

Relatório Anual

2022

ACORDO DE GESTÃO REGIONAL

Região de Saúde Sudoeste

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

Sumário

BOAS VINDAS E APRESENTAÇÃO	3
PALAVRAS DO GESTORES	6
SOBRE A REGIÃO DE SAÚDE	7
INTRODUÇÃO	8
INDICADORES PACTUADOS (JANEIRO A DEZEMBRO) X RESULTADOS	9
QUADRO RESUMIDO	10
ANÁLISE POR INDICADOR	11
INDICADORES PACTUADOS (JANEIRO A JUNHO) X RESULTADOS	38
QUADRO RESUMIDO	39
ANÁLISE POR INDICADOR	40
INDICADORES PACTUADOS (JULHO A DEZEMBRO) X RESULTADOS	71
QUADRO RESUMIDO	72
ANÁLISE POR INDICADOR	73
CONCLUSÃO	93
AGRADECIMENTOS	95
GESTORES ATUAIS	96

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 ambulatorios 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

José Williams Cavalcante de Oliveira

Superintendente da Região de Saúde Sudoeste

“O Acordo de Gestão Regionalizada – AGR é um instrumento de planejamento estratégico capaz de fomentar discussões no âmbito de toda a região, sobretudo aprimorando a comunicação entre as áreas técnicas e aperfeiçoando a gestão por resultados. Como ferramenta de planejamento nos proporciona conhecer a importância de cada área analisada e pode contribuir para a melhoria do desempenho da assistência e influenciar no poder de decisão da gestão da Região Sudoeste. O Acordo com os seus resultados, bem como o conjunto de desdobramento de ações surgiram para atender a necessidade de melhorar de forma integral e com qualidade a situação de saúde regional.”

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!”

Sobre a Região de Saúde

A Região de Saúde Sudoeste

A Região de Saúde Sudoeste compreende as regiões administrativas de:

Águas Claras - RA XX, Arniqueiras - RA XXXIII, Recanto das Emas - RA XV, Samambaia - RA XII, Taguatinga - RA III e Vicente Pires - RA XXX.

Unidades de Saúde

1. Hospital Regional de Taguatinga - HRT
2. Hospital Regional de Samambaia - HRSAM
3. Policlínica - GSAS 1
4. Policlínica - GSAS 2
5. Policlínica - GSAS 3
6. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS i - Taguatinga
7. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II- Taguatinga
8. Centro de Atenção Psicossocial – Caps III - Samambaia
9. Centro de Atenção Psicossocial – Caps Ad - Samambaia
10. Centro de Atenção Psicossocial – Caps i – Recanto Das Emas
11. Central de Radiologia De Taguatinga - CRT
12. Centro Especializado em Reabilitação - CER Taguatinga
13. Unidade Básica de Saúde - UBS 1 a 8 de Taguatinga
14. Unidade Básica de Saúde - UBS 1 de Águas Claras
15. Unidade Básica de Saúde - UBS 1 de Vicente Pires
16. Unidade Básica de Saúde - UBS 1 a 9 de Samambaia
17. Unidade Básica de Saúde - UBS 1 a 5 de Recanto das Emas

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 SUDOESTE					
ITEM	TEMA	INDICADOR	META	RESULTADO PARCIAL	STATUS
1	CEGONHA	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	8,8	10,85	Satisfatório
2	CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	66,10%	61,8%	Satisfatório
2.1	CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	53,50%	71%	Superado
4	CEGONHA	Percentual de óbitos maternos investigados	100%	75%	Satisfatório
5	CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	100%	74%	Razoável
6	CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	85%	76%	Satisfatório
11	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	80%	86%	Superado
11.1	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	80%	94%	Superado
12	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares	25%	45%	Crítico
12.1	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares	30%	36%	Satisfatório
13	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	17%	1%	Superado
14	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	25%	8%	Superado
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	10	14,01	Razoável
15.1	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	10	15,62	Razoável
16	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica	10	9,24	Superado
17	RUE	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa	Monitoramento	145,3	Monitoramento
19	RUE	Taxa de notificação de violência	Monitoramento	22,4	Monitoramento
20	RUE	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas	15%	13%	Superado
20.1	RUE	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas	15%	12%	Superado
21	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	95%	94%	Satisfatório
25	DCNT	Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações	Monitoramento	2,91	Monitoramento
26	DCNT	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações	Monitoramento	1,58	Monitoramento
27	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Índice de fechamento de chave	70%	85%	Superado
29	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	100%	58%	Razoável
31	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%	21%	Superado
32	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD	100%	100%	Superado
38	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	90%	77%	Satisfatório

Quadro resumido:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
<u>Superado</u>	Superado - Acima de 100% da meta	10	44%
<u>Satisfatório</u>	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	8	35%
<u>Razoável</u>	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	4	17%
<u>Parcial</u>	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	0	0%
<u>Crítico</u>	Crítico - Abaixo de 25% da meta	1	4%
TOTAL			100%

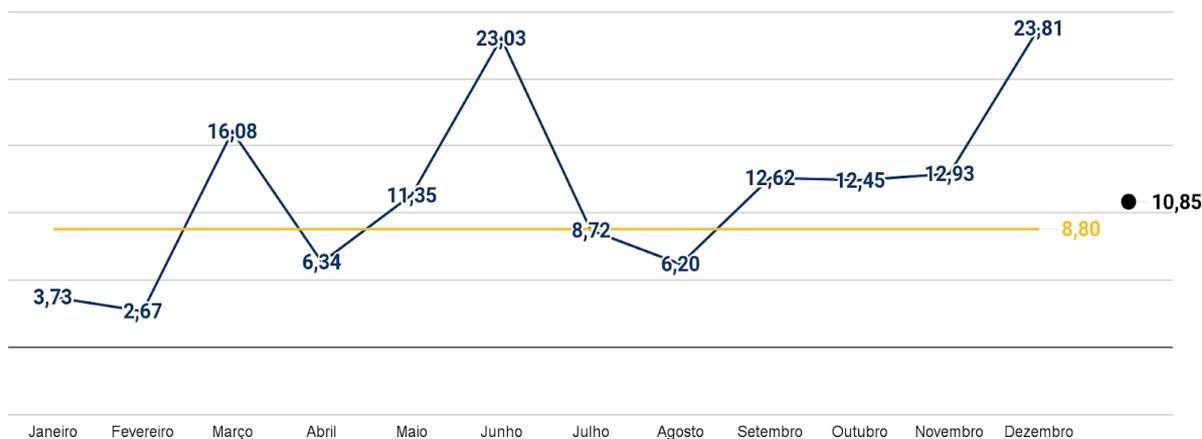
OBS.: Para o cálculo de porcentagem de alcance das metas desconsiderar os indicadores com meta "monitoramento" e "não se aplica".

ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 1

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

SUDOESTE



* Dados alimentados pela Região

— RESULTADO — META ● RESULTADO PARCIAL

Análise dos resultados:

Embora o status tenha finalizado como satisfatório, observa-se que o indicador oscilou muito durante o período, apresentando valores muito distantes da meta; e somente superou a meta em apenas em 5 meses (jan, fev, abr, jul, ago), mostrando um padrão semelhante em comparação ao período anterior, ano de 2021. Entretanto, em 2022, os valores no restante do ano ficaram distantes da meta estabelecida de 8,80%. Alguns eventos podem justificar os elevados índices durante o ano: gestantes que não fizeram pré-natal; falta de registro do tratamento no cartão da gestante; recusa do tratamento pela gestante; administração de penicilina ultrapassando 07 dias de intervalo entre as doses.

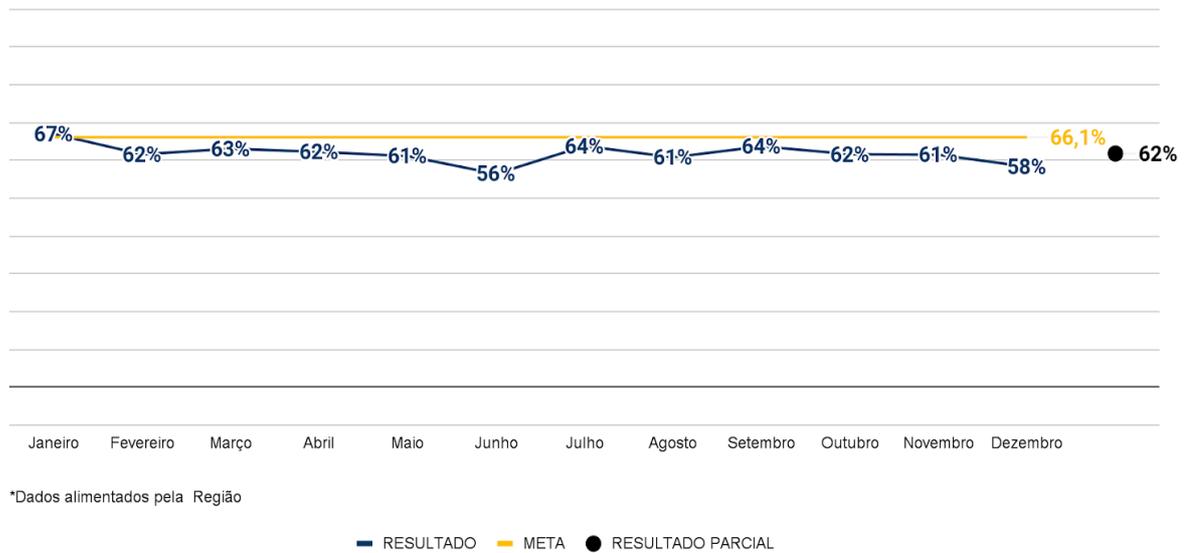
As principais ações implementadas durante o período são realizadas principalmente pelo Núcleo de Vigilância da região - NVEPI e a gerência responsável pelo agravo - GAPAPS, as quais têm feito o monitoramento de casos novos de sífilis em gestante, sífilis congênita e criança exposta, notificando as equipes das UBS, e trocando informações sobre o manejo através do sistema SEI. Ademais, é feito o rastreamento de resultados de exames VDRL registrados no sistema trackcare e enviado aos enfermeiros das equipes com orientação quanto ao tratamento da gestante e registro adequado.

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

Indicador 2

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

SUDOESTE



Análise dos resultados:

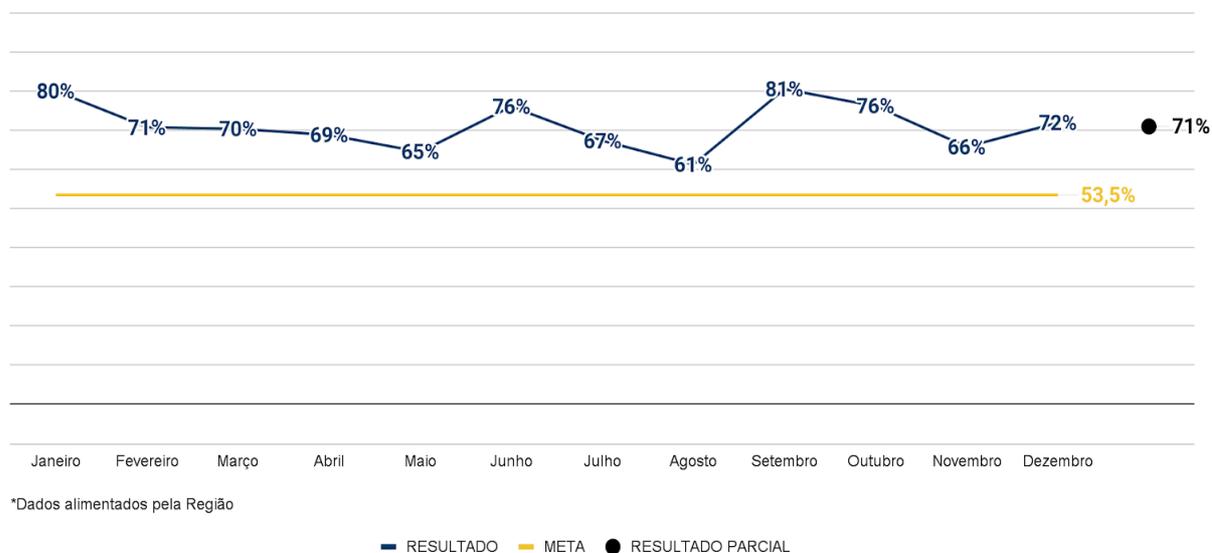
O indicador finalizou o período com resultado satisfatório, apresentando um índice de 62% para a meta estabelecida de 66,1%. Apresentou parciais oscilando entre as faixas de 56% (jun) a 67% (jan). Tal resultado mostra um desempenho inferior quando comparado ao ano anterior, o qual, finalizou com parcial de 75%, época que o indicador estava sob monitoramento e apresentou índices oscilando entre 76% e 83%. HRSAM é a unidade da região com referência em partos de baixo e médio risco.

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

Indicador 2.1

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

SUDOESTE



Análise dos resultados:

O indicador superou a meta estabelecida de 53,5% para o período analisado. Apresentou parciais oscilando entre 61% (ago) a 81% (set) e encerrou o ano com índice de 71%. Apesar do HRT ser referência para parto de alto risco da região, razão pela qual, pode haver um aumento na proporção do parto cesariano, apresentou índices para o parto normal sempre acima dos 60%. A unidade recebe pacientes de baixo a alto risco, como também recebe pacientes de Águas Lindas - GO e conta com a participação, no parto, das enfermeiras obstetras. Portanto, além da equipe médica da obstetrícia, existem as enfermeiras que colaboram para elevar o resultado do indicador.

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

Indicador 4

Percentual de óbitos maternos investigados

SUDOESTE



Análise dos resultados:

O indicador apresentou resultado satisfatório, encerrando o período com índice de 75% de óbitos maternos investigados. Os resultados até o momento, os quais, finalizaram os dados para esse relatório, podem ser parciais e provisórios devido ao prazo para encerramento das investigações de 120 dias e, portanto, algumas delas ainda estão aguardando as visitas domiciliares para serem concluídas. Ademais, à época de fechamento do relatório ainda não tinham sido registrados, no sistema SIM, os óbitos nos meses com dados em branco no gráfico. O total de óbitos acumulados durante o ano até o momento é de 4 óbitos maternos, nos meses de março (2), outubro (1) e dezembro(1). O resultado é melhor que no ano de 2021 que acumulou 13 óbitos maternos.

Indicador 5

Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano

SUDOESTE



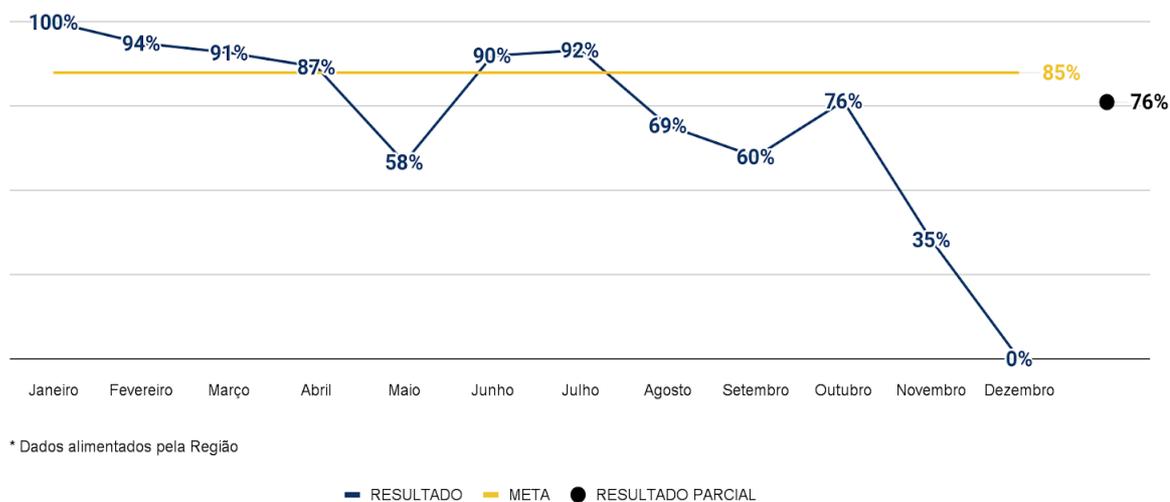
Análise dos resultados:

Os resultados até o momento, os quais, finalizaram os dados para esse relatório, podem ser parciais e provisórios devido ao prazo para encerramento das investigações de 120 dias e, portanto, algumas delas ainda estão aguardando as visitas domiciliares para serem concluídas. Dessa forma, até o momento, o indicador apresenta status razoável, com parcial de 74% de óbitos infantis investigados em relação a meta estabelecida de 100%. O total de óbitos infantis acumulados de janeiro a dezembro foi de 91 óbitos, quantidade maior em comparação ao mesmo período de 2021, que finalizou com 80 óbitos infantis. As investigações de óbito ocorrem realizando as visitas domiciliares, buscas nos prontuários, articulação com atenção primária e reuniões internas do comitê de óbito e deste com o comitê central.

Indicador 6

Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados

SUDOESTE



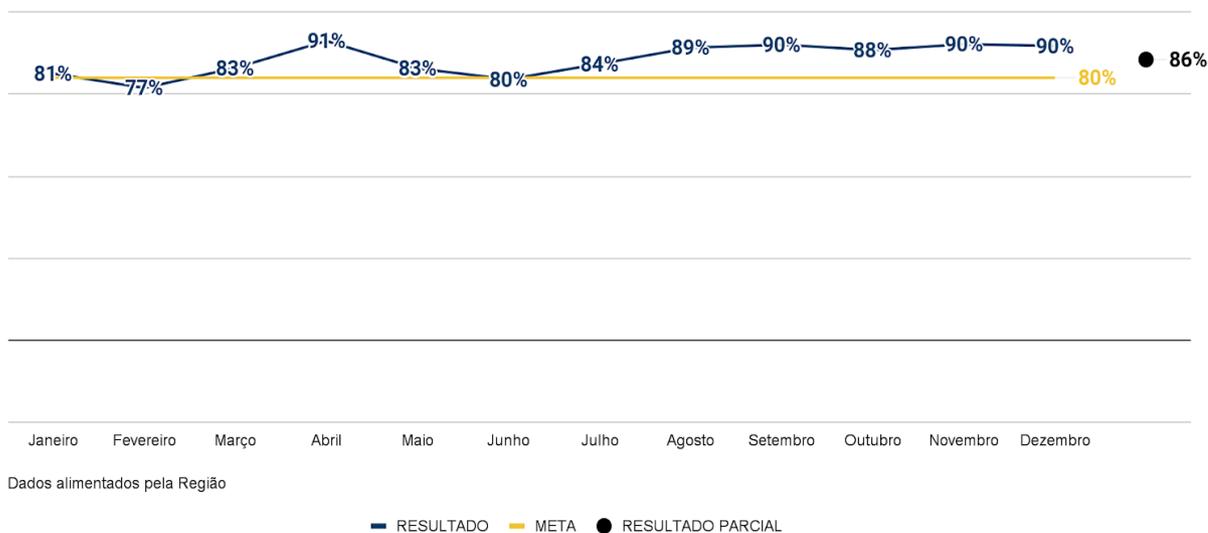
Análise dos resultados:

O indicador alcançou resultado satisfatório de 76% de óbitos MIF investigados até o momento em relação a meta estabelecida de 85%, com parciais variando entre 35% (nov) a 100%(jan). Em todos os meses houve registro de óbito MIF no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Lembrando que os resultados até o momento, os quais, finalizaram os dados para esse relatório, podem ser parciais e provisórios devido ao prazo para encerramento das investigações de 120 dias e, portanto, algumas delas ainda estão aguardando as visitas domiciliares para serem concluídas e validadas pelo Comitê de óbito da Região. O total de óbitos acumulados de jan a dez foi de 181 óbitos em mulheres de idade fértil até o fechamento deste relatório, uma quantidade menor que o ano de 2021, que encerrou com 264 óbitos MIF.

Indicador 11

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

SUDOESTE



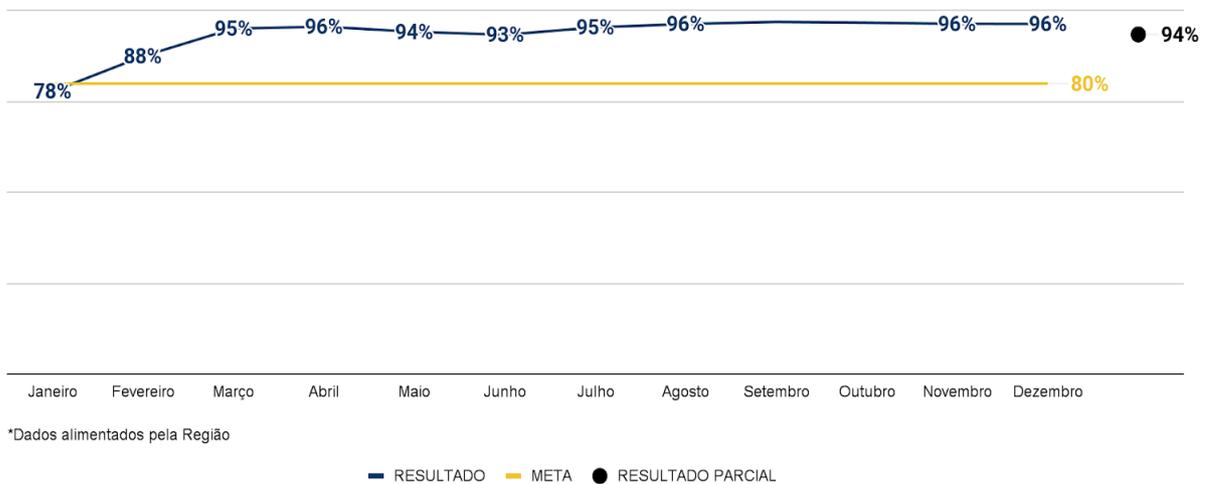
Análise dos resultados:

O indicador superou a meta estabelecida de 80%, apresentando resultado parcial de 86% de classificação das guias de atendimento de emergência - GAE. O desempenho é semelhante ao do ano anterior, 2021, cujo resultado foi de 86% em novembro e 87% em dezembro. O HRSAM ainda estava em desmobilização de leitos de paciente de COVID no período anterior. O hospital possui porta aberta para ginecologia e obstetrícia, possui duas salas de classificação - gineco e clínica médica e está com classificação de pacientes 24 horas por dia.

Indicador 11.1

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

SUDOESTE



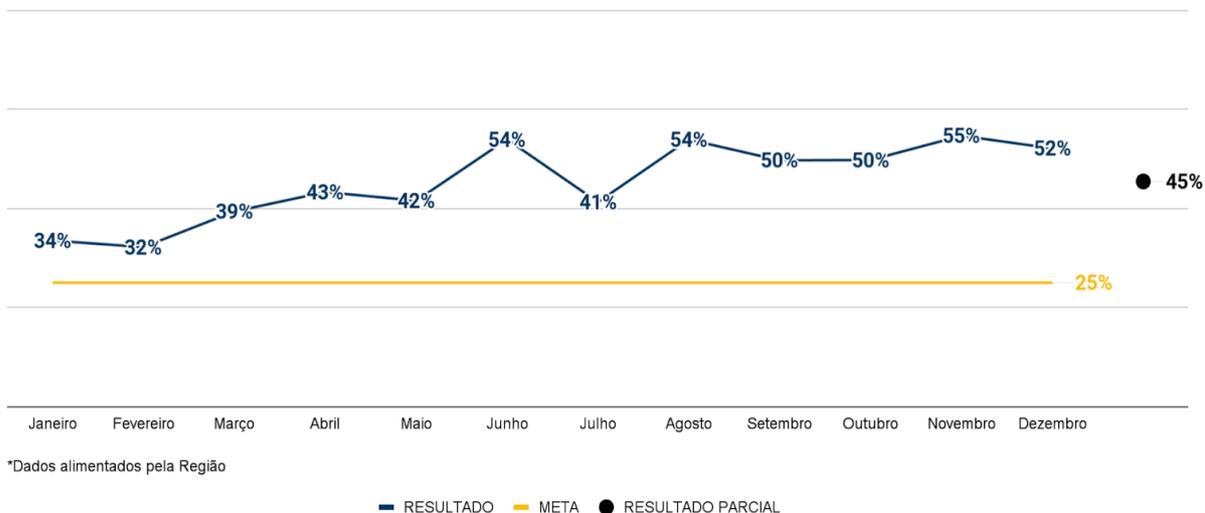
Análise dos resultados:

O indicador superou a meta estabelecida de 80% para o período e encerrou o ano com 94% das guias de atendimento de emergência - GAE classificadas. Os percentuais de setembro e outubro são de 97%. O HRT apresentou uma performance melhor quando comparado ao ano anterior, cujo resultado em dezembro foi de 86% de percentual de classificação das GAEs. O hospital é porta aberta para as especialidades de clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, ginecologia, oftalmologia, pediatria, inclusive atende a população da RIDE. Assim que a GAE é aberta, a equipe agiliza a classificação. Pode ocorrer, às vezes, de pacientes entrarem direto pela Sala Vermelha sem classificação, mas pode ser que alguns façam a GAE. Ademais, o atendimento pode ficar restrito em alguns momentos por ter pouco médico ou quando eles são deslocados de emergência para o centro cirúrgico.

Indicador 12

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

SUDOESTE



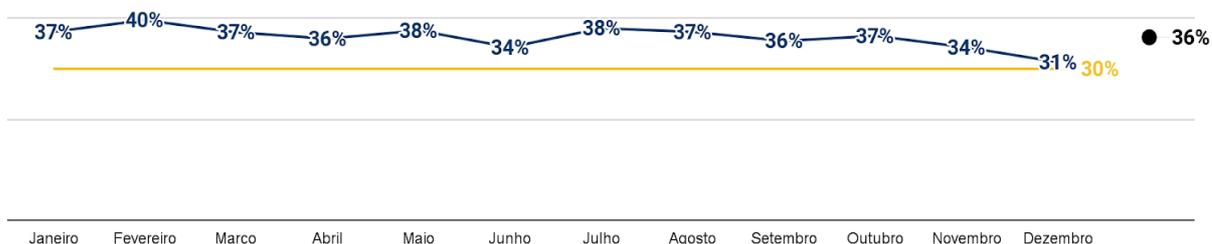
Análise dos resultados:

O indicador não apresentou um bom desempenho durante o período, encerrando-o com status crítico e com resultado parcial de 45%, índice muito distante da meta estabelecida de 25%. O menor percentual aconteceu em fevereiro (32%). Apesar do hospital não ter porta aberta para clínica médica, passou a ser referência para população de Samambaia e Recanto das Emas, por ser o único hospital dessas cidades. A classificação de verdes e azuis, que necessariamente deveriam ser atendidos na atenção primária, procuram o hospital que funciona 24 horas. Entretanto, está sendo feito um planejamento estratégico junto com a DIRAPS para buscar uma forma de ampliar o serviço e absorver essa demanda para informar à população que deve procurar os postos de saúde para os atendimentos de casos não graves.

Indicador 12.1

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

SUDOESTE



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO — META ● RESULTADO PARCIAL

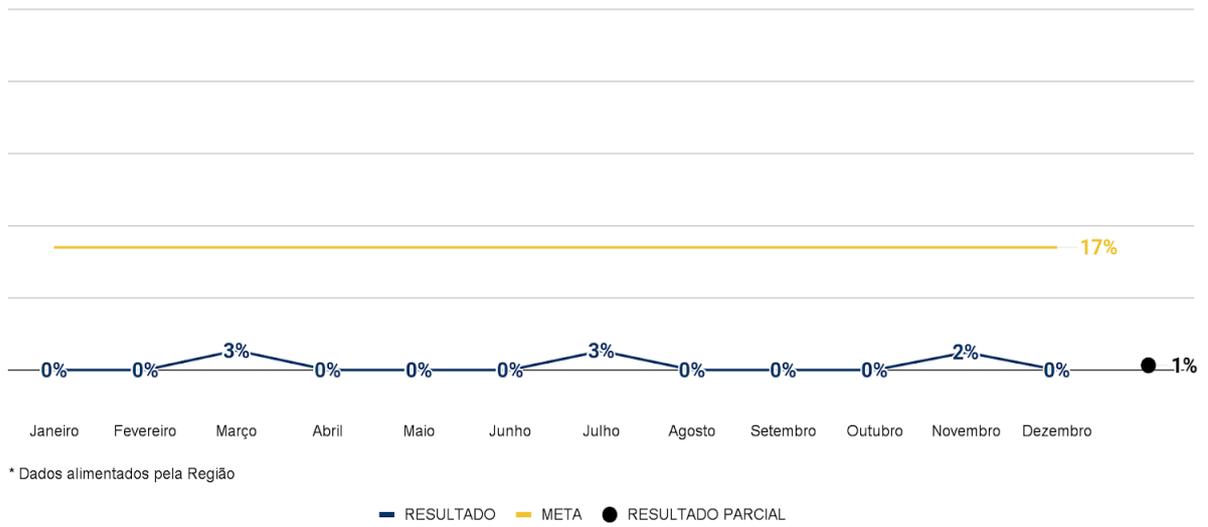
Análise dos resultados:

Apesar de não atingir a meta estipulada para o período de 30%, apresentou resultado satisfatório, encerrando o ano com 36% de usuários classificados como verdes e azuis na emergência. É importante ressaltar que a maioria dos pacientes classificados, 88% do valor são relacionados às especialidades de ortopedia e oftalmologia, as quais são porta aberta e cujo hospital é referência para o atendimento na rede SES. A exemplo do HRSAM, há também uma articulação com a atenção primária para absorver a demanda de atendimentos classificados como verdes e azuis.

