecologia em decorrência de afastamentos legais e restrições médicas tendo, inclusive, necessidade de uso de TPD para complementação de quadro de urgência/emergência;
- Número insuficiente de anestesiológicos para abertura de salas ou de dias cirúrgicos. A UTO/HRPL não consegue determinar vazão adequada de procedimentos de urgência/emergência em decorrência de déficit de Anestesiológicos e de material especializado além da ausência de material para artroscopia e de ambulatório de especialidades ortopédicas.
- Entre os motivos de suspensão de cirurgias eletivas, a maior incidência é a ausência de condições clínicas, seguido do não comparecimento do paciente por não conseguir contato com o mesmo.

Indicador 21

Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.

NORTE



Análise dos resultados:

O Programa de Triagem Auditiva Neonatal da Região conta com cobertura universal, ou seja, em todos os recém nascidos vivos, sendo realizados durante a internação e/ou ambulatorialmente. As ocasiões em que a triagem auditiva não é realizada no hospital, restringem-se às situações em que a genitora evade ou em que torna-se necessária a transferência do RN para outra unidade - por condições clínicas – antes da realização do teste. Além dos recém nascidos nos nosocômios da Região, são realizados Testes de Triagem Auditiva nos recém-nascidos residentes na Região Norte - ainda que nascidos em outros hospitais, conforme Portaria da Rede Cegonha. Considerando a Região, em 2021, a média de cobertura apresentada foi de 115%, quando eram contabilizados os retestes. Já em 2022, foram realizados ajustes e criado um código específico para este procedimento (reteste), retratando uma média de 97% de cobertura de triagem auditiva.

No HRS houve algumas dificuldades no decorrer de 2022, onde destaca-se ausência de cobertura durante 10 dias por mês, em média, devido ao déficit de RH e ainda, a morosidade para realizar manutenção no aparelho que realiza o exame de Potencial Evocado que foi retirado em agosto para calibração e só foi devolvido após um mês, impactando portanto, no número de exames realizados neste período. O HRPL realiza a triagem de 100% dos recém-nascidos do hospital e também dos encaminhados de outros locais, temos problemas com a manutenção preventiva e corretiva do equipamento do PEATE além de déficit de fonoaudiólogos e estrutura física adequada, que no momento o espaço utilizado fica em uma sala improvisada.

Indicador 25

Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas Complicações

NORTE

● 6,84



Análise dos resultados:

Ao longo do ano, registramos uma redução de 30% de internações em relação a 2021, totalizando 239 internações na Região dentre as 1.559 ocorrências no DF, correspondendo portanto, a 15% do total de internações, sendo que 136 ocorreram no HRPL e 103 no HRS. No que se refere ao gênero, 56% corresponde ao sexo masculino e 44% ao feminino, representando um incremento na prevalência masculina em relação ao período anterior. A faixa etária de maior prevalência foi a compreendida entre 40 e 69 anos, equivalente a 121 internações.

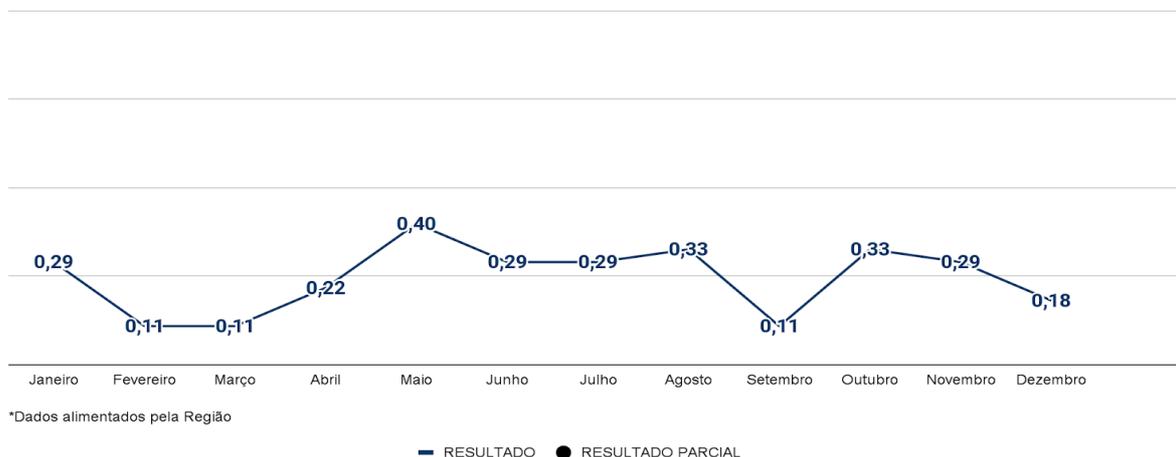
No que se refere aos custos para o Sistema de Saúde, em 2022 foram utilizados na Região, R\$ 144.997,76 em procedimentos hospitalares - representando uma queda de 12% dos custos em relação ao ano anterior - sendo 66% desse valor voltado para o tratamento de DM (apresentando, portanto, uma redução de 4% em relação ao ano anterior), 14% para o tratamento de pé diabético complicado (apresentando, portanto, um incremento de 3% em relação ao ano anterior), 17% para amputações/desarticulações (apresentando, portanto, um incremento de 14% em relação ao ano anterior) e o restante para demais procedimentos.

Diante do exposto, percebe-se uma redução no tratamento de DM e um grande aumento nas complicações de pé diabético e principalmente nas amputações/desarticulações. Tal realidade talvez possa se configurar enquanto um reflexo da pandemia de COVID 19, onde devido à necessidade de reorganização dos serviços para atendimento das demandas relacionadas à emergência de saúde pública - inclusive com o remanejamento de profissionais dos diversos níveis de atenção para os atendimentos hospitalares e posteriormente, para a realização da vacinação - reduziu-se a oferta de cuidados preventivos e conseqüentemente, do manejo do quadro clínico, que acabou vindo a se agravar através das complicações relacionadas ao não acompanhamento sistemático. Para além do versado, acrescentamos também a suposta redução de hábitos saudáveis, como por exemplo, a prática de exercícios físicos, devido às restrições de isolamento impostas pela pandemia e ainda, à possível dificuldade de acesso à alimentação saudável, oriunda do empobrecimento de parte da população tanto devido à inserção a uma situação de desemprego - e conseqüentemente, à perda de renda - quanto à perda de arrimos de família por falecimento pela COVID e à reorganização dos arranjos familiares, com a inserção de novos membros, afetados pelo óbito dos responsáveis pela renda familiar.

Indicador 26

Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações

NORTE



Análise dos resultados:

Ao longo do ano, registramos uma redução de 37% de internações em relação a 2021, totalizando 78 internações na Região dentre as 577 ocorrências no DF, correspondendo portanto, a 13% do total de internações, sendo que 44 ocorreram no HRPL e 34 no HRS. No que se refere ao gênero, há uma inversão em relação ao indicador de DM, uma vez que 29% corresponde ao sexo masculino e 71% ao feminino, representando uma aumento de 12 pontos percentuais na prevalência feminina em relação ao período anterior. A faixa etária de maior prevalência foi a compreendida entre 60 e 69 anos, equivalente a 23 internações, ou seja, 29% do total.

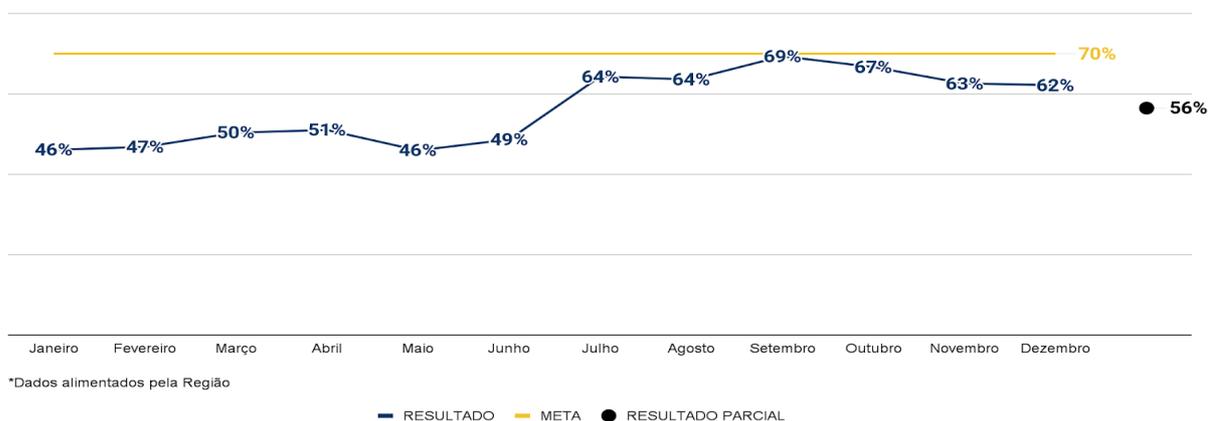
No que se refere aos custos para o Sistema de Saúde, em 2022 foram utilizados na Região, R\$ 19.980,53 em procedimentos hospitalares - representando uma queda de 46% dos custos em relação ao ano anterior - sendo 61% deste valor empregado no tratamento de crise hipertensiva (apresentando, portanto, uma redução de 11% em relação ao ano anterior), 37% para o tratamento de hipertensão secundária (apresentando, portanto, um incremento de 11% em relação ao ano anterior) e 2% em diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica (mantendo o percentual do ano anterior).

Diante do exposto, percebe-se uma transferência do tratamento de crise hipertensiva para o tratamento de hipertensão secundária. Tal realidade talvez possa se configurar enquanto um reflexo da pandemia de COVID 19, onde devido à necessidade de reorganização dos serviços para atendimento das demandas relacionadas à emergência de saúde pública - inclusive com o remanejamento de profissionais dos diversos níveis de atenção para os atendimentos hospitalares e posteriormente, para a realização da vacinação - reduziu-se a oferta de cuidados preventivos e conseqüentemente, do manejo do quadro clínico, que acabou vindo a se cronificar através das complicações relacionadas ao não acompanhamento sistemático. Para além do versado, acrescentamos também a suposta redução de hábitos saudáveis, como por exemplo, a prática de exercícios físicos, devido às restrições de isolamento impostas pela pandemia e ainda, à possível dificuldade de acesso à alimentação saudável, oriunda do empobrecimento de parte da população tanto devido à inserção a uma situação de desemprego - e conseqüentemente, à perda de renda - quanto à perda de arrimos de família por falecimento pela COVID e à reorganização dos arranjos familiares, com a inserção de novos membros, afetados pelo óbito dos responsáveis pela renda familiar.

Indicador 27

Índice de fechamento de chave

NORTE



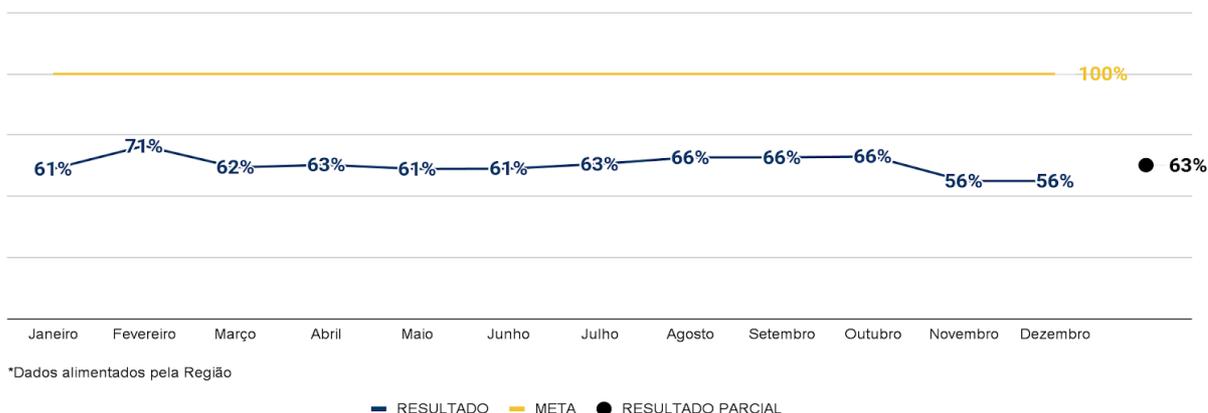
Análise dos resultados:

Para o cálculo do índice de fechamento de chave foram consideradas as unidades CEO de Planaltina, CEO de Sobradinho, Hospital Regional de Planaltina, Hospital Regional de Sobradinho, Ambulatório de Saúde Funcional (ASF), Policlínica de Planaltina e Policlínica de Sobradinho. Fonte SISREGIII. O Indicador demonstrou expressiva melhora quando comparado ao ano de 2021, onde chegou no máximo à 54%. A melhora está associada a ações locais, incluídas no Plano de Ação de 2022, como conscientização das equipes, afixação de cartazes e realização de monitoramento, que fizeram com que unidades como a Policlínica de Planaltina superasse a meta durante os meses de Out à Dez, e o CEO PLA atingisse 100% de fechamento em Agosto/2022. Para o ano de 2023 a expectativa é que, com a continuidade das ações, todas as unidades alcancem a meta.

Indicador 29

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

NORTE



Análise dos resultados:

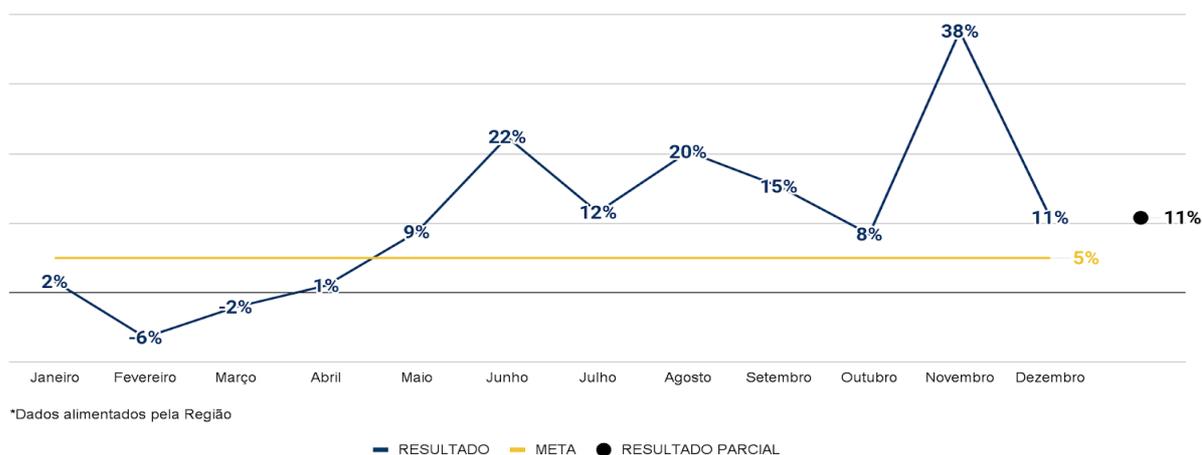
Apesar de não alcançarmos a meta, houve uma flutuabilidade no desempenho do indicador entre 56% e 71%, apresentando uma média de 63%.

Por se tratar de indicador diretamente relacionado à disponibilidade de Recursos Humanos, ao longo de 2022 enfrentamos algumas dificuldades - que foram constantemente informadas pela chefia - como a necessidade de ampliação da carga horária, destacando a falta de auxiliares no setor, que possui um déficit de aproximadamente 1342 horas no HRS, por exemplo. Agrava a referida conjuntura, a remoção *ex officio* perpetrada pela ADMC, sem reposição da carga horária, mesmo com as justificativas apresentadas pela Região referentes ao risco de desassistência. Ressaltamos ainda, que a atuação da gestão de pessoas da ADMC muitas vezes de forma dissonante da gestão local - que por sua vez pauta suas decisões em conformidade com as necessidades dos serviços de saúde da Região - traz prejuízos não só às equipes, mas à oferta de saúde e conseqüentemente, aos usuários do SUS. O HRPL tem uma média de 59% dos leitos com a dose individualizada implementada, para que a meta de 100% seja atingida seriam necessárias 3912 horas de Auxiliares e atualmente o setor dispõe de 1496 horas mensais de auxiliares, um déficit de 2416 horas mensais, além de necessitar de infraestrutura adequada.

Indicador 31

Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

NORTE



Análise dos resultados:

No HRS houve uma diminuição de 8,51% no faturamento, quando comparado ao ano de 2021. Entretanto, no referido ano havia o incentivo relacionado ao tratamento a pessoas infectadas pelo coronavírus, sendo retirado em junho de 2022.

Em 2022 a Região apresentou um faturamento MAC total de R\$ 29.580.535,79 (vinte e nove milhões, quinhentos e oitenta mil, quinhentos e trinta e cinco reais e setenta e nove centavos), representando um aumento de 7% em relação ao ano anterior.

O HRPL e o HRS representam 94% do faturamento MAC (SIA e SIH) contabilizado em 2022, ou seja, uma redução em 3 pontos percentuais em relação ao período anterior. Tal realidade se dá devido à redução do faturamento do HRPL no valor de 17% quando comparado ao ano anterior e ainda, à melhoria do faturamento realizado pelas demais unidades de saúde integrantes da Atenção Secundária, à exceção do CAPS Ad e CAPS Planaltina, que apresentaram queda do faturamento em relação a 2021.

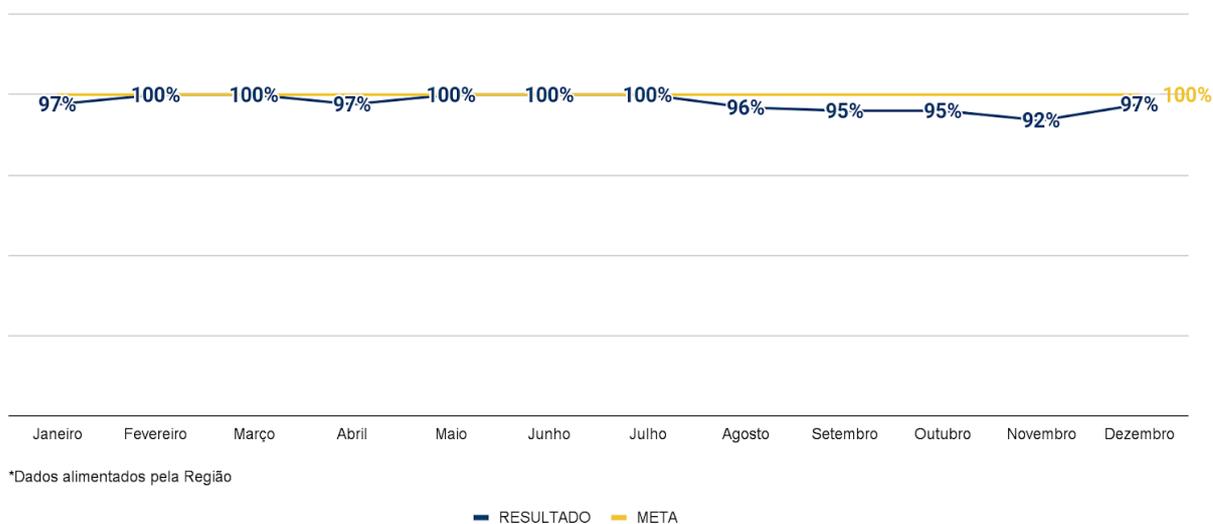
O incremento no faturamento pode ser entendido ao se considerar o retorno às unidades de saúde de usuários com demandas diversas, para além do COVID. Com o avanço da vacinação, houve uma maior rotatividade nos leitos (antes exclusivos para COVID) e a realização de atendimentos voltados aos pacientes com sequelas de COVID, aumentando a quantidade de procedimentos clínicos e com finalidade diagnóstica. Acresce-se ainda, a melhoria dos processos de trabalho das unidades de saúde e do NCAIS, através da recomposição da força de trabalho em algumas unidades, culminando com a otimização da captação das informações.

