



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
REGIÃO DE SAÚDE SUL - SRSSU

RELATÓRIO
ANALÍTICO-DESCRIPTIVO
AGR
REGIÃO SUL
2021

Sumário

INTRODUÇÃO	3
INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS	4
QUADRO RESUMIDO:.....	5
ANÁLISE POR INDICADOR.....	6
ANÁLISE DA METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DO AGR	42
CONCLUSÃO.....	44
GESTORES ATUAIS.....	45
ANEXO 1 - STATUS DO PLANO DE AÇÃO	46
ANEXO 2 - PROBLEMÁTICA DO INDICADOR	50
ANEXO 3 - PROBLEMÁTICA DO INDICADOR	51
ANEXO 4 – PROBLEMÁTICA DO INDICADOR	52

INTRODUÇÃO

Trata-se de relatório para apresentação dos resultados aferidos no ano de 2021, das metas contratualizadas no Acordo de Gestão Regional da Região de Saúde Sul. O Acordo de Gestão Regional foi celebrado em janeiro de 2020, com vigência até dezembro de 2023. Os acordos foram concebidos a luz do Decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016, que instituiu o Programa de Gestão Regional de Saúde na SES e os indicadores organizados seguindo as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde. Os resultados foram extraídos das planilhas SESPLAN Regional, preenchidas, acompanhados e analisados pelos agentes de planejamento da Região.

Redes de Atenção à Saúde

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

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

- Rede Cegonha;
- Rede de atenção psicossocial (RAPS);
- Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica (DCNT);
- Rede de atenção às urgências e emergências (RUE); e
- Rede de atenção à pessoa com deficiência (PCD).

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

REGIÃO SUL					
ITEM	TEMA	INDICADOR	META	RESULTADO PARCIAL	STATUS
1	REDE CEGONHA	Coefficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	14,95	12,42	Superado
2	REDE CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	100%	89%	Satisfatório
3	REDE CEGONHA	Proporção de óbitos maternos investigados	80%	86%	Superado
4	REDE CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	85%	51%	Razoável
5	REDE CEGONHA	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade.	100%	0%	Crítico
6	REDE CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	Monitoramento	61%	Monitoramento
7	RUE	Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas	20%	47%	Crítico
8	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	19%	10%	Superado
9	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	13%	33%	Crítico
10	RUE	Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas	15%	35%	Crítico
11	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Geral	10	13,9	Razoável
12	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
13	RUE	Média de Permanência Geral	5	4,5	Superado
14	RUE	Média de permanência em leitos de clínica médica	Monitoramento	19,0	Monitoramento
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
16	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica	Monitoramento	74%	Monitoramento
17	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais	Monitoramento	87%	Monitoramento
18	RUE	Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite)	Monitoramento	86%	Monitoramento
19	RUE	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa	Monitoramento	2,38	Monitoramento
20	RUE	Taxa de Prevalência de Notificação de Violência	Monitoramento	8,77	Monitoramento
21	RUE	Taxa de mortalidade por acidentes	Monitoramento	4,58	Monitoramento
22	PCD E POPULAÇÃO VULNERÁVEL	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.	95%	94%	Satisfatório
23	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial)	250	714	Superado
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%	24%	Satisfatório
26	DCNT	Percentual de consultas de endocrinologia	25%	12%	Parcial
27	DCNT	Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis	Monitoramento	2%	Monitoramento
28	DCNT	Taxa de internações relacionadas a Diabetes Mellitus e suas complicações	Monitoramento	0,59	Monitoramento
29	DCNT	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações na faixa etária de 18 anos a mais.	Monitoramento	0,26	Monitoramento
30	DCNT	Razão de mamografia de rastreamento na população alvo	sobrestado	sobrestado	sobrestado
31	DCNT	Percentual de admissão no SAD no período	10%	10%	Superado
32	DCNT	Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD	10%	7%	Razoável
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%	90%	Satisfatório
35	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de Fechamento de Chave	70%	90%	Superado

36	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária	30%	10%	Superado
37	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	90%	77%	Satisfatório
38	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada	Monitoramento	82,2%	Monitoramento
39	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente	Monitoramento	74	Monitoramento
40	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Porcentagem de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	Monitoramento	87%	Monitoramento
41	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF	Monitoramento	39,58%	Monitoramento
42	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%	50,76%	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	10,8%	Monitoramento

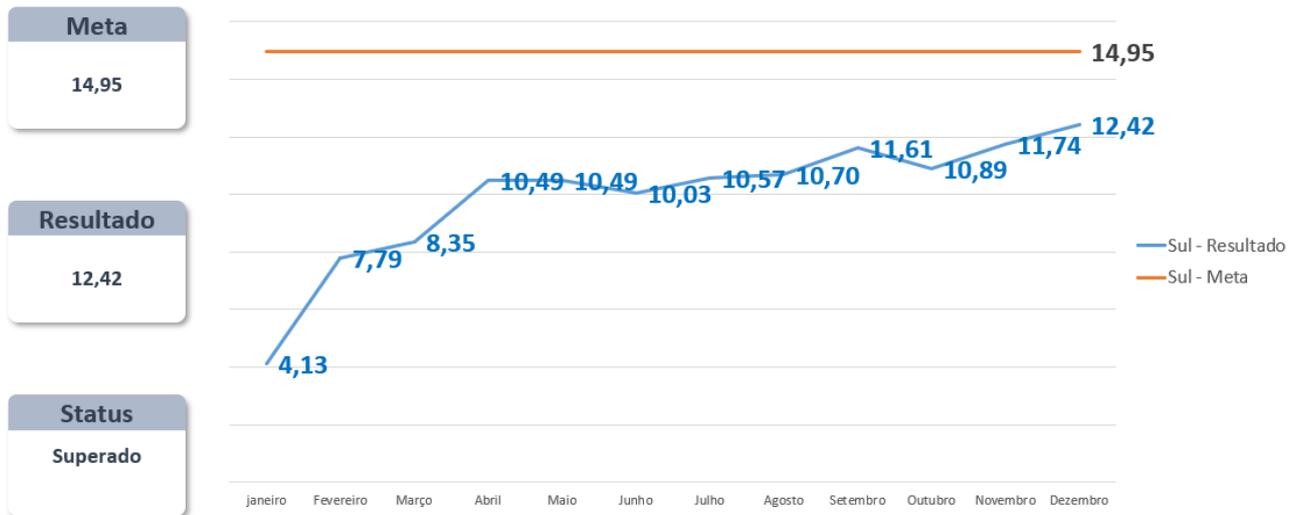
Quadro resumido:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
<u>Superado</u>	Superado - Acima de 100% da meta	9	36%
<u>Satisfatório</u>	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	8	32%
<u>Razoável</u>	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	3	12%
<u>Parcial</u>	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	1	4%
<u>Crítico</u>	Crítico - Abaixo de 25% da meta	4	16%
TOTAL			100%

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

ANÁLISE POR INDICADOR

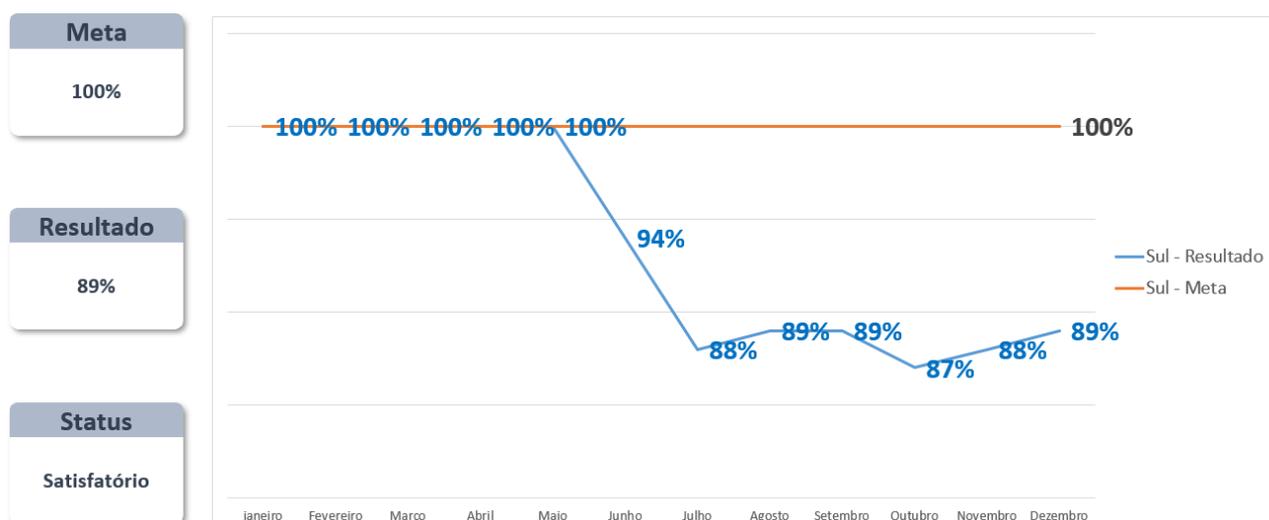
Indicador 1 - Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade



Análise dos resultados:

Continuamos em alerta para a diminuição da taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano, as unidades são orientadas a sempre monitorar os atendimentos para as gestantes e a qualidade do mesmo, sempre em busca que nossa taxa seja igual à zero. Seguindo os dados apresentados nossos números vêm tendo um pequeno declínio, porém seguimos acompanhando os indicadores, apesar do momento crítico que vivemos no momento, estamos orientando nossas equipes e alertando quanto a necessidade da busca ativa das gestantes faltosas, através de visitas domiciliares dos agentes de saúde. Processo: 00060-00055963/2021-60.

