



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
REGIÃO DE SAÚDE LESTE - SRSLE

RELATÓRIO
ANALÍTICO-DESCRIPTIVO
AGR
REGIÃO LESTE
2021



Sumário

INTRODUÇÃO	3
INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS	4
QUADRO RESUMIDO:	5
ANÁLISE POR INDICADOR	6
ANÁLISE DA METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DO AGR	27
CONCLUSÃO	28
GESTORES ATUAIS	29
ANEXO 1	30
ANEXO 3	31
ANEXO 4	32

INTRODUÇÃO

Os Acordos de Gestão Regional (AGR) visam o desenvolvimento da Atenção Integral à Saúde, conforme decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016. A Superintendência da Região Leste dentro do escopo de atuação tem desenvolvido ações nos cinco eixos de atuação conforme artigo 8º, a saber: Gestão do Sistema de Saúde Loco regional, Gestão da Atenção à Saúde, Gestão Financeira-orçamentária, Gestão de Infraestrutura dos Serviços, Gestão da Educação, Comunicação e Informação em Saúde.

Diversas ações e projetos desenvolvidos no decorrer de 2021 cumpriram o requerido nos cinco eixos de atuação: Planificação em parceria com o CONASS, levantamento diagnóstico de obras e pessoal, alinhamento de ações da PNHOSP, projeto LEAN nas emergências em parceria com o Sírio Libanês, vigilância em saúde por meio da Sala de Situação Leste em parceria com a UNB, habilitações de serviços da UTI e UCIN, Programa QualisAPS, elaboração do Plano de Expansão da Região, qualificação dos Colegiados das Redes de Atenção.

Todas as ações desenvolvidas permeiam o objetivo de alcançar as metas de acordo com os indicadores pactuados. O monitoramento e avaliação dos indicadores possibilitam uma análise crítica dos processos e assistência da Região gerando discussão do plano de ação, possibilitando uma melhoria contínua.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

REGIÃO LESTE					
ITEM	TEMA	INDICADOR	META	RESULTADO	STATUS
1	REDE CEGONHA	Coefficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	3,08	1,99	Superado
2	REDE CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	100%	100%	Satisfatório
3	REDE CEGONHA	Proporção de óbitos maternos investigados	80%	100%	Superado
4	REDE CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	85%	93%	Superado
5	REDE CEGONHA	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade.	100%	25%	Crítico
6	REDE CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) - HRL	Monitoramento	48%	Monitoramento
6.1	REDE CEGONHA	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
7	RUE	Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas	20%	18%	Superado
8	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	20%	4%	Superado
9	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	7%	8%	Satisfatório
10	RUE	Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas - HRL	15%	26%	Razoável
10.1	RUE	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
11	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Geral - HRL	12	17,7	Razoável
11.1	RUE	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
12	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica - HRL	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
12.1	RUE	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
13	RUE	Média de Permanência Geral - HRL	5	5,5	Satisfatório
13.1	RUE	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
14	RUE	Média de permanência em leitos de clínica médica - HRL	Monitoramento	19,8	Monitoramento
14.1	RUE	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica - HRL	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
15.1	RUE	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
16	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica - HRL	Monitoramento	95%	Monitoramento
16.1	RUE	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
17	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais - HRL	Monitoramento	89%	Monitoramento
17.1	RUE	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
18	RUE	Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite)	Monitoramento	83%	Monitoramento
19	RUE	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa	Monitoramento	4,56	Monitoramento
20	RUE	Taxa de Prevalência de Notificação de Violência	Monitoramento	27,29	Monitoramento
21	RUE	Taxa de mortalidade por acidentes	Monitoramento	1,04	Monitoramento
22	PCD E POPULAÇÃO VULNERÁVEL	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.	100%	147%	Superado
23	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS II PARANOÁ	250	432	Superado
23.1	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS II ITAPOÃ	250	424	Superado
23.2	PSICOSSOCIAL	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
23.3	PSICOSSOCIAL	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
23.4	PSICOSSOCIAL	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
24	PSICOSSOCIAL	Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica	100%	100%	Satisfatório

25	DCNT	Percentual de consultas de cardiologia	25%	41%	Superado
26	DCNT	Percentual de consultas de endocrinologia	25%	20%	Satisfatório
27	DCNT	Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis	Monitoramento	1%	Monitoramento
28	DCNT	Taxa de internações relacionadas a Diabetes Mellitus e suas complicações	Monitoramento	0,31	Monitoramento
29	DCNT	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações na faixa etária de 18 anos a mais.	Monitoramento	0,13	Monitoramento
30	DCNT	Razão de mamografia de rastreamento na população alvo	Monitoramento	#DIV/0!	Monitoramento
31	DCNT	Percentual de admissão no SAD no período	10%	6%	Razoável
32	DCNT	Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD	10%	1%	Crítico
33	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região.	100%	100%	Satisfatório
34	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados	100%	100%	Satisfatório
35	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de Fechamento de Chave	70%	68%	Satisfatório
36	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária	30%	30%	Superado
37	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	90%	75%	Satisfatório
38	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada	Monitoramento	34,9%	Monitoramento
39	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente	Monitoramento	43	Monitoramento
40	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Porcentagem de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	Monitoramento	100%	Monitoramento
41	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF	Monitoramento	52%	Monitoramento
42	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%	9%	Superado
43	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de desempenho da gestão de custos	100%	100%	Satisfatório
44	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Taxa de absenteísmo	Monitoramento	10,3%	Monitoramento

QUADRO RESUMIDO:

Cor	Métrica	Quantidade	% *
Superado	Superado - Acima de 100% da meta	11	42%
Satisfatório	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	10	38%
Razoável	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	3	12%
Parcial	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	0	0%
Crítico	Crítico - Abaixo de 25% da meta	2	8%

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

ANÁLISE POR INDICADOR

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



Análise dos resultados: A região seguiu abaixo da meta durante todo o ano de 2021, sendo o parâmetro menor melhor, e ainda assim os casos foram discutidos mensalmente em reunião da Rede Cegonha após investigação clínica pela Gerência de Ações Programáticas da Atenção Primária, as discussões ocorreram entre os diferentes pontos de atenção.

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



Análise dos resultados: Todos os óbitos foram investigados, no decorrer de 2021 ocorreram 55 óbitos infantil dentre os 4156 nascidos vivos na Região, e por meio do comitê de óbito infantil é identificado as principais causas de óbito para que seja atuado prontamente nas causas evitáveis.

ANÁLISE POR INDICADOR

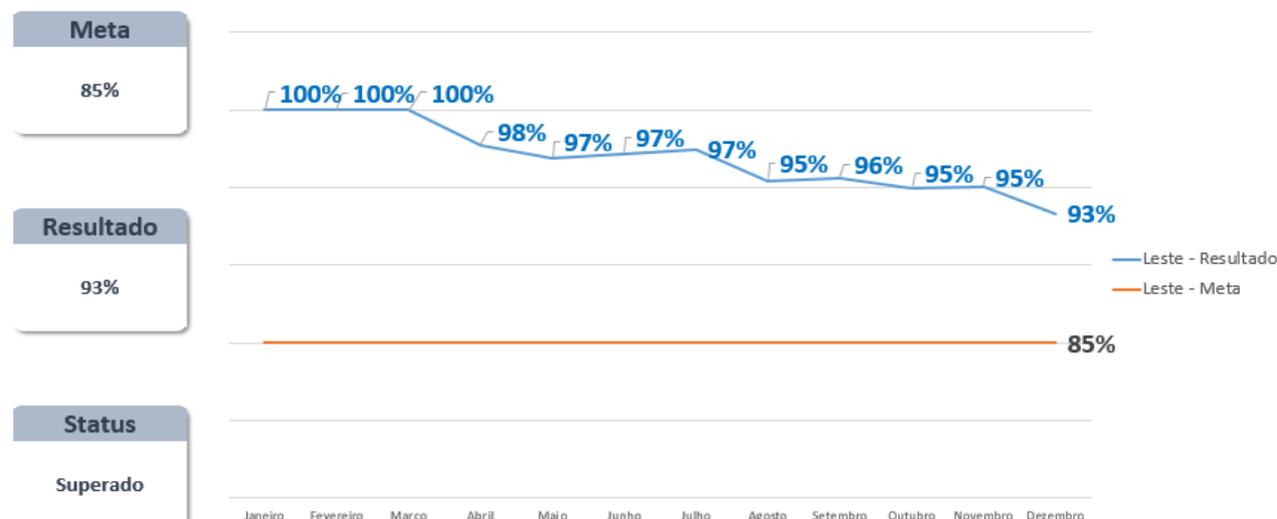
Indicador 3 - Proporção de óbitos maternos investigados



Nos meses em que não houve registros de dados, não houve ocorrência de óbitos maternos.

Análise dos resultados: Identificamos 05 óbitos maternos de residentes da Região Leste ocorridos no mês de Março (1), Abril (1), Maio (2) e Julho (1); todos os óbitos maternos já foram investigados, apresentados ao Comitê Regional e concluídos.

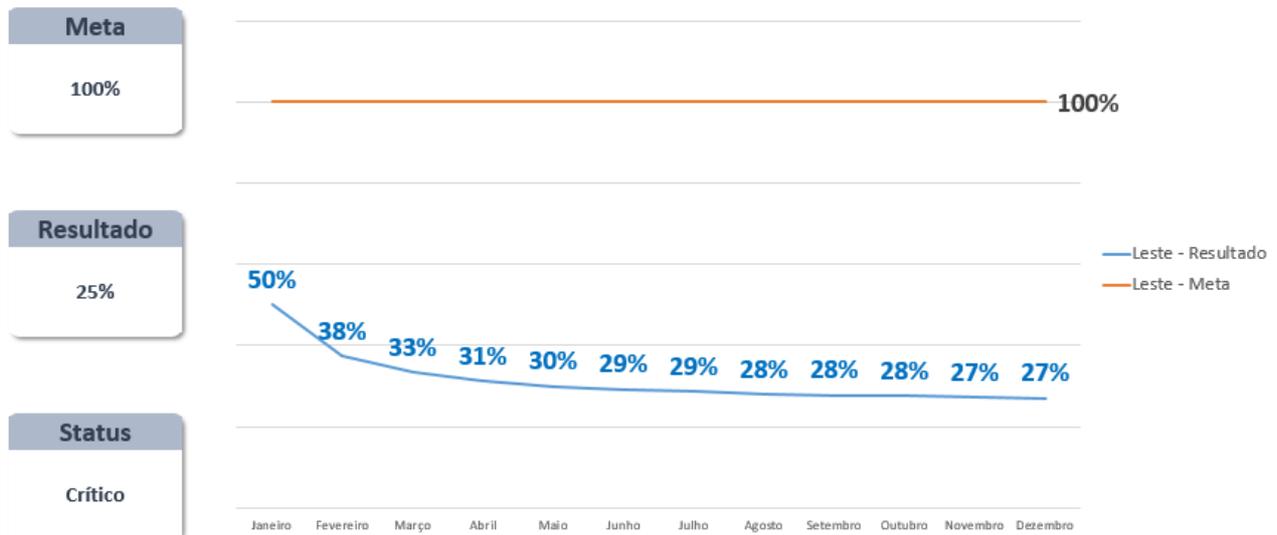
Indicador 4 - Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados



Análise dos resultados: Ao total foram investigados 106 óbitos de MIF (mulheres em idade fértil), sendo que apenas 3 não foram investigados, após o fechamento do prazo de 120 dias. Quanto à faixa etária: 10-19 - 2,70%; 20-19 - 20,72%; 30-39 - 30,63%; 40-49 - 45,95%. Quanto às causas principais: COVID 19 - 31,09%; Neoplasia - 21,01%; Trauma - 14,29%.

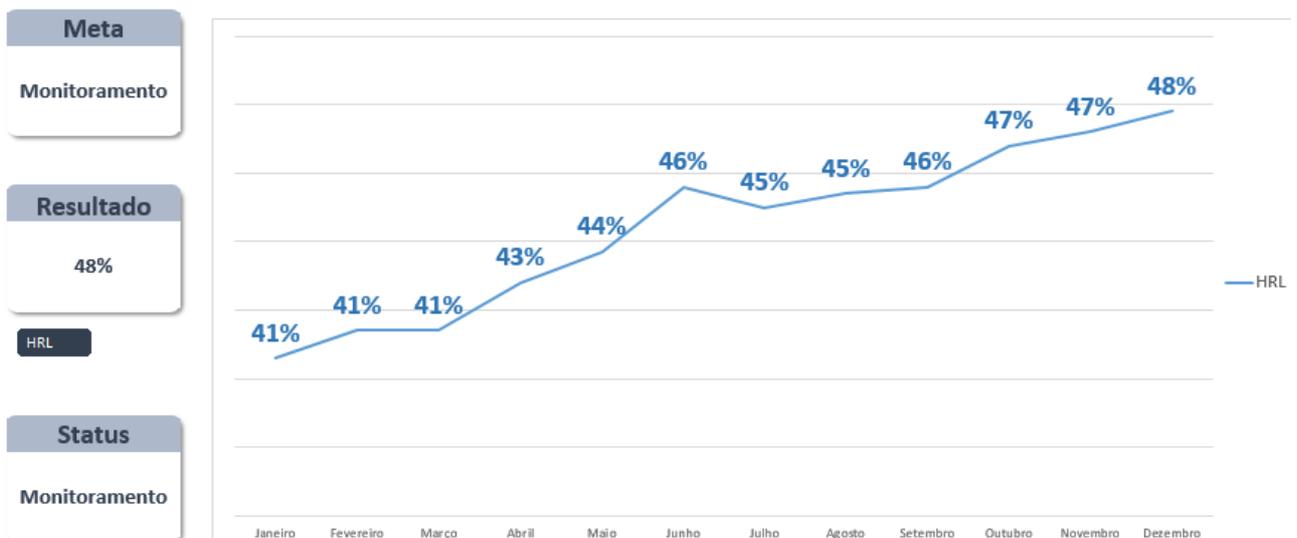
ANÁLISE POR INDICADOR

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



Análise dos resultados: No ano passado, permaneceu o cumprimento da meta em relação à vacina SCR, e a estratégia de manter o horário de funcionamento das salas de vacina mesmo com a mobilização para vacinação COVID-19. As coberturas vacinais foram: Pentavalente 68%, VIP 68%, Pneumo 10v 70%, SCR-TV 120%. Foram realizadas campanhas de atualização do cartão vacinal de crianças e adolescentes, porém observa-se a manutenção no padrão de cobertura vacinal na Região, e a necessidade de melhoria de infraestrutura para as salas de vacinas na Região.

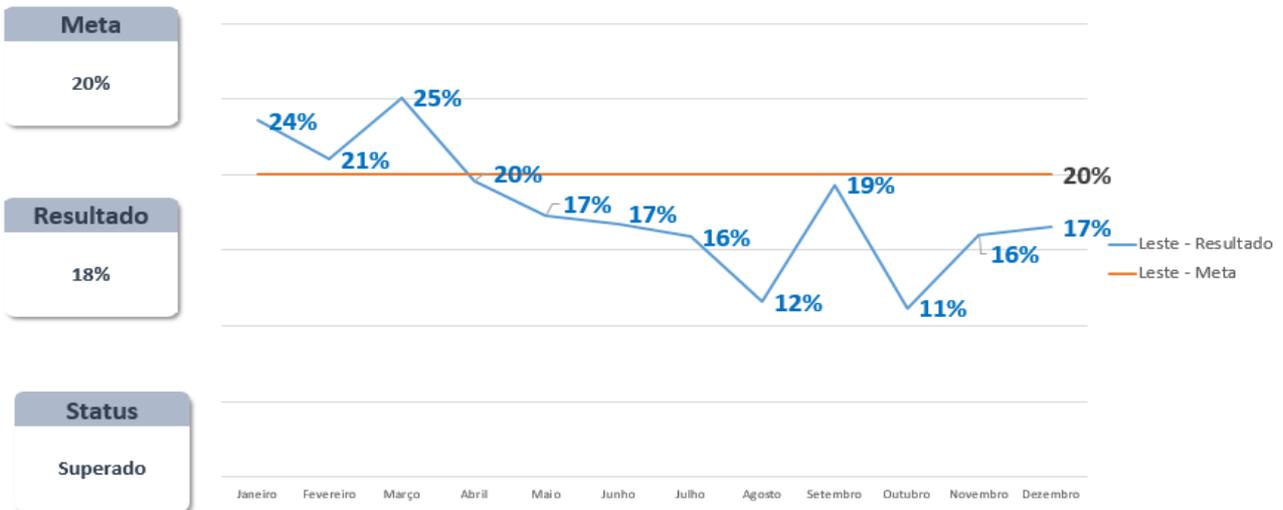
Indicador 6 - Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)



Análise dos resultados: Ao total foram realizados 2575 partos no HRL, sendo desses 48% partos normais, percebe-se o desvio padrão de 6,18%. Como valor agregado estão a contratação de enfermeiros obstetras, o início da Planificação da linha Materno Infantil na Região Leste e as boas práticas instituídas pelo Ápice On. Além disso contamos com a Casa de Parto que realizou em torno de 36 parto/mês com 100% de partos normais, com excelente indicadores de prática humanizada.

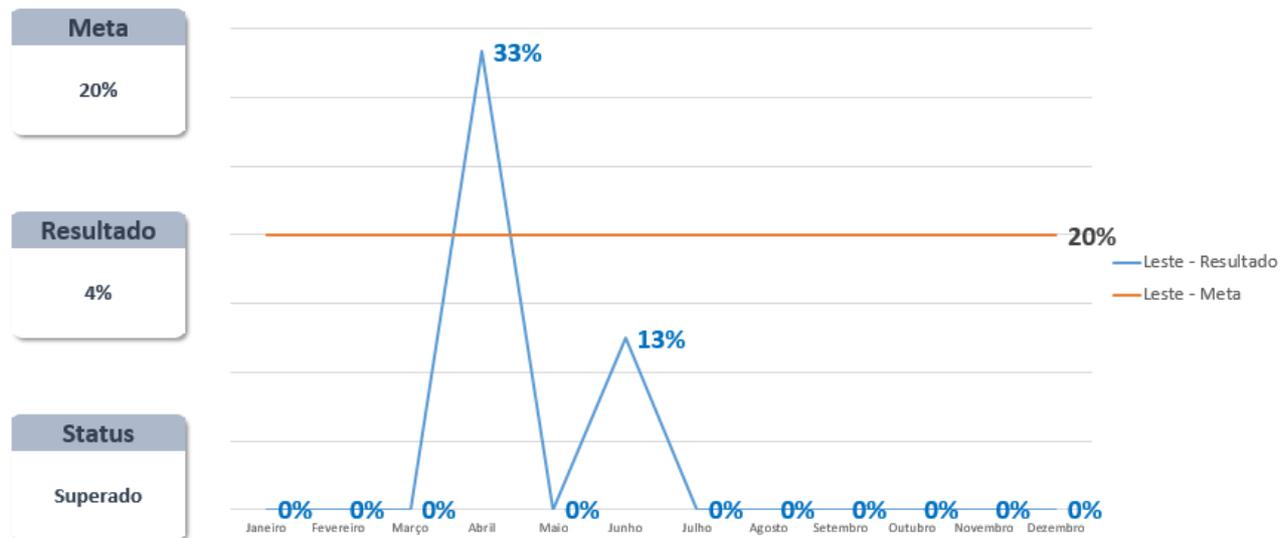
ANÁLISE POR INDICADOR

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



Análise dos resultados: Ao total foram realizadas 101.138 classificações, dentre essas 17.972 foram verdes e azuis, uma média de 1.497 mês. O resultado alcançado de 18%, uma redução de 46% em relação a 2020 está no fortalecimento da comunicação e ações desenvolvidas na Rede por meio do Colegiado de Urgência e Emergência.

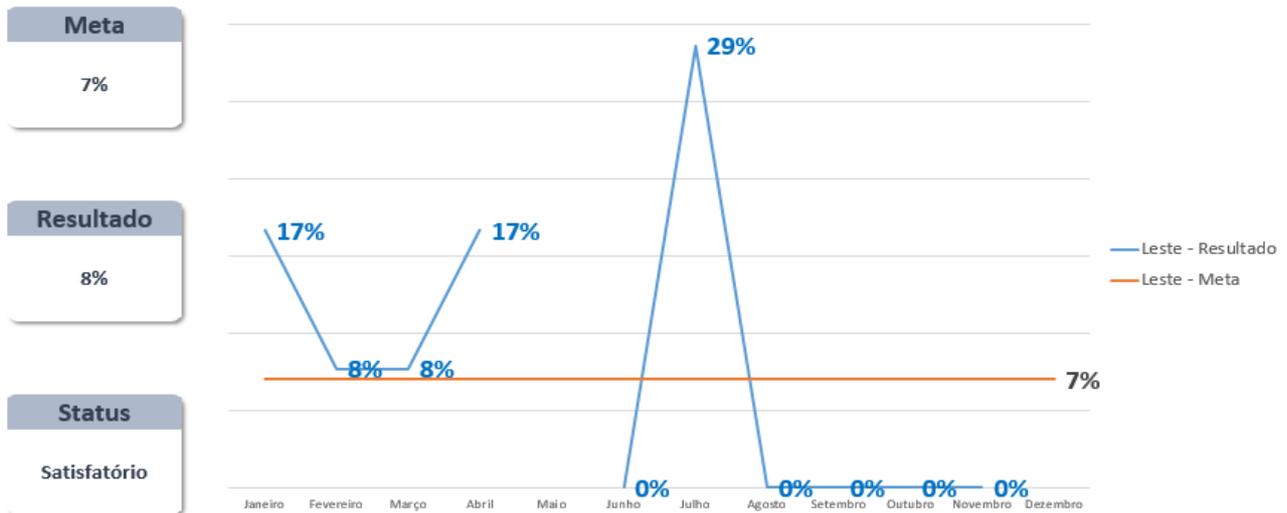
Indicador 8 - Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)



Análise dos resultados: Sempre buscamos qualificar a equipe refletindo na assistência prestada. Foi realizado encontros científicos voltados para o atendimento de urgência e emergência, incluindo a linha de cuidado de AVE e IAM.

