



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
REGIÃO DE SAÚDE CENTRO-SUL - SRSCS

RELATÓRIO
ANALÍTICO-DESCRITIVO
AGR
REGIÃO CENTRO-SUL
2021

Sumário

INTRODUÇÃO	<u>3</u>
INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS	<u>5</u>
QUADRO RESUMIDO:	<u>7</u>
ANÁLISE POR INDICADOR.....	<u>8</u>
ANÁLISE DA METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DO AGR.....	<u>44</u>
CONCLUSÃO.....	<u>45</u>
GESTORES ATUAIS	<u>46</u>
ANEXO 1	<u>47</u>

INTRODUÇÃO

Desde a assinatura dos acordos de gestão regional (AGR) e local (AGL) em 2017 diversas estabelecimentos e profissionais de todas as áreas da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) estão compactuados a acompanhar, monitorar e avaliar os resultados desta contratualização. O fim é um só que se resume no acompanhamento de indicadores com o intuito de uma melhor gestão das políticas públicas, no aperfeiçoamento dos processos de trabalho e no atendimento de qualidade àqueles que se utilizam do SUS - Sistema Único de Saúde, especificamente no âmbito do Distrito Federal.

A proposição destas metas estabelece o norte destes acordos e indica o caminho a seguir aos três níveis de atenção ora vigentes. Alguns indicadores possuem, por enquanto, status de monitoramento. Outros já compõe uma linha de base decisória para futuro planejamento, financiamento, orçamento e gestão de custos da saúde distrital. Tais dados são essenciais para uma gestão transparente, eficiente, bem como para a consolidação de processos eficazes.

Quanto ao acordo AGR, especificamente na Região Centro Sul do Distrito Federal, composta pelas regiões administrativas do Guará, Núcleo Bandeirante, Estrutural/ SCIA (Setor Complementar de Indústria e Abastecimento), Riacho Fundo I e II, Park Way, Candangolândia e SIA (Setor de Indústrias) os desafios são distintos e divergem entre si, haja vista, a população seja diversificada ao longo da região e necessite de ações adequadas, direcionadas específicas àqueles usuários.

Assim, a gestão dos resultados destes indicadores da Região Centro Sul, monitorados e avaliados pela Gerência de Contratualização Regionalizada, órgão vinculado à Administração Central da Secretaria de Saúde, tem fomentado planos de ações, oficinas de capacitação, intervenções e discussões acerca de como melhor investir os recursos humanos e financeiros a fim de alcançar melhores resultados na prestação de serviços de saúde à população do DF.

Na análise destes indicadores é feita uma classificação em redes temáticas conforme preconizada por meio do Ministério da Saúde pela Rede de Atenção à Saúde:

- **Rede cegonha** - visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. (Fonte: aps.saude.gov.br/ape/cegonha);
- **RUE - Rede de atenção às urgências e emergências** - tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de

urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. (Fonte: <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredeemergencia>);

- **PCD - Rede de atenção à pessoa com deficiência** – tem como objetivos: Ampliar o acesso e qualificar atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias. Ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada. Desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta. (Fonte: <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasrededeficiencia>);
- **Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica (DCNT - doenças crônicas não transmissíveis)** – Conforme Portaria nº 483 de abril de 2014 esta rede têm como objetivos realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. (Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html);
- **Sistemas de apoio e logística** - Sistemas de Apoio: São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde. Já os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical. (Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CAPITULO1 - PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 / Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.);
- **RAPS - Rede de Atenção Psicossocial** – São objetivos gerais da RAPS ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias

aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (Fonte: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º, I, II e III).

Desta forma, com fulcro nos princípios da Carta Magna e do ordenamento jurídico vigente, este acordo, por meio da racionalização de recursos mediante sua regionalização; da descentralização de ações gestoras com vistas a reorganização e a instrumentalização de processos com metas pré-definidas a serem cumpridas, e da hierarquização da rede de saúde integrada, ratificam as diretrizes do SUS, do Plano Distrital de Saúde (PDS) e do Programa de Gestão Regional da Saúde, corroborando com o compromisso e a garantia constitucional de que a saúde é direito de todos.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

REGIÃO CENTRO-SUL					
ITÉM	TEMA	INDICADOR	META	RESULTADO	STATUS
1	REDE CEGONHA	Coefficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	5,78	4,53	Superado
2	REDE CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	100%	90%	Satisfatório
3	REDE CEGONHA	Proporção de óbitos maternos investigados	80%	80%	Satisfatório
4	REDE CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	85%	84%	Satisfatório
5	REDE CEGONHA	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade.	100%	0%	Crítico
6	REDE CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) - HRGU	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
7	RUE	Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas	20%	33%	Razoável
8	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	6%	7%	Satisfatório
9	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	9%	7%	Superado
10	RUE	Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas - HRGU	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
11	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Geral - HRGU	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
12	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica - HRGU	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
13	RUE	Média de Permanência Geral - HRGU	5	8,9	Crítico
14	RUE	Média de permanência em leitos de clínica médica	Monitoramento	18,8	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	81%	Monitoramento
17	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais	Monitoramento	73%	Monitoramento
18	RUE	Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite)	Monitoramento	82%	Monitoramento
19	RUE	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa	Monitoramento	5,53	Monitoramento
20	RUE	Taxa de Prevalência de Notificação de Violência	Monitoramento	17,33	Monitoramento
21	RUE	Taxa de mortalidade por acidentes	Monitoramento	0,11	Monitoramento
22	PCD E POPULAÇÃO VULNERÁVEL	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
23	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS II RIACHO FUNDO	250	603	Superado
23.1	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS AD GUARÁ	250	1.148	Superado
24	PSICOSSOCIAL	Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica	100%	79%	Satisfatório
25	DCNT	Percentual de consultas de cardiologia	25%	15%	Razoável
26	DCNT	Percentual de consultas de endocrinologia	25%	12%	Parcial
27	DCNT	Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis	Monitoramento	7%	Monitoramento
28	DCNT	Taxa de internações relacionadas a Diabetes Mellitus e suas complicações	Monitoramento	0,31	Monitoramento

29	DCNT	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações na faixa etária de 18 anos a mais.	Monitoramento	0,16	Monitoramento
30	DCNT	Razão de mamografia de rastreamento na população alvo	SOBRESTADO	SOBRESTADO	SOBRESTADO
31	DCNT	Percentual de admissão no SAD no período	10%	7%	Razoável
32	DCNT	Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD	10%	3%	Parcial
33	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região.	100%	100%	Satisfatório
34	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
35	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de Fechamento de Chave	70%	94%	Superado
36	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária	30%	29%	Superado
37	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	90%	72%	Satisfatório
38	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada	Monitoramento	50,9%	Monitoramento
39	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente	Monitoramento	54	Monitoramento
40	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Porcentagem de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	Monitoramento	100%	Monitoramento
41	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF	Monitoramento	42%	Monitoramento
42	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%	-5%	Crítico
43	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de desempenho da gestão de custos	100%	100%	Satisfatório
44	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Taxa de absenteísmo	Monitoramento	12,5%	Monitoramento

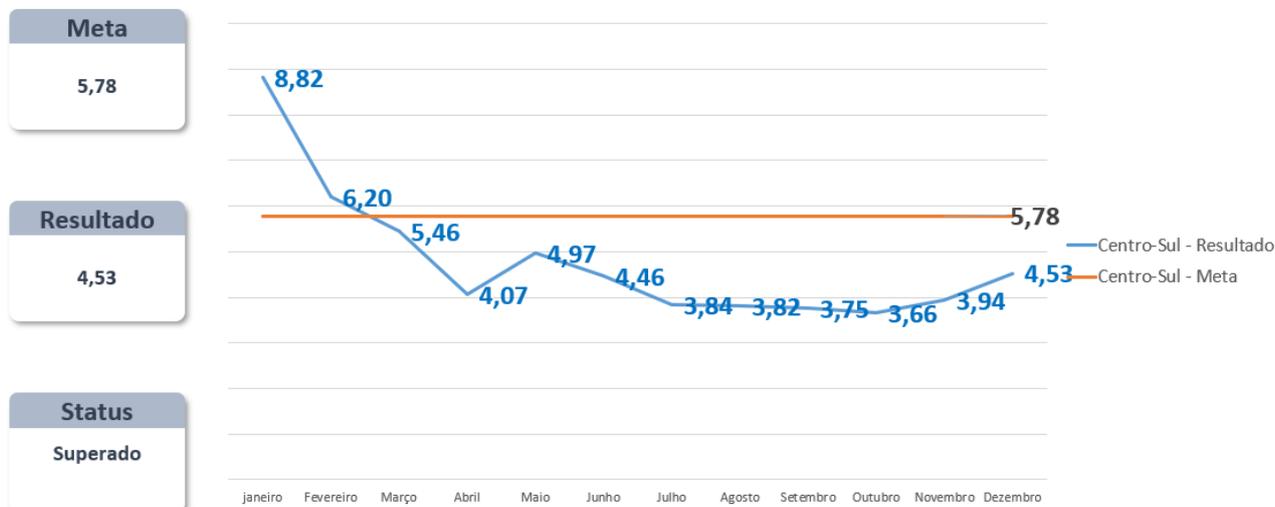
Quadro resumido:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
Superado	Superado - Acima de 100% da meta	5	23,8%
Satisfatório	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	8	38,1%
Razoável	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	3	14,3%
Parcial	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	2	9,5
Crítico	Crítico - Abaixo de 25% da meta	3	14,3%
TOTAL			100%

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

ANÁLISE POR INDICADOR

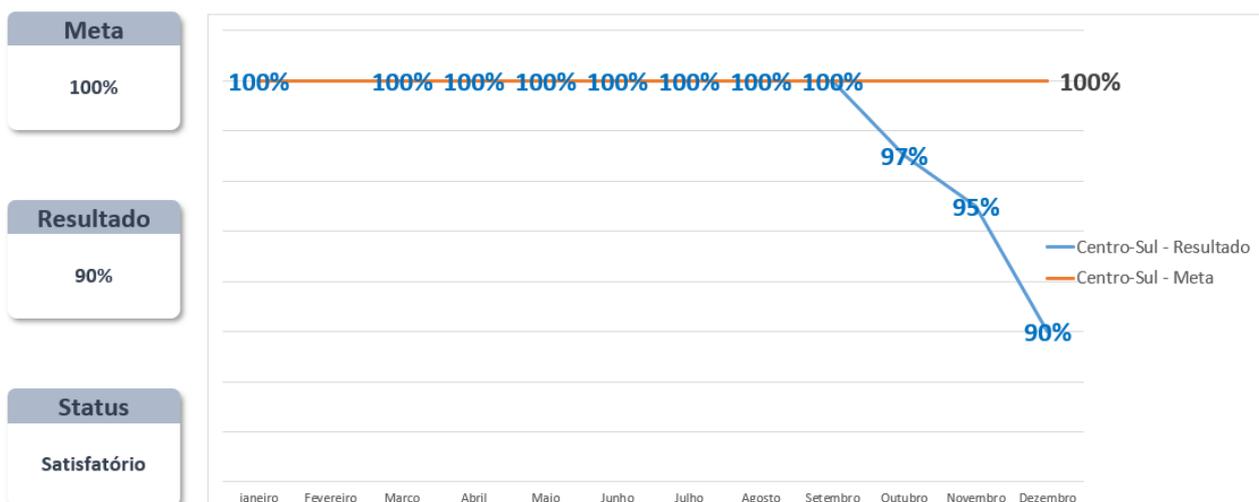
Indicador 1 - Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade



Análise dos resultados:

Meta alcançada. Do total de casos da região, houve 6 casos de sífilis congênita na Estrutural, 5 casos no Guará, 2 casos no Núcleo Bandeirante, 4 casos no Riacho Fundo I e 3 casos no Riacho Fundo II, o que possibilitou o mapeamento das áreas de maior vulnerabilidade. Em 2022, a Região está se articulando para ampliar e qualificar as discussões técnicas com as equipes da APS (Atenção Primária à Saúde) para redução dos casos de sífilis congênita nas regiões a fim de fortalecer a qualidade e efetividade do pré-natal, considerando os diferentes perfis das áreas que compõem a Região Centro-sul.

Indicador 2 - Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano



*Fevereiro sem óbitos

Análise dos resultados:

Resultado satisfatório. Em 2021 o comitê de investigação de óbitos teve dificuldades na realização de discussões técnicas com as equipes de ESF (Equipe de Saúde da Família) para devolutivas e esclarecimentos em decorrência da incipiência de carga horária dos membros do comitê, e dos desdobramentos da pandemia. Em 2022, a devolutiva dos casos investigados será oficializada via SEI (Sistema eletrônico de Informações) e será planejado e implementado cronograma de reuniões para discussão dos casos com o intuito de dar andamento já com a devida carga horária reestabelecida.