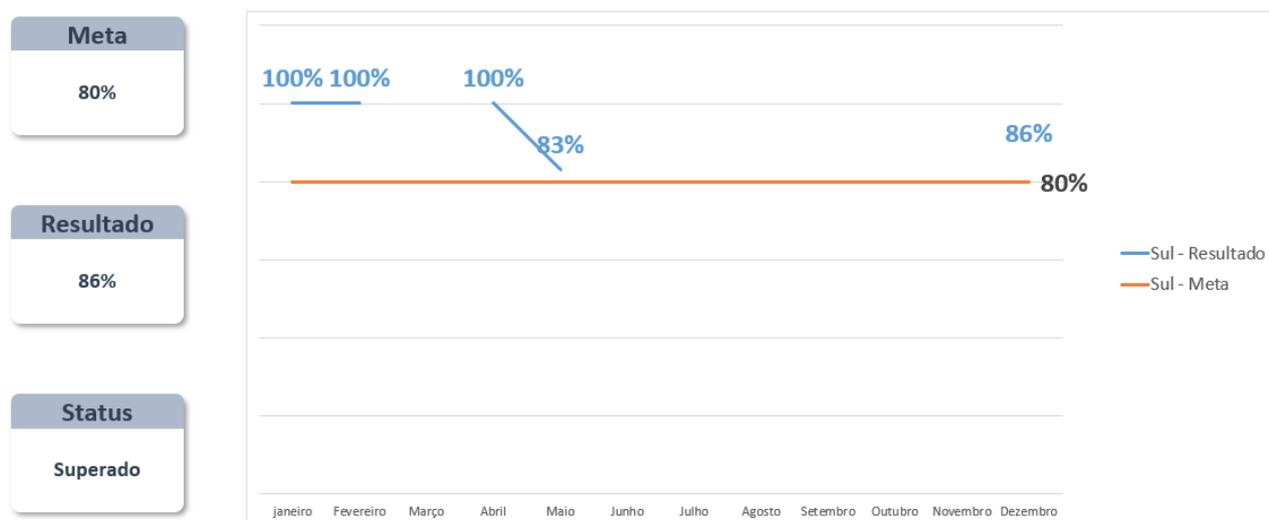
Indicador 2 - Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano



Análise dos resultados:

Os resultados obtidos foram satisfatório no ano de 2021, tendo em vista que o processo de investigação do óbito é dinâmico e considerando que nem todos os óbitos ocorrem em nossa Região de Saúde, o que dificulta o acesso aos dados necessários às investigações. Cabe ressaltar que algumas famílias do “Entorno” fornecem um endereço da nossa região, inicialmente, para conseguir atendimento, e, após o óbito, para ter acesso ao enterro social, além de não encontrarmos no prontuário nenhum dado do endereço correto e do contato familiar atualizado, o que dificulta e às vezes inviabiliza a realização da investigação.

Indicador 3 - Proporção de óbitos maternos investigados

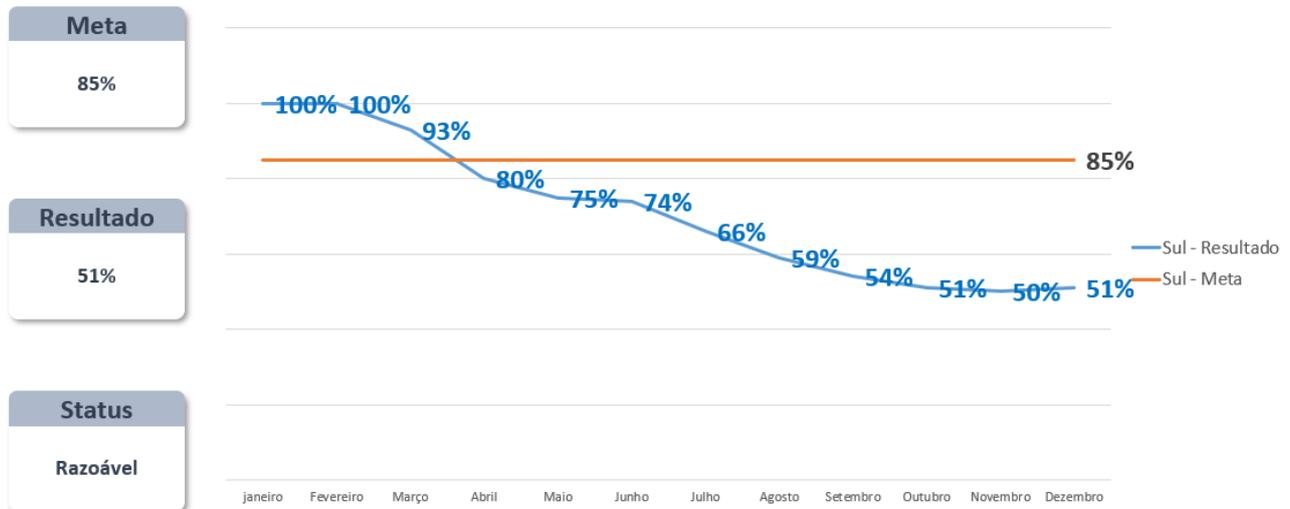


**Não teve óbitos em março, e junho a novembro.*

Análise dos resultados:

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

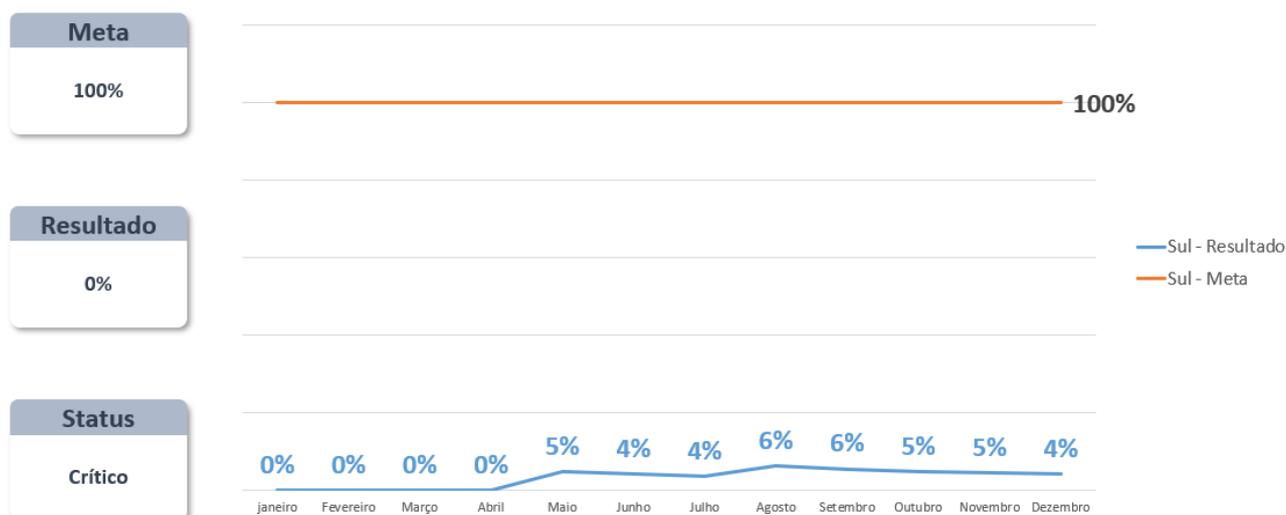
Indicador 4 - Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados



Análise dos resultados:

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

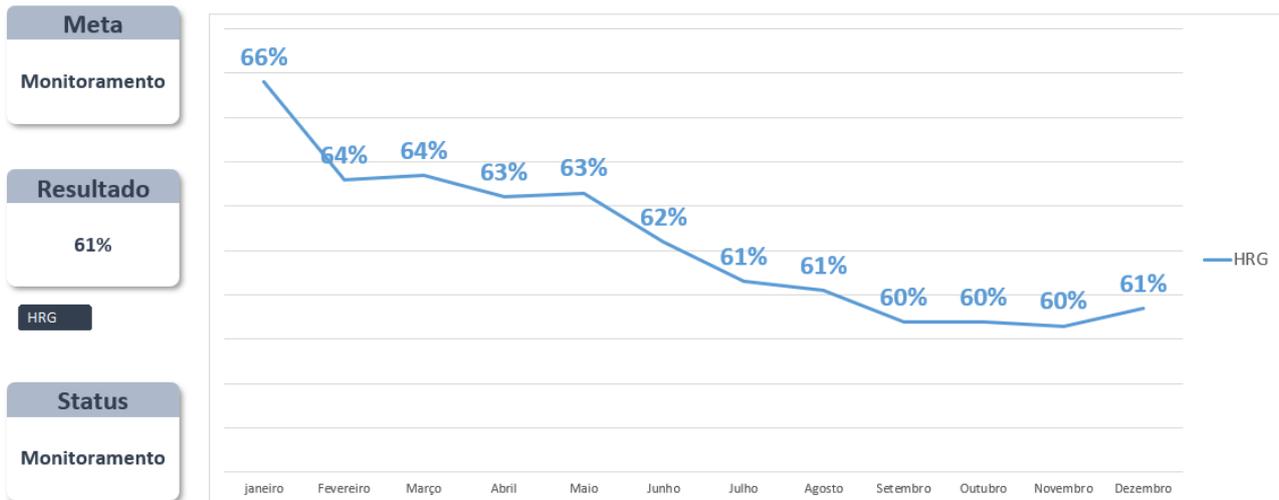
Indicador 5 - Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade



Análise dos resultados:

Os resultados obtidos não foram satisfatórios, tendo em vista que os dados são passíveis de alteração no momento da migração dos dados do E-SUS para o SIPNI considerando que apesar de ajuste na migração dos dados do E-SUS para o SI-PNI ainda permanece diferença o que pode estar impactando no alcance das coberturas. Processo: 00060-00055997/2021-54.

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



Análise dos resultados:

Os resultados obtidos foram satisfatórios dentro do ano de 2021, apesar das grandes barreiras enfrentadas pela falta de um protocolo de analgesia de parto vaginal nesta regional, um projeto de educação continuada para os profissionais que atuam na assistência ao parto e nascimento;

A dificuldade na implantação do protocolo de Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Portaria SES-DF Nº 993 de 02.12.2019, publicada no DODF Nº 232 de 06.12.2019.

Ausência de doulas voluntárias no apoio intraparto, que atuam segundo estudos oferecendo suporte emocional, encorajando e tranquilizando a gestante, disponibilizando informações, dando instruções e conselhos e estabelecendo um vínculo entre a equipe de saúde e a mulher, explicando-lhe o que vai acontecendo e manifestando as necessidades e os desejos da mulher para a equipe de saúde.