ANÁLISE POR INDICADOR

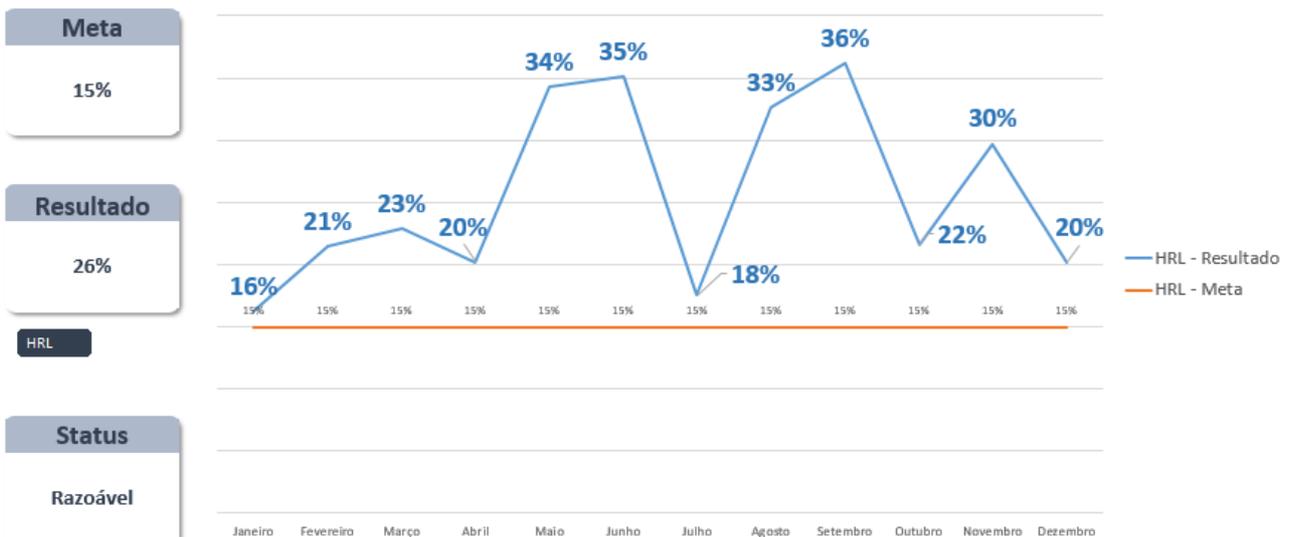
Indicador 9 - Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)



Os dados dos meses de maio e dezembro não foram preenchidos

Análise dos resultados: Sempre buscamos qualificar a equipe refletindo na assistência prestada. Foi realizado encontros científicos voltados para o atendimento de urgência e emergência, incluindo a linha de cuidado de AVE e IAM. Os dados dos meses não preenchidos foram devido à instabilidade da sala de situação ou não houve óbitos.

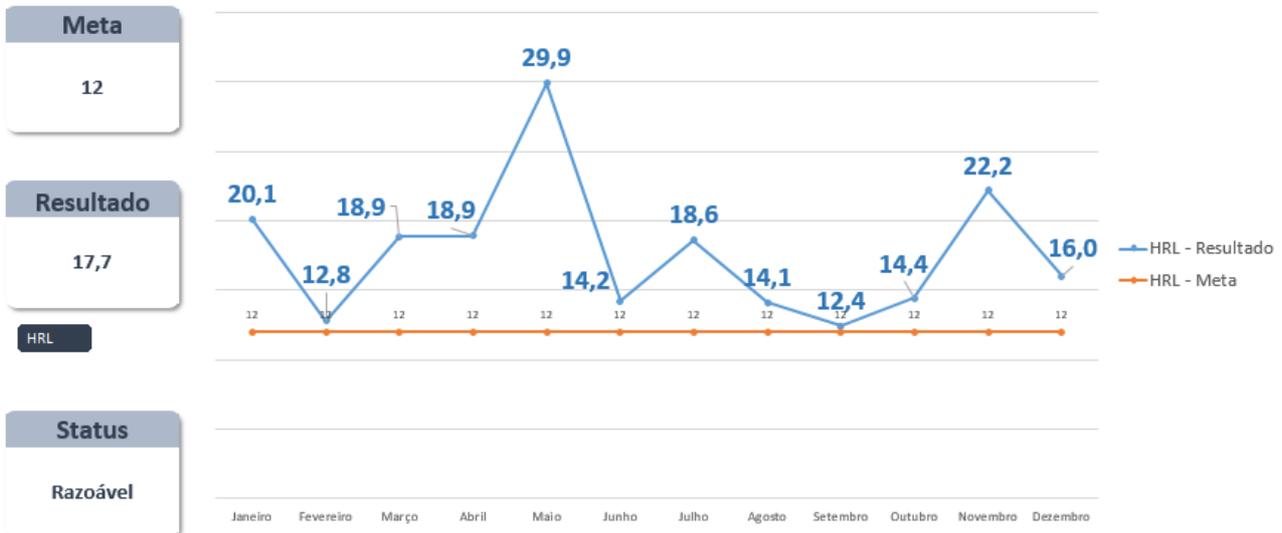
Indicador 10 - Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas



Análise dos resultados: Ao total foram realizadas 1671 cirurgias eletivas, se observa a tendência de aumento em 9,51% no decorrer do ano. Pode-se atribuir vários motivos, entre eles: portaria de suspensão de cirurgia eletiva que dificultou a retomada de processos pela demanda reprimida, ajustes quanto ao registro do mapa de cirurgia via Trakcare. Para melhoria do indicador estamos buscando qualificar o fluxo do mapa cirúrgico.

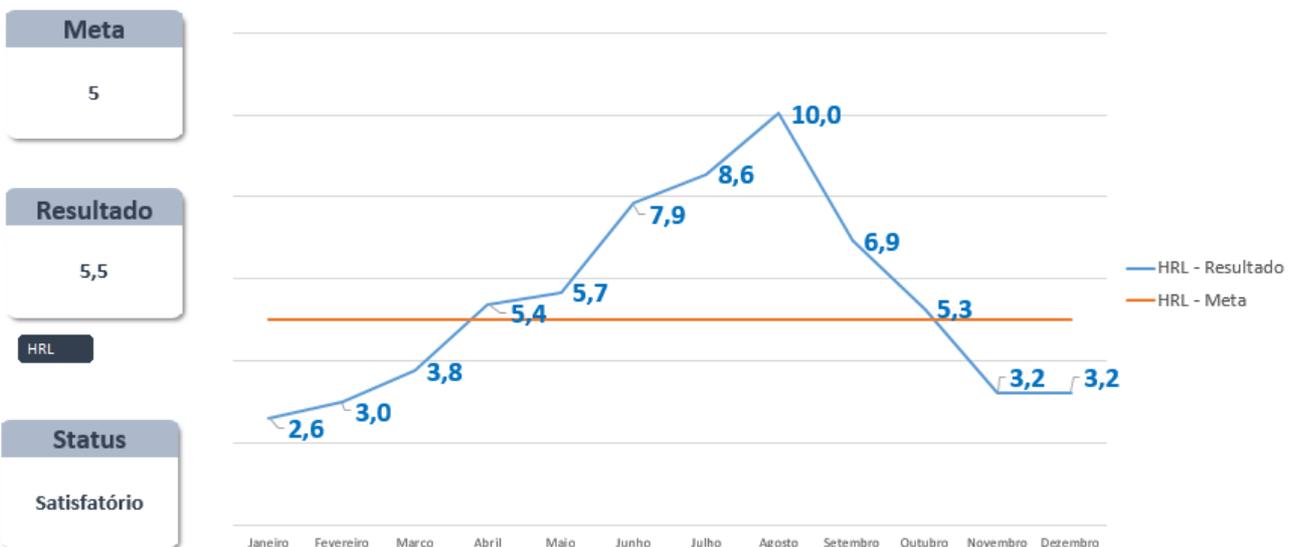
ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 11 - Tempo de permanência em leitos de UTI Geral



Análise dos resultados: A UTI Adulto HRL é apoio para o serviço Distrital de Cirurgia de Coluna, referência não só para todo o DF mas também para a RIDE, sendo portanto destino dos pacientes com trauma raquimedular complexo (TRM). O fato de termos iniciado recentemente suporte dialítico em 04 (quatro) leitos regulados, aumentou a gravidade e complexidade dos pacientes, podendo elevar o tempo de internação em UTI e podendo elevar também a taxa de mortalidade. Tais fatos contribuem para um tempo médio de permanência elevado, apesar das medidas assertivas e visitas multidisciplinares diárias, com apoio do NCIH e NQSP com foco na resolutividade do serviço com redução do uso de dispositivos invasivos, tempo de ventilação mecânica e tempo de internação em UTI. Seguiremos perseguindo a meta mas justificamos que tais características do serviço pressionam o tempo médio de permanência para um desvio padrão acima da média.

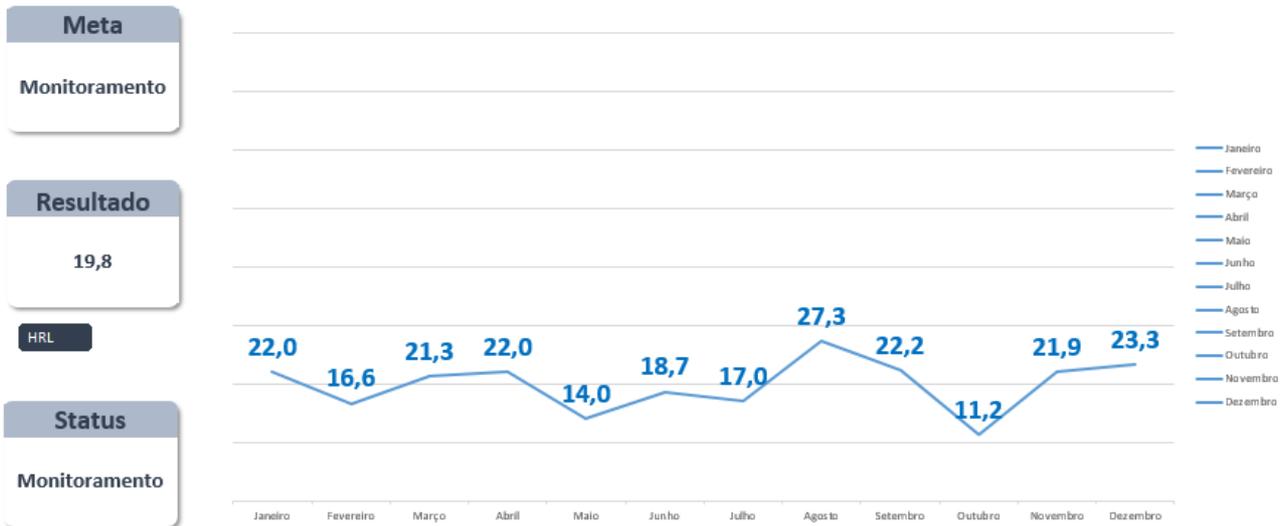
Indicador 13 - Média de Permanência Geral



Análise dos resultados: O pico máximo de tempo de internação em 10 dias ocorre exatamente após queda da linha do COVID-19, assim como em 2020, devido ao retorno dos pacientes crônicos e cirúrgicos em demanda reprimida durante os picos da pandemia. Com ações do Projeto LEAN nas emergências foi possível a diminuição do tempo de internação por otimizar processos.

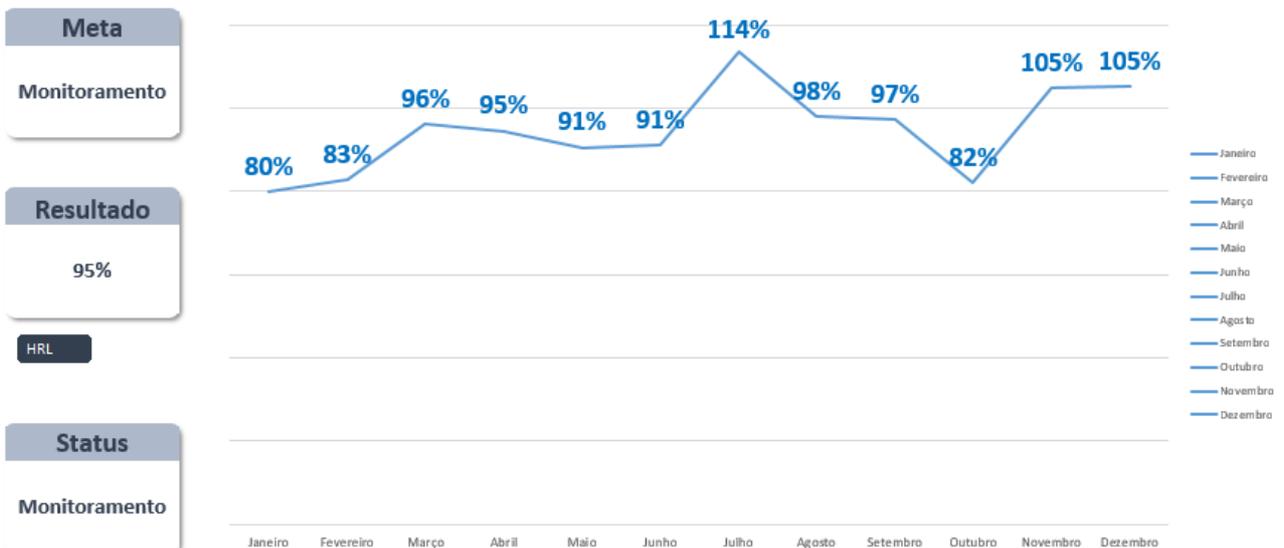
ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 14 - Média de permanência em leitos de clínica médica



Análise dos resultados: Maior tempo de permanência dos pacientes na clínica médica, média de 19 dias, é devido a internação de pacientes crônicos, internações sociais e pacientes de cuidados paliativos com antibioticoterapias de longo prazo. Sendo a clínica médica o "gargalo" para melhorar o indicador. Hoje, com o Projeto LEAN nas emergências em parceria com Sírio Libanes é possível observar melhor giro de leitos por utilizar algumas ferramentas como Huddle e visita multidisciplinar na Unidade.

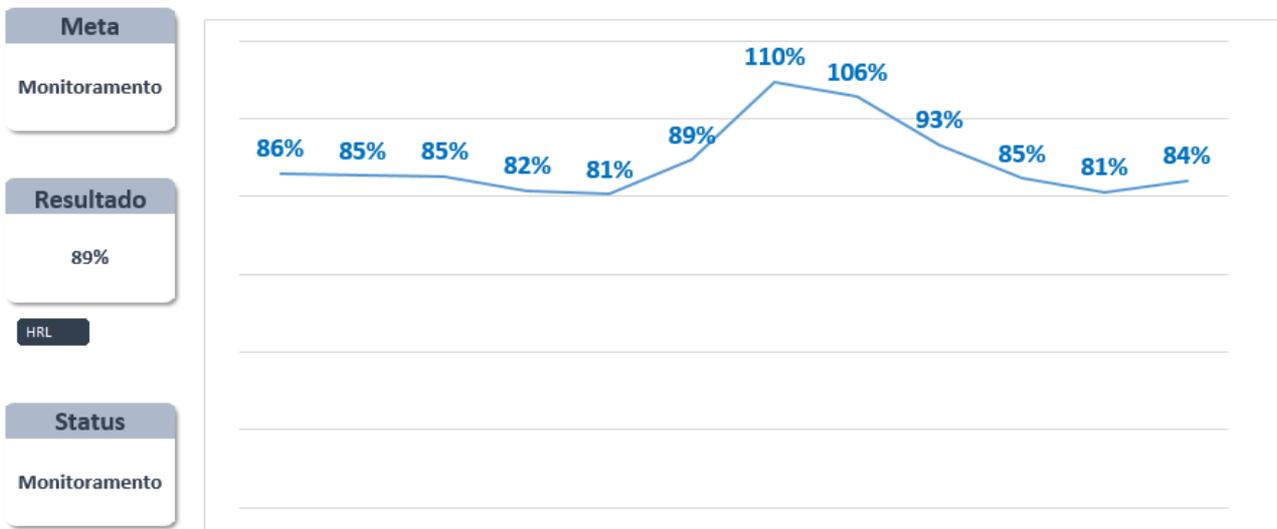
Indicador 16 - Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica



Análise dos resultados: O NGINT (núcleo de gestão de leitos) busca realizar o melhor uso do leito possível, por agilizar as altas e admissão dos pacientes. Com projeto Lean no HRL pactuou como plano de ação melhor comunicação do NGINT e setores com criação grupo de whatsapp. Já é possível observar melhor gestão dos leitos.

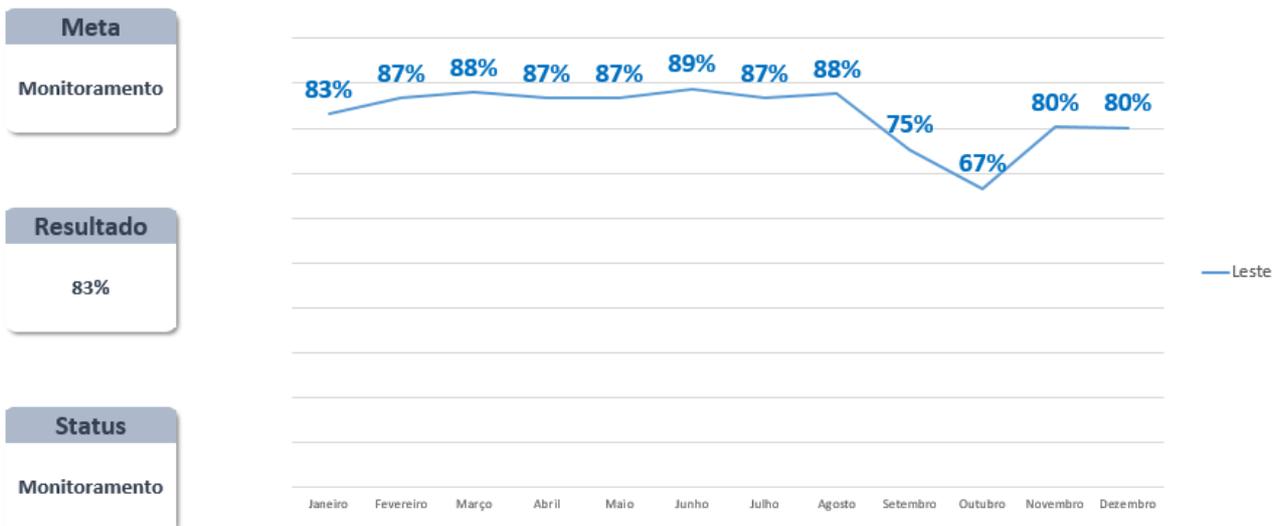
ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 17 - Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais



Análise dos resultados: Foi possível observar uma redução na taxa de ocupação durante o período de pico da pandemia COVID-19, onde houve baixa procura da hospitalar, ocasionando o aumento após a diminuição do número de casos de COVID-19. O núcleo de gestão de leitos procura manter o melhor giro de leito possível com apoio das visitas multidisciplinares.

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



Análise dos resultados: No decorrer do ano focamos no plano de ação voltado para Classificação, um dos gargalos na maioria dos hospitais da rede pública por falta de servidores efetivos. Com o projeto LEAN por meio da ferramenta VCM foi possível identificar o quanto a classificação impacta no tempo de atendimento do usuário, durante os meses de setembro e outubro houve baixa adesão às horas extras. Assim, intensificou-se o curso de capacitação e posteriormente a lotação de servidores efetivos no setor.

ANÁLISE POR INDICADOR

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

Meta
Monitoramento

Resultado
4,56

Status
Monitoramento



Análise dos resultados: A emergência tem feito esforço em acionar logo de imediato quanto a liberação da maca, mas muitas vezes devido superlotação e chegada do SAMU há retenção da maca. Foi realizado plano de ação com as chefias das clínicas.

Indicador 20 - Taxa de Prevalência de Notificação de Violência

Meta
Monitoramento

Resultado
27,29

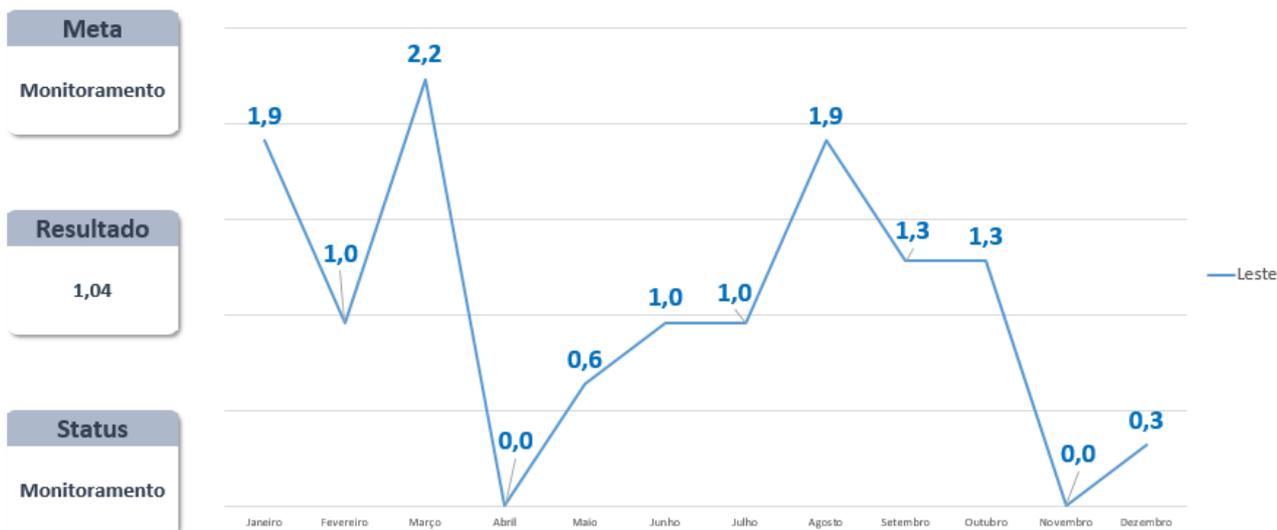
Status
Monitoramento



Análise dos resultados: Ao total foram realizadas 1027 notificações durante o ano, uma média de 85 notificações/mês. A variação demonstra uma necessidade de capacitação e sensibilidade das equipes assistenciais para identificação e notificação de casos de violência.