Indicador 13

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

SUDOESTE



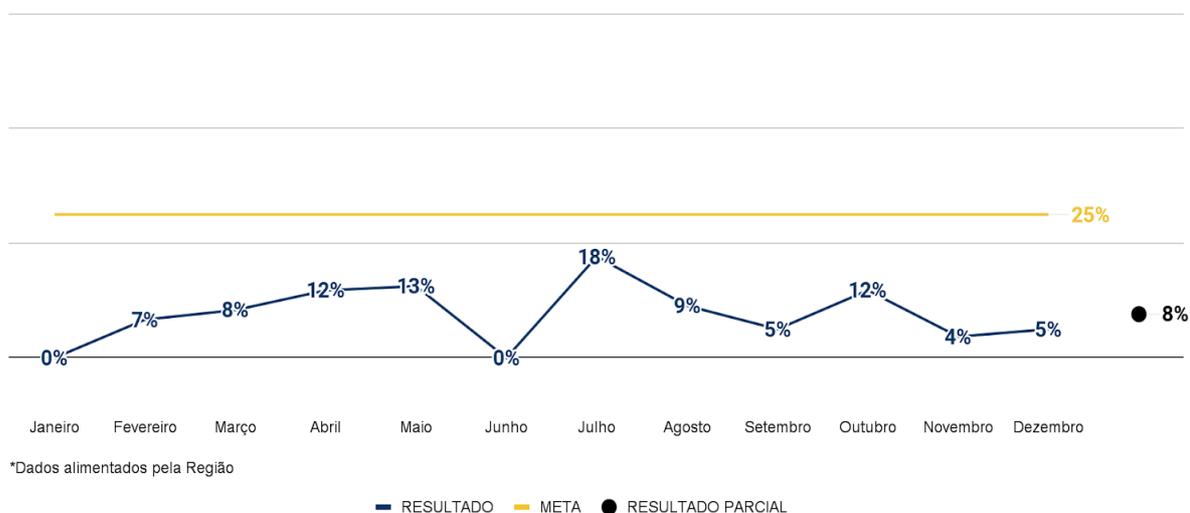
Análise dos resultados:

O indicador superou a meta durante todos os meses do período, igualmente ao ano anterior. Encerrou o período com 1% de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio - IAM. A região apresentou 3 óbitos por IAM de 385 internações. Quando comparado ao ano anterior, observa-se uma redução do número de óbitos (15 em 2021), bem como do número de internações (399 em 2021).

Indicador 14

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

SUDOESTE



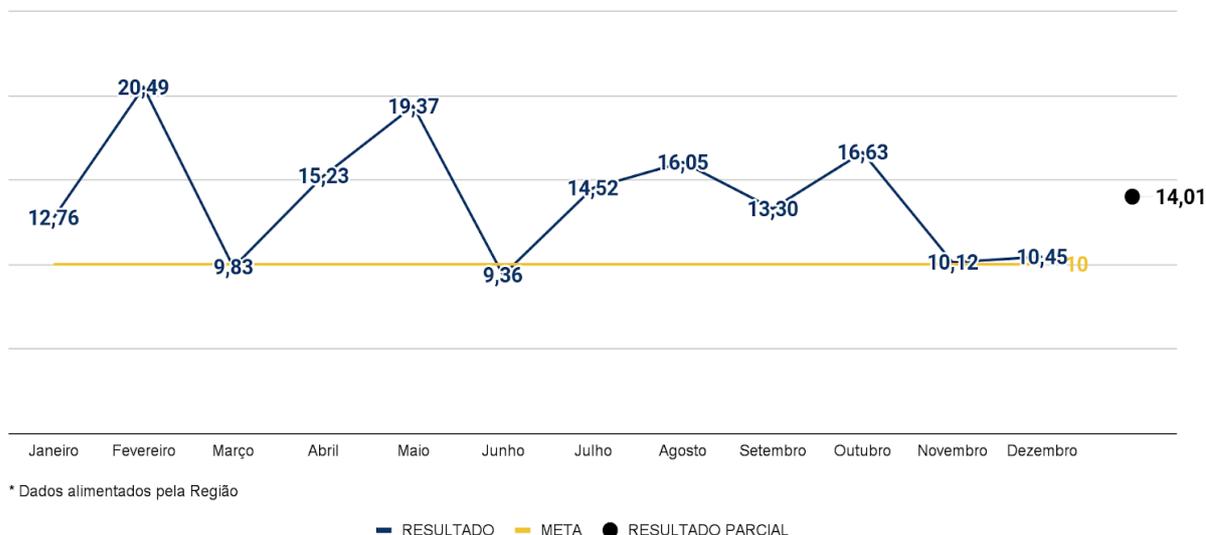
Análise dos resultados:

O indicador superou a meta durante todos os meses do período, ainda que em julho tenha apresentado o maior número de óbitos (3). Encerrou o ano com 8% de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico - AVE superando a meta estabelecida de 25%. A região apresentou 17 óbitos de 237 internações. Quando comparado ao ano anterior, houve redução do número de óbitos (39 em 2021), bem como de internações (284 em 2021).

Indicador 15

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

SUDOESTE



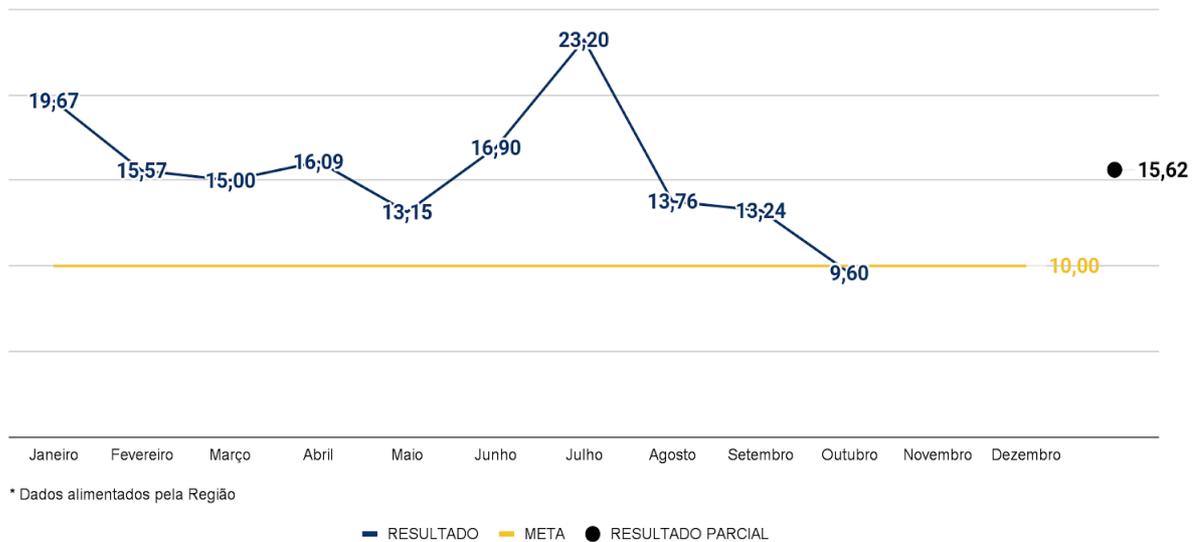
Análise dos resultados:

Indicador apresentou resultado razoável no período, mantendo índices instáveis, alcançando a meta estabelecida de 10 dias em praticamente 4 meses durante o ano. Apresentou performance melhor que no período anterior, cujo alcance da meta se deu somente em dois meses do ano de 2021. Ressalta-se que o pico de maior tempo de permanência em fevereiro com 20,49 dias de permanência foi devido à mobilização de leitos para atendimento COVID e com o aumento dos casos e agravamento de pacientes não vacinados; outro pico foi em maio com 19,37 dias também devido ao hospital ter voltado a receber paciente crônico após a desmobilização ocorrida em março. Ademais, a UTI/HRSAM possui pacientes, idosos e crônicos que exigem um tempo de permanência maior, ou seja, possivelmente pacientes que apresentam comorbidades e ainda, há os pacientes com as sequelas do COVID.

Indicador 15.1

Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral- HRT

SUDOESTE



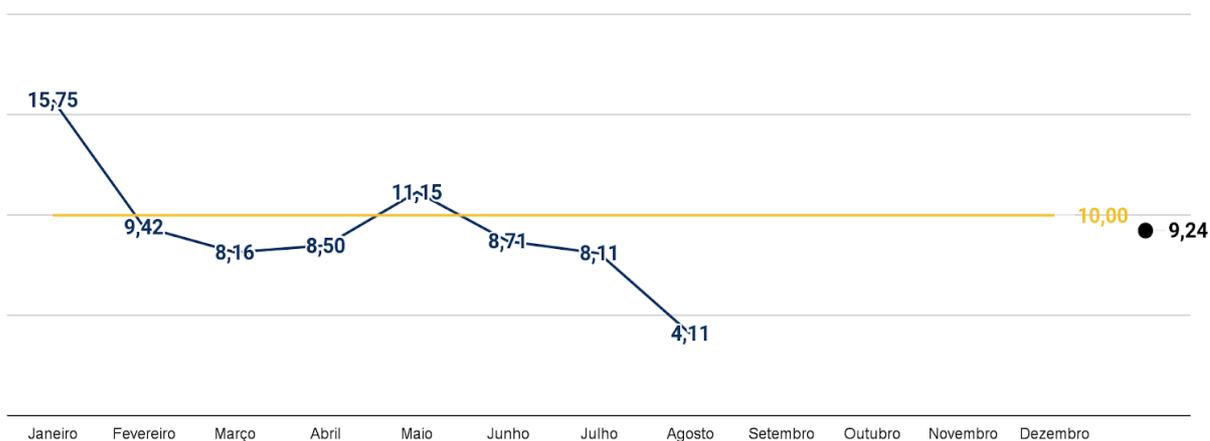
Análise dos resultados:

O Indicador encerrou o ano de 2022 com desempenho razoável, com parcial de 15,62 dias de tempo de permanência em uti geral. Apresentou desempenho semelhante quando comparado ao ano anterior que encerrou o ano com 14,3 dias para a mesma meta estabelecida de 10 dias. Vale citar que o perfil da UTI do HRT também dificulta o alcance da meta, é uma unidade que atende pacientes crônicos e dialíticos, de oncologia e comorbidades. Alguns fatores que influenciam diretamente o tempo de permanência: a mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, falta de agilidade na realização de exames e procedimentos, notadamente tomografias, ecografias que não há na beira leito, a disponibilização de leitos de retaguarda quando da alta médica do paciente; dificuldade de conseguir vaga para diálise depois da alta. O Plano de Ação que pode minimizar esses fatores e otimizar uma maior rotatividade dos leitos. Portanto, as ações previstas no Plano de Ação da região devem estar focadas em viabilizar sempre que possível a desospitalização para o atendimento domiciliar – NRAD.

Indicador 16

Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica - HRT

SUDOESTE



* Dados alimentados pela Região

— RESULTADO — META ● RESULTADO PARCIAL

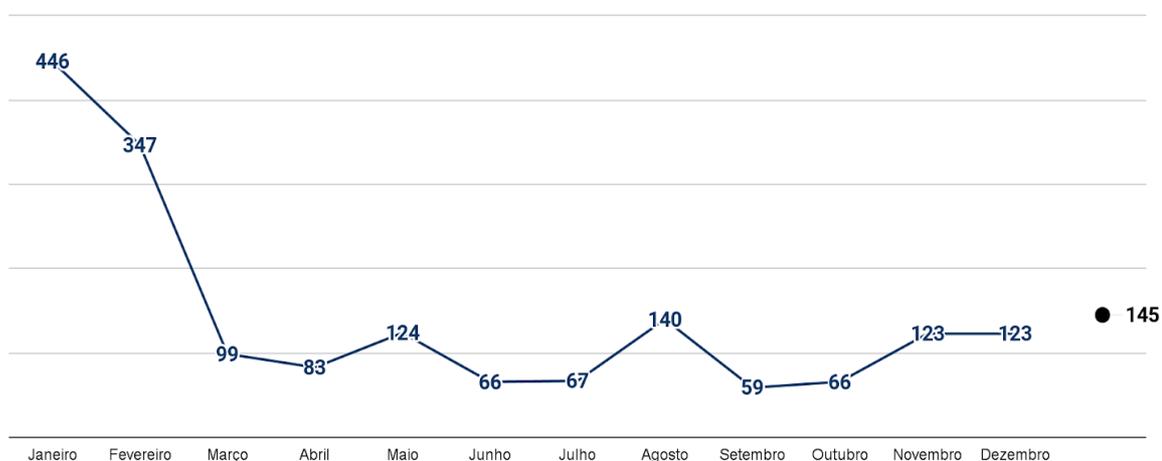
Análise dos resultados:

O indicador superou a meta de 10 dias de tempo de permanência em uti pediátrica, com parcial de 9,24 dias, apresentando uma performance semelhante ao ano anterior (resultado de 8,6 dias para uma meta de 11,9 dias). Os maiores tempos de permanência em janeiro (15,75) e maio (11,15) foram consequência das internações prolongadas de crianças com maior gravidade nesses meses, maior que 30 dias. As características da UTI pediátrica e os distintos perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos – case mix, são fatores que diferenciam a média de permanência nas UTIS pediátricas. As médias de permanência das UTIs pediátricas tendem a ser mais elevadas que aquelas observadas nas UITs adulto. O parâmetro foi levantado a partir das fontes encontradas que se adequassem com a realidade do DF. Sendo elas o Governo do Distrito Federal DF (2008), o Programa CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar; Secretaria Municipal de Saúde de Diadema - SP, 2011.

Indicador 17

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

SUDOESTE



* Dados alimentados pela Região

— RESULTADO ● RESULTADO PARCIAL

Análise dos resultados:

Indicador com status de monitoramento desde o período anterior, cujos resultados são fornecidos pelo Complexo Regulador - SES/CRDF/NPMA. O tempo de retenção de maca por unidade de emergência se dá pela somatória dos tempos decorridos entre a data e a hora de retenção e a data e a hora de liberação por cada maca retida. Destacam-se os meses de junho (66), julho(67), setembro (59) e outubro (66), os quais tiveram a melhor performance durante o ano. Na desagregação dos resultados dos dois hospitais, percebe-se um distanciamento entre os dois devido às realidades das demandas diferentes:

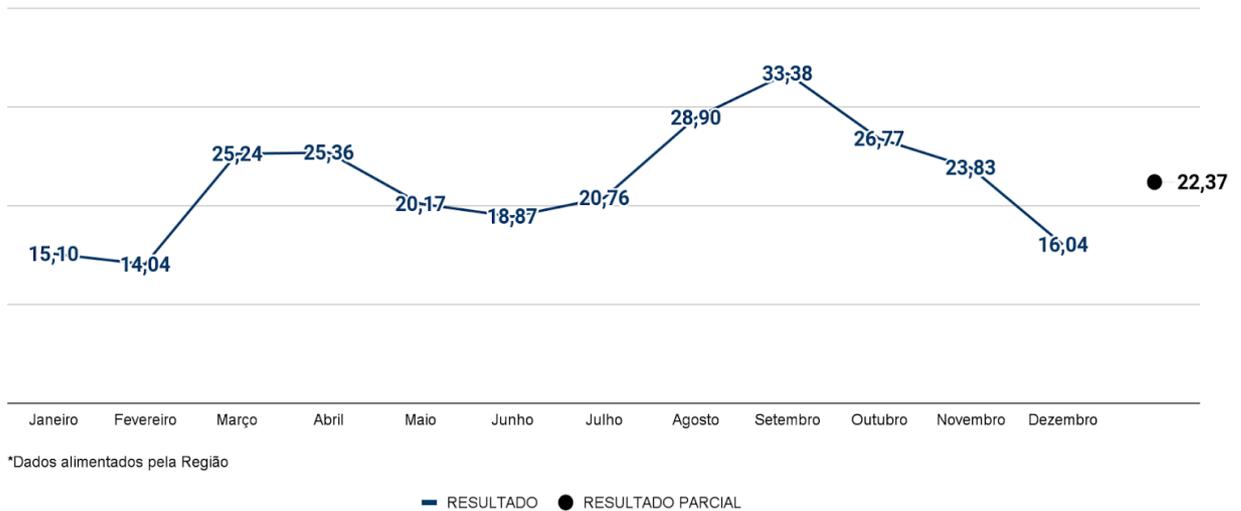
HRSAM - Somente cirurgia eletiva, o hospital não é porta aberta para clínica médica , regulada pelo SISLEITOS.

HRT - o pronto socorro é porta aberta, o hospital é referência para trauma, ortopedia e oftalmologia na rede SES.

Indicador 19

Taxa de Notificação de Violência

SUDOESTE



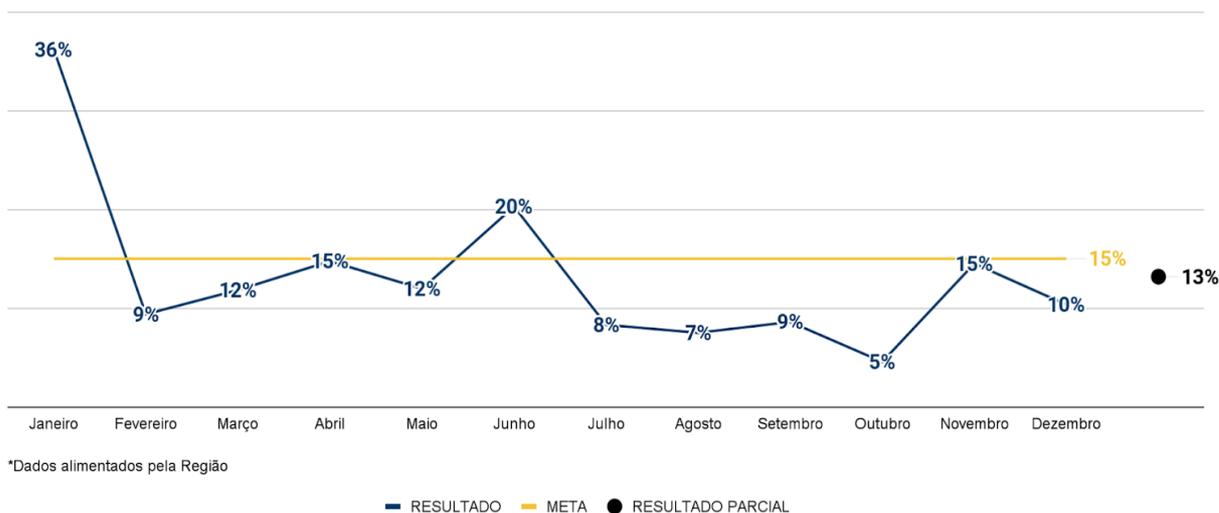
Análise dos resultados:

Indicador em estado de monitoramento, apresentando resultado parcial de 22,37% de taxa de notificação de violência. Vários fatores influenciam na operacionalização de notificação de violência, mas majoritariamente a quantidade insuficiente de RH nos setores, conseqüentemente prejuízo no registro de notificações inseridas no sistema. Apesar disso, os registros têm aumentado e a performance desse ano foi melhor que a do ano de 2021, que encerrou com 17,26% de notificação de violência. Total das notificações do período: 2.276, quantidade maior que em 2021 que foram 1.718 notificações. O maior número de notificações, segundo a RA, foi em Samambaia e Taguatinga, onde existem unidades notificadoras.

Indicador 20

Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas HRSAM

SUDOESTE



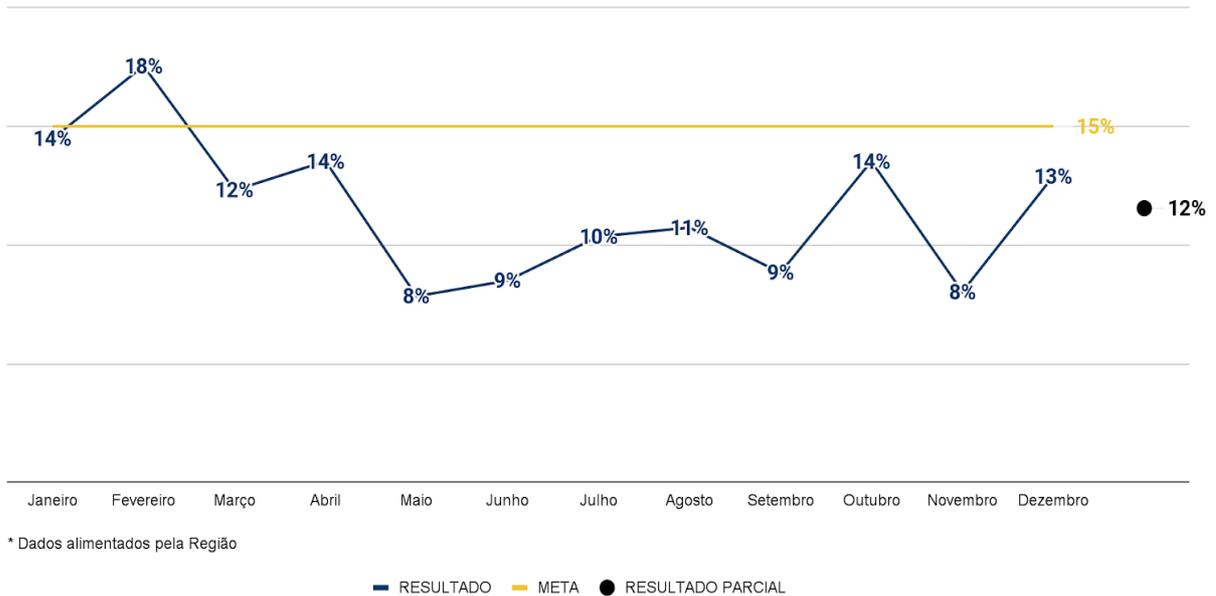
Análise dos resultados:

O indicador superou a meta para o período, encerrou o ano com 13% de suspensão de cirurgias eletivas. A performance desse ano foi melhor que a do ano anterior, o qual apresentou resultado final de 27% para a mesma meta estabelecida de 15%. O maior índice para suspensão ocorreu em janeiro (36%) e se concentrou nas condições clínicas desfavoráveis do paciente e também por determinação do Decreto do GDF que suspendeu cirurgias à época da pandemia do COVID. Além desses, durante o ano os principais motivos para a suspensão de cirurgia são: falta de RH, questões administrativas (indisponibilidade de salas, leitos, horário, insumos). Existem ações previstas para o período, e ações de rotina da enfermagem de centro cirúrgico que podem minimizar a suspensão de cirurgias por motivo do paciente e incluem: aprimorar o processo de preparação dos mapas cirúrgicos, com capacitação dos servidores que trabalham na elaboração dos mapas; melhorar a comunicação aos pacientes (detalhar melhor o dia da cirurgia, confirmar dados pessoais, verificar estado clínico, melhorar a orientação do preparo antes da internação), identificar as causas de suspensão de cirurgias, institucionalizar o check list cirúrgico, monitorando a equipe quanto a realização do bate mapa para a redução de cancelamento de cirurgias por motivos de observação do jejum, falta de OPME, falta de consulta pré anestésica e condições clínicas do paciente.

Indicador 20.1

Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas - HRT

SUDOESTE



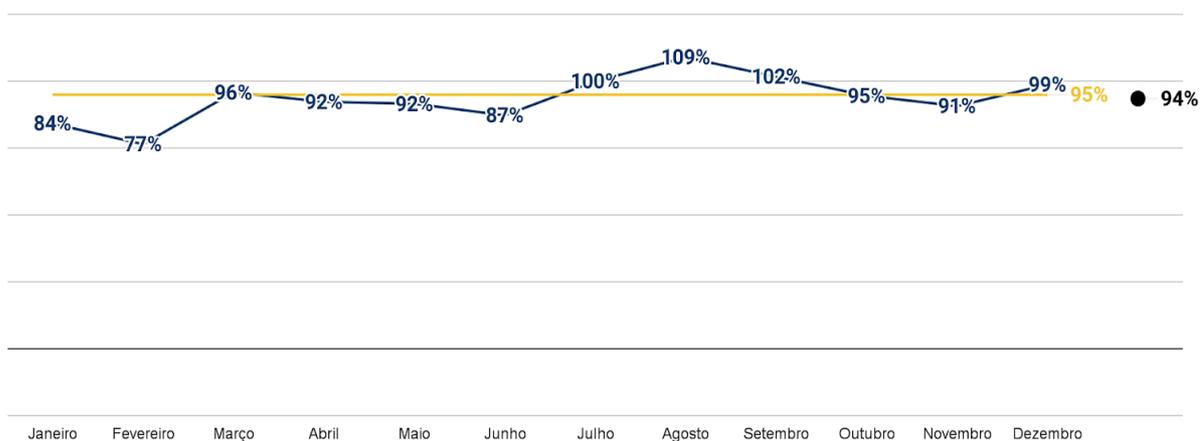
Análise dos resultados:

O indicador superou a meta estabelecida para o período, encerrou o ano com 12% de taxa de suspensão de cirurgias eletivas. O desempenho foi melhor que o observado no ano anterior (19%). O maior índice ocorreu em fevereiro (18%) e os principais motivos foram: falta de recursos materiais (insumos) e humanos, falta de condições clínicas do paciente, ou o paciente não compareceu, a conduta médica, avanço de horário e falta de leito de UTI. Existem ações previstas para o período, e ações de rotina da enfermagem de centro cirúrgico que podem minimizar a suspensão de cirurgias por motivo do paciente e incluem: aprimorar o processo de preparação dos mapas cirúrgicos, com capacitação dos servidores que trabalham na elaboração dos mapas; melhorar a comunicação aos pacientes (detalhar melhor o dia da cirurgia, confirmar dados pessoais, verificar estado clínico, melhorar a orientação do preparo antes da internação), identificar as causas de suspensão de cirurgias, institucionalizar o check list cirúrgico, monitorando a equipe quanto a realização do bate mapa para a redução de cancelamento de cirurgias por motivos de observação do jejum, falta de OPME, falta de consulta pré anestésica e condições clínicas do paciente.

Indicador 21

Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.

SUDOESTE



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO — META ● RESULTADO PARCIAL

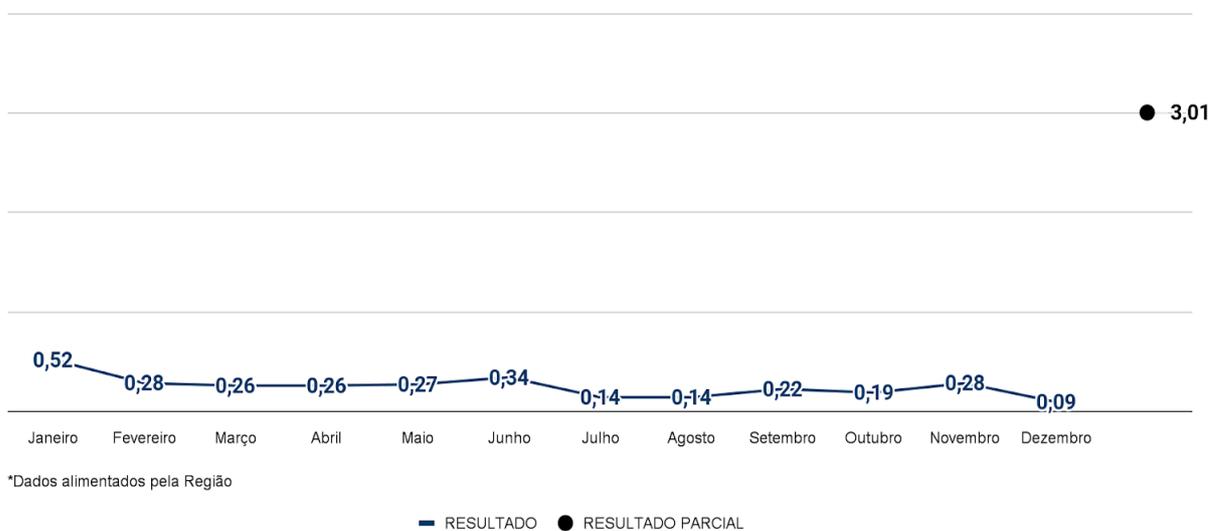
Análise dos resultados:

O indicador atingiu o resultado satisfatório com índice de 94% da meta estabelecida de 95% de nascidos vivos que realizaram triagem neonatal. Alcançou resultados satisfatórios em seis meses do ano: março, julho, agosto, setembro, outubro e dezembro. Esclarece-se que os índices de agosto (109%) e setembro (102%) só foram possíveis devido uma cobertura de 380 horas distribuídas na clínica médica, UTI PED e UTI NEO, possibilitando a cobertura de mais de 100% de nascidos vivos. Além da realização de testes em nascidos na região, foram realizados testes em nascidos de outras regiões também. Quando comparado ao ano anterior, a performance desse ano foi melhor que em 2021, cujo indicador alcançou resultado somente em dois meses.