Indicador 3 - Proporção de óbitos maternos investigados

Meta

80%

Resultado

80%

Status

Satisfatório

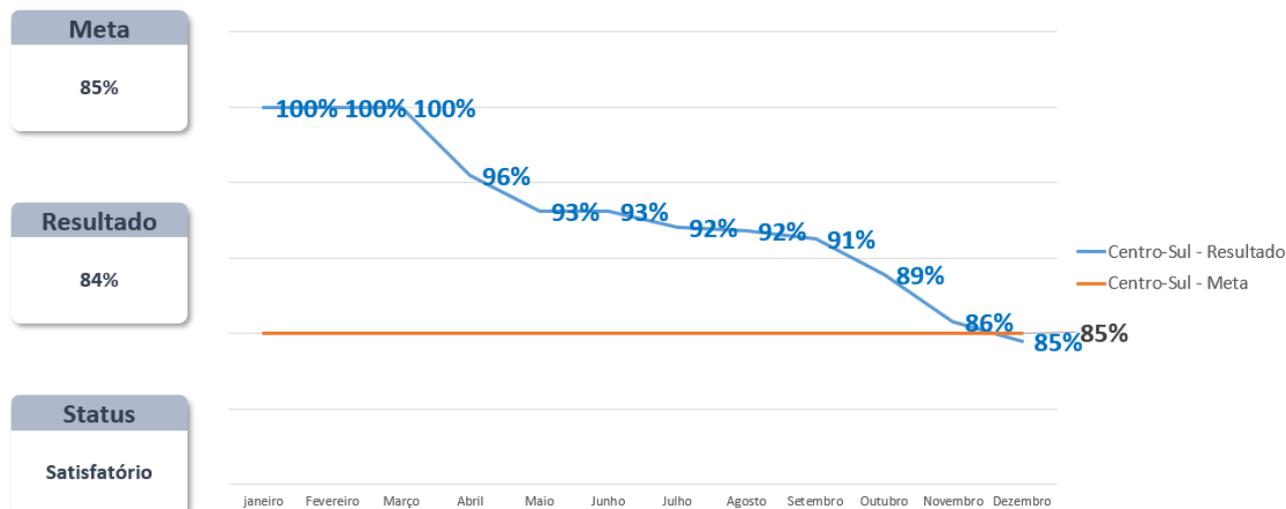


**Não teve óbitos entre fevereiro a maio, julho a setembro e em novembro.*

Análise dos resultados:

Resultado satisfatório. Em 2021 o comitê de investigação de óbitos teve dificuldades na realização de discussões técnicas com as equipes de ESF para devolutivas e esclarecimentos em decorrência da incipiência de carga horária dos membros do comitê, e dos desdobramentos da pandemia. Em 2022, a devolutiva dos casos investigados será oficializada via SEI e será planejado e implementado cronograma de reuniões para discussão dos casos com o intuito de dar andamento já com a devida carga horária reestabelecida.

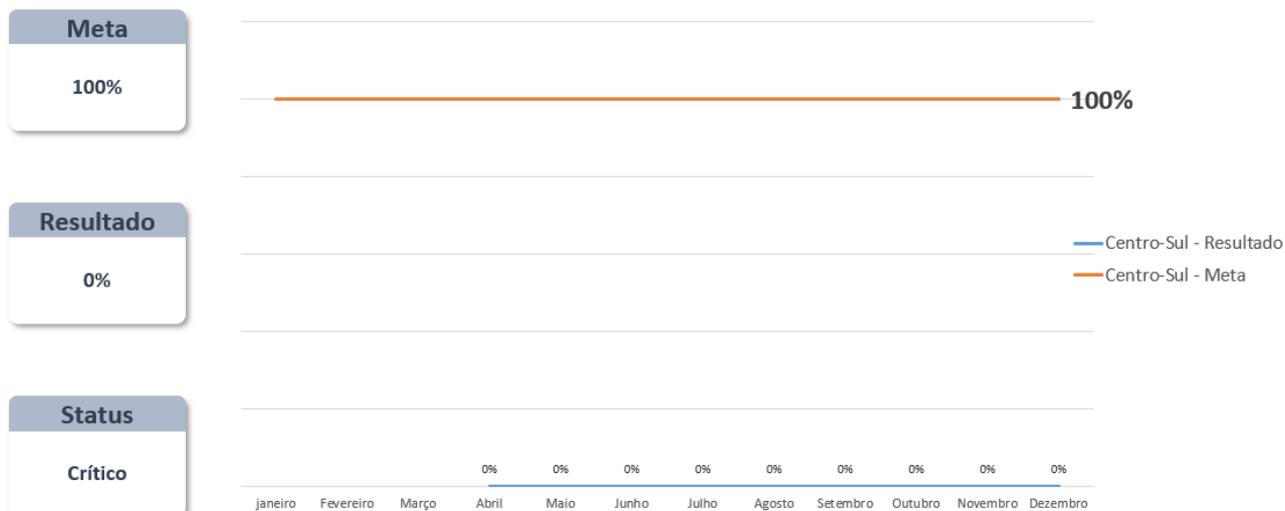
Indicador 4 - Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados



Análise dos resultados:

Resultado satisfatório. Em 2021 o comitê de investigação de óbitos teve dificuldades na realização de discussões técnicas com as equipes de ESF para devolutivas e esclarecimentos em decorrência da incipiência de carga horária dos membros do comitê, e dos desdobramentos da pandemia. Em 2022, a devolutiva dos casos investigados será oficializada via SEI e será planejado e implementado cronograma de reuniões para discussão dos casos com o intuito de dar andamento já com a devida carga horária reestabelecida.

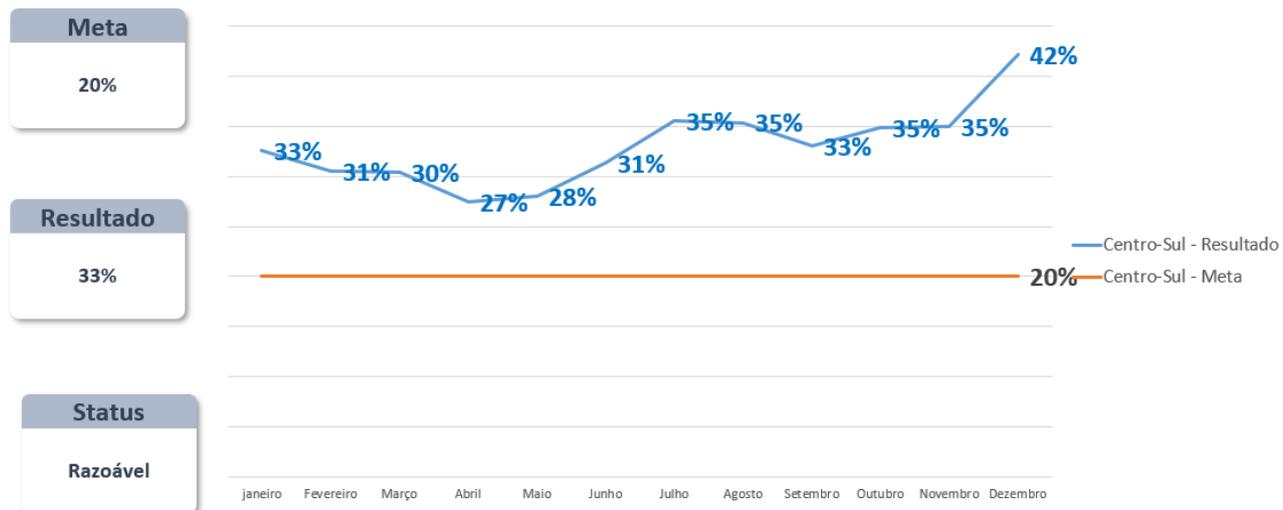
Indicador 5 - Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade



Análise dos resultados:

Baixa cobertura vacinal em todas as Regiões da Centro Sul. Em abril e maio de 2021. Estrutural e Riacho Fundo II alcançaram a meta para algumas vacinas. Foram aplicadas 14.345 vacinas, sendo que 27% Tríplice Viral, 24% Pneumo, 23% Pólio e 23% Penta. As regiões administrativas da Candangolândia e Estrutural, no acumulado do ano, tiveram a melhor cobertura vacinal no comparativo com as demais regiões, mantendo-se acima de 88% em todos os imunizantes. Destaque para Tríplice V. que esteve acima da meta no cumulativo do ano de 2021 nas regiões administrativas de Candangolândia (108%) e Estrutural (95%). Ademais, como plano de ação, em 2021 houve um treinamento com os profissionais que atuavam nas salas de vacina. E em 2022, planeja-se dar continuidade nas capacitações, principalmente com a inserção correta dos dados e a busca ativa da população.

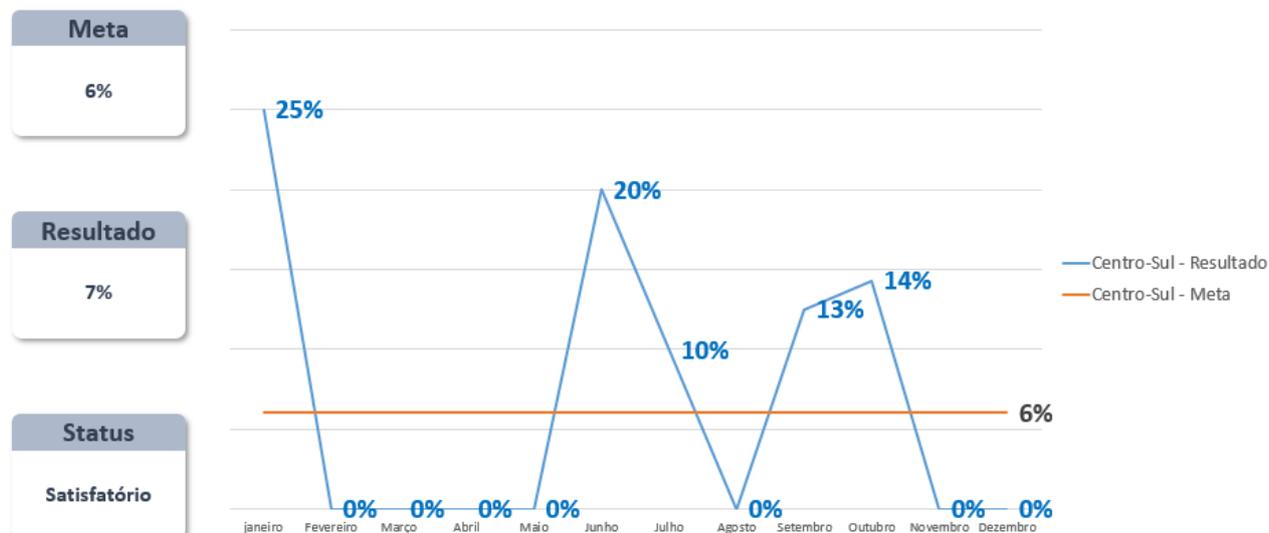
Indicador 7- Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas



Análise dos resultados:

Resultado obtido como razoável. Isto demonstra que a população ainda procura a porta das UBS (Unidade Básica de Saúde) para atendimento com classificação verde e azul, entretanto, em média 32%, destes usuários pertencem a outras regiões, exigindo maior divulgação para a comunidade buscarem as unidades básicas para tais atendimentos por meio da carta de serviços de cada unidade da região.

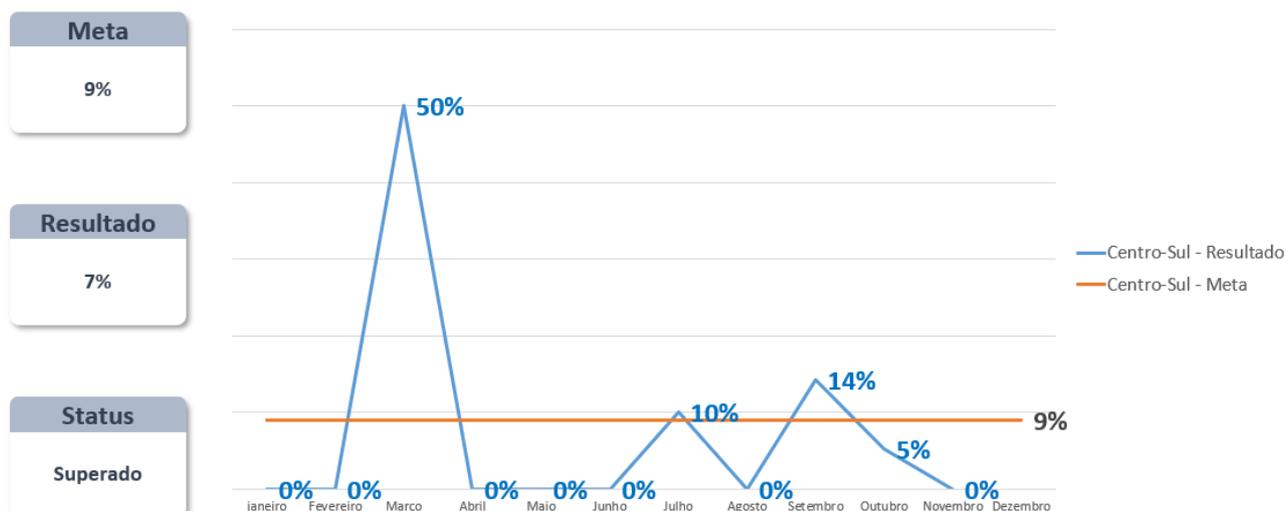
Indicador 8 - Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)



Análise dos resultados:

Apesar de apresentar um resultado satisfatório o Hospital Regional do Guará tem um número de internações por IAM pouco expressivo, o que compromete o resultado final. Assim, nos casos de evolução para uma situação mais grave os pacientes são regulados para unidades especializadas resultando numa distorção dos valores referentes aos reais óbitos ocorridos naquela unidade de saúde.