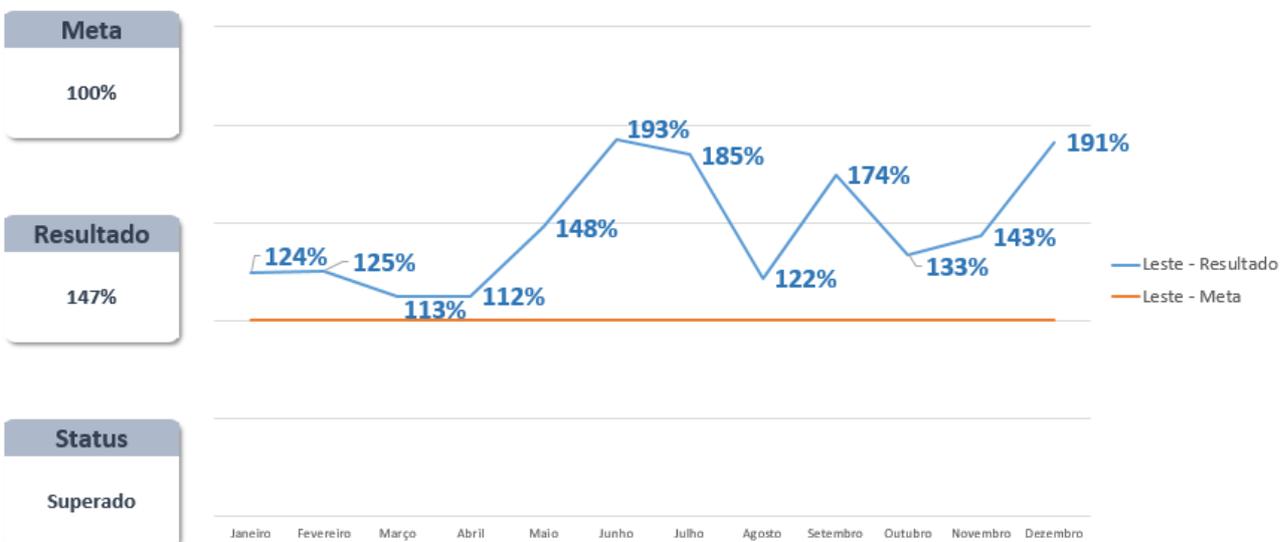
ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 21 - Taxa de mortalidade por acidentes



Análise dos resultados: Resultado demonstra uma sub utilização de CID's relacionados a acidentes, por se tornar mais comum o registro do estado clínico em decorrência de tal.

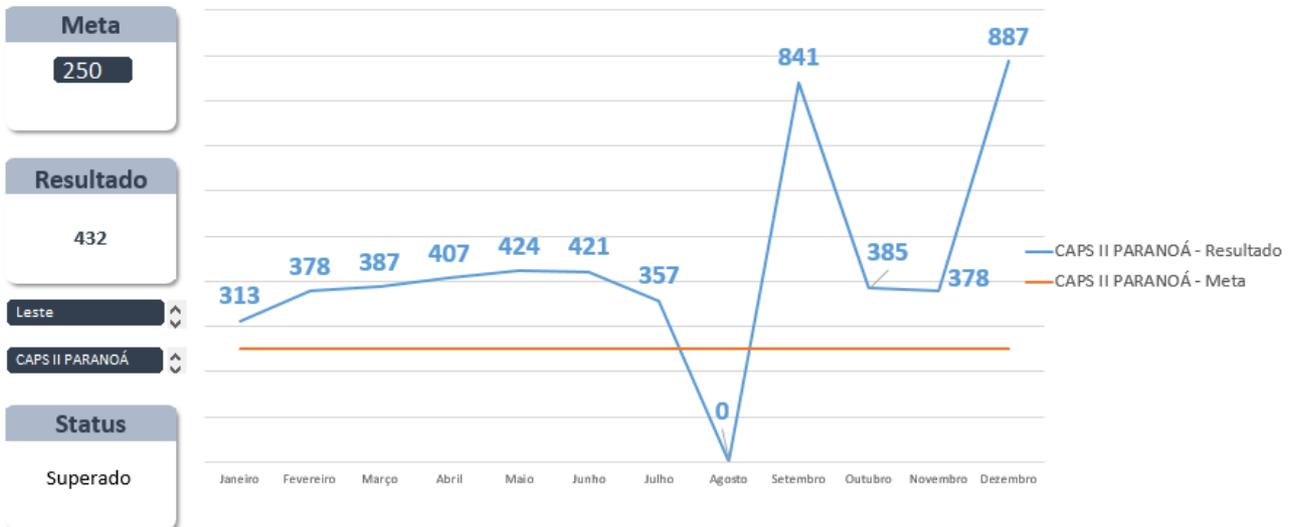
Indicador 22 - Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.



Análise dos resultados: A triagem é realizada em todos os nascidos vivos no HRL incluindo os retestes, além da Casa de Parto e encaminhados da RIDE, assim mantém-se acima de 100%. Os procedimentos de triagem auditiva neonatal registrados pelas unidades foram os descritos na Tabela SIGTAP: 02.11.07.014-9 Emissões Otoacústicas Evocadas p/ triagem auditiva (teste da orelhinha); e 02.11.07.027-0 Potencial Evocado Auditivo p/ triagem auditiva (teste da orelhinha), mas em outubro houve a mudança da de código que gerou dificuldade no restrito, ainda em adequação.

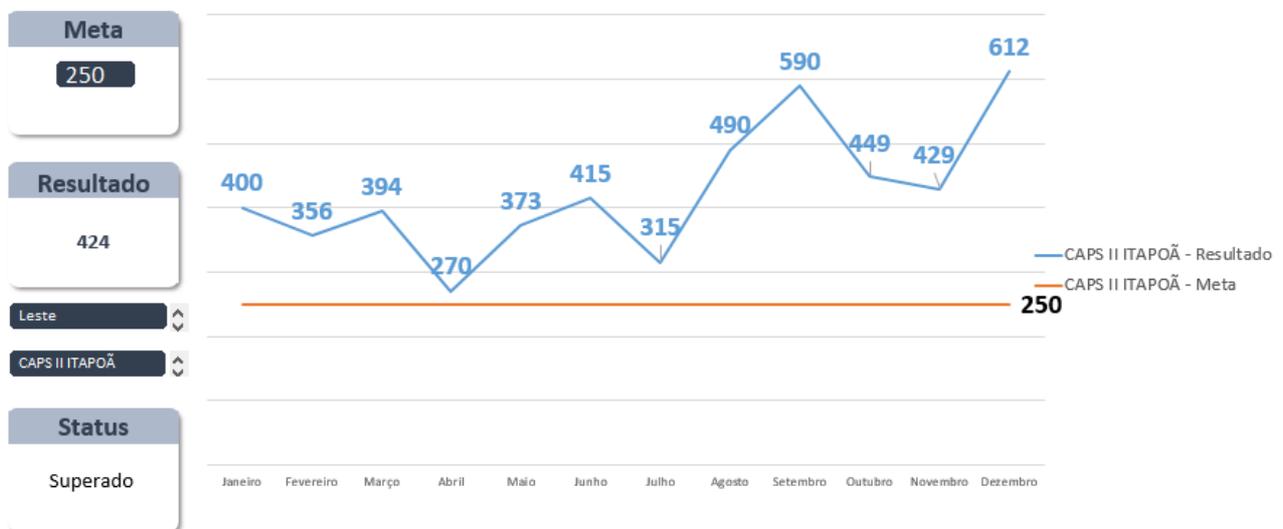
ANÁLISE POR INDICADOR

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



Análise dos resultados: No comparativo do primeiro semestre para o segundo houve um aumento de 6% na produção, reflexo do período que a unidade cedeu horas para apoio da vacinação. Apesar do absenteísmo da unidade de profissionais, e de pacientes de baixa renda e altamente vulnerável. No mês de agosto houve um problema de transmissão na DICS, sendo encaminhados em setembro. Com a qualificação do registro dos dados e implementação de novos códigos de procedimentos espera-se um incremento de 50% na produção.

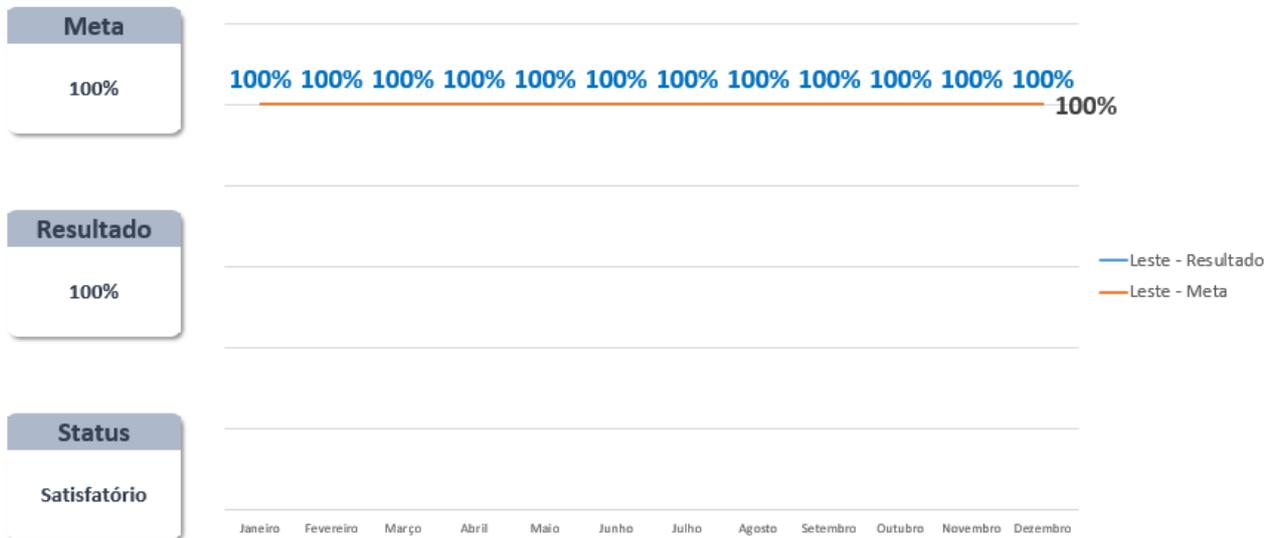
CAPS II Itapoã



Análise dos resultados: Observamos o aumento gradual do indicador, mesmo com alto índice de absenteísmo da unidade. Foram desenvolvidas ferramentas para aprimorar o processo de trabalho e corrigidos possíveis erros de lançamentos no RAAS/BPAc e BPAi, gerando mudanças no processo de trabalho de lançamentos/registro dos procedimentos no Sistema Trakcare, RAAS e BPA. Assim, é esperado o aumento da produção nos próximos meses.

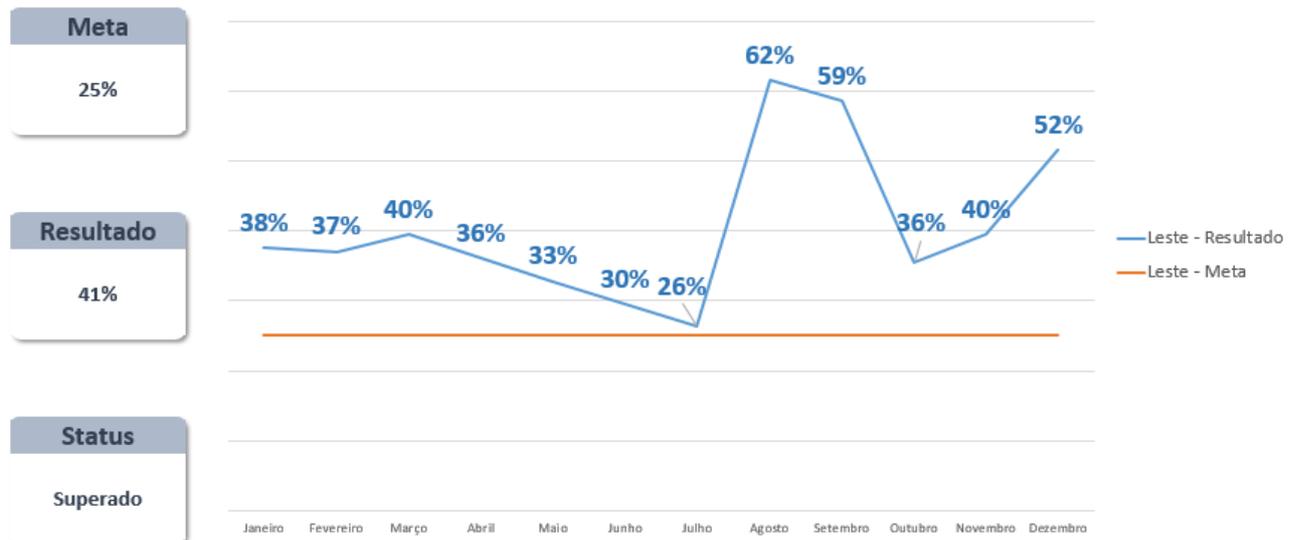
ANÁLISE POR INDICADOR

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



Análise dos resultados: Foram realizadas em torno de 81 ações de matriciamento com discussão de casos com as equipes de PSF por meio de visitas ou reuniões online gerando um melhor alinhamento em rede da linha de cuidado em Saúde Mental.

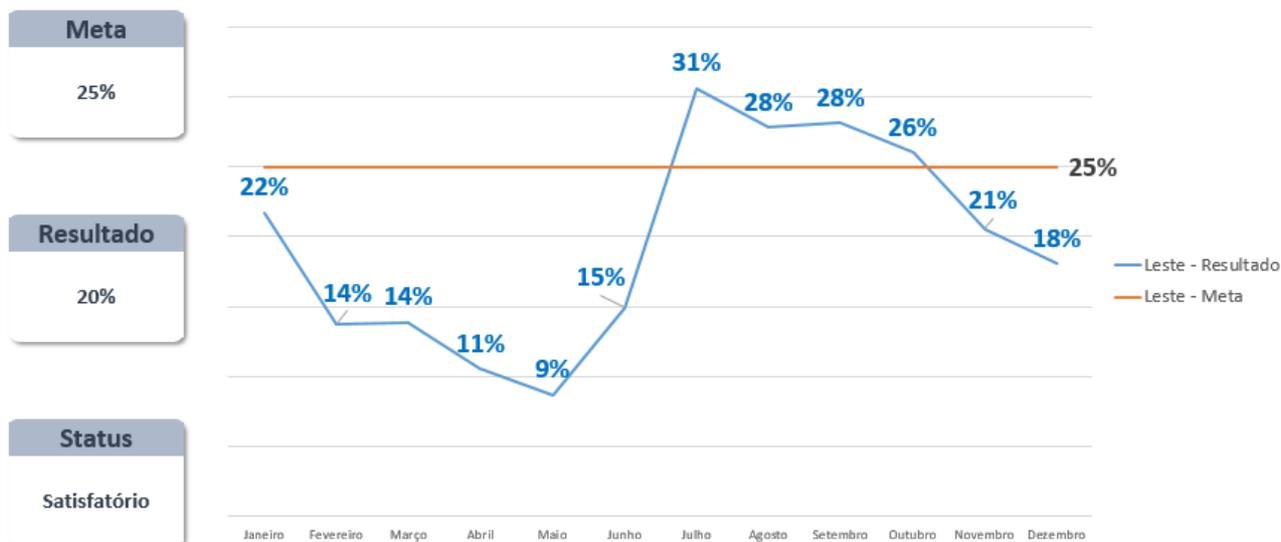
Indicador 25 - Percentual de consultas de cardiologia



Análise dos resultados: Meta atingida todos os meses, entre retornos e atendimentos de 1º vez foram 3041 consultas durante o ano, sem contar os atendimentos de parecer para usuários internados no HRL. A Diretoria da Secundária em conjunto com a Gerência de Serviços realizam a gestão de fila semanalmente para atender a demanda prontamente.

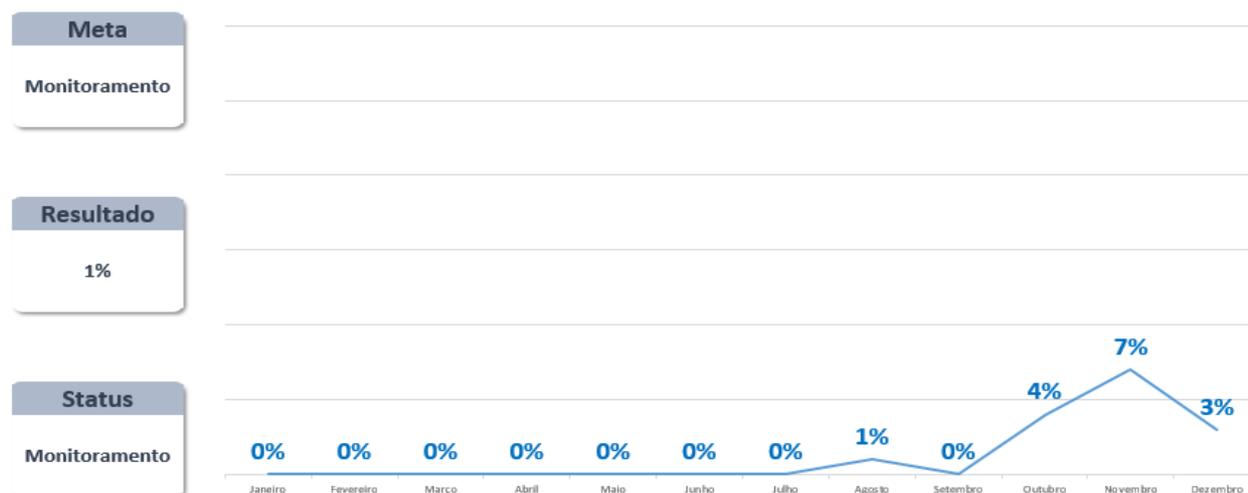
ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 26 - Percentual de consultas de endocrinologia



Análise dos resultados: O primeiro semestre abaixo da meta foi devido ao afastamento de profissional durante o pico de pandemia foi realizado apoio ao HRL, e como estratégia do plano de contingência foi absorvido os pacientes já em acompanhamento (retornos). A partir do segundo semestre houve melhora do indicador, mas percebemos que na endocrinologia há necessidade de um número maior de consultas subsequentes para estabilização do quadro e compartilhamento do cuidado com a APS, talvez pelo tempo de demanda reprimida durante a pandemia.

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



Os dados dos meses de janeiro a julho e do mês de setembro estão inconsistentes.

Análise dos resultados: Durante o ano de 2021 as atividades coletivas estavam suspensas, com o retorno as atividades foram retomadas de forma gradual, as equipes estão se organizando e é esperado aumento para 2022.

ANÁLISE POR INDICADOR

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



Análise dos resultados: A Região Leste foi a primeira que participou da Planificação da Linha de Cuidado de Diabete e Hipertensão, atualmente contamos com o apoio do CADH e CADIN além de ações e monitoramento pelo Grupo Condutor DCNT Leste e Sala de Situação Leste. Ainda buscamos aperfeiçoar as ações em prol da prevenção e promoção da saúde.

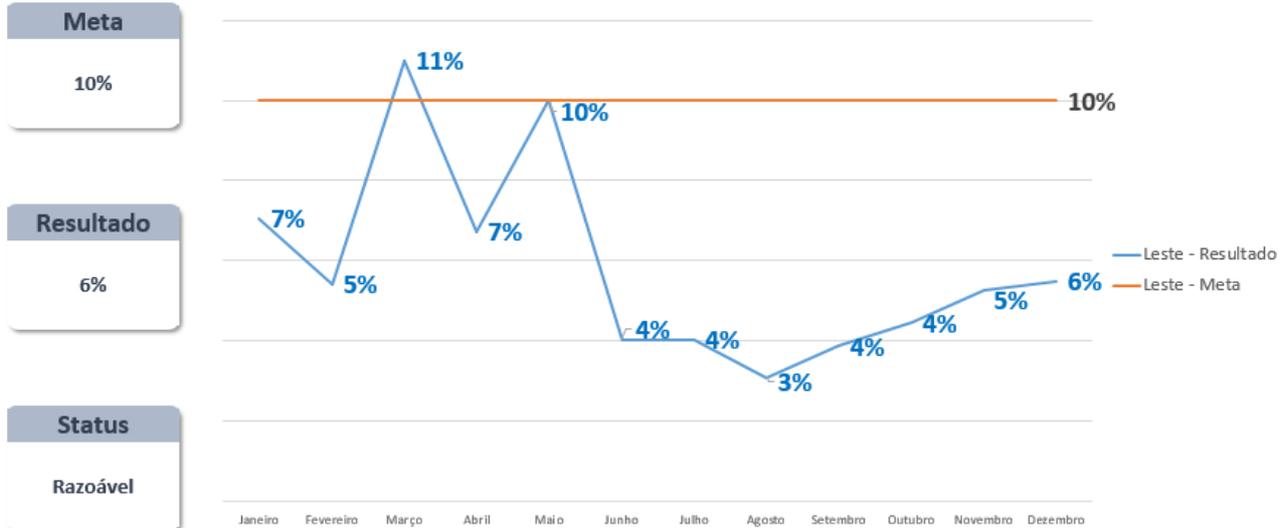
Indicador 29 - Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações na faixa etária de 18 anos a mais.



Análise dos resultados: A Região Leste foi a primeira que participou da Planificação da Linha de Cuidado de Diabete e Hipertensão, atualmente contamos com o apoio do CADH e CADIN além de ações e monitoramento pelo Grupo Condutor DCNT Leste e Sala de Situação Leste. Ainda buscamos aperfeiçoar as ações em prol da prevenção e promoção da saúde.

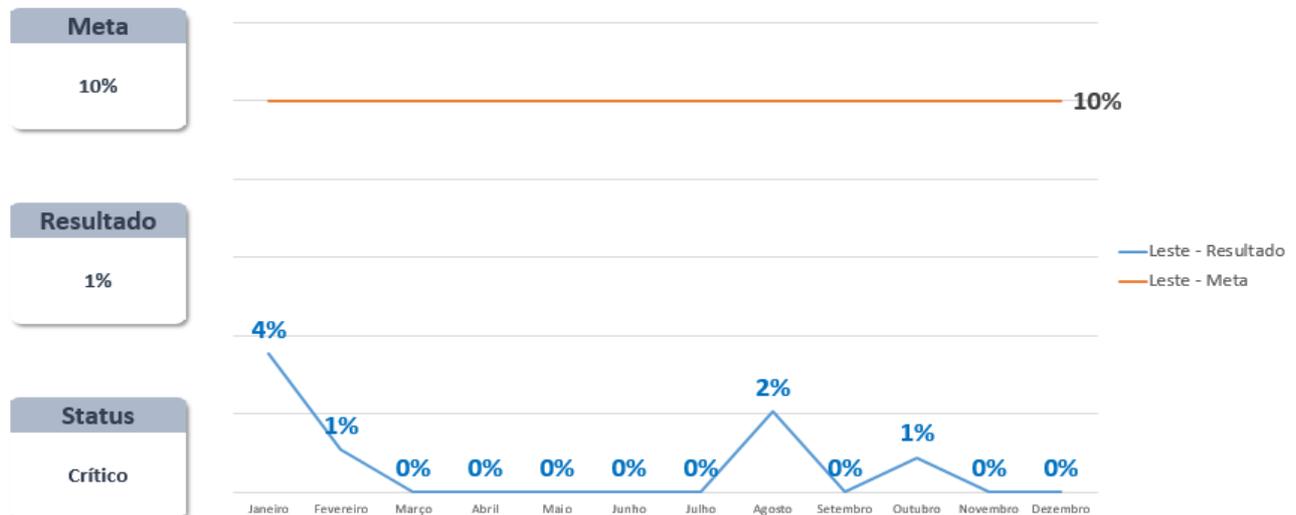
ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 31 - Percentual de admissão no SAD no período



Análise dos resultados: O NRAD participa das visitas multi e realiza pesquisa ativa. Realizado pasta funcional com orientações para profissionais. Após reunião com Direção, NRAD e GPMA foi pactuado a importância na desospitalização. Houve períodos sem contrato de O2 no NRAD gerando maior dificuldade para desospitalização.

