

Relatório Anual

2022

ACORDO DE GESTÃO REGIONAL

Região de Saúde Sul

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

Sumário

BOAS VINDAS E APRESENTAÇÃO	2
PALAVRAS DO GESTORES	5
SOBRE A REGIÃO DE SAÚDE	6
INTRODUÇÃO	7
INDICADORES PACTUADOS (JANEIRO A DEZEMBRO) X RESULTADOS	8
QUADRO RESUMIDO	9
ANÁLISE POR INDICADOR	10
INDICADORES PACTUADOS (JANEIRO A JUNHO) X RESULTADOS	33
QUADRO RESUMIDO	34
ANÁLISE POR INDICADOR	35
INDICADORES PACTUADOS (JULHO A DEZEMBRO) X RESULTADOS	59
QUADRO RESUMIDO	60
ANÁLISE POR INDICADOR	61
CONCLUSÃO	82
AGRADECIMENTOS	90
GESTORES ATUAIS	91

Boas-vindas e Apresentação

Caro leitor,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Boa leitura!

Palavras dos gestores

Willy Pereira da Silva Filho

Superintendente da Região de Saúde Sul

“Com o avanço das demandas, aliado à maior complexidade dos serviços de Saúde, os Acordos de Gestão se tornam ferramentas essenciais para a organização do trabalho em torno de indicadores. Estes indicadores, atualmente estruturados em cinco áreas, possibilitam o acompanhamento e a evolução dos serviços prestados ao usuário. E permitem que o gestor enxergue os cenários monitorados, favorecendo a tomada de decisão. No AGR 2022, a Região de Saúde Sul continua em destaque, com mais da metade dos indicadores acima do satisfatório, com o vislumbre de resultados cada vez mais positivos para os próximos anos.”

Equipe Diretoria de Gestão Regionalizada

Administração Central - ADMC

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

Região de Saúde Sul

A Região de Saúde Sul compreende as regiões administrativas de Gama e Santa Maria. Possui um hospital: HRG - Hospital Regional do Gama; uma Policlínica/CEO/CEPAV dentro do HRG, um CAPS AD em Santa Maria e 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), são elas:

GAMA:

1. UBS 1 – Entrequadra 06/12 Setor Sul;
2. UBS 2 – Quadra 11 AE Lotes A B C e D;
3. UBS 3 – EQ 3/5 Área Especial - Setor Leste;
4. UBS 4 – Praça 3 Área Especial - Setor Leste;
5. UBS 5 – Área Especial, lote 38 - Setor Central;
6. UBS 6 – Entrequadra 12/16 Área especial Setor Oeste;
7. UBS 7 – Área especial número 1, Estádio Bezerrão, setor central, Gama;
8. UBS 8 – TRAVESSA EUCALIPTOS N 4 ÁREA ESPECIAL DVO GAMA;
9. UBS 9 – Engenho das Lages - Rua Libânio Casa N° 13;
10. UBS 11 – DF 475 KM 05 NÚCLEO RURAL PONTE ALTA NORTE GAMA;
11. UBS 12 – Ponte Alta, DF 290 (DF 290 antigo Posto Fiscal);
12. UBS 13 – Quadra 26 Casa 39 Setor Leste;
13. UBS 15 – Penitenciária Feminina do Distrito Federal – PFDF;
14. UBS 16 – ATP Prisional.

SANTA MARIA:

15. UBS 1 – Quadra 207/307 Conjunto T AE;
16. UBS 2 – EQ 217/ 317 - Lote E, Eq 217/317 E 218/318;
17. UBS 3 – Quadra 100 Conjunto I, Lote 01 Área Especial;
18. UBS 5 – Entre Quadra 212/213 Área Especial;
19. UBS 6 – Entre Quadra 202/203 Área Especial;
20. UBS 7 – Av. brigadeiro Pinto de Moura s/n área especial;
21. UBS 8 – EQ 418/518;
22. UBS 10 – Área Especial do DVO Rua do Eucalipto N 04.

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 SUL					
ITEM	TEMA	INDICADOR	META	RESULTADO PARCIAL	STATUS
1	CEGONHA	Coefficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	14,95	16,76	Satisfatório
2	CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	64,5%	60,0%	Satisfatório
4	CEGONHA	Percentual de óbitos maternos investigados	100%	100%	Satisfatório
5	CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	100%	82%	Satisfatório
6	CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	85%	73%	Satisfatório
11	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	80%	91%	Superado
12	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares	45%	50%	Satisfatório
13	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	19%	2%	Superado
14	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	13,0%	7%	Superado
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	10	14,80	Razoável
16	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica	N/A	N/A	Não se aplica
17	RUE	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa	Monitoramento	7,08	Monitoramento
19	RUE	Taxa de notificação de violência	Monitoramento	9,3	Monitoramento
20	RUE	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas	15%	34%	Crítico
21	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	95%	86%	Satisfatório
25	DCNT	Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações	Monitoramento	7,40	Monitoramento
26	DCNT	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações	Monitoramento	2,10	Monitoramento
27	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Índice de fechamento de chave	70%	71%	Superado
29	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	100%	64%	Razoável
31	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%	18.2%	Superado
32	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD	100%	100%	Satisfatório
38	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	90%	81%	Satisfatório

Quadro resumido:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
<u>Superado</u>	Superado - Acima de 100% da meta	5	29%
<u>Satisfatório</u>	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	9	53%
<u>Razoável</u>	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	2	12%
<u>Parcial</u>	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	-	-
<u>Crítico</u>	Crítico - Abaixo de 25% da meta	1	6%
TOTAL			100%

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

ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 1

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

SUL



Análise dos resultados:

No decorrer do ano considerando os dados analisados percebe-se irregularidade nos resultados evidenciados, a isso atribuímos as possíveis inconformidades de lançamento e tratativas quanto às ações relacionadas ao indicador, contudo é perceptível a manutenção dos resultados acima da meta no segundo semestre de 2022, fato atribuído aos esforços mútuos de todas as áreas envolvidas e destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

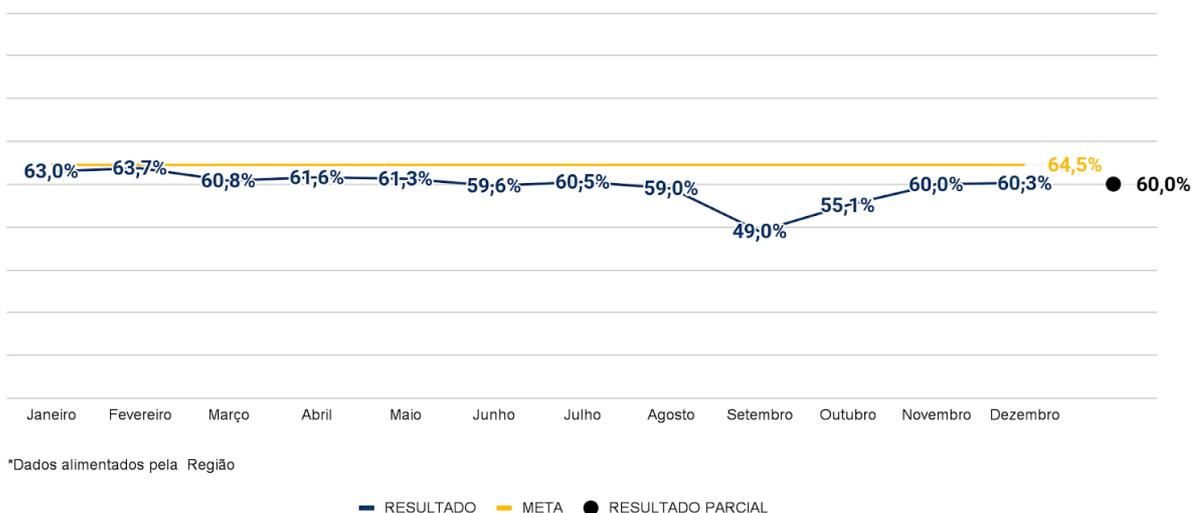
- Realização de matriciamento pela GAPAPS em saúde da Mulher e da Criança, direciona aos profissionais de Nível Superior (Médicos e Enfermeiros)
- Realização de matriciamento pela GAPAPS e NVEPI quanto ao manejo da Sífilis na Atenção Primária, direcionado aos profissionais de Nível Superior (Médicos e Enfermeiros).
- Realização de matriciamento pela GAPAPS - Qualificação do Pré natal na Atenção Primária, direcionado a equipe multidisciplinar.
- Implementação de visitas periódicas do EVEPI para Busca ativa, orientações assistenciais e de manuseio de sistemas.

Na perspectiva de Manutenção dos resultados exitosos está em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região SUL, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEPI) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão.

Indicador 2

Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)

SUL



Análise dos resultados:

Ao longo do ano, não houve muita diferença entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo da meta. Existem algumas barreiras como:

- Falta de um protocolo de analgesia de parto vaginal nesta regional.
- Educação continuada para os profissionais que atuam na assistência ao parto e nascimento;
- Dificuldade na implantação do protocolo de Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Portaria SES-DF Nº 993 de 02.12.2019, publicada no DODF Nº 232 de 06.12.2019.

Ações executadas pela equipe de enfermagem:

- Atualização e implementação de protocolos operacionais padrão (POPs) e fluxogramas para aprimoramento do cuidado e alinhamento de condutas;
- Acolhimento e classificação de risco obstétrica;
- Fortalecimento da assistência em enfermagem obstétrica para um cuidado humanizado ao parto e nascimento fortalecendo a autonomia das pacientes com oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- Programa de residência em enfermagem obstétrica com capacidade técnica, humanizada e respeitosa ao protagonismo da mulher.

Indicador 4

Percentual de óbitos maternos investigados

SUL



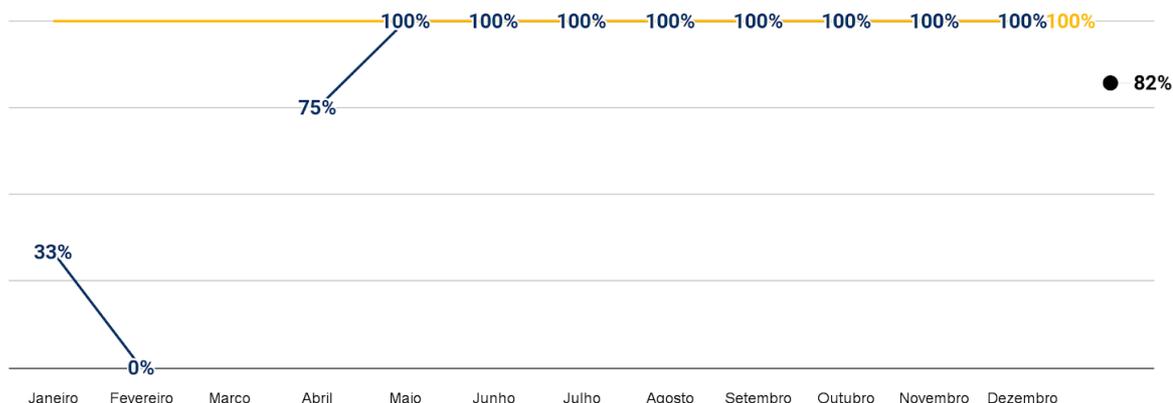
Análise dos resultados:

Os resultados obtidos foram excelentes, tendo em vista que o processo de investigação do óbito é dinâmico e que nem todos os óbitos ocorrem em nossa Região de Saúde.

Indicador 5

Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano

SUL



* Dados alimentados pela Região

— RESULTADO — META ● RESULTADO PARCIAL

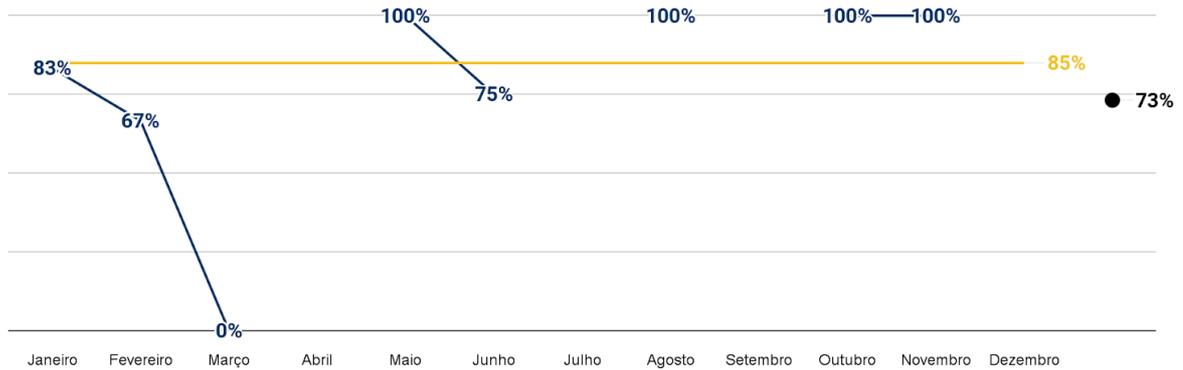
Análise dos resultados:

Os resultados obtidos foram satisfatórios no ano de 2022, tendo em vista que o processo de investigação do óbito é dinâmico e considerando que nem todos os óbitos ocorrem em nossa Região de Saúde, o que dificulta o acesso aos dados necessários às investigações. Cabe ressaltar que algumas famílias do “Entorno” fornecem um endereço da nossa região, inicialmente, para conseguir atendimento, e, após o óbito, para ter acesso ao enterro social, além de não encontrarmos no prontuário nenhum dado do endereço correto e do contato familiar atualizado, o que dificulta e às vezes inviabiliza a realização da investigação.

Indicador 6

Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados

SUL



* Dados alimentados pela Região

— RESULTADO — META ● RESULTADO PARCIAL

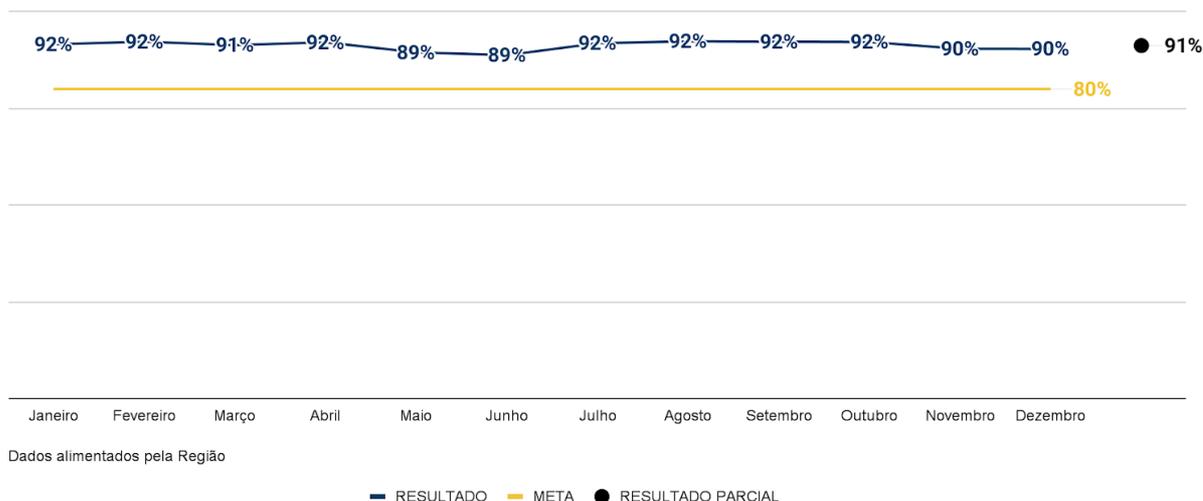
Análise dos resultados:

Os resultados obtidos foram satisfatórios, tendo em vista que o processo de investigação do óbito é dinâmico e considerando que nem todos os óbitos ocorrem em nossa Região de Saúde, o que dificulta o acesso aos dados necessários às investigações. Cabe ressaltar que algumas famílias do “Entorno” fornecem um endereço da nossa região, inicialmente, para conseguir atendimento e, após o óbito, para ter acesso ao enterro social, além de não encontrarmos no prontuário nenhum dado do endereço correto e do contato familiar atualizado, o que dificulta, e às vezes inviabiliza a realização da investigação, tendo em vista que se não conseguimos descartar o óbito materno com os dados hospitalares disponíveis, necessitamos de ações da atenção primária para prosseguir com a investigação, o que pode incluir a realização de visita domiciliar.

Indicador 11

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

SUL



Análise dos resultados:

Observa-se que, ao longo do ano de 2022, o indicador Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares apresentou uma média anual nas seguintes proporções(%): PS MÉDICO (78,57%) - aumento de 0,57%, porém abaixo da meta estabelecida de 80%; PS CIRURGIA GERAL (93,87%) - aumento significativo de 8,87%, dentro da meta estabelecida; PS CARDIOLOGIA (92,48%) - Resultado positivo, com leve piora com relação ao ano de 2021. Mantém-se dentro da meta estabelecida; PS OBSTÉTRICO (92,48%) - aumento significativo de 12,27%, dentro da meta estabelecida; PS ORTOPEDIA (94,54%) - aumento significativo de 10,54%, dentro da meta estabelecida; TOTAL GERAL PS = TOTAL DE PACIENTES CLASSIFICADOS NO ANO DE 2022: 112.880, TOTAL DE GAES: 125.107, AVALIAÇÃO $112880/125107*100= 90,22\%$.

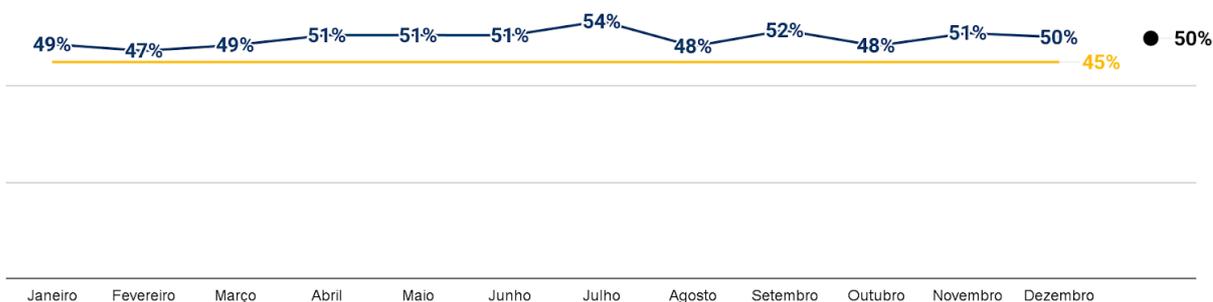
Diante do exposto, houve um RESULTADO POSITIVO, COM AUMENTO DE 10,22%. MANTEVE MÉDIA ANUAL DE 90,38% COM DESVIO PADRÃO DE ATÉ +4% E - 12%.

Nota-se que para a melhora do indicador, deverá ter informativos e orientações quanto a necessidade de passar pelo Acolhimento e Classificação de Risco. Abertura de GAE para o serviço ambulatorial de pneumologia, Odontologia, e não GAE de Emergência como feito recentemente. Ressaltando que, o Corpo de Bombeiros, SAMU e Pacientes escoltados também necessitam passar pelo Acolhimento e Classificação de Risco. Sendo também necessário a reposição do déficit de RH do setor para a elevação desse índice.

Indicador 12

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

SUL



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO — META ● RESULTADO PARCIAL

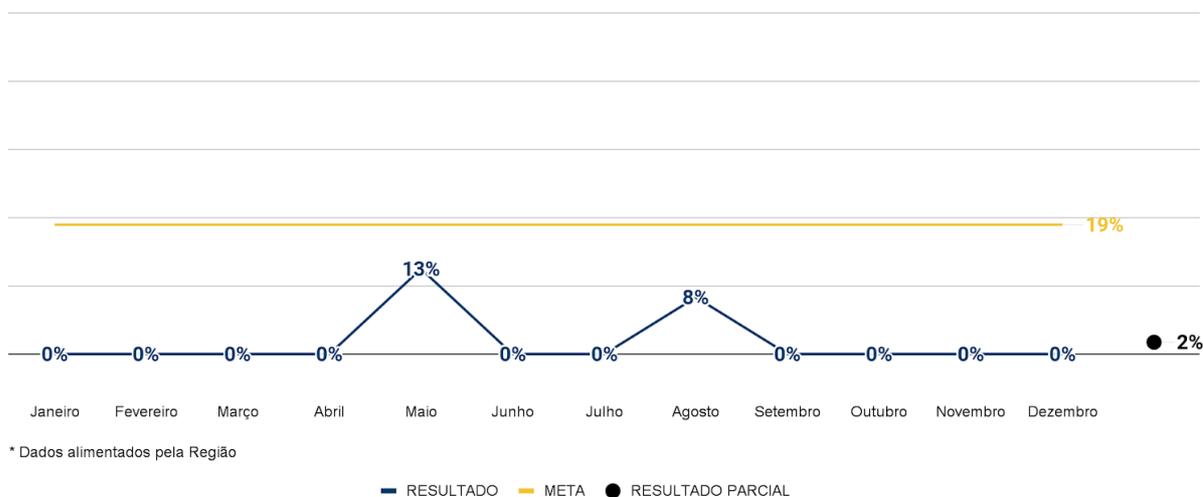
Análise dos resultados:

Indicador com piora em relação ao ano de 2021, houve aumento significativo de 16,60%, provavelmente pela desassistência e/ou por falta de vaga e/ou especialidade do atendimento na atenção primária. Nota-se que ao longo do ano, não houve muita diferença entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo da meta. O índice ocorre provavelmente por falta de assistência na atenção primária, fazendo com que a população da RIDE e entorno procure esta unidade de referência. Os mesmos são orientados a procurar sua UBS para acompanhamento e tratamento das suas respectivas doenças durante o atendimento de Classificação de Risco. Solicita-se a confecção de folder informativo para entrega para a população após Acolhimento e Classificação de Risco com esclarecimentos de quando se deve procurar o Pronto Socorro.

Indicador 13

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

SUL



Análise dos resultados:

Apesar do indicador no acumulado anual não ter superado a meta proposta ainda há espaço para melhora significativa visto que nessa unidade hospitalar não dispomos de serviço hemodinâmica e há problemas de logística relacionado ao contato com unidades de referência e transporte dentro do tempo porta-balão preconizado, fato este amplamente documentado em literatura específica do tema como de razão de piores desfechos. Proposta de solução: realização de um contrato com serviços particulares, especialmente uma unidade hospitalar já presente na região há menos de 7min de distância onde poderiam ser prontamente realizadas intervenções dentro da janela terapêutica com recursos inexistentes no HRG e HRSM, além de baixa disponibilidade na rede como um todo. Dessa forma, esse contrato poderia abarcar também as intervenções relacionadas a AVEI.

Indicador 14

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

SUL



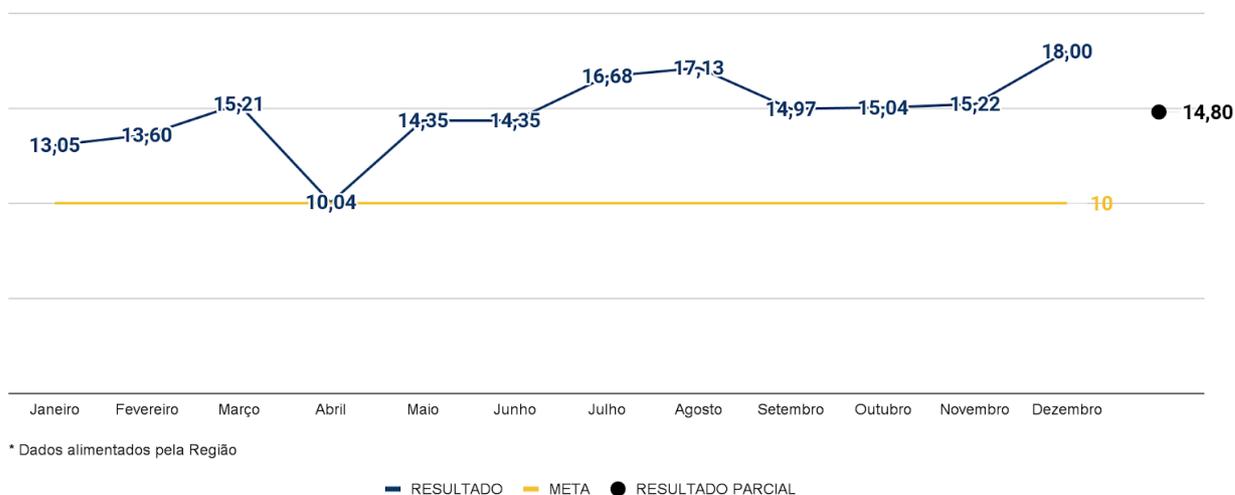
Análise dos resultados:

Nota-se que nos meses de abril a junho a meta proposta foi alcançada. Estes dados relacionam-se à deficiência de recursos terapêuticos da linha cardiovascular neste nosocômio, especialmente a infraestrutura insuficiente para trombólise e trombectomia dentro da janela terapêutica (neurologista, leito de UTI/UCI para suporte pós trombólise, tomografia e angiotomografia de crânio com laudo, RNM de crânio para casos selecionados). Pode-se inferir também que os fluxos dentro da rede precisam ser otimizados, pois há frequentemente apontamentos das equipes médicas quanto a dificuldade de transferência destes pacientes para as unidades de referência desta linha de cuidado, estando esta dificuldade presente desde as tentativas de contato bem como da realização de transporte. Em relação ao transporte é conhecida a escassez de recursos humanos do SAMU e também da equipe médica da emergência do HRG cujo déficit excede 1000h/semanais impedindo diversas vezes a composição de uma equipe em parceria com unidades básicas do SAMU e do NARP local.