Indicador 25

Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas Complicações

SUDOESTE



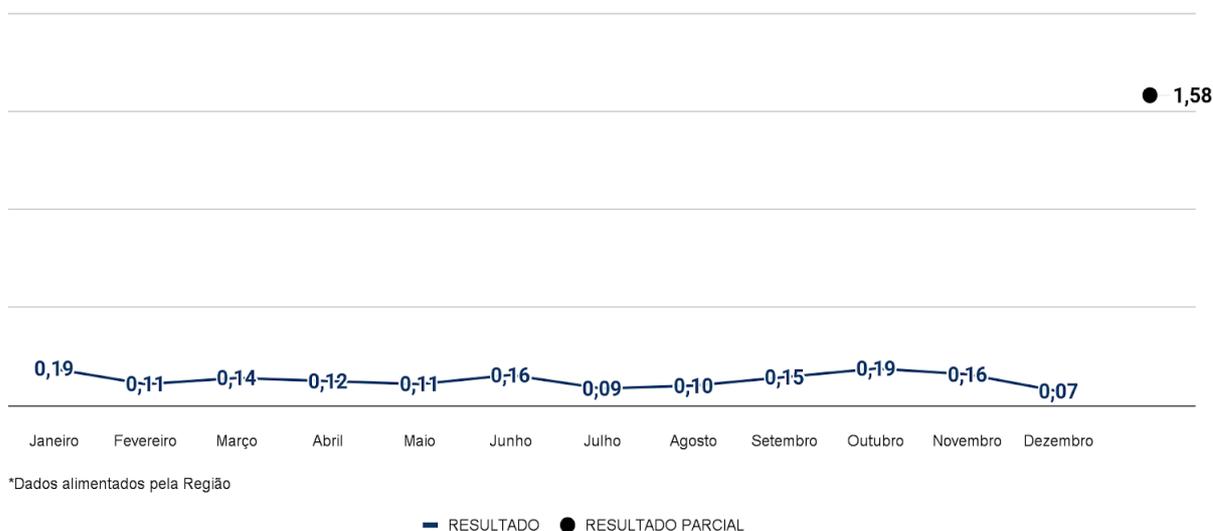
Análise dos resultados:

O indicador permaneceu com status de monitoramento durante o período estudado, igualmente ao ano anterior. Ocorreram 255 internações em 2022 e 323 internações em 2021, sobretudo no HRT. Quando comparado o número de internações com o do período anterior, esse ano apresentou um desempenho melhor do ponto de vista das ações de prevenção implementadas porque quanto menor o número de internações relacionadas a diabetes e suas complicações, melhor a condição de vida do paciente para lidar com o agravo. O grupo condutor DCNT com suas áreas integrantes concentram esforços no sentido de promover ações, especialmente na atenção primária, mas também na atenção secundária de combate às doenças crônicas não transmissíveis, incluindo a diabetes mellitus.

Indicador 26

Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações

SUDOESTE



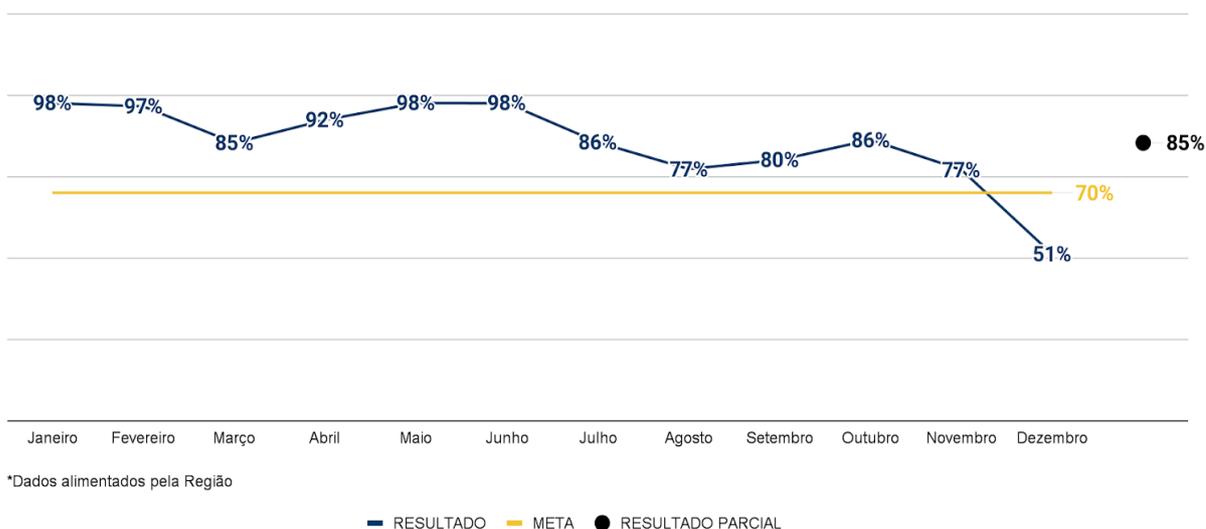
Análise dos resultados:

O indicador permaneceu com status de monitoramento durante o período estudado, igualmente ao ano anterior. Ocorreram 105 internações em 2022 e 58 internações em 2021, sobretudo no HRT. Quando comparado o número de internações com o do período anterior, esse ano apresentou um desempenho abaixo do esperado do ponto de vista das ações de prevenção implementadas porque mais pessoas foram internadas por uma condição que pode ser evitada caso tivessem sucesso nessas ações. De toda forma, o grupo condutor das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT com suas áreas integrantes concentram esforços no sentido de promover ações, especialmente na atenção primária, mas também na atenção secundária de combate às doenças crônicas não transmissíveis, incluindo hipertensão arterial e suas complicações.

Indicador 27

Índice de fechamento de chave

SUDOESTE



Análise dos resultados:

O indicador superou a meta de 70% estabelecida para o período analisado. Encerrou o período com 85% de fechamento de chave e apresentou uma performance semelhante ao período anterior, 2021. Ressalta-se que, a unidade Central de Radiologia de Taguatinga - CRT obteve a senha de executante em Panorama III do SISREG e o fechamento de chave dos atendimentos realizados foi iniciado em setembro, porém com um grande volume. O indicador apresentou queda dos índices em novembro e dezembro, primeiramente devido ao maior volume de faltas na Unidade CRT em novembro, dificultando o fechamento das chaves.

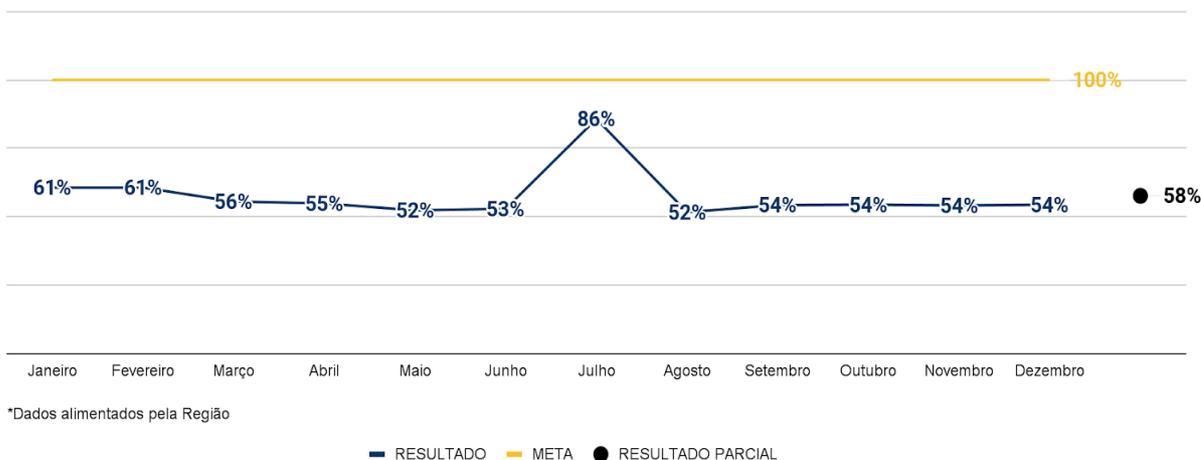
Ademais, no final do ano, não foi possível calcular em tempo hábil a quantidade de faltas do HRT, pois o SISREG não estava gerando o relatório da unidade.

As unidades da DIRASE são empenhadas em realizar capacitação a todos os servidores para a execução e ciência da necessidade do fechamento de chave dos atendimentos; há monitoramento das ações.

Indicador 29

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

SUDOESTE



Análise dos resultados:

O indicador finalizou o período com resultados razoáveis, apresentando parciais variando de 52% (maio e agosto) a 86% (julho) de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada. Quando comparado ao ano anterior, o desempenho de 2022 foi um pouco melhor que o do ano de 2021, o qual encerrou o período com resultado de 54%. Muitos fatores interferem no alcance dos resultados da região a saber, o espaço reduzido no HRT; a falta de RH para execução das atividades inerentes à implantação do sistema de distribuição por dose individualizada, em especial farmacêuticos e AOSD de farmácia, e para outras atividades do Núcleo de Farmácia. O HRT possui a Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF que abastece todo o hospital com a manipulação de medicamentos, a dose individualizada, a quimioterapia e a OPME, os quais também necessitam do profissional farmacêutico e AOSD de farmácia.

Indicador 31

Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

SUDOESTE



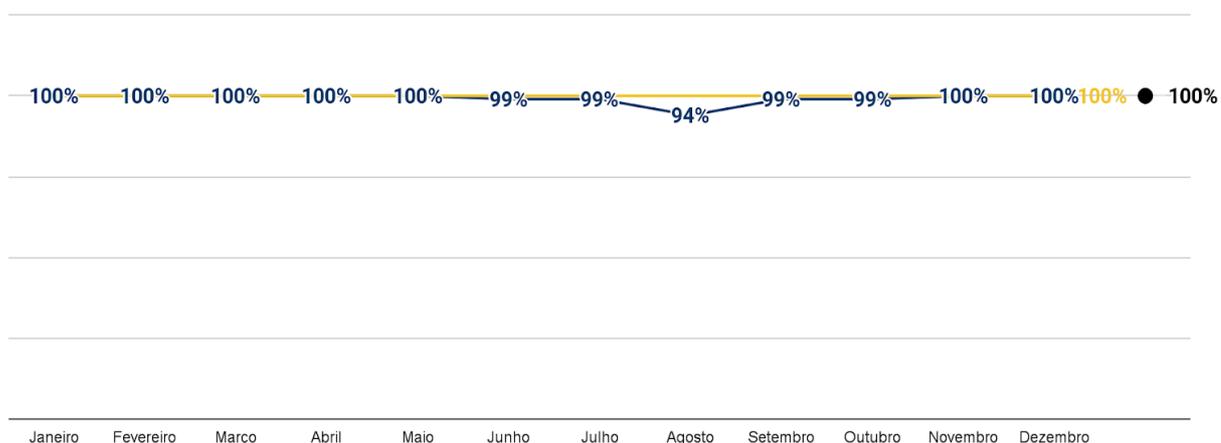
Análise dos resultados:

O indicador superou a meta de 5%, finalizando o período com 21% faturado no tipo de financiamento MAC. A força tarefa entre os agentes de planejamento junto aos NCAIS da região em busca da qualificação na apuração de glosas/rejeições nos processos de faturamento da conta hospitalar são alguns exemplos das ações que a região realiza para manter os índices positivos de faturamento. Ademais, durante o período, observou-se um aumento significativo nos resultados após a mudança na metodologia de cálculo da linha de base das regiões de saúde, a partir da competência de junho. Retirou-se da média de produção do ano de 2021 e dos resultados de 2022 todo valor de AIH pertencente ao procedimento 03.03.01.02-23 (Tratamento de infecção pelo CORONAVÍRUS), considerando a revogação do procedimento na referida competência e um acordo de Gestão na ADMC SES. Ressalta-se que apesar das unidades de UTI adulto e pediátrica permanecerem fechadas durante os meses de outubro, novembro e dezembro, houve aumento no resultado do indicador de 13,64% em novembro para 17,31% em dezembro no percentual faturado no tipo de financiamento MAC.

Indicador 32

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

SUDOESTE



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO — META ● RESULTADO PARCIAL

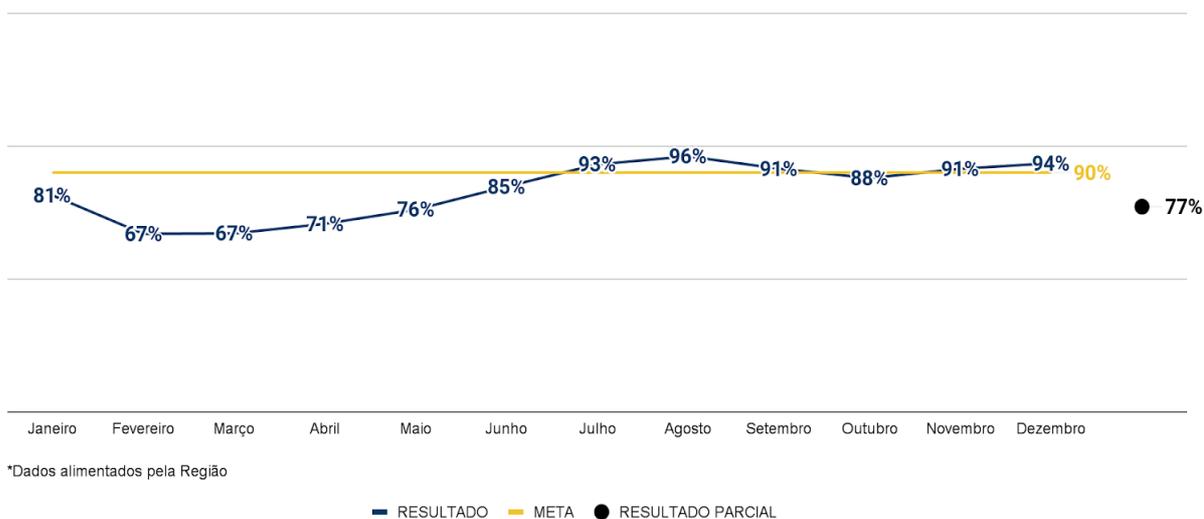
Análise dos resultados:

O indicador apresentou resultado satisfatório ao final do período analisado e apresentou um desempenho melhor quando comparado ao período anterior. Os processos de trabalho na região, sobretudo no hospital HRT, foram otimizados, e a região conseguiu apurar os custos 100% em praticamente todo o ano, ainda que apresente nos meses de agosto (94%) e outros meses percentual abaixo de 100%, a região conseguiu manter a apuração constante. Portanto, o preenchimento do ApuraSUS e a Análise Crítica conseguiram ser concluídas na região com sucesso.

Indicador 38

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

SUDOESTE



Análise dos resultados:

Resultado satisfatório para o período, apesar de não ter atingido a meta estabelecida de 90% para o acordo, encerrando o ano com resultado parcial de 77%. Quando comparada ao período anterior, a performance de 2022 foi mais baixa que no ano de 2021, o qual encerrou o período com parcial de 85%. Algumas ações de monitoramento são realizadas ao longo do ano com as equipes: Seguem sendo realizadas as reuniões do GEIPLAN Dengue em nível regional com participação de todos os gerentes GSAPS, administradores regionais, SLU e os Núcleos de Vigilância ambiental da região - NUVAL; Promoção de capacitação aos profissionais de VE, das UPAS, UBS e rede privada da região; Divulgação das informações de casos do SINAN para os Núcleos de Vigilância ambiental da região; Acompanhamento das atividades realizadas pelas UBS e NUVAL com descrição mensal das atividades em processo SEI.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

Vigência de Janeiro a Junho/2022

REGIÃO SUDOESTE					
ITEM	TEMA	INDICADOR	META	RESULTADO PARCIAL	STATUS
5	REDE CEGONHA	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade.	100%	0%	Crítico
13	RUE	Média de Permanência Geral	5	4,04	Superado
13.1	RUE	Média de Permanência Geral	5	8,34	Razoável
14	RUE	Média de permanência em leitos de clínica médica	Monitoramento	10,69	Monitoramento
14.1	RUE	Média de permanência em leitos de clínica médica	Monitoramento	17,63	Monitoramento
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica	Monitoramento	1,89	Monitoramento
15.1	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
16	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica	Monitoramento	63%	Monitoramento
16.1	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica	Monitoramento	95%	Monitoramento
17	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais	Monitoramento	64%	Monitoramento
17.1	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais	Monitoramento	82%	Monitoramento
21	RUE	Taxa de mortalidade por acidentes	Monitoramento	0,49	Monitoramento
22	RUE	Percentual de admissão no SAD no período	10%	7%	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	1.276	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	444	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	1.046	Superado
25.3	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial)	350	422	Superado
25.4	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial)	350	710	Superado
26	PSICOSSOCIAL	Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica	100%	93%	Satisfatório
27	DCNT	Percentual de consultas de cardiologia	25%	32%	Superado
28	DCNT	Percentual de consultas de endocrinologia	25%	25%	Superado
29	DCNT	Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis	Monitoramento	17%	Monitoramento
32	DCNT	Razão de mamografia de rastreamento na população alvo	Monitoramento	0,01	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%	36%	Satisfatório
38	SIST. APOIO E LOGÍST.	Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada	Monitoramento	51%	Monitoramento
39	SIST. APOIO E LOGÍST.	Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente	Monitoramento	262	Monitoramento
41	SIST. APOIO E LOGÍST.	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF	Monitoramento	32%	Monitoramento
44	SIST. APOIO E LOGÍST.	Taxa de absenteísmo	5%	2%	Monitoramento

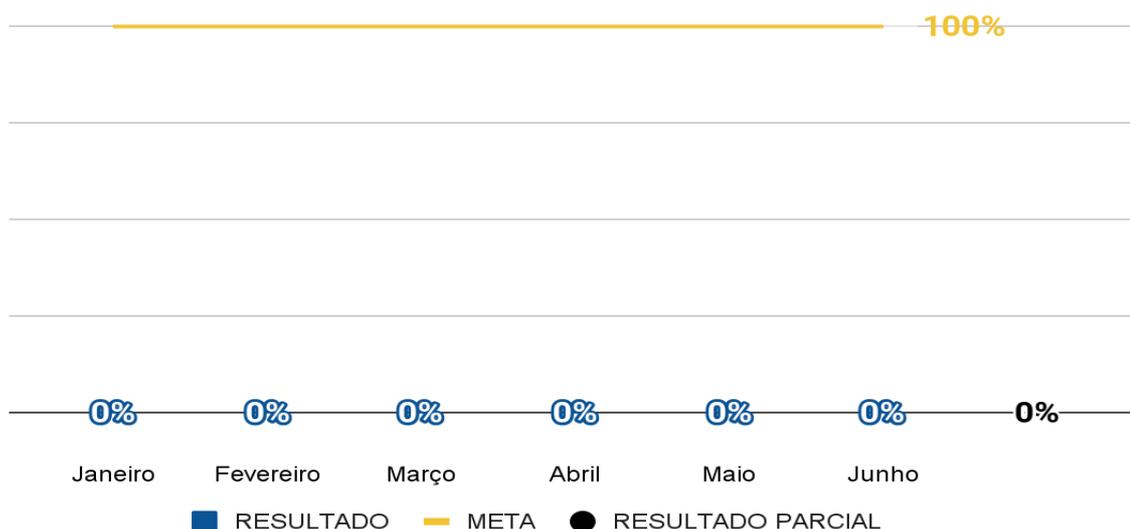
Quadro resumido:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
<u>Superado</u>	Superado - Acima de 100% da meta	8	50%
<u>Satisfatório</u>	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	4	25%
<u>Razoável</u>	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	2	12,5%
<u>Parcial</u>	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	0	0%
<u>Crítico</u>	Crítico - Abaixo de 25% da meta	2	12,5%
TOTAL			100%

ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 05

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

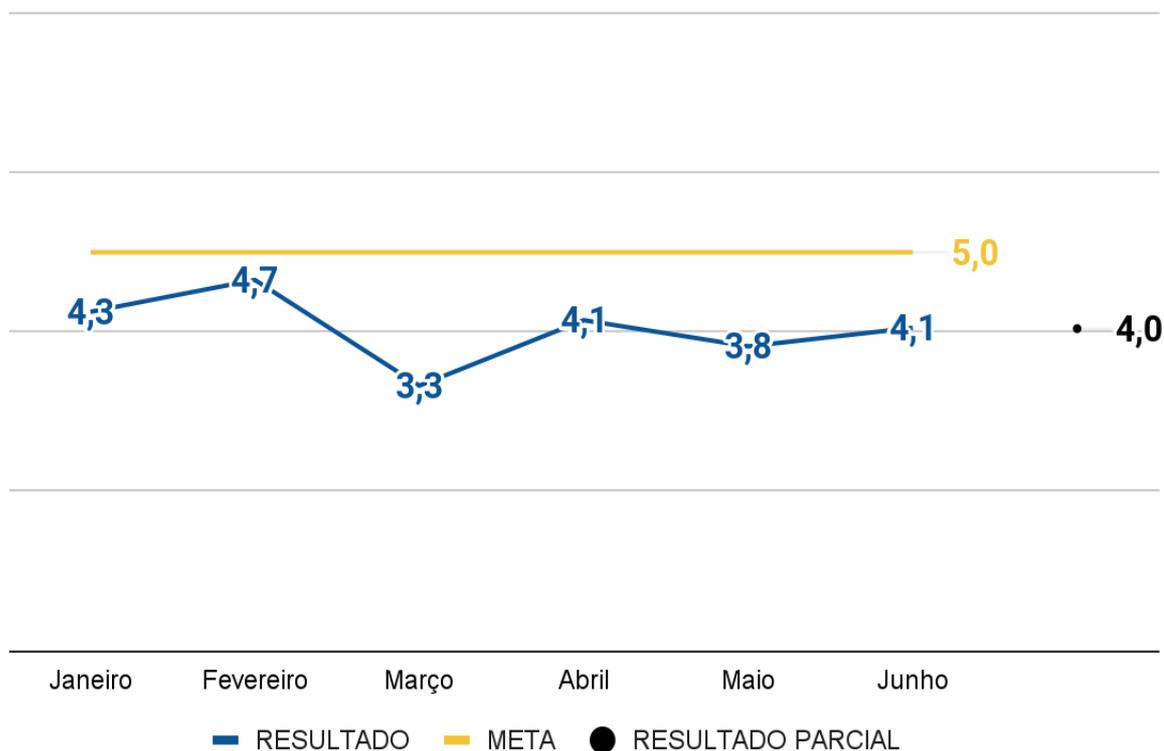


Análise dos resultados:

O indicador manteve o mesmo perfil crítico do ano anterior; muito se deve pela forma de cálculo do indicador, ou seja, a meta só é alcançada se o grupo das 4 vacinas alcançarem 95%. O mês de janeiro foi o mês com melhor cobertura em cada uma das 4 vacinas em comparação com o restante do semestre. É necessário citar que a migração do ESUS APS para o sistema SIPNI apresenta demora e, por vezes, há falha na migração entre os sistemas e pode demorar até 90 dias; Os dados não são tão fidedignos quando avaliados por região administrativa devido aos atrasos causados por problemas técnicos dos sistemas do MS e também devido ao tamanho do DF e da nossa região, pois há migração de usuários entre as regiões, principalmente devido a alta demanda da vacinação de covid na época, além das campanhas de influenza e sarampo que estavam sendo realizadas. Ademais, ocorreram fechamentos de algumas salas de vacina devido à falta de RH ou devido aos afastamentos legais. Essa questão reflete na baixa de dados consolidados do mês, o que piora os resultados do indicador.

Todas as ações foram realizadas do plano de ação proposto. Existe solicitação de busca ativa também pelas equipes de saúde da família e UBS em geral.

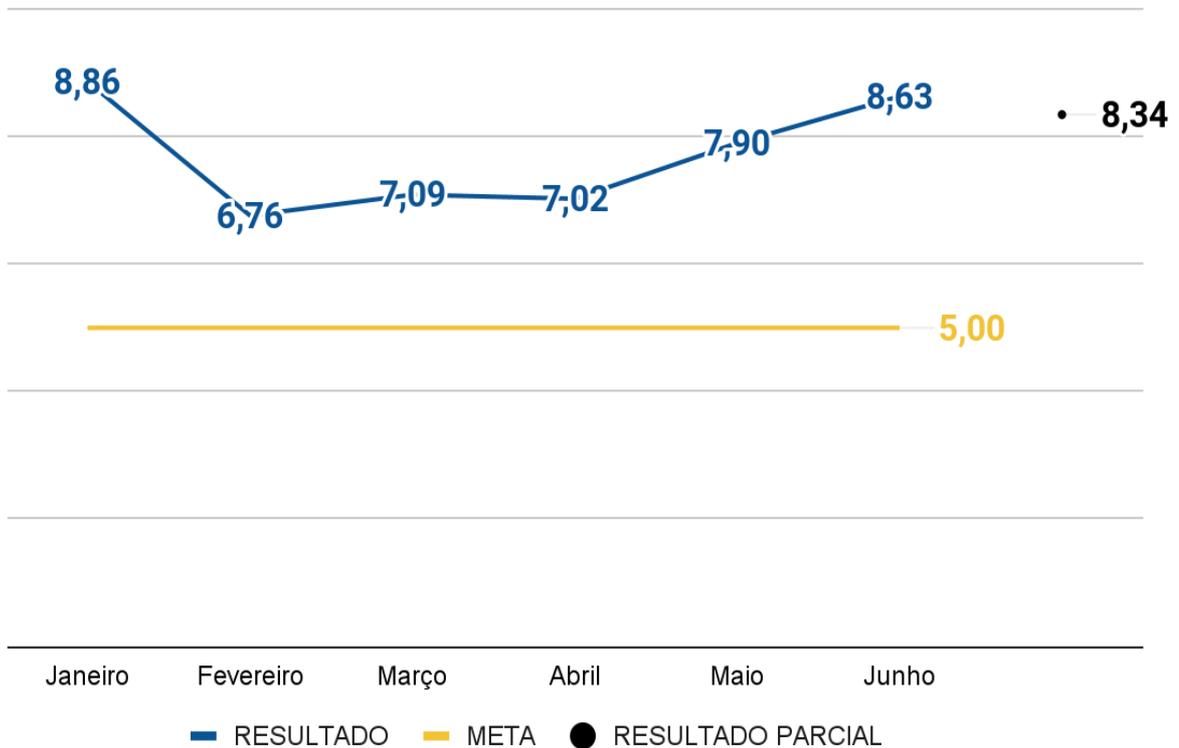
Indicador 13
Média de Permanência Geral - HRSAM



Análise dos resultados:

O indicador superou a meta pactuada no período de 5 dias, desempenho igual ao ano anterior que finalizou com 3,5 dias de média de permanência para a mesma meta. Entretanto, o HRSAM iniciou o ano de 2022 com mobilização e desmobilização de leitos de internação e aumento de leitos operacionais, fechando 4 dias de média de permanência, um pequeno aumento com relação ao mês de dezembro de 2021. Houve retorno gradativo das cirurgias eletivas e internações por panorama 1 e 2 no mês de março. E em abril, o hospital voltou a receber pacientes crônicos nas clínicas de internação, mesmo assim os pacientes ficam em média 4 dias. Sempre objetivando reduzir o tempo de permanência, as equipes de enfermagem e o núcleo de internação acompanham diariamente cada caso, junto com a GIR e central de regulação fazem a realocação de pacientes, girando melhor cada leito, nas clínicas médicas, cirúrgicas e maternidade, dentro do panorama 1 e 3.

