



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
UNIDADE DE REFERÊNCIA DISTRITAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL - HMIB

RELATÓRIO ANALÍTICO-DESCRITIVO AGR

HOSPITAL MATERNO INFANTIL
HMIB
2021

Sumário

Introdução	3
Redes de Atenção à Saúde	3
Indicadores pactuados X Resultados (2021)	4
Percentual de Metas alcançadas -2021	5
Análises por indicador	6
Indicador 01 - % de óbitos investigados em menores de 1 ano	6
Indicador 02 - Proporção de óbitos maternos investigados	7
Indicador 03 - % de partos normais	8
Indicador 04 - Taxa Global de suspensão de cirurgias eletivas	9
Indicador 05 - Tempo de permanência em leitos de UTI Materna	10
Indicador 06 - Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica	11
Indicador 07 - Média de permanência geral	12
Indicador 08 - % de atendimentos (GAE) abertos e classificados	13
Indicador 09 - % de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	14
Indicador 10 - Taxa de Densidade de Infecção - IPCS na UTI Neonatal	15
Indicador 11 - Taxa de Densidade de Infecção - IPCS na UTI Pediátrica	16
Indicador 12 - Taxa de Densidade de Infecção - IPCS na UTI Materna	17
Indicador 13 - % de acesso para 1ª consulta para reprodução humana	18
Indicador 14 - Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal	19
Indicador 15 - % de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na HMIB	20
Indicador 16 - % de especialidades cirúrgicas eletivos regulados	21
Indicador 17 - Índice de fechamento de chave	22
Indicador 18 - % de acesso à primeira consulta odontológica especializada	23
Indicador 19 - Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente	24
Indicador 20 - % de leitos com implantação do sist. de distribuição por dose individualizada	25
Indicador 21 - Índice de Resolutividade das demandas registradas no OUV-DF	26
Indicador 22 - % faturado no tipo de financiamento MAC	27
Indicador 23 - % de desempenho da gestão de custos	28
Indicador 24 - Taxa de Absenteísmo	29
Metodologia do Monitoramento	30
Conclusão	31
Gestores Atuais HMIB (2022)	32
ANEXO 01 - Status do Plano de Ação	33
ANEXO 03 - Problemática do indicador: Índice de Fechamento de Chave	43
ANEXO 04 - Caderno Extra - Detalhamento dos dados mensais do AGR HMIB 2021	44

Introdução

Trata-se de relatório para apresentação dos resultados auferidos no ano de 2021, das metas contratualizadas no Acordo de Gestão Regional do Hospital Materno Infantil de Brasília. O Acordo de Gestão Regional foi celebrado em janeiro de 2020, com vigência até dezembro de 2023.

Os acordos foram concebidos à luz do Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016, que instituiu o Programa de Gestão Regional de Saúde na SES e os indicadores organizados seguindo as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde. Os resultados foram extraídos das planilhas Regionais, preenchidas pelos agentes de planejamento da URD.

Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Na SES-DF, as redes temáticas adotadas são aquelas consideradas prioritárias pelo SUS, sendo elas:

- Rede Cegonha;
- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT);
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); e
- Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (PCD).

Indicadores pactuados X Resultados (2021)

HOSPITAL MATERNO INFANTIL					
Item	Tema	Indicador	Meta	Resultado alcançados 2021	Status
1	CEGONHA	% de óbitos investigados em menores de 1 ano	100%	100%	Satisfatório
2	CEGONHA	Proporção de óbitos maternos investigados	100%	100%	Satisfatório
3	CEGONHA	% de partos normais (nos hospitais públicos) de pacientes residentes na região de saúde	monitoramento	54%	Monitoramento
4	RUE	Taxa Global de suspensão de cirurgias eletivas	15%	12%	Superado
5	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Materna	5	4,73	Superado
6	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica	10	9,76	Superado
7	RUE	Média de permanência geral	5	3,7	Superado
8	RUE	% de atendimento abertos (GAE) classificados por período na unidade hospitalar, exceto os que estão sob gestão do IGESDF	monitoramento	84%	Monitoramento
9	PCD	% de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	80%	103%	Superado
10	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Taxa de Densidade de Infecção - IPCS na UTI Neonatal	Reduzir 10% em relação ao ano anterior	18,58	Razoável
11	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Taxa de Densidade de Infecção - IPCS na UTI Pediátrica	Reduzir 30% em relação ao ano anterior	4,06	Superado
12	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Taxa de Densidade de Infecção - IPCS na UTI Materna	Reduzir 30% em relação ao ano anterior	11,53	Razoável
13	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	% de acesso para 1ª consulta para reprodução humana	monitoramento	10%	Monitoramento
14	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal	monitoramento	21,75	Monitoramento
15	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	% de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na HMIB	100%	100%	Satisfatório
16	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	% de especialidades cirúrgicas eletivos regulados	100%	100%	Satisfatório
17	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de fechamento de chave	100%	25%	Parcial
18	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	% de acesso à primeira consulta odontológica especializada	monitoramento	13%	Monitoramento
19	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente	monitoramento	13,4	Monitoramento
20	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Porcentagem de leitos do hospital com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	monitoramento	62%	Monitoramento
21	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF	monitoramento	47%	Monitoramento
22	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	% faturado no tipo de financiamento MAC	5%	-13%	Crítico
23	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	% de desempenho da gestão de custos	100%	100%	Satisfatório
24	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Taxa de Absenteísmo	monitoramento	11,0%	Monitoramento

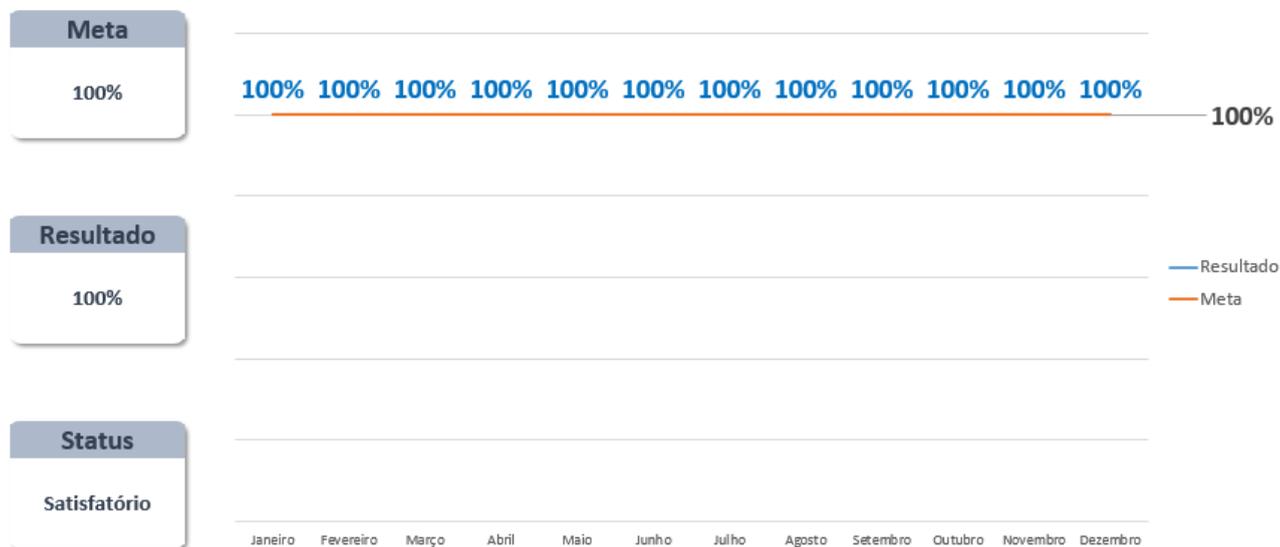
Percentual de Metas alcançadas -2021

STATUS	Métrica	Quantidade	% *
<u>Superado</u>	Superado - Acima de 100% da meta	6	40%
<u>Satisfatório</u>	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	5	33%
<u>Razoável</u>	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	2	13%
<u>Parcial</u>	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	1	7%
<u>Crítico</u>	Crítico - Abaixo de 25% da meta	1	7%

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

Análises por indicador

Indicador 01 - % de óbitos investigados em menores de 1 ano



Análise dos resultados:

Resultado satisfatório, dentro da meta.

Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela comissão de óbitos da URD. O fato de possuir comissão própria sem deficiência de RH é um fator fundamental para o atingimento mensal das metas.

Ponto de atenção para revisão ou descontinuação: Indicadores com estabilidade na taxa máxima de 100%

Comentários da Área técnica:

*“O Comitê de Prevenção e Controle dos Óbitos Materno, Fetal e Infantil do Hospital Materno Infantil de Brasília - CPCOMFI/HMIB **vem mantendo a meta de 100% dos óbitos investigados**. O que demonstra os esforços deste Comitê em manter atualizado, junto à Vigilância Epidemiológica, as investigações dos óbitos para propiciar adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis, por meio da melhoria da assistência.”*

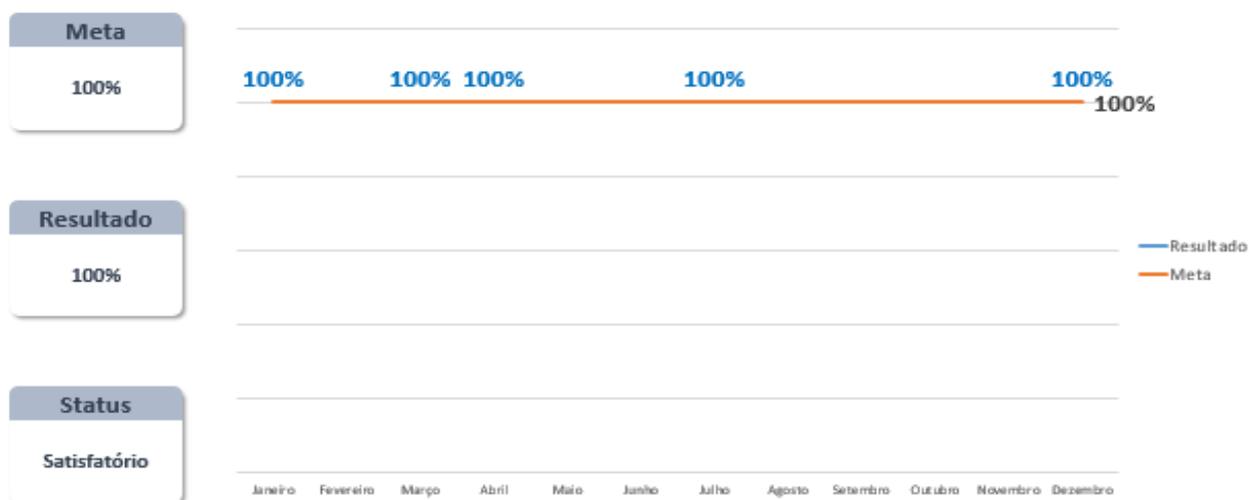
Doc. SEI/GDF 84234721

Comitê de Prevenção e Controle dos Óbitos Materno, Fetal e Infantil do Hospital Materno Infantil de Brasília
SES/HMIB/CPCOMFI

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 02 - Proporção de óbitos maternos investigados



Análise dos resultados:

Resultado satisfatório, dentro da meta.

Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela comissão de óbitos da URD. O Fato de possuir comissão própria sem deficiência de RH é um fator fundamental para o atingimento mensal das metas.

Ponto de atenção para revisão ou descontinuação: Indicadores com estabilidade na taxa máxima de 100%

Comentários da Área técnica:

“O Comitê de Prevenção e Controle dos Óbitos Materno, Fetal e Infantil do Hospital Materno Infantil de Brasília - CPCOMFI/HMIB vem mantendo a meta de 100% dos óbitos investigados. O que demonstra os esforços deste Comitê em manter atualizado, junto à Vigilância Epidemiológica, as investigações dos óbitos para propiciar adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis, por meio da melhoria da assistência.”

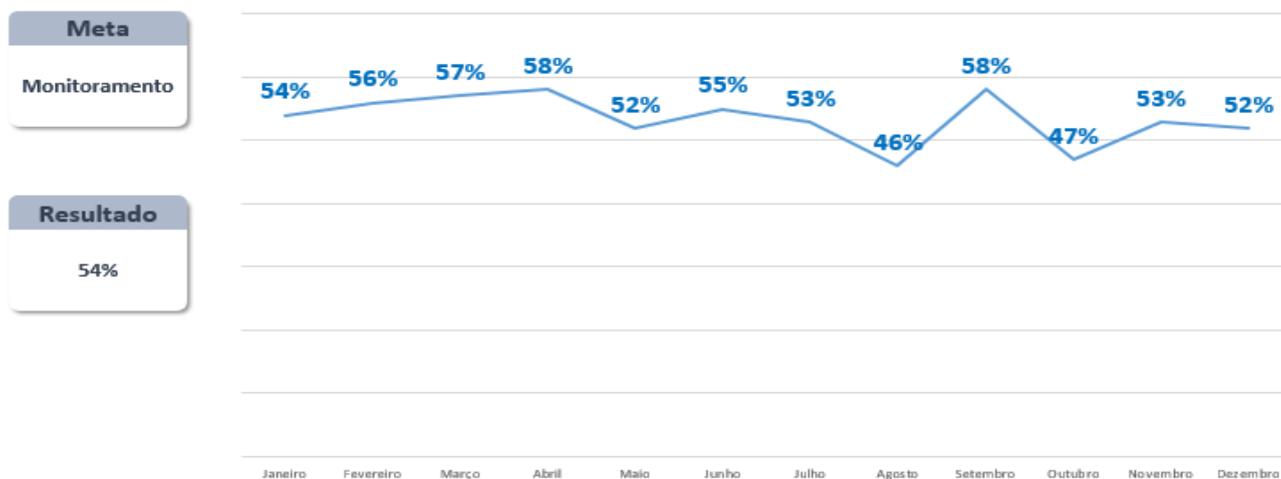
Doc. SEI/GDF 84234721

Comitê de Prevenção e Controle dos Óbitos Materno, Fetal e Infantil do Hospital Materno Infantil de Brasília
SES/HMIB/CPCOMFI

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 03 - % de partos normais



Análise dos resultados:

Apesar do indicador ser de monitoramento para o ano de 2021, o resultado está dentro da meta (satisfatório). Impactado, sobretudo, pelo perfil de URD, referência para pacientes de maior complexidade, como gestações de alto risco, prematuridade extrema e malformações, portanto com maior % de cesarianas.

Comentários da Área técnica:

"Temos no Ano de 2021 o índice de 54%, mantendo-se assim dentro da meta proposta".

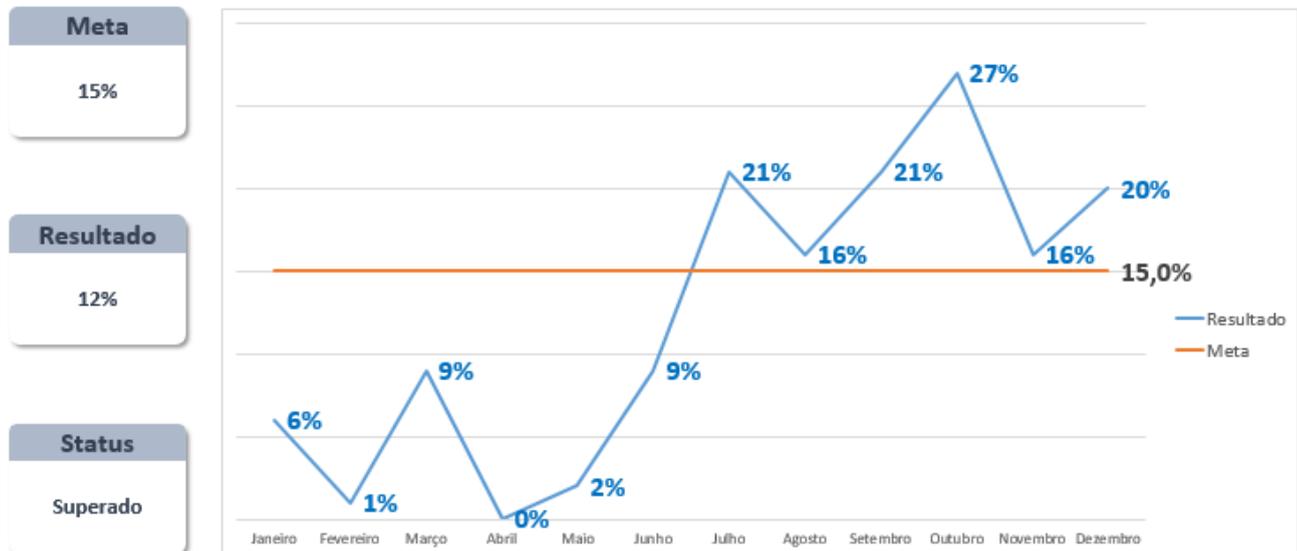
Doc. SEI/GDF 83970361

Unidade de Centro Obstétrico
SES/HMIB/DAS/GACIR/UCOB

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano enviado - Doc. SEI/GDF 83617813
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 04 - Taxa Global de suspensão de cirurgias eletivas



Análise dos resultados:

Considerando a média anual, o resultado foi positivo, meta superada.

Resultado impactado negativamente, no mês de julho, pela infestação de piolhos no centro cirúrgico/HMIB e nos meses de setembro, outubro e dezembro, pelo absenteísmo profissional (anestesistas).

Comentários da Área técnica:

“Consideramos os seguintes pontos referentes ao **RELATÓRIO ANUAL DO ACORDO DE GESTÃO**, especificamente em relação ao Item 4 - Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas - dos Indicadores Pactuado X Resultados (2021):

- A meta estabelecida para este item foi de 15%, e o resultado alcançado foi de 12%, resultado considerado como "superado";
- Porém, observa-se que em alguns meses, o resultado excedeu a meta proposta, fato este explicado por fatores relacionados às condições ambientais do centro cirúrgico do HMIB (Infestação de parasitas "piolho de pombo"), no mês de julho, e devido a fatores relacionados aos recursos humanos, absenteísmo nos meses de setembro, outubro e dezembro, esse fator absenteísmo nesses meses de deveu a problemas de saúde ligados a infecções (pandemia de COVID 19) e problemas de ordem psicológica ligados ao estresse e carga de trabalho”.

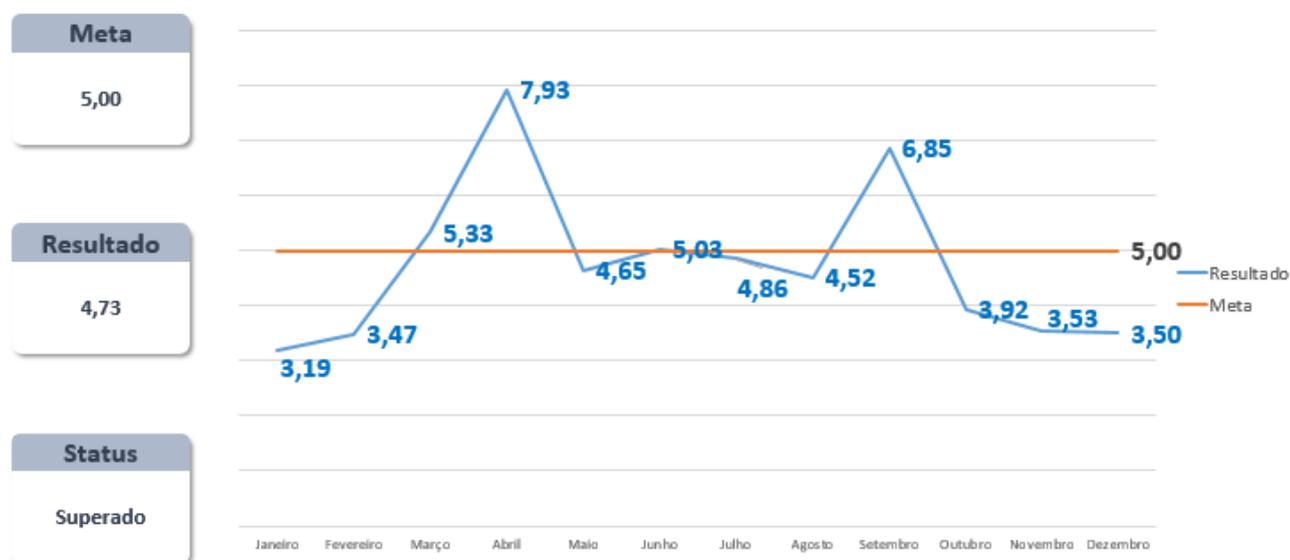
Doc. SEI/GDF 83862420

Gerência de Assistência Cirúrgica
SES/HMIB/DAS/GACIR.

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 05 - Tempo de permanência em leitos de UTI Materna



Análise dos resultados:

Resultado positivo, meta superada.

Especificamente, nos meses de março e setembro, resultado impactado pela assistência de pacientes de perfil geral, de maior complexidade, idosas, com múltiplas comorbidades, além da dificuldade de realizar a transferência dessas pacientes para unidades com suporte adequado, como resposta à pandemia de coronavírus.

Comentários da Área técnica:

“No período de janeiro a dezembro de 2021, o Tempo de Permanência em Leito de UTI Geral foi de 5,6 dias (numerador: Nº de pacientes-dia UTI Adulto Geral e denominador: Saídas internas + Saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências externas) da UTI Adulto Geral”. Fonte Epimed Monitor.

A meta instituída anteriormente de até 5 dias (perfil obstétrico), foi alterada para até 10 dias, uma vez que foi modificado o perfil de pacientes internadas nesta Unidade, passando para UTI Geral, como resposta à pandemia de covid”.

Doc. SEI/GDF 83835861

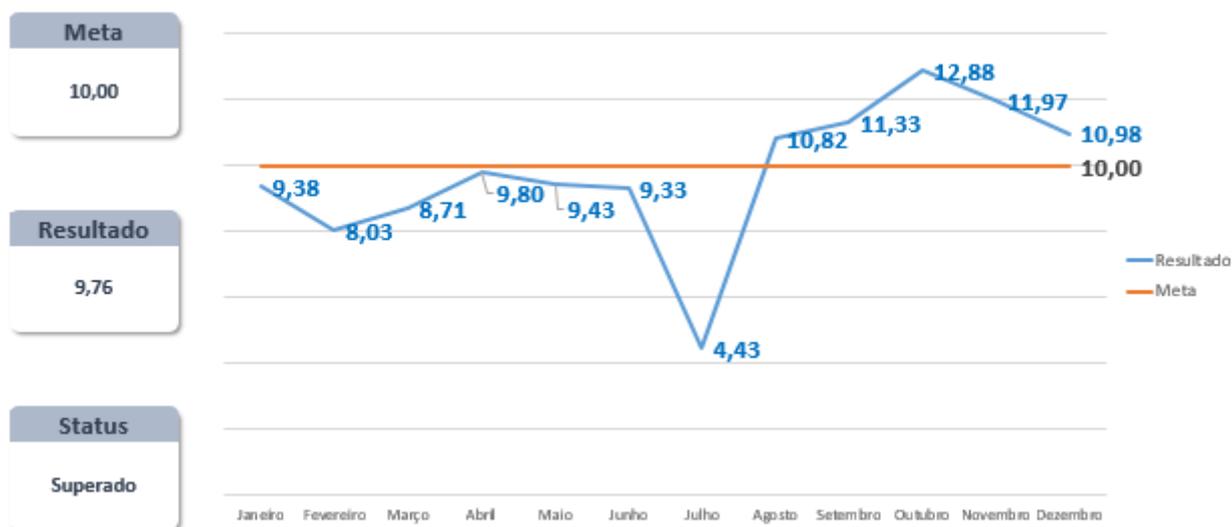
Unidade de Terapia Intensiva Materna

SES/HMIB/DAS/GACL/UTI MATER.

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 06 - Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica



Análise dos resultados:

Resultado positivo, meta superada.

Nos meses de agosto a dezembro, resultado impactado pelo aumento da complexidade dos pacientes, com recuperação mais lenta, além da demora em obter vaga e transferência para o ICDF.

Comentários da Área técnica:

"O referido indicador em 2021 na média anual ficou dentro da meta estabelecida (9,76), porém no segundo semestre de 2021 houve um aumento desse indicador fora da meta, impactado por aumento na complexidade dos pacientes, com patologias de recuperação mais lenta, e demora na obtenção de vaga e conseqüente transferência para realização de cirurgias cardíacas no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal".

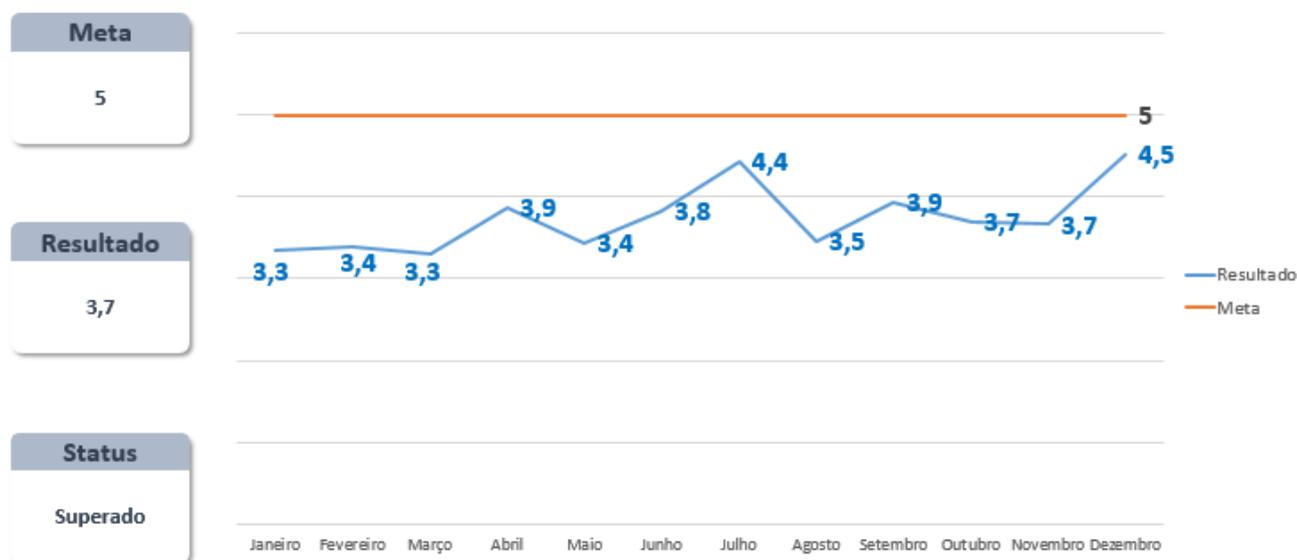
Doc. SEI/GDF 83864849

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
SES/HMIB/DAS/GACL/UTI PED

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 07 - Média de permanência geral



Análise dos resultados:

Resultado positivo, meta superada, considerando a polaridade “quanto menor, melhor”.

Ponto de atenção para revisão ou descontinuação : Indicador sem aplicabilidade prática.

A média de permanência geral não tem aplicabilidade prática pois o resultado é a média de permanência entre todas as unidades, apesar da diferença gritante de perfil delas. A exemplo, citamos a UTI MATERNA que é unidade de alta complexidade e permanência longa, e a Emergência Pediátrica, unidade com baixa complexidade e permanência curta.

Dessa forma, no viés técnico, se recomenda a revisão ou descontinuação do indicador.