Falha na comunicação entre a equipe/paciente;

Dificuldade de transferências de pacientes alto risco para hospital de referência o que aumenta a necessidade de realização de cesarianas neste nosocômio;

Dificuldade da equipe em aceitar mudanças e implantações de novas rotinas para melhoria da assistência à paciente;

Porém foram criadas várias ações para melhorar o indicador como:

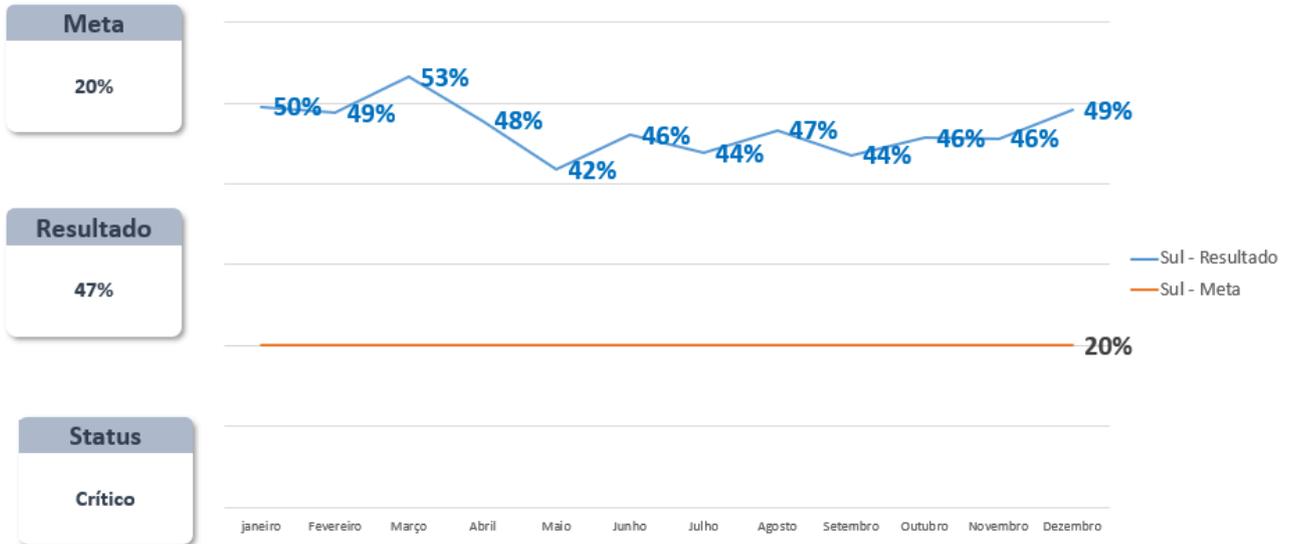
Atualização e implementação de protocolos operacionais padrão (POPs) e fluxogramas para aprimoramento do cuidado e alinhamento de condutas;

Fortalecimento da assistência em enfermagem obstétrica para um cuidado humanizado ao parto e nascimento fortalecendo a autonomia das pacientes com oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, o que cientificamente comprova uma maior possibilidade de progressão do trabalho de parto favorável para o parto normal, como massagens, aromaterapia, dança, posições verticalizadas;

Programa de residência em enfermagem obstétrica com capacidade técnica, humanizada e respeitosa ao protagonismo da mulher.

Também foi confeccionado um cronograma de treinamento e educação continuada para equipe.

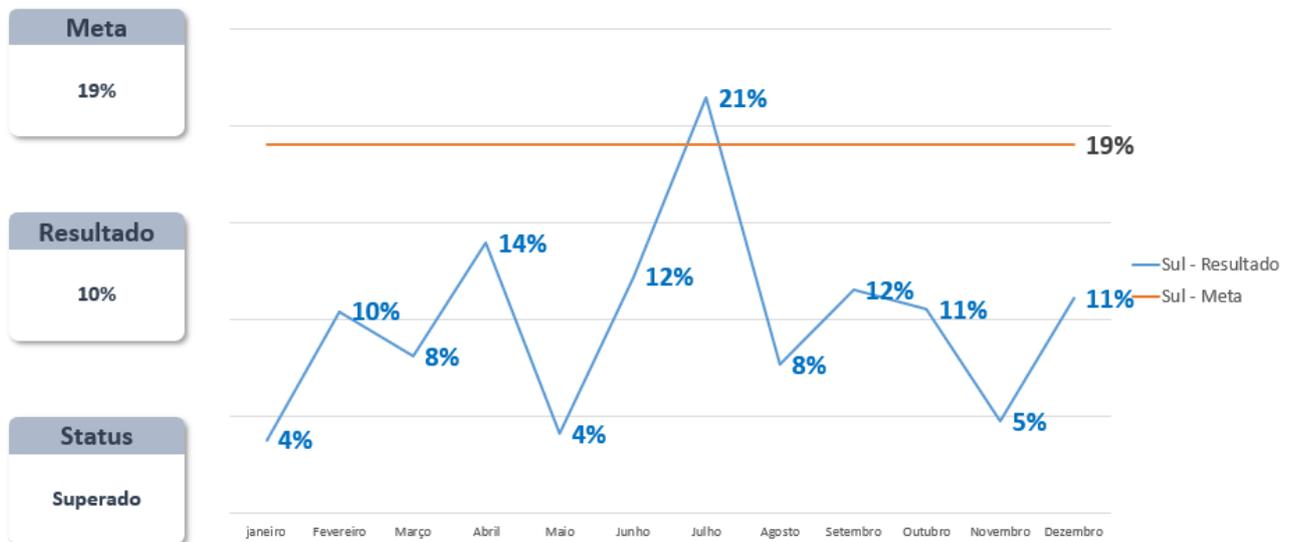
Indicador 7- Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas



Análise dos resultados:

Os resultados obtidos não foram satisfatórios, tendo em vista a cobertura nas especialidades nos níveis primários de atenção, fazendo com que o usuário procure atendimento na emergência hospitalar. Podemos citar também a falta de adesão ao pré-natal, mesmo o paciente sendo orientado a manter o pré-natal em dias e procurar UBS e a UPA em casos não urgentes. Podemos citar também que nossa Região está em uma área da RIDE, que os pacientes do entorno acabam vindo procurar atendimento em nossa emergência.

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



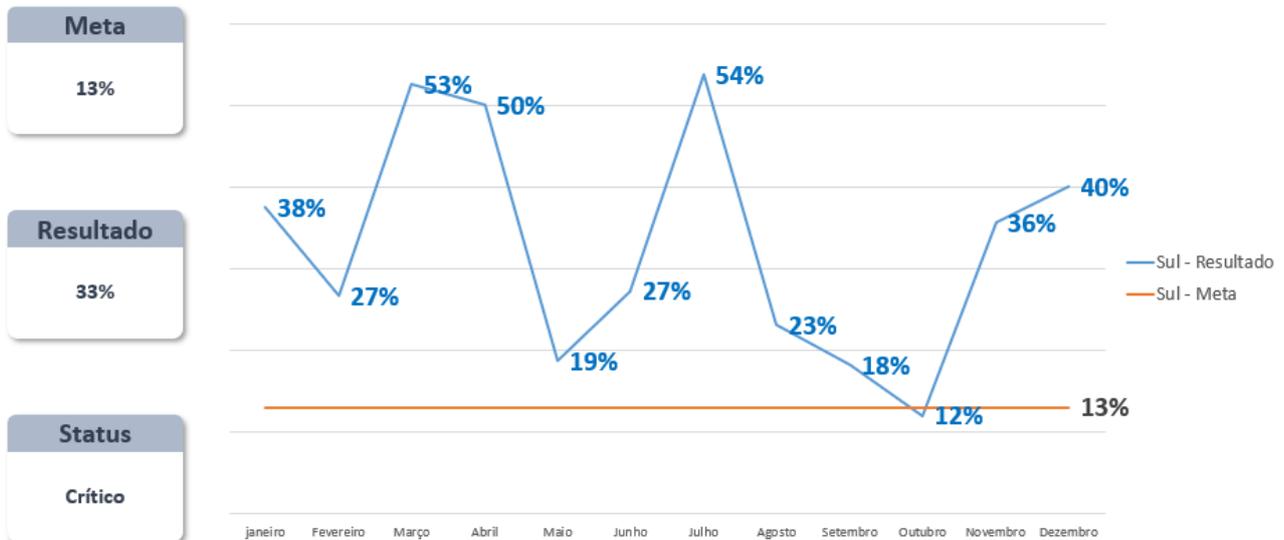
Análise dos resultados:

Os dados de junho podem estar relacionados ao pico da segunda onda do Covid-19, entre final de abril e maio, podendo ter sido contabilizados em junho e julho. Entretanto, apesar do indicador no acumulado anual ter superado a meta proposta ainda há espaço para melhora significativa visto que nessa unidade hospitalar não dispomos de serviço hemodinâmica e há problemas de logística relacionado ao contato com unidades de referência e transporte dentro do tempo porta-balão preconizado, fato este amplamente documentado em literatura específica do tema como de razão de piores desfechos.

Proposta de solução: realização de um contrato com serviços particulares, especialmente uma unidade hospitalar já presente na região há menos de 7min de distância onde poderiam ser prontamente realizadas intervenções dentro da janela terapêutica com recursos inexistentes no HRG e HRSM, além de baixa disponibilidade na rede como um todo.

Obs: idealmente esse contrato poderia abarcar também as intervenções relacionadas a AVEi.

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

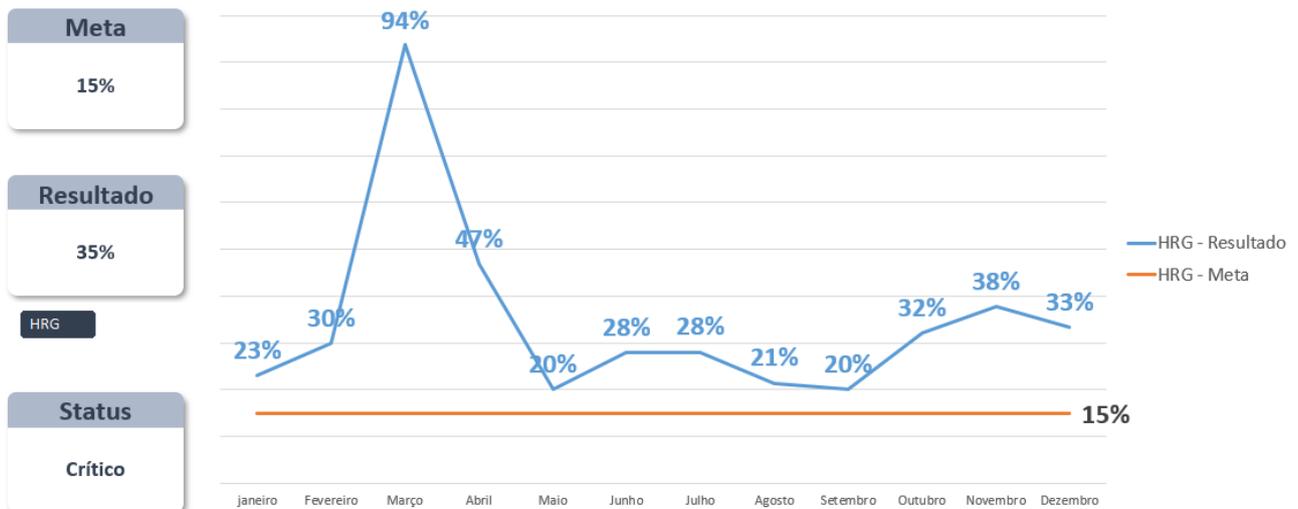


Análise dos resultados:

Nota-se que apenas no mês de outubro a meta proposta foi alcançada. Estes dados relacionam-se à deficiência de recursos terapêuticos da linha cardiovascular neste nosocômio, especialmente a infraestrutura insuficiente para trombólise e trombectomia dentro da janela terapêutica (neurologista, leito de UTI/UCI para suporte pós trombólise, tomografia e angioTC de crânio com laudo, RNM de crânio para casos selecionados). Pode-se inferir também que os fluxos dentro da rede precisam ser otimizados, pois há frequentemente apontamentos das equipes médicas quanto a dificuldade de transferência destes pacientes para as unidades de referência desta linha de cuidado, estando esta dificuldade presente desde as tentativas de contato bem como da realização de transporte. Em relação ao transporte é conhecida a escassez de recursos humanos do SAMU e também da equipe médica da emergência do HRG cujo déficit excede 1000h/semanais impedindo diversas vezes a composição de uma equipe em parceria com unidades básicas do SAMU e do NARP local.