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

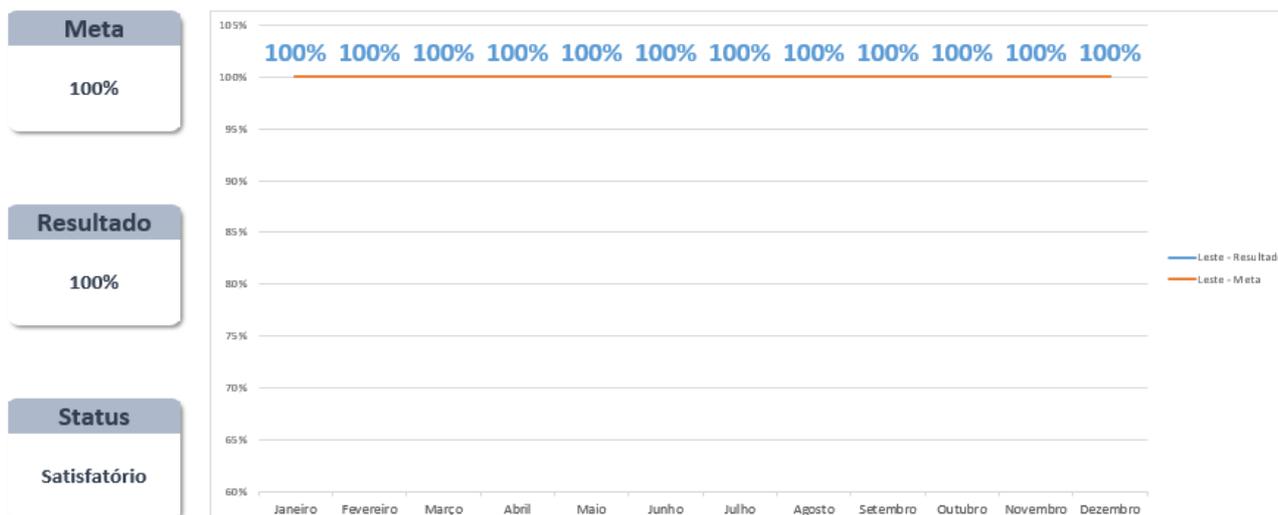


Dados inconsistentes nos meses de março a julho e nos meses setembro, novembro e dezembro.

Análise dos resultados: Estamos buscando fortalecer o vínculo com a atenção básica para alta dos pacientes aos cuidados da atenção básica e alinhar critérios de alta, mas o perfil de atendimento atual do SAD dificulta a transição do cuidado com atenção básica, por esse motivo o serviço oferece conforto e qualidade de vida para pacientes crônicos.

ANÁLISE POR INDICADOR

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



Análise dos resultados: A Gerência de Regulação Interna (GIR) com apoio do Núcleo de Internação regula todos os leitos do HRL. Estamos em processo de aprimoramento do fluxo de inserção dos usuários internados no SISLEITOS.

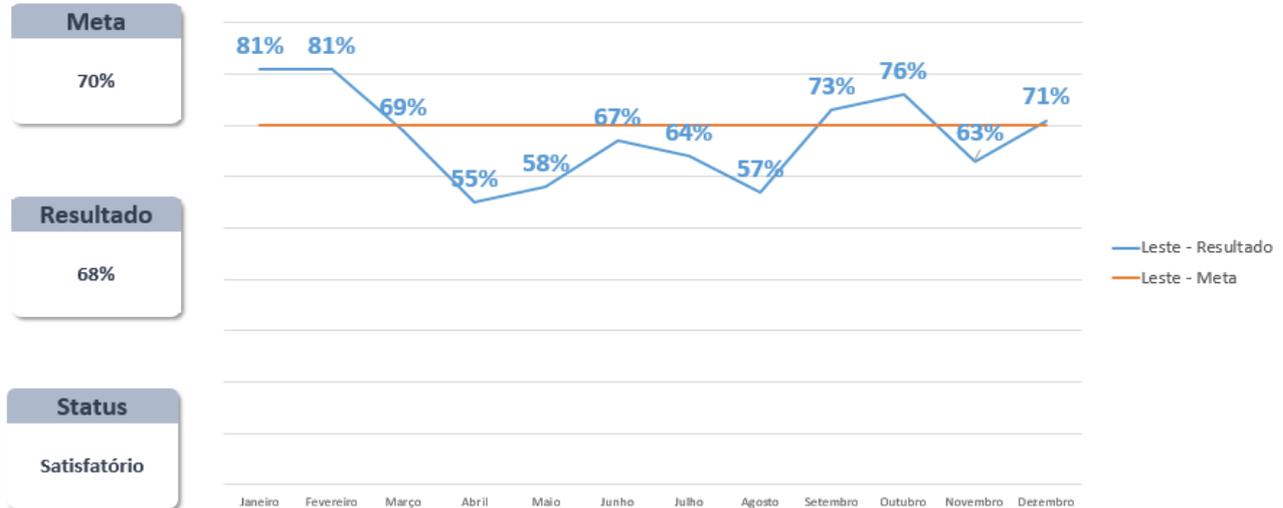
Indicador 34 - Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados



Análise dos resultados: Todas as especialidades passíveis de regulação estão reguladas. A regulação das cirurgias eletivas hoje conta com 5 especialidades: Urologia, Mastologia, Proctologia e Cirurgia Ginecológica, Ortopedia.

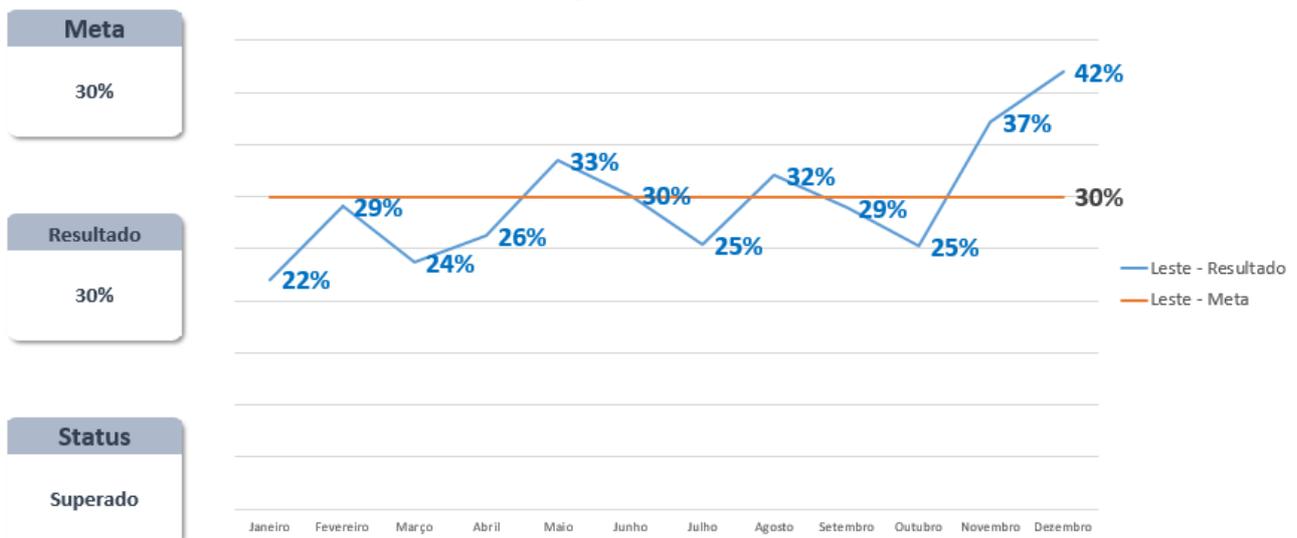
ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 35 - Índice de Fechamento de Chave



Análise dos resultados: A conscientização dos profissionais está ocorrendo de forma incisiva para que as chaves permaneçam sendo giradas. Para algumas especialidades ainda contamos com apoio de outros servidores, não sendo o responsável pelo atendimento, porém realiza o giro da chave. Não se pode cancelar a solicitação dos usuários no Sistema, pois traria prejuízos de acesso aos mesmos tendo que ser inseridos e retornaria como último da fila conforme a cor da classificação. Das chaves pendentes da Região a maioria são do Ambulatório cirúrgico do Hospital da Região Leste, a gestão ciente, ainda buscando alternativas para ajuste das chaves e adequação ao indicador.

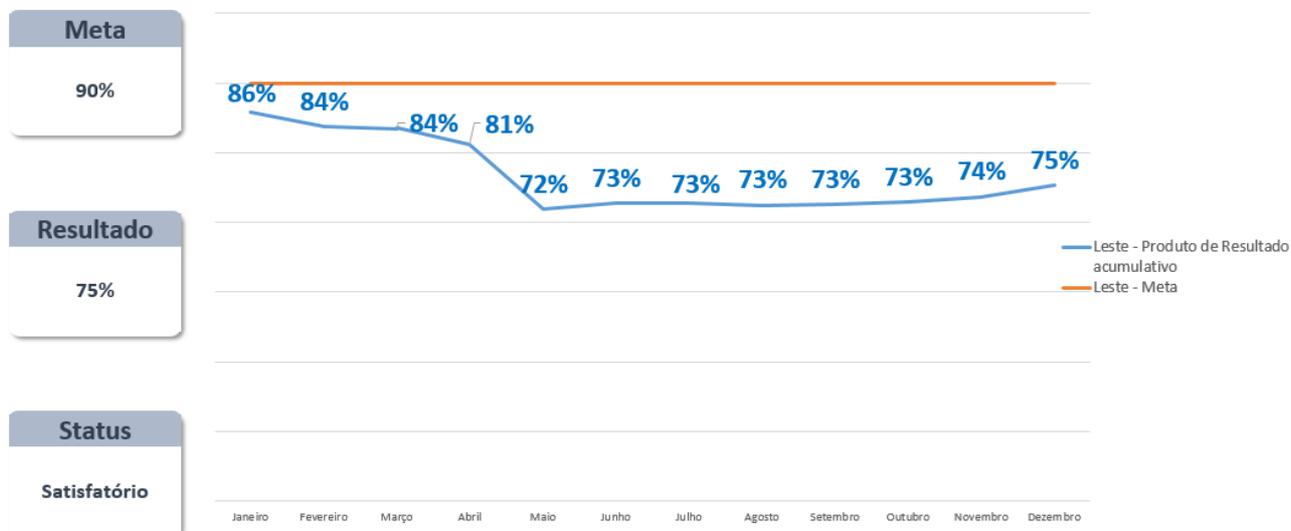
Indicador 36 - Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária



Análise dos resultados: Um estudo iniciado no CADH por se tratar de usuários de alto e muito alto risco, os motivos são diversos, dentre os que se repetem com maior frequência são a falta de comunicação dos genitores (pais separados) sobre dia do agendamento, esquecimento dos usuários, internação durante o período de agendamento, luto de familiares vítimas da COVID, falta de recursos financeiros próprios para deslocamento ao serviço de saúde, não está com todos os exames solicitados em mãos e, em sua maioria, o contato indisponível.

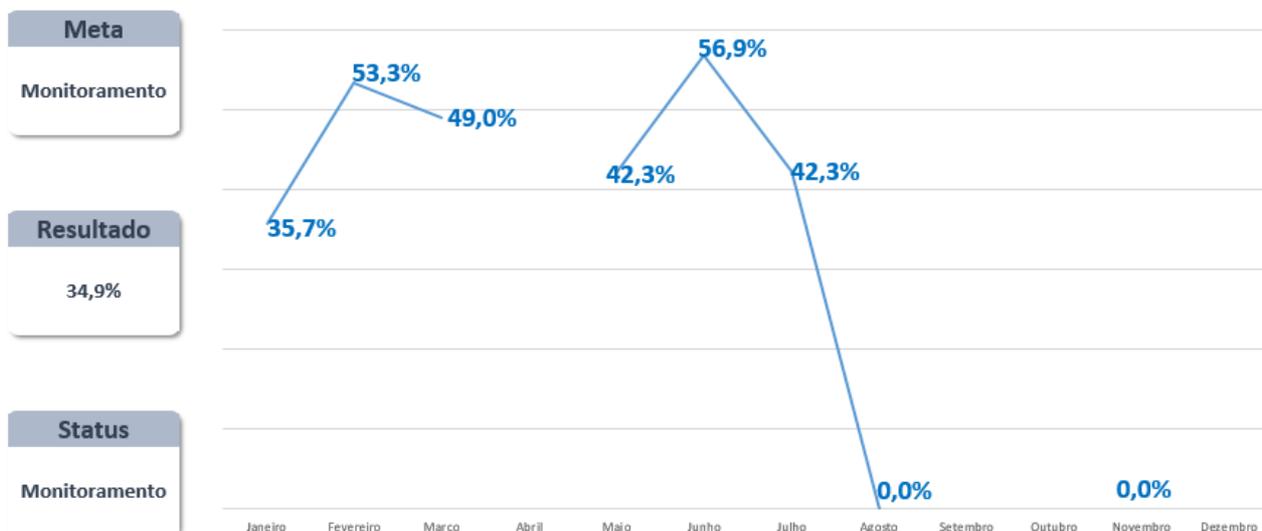
ANÁLISE POR INDICADOR

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



Análise dos resultados: A maioria das notificações inoportunas da Região foram realizadas pelo HRL e UPA Paranoá, e alguns hospitais privados, sendo os casos suspeitos de arboviroses identificados através de revisão de prontuário. Realizada discussão sobre os processos de trabalho desses locais junto a Sala de Situação Leste, colegiado da SRSLE e GEIPLANDENGUE. Divulgado circular reforçando a necessidade de notificação pelo profissional e sendo discutido mudança de fluxo pela VE hospitalar.

Indicador 38 - Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada

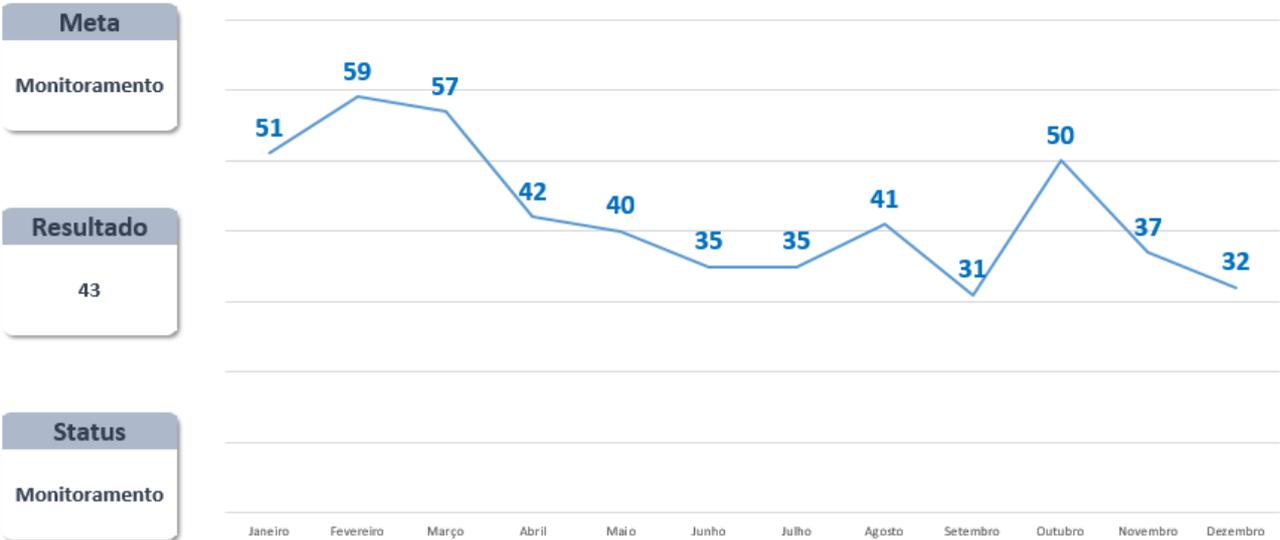


Sem informações de dados no mês de abril e nos meses de agosto a dezembro.

Análise dos resultados: O CEO Paranoá suspendeu suas atividades a partir do dia 24/03/2021 conforme Circular nº 55/2021, de 22 de março de 2021, da SAA. O retorno parcial ocorreu a partir do dia 10/05/2021. E no dia 14/07/2021 as atividades do CEO foram suspensas para adequação na estrutura solicitado após vistoria da da DIVISA com a finalidade de Habilitação pelo Ministério da Saúde.

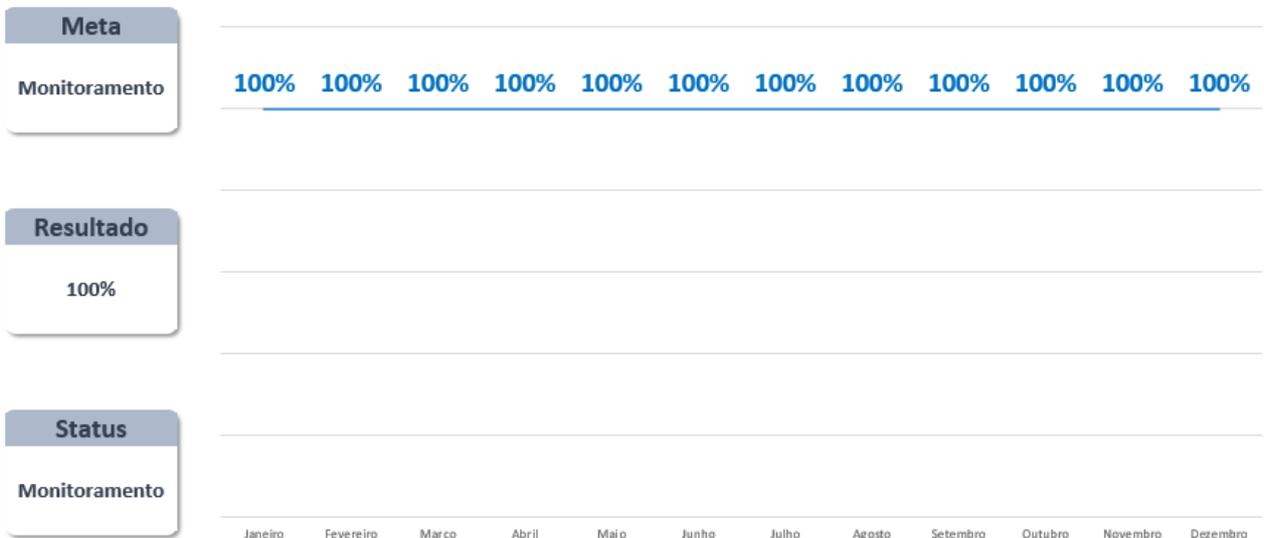
ANÁLISE POR INDICADOR

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



Análise dos resultados: A notificação de evento adverso é de grande relevância para a segurança do paciente, pois é uma maneira dos profissionais relatarem os incidentes em saúde. As análises permitem a aprendizagem, possibilitando que as causas identificadas sejam evitadas a partir da revisão de e melhoria dos processos assistenciais. Por esse motivo o Núcleo de Segurança incentiva a notificação de forma escrita ou online em todas as unidades e promove treinamentos conforme a necessidade.

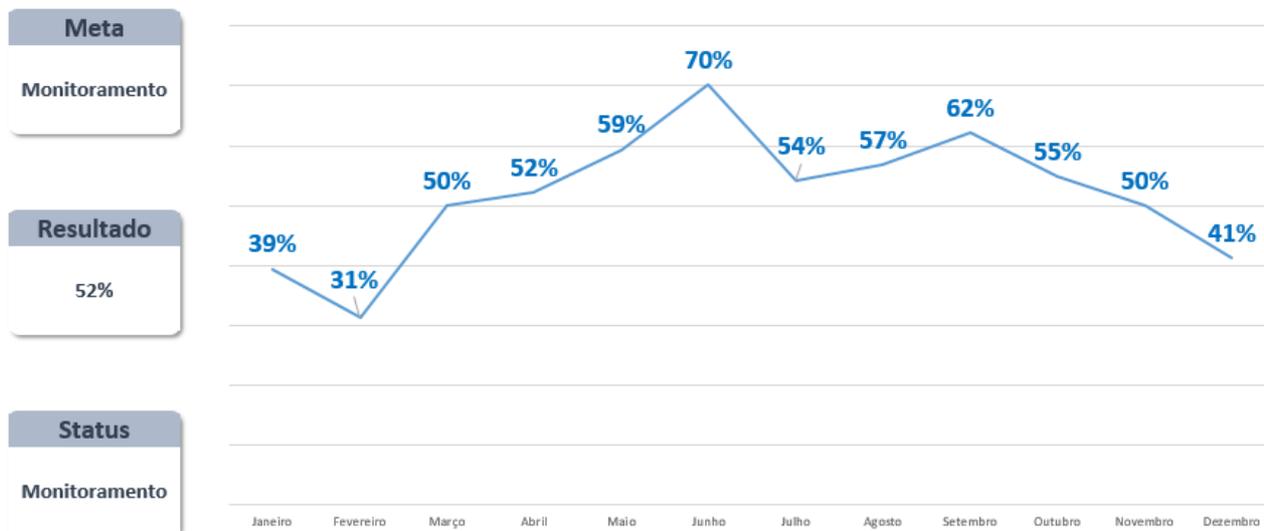
Indicador 40 - Percentagem de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada



Análise dos resultados: As doses individualizadas proporcionam maior segurança e controle na dispensação de medicamentos para usuários, pois possibilita a revisão das prescrições médicas pelos farmacêuticos. Atualmente todos os leitos do HRL possuem dose individualizada.