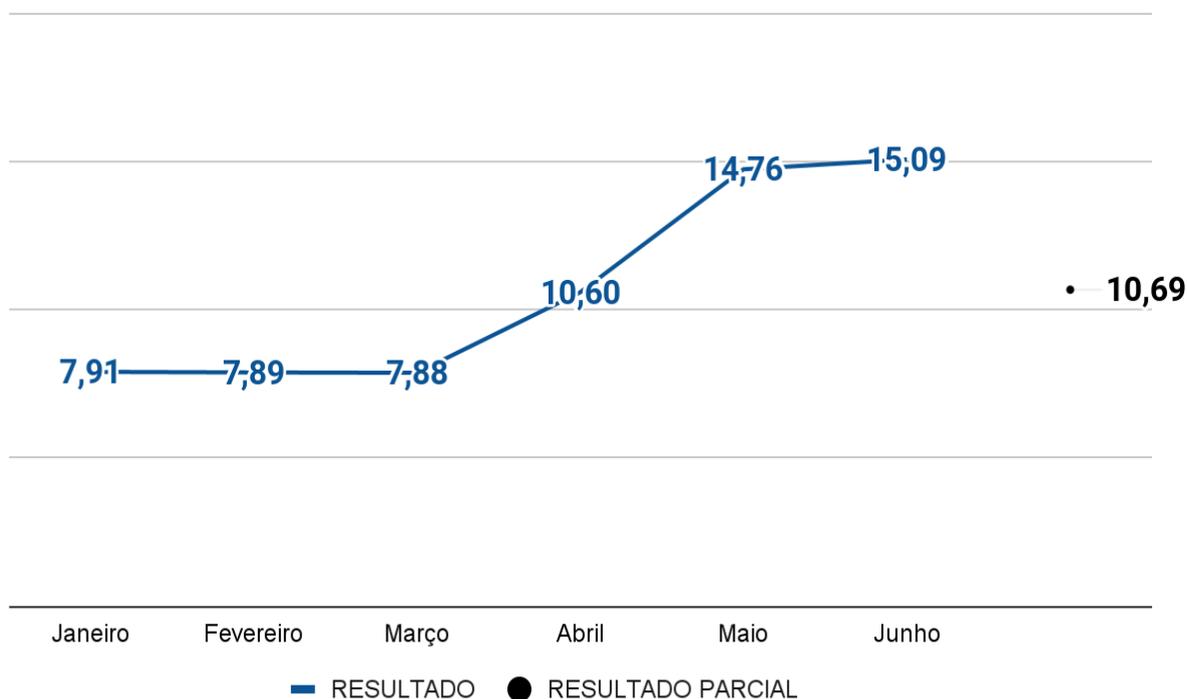
Indicador 13.1
Média de Permanência Geral - HRT



Análise dos resultados:

O indicador não alcançou a meta pactuada e apresentou desempenho razoável, encerrando o semestre com 8,34 dias de média de permanência geral. Quando comparado ao ano de 2021, o desempenho foi parecido, com 6,5 dias de média de permanência geral para a mesma meta pactuada. Vale citar que o hospital recebeu muitos pacientes de UTI e é a contrarreferência para COVID. Ademais, o perfil do HRT é de pacientes com condições clínicas que requerem uma permanência maior na unidade. Algumas especialidades tiveram média acima de 15 dias em junho: Cardiologia, Clínica Médica, Oncologia e Ortopedia. As principais dificuldades são: falta de ambulância para levar os pacientes para fazer exames, demora na marcação de exames e cirurgias e falta de insumos, gerando, dessa forma, uma dificuldade na desospitalização.

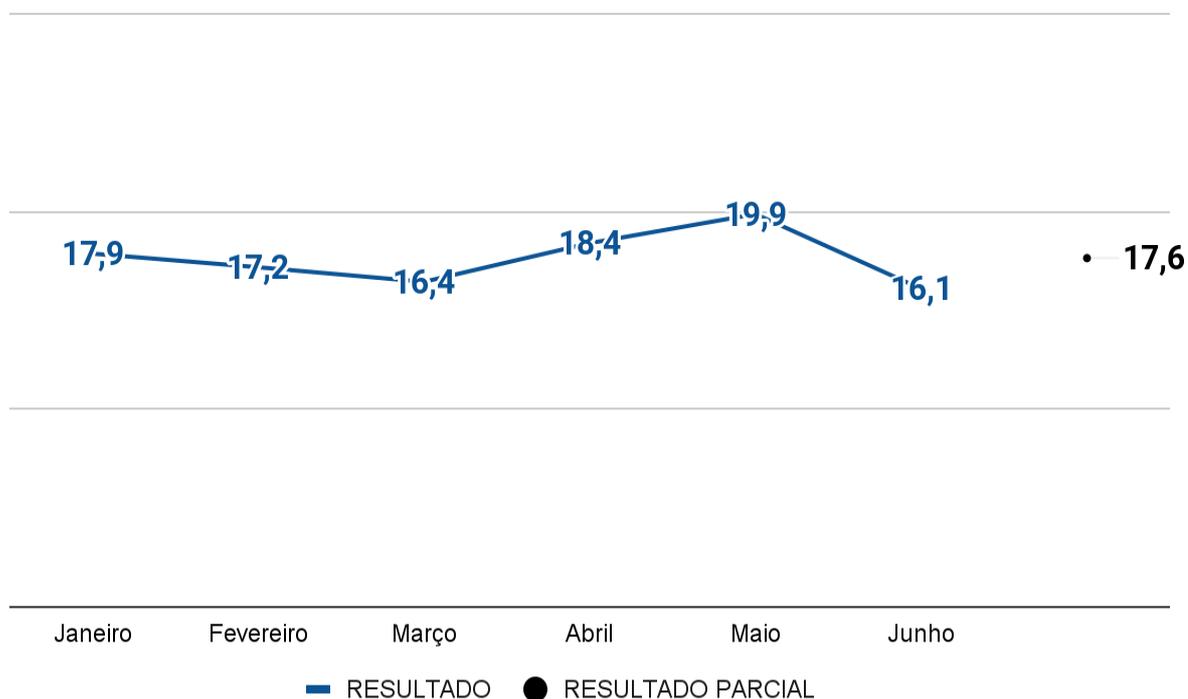
Indicador 14
Média de permanência em leitos de clínica médica - HRSAM



Análise dos resultados:

O indicador não teve meta pactuada no período, permanecendo somente com o monitoramento dos resultados. Quando comparado ao ano anterior, o indicador apresentou desempenho inferior, encerrando o semestre com resultado parcial de 10,69 dias e no ano anterior com 6,3 dias de tempo médio de permanência em clínica médica. Ressalta-se que pacientes de clínica médica, são pacientes crônicos e com sequelas do coronavírus, hospital em constante mobilização e desmobilização de leitos da CM devido o COVID à época. Abriu mais lentos no acoplado, recebendo pacientes crônicos e com sequelas do coronavírus, o que ocasionou um aumento considerável no tempo de permanência.

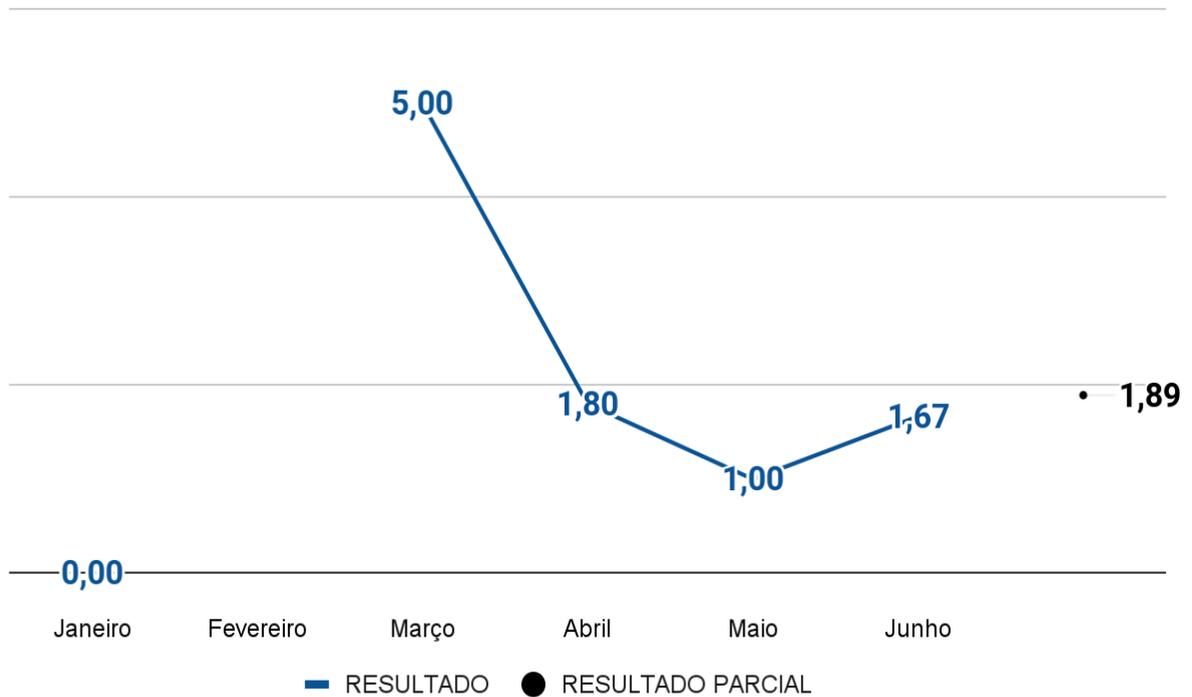
Indicador 14.1
Média de permanência em leitos de clínica médica - HRT



Análise dos resultados:

O indicador não teve meta pactuada no período, permanecendo somente com o monitoramento dos resultados. Quando comparado ao ano anterior, cuja média foi de 16,2 dias, apresentou performance semelhante com média de permanência de 17,6 dias. As principais dificuldades para melhorar a média são: falta de ambulância para deslocamento do paciente para fazer exames e procedimentos, pacientes oriundos de outro hospital e sequelas pós covid, demora no agendamento de exames e procedimentos, falta de materiais e déficit de recursos humanos (médicos, enfermeiros e técnicos). São dificuldades que impactam na desospitalização.

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



Análise dos resultados: O indicador permaneceu no semestre com status de monitoramento, sem meta definida para o período. No início do ano houve interrupção do serviço de cirurgias eletivas por força do decreto do governador, devido ao aumento da onda de contágio da COVID ômicron, permanecendo o leito desativado até março. Apenas 01 leito de retaguarda para idosos foi liberado. Durante os meses que foi monitorado o tempo de permanência houve queda, o que era esperado.

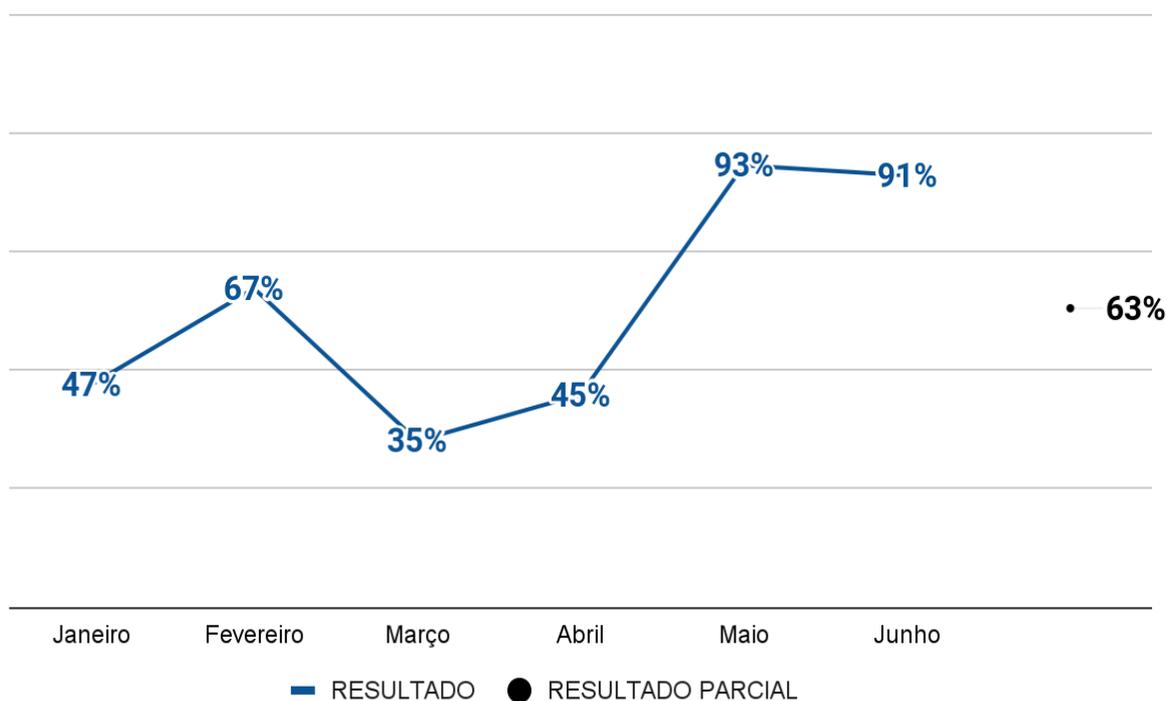
Indicador 15.1

Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica. HRT

Não se aplica

Análise dos resultados:

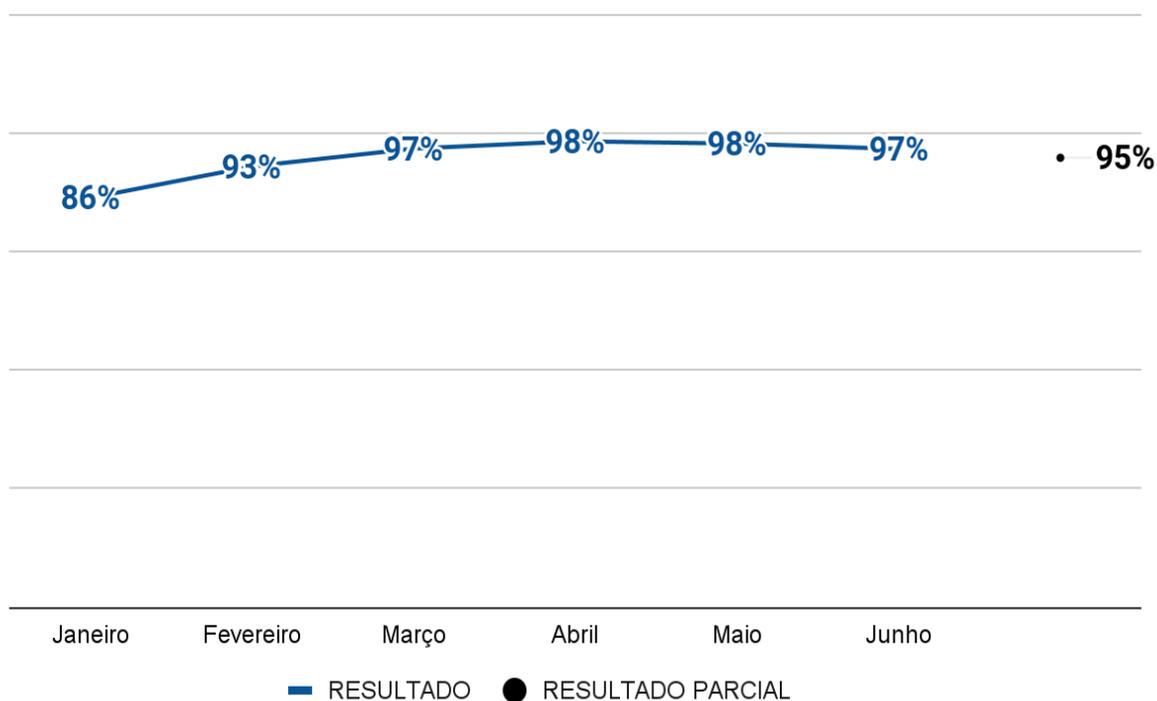
Indicador 16
Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica - HRSAM



Análise dos resultados:

Indicador com status de monitoramento sem meta pactuada no período. Encerrou o semestre com taxa de 63% de ocupação hospitalar em clínica médica, quando comparado ao ano anterior (62%), apresentou performance semelhante. É um hospital com constante mobilização e desmobilização com abertura de novos leitos para COVID no início do ano. Em março iniciou a desmobilização e o hospital começou a se organizar para receber em novo panorama, sendo necessária a realocação e desospitalização. Voltou a receber pacientes crônicos em abril, portanto, a partir daí começou a aumentar a taxa de ocupação.

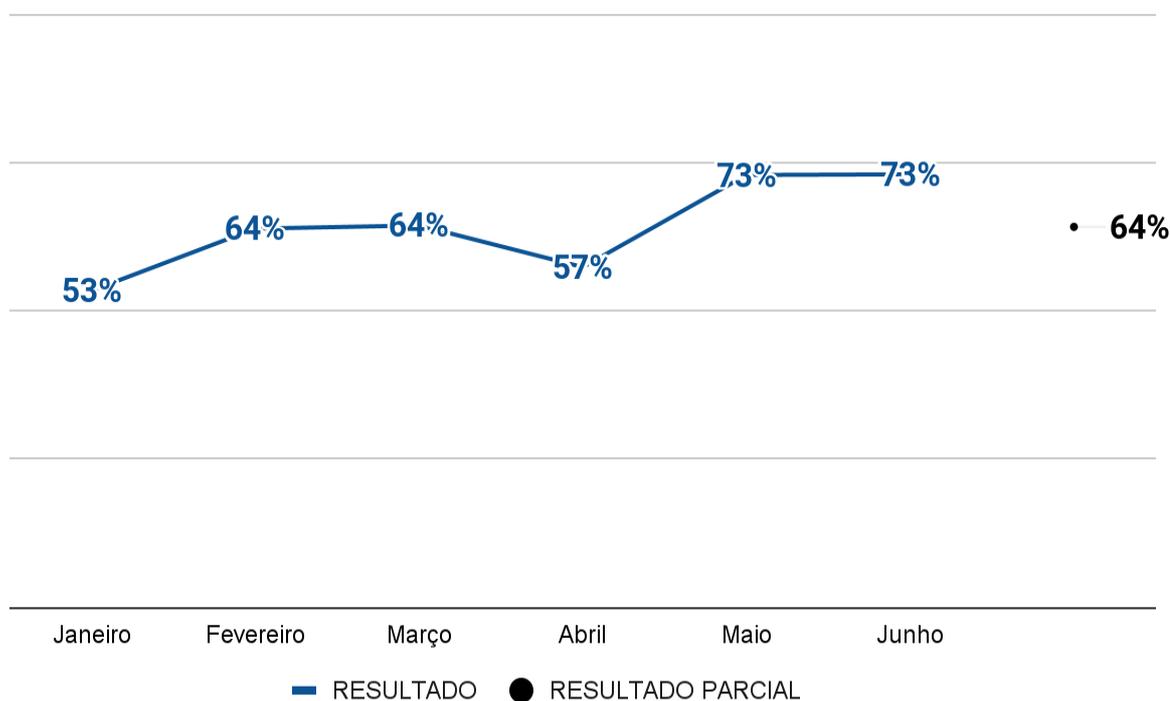
Indicador 16.1
Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica - HRT



Análise dos resultados:

Indicador com status de monitoramento sem meta pactuada no período. Encerrou o ano com taxa de 95%. Quando comparado ao período anterior (92%) apresentou desempenho semelhante. Vale citar que o perfil do hospital é de pacientes oriundos de outro hospital e com sequela de Covid, os quais demandam maior tempo de permanência na Clínica Médica, além da dificuldade em fazer exames. Esses fatores influenciam na dificuldade de aumentar a desospitalização.

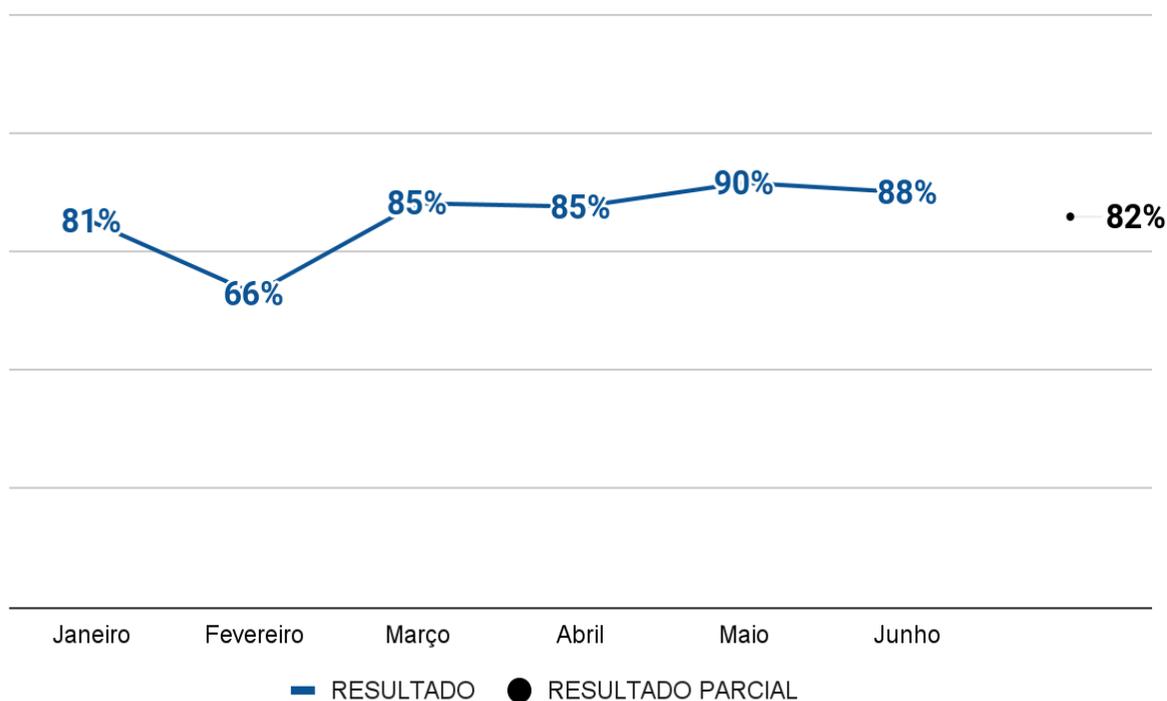
Indicador 17
Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais - HRSAM



Análise dos resultados:

Indicador com status de monitoramento durante o período analisado. Apresentou taxas de ocupação variando entre 53% (jan) e 73% (mai e jun), encerrando o semestre com 64% de taxa de ocupação em leitos gerais. Quando comparado ao ano anterior (66%), apresentou desempenho semelhante. Iniciou o mês de fevereiro com a clínica médica mobilizada para atendimento COVID 75 leitos. Em março iniciou a desmobilização de leitos e o hospital começou a se organizar para receber um novo panorama. A mobilização e desmobilização de leitos explicam as taxas maiores, bem como as oscilações.

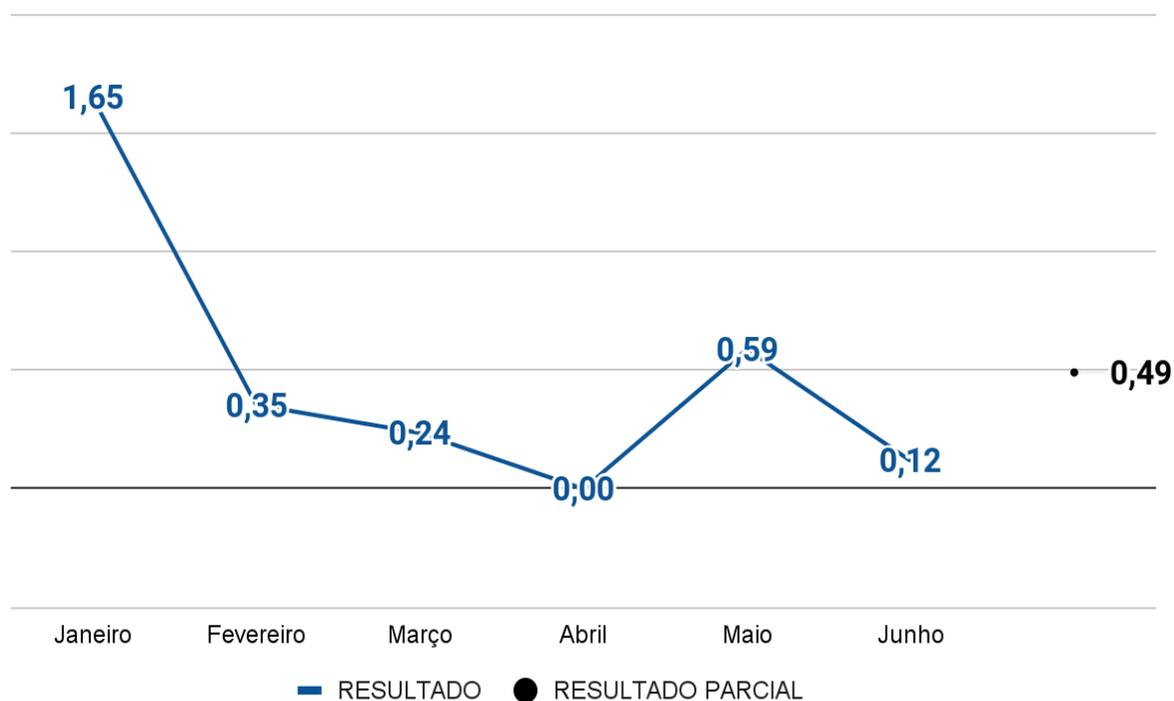
Indicador 17.1
Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais - HRT



Análise dos resultados:

Indicador com status de monitoramento durante o período analisado. Apresentou taxas de ocupação altas variando entre 66% (fev) e 90% (mai), encerrando o semestre com 82% de taxa de ocupação hospitalar em leitos gerais. Apresentou taxa exatamente igual ao ano anterior, 2021 (82%). É importante destacar que Oncologia (54%) tem a menor taxa de ocupação e outras permanecem na faixa dos 90%. É importante destacar que a Gestão de Leitos sempre está monitorando esses dados. As principais especialidades com internação superior a 15 dias são oncologia, Clínica Médica, Ortopedia, Cirúrgica e Cardiologia, por ficarem mais tempo esperando algum procedimento específico e/ou exames e dessa forma, prolonga-se mais com o leito ocupado.

Indicador 21
Taxa de mortalidade por acidentes

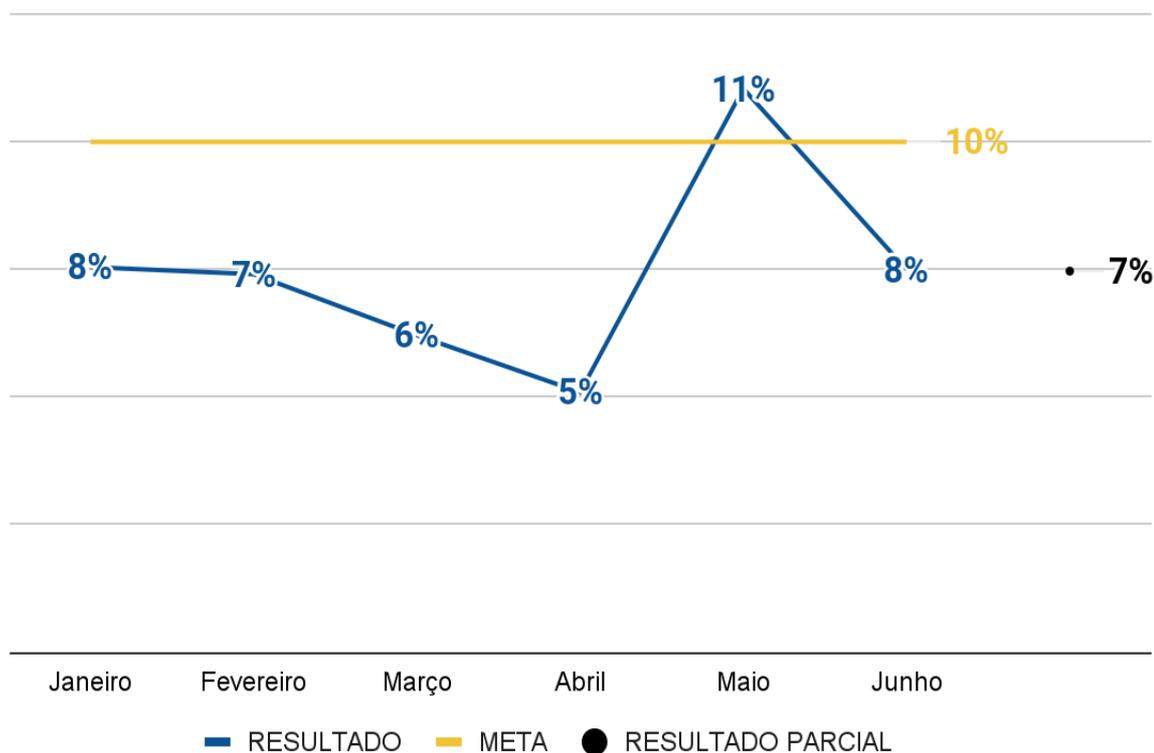


Análise dos resultados:

Indicador em monitoramento, sem meta pactuada no período analisado. Apresentou resultados que oscilaram durante o período entre a faixa de 0,12 em junho a 1,65 em janeiro, finalizando o semestre com 0,49 de taxa de mortalidade por acidentes. O mês de abril constava zerado quando da consulta ao sistema tabwin. Quando comparado ao ano anterior, a performance desse ano foi melhor que a de 2021, cuja taxa foi de 0,65. Os acidentes monitorados são: Quedas|Acidentes de transporte (terrestre e outros); Afogamento e submersão acidentais; Riscos à respiração(sufocação, inalação, estrang)|Envenenamento acidental. O indicador não contribuiu efetivamente para a implantação de ações de prevenção pelos serviços de saúde e por isso, não tem alinhamento com as diretrizes e objetivos do acordo AGR e, portanto, foi excluído do monitoramento do próximo período.