Proposta de solução: realização de um contrato com serviços particulares, especialmente uma unidade hospitalar já presente na região há menos de 7min de distância onde poderiam ser prontamente realizadas intervenções dentro da janela terapêutica com recursos inexistentes no HRG e HRSM, além de baixa disponibilidade na rede como um todo.

Indicador 10 - Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas



Análise dos resultados:

Várias são as barreiras para melhorar os indicadores:

Recursos humanos reduzidos (Médicos Anestesiologistas; Técnicos de Enfermagem da Unidade de Centro Cirúrgico e Médicos Cirurgiões de algumas especialidades);

Falta de equipamentos/materiais específicos para procedimentos cirúrgicos (há apenas uma bandeja de vídeolaparoscopia, que até agosto/2021 era enviada para a FBM, em Anápolis-Go, para esterilização em óxido de etileno, sendo disponibilizada para apenas um procedimento cirúrgico por semana). A partir do dia 1º de setembro passou a ser esterilizada no HRG, após a instalação do equipamento ultrassônico.

Tal fato pode ser explicado pelo momento de pandemia (COVID-19), afastamento de servidores por atestado médico, contenção de insumos, limitação e escassez de recursos. Ressalta-se que partir do dia 29/06/2020 as cirurgias eletivas foram suspensas conforme determinação da SES, sendo mantidas apenas as cirurgias oncológicas até o mês de janeiro de 2021. A partir de 1º de fevereiro de 2021 foi autorizada a realização de todos os tipos de cirurgias das diferentes especialidades, entretanto foram novamente suspensas a partir do dia 1º de março até 31 de maio/2021. A partir do dia 1º de junho foi novamente autorizada a realização de procedimentos cirúrgicos das diversas especialidades.

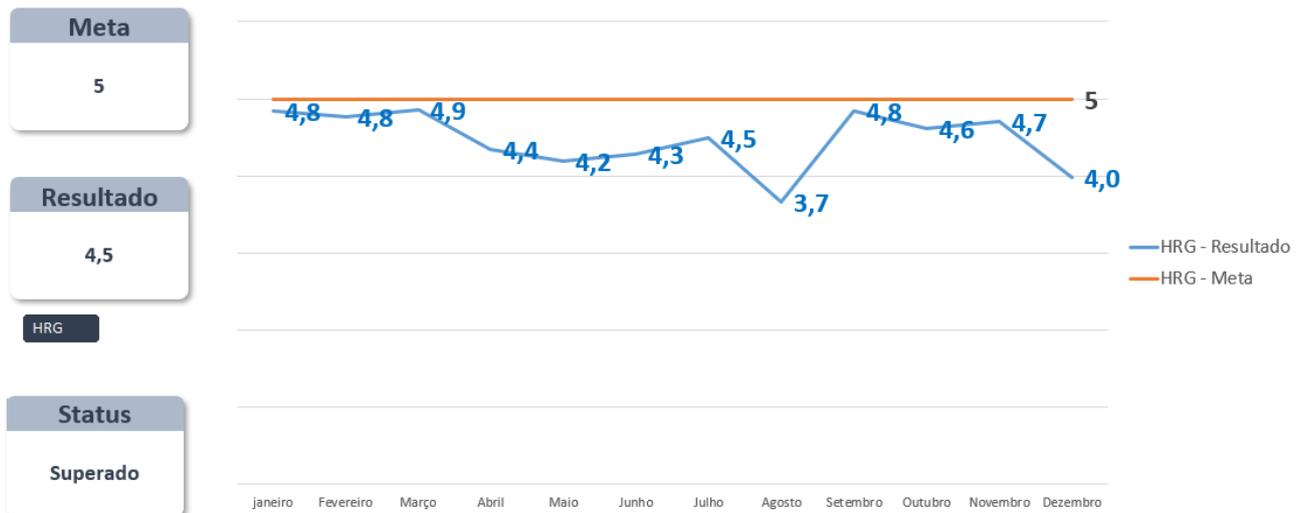
Indicador 11 - Tempo de permanência em leitos de UTI Geral



Análise dos resultados: Segundo área técnica enfrentamos algumas dificuldades, as quais prejudicaram o alcance das metas esperadas:

- Internação de pacientes crônicos e com sequelas de COVID, cujo tempo de internação é prolongado;
- Pacientes que recebem alta da UTI e por depender de hemodiálise, permanecem mais tempo na UTI até conseguir vaga dialítica;
- Conversão de UTI geral para UTI COVID, cujos pacientes são gravíssimos, dependentes de altas doses de sedativos e bloqueadores neuromusculares, drogas vasoativas e HD, e com dificuldade de melhora no padrão ventilatório, prejudicando o desmame da VM além da necessidade de vários dispositivos invasivos, consequentemente aumentando o tempo de permanência na UTI;
- Dificuldade de vagas em HOME CARE;
- Falta de insumos suficientes para o atendimento adequado aos pacientes (medicamentos, materiais de farmácia, almoxarifado e hotelaria e outros).

Indicador 13 - Média de Permanência Geral

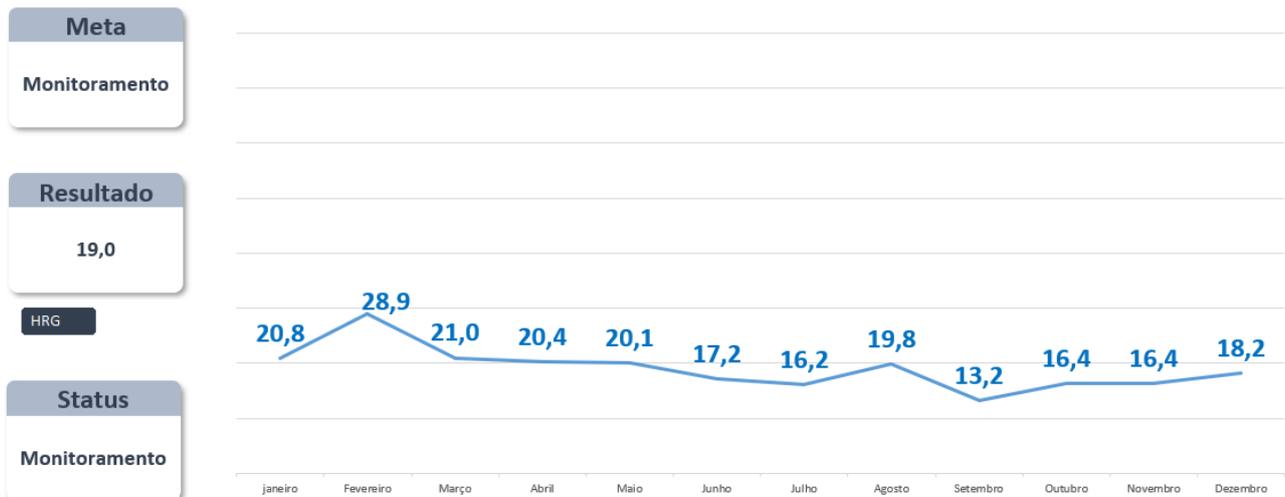


Análise dos resultados: A Região manteve a meta pactuada superada dentro do ano. Ressaltamos que o NGINT/HRG tem feito diversas tratativas para melhorias nos fluxos e processos de trabalho através do sistema TrakCare, junto à CTINF/SES, SRSSU e Direção/HRG, NTINF/HRG, Gerências e Supervisões das unidades de internação e do PS do HRG. Isso reflete em uma representação mais fidedigna dos dados e dos indicadores relativos aos processos gerencias desse hospital.

Há ainda, nesse momento, a demanda de uma discussão mais ampla sobre os métodos e as métricas adotadas na produção desses indicadores, para fins de controle e gestão. Ressaltamos que houve divergências por conta da falta de métodos no processo de produção desses indicadores e especialmente à falta de sistematização dos processos do Sistema de Gestão Hospitalar/TrakCare.

O tempo médio de permanência do paciente no HRG ainda não é o ideal em virtude de internações de longa data em clínicas específicas como cardiologia, na qual os pacientes dependem de exames e procedimentos regulados em hospitais referenciados como o Incor; na clínica médica, na qual os pacientes egressos de UTI adquirem diversas sequelas naquela internação que demandam cuidados intensos até a provável desospitalização junto ao NRAD ou à alta médica, o que pode levar dias; e finalmente a tisiologia, na qual temos internações sociais e os pacientes em situação de rua permanecem internados até o final do tratamento para tuberculose. Carecemos de implantar deste nosocômio o "domínio do leito" pelas devidas vias legais administrativas, o que ainda não ocorre pela obstacularização das equipes resistentes a esta realidade/ideia, que facilitaria em muito o fluxo da gestão de leitos. GIR/NGINT têm buscado também diariamente realizar uma gestão beira leito, a fim de melhorar a rotatividade do leito de internação dentro da perspectiva do indicador 13, e temos observado bons resultados dentro de nossas competências e deveres legais prescritos.