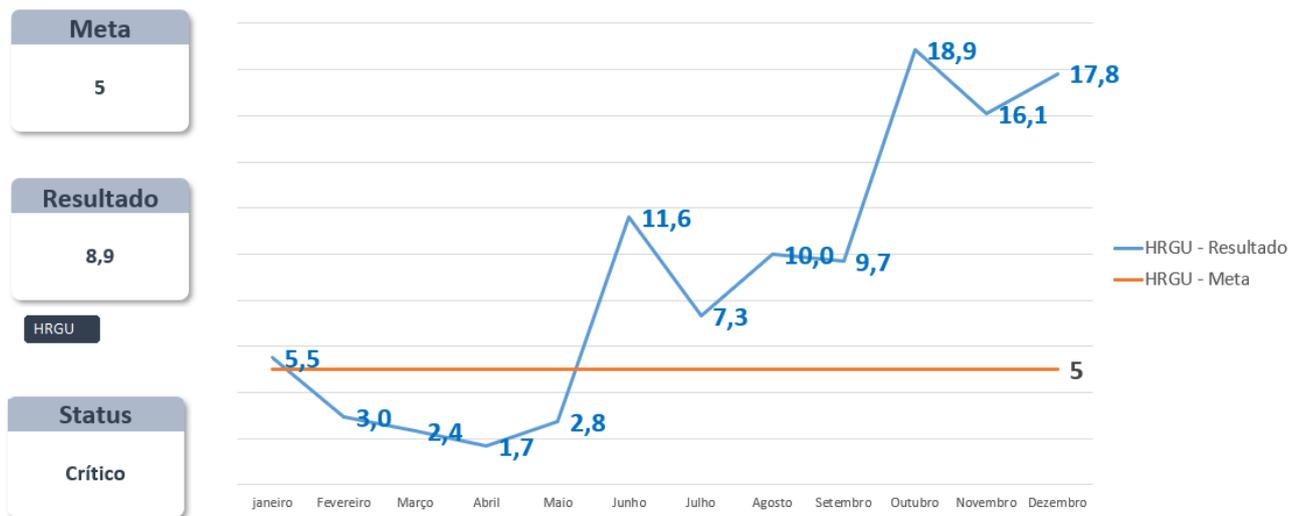
Indicador 9- Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)



Análise dos resultados:

Apesar de apresentar um resultado satisfatório o Hospital Regional do Guará tem um número de internações por AVE pouco expressivo, o que compromete o resultado final. Assim, nos casos de evolução para uma situação mais grave os pacientes são regulados para unidades especializadas resultando numa distorção dos valores referentes aos reais óbitos ocorridos naquela unidade de saúde.

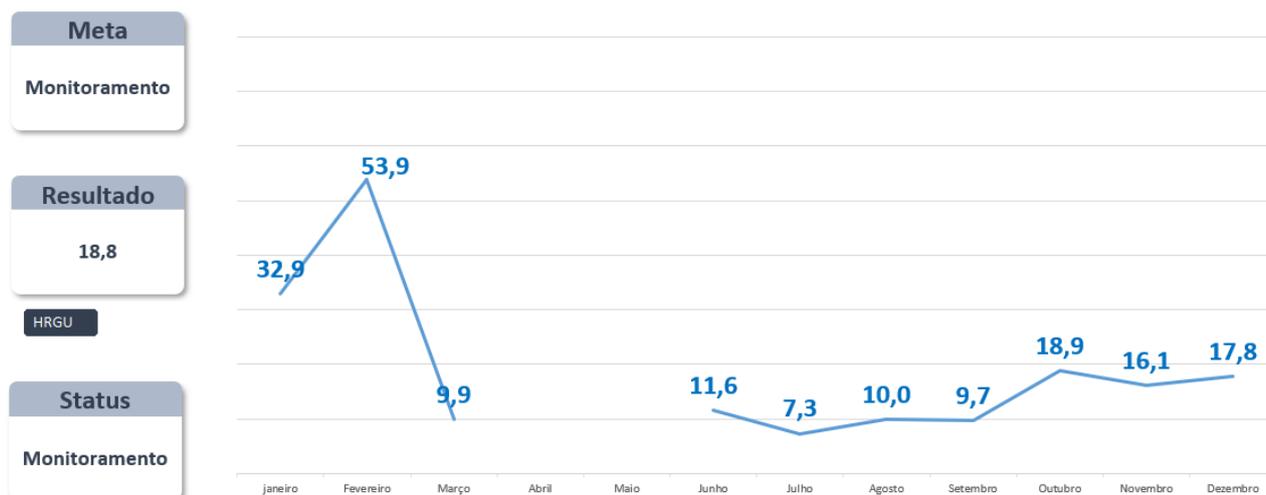
Indicador 13 - Média de Permanência Geral



Análise dos resultados:

Considerando a grande diferença entre o número de leitos no HRGu (Hospital Regional do Guará) comparado à quantidade de pacientes com comorbidades de longa permanência, e que não fazem parte de um pacote de tratamento com data específica de conclusão, tais como internacoes sociais, pacientes em espera de cirurgias e ou com idade avançada, a rotao de leitos se torna muito lenta, na medida que esta situao perdura. Fato que leva a um ou mais leitos ficarem travados acarretando no não atingimento da meta definida para a unidade.

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

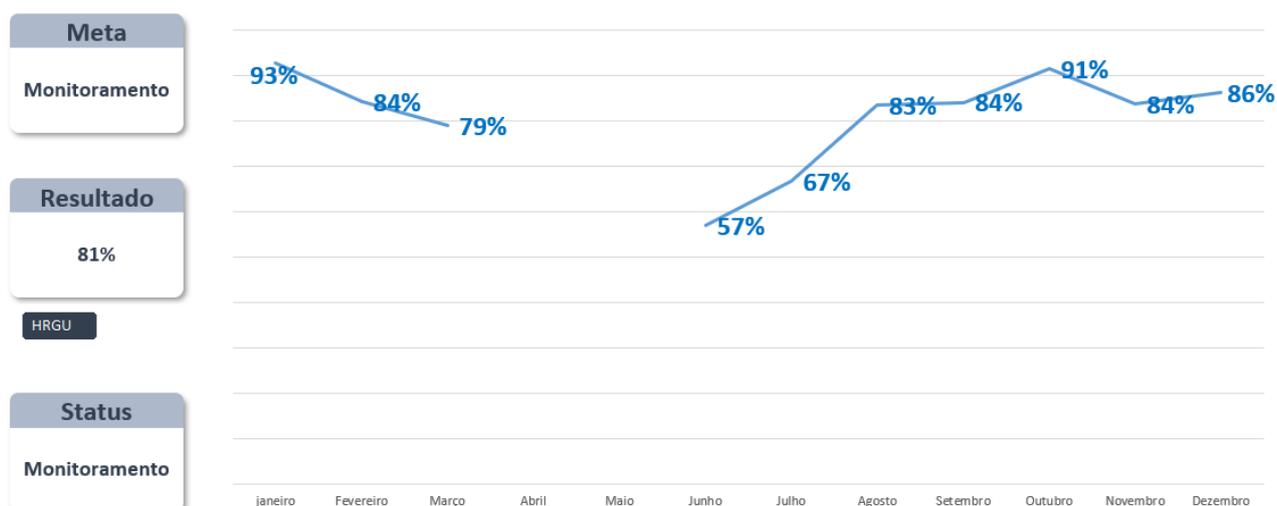


* Maio e abril leitos de internação em Clínica Médica convertidos em leitos de internação COVID-19.

Análise dos resultados:

No ano de 2021 houve o monitoramento deste indicador e tal como percebido no item 13, indica uma dificuldade de girar os leitos devido ao perfil dos pacientes que são internados com comorbidades de longa internação e ou sem tratamento com datas mais específicas para alta médica.

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

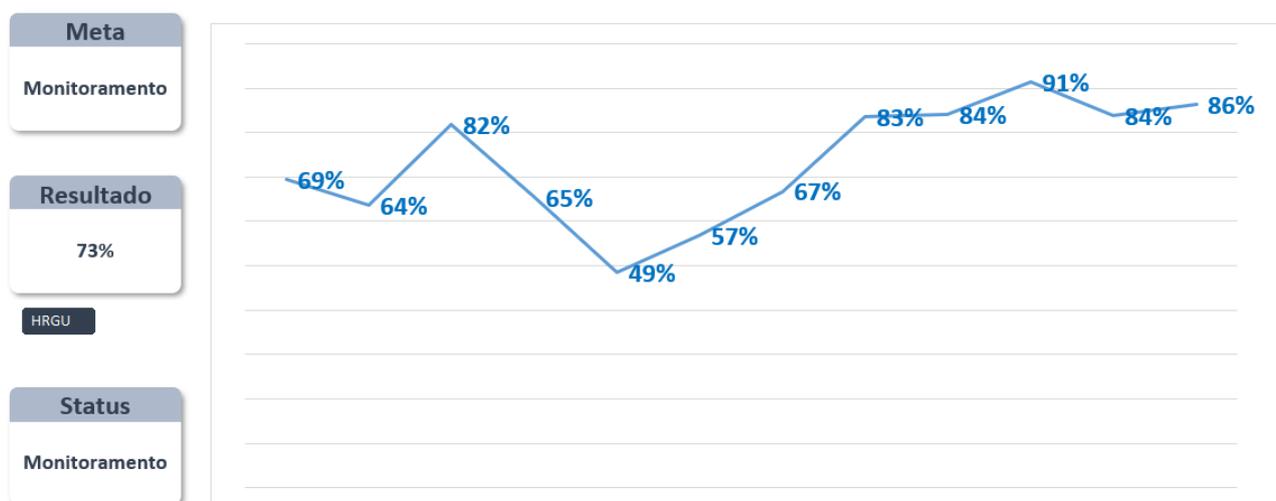


* Maio e abril leitos de internação em Clínica Médica convertidos em leitos de internação COVID-19.

Análise dos resultados:

Devido a um ano atípico causado pela pandemia, ocorreram variações significativas no fluxo de pacientes. Em dados momentos em que houve baixa nos casos de COVID 19 houve também uma baixa taxa de internação pelo temos da população em procurar as unidades de saúde. Ademais, o funcionamento dos hospitais de campanha também foi responsável pela regulação de pacientes internados, o que causou um giro de leito distorcido em determinados períodos.

Indicador 17- Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais



Análise dos resultados:

Devido a um ano atípico causado pela pandemia, ocorreram variações significativas no fluxo de pacientes. Em dados momentos em que houve baixa nos casos de COVID 19 houve também uma baixa taxa de internação pelo temos da população em procurar as unidades de saúde. Ademais, o funcionamento dos hospitais de campanha também foi responsável pela regulação de pacientes internados, o que causou um giro de leito distorcido em determinados períodos.

Indicador 18- Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite)

Meta

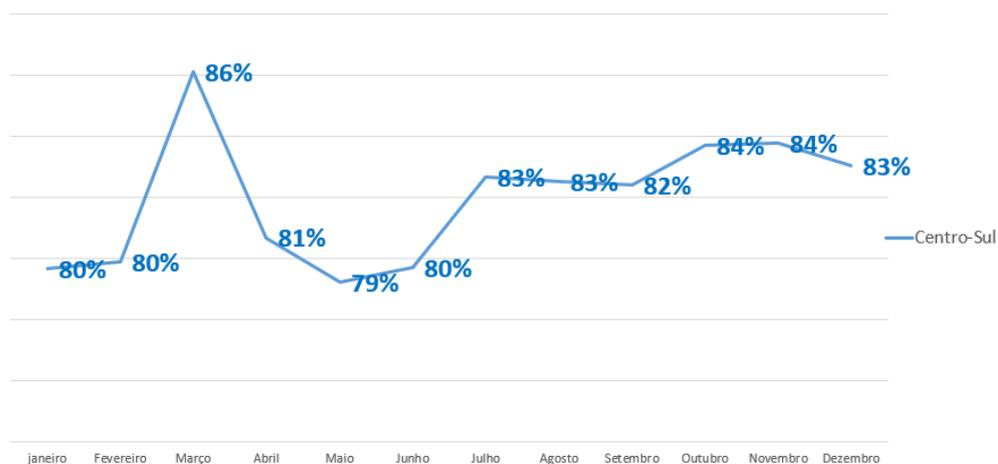
Monitoramento

Resultado

82%

Status

Monitoramento



Análise dos resultados:

O HRGu não possui atendimento de classificação de 24 horas devido a falta de mão de obra. Entretanto, o percentual de GAE (guia de atendimento de emergência) não classificadas significou 18,15% do total, mas correspondeu a uma taxa de atendimento 61,66%. Dado este bem maior que nos caso dos classificados, atingiu 48,41%.