Ressaltamos ainda, que o desempenho do indicador também é diretamente afetado pela quantidade de serviços credenciados e habilitados junto ao Ministério da Saúde. Ocorre que muitas vezes a adequação das não conformidades que impedem a habilitação encontra-se fora do escopo de governabilidade da Região de Saúde, uma vez que dependem majoritariamente de disponibilidade de RH - que historicamente é deficitário em todos os níveis de atenção - além das questões estruturais - como a realização de manutenções, reformas e até mesmo construções - que frequentemente não estão contempladas nos contratos de manutenção vigentes. Diante dessa conjuntura, a Região acaba por enfrentar obstáculos que dificultam a melhoria da performance do indicador.

Indicador 32

Percentual de desempenho da gestão de custos da Região de Saúde/URD

NORTE



Análise dos resultados:

A Região de Saúde Norte possui 19 unidades implantadas no ApuraSUS, sendo 2 Hospitais, 2 Policlínicas e 15 UBS monitoradas por meio do IMD. Apesar das pequenas oscilações relacionadas a fatores externos, fora da governabilidade da região, o resultado se manteve praticamente estável, sendo reflexo das ações adotadas pelos NGCs a partir de 2020 no que se refere à reorganização dos processos de trabalho, perpassando a sensibilização das áreas e a estipulação de fluxos, aliando-a ainda, à ativa participação dos NGCs nas capacitações e monitoramento ofertados pela ADMC.

Assim, o Núcleo de Custos da Atenção Secundária participou de uma mentoria com a área técnica a fim de realizar ajustes no processo de trabalho para padronizar o lançamento de dados. A ação demonstrou melhora no indicador no mês de JAN/23 elevando o valor a 99%. A expectativa é de que no ano de 2023 o indicador volte a operar dentro da meta.

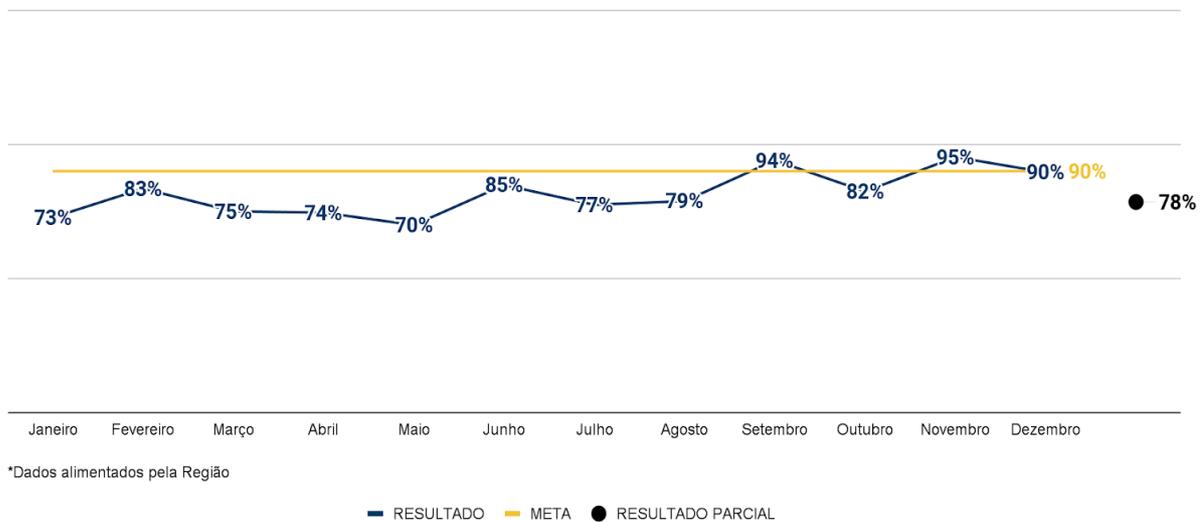
O HRS não lançou 100% apenas em janeiro e abril, devido à falta de acesso às informações referentes aos gases medicinais.

O HRPL mantém seus resultados dentro do esperado, as fases monitoradas pela GEC são: Preenchimento do ApuraSus e Análise Crítica, que refere-se aos relatórios gerenciais elaborado pela chefia do Núcleo de Gestão de Custos, nos dois quesitos o HRPL mantém a pontuação de 100%.

Indicador 38

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

NORTE



Análise dos resultados:

Melhora do indicador atingido a meta estabelecida a partir de agosto de 2022.

Esta melhoria se deve ao aumento do número de servidores no NVEPI, com isso, tem servidor lotado e treinado no agravo que acompanha as notificações a UBS e banco de dados, realizado treinamento dos servidores da UBS para notificação.

Pode haver melhoria do indicador, hoje com limitação pelo sistema de notificação do MS.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

Vigência de Janeiro a Junho/2022

REGIÃO NORTE					
ITÉM	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%	Crítico
13	RUE	Média de Permanência Geral	5	4,3	Superado
13.1	RUE	Média de Permanência Geral	5	6,0	Satisfatório
14	RUE	Média de permanência em leitos de clínica médica	Monitoramento	14,1	Monitoramento
14.1	RUE	Média de permanência em leitos de clínica médica	Monitoramento	10,7	
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica	Monitoramento	2,6	Monitoramento
16	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica	Monitoramento	93%	Monitoramento
16.1	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica	Monitoramento	97%	
17	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais	Monitoramento	96%	Monitoramento
17.1	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais	Monitoramento	95%	
21	RUE	Taxa de mortalidade por acidentes	Monitoramento	0,47	Monitoramento
22	RUE	Percentual de admissão no SAD no período	10%	5%	Razoável
23	RUE	Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD	10%	2%	Crítico
25	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial)	250	391	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	1.277	Superado
25.2	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial)	250	1.246	Superado
26	PSICOSSOCIAL	Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica	100%	83%	Satisfatório
27	DCNT	Percentual de consultas de cardiologia	25%	26%	Superado
28	DCNT	Percentual de consultas de endocrinologia	25%	15%	Razoável
29	DCNT	Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis	Monitoramento	5%	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%	100%	Satisfatório
34	SIST. APOIO E LOGÍST.	Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados	100%	100%	Satisfatório
36	SIST. APOIO E LOGÍST.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária	30%	56%	Crítico
38	SIST. APOIO E LOGÍST.	Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada	Monitoramento	43%	Monitoramento
39	SIST. APOIO E LOGÍST.	Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente	Monitoramento	46	Monitoramento
41	SIST. APOIO E LOGÍST.	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF	Monitoramento	47%	Monitoramento
44	SIST. APOIO E LOGÍST.	Taxa de absenteísmo	Monitoramento	12%	Monitoramento

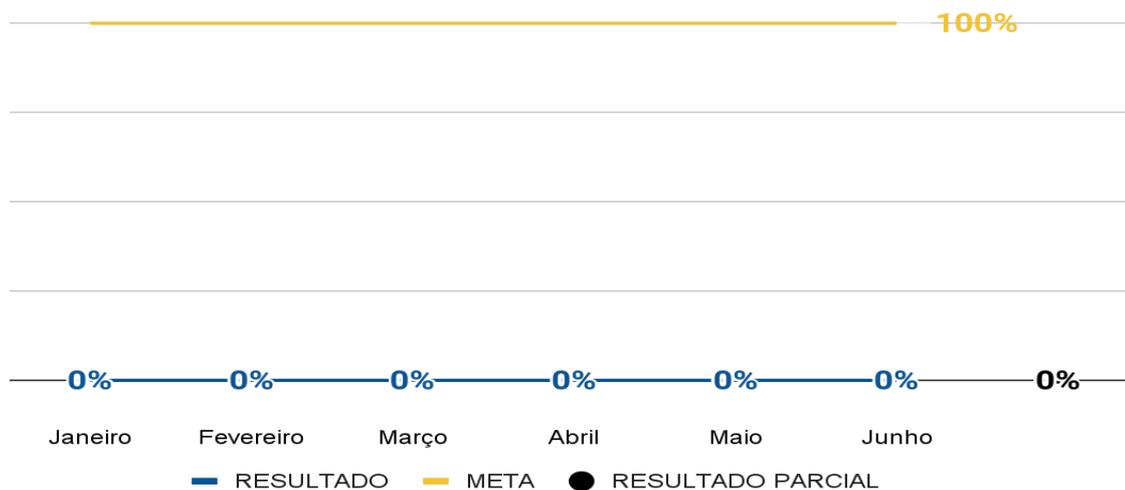
Quadro resumido:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
<u>Superado</u>	Superado - Acima de 100% da meta	5	36%
<u>Satisfatório</u>	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	4	29%
<u>Razoável</u>	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	2	14%
<u>Parcial</u>	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	0	0%
<u>Crítico</u>	Crítico - Abaixo de 25% da meta	3	21%
TOTAL			100%

ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 05

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

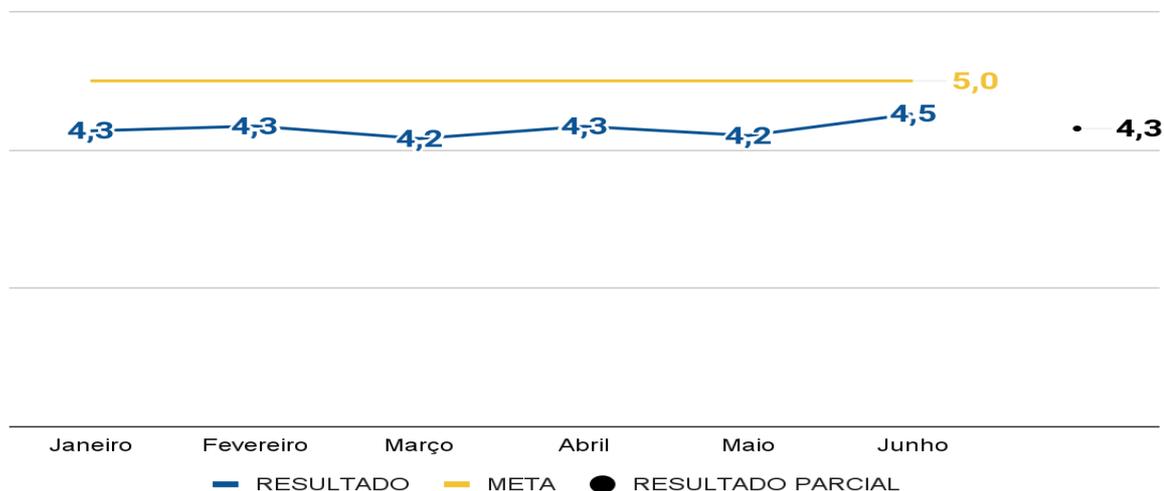


Análise dos resultados:

A hipótese vigente é a de que a pandemia de COVID juntamente com o redirecionamento da vacinação covid para as UBS impactou na adesão às demais vacinas.

Indicador 13

Média de Permanência Geral



Análise dos resultados:

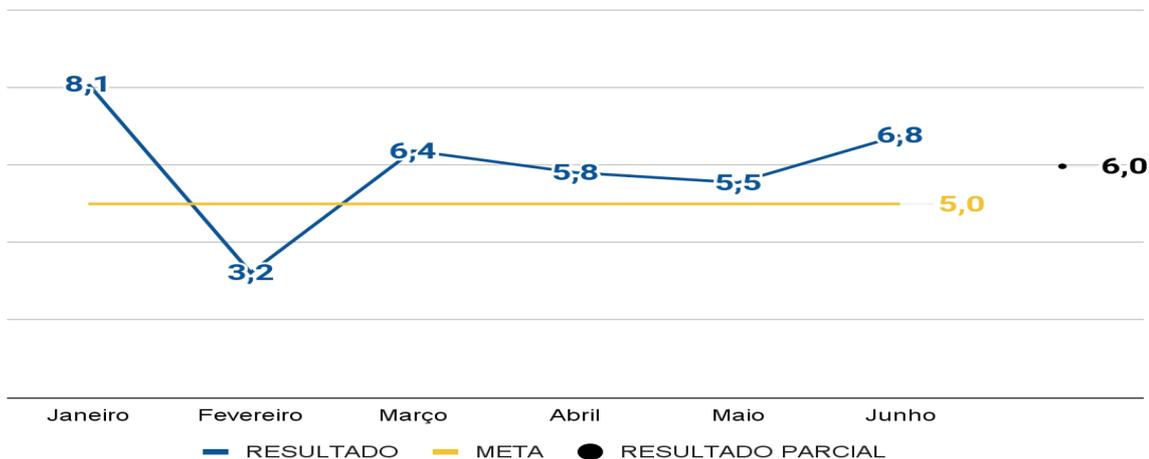
Os pacientes internados, principalmente na enfermaria de clínica médica, têm um perfil de internação mais longo devido a múltiplas comorbidades, necessidade de O2, uso de diversos dispositivos (traqueostomia, gastrostomia, sonda nasointestinal) e vigilância constante.

Devido à complexidade dos nossos pacientes, a grande maioria necessita de vários exames para diagnóstico, manejo e conduta. Alguns exames às vezes são remarcados devido à alta demanda de exames, consultas e pareceres em outros setores fora do hospital. Não temos ambulância e equipe suficiente no NARP para realizar estes transportes.

A média de permanência geral encontra-se na meta em vista da alta rotatividade dos leitos de clínica cirúrgica.

Indicador 13.1

Média de Permanência Geral



Análise dos resultados:

A dificuldade de remoções (para realização de exames, pareceres e alta demanda de pedidos de exames como Tomografia para laudo de COVID, pacientes judicializados para HD) déficit de RH de motorista impactam nos resultados do indicador. Devido ao surto de Doenças de origem respiratória, bem como aumento gradativo de casos de covid-19, os resultados dos exames necessários, como PCR e painel viral, levam de 3 a 6 dias para ficar pronto, aumentando a permanência do paciente no hospital. Dificuldade para transferência de pacientes da Clínica Médica e ortopedia (fratura de fêmur) que necessitam de remoção para continuidade de tratamento em outras unidades; Longa permanência de pacientes de PÓS UTI em condições clínicas instáveis, sem condições de alta médica e/ou aguardando processo de desospitalização.

Indicador 14

Média de permanência em leitos de clínica médica



Análise dos resultados:

No HRS o perfil dos pacientes internados na enfermaria de clínica médica é formado por idosos com múltiplas comorbidades, pacientes aguardando cirurgia cardíaca com alto risco de morte, pacientes oncológicos, pacientes com sequela motora ou cognitiva totalmente dependentes, pacientes sob internação social, aguardando acolhimento institucional de longa permanência.

Temos um alto índice de admissão de pacientes provenientes de UTI, geralmente idosos com múltiplas comorbidades que exigem maior tempo de internação.

Pacientes aguardando cirurgia cardíaca com várias pendências durante realização dos exames pré-operatórios, dentre eles, procedimentos odontológicos quando necessário.

Por estes motivos, temos uma alta média de permanência nos leitos (em dias) com um número baixo de saídas.

A falta de contrato de oxigênio (POD) também impactou neste indicador, inviabilizando o encaminhamento para atendimento no NRAD, ficando estes internados neste hospital.

Em maio o HRS iniciou a sua participação no projeto LEAN nas emergências, dentro do projeto no primeiro semestre foi feito o diagnóstico inicial e a inserção de ferramentas de gestão para que o hospital mantenha o fluxo contínuo no atendimento.

Um dos pontos trabalhados foi o giro de leitos das enfermarias, com a implantação de um protocolo de alta e utilização de kanban, impactando na média de permanência no segundo semestre, onde apresentou a menor taxa de 9 dias.

Indicador 14.1

Média de permanência em leitos de clínica médica



Análise dos resultados:

Como observado no gráfico acima, há uma grande dificuldade por parte da Gerência Interna de Regulação em monitorar as taxas de gestão de leitos, entre os gargalos estão o déficit de Recursos Humanos que dificulta a realização do censo hospitalar diário e um sistema de informação que torne o serviço menos mecanizado.

Indicador 15

Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica



Análise dos resultados:

HRS- Como em 2021, este indicador foi impactado com as ações realizadas para mitigar os impactos à saúde dos pacientes com COVID, haja vista que na conversão da UTI para UTI Covid, os leitos cirúrgicos foram utilizados conforme a demanda do período.

A UTI foi convertida em UTI Covid no período compreendido entre 22/01/22 e 03/03/2022.

Indicador 15.1

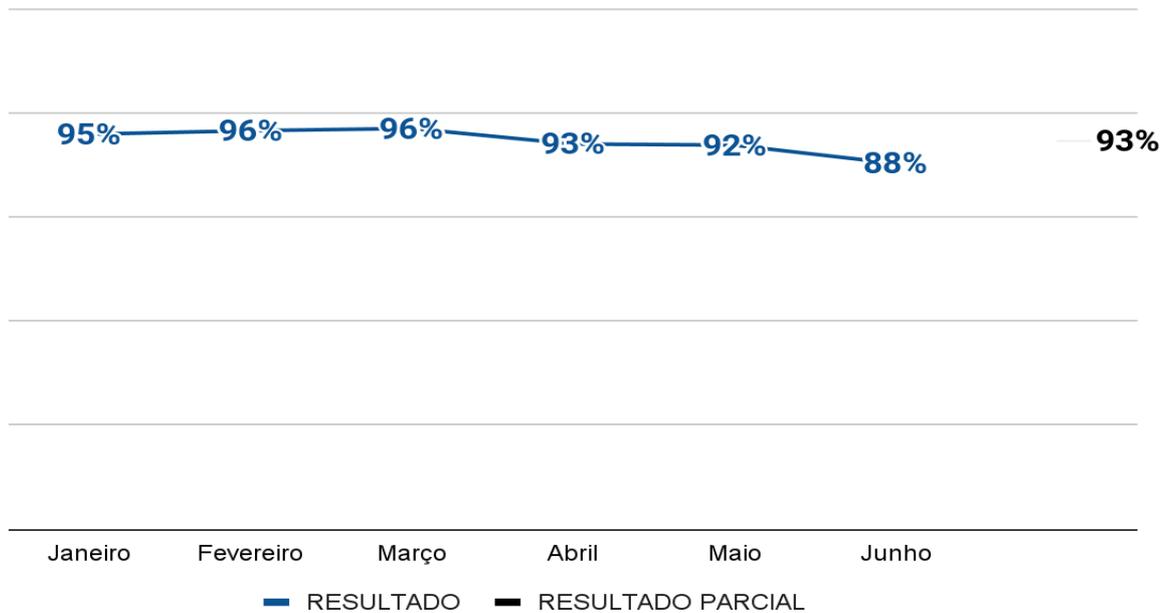
Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica

Análise dos resultados:

Não se aplica ao HRPL.

Indicador 16

Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica



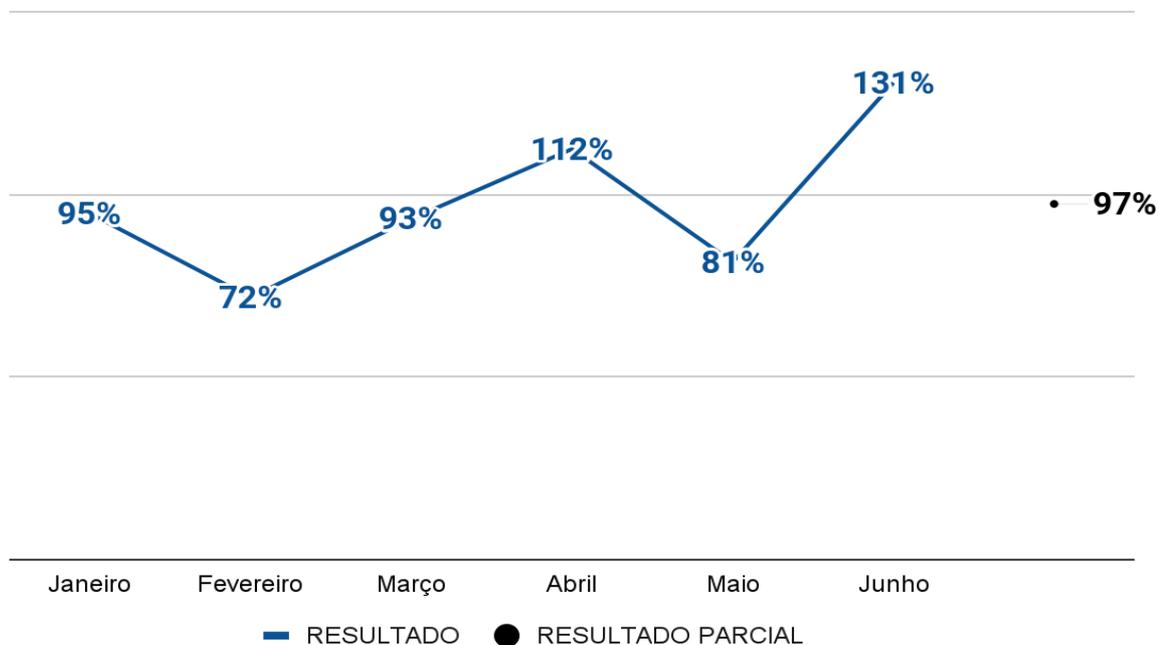
Análise dos resultados:

Neste período o HRS dispunha de 4 leitos de Nefrologia e 32 leitos de Clínica Médica, em junho tivemos a menor taxa de ocupação.