Indicador 15

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

SUL



Análise dos resultados:

Ao observar o indicador TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA EM LEITOS DE UTI GERAL/HRG ano 2022 é constatado um tempo médio de permanência anual de 14,8. Informamos que enfrentamos algumas dificuldades no decorrer do ano, as quais prejudicaram o alcance das metas esperadas, conforme justificado mensalmente: Continuamos com internações de pacientes crônicos e pacientes paliativos, cujo tempo de internação é prolongado; Pacientes que recebem alta da UTI e por depender de hemodiálise, permanecem mais tempo na UTI até conseguir vaga dialítica; Dificuldade de vagas em HOME CARE; Falta de insumos suficientes para o atendimento adequado aos pacientes (medicamentos, materiais de farmácia, almoxarifado, hotelaria e outros); Dificuldade de RH (médicos e técnicos de enfermagem) e equipamentos (camas e ventiladores sem contrato) foram fatores limitantes.

De acordo com o plano de ação foram realizadas algumas ações para minimizar essas dificuldades. Sendo que algumas encontram-se em execução e outras ainda apresentam dificuldades. Sendo assim, essas ações continuam sendo implementadas e pretende-se criar uma unidade Semi Intensiva no hospital para pacientes crônicos sem possibilidade de alta hospitalar (Proposta sem previsão no momento).

Desta forma, os resultados não atingiram a meta esperada na maioria dos meses, porém a UTI adulto/HRG está unindo esforços na tentativa de reduzir as taxas de permanência dos pacientes aqui internados. Comparado ao ano de 2021 tivemos um aumento na média do tempo de permanência anual (2021=13,98 e 2022=14,8). Apesar dos resultados, informamos que houve um fortalecimento nos processos de trabalho junto a Supervisão, chefias, NQSP, NCIH e servidores, durante todo o ano, para uma melhoria na assistência e qualificação da equipe.

Indicador 16

Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica

Não se aplica

Análise dos resultados:

O Indicador não se aplica à Região de Saúde.

Indicador 17

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

SUL



Análise dos resultados:

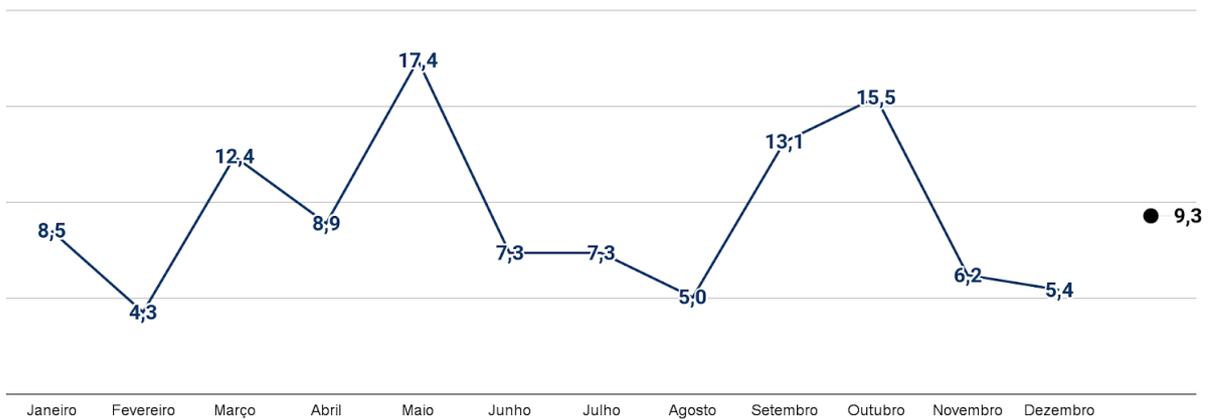
Informamos que durante todo o ano não houve comunicação das equipes envolvidas do SAMU/ SUPERVISÃO/ SERVIÇO ADMINISTRATIVO sobre a retenção de maca. Salientamos a necessidade de informar as equipes durante o início de cada plantão as restrições das equipes médicas por conta da problemática que envolve toda a rede pública do Distrito Federal com a falta de recursos humanos. Diversas vezes a falta de comunicação e o desrespeito ao bandeiramento implicam na falta de organização das equipes para providenciar o atendimento e a recepção do paciente, o que acarreta na retenção de macas.

Foi observado baixos índices de retenção de macas, somente nos primeiros meses esteve acima do esperado, pois nesse período o HRSM estava incluído no resultado. Dessa forma, para a efetiva resolutividade do fator problema deve-se observar os seguintes aspectos: respeitar as restrições informadas durante os plantões; observância na comunicação prévia do transporte para a localização; e providência de maca para o paciente e para os atendimentos médicos e das equipes envolvidas, bem como a comunicação por parte do SAMU/BOMBEIRO sobre a retenção das macas.

Indicador 19

Taxa de Notificação de Violência

SUL



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO ● RESULTADO PARCIAL

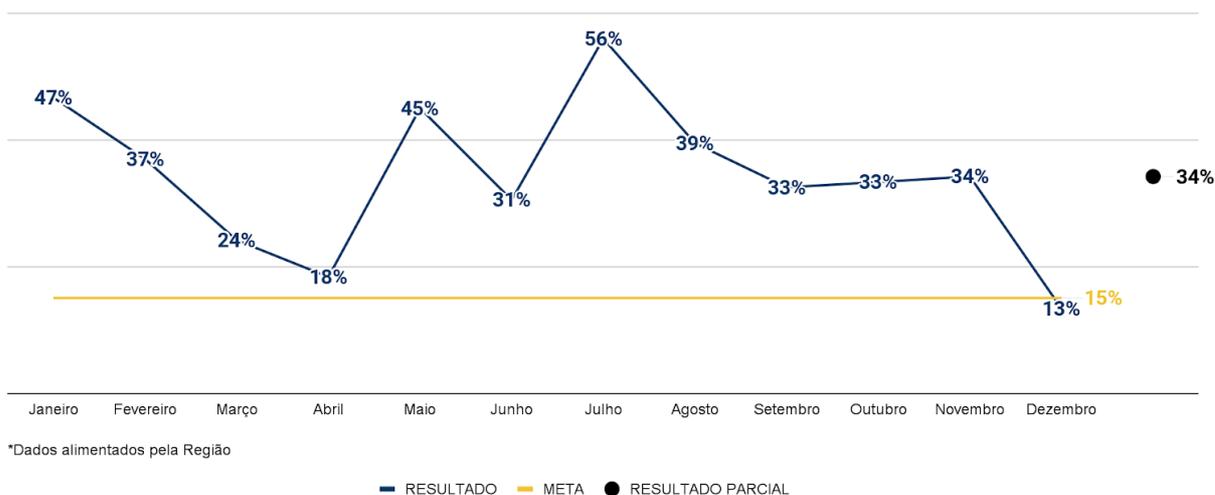
Análise dos resultados:

Podemos avaliar que a partir do ano de 2022 o cenário causado pela pandemia da COVID-19 começou a mudar. Com o avanço da vacinação e a retomada das atividades presenciais nas escolas, os casos de violência vieram à tona e conseqüentemente o aumento do número de notificações. É perceptível que durante o início e final do ano, época das férias escolares, é o período onde esse número de notificações diminui e no meio de cada semestre aumenta. O matriciamento junto às Equipes da Atenção Primária e a busca ativa contribuirá para o aumento do número de notificações.

Indicador 20

Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas

SUL



Análise dos resultados:

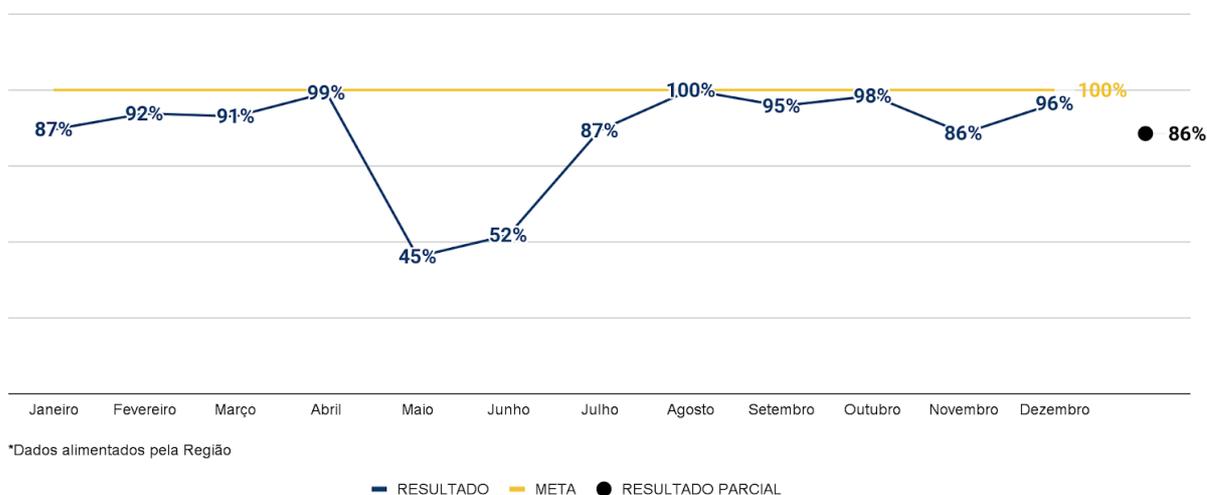
Apesar do indicador no acumulado anual não ter superado a meta proposta ainda há espaço para melhora significativa visto que nessa unidade hospitalar houve aumento dos recursos humanos nas especialidades com maior déficit de carga horária. Uma das ações realizadas foi a coleta de dados referente ao número de profissionais escalados para cirurgias eletivas em todas as especialidades, de acordo com a distribuição semanal de salas cirúrgicas, para que não houvesse distorção entre as escalas das equipes cirúrgicas e assim, reduzir os índices de suspensão de cirurgias eletivas. As principais barreiras encontradas para melhoria do indicador:

- Recursos humanos reduzidos: Médicos Anestesiologistas e Cirurgiões (das especialidades de Cirurgia Geral e Ginecologia);
- A UAMP perdeu muitas horas semanalmente com exonerações;
- Retratação de 40 horas de vários servidores;
- Aposentadoria, remoção, afastamentos legais.

Indicador 21

Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.

SUL



Análise dos resultados:

Durante o Ano de 2022 tivemos um média de 86% de percentual de nascidos vivos que realizaram teste de triagem auditiva. Como se observa no gráfico, durante os meses de Maio/junho ocorreu um queda brusca da realização da triagem auditiva devido ao aparelho ter quebrado e passar um tempo em manutenção. Isso gerou grande queda pois os recém-nascidos precisavam ser encaminhados para o HRSM ou HRSAM onde foram disponibilizadas vagas. Conforme amplamente salientado reiteramos a informação que temos à disposição apenas um equipamento de Emissões Otoacústicas com mais de dez anos de uso. No mês de agosto, a meta foi alcançada devido a uma redução de afastamentos legais (abonos e licença médica, férias). Pois, contamos com um quantitativo de recursos humanos de apenas 140 horas semanais de fonoaudiólogos, divididos entre ALCON, UCIN e BLH. De acordo com o MANUAL DE PARÂMETROS MÍNIMOS DA FORÇA DE TRABALHO PARA DIMENSIONAMENTO DA REDE DA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL na página 32, são necessárias 12 horas de fonoaudiologia 7 dias por semana + IST a cada 40 leitos de ALCON, 12 horas de fonoaudiologia 7 dias por semana + IST a cada 20 leitos de UCIN e 20 horas de fonoaudiologia + IST no BLH, sendo assim, a necessidade de mão de obra de fonoaudiólogos na UNEO do HRG é de 328 horas semanais, evidenciando déficit de 188 horas semanais.

Dessa forma, os meses em que não atingimos a meta se deve por falta de RH, sendo necessário aumento de carga horária, seja por ampliação, chegada de novos servidores ou TPD.

Indicador 25

Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas Complicações

SUL

● 7,40



Análise dos resultados:

No decorrer do ano considerando os dados analisados percebe-se regularidade nos resultados evidenciados, contudo é perceptível sua manutenção muito abaixo do esperado para o ano de 2022, a este destacamos os esforços direcionados ao cenário da Pandemia da COVID-19. Contudo destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

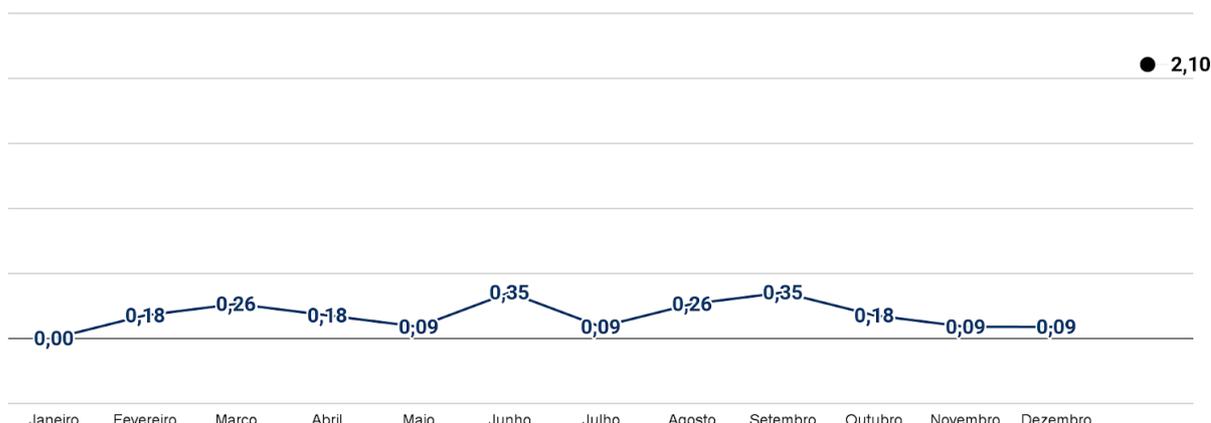
- Realizar a busca ativa dos pacientes diabéticos cadastrados nas equipes garantindo uma consulta para acompanhamento por semestre;
- Implementação de Grupos de Hipertensos e Diabéticos nas Unidades Básicas;
- Fortalecimento do Grupo Condutor Regional das DCNTs - Resgate dos encontros mensais Grupo Condutor de DCNTs;
- Implementação de Comissão para Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Previne Brasil da Atenção Primária à Saúde da Região Sul, onde foram matriciados quanto a utilização dos sistemas e retirada de relatório no E-sus, com estratégias de busca ativa.
- Implementação de Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul.

Na perspectiva de Manutenção dos resultados exitosos está em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região SUL, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEP) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão e continuidade nas atividades das Comissões Supracitadas.

Indicador 26

Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações

SUL



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO ● RESULTADO PARCIAL

Análise dos resultados:

No decorrer do ano considerando os dados analisados percebe-se regularidade nos resultados evidenciados, contudo é perceptível sua manutenção muito abaixo do esperado para o ano de 2022, a este destacamos os esforços direcionados ao cenário da Pandemia da COVID-19. Contudo destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

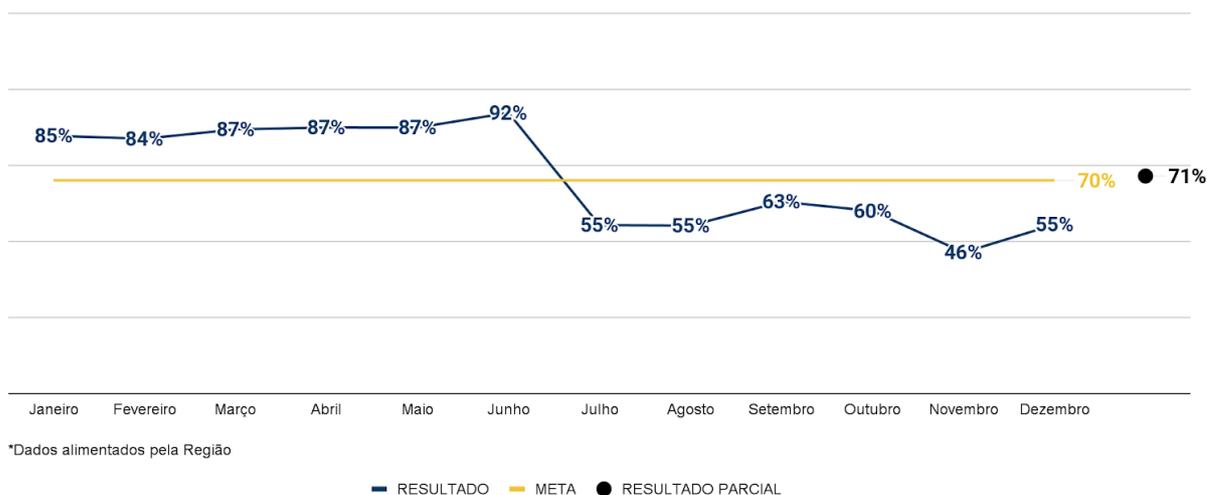
- Realizar a busca ativa dos pacientes diabéticos cadastrados nas equipes garantindo uma consulta para acompanhamento por semestre;
- Implementação de Grupos de Hipertensos e Diabéticos nas Unidades Básicas;
- Fortalecimento do Grupo Condutor Regional das DCNTs - Resgate dos encontros mensais Grupo Condutor de DCNTs;
- Implementação de Comissão para Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Previne Brasil da Atenção Primária à Saúde da Região Sul, onde foram matriciados quanto a utilização dos sistemas e retirada de relatório no E-sus, com estratégias de busca ativa.
- Implementação de Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul.

Na perspectiva de Manutenção dos resultados exitosos está em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região SUL, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEP) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão e continuidade nas atividades das Comissões Supracitadas.

Indicador 27

Índice de fechamento de chave

SUL



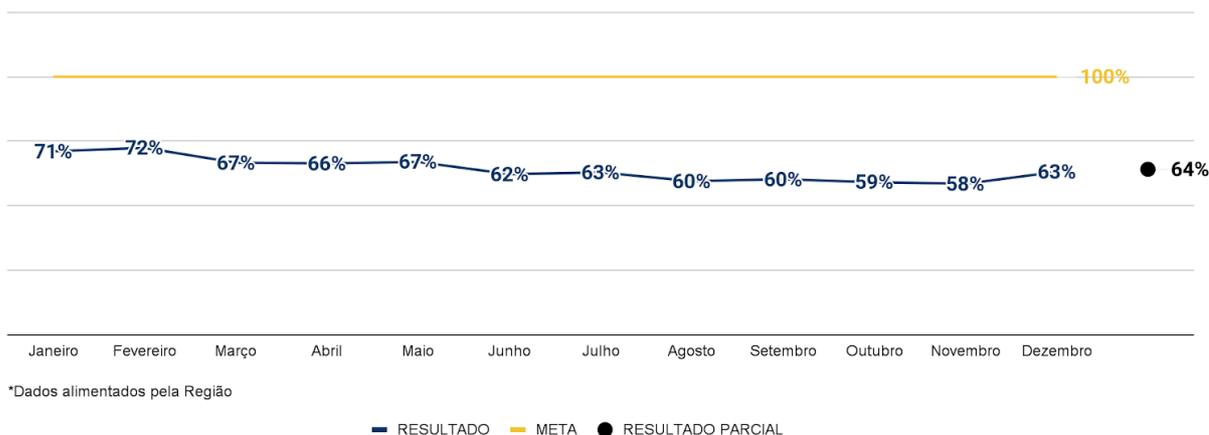
Análise dos resultados:

A superação da meta no primeiro semestre foi satisfatória devido a execução do plano de ação e acompanhamento mensal dos gerentes no fortalecimento e sensibilização das equipes quanto a importância de efetuar diariamente o fechamento de chave. Quanto ao segundo semestre, observa-se uma queda no indicador, devido a rotatividade de servidores que atuam na execução da função.

Indicador 29

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

SUL



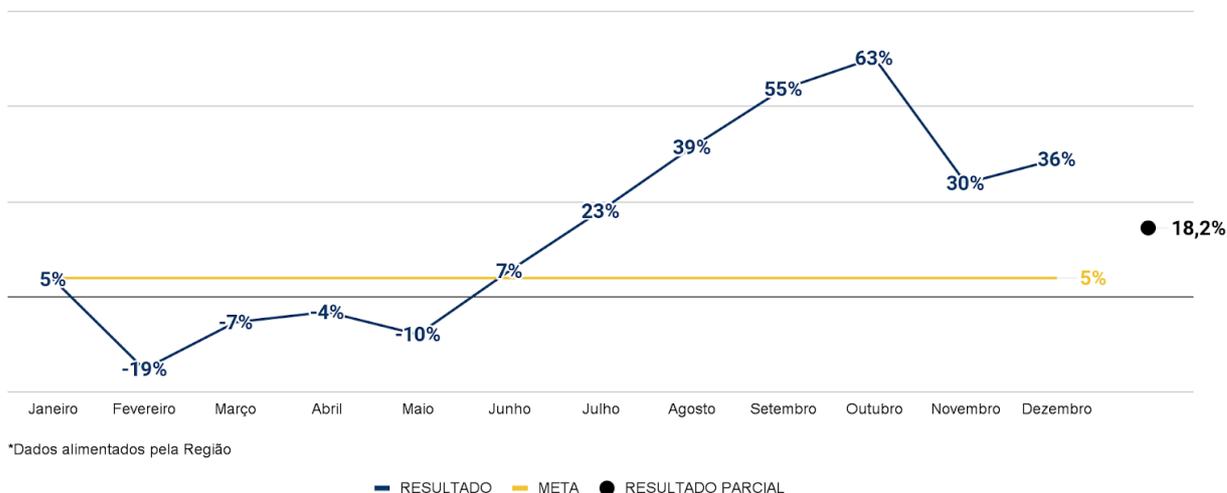
Análise dos resultados:

Observando-se os dados do ano de 2022 (Gráfico apresentado), nota-se manutenção do percentual alcançado. Considerando a meta de 100%, e a estabilidade dos dados, com média de 64%, justificamos a não expansão do serviço às demais unidades assistenciais do Hospital Regional do Gama (HRG), por enfrentamento de dificuldades com recursos humanos e estrutura para realização do serviço. Para o cargo em auxiliares de Farmácia (ocupados por Analistas e Técnicos em GAPS, Técnicos de Enfermagem) houve um déficit de 380 horas/semanais (perda de 180 horas por aposentadoria, perda de 40 horas por falecimento do servidor, perda de 160 horas por remoção dos servidores), sem que houvesse reposição. Em 2022 o NFH/HRG trabalhou com a média mensal de 2685 horas regulares em escala, e 146 horas mensais de TPD para auxiliares. Considerando o número total de leitos ativos do hospital, esses valores informam que, 1 (um) auxiliar atendeu em média 81 leitos, enquanto, conforme o MANUAL DE PARÂMETROS MÍNIMOS DA FORÇA DE TRABALHO PARA DIMENSIONAMENTO DA REDE – 1ª Ed. 2018, 1 (um) auxiliar de farmácia atenderia a 40 leitos. Para o cargo de Especialista em Saúde - Farmacêutico, houve um déficit de 60 horas de farmacêutico (perda de 40 horas por aposentadoria, perda de 20 horas por remoção). Em 2022, para esta categoria foram realizadas em média 1081 horas mensais regulares em escala, e 100 horas mensais de TPD. Considerando o número total de leitos ativos do hospital, esses valores informam que, 1 (um) farmacêutico atendeu em média 97 leitos, enquanto, conforme o MANUAL DE PARÂMETROS MÍNIMOS DA FORÇA DE TRABALHO PARA DIMENSIONAMENTO DA REDE – 1ª Ed. 2018, 1 (um) farmacêutico atenderia a 50 leitos. Nos meses de Setembro, Outubro, Novembro/2022 foi necessária abertura de processo de solicitação de saldo remanescente de TPD, uma vez que, o teto disponível à unidade, não foi suficiente para manter uma escala em número de servidores minimamente funcional. Estes dados demonstram que nossos auxiliares e farmacêuticos atuaram em sobrecarga de trabalho em 2022 considerando os dados de dimensionamento de força de trabalho vigente na SES, para o cenário ideal de funcionamento do NFH/HRG seriam necessárias mais 260 horas semanais de farmacêutico, e 580 horas semanais de auxiliar em Farmácia.

Indicador 31

Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

SUL



Análise dos resultados:

Hospitalar:

Observa-se que, ao longo do ano de 2022, o HRG manteve sua média faturada acima do teto distrital estipulado, conforme dados retirados do Portal de Transparência da Saúde do DF - InfoSaúde-DF (<https://info.saude.df.gov.br/faturamentosalasisit/>). Ao analisar o faturamento MAC (ambulatorial - BPA / hospitalar - AIH), observa-se oscilação dos valores faturados ao longo dos meses, devido a quantidade de procedimentos faturados. Tal queda, relaciona-se ao déficit de RH para profissionais anestesiológicos, dificultando a realização de cirurgias programadas e eletivas, fazendo-se necessária a transferência de pacientes para as demais regionais da rede. Ainda, pelo mesmo motivo, temos a retenção de leitos, em sua maioria clínicos, devido ao déficit e as abstenções de servidores. Por fim, cabe esclarecer que, apesar dos problemas enfrentados pelo estabelecimento de saúde em questão, o NCAIS/HRG tem procurado zelar pela qualidade da produção, bem como a realização de buscas ativas de prontuários, e a descoberta e correção dos gargalos que possam onerar o faturamento, procurando saná-los juntamente com as demais unidades e gerências deste nosocômio. Para isso tem contado com o apoio da direção hospitalar a fim de prezar pela qualidade necessária.