Indicador 19- Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa

Meta
Monitoramento

Resultado
5,53

Status
Monitoramento



Análise dos resultados:

A equipe da GEMERG (Gerência de Emergência) empreendeu esforços para reduzir o tempo de retenção de maca, entretanto, em períodos de maior demanda, em virtude da capacidade instalada no Hospital Regional do Guará, não foi possível reduzir o tempo de retenção, haja vista os leitos estavam quase sempre ocupados, principalmente durante os picos pandêmicos.

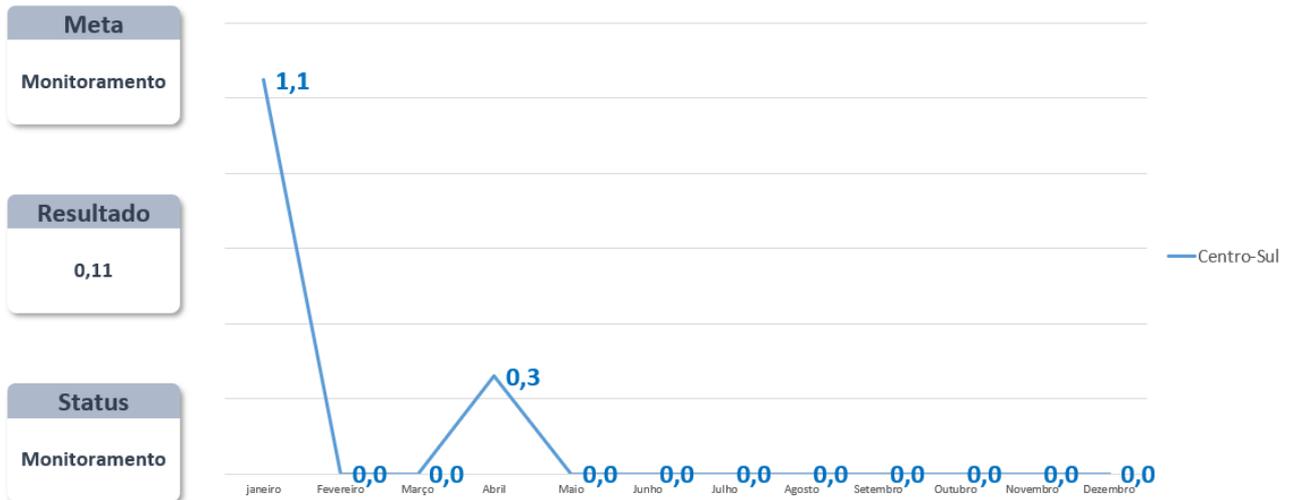
Indicador 20- Taxa de Prevalência de Notificação de Violência



Análise dos resultados:

Desde 2020, o NUPAV (Núcleo de Prevenção e Assistência a Situações de Violência) tem trabalhado em visitas às unidades de saúde, salientando a importância de notificar os casos para seu acompanhamento e intervenções pertinentes. Considerando o total de notificações, houve aumento considerável de 2020 para 2021, passando de 417 para 682 notificações nos referidos períodos. Os resultados reforçam a necessidade de composição adequada das equipes, tendo em vista a demanda crescente. Os números podem ser ainda maiores naquele período por conta do isolamento social.

Indicador 21 - Taxa de mortalidade por acidentes

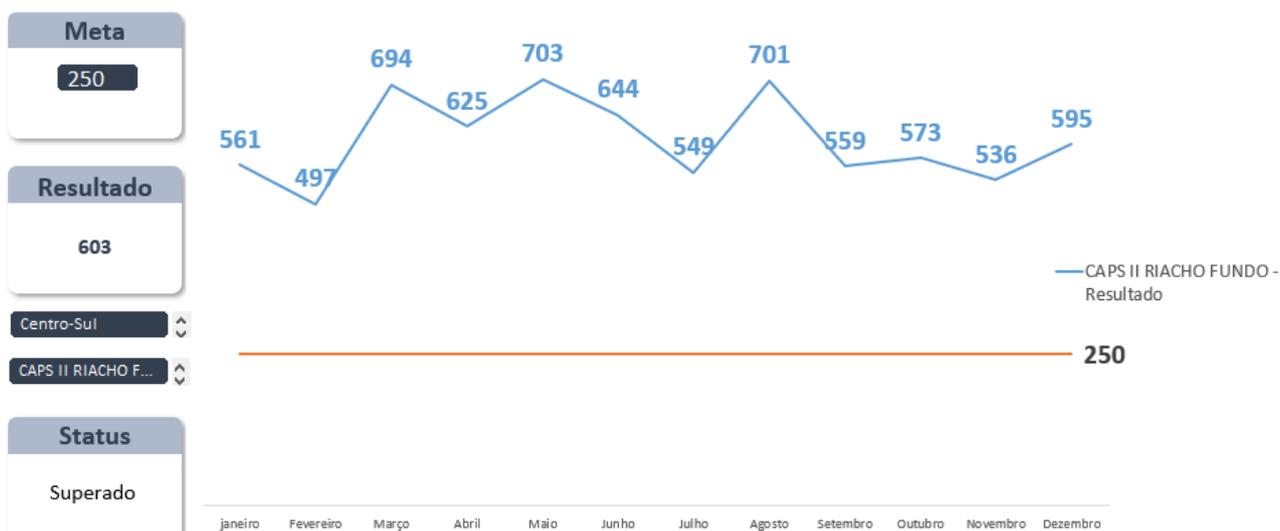


Análise dos resultados:

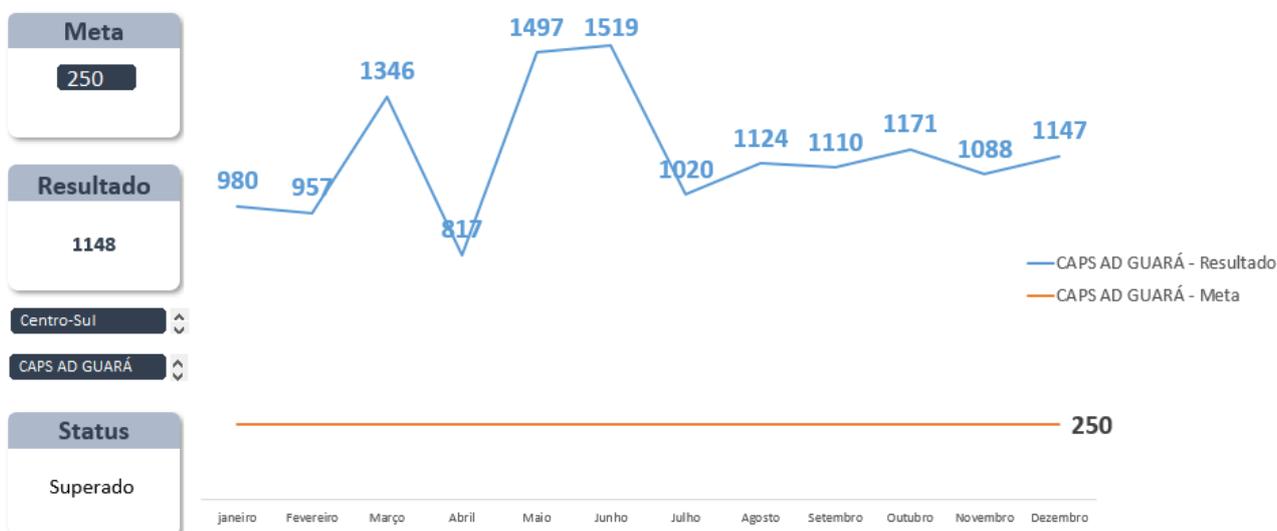
Sem conclusões sobre o indicador, pois os valores não trazem informações que possam ser tratadas. Além disso, não é possível traçar um plano de ação com impacto no mesmo, o que levanta questionamentos sobre a sua pertinência para as regiões de saúde.

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

CAPS II RIACHO FUNDO



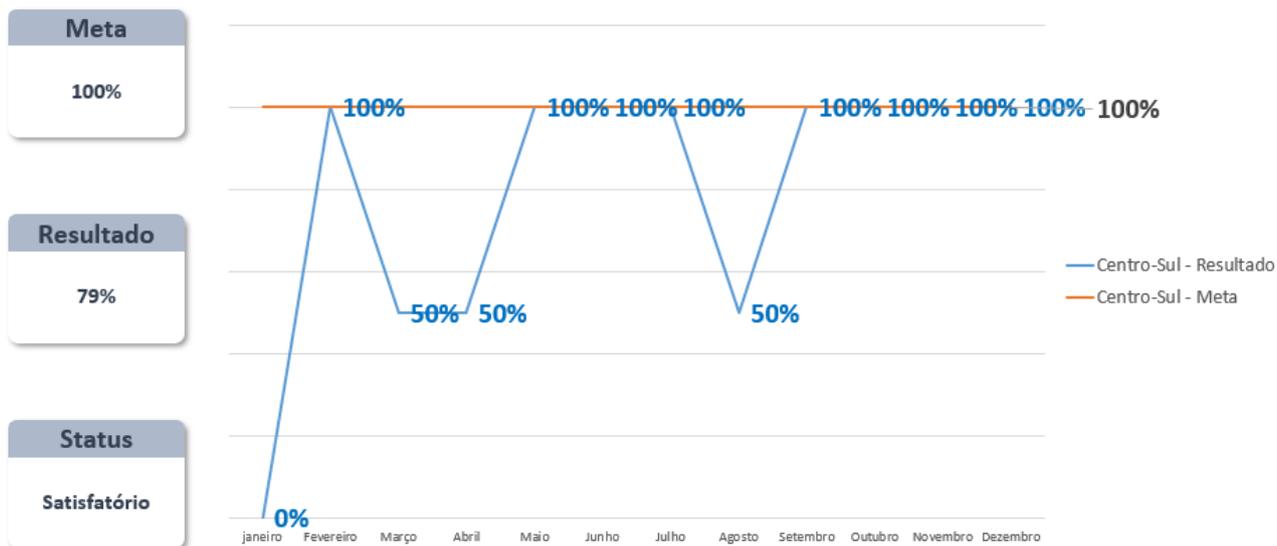
CAPS AD GUARÁ



Análise dos resultados:

Riacho Fundo II. Meta superada em 141%, considerando o resultado médio do ano. Já na região do Guará, a meta foi superada em 359%, considerando o resultado médio do ano. As unidades adotaram ao longo do ano a qualificação dos lançamentos de sua produção, com a transição do registro em BPA (Boletim de produção ambulatorial) de procedimentos ambulatoriais para RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde), conforme posicionamento da área técnica.

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



Análise dos resultados:

Resultado satisfatório, especialmente quando se observam os resultados de sua série histórica, que em 2020 atingiu um patamar de apenas 17%. Observou-se ainda que houve qualificação no registro de ações e aumento do número total delas durante o ano. Foram realizadas 13 ações em 2020 de um total de 147 ações de matriciamento por ambos os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na Região em 2021, representando um crescimento de dez vezes mais em sua efetivação pelas unidades para aquele ano.

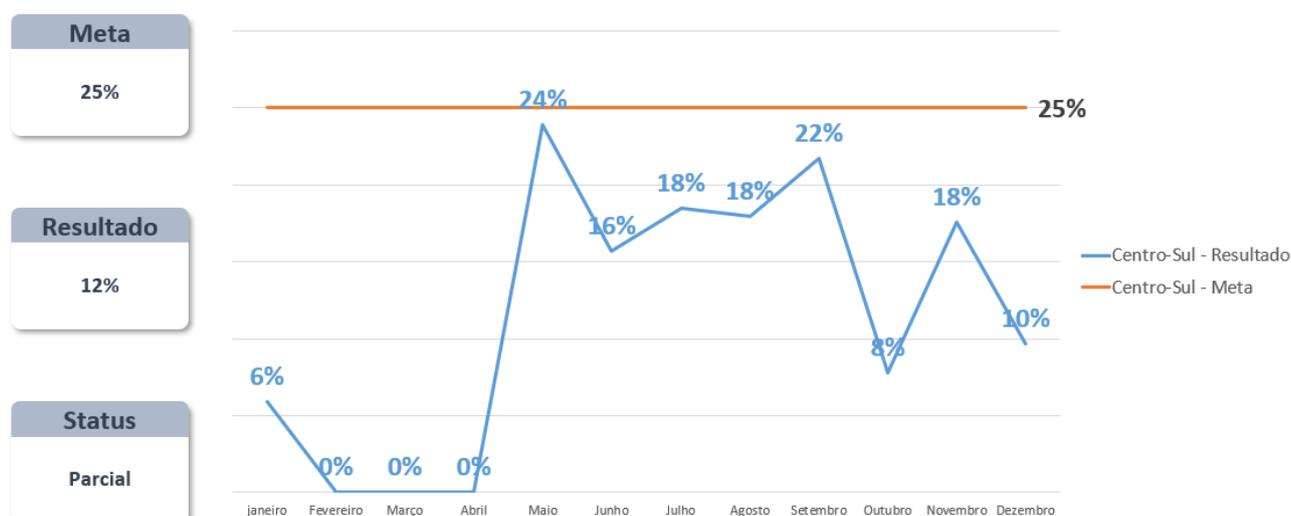
Indicador 25- Percentual de consultas de cardiologia



Análise dos resultados:

Resultado classificado como razoável. Apesar das iniciativas da gestão local de adequação das agendas ao parâmetro de 25% de consultas de primeira vez na especialidade, conforme disposição da RTD (Referência Técnica Distrital), o resultado apresentado pode ter sido impactado especialmente pela necessidade de distribuição da carga horária dos profissionais em diversas frentes, tais como os ambulatórios de ICC (Insuficiência Cardíaca Congestiva), risco cirúrgico, pós-cirúrgico e CEDHIC (Centro Especializado em Diabetes, Hipertensão e Insuficiência Cardíaca). E também pela desaceleração do processo de planificação, com o qual se pretendia dirimir a problemática do chamado efeito velcro. Ademais, observou-se ainda a alta taxa de absenteísmo de profissionais (Taxa média de 28% na especialidade. Número acima da média da Região, que foi de 12% para o mesmo período). Tal aspecto reduziu a oferta de consultas de primeira vez para prover o manejo dos retornos acumulados de outros profissionais, inviabilizando também a realização de ações de matriciamento, dada a restrição de carga horária destes profissionais.