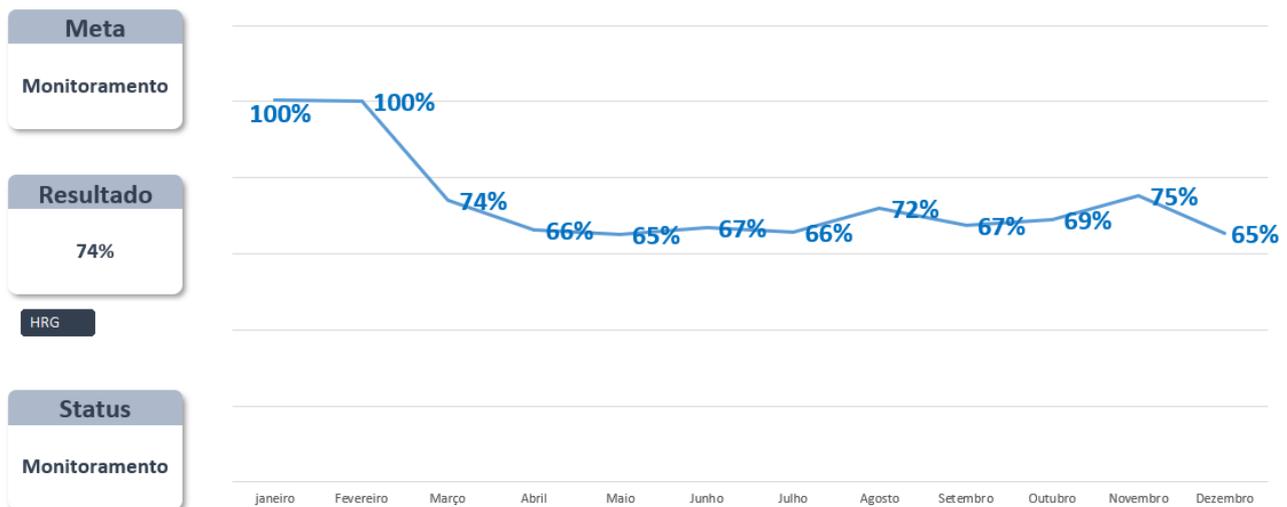
Indicador 14 - Média de permanência em leitos de clínica médica



Análise dos resultados: Durante o ano de 2021 ainda no auge da pandemia foi difícil a implementação do plano de ação, pois a clínica médica tem um grande déficit de RH e recebeu constantemente vários pacientes oriundos das UTI's com quadro de pós Covid-19, os quais exigiam muitos cuidados assistenciais e uma atenção maior aos mesmos. Mesmo assim, ainda foi possível implementar a ferramenta do Kanban diariamente, com visitas da equipe da NCIH juntamente com a Gestão de Leitos e uma enfermeira rotineira do plantão para realizar os remanejamentos necessários diante dos quadros de isolamentos por bactérias que não poderiam permanecer na mesma enfermaria e assim liberar leitos para as internações.

Para 2022, uma das ações planejadas é implementar a visita multidisciplinar beira leito com toda a equipe da Clínica Médica (os médicos, os enfermeiros, os fisioterapeutas e se possível a NCIH juntamente) para agilizar a alta médica dos pacientes.

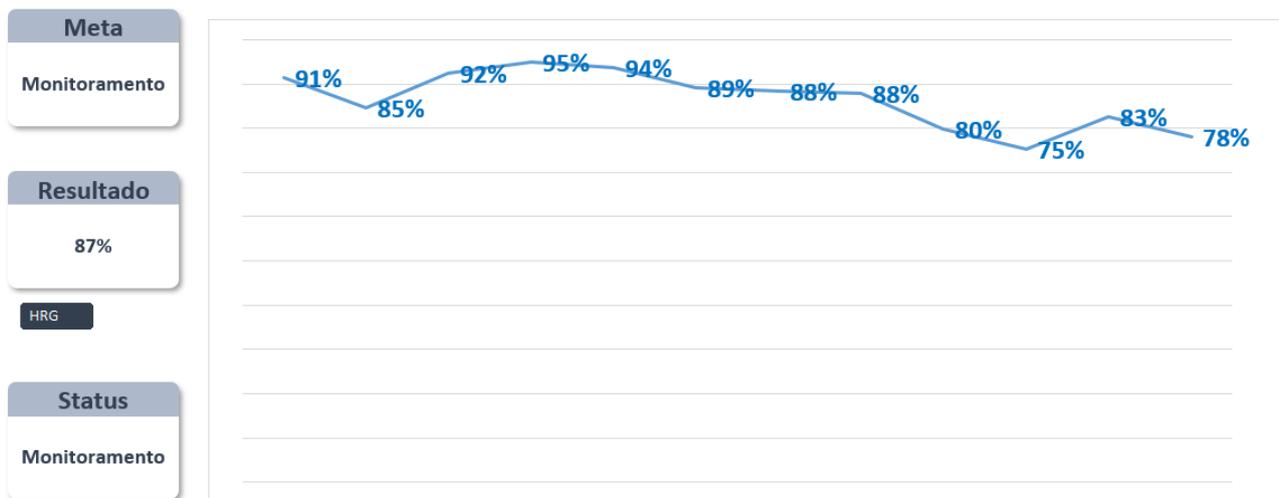
Indicador 16 - Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica



Análise dos resultados: Durante o ano de 2021 ainda no auge da pandemia foi difícil a implementação do plano de ação, pois a clínica médica tem um grande déficit de RH e recebeu constantemente vários pacientes oriundos das UTI's com quadro de pós Covid-19, os quais exigiam muitos cuidados assistenciais e uma atenção maior aos mesmos. Mesmo assim, ainda foi possível implementar a ferramenta do Kanban diariamente, com visitas da equipe da NCIH juntamente com a Gestão de Leitos e uma enfermeira rotineira do plantão para realizar os remanejamentos necessários diante dos quadros de isolamentos por bactérias que não poderiam permanecer na mesma enfermaria e assim liberar leitos para as internações.

Para 2022, uma das ações planejadas é implementar a visita multidisciplinar beira leito com toda a equipe da Clínica Médica (os médicos, os enfermeiros, os fisioterapeutas e se possível a NCIH juntamente) para agilizar a alta médica dos pacientes.

Indicador 17 -Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais



Análise dos resultados: Ressaltamos que o NGINT/HRG tem feito diversas tratativas para melhorias nos fluxos e processos de trabalho através do sistema TrakCare, junto à CTINF/SES, SRSSU e Direção/HRG, NTINF/HRG, Gerências e Supervisões das unidades de internação e do PS do HRG, especialmente no tocante ao desenvolvimento do Projeto Lean nas Emergências. Isso reflete em uma representação mais fidedigna dos dados e dos indicadores relativos aos processos gerencias desse hospital.

Há ainda, nesse momento, a demanda de uma discussão mais ampla sobre os métodos e as métricas adotadas na produção desses indicadores, para fins de controle e gestão. Ressaltamos que houve divergências por conta da falta de métodos no processo de produção desses indicadores e especialmente à falta de sistematização dos processos do Sistema de Gestão Hospitalar/TrakCare.

Dentre os principais problemas apontados está no fato do Sistema TrakCare não ser corretamente alimentado e controlado tendo em vista, por exemplo, que diversos pacientes que constam nas filas de espera e alas de internação do TrakCare não estão de fato internados. Isto é, pacientes que já saíram do hospital, porém sem a devida alta lançada no sistema.

Carecemos de implantar deste nosocômio o "domínio do leito" pelas devidas vias legais administrativas, o que ainda não ocorre pela obstacularização das equipes resistentes a esta realidade/ideia, que facilitaria em muito o fluxo da gestão de leitos.

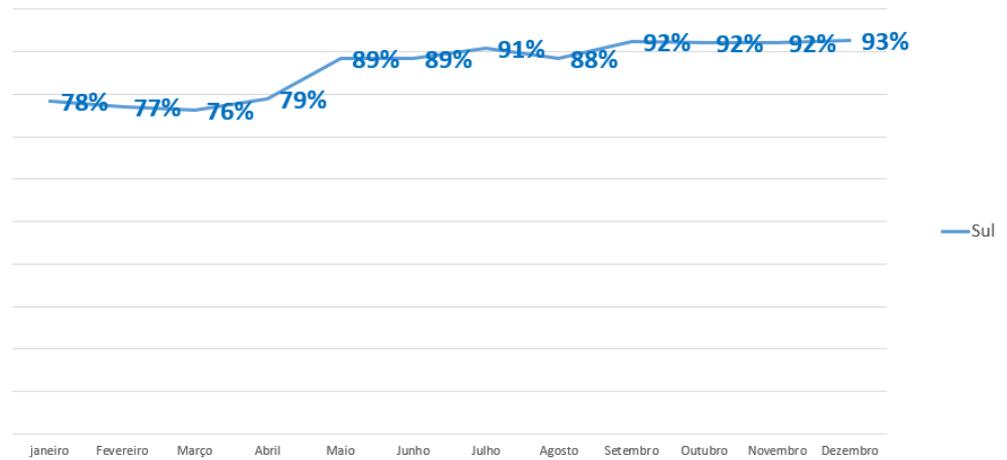
GIR/NGINT têm buscado também diariamente realizar uma gestão beira leito, a fim de melhorar a rotatividade do leito de internação dentro da perspectiva do indicador 17, e temos observado bons resultados dentro de nossas competências e deveres legais prescritos.

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

Meta
Monitoramento

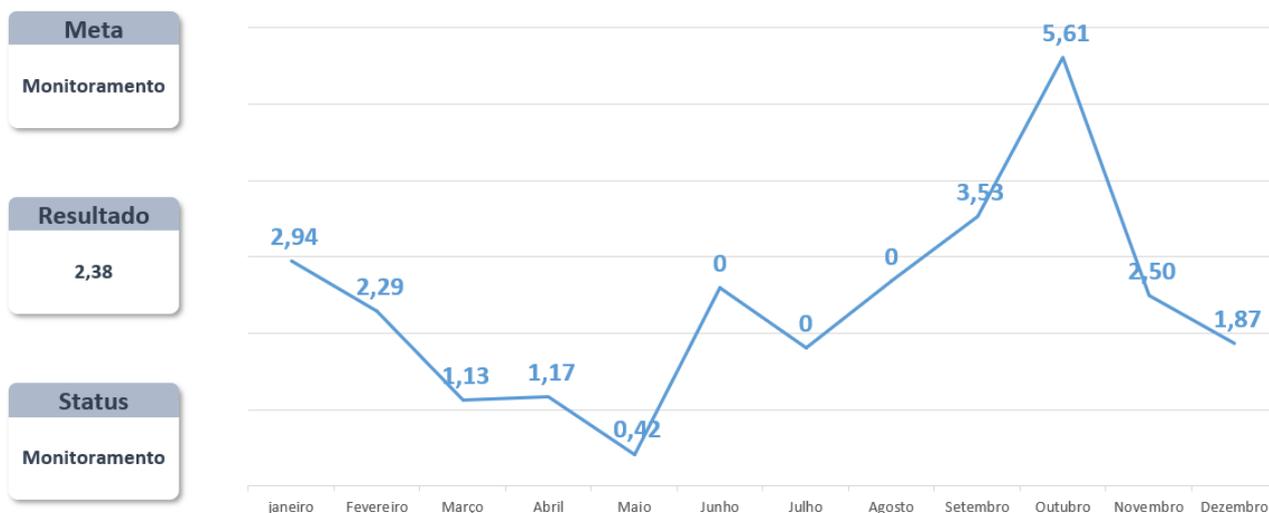
Resultado
86%

Status
Monitoramento



Análise dos resultados: Os resultados obtidos no decorrer do ano foram satisfatórios, tivemos um número abaixo nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril, que podemos atribuir essa queda no grande número de servidores com afastamentos legais devido ao Covid o que dificultou o fechamento de escalas em todos os períodos do dia. Porém podemos observar que na média anual mantivemos 86% de todos os usuários com abertura de GAE submetidos a Classificação de Risco.