Indicador 22

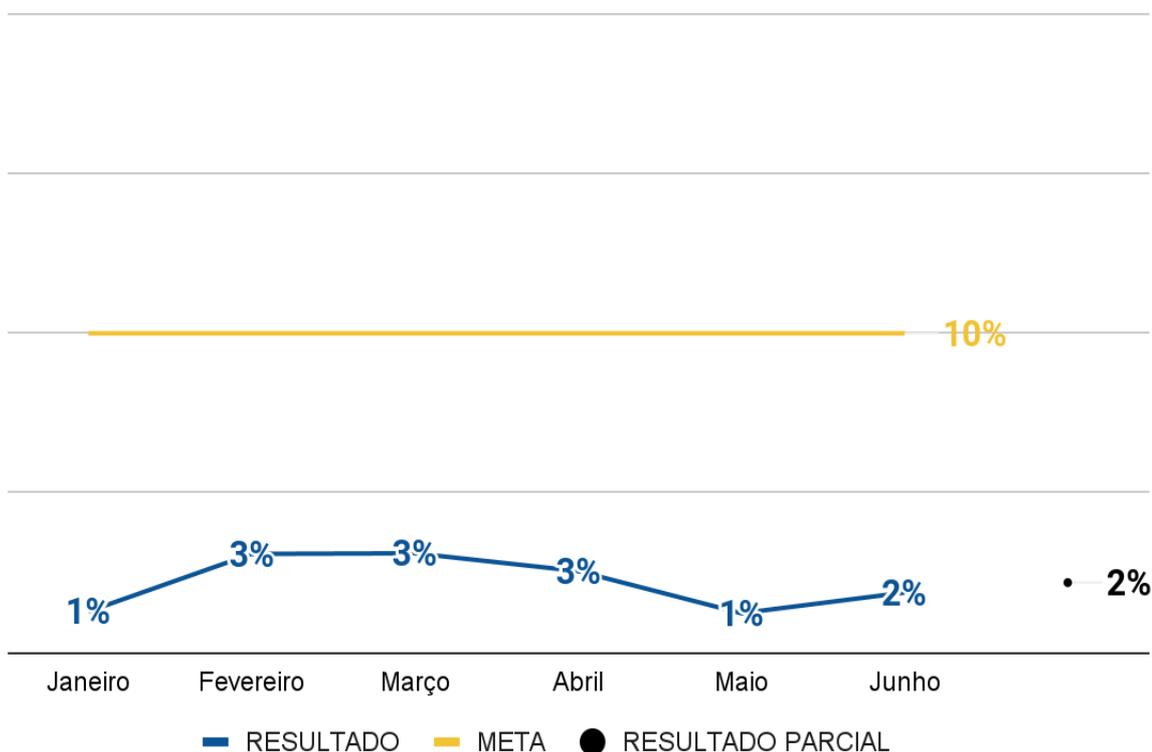
Percentual de admissão no SAD no período



Análise dos resultados:

O indicador não conseguiu alcançar a meta de 10% pactuada para o período, encerrando o semestre com 7% de admissão no serviço de atenção domiciliar. O desempenho está igual ao ano anterior que também finalizou o ano com 7% de admissão. O mês com maior número de admissões foi em maio (11%), sendo maior no HRSAM. Alguns fatores contribuíram para o aumento no número de admissões: houve maior contato com a equipe da enfermagem do HRSAM, favorecendo a admissão (desospitalização) de pacientes na internação domiciliar. Contudo, importante ressaltar a indisponibilidade de condutores e o déficit de horas médico, enfermeiro, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais por afastamentos legais no setor (NRAD - HRT), isso prejudica a admissão de novos pacientes, fazendo com que a meta não seja atingida na íntegra pela região.

Indicador 23
Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD

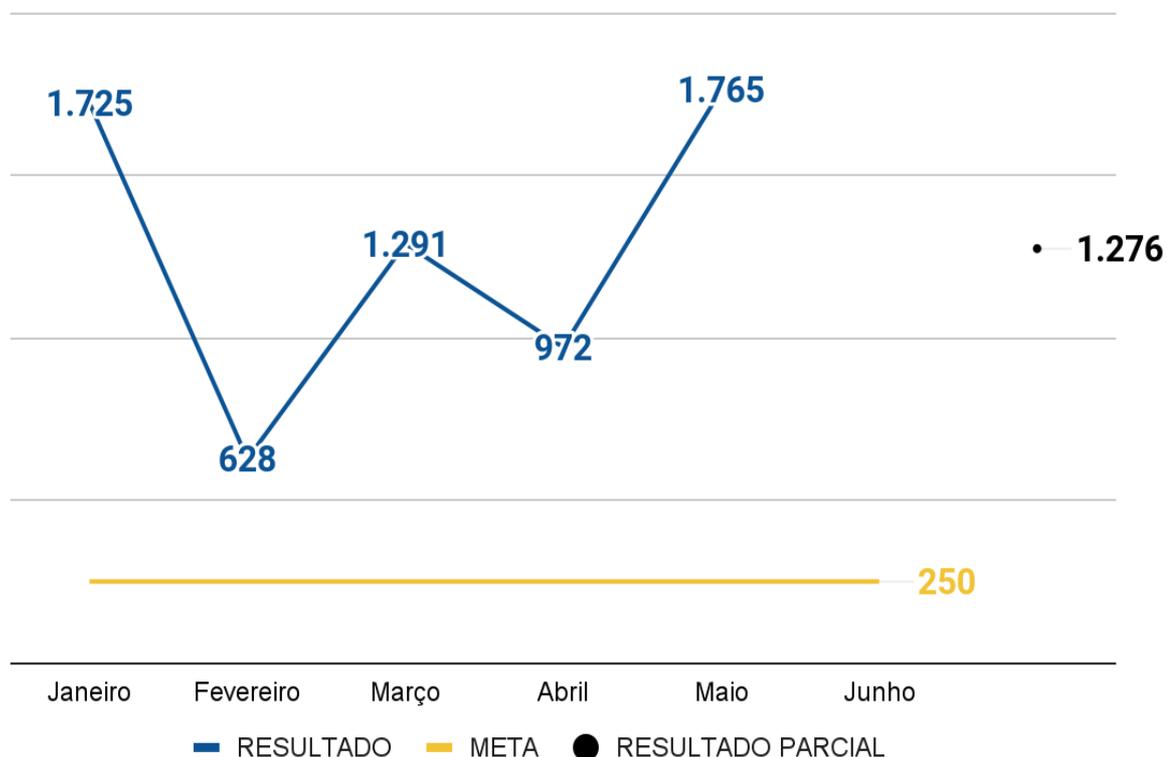


Análise dos resultados:

Indicador com desempenho muito razoável durante o período analisado. O maior percentual foi de 3% em fevereiro, março e abril, indicando os meses com melhor desfecho de alta do SAD. No entanto, os resultados do semestre mostram que ainda são resultados distantes para o alcance da meta estabelecida de 10%. Inicialmente os baixos índices podem ser devido à dificuldade de encaminhamento à APS, devido risco de descontinuidade do tratamento, já que alguns procedimentos que os pacientes necessitarão, não pertencem à carteira de serviços. O indicador não contribuiu efetivamente para a melhoria dos serviços de atenção domiciliar, por conseguinte não tem alinhamento com as diretrizes e objetivos do acordo AGR e, portanto, foi excluído do monitoramento do próximo período.

Indicador 25

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

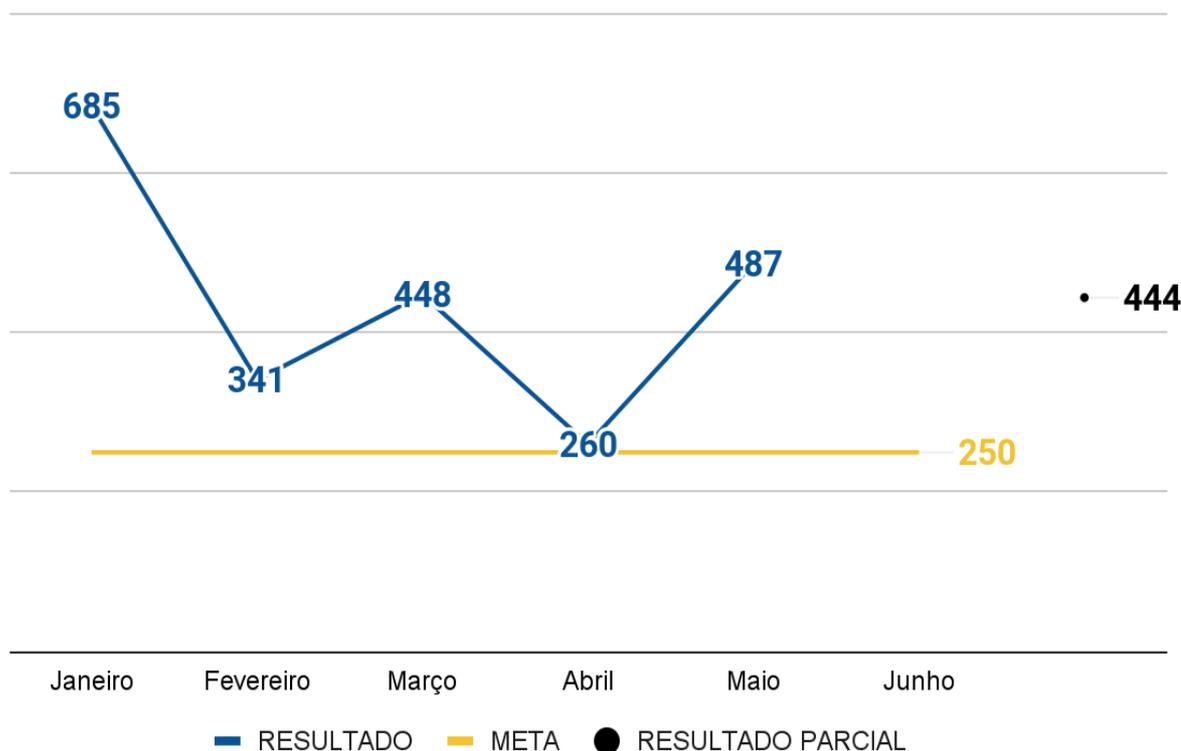


Análise dos resultados:

O indicador superou a meta estabelecida de 250 atendimentos individuais, acolhimentos e grupos da unidade, encerrado o semestre com resultado parcial de 1.276 ações e serviços registrados. O número de ações em RAAS que foram apresentados refletem o que foi recebido pelo NCAIS da DIRASE, porém, à época não havia o processamento, verificação de possíveis glosas, duplicações, entre outros.

Indicador 25.1

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

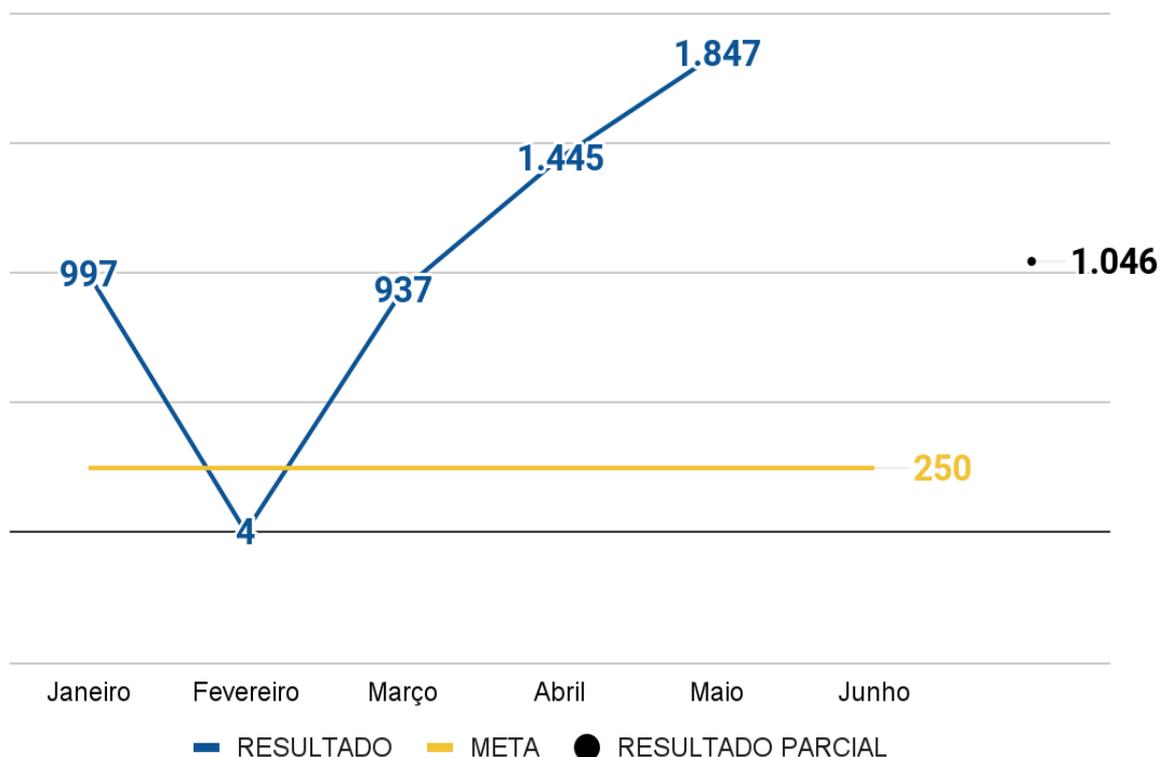


Análise dos resultados:

O indicador superou a meta estabelecida de 250 atendimentos individuais, acolhimentos e grupos da unidade, encerrando o semestre com resultado parcial de 444 ações e serviços registrados. Apesar de não ser credenciado/habilitado à época, ainda por falta de estrutura física e RH, mesmo assim seguiu apresentando produtividade em RAAS conforme orientação da DICS/SUPLAN/SES. O número de ações em RAAS que foram apresentados refletem o que foi recebido pelo NCAIS da DIRASE. A quantidade de registros apresentados não possui tratativas de verificação de glosas.

Indicador 25.2

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

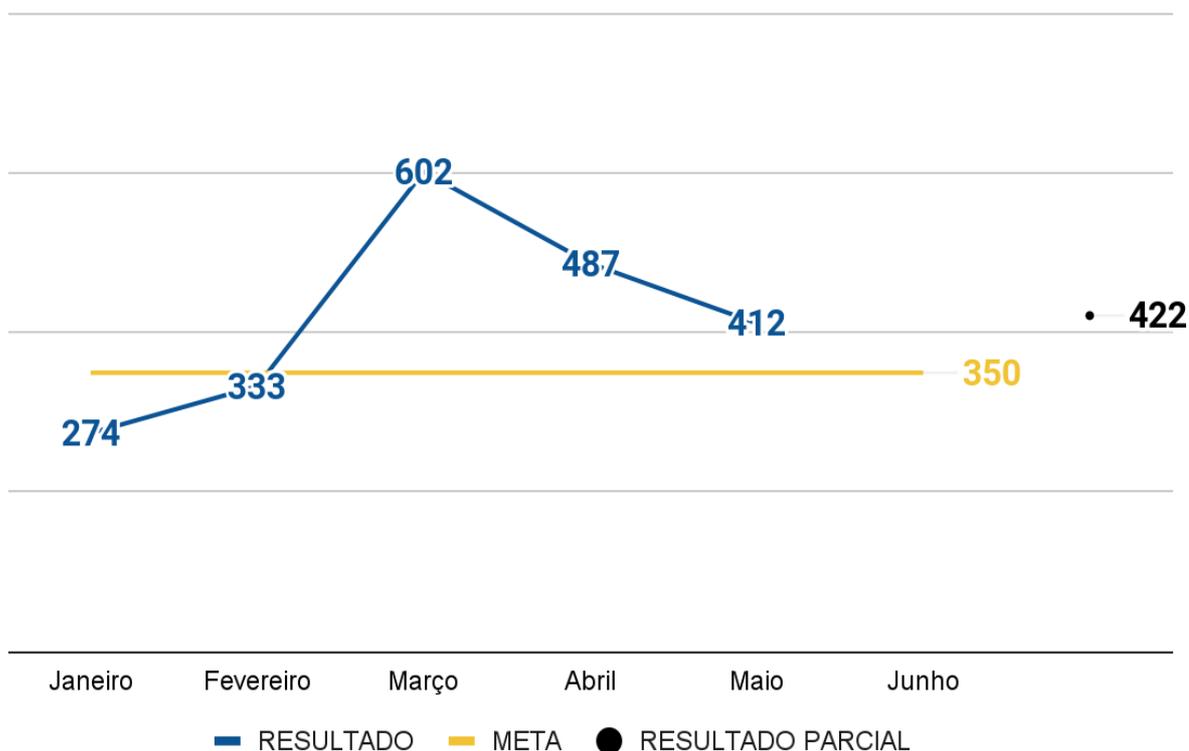


Análise dos resultados:

O indicador superou a meta estabelecida de 250 atendimentos individuais, acolhimentos e grupos da unidade, encerrando o semestre com resultado parcial de 1.046 ações e serviços registrados. Em fevereiro, cujo índice foi mais baixo, o serviço perdeu a digitação realizada na hora de gerar o arquivo, que ficou corrompido, como a unidade já havia fechado a competência, não houve como recuperar o arquivo. O problema foi solucionado com a troca do computador. A partir daí, foi observada uma melhora no indicador devido à troca do computador que estava corrompendo a produtividade e apoio do NCAIS e GPMA nas dificuldades do CAPS na digitação.

Indicador 25.3

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

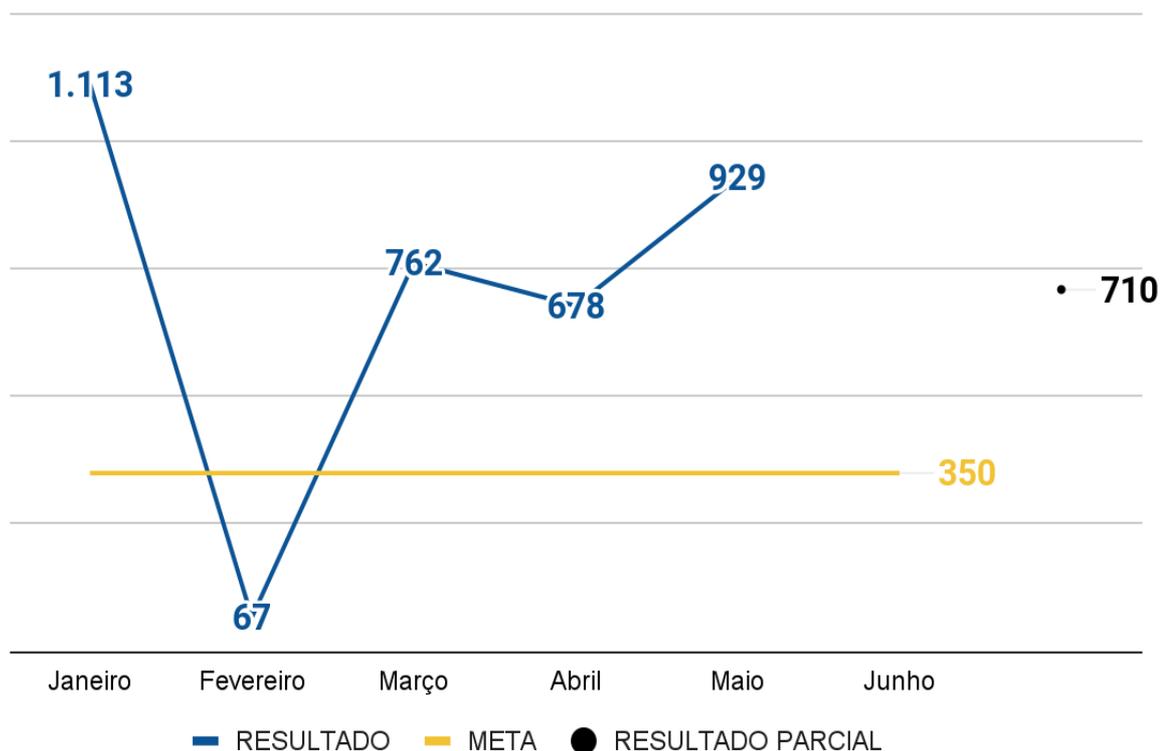


Análise dos resultados:

O indicador superou a meta estabelecida de 350 atendimentos individuais, acolhimentos e grupos da unidade, encerrado o semestre com resultado parcial de 422 ações e serviços registrados. Em janeiro houve problemas com RH da unidade, um afastamento do servidor responsável pelos lançamentos, impossibilitando atingir a meta, à época ficou apenas um servidor de 20h para realizar os lançamentos. Durante o período a unidade teve diversos problemas no computador, houve perda nos dados, falta de internet, impossibilitando a digitação de todos os procedimentos. Apesar das questões acima, a unidade conseguiu realizar força tarefa para digitar os pendentes e melhorar os resultados e alcançar a meta

Indicador 25.4

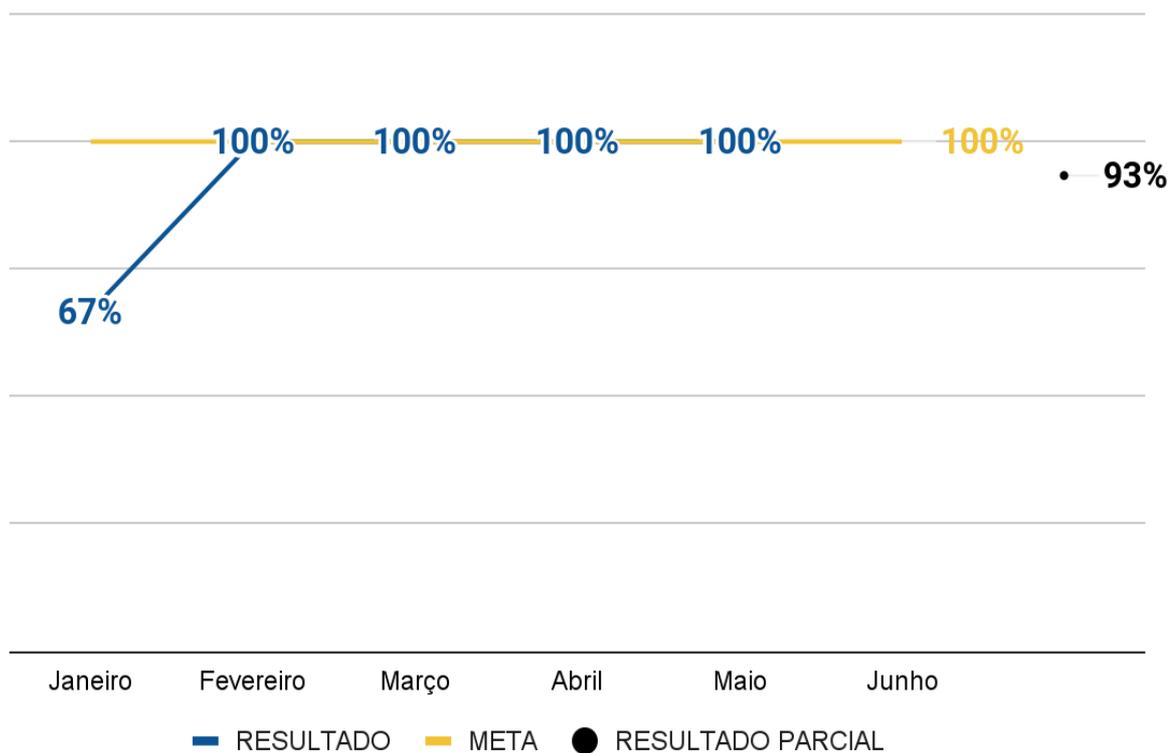
Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial) - CAPS AD Samambaia



Análise dos resultados:

O indicador superou a meta estabelecida de 350 atendimentos individuais, acolhimentos e grupos da unidade, encerrado o semestre com resultado parcial de 710 ações e serviços registrados. Em janeiro apresentaram resultados acima da meta devido aos ajustes de alinhamento e acompanhamento da gerência nos processos de trabalho da unidade. Em fevereiro, o qual obteve o índice menor, não conseguiu alcançar a meta devido às licenças médicas dos servidores responsáveis pelo faturamento. Após o restabelecimento do RH afastado, a unidade conseguiu manter o padrão de apresentação dos registros de produção ambulatorial, embora com alguma produção atrasada e realizou força tarefa para manter os registros em dia.

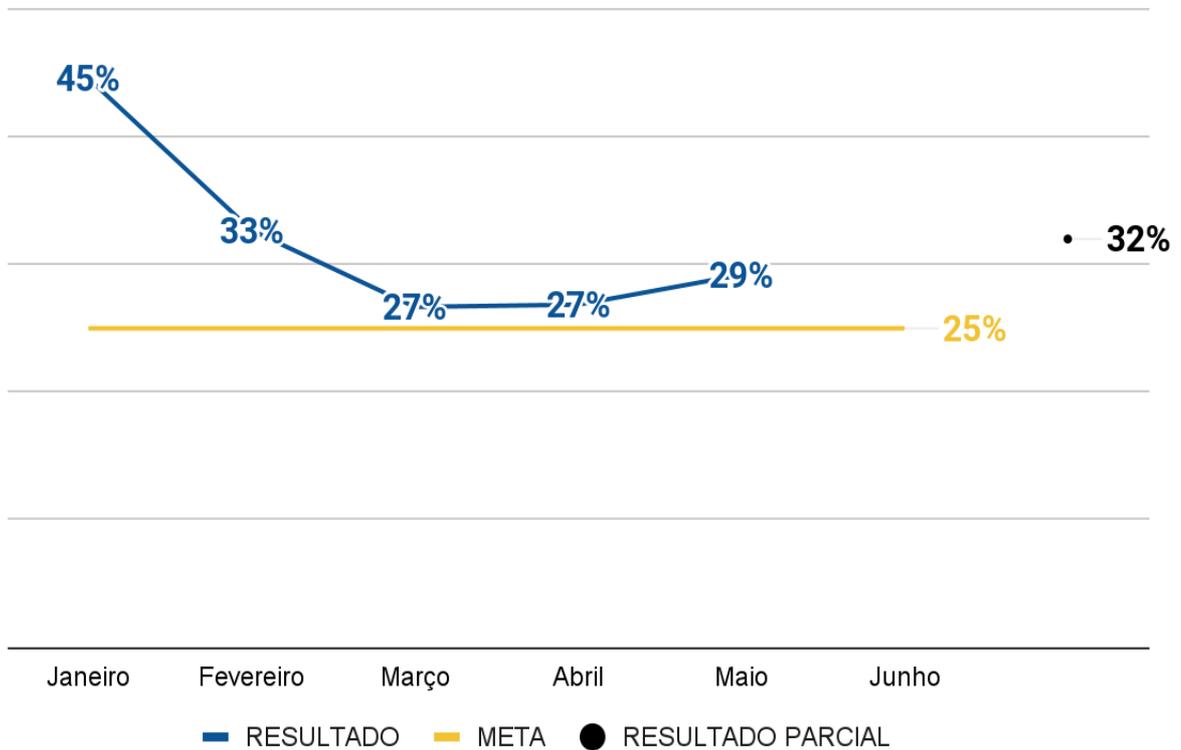
Indicador 26
Ações de matriciamento sistemático realizadas por
Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica



Análise dos resultados:

O indicador atingiu a meta pactuada para o período, apresentando resultado satisfatório de 93% de ações de matriciamento. Apresentou uma performance melhor quando comparado ao ano anterior, que alcançou 91% de ações. Foram realizadas 139 ações de matriciamento no semestre, apesar das ações do CAPSi Recanto e CAPSi Taguatinga não complementarem a meta, durante o período.

Indicador 27
Percentual de consultas de cardiologia

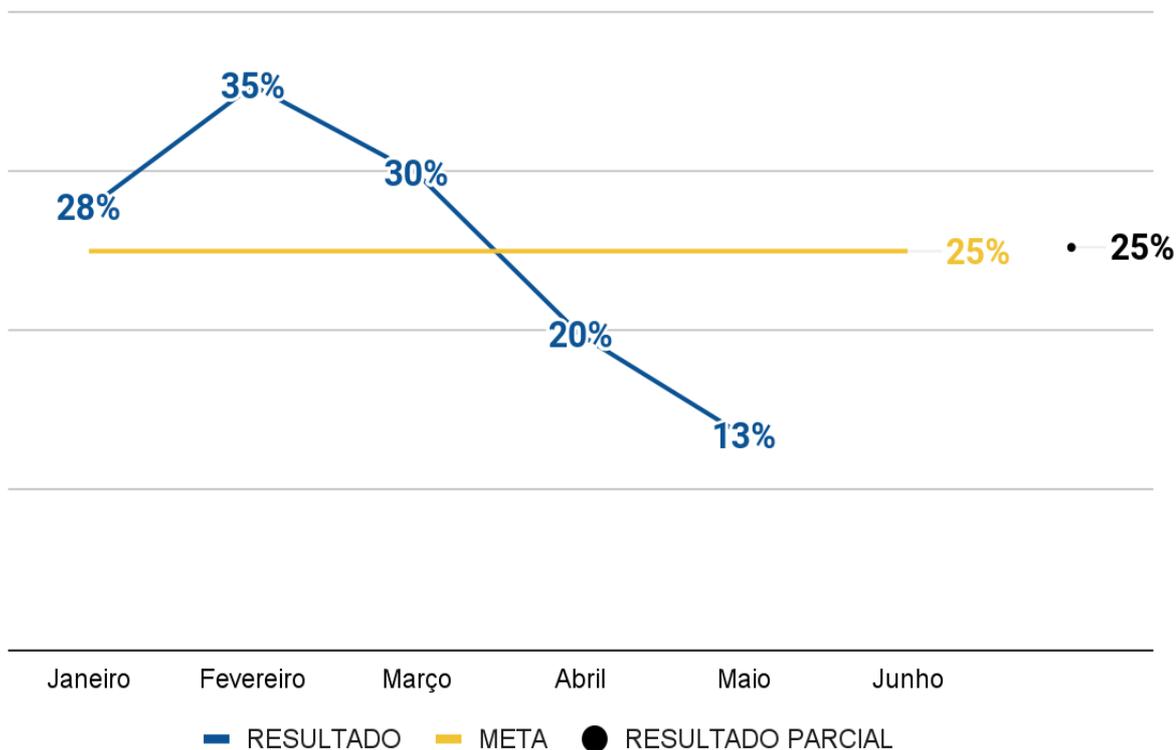


Análise dos resultados:

O indicador superou a meta de 25% estabelecida para o período em todos os meses do semestre, encerrando com 32%. Comparado ao ano anterior, a performance foi melhor, mesmo que em 2021 o indicador também tenha atingido a meta e finalizado com 25%. As ações de ajustes de serviços no Trakcare implementadas esse ano para identificação dos atendimentos de 1ª Vez foram fundamentais para a melhoria do serviço. Ressalta-se o alto índice de absenteísmo dos usuários oriundos da regulação para as consultas de 1º vez.