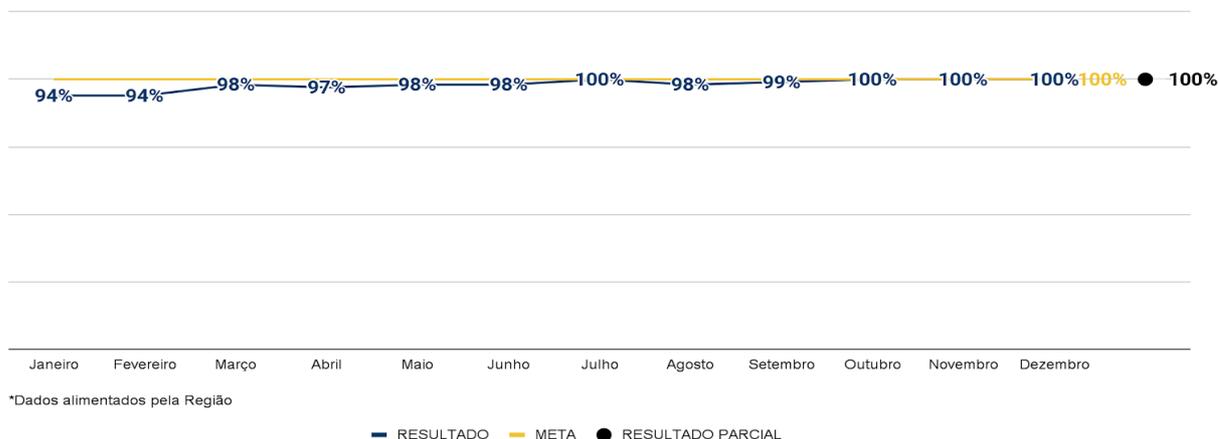
Secundária:

A Policlínica apresentou ao longo do ano de 2022 um resultado próximo da média mensal. Houve diminuição em alguns meses e entendemos que a alteração de critérios para a produção na tabela SIGTAP, contribuiu de forma considerável a esse processo, gerando erros de produção, porém corrigidos e ajustados posteriormente. Em relação ao CEO a produção em queda em determinados períodos devido a saída de 03 profissionais de especialidades importantes do setor gerando o impacto no financiamento. Esclarecemos que a equipe gestora da unidade cuida para que haja a reposição da carga horária desses profissionais. No CEPVAV, houve aumento na produção e a correção e otimização dos lançamentos de cada produção contribuíram para o bom resultado. O CAPS-AD, não possui produção com valor financeiro para financiamento MAC.

Indicador 32

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

SUL



Análise dos resultados:

Primária: Análise dos resultados: O NGC/GPMA/DIRAPS SUL é responsável pela apuração de custos de 21 UBS atualmente, sendo que 18 UBS estão inseridas e alimentadas no APURASUS até dezembro/2022, faltando somente a UBS 13 do Gama (transferida para o Gama em 16/02/2023) e 2 UBS Prisionais em fase de coleta de dados de estrutura física e custos gerais, para preenchimento de planilha específica conforme orientação da Gerência de Custos Regionais. Estamos encontrando dificuldades como: localizar as notas fiscais dos serviços prestados, devido a maioria das notas não chegarem ao NGC, é necessário pesquisar os documentos no Sistema SEI e os computadores ultrapassados/lentos para os trabalhos realizados com inúmeras planilhas e Macros. Ressaltamos que é prioridade do NGC da APS SUL investir no aprimoramento dos processos de trabalho, faturamento e custos, de forma a resolver as inconformidades, habilitações dos serviços, melhorar o faturamento e a apuração de custos da Região Sul.

Secundária: O Núcleo de gestão de custos da secundária, apesar dos inúmeros desafios e dificuldades apresentados para apurar os custos, está conseguindo resultados positivos e dentro dos prazos estipulados. Os Processos de trabalho foram fortalecidos e aperfeiçoados durante todo o ano para uma melhoria na assistência e qualificação da equipe, através do acompanhamento mensal, na execução do plano de ação, uma ferramenta facilitadora, que auxiliou alcançar e manter o resultado esperado. Estamos em fase de aprimoramento para termos uma análise crítica, com mais precisão, isso, possibilitará informações precisas e fidedignas, trazendo aos gestores soluções cabíveis dentro da realidade de sua unidade.

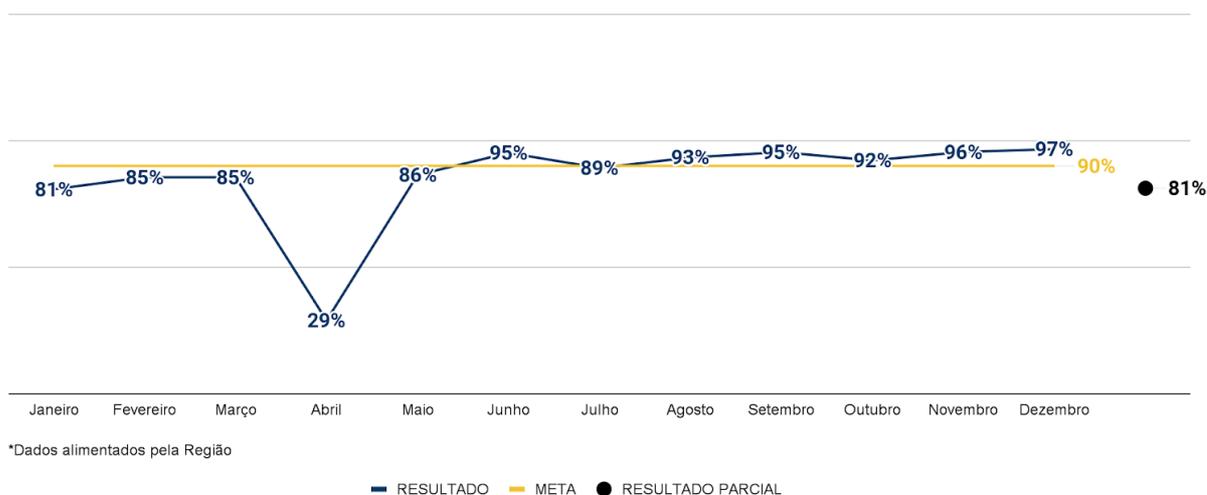
Hospitalar: Observa-se que, ao longo do ano de 2022, o Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD referente ao NGC/HRG não houve grandes variações entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo dos 100% da meta. Esta análise crítica dos resultados contempla a análise dos dados e as ações que foram realizadas ao longo do ano para aprimorar a coleta e inserção dos dados dentro do Apurasus. Serão feitas ações para continuar atingindo a meta e poder qualificar cada vez mais o trabalho do Núcleo de Gestão de Custos, tendo constante evolução, aprimoramento e fortalecimento nos processos de trabalho. Buscamos uma gestão de custos moderna, proativa, e que atenda aos anseios dos gestores responsáveis pela tomada de decisões, necessitando de tempo para organizar as produções e assim fazer as cobranças necessárias. Atualmente o NGC conta com dois

computadores novos e aguarda mais um para suprir as necessidades de produção. Essas máquinas possuem uma qualidade superior, capaz de atender as demandas de produção, que exigem capacidade de memória e processamento de dados para elaboração de relatórios e planilhas complexas, que incluem o uso de macros no Excel, dentre outros recursos. O núcleo passa por constante evolução, inúmeros desafios e dificuldades para gerar e apurar as produções mensais, estando no dia a dia buscando soluções para os problemas apresentados, mantendo sempre relação de parceria com os demais setores do HRG e Diretorias.

Indicador 38

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

SUL



Análise dos resultados:

Atenção Primária:

Oportunizar o lançamento das arboviroses no prazo estabelecido. No decorrer do ano considerando os dados analisados percebe-se regularidade nos resultados evidenciados, exceto no mês de abril relacionado a um represamento de fichas, fato já resolvido. Contudo é perceptível a manutenção dos resultados acima da meta a partir do mês de Junho de 2022, fato atribuído aos esforços mútuos de todas as áreas envolvidas e destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

- Realização de matriciamento pelo NVEPI quanto a utilização correta do sistema SINAN - de forma OLIVE - Educação continuada e qualificação dos lançamentos no SINAN na Atenção Primária, direcionado aos profissionais de Nível Superior (Médicos e Enfermeiros).
- Monitoramento e avaliação do banco de dados dos Agravos Notificados - Análise detalhada das Notificações registradas pelo NVEPI periodicamente;
- Disponibilização de Boletim mensal de divulgação das notificações dos casos de arboviroses na Região de Saúde - Encaminhado para Unidades Básicas da Região.
- Observação quanto a dificuldade de fechamento dos casos pelas Unidades Básicas.

Na perspectiva de Manutenção dos resultados exitosos está em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região SUL, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEPI) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

Vigência de Janeiro a Junho/2022

REGIÃO SUL					
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%	4%	Crítico
13	RUE	Média de Permanência Geral	5	4,96	Superado
14	RUE	Média de permanência em leitos de clínica médica	Monitoramento	28,08	Monitoramento
15	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
17	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais	Monitoramento	78%	Monitoramento
21	RUE	Taxa de mortalidade por acidentes	Monitoramento	1,10	Monitoramento
22	RUE	Percentual de admissão no SAD no período	10%	10%	Superado
23	RUE	Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD	10%	10%	Satisfatório
25	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial)	250	1.236	Superado
26	PSICOSSOCIAL	Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica	100%	100%	Satisfatório
27	DCNT	Percentual de consultas de cardiologia	25%	21%	Satisfatório
28	DCNT	Percentual de consultas de endocrinologia	25%	11%	Parcial
29	DCNT	Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis	Monitoramento	11%	Monitoramento
32	DCNT	Razão de mamografia de rastreamento na população alvo	Monitoramento		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%	13%	Superado
38	SIST. APOIO E LOGÍST	Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada	Monitoramento	73%	Monitoramento
39	SIST. APOIO E LOGÍST	Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente	Monitoramento	73	Monitoramento
41	SIST. APOIO E LOGÍST	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF	Monitoramento	41%	Monitoramento
44	SIST. APOIO E LOGÍST	Taxa de absenteísmo	Monitoramento	11%	Monitoramento

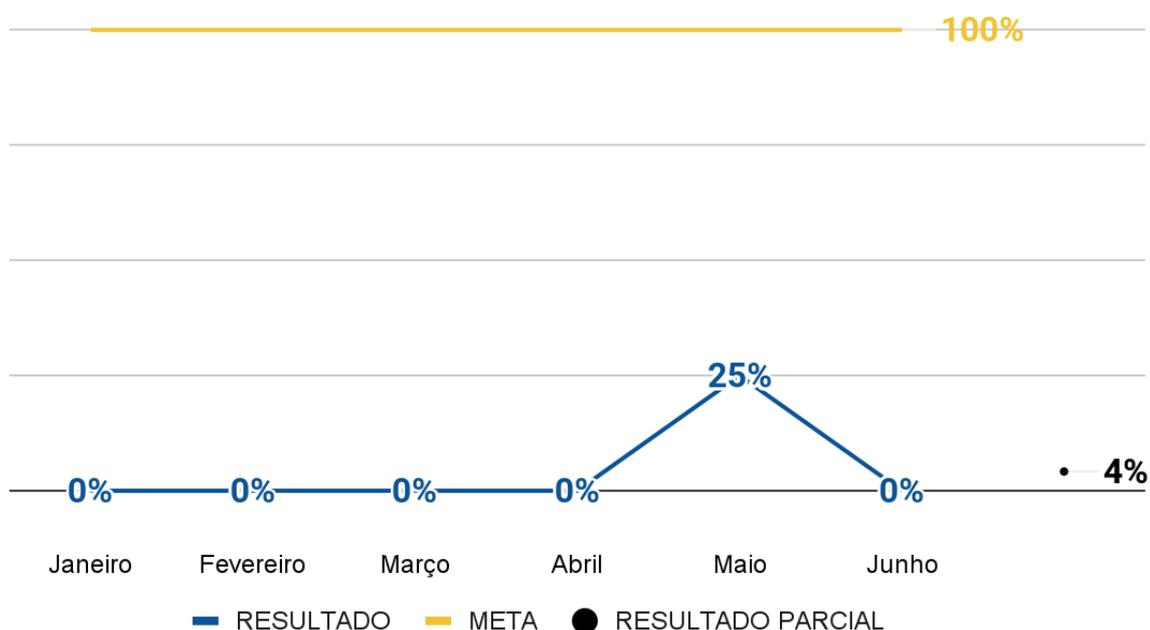
Quadro resumido:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
<u>Superado</u>	Superado - Acima de 100% da meta	4	36%
<u>Satisfatório</u>	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	5	46%
<u>Razoável</u>	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	0	0%
<u>Parcial</u>	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	1	9%
<u>Crítico</u>	Crítico - Abaixo de 25% da meta	1	9%
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:

Primária:

Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade. No decorrer do semestre avaliado, considerando os dados analisados percebe-se irregularidade nos resultados evidenciados, a isso atribuímos as possíveis inconformidades de lançamento e tratativas quanto às ações relacionadas ao indicador. Contudo destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

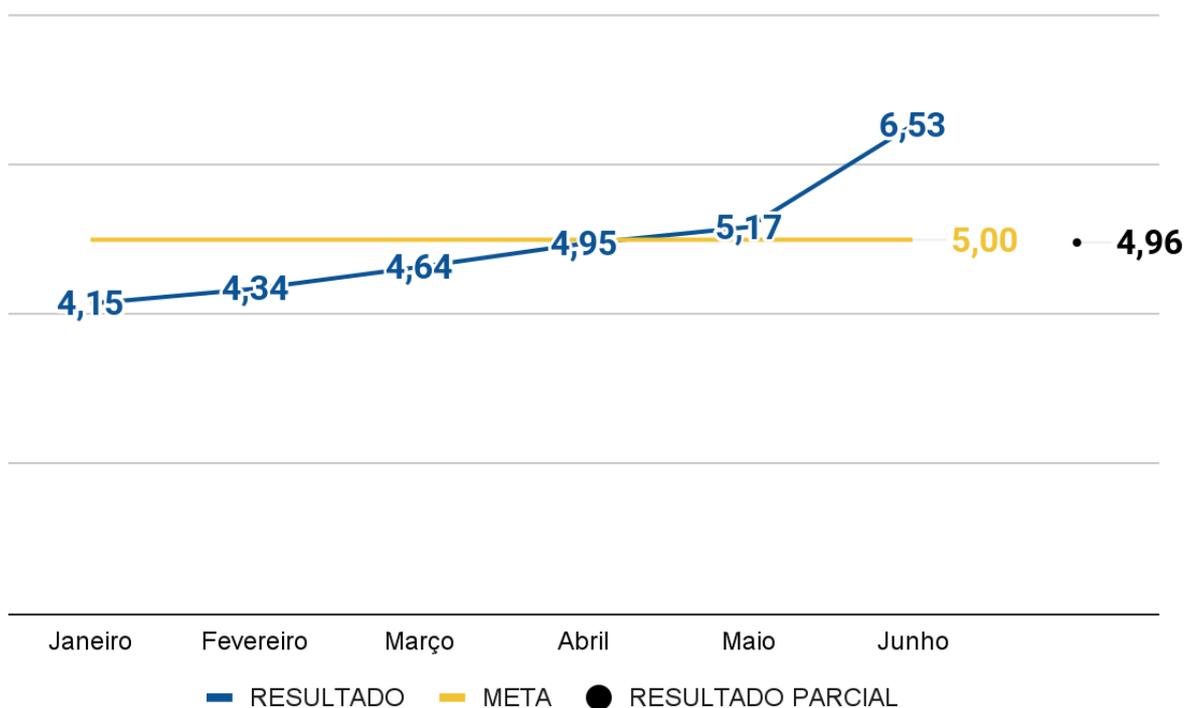
- Indicador com tendência de ALTA (O SIPNI Web em média está com um intervalo de 3-4 meses para migração completa de dados inseridos);
- Facilitar o acesso ao referido imunizante com disponibilização de doses nas salas de vacinas da região sul,
- Busca ativa pelas unidades responsáveis;
- Matriciamento das unidades quanto a utilização dos sistemas;
- Matriciamento das equipes envolvidas na aplicação e orientação da comunidade;
- Empoderamento de atribuições do Responsável Técnico da Sala de Vacina;
- Implementação de Comissão para Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Previnde Brasil da Atenção Primária à Saúde da Região Sul, onde foram matriciados quanto a utilização dos sistemas e retirada de relatório no E-sus, com estratégias de busca ativa.

- Implementação de Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul.
- As barreiras para melhora do indicador se mantêm como acesso às unidades básicas (sala de vacinas), ausência ou diminuição de divulgação em massa, menor procura pelos usuários.

Na perspectiva de Manutenção dos resultados exitosos está em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região SUL, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEP) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão e continuidade nas atividades das Comissões Supracitadas.

Indicador 13

Média de Permanência Geral



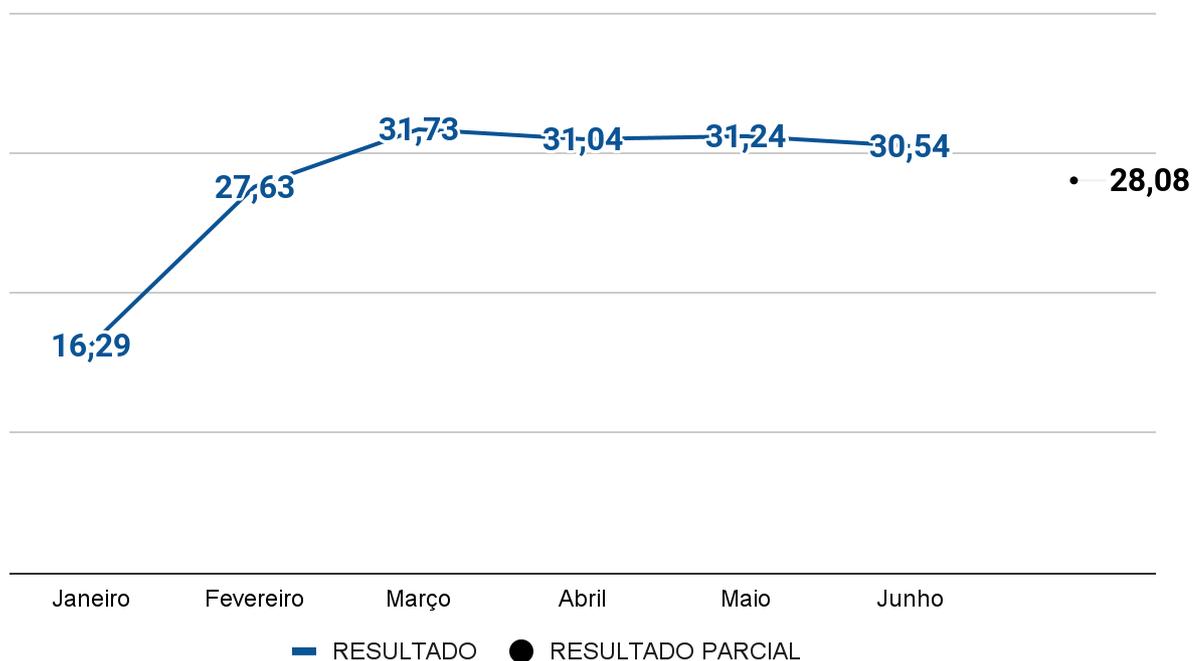
Análise dos resultados:

A Região se manteve próximo da meta pactuada durante todo o ano. Ressaltamos que o NGINT/HRG tem feito diversas tratativas para melhorias nos fluxos e processos de trabalho através do sistema TrakCare, junto à CTINF/SES, SRSSU e Direção/HRG, NTINF/HRG, Gerências e Supervisões das unidades de internação e do PS do HRG. Isso reflete em uma representação mais fidedigna dos dados e dos indicadores relativos aos processos nesse hospital. O tempo médio de permanência do paciente no HRG ainda não é o ideal em virtude de internações de longa data em clínicas específicas. Na cardiologia, os pacientes dependem de exames e procedimentos regulados em hospitais referenciados como o Incor. Na clínica médica, na qual os pacientes egressos de UTI adquirem diversas sequelas naquela internação que demandam cuidados intensos até a provável desospitalização junto ao NRAD ou à alta médica, a alta pode levar dias. E, por fim, a tisiologia na qual temos internações sociais e pacientes em situação de rua permanecem internados até o final do tratamento para tuberculose.

Dessa forma, o GIR/NGINT tem buscado também diariamente realizar uma gestão beira leito, a fim de melhorar a rotatividade do leito de internação dentro da perspectiva do indicador, e temos observado bons resultados dentro de nossas competências e deveres legais prescritos.

Indicador 14

Média de permanência em leitos de clínica médica .



Análise dos resultados:

A Região se manteve próximo da meta pactuada durante todo o semestre. Foi possível implementar a ferramenta do Kanban diariamente, com visitas da equipe da NCIH juntamente com a Gestão de Leitos e uma enfermeira rotineira do plantão para realizar os remanejamentos necessários diante dos quadros de isolamentos por bactérias que não poderiam permanecer na mesma enfermaria e assim liberar leitos para as internações. Para o semestre seguinte, uma das ações planejadas é implementar a visita multidisciplinar beira leito com toda a equipe da Clínica Médica (os médicos, os enfermeiros, os fisioterapeutas e se possível a NCIH juntamente) para agilizar a alta médica dos pacientes.

Indicador 15

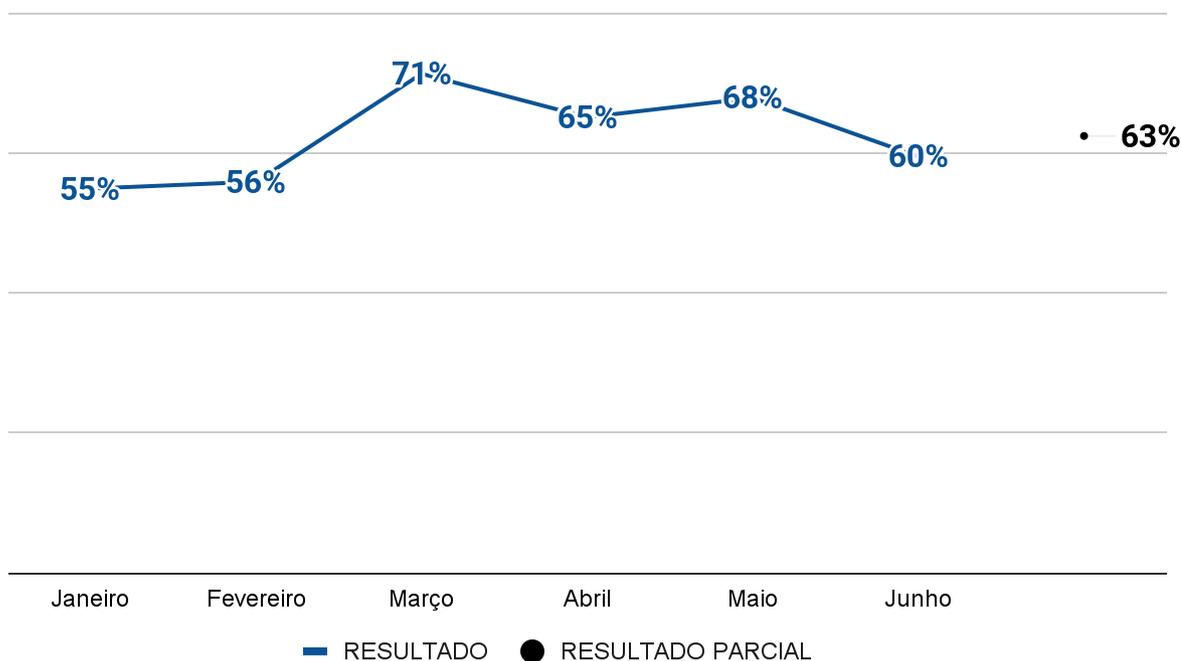
Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica.
Não se aplica

Análise dos resultados:

Indicador não se aplica a região de saúde.