Indicador 26- Percentual de consultas de endocrinologia



Análise dos resultados:

Resultado classificado como parcial (46,3% da meta). Apesar das iniciativas da gestão local de adequação das agendas ao parâmetro de 25% de consultas de primeira vez na especialidade, conforme disposição da RTD (Referência Técnica Distrital), o resultado apresentado pode ter sido impactado especialmente pela restrição de carga horária dos profissionais e também pela desaceleração do processo de planificação. Ademais, observou-se ainda a alta taxa de absenteísmo de profissionais (Taxa média de 45% na especialidade. Número acima da média da Região, que foi de 12% para o mesmo período). Tal aspecto reduziu a oferta de consultas de primeira vez para prover o manejo dos retornos acumulados de outros profissionais.

Indicador 27- Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis

Meta
Monitoramento

Resultado
7%

Status
Monitoramento



**Janeiro a maio sem dados.*

Análise dos resultados:

Em decorrência do momento pandêmico e restrição de diversas atividades de caráter coletivo, a Região não conseguiu obter um percentual significativo nesse indicador de monitoramento. Os esforços foram voltados em sua grande maioria à vacinação e testagem da população. Sendo que as pessoas que compõem os NASF (Núcleo de apoios às equipes de saúde da família) foram responsáveis por mais da metade das atividades coletivas realizadas na Região.

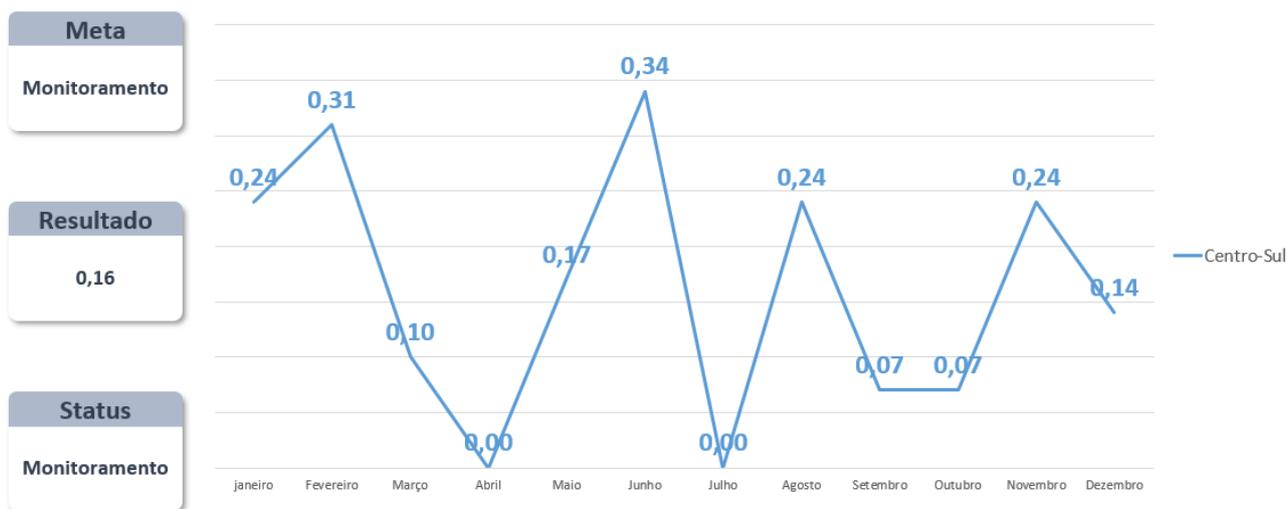
Indicador 28- Taxa de internações relacionadas a Diabetes Mellitus e suas complicações



Análise dos resultados:

Quando comparado com o resultado de 2020, houve redução do resultado, sendo de 1,4 no referido ano. Não é possível estabelecer, com as informações disponíveis até o momento, os fatores que levaram à redução.

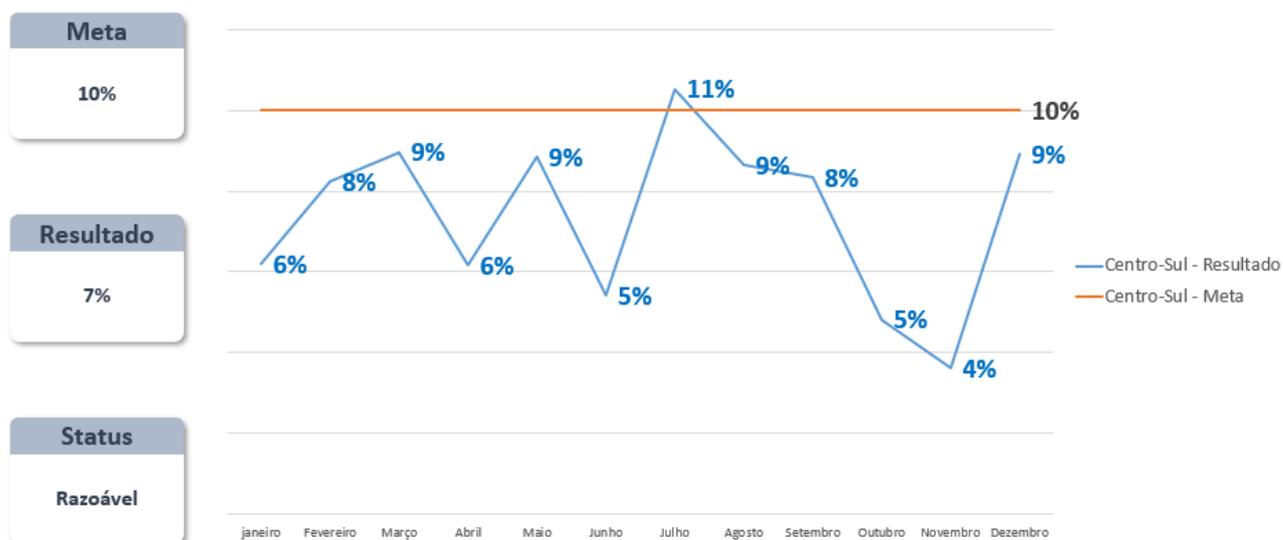
Indicador 29 - Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações na faixa etária de 18 anos a mais.



Análise dos resultados:

Quando comparado com o resultado de 2020, houve redução do resultado, sendo de 1,77 no referido ano. Não é possível estabelecer, com as informações disponíveis até o momento, os fatores que levaram à redução.

Indicador 31- Percentual de admissão no SAD no período



Análise dos resultados:

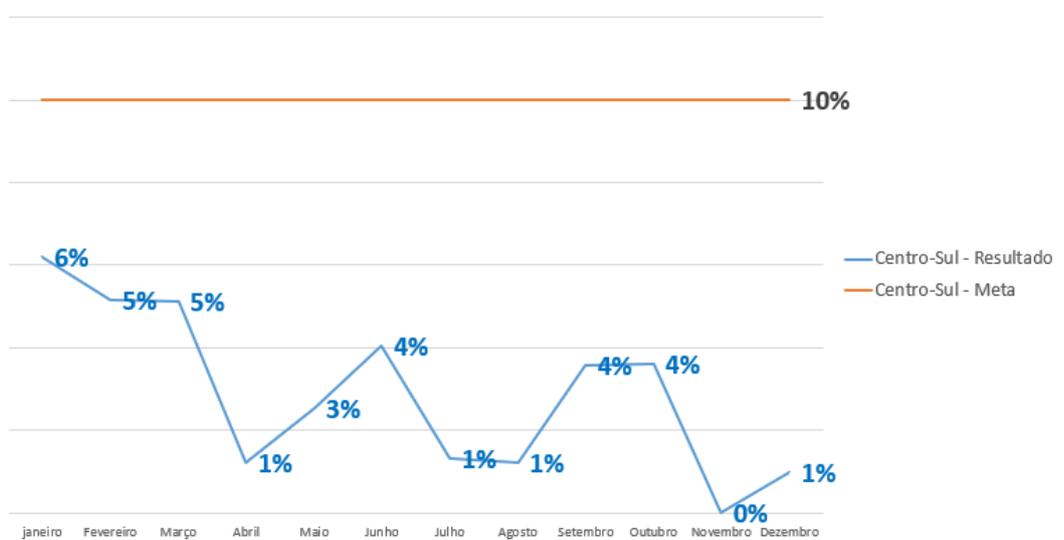
A demanda pelo acompanhamento do NRAD (Núcleo Regional de Atenção Domiciliar) na região não possibilita, até o momento, o alcance da meta estabelecida, considerando que não existe demanda reprimida. Foi sugerido em 2021 que fossem utilizados outros indicadores, que possibilitassem avaliar a produtividade e resolutividade do serviço de admissão domiciliar (SAD).

Indicador 32- Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD

Meta
10%

Resultado
3%

Status
Parcial



Análise dos resultados:

O resultado do ano de 2021 reflete o perfil dos pacientes ativos (em atendimento): pacientes idosos, crônicos, em cuidados paliativos geriátrico e/ou oncológico, sem perspectiva de melhora clínica para alta e/ou retirada de dispositivo(s) para encaminhamento para AB (Atenção Básica) pela mudança de critério de classificação para AD1 (Atenção domiciliar nível 1). Isto impactou o indicador impossibilitando o alcance da meta.

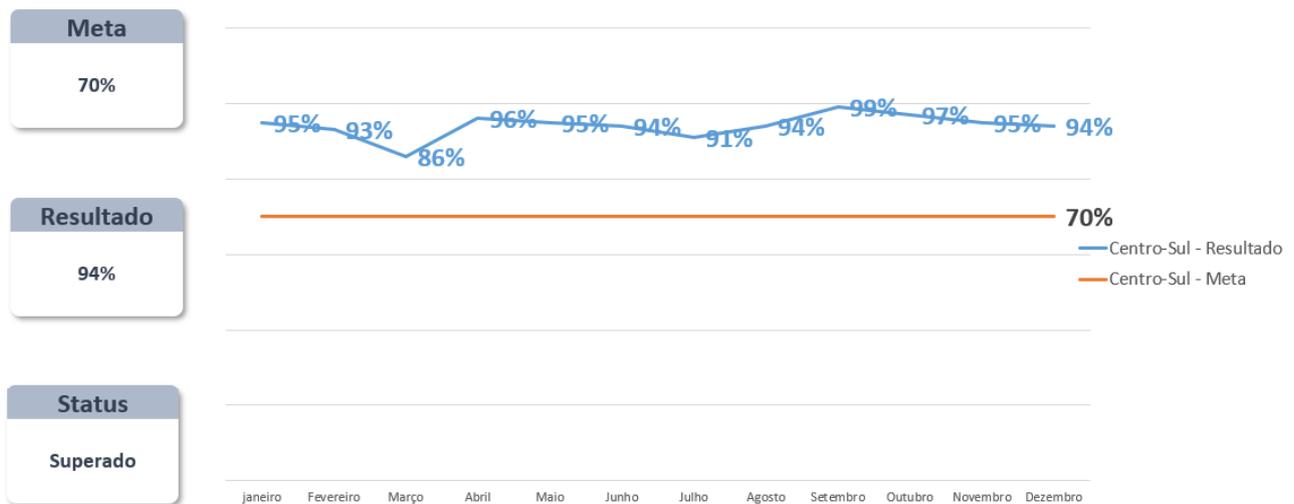
Indicador 33 - Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região.



Análise dos resultados:

Meta atingida para o período de 2021. A atividade ímpar e o comprometimento dos profissionais da GERCS (Gerência de Regulação da Região de Saúde Centro-Sul) é que possibilitaram o alcance da meta ora tratada.