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



Análise dos resultados:

Informamos que durante 2021 não houve comunicação das equipes envolvidas do SAMU/ SUPERVISÃO/ SERVIÇO ADMINISTRATIVO sobre a retenção de maca. Desde do ano passado houve a necessidade de informar as equipes durante o início de cada plantão as restrições das equipes médicas por conta da problemática que envolve toda a rede pública do Distrito Federal com a falta de recursos humanos por conta da equipe médica. Diversas vezes a falta de comunicação e o desrespeito ao bandeiramento implicam na falta de organização das equipes para providenciar o atendimento e a recepção do paciente, o que acarreta na retenção de macas. Foi observado que no ano de 2021 o HRG teve baixos índices de retenção de macas, somente no mês de março teve 28 horas de retenção total. A fim de resolutividade do fator problema deve-se observar os seguintes aspectos; respeitar as restrições informadas durante os plantões; observância na comunicação prévia do transporte para a localização; e providência de maca para o paciente e para os atendimentos médicos e das equipes envolvidas, bem como a comunicação por parte do SAMU/BOMBEIRO sobre a retenção das macas.

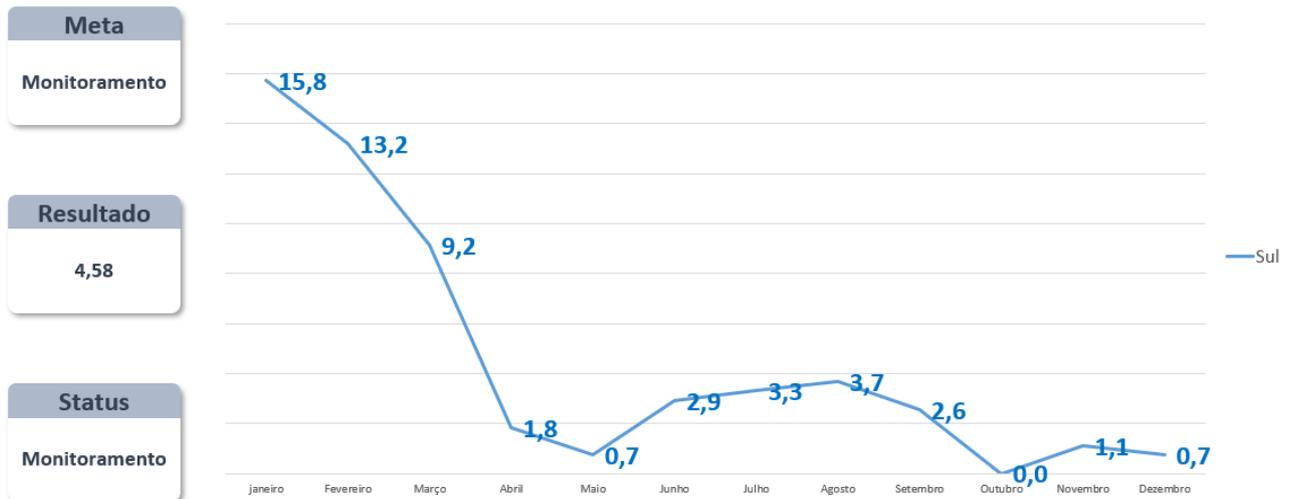
Indicador 20 - Taxa de Prevalência de Notificação de Violência



Análise dos resultados:

A pandemia causada pela COVID-19, foi o que mais impactou o número de notificações de violência. As escolas sempre foram locais onde se detectam muitos casos de violência, mas ficaram fechadas com aulas on-line. O matriciamento junto às Equipes de Atenção Primária também ficou prejudicado. Provavelmente, teve um crescimento no mês de abril devido ao aumento de mais seis unidades notificadoras na Região Sul.

Indicador 21 - Taxa de mortalidade por acidentes

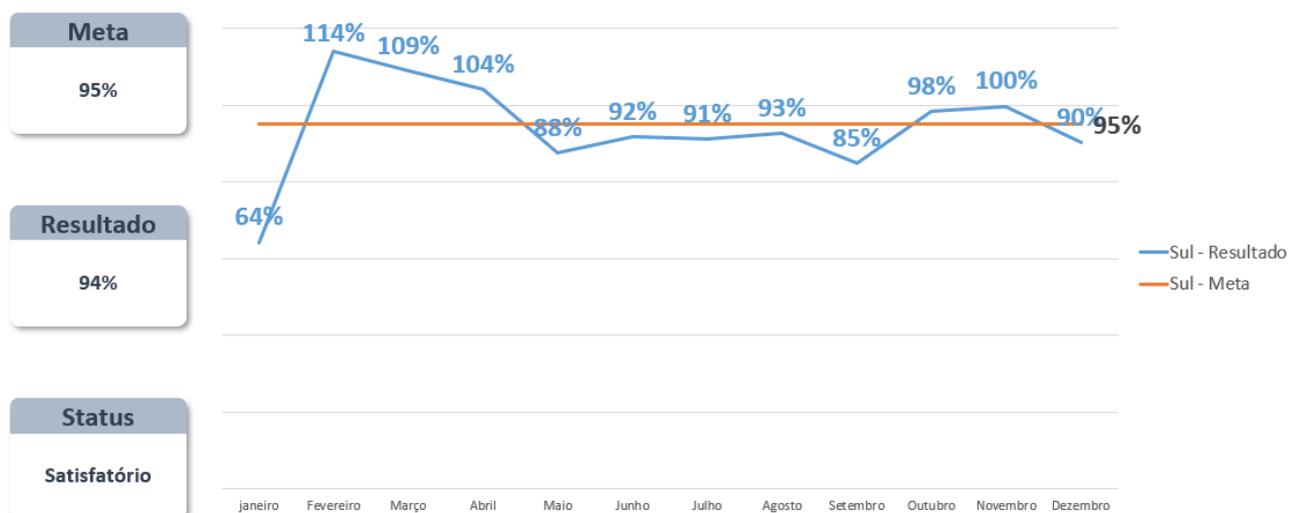


Análise dos resultados:

Nota-se uma queda importante no período de abril em diante, coincidindo com o pico da segunda onda de covid-19, onde foram instaladas diversas medidas de contingenciamento da epidemia, suspensão de diversos segmentos econômicos (bares, restaurantes, academias, etc) acarretando em menor número de cidadãos utilizando transporte público, menor número de acidentes de percurso para o trabalho, e outros relacionados a ingestão alcoólica. Entretanto, os prováveis motivos da redução da mortalidade não têm relação direta com medidas tomadas no hospital ou que estivessem fortemente dentro da gestão local.

Ações propostas: manter treinamentos, conscientização e medidas de prevenção.

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



Análise dos resultados:

A Região manteve a meta pactuada satisfatória dentro do ano. Durante o ano de 2021 a Equipe de Fonoaudiologia realizou um total de 4660 exames de Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva (02.11.07.014-9) considerando bebês nascidos no HRG, na rede pública de saúde não-HRG, na rede privada e partos domiciliares.

Desse total o número de exames realizados nos nascidos vivos no HRG foi 4428 (detalhado na tabela ao final do texto).

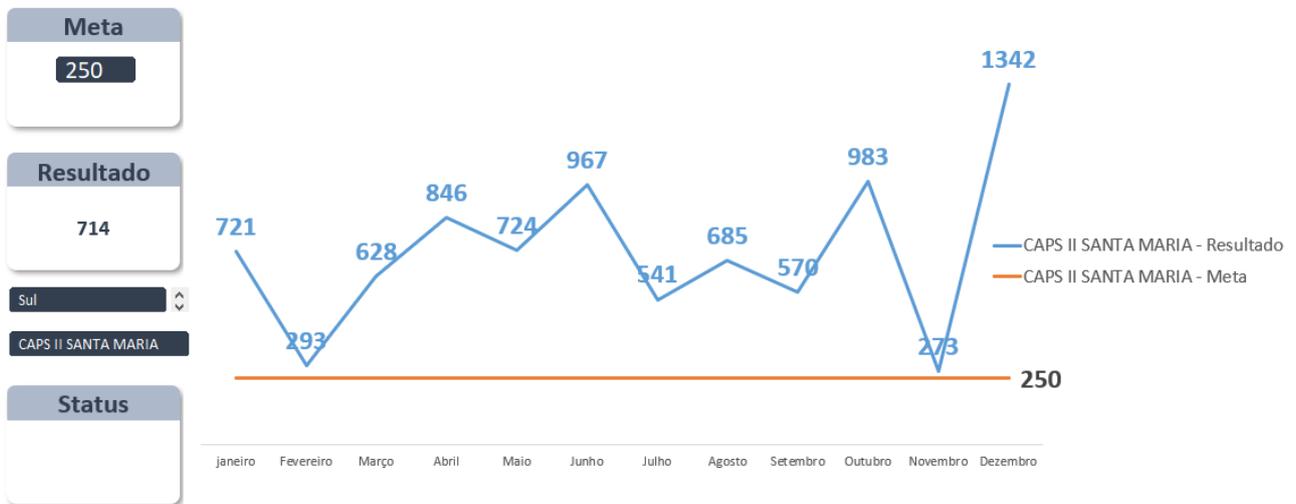
De acordo com o Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS) / HRG o número de nascidos vivos no HRG foi 4955 no decorrente ano.

Sendo 95% a cobertura pactuada na AGR 2021, e 89,9% a realizada, identificamos que não atingimos a meta proposta. Tal defasagem se deve principalmente ao número reduzido de profissionais e obsolescência do único equipamento de emissões otoacústicas disponível, com mais de 10 anos de uso e sem contrato de manutenção. Não possuímos equipamento para PEATE.

De acordo com o MANUAL DE PARÂMETROS MÍNIMOS DA FORÇA DE TRABALHO PARA DIMENSIONAMENTO DA REDE DA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL na página 32, são necessárias 12 horas de fono 7 dias por semana a cada 40 leitos + 14% de IST, sendo assim, a necessidade de mão de obra na maternidade do HRG é de 192 horas semanais, evidenciando déficit de 72 horas.