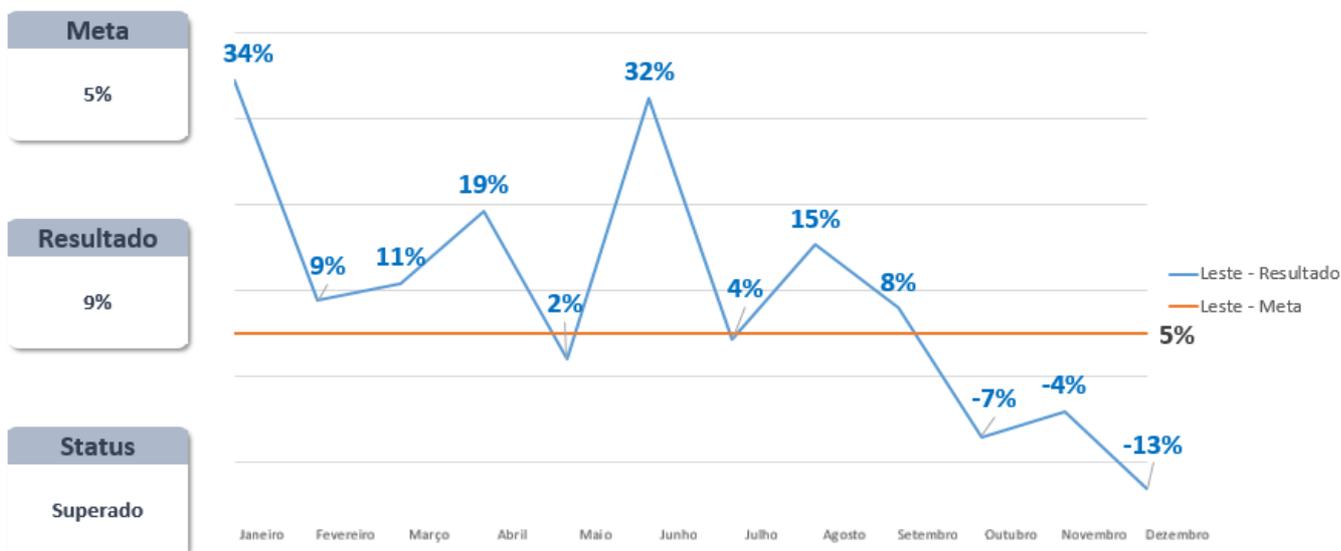
ANÁLISE POR INDICADOR

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



Análise dos resultados: Estamos estratificando as demandas da ouvidoria para entender a área mais demandada a fim de realizar ajustes de melhoria, com discussões para possíveis ajustes a fim de melhorar a resolutividades das ouvidorias.

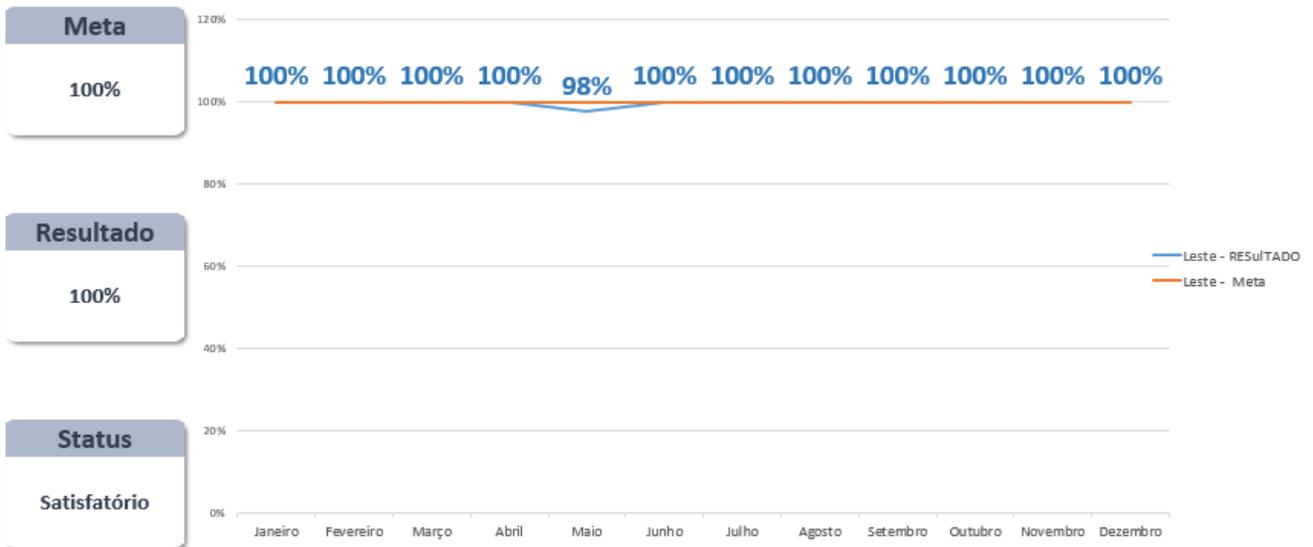
Indicador 42 - Percentual faturado no tipo de financiamento MAC



Análise dos resultados: Em média 1.309.437,10 faturados/mês em 2021, aumento de 9% em relação à linha de base refletindo o empenho que os Núcleos de Faturamento realizam para aprimorar os processos, um indicativo é que a média de rejeição está em 0,3%. Além disso, o setor foi beneficiado com a implantação do teletrabalho, pois possibilitou a lotação de servidores principalmente da categoria médica que impulsionaram o registro de procedimentos, demonstrando a importância de carga horária dessa categoria no núcleo. A queda no faturamento no quarto trimestre foi devido a afastamentos prolongados.

ANÁLISE POR INDICADOR

Indicador 43 - Percentual de desempenho da gestão de custos



Análise dos resultados: A Região de Saúde Leste está em tratativas internas para o aperfeiçoamento dos custos regionais, buscando alternativas para melhor distribuição dos custos utilizados pelos três níveis de Atenção. Reuniões assertivas entre os três NGC e com a DA buscam melhores estratégias para aperfeiçoar e otimizar os custos nos centros de custos corretos. A participação dos Gerentes da DIRASE, avaliando os relatórios de custos, propiciou ao nosso NGC identificar imperfeições nos relatórios fornecidos pela GEC quanto à folha de pagamento. A Casa de Parto de São Sebastião está participando de um projeto piloto junto à GEC para aprimoramento da planilha de RH ofertada com a descrição de todos os proventos, inclusive TPD. A planilha ainda está em análises e ajustes com o NGC/DIRASE e a GEC.

Indicador 44 - Taxa de absenteísmo



Análise dos resultados: A região realizou projetos para saúde e qualidade de vida do servidor. Um deles foi o Psicólogo Amigo da Saúde para acolhimento e apoio por meio de atendimento psicológico durante a pandemia, e também um projeto de antroposofia, o projeto Qualidade de Vida e Autodesenvolvimento para o servidor sob a Visão da Antroposofia.

ANÁLISE DA METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DO AGR

Vale ressaltar a mudança de gestão em maio/2021 e que as ações serão descritas a partir dessa data.

No dia 23/06/2021 em Colegiado da Superintendência com diretores foi considerado em pauta: **Facilitação para aprimoramento dos indicadores do AGR, conduzidos pela primária (arbovirose e sífilis)**, considerado a avaliação de melhoria do indicador, no ponto de vista assistencial, sendo pontos preocupantes que o atendimentos de CRAS parado, em teletrabalho, e equipamentos públicos para apoio fechados, o atraso de notificação na área hospitalar das notificações de arbovirose, sendo 37 HRL e 23 UPA SS, pois Notificações são feitas por busca ativa, e não pelo profissional, o que não é possível ser realizado pela VE. Destacado A normativa é que a notificação deve ser realizada pelo médico ou outro profissional da saúde. Como ações destacadas - Iniciado testagem na papuda para atuar em casos de sífilis, e alinhamento de fluxo de preenchimento de notificação no HRL e UPA.

No dia 01/07 foi realizada reunião da equipe de Planejamento com a seguinte pauta - **Discussão de indicadores; Discussão de resultados 1 quadrimestre; Definição de discussão/repasso dos resultados para áreas assistenciais; Análise de levantamento diagnóstico de dimensionamento;**

No dia 29/07 foi realizada reunião da equipe de Planejamento com a seguinte pauta - **Discussão de indicadores; Análise de demandas da ouvidoria; Programação de férias; Proposta de apresentação de resultados para áreas; Habilitação e abertura de serviços;**

No dia 02/09 foi realizada reunião da equipe de Planejamento com a seguinte pauta - **Discussão de indicadores; Ações de reunião anterior.** A saber, as ações foram: Levantamento de ouvidorias por local; Verificar fluxo de retorno às consultas em caso de afastamento; Verificar carga horária médica para os comitês; Verificar fluxo de preenchimento de notificação arbovirose; Verificar fluxo de fechamento de chave no HRL; Realizar campanha de divulgação da casa de parto; Rever os três leitos cirúrgicos da UTI; Discussão dos indicadores mensalmente com as áreas gerenciais; Incluir óbitos materno infantil na pauta da rede cegonha.



No dia 16/09/2021 foi realizada reunião em Rede com gerências e servidores dos três níveis de Atenção para apresentação dos indicadores do AGR e AGRL.

No dia 25/11 foi realizada reunião da equipe de Planejamento com a seguinte pauta - **Discussão de indicadores; Planejamento e fluxo; Organização para reunião em rede na região; Organização e planejamento 2022;**



No dia 30/12/2021 foi realizada reunião da equipe de Planejamento para análise dos indicadores 2021 e fechamento do planejamento estratégico para 2022.

Além disso, são realizadas discussões mensais por diretorias dos indicadores AGR coletados por cada GPMA.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer a colaboração de toda a equipe da DGR que possibilitou o andamento do monitoramento dos Acordos de Gestão de um modo que proporciona engajamento das áreas e melhoria de processos. A realização de acompanhamento mensal e realização de Colegiados quadrimestrais incentiva a reflexão quanto às mudanças possíveis para alcance da meta.

CONCLUSÃO

No íterim percebemos muitos avanços em todas as áreas e indicadores, principalmente com a resolução de gargalos assistenciais e fluxos. Mas ainda temos um caminho a percorrer até atingir a excelência em serviços, propósito que pode ser considerado inatingível se referindo muitas vezes ao serviço público, todavia com o empenho e dedicação em conjunto com a qualificação é passível de consecução.

Muito temos que agradecer aos profissionais que se empenham todos os dias, mediante todos os desafios que são postos na assistência à saúde, ainda mais evidente durante a pandemia do COVID-19. Mesmo com pouco que temos a oferecer em troca, temos uma grande entrega pela assistência dificilmente mensurada por meio de indicadores.

No âmbito da gestão, temos um time que podemos contar para as demandas apresentadas, com olhar à frente buscando todos os dias aprimorar o modo de fazer gestão, e para isso contamos com apoio de projetos de qualificação, sendo que muitos desses projetos têm dado resultados já observados.

Com a conclusão de ações iniciadas no ano de 2021 esperamos alcançar os objetivos traçados a médio e longo prazo a fim de atingirmos a tão esperada excelência.

GESTORES ATUAIS

Sidney Sotero
Superintendente

Alberto Sabala
Asplan

Fábio Ornelas
Diretor Administrativo

Claiton Saccol
Diretor Hospitalar

Jane Franklin
Diretora da Atenção Secundária

Janaína de Oliveira
Diretora da Atenção Primária

Lucyara Simplicio
GPMA Hospitalar

Maria Beatriz Ruy
GPMA Primária

Mayara Batista
GPMA Secundária

Brasília, 14 de abril de 2022.

ANEXO 1

STATUS DO PLANO DE AÇÃO

O plano de ação foi estendido até junho de 2022 pela manutenção dos indicadores pactuados em 2021, por esse motivo ainda temos ações em andamento. Segue status do plano de ação:

PLANO DE AÇÃO AGR 2021/2022

REGIÃO LESTE

A ser iniciado	44
Em andamento	99
Cancelada	4
Atrasada	2
Concluída	26

INDICADOR	OBJETIVO	AÇÃO	JUSTIFICATIVA	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS	LOCAL	INÍCIO	FIM	STATUS	DATA DA CONCLUSÃO
Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) - HRL		Acompanhamento dos indicadores Protocolo de Boas Práticas. Planificação da Linha Materno Infantil	Padronização dos procedimentos de boas práticas.	Manutenção da coleta dos dados de indicadores. Indicadores foram organizados junto com as unidades materno infantil do HRL	RTA UGO/UCO/supervisora CO	UCO	HRL	22/03/2022	jun.-22		
		Acompanhamento dos indicadores Protocolo de Boas Práticas.	Padronização dos procedimentos de boas práticas.	Divulgação dos indicadores coletados	RTA UGO/UCO; GPMA	UCO	HRL	22/03/2022	jun.-22		

		Planificação da Linha Materno Infantil									
		Criar e implementar Relatório de Indicação de Via de Parto	Acompanhar por via de relatório as indicações de cesáreas, para que sejam evitadas partos por via alta sem indicação absoluta ou relativa.	Organizar Grupo de Trabalho	GACI R	UCO	HRL	22/03/2022	jun.-22	Em anda mento	
		Implantar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança	Implantação de um programa consagrado nacionalmente para incentivo ao parto normal. Continuar o projeto IHAC	Concluir as várias etapas já estipuladas de treinamentos e demais fases de implantação do Programa.	RTA DA UNID ADE DE NEON ATOL OGIA	UCO / UCIN / Enfer maria s (médi cos + enfer meira s) / ALCO N	HRL	22/03/2022	jun.-22	Em anda mento	
		Implantar o Hospital Amigo da Mulher	Faz parte do programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança e dá mais visibilidade à atenção da mulher.	Concluir as várias etapas já estipuladas de treinamentos e demais fases de implantação do Programa.	RTA UGO/ UCO/s upervi sora CO	GACI R / GENF	HRL	22/03/2022	jun.-22	Em anda mento	
		Ampliar o conhecimento da população sobre os serviços da	Quanto mais usuárias conhecerem a casa de parto,	Divulgar a Casa de Parto nas mídias locais e sociais	Gerên cia da Casa de Parto de	Super visão e equip e da CPSS	Casa de Parto de SS	01/05/2021	Contínua	Em anda mento	

		Casa de Parto.	mais gestantes buscarão o serviço com segurança.	(rádio comunitária, cartazes, panfletos, whatsapp, redes sociais).	São Sebastião	, ASCOM, SESDF, Rádio comunitária de São Sebastião e Paranoá, Administração de SS, ESF, HRL.						
		Ampliar o conhecimento da população sobre os serviços da Casa de Parto.	Quanto mais usuários conhecerem a casa de parto, mais gestantes buscarão o serviço com segurança.	Realizar palestras on-line a respeito do funcionamento da Casa de Parto e preparação para o parto.	Gerência da Casa de Parto de São Sebastião	Supervisão, CQSP e PCLH da CPSS	Casa de Parto de SS	01/01/2021	Contínua	Em andamento		
		Ampliar o conhecimento da população sobre os serviços da Casa de Parto.	Quanto mais usuários conhecerem a casa de parto, mais gestantes buscarão o serviço com segurança.	Divulgar a Casa de Parto no HRL (cartazes informativos na Entrada do Centro Obstétrico e Classificação de Risco)	Gerência da Casa de Parto e DIRASE	ASCOM, Supervisão de enfermagem do CO - HRL e GENF - HRL	Casa de Parto de SS	01/04/2022	30/04/2022	A ser iniciada		
		Realizar matriciamento da Atenção Primária de Saúde.	A partir do conhecimento do funcionamento e protocolo	Construir cronograma de matriciamento com GAP	Gerência da Casa de Parto de	Supervisão da Casa de Parto,	Casa de Parto de SS	01/08/2021	30/09/2021	Concluída.	21/09/2022	

			da Casa de Parto, os servidores poderão encaminhar as gestantes corretamente e com segurança para serem atendidas no serviço.		São Sebastião	GAP, e GSAPS							
		Realizar matriciamento da Atenção Primária de Saúde.	A partir do conhecimento do funcionamento e protocolo da Casa de Parto, os servidores poderão encaminhar as gestantes corretamente e com segurança para serem atendidas no serviço.	Realizar reuniões online com todas as equipes das ESFs de São Sebastião, Itapuã e Paranoá, esclarecendo o papel da CPSS e fortalecendo o vínculo da atenção primária com a secundária.	Gerência da Casa de Parto de São Sebastião	Supervisão da Casa de Parto, GAP, e GSAPS	Casa de Parto de SS	01/04/2021	31/12/2021	Concluída.	21/10/2022		
		Realizar matriciamento da Atenção Primária de Saúde.	A partir do conhecimento do funcionamento e protocolo da Casa de Parto, os servidores poderão encaminhar as gestantes corretamente e com segurança para serem atendidas no serviço.	Promover a visita das equipes ESF à CPSS para conhecimento do serviço.	Gerência da Atenção Primária	Gerência e Supervisão CPSS, supervisão da ESF, GAP.	Casa de Parto de SS	01/03/2022	30/06/2022	A ser iniciada			

		Realizar matriciamento da Atenção Primária de Saúde.	A partir do conhecimento do funcionamento e protocolo da Casa de Parto, os servidores poderão encaminhar as gestantes corretamente e com segurança para serem atendidas no serviço.	Realizar reuniões presenciais com todas as equipes das ESFs de São Sebastião, esclarecendo o papel da CPSS e fortalecendo o vínculo da atenção primária com a secundária.	Gerência da Casa de Parto de São Sebastião	Supervisão da Casa de Parto, GAP, e GSAPS	Casa de Parto de SS	21/02/22	30/06/22	A ser iniciada	
		Realizar matriciamento da Atenção Primária de Saúde.	A partir do conhecimento do funcionamento e protocolo da Casa de Parto, os servidores poderão encaminhar as gestantes corretamente e com segurança para serem atendidas no serviço.	Encontrar apoiadores fixos nas ESF's	Gerência da Atenção Primária	Gerência da Casa de Parto de São Sebastião	Casa de Parto de SS	01/12/21	31/12/21	Cancelada	
		Realizar matriciamento da Atenção Primária de Saúde.	A partir do conhecimento do funcionamento e protocolo da Casa de Parto, os servidores poderão encaminhar as gestantes corretamente e com	Criar vídeo informativo mostrando o ambiente da Casa de Parto e explicando seu funcionamento de forma sucinta para passar via whatsapp	Supervisão da Casa de Parto	Gerência e CQSP da CPSS, ASCOM Leste	Casa de Parto de SS	01/10/21	31/03/22	Em andamento	

			segurança para serem atendidas no serviço.	para as equipes.								
		Realizar matriciamento da Equipe da Classificação de risco do HRL.	A partir do conhecimento do funcionamento e protocolo da Casa de Parto, os servidores poderão encaminhar as gestantes corretamente e com segurança para serem atendidas no serviço.	Realizar reunião online com todos os enfermeiros que fazem escala na CR do HRL, esclarecendo o papel da CPSS.	Gerência da Casa de Parto de São Sebastião	Supervisão da CPSS, CQSP da CPSS, DIRA SE e GENF - HRL	Casa de Parto de SS	01/10/2021	31/10/2021		Cancelada	
		Atualizar protocolo clínico através de evidências científicas.	Aumentar o número de gestantes de baixo risco contempladas com assistência em ambiente de baixa complexidade.	Revisar protocolo clínico e flexibilizá-lo de acordo com evidências científicas, aumentando a possibilidade de atendimento de gestantes, sem aumentar o risco para a assistência.	Gerência da Casa de Parto de São Sebastião	Supervisão, CQSP e Enfermeiros da Casa de Parto	Casa de Parto de SS	01/01/2021	Contínua		Em andamento	
		Atualizar protocolo clínico através de evidências científicas.	Aumentar o número de gestantes de baixo risco contempladas com	Disponibilizar Protocolo Clínico da CPSS para consulta pública,	CPPAS	GEO N, Gerência da CPSS	Casa de Parto de SS	01/01/2021	30/06/2022		Em andamento	

			assistência em ambiente de baixa complexidade.	aprovar e publicar.								
		Atualizar protocolo clínico através de evidências científicas.	Aumentar o número de gestantes de baixo risco contempladas com assistência em ambiente de baixa complexidade.	Sensibilizar a equipe quanto às mudanças e capacitar quanto às atualizações do protocolo.	Super visão e CQSP da CPSS	Gerência da CPSS e RT da Enfermagem Obstétrica	Casa de Parto de SS	01/01/2021	Contínua	Em andamento		
		Instalar a sinalização da Casa de Parto de São Sebastião no local e vias públicas.	Aumentar o conhecimento da população de São Sebastião sobre a localização da CPSS, reduzindo a demanda de pacientes que buscam diretamente o hospital da Região Leste.	Acompanhar o processo de sinalização da Casa de Parto de São Sebastião, que está em tramitação no SEI. (ver sei, reunião com adm, detran, etc).	SRSL E	Casa de Parto	Casa de Parto de SS	01/01/2021	30/06/2022	Em andamento		
		Instalar a sinalização da Casa de Parto de São Sebastião no local e vias públicas.	Aumentar o conhecimento da população de São Sebastião sobre a localização da CPSS, reduzindo a demanda de pacientes que	Sinalizar a Casa de Parto nas vias públicas de São Sebastião.	DETRAN	Administração, CPSS	Casa de Parto de SS	01/04/2021	30/06/2022	Em andamento		

			buscam diretamente o hospital da Região Leste.								
		Qualificar periodicamente a equipe da Casa de Parto na aplicação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento.	O modelo de assistência ao parto vem mudando nos últimos anos para que seja possível atender aos partos com qualidade e segurança, reduzindo intervenções e cesareanas desnecessárias, e aumentando a satisfação da mulher com a experiência do parto.	Manter capacitações e aperfeiçoamentos periódicos da equipe, de acordo com novos protocolos, novas evidências científicas e de acordo com as dificuldades identificadas pela própria equipe e chefia imediata.	Super visão	CQSP e Gerên cia da CPSS	Casa de Parto de SS	01/0 1/20 21	Contí nuo	Em anda ment o	
		Qualificar periodicamente a equipe da Casa de Parto na aplicação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento.	O modelo de assistência ao parto vem mudando nos últimos anos para que seja possível atender aos partos com qualidade e segurança, reduzindo intervenções e cesarianas desnecessárias, e aumentando	Publicizar os indicadores de qualidade e segurança da assistência para a equipe da Casa de Parto em reuniões e murais	Gerên cia da CPSS	Super visão, CQSP e PCLH da CPSS	Casa de Parto de SS	01/0 1/20 21	Contí nuo	Em anda ment o	

			o a satisfação da mulher com experiência do parto.									
		Fortalecer a atuação do grupo condutor da Rede Cegonha Regional.	O trabalho em rede dentro da Região Leste é de suma importância para aumentar a qualidade da assistência à mulher e ao recém-nascido atendidos na região, proporcionar a participação da CPSS na rede de atenção da região, assim como o conhecimento de todos os níveis de atenção em relação ao trabalho desenvolvido neste serviço.	Participar das reuniões mensais da Rede Cegonha Leste e demais reuniões para as quais sejamos convocados, colocando em prática as deliberações das mesmas e dando retorno quanto à nossa atuação dentro da Rede Cegonha.	Gerência da CPSS	Supervisão da CPSS, Grupo Condutor da Rede Cegonha Leste, Grupo condutor central da Rede Cegonha	Casa de Parto de SS	01/01/2021	Contínuo	Emendamento		
Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas		Boletim atualizado das equipes da UBS	Identificar UBS com médicos escalados	Informar para equipe da classificação diariamente e lista de equipes da UBS	GEMERG/Classificação de risco	DIRAPS		22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada		