Indicador 35- Índice de Fechamento de Chave



Análise dos resultados:

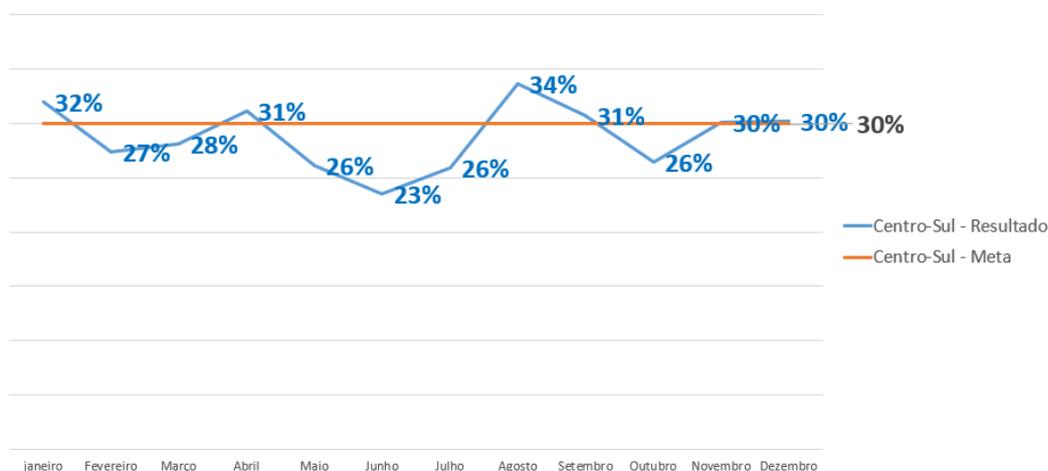
Meta superada em 34%. Houve uma relevante evolução diante da série histórica do indicador. Verificou-se inviabilidade de obtenção de 100% de fechamento de chaves no mês corrente em virtude das remarcações ocasionadas por afastamento de profissionais, postergando as agendas, bem como no fechamento das chaves dos meses correspondentes. Não obstante, a série histórica que revela a superação da meta, denota boas práticas pela GPMA (Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação) da secundária.

Indicador 36- Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária

Meta
30%

Resultado
29%

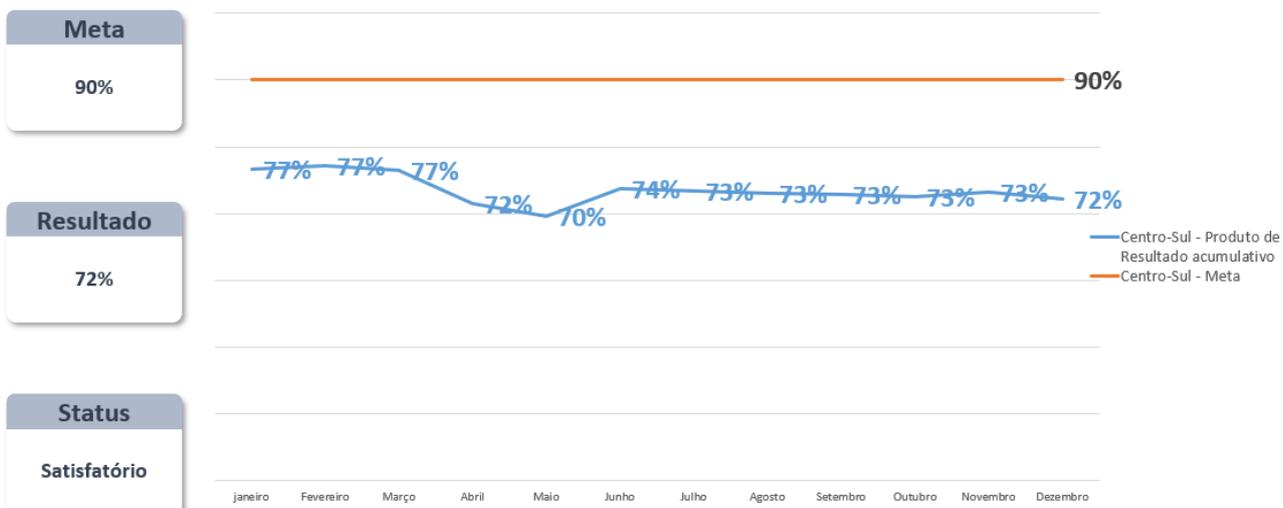
Status
Superado



Análise dos resultados:

Resultado médio próximo à meta estabelecida. Em análise parcial da planilha de absenteísmo das unidades I e II do Riacho Fundo, verificou-se perfis bem distintos entre as unidades acerca das variáveis consideradas. Na Policlínica Riacho Fundo Unidade II observou-se como principais hipóteses de absenteísmo, o maior tempo de espera na fila de atendimento, em virtude das especialidades de psicologia e psiquiatria, bem como o fator da distância geográfica até o transporte urbano coletivo. Em contrapartida, o absenteísmo às consultas na Policlínica Riacho Unidade I pode estar associado a outros fatores como pacientes de territórios de alta vulnerabilidade. Não houve possibilidade de implementação da planilha no período nas policlínicas do Guarά (tais informações são gerenciadas pelo NMCP – Núcleo de Matrícula, Marcação de Consultas e Prontuário de Pacientes) e do Núcleo Bandeirante (que foram inviabilizadas pela restrição da equipe). Os avisos aos pacientes sobre data e horário das consultas constitui-se ainda um grande desafio à GERCS e às unidades APS/ASE (Atenção Primária à Saúde/ Atenção Secundária à Saúde) pela limitação de equipe. Discutida a problemática na Região a GERCS local iniciará um projeto junto à residência em gestão para apoiar as ações junto à APS.

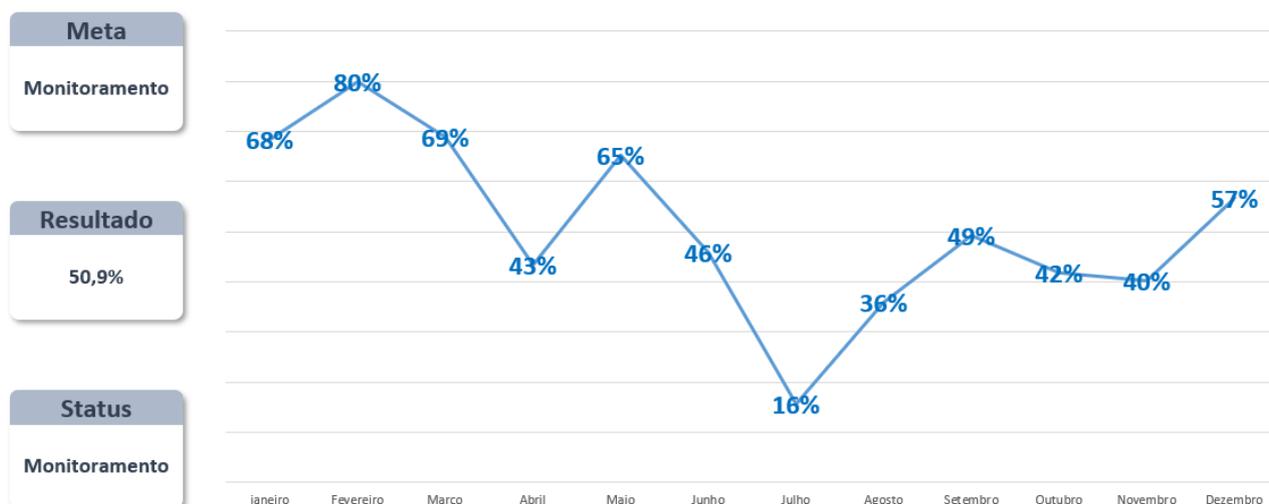
Indicador 37- Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde



Análise dos resultados:

Resultado satisfatório. Região trabalhou ativamente com a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) para orientação e treinamento quanto à importância da notificação e digitação das fichas tempestivamente. Houve uma dificuldade para encerrar as fichas provenientes de unidades notificadoras como hospitais e laboratórios privados do DF, bem como das unidades de saúde de Goiás. Isto porque, as fichas eram enviadas com campos não preenchidos, dificultando o encerramento dos casos ou até mesmo impossibilitando o encerramento. Para resolver o problema houve um contato com a Vigilância Epidemiológica da Região Central para que matriciassem junto as unidades supracitadas a fim de dirimir o problema.

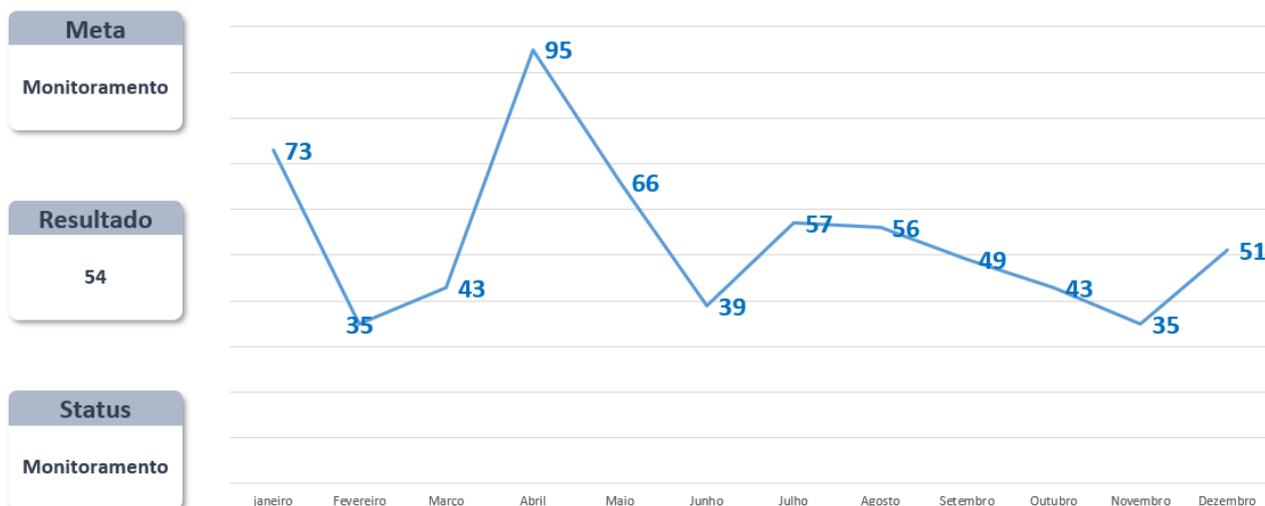
Indicador 38- Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada



Análise dos resultados:

Este indicador parece trazer como informação apenas o aproveitamento das vagas ofertadas, sendo importante avaliar possíveis necessidades associadas à demanda ou fila de espera. Estas informações não são claramente obtidas pelo monitoramento do mesmo, mas colhidas localmente. Inclusive com a mobilização de ajustes junto à regulação e organização interna dos serviços face à demanda. Foram observadas variações nas demandas advindas da atenção primária face à pandemia.

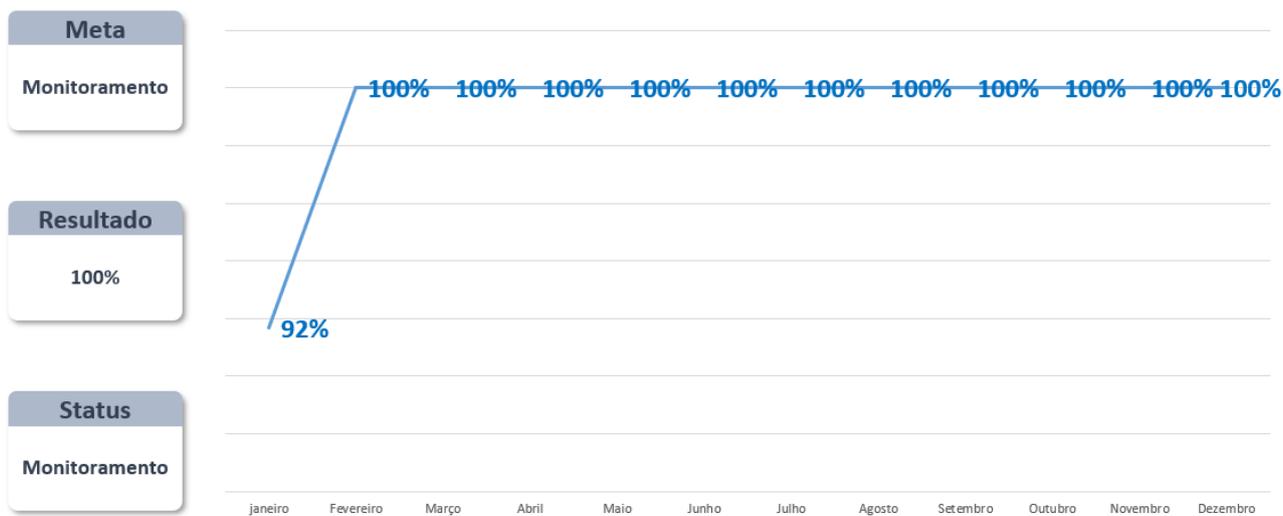
Indicador 39 - Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente



Análise dos resultados:

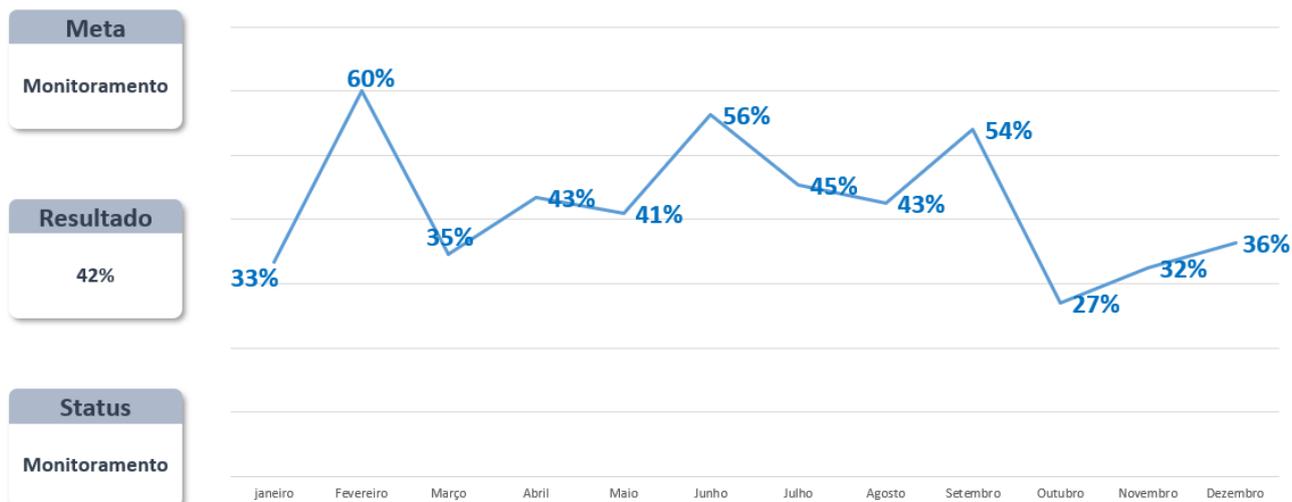
Em comparação ao resultado de 2020, houve redução no número de notificações. Decréscimo de 773 notificações no referido ano para 642 em 2021. Tal redução pode estar relacionada ao bloqueio da unidade da clínica médica para manutenção predial, e da destinação dos leitos de internação pediátrica para atendimento de pacientes COVID, com demanda oscilante ao longo do ano.