Houve situações em que enfermarias foram bloqueadas/isoladas pela CCIH devido a pacientes que apresentaram sintomas gripais, obedecendo ao protocolo vigente, impactando portanto, no desempenho do indicador.

Indicador 16.1

Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica

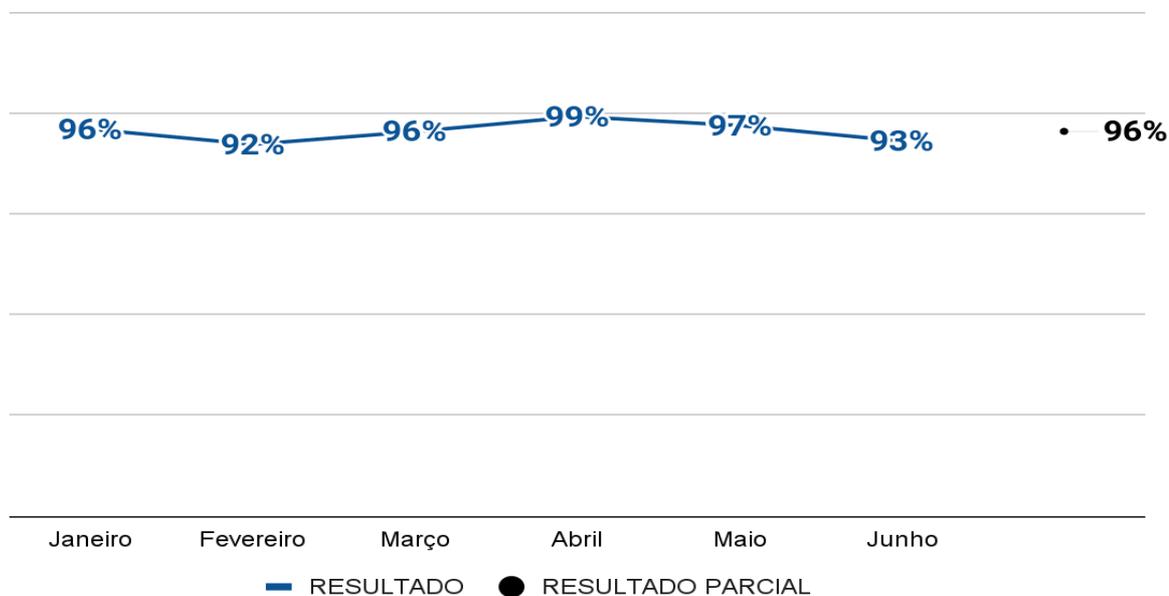


Análise dos resultados:

Nesta época houve um número considerável de pacientes que aguardam cumprimento do protocolo de isolamento para pacientes negativados para COVID, que tiveram origem ou contato com área de COVID também prolonga a permanência uma vez que grande parte não recebe conduta médica de isolamento domiciliar; Dificuldade de remoções (para realização de exames, pareceres entre outros e alta demanda de pedidos de exames como Tomografia para laudo de COVID, bem como pacientes judicializados para HD) déficit de RH de motorista; Pacientes da Clínica Médica e Ortopedia (fratura de fêmur) que necessitava de remoção para continuidade de tratamento em outras unidades; Longa permanência de pacientes de PÓS UTI em condições clínicas instáveis sem condições de alta médica e/ou aguardavam processo de desospitalização.

Indicador 17

Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais.



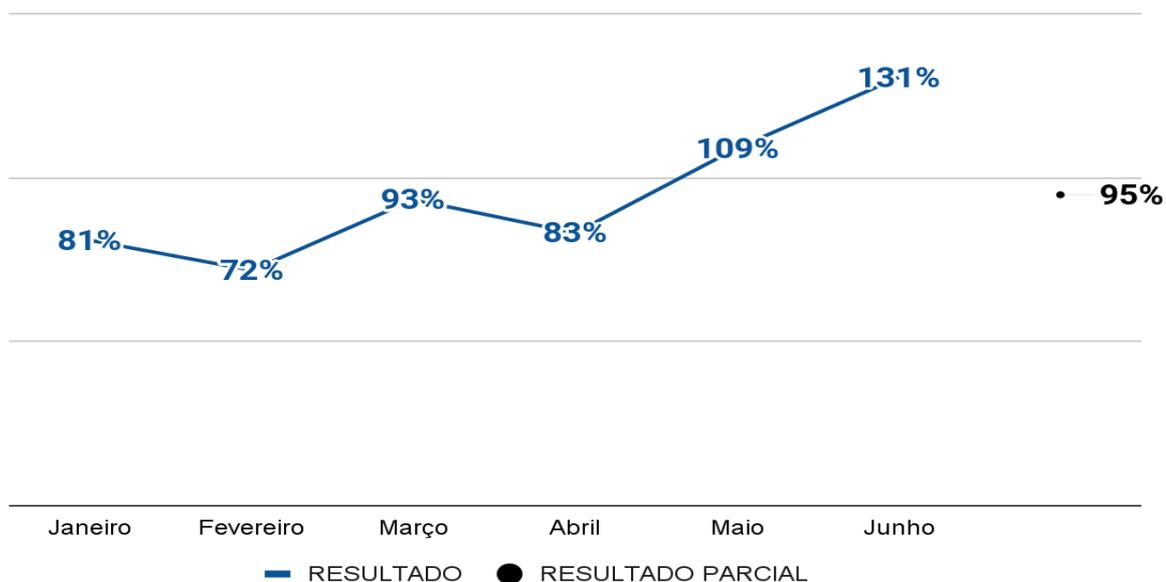
Análise dos resultados:

Em 2021 houve uma variação no indicador sendo 81% o mês de menor valor e 100% o de maior valor, apresentando uma média de 83%. Houve um aumento na taxa de ocupação neste recorte de 2022, para 96%.

No cálculo deste indicador entram todos os leitos, incluindo setores como maternidade, CO, pediatria que durante este período, não alcançaram 100% de ocupação dos leitos. As demais áreas como PS, cirurgia, ortopedia, clínica médica geralmente são totalmente ocupadas.

Indicador 17.1

Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais.



Análise dos resultados:

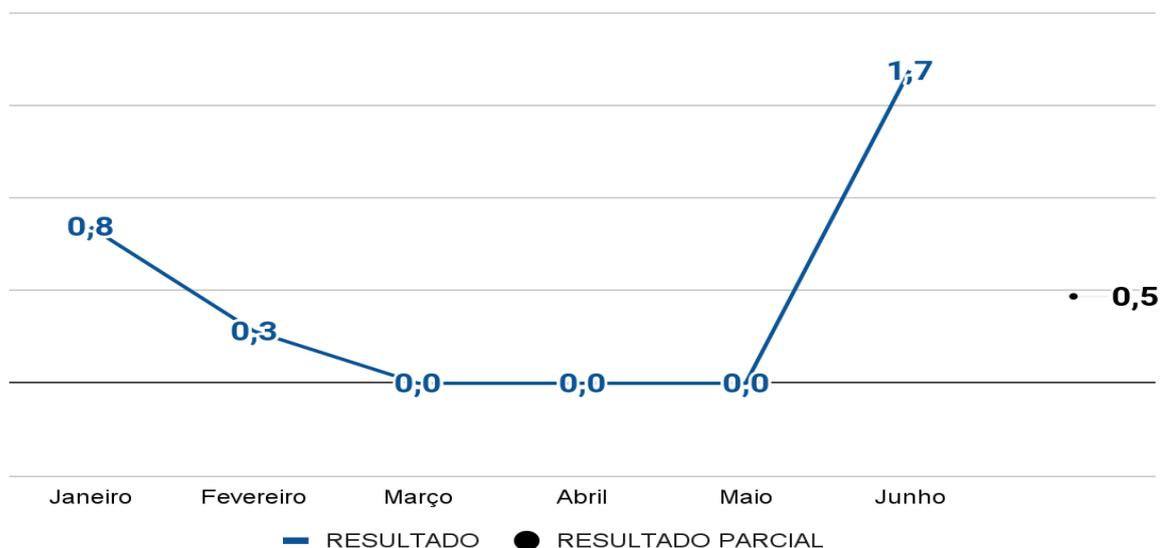
Fatores que influenciaram diretamente na taxa de ocupação do período:

- Número considerável de pacientes que aguardavam cumprimento do protocolo de isolamento para pacientes negativados para COVID, que tiveram origem ou contato com área de COVID também prolonga a permanência uma vez que grande parte não recebe conduta médica de isolamento domiciliar;
- Dificuldade de remoções (para realização de exames, pareceres entre outros e alta demanda de pedidos de exames como Tomografia para laudo de COVID, pacientes judicializados para HD) déficit de RH de motorista;

Aumento exponencial do número de internação por doenças respiratórias.

Indicador 21

Taxa de mortalidade por acidentes



Análise dos resultados:

Apesar de ser um indicador para monitoramento, com dados retirados da sala de situação, foi possível verificar que a extração dos mesmos não corresponde à realidade da região, que possui altos índices de acidentes automobilísticos (devido à BR 020 que integra o território) e ainda, trata-se de localidade vulnerável socialmente e com uma grande extensão rural. Tal discrepância permite inferir que talvez o CID para acidentes não esteja sendo considerado enquanto causa principal de entrada do paciente nas unidades de saúde.

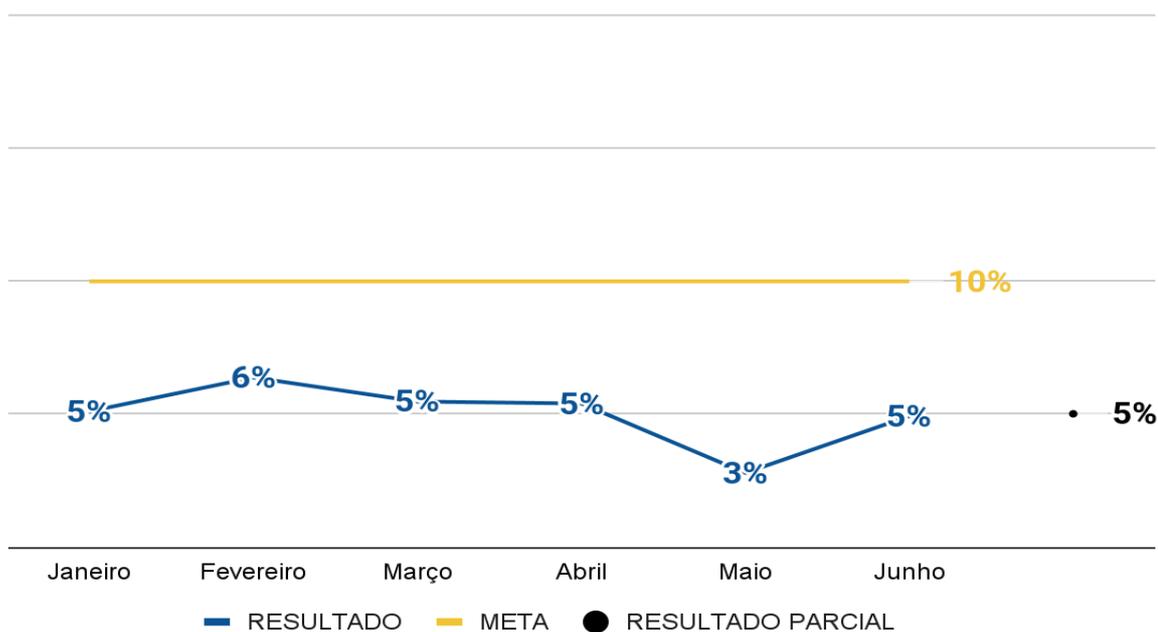
Em 2020 foram contabilizados 34 óbitos por acidentes. Já em 2021 houve uma redução de óbitos totalizando 20 ocorrências. Em 2022 houve um incremento em relação ao ano anterior, tendo sido contabilizados 26 óbitos por acidente, sendo 58% referentes a idosos a partir de 60 anos (representando um incremento de 13% no total de óbitos nesse ciclo geracional em relação ao ano anterior) e 27% referentes a pessoas entre 25 e 39 anos. Dentre os óbitos, 15 ocorreram no HRPL, 10 no HRS e 1 na UPA Sobradinho.

No tocante ao gênero, 69% dos óbitos são referentes a homens e 31% a mulheres. Em relação ao local de residência, 22 eram usuários residentes na própria região, 1 oriundo do Paranoá e os demais oriundos de Águas Claras e Guará com uma ocorrência cada, além de um óbito referente a usuário de origem desconhecida.

Quanto à natureza do acidente, 15 foram motivados por quedas diversas, 6 por acidente de trânsito, 2 por afogamento e submersão em piscina em residência, 1 por inalação e ingestão de alimentos causando obstrução do trato respiratório em residência, 1 por exposição a corrente elétrica não especificada e 1 por exposição a fator não especificado causando outro traumatismo e traumatismo não especificado.

Indicador 22

Percentual de admissão no SAD no período

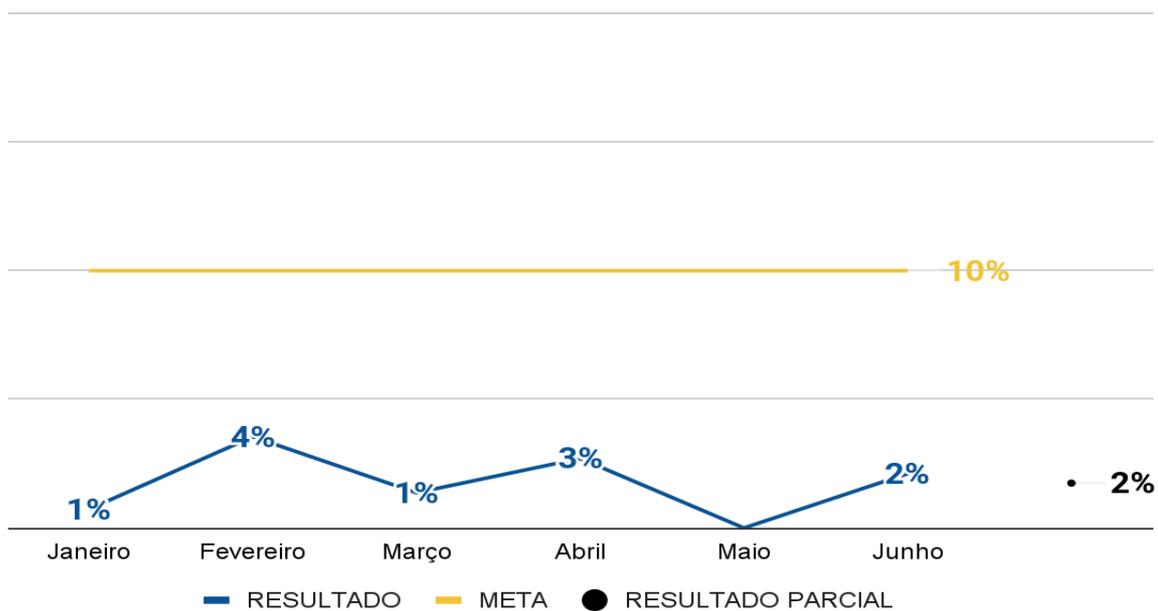


Análise dos resultados:

A admissão pelo NRAD foi comprometida com a falta de contrato de oxigênio domiciliar (POD) e a falta de cama hospitalar para empréstimo aos pacientes, realidade que impactou no tempo de permanência nos hospitais, no HRPL baixa demanda de FADs, uma vez que os pacientes apresentam perfil de longa permanência, e que são de quadros crônicos, com baixa taxa de reabilitação e de melhora clínica.

Indicador 23

Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD

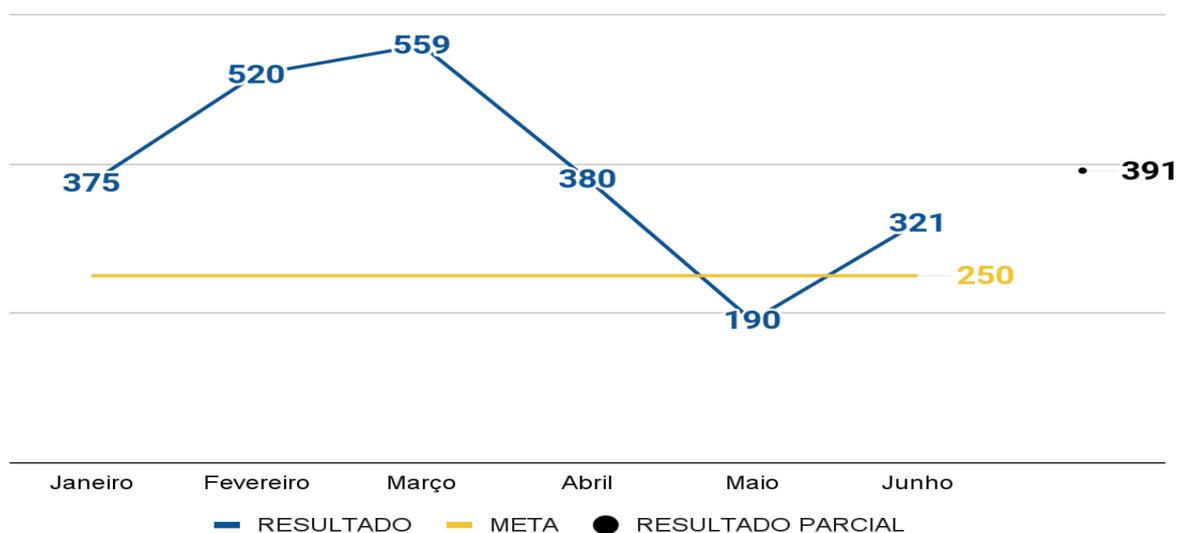


Análise dos resultados:

A complexidade dos casos atendidos pelo NRAD e a alta por óbito são fatores que impactam diretamente neste indicador, impactando no tempo de permanência hospitalar e impedindo a alta em tempo oportuno. O Perfil do grupo de pacientes assistidos no HRPL são de doentes crônicos, com baixa taxa de reabilitação e melhora clínica. A maior parte da vazão se dá por óbito de causa natural.