		Listar e enviar as UBSs e sua área de abrangência por endereço	Para orientar estes usuários a procurarem a sua UBS de referência	Pesquisar a UBS de referência destes usuários	GEMERG/Classificação de risco	GEMERG/Classificação de risco	Classificação de risco - HRL	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
		Matriciamento da ortopedia e coluna com a primária	Fortalecer atendimento dos pacientes verdes na primária	Planejamento com as equipes da ortopedia e coluna, envio do cronograma para primária.	GEMERG/DI RAPS	RTA Ortopedia/RTA Coluna	Classificação de risco - HRL e UBS de referência	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)		Reduzir o tempo entre a chegada do usuário ao serviço e o atendimento médico.	Quanto mais rápida a reperfusão miocárdica, melhor a função cardíaca após o procedimento, assim como menores as chances de reinfarto - Tempo porta-agulha (TPA)	Criar protocolo de acesso rápido para o paciente com dor torácica.	GEMERG	RTA UME / GENF / GIR, Supervisão da ACCR	UME	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
		Reduzir o tempo entre a chegada do usuário ao serviço e o atendimento médico.	Quanto mais rápida a reperfusão miocárdica, melhor a função cardíaca após o procedimento, assim como menores as chances de	Capacitar equipe do NUREM e Classificação para o reconhecimento do paciente com sinais de IAM.	GEMERG	RTA UME / GENF / GIR, Supervisão da ACCR	NUREM e ACCR	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	

			infarto - Tempo porta-agulh a (TPA)								
		Normalizar a realização do ECG antes do atendiment o médico nos casos de dor torácica em pacientes de risco.	O sucesso da reperusão =e tempo-dep endente, portanto o período entre o início dos sintomas e a terapia de reperusão deve ser o menor possível, inclusive com o tempo porta-ECG	Adequar dentro da Classificaç ão de Risco a indicação de realização do ECG antes do atendiment o médico.	GEME RG	RTA UME / GENF / ACCR / Super visão de Enfer mage m da Emer gênci a	ACC R	22/0 3/20 22	22/0 6/20 22	A ser inici ada	
		Normalizar a realização do ECG antes do atendiment o médico nos casos de dor torácica em pacientes de risco.	O sucesso da reperusão =e tempo-dep endente, portanto o período entre o início dos sintomas e a terapia de reperusão deve ser o menor possível, inclusive com o tempo porta-ECG	Capacitar equipe da Classificaç ão de Risco para o reconheci mento do paciente com sinais de IAM	GEME RG	RTA UME / GENF / ACCR / Super visão de Enfer mage m da Emer gênci a	ACC R	22/0 3/20 22	22/0 6/20 22	A ser inici ada	
		Fazer o contato imediate direto com hospital de referência em caso de IAM	SAMU já tem priorização para transporte de IAM com supra de ST	Atualizar a equipe médica sobre fluxos da RUE.	GEME RG	RTA UME UME		22/0 3/20 22	22/0 6/20 22	Em anda ment o	

		com supra de ST.	buscando manter TPB < 90 min									
Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)		Reduzir o tempo entre a chegada do usuário ao serviço e o atendimento do médico.	Paciente com sinais neurológicos agudos devem ter atendimento rápido para definir diagnóstico de AVC isquêmico. A realização de trombólise pela equipe de neurologia diminui a morbimortalidade do paciente.	Criar protocolo de acesso rápido para o paciente com sintomas neurológicos agudos.	GEMERG	RTA da UME / GIR / GENF	UME	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada		
		Reduzir o tempo entre a chegada do usuário ao serviço e o atendimento do médico.	Paciente com sinais neurológicos agudos devem ter atendimento rápido para definir diagnóstico de AVC isquêmico. A realização de trombólise pela equipe de neurologia diminui a morbimortalidade do paciente.	Capacitar equipe do NUREM e Acolhimento para o reconhecimento do paciente com sinais de AVE.	GEMERG	RTA da UME / GIR / GENF	NUR EM / ACC R	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento		
		Normatizar priorização da realização		Capacitar equipe multidisciplinar para a	GEMERG	RTA da UME /	UME	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada		

		de TC de crânio de urgência para o paciente suspeito de AVE		linha de cuidado do AVE.		GIR / GENF						
		Definir como função da equipe médica fazer o contato direto com o hospital de base e SAMU em caso de AVE com janela de trombólise.	A realização de trombólise em até 120 min diminui o índice de sequelas e mortalidade .	Atualizar a equipe médica sobre fluxos da RUE.	GEMER	RTA da UME / GIR / GENF	UME	22/03/22	22/06/22		A ser iniciada	
Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas - HRL		Sala reservada para Cirurgia de Urgência e Emergência	Evitar que outros procedimentos ocupe a sala da eletiva	Ampliar RH	GACIR	DA	Centro Cirúrgico	22/03/22	22/06/22		A ser iniciada	
		Mapa de Cirurgia On Line (Trakcare) com acesso às Unidades que atuam no processo (Nutrição, Enfermarias, NIA, OPME, CME, CC, Banco de Sangue) com as especificações pertinentes . Kanban	Evitar conflitos ou ausência de agendamentos por data, sala e turno	Atualizar sistema (TI) e usuários	GACIR	TI	Nutrição / Centro cirúrgico / CME / Enfermarias (médicos + enfermeiras) / Agência Transfusional	22/03/22	22/06/22		Em andamento	

		no centro cirúrgico										
		Sinalizar por cor o paciente que vai para a cirurgia	Princípio de cirurgia segura / Segurança do paciente	Estabelecer um grupo de trabalho para construção e implementação	GACI R	NQSP / NCIH / GENF /GACI R	GAC IR / GEN F	22/0 3/20 22	22/0 6/20 22	A ser iniciada		
Tempo de permanência em leitos de UTI Geral - HRL		Manter visita multidisciplinar diária – Projeto saúde em nossas mãos - redução de infecção e tempo de permanência	Melhorar eficiência do serviço de terapia intensiva e o giro dos leitos, favorecendo os pacientes que realmente necessitam de assistência crítica em período ideal	Participar da SIV-com equipe do Hospital Albert Einstein no projeto saúde em nossas mãos	/NQS P/NCI H/GA CL/UT I	MEDICO E ENFERMEIRO ROTINEIRO E DEMAIS SEVIDORES DA UNIDADE	UTI	22/0 3/20 22	22/0 6/20 22	Em andamento		
		Maior rigor na retirada de pacientes em condição de alta	Resgate do Pcte de alta da UTI favorece maior giro ao leito e maior agilidade para recebimento de novos pacientes	Avisar a NGINT imediatamente a alta do paciente da UTI para transferência para Hospital de origem e/ou transferência para Enfermaria do HRL enquanto aguarda resgate pelo Hospital de Origem.	CHEFIA UTI	CHFIA UTI	UTI	22/0 3/20 22	22/0 6/20 22	Em andamento		

		Maior rigor na retirada de pacientes em condição de alta	Resgate do Pcte de alta da UTI favorece maior giro ao leito e maior agilidade para recebimento de novos pacientes	Avisar a NGINT imediatamente a alta do paciente da UTI para transferência para leito de enfermaria adequado.	CHEFIA UTI	CHFIA UTI	UTI	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
		Desinvasão precoce	Diminuir o risco de infecção hospitalar, diminuir iatrogenia	Visita diária multidisciplinar com discussão do caso	GACL/UTI	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	UTI	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Desinvasão precoce	Diminuir o risco de infecção hospitalar, diminuir iatrogenia	Seguir protocolos de desinvasão.	GACL/UTI	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	UTI	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
Média de Permanência Geral - HRL		Solicitar RH	Aumentar funcionamento do NGINT para 24h/dia, possibilidade de um médico no núcleo (força tarefa para inclusão dos pacientes no SIS leitos)	SEI com atualização do demonstrativo de déficit e necessidade de horas	GIR	GIR / NGINT GENF HRL SRSL E	GIR / NGINT	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Priorização das saídas/altas do dia- Grupo whatsapp; projeto Lean no HRL	Avaliar precocemente as altas do dia; participar do Huddle e das visitas	Orientar as equipes e RTAs, comunicar aos setores a necessidade e importância	GIR	GACIR GACL GEMERG GENF GIR / NGINT	Equipes médicas de PS e interseção	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	

			multidisciplinares	a de participar do Huddle								
		Priorização das saídas/altas do dia	Sinalizar precocemente as altas ao NGINT	Orientar as equipes sobre a comunicação pelo grupo de whatsapp e participação do huddle	GIR	GACIR GACL GEM ERG GENF GIR / NGINT	Pelas equipes de enfermagem de PS e interações	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento		
Média de permanência em leitos de clínica médica - HRL		Visita multidisciplinar com resolução de pendências para altas	Identificar e resolver as pendências para desospitalização	Manter visitas nas terças pela manhã com participação do gerente e chefias	GACL	NRAD /DIRA PS/ EQUIPE MULTIDisciplinar, supervisão de enfermagem da unidade e RTA	Clínica Médica	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento		
		Realizar busca ativa pelo NRAD	Identificar pacientes elegíveis para internação domiciliar	Fazer busca ativa nas visitas multidisciplinares .	GACL	NRAD	Clínica Médica	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento		
		Instituir protocolos clínicos (principalmente de cuidados paliativos)	Padronizar o tratamento e identificar possíveis gargalos.	Escrever protocolos clínicos. Divulgar comissão de cuidados paliativos e pele (feridas)	GACL	Residentes	Clínica Médica	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada		

Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica - HRL		Desinvasão precoce	Diminuir o risco de infecção hospitalar, diminuir iatrogenia	Visita diária multidisciplinar com discussão do caso as terças feiras com participação do gerente (a princípio) e chefias	GACL/UTI	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	UTI	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Programar admissões com fluxos, estabelecidos e divulgados para as equipes assistenciais	Programar admissão (de preferência no período diurno)	Pactuar com setores a chegada do paciente no setor (melhor comunicação)	GACL/CLIMED	CLÍNICA	Clínica Médica	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais - HRL		Desinvasão precoce	Diminuir o risco de infecção hospitalar, diminuir iatrogenia	Visita diária multidisciplinar com discussão do caso as terças feiras com participação do gerente (a princípio) e chefias	GACL/UTI	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	UTI	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Programar admissões com fluxos, estabelecidos e divulgados para as equipes assistenciais	Programar admissão (de preferência no período diurno)	Pactuar com setores a chegada do paciente no setor (melhor comunicação)	GACL/CLIMED	CLÍNICA	Clínica Médica	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
Percentual de atendimentos abertos		Melhorar pactuação com APS	Diminuir o número de classificadas verdes e azul no PS	Informar quanto ao número de classificadas verdes	GEMERG	Sala de Situação	Classificação	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	

(GAE) classifica dos por período (manhã, tarde e noite)				e azuis estratificando por UBS								
Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa		Reforçar o fluxo de entrada de ambulância no HRL	Amplo conhecimento da retenção de maca	Acompanhar o fluxo da entrada do pronto socorro.	GEMERG	GPM A	Pronto Socorro	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento		
		Manter RH de enfermagem no trauma	Falta de comunicação com a chefia de equipe sobre a liberação da maca	Manter carga horária fixa de técnico de enfermagem no trauma	GENF		Supervisão de enfermagem	PRONTOSOCORRO	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
Taxa de Prevalência de Notificação de Violência		Criar canal de contato com as gerências da Atenção Primária a fim de aproximar as equipes do tema da violência.	Necessidade de ampliar o conhecimento acerca da temática da violência, no sentido de viabilizar intervenções e garantir o acesso e atendimento às pessoas em situação de violência.	Ampliar contato com as chefias e equipes por meio de reuniões presenciais e contato via whatsapp.	Márcia (Chefe) / Juliana Melina (Psicóloga)	GSAP, DIRASE e UBSs Região Leste	APS	01/05/2021	Contínuo	Em andamento		
		Realizar matriciamentos com as Equipes dos NASF's e da Saúde da Família	Importância da aproximação das equipes abordando o agravo da violência a	Ofertar matriciamento às equipes da Atenção Primária visando alinhar	Márcia (Chefe) / Juliana Melina (Psicóloga)	UBSs Região Leste	APS	01/05/2021	Contínuo	Em andamento		

		no manejo da situação da violência a fim de que essa seja tratada no território.	fim de inserir o tema no cotidiano e fluxo do trabalho.	conceitos e diretrizes que pautam a atenção às pessoas em situação de violência e além de atualizar os fluxos e os encaminhamentos das situações de violência identificadas no território.							
Taxa de mortalidade por acidentes		Uso do Trackcare com CID's de acidente	Falta do uso de CID's de acidentes	Realizar orientação quanto ao uso dos CID's principal de acidente	GEMERG	GPM A/ RTA's do Trauma e Geral		22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
		Fazer revisão prontuário no caso de traumas pela comissão de óbito	Adequar CID'S com descrição de evolução	Comissão de óbito faz revisão do prontuário e ajusta CID's de acordo com a descrição do prontuário.	NUEP	Comissão de Óbito		22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Listar CID's principais de notificação	Adequação do uso de CID's relacionados à procedimentos	Listar e fixar nas computadores dos consultórios	GEMERG	GPM A/ NCAIS		22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	

Percentua l de admissão no SAD no período		Busca ativa no HRL	Encontrar pacientes elegíveis para internação domiciliar	Participar das visitas multidiscipli nares e realizar busca ativa	NRAD	HRL	HRL	22/0 3/20 22	22/0 6/20 22	Em anda ment o	
		Orientação do funcionam ento do fluxo de admissão do NRAD e formulários	Orientar equipe quanto ao fluxo e rotina do NRAD	Formular panfletos de orientação e realizar treinament o para equipes	NRAD	HRL	HRL	22/0 3/20 22	22/0 6/20 22	Em anda ment o	
		Realizar acolhiment o do paciente na internação hospitalar	Tranquilizar o paciente e família quanto à internação domiciliar	Visitar paciente beira leito por profissiona l do NRAD quando solicitado	NRAD	HRL	HRL	22/0 3/20 22	22/0 6/20 22	A ser inici ada	
Percentua l mensal de desfecho de "alta" do SAD		Realizar treinament o para o NRAD dos critérios para encaminha mento para primária	Esclarecer os critérios de alta	Realizar treinament o sobre critérios de alta	NRAD	GSAS	NRA D	22/0 3/20 22	22/0 6/20 22	A ser inici ada	
		Realizar pactuação com a primária quanto ao fluxo de alta	Melhorar o vínculo com a primária	Realizar pactuação com primária	NRAD	DIRA PS	DIRA PS	22/0 3/20 22	22/0 6/20 22	A ser inici ada	
Percentua l de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.		Diminuir o absenteísmo às avaliações após a alta hospitalar	alcançar maior número de bebês testados	Conscienti zar e orientar as mães sobre a importânci a de retornar com os recém-nas cidos para	UCIN/ CO/C asa de Parto/ GENF	UCIN/ CO/C asa de Parto	UCI N/C O/Ca sa de Parto	22/0 3/20 22	22/0 6/20 22	Em anda ment o	

				a triagem auditiva							
		Diminuir o absenteísmo às avaliações após a alta hospitalar	alcançar maior número de bebês testados	Agendar exames para após 15 a 30 dias de nascidos	UCIN/CO/Casa de Parto	UCIN/CO/Casa de Parto	UCIN/CO/Casa de Parto	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Diminuir o absenteísmo às avaliações após a alta hospitalar	alcançar maior número de bebês testados	Construir agenda para marcação de retornos	UCIN/CO/Casa de Parto/NSF	UCIN/CO/Casa de Parto/NSF	UCIN/CO/Casa de Parto/NSF	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Realizar manutenção preventiva do equipamento	Evitar suspensão de exames por falta de equipamento	Manter manutenção regular por PDAPAS	GEOF		UCIN/CASA DE PARTO	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Realizar manutenção preventiva do equipamento	Evitar suspensão de exames por falta de equipamento	Verificar contrato de manutenção do equipamento pela SES	SES		UCIN/CASA DE PARTO	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS II PARANOÁ		Registrar mensalmente o número de procedimentos executados pela unidade Caps II - Paranoás nos instrumentos de informação.	Alcançar uma fidedignidade dos registros e procedimentos executados em relação a prestação de contas estatística. Aperfeiçoar os dados de forma a trabalharmos com uma planilha custo/serviço.	Executar a contabilidade dos procedimentos através de bases: DATASUS; RAAS; BPA/SIASUS;	SUPERVISOR DE SERVIÇOS EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II - PARANOÁS	GERENTE CAPS II - PARANOÁS		01/01/2022	31/12/2022	Em andamento	

		Registrar mensalmente o número de procedimentos executados pela unidade Caps II - Paranoás nos instrumentos de informação.	Alcançar uma fidedignidade de dos registros e procedimentos executados em relação a prestação de contas estatística. Aperfeiçoar os dados de forma a trabalharmos com uma planilha custo/serviço.	Construir junto à equipe um processo contínuo de melhoria e otimização no fornecimentos e qualidade dos dados que servem de alimento à base RAAS;	SUPERVISOR DE SERVIÇOS EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II - PARANOÁS	GERENTE CAPS II - PARANOÁS	CAPS II	01/01/2022	31/12/2022	Emendamento	
		Registrar mensalmente o número de procedimentos executados pela unidade Caps II - Paranoás nos instrumentos de informação.	Alcançar uma fidedignidade de dos registros e procedimentos executados em relação a prestação de contas estatística. Aperfeiçoar os dados de forma a trabalharmos com uma planilha custo/serviço.	Alinhar com a equipe processos de trabalho que compensem e minimizem as limitações tecnológicas do setor, de forma a alcançarmos sempre o máximo de informações possíveis do que foi produzido ou executado em assistência do serviço.	SUPERVISOR DE SERVIÇOS EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II - PARANOÁS	GERENTE CAPS II - PARANOÁS	CAPS II	01/01/2022	31/12/2022	Emendamento	

<p>Ações e serviços registrados pelos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS II ITAPOÃ</p>		<p>Adquirir outro monitor para lançamento do RAAS.</p>	<p>Devido o RAAS não conversar com o Trakcare, os lançamentos ainda serão feitos e aquisição de novo monitor facilitaria esses lançamentos.</p>	<p>Realizar os lançamentos em duas telas, agilizar o processo, pois será utilizado planilha de pacientes, Trakcare e RAAS ao mesmo tempo.</p>	<p>Gerente/Supervisor</p>	<p>DIRASE</p>		<p>01/04/2021</p>	<p>31/12/2021</p>	<p>Concluída.</p>	<p>31/07/2021</p>
		<p>Capacitar a equipe para aperfeiçoar os lançamentos no Track Care fim de não perder dados.</p>	<p>Com a Implantação recente de nova ferramenta de trabalho (Track Care) e migração de dados é possível que ajam falhas de lançamentos nesta fase de adaptação.</p>	<p>Conceder à equipe treinamento para melhorar a forma de lançamento de procedimentos de forma fidedigna e sistematizada.</p>	<p>Gerente/Supervisor</p>	<p>CTINF</p>		<p>01/04/2021</p>	<p>31/12/2021</p>	<p>Concluída.</p>	<p>01/06/2021</p>
		<p>Organizar visitas domiciliares semanalmente</p>	<p>Sanar as demandas por procuradores familiares e judiciais</p>	<p>Articular com os familiares e disponibilidades de profissionais, veículos e condutores</p>	<p>EQUIPE CAPS AD ITAPOÃ</p>	<p>FAMILIARES/TRANSPORTE</p>		<p>01/01/2022</p>	<p>01/12/2022</p>	<p>Em andamento</p>	
		<p>Promover a contratualidade no território</p>	<p>Realizações sociais em benefício do paciente</p>	<p>Articular com escolas, CREAS, CRAS, agência do</p>	<p>EQUIPE CAPS AD ITAPOÃ</p>	<p>REDE</p>		<p>01/01/2022</p>	<p>01/12/2022</p>	<p>Em andamento</p>	

				trabalhador, curriculum vitae, agendamento para 2ª via de documentos.							
		Implantar livro na recepção para controle diário dos usuários	Controle de número de usuários que passam pela unidade diariamente	Disponibilizar um profissional para lançamento no livro de controle diário.	EQUIPE CAPS AD ITAPOÃ	EQUIPE CAPS AD ITAPOÃ		01/01/2022	01/12/2022	Em andamento	
		Capacitar os servidores para lançamento correto dos procedimentos	Parâmetros reais do quantitativo de atendimentos realizados na unidade	Padronizar os procedimentos de acordo com o tipo de atendimento realizado, conforme orientação da DISSAM.	GERENTE/SUPERVISOR	DISSAM		01/01/2022	01/01/2022	Concluída.	19/01/2022
Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica - CAPS II		Desenvolver matriciais em saúde mental realizadas pela unidade Caps II - Paranoá junto às equipes e unidades de atenção primária à saúde da região leste.	Cumprir como unidade Caps, o papel de protagonista no cuidado em saúde mental de seu território.	Executar a contabilidade dos procedimentos através de bases: BPA-C/SIASUS; COD. 03.01.08.030-5;	NCAIS/SUPERVISÃO CAPS II - PARANOÁ	GERÊNCIA CAPS II - PARANOÁ/DIRETOS/SERVIDORES CAPS II	CAPS II	01/01/2022	31/12/2022	Em andamento	

		Desenvolver matriciais em saúde mental realizadas pela unidade Caps II - Paranoá junto às equipes e unidades de atenção primária à saúde da região leste.	Cumprir como unidade Caps, o papel de protagonista no cuidado em saúde mental de seu território.	Sustentar escala de profissionais não médicos, com reserva de horário em agenda semanal para a referência matricial ao menos às equipes ESF da zona urbana do Paranoá;		GERÊNCIA CAPS II - PARANOÁ/DIRAPS LESTE/SERVIDORES CAPS II				01/01/2022	31/12/2022	Em andamento	
Ações de matriciam ento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica - CAPS AD		Implementar as ações de matriciam ento através do mapeam ento territorial e ampliação do contato com as equipes de Unidades Básicas de Saúde.	Conhecer os territórios através do mapeam ento é ponto estratégico para mensurar deslocam ento da equipe, estabelecer tempo de rotas e direcionar melhor o fluxo dos trabalhos, bem como, ampliar a rede de contatos se torna um componente indispensável para potencializar essas ações.	Construir o levantam ento que será realizado a partir da obtenção do mapa territorial, valorizand o as que demandam maiores números de casos singulares.		UBSs PARANOÁ e PARANOÁ PARQUE, UBSs ITAPOÁ UBSs SÃO SEBASTIÃO				01/05/2021	01/12/2022	Em andamento	