Indicador 40 - Percentagem de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada



Análise dos resultados:
Meta atingida. Todo o atendimento realizado pelo NFH (Núcleo de Farmácia Hospitalar) é feito por prescrição individualizada.

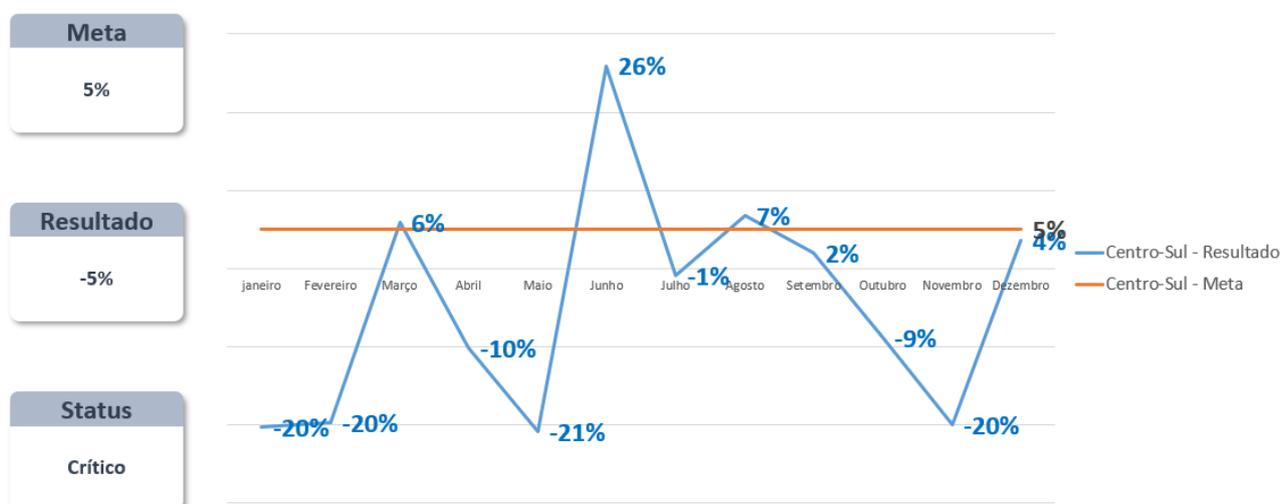
Indicador 41- Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF



Análise dos resultados:

Dados fornecidos pela Unidade Setorial de Ouvidoria. A Região interviu no setor, através da estruturação da equipe. Muitas demandas estiveram relacionadas às etapas da vacinação contra a COVID-19, e às restrições de público-alvo. Outras pela demora na regulação de consultas e ou cirurgias eletivas.

Indicador 42- Percentual faturado no tipo de financiamento MAC (Média e alta complexidade)



Análise dos resultados:

Déficit de 9,97%. Foi constatado que houve impacto no faturamento com a reorganização do lançamento de procedimentos dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), face à determinação da área técnica de realizar transição de BPA (faturamento ambulatorial) para RAAS (faturamento tipo CAPS). Houve ainda redução de faturamento também em algumas policlínicas, que podem estar associado ao percentual de absenteísmo de usuários acima da média da Região, bem como absenteísmo/saída de profissionais no mesmo período. Observou-se ainda as restrições de atendimento impostas pela própria pandemia (apoio às ações de testagem, vacinação e apoio aos leitos hospitalares), produções que não compõe o faturamento da atenção secundária e reduzem significativamente o faturamento. Houve também queda no 3º quadrimestre do faturamento do LRGU (laboratório regional do Guará), associado a escassez de reagentes na rede (especialmente para realização de testes de hormônios) e à transição de maquinário/obras para ampliação de sua capacidade e para atendimento da Macrorregião de Saúde Central/Sul/Centro-Sul. Em relação ao faturamento hospitalar, o indicador sofreu o impacto da redução de leitos de internação pediátrica, bem como no exato período de manutenção da unidade de clínica médica. Todas estas situações conjuntas traduzem o déficit apresentado do ano de 2021 para o percentual faturado no tipo MAC.

Indicador 43- Percentual de desempenho da gestão de custos

Meta
100%



Resultado
100%

Centro-Sul -
RESULTADO

Status
Satisfatório

Análise dos resultados:

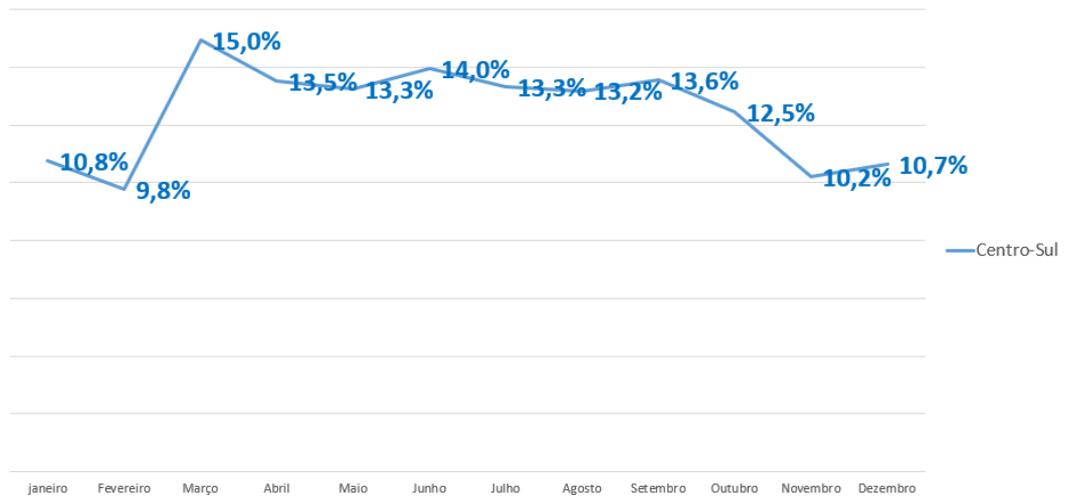
Meta atingida, cumprindo todos os requisitos da gestão de custos. O indicador revela as boas práticas e comprometimento dos profissionais dos NGC's (Núcleos de Gestão de Custos).

Indicador 44- Taxa de absenteísmo

Meta
Monitoramento

Resultado
12,5%

Status
Monitoramento



Análise dos resultados:

Recursos humanos são uma incógnita ainda de difícil análise, monitoramento e avaliação. As várias variáveis dos setores potencializam a sua complexidade nata que afetam quase todos os indicadores. O que aponta para políticas além da alçada da região levando a discussão para o âmbito governamental.

ANÁLISE DA METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DO AGR

A Portaria nº 1066 de 25 de outubro de 2021 estabelece, entre outros, a agenda de reuniões para discussão e conferência dos indicadores ora aqui elencados e dos resultados pactuados pelo AGR e AGL. São partícipes destes colegiados nas Regiões de Saúde, conforme seu artigo 7º:

- I - Superintendente da Região de Saúde.
- II - Diretor da Atenção Primária à Saúde.
- III - Diretor da Atenção Secundária à Saúde.
- IV - Diretor Geral dos Hospitais da Região de Saúde.
- V - Diretor Administrativo.
- VI - Chefe da Assessoria de Planejamento em Saúde.
- VII - Gerentes de Planejamento, Monitoramento e Avaliação de todos os níveis de Atenção (GPMA).

Tais participações se dão mensalmente, bimestralmente e quadrimestralmente a depender do período da coleta dos dados coletados. Em suma, estas resultam em planos de ações para melhorias dos indicadores e alcance das metas estabelecidas.

A Região Centro Sul observou por três vezes consecutivas oficialmente estas reuniões mensais relatadas por meio de registros de atas em processo SEI, entre maio e julho de 2021 (00060-00218857/2021-01). Bem como, também por três vezes as quadrimestrais acompanhadas de seus respectivos colegiados, a fim de acompanhar os resultados dos períodos. Essas aconteceram em junho e novembro de 2021 e em março de 2022 (00060-00244016/2021-41).

A metodologia aplicada para dirimir a escassez do tempo e das agendas cruzadas e conflitantes dos profissionais envolvidos para participar de outras reuniões e encontros foi viabilizada por meio de tecnologias de comunicação à distância. Haja vista, os planos de ações e a instrumentalização de ferramentas de planejamento implementados legitimaram com o objetivo primordial da portaria, qual seja discutir, analisar, monitorar e rever práticas e impeditivos para o alcance dos resultados propostos, sugestionando, aplicando e revendo técnicas viáveis ou não. Ou seja, os encontros de uma forma ou outra foram observados, principalmente pelos agentes de planejamento e acompanhados pela superintendência da região de perto.

Quanto aos aspectos operacionais, a ênfase que se dá é na dificuldade da coleta de dados e na fragmentação dos sistemas para tal. Estes se divergem quanto aos mesmos dados quando comparados em plataformas diferentes, como por exemplo trackcare e sala de situação, levando os GPMA's (Gerências de Planejamento, Monitoramento e Avaliação) a demandarem mais tempo em interpretar dados não confiáveis e incondizentes com a realidade do que o necessário para o preenchimento dos relatórios.

CONCLUSÃO

O acordo de gestão regional é um contrato entre duas partes com deveres e obrigações claras que precisam ser cumpridas, mas também ser passíveis de revisão em prol de um ganho maior.

Assim, a gestão de custos, a sistematização de processos, a padronização de monitoramento de metas e a implementação dos planos de ações necessitam de políticas públicas que coadunem com as necessidades inerentes à cadeia de saúde como um todo.

Acerca dos indicadores, como visto nas análises, vários deles dependem de diversos aspectos para serem monitorados, alcançados e mantidos. Fatores como cultura, crescimento, vulnerabilidade e envelhecimento populacional, acesso e atualização de sistemas de informação usuais, absenteísmo profissional e do usuário, limitação do hospital local, falta de profissionais de saúde na rede, lacunas na cobertura territorial, capacitação de servidores e publicização de informações pertinentes, forma de cálculo e cômputo do indicador conforme pop, entre outros, são modificadores diretos dos resultados e precisam ser sempre levados em conta. Suprimi-los todos talvez não seja possível, mas mitigá-los tem sido uma tarefa diária e acompanhada por esta gestão por meio de plano de ações pontuais a curto, médio e longo prazo.

Neste trabalho, vale ressaltar aqui neste relatório a importância de todos os profissionais da Região Centro Sul que desempenharam um papel fundamental no bom andamento deste acordo em 2021. Desde a alta gestão, superintendência, diretores, gerentes de planejamento, passando pelos técnicos, enfermeiros, médicos, assessores, agentes comunitários de saúde, até o profissional na ponta do processo que recebe e acolhe o usuário, bem como a contribuição ímpar da Administração Central da SES. Com o envolvimento e comprometimento de cada um foi possível gerir e trazer resultados satisfatórios, enxergar gargalos e contribuir para o alcance de cada meta compactuada por meio dos indicadores do acordo de gestão regional e prover novas estratégias para o ano de 2022.

Assim, da mesma forma que o material humano foi e é de fundamental relevância, os insumos básicos, os sistemas de informação confiáveis e as decisões conjuntas que subsidiam o acordo integralmente, são e serão essenciais para a sedimentação não só de um novo modelo de pensar a saúde, mas de medir, de fazer e de controlar recursos, suprimindo necessidades e atendendo de forma digna, precisa, tempestiva e adequada o principal beneficiário de todo este projeto que é cada ser humano vivo potencialmente capaz de permanecer e estar com saúde.