Indicador 25

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

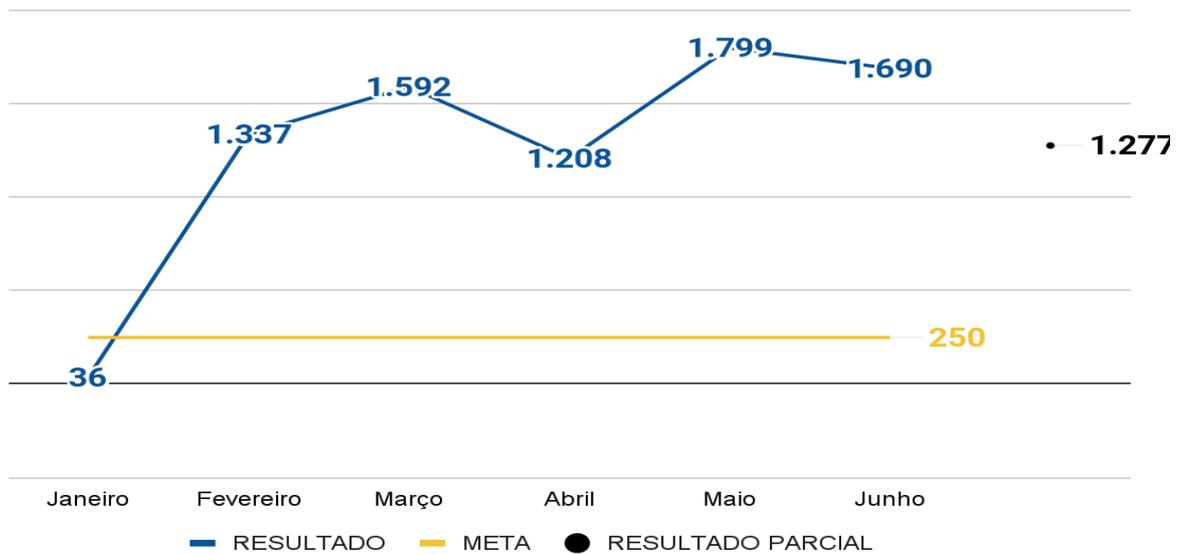


Análise dos resultados:

O CAPS I não utilizava o sistema trakcare, portanto pode-se observar certa discrepância em relação aos outros serviços, visto que os dados coletados foram repassados pela unidade, considerando ainda a diferença de público-alvo. Durante o ano de 2022 ações foram realizadas na atenção secundária a fim de implementar o sistema na unidade, que passou a usá-lo em Agosto/2022. Os procedimentos computados são de natureza RAAS e BPA e podem ser especificados conforme segue: acolhimentos, atendimentos em grupo, atendimentos a familiares, ações de articulação em rede, ações de atenção às situações de crise, ações de reabilitação psicossocial, visitas domiciliares, práticas corporais, dentre esses sendo atendimentos individuais e em grupos pelos profissionais. A baixa de resultados se dá, além da forma de coleta, por afastamento da equipe e sazonalidade.

Indicador 25.1

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

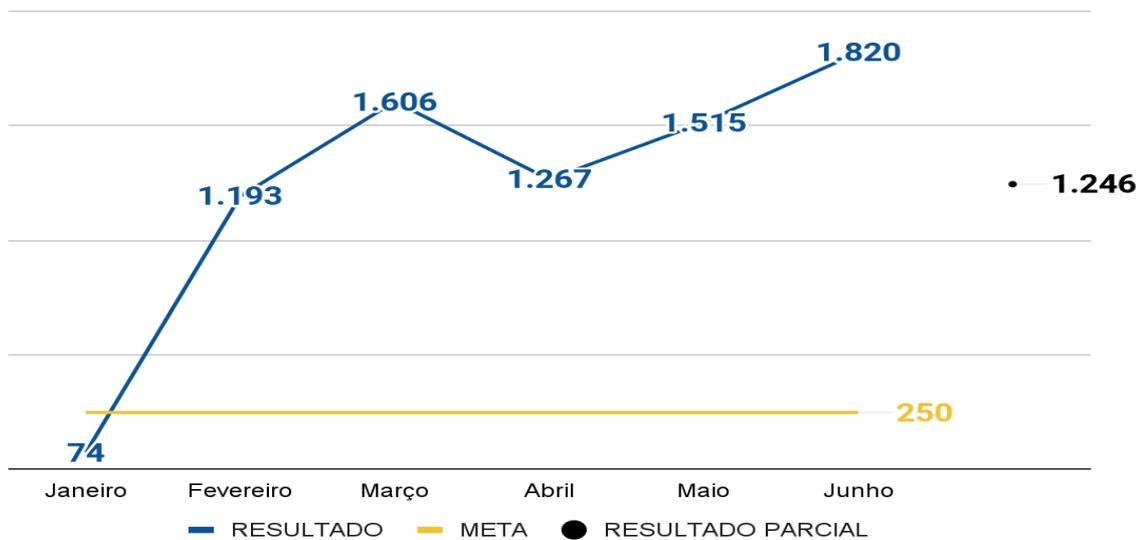


Análise dos resultados:

O CAPS Planaltina é o único não habilitado na região, devido à inexistência de sala para a realização de atividades em grupo. Entretanto, apesar das tratativas realizadas pela gestão local, essa condição não conseguiu ser superada ainda devido à escassez de recursos. Apesar desse fato, a unidade passou a utilizar o sistema trakcare em 2022, portanto os dados são coletados no sistema, a título de dar visibilidade ao trabalho realizado. Os procedimentos computados são de natureza RAAS e BPA e podem ser especificados conforme segue: acolhimentos, atendimentos em grupo, atendimentos a familiares, ações de articulação em rede, ações de atenção às situações de crise, ações de reabilitação psicossocial, visitas domiciliares, práticas corporais, dentre esses sendo atendimentos individuais e em grupos pelos profissionais. Janeiro houve baixa alimentação dos dados devido adaptação ao uso do sistema.

Indicador 25.2

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

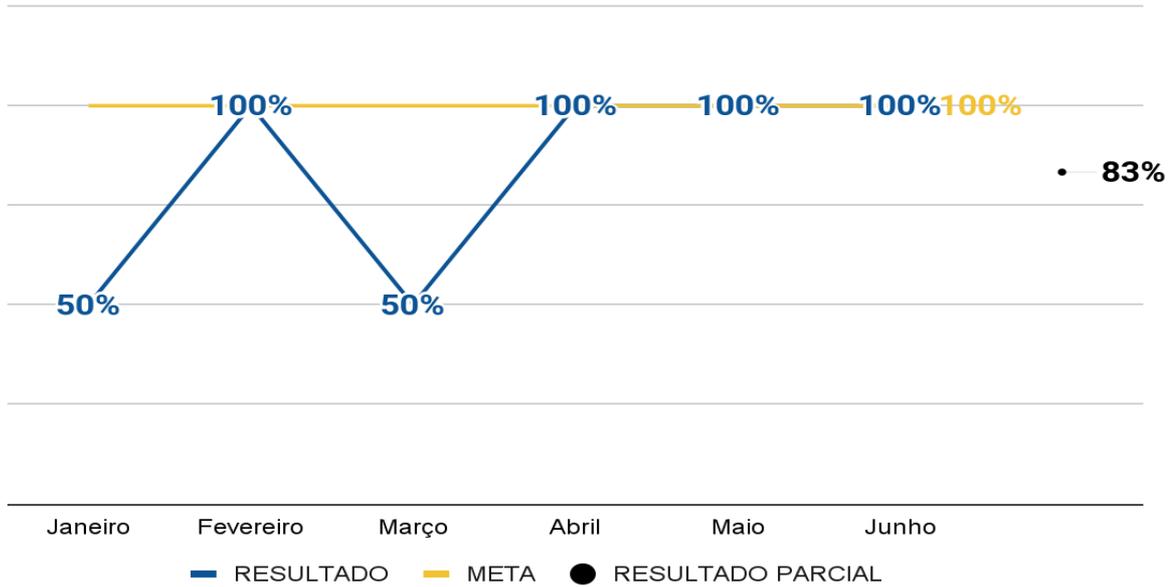


Análise dos resultados:

Ações realizadas com a unidade em 2021 acerca da correta alimentação do sistema surtiram efeito ao longo de 2022. Em 2021 foram registrados apenas 624 procedimentos de janeiro a junho, e em 2022 só em fevereiro esse valor foi atingido. Cabe ressaltar que havia subnotificação e não baixa produtividade. Os procedimentos computados são de natureza RAAS e BPA e podem ser especificados conforme segue: acolhimentos, atendimentos em grupo, atendimentos a familiares, ações de articulação em rede, ações de atenção às situações de crise, ações de reabilitação psicossocial, visitas domiciliares, práticas corporais, dentre esses sendo atendimentos individuais e em grupos pelos profissionais. Janeiro houve baixa alimentação dos dados devido adaptação ao uso do sistema.

Indicador 26

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

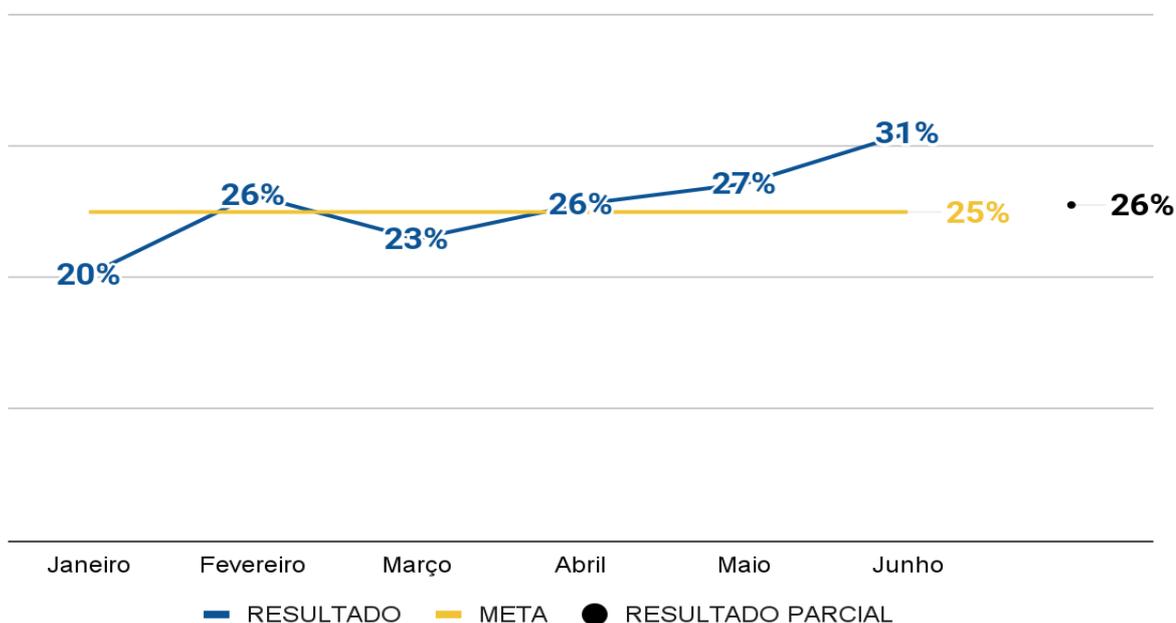


Análise dos resultados:

A região dispõe de apenas dois dos três CAPS habilitados, sendo que ao menos uma ação de matriciamento foi realizada nos três CAPS ao longo do ano. O mês de janeiro/junho apresentou queda na quantidade de ações de matriciamento devido a afastamentos da equipe. Pode ser observada uma evolução no indicador de Ações de Matriciamento ao longo dos últimos anos, onde em 2019 durante nove meses a meta não foi alcançada e a partir de 2021 a meta foi alcançada na maioria dos meses.

Indicador 27

Percentual de consultas de cardiologia

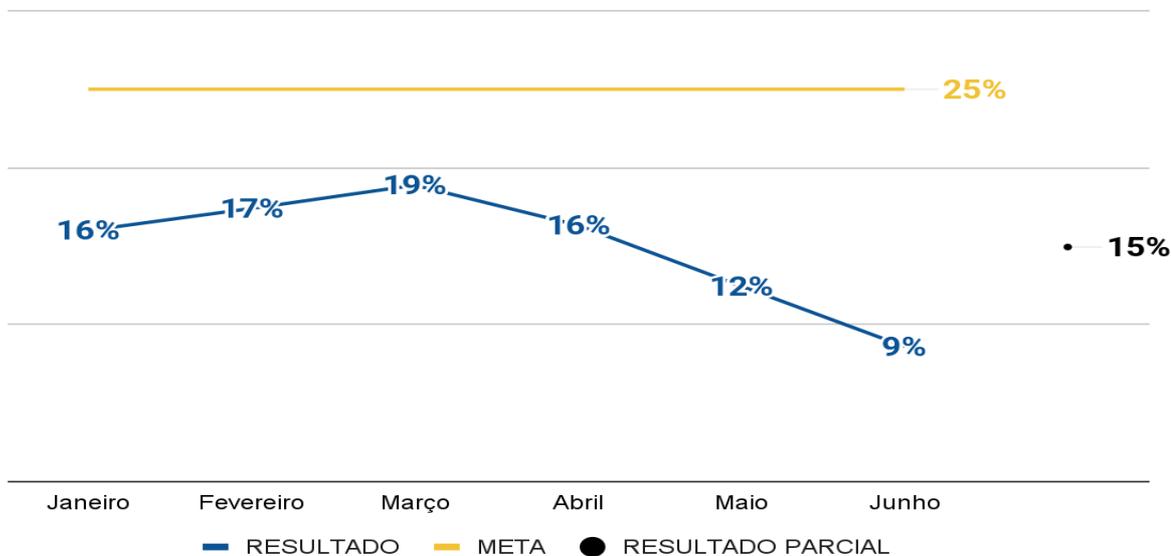


Análise dos resultados:

O indicador manteve o padrão ao longo do ano de 2021 e 2022, ofertando em média 1270 vagas para consultas de primeira vez de Cardio. No entanto, ao acompanhar o indicador ao longo do último semestre de 2022, pelo Acordo de Gestão Local, pode-se observar uma baixa considerável na oferta de vagas de primeira, pois Planaltina estava ofertando vagas com apenas 10 horas de profissional Cardiologista, e após Novembro/2022 ficou com apenas 5 horas. Portanto, ofertar vagas para novos pacientes e acompanhar os pacientes de retorno são um desafio para as poucas horas que a região possui. Além desse fato, os pacientes de cardiologia são pacientes crônicos e os profissionais expressam a dificuldade de realizar a alta, o retorno desse paciente para acompanhamento na Atenção Primária. Como esse indicador está sendo acompanhado no AGL, ao longo das reuniões de alinhamento do Acordo de Gestão local foi discutida, inclusive com outras regiões, a necessidade de um plano terapêutico para auxiliar na alta desses pacientes, e com isso ampliar a oferta de vagas de primeira.

Indicador 28

Percentual de consultas de endocrinologia

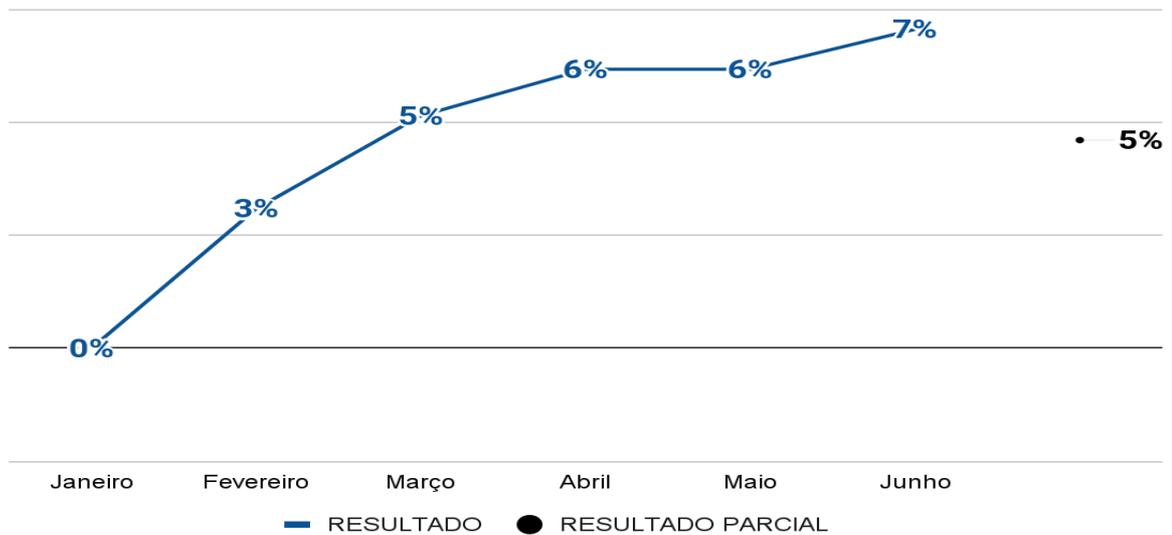


Análise dos resultados:

O percentual de consultas de primeira na Endocrinologia na região reflete as dificuldades enfrentadas acerca da falta de RH na Policlínica de Planaltina, que desde junho de 2021 não oferta mais a especialidade na unidade devido a retratação do único profissional que absorvia a demanda (00060-00239382/2021-89). Além desse fato, os pacientes de endocrinologia são pacientes crônicos e os profissionais expressam a dificuldade de realizar a alta, o retorno desse paciente para acompanhamento na Atenção Primária. Como esse indicador está sendo acompanhado no AGL, ao longo das reuniões de alinhamento do Acordo de Gestão local foi discutida, inclusive com outras regiões, a necessidade de um plano terapêutico para auxiliar na alta desses pacientes, e com isso ampliar a oferta de vagas de primeira.

Indicador 29

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

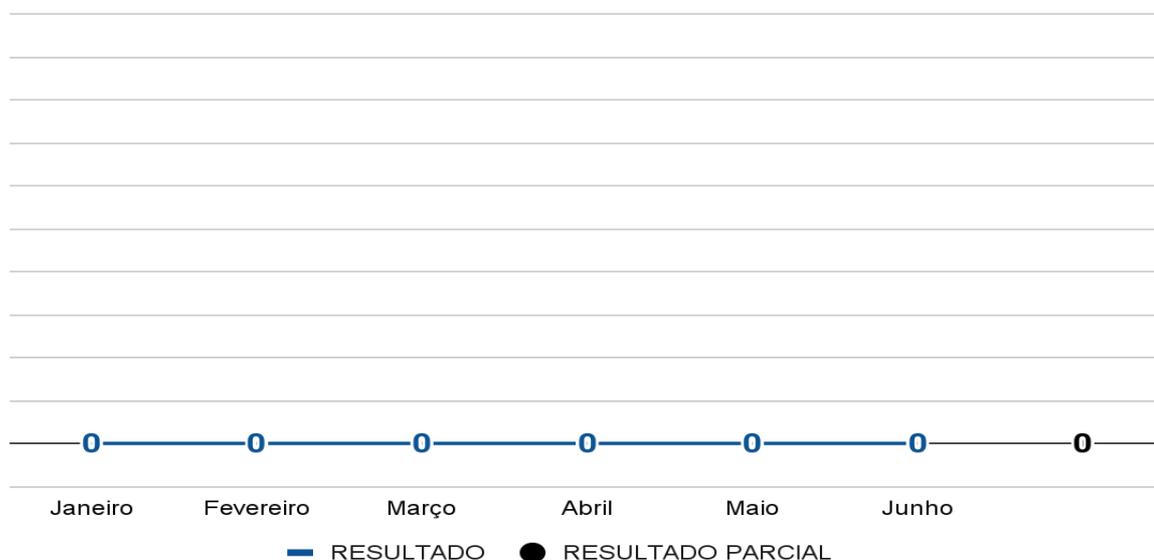


Análise dos resultados:

De janeiro a junho foi observado aumento de 0 para 7% no indicador, representado pela retomada das atividades em grupo devido à ampliação da cobertura vacinal de COVID 19 e minimização das medidas restritivas relacionadas à pandemia. Dessa forma, verificou-se o alcance da meta já no terceiro mês após a autorização para reiniciar as referidas atividades.

Indicador 32

Razão de mamografia de rastreamento na população alvo .