Comentários da Área técnica:

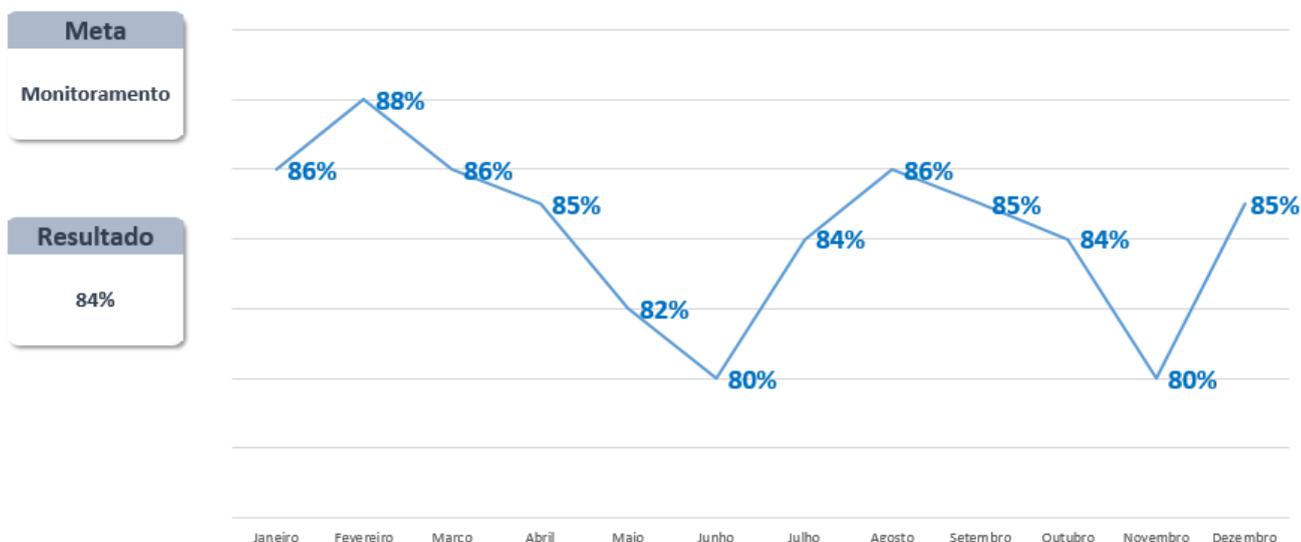
Resultado positivo, meta superada. O indicador é a composição da média de permanência de todas as unidades com leitos clínicos e na média tem resultado satisfatório.

SES/HMIB/DAS/GPMA

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 08 - % de atendimentos (GAE) abertos e classificados



Análise dos resultados:

Resultado satisfatório.

impactado pelo déficit de servidores que impossibilita a classificação de risco no período das 3h às 7h da manhã, além da utilização de hora extra para manter a classificação de risco em alguns turnos.

Ponto de atenção para revisão ou descontinuação: Indicadores com flutuação fixa.

A taxa dos atendimentos classificados é em média 84%, foi observado que falta RH no horário de 03h às 07h. Nesse caso, a flutuação é fixa e a melhoria no indicador convergindo para taxa máxima depende da lotação ou treinamento de RH para atender os horários nos quais foram identificadas as lacunas.

Dessa forma, no viés técnico, se recomenda a revisão ou descontinuação do indicador.

Comentários da Área técnica:

“Considerando que o Acolhimento com Classificação de Risco foi fator de elevada importância no atendimento de pacientes que buscaram a porta de emergência do HMIB no ano 2021, permitindo a priorização do atendimento dos pacientes de extrema gravidade, devido a alta demanda de pacientes.

Ações: Para o ano de 2022, novas ações serão implementadas para que o período que não tem cobertura da Classificação de Risco (03:00 às 07:00) tenha menos ocorrência da falta do profissional enfermeiro capacitado para este fim. Curso de Classificador de Risco em etapas que possam atender o maior número de pessoas interessadas na habilitação, rodas de conversas e orientações com os integrantes atuais do setor e a busca de profissionais com carga horária contratual que tenham interesse em compor a equipe”.

Doc. SEI/GDF 83959063

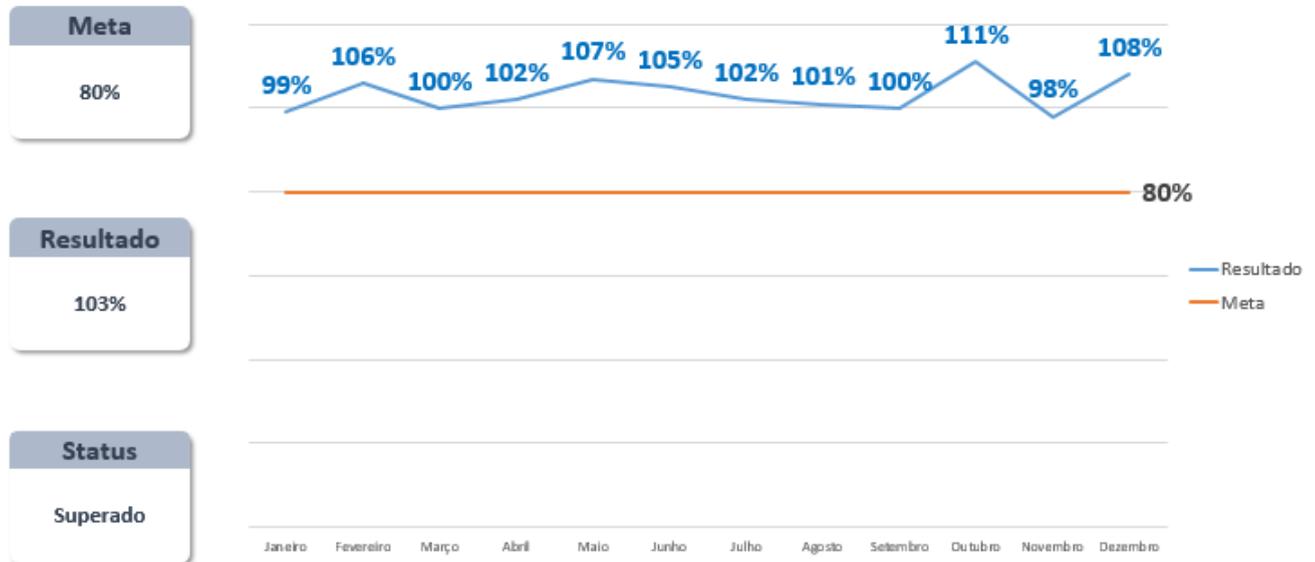
Gerência de Emergência

SES/HMIB/DAS/GEMERG.

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 09 - % de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal



Análise dos resultados:

Resultado positivo, meta superada. Todos os nascidos vivos realizam a triagem auditiva.

Ponto de atenção para revisão ou descontinuação: Indicadores com estabilidade na taxa máxima de 100%.

Comentários da Área técnica:

“No ano de 2021, os dados referentes a TANU –TRIAGEM AUDITIVA UNIVERSAL do HMIB, foram de 103%, todas as demandas foram tratadas com a responsável técnica Carolina Ziller e mensalmente foi enviado ao GPMA os números oficiais da triagem auditiva, sendo alguns dados retratados após a rotineira assumir. (O número da triagem ultrapassa os 100% pois atendemos pacientes oriundos de outras regionais e da rede particular de saúde).

Todos os recém-nascidos são triados, sendo realizada nos 7 dias da semana. Recém-nascidos sem indicadores de risco realizam o Teste da Orelhinha com emissões otoacústicas, e recém-nascidos com IRDA realizam com PEATE.

Também existe uma demanda de pacientes que falham na triagem e que precisam realizar o reteste, sendo estes atendidos de segunda a sexta.

Para sanar as dificuldades, foram propostas algumas medidas como:

- Rotineira da triagem auditiva com competências pré-estabelecidas
- Check list da rotina da triagem - passado para todos os profissionais fonoaudiólogos que atuam realizando a triagem auditiva
- Planilha com estatística de testes
- Manutenção dos equipamentos (realizado PEATE em setembro de 2021, equipamentos de EOA em novembro de 2021)
- Busca ativa de recém-nascidos que irão para adoção e encaminhados diretamente para unidade de pediatria. (Ainda não está em prática)
- Check list na capa da caderneta com a conferência dos testes de triagem realizados (ainda não está em prática) “.

Doc. SEI/GDF 83897612

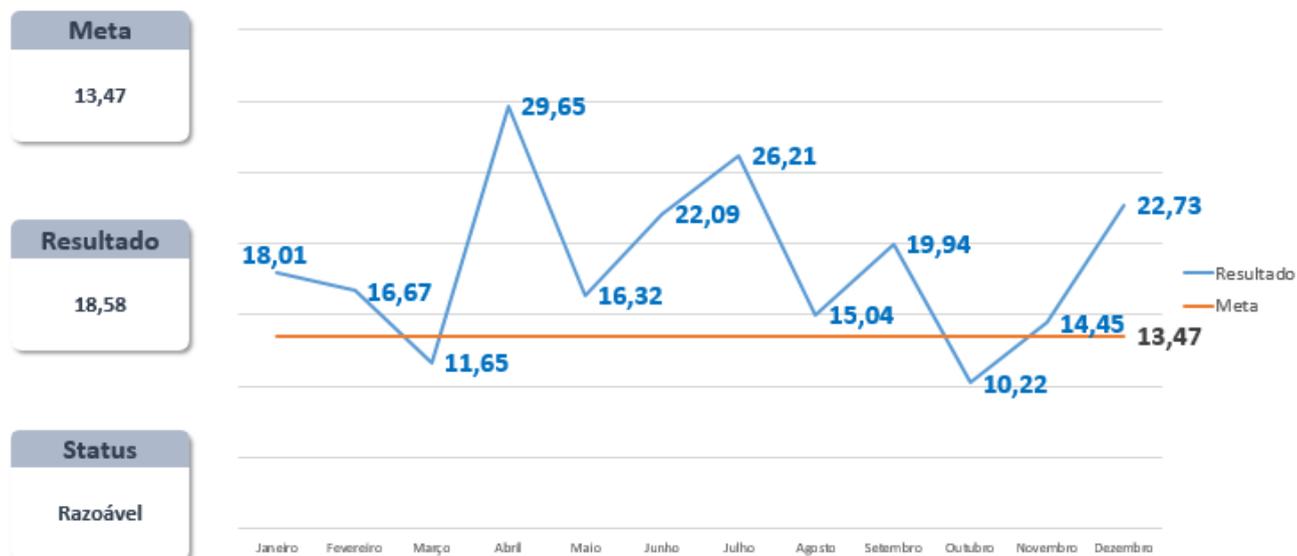
Gerência de Assistência Multidisciplinar

SES/HMIB/DAS/GEAM.

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 10 - Taxa de Densidade de Infecção - IPCS na UTI Neonatal



Análise dos resultados:

Resultado abaixo da meta.

Fatores como a elevada complexidade dos pacientes, déficit de profissionais, aumento do absenteísmo, escassez de insumos e inconsistências no abastecimento de cateteres, álcool, desinfetantes, swabs, luvas, antibióticos, entre outros, impactaram e contribuíram para os níveis elevados de IPCS.

Comentários da Área técnica:

“Durante o ano de 2021, as taxas de infecção de corrente sanguínea associada à cateter venoso central na UTI neonatal ficaram acima do pactuado. Os níveis elevados de IPCS na unidade podem ser justificados pela de alta complexidade dos pacientes, associado a períodos frequentes de superlotação, associado ao déficit de profissionais, escassez de insumos e materiais adequados para a assistência do recém-nascido como cateteres profundos de inserção periférica (PICC), álcool, desinfetantes, luvas, seringas, entre outros. Os dois picos de infecção em abril e julho de 2021 foram causados por surtos de infecção relacionada à assistência à saúde. Após esses episódios foram iniciados treinamentos da equipe, implementação de lista de verificação de inserção de cateteres e adequações de pessoal ao número de leitos na unidade com objetivo de tentar reduzir as taxas de infecção”.

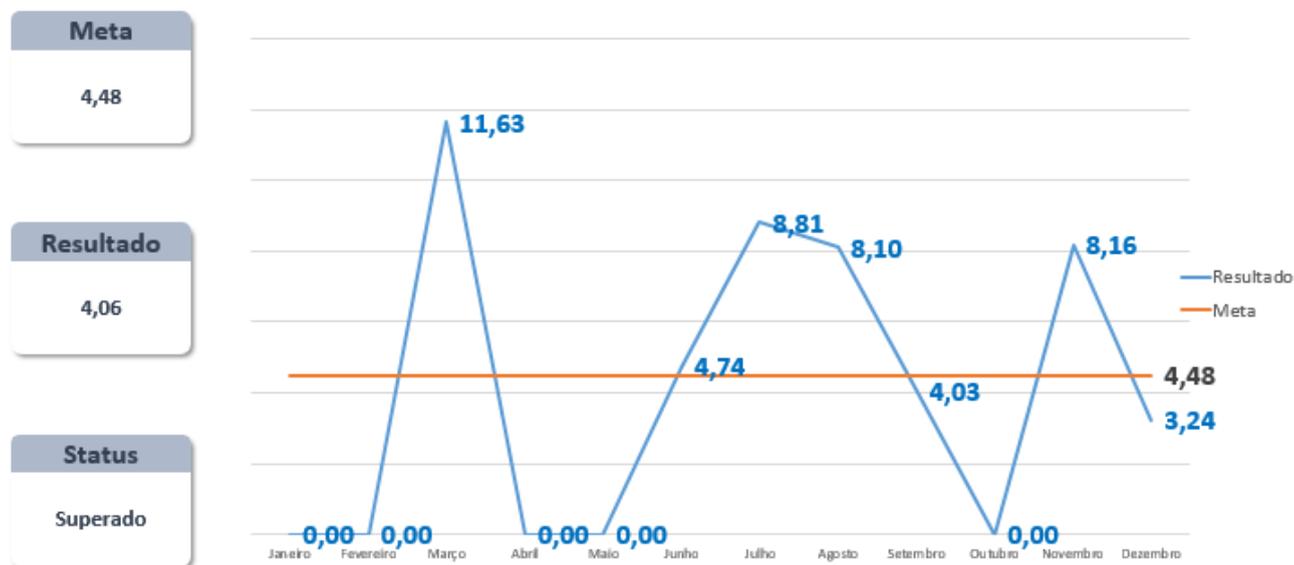
Doc. SEI/GDF 83668775

Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar
SES/HMIB/NCIH.

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano enviado - Doc. SEI/GDF 82268682
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 11 - Taxa de Densidade de Infecção - IPCS na UTI Pediátrica



Análise dos resultados:

Resultado positivo, meta superada.

Fatores como a elevada complexidade dos pacientes, déficit de profissionais, aumento do absenteísmo, escassez de insumos e inconsistências no abastecimento de cateteres, álcool, desinfetantes, swabs, luvas, antibióticos, entre outros, contribuíram para os níveis elevados de IPCS em alguns períodos.

Comentários da Área técnica:

“Durante o ano de 2021, as taxas de infecção de corrente sanguínea associada à cateter venoso central na UTI pediátrica flutuaram durante alguns meses relacionada à alta complexidade dos pacientes e aumento do absenteísmo, associado à pandemia de COVID-19, gerando uma redução do pessoal, além de inconsistências no abastecimento de insumos e materiais no decorrer do ano com impacto no controle de infecção. Mesmo com essas dificuldades, alcançamos a meta pactuada”.

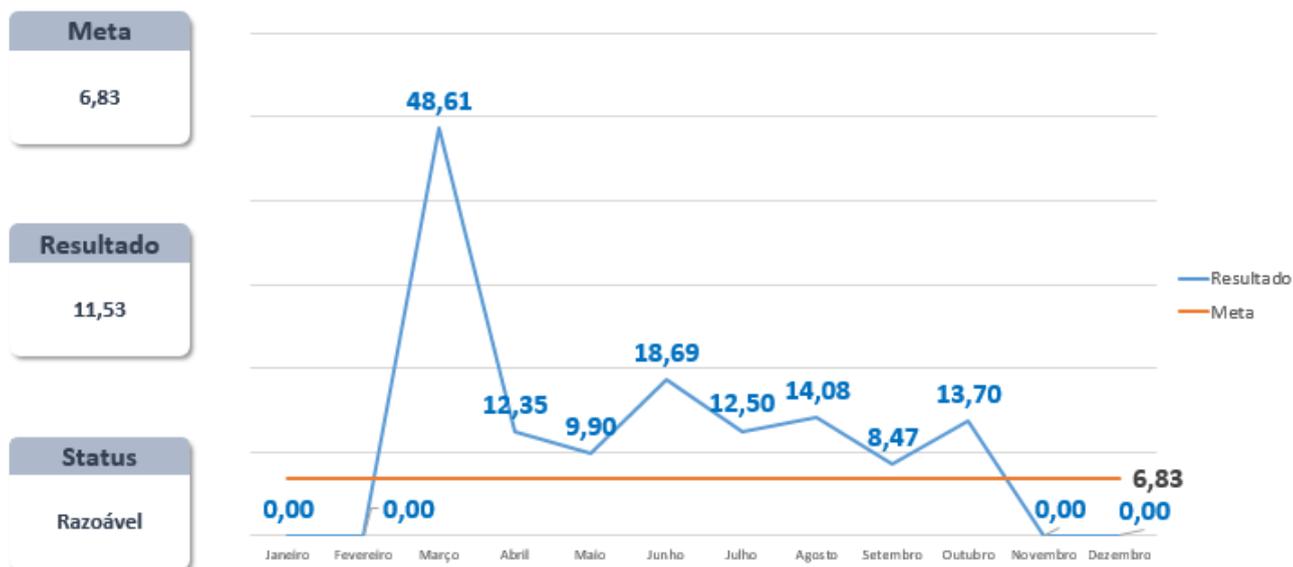
Doc. SEI/GDF 83668775

Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar
SES/HMIB/NCIH.

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano enviado - Doc. SEI/GDF 82268682
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 12 - Taxa de Densidade de Infecção - IPCS na UTI Materna



Análise dos resultados:

Resultado razoável, impactado pela assistência de pacientes de maior complexidade, de perfil geral, com doenças crônicas e várias comorbidades, vindas de outras regionais, demandando o uso de vários dispositivos invasivos, em resposta à pandemia de covid.

Outros fatores, como aumento do absenteísmo, escassez de insumos e inconsistências no abastecimento de cateteres, álcool, desinfetantes, swabs, luvas, antibióticos, entre outros, contribuíram para os níveis mais elevados de IPCS.

Comentários da Área técnica:

“Durante o ano de 2021, houve um aumento nas taxas de infecção de corrente sanguínea associada à cateter venoso central na UTI Materna a partir do mês de março, quando a UTI começou a receber pacientes de alta complexidade de outras unidades, com diversas comorbidades, uso de dispositivos invasivos e colonizados por bactérias multirresistentes, um perfil diferente ao que era preconizado para a UTI, como parte da resposta à pandemia de COVID-19 no Distrito Federal. Concomitante a esse aumento nas taxas de infecção, foi iniciado uma série de treinamentos para as boas práticas de controle de infecção e adequação do quantitativo de pessoal e material na UTI, com redução gradual das taxas de infecção até níveis abaixo dos valores aceitáveis pactuados nos últimos dois meses do ano de 2021”.

Doc. SEI/GDF 83668775

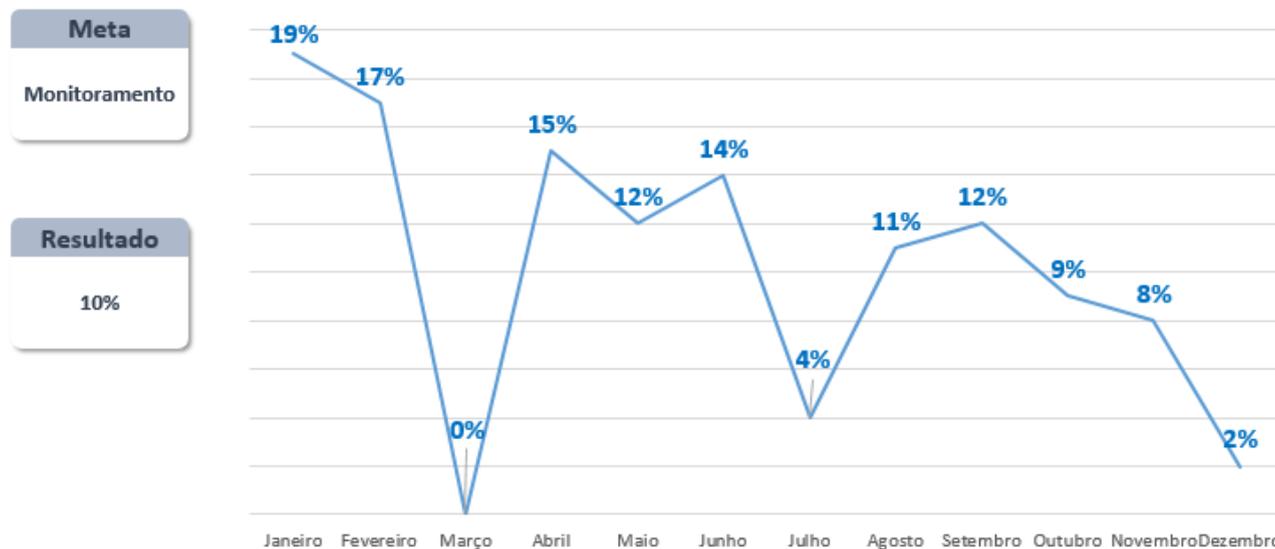
Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar

SES/HMIB/NCIH.

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano enviado - Doc. SEI/GDF 82268682
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 13 - % de acesso para 1ª consulta para reprodução humana



Análise dos resultados:

Resultado abaixo do esperado, impactado pelo expressivo aumento de pacientes na fila de espera, inseridos pelos serviços das regiões de saúde, sob critérios variados e que ainda aguarda a implantação de padronização, além de baixa oferta de vagas devido a déficit profissional.

Ponto de atenção para revisão: Indicador sem estabilidade pois a área técnica não tem governabilidade sobre a fila de espera. Recomendamos que o indicador seja revisado mantendo apenas a quantidade de atendimentos em 1ª consulta, pois este serviço é de total controle da área/unidade.

Comentários da Área técnica:

"- A falta de regulação adequada , segundo nota técnica determinada pela SES, a qual discrimina o perfil de pacientes que se encaixam nos protocolos de atendimento em reprodução assistida do HMIB, dificulta o nosso atendimento. Muitas destas pacientes não possuem possibilidade de realizar o tratamento.

- Nossa equipe de médicos encontra-se reduzida para este atendimento de primeira vez. Alertamos que apenas um staff, neste momento, no ano de 2022, está com a responsabilidade dos atendimentos em reprodução humana. Solicitamos encarecidamente a readequação de novos participantes da equipe.

A Reprodução Humana sempre foi o maior atendimento do hospital conforme a própria estatística da GIR

O Indicador do setor de reprodução assistida (% de acesso para 1ª consulta para reprodução humana) em 2021 indica zero atendimento no mês de março Solicitamos a adequada revisão desse processo. Nem mesmo durante a pandemia deixamos de atender os ambulatorios. Pedimos ainda que o ambulatório da Dra. Cinara de Climaterio , fosse direcionado para atendimento das pacientes de Reprodução Humana de 1ª vez, e momentaneamente as pacientes de 2ª consulta permaneceriam até que esse atendimento fosse adequadamente redirecionado , permanecendo apenas aquelas pacientes que necessitam de atendimento especializado. "

Doc. SEI/GDF 83948570

Comissão de Reprodução Humana do Hospital Materno Infantil de Brasília SES/HMIB/CRH

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano recebido.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 14 - Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal



Análise dos resultados:

O indicador é de monitoramento no ano de 2021. Resultado positivo, com média de 21,7 dias.

De modo geral, o tempo de permanência na UTI Neonatal está dentro dos patamares esperados para este perfil de UTI (NEONATAL), que está na média de 20 dias. A média anual de 21,7 dias é resultado dentro dos parâmetros de UTIs Neonatais. A pequena flutuação para cima, foi impactada pelos 02 maiores resultados, nos meses de janeiro (25,80), abril (25,10), agosto (29,85) e dezembro (29,81), que extrapolaram o tempo máximo esperado de 20 dias. Esses meses com resultados atípicos foram ocasionados por recém nascidos que levaram maior tempo para recuperação.

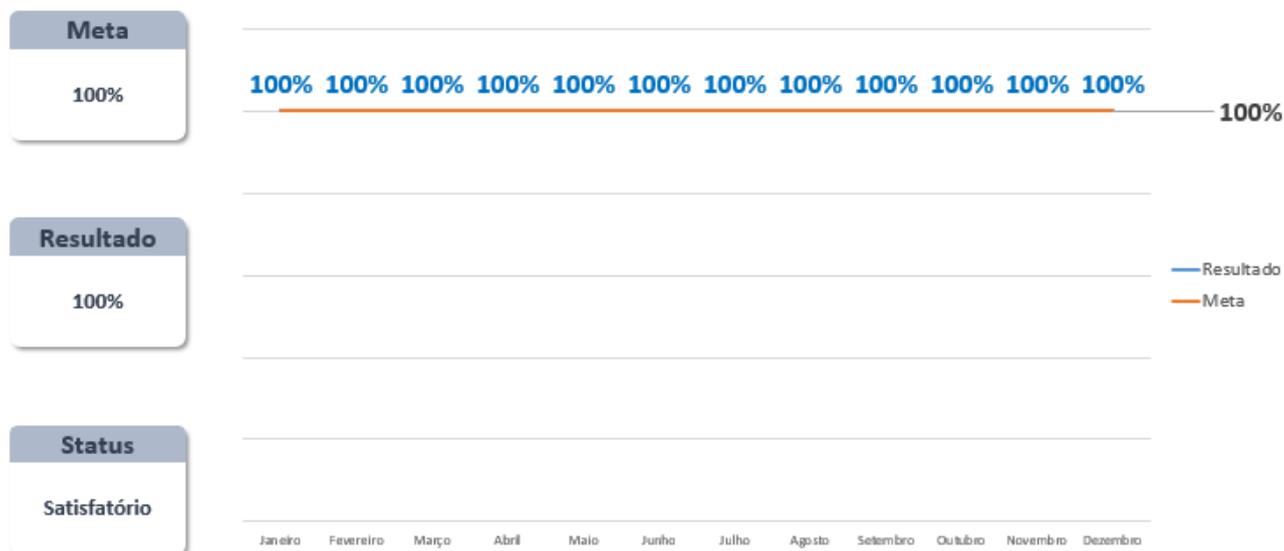
Comentários da Área técnica:

" Pacientes cirúrgicos costumam necessitar internações por um período de 3 a 4 meses. Nos meses tivemos maior número de nascimentos de pacientes cirúrgicos" (RTA UTI NEO - 27/04/22).