Indicador 16

Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica

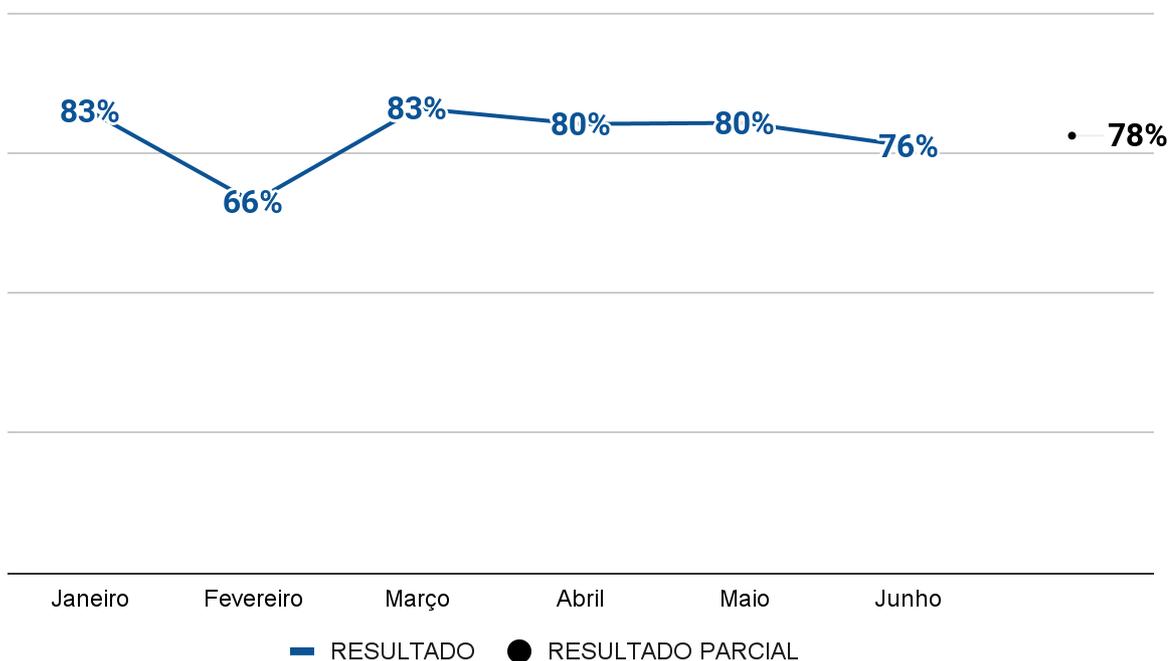


Análise dos resultados:

A Região se manteve próximo da meta pactuada durante todo o semestre apesar do grande déficit de RH. Mesmo assim, ainda foi possível implementar a ferramenta do Kanban diariamente, com visitas da equipe da NCIH juntamente com a Gestão de Leitos e uma enfermeira rotineira do plantão para realizar os remanejamentos necessários diante dos quadros de isolamentos por bactérias que não poderiam permanecer na mesma enfermaria e assim liberar leitos para as internações. Para o semestre seguinte, uma das ações planejadas é implementar a visita multidisciplinar beira leito com toda a equipe da Clínica Médica (os médicos, os enfermeiros, os fisioterapeutas e se possível a NCIH juntamente) para agilizar a alta médica dos pacientes.

Indicador 17

Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais.



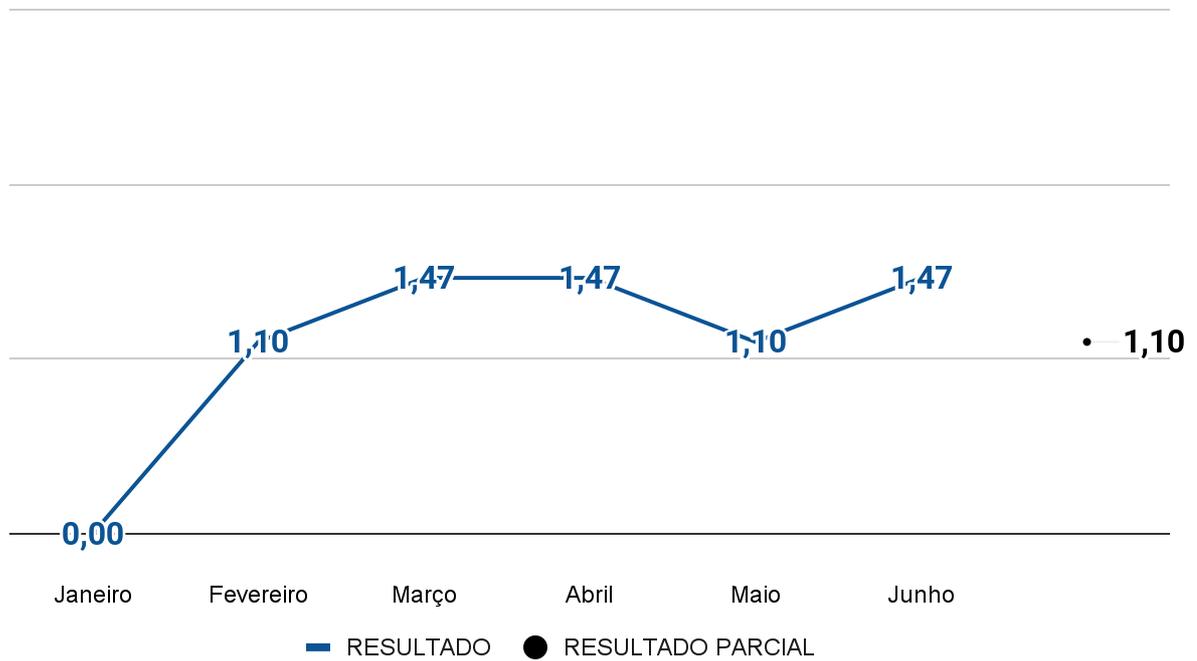
Análise dos resultados:

Os resultados obtidos no decorrer do ano foram satisfatórios. Ressaltamos que o NGINT/HRG tem feito diversas tratativas para melhorias nos fluxos e processos de trabalho através do sistema TrakCare, junto à CTINF/SES, SRSSU e Direção/HRG, NTINF/HRG, Gerências e Supervisões das unidades de internação e do PS do HRG. Isso reflete em uma representação mais fidedigna dos dados e dos indicadores relativos aos processos gerenciais desse hospital.

Há ainda, nesse momento, a demanda de uma discussão mais ampla sobre os métodos e as métricas adotadas na produção desses indicadores, para fins de controle e gestão. Ressaltamos que houve divergências por conta da falta de métodos no processo de produção desses indicadores e especialmente a falta de sistematização dos processos do Sistema de Gestão Hospitalar/TrakCare. Dentre os principais problemas apontados está o fato do Sistema TrakCare não ser corretamente alimentado e controlado tendo em vista, por exemplo, que diversos pacientes que constam nas filas de espera e alas de internação do TrakCare não estão de fato internados. Isto é, pacientes que já saíram do hospital, porém sem a devida alta lançada no sistema. GIR/NGINT têm buscado também diariamente realizar uma gestão beira leito, a fim de melhorar a rotatividade do leito de internação dentro da perspectiva do indicador, e temos observado bons resultados dentro de nossas competências e deveres legais prescritos.

Indicador 21

Taxa de mortalidade por acidentes

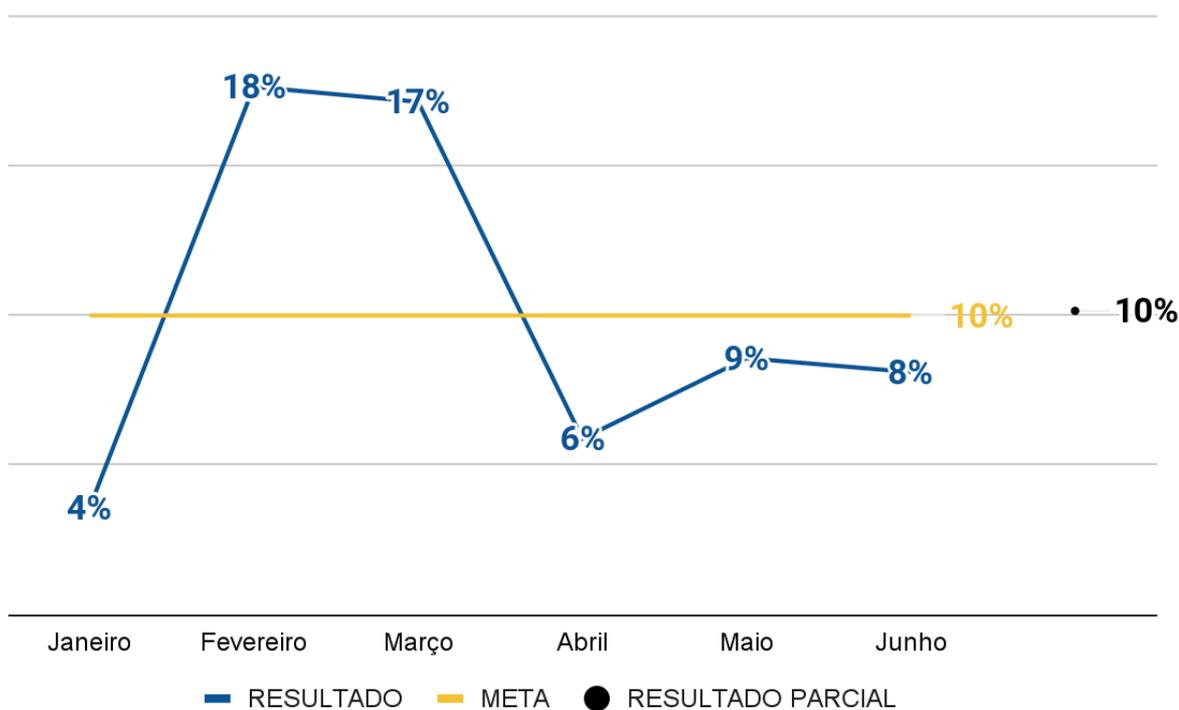


Análise dos resultados:

Os resultados obtidos no decorrer do ano foram satisfatórios. Nota-se uma estabilidade na taxa de mortalidade de acidentes. Entretanto, os prováveis motivos dessa mortalidade não têm relação direta com medidas tomadas no hospital ou que estivessem fortemente dentro da gestão local. Ações propostas: manter treinamentos, conscientização e medidas de prevenção.

Indicador 22

Percentual de admissão no SAD no período

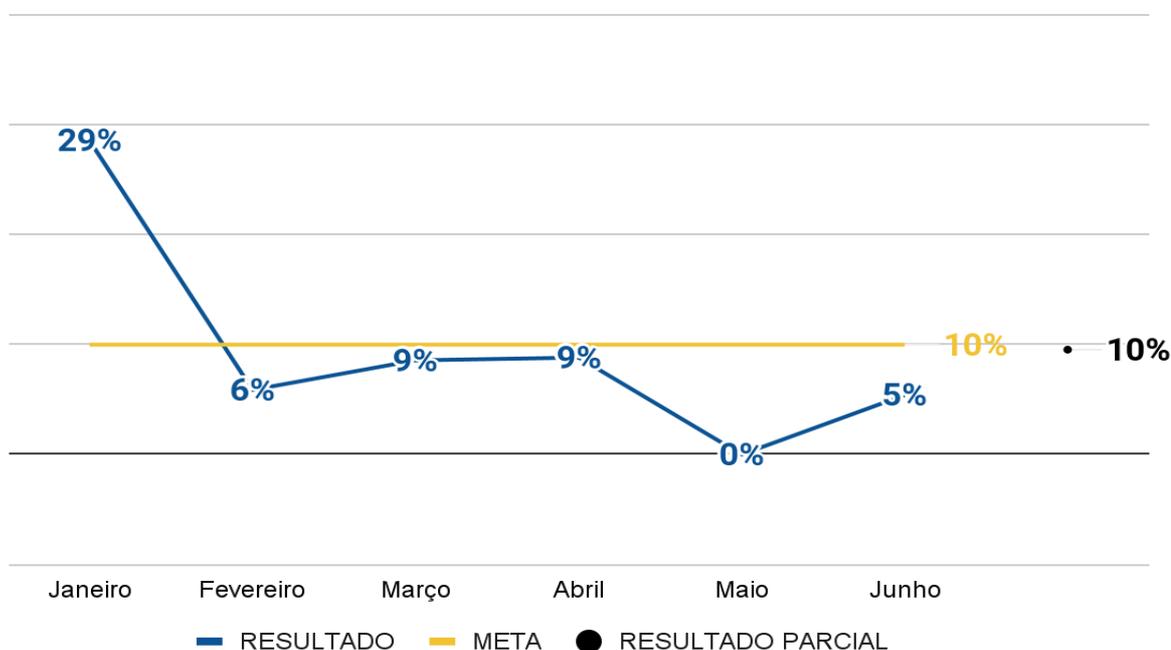


Análise dos resultados:

A Região manteve a meta pactuada satisfatória dentro do ano. Percebe-se que este núcleo recebeu e realizou várias avaliações de elegibilidade. Ressaltamos que o número de avaliações de elegibilidade / admissões poderia ser mais expressivo se as unidades de internação do HRG encaminham-se mais solicitações (FAD). Visando aumentar o número de FAD's este núcleo reforça diariamente nas reuniões de chefias a necessidade de envio do mesmo por todas as clínicas do hospital, também é enviado lembrete semanalmente para WhatsApp da gerência de leitos reforçando a importância da desospitalização através do NRAD. Sendo assim, consideramos que este Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) trabalha de acordo com as orientações e direcionamentos da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e Ministério da Saúde (MS), buscando oferecer maior qualidade na assistência aos nossos usuários.

Indicador 23

Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD



Análise dos resultados:

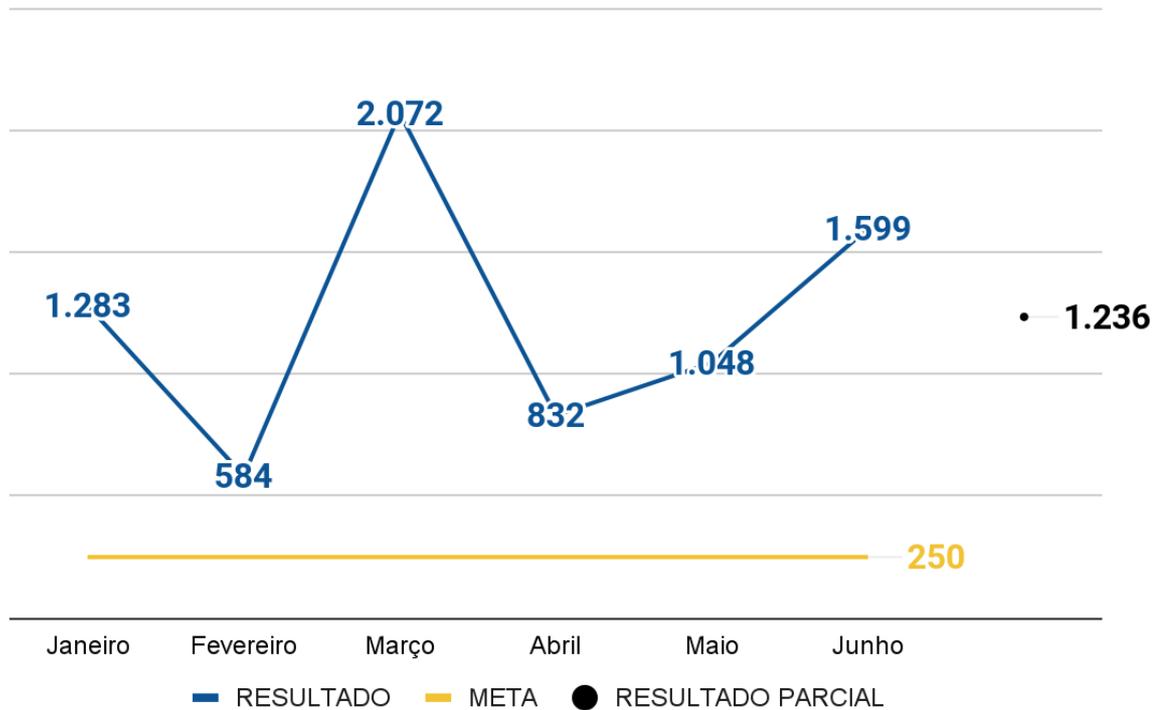
A Região manteve a meta pactuada razoável dentro do ano. Considerando que para a alta do Serviço de Atenção Domiciliar, é realizada (conforme orientação do Caderno de Atenção Básica - MS) a avaliação clínica e discussão do caso entre a equipe, observando os critérios como melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, com encaminhamento para outro ponto de atenção à saúde como a atenção básica; agravo do quadro que justifique internação hospitalar; mudança da área de abrangência; piora de condições domiciliares mínimas que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, em casos específicos; inexistência de um cuidador, quando este for fundamental para manter o paciente em cuidados domiciliares; solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar; não cumprimento das combinações construídas no plano de cuidados, após tentativas de negociação/repactuação entre equipe/família/cuidador/usuário com o objetivo de reconstruir vínculo; óbito.

Considerando os tipos de pacientes que são acompanhados pelo NRAD em internação domiciliar: pacientes após período de internação hospitalar prolongada, em uso de vários dispositivos, a maioria portadores de bactérias multirresistente, com frequentes infecções oportunistas e/ou secundárias, lesões por pressão em estágio 3 ou 4, com indicação de cuidados paliativos e ou paliativos exclusivos; pacientes com câncer em cuidados paliativos exclusivos, sem possibilidade de tratamento modificador da doença, necessitando atendimento multidisciplinar, às vezes diário, durante a fase de fim de vida até o luto. Considerando que existe o Manual de monitoramento e avaliação do Programa Melhor em Casa/ MS o qual orienta alguns indicadores a serem seguidos pela Atenção Domiciliar, inclusive em relação a alta dos usuários:

Percentual de usuários de SAD por possíveis desfechos: alta administrativa, alta clínica, encaminhamento para Atenção Básica (AD1), urgência/ emergência/ internação hospitalar e óbito. Esse indicador avalia a proporção dos possíveis desfechos ou desligamentos dos pacientes dos SADs.

Indicador 25

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



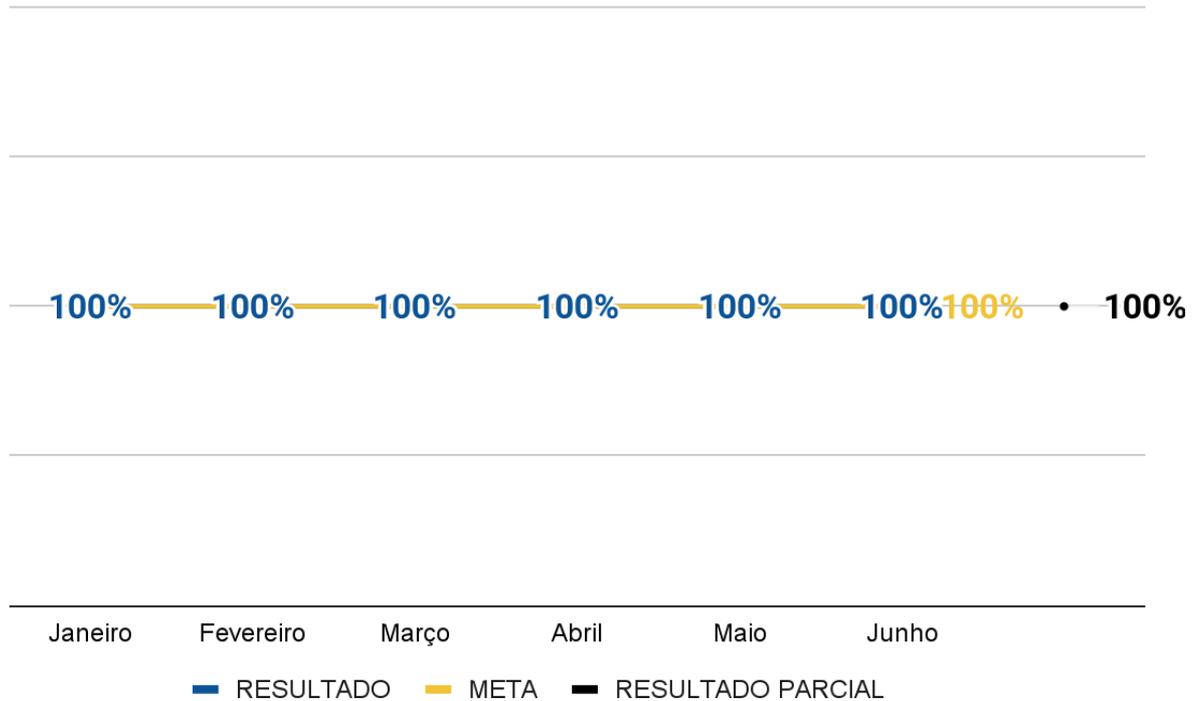
Análise dos resultados:

No decorrer do ano, é possível notar um resultado superior a meta, devido a diversos fatores, que são:

- Esforços mútuos de áreas envolvidas, Gerente do CAPS, GPMA e NCAIS;
- Estruturação, com aquisição e instalação de novos computadores;
- Oficinas e treinamentos de capacitação da equipe, que contou com a participação da Gerente do CAPS, GPMA e NCAIS.
- Execução do plano de ação, que foi um agente facilitador para o resultado alcançado.

Indicador 26

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

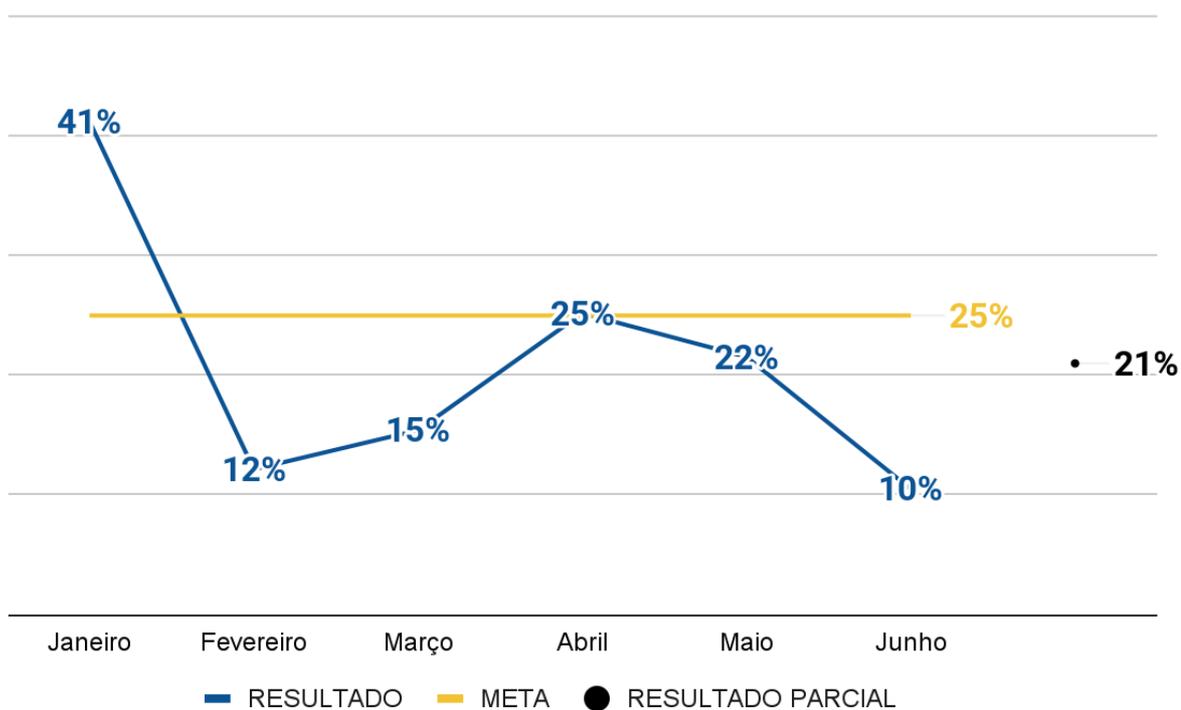


Análise dos resultados:

A meta foi atingida devido uma melhor articulação com a APS. Para aumentar as ações de matriciamento foram articulando com a DIRAPS, encontros on-line com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESFs).

Indicador 27

Percentual de consultas de cardiologia

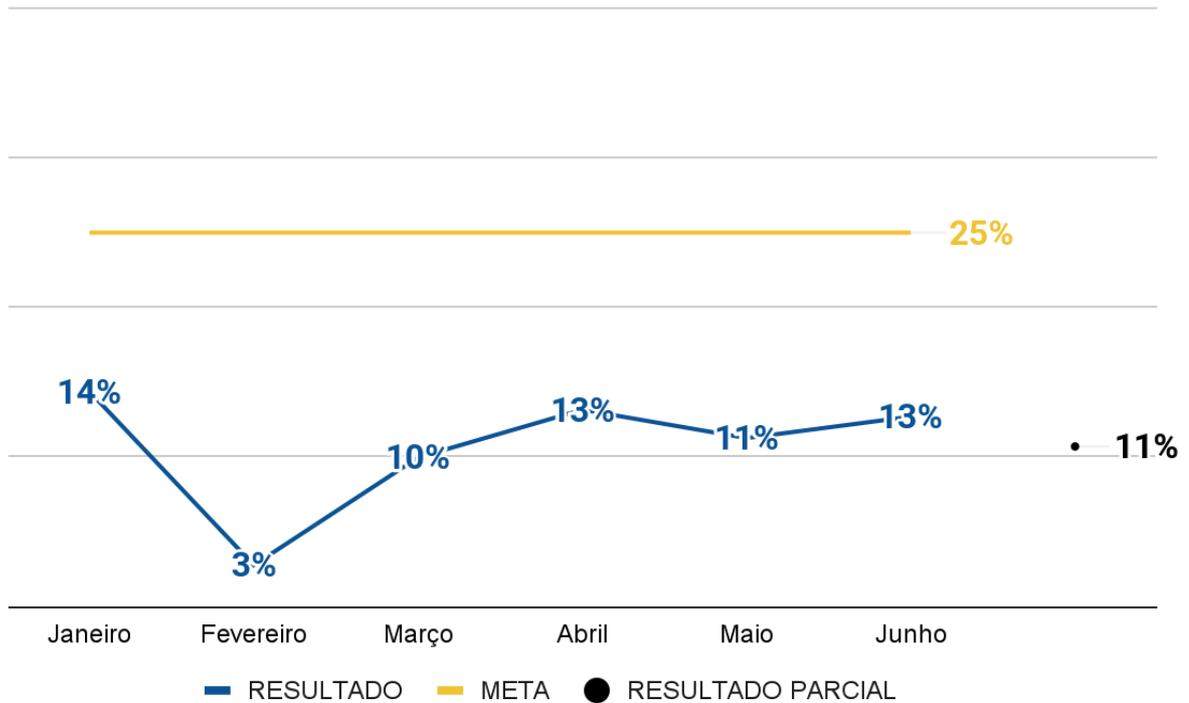


Análise dos resultados:

Considerando o resultado não exitoso, ressaltamos que a dificuldade encontrada para atingir a meta esperada, é devido aos afastamentos legais e déficit de recursos humanos na especialidade de cardiologia.