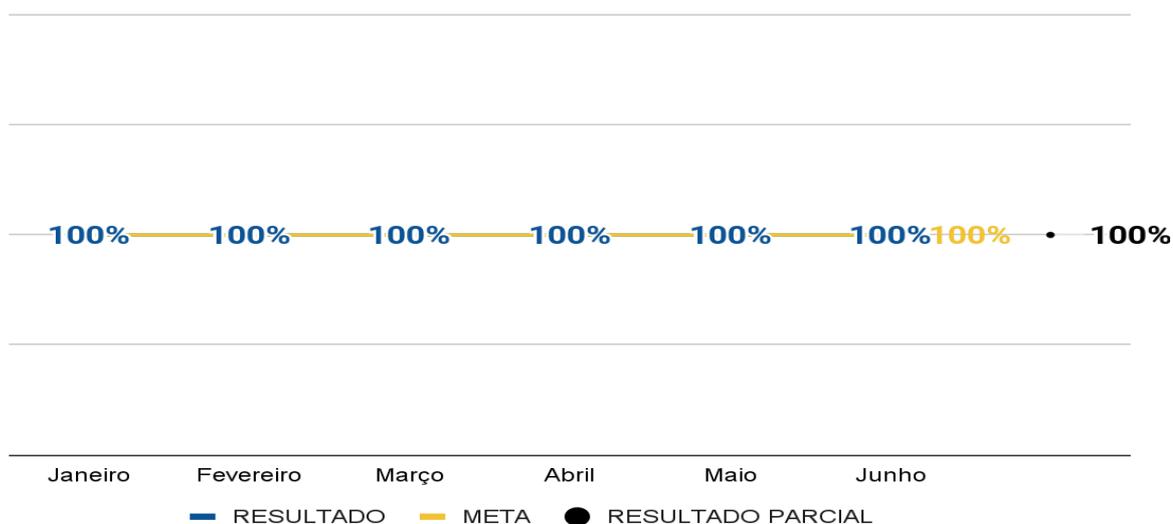


Análise dos resultados:

Durante a vigência do indicador, não houve pacificação conceitual quanto à sua extração, haja vista que os resultados apresentados não equivaliam à realidade. Tal conjuntura se comprova com a retirada do indicador do AGR.

Indicador 33

Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região.

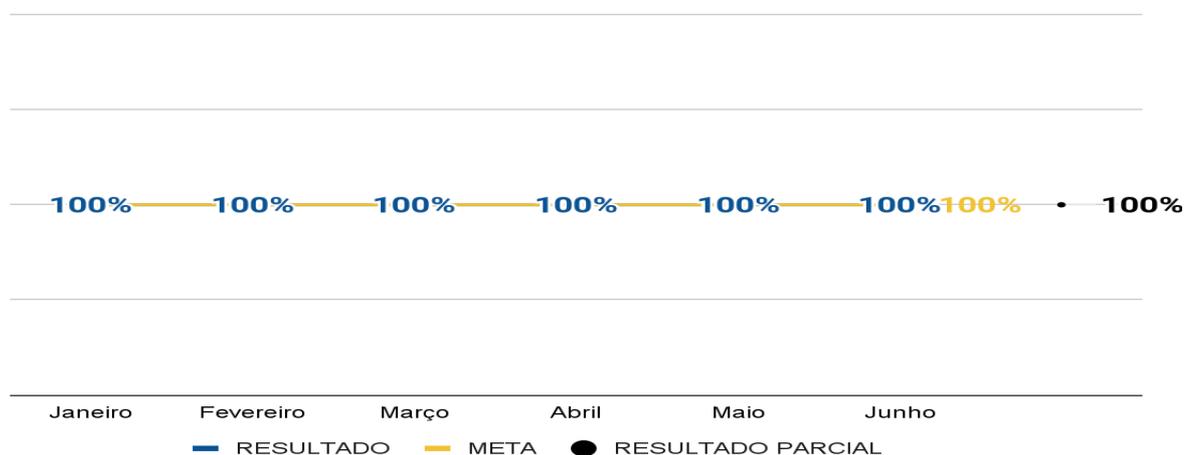


Análise dos resultados:

A região possui 100% dos leitos clínicos e cirúrgicos regulados, sendo 70 no HRS e 46 no HRPL. Torna-se imperioso ressaltar que devido à pandemia houve uma reorganização estrutural para adaptação e criação de leitos UCI COVID, Ala Amarela PS adulto COVID, bem como na pediatria internação e PS.) Apesar do alcance da meta, o HRPL discorre acerca da necessidade de adequação do processo de trabalho para uma melhor operacionalização do sistema de regulação, onde o profissional que atende o paciente na porta o insira no SISLEITOS, haja vista que grande quantitativo de inserção no sistema de regulações tem sido realizado pelo médico lotado na GIR.

Indicador 34

Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados



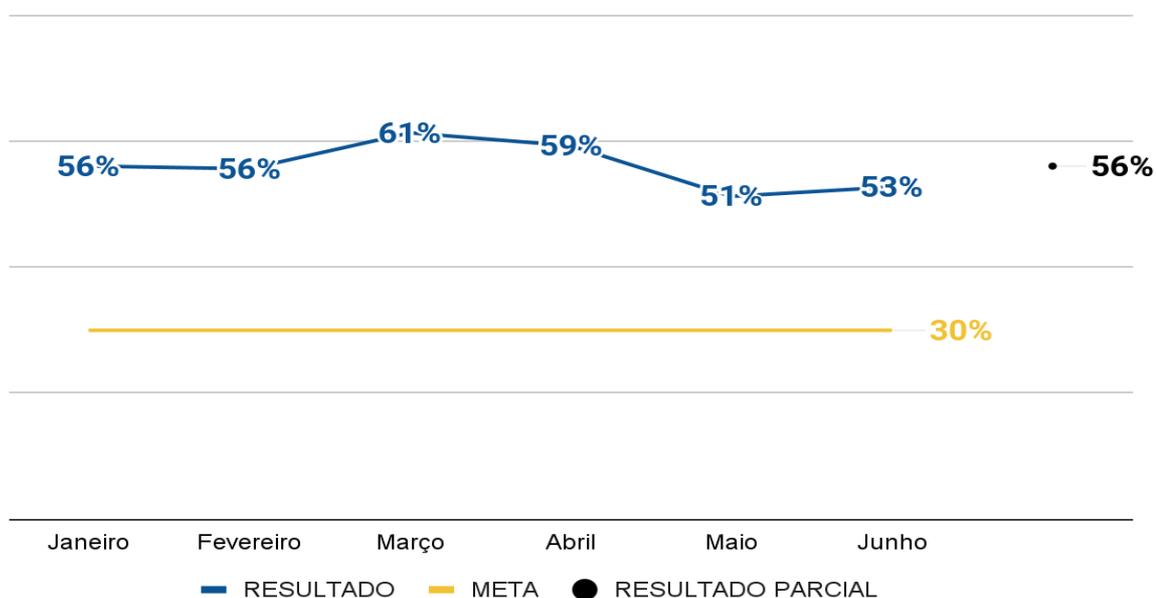
Análise dos resultados:

O HRS atingiu 100% no final do ano de 2021 com as 12 especialidades cirúrgicas eletivos regulados, sendo elas Urogineco, Gineco geral, Oncogineco, Proctologia, Vascular, Otorrino, Urologia, Buco Maxilo, Mastologia, Ortopedia, Cirurgia geral e Cirurgia plástica, e manteve a meta de 100% durante o ano de 2022.

Por oportuno, ressaltamos que as especialidades passíveis de serem reguladas são definidas pelo Complexo Regulador, em conformidade com critérios de elegibilidade que consideram dentre outros, a existência de fluxos e protocolos de determinada especialidade.

Indicador 36

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

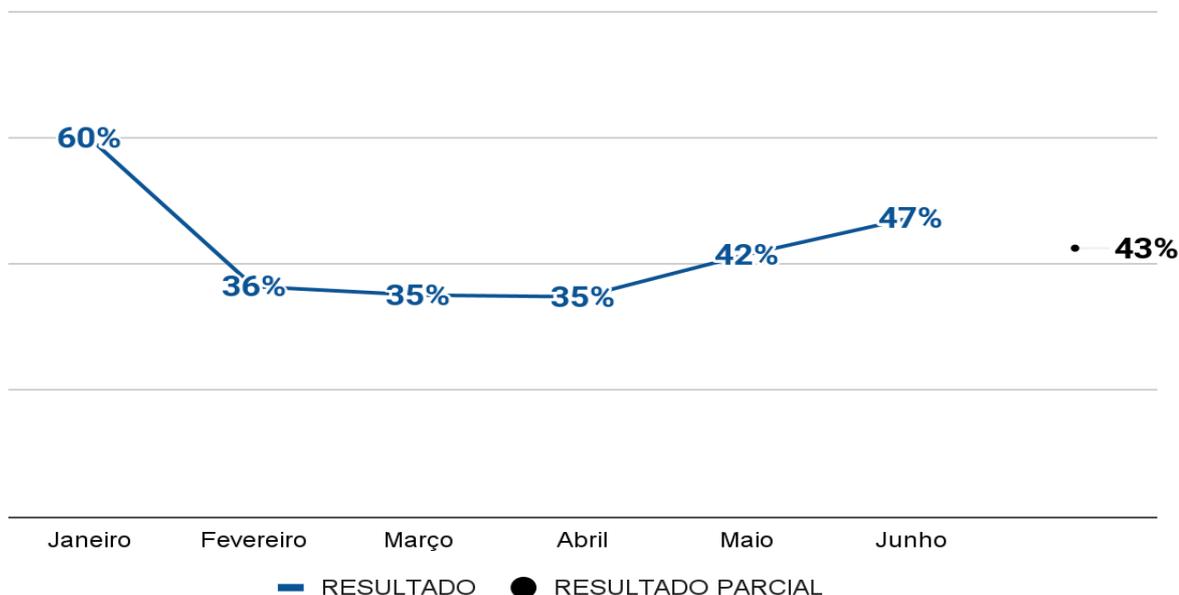


Análise dos resultados:

Para o cálculo do absenteísmo foram consideradas as Policlínicas de Planaltina e de Sobradinho. Ações no sentido de conscientização dos servidores no registro adequado das chaves, e, dos pacientes na atualização dos dados pessoais de contato, junto às UBSs de referência, foram priorizadas no plano de ação de 2022, para diminuir o absenteísmo às consultas de primeira e retornos, e surtiram efeito, pois o indicador passou a ser acompanhado no AGL e durante o segundo semestre de 2022 só não atingiu a meta em Outubro. (Importante salientar que a análise desse indicador é feita pela máxima “menor melhor”).

Indicador 38

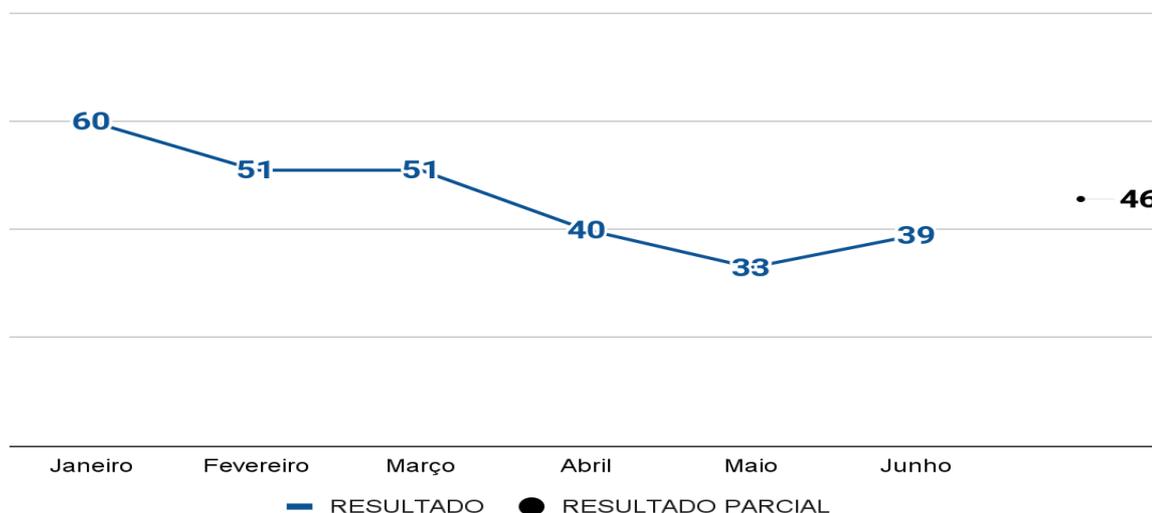
Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada



Análise dos resultados: Foram consideradas as especialidades para atendimento de Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor/Estomatologia e Radiologia Odontológica, atendidas no CEO de Sobradinho e no CEO de Planaltina. A oferta de vagas de Odontologia da região está diretamente atrelada aos equipamentos obsoletos que constantemente apresentam defeitos, ocasionando a suspensão das agendas. Esse problema foi relatado via SEI para diversas esferas da SES e espera-se a contratação de uma nova empresa de manutenção.

Indicador 39

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

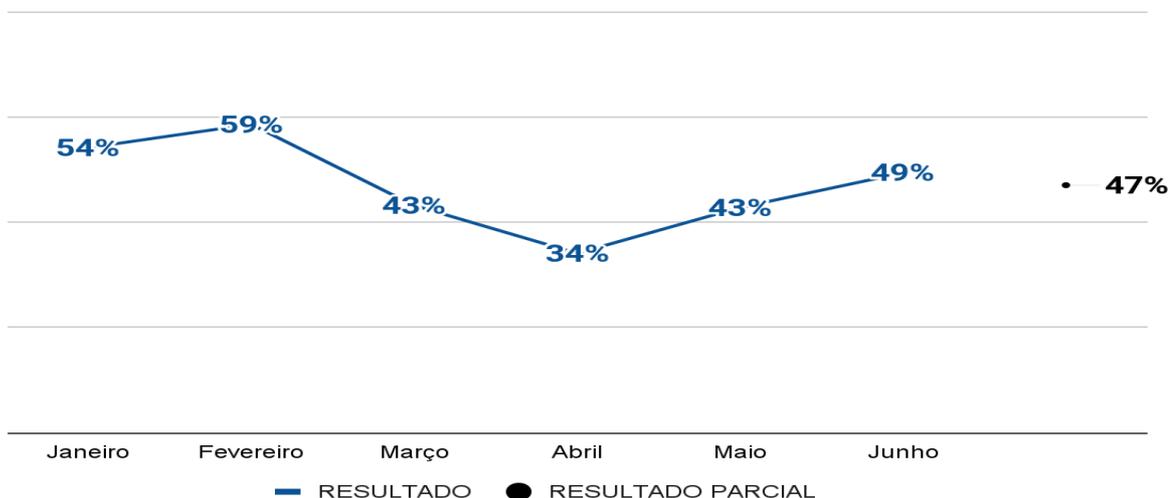


Análise dos resultados:

Em 2022 foram contabilizadas entre janeiro e junho, 282 notificações na Região . Em relação ao ano passado, houve uma redução de 36% de notificações realizadas pelas unidades hospitalares. As notificações são realizadas tanto por busca ativa do NQSP quanto através do link elaborado pelo núcleo, que é alimentado voluntariamente pelos profissionais da assistência. Considerando a descontinuidade do indicador no AGR, a Região não buscou construir uma hipótese para a piora do desempenho do indicador em 2022.

Indicador 41

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



Análise dos resultados:

Em 2022 a Região registrou no período de janeiro a junho, o índice de resolutividade médio de 47%, representando uma redução de 11 pontos percentuais em relação ao mesmo período do ano anterior.

Entretanto, torna-se imperioso ressaltar que a aferição da resolutividade se dá através de pesquisa realizada junto ao cidadão demandante pelo sistema da Ouvidoria, situação em que o mesmo informará se a demanda foi resolvida ou não.

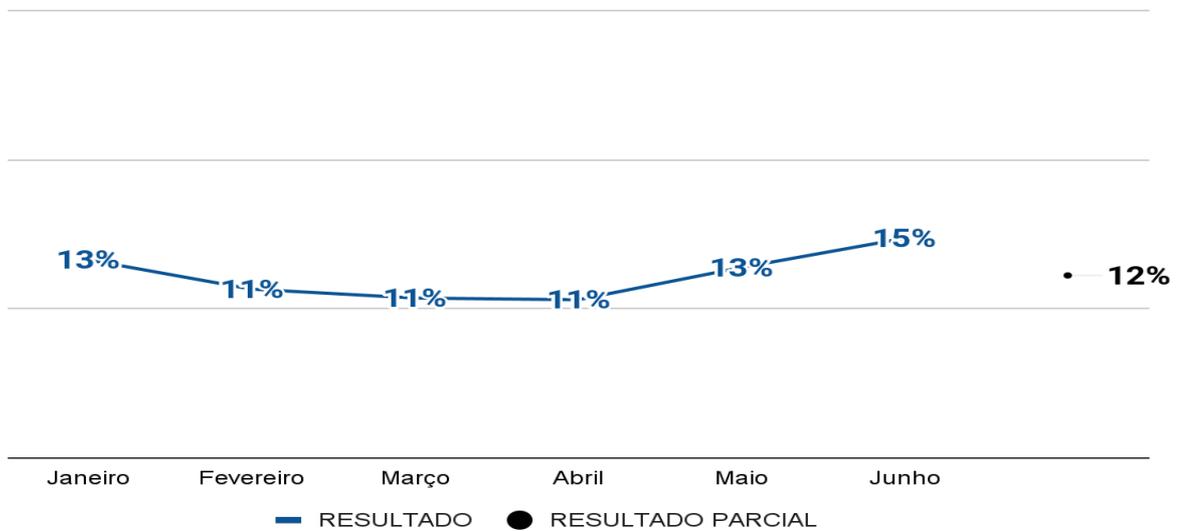
Vale ressaltar que nem sempre os usuários respondem essa Pesquisa, bem como em sua maioria quando responde, julga como NÃO RESOLVIDA devido à resposta não ter sido correspondente às suas expectativas, a título de exemplo, para as demandas de CONSULTAS, EXAMES E CIRURGIAS reguladas via SISREG e que a resposta refere-se às informações dadas a respeito de sua Classificação e colocação/posição em fila de espera, o que contraria o anseio do manifestante em ser imediatamente convocado devido ter feito um registro de Reclamação na Ouvidoria.

Um outro exemplo recorrente no contexto pandêmico refere-se à suspensão das Cirurgias Eletivas, sendo que somente as de urgência/emergência estavam sendo realizadas, então o usuário julga que sua situação cirúrgica deve ser priorizada em detrimento a outras de maior gravidade e assim avaliam como NÃO RESOLVIDA e por último, mas não menos importante - uma vez, que ocorre frequentemente essa situação - é a de tempo de espera no Pronto Socorro, principalmente quando a equipe Médica se desloca ao Centro Cirúrgico e o atendimento de porta fica demorado, em sua avaliação por mais que se explique as prioridades e necessidade de deslocamento das Equipes, esse manifestante a avalia como NÃO RESOLVIDA devido não admitir que haja déficit funcional dos Plantonistas em um Pronto Socorro.

Portanto, a resolutividade é um parâmetro de análise subjetiva, uma vez que parte do ponto de vista relacionado ao entendimento do usuário. Acrescentamos ainda, que trata-se de um parâmetro variável, visto que o usuário pode acessar o sistema a qualquer momento para avaliar a resolutividade da demanda, não havendo prazo pré-estabelecido para realizar a referida avaliação.