		Implementar as ações de matriciamento através do mapeamento territorial e ampliação do contato com as equipes de Unidades Básicas de Saúde.	Conhecer os territórios através do mapeamento é ponto estratégico para mensurar deslocamento da equipe, estabelecer tempo de rotas e direcionar melhor o fluxo dos trabalhos, bem como, ampliar a rede de contatos se torna um componente e indispensável para potencializar essas ações.	Contactar as equipes (UBS's) a fim de estabelecer estratégias de encontros, se possível, quinzenais a fim de atender a demanda no menor espaço de tempo.	Gerente/Supervisora	UBSs PARA NOÁ e PARA NOÁ PARQUE, UBSs ITAPOÁ UBSs SÃO SEBASTIÃO	CAP S AD	01/05/2021	01/12/2022	Em andamento	
		Promover a sensibilização e adequação da equipe e envolver os residentes nas ações de matriciamento.	Considerando a importância do trabalho em equipe, se torna indispensável o engajamento e envolvimento de todos no processo, inclusive a participação dos residentes.	Preparar e adequar a equipe para o envolvimento e movimentos das ações planejadas, através da realização de debates e mini aulas expositivas, contendo informações direcionadas e pertinentes	Equipe CAPS AD ITAPOÁ	FIO CRUZ	CAP S AD	01/05/2021	01/12/2022	Em andamento	

				sobre o assunto.							
Percentual de consultas de cardiologia		Cumprir a meta de fechamento de chave no SISREGIII.	Equipe realiza atendimento mas não fecha chave de atendimento o SISREG e o não fechamento da chave não gera produtividade.	Capacitar e sensibilizar equipe quanto à importância do fechamento de chave no SISREGIII.	GSAS 1/Supervisora	GSAS 1, GERLE, GIR, Supervisora GSAS 1 e cardiologistas		16/02/22	31/12/22	Em andamento	
		Configurar os atendimentos com 30% de vagas pela primeira vez.	Aumentar oferta conforme necessidade da especialidade (Risco Cirúrgico e Cardio Geral)	Analisar e adequar a agenda de atendimento cardiologista.	GSAS 1/Supervisora	GSAS 1, GERLE, GIR, Supervisora GSAS 1 e cardiologistas		01/01/22	Contínuo	Em andamento	
		Analisar mensalmente demanda x oferta da especialidade	Aumentar oferta conforme necessidade da especialidade (Risco Cirúrgico e Cardio Geral)	Analisar e adequar a agenda de atendimentos dos cardiologistas.	GSAS 1/Supervisora	GSAS 1, GERLE, GIR, Supervisora GSAS 1 e cardiologistas		01/01/22	Contínuo	Em andamento	
Percentual de consultas de endocrinologia		Cumprir a meta de fechamento de chave no SISREGIII.	Aumentar oferta conforme real necessidade de atendimento ao usuário.	Capacitar e sensibilizar equipe quanto à importância do fechamento de chave no SISREGIII.	GSAS 1/Supervisora	GSAS 1, GERLE, GIR, Supervisora GSAS 1 e Endoc		01/01/22	31/12/22	Em andamento	

						rinologistas					
		Configurar de atendimentos com 30% de vagas pela primeira vez.	Aumentar oferta conforme real necessidade e de atendimento ao usuário.	Capacitar e sensibilizar equipe quanto à importância do fechamento de chaves no SISRGIII.	GSAS 1/Supervisora	GSAS, GERLE, GIR, Supervisora GSAS 1 e Endocrinologistas		23/02/2022	Contínuo	Em andamento	
		Ajustar escala do profissional para atender demanda crítica da região	Aumentar oferta conforme real necessidade e de atendimento ao usuário.	Analisar e adequar a agenda de atendimentos da endocrinologia.	GSAS 1/Supervisora	GSAS, GERLE, GIR, Supervisora GSAS 1 e Endocrinologistas		23/02/2022	Contínuo	Em andamento	
Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis											
Taxa de internações relacionadas a Diabetes Mellitus e suas		Realizar análise crítica mensal dos pacientes internados no HRL, por nome e	Para que a região possa conhecer a pessoa que interna e fazer estudo de caso, nos	Delimitar quais pacientes têm perfil para o CADH e quais podem ser acompanh	DIRASE/DIRAPS	Grupo condutor de DCNT Leste	CADH	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	

complicações		cartão SES.	três níveis de atenção.	ados pelas UBSs							
		Realizar análise crítica mensal dos pacientes internados no HRL, por nome e cartão SES.	Para que a região possa conhecer a pessoa que interna e fazer estudo de caso, nos três níveis de atenção.	Se CADH, fomentar as causas da internação e elaborar estratégia de intervenção no âmbito da equipe do CADH	DIRA SE/DI RAPS	Grupo condutor de DCNT Leste	CAD H/UBS	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
		Realizar análise crítica mensal dos pacientes internados no HRL, por nome e cartão SES.	Para que a região possa conhecer a pessoa que interna e fazer estudo de caso, nos três níveis de atenção.	Se a UBS, estratificar se baixo ou médio risco, com suporte de matriciamento pelo CADH; se alto e muito alto risco, incluir em circuito da AASE.	DIRA SE/DI RAPS	Grupo condutor de DCNT Leste	CAD H/UBS	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
		Ampliar o conhecimento sobre a existência do CADH e sua atuação para os profissionais do Pronto Socorro adulto do HRL	Aumentar a visibilidade do CADH e captar novos pacientes	Apresentar e explicar in loco (individualmente) para cada profissional do PS adulto mediante material instrucional	DIRA SE/H RL	Grupo condutor de DCNT Leste	PS/H RL	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Garantir que o paciente portador de DM admitido no PS seja	Favorecer a integração dos níveis de atenção secundário e	Definir fluxo de comunicação e encaminhamento do paciente	DIRA SE/H RL	Grupo condutor de DCNT Leste	PS/H RL	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	

		sinalizado ao CADH	especializado.	do PS para o CADH							
Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações na faixa etária de 18 anos a mais.		Realizar análise crítica mensal dos pacientes internados no HRL, por nome e cartão SES.	Para que a região possa conhecer a pessoa que interna e fazer estudo de caso, nos três níveis de atenção.	Delimitar quais pacientes têm perfil para o CADH e quais podem ser acompanhados pelas UBSs	DIRA SE/DI RAPS	Grupo condutor de DCNT Leste	CAD H	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
		Realizar análise crítica mensal dos pacientes internados no HRL, por nome e cartão SES.	Para que a região possa conhecer a pessoa que interna e fazer estudo de caso, nos três níveis de atenção.	Se CADH, fomentar as causas da internação e elaborar estratégia de intervenção no âmbito da equipe do CADH	DIRA SE/DI RAPS	Grupo condutor de DCNT Leste	CAD H/UBS	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
		Realizar análise crítica mensal dos pacientes internados no HRL, por nome e cartão SES.	Para que a região possa conhecer a pessoa que interna e fazer estudo de caso, nos três níveis de atenção.	Se a UBS, estratificar se baixo ou médio risco, com suporte de matriciamento pelo CADH; se alto e muito alto risco, incluir em circuito da AASE.	DIRA SE/DI RAPS	Grupo condutor de DCNT Leste	CAD H/UBS	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
		Ampliar o conhecimento sobre a existência do CADH e sua atuação para os profissionais	Aumentar a visibilidade do CADH e captar novos pacientes	Apresentar e explicar in loco (individualmente) para cada profissional do PS adulto	DIRA SE/H RL	Grupo condutor de DCNT Leste	PS/H RL	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	

		s do Pronto Socorro adulto do HRL		mediante material instrucional							
		Garantir que o paciente portador de DM admitido no PS seja sinalizado ao CADH	Favorecer a integração dos níveis de atenção secundário e especializado.	Definir fluxo de comunicação e encaminhamento do paciente do PS para o CADH	DIRA SE/ HRL	Grupo condutor de DCNT Leste	PS/ HRL	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
Razão de mamografia de rastreamento na população alvo											
Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região.		Manter atualizado cadastros de equipes médicas em SISLEITOS	Manter uso de SISLEITOS nas internações da Regional	Auto cadastro obrigatório pela equipe médica.	GIR	GACL, GACIR, GEMERG		22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Educação continuada com a equipe médica para internação em SISLEITOS		Treinamento em SISLEITOS para equipes médicas		GACL, GACIR, GEMERG		22/03/2022	22/06/2022	Concluída.	
		Solicitar incremento de RH para NGINT	Manter funcionamento do NGINT 24h/dia	SEI com atualização do demonstrativo de déficit e necessidade de horas		NGINT / GENF		22/03/2022	22/06/2022	Concluída.	

<p>Percentua l de especialid ades cirúrgicas eletivos regulados</p>		<p>Capacitar os médicos das especialidades cirúrgicas para uso do SISREGIII após aprovação de Nota Técnica de Regulação de cada área cirúrgica.</p>	<p>A inserção das novas solicitações de cirurgia no SISREG é feita pela equipe médica de cada especialidade cirúrgica.</p>	<p>Criação de logins em SISREGIII para médicos das especialidades cirúrgicas</p>	<p>GIR</p>	<p>GACIR / RTA das Especialidades Cirúrgias</p>		<p>22/03/2022</p>	<p>22/06/2022</p>	<p>Concluída.</p>	
		<p>Capacitar os médicos das especialidades cirúrgicas para uso do SISREGIII após aprovação de Nota Técnica de Regulação de cada área cirúrgica.</p>	<p>A inserção das novas solicitações de cirurgia no SISREG é feita pela equipe médica de cada especialidade cirúrgica.</p>	<p>Treinamento em inserção em SISREGIII para os médicos das áreas cirúrgicas (Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia de Coluna) após sinalização de início da regulação da especialidade de pela CERCE</p>	<p>GIR</p>	<p>GACIR / RTA das Especialidades Cirúrgias</p>		<p>22/03/2022</p>	<p>22/06/2022</p>	<p>Em andamento</p>	
		<p>Inserir lista de pacientes no SISREGIII após orientação do complexo regulador de cada área cirúrgica.</p>	<p>Para haver transparência no processo de Regulação, todos os pacientes de lista de espera de cirurgia são inseridos</p>	<p>Após liberação pela CERCE, os pacientes são inseridos no SISREGIII com todos os dados indicados</p>	<p>GIR</p>	<p>GACIR / RTA das Especialidades Cirúrgias</p>		<p>22/03/2022</p>	<p>22/06/2022</p>	<p>Em andamento</p>	

			no SISREGIII	pelelo sistema, por ordem de antiguidade e para posteriormente ser classificados a partir da Nota Técnica							
Índice de Fechamento de Chave		Adequar a rotina dos profissionais para girar a chave de atendimento do SISREG III (quando usuário não tiver a chave).	A equipe assistencial atual possui acesso ao SISREG III para conclusão do atendimento.	Fazer ampla divulgação de vídeo instrucional de como acessar, verificar o número da chave e girar a chave	GSAS 1/Supervisor a	GPM A, GERLE, GIR, Apoiadora do CEO		16/02/22	31/12/22	Em andamento	
		Garantir o fechamento da chave no SISREGIII.	A equipe assistencial atual possui acesso ao SISREG III para conclusão do atendimento.	Capacitar equipe sobre importância e passo a passo do uso do SISREGIII e giro da chave.	GSAS 1/Supervisor a	GPM A, GERLE, GIR, Apoiadora do CEO		16/02/22	31/12/22	Em andamento	
		Gerar a chave de atendimento do SISREG III quando usuário não tiver a chave.	A equipe assistencial atual possui acesso ao SISREG III para conclusão do atendimento.	Capacitar equipe sobre importância e passo a passo do uso do SISREGIII e giro da chave.	GSAS 1/Supervisor a	GPM A, GERLE, GIR, Apoiadora do CEO		16/02/22	31/12/22	Em andamento	
Absenteísmo às primeiras consultas ambulator		Analisar mensalmente o indicador.	Conhecer o índice de absenteísmo da	Cumprir a meta de fechamento da chave.	GSAS 1/Supervisor a	GPM A, GERLE, GIR,		07/03/22	31/12/22	Em andamento	

iais (panoram as I e II) no âmbito da Atenção Secundári a			Região de Saúde.			Apoia dora do CEO					
		Identificar causas de absenteís mo.	Identificar especialida des com maior índice de faltas às consultas	Ligar para os pacientes e planilhar todas as causas relatadas pelos usuários que não comparece ram à consulta.	GSAS 1/Sup ervisor a	GPM A, GERL E, GIR, Apoia dora do CEO		07/0 3/20 22	31/1 2/20 22	Em anda ment o	
		Identificar causas de absenteís mo.	Identificar especialida des com maior índice de faltas às consultas	Identificar no SISREG III quais especialida des apresenta m o maior índice de absenteís mo no trimestre	GPMA	GSAS 1		03/0 3/20 22	31/1 2/20 22	A ser inici ada	
		Identificar causas de absenteís mo.	Mapear os motivos das faltas dos pacientes e estabelecer estratégias para diminuir o absenteísm o.	Operacion alizar estratégia de identificaçã o prévia de necessida de da consulta.	GSAS 1/Sup ervisor a	GPM A, GERL E, GIR, Apoia dora do CEO		07/0 3/20 22	31/1 2/20 22	Em anda ment o	
Proporção de casos de arboviro es digitados											

oportuna mente em até 7 dias por Região de Saúde											
Percentua l de acesso à primeira consulta odontológ ica especializ ada		Configurar agendas proporcion ando maior oferta de vagas.	Proporcion ar acesso conforme critérios de nota técnica é real condição clínica do usuário.	Analisar agendas e adequar conforme característi ca do atendiment o.	GSAS 1/Sup ervisor a	GPM A, GERL E, GIR, Apoia dora do CEO		23/0 2/20 22	Contí nuo	A ser inici ada	
		Firmar contato com a Gerência de Odontologi a com o questiona mento se o CEO intra hospitalar deve realizar pareceres resolutivos ou pareceres orientativo s	Os pareceres resolutivos geram procedimen tos no qual ocupam uma carga horária significativa do profissional odontólogo.	Realizar SEI com questiona mento para a Gerência de Odontologi a a respeito dos pareceres resolutivos	GSAS 1/ DIRA SE	Caria cy		07/0 3/20 22	07/0 4/20 22	A ser inici ada	
		Identificar motivos das faltas e elaborar estratégia para diminuir absenteísm o em consultas de 1ª vez.	Diminuir absenteísm o.	Operacion alizar estratégias de identificaçã o prévia de necessida de da consulta.	GSAS 1/Sup ervisor a	GPM A, GERL E, GIR, Apoia dora do CEO		23/0 2/20 22	Contí nua	A ser inici ada	
		Cumprir a meta de fechament o de chave	Otimizar agendas de atendiment o.	Capacitar equipe quanto importânci a de	GSAS 1/Sup ervisor a	GPM A, GERL E, GIR,		01/0 1/20 21	31/1 2/20 21	Con cluí da.	01/01/2 021

		no SISREGIII.		conclusão (Giro de Chave) do atendimento no SISREGIII.		Apoiadora do CEO						
Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente		Orientar os profissionais de saúde quanto ao que deve ser notificado e as formas de notificações	Divulgar os eventos que devem ser notificados e gerar planos de ação com aprimoramento das atividades desenvolvidas	Realizar treinamento nas unidade sobre a forma de notificar eventos adversos (online ou impressa) com reforço da alta liderança	NQSP e HRL	Núcleos e Gerências	Núcleos e Gerências	22/03/2022	22/06/2022			
		Estabelecer parcerias com outras equipes	Expandir o conhecimento dos riscos e fragilidades dos processos hospitalares	Reuniões mensais e/ou comunicação direta	NQSP	NCIH/GENF e CRPC OMFI	NQSP	22/03/2022	22/06/2022			
		Expandir a cultura de segurança de paciente e a cultura não punitiva em caso de eventos adversos	Desenvolver atividades educativas com vistas à segurança	Por meio de ronda setorial com feedback aos envolvidos e prazo para ajustes das não conformidades	NQSP	NCIH/GENF	Setores Hospitalares	22/03/2022	22/06/2022			
		Realizar coleta das notificações impressas nos setores e contato	Estabelecer aproximação das equipes e fortalecer o vínculo	Por meio de ronda setorial com questionamento para a equipe se	NQSP	NQSP	Setores Hospitalares	22/03/2022	22/06/2022			

		direto com a equipe assistencial		houve algum incidente/E A e orientações							
		Incluir a liderança setorial na elaboração de planos de ação dos incidentes que ocorreram nos seus setores	Planejar ações de prevenção com foco na segurança do paciente e promover a cultura de segurança institucional	Por meio de comunicação via SEI dos incidentes notificados ao NQSP com prazo definido de retorno do planejamento	NQSP e Setores Hospitais	NQSP e Setores Hospitais	Setores Assis tência is	22/03/2022	22/06/2022		
		Ampliar a equipe do NQSP	Monitorar e acompanhar em tempo hábil as notificações no Notivisa e Vigimed e auxiliar nos desenvolvimentos das ações frente aos incidentes/ea	Por meio de manifestação de interesse do NQSP para alta liderança	NQSP e DHRL	NQSP e DHRL	NQSP	22/03/2022	22/06/2022		
Porcentagem de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada		Manter a distribuição por dose individualizada em 100% dos leitos	Essa meta foi alcançada no ano de 2019 e deverá ser mantida para segurança do paciente	Manter processo de trabalho ajustado entre equipes médicas, de enfermagem e servidores da Farmácia	NFH	GENF	NFH, Internações nas enfermarias, PS e UTI adulto.	22/03/2022	22/06/2022	Concluída.	

		Padronizar a identificação da dose individualizada pelo nome do paciente em 100% dos leitos	Em alguns setores da internação, as doses individualizadas são identificadas pelo número do leito e não pelo nome do paciente, com aumento do risco de erro.	Uso de etiquetas produzidas a partir do Sistema Trakcare com identificação do nome do paciente, número do SES e leito	NFH	NTI	NFH	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Reduzir o tempo de montagem das doses individualizadas.	Para garantir o recebimento das medicações nos horários estabelecidos	Aumento do RH da Farmácia para separação das doses individualizadas; avaliar possibilidade de TPD para unidade; realizar parceria para melhorar dispensação da unidade	NFH	DA	NFH	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
		Reduzir o tempo de montagem das doses individualizadas.	Para garantir o recebimento das medicações nos horários estabelecidos	Padronizar entrega de prescrição médica até horário pré-definido	NFH	GACL, GACIR, GEMERG, GENF	Internação nas enfermarias, PS e UTI adulto.	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	
			Tempo para revisão do trabalho realizado	Garantir processo de trabalho com	NFH	Almoxarifado	Almoxarifado	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada	

			para garantir maior segurança para o paciente	manutenção de insumos (folhas)							
Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF		Apresentar para regional número de manifestações realizadas	Apresentar aos servidores e usuários da regional o indicador	Garantir melhor assistência ao usuário	Chefe do núcleo	Gerência de enfermagem e supervisores		44642	22/06/2022		
		Apresentar as manifestações da ouvidoria quanto aos elogios	Encaminhar as chefias para divulgação	Garantir a motivação e o feedback	Chefe do núcleo	Gerência de enfermagem e supervisores		22/03/2022	22/06/2022		
Percentual faturado no tipo de financiamento MAC		Fomentar junto à equipe o correto preenchimento da produtividade no perfil correto do Sistema TrakCare.	A evolução dos atendimentos nos perfis corretos dos profissionais, além do correto cadastro dos procedimentos realizados, conforme códigos SIGTAP, possibilita comprovar adequadamente a produção no Centro de Custos, tendo acesso a melhor faturament	Conferir junto ao NCAIS se continuam havendo incorreções e atualizar perfis dos profissionais da CPSS, afim de diminuir a possibilidade de registro equivocado.	GCPS S	GPM A/ NCAIS/ DIRA SE	Casa de Parto de São Sebastião	01/04/2021	30/04/2021	Concluída.	21/05/2022

			o e otimização dos custos.									
		Manter atualizada CNES de todos servidores.	A atualização periódica possibilita melhor gerenciamento do serviço.	Analisar mensalmente a inclusão e exclusão de servidores na Casa de Parto de São Sebastião.	GCPS S	GPM A/ NCAI S/ DIRA SE	Casa de Parto de São Sebastião	15/0 2/20 22	30/0 4/20 22		A ser iniciada	
		Manter atualizada CNES de todos servidores.	A atualização periódica possibilita melhor gerenciamento do serviço.	Analisar mensalmente a inclusão e exclusão de servidores na GSAS1.	GSAS 1	Super visão/ NCAI S/ GP/G PMA	GSA S1	01/0 1/20 21	31/1 2/20 21			
		Ajustar perfis no Trakcare de todos dentro das unidades de lotação de cada servidor.	A análise e adequação dos perfis inadequados aumenta o faturamento.	Analisar e adequar individualmente perfis de servidores conforme lotação visando diminuir a possibilidade de registro equivocados.	GSAS 1	Super visão/ NCAI S/ NATI NF	GSA S1	01/0 1/20 21	31/1 2/20 21			
		Qualificar a equipe assistencial quanto ao correto preenchimento da produtividade no perfil correto do Sistema TrakCare.	A análise e adequação dos perfis inadequados aumenta o faturamento.	Analisar e adequar individualmente perfis de servidores conforme lotação visando diminuir a possibilidade de registro	GSAS 1	Super visão/ NCAI S/ NATI NF	GSA S1	01/0 1/20 21	31/1 2/20 21			

				equivocado.							
		Aumentar produção.	A adequação dos perfis aumentará a produção.	Analisar a ociosidade das agendas de atendimento e adequar considerando o percentual de consultas de 1ª vez.	GSAS 1/Supervisor	GPM A/NC AIS	GSA S1	01/01/2021	31/12/2021		
		Disponibilizar códigos SIGTAP faturáveis para cada especialidade.	O log de erros apresenta inconsistências na análise do faturamento. Os profissionais devem ter conhecimento de todos os procedimentos SIGTAP e autorizados para adequado faturamento.	Identificar código SIGTAP para cada especialidade e capacitar equipe quanto ao uso correto.	GSAS 1/Supervisor	GPM A/NC AIS	GSA S1	01/01/2021	31/12/2021		
		Manter, junto ao NCAIS, o monitoramento sobre a consolidação mensal da produção das Unidades do NUPAV.	Em 2021, as Equipes foram orientadas sobre os corretos códigos SIGTAP e os respectivos CID a serem lançados no Trakcare,	Analisar os relatórios encaminhados pelo NCAIS e adotar as orientações sobre eventuais inconsistências identificadas.	NUPAV/Chefia	GPM A/NC AIS	NUP AV	02/01/2022	CON TÍNUO	Em andamento	

			após as evoluções referentes aos atendimentos realizados.								
		Atualizar as Equipes nos CNES das Unidades	O registro da Equipe mínima, preconizada na Portaria que instituiu os CEPAV's, pode garantir a consolidação da produção mensal	Solicitar, bimestralmente, à Chefia do NCAIS os registros atualizados nos CNES das Unidades	NUPA V/Chefia	GPM A/NC AIS	NUP AV	02/01/2022	CONTÍNUO	Em andamento	
		Qualificar a equipe assistencial quanto ao correto preenchimento da produtividade no perfil correto do Sistema TrakCare.	A evolução dos atendimentos nos perfis corretos dos profissionais, além do correto cadastro dos procedimentos realizados, conforme códigos SIGTAP, possibilita comprovar adequadamente a produção no Centro de Custos, tendo acesso a melhor faturamento e	Capacitar os profissionais sobre conceitos essenciais para o cadastro correto da produtividade.	GPMA /NCAIS	GSAS 1/DIRASE	NCAIS	01/07/2021	Contínuo	Em andamento	

			otimização dos custos.									
		Qualificar a equipe assistencial quanto ao correto preenchimento da produtividade no perfil correto do Sistema TrakCare.	A evolução dos atendimentos nos perfis corretos dos profissionais, além do correto cadastro dos procedimentos realizados, conforme códigos SIGTAP, possibilita comprovar adequadamente a produção no Centro de Custos, tendo acesso a melhor faturamento e otimização dos custos.	Mapear e solicitar exclusão junto ao NTINF dos perfis antigos dos profissionais da DIRASE, a fim de diminuir a possibilidade de registro equivocado.	GPMA /NCAIS	GSAS 1/DIRASE	NCAIS	01/07/2021	01/07/2022	Atrasada		
		Qualificar a equipe assistencial quanto ao correto preenchimento da produtividade no perfil correto do Sistema TrakCare.	A evolução dos atendimentos nos perfis corretos dos profissionais, além do correto cadastro dos procedimentos realizados, conforme códigos SIGTAP, possibilita	Organizar os chamados para a NTINF em planilha google drive compartilhada com a GPMA e DIRASE para melhor monitoramento das solicitações.	NCAIS	GPM A/DIRASE	NCAIS	22/02/2022	Contínuo	Em andamento		

			comprovar adequadamente a produção no Centro de Custos, tendo acesso a melhor faturamento e otimização dos custos.								
		Otimizar o faturamento do CEO.	Os profissionais devem ter conhecimento de todos os procedimentos SIGTAP e autorizados pela nota técnica para adequado faturamento.	Realizar capacitação individualizada aos servidores do CEO mostrando os códigos dos procedimentos	NCAIS	GPM A/ GSAS 1/ Servidores do CEO	NCAIS	01/08/2021	30/04/2022	Emendamento	
		Otimizar o faturamento do CEO.	Avaliar se prováveis inconsistências de informações entre a produção cadastrada no TrakCare e a registrada no BPA I e C ainda ocorre.	Comparar as planilhas próprias e o sistema BPA I e C, afim de identificar prováveis erros, se necessário acrescentar os procedimentos que faltaram, assim deixaremos o faturamento mais fidedigno.	NCAIS	GPM A/ GSAS 1/ Servidores do CEO	NCAIS	01/08/2021	30/04/2022	Emendamento	