Indicador 28

Percentual de consultas de endocrinologia



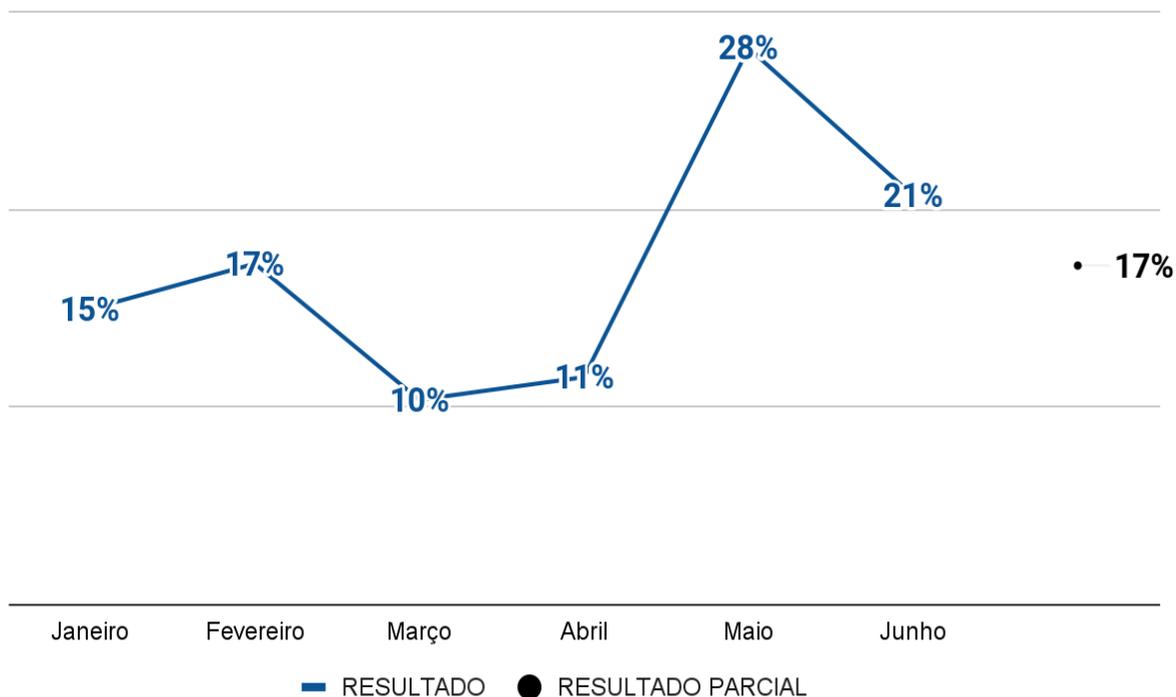
Análise dos resultados:

O indicador atingiu a meta pactuada para o período. Entretanto, nos meses de abril e maio houve queda nos atendimentos, a princípio porque em abril estava sofrendo ajustes dos serviços no sistema Trakcare para identificação dos atendimentos de 1ª Vez, portanto, o sistema poderia ter alguma instabilidade. Em maio houve um índice elevado de absenteísmo dos pacientes oriundos da atenção primária, além de afastamentos de profissional, o que acarretou no bloqueio de agenda para remarcação das consultas de pacientes crônicos.

No ambulatório de endocrinologia são atendidos além de pacientes com comorbidades, gestantes encaminhadas pelo pré-natal de alto risco, estes atendimentos são realizados atualmente por demanda espontânea. Foi realizado ajuste no perfil do Track para identificar as consultas de primeira vez de endocrinologia, não sendo possível utilizar somente os dados do SISREG III, uma vez que a quantidade de "retornos" seria alta devido à "porta aberta" que é realizada na endocrino. Os ajustes realizados para separar as consultas de 1ª vez melhorou a coleta fidedigna dos dados.

Indicador 29

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



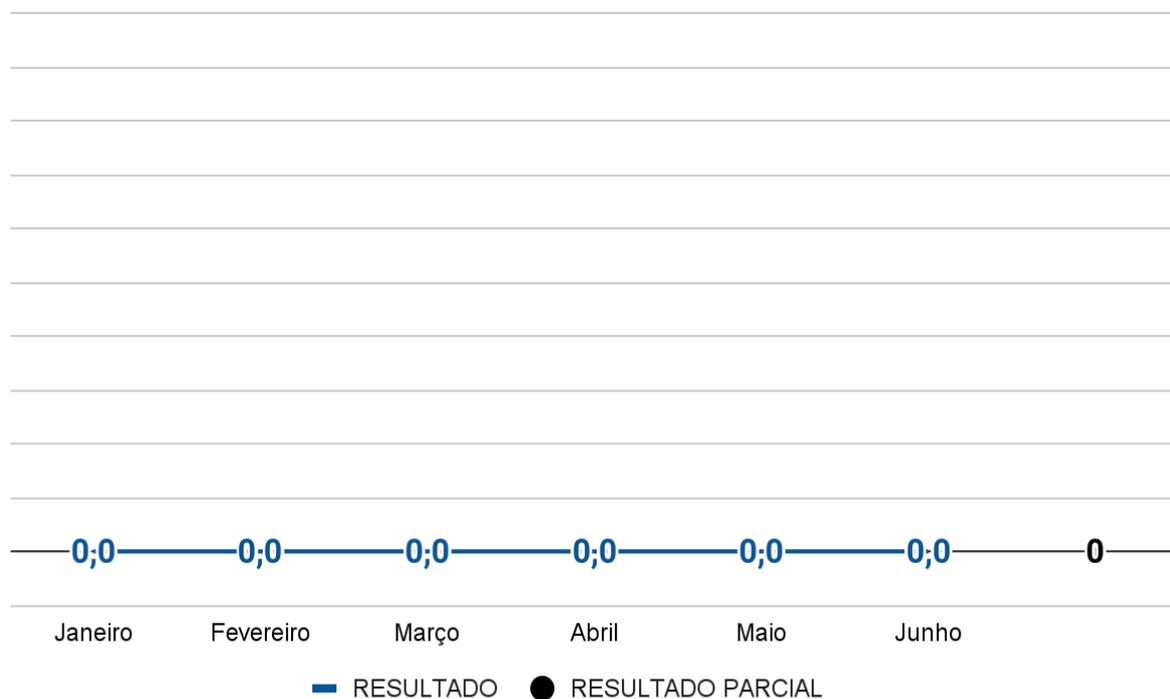
Análise dos resultados:

O indicador permaneceu com status de monitoramento, sem meta pactuada para o período. No mês de maio, cujo índice foi maior, foram realizadas 555 atividades coletivas pelas equipes da atenção primária, nas quais 49 equipes realizaram 3 ou mais atividades.

A baixa nos índices em janeiro e fevereiro se deve ao fato de serem meses “nobres” em que ocorre feriado prolongado e afastamentos legais como férias, licença prêmio e abonos dos servidores. Entretanto, observou-se um alto absenteísmo vivenciado na atenção primária a partir de junho e reorganização dos serviços da UBS voltados prioritariamente para atendimento das demandas espontâneas, deixando a desejar na realização de mais atividades coletivas. Ou seja, a atividade coletiva das famílias ficou prejudicada.

Indicador 32

Razão de mamografia de rastreamento na população alvo .

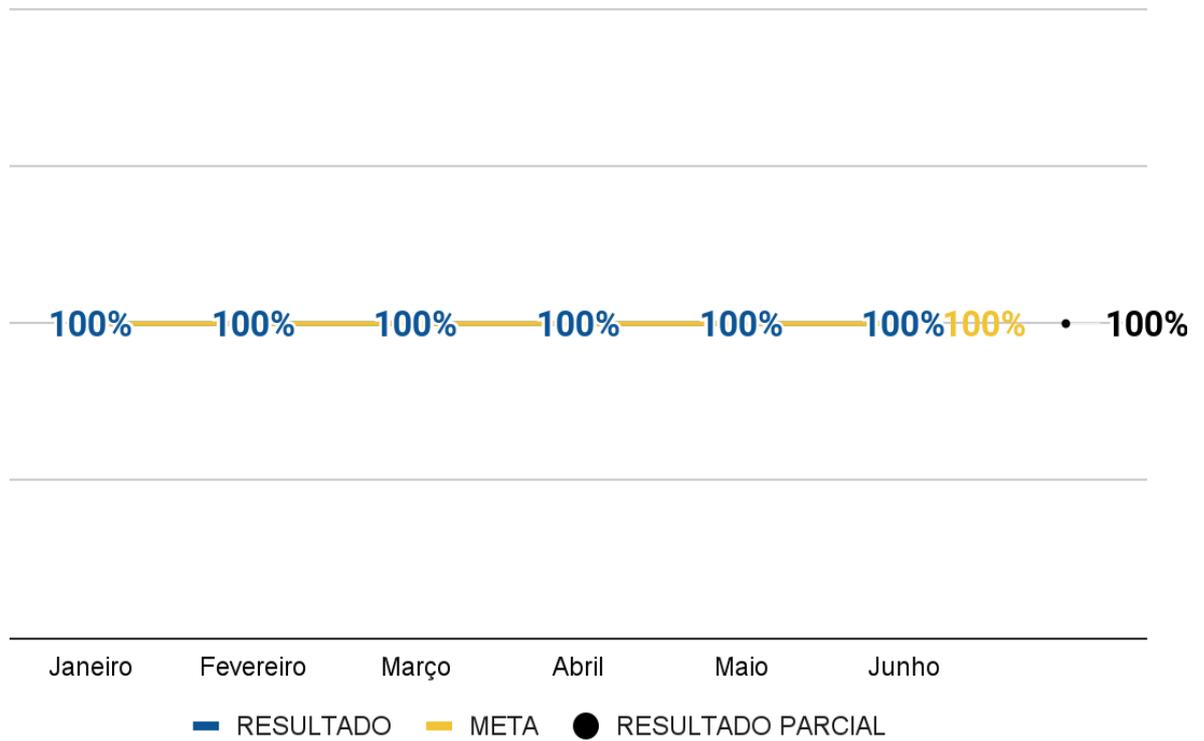


Análise dos resultados:

O indicador não teve meta pactuada para o período analisado e permaneceu com status de monitoramento. Os resultados do indicador são gerenciados pela área técnica da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde da SES /DF - SES/SAIS/ASCCAN, cuja fonte de dados para pesquisa é o sistema SISCAN - TABNET/DATASUS. O número de exames realizados a cada mês foi menor que o número de mulheres na faixa etária alvo, portanto, o resultado é anulado. Foram realizados 4.263 exames de mamografias de rastreamento solicitadas na região de saúde em mulheres na faixa etária alvo residentes da região, no primeiro semestre do ano de 2022. População Feminina 50 a 69 anos: 87.448; 1/2 da população: 43.724 (dados sala de situação SESDF base ano anterior; dados sujeitos à alteração).

Indicador 33

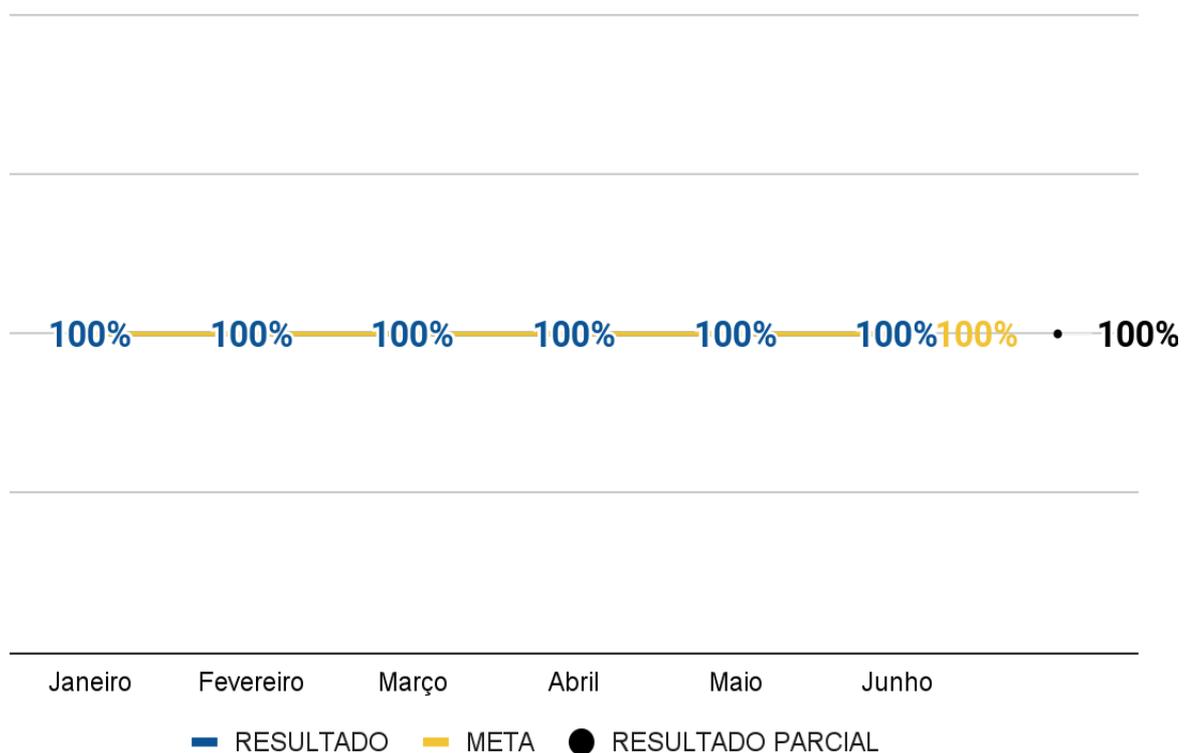
Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região.



Análise dos resultados:

O indicador tem superado a meta desde o ano anterior, pois todos os leitos são regulados nas unidades HRT e HRSAM pelo sistema SISLEITOS, desde abril de 2020. Houve melhora significativa nos processos de trabalho e aumento de RH à época, no setor responsável, sobretudo no HRT, sendo possível a melhora dos índices.

Indicador 34
Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados

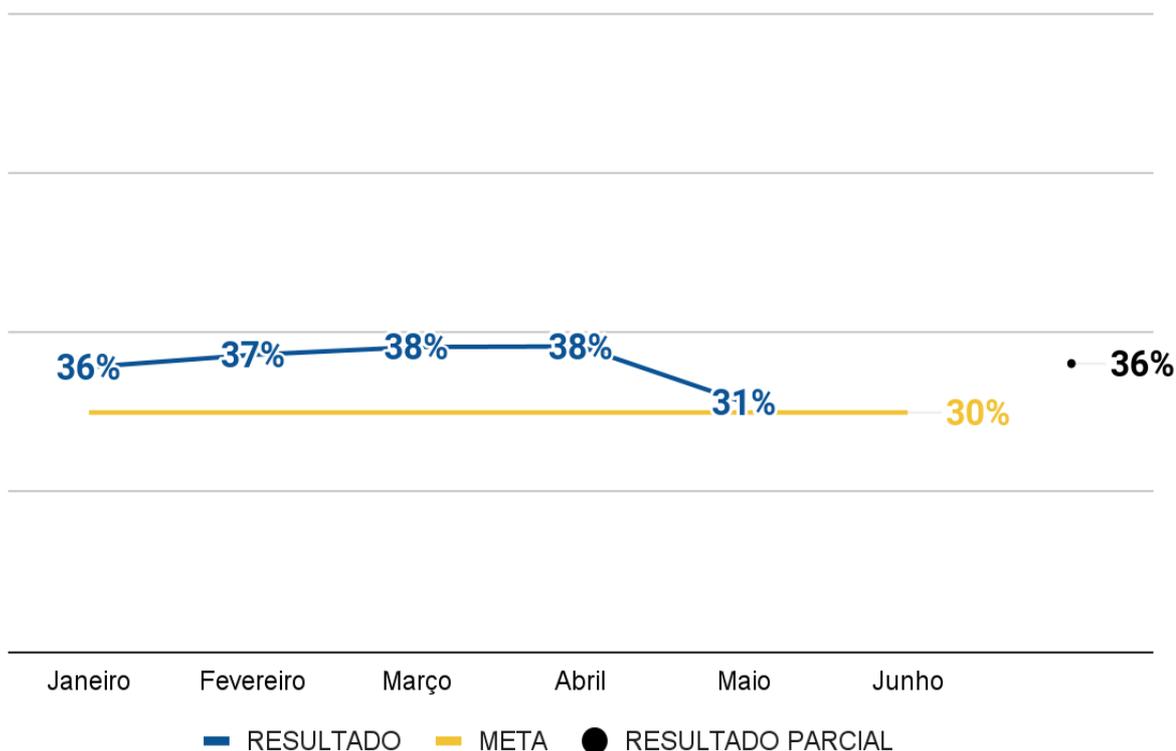


Análise dos resultados:

O indicador mantém a performance desde o ano anterior com 100% das cirurgias eletivas reguladas nas duas unidades da região. Assumiu esse desempenho desde setembro de 2021, onde as especialidades cirúrgicas do HRT que aguardavam regulação foram reguladas nos 3 panoramas, melhorando o índice e alcançando a meta de 100%. HRT: são 13 especialidades reguladas através do SISREG; HRSAM: são 03 especialidades médicas reguladas para cirurgias eletivas nos três panoramas junto ao CRDF.

Indicador 36

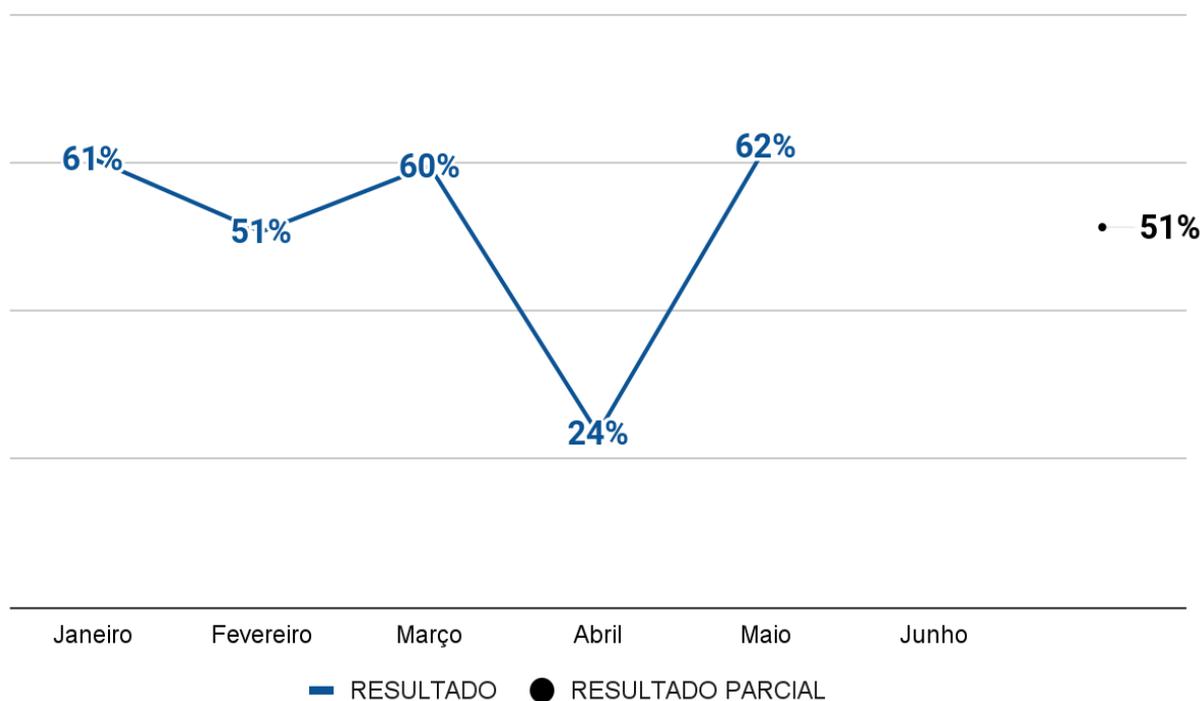
Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária



Análise dos resultados:

O indicador alcançou resultado satisfatório em relação a meta pactuada no período. Entretanto, em todos os meses do semestre o percentual ficou um pouco distante da meta pactuada. Existem algumas dificuldades para alcançar a meta integralmente, a maioria das consultas são informadas ao paciente pela APS e a exemplo do desafio de informar ao usuário o dia de sua consulta principalmente pelo déficit de RH/Telefonista para realizar este trabalho e falta de atualização cadastral do usuário. Contudo, mesmo diante de todas as dificuldades, as unidades empenham-se para informar o paciente sobre as consultas inseridas pelos profissionais da AASE e qualquer remarcação que seja necessária, além das ações em conjunto com a atenção primária.

Indicador 38
Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada



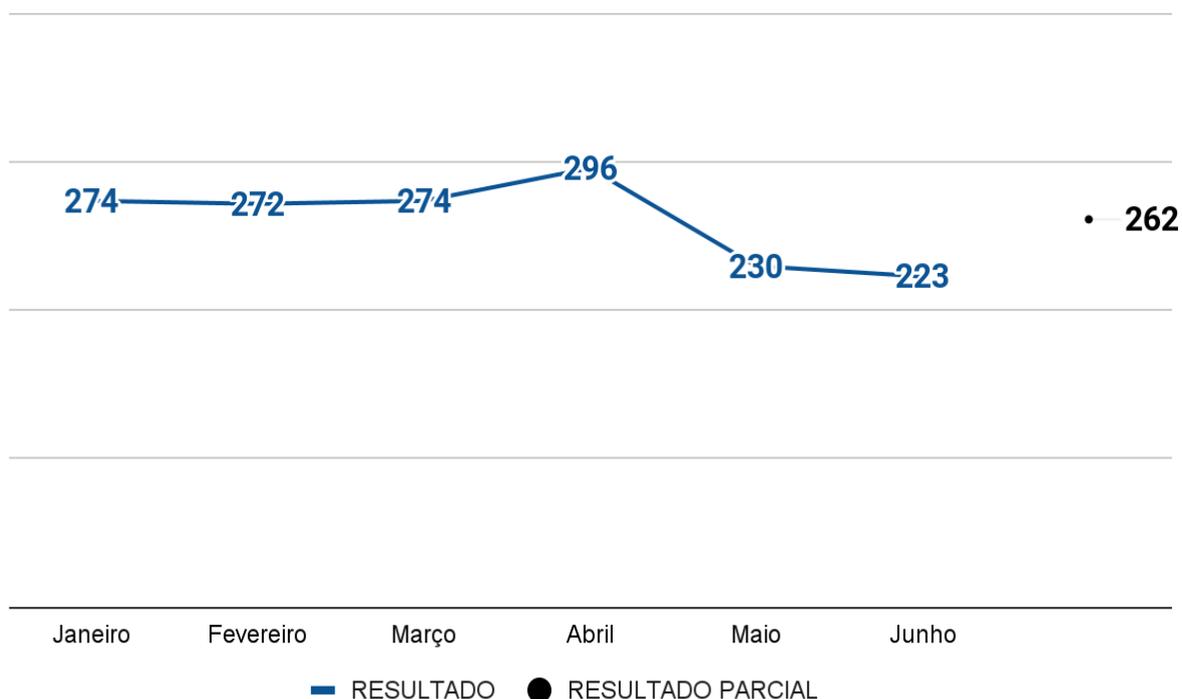
Análise dos resultados:

Indicador em monitoramento, sem meta pactuada no período. Encerrou o ano com 51% de acesso à primeira consulta odontológica especializada. O índice de absenteísmo ainda era considerado grande, principalmente na especialidade de endodontia, que apesar dos atendimentos serem realizados com "cerca" de 3 acompanhamentos, pela metodologia de cálculo do indicador, só era considerado 1.

Há uma certa dificuldade em relação a este indicador, uma vez que a maioria das consultas são informadas ao paciente pela APS, ou seja, a atenção secundária não tem governabilidade direta sobre o resultado do indicador. De toda forma, a DIRASE buscou pactuar a gestão da odontologia uma ação para melhoria do indicador.

Indicador 39

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

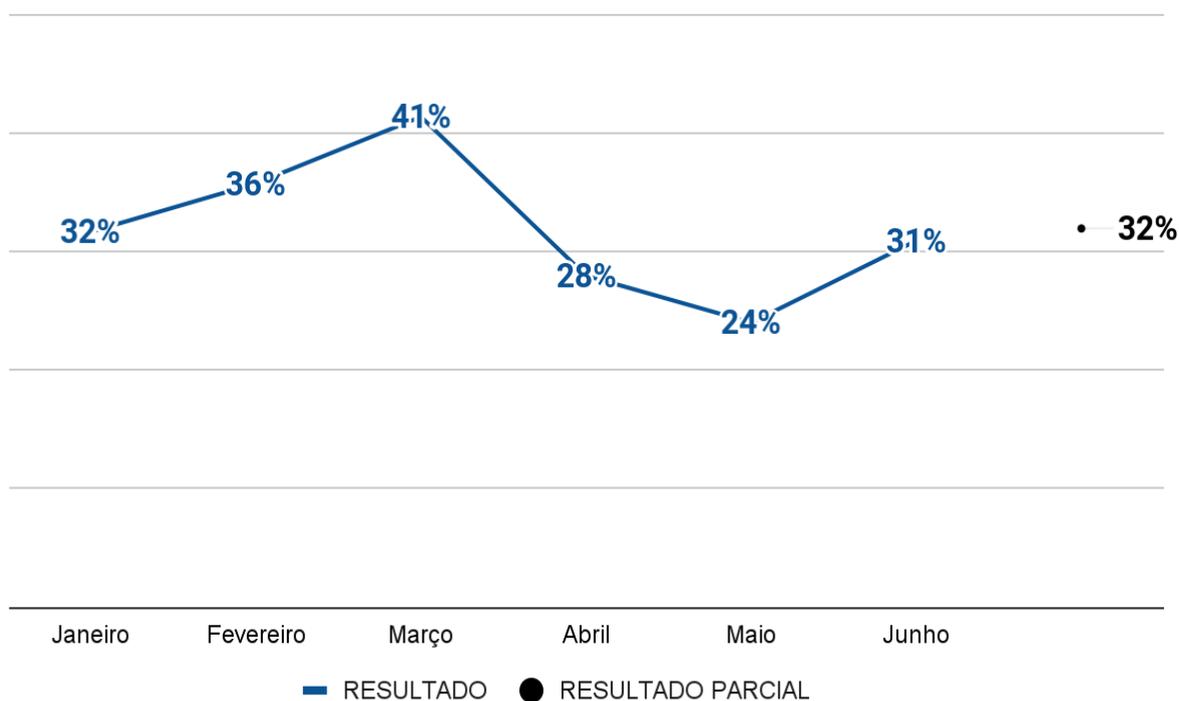


Análise dos resultados:

O indicador permaneceu com o status de monitoramento, sem meta definida para o período, encerrando o ano com 262 notificações de eventos adversos relacionados à segurança do paciente. O maior número de notificações foi registrado em abril (HRT 238; HRSAM 53; UPA RE 5; UPA SAM 0), totalizando 296 notificações. Os setores de qualidade e segurança do paciente das unidades hospitalares possuem como rotina orientar colaboradores in loco sobre a importância das notificações de eventos adversos assim como os principais agravos que geram dano. Ademais, promovem ações para sensibilização dos profissionais de saúde quanto à cultura de segurança na Região para reduzir os eventos adversos.