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 15 - % de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na HMIB



Análise dos resultados:

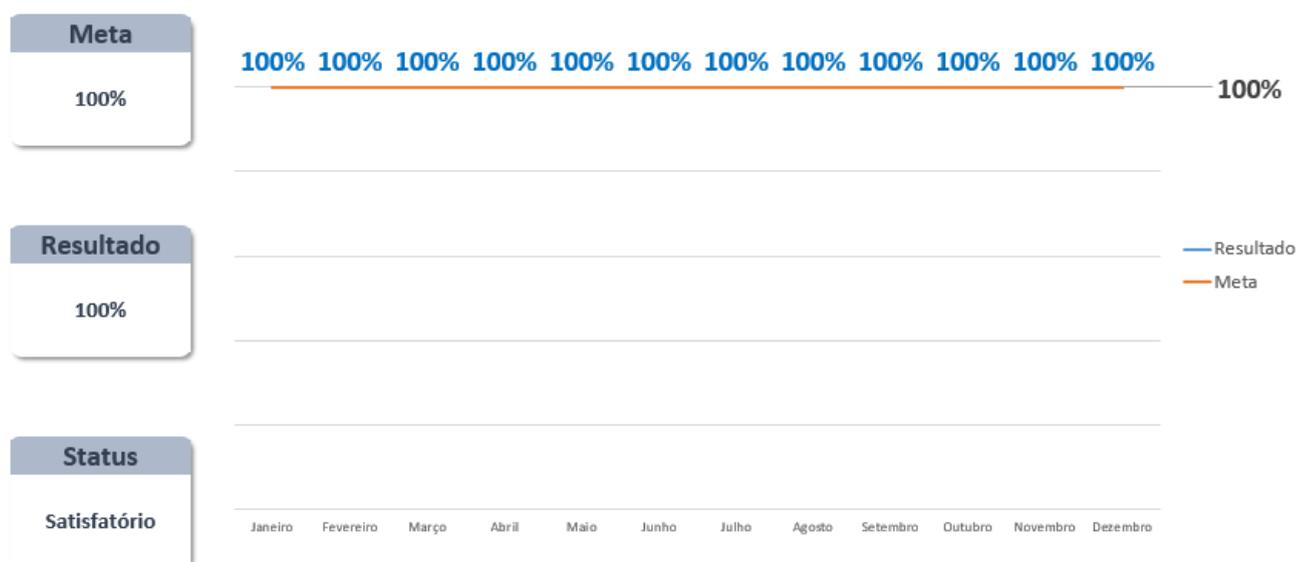
Resultado satisfatório, dentro da meta.
Todos os leitos são regulados no SISLEITOS.

Ponto de atenção para descontinuação: Indicador com estabilidade na taxa máxima de 100%, todos os leitos estão regulados, sem necessidade de monitoramento / indicador.

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 16 - % de especialidades cirúrgicas eletivos regulados



Análise dos resultados:

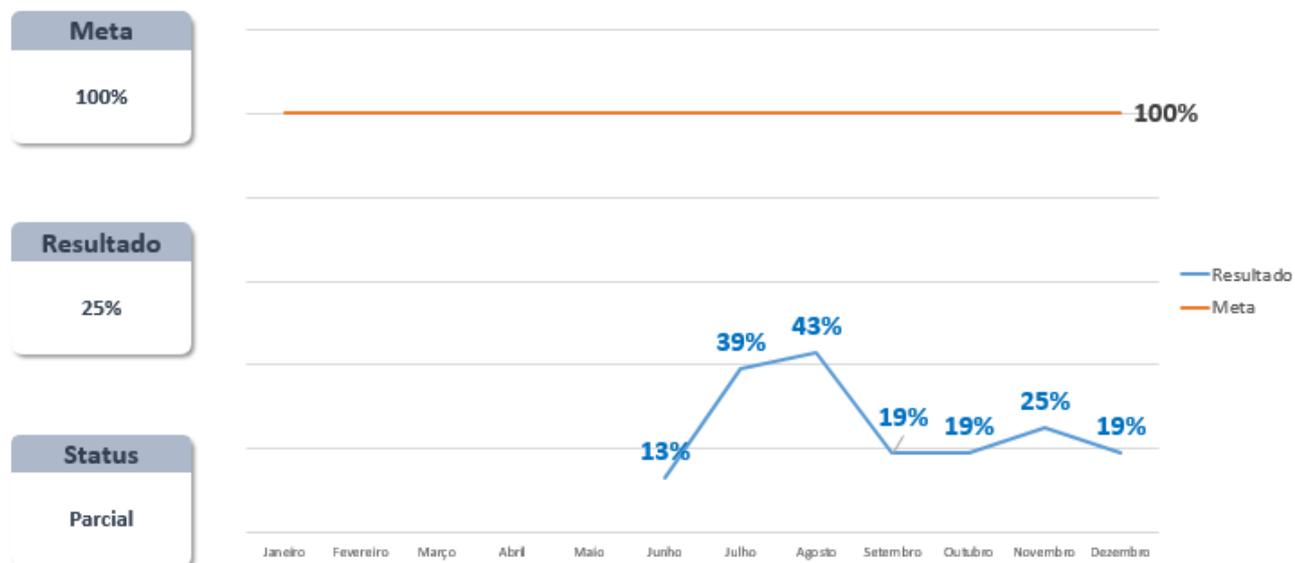
Resultado satisfatório, dentro da meta.
Todas as especialidades cirúrgicas são reguladas.

Ponto de atenção para descontinuação: Indicador com estabilidade na taxa máxima de 100%, todas as especialidades cirúrgicas são reguladas, sem necessidade de monitoramento / indicador.

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 17 - Índice de fechamento de chave



Obs: Não houve fechamento de chaves no período de janeiro a maio (GIR/HMIB).

Análise dos resultados:

- Resultado negativo. Impactado pela dificuldade da equipe assistente fechar as chaves, seja pelo excesso de trabalho, desconhecimento do passo a passo para realizar a tarefa ou pelo impedimento em acessar o SISREG, por instabilidade frequente;
- Em abril/2021 houve mudança na gestão da GPMA/HMIB, que passou a visitar os profissionais para entender as dificuldades existentes. Foi feito um diagnóstico com fatores que impactaram no baixo desempenho desse indicador;
- Em reuniões com GCR/SES foi sugerido a troca do nome do indicador para melhor significar a ação realizada pelo profissional. **Foi sugerida alteração do nome "Índice de Fechamento de Chave" para "Índice de Consultas Confirmadas (no sistema SISREG)"**, dessa forma o novo nome do indicador representaria exatamente a ação esperada, tornando mais amigável o entendimento do indicador, uma vez que carrega na própria nomenclatura a ação que se espera do profissional;
- Comparando com o resultado de 2020 é perceptível que houve melhoria no indicador, pois nesse período o indicador registrou 0 (zero) fechamentos de chaves mês a mês e sem a registro de nenhuma análise (mensal ou anual). A problemática está contida no Anexo 03.

Comentários da Área técnica:

- Será necessário intensificar o processo de conscientização da equipe sobre o monitoramento do indicador, sua importância para a gestão e treinamento da equipe para realizar a tarefa.

Unidade de Medicina Interna

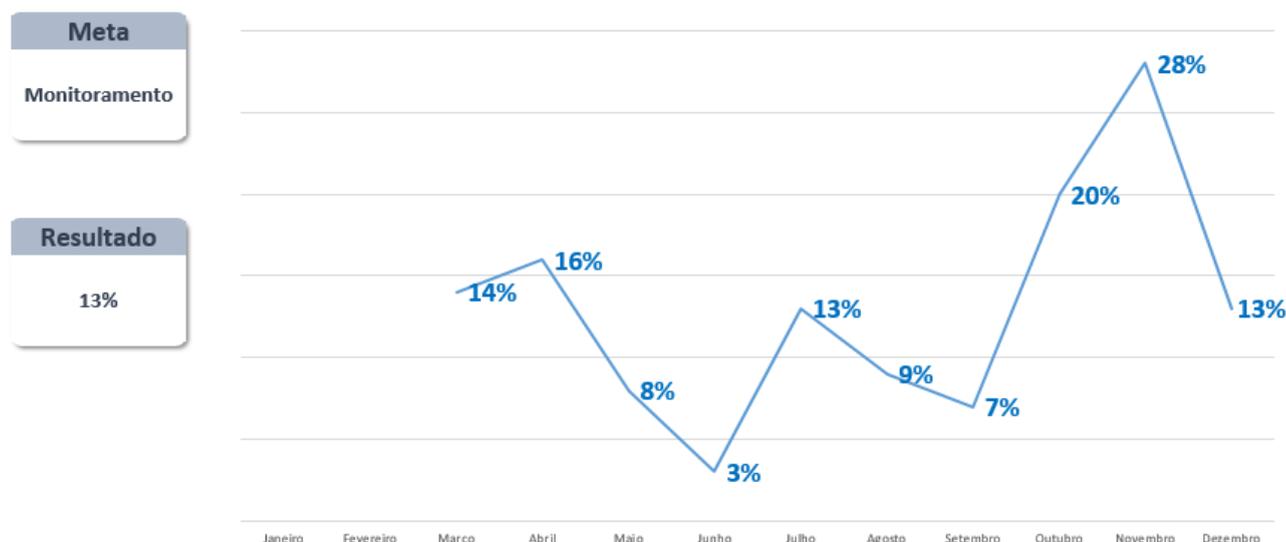
SES/HMIB/DAS/GACL/UMEI

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano enviado - Doc. SEI/GDF 82268682
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Problemática do indicador: Índice de Fechamento de Chave (vide Anexo 03)

Indicador 18 - % de acesso à primeira consulta odontológica especializada



Obs: O serviço passou a ser regulado somente em Março/2021

Análise dos resultados:

Resultado abaixo do esperado, impactado pela falta dos pacientes às consultas, sobretudo pela dificuldade de contato e de deslocamento dos mesmos.

Comentários da Área técnica:

“O indicador número 18 refere-se ao comparecimento às primeiras consultas, via SISREGIII. Ele engloba o somatório das confirmações nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e PNE (Pacientes com Necessidades Especiais), em relação a quantidade de vagas ofertadas nestas especialidades.

Em 2020, através do processo SEI 00060-00509744, circular 7 (56280844), definiu-se a regulação do HMIB, com as respectivas pactuações. Lembrando que o HMIB atende crianças e mulheres e que a odontologia não tem captação de pacientes diretamente na atenção primária por ser uma URD.

Desde o início da implementação percebemos uma queda na quantidade de atendimento e informamos através do SEI 00060-00211522/2021-54. Nossas vagas no SISREG visam em sua grande parte o panorama 2, com pactuação prioritariamente com a região norte (que tem a maior fila de espera) Acreditamos que este absenteísmo deve-se a dificuldade em contactar os pacientes e também a grande distância de deslocamentos até o HMIB.

No final de 2021, através do SEI 00060-00572839/2021-64, recebemos uma alerta de não cumprimento das metas do CEO. Informamos todas as dificuldades encontradas pelo não comparecimento dos pacientes como disponibilidade dos profissionais.

Para a melhoria do indicador sugerimos pactuação com regiões mais próximas, e inserção dos nossos encaminhamentos internos no SISREG via panorama 1 ” (e-mail)

“Percebemos que enfrentamos várias situações que necessitam ser resolvidas, como o absenteísmo. Precisamos rever estas questões para aumentar o comparecimento do usuário à primeira consulta e conseqüente adesão ao tratamento. A melhora na saúde bucal representa melhora na saúde sistêmica e na qualidade de vida da população.”

(Doc. SEI/GDF 84237483)

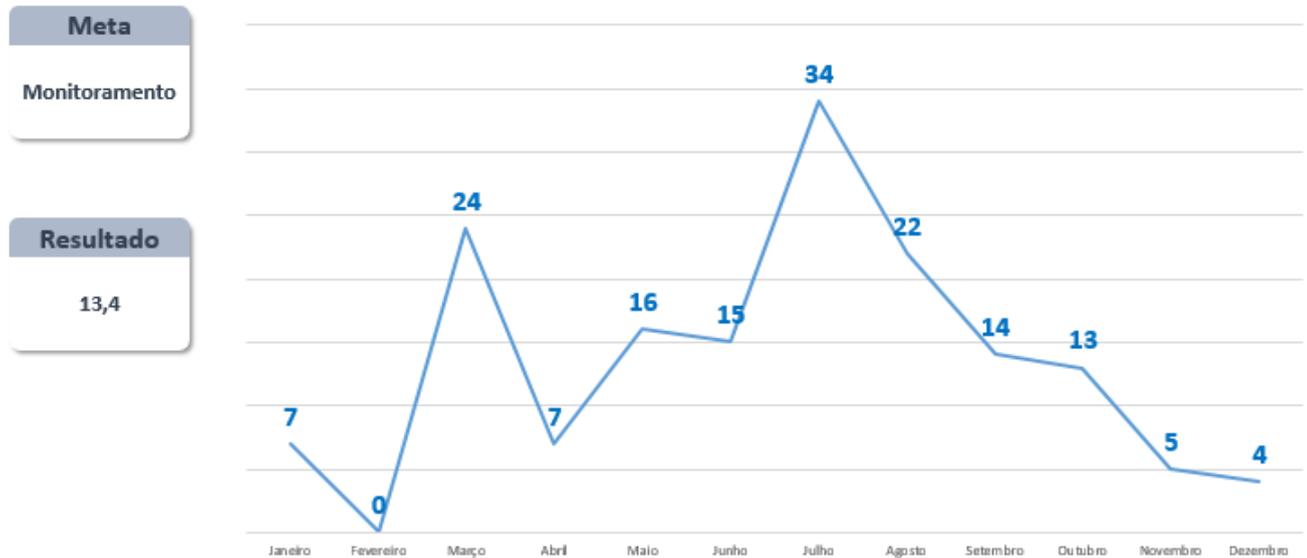
Unidade de Odontologia

SES/HMIB/DAS/GACIR/UOD

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano enviado (Via formulário interno GPMA/HMIB)
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 19 - Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente



Análise dos resultados:

Apesar da meta ser apenas o monitoramento, o resultado foi abaixo do esperado.

Impactado pela pandemia de coronavírus, com foco nas ações de controle da emergência em saúde, além da divergência dos dados informados, sempre a menor, pela SVS/SES-DF.

Comentários da Área técnica:

“Esse é um indicador com pouco controle, e com foco na falha de processo. Um número absoluto de incidentes indesejáveis ao paciente e que queremos que ocorra menos, porém queremos que seja mais notificado. Dependemos da notificação do servidor. Ele continuará a ser coletado sempre, pois é uma atribuição importante do núcleo realizar a notificação e tratativa desses incidentes, porém não se mostra positivo e estimulante para equipe. Por isso sugiro que ele esteja no controle interno hospitalar e como indicador para o acordo de gestão, sugiro (a substituição por outros) indicadores que impactam positivamente a assistência prevenindo esses eventos, e que se mostram ser de melhor controle e estimulantes para a equipe. “

(Doc. SEI/GDF 84203010)

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

SES/HMIB/NQSP

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano enviado - Doc. SEI/GDF 82268682
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 20 - % de leitos com implantação do sist. de distribuição por dose individualizada

Meta
Monitoramento

62% 62% 62% 62% 62% 62% 62% 62% 62% 62% 62% 62%

Resultado
62%

Janeiro Fevereiro Março Abril Maio Junho Julho Agosto Setembro Outubro Novembro Dezembro

Análise dos resultados:

Resultado inalterado em relação ao ano anterior.

Sem expansão de leitos atendidos pelo sistema de distribuição de dose individualizada. Impactado pelo déficit de servidores na farmácia que impede a ampliação do serviço para as Unidades de UTI Neonatal, UCIN e ALCON.

Comentários da Área técnica:

" (...) Atualmente, o sistema de distribuição atende às seguintes unidades do HMIB: Pediatrias A e B, DIP, CIPE, UTI Pediátrica, UTI Adulto, Policlínica e Alto Risco. A Unidade de Emergência Pediátrica dispõe da "Farmácia Satélite", que também deverá ser implantada na Emergência do CO e no Centro Cirúrgico, porém ainda não há recursos humanos suficientes para atender esta demanda.

Hoje este NFH depende de mais de 700 horas mensais de Trabalho por Período Determinado (TPD) dos cargos de Técnicos e Analistas em Gestão e Assistência à Saúde Pública para desempenhar demandas atuais. Ao expandir esta distribuição, é necessário estudo de dimensionamento adequado para que não haja prejuízo. A função destes cargos é determinante ao atingimento da meta estimada para 2022.

A taxa verificada no ano de 2021 de atendimento por dose individualizada foi de aproximadamente 61% dos leitos disponíveis no HMIB. A meta estabelecida para o ano de 2022 é de 70%, o que significa aumentar o atendimento a pelo menos 30 (trinta) leitos.

As Unidades passíveis de implantação desse sistema são: UTI NEONATAL, UCIN E ALCON.

Considerando que a UTI Neonatal deste nosocômio é a maior e é também a unidade de referência em prematuridade no DF, este núcleo se compromete em estudar o dimensionamento, as viabilidades, bem como, realizar testes logísticos para o atingimento desta meta expandindo para os leitos da UTI Neonatal, pois esta medida trará benefícios indiscutíveis à segurança do paciente e da assistência. "

(Doc. SEI/GDF 83847078)

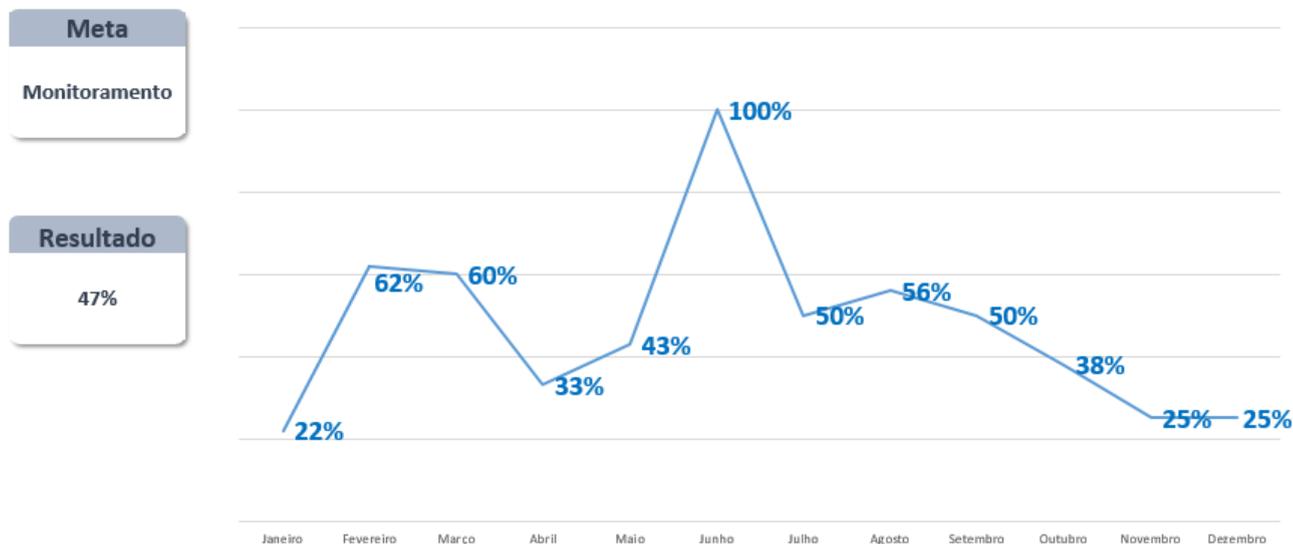
Núcleo de Farmácia Hospitalar

SES/HMIB/DA/GAO/NFH.

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 21 - Índice de Resolutividade das demandas registradas no OUV-DF



Análise dos resultados:

Considerando que o indicador é de monitoramento e que seu resultado de 2021 ficou com a média de 47%, não está elencado como um indicador crítico. O resultado está diretamente relacionado à ação do usuário em reportar, via sistema de ouvidoria GDF, informando se a demanda foi atendida, e nem sempre isso acontece, mesmo nos casos em que a solicitação é atendida na íntegra. O fato da URD não ter governabilidade sobre a evolução do resultado sugere que ele seja ajustado ou substituído na próxima matriz "Jun-2022 a 2023".

Comentários da Área técnica:

"...No ano de 2021, houveram 430 reclamações, 47 solicitações, 29 informações, 03 sugestões e 85 elogios, formalizados pelos canais ativos de comunicação.

No quesito Resolutividade, no período de 01/01/2021 à 31/12/2021, das 105 manifestações avaliadas pelos usuários, 57 foram classificadas como "Não Resolvidas" e 48 como "Resolvidas".

Ao final do ano de 2021, o índice de resolutividade desta ouvidoria ficou em 54%, o índice de satisfação com o serviço de Ouvidoria ficou em 73%, o índice de Recomendação 89%, a Satisfação com o Atendimento 80%, e a satisfação com a Resposta 50%.

Destacamos que no segundo semestre do ano de 2021, o Hospital Materno Infantil, Drº Antonio Lisboa, suspendeu as cirurgias eletivas por falta de profissional anestesista, o que acarretou de forma acentuada no comprometimento do índice de satisfação do usuário. Podemos pontuar também a demora no tratamento em Reprodução Humana e o atendimento nas emergências pediátricas e obstétricas que também se destacam no índice de resolutividade. (....) "

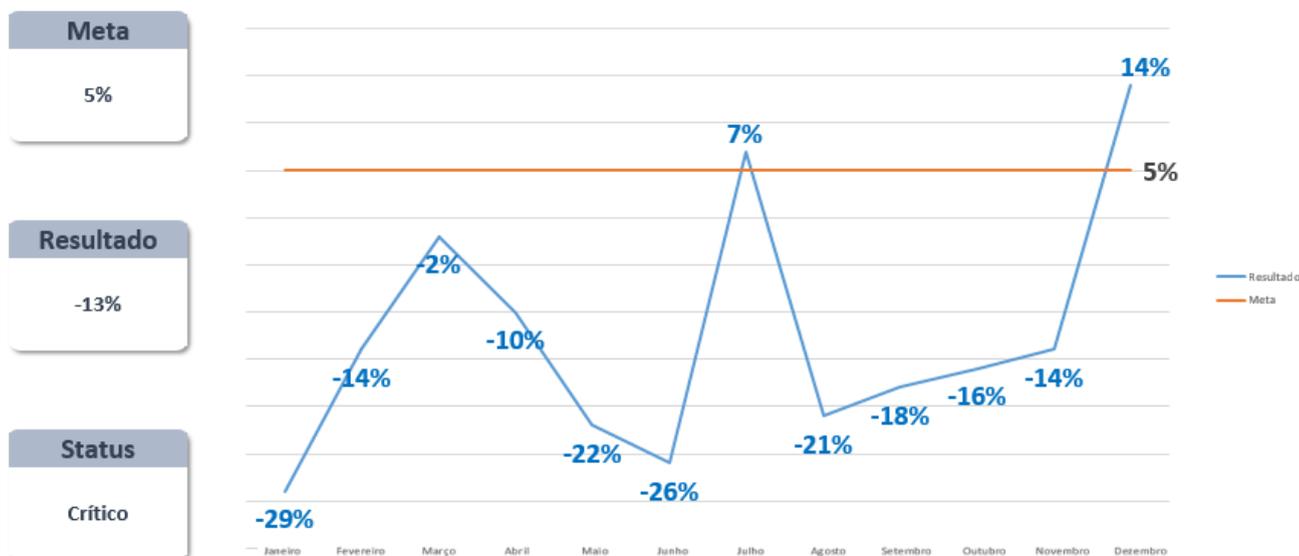
(Doc. SEI 83876434)

Ouvidoria SES/HMIB/OUVIDORIA

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano enviado - Doc. SEI/GDF 82268682
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 22 - % faturado no tipo de financiamento MAC



Análise dos resultados:

Resultado negativo, no entanto, se traçando linha de tendência estatística, se percebe que há uma curva ascendente e que cronologicamente após a queda em agosto, a área técnica tem mostrado evolução, que inclusive já se manteve até fevereiro de 2022 (ainda na finalização do presente relatório). A projeção apontada pela linha de tendência e sua confirmação até fev/22 mostra que o resultado médio é negativo, mas a tendência é positiva.

Impactado pelo déficit de pessoal, além do absenteísmo de servidores no NCAIS. O NCAIS tem buscado melhorar seu processo de trabalho para acompanhar com mais precisão os fechamentos mensais e aumentar o controle da produção mensal. A partir de setembro/2021 os resultados foram ascendentes e estáveis.

Comentários da Área técnica:

“Tivemos um resultado crítico em 2021 no indicador 22 - faturamento MAC, devido a alguns fatores:

- *De janeiro a junho de 2021 ainda realizávamos o trabalho manual: 1 mesma AHI passava pelas mãos de 3 servidores para ser finalizada. Durante este período tivemos aposentadoria de uma servidora de 40h e licenças médicas (absenteísmo) que impactaram nos resultados, pois a AHI era digitada manualmente e demandava muita força de trabalho;*
- *Em junho iniciamos aos poucos o faturamento no WEBSUS e em julho conseguimos atingir a meta, porém nos meses subsequentes tivemos novas quedas, ainda impactadas por absenteísmo e mais uma aposentadoria de 40 horas. Apenas em dezembro de 2021 conseguimos uma recuperação do índice, quando do retorno dos servidores em licença médica e do início do monitoramento do trabalho por meio de planilha de controle e com metas diárias de produtividade por servidor”.*

Doc. SEI/GDF GDF 83618763

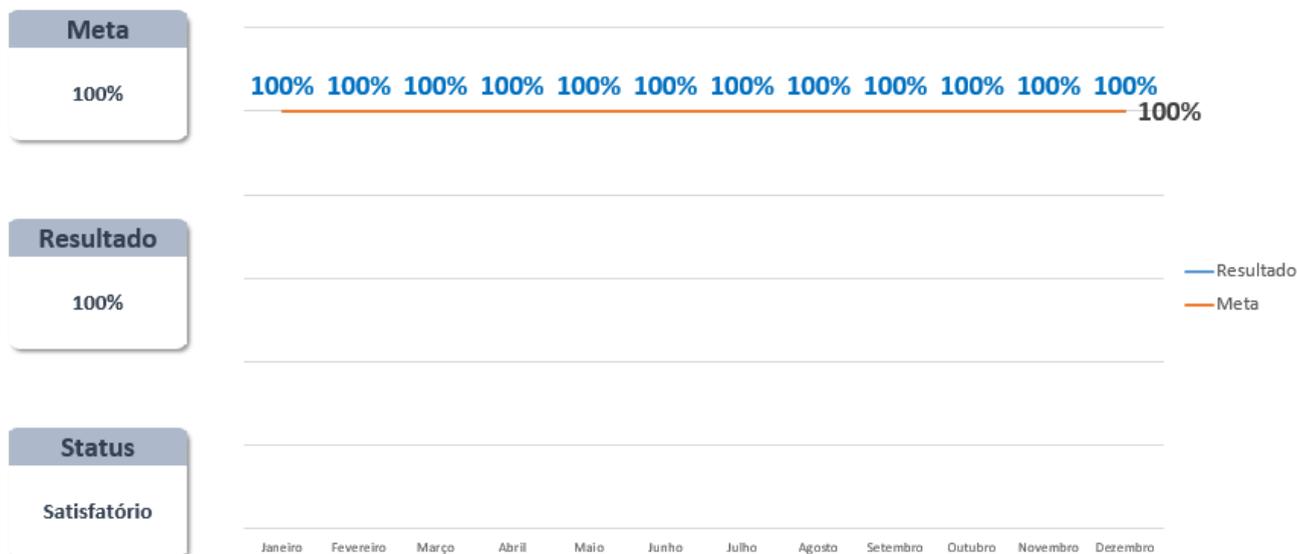
Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS

SES/HMIB/DAS/GPMA/NCAIS

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano enviado - Doc. SEI/GDF 82268682
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 23 - % de desempenho da gestão de custos



Análise dos resultados:

Resultado satisfatório com metas alcançadas mensalmente.