Indicador 44

Taxa de absenteísmo



Análise dos resultados:

Com a retirada do indicador do AGR, e devido à dificuldade de estratificação dos dados no que se refere à motivação do absenteísmo, bem como quanto aos CIDs utilizados, não há possibilidade da Região realizar diagnósticos e conseqüentemente, intervenções para melhoria do desempenho do indicador. Assim, a Região não elaborou hipótese para explicar o seu comportamento no período.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

Vigência de Julho a Dezembro/2022

REGIÃO NORTE					
ITEM	TEMA	INDICADOR	META	RESULTADO PARCIAL	STATUS
3	CEGONHA	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência	Monitoramento	1,8%	Monitoramento
7	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.	95%	53,27%	Razoável
8	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade	95%	76%	Satisfatório
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%	76,36%	Satisfatório
10	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.	95%	84%	Satisfatório
18	RUE	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	Monitoramento	50%	Monitoramento
22	PCD	Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde	Monitoramento	7.723	Monitoramento
23	PSICOSSOCIAL	Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde	Sobrestado	Sobrestado	Monitoramento
24	PSICOSSOCIAL	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais	Monitoramento	1,5%	Monitoramento
28	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar	30%	38%	Razoável
30	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	15%	10%	Razoável
33	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	Monitoramento	32%	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	8%	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	7%	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	4%	Monitoramento
37	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Monitoramento	66%	Monitoramento
39	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de cura dos casos de tuberculose	Monitoramento	0%	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	9,9%	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	84%	Monitoramento
42	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Número de notificações por acidente de trabalho / agravos relacionados ao trabalho	Monitoramento	783	Monitoramento

Quadro resumido:

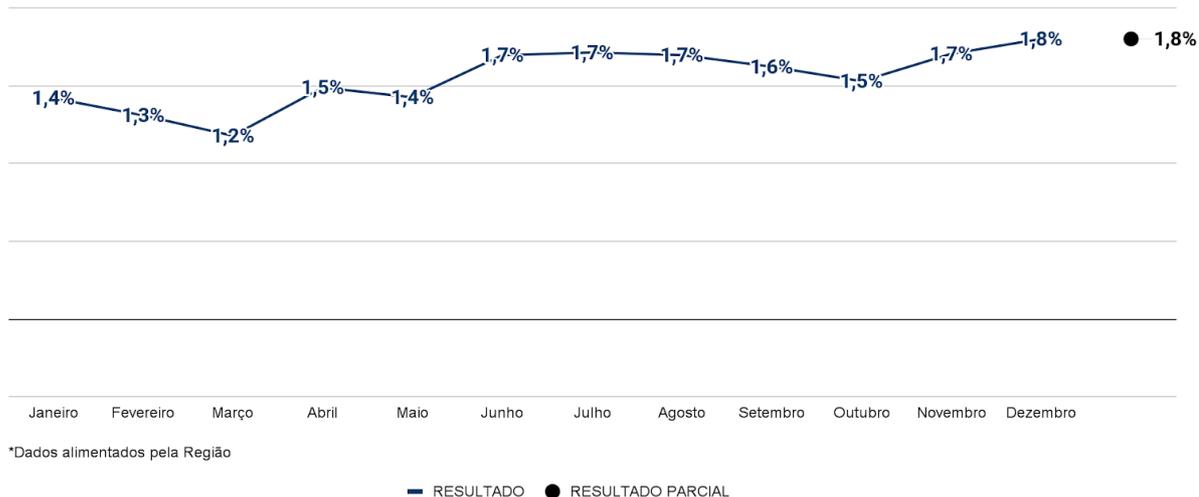
Cor	Métrica	Quantidade	%*
<u>Superado</u>	Superado - Acima de 100% da meta	0	0%
<u>Satisfatório</u>	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	3	50%
<u>Razoável</u>	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	3	50%
<u>Parcial</u>	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	0	0%
<u>Crítico</u>	Crítico - Abaixo de 25% da meta	0	0%
TOTAL			

ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 3

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

NORTE



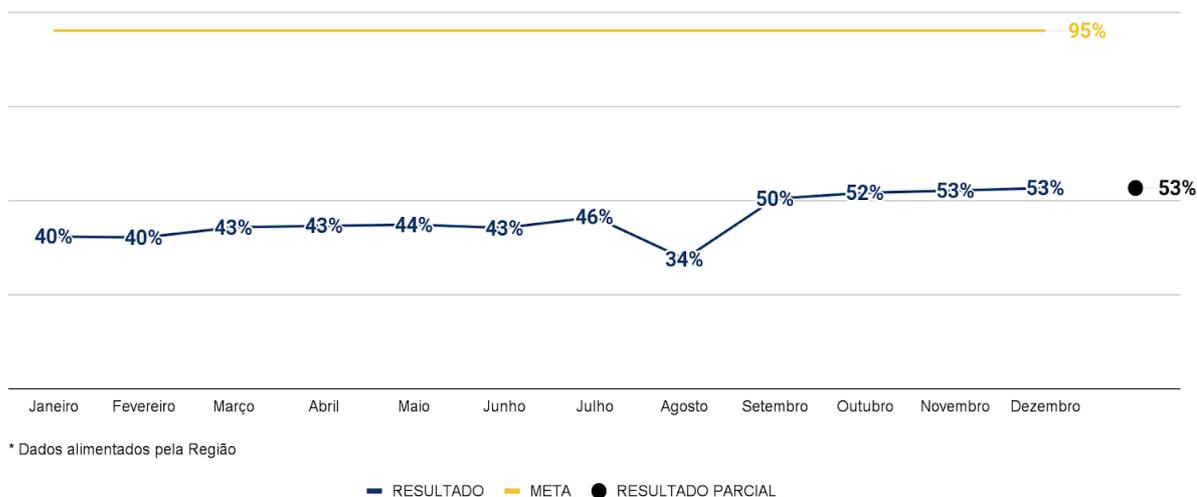
Análise dos resultados:

No HRS, os bebês que apresentam apgar de 5º menor que 7 são bebês “críticos” que ficam em observação e passam por avaliações neste período, após 6 horas são regulados conforme resposta clínica, seja para UNEO ou para ALCOM.

Indicador 7

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

NORTE



Análise dos resultados:

Segundo a área técnica, NVEPI, este indicador foi observado a partir de agosto, a melhoria significativa, mês a mês, de seu desempenho. Ao analisá-lo, considerando as circunstâncias vivenciadas, é possível realizar as seguintes considerações que podem ter contribuído para melhoria da cobertura vacinal:

1. Neste ano teve o retorno de todas as salas fazendo as vacinas rotina, além do covid.
2. A diminuição das doses e a procura pela vacina do covid permitiu que a equipe se dedicasse à vacinação de rotina.
3. A campanha de multivacinação estimulou a procura pela vacina
4. Lotação de enfermeiro nas salas de vacina, ainda que somente nas UBS tipo 2, com aumento da equipe e melhoria dos processos.
5. Registro adequado nos sistemas

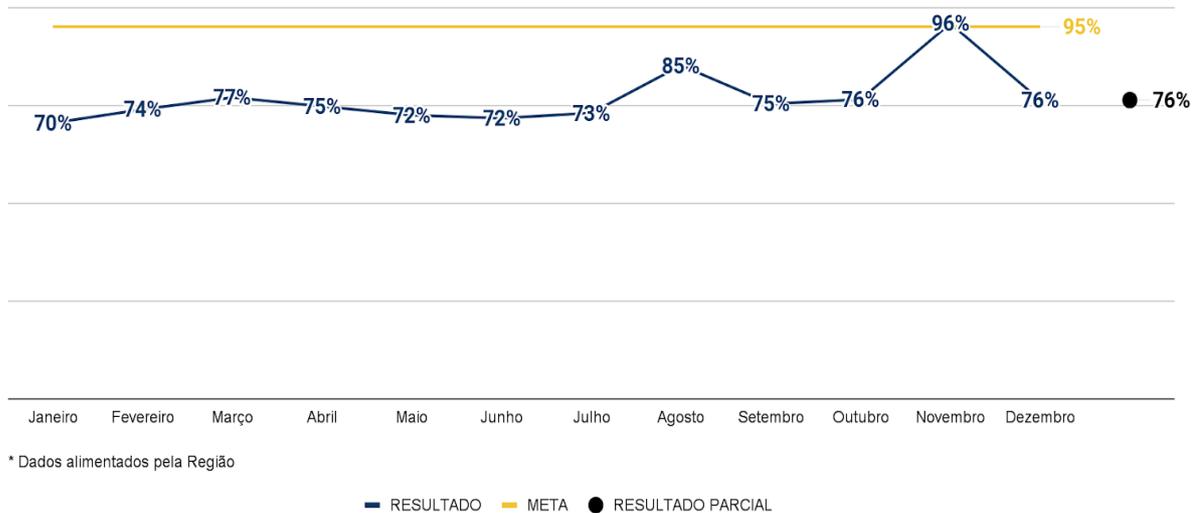
O que falta para atingir a meta de 95% de cobertura?

1. Estabelecer equipe da sala de vacina de acordo com porta da UBS e população atendida.
2. Cobertura de férias e afastamentos, evitar fechamento de sala ou redução do número de atendimento/dia.
3. Melhoria dos equipamentos e do espaço físico das salas de vacinas.

Indicador 8

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

NORTE



Análise dos resultados:

Este indicador é levantado pela Gevitha (Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar), para gerar os indicadores é necessário que os dados do esus subam para o Sipni. Segundo o NVEPI, foi observada discreta melhora na taxa de cobertura, sendo que em agosto - com a campanha de multivacinação - verifica-se a maior taxa do ano, demonstrando ser necessário melhoria na comunicação e convocação para a vacinação.

Entretanto, quando comparado com as taxas de cobertura vacinal da vacina pneumocócica, está abaixo, por isso vamos tentar identificar se os profissionais da sala de vacina estão encorajando a vacinação desta vacina em separado de outras, quando deveriam ser aplicadas no mesmo dia, levados pelo mito de intensificação das reações vacinais causadas pela vacina do *Pertussis*.

Plano de ação do NVEPI/DIRAPS para melhorar cobertura vacinal:

Capacitação e atualização de servidores em salas de vacina;

Abastecimento contínuo da Rede de Frio e das salas de vacina da Região Norte;

Comunicação e atualização de todas as normas técnicas relacionadas às vacinas;

Análise dos indicadores mensalmente;

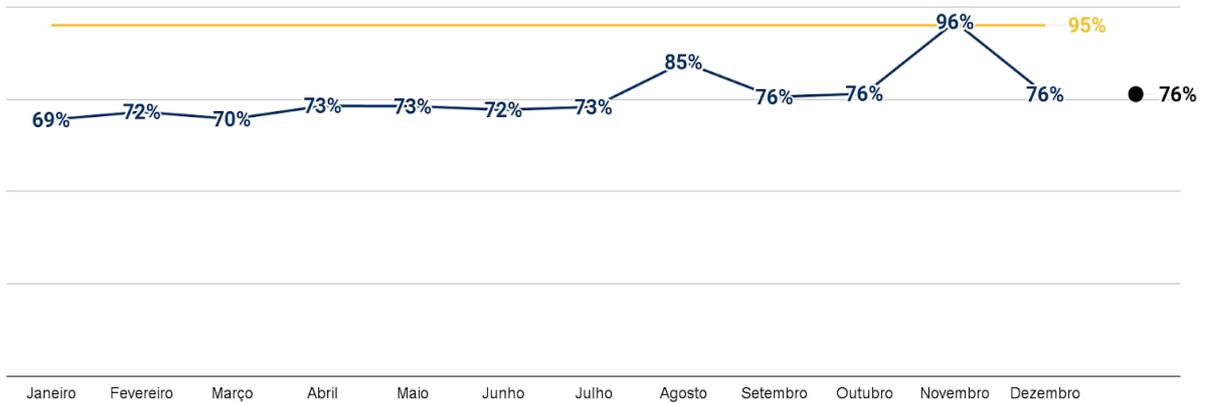
Estratégias de vacinação extramuro pela equipe do NVEPI/GENF, buscando desenvolver atividades de vacinação nas escolas;

Apoio técnico na abertura das salas de vacinas em horários e dias especiais (noite e sábado).

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.

NORTE



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO — META ● RESULTADO PARCIAL

Análise dos resultados: Este indicador é levantado pela Gevitha (Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar), para gerar os indicadores é necessário que os dados do esus subam para o Sipni. Segundo o NVEPI, foi observada discreta melhora na taxa de cobertura, sendo que em agosto - com a campanha de multivacinação - verifica-se a maior taxa do ano, demonstrando ser necessário melhoria na comunicação e convocação para a vacinação.

A Região visa adotar como estratégia para melhoria do desempenho do indicador, o incentivo à vacinação com grupos de gestantes.

Plano de ação do NVEPI/DIRAPS para melhorar cobertura vacinal:

Capacitação e atualização de servidores em salas de vacina;

Abastecimento contínuo da Rede de Frio e das salas de vacina da Região Norte;

Comunicação e atualização de todas as normas técnicas relacionadas às vacinas;

Análise dos indicadores mensalmente;

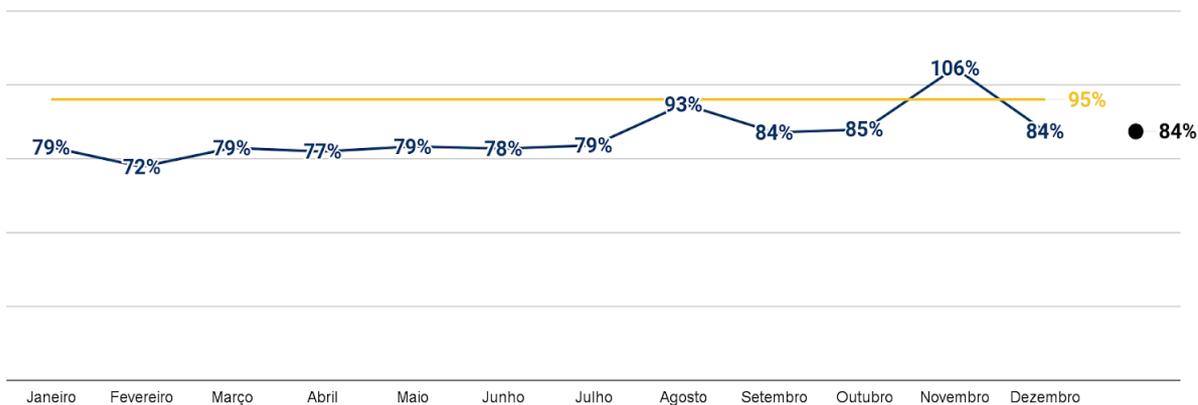
Estratégias de vacinação extramuro pela equipe do NVEPI/GENF, buscando desenvolver atividades de vacinação nas escolas;

Apoio técnico na abertura das salas de vacinas em horários e dias especiais (noite e sábado).

Indicador 10

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

NORTE



* Dados alimentados pela Região

— RESULTADO — META ● RESULTADO PARCIAL

Análise dos resultados:

Este indicador é levantado pela GEVITH (Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar), para gerar os indicadores é necessário que os dados do esus subam para o Sipni.

Plano de ação do NVEPI/DIRAPS para melhorar cobertura vacinal: Capacitação e atualização de servidores em salas de vacina;

Abastecimento contínuo da Rede de Frio e das salas de vacina da Região Norte;

Comunicação e atualização de todas as normas técnicas relacionadas às vacinas;

Análise dos indicadores mensalmente;

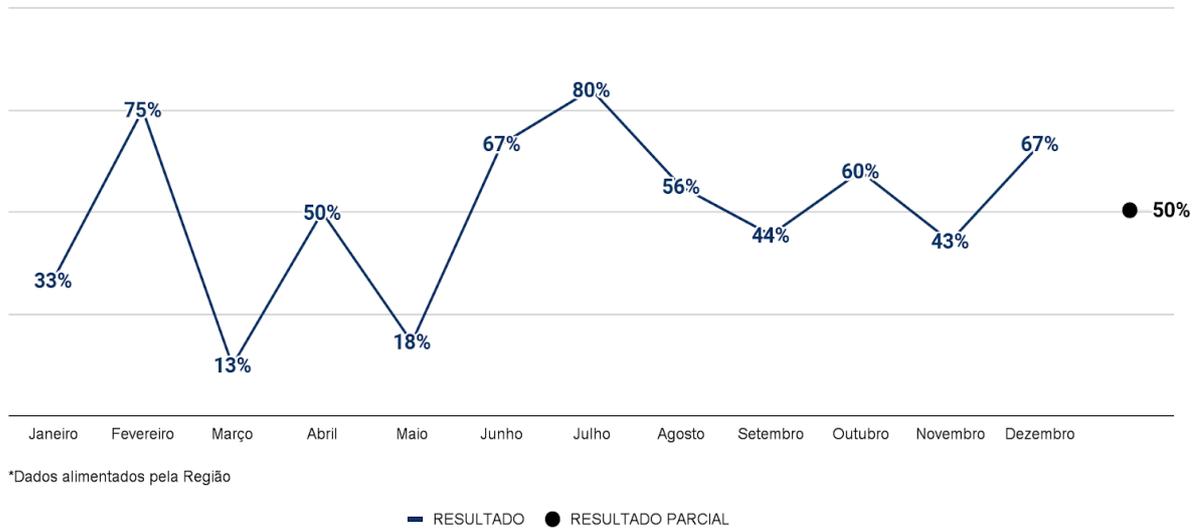
Estratégias de vacinação extramuro pela equipe do NVEPI/GENF, buscando desenvolver atividades de vacinação nas escolas;

Apoio técnico na abertura das salas de vacinas em horários e dias especiais (noite e sábado).

Indicador 18

"Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)."

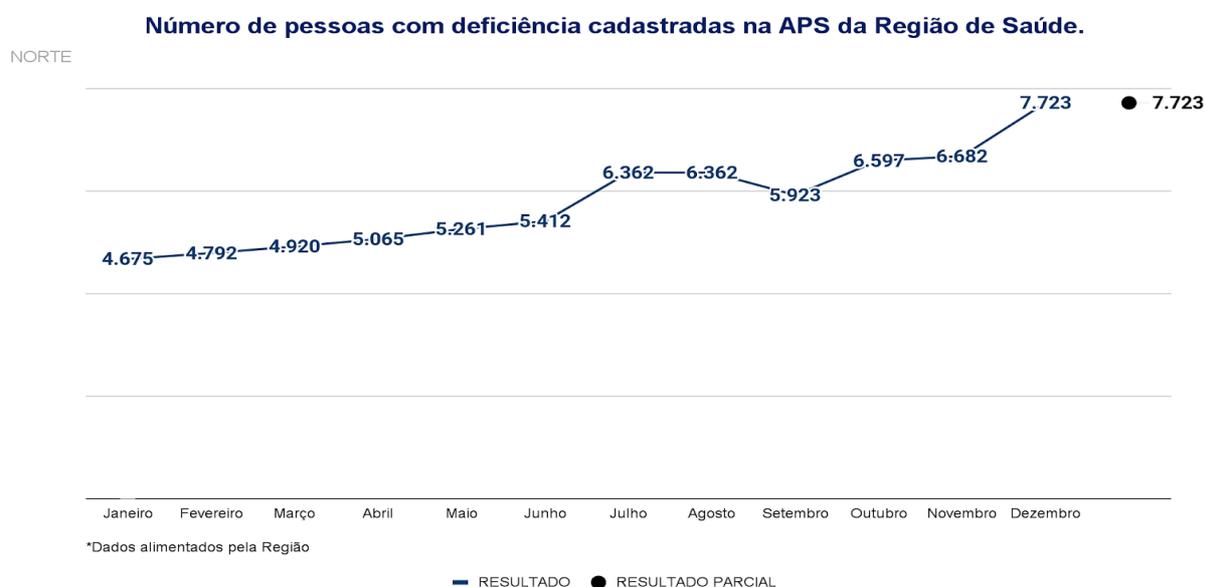
NORTE



Análise dos resultados:

FAADs encaminhados pelo HRPL, em sua grande maioria são de Oxigenoterapia Domiciliar. Pacientes da UPA não tem sido encaminhados pela FAAD. Alguns pacientes que tiveram FAADs encaminhados pelo HRPL, não chegaram a receber alta hospitalar ou receberam alta antes da conclusão do processo de desospitalização.

Indicador 22



Análise dos resultados:

De janeiro a dezembro foi observado aumento de 4.675 para 7.723 no indicador. Este indicador não apresenta fórmula de cálculo nem meta a ser alcançada por ser apenas indicador para monitoramento. Entretanto, considerando o quantitativo de pessoas com deficiência calculada pela PDAD 2021 - e correlacionando-o à projeção da população para 2023 realizada pela CODEPLAN - houve o cadastro de 63% dessa população conforme o desempenho do indicador, haja vista que a projeção de pessoas com deficiência na Região Norte é de 12.261 pessoas.