Indicador 41

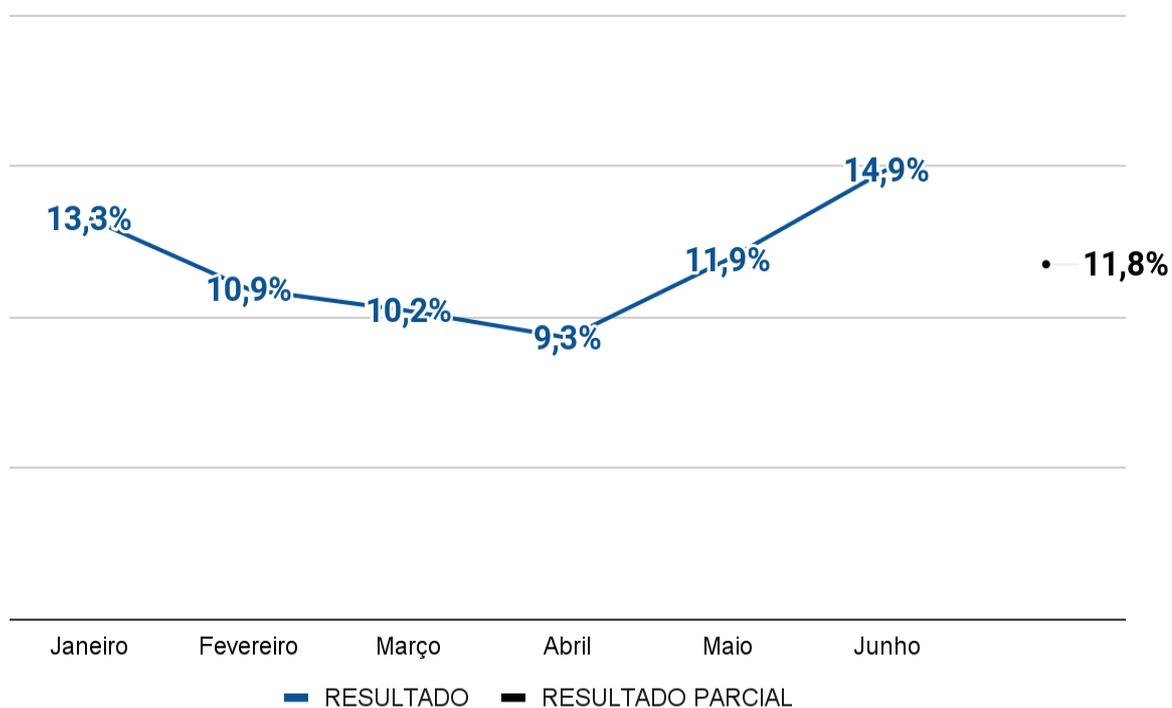
Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF



Análise dos resultados:

O indicador permaneceu sem meta definida no período, finalizando o ano com 32% de taxa de índice de resolutividade das demandas do cidadão registradas no sistema OUV-DF. No mês de março que teve o maior índice de resolutividade (41%) foi registrado pelas Ouvidorias Seccionais: HRT: 25% resolutividade e 52% satisfação; HRSAM: 41% resolutividade e 76% satisfação. As atividades previstas para o período foram; Implantar fluxo de ligação para o paciente após a resposta; Capacitar os gestores da Região para melhoria da qualidade da resposta; Diagnosticar os gargalos no tempo de resposta, visando sua diminuição; Manter o cadastro dos cidadãos atualizado.

Indicador 44
Taxa de absenteísmo



Análise dos resultados:

O indicador permaneceu sem meta definida no período, finalizando o ano com 11,8% de taxa de absenteísmo. O número de horas mensais ausentes dos servidores (exceto férias, licença prêmio, abono) oscilou durante o ano, com menor quantidade em abril (79.629,15) e a maior quantidade de horas foi em junho (126.757,15). As ações de promoção à saúde são amplas, programadas e baseadas nas notificações demandadas pelos gestores e servidores.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

Vigência de Julho a Dezembro/2022

REGIÃO SUDOESTE					
ITEM	TEMA	INDICADOR	META	RESULTADO PARCIAL	STATUS
3	CEGONHA	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência	Monitoramento	1,41%	Monitoramento
7	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.	95%	56%	Razoável
8	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade	95%	67%	Razoável
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%	67%	Razoável
10	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.	95%	73%	Satisfatório
18	RUE	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	Monitoramento	48%	Monitoramento
22	PCD	Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde	Monitoramento	12.609	Monitoramento
23	PSICOSSOCIAL	Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde	*Sobrestado		Monitoramento
24	PSICOSSOCIAL	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais	Monitoramento	0,4%	Monitoramento
28	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar	30%	39%	Razoável
30	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	15%	25%	Superado
33	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	Monitoramento	38%	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	13%	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	10%	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	12%	Monitoramento
37	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Monitoramento	72%	Monitoramento
39	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de cura dos casos de tuberculose	Monitoramento	52%	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	62%	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	58%	Monitoramento
42	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Número de notificações por acidente de trabalho / agravos relacionados ao trabalho	Monitoramento	407	Monitoramento

Quadro resumido:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
<u>Superado</u>	Superado - Acima de 100% da meta	1	16,7%
<u>Satisfatório</u>	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	1	16,7%
<u>Razoável</u>	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	4	66,6%
<u>Parcial</u>	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	0	0%
<u>Crítico</u>	Crítico - Abaixo de 25% da meta	0	0%
TOTAL			100%

ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 3

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

SUDOESTE



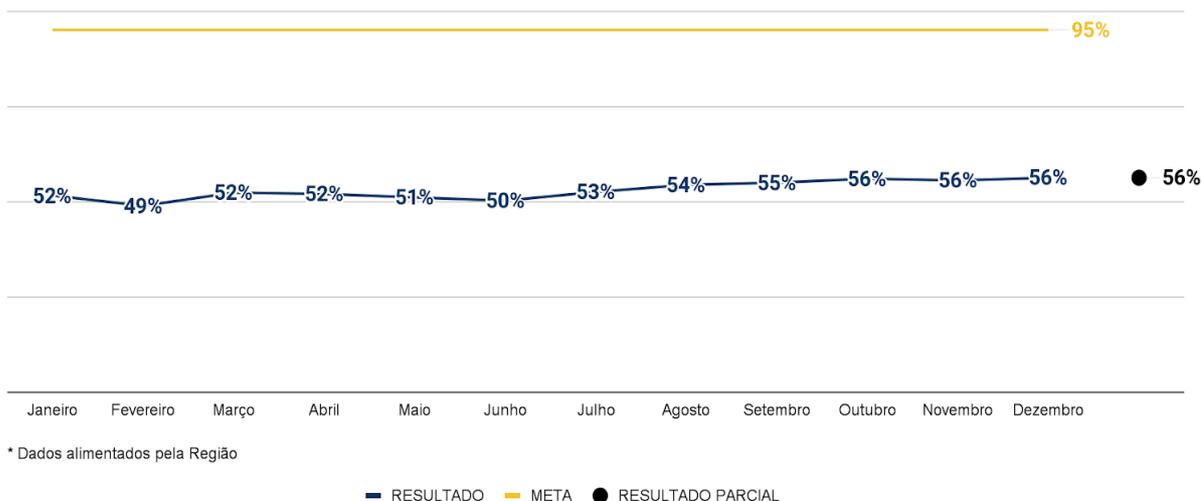
Análise dos resultados:

O indicador manteve o status de monitoramento sem definição de metas. Encerrou o período com 1,41% de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto de vida < 7 na região de saúde. É importante ressaltar que no HRT em média 21% dos partos realizados em novembro são de Águas Lindas de Góias e boa parte das gestantes não fazem o pré-natal e que pode prejudicar negativamente as condições de nascimento. Uma das ações previstas no plano de ação é rastrear as condições peri-parto que aumentam o risco de asfixia como batimento cardíaco, líquido amniótico e doenças maternas. Uma das atividades implementadas é o treinamento de todos os profissionais envolvidos em reanimação neonatal da assistência: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Indicador 7

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

SUDOESTE



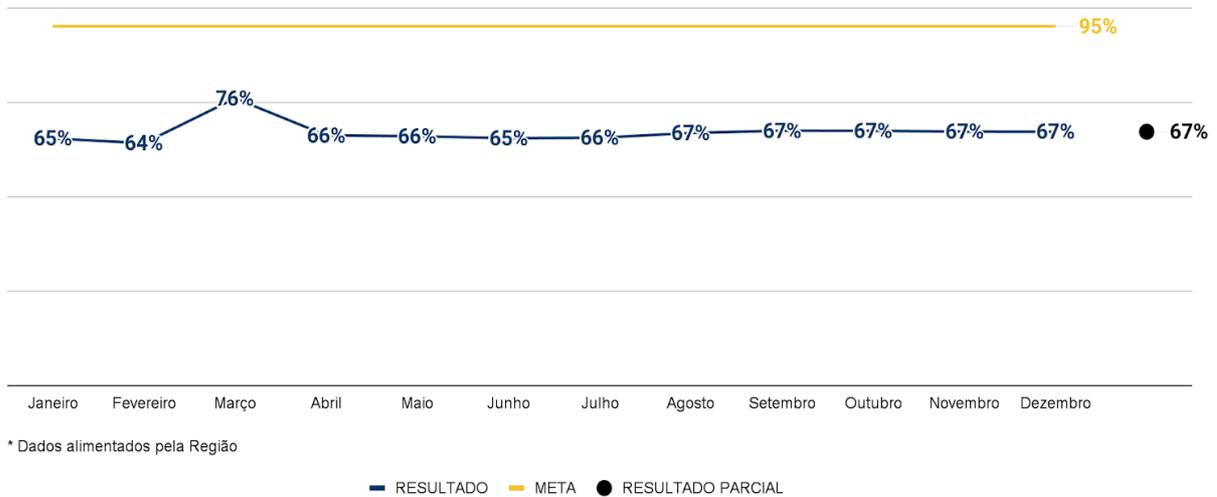
Análise dos resultados:

Indicador novo, no qual foi feita a desagregação dos 4 tipos principais de vacinas ofertadas pelo SUS aos menores de 1 ano de idade com o objetivo de otimizar o monitoramento da cobertura vacinal nas regiões de saúde. O indicador apresentou resultado bem razoável no período, encerrando o ano com 56% de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina "Tríplice Viral (SCR)". Foi a menor cobertura vacinal do ano na região entre os 4 tipos de vacina. Entre as ações previstas no plano de ação e que foram implementadas durante o período estão: Realizar capacitação e treinamento dos Responsáveis Técnicos Assistenciais - RTAs das salas de vacinação; Incentivar a busca de faltosos do público-alvo na região; Ampliar o número de ações de vacinação de população vulnerável; Divulgar à população a disponibilidade de vacinas e o horário de funcionamento das salas de vacinação, assegurando acesso da população à sala de vacina.

Indicador 8

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

SUDOESTE



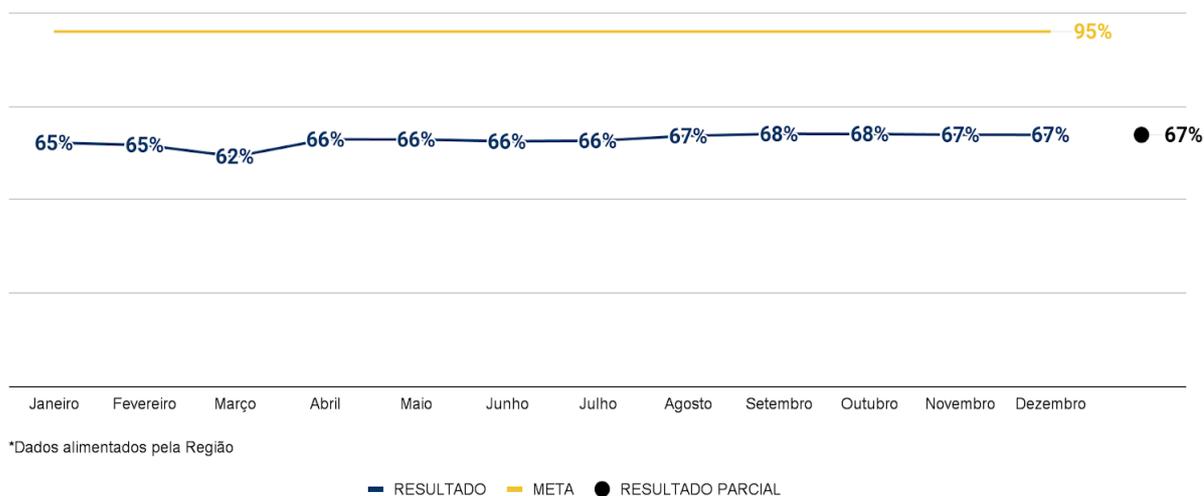
Análise dos resultados:

Indicador novo, no qual foi feita a desagregação dos 4 tipos principais de vacinas ofertadas pelo SUS aos menores de 1 ano de idade com o objetivo de otimizar o monitoramento da cobertura vacinal nas regiões de saúde. O indicador apresentou resultado razoável no período, encerrando o ano com 67% de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina "Pentavalente". Entre as ações previstas no plano de ação e que foram implementadas durante o período estão: Realizar capacitação e treinamento dos Responsáveis Técnicos Assistenciais - RTAs das salas de vacinação; Incentivar a busca de faltosos do público-alvo na região; Ampliar o número de ações de vacinação de população vulnerável; Divulgar à população a disponibilidade de vacinas e o horário de funcionamento das salas de vacinação, assegurando acesso da população à sala de vacina.

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.

SUDOESTE



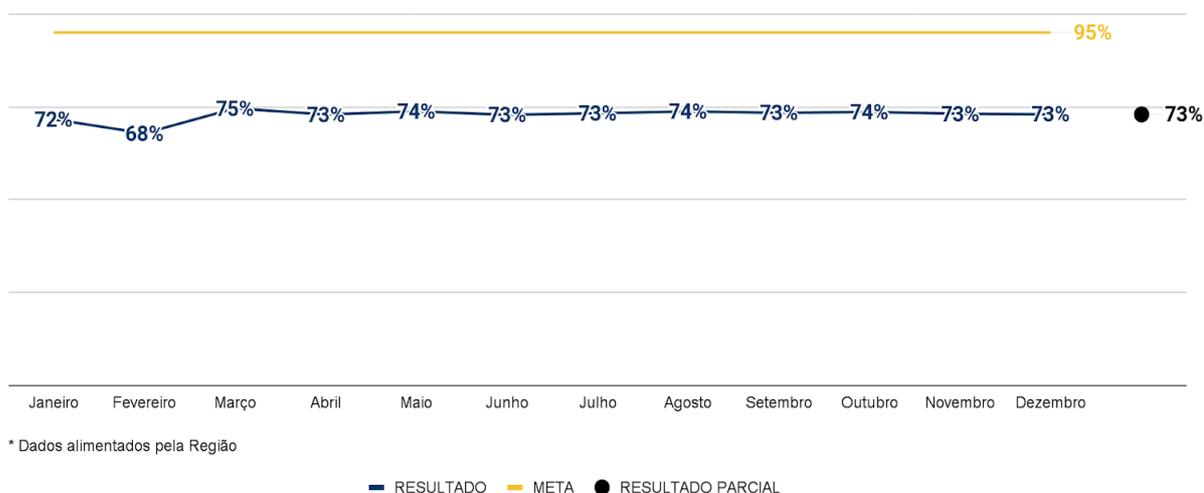
Análise dos resultados:

Indicador novo, no qual foi feita a desagregação dos 4 tipos principais de vacinas ofertadas pelo SUS aos menores de 1 ano de idade com o objetivo de otimizar o monitoramento da cobertura vacinal nas regiões de saúde. O indicador não atingiu a meta de 95% estabelecida, apresentou resultado razoável, encerrando o ano com 67% de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina "Poliomielite 1, 2 e 3 inativada (VIP)". Entre as ações previstas no plano de ação e que foram implementadas durante o período estão: Realizar capacitação e treinamento dos Responsáveis Técnicos Assistenciais - RTAs das salas de vacinação; Incentivar a busca de faltosos do público-alvo na região; Ampliar o número de ações de vacinação de população vulnerável; Divulgar à população a disponibilidade de vacinas e o horário de funcionamento das salas de vacinação, assegurando acesso da população à sala de vacina.

Indicador 10

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

SUDOESTE



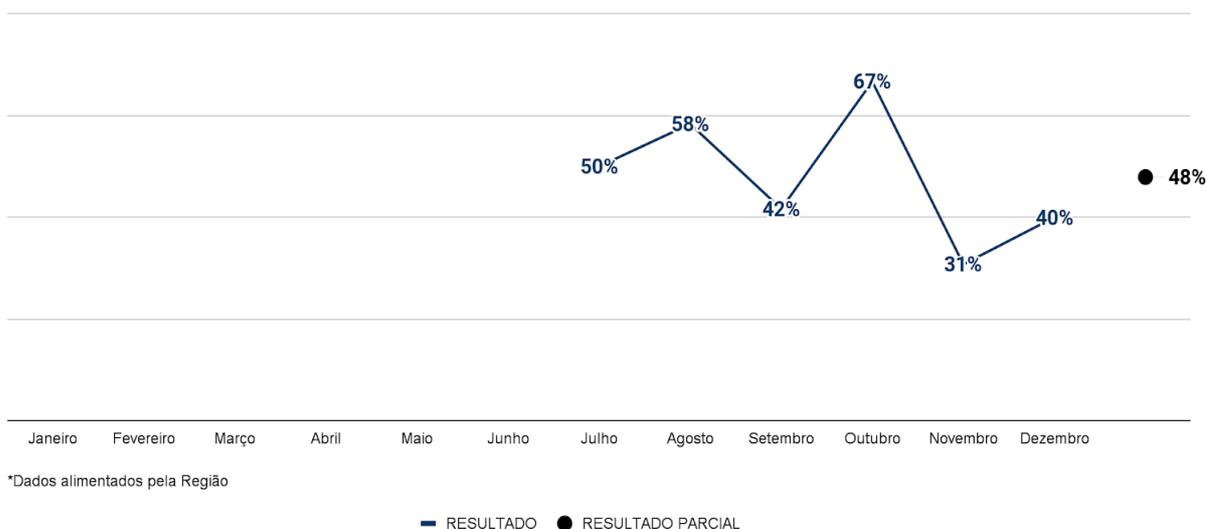
Análise dos resultados:

Indicador novo, no qual foi feita a desagregação dos 4 tipos principais de vacinas ofertadas pelo SUS aos menores de 1 ano de idade com o objetivo de otimizar o monitoramento da cobertura vacinal nas regiões de saúde. O indicador não atingiu a meta de 95% estabelecida, porém alcançou resultado satisfatório, encerrando o ano com 73% de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina "Pneumocócica 10V". Entre as ações previstas no plano de ação e que foram implementadas durante o período estão: Realizar capacitação e treinamento dos Responsáveis Técnicos Assistenciais - RTAs das salas de vacinação; Incentivar a busca de faltosos do público-alvo na região; Ampliar o número de ações de vacinação de população vulnerável; Divulgar à população a disponibilidade de vacinas e o horário de funcionamento das salas de vacinação, assegurando acesso da população à sala de vacina.

Indicador 18

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

SUDOESTE



Análise dos resultados:

O indicador permaneceu com status de monitoramento, sem definição de meta e encerrou o período com 48% de elegibilidade no serviço de atenção domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e UPAs. Após reuniões de beira de leito para a discussão de casos de pacientes hospitalizados e quando percebido que o paciente estável é elegível para internação domiciliar, o Formulário de Avaliação Desospitalização (FAD) deve ser preenchido imediatamente. O número de FAADs* elegíveis para o SAD proveniente de Hospitais e UPAs oscilou durante o período, variando de 2 em dezembro até no máximo 7 em agosto, pois sempre há pedidos de desospitalização, porém nem todos preenchem os critérios para internação domiciliar. Ademais, há casos em que o paciente apresenta complicações e não pode ir de alta ou mesmo o paciente vai à óbito. O objetivo maior para o Serviço de Atenção Domiciliar é diminuir a dificuldade de acompanhamento dos pacientes na Atenção Básica, bem como também diminuir a chance de internação hospitalar.

Indicador 22

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

SUDOESTE



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO ● RESULTADO PARCIAL

Análise dos resultados:

Indicador sem meta estabelecida, com status de monitoramento durante o período estudado, mas com boas perspectivas de avanço no tocante ao número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da região de saúde. Iniciou o ciclo com 10.616 pessoas cadastradas e finalizou dezembro com 12.609 pessoas cadastradas. A Região Sudoeste possui uma população 829.672. Desse total, 374.815 pessoas encontram-se cadastradas na APS. Em dezembro mais de 12 mil pessoas se autodeclararam com deficiência, correspondendo a 3,36% do total de pessoas cadastradas. Observa-se que houve queda da variação do número de pessoas com deficiência cadastrada na região, em relação ao mês de novembro de 0,12%, no entanto, houve aumento expressivo de pacientes cadastros e de pessoas com deficiência. As ações previstas no plano de ação incluem criar um controle de monitoramento de cadastros por UBS para identificar a população com deficiência na região Sudoeste para planejamento de ações voltadas a esse público alvo.

Indicador 23

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

Análise dos resultados:

Indicador 24

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

SUDOESTE



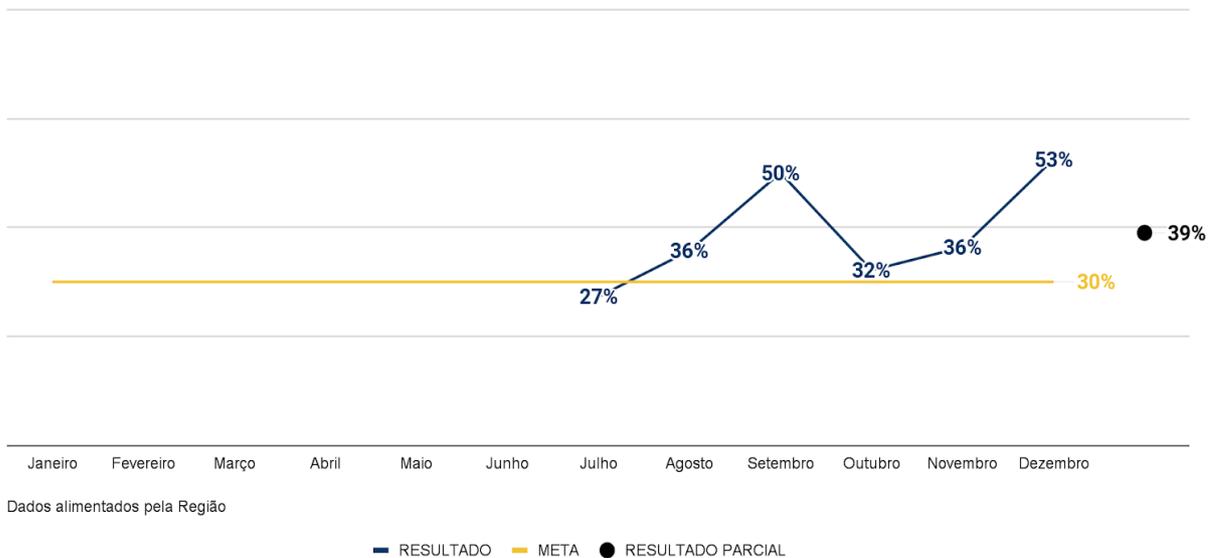
Análise dos resultados:

O indicador permaneceu em status de monitoramento, sem definição de meta no período analisado e encerrou o ano com resultado parcial de 0,4%. O número de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental foi avançando de julho a novembro e caiu em dezembro (50 atendimentos). O hospital HRT é porta aberta à maioria dos pacientes com problemas psiquiátricos, os quais, chegam em condições clínicas ruins e dessa forma, os hospitais referências não atendem. Em dezembro houve aumento nos transtornos fictícios, adaptações e ansiedades. Quanto ao hospital HRSAM, há pouco atendimento de paciente com problemas psiquiátricos quando comparado ao HRT, quando ocorre, há a estabilização dos sintomas e os pacientes recebem alta, conforme pop de atendimento, se permanecer o surto é solicitado a transferência, direcionando para os hospitais de referência.

Indicador 28

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

SUDOESTE



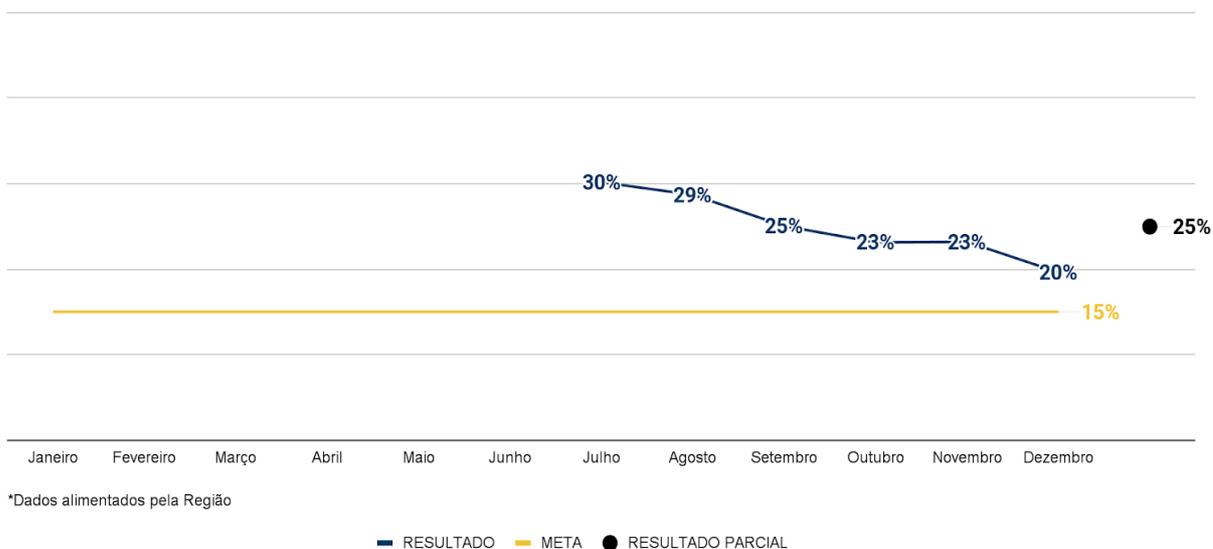
Análise dos resultados:

O indicador apresentou um desempenho razoável durante os seis meses de performance, encerrando o ano com resultado de 39%. À princípio o motivo dos absenteísmos seriam as desistências das consultas. No entanto, apenas o setor de hematologia e hemoterapia são os únicos com panorama I e II no hospital HRT, por isso, ainda é incipiente fazer uma análise mais completa da efetividade do indicador. Com o avançar do monitoramento acredita-se que possam ser melhor avaliados os motivos do absenteísmo para compor ações de melhorias para alcance da meta estabelecida.

Indicador 30

Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica

SUDOESTE



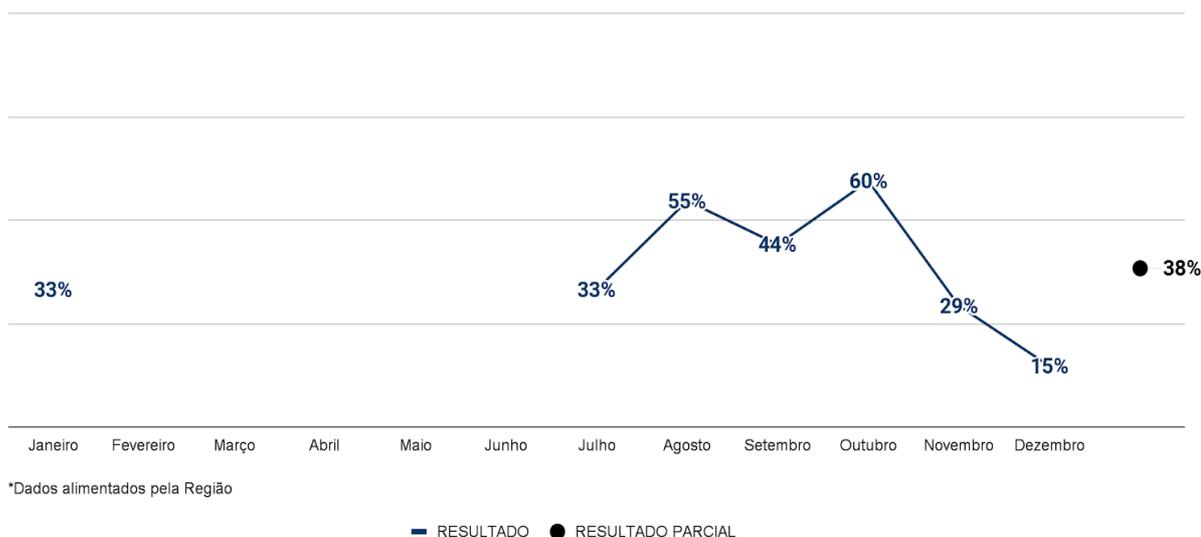
Análise dos resultados:

O indicador superou a meta de 15% estabelecida em todos os meses do ano. No hospital HRT todos pacientes são acompanhamento na ortopedia , clínica médica (UMEI) e UCI, mas por limitação de RH a enfermaria pediátrica e cardiologia não é possível atender toda demanda, da mesma forma no HRSAM estamos aguardando a nomeação de novos farmacêuticos para o Núcleo de Farmácia Clínica - NFC a fim de aumentar o percentual de cobertura dos pacientes-dia. É necessária a expansão do serviço de Farmácia Clínica para mais unidades de internação nos hospitais a partir do momento que mais horas sejam destinadas aos núcleos. Próximos locais de interesse para acompanhamento a depender da disponibilidade de RH: Enfermaria pediátrica e Cardiologia.