		Otimizar o faturamento da Fisioterapia (saúde funcional).	Os profissionais devem ter conhecimento dos procedimentos realizados no setor e fazer os devidos registros e de forma correta utilizando a tabela SIGTAP.	Capacitar os profissionais da importância de realizarem os registros no TrakCare de forma correta para que a produção não seja descartada.	GPMA /NCAI S	GSAS 1/ DIRA SE	NCAI S	01/07/2021	Contínuo	Concluída.	
		Analisar e corrigir o log de erros.	O log de erros apresenta inconsistências percebidas no momento da análise do faturamento. Realizar o tratamento do log de erros continuamente é necessário para corrigir erros pontuais e aumentar a adesão da equipe e melhorar os números faturados.	Avaliar todos os itens apresentados no campo "log de erros" do Sistema TrakCare.	NCAI S	GSAS 1/ CAPS II e AD/ GPMA/ DIRA SE	NCAI S	01/01/2021	Contínuo	Em andamento	

		Analisar e corrigir os procedimentos/atendimentos ausentes a cada dez dias.	A análise a cada dez dias facilitará a correção dos possíveis erros de lançamento em momento oportuno evitando a queda do faturamento.	Tabular os procedimentos/atendimentos que mensalmente aparecem no BPA e caso não apareçam comunicar em momento tempestivo o gerente da unidade para que ele corrija oportunamente ou justifique o motivo da ausência.	NCAIS	Gerentes das Unidades	NCAIS	22/02/22	Contínuo	Em andamento	
		Analisar e corrigir os procedimentos/atendimentos ausentes a cada dez dias.	A análise a cada dez dias facilitará a correção dos possíveis erros de lançamento em momento oportuno evitando a queda do faturamento.	Avaliar a mudança do código SIGTAP de acordo com os procedimentos que usualmente fazemos e comunicar ao profissional.	NCAIS	Profissionais das unidades	NCAIS	22/02/22	Contínuo	Em andamento	
		Solicitar carga horária para compor o NCAIS.	Atualmente possuímos somente 40 horas de chefia de núcleo, que não é servidor efetivo, para execução de toda a análise de	Realizar SEI solicitando carga horária	GPMA	NCAIS/ DIRA SE/ SRSL E	NCAIS	22/02/22	22/03/22	Em andamento	

			produção da DIRASE LESTE, o que não é suficiente para adequada execução das atividades, além de não possuir índice de segurança técnica agregado.									
		Aumentar o percentual faturado de acordo com o procedimento	Visando o aumento do faturamento	Organização das passagens fechadas (com alta médica) no hospital em planilhas eletrônicas de acordo com o CID	NCAI S	GENF, GACI R, GENF, GACL, GAM AD, GEM ERG	HRL	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada		
		Treinar servidores dentro do TABWIN/Sala de Situação	Visando o aumento do faturamento	Acompanhamento de lançamento de dados no setor parceiro	NCAI S	NVE	HRL	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento		
		Evitar a indisponibilidade de AIHS faturáveis que apresentam OPMEs	Visando o aumento do faturamento	Redefinição do método de protocolo de faturamento	NCAI S	NCAI S	NCAI S/HR L	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada		
		Evitar a indisponibilidade de AIHS faturáveis dos leitos de UTI	Visando o aumento do faturamento	Acompanhamento da movimentação de pacientes e revisão de passagens faturáveis	NCAI S	UTI	NCAI S/HR L	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento		

		Treinar novos médicos revisores, lotados temporariamente no setor	Visando o aumento do faturamento	Instrução de faturamento de acordo com a tabela SIGTAP	NCAI S	NCAI S	NCAI S/HR L	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Registrar as alterações de servidores no CNES	Visando o aumento do faturamento	Acompanhar as Ordens de Serviço no SEI	NCAI S	GP	NCAI S/HR L	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Otimizar o faturamento do CEO	Os profissionais devem ter conhecimento de todos os procedimentos SIGTAP e autorizados pela nota técnica para adequado faturamento.	Realizar capacitação individualizada aos servidores do CEO mostrando os códigos dos procedimentos	NCAI S	GPM A/ GSAS 1/ Servidores do CEO	CEO /DIR ASE	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
			Há uma provável inconsistência de informações entre a produção cadastrada no TrakCare e a registrada no BPA I e C.	Análise comparativa com planilhas próprias e o sistema BPA I e C, a fim de identificar prováveis erros, se necessário acrescentar os procedimentos que faltaram, assim deixaremos o faturamento	NCAI S	GPM A/ GSAS 1/ Servidores do CEO	NCAI S/DIRAS E	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	

				o mais fidedigno.								
		Otimizar o faturamento do CEO	<p>Checando a adequação do tempo de agendamento com nota técnica temos a oportunidade de ajustar o número de consultas de primeira vez</p>	<p>Verificar se o tempo de agendamento coincide com a nota técnica endodontia</p>	Odontologia (Andrea)	GSAS 1, supervisora GSAS 1	CEO /DIR ASE	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento		
		Analisar e corrigir o log de erros	<p>O log de erros apresenta inconsistências percebidas no momento da análise do faturamento. Realizar o tratamento do log de erros continuamente é necessário para corrigir erros pontuais e aumentar a adesão da equipe e melhorar os números faturados.</p>	<p>Avaliar todos os itens apresentados no campo "log de erros" do Sistema TrakCare.</p>	NCAIS	GSAS 1/ CAPS II e AD/ GPM A/ DIRASE	NCAIS/DIRASE	22/03/2022	22/06/2022	A ser iniciada		

		Qualificar a equipe assistencial quanto ao correto preenchimento da produtividade no perfil correto do Sistema TrakCare	A evolução dos atendimentos nos perfis corretos dos profissionais, além do correto cadastro dos procedimentos realizados, conforme códigos SIGTAP, possibilita comprovar a adequabilidade a produção no Centro de Custos, tendo acesso a melhor faturamento e otimização dos custos.	Mapear e solicitar exclusão junto à NTINF dos perfis antigos dos profissionais da DIRASE, a fim de diminuir a possibilidade de registro equivocados.	GPMA	GSAS 1/ NACA IS/ DIRASE	In Loco	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
Percentual de desempenho da gestão de custos		Melhorar o percentual de desempenho da unidade custo/hora servidor/número de pacientes atendidos	Otimização do serviço buscando baixos custos e alta produtividade	Cruzar dados estatísticos /custo mensal do setor.	Gerente/ Supervisor / NGC	DIRASE/GPMA	HRL	22/03/2022	22/06/2022	Concluída.	31/01/2022
		Garantir o controle de gastos na Unidade	Conscientização				HRL e ADM C	22/03/2022	22/06/2022		
		Mensurar corretamente o desempenho da	Avaliar corretamente a produção da unidade,	Cruzar dados estatísticos /custo	Gerente/ Supervisor / NGC	DIRASE/NGC/GPMA	HRL	22/03/2022	22/06/2022	Concluída.	01/02/2022

		unidade custo/hora servidor/número de pacientes atendidos.	buscando maior eficácia da unidade	mensal do setor.								
		Garantir que a produção dos profissionais sejam adequadamente registradas no Sistema TrakCare.	Esta prática fará com que o cálculo do Custo Unitário de cada serviço seja fidedigno.	Identificar individualmente se há problemas dos servidores de conhecimento em relação ao que deve ser registrado no sistema TrakCare e viabilizar estratégias ou treinamentos de maneira a corrigir os problemas.	Supervisora da CPSS	Gerência da CPSS / DIRA SE/G PMA/NGC/NTINF	Em cada Unidade de saúde da DIRASE	22/03/2022	22/06/2022		Em andamento	
		Melhorar registro dos gastos do Transporte da Região.	Deixar de utilizar lançamentos por percentuais e utilizar parâmetros reais, fará com que os cálculos sejam fidedignos quanto aos custos da CPSS.	Conferir com NCG se a pactuação de 2020 está sendo realizada corretamente.	Gerência da CPSS	Gestão de Custos/ DA/G AOAP S-LE	NGC	22/03/2022	22/06/2022		Concluída.	31/03/2021
		Melhorar registro dos gastos na rouparia de São Sebastião	Houve pactuação com melhora destes registros em 2020. Este	Conferir com NCG se a pactuação de 2020 está sendo realizada	Gerência da CPSS	Gestão de Custos/ DA/G AOAP S-LE	HRL	22/03/2022	22/06/2022		Concluída.	31/03/2021

			melhor controle leva a produção de dados mais fidedignos quanto aos custos da CPSS	corretamente.								
		Implantar controle de refeições por Centro de Custos	Identificar custos reais com refeições da Casa de Parto de São Sebastião, levando a produção de dados fidedignos quanto aos custos da CPSS	Implantação do aplicativo Acesso para entrada no refeitório, de forma a separar a refeição do profissional em seu Centro de Custos	Nutrição da CPSS	NGC/ Gerência da CPSS	NGC Hospitalar	22/03/2022	22/06/2022	Concluída.	30/04/2021	
		Garantir que a utilização de materiais esterilizados e disponibilizados para a Casa de Parto sejam registrados separadamente	Houve pactuação com o CME para o registro separado de tudo o que vai para a CPSS. Este melhor controle leva a produção de dados mais fidedignos quanto aos custos da CPSS	Registro unitário dos materiais esterilizados disponibilizados à Casa de Parto	CME da Unidade de Saúde de São Sebastião	NGC/ Supervisão da CPSS / equipe de enfermagem	NGC Hospitalar	22/03/2022	22/06/2022	Concluída.	31/01/2021	
		Implantar controle de solicitações de exames realizadas na Casa	Deixar de utilizar lançamentos por percentuais e utilizar parâmetros	Pactuar com o laboratório que as solicitações dos exames	NUPA C-SSB	NGC/ Supervisão da CPSS / equip	Casa de Parto de São Sebastião	01/05/2021	01/12/2021	Concluída.	31/07/2021	

		de Parto de São Sebastião separadamente daquelas realizadas por outros serviços.	reais, fará com que os cálculos sejam fidedignos quanto aos custos da CPSS.	serão conferidas e identificadas de acordo com o serviço que as realizou		e de enfermagem						
			Houve pactuação com Núcleo de gestão de custos para que seja lançado como custo para a CPSS apenas um percentual do Oxigênio utilizado no serviço de saúde de São Sebastião, já que anteriormente todo o custo era lançado para este serviço e nada para o CME, que também utiliza o O2.	Dividir percentualmente a quantidade de Oxigênio utilizada pela Casa de Parto de São Sebastião e CME	NGC	Gerência da CPSS, Supervisão do CME	Casa de Parto de São Sebastião	01/05/2021	01/12/2021	Concluída.	31/07/2021	
		Otimizar registro de custos relacionados à farmácia e almoxarifado	Através da otimização deste registro é possível evitar lançamentos incorretos quanto ao custo da CPSS	Verificar se pedidos estão sendo feitos no centro de custos correto	Gerência da CPSS	NGC/ Supervisão da CPSS / CQSP	Casa de Parto de São Sebastião	01/04/2021	01/12/2021	Concluída.	30/06/2021	

		Otimizar registro de custos relacionados à farmácia e almoxarifado	Através da otimização deste registro é possível evitar lançamentos incorretos quanto ao custo da CPSS	Capacitar profissionais para a realização da solicitação via Alphalink	Técnica Administrativa da CPSS	Supervisão da CPSS / CQSP	Casa de Parto de São Sebastião	01/05/2021	01/05/2021	Atrasada	
		Monitorar uso de sistema ALPHALIN C para todos os servidores que utilizam do sistema conforme a lotação.	Existe dificuldade da equipe em utilizar o sistema ALPHALIN K.	Possibilitar acesso aos sistemas a servidores específicos de cada unidade da GSAS1.	GSAS 1/Supervisor	GPM A/NGC	GSA S1	01/01/2021	31/01/2021	Concluída.	01/01/2021
		Diminuir gastos de material de consumo nas unidades da GSAS1(Energia, insumos e almoxarifado, impressões).	Informar aos servidores a necessidade e de diminuir custos da unidade	Promover capacitação da equipe demonstrando melhor forma de evitar desperdícios	GSAS 1/Supervisor	Servidores lotados na GSAS 1	GSA S1	01/01/2021	31/01/2021	Cancelada	
		Ajustar tudo de RH.	Servidores destinados a outras unidades com custo total na GSAS1	Identificar servidores lotados na GSAS1 que cumprem carga horária em outra unidade e solicitar ajuste de lotação e/ou CNES.	GSAS 1/Supervisor	DIRASE/GP	GSA S1	08/02/2022	Contínuo	Em andamento	

		Acompanhar a produção mensal das Unidades CEPAV's por especialidade.	Avaliar compatibilidade de carga horária X produção dos profissionais especialistas.	Solicitar ao NCAIS os relatórios tanto da base do Trakcare quanto da Sala de Situação.	NUPA V/Chefia	NCAIS/NUPAV	NUPAV	02/01/2021	Contínuo	Em andamento	
		Monitorar, mensalmente, os custos realizados das Unidades.	Dentre as rubricas descritas na matriz de custos do Setor, eventualmente, pode haver alguma variação significativa, inconsistente e à realidade do Setor e deverá ser tratada.	Solicitar à Gestão os relatórios - sintético e analítico - mensais consolidados, tanto por Unidade quanto o geral do Setor	NUPA V/Chefia	NCAIS/NUPAV	NUPAV	02/01/2021	Contínuo	Em andamento	
		Alinhar as despesas que são realizadas nas Unidades.	Despesas como telefonia fixa, vigilância e limpeza têm rateio proporcionais nos Serviços. Atualizá-las é necessário.	Solicitar, mensalmente, à Gestão de Custos os relatórios consolidados e criticá-los conforme a disponibilidade dos Serviços às Unidades.	NUPA V/Chefia	NCAIS/NUPAV	NUPAV	03/03/2022	04/07/2022	A ser iniciada	
		Fomentar possibilidades de melhor registro dos gastos na	Hoje, o rateio dos valores das roupas utilizadas nas Unidades	Agendar reunião com o responsável pela lavanderia HRL afim	Núcleos de Custos Região Leste	DA/GPMA'S/Lavanderia	NGC	01/06/2021	31/07/2021	Em andamento	22/04/2022

		lavanderia-HRL	são dispensados conforme valor atual de mercado, o que não deixa real os gastos da Região para essa finalidade.	de sugerir melhorias. Se necessário, auxiliá-los na implantação de controles.								
		Detalhar os atestos das prestações de serviços realizados por forma de contrato e repassar essas informações ao NGC.	O detalhamento dos atestos com os valores correspondentes dos serviços prestados a cada Unidade facilitaria a disponibilização do Centro de Custos.	Pactuar com os prestadores de serviços, Diretoria Administrativa da região e executores de contratos forma de categorizar por Unidade os serviços prestados.	DIRASE	GPM A /NGC / DA/ Executores de contratos / ADM C	NGC	01/10/2021	30/11/2021	Em andamento	22/05/2022	
		Fomentar possibilidades de melhor registro dos gastos do Transporte da Região	Os lançamentos atuais estão sendo feitos por percentuais calculados em 2018.	Agendar reunião para pactuar estratégias de melhor registro das informações e ofertar como sugestão planilha EXCEL elaborada pelo Transporte.	Núcleos de Custos Região Leste	DA/GPMA'S/ Núcleos de Transporte	NGC	01/06/2021	31/07/2021	Em andamento	22/06/2022	

		Capacitar os Gerentes e Supervisores de Unidades da DIRASE sobre os conceitos da Gestão de Custos.	Fazer com que os gestores entendam de como funciona a coleta de dados sobre os Custos de suas Unidades a fim de que apropriem-se dos dados e possam ter embasamento.	Capacitação que será realizada com encontro online com todos os Gerentes e Supervisores com estratégia de pré e pós teste, a fim de ofertar conceitos de Gestão de Custos.	GPMA e NGC	DIRASE/ Gerentes/ Supervisores	NGC	01/06/2021	31/07/2021	Concluída.	22/07/2022
		Garantir que a produção dos profissionais seja adequadamente registrada no Sistema TrakCare.	Esta prática fará com que o cálculo do Custo Unitário de cada Unidade seja fidedigno.	Identificar individualmente quais os problemas dos servidores de acesso ao sistema TrakCare e viabilizar estratégias, junto à NTINF, corretivas ao problema ou, ainda, criar planilhas próprias para monitoramento e registro se o acesso ao TrakCare não estiver disponível.	Gerentes das Unidades	DIRASE/GPMA/NGC/NTINF	NGC	01/01/2021	Contínuo	Cancelada	
		Padronizar a extração da produção	Obter resultado real dos custos de	Utilizar os dados de atenção fornecidos	NGC	GPM A / NPCA IS	NGC	01/10/2021	31/12/2021	Concluída.	22/01/2022

		das unidades da DIRASE	serviços das unidades	pela sala de situação								
		Firmar com a GEC/DGR o fornecimento dos dados segregados de RH para lançamentos em regime de competência	Melhorar os valores de custos de RH hoje computados por regime de caixa.	Colaborar com a GEC/DGR para elaboração da planilha necessária para lançamento do RH por competência.	GEC/DGR	GPM A/NGC	NGC	01/11/2021	Jan/252	Concluída.	22/02/2022	
		Cobrar da GEC/DGR as planilhas das unidades da DIRASE ainda não contempladas pelo APURASUS, para preenchimento de 2022.	Já estamos próximos de março/2022, lançamos todo ano de 2021 e temos todos os dados de janeiro de 2022	Cobrar, sistematicamente, os profissionais responsáveis por este assunto na GEC.	NGC	GEC	NGC	01/02/2022	Contínuo	Concluída.	22/02/2022	
Taxa de absentismo		Conhecer o indicador por unidade e classe profissional	Desconhecimento do dado de absentismo e causas	Análise do indicador enviado pela DSOC	Sala de Situação	Equip e Assistencial	Região	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento		
		Mapear os problemas de ambiência dos setores	Conhecer dificuldades e percepção do servidor	Levantamento junto com equipes locais os maiores problemas ambientais e recursos físicos	ASPL AN	Equip e Assistencial	Região	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento		

		Mapear os problemas de ambiência dos setores	Conhecer dificuldades e percepção do servidor	Fazer escuta ativa dos servidores sobre maiores problemas - Clima Organizacional	ASPL AN	Equip e Assistencial	Região	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	
		Realizar plano de ação para problemas mapeados, dando retorno pro servidor de forma sistematizada	Garantir a comunicação entre os servidores e a gestão.	Realizar ferramenta 5W2H em conjunto com DA e Gerentes	SRSL E	DA	Região	22/03/2022	22/06/2022	Em andamento	

ANEXO 3

Problemática do indicador: Taxa de suspensão cirúrgica.

IMPACTO

Indicador é essencial para o aumento e efetividade das cirurgias, otimizando tempo e recursos. Além de melhorar o giro de leito.

AÇÕES REALIZADAS E EM ANDAMENTO

Iniciado discussões por meio do projeto LEAN nas emergências para melhor efetividade do mapa cirúrgico, por meio disso foi iniciado a escrita do protocolo de jejum, um dos motivos apontados para mudança do mapa e suspensão de cirurgia. Além de qualificação das equipes cirúrgicas para melhor comunicação interna. Ainda precisamos qualificar o registro do mapa no trakcare.

SUGESTÕES DE SOLUÇÃO

Padronização de registro do mapa cirúrgico no trakcare, além de comunicação dos RTDs para RITA 's da forma de registro e atendimento do mapa pelas equipes cirúrgicas.

ANEXO 4

Problemática do indicador: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade.

IMPACTO

Qualificação dos dados apresentados ao Ministério da Saúde e manutenção de financiamento.

AÇÕES REALIZADAS E EM ANDAMENTO

Qualificação do registro das informações, plano de expansão com foco em cobertura e estrutura para salas de vacinas.

SUGESTÕES DE SOLUÇÃO

Melhor estratificação de dados de vacinação por local de residência para visualizar possíveis crianças atendidas fora da Região.