Comentários da Área técnica:

Ratifica que as metas são mensalmente alcançadas em 100%

Doc. SEI/GDF 83822783

Núcleo de Gestão de Custos
SES/HMIB/DAS/GPMA/NGC

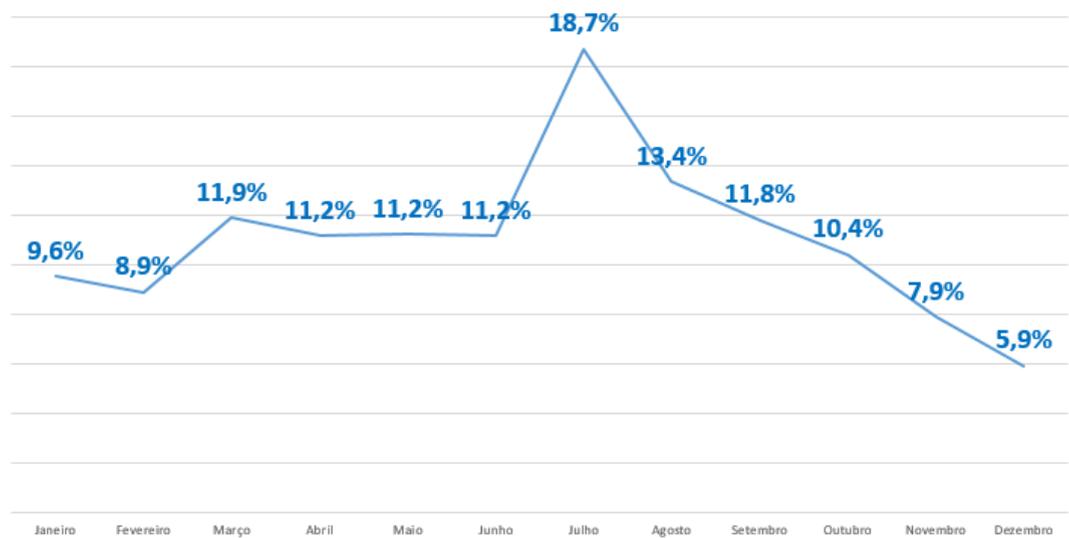
PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Indicador 24 - Taxa de Absenteísmo

Meta
Monitoramento

Resultado
11,0%



Análise dos resultados:

Conforme a polaridade do indicador quanto menor, melhor, houve piora do resultado no comparativo com o ano anterior (11% > 9.8%). A Gerência de Pessoas do HMIB informa que não teve acesso aos dados da taxa de absenteísmo informados pela DIPMAT/SUGEP e que há dificuldade para obtê-los localmente, porém considerando ações de melhoria para o ano corrente, a Gerência de Pessoas elaborou plano de ação para mapear a taxa de absenteísmo no HMIB segmentada por unidades, categorias profissionais, atrasos e faltas injustificadas e por matrícula do servidor.

Comentários da Área técnica:

Não foram localizados comentários da área técnica.

PLANO DE AÇÃO PARA 2022

- Plano enviado (Via formulário interno GPMA/HMIB)
- Vide Anexo 01 - Status do Plano de Ação

Metodologia do Monitoramento

A partir de maio de 2021 foram realizadas reuniões em cada uma das áreas para um diagnóstico das dificuldades enfrentadas pelas áreas técnicas, desafios e adoção de novo fluxo para envio dos dados.

A Abordagem presencial, com uma atenção mais exclusiva para o gestor da área técnica responsável foi fundamental para melhor compreender o processo que vinha sendo realizado até então. Alguns setores apresentaram dificuldades pertinentes a seus indicadores e precisaram receber maior atenção. Por esses motivos as reuniões realizadas, por setor, foram adotadas como a melhor estratégia na primeira fase de ação da nova gestão da GPMA, responsável pelo monitoramento dos dados.

Nesse mesmo período foram criadas ferramentas para organizar os dados e gerar relatórios mensais internos, com gráficos e análises, pois não existiam na gestão anterior da GPMA/HMIB.

2021 foi um ano de ajustes na forma de monitorar os indicadores AGR HMIB, na nova gestão da GPMA/HMIB as áreas passaram a conhecer melhor seus indicadores e compreender a importância de sua responsabilidade. A Gerência de Planejamento é a área responsável por guardar os dados e sistematizar os dados de modo geral, cabendo às áreas apropriarem-se de seus próprios indicadores, também eleitos para comporem o Acordo de Gestão Regional.

Conclusão

O HMIB compreende a importância do AGR como ferramenta para a gestão e melhoria da assistência aos nossos usuários, por isso, a cada ano, eleva o grau de comprometimento em sua execução.

A nossa Unidade conquistou bom resultado no ano de 2021, com 73% dos indicadores classificados como superado ou satisfatório.

A URD apresentou grande evolução no monitoramento mensal do AGR em relação aos anos anteriores, ao realizar grande esforço conjunto com as equipes assistenciais visando atingir as metas pactuadas.

Considerando as ações de aperfeiçoamento (melhoria) para o ano de 2022, destacamos especial atenção ao cumprimento dos planos de ação e monitoramento dos resultados dos indicadores com *status* parcial e crítico, respectivamente, índice de fechamento de chave e percentual faturado no tipo de financiamento MAC.

Por fim, gostaríamos de agradecer o empenho das equipes assistenciais do HMIB e o apoio permanente da GCR/SES/DF na execução do AGR.

Gestores Atuais HMIB (2022)

Dra. Marina Da Silveira Araujo

Diretora Geral

Dra. Andreia Regina Da Silva Araujo

Diretora de Atenção à Saúde

Sra. Neuzimar Gonçalves da Silva

Diretora Administrativa

Sr. José Ribamar Batista Júnior

Gerente de Planejamento Monitoramento e Avaliação

Brasília, 27 de Abril de 2022

ANEXO 01 - Status do Plano de Ação

Plano de Ação AGR 01 – %de óbitos investigados em menores de 1 ano (não se aplica)

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.

Plano de Ação AGR 02 – Proporção de óbitos maternos investigados (não se aplica)

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.

Plano de Ação AGR 03 – % de partos normais (Doc. SEI/GDF 83617813)

STATUS: em andamento - **INÍCIO:** 09/03/2022 - **FIM:**08/03/2023

OBJETIVO: Avaliar a qualidade da assistência ao parto e as condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.

JUSTIFICATIVA: Além da qualidade de assistência ao parto, indica também o grau de ocorrência de cesarianas o que de acordo com a OMS deve manter-se entre 10 a 15 % o que estão associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal.

AÇÕES: Como trata-se de UDR referência para gestações de alto risco, prematuridade extrema e má formações fetais, tal indicador em 10 a 15%, não torna-se viável, sendo o % aceito e proposto previamente de 40%. Temos assim como meta 60% de parto normal.

ATIVIDADES: Conscientização e para que as cesarianas sejam feitas nos casos em que são necessárias e quando indicadas por motivos médicos.

RESPONSÁVEIS: UCOB

PARCEIROS: ENFERMAGEM OBSTETRICA

LOCAL: Unidade de Centro Obstétrico

DATA DA CONCLUSÃO: 06/03/2023

RESPONSÁVEIS PELOS DADOS AGR 2022: NCAIS

Plano de Ação AGR 04 - Taxa Global de suspensão de cirurgias eletivas (pendente)

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.

Plano de Ação AGR 05 (2021) - Tempo de permanência em leitos de UTI Materna (pendente)

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.

Plano de Ação AGR 06 (2021) - Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica (pendente)

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.

Plano de Ação AGR 07 (2021) - Média de permanência geral (não se aplica)

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.

Plano de Ação AGR 08 (2021) - % de atendimentos (GAE) abertos e classificados (pendente)

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.

Plano de Ação AGR 09 (2021) - % de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal (não se aplica)

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.

Plano de Ação AGR 10 - Taxa de Densidade de Infecção - IPCS na UTI Neonatal (Doc. SEI/GDF 82268682)

STATUS: em andamento - **INÍCIO:** 01/11/2021 - **FIM:**01/06/2022

OBJETIVO: Diminuir a prevalência de infecções primárias de corrente sanguínea na UTI Neonatal/HMIB

JUSTIFICATIVA: Necessidade de padronização de processos relacionados a assistência Elevada morbiletalidade das infecções relacionadas à assistência à saúde

AÇÕES:

- Consolidar a aplicação dos bundles de inserção e manutenção de cateteres intravasculares na unidade Monitorar as inconformidades apresentadas
- Implementação de indicador referente a adesão ao bundle
- Reforçar boas práticas na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde

ATIVIDADES:

- Divulgação dos checklists de inserção e manutenção de cateter junto a equipe assistencial Treinamento das equipes in locu
- Compilação mensal dos dados e monitoramento dos indicadores gerados

RESPONSÁVEIS:Equipe do NCIH/HMIB, supervisão médica e supervisão de enfermagem da UTI Neonatal

PARCEIROS: Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

LOCAL: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

DATA DA CONCLUSÃO: 01/06/2022

Plano de Ação AGR 11 - Taxa de Densidade de Infecção - IPCS na UTI Pediátrica (Doc. SEI/GDF 82268682)

STATUS: em andamento - **INÍCIO:** 01/01/2022 - **FIM:**01/07/2022

OBJETIVO: Diminuir a incidência de infecções primárias de corrente sanguínea na UTI Pediátrica/HMIB

JUSTIFICATIVA: Necessidade de padronização de processos relacionados a assistência Impacto das infecções relacionadas a assistência a saúde

AÇÕES:

- Iniciar a aplicação dos bundles de inserção de cateteres intravasculares na unidade Monitorar as inconformidades apresentadas
- Implementação de indicador referente a adesão ao bundle
- Monitorar as ações de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica Reforçar boas práticas na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde

ATIVIDADES:

- Divulgação dos checklists de inserção e manutenção de cateter junto a equipe assistencial Treinamento das equipes in locu
- Compilação mensal dos dados e monitoramento dos indicadores gerados

RESPONSÁVEIS:Equipe do NCIH/HMIB, supervisão médica e supervisão de enfermagem da UTI Pediátrica

PARCEIROS: Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

LOCAL: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

DATA DA CONCLUSÃO: 01/07/2022

RESPONSÁVEIS PELOS DADOS AGR 2022: Equipe NCIH/HMIB

Plano de Ação AGR 12 - Taxa de Densidade de Infecção - IPCS na UTI Materna (Doc. SEI/GDF 82268682)

STATUS: em andamento - **INÍCIO:** 01/01/2022 - **FIM:**04/07/2022

OBJETIVO: Diminuir a incidência de infecções primárias de corrente sanguínea na UTI Materna/HMIB

JUSTIFICATIVA: Necessidade de padronização de processos relacionados a assistência Impacto das infecções relacionadas a assistência a saúde na unidade

AÇÕES:

- Monitorar a adesão aos bundles de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde na unidade Reforçar boas práticas na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde

ATIVIDADES:

- Treinamento das equipes in locu
- Compilação mensal dos dados e monitoramento dos indicadores gerados

RESPONSÁVEIS:Equipe do NCIH/HMIB, supervisão médica e supervisão de enfermagem da UTI Materna

PARCEIROS: Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

LOCAL: Unidade de Terapia Intensiva Materna

DATA DA CONCLUSÃO: 04/07/2022

RESPONSÁVEIS PELOS DADOS AGR 2022: Equipe NCIH/HMIB

Plano de Ação AGR 13 - % de acesso para 1ª consulta para reprodução humana (enviado)

STATUS: a ser iniciada - **INÍCIO:** 07/04/2022 - **FIM:**20/05/2022

OBJETIVO: Aumentar % de atendimento de consulta em primeira vez no setor de reprodução assistida.

JUSTIFICATIVA: O déficit de médicos faz com que o indicador detecte menos atendimentos do que se faz necessário para suprir a demanda; Com mais médicos (e dos outros profissionais) esta demanda seria drasticamente reduzida. Não esquecendo da nota técnica para encaminhamento destas pacientes.

AÇÕES: Aumentar o número de médicos no setor para que sejam inseridos novos horários de atendimento em primeira vez; também necessitamos de mais biólogos, enfermeiros e auxiliares pois a maior demanda de pacientes de primeira vez culminará com novos ciclos e demanda de RH. Obedecer a nota técnica da SES pra o serviço de reprodução humana. Solicitar à GIR que cumpra as normas existentes.

ATIVIDADES: Realização de reuniões com a diretoria do HMIB visando o atendimento sobre a demanda para aumento do numero de profissionais no setor.

RESPONSÁVEIS: RTA em serviço de reprodução assistida

PARCEIROS: Diretoria do HMIB

LOCAL: CRH/CEPRA/ ambulatório/HMIB

DATA DA CONCLUSÃO: 20/05/2022

OBSERVAÇÕES: Solicitamos encarecidamente a observação feita por este serviço para que possamos atender com melhor padrão de qualidade no setor de reprodução assistida que é referência em todo país. Além disso, pedimos que seja , de maneira urgente, a elaboração de códigos específicos para os diversos serviços realizados pelo setor que funciona há 23 anos.

RESPONSÁVEIS PELOS DADOS AGR 2022: GIR e CRH

Plano de Ação AGR 14 - 14 - Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal (pendente)

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.

Plano de Ação AGR 15 - % de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na HMIB (Não se aplica)

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.

Plano de Ação AGR 16 - 16 - % de especialidades cirúrgicas eletivos regulados (Não se aplica)

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.

Plano de Ação AGR 17 - Índice de fechamento de chave (Doc. SEI/GDF 82268682)

STATUS: a ser iniciada - **INÍCIO:** 09/03/2022 - **FIM:**04/04/2022

OBJETIVO:

Aumentar adesão ao fechamento de chave dos atendimentos médicos realizados no ambulatório

JUSTIFICATIVA:

Alto índice de não fechamento de chave pela equipe médica,

AÇÕES:

Treinar equipe médica para realização do fechamento de chave

ATIVIDADES:

1- Com o auxílio da GIR, teremos duas médicas reguladoras que ficarão responsáveis pelo treinamento da equipe médica no ambulatório durante o atendimento do médico assistente, de forma presencial. Após o treinamento, o médico deverá assinar uma lista onde consta o dia do seu treinamento e a comprovação da sua realização.

2- Após o término desse treinamento que deverá ocorrer no prazo de 30 dias, será iniciada a cobrança para fechamento da chave.

RESPONSÁVEIS:GIR

PARCEIROS: UMEI

LOCAL: UMEI/ambulatório

DATA DA CONCLUSÃO: 04/04/2022

RESPONSÁVEIS PELOS DADOS AGR 2022: GIR

Plano de Ação AGR 18 - % de acesso à primeira consulta odontológica especializada

STATUS: em andamento - **INÍCIO:** 28/03/2022 - **FIM:**27/05/2022

OBJETIVO:

Aumentar o acesso do usuário às primeiras consultas odontológicas.

JUSTIFICATIVA:

Os atendimentos em panorama 1 estão sendo realizados mas não estão sendo inseridos no SISREGIII; Estamos tendo grande absenteísmo das consultas em panorama 2 que pode estar relacionado à grande distância do usuário em relação à unidade executante.

AÇÕES:

Inserção dos encaminhamentos internos em panorama 1, e;

Revisão das pactuações em panorama 2 pela Gerência de Odontologia para que usuário fique mais próximo da unidade executante.

ATIVIDADES:

Rever perfil dos solicitantes da unidade que estão com problemas em solicitar consultas. Educação continuada dos cirurgiões-dentistas para solicitação e fechamento de chave.

Reunir com a Gerência de Odontologia para rever as pactuações.

RESPONSÁVEIS:RTA da Odontologia/HMIB e reguladora da Odontologia/HMIB.

PARCEIROS: RTA Odontologia/HMIB. GIR. GEO.

LOCAL: Odontologia/HMIB e GEO.

DATA DA CONCLUSÃO: 31/05/2022

RESPONSÁVEIS PELOS DADOS AGR 2022: Andréa Nunes Oliveira Gonzalez - reguladora da odontologia

Plano de Ação AGR 19 - Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente

STATUS: em andamento - **INÍCIO:** 15/02/2022 - **FIM:**25/11/2022

OBJETIVO:

Aumentar em 10% o número de notificações no Hospital.

JUSTIFICATIVA:

Sensibilização dos servidores quanto à importância da notificação de incidentes

Demonstrar às equipes na prática soluções e monitoramento com as notificações realizadas

AÇÕES:

Realizar Treinamentos sobre Segurança do Paciente, destacando a importância da notificação de incidentes para a assistência ao paciente

Divulgar mensalmente Indicadores de notificações e segurança do paciente em pasta da qualidade e grupo de whatApp de gestores e servidores

ATIVIDADES:

Realizar 02 (dois) Ciclos de Treinamentos, um no primeiro semestre e outro no segundo semestre, com oito encontros cada um abordando os temas de segurança do paciente e divulgação de indicadores.

RESPONSÁVEIS: Chefe NQSP

PARCEIROS: Gerência de Enfermagem, NCIH, Gerência de Assistência Multidisciplinar, Gerência de Assistência Cirúrgica, Gerência de Assistência Clínica, Serviço de Farmácia Clínica, NEPS, Núcleo de Farmácia Hospitalar

LOCAL: NQSP

DATA DA CONCLUSÃO: 22/11/2022

RESPONSÁVEIS PELOS DADOS AGR 2022: Lia Esther

Plano de Ação AGR 20 - Porcentagem de leitos do hospital com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada

- Plano não recebido até a finalização do presente relatório.

Plano de Ação AGR 21 - Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF (82268682)

STATUS: em andamento - **INÍCIO:** 14/03/2022 - **FIM:**14/04/2022

OBJETIVO:

Aumentar o grau de satisfação do usuário com as respostas às suas manifestações.

JUSTIFICATIVA:

1ª - Atuar para que as respostas sejam mais completas e respondam aos questionamentos específicos do usuário;

2ª - Necessidade de atender ao prazo legal do envio das repostas ao usuário;

AÇÕES:

1ª - Identificar os motivos pelos quais os usuários não ficam satisfeitos com as repostas recebidas; 2ª - Monitorar o tempo de resposta das áreas técnicas;

ATIVIDADES:

1.a - Analisar 10 manifestações dos usuários, comparar com a resposta da área técnica; 1.b - Elaborar formulário com quisitos a serem respondidos pelas áreas técnicas de acordo com aquela demanda específica do usuário; Ação 2 Criar e monitorar com planilha as manifestações e o prazo de respostas das áreas técnicas as manifestações do usuário;

2.a - Oficiar a área técnica por meio do SEI sobre o cumprimento do prazo legal; 2.b - Contactar diretamente a área técnica e comunicar sobre o cumprimento do prazo legal.

RESPONSÁVEIS:Equipe Ouvidoria

PARCEIROS: Áreas técnicas e GPMA

LOCAL: Ouvidoria/HMIB

DATA DA CONCLUSÃO: 14/04/2022

OBSERVAÇÕES:

RESPONSÁVEIS PELOS DADOS AGR 2022: Chefe da Ouvidoria

Plano de Ação AGR 22 - Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF (82268682)

STATUS: a ser iniciada - **INÍCIO:** 14/03/2022 - **FIM:**14/05/2022

OBJETIVO:

Faturar todas as AHI's dentro do mês da competência

JUSTIFICATIVA:

- 1 - Necessidade de atuar para a solução dos problemas que prejudicam o faturamento das AHI's no mês da competência;
- 2 - Necessidade de atender à pactuação do acordo de gestão e de aumentar o faturamento do hospital;
- 3 - Necessário cadastrar os "filhos de" para faturamento/fechamento oportuno das AHI's;
- 4 - Necessidade de ajustar a mão de obra disponível para análise das AHI's à flutuações da taxa de ocupação de leitos e a eventuais déficits de servidores por afastamentos legais.

AÇÕES:

- 1) Diagnosticar os problemas/ obstáculos que impedem o faturamento de todas as AHI's no mês da competência;
- 2) Informar e sensibilizar a Equipe NCAIS sobre a pactuação e monitoramento do indicador pelo AGR e a importância do mesmo para o HMIB;
- 3) Cadastrar o CNS de todos os "filhos de";
- 4) Determinar a meta diária de análise e fechamento de AHI's por servidor

ATIVIDADES:

- 1 - Fazer reuniões com toda equipe NCAIS para discutir e levantar quais são os problemas e as soluções para o correto faturamento de todas as AHI's;
 - 1.a - Elencar, por meio de lista, os problemas e as soluções propostas pela Equipe NCAIS;
 - 1.b - Selecionar as ações passíveis de implementação/resolução pela Equipe NCAIS/HMIB.
- 2 - Por meio de reunião com a equipe, demonstrar mensalmente o trabalho executado e o resultado do faturamento;
- 3 - Fornecer semanalmente a lista de todos os "filhos de" para o NGINT fazer o cadastro do CNS;
- 4 - Levantar semanalmente a quantidade de AHI's para fechamento e fazer a distribuição para os servidores

RESPONSÁVEIS: Chefe do NCAIS

PARCEIROS: NGINT

LOCAL: NCAIS

DATA DA CONCLUSÃO: 14/05/2022

RESPONSÁVEIS PELOS DADOS AGR 2022: GEPI

Plano de Ação AGR 23 - % de desempenho da gestão de custos

- Não se aplica, uma vez que o indicador alcançou e/ou superou a meta anual.

Plano de Ação AGR 24 - Taxa de Absenteísmo

STATUS: a ser iniciada - **INÍCIO:** 18/04/2022 - **FIM:**18/05/2022

OBJETIVO:

Reduzir o índice de ausência (absenteísmo) dos servidores do HMIB ao trabalho.

JUSTIFICATIVA:

1) Conhecer e aferir a taxa de absenteísmo por Unidades do HMIB, visando subsidiar os cálculos para adequação das equipes de trabalho para melhor atender os usuários, além de implementar ações específicas para a promoção da saúde do servidor de acordo com cada Unidade do HMIB; 2) Conhecer e aferir o absenteísmo por categoria profissional no HMIB, para implementar ações de promoção à saúde específicas para cada categoria profissional.

AÇÕES:

- 1) Mapear o índice de ausência ao trabalho por Unidades do HMIB;
- 2) Mapear o índice de ausência ao trabalho por Categoria Profissional no HMIB.

ATIVIDADES:

Por meio dos códigos de afastamentos do Forponto e SIGRH, gerando relatórios mensais de absenteísmo.

RESPONSÁVEIS:Gerente da Gerência de Pessoas/HMIB

PARCEIROS: Chefia do NSHMT/HMIB

LOCAL: SES/HMIB/DA/GP

DATA DA CONCLUSÃO: 18/05/2022

OBSERVAÇÕES:

RESPONSÁVEIS PELOS DADOS AGR 2022: Gerente da GP/HMIB

ANEXO 03 - Problemática do indicador: Índice de Fechamento de Chave

A PROBLEMÁTICA

Chaves não fechadas (confirmação de atendimento) por profissionais

É necessário que os profissionais fechem todas as chaves para proposição de estratégias visando compensar as ausências e otimizar a força de trabalho, impactando positivamente no acesso e na assistência aos usuários. Exemplos: considerando o % de faltas, agendar um número maior de pacientes. Exemplo 2: melhorar a forma de contato com os usuários e fazer substituições a tempo dos pacientes faltosos.

IMPACTO

- O principal impacto provocado pelo baixo desempenho desse indicador é impossibilidade de de ações por parte dos gestores para reduzir a falta de usuários com consultas marcadas via sistema de regulação do GDF, pois não se é possível segmentar os usuários que faltaram suas consultas, uma vez que o profissional não tendo realizado o registro do fechamento das chaves / registro dos atendimentos realizados não é possível ver a quantidade de usuárias faltantes/ausentes por se confundir com a chave que não foi fechada.
- Essa impossibilidade de dimensionar o % de faltas dos pacientes às consultas impede melhorias nos serviços regulados monitorados pelo indicador.

AÇÕES REALIZADAS E EM ANDAMENTO

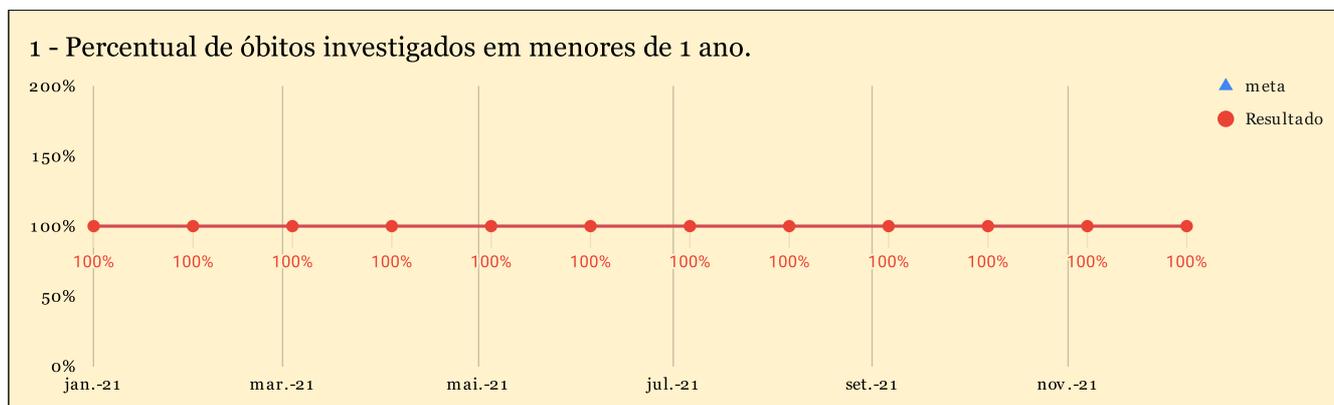
- Foi realizado treinamento parcial com profissionais. O andamento foi pausado devido à mudança na gestão da área responsável. É necessário Intensificar o processo de conscientização da equipe sobre a monitoração do indicador e sua importância para a gestão e a assistência, com impactos na produtividade, nos custos e no acesso dos usuários aos serviços de saúde;
- Em curso nova programação de treinamento para 2022 (a cargo da nova gestão na GIR/HMIB);

SUGESTÕES DE SOLUÇÃO

- A conscientização dos profissionais é o principal desafio, aliado a treinamentos realizados pela GIR/HMIB.
- Com uma colaboração "lúdica" no processo de conscientização, foi proposto em reuniões com GCR/SES a troca do nome do indicador para melhor significar a ação realizada pelo profissional. **Foi sugerida alteração do nome "Índice de Fechamento de Chave" para "Índice de Consultas Confirmadas (no sistema SISREG)"**, dessa forma o novo nome do indicador representaria exatamente a ação esperada, tornando mais amigável o entendimento do indicador, uma vez que carrega na própria nomenclatura a ação que se espera do profissional. O nome do indicador se torna mais próximo da ação do profissional, por ser uma nomenclatura mais "amigável" .

ANEXO 04 - Caderno Extra - Detalhamento dos dados mensais do AGR HMIB 2021

Nas páginas seguintes, anexamos o caderno " Painel Indicadores AGR 2021 - HMIB ", material extra, com o detalhamento dos dados mensais e as respectivas análises dos indicadores do Acordo de Gestão Regional, pactuados com este HMIB.



Unid./Resp. : Comissão de Óbitos - HMIB (Dra. ana / Paula / Dra.Jocilda)

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

Numerador (N) : Número de óbitos infantis investigados

Denominador (D) : Total de óbitos infantis ocorridos

Meta do Resultado : 100% (Maior melhor)

Fonte : Comitê de Óbitos / SIM - Sistema de Inf. sobre Mortalidade (MS)

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 1 2021	Comissão de óbitos	13	13	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	fev	AGR 1 2021	Comissão de óbitos	9	9	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	mar	AGR 1 2021	Comissão de óbitos	7	7	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	abr	AGR 1 2021	Comissão de óbitos	8	8	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	mai	AGR 1 2021	Comissão de óbitos	9	9	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	jun	AGR 1 2021	Comissão de óbitos	14	14	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	jul	AGR 1 2021	Comissão de óbitos	11	11	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	ago	AGR 1 2021	Comissão de óbitos	11	11	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	set	AGR 1 2021	Comissão de óbitos	6	6	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	out	AGR 1 2021	Comissão de óbitos	8	8	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	nov	AGR 1 2021	Comissão de óbitos	6	6	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	dez	AGR 1 2021	Comissão de óbitos	4	4	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos infantis ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.