Indicador 28

Percentual de consultas de endocrinologia

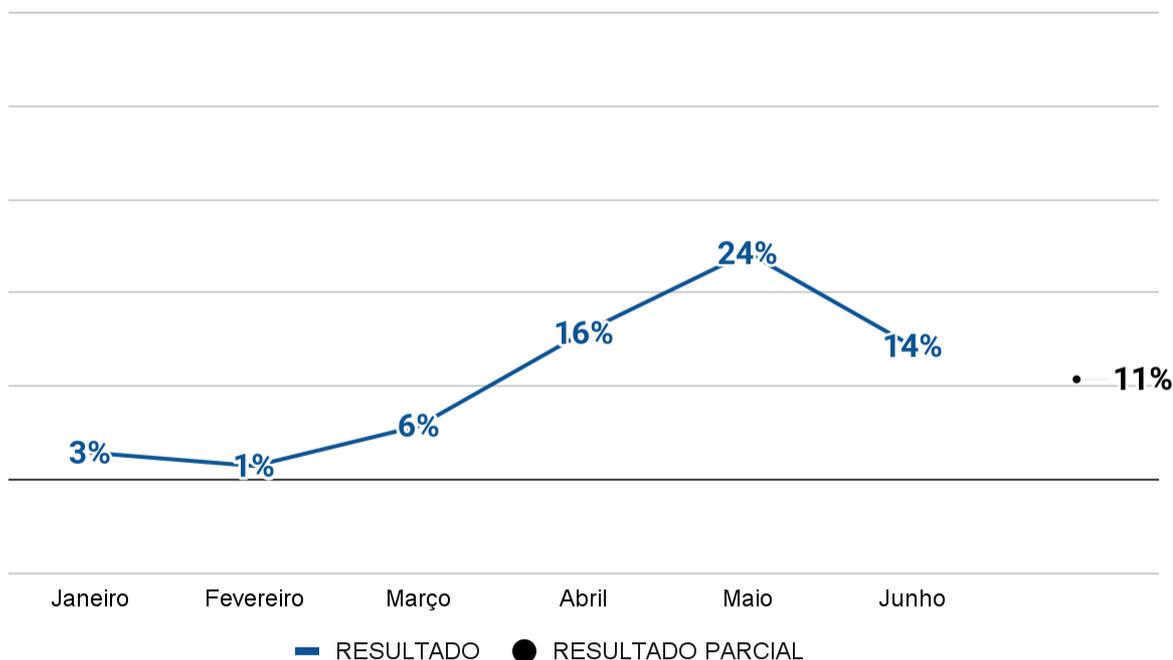


Análise dos resultados:

No decorrer do ano, conforme o gráfico acima, não conseguimos atingir a meta, encontramos os seguintes fatores dificultantes: carga horária insuficiente e dificuldade em dar alta compartilhada com a APS, por não terem equipes consistidas, o que proporciona a secundária o efeito velcro, dificultando atingirmos a meta proposta.

Indicador 29

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



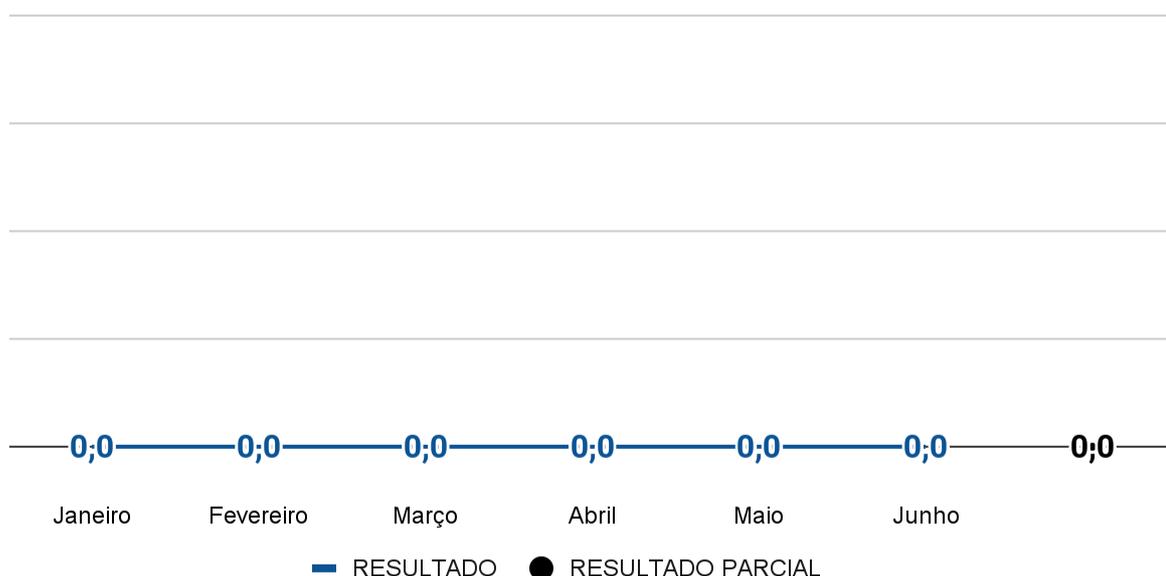
Análise dos resultados:

No decorrer do ano considerando os dados analisados percebe-se regularidade ascendente nos resultados evidenciados, com ligeira queda no mês de junho relacionado a dificuldade na manutenção das atividades por motivos de demandas assistenciais, fato já resolvido. Contudo é perceptível a manutenção ascendente dos resultados acima da meta a partir do mês de Abril de 2022, fato atribuído aos esforços mútuos de todas as áreas envolvidas e destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

- Realização de matriciamento pelo NVEPI quanto a utilização correta do sistema SINAN - de forma ONLINE - Educação continuada e qualificação dos lançamentos no SINAN na Atenção Primária, direcionado aos profissionais de Nível Superior (Médicos e Enfermeiros).
- Matriciamento de equipe multidisciplinar quanto ao registro correto das ações no Sistema E SUS;
- Divulgar o instrutivo das atividades coletivas da SES-DF e série técnica de alimentação e nutrição (incluído pela ARAS);
- Implementação de Comissão para Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Previne Brasil da Atenção Primária à Saúde da Região Sul, onde foram matriciados quanto a utilização dos sistemas e retirada de relatório no E-sus, com estratégias de busca ativa.
- Implementação de Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul.

Indicador 32

Razão de mamografia de rastreamento na população alvo.



Análise dos resultados:

O resultado foi insatisfatório, porém o HRG encontra-se na tentativa de otimizar processo orientando os gestores das unidades, repassando a informação aos profissionais qualificados a intensificar as solicitações em tempo preconizado de mamografia de rastreamento, ou de rotina, na hora do exame preventivo. Por mais que a mulher não tenha nenhuma queixa, a mamografia precisa ser realizada periodicamente com a finalidade de, eventualmente, encontrar alguma alteração ou lesões cancerígenas. Dessa forma, como medidas que podem contribuir para a prevenção primária da doença, estimula-se, portanto, a participação de equipe multidisciplinar para a orientação de práticas de atividade física, manter o peso corporal adequado, adotar uma alimentação mais saudável e evitar ou reduzir o consumo de bebidas alcóolicas.

Nos meses de março tem a comemoração do mês da mulher, e o tema é bastante abordado entre as unidades, porém, com intenção de não ficar apenas nesse mês março e no mês de outubro, e sim em todo o decorrer do ano, com rodas de conversa e palestras preventivas, como forma de melhorar o indicador.

Indicador 33

Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região.

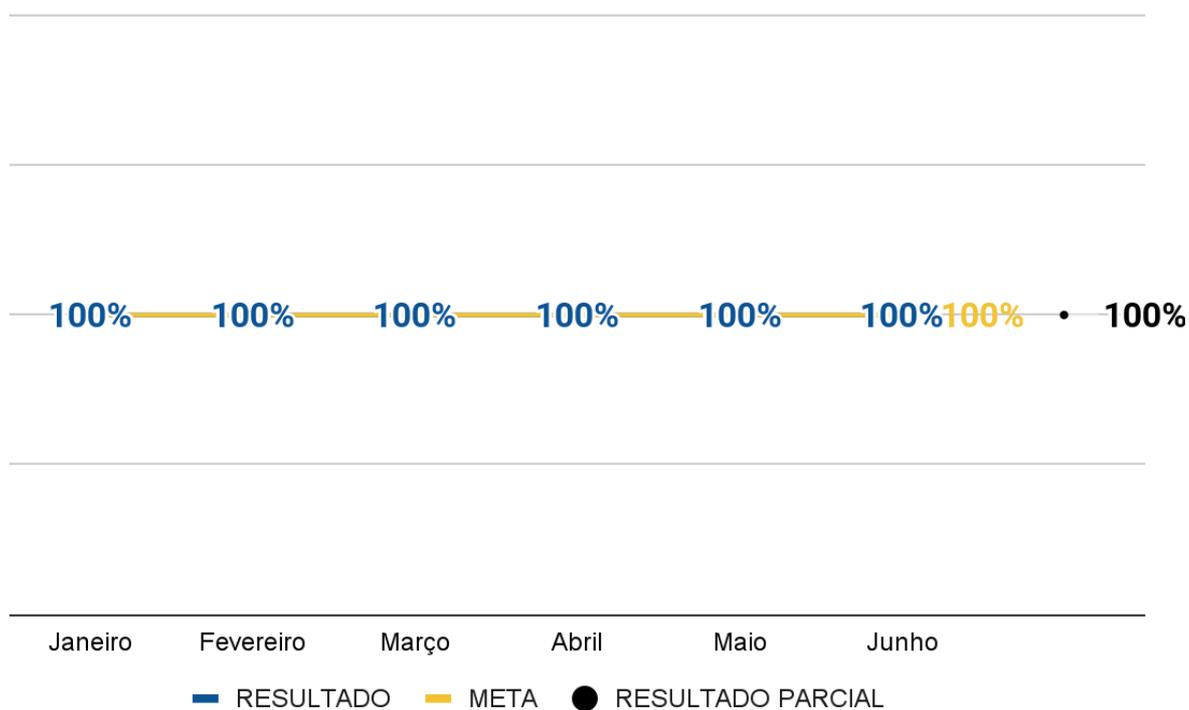


Análise dos resultados:

A Região se manteve na meta pactuada dentro do ano. Realizamos uma considerável reserva técnica (GIR/NGINT), proporcionando ao paciente a garantia do procedimento cirúrgico e ao sair do Centro Cirúrgico é pacífico a certeza de vaga de leito. Garantimos aos usuários melhor acolhimento nos leitos Clínicos, por temos garantido a condição necessária de reserva técnica, usando como critérios seletivos a quantidade de dias de internação e respectivo quadro clínico. GIR/NGINT têm buscado também diariamente realizar uma gestão beira leitos, a fim de melhorar dados repassados dentro da perspectiva posta pelo indicador, e temos observado bons resultados dentro das nossas competências e deveres legais prescritos.

Indicador 34

Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados

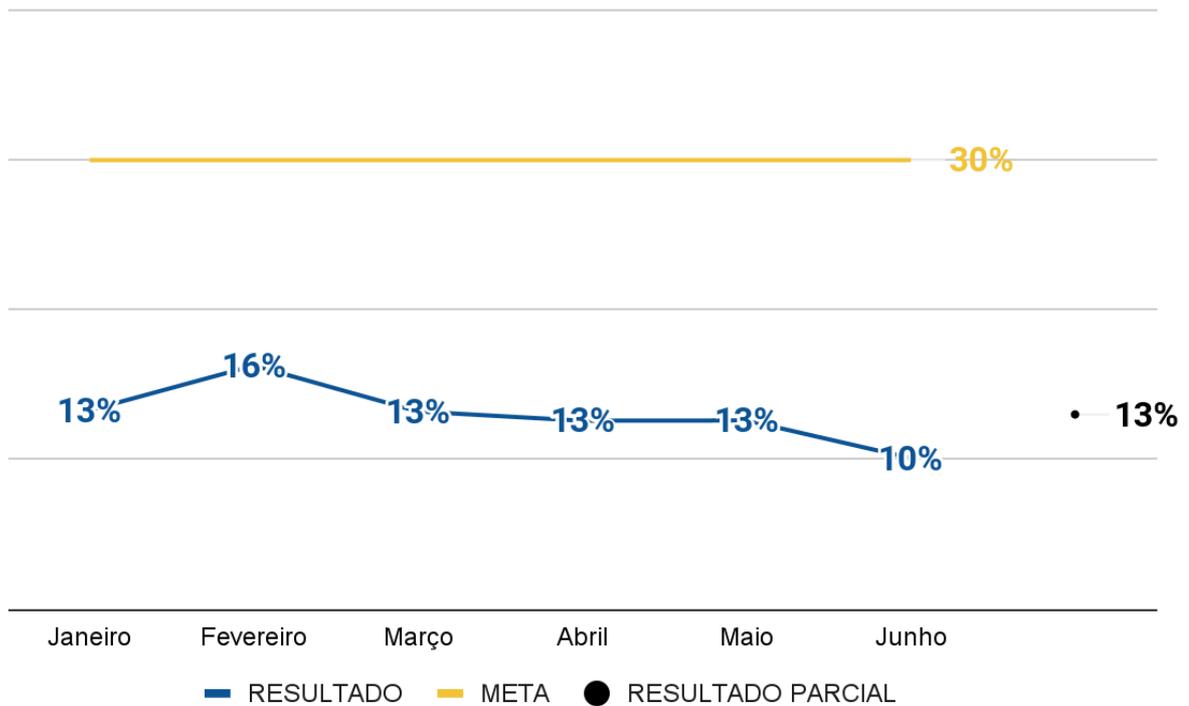


Análise dos resultados:

A Região se manteve na meta pactuada dentro do ano. Há dificuldade para o aumento do número de cirurgias eletivas devido à falta de recursos humanos, materiais e equipamentos, tais como: bandeja de videolaparoscopia (Só há uma unidade). Já foi solicitado o aumento na carga horária de alguns médicos anesthesiologistas e médicos cirurgiões de diferentes especialidades, que está sendo atendida de forma gradual. A equipe de Enfermagem já foi ampliada com servidores removidos do HRSM para o HRG, apesar de ainda haver déficit de carga horária.

Indicador 36

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

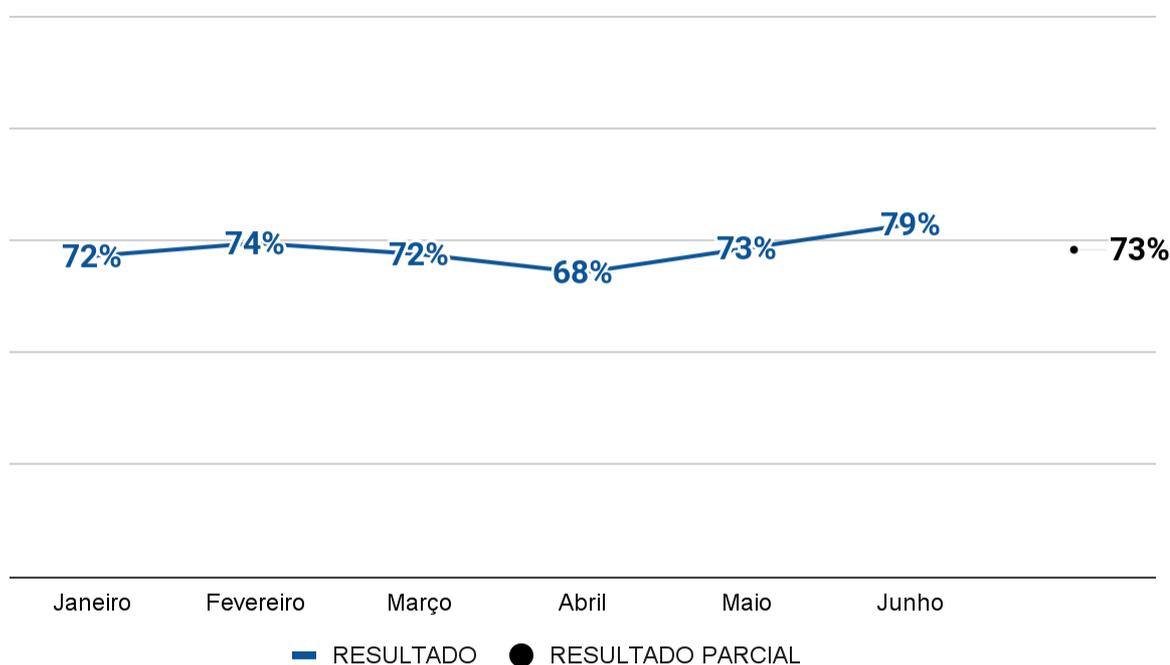


Análise dos resultados:

No semestre avaliado, considerando os resultados evidenciados, atribuímos o alcance da meta à execução do plano de ação, dentre eles destacamos: o comprometimento das equipes; pacientes avisados das consultas, em tempo hábil.

Indicador 38

Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada



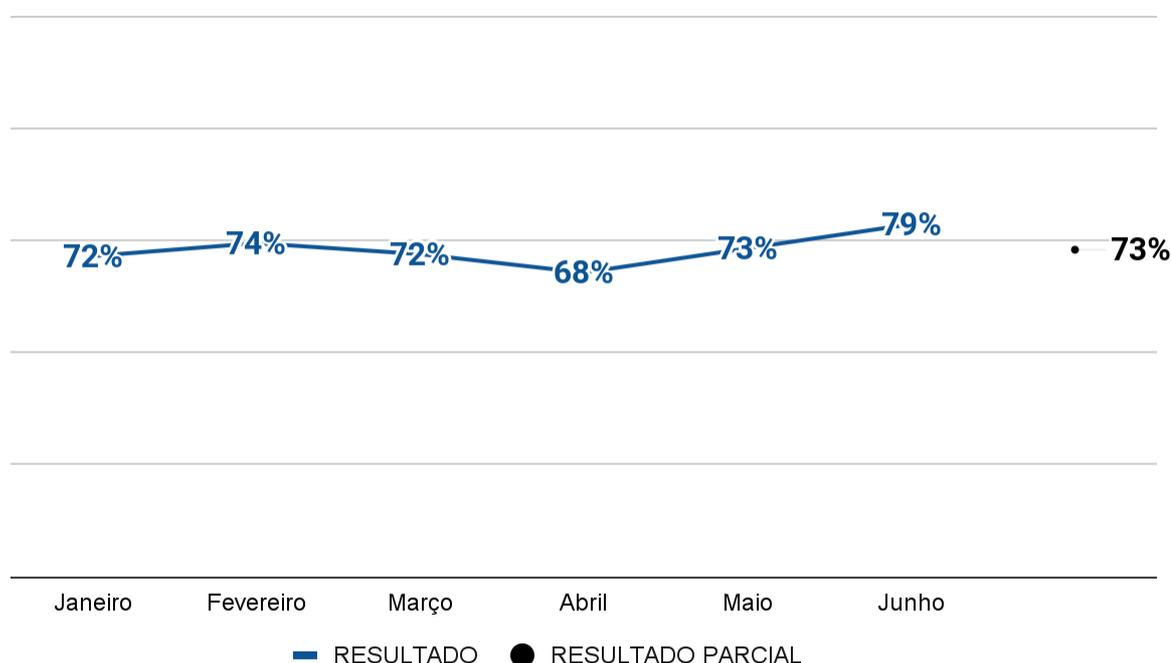
Análise dos resultados:

Secundária:

O resultado apresentado no semestre , conforme gráfico de evolução, foi devido à pactuação com a Superintendência da Região o que se refere a extensão do horário para otimizar as escalas a fim de atingirmos a meta.

Indicador 39

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



Análise dos resultados:

Ao analisar os dados no decorrer do ano de 2022, evidenciou a importância do fortalecimento da cultura de segurança dentro do Hospital Regional do Gama, assim como o fortalecimento das boas práticas assistenciais para uma assistência segura.

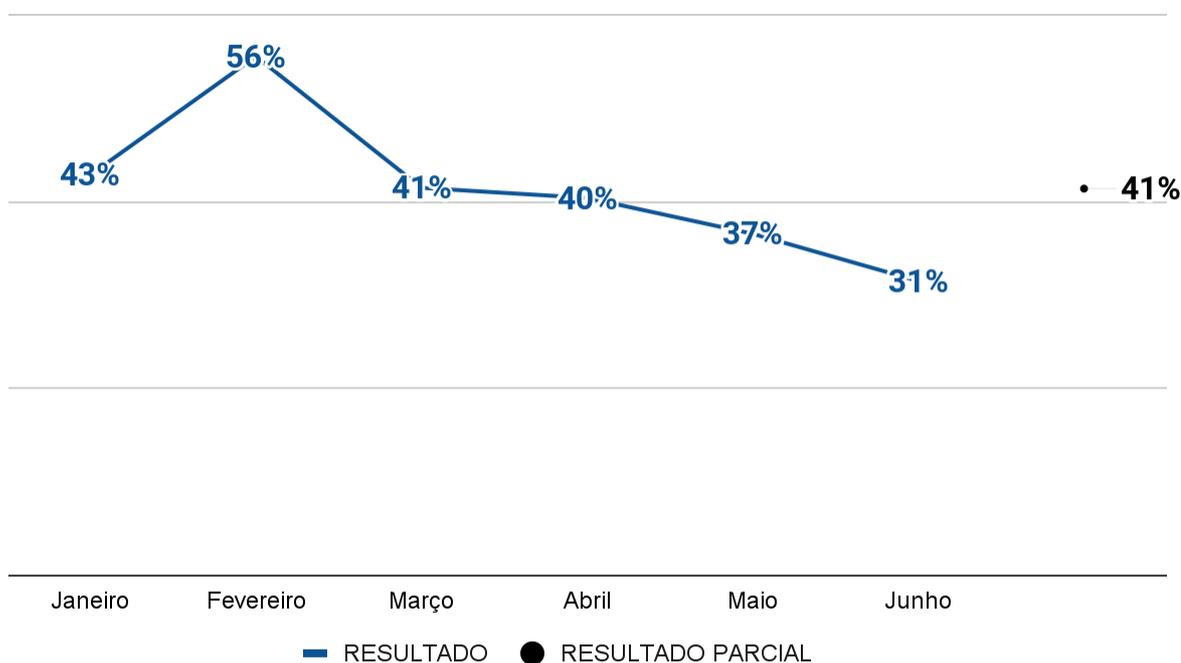
As notificações ainda não atingem os resultados esperados, demonstrando ainda uma forte cultura de subnotificação de eventos adversos. Com a mudança da gestão tivemos uma melhor adesão quanto às notificações de EA. Percebemos ainda que ao longo do ano quando o NQSP conseguiu realizar buscas ativas em prontuário e nas unidades ocorreu um aumento considerável das notificações mensais.

A ferramenta de notificação manual, formulário impressos, que ficam nos escaninhos foram bem efetivos e bem aceita pelas equipes e a realização de capacitações possibilitou as notificações por parte dos servidores/setores o que gerou aprendizagem e melhoria institucional, uma vez que o profissional ao identificar o erro consegue compreender a quebra de barreira de segurança e os riscos inerentes aquelas falhas.

Barreiras encontradas no ano de 2022 (problemática do indicador): Subnotificação dos eventos adversos; Baixo engajamento dos profissionais para mudança de práticas; Falta de recursos materiais, estruturais e tecnológicos; Ausência de cultura de segurança; Cenário institucional instável e político e; falta de RH no NQSP-HRG para maior atuação nas áreas assistenciais do HRG.

Indicador 41

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



Análise dos resultados:

O processo de avaliação da resolutividade se dá tão logo, o cidadão acesse a resposta definitiva, através do seu e-mail, tendo ele próprio a possibilidade de finalizar o seu protocolo, indicando se a demanda foi ou não resolvida pela área técnica por meio da pergunta que o sistema apresenta automaticamente. Ao ler a resposta emitida pela área técnica que ele demandou, o cidadão indica se a demanda foi resolvida "sim" ou "não". O maior beneficiário do controle social é o próprio cidadão, que emite um feedback sobre a atuação do gestor que prestou os esclarecimentos ou providências. Desta avaliação é extraído o "Índice de Resolutividade" do serviço prestado pela região de saúde. Destacamos que no mês de junho 51% das demandas geradas para a Região Sul foram registradas por telefone pelo canal 162, o que não possibilita ao cidadão, a realização da pesquisa de satisfação. Os registros pela internet representaram 30% do total e presencialmente foi o equivalente a 19% das 297 manifestações registradas.