Indicador 23

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

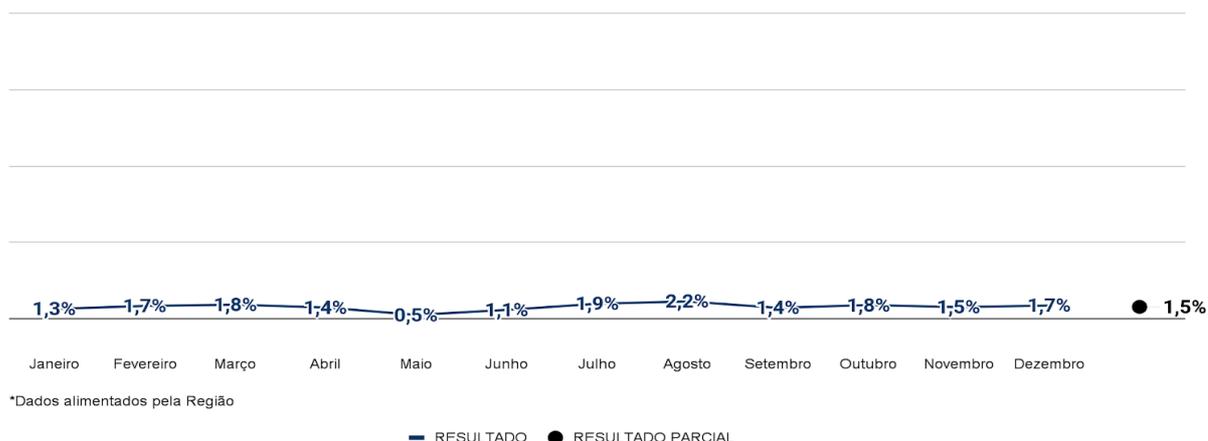
Análise dos resultados:

Sobrestado

Indicador 24

Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de Urgência e Emergência da Região de Saúde

NORTE



Análise dos resultados:

Neste indicador coletamos os registros apresentados na sala de situação referente aos classificados. Entretanto, é possível observar que na coluna de não classificados também tem ocorrência de atendimentos em saúde mental.

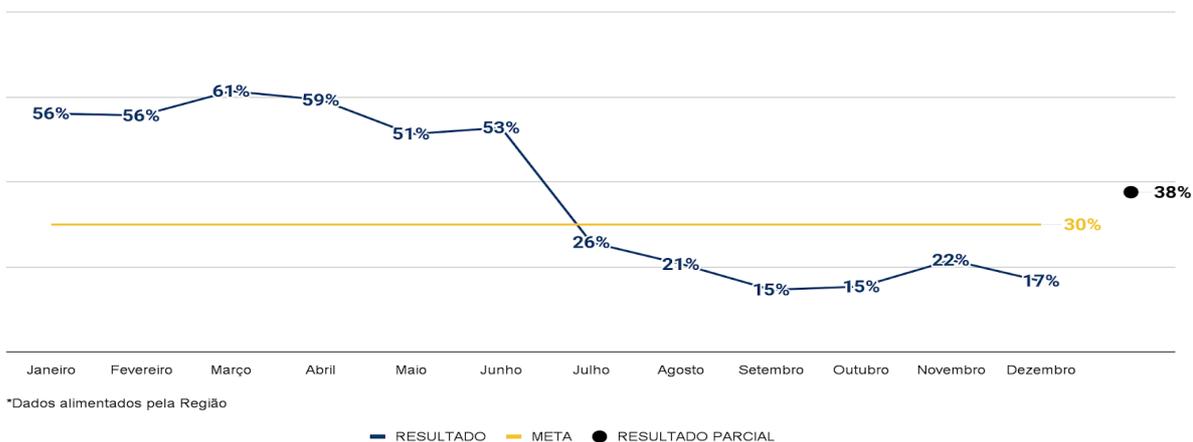
No HRS há cadastrados 10 leitos de saúde mental, entretanto, devido à falta de RH, ambiência e estrutura física, não é disponibilizado o local físico. Os atendimentos ocorrem e utilizam os leitos atualmente disponibilizados.

No HRPL não há leitos de psiquiatria, os pacientes são triados e aguardam parecer da psiquiatria, geralmente pelos profissionais do IGES, uma média de 142 atendimentos de saúde mental são realizados no HRPL por mês, equivalente a 72,54% estão concentrados em 06 CIDs: 5,63% Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência, 3,52% Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome [estado] de abstinência, 9,15% Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - intoxicação aguda, 15,49% Ansiedade generalizada, 18,31% Produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas [transtorno fictício], 20,42% Transtorno ansioso não especificado, os 22,46% restantes, equivalente a 24 atendimentos distribuídos nos demais CIDs Fs.

Indicador 28

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

NORTE



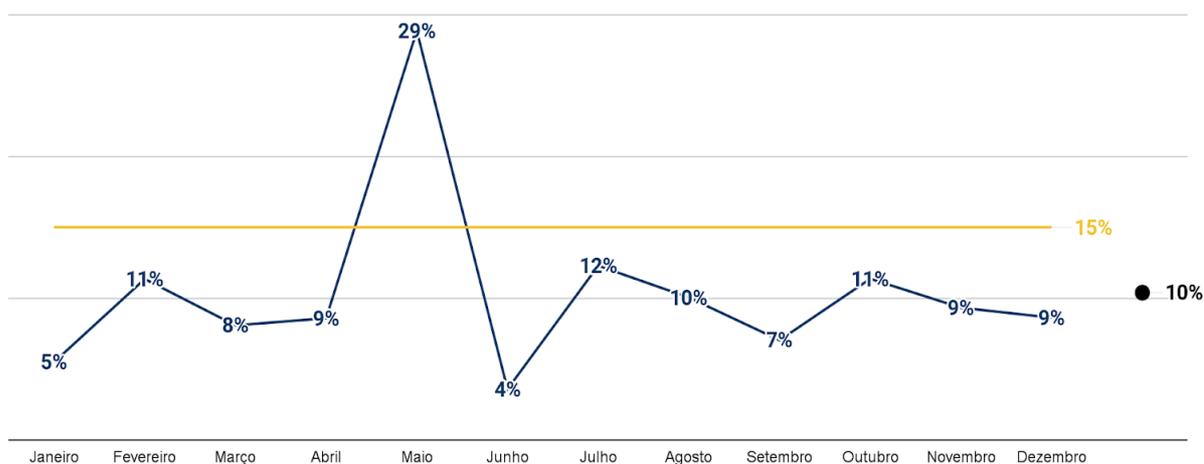
Análise dos resultados:

Para o cálculo desse indicador de absenteísmo foram consideradas todas as unidades que ofertam vagas de primeira vez, HRS, HRPL, PSOB, PPLA, CEOSOB, CEOPLA, e para o cálculo são consideradas apenas consultas, extinguindo exames e procedimentos. Ações no sentido de conscientização dos servidores no registro adequado das chaves, e, dos pacientes na atualização dos dados pessoais de contato, junto às UBSs de referência, foram priorizadas no plano de ação de 2022, para diminuir o absenteísmo às consultas de primeira e retornos, e surtiram efeito, pois o indicador passou a figurar dentro da meta. (Importante salientar que a análise desse indicador é feita pela máxima “menor melhor”).

Indicador 30

Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica

NORTE



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO — META ● RESULTADO PARCIAL

Análise dos resultados:

De acordo com a área técnica, os principais serviços contabilizados são:

- 1) conciliação medicamentosa na admissão
- 2) Definição de Plano de Cuidado Farmacêutico
- 3) Condução de problemas na farmacoterapia (revisão da prescrição)
- 4) Discussão de caso em visita multiprofissional
- 5) Educação do paciente durante a internação
- 6) Orientação farmacêutica na alta hospitalar
- 7) Reconciliação medicamentosa na alta ou transferência
- 8) Visita a beira-leito e monitorização de parâmetros clínicos e exames laboratoriais. As validações técnicas da prescrição, quando desassociadas de outras atividades, não são contabilizadas como acompanhamento.

No primeiro semestre houve no HRS, cobertura dos leitos de UTI adulto e Clínica Médica por dois farmacêuticos 40 horas semanais integralmente dedicadas às unidades. A Emergência Adulto era parcialmente coberta pela chefia deste NFC, dedicando parte da carga horária à atividade.

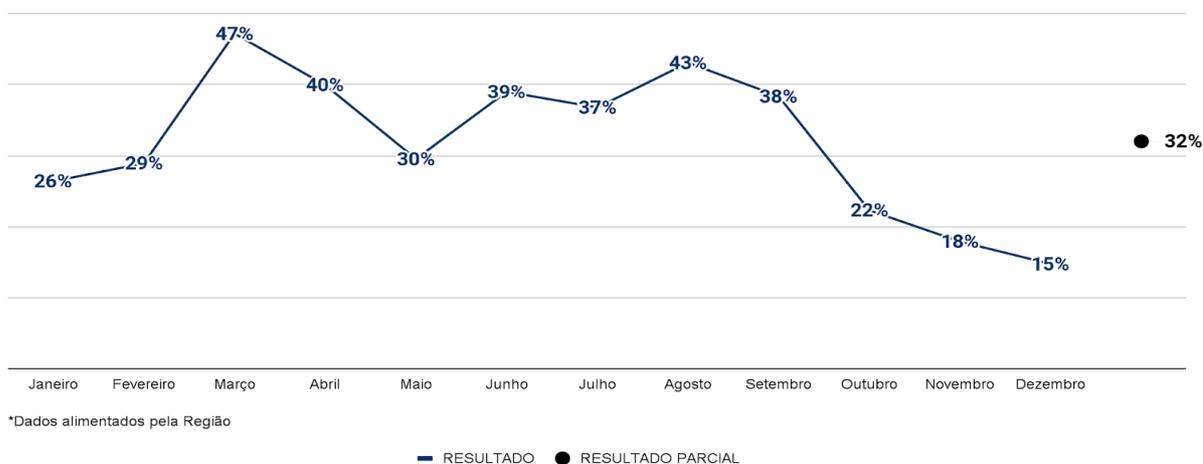
Em setembro houve a lotação de uma servidora de 20h, colaborando na cobertura da Emergência adulto. Já em novembro, houve a inclusão da Clínica Cirúrgica, passando a ser acompanhada parcialmente por farmacêutico 20 horas semanais.

Mesmo otimizando a força de trabalho, para a ampliação da cobertura pelo Núcleo de Farmácia Clínica é necessário a adequação do RH de farmacêutico, e assim atender as atividades relacionadas.

Indicador 33

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

NORTE



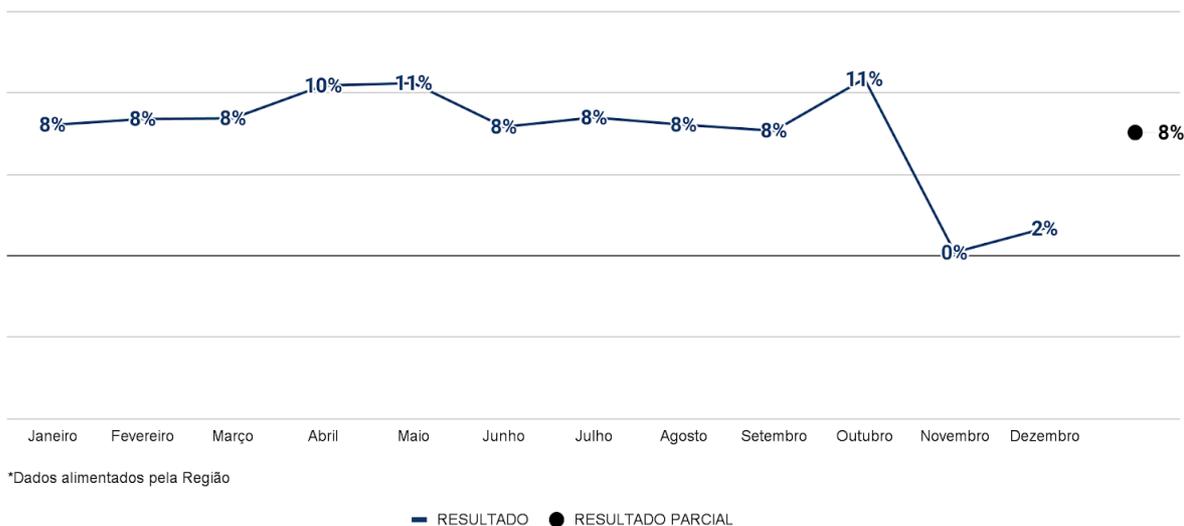
Análise dos resultados:

Seguindo as normas técnicas em 2022 a região precisaria ofertar 318 vagas, considerando suas especialidades, Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor/Estomatologia, porém a oferta de vagas de Odontologia da região está diretamente atrelada aos equipamentos obsoletos que constantemente apresentam defeitos, ocasionando a suspensão das agendas. Esse problema foi relatado via SEI para diversas esferas da SES e espera-se a contratação de uma nova empresa de manutenção.

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.

NORTE



Análise dos resultados:

Em 2022 foram recebidas 559 manifestações na Região Norte, representando um aumento de 76% em relação ao ano anterior.

No tocante à tipologia, 77% referem-se a reclamações e 23% a solicitações. Os meses de Outubro e Maio apresentaram a maior quantidade de demanda mensal (66 e 59, respectivamente).

Do total de manifestações, 56,5% foram realizadas pela internet, 40,1% via telefônica, 3% de forma presencial e 0,4% através da Ouvidoria itinerante, sendo o índice de resolutividade de 37%. Ressaltamos que a resolutividade é um parâmetro subjetivo, uma vez que parte de uma análise pautada em um ponto de vista relacionado ao entendimento do usuário.

Referente à R.A. de origem, 49% referem-se a Planaltina, 43,3% a Sobradinho, 6,3% a Sobradinho II e 1,4% à Fercal.

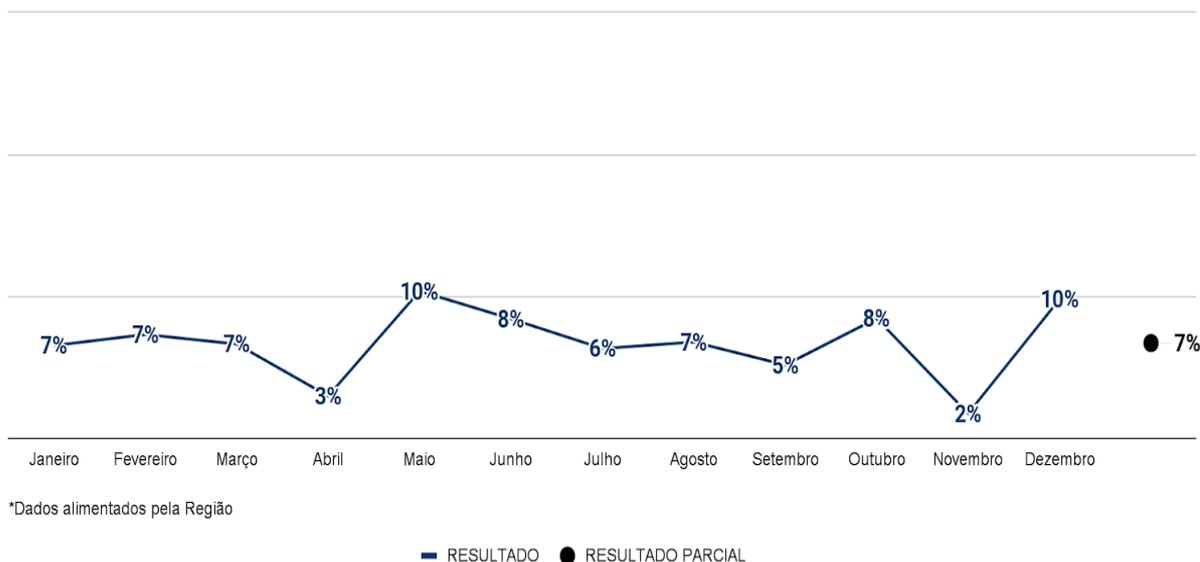
Por oportuno, acrescentamos que o indicador deveria apresentar possibilidade de estratificar as especialidades/nível de atenção das consultas a fim de se verificar os óbices e ainda, permitir a diferenciação entre o "não-agendamento (barreira de acesso)", o "agendamento realizado, cujo usuário não foi informado e/ou não compareceu" e ainda, o "agendamento que não atendeu às expectativas de prazo idealizado pelo cidadão".

Para finalizar, há que se filtrar ainda, os usuários que não cumpriram os critérios de elegibilidade para a viabilização do agendamento da consulta (Por exemplo, há situações em que a Defensoria Pública cobra a realização de consulta de usuários que não possuem passagem pelo SUS, ou cuja solicitação não foi inserida na regulação pela unidade demandante, cidadãos que são desmarcados para que se possa realizar a consulta em cumprimento à decisão judicial, independentemente do quadro clínico...). Ou seja, o indicador e sua estratificação têm que ser muito bem delimitados, a fim de apresentarem dados fidedignos em que se possa realmente atuar de forma a possibilitar a melhoria de acesso de forma justa e equânime, sem desconsiderar-se os critérios regulatórios.

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.

NORTE



Análise dos resultados:

Em 2022 foram recebidas 195 manifestações na Região Norte, representando um aumento de 98% em relação ao ano anterior.

No tocante à tipologia, 63% referem-se a reclamações e 37% a solicitações. Os meses de Maio, Dezembro e Outubro apresentaram a maior quantidade de demanda mensal (24, 22 e 20, respectivamente).

Do total de manifestações, 9,7% foram realizadas pela internet, 83,6% via telefônica e 6,7% de forma presencial, sendo o índice de resolutividade de 28%. Ressaltamos que a resolutividade é um parâmetro subjetivo, uma vez que parte de uma análise pautada em um ponto de vista relacionado ao entendimento do usuário.

Referente à R.A. de origem, 43,6% referem-se a Planaltina, 49,7% a Sobradinho, 5,6% a Sobradinho II e 1% à Fercal.

Por oportuno, acrescentamos que o indicador deveria apresentar possibilidade de estratificar as especialidades/nível de atenção das consultas a fim de se verificar os óbices e ainda, permitir a diferenciação entre o "não-agendamento (barreira de acesso)", o "agendamento realizado, cujo usuário não foi informado e/ou não compareceu" e ainda, o "agendamento que não atendeu às expectativas de prazo idealizado pelo cidadão".

Para finalizar, há que se filtrar ainda, os usuários que não cumpriram os critérios de elegibilidade para a viabilização do agendamento de exames (Por exemplo, há situações em que a Defensoria Pública cobra a realização de exames de usuários que não possuem passagem pelo SUS, ou cuja solicitação não foi inserida na regulação pela unidade demandante, cidadãos que são desmarcados para que se possa realizar a consulta em cumprimento à decisão judicial, independentemente do quadro clínico...).

Ou seja, o indicador e sua estratificação têm que ser muito bem delimitados, a fim de apresentarem dados fidedignos em que se possa realmente atuar de forma a possibilitar a melhoria de acesso de forma justa e equânime, sem desconsiderar-se os critérios regulatórios.

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.

NORTE



Análise dos resultados: Em 2022 foram recebidas 165 manifestações na Região Norte, representando um aumento de 81% em relação ao ano anterior.

No tocante à tipologia, 64% referem-se a reclamações e 36% a solicitações. Os meses de Março e Novembro apresentaram a maior quantidade de demanda mensal (21 e 20, respectivamente).

Do total de manifestações, 23,6% foram realizadas pela internet, 72,1% via telefônica e 4,2% de forma presencial, sendo o índice de resolutividade de 32%. Ressaltamos que a resolutividade é um parâmetro subjetivo, uma vez que parte de uma análise pautada em um ponto de vista relacionado ao entendimento do usuário.

Referente à R.A. de origem, 43,6% referem-se a Planaltina, 49,7% a Sobradinho, 6,1% a Sobradinho II e 0,6% à Fercal.

Por oportuno, acrescentamos que o indicador deve apresentar possibilidade de estratificar as especialidades/nível de atenção das cirurgias a fim de se verificar os óbices e ainda, permitir a diferenciação entre o "não-agendamento (barreira de acesso)", o "agendamento realizado, cujo usuário não foi informado e/ou não compareceu" e ainda, o "agendamento que não atendeu às expectativas de prazo idealizado pelo cidadão".

Para finalizar, há que se filtrar ainda, os usuários que não cumpriram os critérios de elegibilidade para a viabilização do agendamento da cirurgia (Por exemplo, há situações em que a Defensoria Pública cobra a realização de cirurgia de usuários que não possuem passagem pelo SUS, ou cuja solicitação não foi inserida na regulação pela unidade demandante, cidadãos que são desmarcados para que se possa realizar cirurgias em cumprimento a decisões judiciais, independentemente do quadro clínico...).