Indicador 33

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

SUDOESTE



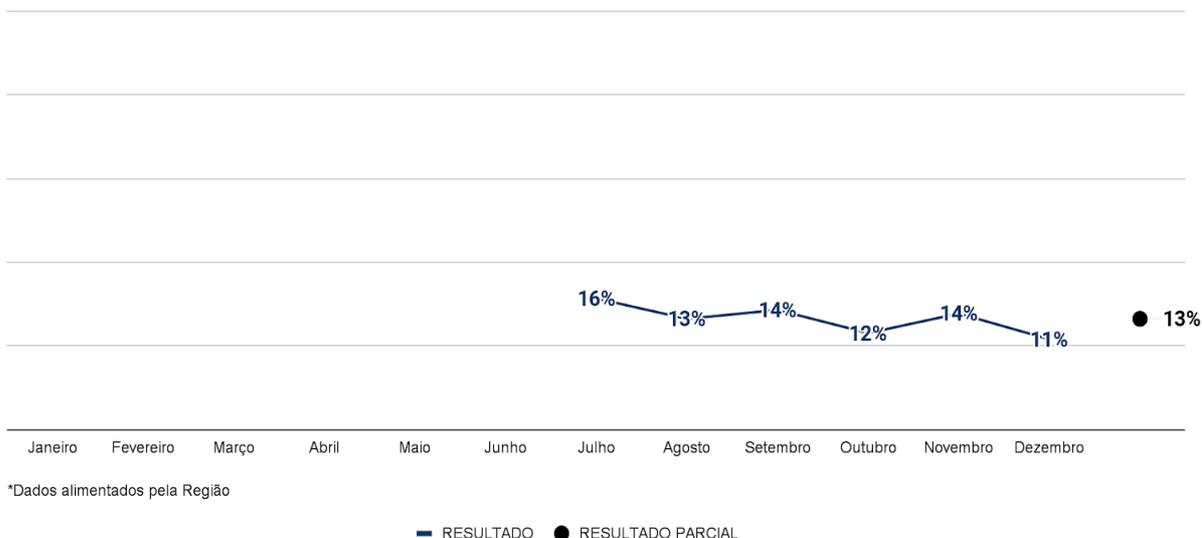
Análise dos resultados:

O indicador permaneceu com status de monitoramento, sem definição de meta no período analisado, encerrando o ano com parcial de 38% de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada. Em agosto iniciaram-se as adequações nas agendas segundo os parâmetros preconizados na ficha do Indicador, em setembro a queda no percentual pode ser devido o fato da Unidade CEO Policlínica de Taguatinga ter perdido 20h de endodontia, o que impactou a oferta de vagas. O maior percentual do período foi em outubro (60%) porque houve algumas adequações nas agendas que possibilitaram aumento da oferta de vagas para diversas especialidades. Em novembro e dezembro houve diminuição na oferta de vagas devido a afastamentos de profissionais.

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.

SUDOESTE



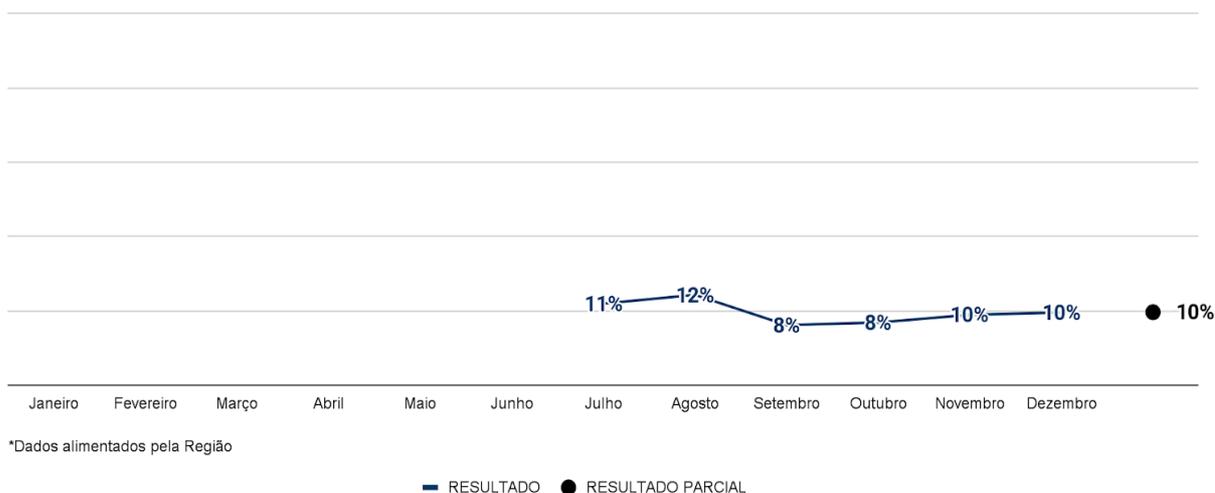
Análise dos resultados:

O indicador permaneceu com status de monitoramento, sem meta estabelecida no período analisado, encerrando o ano com parcial de 13% de reclamações e solicitações à ouvidoria sobre agendamento de consultas na região de saúde. Apresentou parciais durante o período variando de 11% (dez) a 16% (julh). O mês com maior quantidade de reclamações e solicitações à Ouvidoria foi setembro (97), apesar de julho ter apresentado o maior percentual. Entretanto, em setembro o número total de reclamações e solicitações sobre “Agendamento de Consultas” na SES/DF foi o maior durante o ano também. A menor quantidade de reclamações e solicitações ocorreu em dezembro (51). Algumas ações previstas para melhoria do atendimento nas ouvidorias: Melhorar as informações ao manifestante sobre agendamentos de consultas, exames e cirurgias visando otimizar os retornos à Ouvidoria; Atualizar os cadastros da OUV -DF para melhorar a relação com o manifestante. As ações possuem o objetivo maior de aumentar o índice de resolutividade e a satisfação com resposta aos usuários.

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.

SUDOESTE



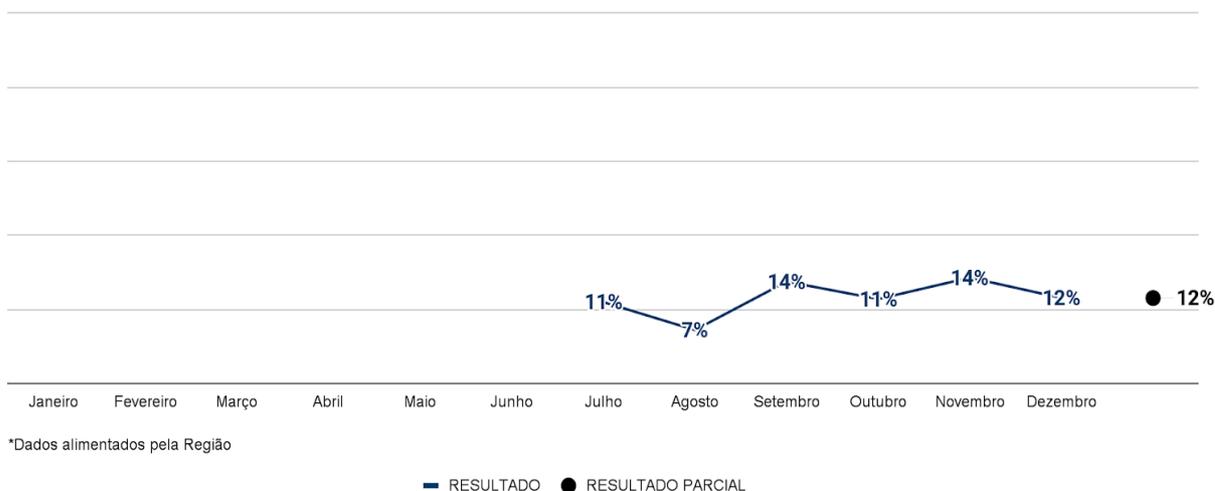
Análise dos resultados:

O monitoramento do indicador iniciou em julho e permaneceu sem meta estabelecida, encerrando o ano com parcial de 10% de reclamações e solicitações sobre agendamento de exames na região de saúde. Apresentou valores parciais variando de 8% (setembro e outubro) a 12% (agosto), da mesma forma a quantidade de reclamações e solicitações apresentou oscilações entre julho (26); agosto (34); setembro (20); outubro (20); novembro (29) e dezembro (22). Algumas ações previstas para melhoria do atendimento nas ouvidorias: Melhorar as informações ao manifestante sobre agendamentos de consultas, exames e cirurgias visando otimizar os retornos à Ouvidoria; Atualizar os cadastros da OUV -DF para melhorar a relação com o manifestante. As ações possuem o objetivo maior de aumentar o índice de resolutividade e a satisfação com resposta aos usuários.

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.

SUDOESTE



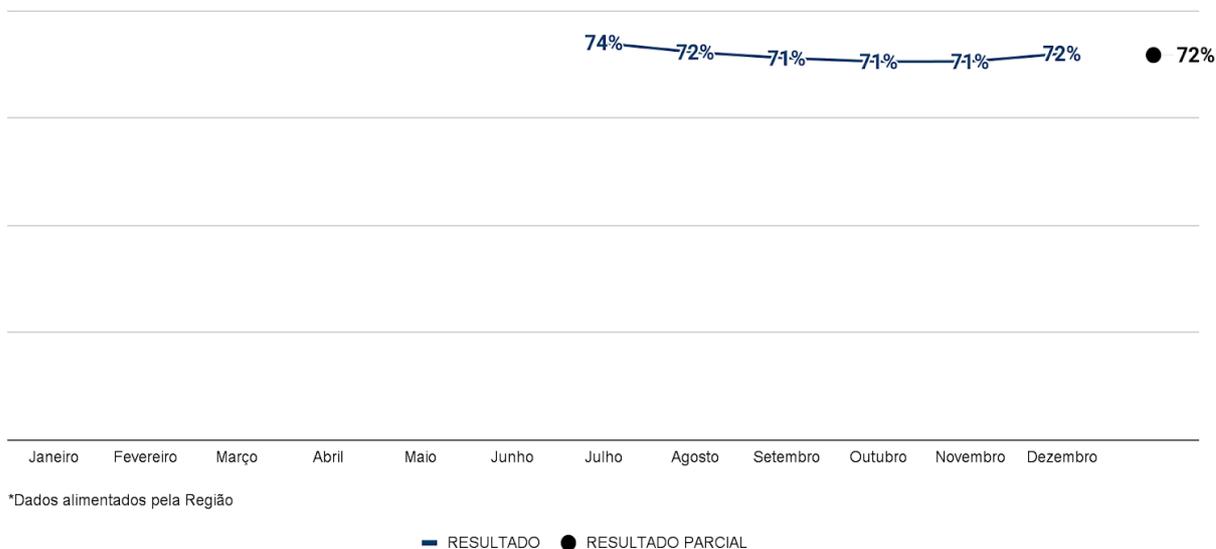
Análise dos resultados:

O monitoramento do indicador iniciou em julho e permaneceu sem meta estabelecida, encerrando o ano com parcial de 12% de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre agendamento de cirurgias na região com relação ao total da SES DF. Na desagregação dos dados dos dois hospitais, claramente o hospital HRT somou mais reclamações durante o ano que o HRSAM, bem como gerou mais solicitações também. Isso se deve pelos perfis diferenciados de atendimentos das duas unidades e da quantidade de pessoas e de regionais que o setor de ouvidoria do HRT abrange, que é maior que a área de abrangência do HRSAM. Algumas ações previstas para melhoria do atendimento nas ouvidorias: Melhorar as informações ao manifestante sobre agendamentos de consultas, exames e cirurgias visando otimizar os retornos à Ouvidoria; Atualizar os cadastros da OUV -DF para melhorar a relação com o manifestante.

Indicador 37

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

SUDOESTE



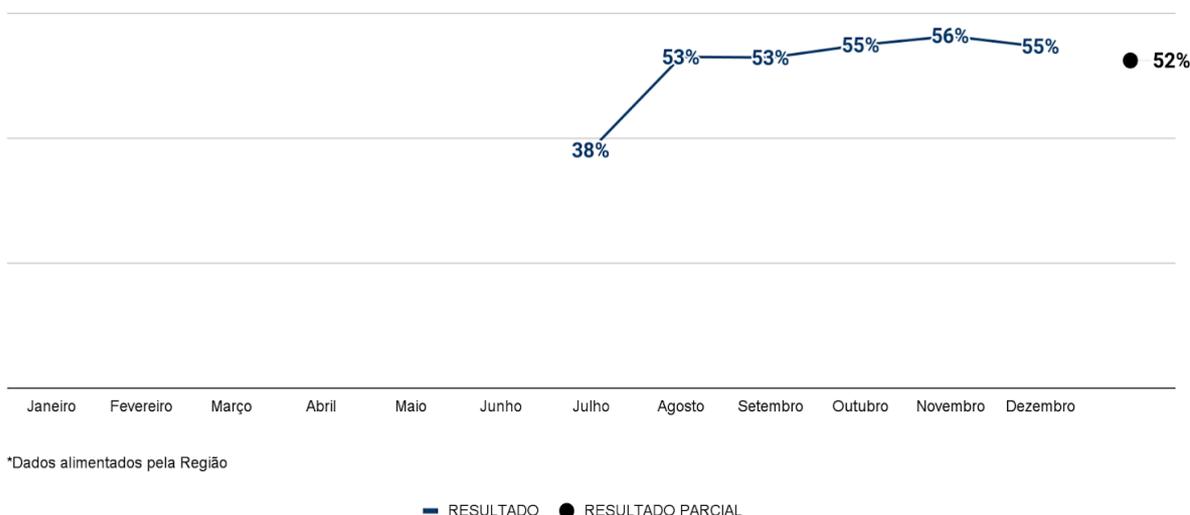
Análise dos resultados:

O Indicador manteve-se com status de monitoramento, encerrou o ano com parcial de 72% de licenças médicas com relação ao total de afastamentos da região. Do ponto de vista do número em horas de afastamentos com o código 341 na Região de Saúde, houve queda de julho (62971,6 horas) a novembro (56839,42 horas), aumentando em dezembro (69990,92 horas). Algumas ações realizadas: Identificar as condições de trabalho dos servidores, bem como apontar as inconformidades estruturais e condições de ergonomia, conforme legislação vigente;

Indicador 39

Percentual de cura dos casos de tuberculose

SUDOESTE



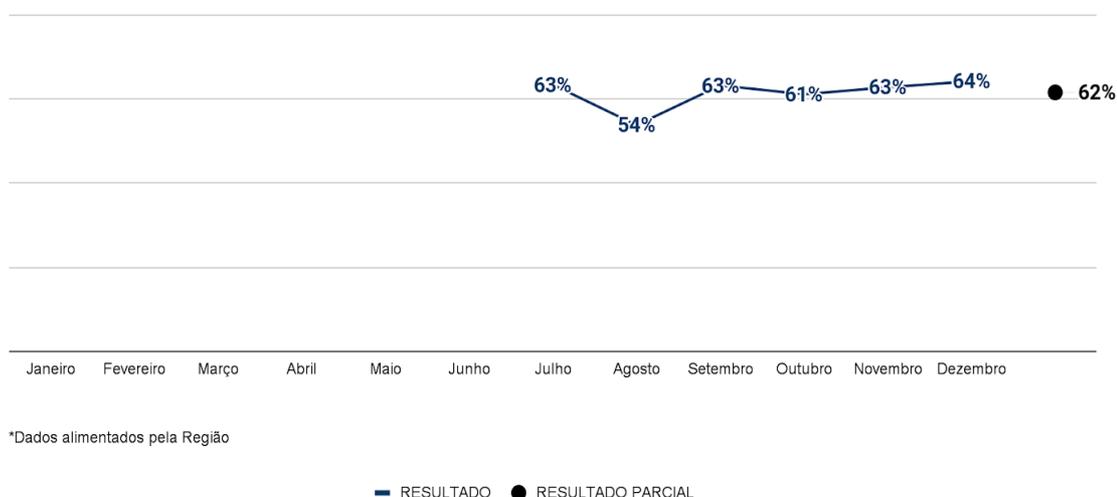
Análise dos resultados:

O indicador manteve o status de monitoramento, sem definição de meta e encerrou o período com parcial de 52% de cura dos casos de tuberculose. Comparado ao início em julho até dezembro houve aumento do número de casos novos de tuberculose encerrados por cura no ano de diagnóstico em residentes na região: jul 916); ago (27); set (28); out(34); nov(36); dez(36). As ações de monitoramento do banco em aberto foram intensificadas junto às unidades de saúde que finalizaram os casos em aberto. As atualizações e sensibilização dos profissionais da APS foram realizadas in loco nas unidades com maior incidência e prevalência de casos. Foram capacitados 116 Agentes Comunitários de Saúde até novembro.

Indicador 40

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

SUDOESTE



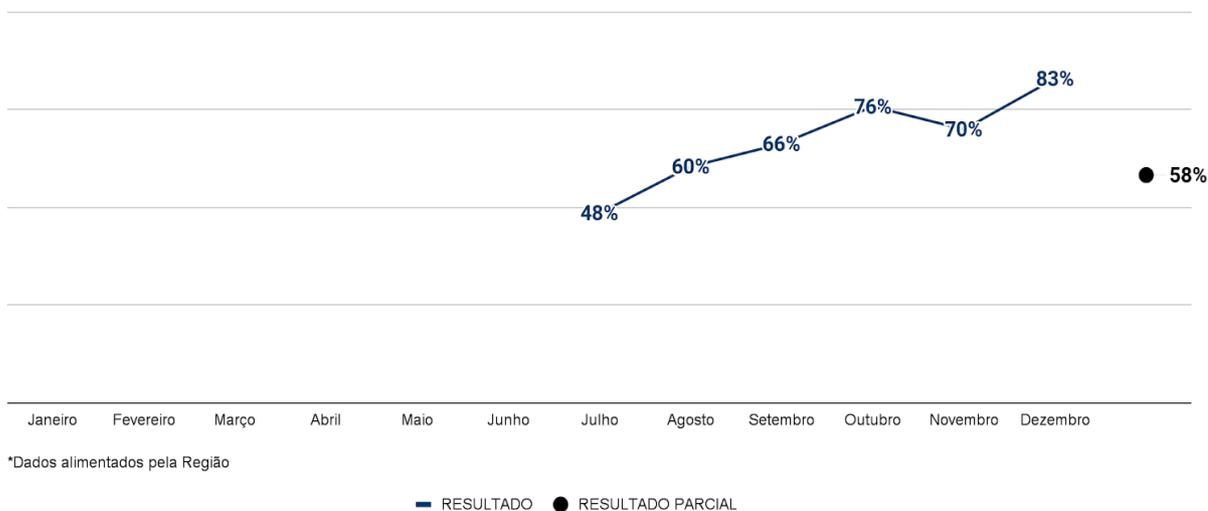
Análise dos resultados:

O monitoramento do indicador iniciou em julho e permaneceu sem meta estabelecida, encerrando o ano com parcial de 62%. O indicador mostrou uma perspectiva de crescimento do ponto de vista do número de contatos intradomiciliares examinados referentes aos casos novos residentes na região, jul (33); ago(35); set(50); out(41); nov(44); dez(54) . Os esforços no sentido de melhorar o indicador têm sido traduzidos em educação em serviço durante os matriciamentos e treinamentos para as equipes de ESF, treinamento no manuseio do SINAN, por meio do NVEPI, estímulo à busca de contatos nas UBS. A programação das ações do janeiro roxo (mes de intensificação do combate a Hanseníase), vem com uma perspectiva, de certa forma, de incentivo à melhora do indicador.

Indicador 41

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

SUDOESTE



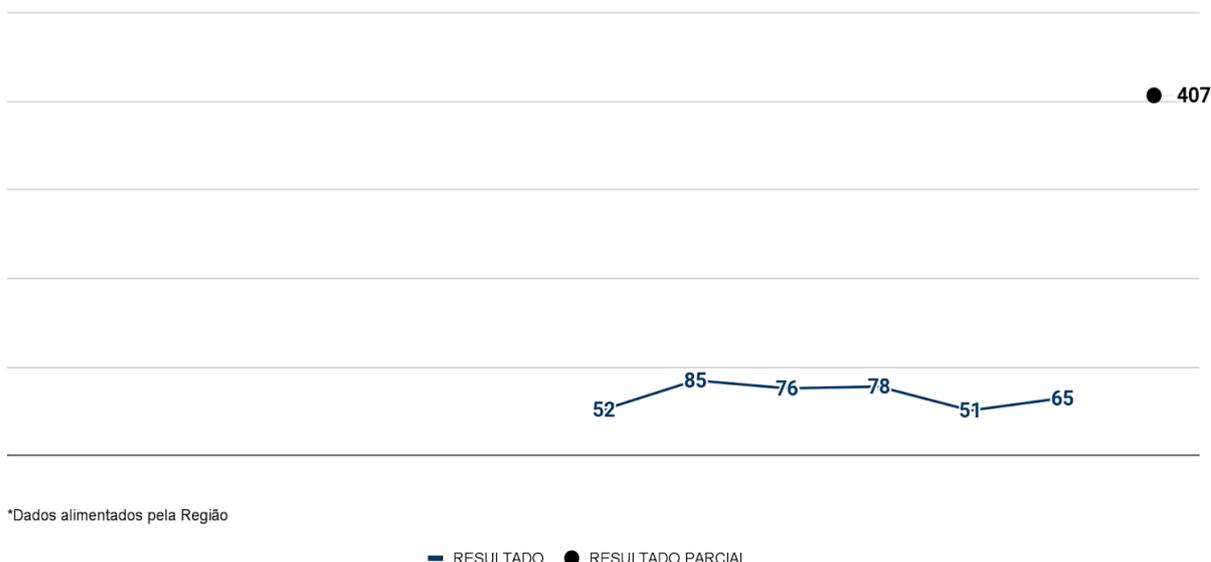
Análise dos resultados:

O monitoramento do indicador iniciou em julho e permaneceu sem meta estabelecida, encerrando o ano com 58% de fichas de notificação de arboviroses investigadas e encerradas em até 60 dias até o fechamento deste relatório. Os resultados até o momento, os quais finalizaram os dados para esse relatório podem ser parciais e provisórios, devido ao prazo para encerramento das investigações. O período analisado foi o mês de Outubro, visto que, são fichas de notificações encerradas em até 60 dias. O NVEPI tem encaminhado via SEI os casos notificados de Dengue da área de abrangência das UBS quinzenalmente para encerramento; outra ação que vem sendo realizada é a capacitação de profissionais das UBS reforçando o preenchimento correto, completitude de dados e encerramento dos casos no SINAN.

Indicador 42

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

SUDOESTE



Análise dos resultados:

O indicador iniciou o ciclo de monitoramento em julho e permaneceu sem meta estabelecida. Conseguiu encerrar o ano com aumento no número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho. Iniciou em julho com 51 notificações; agosto alcançou o maior número(85) e em dezembro alcançou 65 notificações. As unidades que mais notificaram durante o ano foram: HRT, CEREST Sudoeste e HRSAM. Algumas ações de rotina dos setores NSHMT: Fazer busca ativa de relatos, comunicações, fichas do SINAM preenchidas, revisão em prontuários ocupacionais e processos de acidentes em serviço/agravos registrados e/ou em tramitação no NSHMT-TAG; Fazer revisão e busca ativa de processos de apuração de acidentes já em tramitação na CRPIAS; Busca ativa dos referidos agravos através de consultas aos gestores das unidades da área de atuação do NSHMT-TAG, bem como de empresas terceirizadas.

Conclusão

Quanto ao atendimento da portaria nº 1066 de 25/10/2021, foram realizadas reuniões formais do Colegiado Gestor da Região, nas datas 12/04/2022; 10/08/2022 e 07/03/2023, cujos encaminhamentos variam de informes mensais sobre o monitoramento dos indicadores, apresentação das ações realizadas e propostas de ações, que sempre seguiram com registros de atas enviadas à Diretoria de Gestão Regionalizada - DGR. Ademais, também ocorreram no período reuniões de forma informal, sem registro de ata, pois aconteceram inseridas nas reuniões com as diretorias e Superintendência da região. Os encaminhamentos das reuniões se deram conforme as demandas de emergência dos hospitais e/ou unidades da atenção primária e secundária. Embora as soluções encontradas tenham sido resultado de ações emergenciais, conseguiram impactar, de forma indireta, e positivamente nos indicadores AGR.

A Assessoria de Planejamento - Asplan também realiza reuniões informais com a equipe de planejamento da região, ressaltando as questões com indicadores do acordo AGR. Contudo, há uma articulação diária também com as equipes técnicas e de planejamento da região para discussão de resultados pontuais dos indicadores..

As reuniões de colegiados quadrimestrais com a DGR se realizaram, conforme datas previstas, com encaminhamentos na sua maioria para ajustes de resultados dos indicadores pelas áreas técnicas da SES ou sobre questões de RH com a SUGEP/SES, mas também sobressaíram os ajustes técnicos no entendimento de cada tema.

Considerando o processo de monitoramento do AGR 2022, o qual envolve a coleta de dados, análise e avaliação dos resultados dos indicadores, é sabido e também muito foi dito nas reuniões dos agentes de planejamento com a DGR, que se perde mais tempo com a coleta de dados dos indicadores do que com a análise e avaliação dos resultados. O processo ainda carece de uma análise minuciosa para a correta implantação de ações que resultem no alcance das metas de cada indicador. Alguns fatores contribuíram para esse fato, a saber: falta de sistemas de informação mais complexos e fidedignos, pois a busca de informações hoje, muitas vezes, é feita de forma manual e, por isso, mais demorada; informações da sala de situação com falhas na migração de dados; a sala de situação por muitas vezes tornou-se instável ou inativa no período de extração dos dados; falhas nos sistemas oficiais do MS para emissão de relatórios ou demora na migração de dados, além do déficit de profissionais nas áreas técnicas da região, dificultando o processo de gerenciamento dos dados e o repasse de informações em tempo oportuno.

Importante citar que durante o processo de monitoramento do AGR pouco se percebeu a presença mais próxima das áreas técnicas da ADMC, sobretudo da SAIS, com a região de saúde, principalmente quanto à disponibilidade para auxiliar pontualmente na extração dos dados e no entendimento da dinâmica da assistência da região. O mais expressivo das áreas técnicas tem sido a cobrança por atendimento dos protocolos de coleta dos dados - os “POPs dos indicadores”, os quais por mais de uma vez foram alterados, exatamente porque a área técnica não conhece a realidade das regiões, mas a imposição da tarefa é algo mais importante na prestação de contas. Ainda nesse sentido, por mais que esse assunto tenha sido verbalizado nas reuniões ou discussões dos fóruns de debate do AGR, sabe-se que a Diretoria de Gestão Regionalizada trabalha muito bem com a articulação entre os setores e as áreas técnicas, mas não tem a governabilidade suficiente para decretar obrigações ou pontuar pré-requisitos às Subsecretarias no tocante à auxiliar de perto às regiões de saúde, por exemplo, somente elaborar ficha do indicador após conhecimento das variáveis de cada região, ou ao menos tornar obrigatória a participação das áreas técnicas nas reuniões de colegiado.

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

No nosso entendimento os colegiados devem ser presenciais, pois facilita as interlocuções, evita ruídos de todo tipo e que também sejam realizadas de forma individualizada por região e não no formato de “macrorregião”. Oportunamente, sugerimos que de alguma forma, a DGR assuma um papel mais de integrante do processo e não apenas de articulador, conhecendo e entendendo as nuances de cada região e que possa ter mais governabilidade junto às áreas técnicas das subsecretarias, fazendo com que seus atores sejam integrantes do processo e não o “agente de prestação de contas”.

Por fim, é importante reconhecer o papel fundamental das assessorias de planejamento da região - ASPLANS, as quais trabalham num universo unitário e por muitas vezes precisam assumir demandas da região que não pertencem ao escopo de suas atividades e que as demandas numerosas do seu rol de atribuições, por vezes ficam negligenciadas ou não resolvidas em tempo oportuno. Portanto, esperamos que a DGR em parceria com a SUGEP direcionem sua atenção e compreendam as necessidades das assessorias, no sentido de otimizar a composição de uma equipe, lotar mais servidores, não necessariamente administrativo, mas é imperativo que tenham servidores da área de saúde para articular de forma mais assertiva no mesmo contexto de conhecimento das áreas técnicas da região.

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.

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

Agradecemos o apoio à Contratualização Regionalizada.

Gestores Atuais

- Superintendente - JOSÉ WILLIAMS CAVALCANTE DE OLIVEIRA
- Asplan - NILVÂNIA SILVA ARAÚJO SOARES
- Diretor Administrativo - PATRÍCIA BOTELHO DA CONCEIÇÃO
- Diretor da Atenção Secundária - DAIANA BRANDÃO DE CARVALHO
- Diretor da Atenção Primária - JÚLIO CÉSAR PEREIRA LEITE
- Diretor do Hospital Regional de Taguatinga - HRT - FELIPE SANTOS MOTINHA
- Diretor do Hospital Regional de Samambaia - HRSAM - LUIZ CLAUDIO DOS SANTOS
AGNELLO
- GPMA HRT - PEDRO NOGUEIRA DE SOUZA
- GPMA HRSAM - GILDETE VIANA FRANCOLINO BEZERRA
- GPMA DIRAPS - JULIANA FELIX SILVEIRA
- GPMA DIRASE - CYNTHIA CANDEIA BOSE