GESTORES ATUAIS

- **Superintendente** – Flávia Oliveira Costa
- **Asplan** – Alessandro Alves Moraes
- **Diretor Administrativo** – Mauro Lopes Ribeiro
- **Diretor da Atenção Secundária** - Thiago Rodrigues De Freitas Braga
- **Diretor da Atenção Primária** - Patrick Silva Damasceno
- **GPMA Hospitalar** - Luís Antônio Alves Da Silva
- **GPMA Primária** - Aline de Castro Saldanha Barreto
- **GPMA Secundária** - Laila Melo Dantas Torres

Brasília, 5 de maio de 2022.

ANEXO 1

STATUS DOS PLANOS DE AÇÕES

Em andamento.

- **Taxa de Incidência de Notificação de Violência.**
 - **Objetivo:** Permitir acompanhar o volume de notificações nas regiões de saúde e a efetividade da rede de saúde na percepção e notificação de violência, permitindo o dimensionamento da rede de atenção e adequação da oferta dos serviços à demanda.
 - **Ação:** Capacitar os profissionais de saúde da atenção primária, secundária e terciária para identificar, atender, notificar e encaminhar as pessoas em situação de violência.
- **Percentual de consultas de endocrinologia.**
 - **Objetivo:** Reduzir o "efeito velcro" da especialidade e ampliar acesso à AASE (Atenção ambulatorial secundária).
 - **Ação:** Organizar o fluxo dos pacientes ao ambulatório.
- **Taxa de Internações por DM/HAS e suas complicações.**
 - **Objetivo:** Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, ações de prevenção e da assistência. Qualificar o atendimento aos portadores de DM (Diabetes Mellitus) E HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica). Monitorar as ações de práticas integrativas, atividades coletivas em saúde e práticas corporais na Região de Saúde. Ampliar e monitorar as ações voltadas para os fatores de risco.
 - **Ação:** Implantar o Centro Especializado em Diabetes, Hipertensão e Insuficiência Cardíaca na Região Centro-Sul. Compartilhar o cuidado entre AASE (Atenção ambulatorial secundária) e APS (Atenção primária à Saúde) visando otimizar a assistência. Retomar parceria para realização do Projeto Ginástica nas Quadras. Realizar informes quadrimestrais acumulativos com dados sobre fatores de risco, morbimortalidade das DCNT's (doenças crônicas não transmissíveis) a partir de dados obtidos dos sistemas oficiais. Implementar o matriciamento na linha de cuidado de HAS e DM a partir da perspectiva do Modelo Atenção às Condições Crônicas.
- **Índice de Fechamento de Chave.**
 - **Objetivo:** Dimensionar o volume de faltas em relação aos agendamentos, possibilitando verificação da aderência ao processo de fechamento de chave pelas unidades executantes.
 - **Ação:** Aperfeiçoar fluxo de fechamento de chave GSAS (Gerências de Serviços de Atenção Secundária) 4.

- **Absenteísmo às primeiras consultas médicas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE).**
 - **Objetivo:** Avaliar o absenteísmo de usuários às consultas médicas ambulatoriais da AASE para subsídio de ações.
 - **Ação:** Implementar serviço de aviso ao paciente em plataforma de mensagens digital em parceria com NMCP (Núcleos de Matrícula, Marcação de Consultas e Prontuário de Pacientes) /HRGu (Núcleo de Matrícula, Marcação de Consultas e Prontuário de Pacientes). Operacionalizar atualização cadastral dos usuários dos serviços da atenção secundária nos sistemas de informação. Reorganizar distribuição das vagas nas agendas dos profissionais. Reorganizar processo de trabalho de aviso aos pacientes remarcados na Policlínica Riacho Fundo II e gestão da agenda dos profissionais, implantação de ação para desafogar demanda reprimida na especialidade de Psicologia.

- **Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada.**
 - **Objetivo:** Retratar a qualidade, em termos de acesso do usuário, da assistência especializada em odontologia.
 - **Ação:** Habilitar o Centro de Especialidades Odontológicas no Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

- **Taxa de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.**
 - **Objetivos:** Oferecer dados para o planejamento de ações das áreas programáticas e para os gestores das UBSs (Unidades básicas de saúde). Favorecer o acompanhamento e monitoramento do pré-natal pela ESF. Promover a captação precoce das gestantes para realização do pré-natal.
 - **Ação:** Apresentar os dados de casos novos de sífilis congênita nas reuniões de colegiados às GSAPs (Gerências de Serviços de Atenção Primária à Saúde). Estabelecer cronograma de matriciamento das GSAPs para a orientações de qualificação do pré-natal. Desenvolver tutorial para extração do relatório de condições de saúde - gestantes (relatório nominal das gestantes acompanhadas pela ESF – equipe de saúde da família). Inserir tutorial no site da GPMA (vídeos e tutoriais).

- **Proporção de casos de arboviroses notificados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde.**
 - **Objetivo:** Coletar dados regularmente para planejamento das ações. Realizar sensibilização dos gerentes e profissionais das ESF e UPA quanto a importância da detecção e notificação dos casos de arboviroses.
 - **Ação:** Disponibilizar boletim de arboviroses nas reuniões de colegiado e via SEI e redes sociais. Capacitar todos os servidores das unidades de saúde para o preenchimento dos dados no sistema. Articular com as gerências das UPA's para cadastrar as fichas de notificação dos casos tempestivamente.

A serem iniciados.

- **Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica**
 - **Objetivo:** Ampliar o acesso da população à saúde mental na atenção básica.
 - **Ação:** Reorganizar fluxo de trabalho interno de matriciamento do CAPS Riacho Fundo II.
- **Taxa de Internações por DM/HAS e suas complicações.**
 - **Objetivo:** Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, bem como ações de prevenção e de assistência.
 - **Ação:** Implantação do Centro Especializado em Diabetes, Hipertensão e Insuficiência Cardíaca na Região Centro-Sul. Organizar fluxo dos pacientes em "efeito velcro" nos ambulatórios de endocrinologia, cardiologia e pé diabético. Ofertar atividades educativas com foco em mudança de hábitos de vida junto aos usuários integrantes do ambulatório AAE (Atenção ambulatorial especializada).
- **Absenteísmo às primeiras consultas médicas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE)**
 - **Objetivo:** Avaliar o absenteísmo de usuários às consultas médicas ambulatoriais da AASE para subsídio de ações.
 - **Ação:** Implementar serviço de aviso ao paciente em plataforma de mensagens digital em parceria com NMCP/HRGu. Operacionalizar atualização cadastral dos usuários dos serviços da atenção secundária nos sistemas de informação
- **Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada.**
 - **Objetivo:** Retratar a qualidade, em termos de acesso do usuário, da assistência especializada em odontologia.
 - **Ação:** Organizar fluxo assistencial entre a Atenção Primária à Saúde e CEO (Centro de Especialidades Odontológicas). Aumentar a capacidade de atendimento para atendimento da demanda da Região.

Concluídos em 2021.

- **Índice de Fechamento de Chave**

- **Objetivo:** Aperfeiçoar fluxo de fechamento de chave GSAS 2 (Gerências de Serviços de Atenção Secundária à Saúde). Reorganizar fluxo de fechamento de chave na Policlínica Riacho Fundo II.
- **Ação:** Aprimoramento da organização do processo de trabalho, com maior envolvimento dos servidores. Qualificação e descentralização do processo de trabalho na unidade. Treinamento de servidores para o uso da Plataforma SISREG (Sistema Nacional de Regulação). Monitorar etapas de organização interna do processo de trabalho. Todas as unidades elegeram e treinaram responsáveis quanto ao processo de trabalho, principalmente envolvendo a equipe de enfermagem;

- **Absenteísmo às consultas ambulatoriais no âmbito da Atenção Secundária (AASE)**

- **Objetivo:** Implementar serviço de aviso ao paciente em plataforma de mensagens digital em parceria com NMCP/HRGu. Reduzir absenteísmo dos pacientes às consultas na atenção secundária. Operacionalizar atualização cadastral dos usuários dos serviços da atenção secundária nos sistemas de informação. Qualificar informações do usuário nas plataformas de informação a fim de melhorar a comunicação com os mesmos e com os serviços de seu território. Organizar gestão de transferência de agenda, remarcação de pacientes. Fortalecer processo de trabalho de gestão das agendas disponibilizadas via SISREG.
- **Ação:** Foi solicitado à DIRASE (Diretoria Regional de Atenção Secundária) pactuação com DH (Diretoria Hospitalar) para instaurar processo de trabalho. Foram realizadas reuniões de pactuação entre GSAS2 e GIR (Gerência Interna de Regulação) /NMCP para montagem de serviço de aviso aos usuários sobre consultas reguladas/marcadas e cooperação direta entre a gerência/núcleo. Foi elaborada ainda uma planilha para controle do número de pacientes remarcados e número de faltosos correspondente. Foram atualizados por meio do CADSUS (Sistema de cadastramento de usuários do SUS), a fusão de cadastros em sistema. Foi organizado processo interno de trabalho para transferência de bloco de agendas do profissional, com solicitação à GERCS (Gerência de regulação da Região Centro Sul) com uma semana de antecedência. Foi reorganizada também a distribuição das vagas da agenda dos profissionais da Policlínica do Riacho Fundo II. Houve ainda implementação da planilha de monitoramento na Policlínica Riacho Fundo I - Unidade I, como também o serviço de aviso aos pacientes. E, por fim, todas as policlínicas realizaram serviço de aviso aos pacientes quanto a remarcações.

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

- **Objetivo:** Qualificar processo de trabalho de registro das ações executadas a fim de melhorar o registro e tipificação dos registros da produção, para que correspondam às ações realizadas.

- **Ação:** Monitoramento do registro dos dados de produção. Ambas as unidades, Guará e Riacho Fundo II realizaram adequações quanto aos códigos para lançamento em RAAS, conforme orientação da área técnica.
- **Taxas de internação relacionadas a HAS e DM e suas complicações**
 - **Objetivo:** Qualificar as equipes de saúde no atendimento ao usuário portador de Pé Diabético. Qualificar as equipes de saúde no atendimento ao usuário portador de Diabetes Mellitus. Compartilhar o cuidado entre AASE e APS visando otimizar a assistência.
 - **Ação:** Elaborado cronograma de matriciamento das equipes da APS em Pé Diabético. Elaborado cronograma de matriciamento das equipes em Diabetes Mellitus. Utilização de formulário para Plano de Compartilhamento de cuidados próprios.
- **Percentual de consultas de cardiologia**
 - **Objetivo:** Organizar o fluxo dos pacientes ao ambulatório.
 - **Ação:** Otimização dos processos assistenciais ofertados à população da Região Centro-Sul. Monitoramento das agendas de ICC (insuficiência cardíaca congestiva) e da qualidade das informações, bimestralmente. Houve ainda, reorganização das agendas para atenção à recomendação expressa em SEI pelas áreas técnicas;
- **Percentual de consultas de endocrinologia**
 - **Objetivo:** Organizar o fluxo dos pacientes ao ambulatório.
 - **Ação:** Monitoramento da distribuição de vagas de consultas de primeira vez nas agendas dos profissionais. E reorganização das agendas conforme recomendação das áreas técnicas registradas no SEI (Sistema eletrônico de informações).
- **Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada**
 - **Objetivo:** Aumentar a capacidade de oferta de consultas para atender a demanda reprimida da Região.
 - **Ação:** Maior aproveitamento da oferta de serviços existente e ampliação da capacidade de atendimento na linha de cuidados em saúde bucal na Região de Saúde. Ampliação de carga horária dos profissionais (dentistas e técnicos de higiene dental). Negada em virtude da inviabilidade de contratação até o final de 2021.
- **Taxa de Incidência de Notificação de Violência**
 - **Objetivo:** Qualificar o processo de notificação das situações de violência e qualificar os profissionais de saúde da atenção primária, secundária e terciária para identificar, atender, notificar e encaminhar as pessoas em situação de violência.
 - **Ação:** Implementar a Linha de Cuidado para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência, que engloba o acolhimento, atendimento, notificação e encaminhamento para a rede ou em todos os serviços da Região de Saúde. Houve ainda publicações dos boletins epidemiológicos. A NUPAV (Núcleo de Prevenção e Assistência a Situações

de Violência) realizou treinamentos e matriciamentos nos três níveis de atenção. Ademais, foram realizadas orientações quanto ao registro de notificações de violência e monitoramento de seu lançamento pelas unidades.

- **Percentual de desempenho da gestão de custos**

- **Objetivo:** Estabelecer os fluxos de informações pactuados entre as áreas técnicas e os Núcleos de Gestão de Custos. Individualizar o custeio das unidades da DIRASE.
- **Ação:** Apoio à estruturação das Unidades nas atividades administrativas, bem como no processo de aperfeiçoamento da metodologia da Gestão de Custos. Houve também, identificação da necessidade de treinamento nas Unidades que apresentaram dificuldades na inclusão dos dados nos sistemas de registro de custos como o SISMateriais (Sistema Integrado de Saúde - Materiais), bem como a necessidade de atualização da Carteira de Serviços.