Assuntos mais demandados em abril na Região de Saúde Sul:

1°- Agendamento de Consultas;

2°-Atendimento em Unidade de Saúde Pública;

3°- Servidor Público;

4°-Atendimento Médico;

5°-Atendimento em Unidade Básica de Saúde (Centros de Saúde, Postos de Saúde);

6°-Falta de Médicos;

7°- Agendamento de Exames;

8°-Agendamento de Cirurgias;

9°-Atendimento em Unidade Hospitalar (Hospitais Regionais);

10°-Atendimento em urgência, emergência;

O assunto sobre agendamento refere-se ao agendamento de consultas de primeira vez que são inseridas na regulação que seguem ordem cronológica e de prioridades para agendamento, bem como a disponibilidade de profissionais, tanto no panorama I, quanto no panorama II e III. O assunto atendimento em unidade de saúde pública, atendimento em unidade hospitalar, falta de médicos refere falta de médico de família e comunidade, médicos na unidade hospitalar como clínicos, anestesistas e ginecologistas . Sobre o agendamento de cirurgias se refere às cirurgias eletivas reguladas e das cirurgias do pronto socorro de traumatologia e ortopedia do HRG. O agendamento de exames refere demora no agendamento dos exames regulados.

Quando as demandas são resolvidas, o setor de Ouvidoria entra em contato com o manifestante com objetivo de sensibilizá-lo sobre a importância de realizar a pesquisa de satisfação. Realizamos os contatos com o cidadão assim que a sua demanda retorna à Ouvidoria, através de envio de e-mails e telefone, reforçando a orientação acerca da importância da realização da pesquisa de satisfação. Ressaltamos que a pesquisa de satisfação só é realizada pelos usuários que registraram suas manifestações pela internet. O canal 162 não disponibiliza a pesquisa.

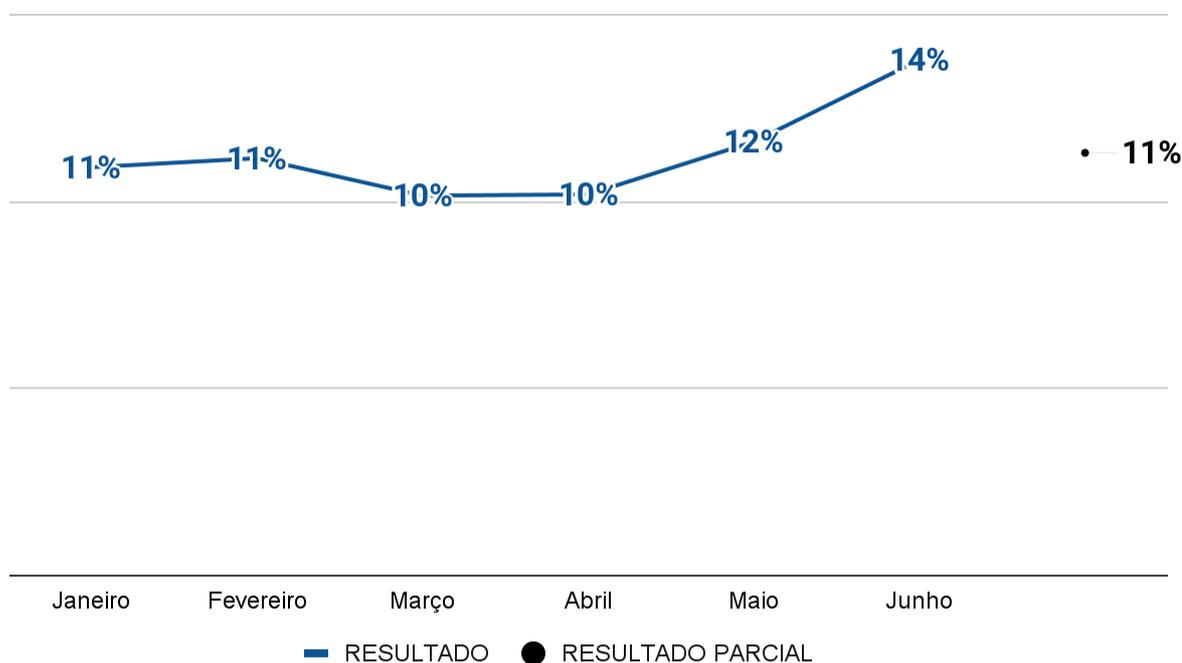
Quanto a referência sobre os processos de trabalho da Rede de Ouvidoria da Região de Saúde Sul, tivemos no mês de junho os seguintes percentuais:

- **Resolutividade: 42%**
- **Índice de Satisfação com o Serviço de Ouvidoria: 70%**
- **Índice de Recomendação: 80%**
- **Satisfação com o Atendimento: 76%**
- **Satisfação com o Sistema: 84%**
- **Satisfação com a Resposta: 51%**

OBS: Cabe frisar que tais dados podem sofrer alterações após a pesquisa ser feita, pois essa pesquisa pode ser realizada a qualquer momento a depender do interesse do cidadão.

Indicador 44

Taxa de absenteísmo



Análise dos resultados:

Ao analisar os dados durante o 1º semestre de 2022, podemos evidenciar que a Região de Saúde sul teve um total de 378.229 horas ausentes, de janeiro a junho de 2022.

O índice de absenteísmo elevado no mês de janeiro de 2022 foi em decorrência da quantidade de servidores contaminados com COVID - 19. Pode -se observar que a Licença Médica / odontológica teve aumento de 14.458 horas no mês de junho comparando com maio, fatores que contribuíram para aumentar o índice de absenteísmo comparando-se os meses de maio e junho de 2022.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

Vigência de Julho a Dezembro/2022

REGIÃO SUL					
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%	Monitoramento
7	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.	95%	94%	Satisfatório
8	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade	95%	64%	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%	81%	Satisfatório
10	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.	95%	86%	Satisfatório
18	RUE	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	Monitoramento	67%	Monitoramento
22	PCD	Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde	Monitoramento	6.209	Monitoramento
23	PSICOSSOCIAL	Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde	Sobrestado	Sobrestado	Sobrestado
24	PSICOSSOCIAL	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais	Monitoramento	0,1%	Monitoramento
28	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar	30%	40%	Razoável
30	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	15%	7%	Parcial
33	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	Monitoramento	100%	Monitoramento
34	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Consultas”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	Monitoramento	8%	Monitoramento
35	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Exames”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	Monitoramento	8%	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	10%	Monitoramento
37	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Monitoramento	67%	Monitoramento
39	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de cura dos casos de tuberculose	Monitoramento	49%	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	18%	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	98%	Monitoramento
42	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Número de notificações por acidente de trabalho / agravos relacionados ao trabalho	Monitoramento	424	Monitoramento

Quadro resumido:

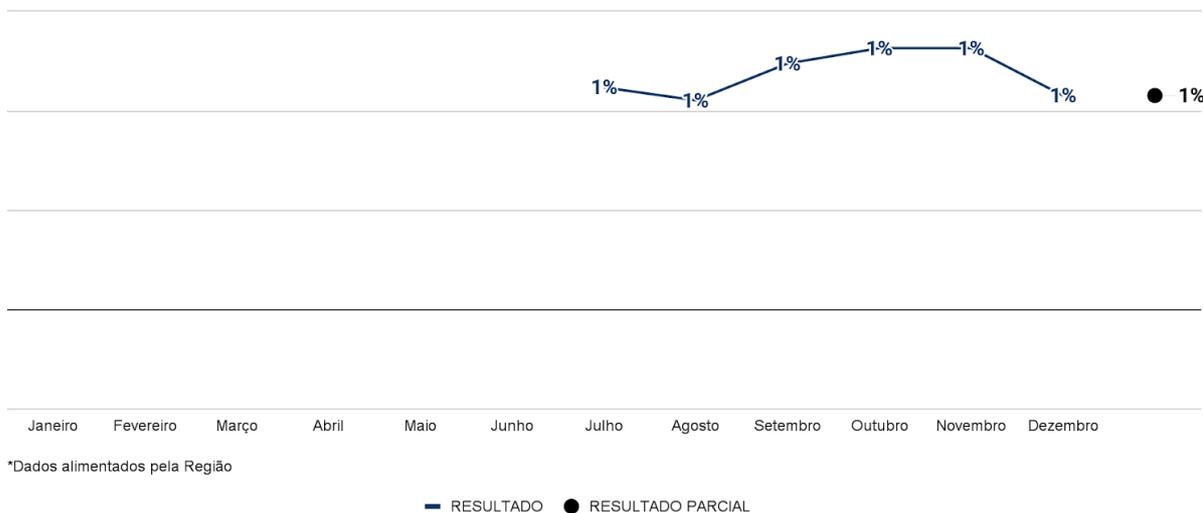
Cor	Métrica	Quantidade	%*
<u>Superado</u>	Superado - Acima de 100% da meta	0	0%
<u>Satisfatório</u>	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	3	50%
<u>Razoável</u>	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	2	33%
<u>Parcial</u>	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	1	17%
<u>Crítico</u>	Crítico - Abaixo de 25% da meta	0	0%
TOTAL			100%

ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 3

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

SUL



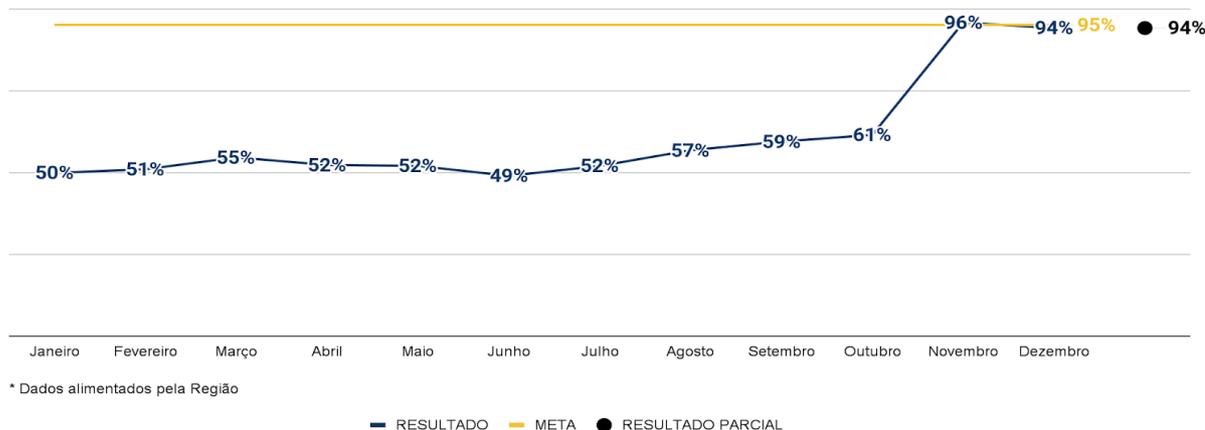
Análise dos resultados:

Ao longo do semestre, não houve muita diferença entre os resultados, mantendo-se sempre estável. O escore de Apgar é um método de rápida avaliação das condições clínicas do neonato e reflete fatores que podem ocorrer, antes, durante e após o trabalho de parto, portanto, é influenciado por fatores do recém nascido e da mãe. O Apgar do primeiro minuto pode indicar uma necessidade ou não de ressuscitação, enquanto o Apgar do quinto minuto de vida indica uma possível manobra de ressuscitação bem sucedida.

Indicador 7

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

SUL



Análise dos resultados:

Primária: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 01 ano de idade.

No decorrer do ano, considerando os dados analisados, percebe-se regularidade nos resultados evidenciados, com aumento expressivo no mês de novembro a este destacamos os esforços redirecionados do cenário da Pandemia da COVID-19 para as ações de prevenção e estratégia de Saúde da Família. Contudo destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

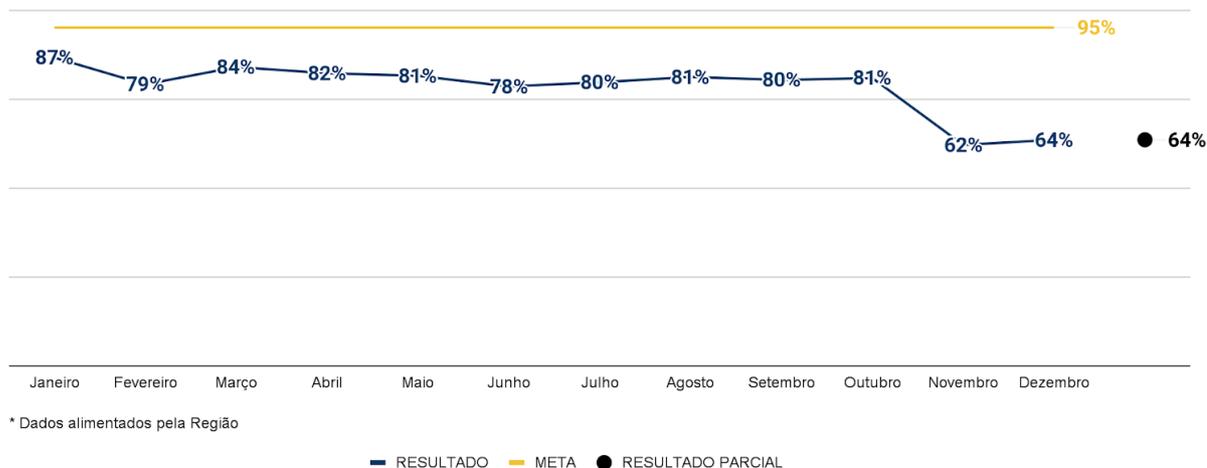
- Indicador com tendência de ALTA (O SIPNI Web em média está com um intervalo de 3-4 meses para migração completa de dados inseridos);
- Facilitar o acesso ao referido imunizante com disponibilização de doses nas salas de vacinas da região sul,
- Busca ativa pelas unidades responsáveis;
- Matriciamento das unidades quanto a utilização dos sistemas;
- Matriciamento das equipes envolvidas na aplicação e orientação da comunidade;
- Empoderamento de atribuições do Responsável Técnico da Sala de Vacina;
- Implementação de Comissão para Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Previne Brasil da Atenção Primária à Saúde da Região Sul, onde foram matriciados quanto a utilização dos sistemas e retirada de relatório no E-sus, com estratégias de busca ativa.
- Implementação de Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul.
- As barreiras para melhora do indicador se mantém como acesso às unidades básicas (sala de vacinas), ausência ou diminuição de divulgação em massa, menor procura pelos usuários.

Na perspectiva de Manutenção dos resultados exitosos está em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região SUL, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEP) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão e continuidade nas atividades das Comissões Supracitadas.

Indicador 8

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

SUL



Análise dos resultados:

Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças. para crianças de 01 ano de idade. No decorrer do ano, considerando os dados analisados, percebe-se regularidade nos resultados evidenciados, com diminuição expressiva nos meses de novembro e dezembro, a este destacamos a baixa procura da população. Contudo destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

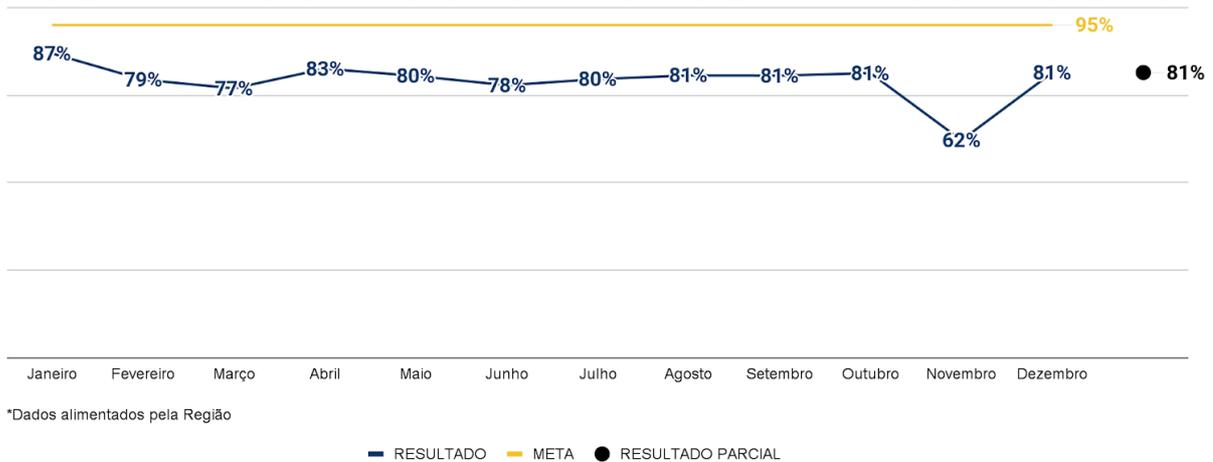
- Indicador com tendência de ALTA (O SIPNI Web em média está com um intervalo de 3-4 meses para migração completa de dados inseridos);
- Facilitar o acesso ao referido imunizante com disponibilização de doses nas salas de vacinas da região sul,
- Busca ativa pelas unidades responsáveis;
- Matriciamento das unidades quanto a utilização dos sistemas;
- Matriciamento das equipes envolvidas na aplicação e orientação da comunidade;
- Empoderamento de atribuições do Responsável Técnico da Sala de Vacina;
- Implementação de Comissão para Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Previne Brasil da Atenção Primária à Saúde da Região Sul, onde foram matriciados quanto a utilização dos sistemas e retirada de relatório no E-sus, com estratégias de busca ativa.
- Implementação de Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul.
- As barreiras para melhora do indicador se mantém como acesso às unidades básicas (sala de vacinas), ausência ou diminuição de divulgação em massa, menor procura pelos usuários.

Na perspectiva de Manutenção dos resultados com intuito de atingir a meta proposta está em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região SUL, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEP) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão e continuidade nas atividades das Comissões Supracitadas.

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.

SUL



Análise dos resultados:

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. No decorrer do ano, considerando os dados analisados, percebe-se regularidade nos resultados evidenciados, com diminuição expressiva nos meses de novembro, a este destacamos a baixa procura da população. Contudo destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

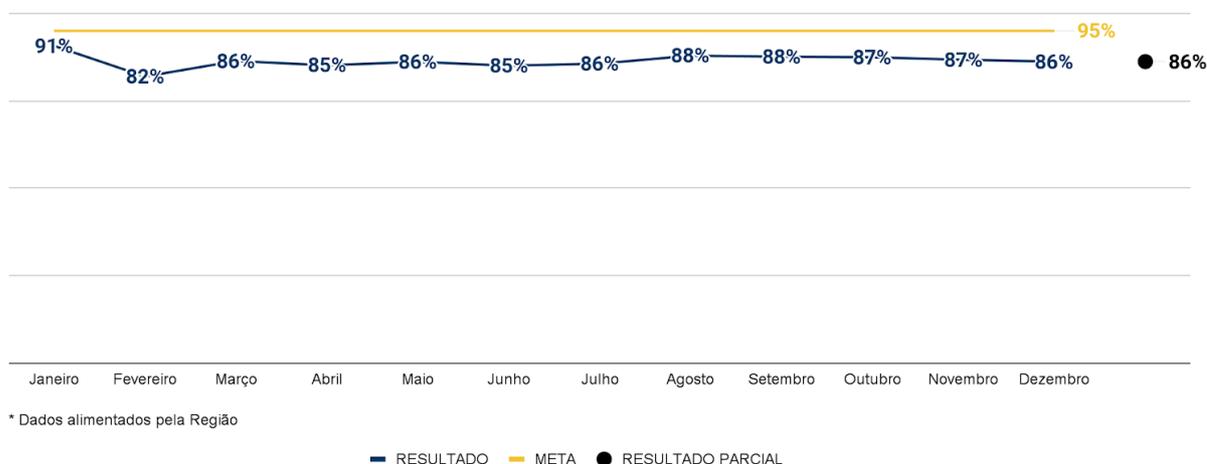
- Indicador com tendência de ALTA (O SIPNI Web em média está com um intervalo de 3-4 meses para migração completa de dados inseridos);
- Facilitar o acesso ao referido imunizante com disponibilização de doses nas salas de vacinas da região sul,
- Busca ativa pelas unidades responsáveis;
- Matriciamento das unidades quanto a utilização dos sistemas;
- Matriciamento das equipes envolvidas na aplicação e orientação da comunidade;
- Empoderamento de atribuições do Responsável Técnico da Sala de Vacina;
- Implementação de Comissão para Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Previne Brasil da Atenção Primária à Saúde da Região Sul, onde foram matriciados quanto a utilização dos sistemas e retirada de relatório no E-sus, com estratégias de busca ativa.
- Implementação de Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul.
- As barreiras para melhora do indicador se mantém como acesso às unidades básicas (sala de vacinas), ausência ou diminuição de divulgação em massa, menor procura pelos usuários.

Na perspectiva de Manutenção dos resultados com intuito de atingir a meta proposta está em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região SUL, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEP) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão e continuidade nas atividades das Comissões Supracitadas.

Indicador 10

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

SUL



Análise dos resultados:

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

No decorrer do ano, considerando os dados analisados, percebe-se regularidade nos resultados evidenciados, abaixo da meta proposta, fato em tratativa com as áreas técnicas para implementação de processos de melhorias mais efetivos. Contudo destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

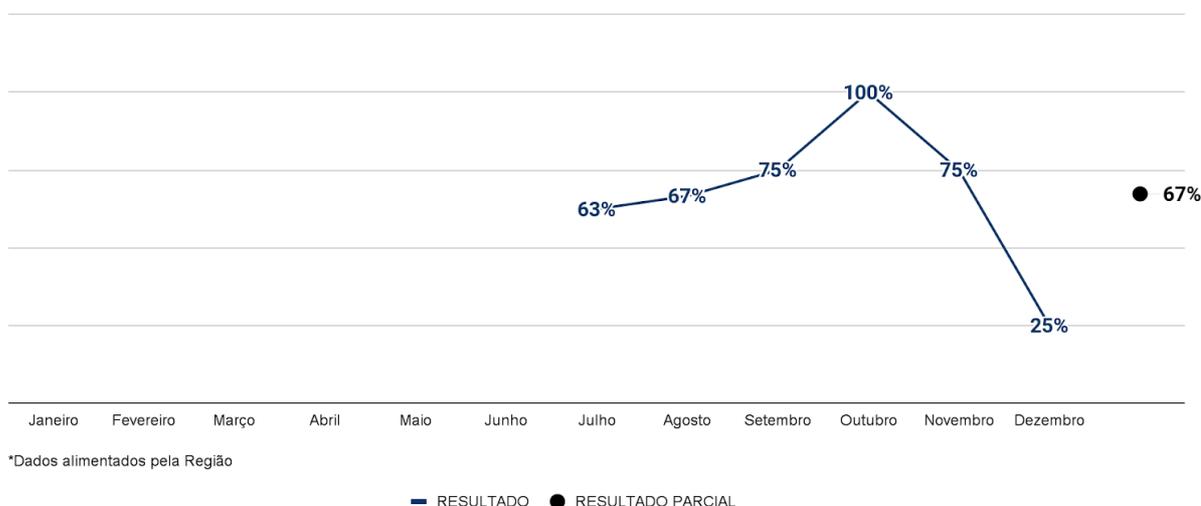
- Indicador com tendência de ALTA (O SIPNI Web em média está com um intervalo de 3-4 meses para migração completa de dados inseridos);
- Facilitar o acesso ao referido imunizante com disponibilização de doses nas salas de vacinas da região sul,
- Busca ativa pelas unidades responsáveis;
- Matriciamento das unidades quanto a utilização dos sistemas;
- Matriciamento das equipes envolvidas na aplicação e orientação da comunidade;
- Empoderamento de atribuições do Responsável Técnico da Sala de Vacina;
- Implementação de Comissão para Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Previnir Brasil da Atenção Primária à Saúde da Região Sul, onde foram matriciados quanto a utilização dos sistemas e retirada de relatório no E-sus, com estratégias de busca ativa.
- Implementação de Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul.
- As barreiras para melhora do indicador se mantêm como acesso às unidades básicas (sala de vacinas), ausência ou diminuição de divulgação em massa, menor procura pelos usuários.

Na perspectiva de Manutenção dos resultados com intuito de atingir a meta proposta está em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região SUL, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEP) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão e continuidade nas atividades das Comissões Supracitadas.

Indicador 18

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

SUL



Análise dos resultados:

Podemos destacar que o percentual de avaliações de pacientes elegíveis no mês de DEZEMBRO/2022 (50%) foi MENOR que o mês de NOVEMBRO/2022 (75%). O NRAD também recebe solicitações de avaliações através da porta, que nesse mês foram realizadas NOVE (9) avaliações por esta via (demanda espontânea, UBS, defensoria pública, entre outros). Destas avaliações foram admitidos 4 usuários.

Principais barreiras encontradas para manutenção deste indicador: manutenção do baixo número de FAD'S enviados pelos setores de internação / emergência do hospital; FAD's incompletos ou sem dados suficientes para avaliação clínica; validade do FAD que é de 7 dias. Os FADs são enviados na programação de alta do paciente, porém até o momento da alta do paciente ser efetivada pode ocorrer intercorrências ou demandas que impossibilitam a alta sendo necessário encaminhar novo FAD; necessidade de avaliação domiciliar (critérios assistenciais e administrativos).

Indicador 22

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

SUL



Análise dos resultados:

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

No decorrer do semestre avaliado considerando os dados analisados percebe-se regularidade ascendente nos resultados evidenciados. Contudo é perceptível a manutenção ascendente dos resultados acima da meta nos meses de Novembro e Dezembro de 2022, fato atribuído aos esforços mútuos de todas as áreas envolvidas e destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano: implementação de Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul.