Unid. /Resp. : Comissão de Óbitos - HMIB (Dra. ana / Paula / Dra.Jocilda)

Indicador : 2-Percentual de óbitos maternos investigados

Numerador (N) : Número de óbitos maternos investigados em residentes

Denominador (D) : Total de óbitos maternos residentes

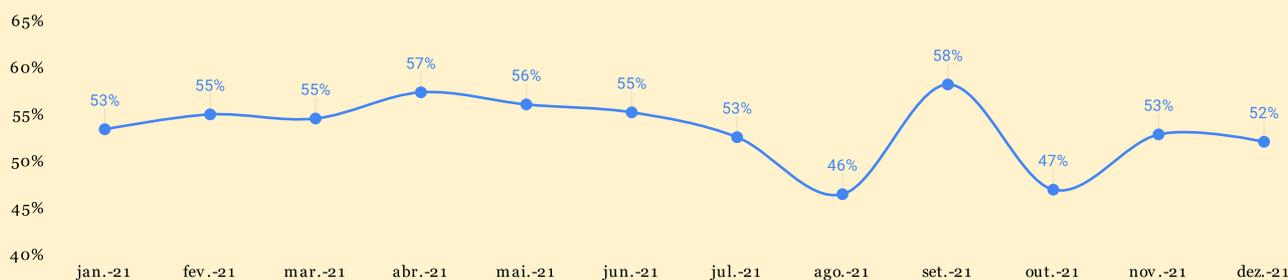
Meta do Resultado : 100% (Maior melhor)

Fonte : Comitê de Óbitos / SIM - Sistema de Inf. de Mortalidade (MS)

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 2 2021	Comissão de óbitos	1	1	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos maternos ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	fev	AGR 2 2021	Comissão de óbitos	0	0	100%	100%	Resultado neutro. Sem ocorrência de óbito materno.
2021	mar	AGR 2 2021	Comissão de óbitos	2	2	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos maternos ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	abr	AGR 2 2021	Comissão de óbitos	1	1	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos maternos ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	mai	AGR 2 2021	Comissão de óbitos	0	0	100%	100%	Resultado neutro. Sem ocorrência de óbito materno.
2021	jun	AGR 2 2021	Comissão de óbitos	0	0	100%	100%	Resultado neutro. Sem ocorrência de óbito materno.
2021	jul	AGR 2 2021	Comissão de óbitos	1	1	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos maternos ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.
2021	ago	AGR 2 2021	Comissão de óbitos	0	0	100%	100%	Resultado neutro. Sem ocorrência de óbito materno.
2021	set	AGR 2 2021	Comissão de óbitos	0	0	100%	100%	Resultado neutro. Sem ocorrência de óbito materno.
2021	out	AGR 2 2021	Comissão de óbitos	0	0	100%	100%	Resultado neutro. Sem ocorrência de óbito materno.
2021	nov	AGR 2 2021	Comissão de óbitos	0	0	100%	100%	Resultado neutro. Sem ocorrência de óbito materno. (Dra Jocilda / Comissão de óbitos. 01/12/2021. JR)
2021	dez	AGR 2 2021	Comissão de óbitos	1	1	100%	100%	Resultado positivo. Todos os óbitos maternos ocorridos no HMIB são investigados pela Comissão de óbitos da URD.

3 - % de partos normais de pacientes residentes na região de saúde.



Unid. /Resp. : SES/HMIB/DAS/GACIR/UCOB - Carolina Genaro Pultrin - RTA UCOB / Dr. Alexandre Rangel - GACIR

Indicador : 3-Percentual de partos normais

Numerador (N) : Número de nascidos vivos por parto normal

Denominador (D) : Número total de nascidos vivos

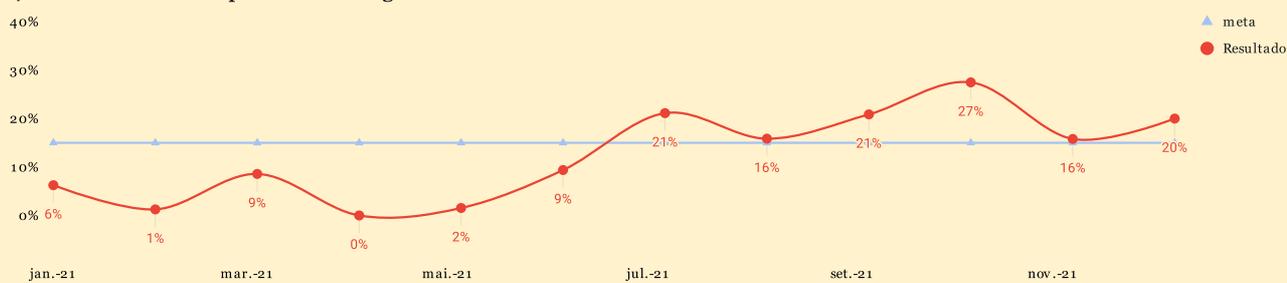
Meta do Resultado : monitoramento. (Maior melhor)

Fonte : SINASC - Sistema de informação sobre nascidos vivos

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 3 2021	UGO	181	339	monitoramento	53%	Resultado positivo. Dentro da meta.
2021	fev	AGR 3 2021	UGO	171	311	monitoramento	55%	Resultado positivo. Aumento de 2% (56% > 54%). Acima da meta.
2021	mar	AGR 3 2021	UGO	198	363	monitoramento	55%	Resultado positivo. Aumento de 1% (57% > 56%). Acima da meta.
2021	abr	AGR 3 2021	UGO	203	354	monitoramento	57%	Resultado positivo. Aumento de 1% (58% > 57%). Acima da meta.
2021	mai	AGR 3 2021	UGO	190	339	monitoramento	56%	Resultado negativo. Queda de 6% (52% < 58%). Impactado pelo perfil de URD, com assistência de pacientes de maior complexidade.
2021	jun	AGR 3 2021	UGO	191	346	monitoramento	55%	Resultado positivo. Aumento de 3% (55% > 52%). Acima da meta.
2021	jul	AGR 3 2021	UGO	134	255	monitoramento	53%	Resultado negativo. Queda de 2% (53% < 55%). Impactado pelo perfil de URD, com assistência de pacientes de maior complexidade.
2021	ago	AGR 3 2021	UGO	118	254	monitoramento	46%	Resultado negativo. Queda de 7% (46% < 53%). Impactado pelo perfil de URD, com assistência de pacientes de maior complexidade.
2021	set	AGR 3 2021	UGO	160	275	monitoramento	58%	Resultado positivo. Aumento de 12% (58% > 46%). Acima da meta.
2021	out	AGR 3 2021	UGO	115	245	monitoramento	47%	Resultado negativo. Queda de 11% (47% < 58%). Impactado pelo perfil de URD, com assistência de pacientes de maior complexidade.
2021	nov	AGR 3 2021	UGO	158	299	monitoramento	53%	Resultado positivo. Aumento de 6% (53% > 47%), porém abaixo da meta. Impactado pelo perfil de URD, com assistência de pacientes de maior complexidade.
2021	dez	AGR 3 2021	UGO	152	292	monitoramento	52%	Resultado negativo. Queda de 1% (52% < 53%). Abaixo da meta. Impactado pelo perfil de URD, com assistência de pacientes de maior complexidade.

4 - Taxa Global de suspensão de cirurgias eletivas.



Unid./Resp.: Centro Cirúrgico / Enf. RAQUEL ELISA DE ALMEIDA - RTA / Dr. Alexandre Rangel - GACIR (SES/HMIB/DAS/GACIR/UCC)

Indicador: 4-Taxa Global de suspensão de cirurgias eletivas

Numerador (N): n° cirurgias suspensas no período

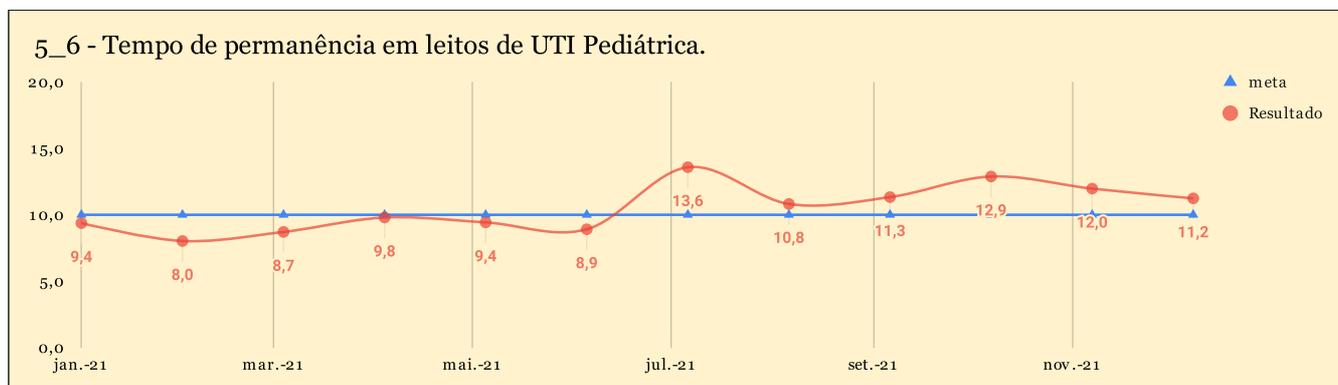
Denominador (D): n° cirurgias agendadas no período

Meta do Resultado: 15% (menor melhor)

Fonte: GACIR / Supervisão do Centro Cirúrgico

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod. Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 4 2021	Planilhas Centro Cirúrgico	3	48	15%	6%	Resultado positivo. Abaixo da meta.
2021	fev	AGR 4 2021	Planilhas Centro Cirúrgico	1	80	15%	1%	Resultado positivo. Abaixo da meta. OBS: 03/02/2021 02 CIRURGIAS SUSPENSAS DEVIDO: NÃO FOI POSSIVEL CONTATO. 04/02/2021 03 CIRURGIAS SUSPENSAS DEVIDO: 01 PACIENTE MESTRUOU; 01 PACIENTE ADOECIU; 01 HEMOGLOBINA ALTERADA. 08/02/2021 01 CIRURGIA SUSPENSA DEVIDO: PACIENTE NÃO INTERNOU. 09/02/2021 03 CIRURGIAS SUSPENSAS DEVIDO: 02 PACIENTES JA HAVIAM FEITO A CIRURGIA E 01 PACIENTE COM ALTERAÇÃO NOS EXAMES. 10/02/2021 01 CIRURGIA SUSPENSA DEVIDO: PACIENTE NÃO COMPARECEU. 11/02/2021 01 CIRURGIA SUSPENSA DEVIDO: ANESTESISTA DE LICENÇA MEDICA. 17/02/2021 01 CIRURGIA SUSPENSA DEVIDO: NÃO CONSEGUIU CONTATO COM PACIENTE. 19/02/2021 02 CIRURGIAS SUSPENSA DEVIDO: 1 PACIENTE SUBSTITUIDO PELO IONARDO; 01 PACIENTE REMOVIDO PARA EXAMES NO BASE. 23/02/2021 01 CIRURGIA SUSPENSA DEVIDO: PACIENTE COM FEBRE. 25/02/2021 01 CIRURGIA SUSPENSA DEVIDO: PACIENTE NÃO COMPARECEU.
2021	mar	AGR 4 2021	Planilhas Centro Cirúrgico	3	35	15%	9%	Resultado positivo. Abaixo da meta. Em 02/03/2021, 02 (duas) cirurgias suspensas devido ao não comparecimento dos pacientes. Em 04/03/2021, 01 (uma) cirurgia suspensa por motivo de doença do paciente. Em 08/03/2021, 02 (duas) cirurgias suspensas devido ao não comparecimento dos pacientes. Em 09/03/2021, 02 (duas) cirurgias suspensas devido ao não comparecimento dos pacientes. Em 10/03/2021, 02 (duas) cirurgias suspensas, sendo 1 (uma) porque o paciente não compareceu e outra porque o paciente seria operado por outro cirurgião. Em 24/03/2021, 03 (três) cirurgias suspensas por determinação pela SES de não realizar cirurgias eletivas
2021	abr	AGR 4 2021	Planilhas Centro Cirúrgico	0	21	15%	0%	Resultado positivo. Nenhuma cirurgia eletiva suspensa. Em 05/04/2021, 01(uma) cirurgia suspensa devido ao não comparecimento do(a) paciente.
2021	mai	AGR 4 2021	Planilhas Centro Cirúrgico	1	65	15%	2%	Resultado positivo. Abaixo da meta. Cirurgia suspensa por licença médica do anestesista e outras, em decorrência da não internação do (a) paciente.
2021	jun	AGR 4 2021	Planilhas Centro Cirúrgico	9	96	15%	9%	Resultado positivo. Aumento de 2% < 9%, porém bem abaixo da meta.
2021	jul	AGR 4 2021	Planilhas Centro Cirúrgico	15	71	15%	21%	Resultado negativo. Aumento de 9% < 21%. Acima da meta. Resultado impactado por infestação de piolho de pombo no hospital/centro cirurgico e pelo absenteísmo médico.
2021	ago	AGR 4 2021	Planilhas Centro Cirúrgico	26	164	15%	16%	Resultado positivo. Queda de 5% (16% < 21%), porém ainda ligeiramente acima da meta.
2021	set	AGR 4 2021	Planilhas Centro Cirúrgico	24	115	15%	21%	Resultado negativo. Aumento de 5% (21% > 16%). Impactado pelo absenteísmo profissional.
2021	out	AGR 4 2021	Planilhas Centro Cirúrgico	25	91	15%	27%	Resultado negativo. Aumento de 6% (27% > 21%). Impactado pelo absenteísmo profissional.
2021	nov	AGR 4 2021	Planilhas Centro Cirúrgico	3	19	15%	16%	Resultado positivo. Queda de 11% (16% < 27%), porém ainda ligeiramente acima da meta. Impactado pelo absenteísmo médico (anestesista).
2021	dez	AGR 4 2021	Planilhas Centro Cirúrgico	1	5	15%	20%	Resultado negativo. Aumento de 4% (20% > 16%). Impactado pelo baixo número de cirurgias eletivas devido a falta de anestesistas.



Unid. /Resp. : UTI Pediátrica / CIRA FERREIRA ANTUNES COSTA - RTA (SES/HMIB/DAS/GACL/UTI PED)

Indicador : 5_6-Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica

Numerador (N) : \sum Nº de pacientes-dia UTI Pediátrica

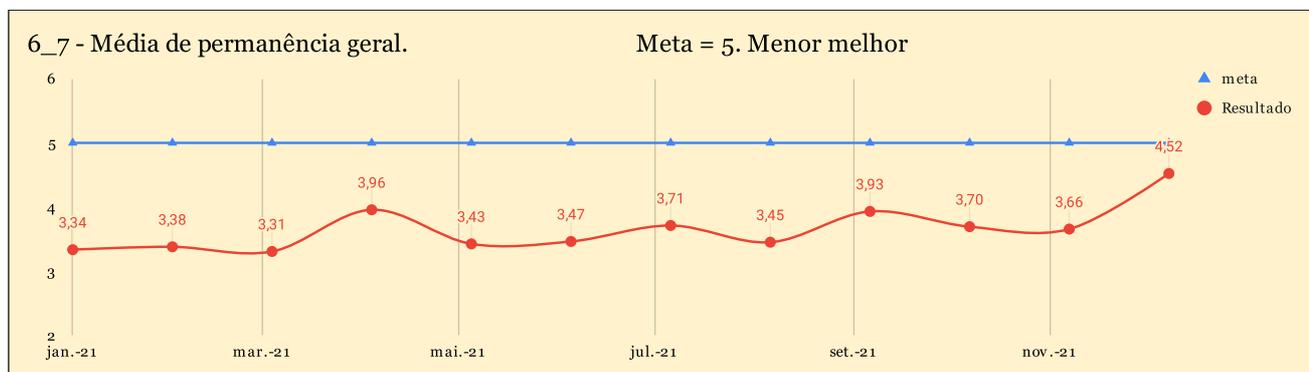
Denominador (D) : \sum Saídas internas + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI Pediátricas

Meta do Resultado : 10 (Menor melhor)

Fonte : Chefe da UTI Pediátrica / Trakcare (?)

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 6* 2021	UTI Pediátrica	375	40	10,0	9,4	Resultado positivo. Dentro da meta.
2021	fev	AGR 6* 2021	UTI Pediátrica	313	39	10,0	8,0	Resultado positivo. Dentro da meta.
2021	mar	AGR 6* 2021	UTI Pediátrica	418	48	10,0	8,7	Resultado positivo. Dentro da meta.
2021	abr	AGR 6* 2021	UTI Pediátrica	431	44	10,0	9,8	Resultado positivo. Dentro da meta.
2021	mai	AGR 6* 2021	UTI Pediátrica	396	42	10,0	9,4	Resultado positivo. Dentro da meta.
2021	jun	AGR 6* 2021	UTI Pediátrica	392	44	10,0	8,9	Resultado positivo. Dentro da meta.
2021	jul	AGR 6* 2021	UTI Pediátrica	394	29	10,0	13,6	Resultado negativo. Aumento de 4.2 dias. Impactado pelo aumento da complexidade dos pacientes, com recuperação mais lenta, além da demora em conseguir vaga e transferência para o ICDF.
2021	ago	AGR 6* 2021	UTI Pediátrica	411	38	10,0	10,8	Resultado positivo. Queda de 2.8 dias, porém ainda acima da meta. Impactado pelo aumento da complexidade dos pacientes com recuperação mais lenta, além da demora em obter vaga e transferência para o ICDF.
2021	set	AGR 6* 2021	UTI Pediátrica	306	27	10,0	11,3	Resultado negativo. Acima da meta. Impactado pelo aumento da complexidade dos pacientes com recuperação mais lenta, além da demora em obter vaga e transferência para o ICDF.
2021	out	AGR 6* 2021	UTI Pediátrica	438	34	10,0	12,9	Resultado negativo. Aumento de 1.5 dia (12.88 > 11.33), acima da meta. Decorrente do aumento da complexidade dos pacientes com recuperação mais lenta, além da demora em obter vaga e transferência para o ICDF (Dra. Cira. 28/12/21).
2021	nov	AGR 6* 2021	UTI Pediátrica	419	35	10,0	12,0	Resultado positivo. Queda de 12.88 > 11.97 dias, porém acima da meta. Decorrente do aumento da complexidade dos pacientes com recuperação mais lenta, além da demora em obter vaga e transferência para o ICDF (Dra. Cira. 28/12/21).
2021	dez	AGR 6* 2021	UTI Pediátrica	472	42	10,0	11,2	Resultado positivo. Queda (11.24 < 11.97), porém acima da meta. Decorrente do aumento da complexidade dos pacientes com recuperação mais lenta, além da demora em obter vaga e transferência para o ICDF.



Unid. /Resp. : ? Gestão de Leitos ? (SES/HMIB/DAS/GIR/NGINT) ??

Indicador : 6_7-Média de permanência geral

Numerador (N) : \sum Nº de pacientes-dia no período

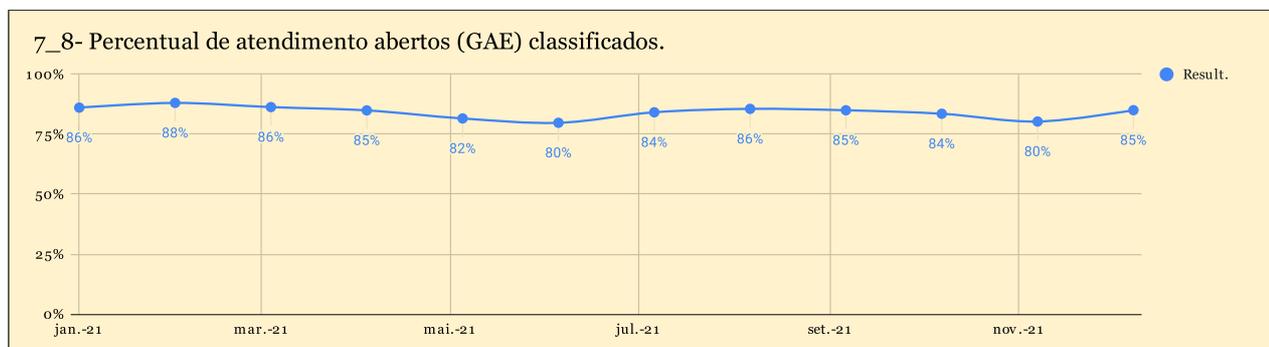
Denominador (D) : Número de saídas no período

Meta do Resultado : 5 (Menor melhor)

Fonte : Tracker (?) / Planilha Ger. Planejamento

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 7* 2021	GPMA - Planilha interna	4.289	1.285	5,0	3,34	Resultado positivo. Indicador abaixo da meta.
2021	fev	AGR 7* 2021	GPMA - Planilha interna	4.743	1.402	5,0	3,38	Resultado positivo. Indicador abaixo da meta.
2021	mar	AGR 7* 2021	GPMA - Planilha interna	5.912	1.786	5,0	3,31	Resultado positivo. Indicador abaixo da meta.
2021	abr	AGR 7* 2021	GPMA - Planilha interna	5.673	1.433	5,0	3,96	Resultado positivo. Indicador abaixo da meta.
2021	mai	AGR 7* 2021	GPMA - Planilha interna	5.348	1.560	5,0	3,43	Resultado positivo. Indicador abaixo da meta.
2021	jun	AGR 7* 2021	GPMA - Planilha interna	5.174	1.493	5,0	3,47	Resultado positivo. Indicador abaixo da meta.
2021	jul	AGR 7* 2021	GPMA - Planilha interna	4.572	1.231	5,0	3,71	Resultado positivo. Indicador abaixo da meta.
2021	ago	AGR 7* 2021	GPMA - Planilha interna	4.335	1.255	5,0	3,45	Resultado positivo. Indicador abaixo da meta.
2021	set	AGR 7* 2021	GPMA - Planilha interna	5.589	1.421	5,0	3,93	Resultado positivo. Indicador abaixo da meta.
2021	out	AGR 7* 2021	GPMA - Planilha interna	5.470	1.480	5,0	3,70	Resultado positivo. Indicador abaixo da meta.
2021	nov	AGR 7* 2021	GPMA - Planilha interna	5.594	1.529	5,0	3,66	Resultado positivo. Indicador abaixo da meta.
2021	dez	AGR 7* 2021	GPMA - Planilha interna	7.206	1.593	5,0	4,52	Resultado positivo. Indicador abaixo da meta.



Unid./Resp.: GEMERG / Janilton Carvalho (SES/HMIB/DAS/GEMERG)

Indicador: 7_8-Percentual de atendimento abertos (GAE) classificados

Numerador (N): Nº total de pacientes submetidos a classificação de risco por dia

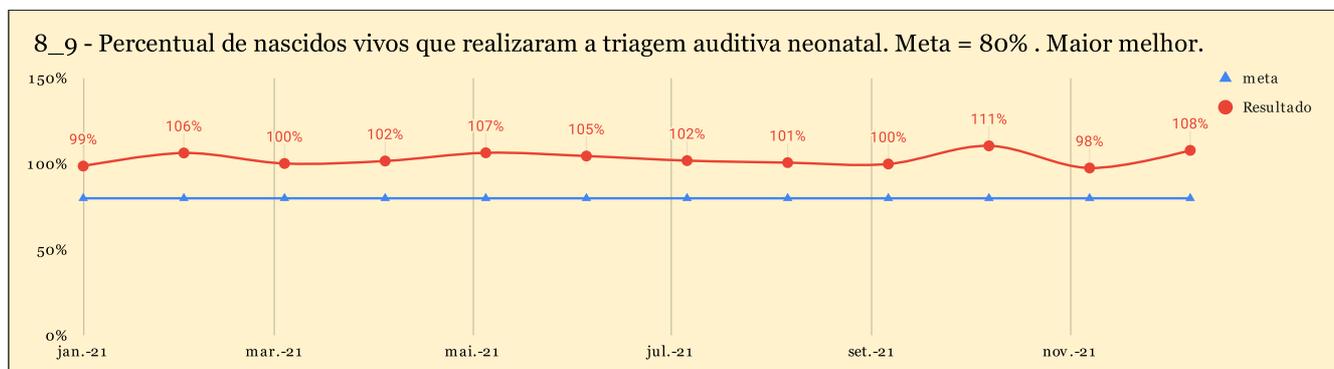
Denominador (D): Nº total de GAE por Unidade de atendimento por dia

Meta do Resultado: Monitoramento (Maior melhor)

Fonte: TrakCare: "Totais de Admissões na Emergência"/"Classif Risco" ou Sala de Situação

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 8* 2021	GEMERG	3218	3737	monitoramento	86%	Resultado abaixo da meta. Déficit de servidores impossibilita a classificação de risco no período das 3h às 07h. Fonte: Sala de Situação.
2021	fev	AGR 8* 2021	GEMERG	3149	3575	monitoramento	88%	Resultado positivo em relação ao mês anterior, porém abaixo da meta. Aumento de 2% (88% > 86%). Déficit de servidores impossibilita a classificação de risco no período das 3h às 07h. Fonte: Sala de Situação.
2021	mar	AGR 8* 2021	GEMERG	3892	4508	monitoramento	86%	Resultado negativo, abaixo da meta. Queda 2% (86% < 88%). Aumento expressivo do número de GAE (26%) e déficit de servidores impossibilita a classificação de risco no período das 3h às 07h. Fonte: Sala de Situação.
2021	abr	AGR 8* 2021	GEMERG	3372	3969	monitoramento	85%	Resultado negativo, abaixo da meta. Queda de 1% (85% < 86%). Déficit de servidores impossibilita a classificação de risco no período das 3h às 07h. Fonte: Sala de Situação.
2021	mai	AGR 8* 2021	GEMERG	3427	4200	monitoramento	82%	Resultado negativo, abaixo da meta. Queda de 3% (82% < 85%). Déficit de servidores impossibilita a classificação de risco no período das 3h às 07h. Fonte: Sala de Situação.
2021	jun	AGR 8* 2021	GEMERG	2771	3473	monitoramento	80%	Resultado negativo, abaixo da meta. Queda de 2% (80% < 82%). Absenteísmo e déficit de servidores impossibilita, diariamente, a classificação de risco no período das 3h às 07h. Fonte: Sala de Situação. AÇÃO JULHO/21: Efetuado curso de acolhimento e classificação de risco para capacitação de servidores para atuar na classificação no período de 24h. (Janilton Carvalho - GEMERG - 06/08/2021)
2021	jul	AGR 8* 2021	GEMERG	3233	3841	monitoramento	84%	Resultado positivo em relação ao mês anterior, porém abaixo da meta. Aumento de 4% (84% > 80%). Déficit de servidores impossibilita a classificação de risco no período das 3h às 07h. Fonte: Sala de Situação. AÇÃO JULHO/21: Efetuado curso de acolhimento e classificação de risco para capacitação de servidores para atuar na classificação no período de 24h. (Janilton Carvalho - GEMERG - 06/08/2021)
2021	ago	AGR 8* 2021	GEMERG	4179	4882	monitoramento	86%	Resultado positivo em relação ao mês anterior, porém abaixo da meta. Aumento de 2% (86% > 84%). Aumento expressivo do número de GAE (27%). Déficit de servidores impossibilita a classificação de risco no período das 3h às 07h. Fonte: Sala de Situação. AÇÃO JULHO/21: Efetuado curso de acolhimento e classificação de risco para capacitação de servidores para atuar na classificação no período de 24h. (Janilton Carvalho - GEMERG - 06/08/2021)
2021	set	AGR 8* 2021	GEMERG	4896	5759	monitoramento	85%	Resultado negativo. Queda de 1% (85% < 86%). Aumento expressivo do número de GAE (18%). Déficit de servidores impossibilita a classificação de risco no período das 3h às 07h. Fonte: Sala de Situação.
2021	out	AGR 8* 2021	GEMERG	3376	4040	monitoramento	84%	Resultado negativo. Queda de 1% (84% < 85%). Déficit de servidores impossibilita a classificação de risco no período das 3h às 07h. Fonte: Sala de Situação.
2021	nov	AGR 8* 2021	GEMERG	3562	4435	monitoramento	80%	Resultado negativo. Queda de 4% (80% < 84%). Impactado pelo absenteísmo e déficit de servidores impossibilita, diariamente, a classificação de risco no período das 3h às 07h. Fonte: Sala de Situação.
2021	dez	AGR 8* 2021	GEMERG	4908	5771	monitoramento	85%	Resultado positivo em relação ao mês anterior, porém abaixo da meta. Aumento de 5% (85% > 80%). Aumento expressivo do número de GAE (30%). Déficit de servidores impossibilita a classificação de risco no período das 3h às 07h. Fonte: Sala de Situação.