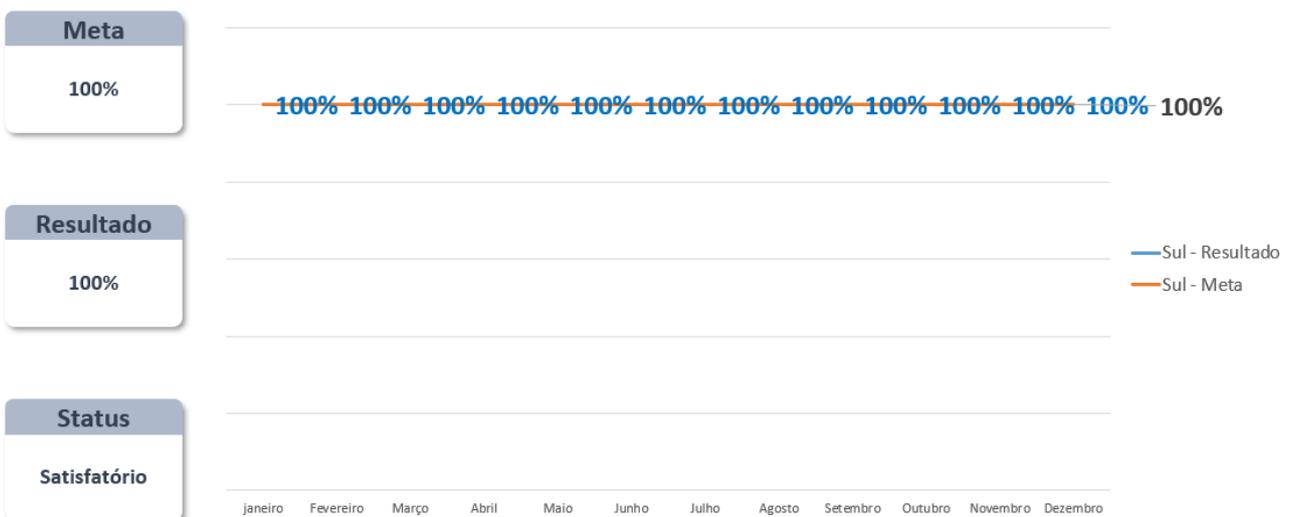
Atualmente contamos com apenas 120 horas semanais de tal profissional, divididos entre Alcon, Retaguarda do CO e BLH.

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



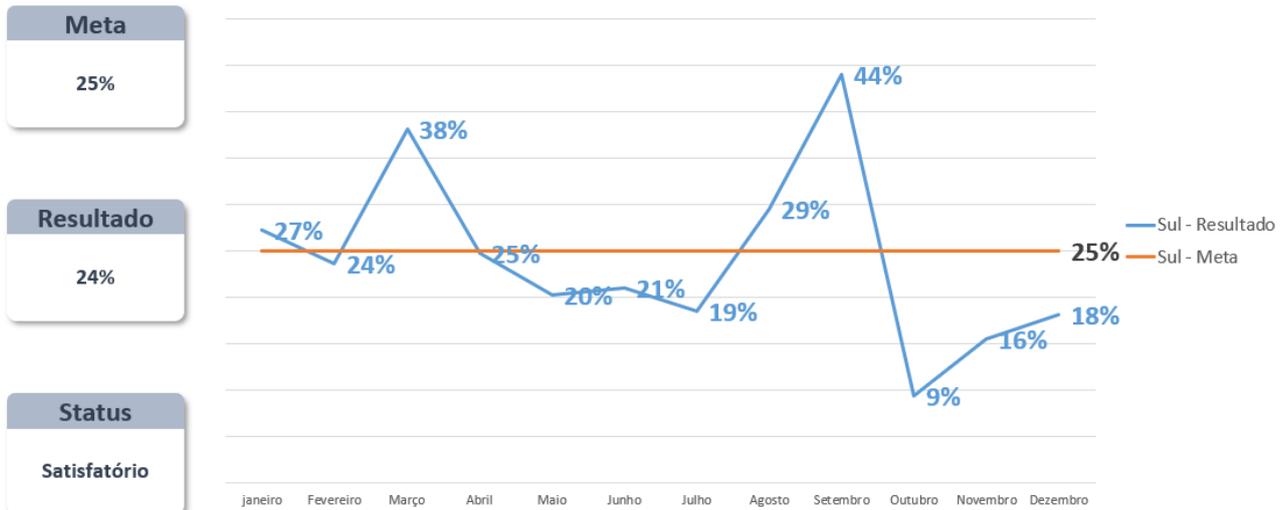
Análise dos resultados:
O resultado alcançado no ano, foi devido a conscientização e comprometimento das equipes envolvida no processo.

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



Análise dos resultados:
A meta alcançada ao longo do ano foi o resultado do plano de ação, que foi executado e monitorado diariamente.

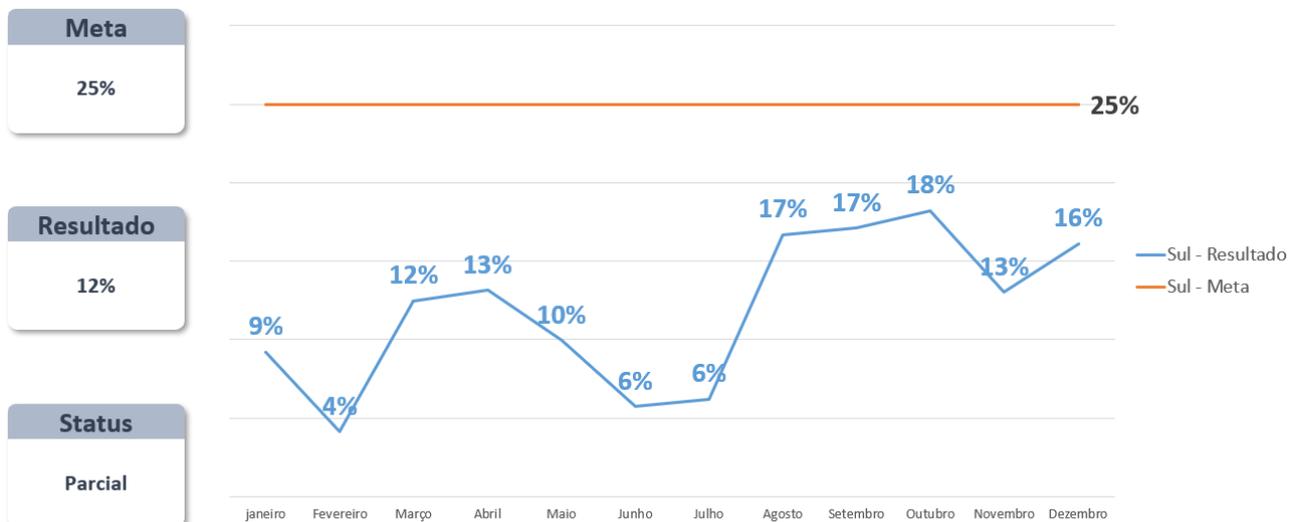
Indicador 25 Percentual de consultas de cardiologia



Análise dos resultados:

A Região manteve a meta pactuada satisfatória dentro do ano. E atribui o não crescimento, devido ao número reduzido de horas dos profissionais na especialidade.

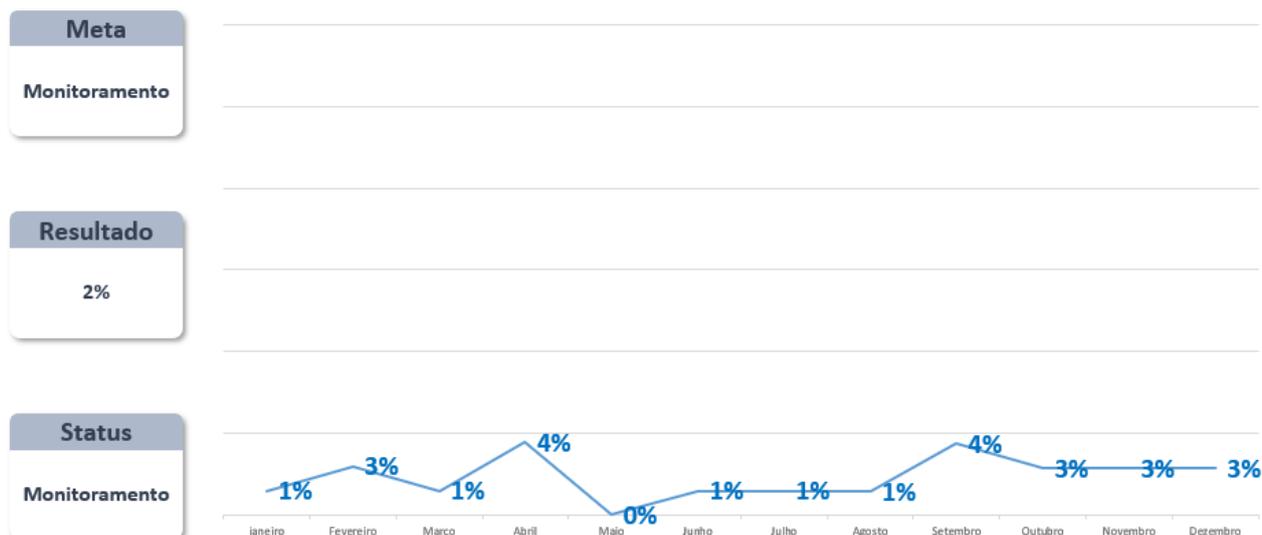
Indicador 26 - Percentual de consultas de endocrinologia



Análise dos resultados:

A Região destaca, que o resultado não satisfatório, ocorre, devido ao número reduzido de horas na especialidade e os afastamentos legais.