Na perspectiva de manutenção dos resultados exitosos manteremos as ações exitosas e novas tratativas de planejamentos futuros.

Indicador 23

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

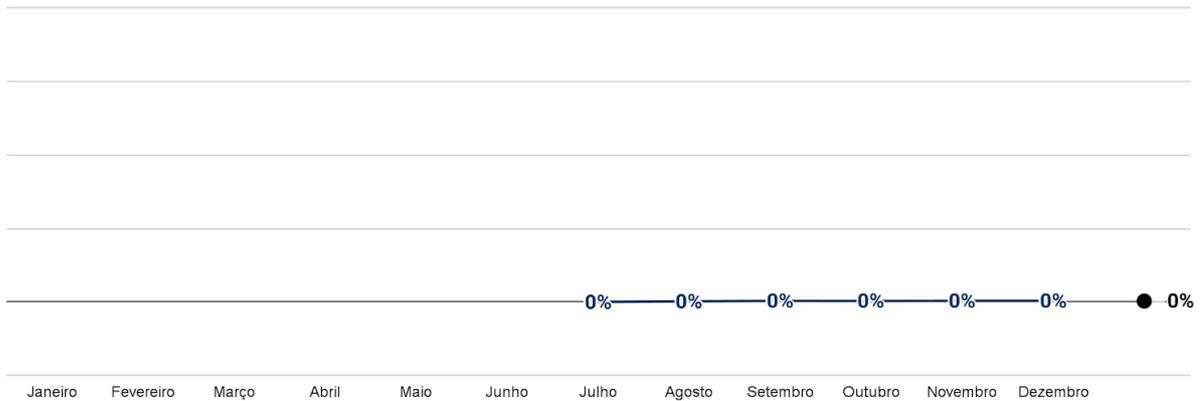
Sobrestado

Análise dos resultados:
Sobrestado

Indicador 24

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

SUL



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO ● RESULTADO PARCIAL

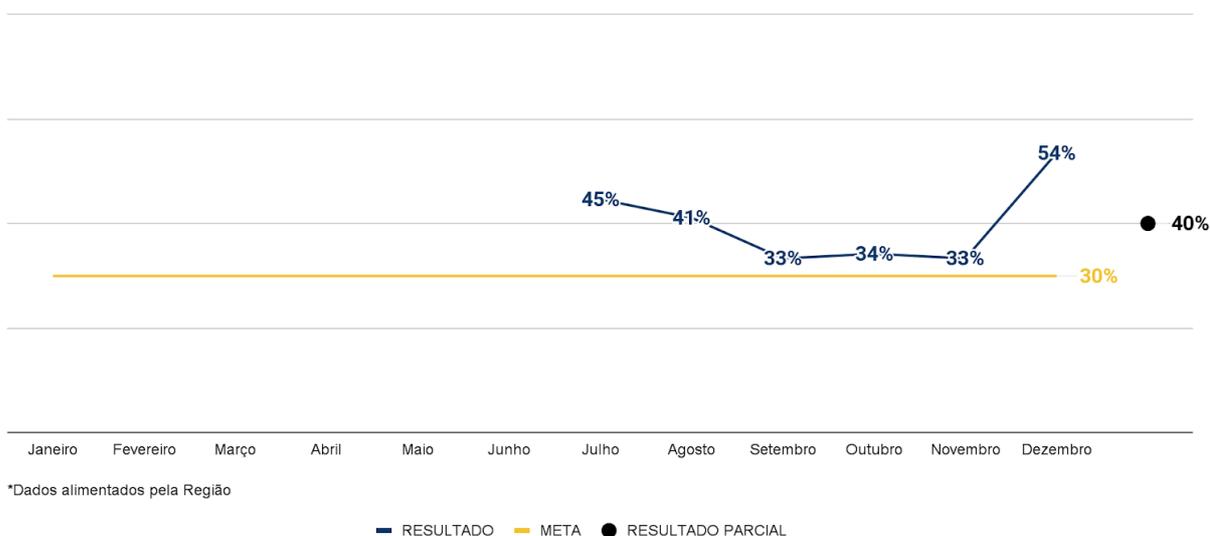
Análise dos resultados:

Ao longo do semestre, não houve muita diferença entre os resultados, mantendo-se sempre estável. Apesar de ser um indicador de monitoramento, a equipe de saúde mental realiza os atendimentos a fim de minimizar e evitar riscos e agravos à saúde dos pacientes. Dessa forma, melhorando e otimizando adaptação e condições do mesmo a internação hospitalar e encaminhamento às unidades da saúde/ postos/centros de saúde e a acompanhamento família.

Indicador 28

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

SUL



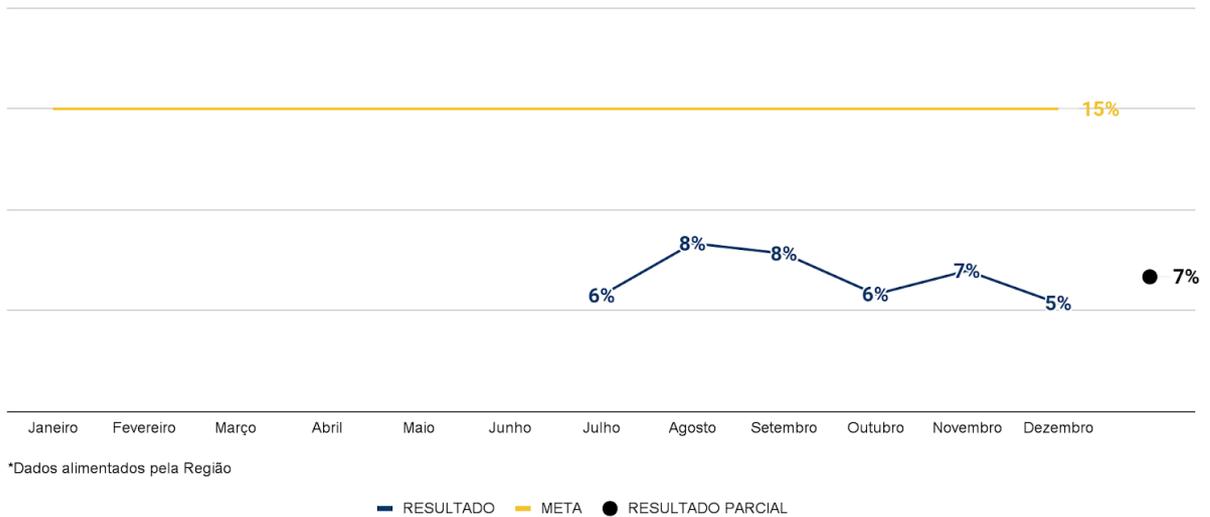
Análise dos resultados:

O indicador ainda está fora do padrão esperado. Adequações administrativas e estruturais precisam ser feitas para que o indicador entre dentro da meta pretendida. As principais ações a serem tomadas agora são relacionadas ao absenteísmo profissional e manutenção preventiva dos equipamentos relativamente aos exames de Ecografia e Ultrassonografia, pois há um notável impacto negativo desses exames no indicador geral. A principal intervenção a ser tomada agora está relacionada ao serviço de imaginologia e diagnóstico hospitalar. Dessa forma, a principal oportunidade encontra-se no melhor entendimento do processo de trabalho da regulação. Esse melhor entendimento leva a maior fluidez do processo de trabalho. A principal ameaça é a inoperância e lentidão do sistema **CADSUS e SISREGIII** que inviabiliza e/ou dificulta a atualização cadastral dos usuários no momento da inserção da solicitação no sistema, dessa forma os dados ficam desatualizados, informações são desconstruídas, inviabilizando o tempo necessário para o contato prévio, além de diversas falhas na rede de computadores - **Intranet e Internet**, ao longo do ano, ocasionando sucessivas falhas no sistema **VOIP de Telefonia**.

Indicador 30

Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica

SUL



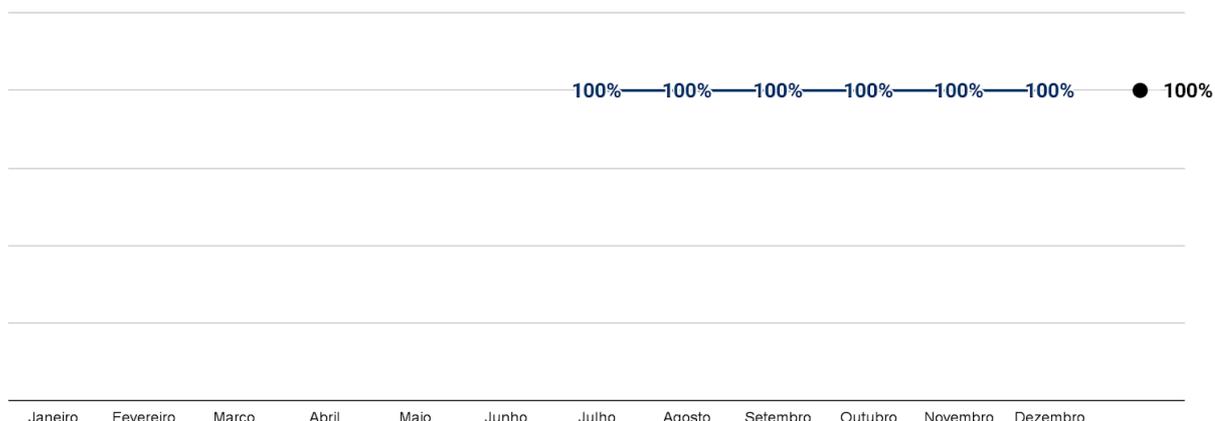
Análise dos resultados:

Ao longo do semestre, não houve muita diferença entre os resultados de julho a dezembro, em virtude dos afastamentos legais. Esse desfalque de servidores impacta diretamente na produção do mês, fato inclusive discutido com a equipe da GAMAD, GPMA e a direção do hospital. A queda na produção demonstra o quanto a produção do Núcleo de Farmácia Clínica está diretamente proporcional ao quantitativo de servidores para execução das atividades, mais uma vez corroborando para demonstrar a necessidade de lotação de mais servidores no Núcleo para alcançar a meta estabelecida.

Indicador 33

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

SUL



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO ● RESULTADO PARCIAL

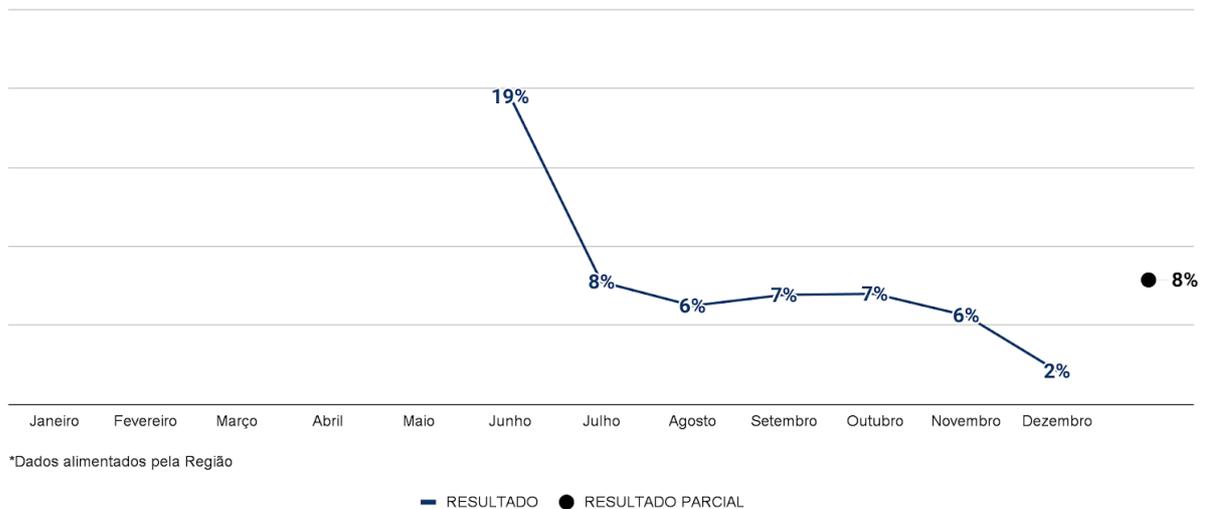
Análise dos resultados:

Ressaltamos que houve uma melhora significativa dos processos de trabalhos que foram fortalecidos no aperfeiçoamento de metas de redução do absenteísmo nos agendamentos das consultas de odontologia, relato de bom resultado das ações que foram realizadas junto à atenção primária e no levantamento das causas que contribuem para o seguimento dos altos índices de absenteísmo.

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.

SUL



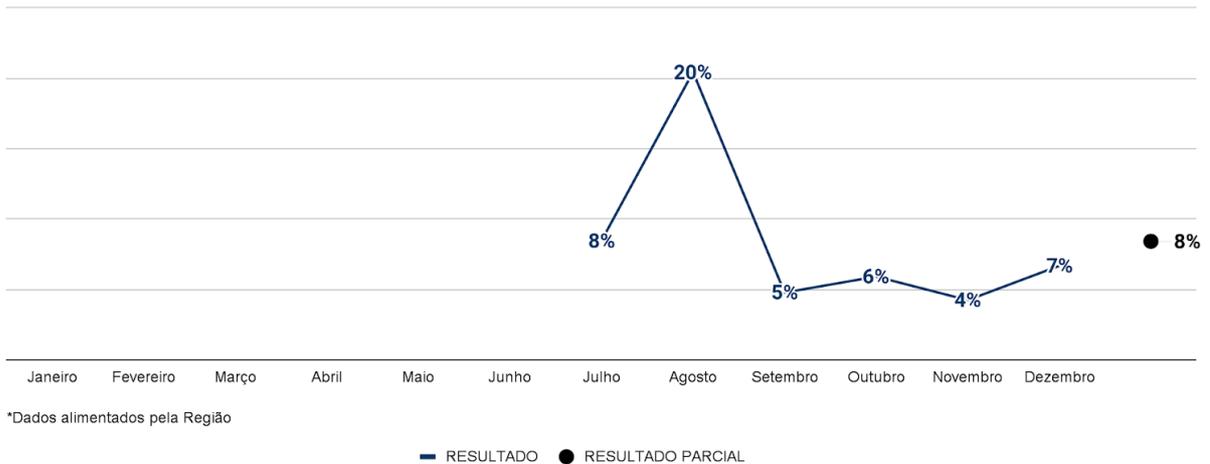
Análise dos resultados:

Por se tratar de um indicador que é apenas para monitoramento não há meta a ser alcançada. No entanto, indicador começou com o índice de reclamação em 19%, mas nos meses seguintes a região conseguiu reduzir o número de reclamações chegando a 2% em dezembro e conforme relatório enviado pela ouvidoria local, podemos identificar que uma das maiores reclamações e solicitações referentes ao Agendamento de Consultas está em 1º lugar demora do agendamento e em 2º lugar a falta de Profissional médico em consultas agendadas e 3º Lugar Devoluções das solicitações.

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.

SUL



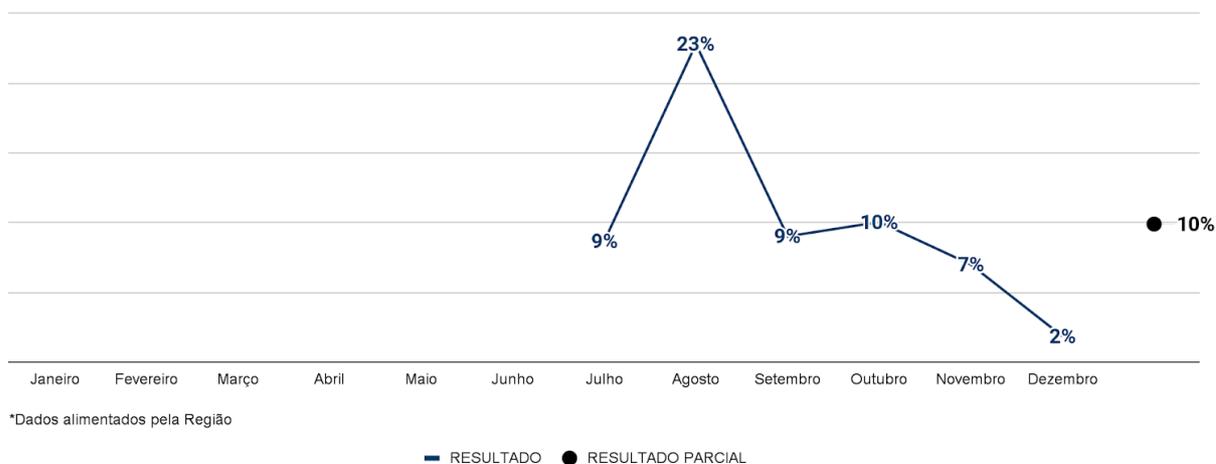
Análise dos resultados:

Por se tratar de um indicador que é apenas para monitoramento não há meta a ser alcançada. No entanto, a região conseguiu manter o indicador com a porcentagem baixa em relação às ouvidorias sobre Agendamento de Exames, tendo um pico apenas em agosto devido ao grande número de afastamentos legais. Podemos identificar que uma das maiores reclamações e solicitações referentes ao Agendamento de Exames está em 1º lugar demora do agendamento e em 2º lugar a falta de Profissional médico em Exames agendados e 3º Lugar Devoluções das solicitações.

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.

SUL



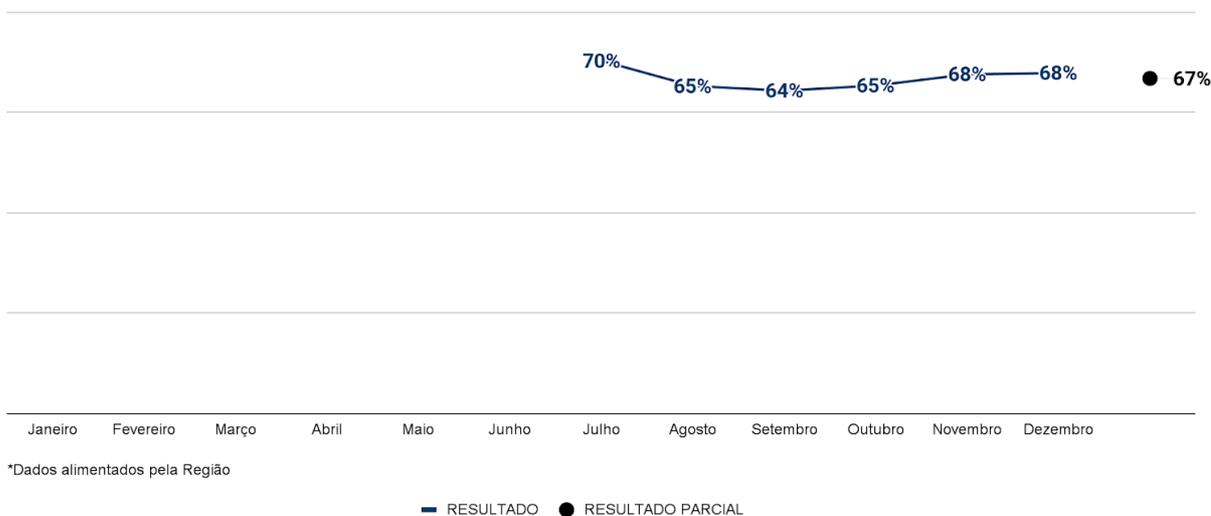
Análise dos resultados:

Por se tratar de um indicador que é apenas para monitoramento não há meta a ser alcançada. No entanto, a região conseguiu manter o indicador com a porcentagem baixa em relação às ouvidorias sobre Agendamento de Cirurgias, tendo um pico apenas em agosto devido à tendo um pico apenas em agosto devido ao grande número de afastamentos legais. Podemos identificar que uma das maiores reclamações e solicitações referentes ao Agendamento de Cirurgias está em 1º lugar demora do agendamento e em 2º lugar a falta de Profissional médico em Cirurgias agendadas e 3º Lugar Devoluções das solicitações.

Indicador 37

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

SUL



Análise dos resultados:

O Indicador refere-se ao percentual de licenças médicas / odontológicas sobre o total geral de afastamentos. Estão inclusos os servidores cedidos ao IGESDF (HRSM), tendo em vista constarem na mesma base do forponto, sendo inviável separá-los dos dados extraídos. podemos observar de janeiro a dezembro de 2022 o percentual médio de licenças médicas odontológicas sobre o total de afastamentos foi de 69,18 %. E os meses de janeiro, fevereiro e março, junho e julho tiveram percentuais acima da média anual. Em números absolutos os meses de janeiro e fevereiro, maio e junho superam os demais meses em quantidade de horas de licenças - médicas/odontológicas, sendo a média dos 04 meses mais críticos igual a 50.439 horas e dos 08 meses com menor incidência de 36.844 horas. Os meses com menor quantidade de horas de afastamentos por licenças-médicas/odontológicas foram setembro com 33.009 horas e novembro com 33.368 horas. É realizado o levantamento de dados referentes ao absenteísmo junto com as chefias imediatas, considerando as informações encaminhadas pela GP, com o objetivo de conhecer no local de trabalho os motivos de afastamento dos servidores e propor estratégias para redução do absenteísmo. São realizadas também inspeções técnicas aos locais de trabalho e sugestão de adequações no ambiente seguindo as Normas Técnicas para proporcionar condições adequadas na realização das tarefas, visando a diminuir o adoecimento e, conseqüentemente, os afastamentos.

Indicador 39

Percentual de cura dos casos de tuberculose

SUL



Análise dos resultados:

No decorrer semestre avaliado considerando os dados analisados percebe-se irregularidade nos resultados evidenciados, a isso atribuímos as possíveis inconformidades de lançamento e dificuldades de acesso ao sistema de lançamento dos dados, contudo é perceptível a manutenção dos resultados acima da meta em 50% do semestre de 2022, fato atribuído aos esforços mútuos de todas as áreas envolvidas e destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o semestre avaliado:

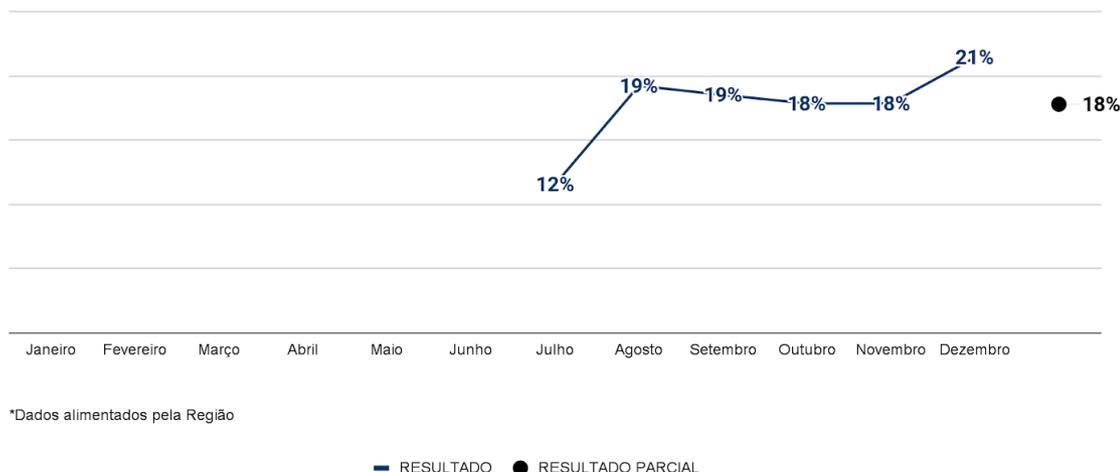
- Implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul;
- Tratativas de sanar dificuldades quanto ao lançamento dos dados no SINAN para encerramento dos casos.

Na perspectiva de Manutenção dos resultados com intuito de atingir regularidade na meta proposta destacamos a implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região SUL, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEP) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão e continuidade nas atividades das Comissões Supracitadas.

Indicador 40

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

SUL



Análise dos resultado:

No decorrer do semestre avaliado, considerando os dados analisados percebe-se regularidade ascendente nos resultados evidenciados, com manutenção dos resultados acima da meta proposta. É perceptível a manutenção ascendente dos resultados acima da meta a partir do mês de Agosto de 2022, fato atribuído aos esforços mútuos de todas as áreas envolvidas e destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o semestre avaliado:

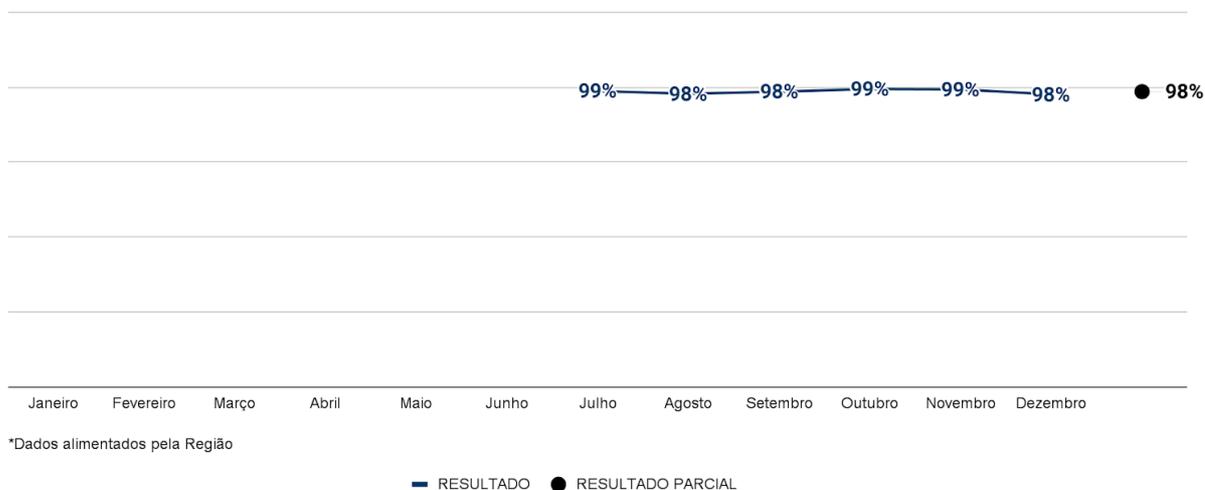
- Identificação de casos em abertos ou sem acompanhamento do NVEPI;
- Implementação de visitas periódicas do EVEPI para Busca ativa, orientações assistenciais e de manuseio de sistemas.
- Disponibilizar relatório periódico dos dados para as equipes Unidades Básicas de Saúde da Região;
- Implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul;
- Tratativas de sanar dificuldades quanto ao lançamento dos dados no SINAN para encerramento dos casos.