Unid./Resp.: RTA Fonoaudiologia - ANA CAROLINA PEREIRA DE OLIVEIRA ZILLER / MIRELLE (SES/HMIB/DAS/GEAM)

Indicador: 8_9- % de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal

Numerador (N): N° de exames de triagem auditiva realizados

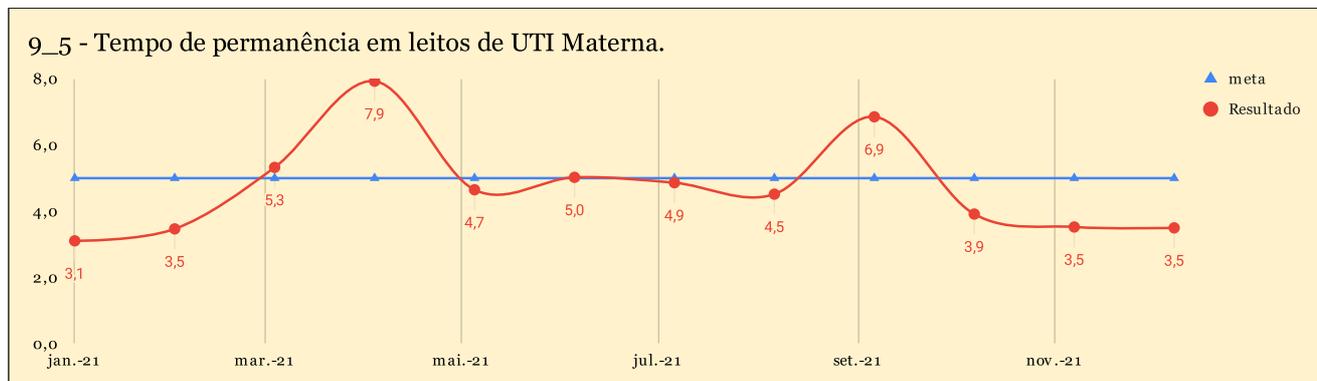
Denominador (D): N° total de Nascidos Vivos

Meta do Resultado: 80% (Maior Melhor)

Fontes: SINASC, SIA/SUS e SIH/SUS

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	N	D	Meta	Resultado	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 9* 2021	Fonoaudiologia	323	327	80%	99%	Fono revisou valores em 27/09/21. Dados retificados em 04/10/21.
2021	fev	AGR 9* 2021	Fonoaudiologia	332	312	80%	106%	Qtt revisados pela fono em 27/09/21. Dados retificados em 07/10/21. Ana Carolina, RTA Fonoaudiologia, informa que há triagens autitivas que ocorrem no mês posterior ao nascimento o que leva o indicador a superar 100%.
2021	mar	AGR 9* 2021	Fonoaudiologia	349	348	80%	100%	Fono revisou valores desde jan/21 em 27/09/21. Dados retificados em 07/10/21.
2021	abr	AGR 9* 2021	Fonoaudiologia	352	346	80%	102%	Qtt revisados pela fono em 27/09/21. Dados retificados em 07/10/21. Ana Carolina, RTA Fonoaudiologia, informa que há triagens autitivas que ocorrem no mês posterior ao nascimento o que leva o indicador a superar 100%.
2021	mai	AGR 9* 2021	Fonoaudiologia	360	338	80%	107%	Qtt revisados pela fono em 27/09/21. Dados retificados em 07/10/21. Ana Carolina, RTA Fonoaudiologia, informa que há triagens autitivas que ocorrem no mês posterior ao nascimento o que leva o indicador a superar 100%.
2021	jun	AGR 9* 2021	Fonoaudiologia	362	346	80%	105%	Qtt revisados pela fono em 27/09/21. Dados retificados em 07/10/21. Ana Carolina, RTA Fonoaudiologia, informa que há triagens autitivas que ocorrem no mês posterior ao nascimento o que leva o indicador a superar 100%.
2021	jul	AGR 9* 2021	Fonoaudiologia	260	255	80%	102%	Qtt revisados pela fono em 27/09/21. Dados retificados em 07/10/21. Ana Carolina, RTA Fonoaudiologia, informa que há triagens autitivas que ocorrem no mês posterior ao nascimento o que leva o indicador a superar 100%.
2021	ago	AGR 9* 2021	Fonoaudiologia	256	254	80%	101%	Resultado positivo. Todos os Nascidos vivos fazem triagem auditiva. RTA Fonoaudiologia, informa que há triagens autitivas que ocorrem no mês posterior ao nascimento o que leva o indicador a superar 100%
2021	set	AGR 9* 2021	Fonoaudiologia	275	275	80%	100%	Resultado positivo. Todos os Nascidos vivos fazem triagem auditiva. RTA Fonoaudiologia, informa que há triagens autitivas que ocorrem no mês posterior ao nascimento o que leva o indicador a superar 100%.Obs: EOA 226 + PEATE 49 + RETESTES 25 = 275
2021	out	AGR 9* 2021	Fonoaudiologia	272	246	80%	111%	Todos os Nascidos vivos fazem triagem auditiva. RTA Fonoaudiologia, informa que há triagens autitivas que ocorrem no mês posterior ao nascimento o que leva o indicador a superar 100%.
2021	nov	AGR 9* 2021	Fonoaudiologia	292	299	80%	98%	Todos os nascidos vivos fazem triagem auditiva. RTA Fonoaudiologia, informa que há triagens auditivas que ocorrem no mês posterior ao nascimento o que leva o indicador a superar 100%. Exames de OEA -210 Exames de PEATE - 82
2021	dez	AGR 9* 2021	Fonoaudiologia	313	290	80%	108%	Resultado positivo. Todos os RN do HMIB, fazem a triagem auditiva. Resultado >100% devido ao acúmulo de recém nascidos do mês anterior que realizaram o exame no mês atual. Fonte: RTA Fonoaudiologia.



Unid. /Resp. : UTI Materna / RTA - Dr. ANTONIO JOSE BRANDAO VIEIRA JUNIOR / Dra. Flávia Gomes (SES/HMIB/DAS/GACL/UTI MATER)

Indicador : 9_5 -Tempo de permanência em leitos de UTI Materna

Numerador (N) : \sum N° de pacientes-dia UTI Adulto Geral

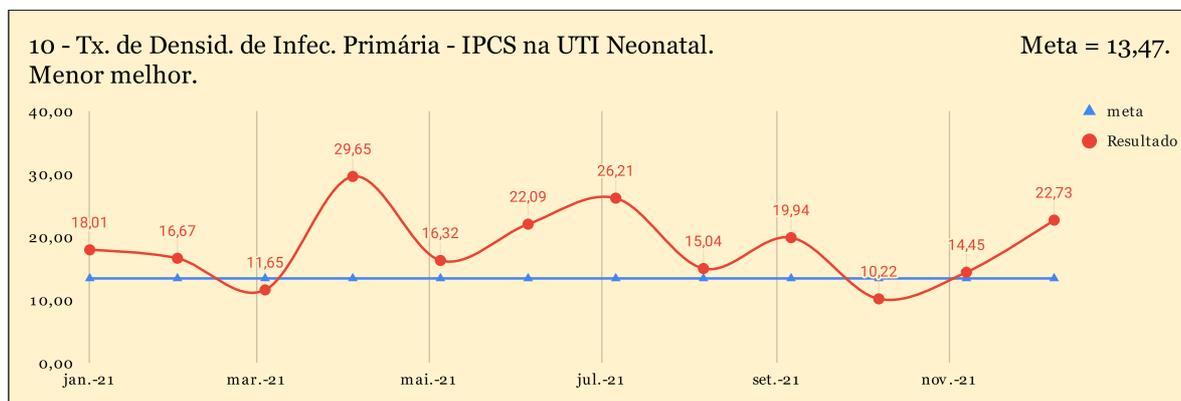
Denominador (D) : \sum Saídas internas + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI Adulto Geral

Meta do Resultado : 5 (Menor melhor)

Fonte : Chefe da UTI Materna / Trakcare (?)

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 5* 2021	UTI Materna	115	37	5,0	3,1	Resultado positivo. Abaixo da meta.
2021	fev	AGR 5* 2021	UTI Materna	111	32	5,0	3,5	Resultado positivo. Abaixo da meta.
2021	mar	AGR 5* 2021	UTI Materna	213	40	5,0	5,3	Resultado negativo. Aumento de 1.9 dias. Impactado pela assistência de pacientes de maior complexidade, de perfil geral, com doenças crônicas e várias comorbidades, vindas de outras regionais, como resposta a pandemia de covid.
2021	abr	AGR 5* 2021	UTI Materna	214	27	5,0	7,9	Resultado negativo. Aumento de 2.6 dias, porém abaixo da meta (mudança de perfil - meta 10 dias). Impactado pela assistência de pacientes de maior complexidade, de perfil geral, com doenças crônicas e várias comorbidades, vindas de outras regionais, como resposta a pandemia de covid.
2021	mai	AGR 5* 2021	UTI Materna	186	40	5,0	4,7	Resultado positivo. Abaixo da meta.
2021	jun	AGR 5* 2021	UTI Materna	201	40	5,0	5,0	Resultado positivo. Dentro da meta.
2021	jul	AGR 5* 2021	UTI Materna	141	29	5,0	4,9	Resultado positivo. Abaixo da meta.
2021	ago	AGR 5* 2021	UTI Materna	131	29	5,0	4,5	Resultado positivo. Abaixo da meta.
2021	set	AGR 5* 2021	UTI Materna	185	27	5,0	6,9	Resultado negativo. Aumento de 1.8 dias, porém abaixo da meta (mudança de perfil - meta 10 dias). Impactado pela assistência de pacientes de perfil geral, idosos, com múltiplas comorbidades, portanto de maior complexidade.
2021	out	AGR 5* 2021	UTI Materna	141	36	5,0	3,9	Resultado positivo. Abaixo da meta. Melhora deveu-se a assistência de mais pacientes críticas obstétrica e menos de padrão geral, com o progressivo retorno ao perfil de UTI MATERNA (especializada na linha de cuidados obstétrica).
2021	nov	AGR 5* 2021	UTI Materna	134	38	5,0	3,5	Resultado positivo. Abaixo da meta. Melhora deveu-se a assistência de mais pacientes críticas obstétrica e menos de padrão geral, com o progressivo retorno ao perfil de UTI MATERNA (especializada na linha de cuidados obstétrica).
2021	dez	AGR 5* 2021	UTI Materna	133	38	5,0	3,5	Resultado positivo. Abaixo da meta. Melhora deveu-se a assistência de mais pacientes críticas obstétrica e menos de padrão geral, com o progressivo retorno ao perfil de UTI MATERNA (especializada na linha de cuidados obstétrica).



Unid. /Resp. : Dra.SYLVIA MARIA LEITE FREIRE - CHEFE / Dr.Felipe / Gileno (SES/HMIB/NCIH)

Indicador : 10-Tx de Dens. de Infec. Prim. de Corrente Sang. - IPCS na UTI Neonatal

Numerador (N) : Densidade de IPCS = nº de casos novos de IPCS no período

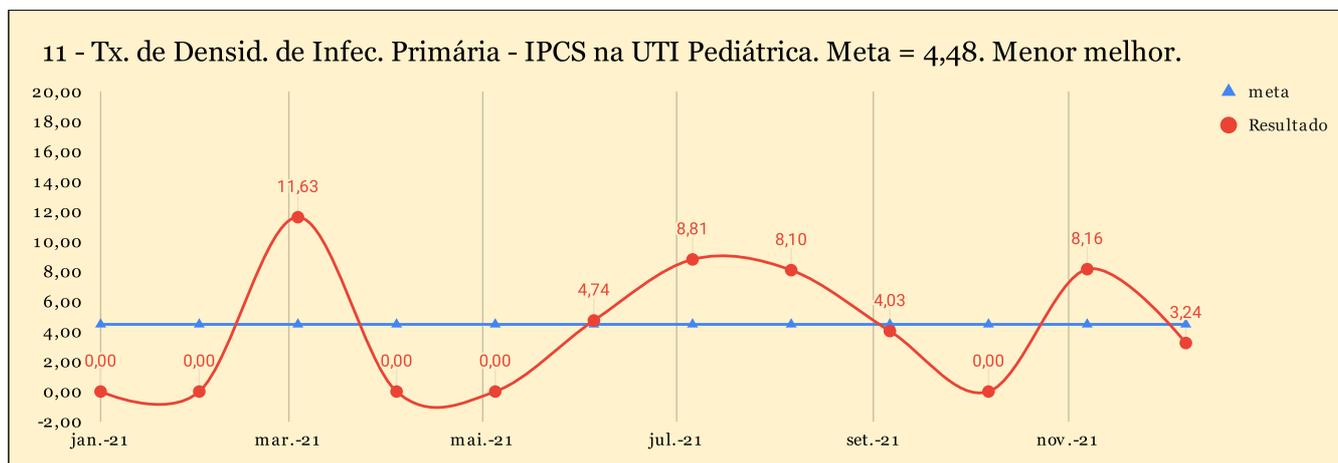
Denominador (D) : Cateter Venoso Central - dia no período (X 1000)

Meta do Resultado 13,47 (Menor Melhor)

Tema : ATENÇÃO ESPECIALIZADA

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	N	D	Meta	Resulta	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 10 2021	NCIH - UTI Neo.	15	833	13,47	18,01	Taxa acima da meta, aumento comum no início do ano e ainda com impactos da pandemia (NCIH/HMIB)
2021	fev	AGR 10 2021	NCIH - UTI Neo.	10	600	13,47	16,67	Taxa acima da meta, mas já inferior que o mês anterior (NCIH/HMIB)
2021	mar	AGR 10 2021	NCIH - UTI Neo.	7	601	13,47	11,65	Taxas sob controle e abaixo da meta (NCIH/HMIB)
2021	abr	AGR 10 2021	NCIH - UTI Neo.	18	607	13,47	29,65	Ocorreu um surto de infecção hospitalar neste mês, foram tomadas medidas para seu controle (NCIH/HMIB)
2021	mai	AGR 10 2021	NCIH - UTI Neo.	11	674	13,47	16,32	Resultado da taxa de infecção em maio foi de 16,32 por 1.000 cateter venoso central-dia. O resultado indica diminuição em relação ao mês anterior após medidas de prevenção estabelecidas na unidade. No entanto, o valor ainda está acima da meta pactuada, mantemos as atividades de prevenção e aguardamos os resultados de junho (Dr. Felipe T de M Freitas - Médico NCIH/HMIB).
2021	jun	AGR 10 2021	NCIH - UTI Neo.	11	498	13,47	22,09	O aumento da taxa no mês de maio e junho está relacionado com a detecção de um surto de infecção relacionada à assistência à saúde (antigamente conhecida como infecção hospitalar) por bactéria multirresistente. Medidas de controle do surto foram implantadas, como uma ala de coorte dos pacientes colonizados/infectados por bactéria multirresistente, treinamento dos servidores nas boas práticas de controle de infecção, restrição das admissões na UTI neonatal, entre outras. Este Núcleo está monitorando a situação junto ao Núcleo de Neonatologia e Direção do hospital. (Felipe T de M Freitas - NCIH/HMIB - 05/08/21)
2021	jul	AGR 10 2021	NCIH - UTI Neo.	13	496	13,47	26,21	Ainda impacto do surto de infecção hospitalar vivenciado nessa época do ano (NCIH/HMIB)
2021	ago	AGR 10 2021	NCIH - UTI Neo.	8	532	13,47	15,04	Melhora gradual e controle de surto (NCIH/HMIB)
2021	set	AGR 10 2021	NCIH - UTI Neo.	7	351	13,47	19,94	Melhora gradual e controle de surto (NCIH/HMIB)
2021	out	AGR 10 2021	NCIH - UTI Neo.	6	587	13,47	10,22	Déficit de profissionais, aumento do absenteísmo, escassez de insumos e inconsistências no abastecimento de cateteres, álcool, desinfetantes, swabs, luvas, antibióticos, entre outros, contribuíram para os níveis elevados de IPCS
2021	nov	AGR 10 2021	NCIH - UTI Neo.	9	623	13,47	14,45	Déficit de profissionais, aumento do absenteísmo, escassez de insumos e inconsistências no abastecimento de cateteres, álcool, desinfetantes, swabs, luvas, antibióticos, entre outros, contribuíram para os níveis elevados de IPCS
2021	dez	AGR 10 2021	NCIH - UTI Neo.	13	572	13,47	22,73	Resultado negativo. Aumento de 8,3% (22,73% > 14,45%). Impactado pela assistência de mais pacientes graves de alta complexidade, encaminhados de outras unidades, necessitando de cirurgia neonatal.



Unid./Resp. : Dra.SYLVIA MARIA LEITE FREIRE - CHEFE / Dr.Felipe / Gileno (SES/HMIB/NCIH)

Indicador : 11-Tx de Dens. de Infec. Prim. de Corrente Sang. - IPCS na UTI Pediátrica

Numerador (N) : Densidade de IPCS = nº de casos novos de IPCS no período

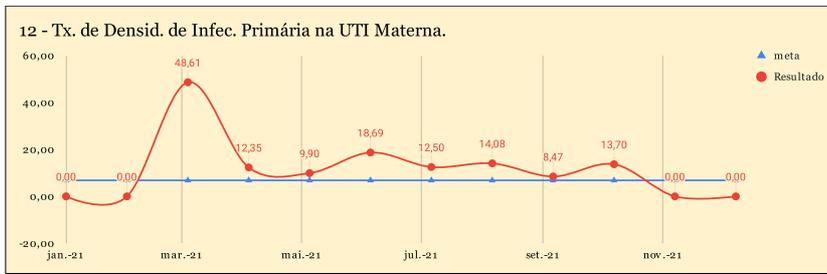
Denominador (D) : Cateter Venoso Central - dia no período (X 1000)

Meta do Resultado : 4,48 (Menor melhor)

Tema : ATENÇÃO ESPECIALIZADA

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	N	D	Meta	Resulta	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 11 2021	NCIH - UTI Ped.	0	151	4,48	0,00	Resultado positivo. Sem evento de IPCS. Taxas sob controle e abaixo da meta.
2021	fev	AGR 11 2021	NCIH - UTI Ped.	0	201	4,48	0,00	Resultado positivo. Sem evento de IPCS. Taxas sob controle e abaixo da meta.
2021	mar	AGR 11 2021	NCIH - UTI Ped.	3	258	4,48	11,63	Resultado negativo. Taxa acima da meta, discutido com a equipe os casos de infecção e implantação de medidas de controle
2021	abr	AGR 11 2021	NCIH - UTI Ped.	0	220	4,48	0,00	Resultado positivo. Sem evento de IPCS. Taxas sob controle e abaixo da meta.
2021	mai	AGR 11 2021	NCIH - UTI Ped.	0	162	4,48	0,00	Resultado da taxa de infecção em maio foi de 0,0 por 1.000 cateter venoso central-dia. O resultado indica diminuição em relação ao mês anterior após medidas de prevenção estabelecidas na unidade (Dr. Felipe T de M Freitas - Médico NCIH/HMIB).
2021	jun	AGR 11 2021	NCIH - UTI Ped.	1	211	4,48	4,74	A taxa de junho se manteve estável, dentro da meta pactuada. (Felipe T de M Freitas - NCIH/HMIB - 05/08/21)
2021	jul	AGR 11 2021	NCIH - UTI Ped.	2	227	4,48	8,81	Dois casos de infecção em pacientes de alta complexidade
2021	ago	AGR 11 2021	NCIH - UTI Ped.	2	247	4,48	8,10	Dois casos de infecção em pacientes de alta complexidade
2021	set	AGR 11 2021	NCIH - UTI Ped.	1	248	4,48	4,03	Resultado positivo. Taxas sob controle e abaixo da meta
2021	out	AGR 11 2021	NCIH - UTI Ped.	0	275	4,48	0,00	Resultado positivo. Sem evento de IPCS. Taxas sob controle e abaixo da meta
2021	nov	AGR 11 2021	NCIH - UTI Ped.	2	245	4,48	8,16	Déficit de profissionais, aumento do absenteísmo, escassez de insumos e inconsistências no abastecimento de cateteres, álcool, desinfetantes, swabs, luvas, antibióticos, entre outros, contribuíram para os níveis elevados de IPCS
2021	dez	AGR 11 2021	NCIH - UTI Ped.	1	309	4,48	3,24	Resultado positivo. Queda de 4.92% (3.24% < 8.16%). Redução das taxas de infecção para abaixo da meta pactuada



Unid./Resp.: Dra.SYLVIA MARIA LEITE FREIRE - CHEFE / Dr.Felipe / Gileno (SES/HMIB/NCIH)

Indicador : 12-Tx de Dens. de Infec. Prim. de Corrente Sang. - IPCS na UTI Materna

Numerador (N) : Densidade de IPCS = nº de casos novos de IPCS no período

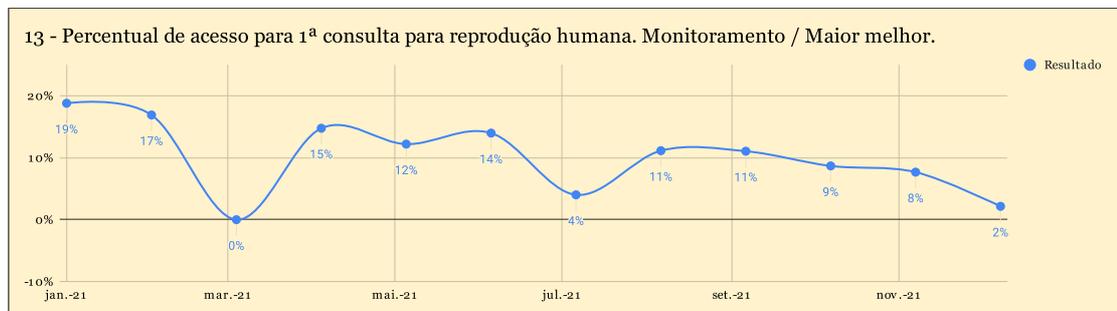
Denominador (D) : Cateter Venoso Central - dia no período (X 1000)

Meta do Resultado : 6,83 (Menor Melhor)

Tema : ATENÇÃO ESPECIALIZADA

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod.Indicador	Responsável	N	D	Meta	Resultado	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 12 2021	NCIH - UTI Mat	0	69	6,83	0,00	Resultado positivo. Sem evento de IPCS. Impactado pela assistência de pacientes críticas obstétrica, com baixa demanda de uso de cateter venoso central.
2021	fev	AGR 12 2021	NCIH - UTI Mat	0	13	6,83	0,00	Resultado positivo. Sem evento de IPCS. Impactado pela assistência de pacientes críticas obstétrica, com baixa demanda de uso de cateter venoso central.
2021	mar	AGR 12 2021	NCIH - UTI Mat	7	144	6,83	48,61	Resultado negativo. Impactado pela assistência de pacientes de maior complexidade, de perfil geral, com doenças crônicas e várias comorbidades, vindas de outras regionais, demandando o uso de vários dispositivos invasivos, como resposta a pandemia de covid.
2021	abr	AGR 12 2021	NCIH - UTI Mat	2	162	6,83	12,35	Resultado positivo. Queda de 74.6% (12.35% < 48.61%), porém ainda acima da meta. Impactado pela assistência de pacientes de maior complexidade, de perfil geral, com doenças crônicas e várias comorbidades, vindas de outras regionais, demandando o uso de vários dispositivos invasivos, como resposta a pandemia de covid.
2021	mai	AGR 12 2021	NCIH - UTI Mat	1	101	6,83	9,90	Resultado positivo. Queda de 19.8% (9.90% < 12.35%). Impactado por medidas de prevenção estabelecidas na unidade. No entanto, o valor ainda está acima da meta pactuada, mantemos as atividades de prevenção e aguardamos os resultados de junho (Dr. Felipe T de M Freitas - Médico NCIH/HMIB).
2021	jun	AGR 12 2021	NCIH - UTI Mat	2	107	6,83	18,69	Resultado negativo. Impactado pela assistência de pacientes de maior complexidade, de perfil geral, com doenças crônicas e várias comorbidades, vindas de outras regionais, demandando o uso de vários dispositivos invasivos, como resposta a pandemia de covid. Essa alteração no perfil foi percebida por esse Núcleo e diversos treinamentos e adaptações têm sido implantadas na unidade em parceria com a coordenação da UTI. (Felipe T de M Freitas - NCIH/HMIB)
2021	jul	AGR 12 2021	NCIH - UTI Mat	1	80	6,83	12,50	Resultado negativo. Impactado pela assistência de pacientes de maior complexidade, de perfil geral, com doenças crônicas e várias comorbidades, vindas de outras regionais, demandando o uso de vários dispositivos invasivos, como resposta a pandemia de covid.
2021	ago	AGR 12 2021	NCIH - UTI Mat	1	71	6,83	14,08	Resultado negativo. Impactado pela assistência de pacientes de maior complexidade, de perfil geral, com doenças crônicas e várias comorbidades, vindas de outras regionais, demandando o uso de vários dispositivos invasivos, como resposta a pandemia de covid.
2021	set	AGR 12 2021	NCIH - UTI Mat	1	118	6,83	8,47	Resultado negativo. Impactado pela assistência de pacientes de maior complexidade, de perfil geral, com doenças crônicas e várias comorbidades, vindas de outras regionais, demandando o uso de vários dispositivos invasivos, como resposta a pandemia de covid.
2021	out	AGR 12 2021	NCIH - UTI Mat	1	73	6,83	13,70	Resultado negativo. Aumento percentual de 61% da taxa de densidade de IPSC devido a diminuição do número de cateter dia, porém o resultado é neutro considerando-se o número absoluto de casos (1paciente). Outros fatores que contribuíram para o resultado são: déficit de profissionais, aumento do absenteísmo, escassez de insumos e inconsistências no abastecimento de cateteres, álcool, desinfetantes, swabs, luvas, antibióticos, entre outros.
2021	nov	AGR 12 2021	NCIH - UTI Mat	0	53	6,83	0,00	Resultado positivo. Zero infecção primária da corrente sanguínea no mês. Melhorar deveu-se a mudança/retorno para o perfil obstétrico das pacientes atendidas na Unidade, além de treinamento em boas práticas assistenciais/prevenção de infecção relacionada a assistência.
2021	dez	AGR 12 2021	NCIH - UTI Mat	0	27	6,83	0,00	Resultado positivo. Sem evento de IPCS. Impactado pela assistência de pacientes críticas obstétrica e menos de padrão geral, com baixa demanda de uso de cateter venoso central, após progressivo retorno ao perfil de UTI MATERNA (obstétrica).