Ou seja, o indicador e sua estratificação têm que ser muito bem delimitados, a fim de apresentarem dados fidedignos em que se possa realmente atuar de forma a possibilitar a melhoria de acesso de forma justa e equânime, sem desconsiderar-se os critérios regulatórios.

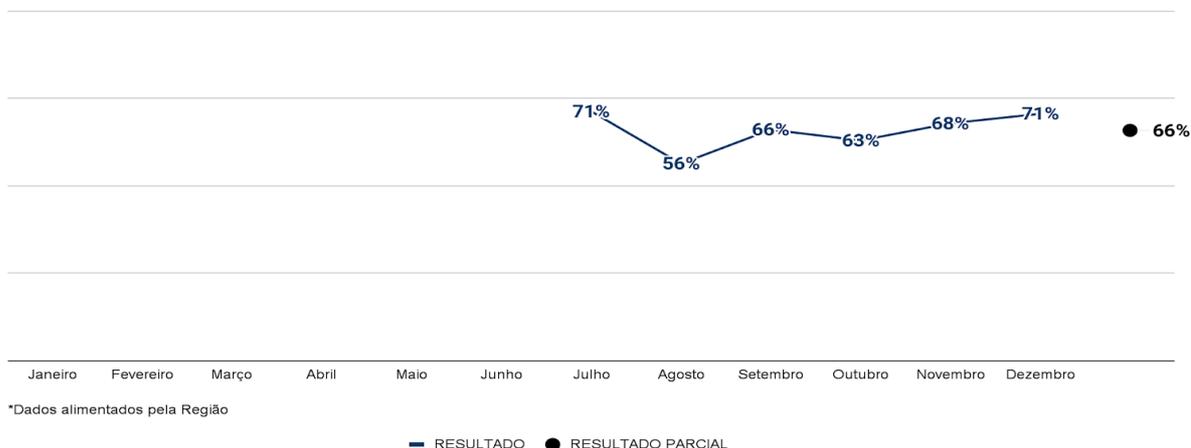
Ressaltamos ainda, que trata-se indicador fortemente impactado por decisões judiciais. Ou seja, há uma grande quantidade de "fura-fila" oriunda da justiça, em uma especialidade (cirurgia) que possui um forte estrangulamento e grandes óbices no âmbito da SES. Consequentemente, é natural que haja um grande índice de reclamações.

Entretanto, esse indicador, mais do que os anteriores, possui baixa governabilidade das Regiões, pois ainda é impactado pelo déficit de RH, baixa disponibilidade de insumos (principalmente de cirurgias ortopédicas), dificuldade de realização de exames e pareceres (principalmente fora da Região), etc, variáveis observadas inclusive, no indicador referente à taxa de suspensão de cirurgias.

Indicador 37

Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de afastamento da Região/URD

NORTE



Análise dos resultados:

Trata-se de indicador alimentado pela ADMC, que não atualizou os resultados referentes ao período jan-jun, para fins de monitoramento do desempenho do indicador. Observa-se uma grande fluabilidade do resultado nos meses de julho e agosto, com uma variação de 15% entre os referidos meses, uma certa estabilidade nos meses de setembro a novembro e um leve acréscimo em dezembro, quando comparado ao mês anterior, porém não é possível realizar uma análise sobre o resultado devido à inexistência de estratificação dos dados. Diante do exposto, sugerimos a disponibilização às regiões tanto da tipificação da origem do afastamento (atestado de comparecimento, atestado médico/odontológico, licenças médicas) quanto a explicitação das maiores motivações do afastamento (CIDs), a fim de que se possa elaborar um diagnóstico da Região referente ao adoecimento da força de trabalho e consequentemente, pensar em possibilidades de atuação para sua diminuição.

Para além do recorrido, torna-se imperioso registrar o resultado da pesquisa intitulada: "Qualidade de Vida no Trabalho: Diagnóstico na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal", realizada em 2022 pela SUGEP, na qual 121 (cento e vinte e um) servidores da Região Norte participaram voluntariamente, representando portanto, a 3ª Região de Saúde mais participativa na pesquisa.

O perfil de servidores da Região Norte que participaram é majoritariamente feminino (74,4%) e conta ainda com 1,6% de servidores que se identificam enquanto não-binários. No tocante ao ciclo vital, trata-se de uma força de trabalho mais madura, sendo 91,6% integrante da faixa etária compreendida entre 28 e 57 anos. No que refere-se à escolaridade, 80% possui o nível superior completo, sendo que dentre esses, 10% realizaram algum tipo de pós-graduação.

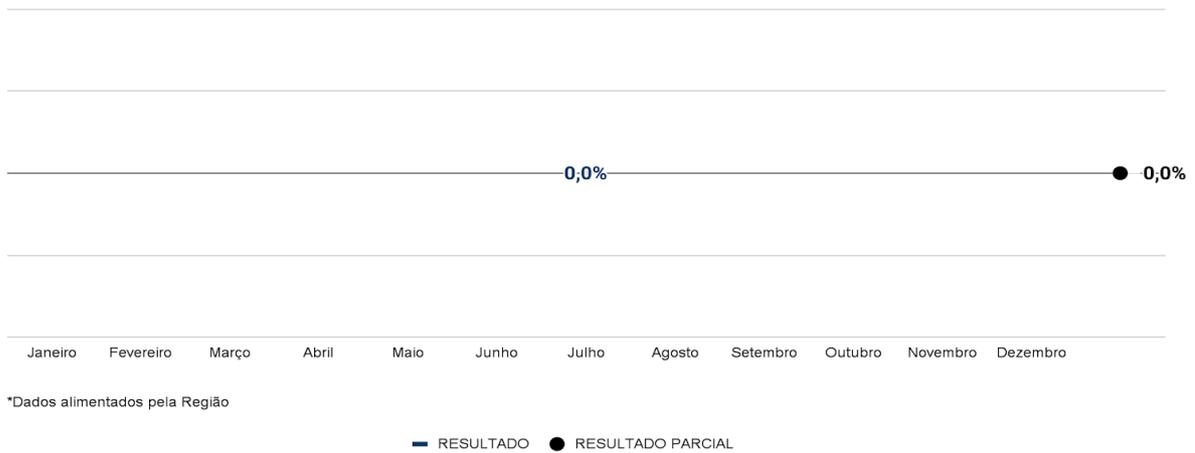
No tocante à categoria profissional, a participação foi bastante heterogênea e representativa. Dentre os participantes, 79% possui carga horária de 40 horas e 6,4% de 60 horas, sendo que o restante cumpre a carga horária contratual. No tocante à vida financeira, 79,3% estão preocupados ou muito preocupados com suas finanças e 14,9% possui outro vínculo empregatício.

Quando questionados a respeito de sua saúde, 69,4% se afastou por motivo de doença nos últimos seis meses e 43,8% realiza uso de psicotrópicos.

Indicador 39

Percentual de cura dos casos de tuberculose

NORTE



Análise dos resultados:

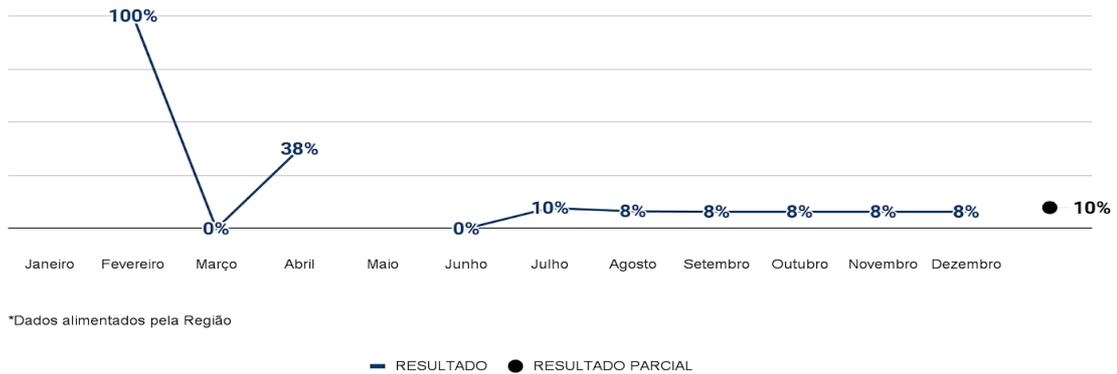
Indicador silencioso pela falta de registro nas fichas de notificação do SINAN pelos servidores das UBS e quando buscado as informações nos prontuários não são identificadas.

Iniciado, em parceria com a GVDI, com treinamento e reunião da equipe do NVEPI, com análise de todos os casos é estabelecido visita as UBS com pacientes em acompanhamento do agravo.

Indicador 40

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

NORTE



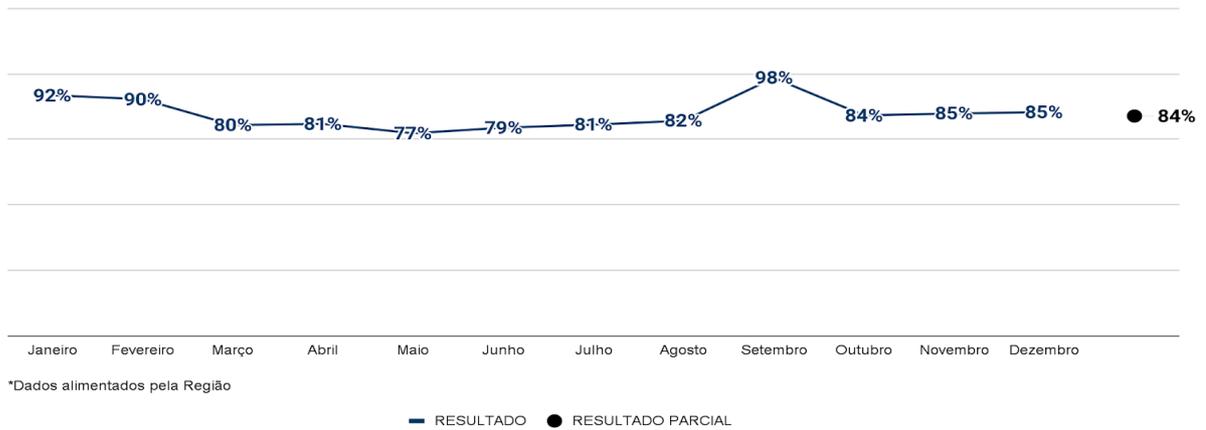
Análise dos resultados:

Iniciado, em parceria com a GVDT, com treinamento e reunião da equipe do NVEPI, com análise de todos os casos é estabelecido visita as UBS com pacientes em acompanhamento do agravo. Já foi identificado que em alguns casos a falta de registro no sistema, mas os contatos foram examinados.

Indicador 41

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

NORTE



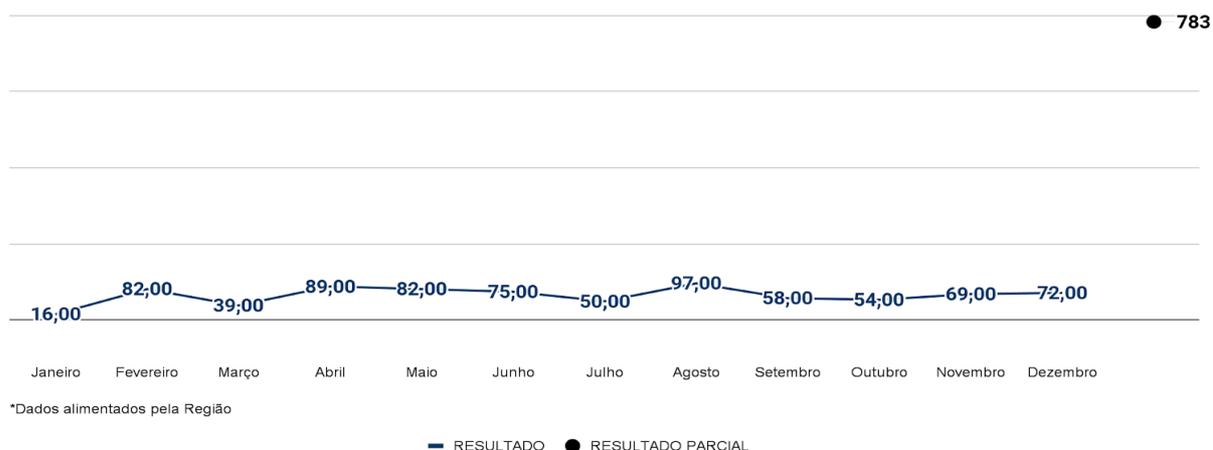
Análise dos resultados:

A qualidade das notificações ainda não permite o fechamento dos casos a contento, em planejamento treinamento para os servidores das UBS com melhoria nos dados de notificação e registros nos prontuários eletrônicos que permita encerramento dos casos.

Indicador 42

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

NORTE



Análise dos resultados:

A Região Norte foi responsável por realizar 37% das notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena contabilizadas no DF, conforme discorrido no SEI 00060-00116407/2023-39. Considerando o indicador "Proporção de preenchimento do campo 'ocupação' nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho" contido no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS, e que relaciona-se diretamente com o presente indicador, ressaltamos que dentre todas as Regiões de Saúde, a Região Norte foi a que atingiu o maior percentual, alcançando 97,55% e superando portanto, a meta de 95%.

Conclusão

Na Região Norte o monitoramento se deu em conformidade com o preconizado nos incisos I, II e V do art. 6º da Portaria 1.066/2021, conforme excerto abaixo:

Art 6º Os resultados das pactuações realizadas nos AGRs devem ser acompanhados pelo Colegiado de Gestão da SES, pelos Colegiados de Gestão Regional e pelas áreas técnicas da Administração Central, conforme a seguinte programação:

I - Mensalmente, o monitoramento dos resultados dos indicadores.

II - Mensalmente, a avaliação pelo colegiado da Secretaria Adjunta de Assistência, conforme organização da CGCSS. (...)

V - Quadrimestralmente, a avaliação conjunta das áreas técnicas das SRSs e URDs com as coordenações das Redes Temáticas em Saúde e a Diretoria de Gestão Regionalizada.

No tocante aos colegiados quadrimestrais, foram realizados três colegiados dessa natureza em 2022, com maciça participação da alta gestão da Região.

Consideramos que o que deve ser aperfeiçoado no processo de monitoramento do AGR como um todo é a normatização dos procedimentos de processamento e extração de dados no âmbito dos sistemas de produção de informação, inclusive com a previsão de situações passíveis de equívocos e as soluções para as mesmas de forma que possamos obter dados válidos e confiáveis que viabilizem a análise fidedigna da situação de saúde do território e cobertura dos serviços ofertados pela Região.

Acreditamos também que a normatização - e seu estrito cumprimento – da ampliação das equipes locais de planejamento é urgente e necessária, haja vista que a atual configuração se mostra insuficiente para dar resolutividade a todas as demandas voltadas às GPMA's (e núcleos subordinados) e ASPLANs - previstas regimentalmente ou não - como por exemplo, AGR, AGLs e seus processos inerentes, grupos condutores, processos de credenciamento e habilitação de serviços, GTs, comissões, assessoria e suporte às Diretorias e Superintendência, articulação junto aos setores integrantes da ADMC, entre outros.

Ressaltamos ainda, que uma realidade que impacta diretamente no desempenho do AGR é a questão da insuficiência de insumos e de recursos (principalmente recursos humanos, que encontram-se aquém dos parâmetros preconizados no dimensionamento da SES/DF). Essa

conjuntura se agrava com remoções realizadas pela ADMC sem reposição e ainda, as interferências de caráter político, que visam atender interesses particulares, em detrimento do interesse público.

A grande rotatividade na Alta Gestão da SES/DF também impacta na oferta e continuidade dos serviços, prejudicando os usuários devido à inconstância dos processos e fluxos de trabalho da Secretaria de Saúde.

A crescente judicialização da saúde tem trazido um grande impacto negativo na Região, haja vista que culminou com a criação de um fluxo paralelo de acesso ao SUS estipulado pelos órgãos judiciários, que inobservam os fluxos e protocolos existentes no âmbito da SES/DF. Assim, desconsidera-se que o processo regulatório visa disponibilizar a melhor alternativa assistencial de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada através de classificação para acesso em conformidade com a necessidade do usuário, que é baseada em critérios ou protocolos previamente estabelecidos, no potencial de risco e/ou agravos à saúde e ainda, ao grau de sofrimento e vulnerabilidade do usuário, onde a fila de espera se dá em conformidade com a urgência e complexidade do quadro clínico e que sob essa ótica, sua grande contribuição ao sistema de saúde é possibilitar um redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), a qualificação e racionalização do uso dos recursos assistenciais e financeiros e ainda, a coibição de fluxos paralelos, baseados em outros critérios não científicos ou não pactuados.

Assim, as sucessivas demandas judiciais e conseqüentemente, sua banalização, impedem o aperfeiçoamento dos fluxos e processos de trabalho - no sentido de aproximá-los cada vez mais do atendimento em tempo oportuno das necessidades apresentadas - uma vez que a judicialização interfere diretamente nos processos de trabalho das unidades de saúde e dificulta a identificação e resolução dos nós críticos que os permeiam, além de onerar a já deficitária verba da Política Pública de Saúde.

Portanto, apesar das inegáveis conquistas adquiridas através da judicialização da saúde - como por exemplo, as obtidas devido as demandas para acesso aos medicamentos antirretrovirais, que resultou na promulgação da Lei nº 9.313/96 - é necessário ter em mente que o referido recurso deve ter seu uso otimizado e racionalizado, através da adoção de critérios mais técnicos para as decisões do Judiciário em matéria de Saúde, de forma que o deferimento de pedidos de prestação de serviços de saúde não contribua para a desestruturação do planejamento e das políticas de saúde e ainda, não privilegie interesses individuais em detrimento do interesse público.

No âmbito local, além da efetiva descentralização, torna-se necessária uma melhor articulação e estabelecimento de fluxos e processos de trabalho dos agentes de planejamento, com uma maior integração, organização, suporte e dialogicidade, a fim de realizar concretamente a análise, monitoramento e avaliação dos processos inerentes ao planejamento e principalmente, poder reunir condições efetivas de produzir informação de qualidade para subsidiar as Políticas de Saúde na Região Norte.

Finalizamos ressaltando o desempenho global da Região de Saúde Norte auferido no processo de monitoramento dos 26 indicadores com meta estipulada, constantes no AGR 2022, sendo que 57% foram classificados como satisfatório ou superado (acima de 75% da meta), 27% como razoável (entre 75% e 50% da meta) e 15% como crítico (abaixo de 25% da meta). Com o início do novo ciclo de monitoramento do AGR, aliado à adoção de novas estratégias pela equipe de planejamento, como por exemplo, a realização de oficinas continuadas de planejamento junto aos gestores assistenciais, esperamos que no próximo ciclo avaliativo a Região alcance um melhor desempenho, com a efetiva melhoria da oferta de saúde aos usuários referenciados.

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

Débora Cristina da Silva Fernandes Gonçalves

Superintendente

Luana Mara Gomes de Oliveira

Assessora de Planejamento em Saúde

Márcio Pascoal Ribeiro Junior

Diretor Administrativo

Saulo Jacinto Pignata da Silva

Diretor da Atenção Primária

Bruno Leonardo Soares Nery

Gerente de Planejamento, Monitoramento e Avaliação - DIRAPS

Elzileide de Albuquerque Silva

Diretora da Atenção Secundária

Gabriela Vilarins Bezerra

Gerente de Planejamento, Monitoramento e Avaliação - DIRASE

Keyla Blair de Oliveira

Diretora do Hospital Regional de Planaltina

Sara Loreto

Gerente de Planejamento, Monitoramento e Avaliação - HRPL

Bruno de Almeida Pessanha Guedes

Diretor do Hospital Regional de Sobradinho

Elzicleide Albuquerque Silva

Gerente de Planejamento, Monitoramento e Avaliação - HRS