Na perspectiva de Manutenção dos resultados acima da meta proposta destacamos a implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região SUL, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEPI) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão e continuidade nas atividades das Comissões Supracitadas.

Indicador 41

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

SUL



Análise dos resultados:

No decorrer do semestre avaliado, considerando os dados analisados, percebe-se regularidade dos dados com relação à meta proposta. Fato atribuído aos esforços mútuos de todas as áreas envolvidas e destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o semestre avaliado:

- Realização de matriciamento pelo NVEPI quanto a utilização correta do sistema SINAN - de forma ONLINE - Educação continuada e qualificação dos lançamentos no SINAN na Atenção Primária, direcionado aos profissionais de Nível Superior (Médicos e Enfermeiros).
- Monitoramento e avaliação do banco de dados dos Agravos Notificados - Análise detalhada das Notificações registradas pelo NVEPI periodicamente;
- Disponibilização de Boletim mensal de divulgação das notificações dos casos de arboviroses na Região de Saúde - Encaminhado para Unidades Básicas da Região.
- Observação quanto a dificuldade de fechamento dos casos pelas Unidades Básicas.

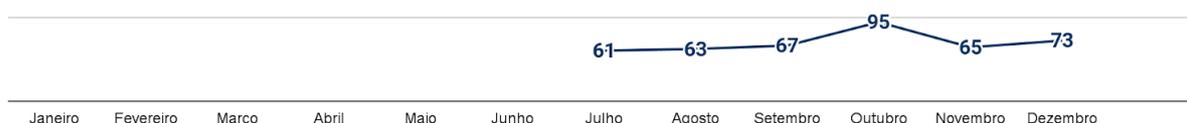
Na perspectiva de Manutenção dos resultados acima da meta proposta destacamos a implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região SUL, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEP) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão e continuidade nas atividades das Comissões Supracitadas.

Indicador 42

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

SUL

● 424



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO ● RESULTADO PARCIAL

Análise dos resultados:

No decorrer do semestre avaliado, considerando os dados analisados, percebe-se regularidade dos dados. Contudo, muito aquém da meta proposta, atribuímos o fato às particularidades deste indicador que até a presente data está em processo de entendimento da métrica do indicador de implementação e teste dos fluxos construídos. Sendo assim destacamos algumas ações exitosas já implementadas e em desenvolvimento durante o semestre avaliado:

- Criar Fluxo de acompanhamento das notificações de acidente de trabalho na região;
- Realizar reunião com GSAPS para compreensão e empoderamento do fluxo de encaminhamento de acidentes do trabalho da atenção primária para Terciária;
- Realizar Reunião com Medicina do trabalho para unificação de base de dados
- Matriciamento das Unidades básicas da Região - Acidentes de trabalho notificados ao NSHMT – Gama - Núcleo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho no Gama;

Na perspectiva de manutenção do alcance dos resultados considerando a meta proposta, novas propostas avaliativas e condutivas deste indicador estão sendo conduzidas pelas áreas responsáveis pela apresentação destes resultados.

O GPMA - Hospitalar verificou uma manutenção no número de notificações de novembro para dezembro, devido a manutenção das ações já realizadas pelo NHEP, portanto o indicador mostrou-se positivo após as ações de planejamento e monitoramento já implantadas. Apresentamos assim, novamente as principais ações que estão sendo mantidas pelo NHEP, para qualificação do indicador hospitalar no mês de novembro:

- Sensibilização dos profissionais do núcleo sobre os procedimentos de busca ativa para detecção de notificação compulsória de todos os tipos de acidentes de trabalho;
- Liberação de perfil específico para retirada do relatório de acidentes ocorridos no hospital no track care;
- Pactuação junto a equipe do Núcleo de Medicina do Trabalho, para encaminhamento das CATS ao NHEP;

- Inserção de dados em sistema em tempo oportuno através de TPD, pois o déficit de RH impacta diretamente no indicador;
- Implementação de protocolo específico no setor para notificação de acidentes de trabalho, ocorridos no âmbito hospitalar.

Dessa forma, para melhoria na qualidade dos indicadores foi agregado às ações um novo treinamento para equipe NHEP, para qualificação das notificações realizadas pelo NHEP. O curso foi realizado pela Equipe do CEREST da região, após articulação entre as duas unidades.

No que se refere às ações para melhoria do resultado o NHEP, continua encontrando grande dificuldade para qualificar o indicador, devido ao preenchimento incompleto da **Guia de Atendimento Emergencial (GAE)**, por se tratar de uma busca retroativa, dispomos de um déficit de informações importantes e necessárias para preenchimento qualitativo da ficha de investigação, o que muitas vezes impede o preenchimento da notificação. É importante ressaltar também que o número de notificações teve um aumento expressivo e como cada ficha exige uma investigação epidemiológica, a nova atribuição notificação impactou diretamente nos recursos humanos que já encontram-se em déficit no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, contudo foi mantemos a disponibilização do TPD, para auxílio ao RH o que impactou positivamente para o progresso do indicador.

Conclusão

De acordo com a Portaria nº 1066 de 25 de outubro de 2021 "...Art 6º. Os resultados das pactuações realizadas nos AGRs devem ser acompanhados pelo Colegiado de Gestão da SES, pelos Colegiados de Gestão Regional e pelas áreas técnicas da Administração Central, conforme a seguinte programação: V - Quadrimestralmente, a avaliação conjunta das áreas técnicas das SRSs e URDs com as coordenações das Redes Temáticas em Saúde e a Diretoria de Gestão Regionalizada. E dando continuidade às ações do Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS, instituído pelo Decreto nº 37.515, de 26 de Julho de 2016, foram realizadas agendas de apresentações dos resultados do Acordo de Gestão Regional – AGR.

A agenda de apresentação dos resultados do 1º ciclo, foi realizada nesta região de saúde no dia 23 de agosto de 2022, conforme processo SEI nº 00060-00370352/2022-20.

OBJETIVO DA REUNIÃO: Apresentação dos resultados dos indicadores do AGR e AGL da Região Sul

Data: 23/08/2022

Horário: 14:10 às 16:40

Local: Videoconferência

Moderador: Michelle (GCR)

Apresentador: Adma (ASPLAN), Willian (GPMA Primária) e Halina (Dirase Secundária)

Participantes: Lista de presença ID [94028873](#) - Durante a reunião houve até 35 acessos.

Apresentação: ID [94036188](#).

A Região apresentou seus principais números, incluindo total de unidades, total de servidores, total de atendimento nas emergências, total de partos e total de cirurgias realizadas. Foram apresentados os resultados do AGL da Atenção Primária, destacando as principais ações realizadas: boletins com ranking de destaques, formulários de análises das ações por GSAP, criação de comissão para revisão e qualificação dos dados de cadastro e qualificação dos dados do previne Brasil, reuniões para apresentação dos resultados por RA, matriciamento em saúde da mulher e pré-natal;

Apresentou os gráficos com os resultados dos indicadores pactuados, demonstrando as principais ações e as principais dificuldades que interferem no alcance dos resultados.

A Diretora da Atenção Secundária - DIRASE apresentou os resultados dos indicadores das policlínicas e destacou que os principais gargalos para a dificuldade de alcance das metas refere-se à déficit de RH e afastamentos legais. Para os indicadores relacionados à regulação está havendo uma melhoria no processo a fim de otimizar as filias.

Foram também apresentados os dados dos indicadores dos CAPS, onde foram destacadas as ações que estão sendo desenvolvidas, bem como os ajustes que foram feitos no período para melhoria dos processos de trabalho.

A Asplan apresentou os resultados do AGR, sinalizou que a região está em busca da formação dos gestores, buscando reflexões sobre o papel da gestão. Apresentou os resultados e ações relacionados aos indicadores da Rede Cegonha, detalhando o indicador de Sífilis e partos normais. Apresentou os resultados da RUE demonstrando as ações que estão sendo realizadas para melhoria dos dados, destacou o indicador de classificação de verdes e azuis, onde existe grande atendimento da RIDE, informou os entraves referente ao indicador do tempo de permanência nos leitos de UTI GERAL, que não foi possível atingir a meta proposta de 10 dias. Quanto aos indicadores da PCD e RAPS foi informado que é necessário recomposição de RH para melhoria dos indicadores, além da necessidade de computadores. Quanto a DCNT foi destacado que o maior entrave é a falta de carga horária de profissional médico nas especialidades de cardiologia e endocrinologia. Quanto aos indicadores do sistema de apoio e logística destaca-se as ações: pactuações com a regulação para agilidade nos agendamentos entre outras, de forma geral os indicadores desse tema estão todos superados ou satisfatórios.

Após a apresentação dos dados pela região foi aberto a discussão para as áreas técnicas:

A COAPS parabenizou pela apresentação e sugeriu que a região analisasse os dados do indicador do citopatológico no siscan, de forma a fazer o cruzamento dos dados inseridos no siscan e não no e-sus, o que pode haver uma parametrização aumentando a produtividade no e-sus. Pediu para a região reanalisar os dados do indicador 10 tendo em vista as diferenças entre unidades estarem muito grande. Em consulta extra colegiado à ASCCAN foi informado que cada região de saúde tem uma comissão de câncer e cada unidade de saúde tem um gestor master do sistema que pode liberar acessos, porém informou que não existe um relatório nesse caso é possível saber os exames solicitados pela unidade paciente por paciente.

A COASIS parabenizou a apresentação e o esforço da região quanto à melhoria dos indicadores. Destacou que o indicador de indicação de internação compulsória refere-se às demandas por esse tipo de internação, o qual sinaliza a resolutividade local. Foi destacado também que a falta de RH é espelhada nas regiões mais distantes, mas que a COASIS está sempre em busca de suprimento de RH.

Os representantes da Rede Cegonha parabenizam pelos dados, foi destacada a importância de limpeza dos dados de sífilis e discussão dos casos para evitar novos casos. Foi destacado que está havendo muita oscilação dos partos vaginais levando a região a refletir

sobre as ações que estão sendo realizadas para propiciar uma melhora nos resultados. Foi destacado que os comitês de óbito precisam ser publicados e a carga horária protegida a fim de garantir uma análise e investigação em tempo oportuno.

A representante da PCD destacou que com relação ao indicador de triagem neonatal, está havendo uma oscilação nos resultados e é importante coletar os dados pela fonte correta. Informou que tem painel com dados.

A representante da CATES parabenizou os resultados e destacou a importância de continuar utilizando as ferramentas do lean, bem como outras ações alinhadas à melhoria de processos. Foi questionado quanto ao projeto do "posso ajudar". Informou que haverá um treinamento para o NIR on-line que será disponibilizado pela EAP SUS.

A representante da RUE parabeniza pela apresentação e sinalizou que realmente pela região atender grande parte da RIDE o número de classificação verdes e azuis, mas que percebe-se que usuários do DF estão diminuindo.

A reunião foi encerrada com as palavras do Superintendente que parabenizou toda a equipe pelo trabalho desenvolvido e agradeceu a todos pelo apoio. Destacou que irá iniciar os colegiados regionais para melhor monitoramento dos indicadores.

Foi realizado, também na região, colegiado de alinhamento e monitoramento dos Indicadores do AGR 2022/2023 pela ASPLAN no dia 05 de julho de 2022 onde foi especificado que cada GPMA dos três níveis de atenção realizasse seus colegiados com suas áreas técnicas sempre com a participação dessa ASPLAN.

Foram realizados pela Atenção Primária 04 (quatro) colegiados no exercício de 2022:

- Fórum "O fortalecimento da Atenção Primária com base nos Indicadores de Gestão do AGR e Previne Brasil" no dia 19 de setembro de 2022.
- Reunião da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores de Gestão do AGR, AGL e Previne Brasil no dia 10 de outubro de 2022.
- Reunião do Grupo de Trabalho do Previne Brasil no dia 24 de outubro de 2022.
- Reunião Ampliada dos Indicadores do AGR, AGL e Previne Brasil, no dia 07 de novembro de 2022.

Foram realizados pela Atenção Secundária 02 (dois) colegiados no exercício de 2022:

- Pautas: AGL/AGR - INDICADORES - PLANOS DE AÇÕES - POPS - CRONOGRAMA DE COLEGIADOS - PLANILHAS COMPARTILHADAS.

Data: 15/09/2022

Horário: 14:30 às 15:30h

Local: Sala GPMA

Presentes:

Diego Fernandes - Superintendente Região Sul

Adma C. dos Santos Migliavacca - ASPLAN

Ângela Maria Alves de Sousa - Representante DIRASE

Anamar Pereira de Jesus Bites - Substituta-GPMA

Luis Henrique - chefe do NCAIS

Marisa O. Silva Lima - GERSU

Lucilene Conceição da Costa - Gerente Policlínica (GSAS1)

Raquel Fernandes Carmo - Supervisora Policlínica (GSAS1)

Flavia Lara Rodrigues Lopes - RT-Odontologia

Apresentação conforme pautas:

AGL/AGR:

Apresentação do conceito de AGR/AGL;

- Explanação da série histórica;

Dinâmica de formação dos acordos;

Importância para a região.

INDICADORES:

- Construção dos indicadores;

- Usados como ferramenta para identificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões do gestor;

- Através deles é possível identificar áreas de risco e evidenciar tendências.

PLANOS DE AÇÕES:

- Importante ferramenta, que auxilia, favorecendo a identificação e a reestruturação dos processos, no alcance das metas dos indicadores.

POPS:

- Explanação da utilidade dos POPS.

Discussões conforme pauta:

- Superintendente, reforçou a importância dos colegiados e a função da GPMA como mediadora;

- Asplan, falou sobre os prazos, como funciona os indicadores e fluxo a ser atendido pela região para não perder os pontos.

- RT-Odontologia, falou sobre as dificuldades que enfrenta para atingir as metas (Falta de materiais específicos, dificuldades em suprir os materiais junto a farmácia hospitalar e falta de

equipamentos (cadeiras odontológicas e canetas de alta rotação).

- GPMA, explicou sobre a dinâmica da Análise crítica dos resultados do indicador, que deve obrigatoriamente contemplar a análise dos dados e as ações que foram feitas ou que serão feitas, a fim de espelhar que está havendo gestão e olhar para o indicador.

Decisões acordadas:

- Superintendente afirmou o apoio aos setores e disse que todas as demandas levantadas seriam vistas uma a uma, e com um olhar mais próximo;

- Acordado que as reuniões de colegiados seriam mensais, na segunda semana do mês às quintas-feiras;

- Seriam enviados pela GPMA os indicadores do AGL e AGR, com os cadernos de orientações e POPS, a ser respondido com os dados de numerador e denominador e as devidas justificativas.

- Memória reunião GPMA/DIRASE/GERENTE POLICLÍNICA/SUPERVISOR POLICLÍNICA/GERSU/CAPS – AD/NCAIS/NGC

Data: 22/12/2022

Horário: 8:30h

Local: Sala NGC

Pautas: AGL/AGR - INDICADORES - PLANILHAS COMPARTILHADAS – ANÁLISE DOS INDICADORES.

Presentes:

Anamar Pereira de Jesus Bites – Chefe do NGC

Giciane Rocha – Analista em Gestão (NCAIS)

Luis Henrique _ Chefe do NCAIS

Maria Nivonete O. da Silva – Analista em Gestão (NCAIS)

Raquel Fernandes Carmo – Gerente Substituta Policlínica (GSAS1)

Raquel Fernandes Carmo _ Supervisora Policlínica (GSAS1)

Ronaldo Eduardo Cabral – Gerente Substituto CAPS – AD

Valéria Abadia da Silva – Gerente (GPMA)

Apresentação conforme pautas:

AGL/AGR:

- Importância dos Indicadores para Região;

- Justificativas, analisar se o indicador aumentou ou diminuiu ou se manteve-se estável em relação ao pactuado. A análise deve ser embasada em critérios técnicos, com informações relevantes.

Discussões conforme pauta:

- GPMA, apresentação formal para as equipes. Explicou sobre a dinâmica da Análise crítica dos resultados do indicador, que deve obrigatoriamente contemplar a análise dos dados e as ações que foram feitas ou que serão feitas, a fim de espelhar que está havendo gestão e olhar para o indicador. Reforçou a importância das reuniões mensais.

- Gerente Substituta Policlínica (GSAS1)/ Supervisora Policlínica (GSAS1), falou que está colocando em prática o que foi acordado na última reunião de colegiado.

Gerente Substituto CAPS – AD, relatou a dificuldade dos lançamentos da RAAS, devido à falta do profissional administrativo no quadro do CAPS.

Decisões acordadas:

- Ficou acordado que as reuniões de colegiados continuariam mensalmente.

- A GPMA está à disposição dos setores para em conjunto fazer uma gestão de resultados.

Foram realizados pela Hospitalar 03 (três) colegiados no exercício de 2022:

DIA e HORÁRIO: 19/09/2022 às 9:30h

LOCAL: Gabinete da Diretoria Hospitalar

ASSUNTO: Colegiado de Indicadores- AGR

Convidados: Superintendente, ASPLAN, chefe do NFH, GPMA

Ata : A presente reunião refere-se ao colegiado de indicadores. Esta iniciou às 9:50h do dia 19 de setembro de 2022. Sendo explanado a princípio o Programa de Gestão Regional da Saúde (decreto nº 37515, 26/07/2016), bem como o Acordo de Gestão Regional (AGR). Sendo o AGR composto por indicadores designados pelas áreas técnicas da SES. Foram informadas orientações sobre o preenchimento e acompanhamento dos indicadores, bem como as responsabilidades e competências da GPMA e ASPLAN no devido processo. Foi explicado o correto preenchimento para cada indicador de acordo com a descrição das atividades. É mostrado como fazer o plano de ação (objetivo, ação, justificativa, atividades, responsáveis, parceiros, local, início e fim). Foi mostrado o fluxo de coleta e registro de dados informando prazos para envio dos indicadores para GPMA, preenchimento em planilha compartilhada e devidas notificações caso não ocorra o processo corretamente. Foram abordados os critérios monitorados quanto a operacionalização dos acordos e suas devidas pontuações. Após explanação dos conteúdos descritos houve um debate acerca dos assuntos abordados, tendo os gestores presentes relatado as rotinas constantes no hospital (HRG). A reunião foi presidida pela GPMA, Daniela dos Anjos Minduri,

tendo a participação da DHRG, SRSSU e gestores da GACL, GEMERG, GAMAD, GENF, GP, GIR, GACIR, NHEP, NFH e ASPLAN. Fecho a presente ata às 10:46h do dia 19 de setembro de 2022.

Dia: 21/10/2022

Local: Gabinete da Diretoria do Hospital Regional do Gama

Horário: 13h

Pauta: Indicador -42: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho e estabelecer fluxos de atendimentos para todos os níveis de atenção.

Convidados: GPMA's e diretoras da DIRASE e DIRAPS, ASPLAN

Ata: Às 13h:20 do dia 21 de outubro de 2022, estiveram presentes da sala de reuniões da Diretoria Hospitalar do Gama, as(os) Gerente de Planejamento, Monitoramento e Avaliação dos níveis Hospitalar, Primário e Secundário, o Gerente de Pessoas, a Gerente Interna de Regulação e o Diretor Hospitalar, para tratar do indicador - 42: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho. Iniciada a reunião, a GPMA/HRG apresentou o indicador e na sequência, o GP/SRSSU informou o histórico de discussões acerca do presente, bem como informou os processos de trabalho definidos, em reuniões anteriores, para cada parte envolvida. A discussão central se deu para a definição do fluxo dessas notificações e da forma de atendimento de pacientes ou servidores com tal demanda. Com a palavra, o Diretor Hospitalar asseverou que o fluxo de atendimento dar-se-á de forma regular, solicitando que fique a encargo do NQSP/HRG em conjunto com a NSHMT-GAMA a elaboração de fluxo para atendimento dos servidores da Região Sul acidentados e um fluxo para a população na mesma situação. Ademais, solicitou que seja viabilizado junto ao CEREST-SUL, treinamento sobre os agravos relacionados ao trabalho para as equipes do NUREM/HRG e da classificação de risco. Resultando nos seguintes encaminhamentos: 1 - GPMA/HRG entrará em contato com o CEREST-SUL para tratativas sobre o treinamento das equipes; 2 - DHRG entrará em contato com a UPA-GAMA para verificar a possibilidade de eventuais atendimentos de pacientes dessa natureza naquela unidade; 3 - Alinhamento entre NQSP e NSHMT-Gama para apresentação dos fluxos no prazo de 15 (quinze) dias. Nada mais a ser tratado, encerrou-se a reunião às 14:20.

Dia: 15/12/2022

Local: Gabinete da Diretoria do Hospital Regional do Gama

Horário: 09h30

Pauta: Indicadores AGR

Colegiado 2022 - Indicadores AGR

Horário de início: 10h

Horário de 11:07h

Presidida por: Daniela Minduri GPMA/HRG

Participantes: UTPN, NCAIS/HRG, GAMAD, NHEP, NQSP, NFC, GP, GACIR, GACL, GEMERG.

Apresentação:

Descrição das atividades:

- Indicador: Aumentou/ diminuiu / por quê (causa); Plano de ação; Prazos.
- Justificativas (plano de ação) - diferenciadas cada mês.

Critérios de monitoramento:

- Indicadores (%) por mês/ meta.

Explicações dos responsáveis:

- Triagem auditiva: falta de servidor, aparelho obsoleto, atendimento de pacientes de outras regiões;
- Absenteísmo: Consulta ambulatorial (existem ambulatórios não regulados, agendas erradas e falta de comunicação.
- Paciente dia acompanhado pelo NFC: precisa de servidor para alcançar a meta de 15%, média atual 7%.
- MAC: qualidade no faturamento (AIH)/ procedimentos.
- Gestão de custos: dificuldade de receber as notas fiscais/dados/produção dos centros de custos.
- Notificações por acidente de trabalho/ agravos: melhoria na área hospitalar (%), sugestão da vigilância de enviar o dado (dados com divergência precisam ser analisados), Tabwin/Sinan.

Agradecimentos

A região de Saúde Sul, mesmo dentro das suas limitações, especialmente de recursos humanos dentro dos três níveis de atenção (Primária, Secundária e Hospitalar) que vem gerando intensa sobrecarga de trabalho nos servidores e alto número de afastamentos relacionados à saúde mental, alcançou resultados parcialmente satisfatórios. Todavia, percebemos muitos avanços em todas as áreas e indicadores porém, ainda há espaço para implementar ações para atingir melhores resultados.

Ressalta-se que grandes parcelas das ações propostas dependem de uma atuação mais incisiva da alta gestão da SES pois ultrapassam as competências das Diretorias e Superintendência, como a aquisição de equipamentos de alto e baixo custo (ex.: insumos cirúrgicos ortopédicos – parafusos, placas, órteses e próteses), contratação de recursos humanos para cumprir o dimensionamento preconizado, otimização dos fluxos entre Instituições da SES, IGES e rede conveniada, modernização da infraestrutura das unidades de saúde e ampliação da cobertura da APS na RIDE, bem como de serviços de urgência e emergência fazem com que os moradores dessas regiões procurem atendimento no DF, sendo as unidades HRG e HRSM sobrecarregadas sem que haja contrapartida para as mesmas, inclusive do ponto de vista de desospitalização. Ressalta-se que na série histórica, aproximadamente 65-70% dos partos realizados no HRG são de mulheres procedentes da RIDE.

Temos muito que agradecer 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.

Agradecemos a todas as equipes de agentes de planejamento da Região de Saúde Sul, que se dedicam diuturnamente para consolidar e avaliar os resultados de saúde produzidos em cada nível de atenção.

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

Podemos concluir que as ações realizadas no ano de 2022, atenderam aos parâmetros e esperamos alcançar os objetivos traçados a médio e longo prazo a fim de atingirmos a tão esperada excelência.

“Definir um objetivo é o ponto de partida de toda a realização”

(W. Clement Stone)

Gestores Atuais

Superintendente - Willy Pereira da Silva Filho

Asplan - Adma Coelho dos Santos Migliavacca

Diretor Administrativo - Diego Fernandes da Silva

Diretor da Atenção Secundária - Halina Carvalho Alves

Diretor da Atenção Primária - Regiane Costa Martins dos Reis

GPMA hospitalar - Daniela dos Anjos Minduri

GPMA Primária - Willian Barbosa de Araújo

GPMA Secundária - Adilene Ribeiro Nunes Silva