Unid./Resp.: ? Dr. KLEIDSON SILVA DE SOUSA ? (SES/HMIB/DAS/GIR) ; Reprodução Humana (SES/HMIB/CRH)

Indicador : 13-Percentual de acesso para 1ª consulta para reprodução humana

Numerador (N) : Nº de vagas ofertadas em 1ª consulta (mês)

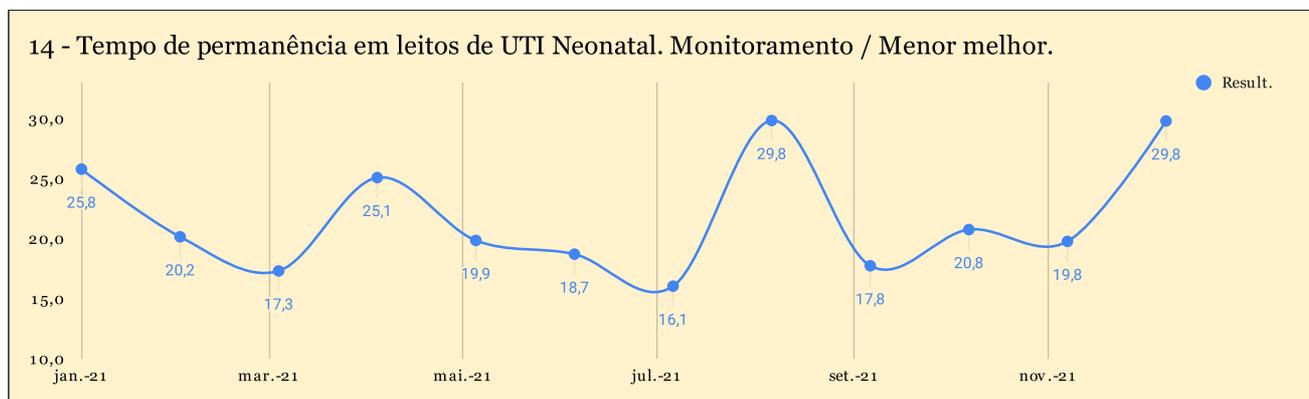
Denominador (D) : Média do número de usuários em fila de espera

Meta do Resultado : monitoramento (maior melhor)

Fonte : SISREG (CONTATAR GIR/HMIB)

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	N	D	Meta	Resultado	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 13 2021	CRH	28	149	monitoramento	19%	Resultado negativo. Baixa oferta de vagas devido a déficit profissional e às características e peculiaridades da assistência em reprodução humana, com as pacientes permecendo por longo período no serviço (número elevado de retornos)
2021	fev	AGR 13 2021	CRH	36	213	monitoramento	17%	Resultado negativo, porém houve aumento do número de pacientes atendidas. Baixa oferta de vagas devido a déficit profissional e às características e peculiaridades da assistência em reprodução humana, com as pacientes permecendo por longo período no serviço (número elevado de retornos), além do crescimento da fila de espera
2021	mar	AGR 13 2021	CRH	0	251	monitoramento	0%	aguarda análise da GIR
2021	abr	AGR 13 2021	CRH	40	271	monitoramento	15%	Resultado positivo em relação ao mês anterior, com aumento do número de pacientes atendidas. Ainda baixa oferta de vagas devido a déficit profissional e às características e peculiaridades da assistência em produção humana, com as pacientes permecendo por longo período no serviço (número elevado de retornos), além do crescimento da fila de espera
2021	mai	AGR 13 2021	CRH	36	295	monitoramento	12%	Resultado negativo. Baixa oferta de vagas devido a déficit profissional e às características e peculiaridades da assistência em reprodução humana, com as pacientes permecendo por longo período no serviço (número elevado de retornos), além do crescimento da fila de espera
2021	jun	AGR 13 2021	CRH	52	372	monitoramento	14%	Resultado positivo considerando-se o aumento do número de pacientes atendidas, porém ainda com baixa oferta de vagas devido a déficit profissional e às características e peculiaridades da assistência em reprodução humana, com as pacientes permecendo por longo período no serviço (número elevado de retornos), além do crescimento da fila de espera
2021	jul	AGR 13 2021	CRH	13	324	monitoramento	4%	Resultado negativo. A redução da oferta de vagas ocorreu devido a férias de servidores e diminuição de carga horária de profissionais, no mês de agosto. Dr. Kleidson (GIR)
2021	ago	AGR 13 2021	CRH	43	386	monitoramento	11%	Resultado positivo em relação ao mês anterior e considerando-se o aumento do número de pacientes atendidas, porém ainda com baixa oferta de vagas devido a déficit profissional e às características e peculiaridades da assistência em reprodução humana, com as pacientes permecendo por longo período no serviço (número elevado de retornos), além do crescimento da fila de espera
2021	set	AGR 13 2021	CRH	43	389	monitoramento	11%	Resultado positivo considerando-se o aumento do número de pacientes atendidas, porém ainda com baixa oferta de vagas devido a déficit profissional e às características e peculiaridades da assistência em reprodução humana, com as pacientes permecendo por longo período no serviço (número elevado de retornos), além do crescimento da fila de espera
2021	out	AGR 13 2021	CRH	40	461	monitoramento	9%	Resultado negativo. Além da diminuição do número de pacientes atendidas, a queda percentual de acesso a 1ª consulta foi impactada pelo crescimento expressivo da fila de espera. Persiste baixa oferta de vagas devido a déficit profissional e às características e peculiaridades da assistência em reprodução humana, com as pacientes permecendo por longo período no serviço (número elevado de retornos)
2021	nov	AGR 13 2021	CRH	36	469	monitoramento	8%	Resultado negativo. Além da diminuição do número de pacientes atendidas, a queda percentual de acesso a 1ª consulta foi impactada pelo expressivo número de pacientes na fila de espera. Persiste baixa oferta de vagas devido a déficit profissional e às características e peculiaridades da assistência em reprodução humana, com as pacientes permecendo por longo período no serviço (número elevado de retornos)
2021	dez	AGR 13 2021	CRH	12	557	monitoramento	2%	Resultado negativo. A baixa oferta de vagas ocorreu devido a grande quantidade de servidores de férias, licenças e outros afastamentos legais, além da diminuição de carga horária de profissionais. Houve também expressivo aumento de pacientes na fila de espera



Unid./Resp.: UTI Neonatal - DRA.SANDRA LUCIA ANDRADE DE CALDAS LINS ; Supervisora Enf. : Iza (SES/HMIB/DAS/GACL/UTI NEO)

Indicador : 14-Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal

Numerador (N) : \sum Nº de pacientes-dia UTI Neonatal

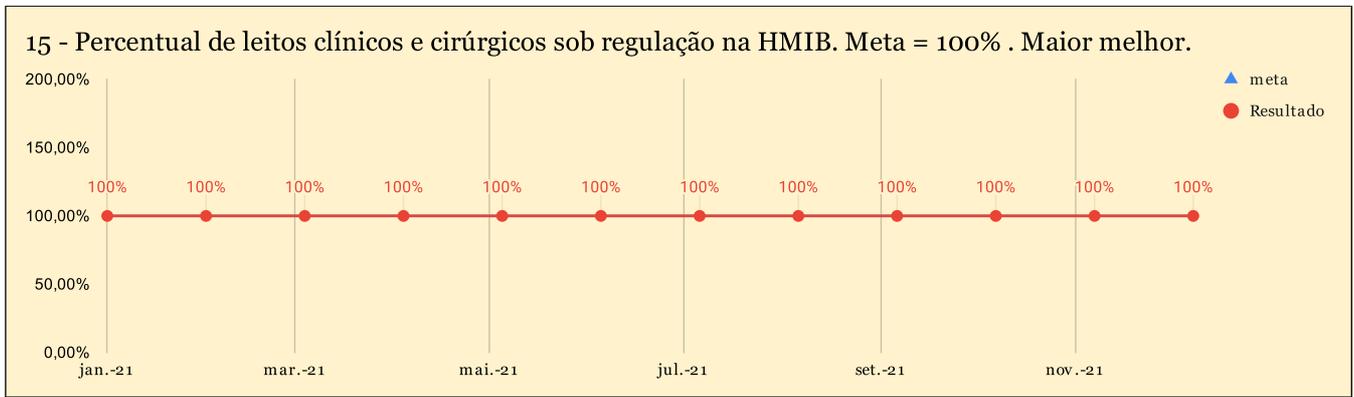
Denominador (D) : \sum Saídas internas + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI Neonatal.

Meta do Resultado : Monitoramento (Menor melhor)

Fonte : Censo Hospitalar UTI Neo (Supervisão de Enfermagem)

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Monitoramento	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 14 2021	UTI NEO (Censo)	1135	44	monitoramento	25,8	** Resultado negativo, pois o tempo de permanência em UTI Neonatal esperado é em média de 20 dias.
2021	fev	AGR 14 2021	UTI NEO (Censo)	968	48	monitoramento	20,2	** Resultado positivo, pois o tempo de permanência em UTI Neonatal esperado é em média de 20 dias.
2021	mar	AGR 14 2021	UTI NEO (Censo)	1057	61	monitoramento	17,3	** Resultado positivo, pois o tempo de permanência em UTI Neonatal esperado é em média de 20 dias.
2021	abr	AGR 14 2021	UTI NEO (Censo)	1054	42	monitoramento	25,1	** Resultado positivo, pois o tempo de permanência em UTI Neonatal esperado é em média de 20 dias.
2021	mai	AGR 14 2021	UTI NEO (Censo)	1033	52	monitoramento	19,9	** Resultado positivo, pois o tempo de permanência em UTI Neonatal esperado é em média de 20 dias.
2021	jun	AGR 14 2021	UTI NEO (Censo)	1011	54	monitoramento	18,7	** Resultado positivo, pois o tempo de permanência em UTI Neonatal esperado é em média de 20 dias.
2021	jul	AGR 14 2021	UTI NEO (Censo)	835	52	monitoramento	16,1	** Resultado positivo, pois o tempo de permanência em UTI Neonatal esperado é em média de 20 dias.
2021	ago	AGR 14 2021	UTI NEO (Censo)	776	26	monitoramento	29,8	** Resultado negativo, pois o tempo de permanência em UTI Neonatal esperado é em média de 20 dias.
2021	set	AGR 14 2021	UTI NEO (Censo)	728	41	monitoramento	17,8	** Resultado positivo, pois o tempo de permanência em UTI Neonatal esperado é em média de 20 dias.
2021	out	AGR 14 2021	UTI NEO (Censo)	893	43	monitoramento	20,8	** Resultado positivo, pois o tempo de permanência em UTI Neonatal esperado é em média de 20 dias.
2021	nov	AGR 14 2021	UTI NEO (Censo)	1009	51	monitoramento	19,8	O tempo de permanência em UTI Neonatal está dentro dos patamares esperados para este perfil de UTI, que está na média de 20 dias.
2021	dez	AGR 14 2021	UTI NEO (Censo)	1073	36	monitoramento	29,8	** Resultado negativo, pois o tempo de permanência em UTI Neonatal esperado é em média de 20 dias.



Unid./Resp.: GERENTE GIR (SES/HMIB/DAS/GIR) / CHEFE NGINT

Indicador : 15-Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação no HMIB

Numerador (N) : Número de leitos clínico E cirúrgicos sob regulação na Região

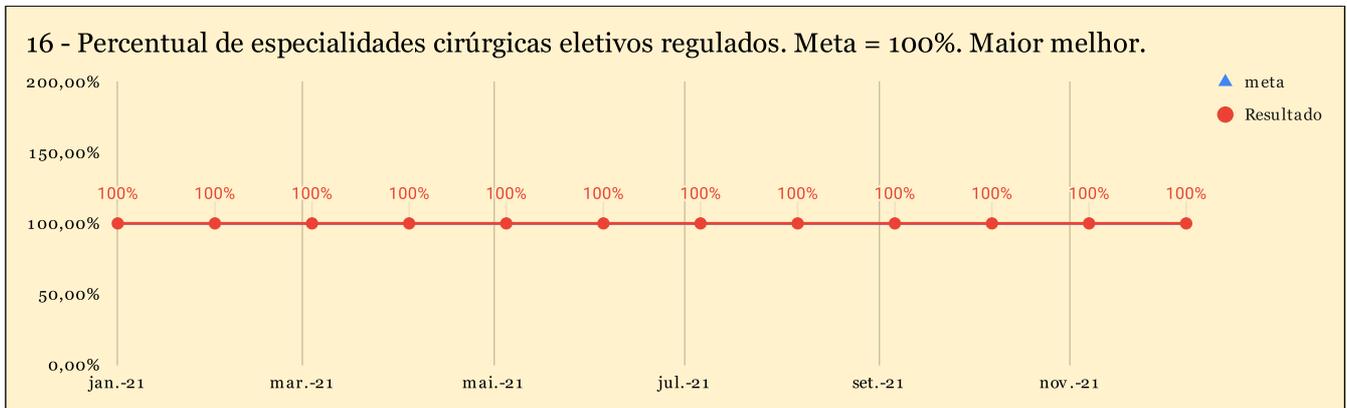
Denominador (D) : Número total de leitos clínicos E cirúrgicos na Região x 100.

Meta do Resultado : 100% (Maior melhor)

Fonte : SISLEITOS

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 15 2021	GIR	100	100	100%	100%	Resultado positivo. Todos os leitos são regulados
2021	fev	AGR 15 2021	GIR	100	100	100%	100%	Resultado positivo. Todos os leitos são regulados
2021	mar	AGR 15 2021	GIR	100	100	100%	100%	Resultado positivo. Todos os leitos são regulados
2021	abr	AGR 15 2021	GIR	100	100	100%	100%	Resultado positivo. Todos os leitos são regulados
2021	mai	AGR 15 2021	GIR	100	100	100%	100%	Resultado positivo. Todos os leitos são regulados
2021	jun	AGR 15 2021	GIR	100	100	100%	100%	Resultado positivo. Todos os leitos são regulados
2021	jul	AGR 15 2021	GIR	100	100	100%	100%	Resultado positivo. Todos os leitos são regulados
2021	ago	AGR 15 2021	GIR	100	100	100%	100%	Resultado positivo. Todos os leitos são regulados
2021	set	AGR 15 2021	GIR	100	100	100%	100%	Resultado positivo. Todos os leitos são regulados
2021	out	AGR 15 2021	GIR	100	100	100%	100%	Resultado positivo. Todos os leitos são regulados
2021	nov	AGR 15 2021	GIR	100	100	100%	100%	Resultado positivo. Todos os leitos são regulados
2021	dez	AGR 15 2021	GIR	100	100	100%	100%	Resultado positivo. Todos os leitos são regulados



Unid./Resp.: Gerente DIR (SES/HMIB/DAS/GIR)

Indicador : 16-Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados

Numerador (N) : Número de especialidades médicas que realizam cirurgias eletivas reguladas nos três panoramas de regulação

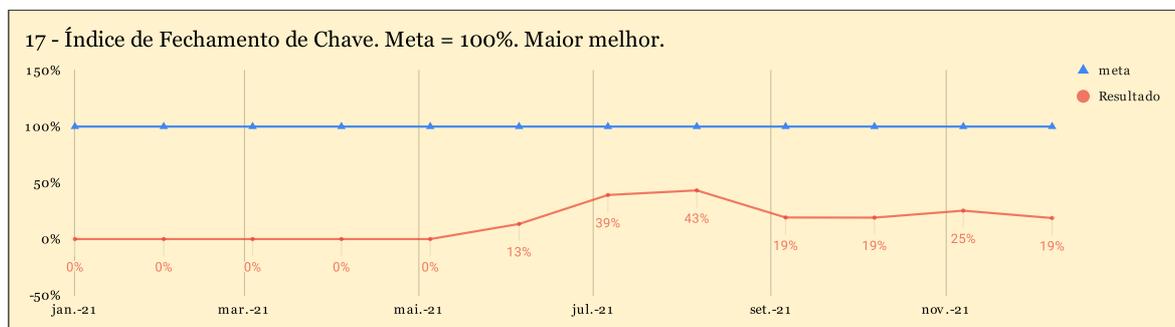
Denominador (D) : Número total de especialidades médicas que realizam cirurgias eletivas na Região x 100

Meta do Resultado : 100% (Maior melhor)

Fonte : Sistema Nacional de Regulação - SISREG III

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 16 2021	GIR	7	7	100%	100%	* Todas as especialidades são reguladas.
2021	fev	AGR 16 2021	GIR	7	7	100%	100%	* Todas as especialidades são reguladas.
2021	mar	AGR 16 2021	GIR	7	7	100%	100%	* Todas as especialidades são reguladas.
2021	abr	AGR 16 2021	GIR	7	7	100%	100%	* Todas as especialidades são reguladas.
2021	mai	AGR 16 2021	GIR	7	7	100%	100%	* Todas as especialidades são reguladas.
2021	jun	AGR 16 2021	GIR	7	7	100%	100%	* Todas as especialidades são reguladas.
2021	jul	AGR 16 2021	GIR	7	7	100%	100%	* Todas as especialidades são reguladas.
2021	ago	AGR 16 2021	GIR	7	7	100%	100%	* Todas as especialidades são reguladas.
2021	set	AGR 16 2021	GIR	7	7	100%	100%	Resultado positivo. Inalterado em relação aos meses anteriores. Todas as especialidades cirúrgicas são reguladas
2021	out	AGR 16 2021	GIR	7	7	100%	100%	Resultado positivo. Inalterado em relação aos meses anteriores. Todas as especialidades cirúrgicas são reguladas
2021	nov	AGR 16 2021	GIR	7	7	100%	100%	Resultado positivo. Inalterado em relação aos meses anteriores. Todas as especialidades cirúrgicas são reguladas
2021	dez	AGR 16 2021	GIR	7	7	100%	100%	Resultado positivo. Inalterado em relação aos meses anteriores. Todas as especialidades cirúrgicas são reguladas



Unid./Resp.: SES/HMIB/DAS/GIR: Caroline Arruda ; SES/HMIB/DAS/GACL: Dra. Paula

Indicador : 17-Índice de Fechamento de Chave

Numerador (N) : Nº de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais com chaves fechadas + faltas (HMIB + CRDF)

Denominador (D) : Nº de agendamentos Marcados/Autorizados pela regulação por região de saúde (HMIB + CRDF)

Meta do Resultado : 100% (maior melhor).

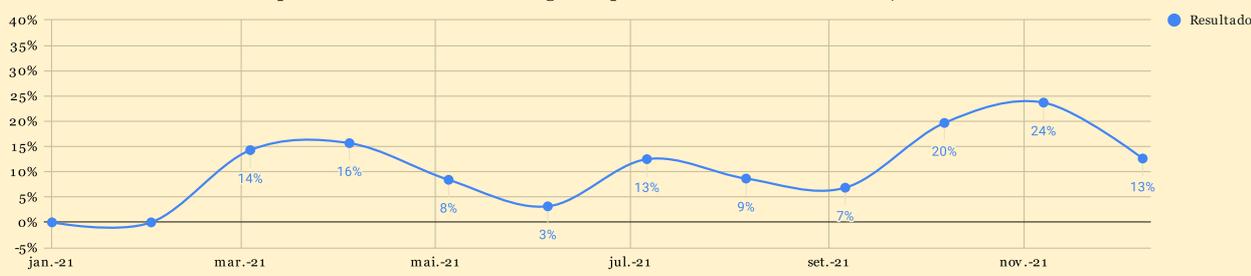
PLANO DE AÇÃO 2022 = ENVIADO (EM ANEXO)

Fonte : 00060-00569255/2021-10 (CRDF - Dados Mensais Panorama 3);
00060-00142809/2022-16 (GIR - Dados Mensais Panoramas 1 e 2);
00060-00103643/2022-12 (Decisões).

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Resultado	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 17 2021	GIR	0	-	100%	0%	Sem fechamento de Chave. Informação : Dr. Kleidson (Gerente GIR)
2021	fev	AGR 17 2021	GIR	0	-	100%	0%	Sem fechamento de Chave. Informação : Dr. Kleidson (Gerente GIR)
2021	mar	AGR 17 2021	GIR	0	-	100%	0%	Sem fechamento de Chave. Informação : Dr. Kleidson (Gerente GIR)
2021	abr	AGR 17 2021	GIR	0	-	100%	0%	EM ESTUDO MUDANÇAS PARA ALCANÇAR METAS DESSE INDICADOR. Sem fechamento de Chave. Informação : Dr. Kleidson (Gerente GIR)
2021	mai	AGR 17 2021	GIR	0	-	100%	0%	EM ESTUDO MUDANÇAS PARA ALCANÇAR METAS DESSE INDICADOR. Sem fechamento de Chave. Informação : Dr. Kleidson (Gerente GIR)
2021	jun	AGR 17 2021	GIR	76	566	100%	13%	Esta sendo confeccionado material de treinamento e tutoriais aos médicos.
2021	jul	AGR 17 2021	GIR	134	342	100%	39%	A implementação das medidas educativas e de conscientização da equipe médica se iniciarão no mês de agosto/21, para isso foi feito tutorial e serão realizados treinamentos junto aos médicos.
2021	ago	AGR 17 2021	GIR	251	580	100%	43%	A implementação das medidas educativas e de conscientização da equipe médica sobre a necessidade de fechamento das chaves. Os treinamentos se iniciarão no mês de agosto/21, para isso foi feito tutorial e escolha da equipe para conduzir os encontros.
2021	set	AGR 17 2021	GIR	89	464	100%	19%	*Houve a tentativa de treinar um servidor da GIR para que realizasse os fechamentos mas a idéia foi abortada e os profissionais serão orientados "corpo a corpo"
2021	out	AGR 17 2021	GIR	49	257	100%	19%	*Houve a tentativa de treinar um servidor da GIR para que realizasse os fechamentos mas a idéia foi abortada e os profissionais serão orientados "corpo a corpo"
2021	nov	AGR 17 2021	GIR	100	396	100%	25%	Resultado positivo. Houve melhora em relação ao mês anterior (4.75%). Melhora deveu-se ao esforço da equipe assistente para fechar as chaves, após conscientização da mesma sobre a monitoração do indicador, da sua importância para a gestão e do passo a passo para realizar a tarefa, em ação de corpo a corpo com alguns profissionais do ambulatorio. Será intensificado o alcance do processo de conscientização e treinamento dos profissionais para realizar o fechamento de chave. Houve a tentativa de treinar um servidor da GIR para que realizasse os fechamentos mas a idéia foi abortada e os profissionais serão orientados "corpo a corpo". Dados atualizados em 10/01-12.27h.
2021	dez	AGR 17 2021	GIR	100	535	100%	19%	Resultado negativo. Houve piora em relação ao mês anterior (19% < 25%). Resultado impactado pela dificuldade da equipe assistente fechar as chaves, seja pelo excesso de trabalho, desconhecimento do passo a passo para realizar a tarefa ou pelo impedimento em acessar o SISREG, por estar inoperante, em muitos momentos. Ação: Intensificar o processo de conscientização da equipe sobre a monitoração do indicador, sua importância para a gestão e treinamento no passo a passo para realizar a tarefa, por meio do corpo a corpo com os profissionais do ambulatorio.

18 - Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada. Monitoramento / Maior melhor.



Unid./Resp.: SES/HMIB/DAS/GACIR/UOD : Dra. Andréa Nunes Oliveira Gonzalez (odontohmib@gmail.com); Dra. Tereza Paula Vieira Arduini RTA

Indicador : 18-Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada

Numerador (N) : N° total de "chaves confirmadas de atendimentos" do sistema SisReg, ao final do mês na primeira consulta da especialidade.

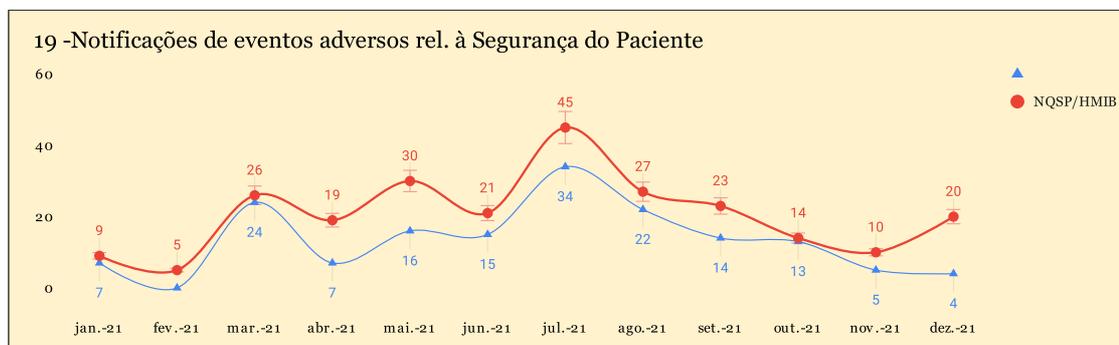
Denominador (D) : N° total de vagas ofertadas na referida especialidade.

Meta do Resultado : monitoramento (maior melhor)

Fonte : SISREG

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Resultado	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 18 2021	Odontologia	0	-	-	0%	Serviço passa a ser regulado em março 2021. JR julho-21
2021	fev	AGR 18 2021	Odontologia	0	-	-	0%	Serviço passa a ser regulado em março 2021. JR julho-21
2021	mar	AGR 18 2021	Odontologia	14	98	-	14%	O HMIB constitui uma URD. Sendo assim, o panorama 1 corresponde aos pacientes internos deste hospital (alto risco, pediatria/internação, alcon, UCIN e outros) e banco de leite. Estes são atendidos via parecer. Não são inseridos no SISREG pois são atendidos no mesmo dia que chegam. Não temos lista de espera. As vagas remanescentes são pactuadas em panorama 2, conforme SEI 00060-00509744/2020-23. Começamos a utilizar o SISREG para a marcação do panorama 2 em março/2021. Pactuamos PCD, Periodontia, Endodontia, Cirurgia e Radiologia. PCD e Periodontia não estão tendo solicitações externas (profissionais estão atendendo panorama 1 e colaborando na vacinação de covid). O panorama 3 abarca a odontopediatria e o centro cirúrgico. Neste panorama 3, disponibilizamos as escalas dos profissionais/vagas e os pacientes são marcados pelo complexo regulador, desde novembro/2020. Tivemos números bastante expressivos de absenteísmo. Acreditamos estar havendo algum problema na comunicação dos pacientes, dificuldade de acesso ao HMIB ou outros motivos. Andréa Nunes - Reguladora odonto/HMIB
2021	abr	AGR 18 2021	Odontologia	13	83	-	16%	idem março - 2021
2021	mai	AGR 18 2021	Odontologia	8	95	-	8%	Uma cirurgia bucomaxilo está em Licença Médica, o que reduz o número de Marcações (Dra. Andrea)
2021	jun	AGR 18 2021	Odontologia	2	63	-	3%	Este mês só foram marcados pacientes para Endodontia (uma endodontista esteve de férias este mês). Periodontia e PNE ofereceram vagas, mas estão sem demanda. Na buco-maxilo, uma cirurgia está de licença médica até agosto/2021, o outro cirurgião teve que dar prosseguimento aos pacientes da cirurgia, que já estavam marcados, e, portanto, não pôde oferecer vagas. (Dra. Andrea Nunes)
2021	jul	AGR 18 2021	Odontologia	11	88	-	13%	Uma Cirurgia Buco-maxilo permanece de licença médica no mês de julho. O Centro de Especialidades Odontológicas recebeu mais uma Endodontista, aumentando o número de vagas ofertadas na Especialidade. Não há lista de espera. (Dra. marina/ Odontologia HMIB.
2021	ago	AGR 18 2021	Odontologia	11	127	-	9%	Indicador com resultado "baixo" devido alto absenteísmo dos usuários. Há dificuldade de identificar onde se encontra a falha. Seria na marcação das unidades ou dificuldades pessoais dos usuários? A grande maioria dos atendimentos são panorama 2.
2021	set	AGR 18 2021	Odontologia	7	102	-	7%	Indicador com resultado "baixo" devido alto absenteísmo dos usuários. Há dificuldade de identificar onde se encontra a falha. Seria na marcação das unidades ou dificuldades pessoais dos usuários? A grande maioria dos atendimentos são panorama 2.
2021	out	AGR 18 2021	Odontologia	23	117	-	20%	A melhoria no indicador em relação ao mês anterior ocorreu devido aumento na força de trabalho e quantidade de vagas para 1a consulta.
2021	nov	AGR 18 2021	Odontologia	18	76	-	24%	Resultado positivo. Houve melhora em relação ao mês anterior (8%). A melhora deveu-se ao aumento da demanda espontânea por atendimento.... A melhoria no indicador em relação ao mês anterior ocorreu devido aumento na força de trabalho e quantidade de vagas para 1a consulta.
2021	dez	AGR 18 2021	Odontologia	13	103	-	13%	Indicador com resultado "baixo" devido alto absenteísmo dos usuários. Há dificuldade de identificar onde se encontra a falha. Seria na marcação das unidades ou dificuldades pessoais dos usuários? A grande maioria dos atendimentos são panorama 2.



Unid./Resp.: Núcleo de Seg.do Paciente / LIA ESTHER CORREA DE PAULA NEIVA - Chefe (SES/HMIB/NQSP)

Indicador : 19-Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente

Numerador (N) : Número total de notificações realizadas por mês.

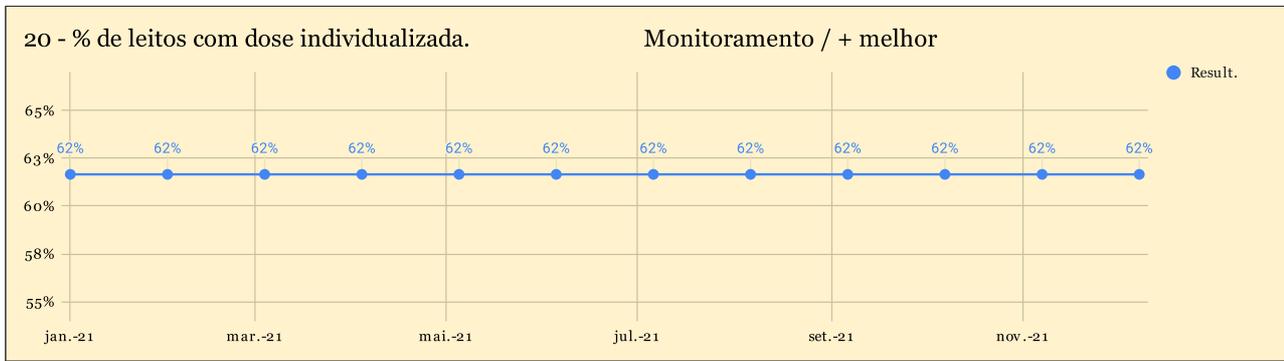
Denominador (D) : Não há

Meta do Resultado : Monitoramento (Maior melhor)

Fonte: SVS / SES : 00060-00095073/2022-71 ; 00060-00127915/2021-81.

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	NQSP/HMIB	SVS/SES	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 19 2021	SVS/SES	7	*	9	7	* O total de notificações fornecido pela SVS está a menor daquele informado pelo NQSP/HMIB. Ainda não há histórico de dados suficiente para analisar o comportamento do indicador.
2021	fev	AGR 19 2021	SVS/SES	0	*	5	0	* O total de notificações fornecido pela SVS está a menor daquele informado pelo NQSP/HMIB. Ainda não há histórico de dados suficiente para analisar o comportamento do indicador.
2021	mar	AGR 19 2021	SVS/SES	24	*	26	24	* O total de notificações fornecido pela SVS está a menor daquele informado pelo NQSP/HMIB. Ainda não há histórico de dados suficiente para analisar o comportamento do indicador.
2021	abr	AGR 19 2021	SVS/SES	7	*	19	7	* O total de notificações fornecido pela SVS está a menor daquele informado pelo NQSP/HMIB. Ainda não há histórico de dados suficiente para analisar o comportamento do indicador.
2021	mai	AGR 19 2021	SVS/SES	16	*	30	16	* O total de notificações fornecido pela SVS está a menor daquele informado pelo NQSP/HMIB. Ainda não há histórico de dados suficiente para analisar o comportamento do indicador.
2021	jun	AGR 19 2021	SVS/SES	15	*	21	15	Informação da SVS/SES diverge da NQSP/HMIB. Valor correto = 18. É provável que a SVS esteja informando as notificações de apenas 1 dos 3 módulos de notificação. Temos três módulos: 01 de medicação, 01 de assistência a saúde e um de tecnovigilância. (Lia - 14/07/21)
2021	jul	AGR 19 2021	SVS/SES	34	*	45	34	* Houve aumento do número de notificações em relação a média do primeiro semestre/21. O total de notificações fornecido pela SVS está a menor daquele informado pelo NQSP/HMIB.
2021	ago	AGR 19 2021	SVS/SES	22	*	27	22	* Houve aumento do número de notificações em relação a média do primeiro semestre/21. O total de notificações fornecido pela SVS está a menor daquele informado pelo NQSP/HMIB.
2021	set	AGR 19 2021	SVS/SES	14	*	23	14	* Houve redução do número de notificações em relação a média do primeiro semestre/21. O total de notificações fornecido pela SVS está a menor daquele informado pelo NQSP/HMIB (23 registros de notificações).
2021	out	AGR 19 2021	SVS/SES	13	*	14	13	* Houve redução do número de notificações em relação a média do primeiro semestre/21. O total de notificações fornecido pela SVS está a menor daquele informado pelo NQSP/HMIB (14 registros de notificações).
2021	nov	AGR 19 2021	SVS/SES	5	*	10	5	* Houve redução do número de notificações em relação a média do primeiro semestre/21. O total de notificações fornecido pela SVS está a menor daquele informado pelo NQSP/HMIB (10 registros de notificações).
2021	dez	AGR 19 2021	SVS/SES	4	*	20	4	Dado divergente. O NSQP/HMIB, informa 20 notificações (aumento importante), porém houve redução do número de notificações fornecido pela SVS.



Unid./Resp.: Farmácia Hospitalar (chefe - SES/HMIB/DA/GAO/NFH) & Gestão de Leitos (Chefe - SES/HMIB/DAS/GIR/NGINT)

Indicador : 20-%de leitos com implantação do sist. de dist. por dose individualizada

Numerador (N) : nº de leitos com dose individualizada

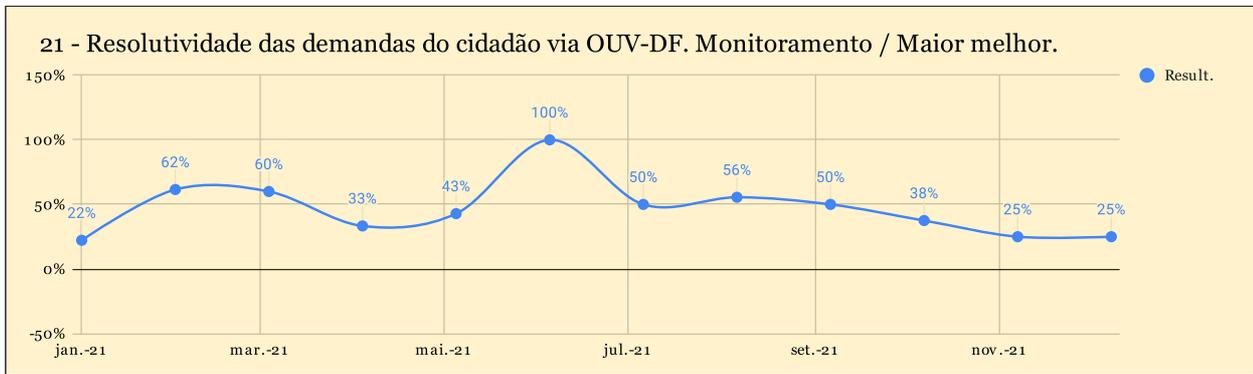
Denominador (D) : nº total de leitos passíveis de implementação de dose individualizada x 100

Meta do Resultado : Monitoramento (Maior melhor)

Fonte : Núcleo de Farmácia Hospitalar

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 20 2021	Farm.Clin & Gest.leitos	148	240	-	62%	Déficit de servidores na farmácia impede a ampliação do sistema de distribuição de dose individualizada para mais leitos do HMIB.
<p>As doses individualizadas atendem as seguintes unidades : Pediatrias A e B, DIP, CIPE, UTI Pediátrica, UTI Adulto, Policlínica e Alto Risco. No caso das unidades Emergência Pediátrica há a "Farmácia Satélite" que também é importante ser implantado na Emergência do CO e no Centro Cirúrgico (o que não ocorreu por falta de RH). Assim, as unidades passíveis de implantação da dose individualizada que ainda não tem este serviço por falta de RH são apenas as unidades UTI NEONATAL, UCIN E ALCON. Segundo despacho da SUGEP (DOC SEI 40807092) não há previsão de concurso para o cargo AOSD farmácia. NFH</p>								
2021	fev	AGR 20 2021	Farm.Clin & Gest.leitos	148	240	-	62%	idem Análise de Jan/21.
2021	mar	AGR 20 2021	Farm.Clin & Gest.leitos	148	240	-	62%	idem Análise de Jan/21.
2021	abr	AGR 20 2021	Farm.Clin & Gest.leitos	148	240	-	62%	idem Análise de Jan/21.
2021	mai	AGR 20 2021	Farm.Clin & Gest.leitos	148	240	-	62%	idem Análise de Jan/21.
2021	jun	AGR 20 2021	Farm.Clin & Gest.leitos	148	240	-	62%	idem Análise de Jan/21.
2021	jul	AGR 20 2021	Farm.Clin & Gest.leitos	148	240	-	62%	idem Análise de Jan/21.
2021	ago	AGR 20 2021	Farm.Clin & Gest.leitos	148	240	-	62%	idem Análise de Jan/21.
2021	set	AGR 20 2021	Farm.Clin & Gest.leitos	148	240	-	62%	idem Análise de Jan/21.
2021	out	AGR 20 2021	Farm.Clin & Gest.leitos	148	240	-	62%	idem Análise de Jan/21.
2021	nov	AGR 20 2021	Farm.Clin & Gest.leitos	148	240	-	62%	idem Análise de Jan/21.
2021	dez	AGR 20 2021	Farm.Clin & Gest.leitos	148	240	-	62%	idem Análise de Jan/21.



Unid./Resp.: OUVIDORIA / LEANDRO CAMARGO CASSIMIRO - chefe - SES/HMIB/OUVIDORIA (leandrohmib@gmail.com)

Indicador : 21 - Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF

Numerador (N) : Manifestações avaliadas como Resolvidas

Denominador (D) : Manifestações avaliadas como Resolvidas + Manifestações avaliadas como Não Resolvidas (x 100)

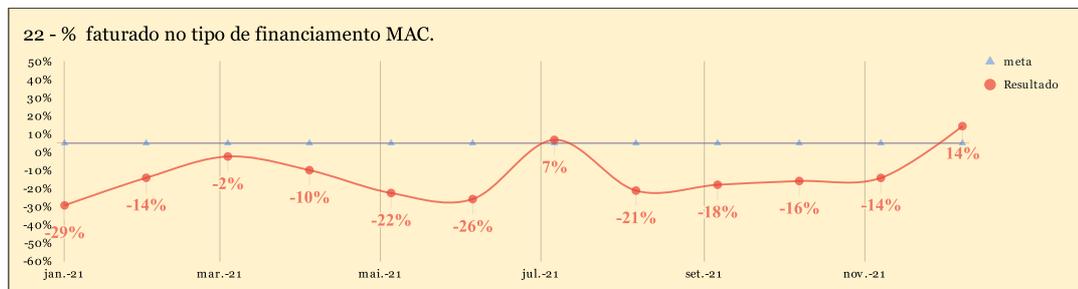
Meta do Resultado : Monitoramento (Maior melhor)

Fonte : SEI 00060-00142206/2021-25 (DADOS ANO 2021);

00060-00011105/2022-94 (DADOS ANO 2022) - Ouvidoria do DF - OUV-DF

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 21 2021	Ouvidoria	2	9	-	22%	A melhoria do indicador foge à governabilidade/control de ações da Ouvidoria do HMIB, pois as manifestações somente são avaliadas como resolvidos quando os usuários registram no sistema do GDF.
2021	fev	AGR 21 2021	Ouvidoria	8	13	-	62%	Idem à análise de Jan/21.
2021	mar	AGR 21 2021	Ouvidoria	3	5	-	60%	Idem à análise de Jan/21.
2021	abr	AGR 21 2021	Ouvidoria	3	9	-	33%	Idem à análise de Jan/21.
2021	mai	AGR 21 2021	Ouvidoria	3	7	-	43%	Idem à análise de Jan/21.
2021	jun	AGR 21 2021	Ouvidoria	4	4	-	100%	Idem à análise de Jan/21.
2021	jul	AGR 21 2021	Ouvidoria	4	8	-	50%	Idem à análise de Jan/21.
2021	ago	AGR 21 2021	Ouvidoria	5	9	-	56%	Idem à análise de Jan/21.
2021	set	AGR 21 2021	Ouvidoria	6	12	-	50%	Idem à análise de Jan/21.
2021	out	AGR 21 2021	Ouvidoria	3	8	-	38%	Idem à análise de Jan/21.
2021	nov	AGR 21 2021	Ouvidoria	2	8	-	25%	Idem à análise de Jan/21.
2021	dez	AGR 21 2021	Ouvidoria	3	12	-	25%	Idem à análise de Jan/21.



Unid./Resp.: NCAIS - TAMARA RAMOS DOS SANTOS - CHEFE - SES/HMIB/DAS/GPMA/NCAIS

Indicador : 22 - % faturado no tipo de financiamento MAC

Numerador (N) : Valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC no mês - valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC na linha de base

Denominador (D) : valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC na linha de base X 100

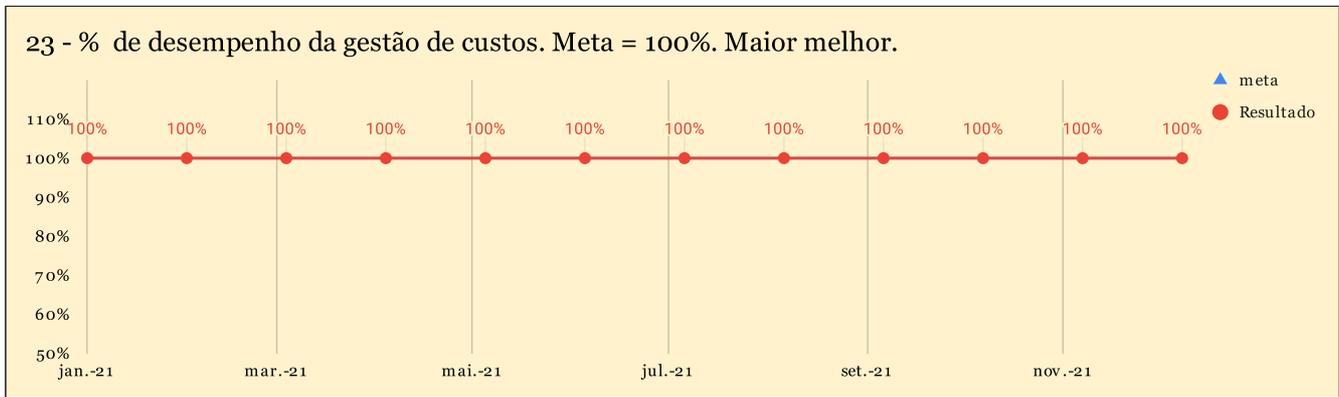
Meta do Resultado : 5% (Maior melhor)

PLANO DE AÇÃO 2022 = ENVIADO (EM ANEXO)

Fonte : 00060-00010910/2022-09 (Faturamento Mensal - GEPI/SES)

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod. Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 22 2021	DICS/SUPLANS	-469.927,74	1.606.908,58	5%	-29%	Resultado negativo. Abaixo da meta. Faturamento ainda realizado manualmente e setor com número reduzido de recursos humanos (licença médica). Observação: Dados inseridos pela GEPI em 12.03.2021.
2021	fev	AGR 22 2021	DICS/SUPLANS	-226.016,48	1.606.908,58	5%	-14%	Resultado negativo. Abaixo da meta. Faturamento ainda realizado manualmente e setor com número reduzido de recursos humanos (licença médica), além de aposentadoria de servidora. Observação: Dados inseridos pela GEPI em 12.04.2021.
2021	mar	AGR 22 2021	DICS/SUPLANS	-37.230,78	1.606.908,58	5%	-2%	Melhora importante do resultado em relação aos meses anteriores, porém abaixo da meta. Faturamento ainda realizado manualmente e setor com número reduzido de recursos humanos (licença médica). Observação: Dados inseridos pela GEPI em 12.05.2021
2021	abr	AGR 22 2021	DICS/SUPLANS	-158.217,98	1.606.908,58	5%	-10%	Resultado negativo. Abaixo da meta. A queda no desempenho deveu-se a licença médica de 02 servidores (absenteísmo) e não foi possível fechar todas as AIHs. Programado fechamento das AIHs de abril até julho (prazo final). Aposentadoria de servidora, em fevereiro, também gerou impacto em abril/21. Observação: Dados inseridos pela GEPI em 29.06.2021
2021	mai	AGR 22 2021	DICS/SUPLANS	-360.675,08	1.606.908,58	5%	-22%	Resultado negativo. Abaixo da meta. A queda no desempenho deveu-se a licença médica de 02 servidores (absenteísmo) e não foi possível fechar todas as AIHs. Existem AIHs de maio que serão finalizadas em junho (prazo final - mês de agosto). Aposentadoria de servidora, em fevereiro, também gerou impacto em abril/21.
2021	jun	AGR 22 2021	DICS/SUPLANS	-414.404,10	1.606.908,58	5%	-26%	Resultado negativo. Abaixo da meta. Iniciado processo de faturamento no WEBSUS. A equipe NCAIS/HMIB, teve um dia de treinamento em maio e em Julho sendo o primeiro fechamento no WEBSUS (novo sistema) e dúvidas foram surgindo durante o processo. TÂMARA - CHEFE NCAIS/HMIB
2021	jul	AGR 22 2021	DICS/SUPLANS	110.179,50	1.606.908,58	5%	7%	Resultado positivo. Impactado pelo início do processo de faturamento eletrônico das AIHs (WEBSUS) e da inserção das AIHs manuais liberadas em Maio, somadas às eletrônicas de Junho. Dados inseridos pela GEPI em 04.10.2021.
2021	ago	AGR 22 2021	DICS/SUPLANS	-339.112,54	1.606.908,58	5%	-21%	Resultado negativo. Déficit de recursos humanos (servidores de licença médica) e recursos materiais obsoletos (computadores e sistema lento) prejudicaram o desempenho. Dados serão inseridos pela GEPI 20/10/2021.
2021	set	AGR 22 2021	DICS/SUPLANS	-287.718,93	1.606.908,58	5%	-18%	Resultado negativo. Déficit de recursos humanos (servidores de licença médica) e recursos materiais obsoletos (computadores e sistema lento) prejudicaram o desempenho. Dados serão inseridos pela GEPI 02/12/2021
2021	out	AGR 22 2021	DICS/SUPLANS	-254.364,79	1.606.908,58	5%	-16%	Resultado negativo. Déficit de recursos humanos (servidores de licença médica) e recursos materiais obsoletos (computadores e sistema lento) prejudicaram o desempenho. NCAIS iniciou processo de monitoramento da produtividade da equipe. Dados inseridos pela GEPI em 09.12.2021.
2021	nov	AGR 22 2021	DICS/SUPLANS	-226.923,97	1.606.908,58	5%	-14%	Resultado negativo. Déficit de recursos humanos (servidores de licença médica) e aposentadoria de um servidor de 40 horas, além de recursos materiais obsoletos (computadores e sistema lento) prejudicaram o desempenho. Dados inseridos pela GEPI em 26.01.2022
2021	dez	AGR 22 2021	DICS/SUPLANS	231.532,01	1.606.908,58	5%	14%	Resultado positivo. Acima da meta. Impactado pelo retorno ao trabalho de servidores que estavam afastados. Dados inseridos pela GEPI em 11.02.2022



Unid./Resp.: Marcelo - Gestão de Custos - SES/DICS / Marcos - NGC/HMIB

Indicador : 23 - % de desempenho da gestão de custos

Numerador (N) : Média das duas últimas etapas do processo da gestão de custos (3ª etapa - Preenchimento do ApuraSUS; e, 4ª etapa - Análise Crítica)

Denominador (D) : Não Há

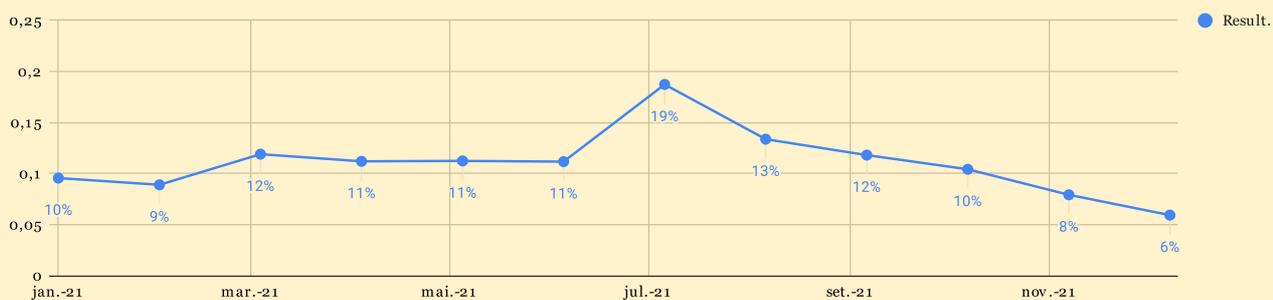
Meta do Resultado : 100% (Maior melhor)

Tema : SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 23 2021	DICS/SUPLANS	100	100	100%	100%	O resultado foi positivo. Os requisistos/critérios foram atendidos e os dados são monitorados pela Gerência de Custos/SES.
2021	fev	AGR 23 2021	DICS/SUPLANS	100	100	100%	100%	O resultado foi positivo. Os requisistos/critérios foram atendidos e os dados são monitorados pela Gerência de Custos/SES.
2021	mar	AGR 23 2021	DICS/SUPLANS	100	100	100%	100%	O resultado foi positivo. Os requisistos/critérios foram atendidos e os dados são monitorados pela Gerência de Custos/SES.
2021	abr	AGR 23 2021	DICS/SUPLANS	100	100	100%	100%	O resultado foi positivo. Os requisistos/critérios foram atendidos e os dados são monitorados pela Gerência de Custos/SES.
2021	mai	AGR 23 2021	DICS/SUPLANS	100	100	100%	100%	O resultado foi positivo. Os requisistos/critérios foram atendidos e os dados são monitorados pela Gerência de Custos/SES.
2021	jun	AGR 23 2021	DICS/SUPLANS	100	100	100%	100%	O resultado foi positivo. Os requisistos/critérios foram atendidos e os dados são monitorados pela Gerência de Custos/SES.
2021	jul	AGR 23 2021	DICS/SUPLANS	100	100	100%	100%	O resultado foi positivo. Os requisistos/critérios foram atendidos e os dados são monitorados pela Gerência de Custos/SES.
2021	ago	AGR 23 2021	DICS/SUPLANS	100	100	100%	100%	O resultado foi positivo. Os requisistos/critérios foram atendidos e os dados são monitorados pela Gerência de Custos/SES.
2021	set	AGR 23 2021	DICS/SUPLANS	100	100	100%	100%	O resultado foi positivo. Os requisistos/critérios foram atendidos e os dados são monitorados pela Gerência de Custos/SES.
2021	out	AGR 23 2021	DICS/SUPLANS	100	100	100%	100%	O resultado foi positivo. Os requisistos/critérios foram atendidos e os dados são monitorados pela Gerência de Custos/SES.
2021	nov	AGR 23 2021	DICS/SUPLANS	100	100	100%	100%	O resultado foi positivo. Os requisistos/critérios foram atendidos e os dados são monitorados pela Gerência de Custos/SES.
2021	dez	AGR 23 2021	DICS/SUPLANS	100	100	100%	100%	O resultado foi positivo. Os requisistos/critérios foram atendidos e os dados são monitorados pela Gerência de Custos/SES.

24 - Taxa de Absenteísmo. Monitoramento / Menor melhor.



Unid./Resp.: SES/HMIB/DA/GP

Indicador : 24-Taxa de Absenteísmo

Numerador (N) : N.º Mensal de horas ausentes dos servidores (exceto férias, licença prêmio, abono)

Denominador (D) : N.º mensal de horas contratadas *100

Meta do Resultado : Monitoramento (Menor melhor)

Fonte : SES/SUGEP/CIGEC/DIPMAT: 00060-00011025/2022-39 (N/D)

[Caderno de indicadores - Clique aqui](#)

Ano	mês	Cod_Indicador	Responsável	(N)	(D)	Meta	Result.	Análise ou Comentários do Responsável
2021	jan	AGR 24 2021	DICS/SUPLANS	-	-	-	10%	A taxa de absenteísmo é informado pela SUGEP como valor consolidado, sofre variação devido afastamentos legais.
2021	fev	AGR 24 2021	DICS/SUPLANS	-	-	-	9%	A taxa de absenteísmo é informado pela SUGEP como valor consolidado, sofre variação devido afastamentos legais.
2021	mar	AGR 24 2021	DICS/SUPLANS	-	-	-	12%	A taxa de absenteísmo é informado pela SUGEP como valor consolidado, sofre variação devido afastamentos legais.
2021	abr	AGR 24 2021	DICS/SUPLANS	-	-	-	11%	A taxa de absenteísmo é informado pela SUGEP como valor consolidado, sofre variação devido afastamentos legais.
2021	mai	AGR 24 2021	DICS/SUPLANS	-	-	-	11%	A taxa de absenteísmo é informado pela SUGEP como valor consolidado, sofre variação devido afastamentos legais.
2021	jun	AGR 24 2021	DICS/SUPLANS	-	-	-	11%	A taxa de absenteísmo é informado pela SUGEP como valor consolidado, sofre variação devido afastamentos legais.
2021	jul	AGR 24 2021	DICS/SUPLANS	-	-	-	19%	A taxa de absenteísmo é informado pela SUGEP como valor consolidado, sofre variação devido afastamentos legais.
2021	ago	AGR 24 2021	DICS/SUPLANS	-	-	-	13%	A taxa de absenteísmo é informado pela SUGEP como valor consolidado, sofre variação devido afastamentos legais.
2021	set	AGR 24 2021	DICS/SUPLANS	-	-	-	12%	A taxa de absenteísmo é informado pela SUGEP como valor consolidado, sofre variação devido afastamentos legais.
2021	out	AGR 24 2021	DICS/SUPLANS	-	-	-	10%	A taxa de absenteísmo é informado pela SUGEP como valor consolidado, sofre variação devido afastamentos legais.
2021	nov	AGR 24 2021	DICS/SUPLANS	-	-	-	8%	A taxa de absenteísmo é informado pela SUGEP como valor consolidado, sofre variação devido afastamentos legais.
2021	dez	AGR 24 2021	DICS/SUPLANS	-	-	-	6%	A taxa de absenteísmo é informado pela SUGEP como valor consolidado, sofre variação devido afastamentos legais.