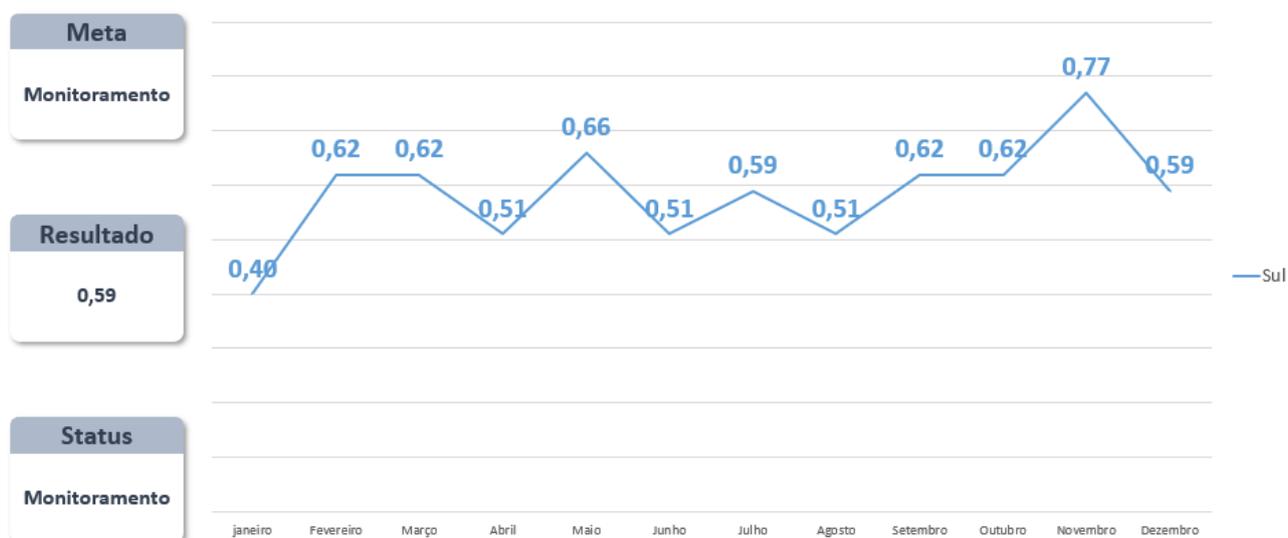
Indicador 27 - Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis



Análise dos resultados:

A DIRAPS/SRSSU tem discutido em reunião de colegiado, junto às GSAPS, a importância da realização das atividades coletivas, para promoção e prevenção à saúde dos usuários. É importante destacar que o período de Pandemia exigiu direcionamento dos profissionais ao atendimento dos pacientes com Síndromes Respiratórias e para vacinação contra a COVID 19, que impactou negativamente a realização de atividades coletivas. Processo: 00060-00056382/2021-45.

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



Análise dos resultados:

Apesar dos dados apresentados destacamos que este indicador permaneceu sobrestado o ano todo, pois o painel foi validado em dezembro. No entanto, trata-se de indicador prioritário para atenção primária, porém devido à alta demanda de atendimentos e serviços relacionados ao enfrentamento da Pandemia, foram priorizados apenas os atendimentos dos pacientes descompensados, conforme nota técnica n.4 da COAPS – Carteira de Serviços Essenciais para a APS durante a pandemia COVID-19.

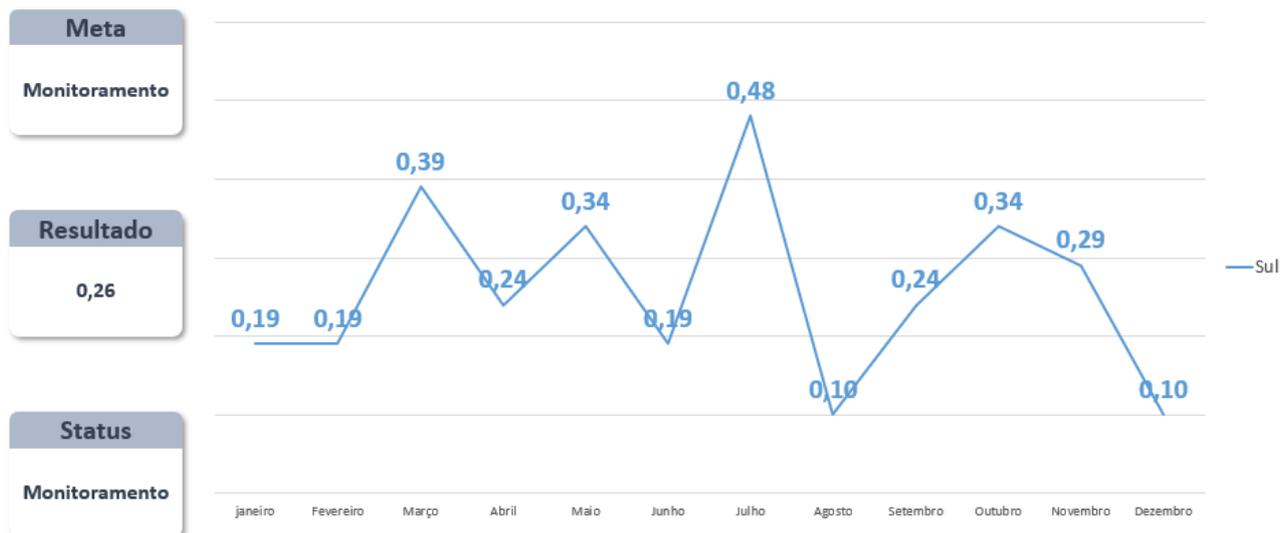
a) Descompensado;

b) Com HbA1c > 9,0%; (Considerar HbA1c > 8,0% e DM com risco cardiovascular moderado, de acordo com avaliação clínica e a realidade local);

c) Risco cardiovascular alto ou muito alto segundo Protocolo de Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde no DF

Processo: 00060-00373971/2020-12.

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



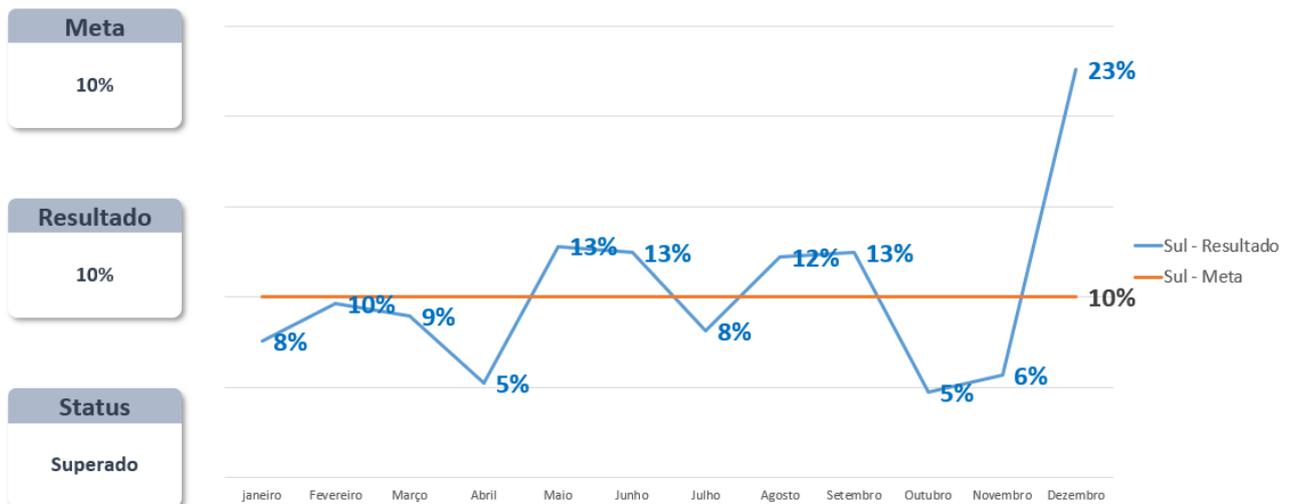
Análise dos resultados:

Apesar dos dados apresentados destacamos que este indicador permaneceu sobrestado o ano todo, pois o painel foi validado em dezembro. No entanto, trata-se de indicador prioritário para atenção primária, porém devido à alta demanda de atendimentos e serviços relacionados ao enfrentamento da Pandemia, foram priorizados apenas os atendimentos dos pacientes descompensados, conforme nota técnica n.4 da COAPS – Carteira de Serviços Essenciais para a APS durante a pandemia COVID-19.

- PAS > 150 ou PAD > 100; (Considerar PAS > 140 ou PAS > 90 e HAS com risco cardiovascular moderado, de acordo com a realidade local);
- HAS com lesão de órgão-alvo;
- Risco cardiovascular alto segundo Protocolo de Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde no DF.

Processo: 00060-00373971/2020-12.

Indicador 31 - Percentual de admissão no SAD no período



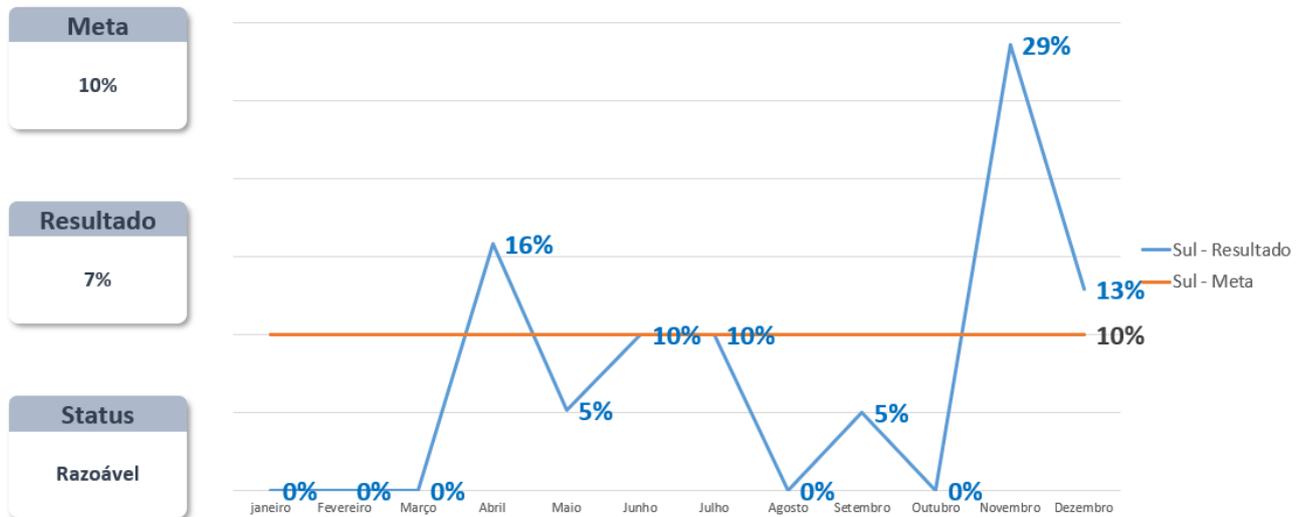
Análise dos resultados:

A Região manteve a meta pactuada satisfatória dentro do ano. Percebe-se que este núcleo recebeu e realizou várias avaliações de elegibilidade sendo: FAD: 68 pacientes, demanda espontânea: 33 pacientes, e-mail / ESUS: 8 pacientes, também foi realizado busca ativa no sistema de informação (trackcare): 110 prontuários.

Após avaliação domiciliar e analisando todos os critérios de elegibilidade já mencionados acima, este núcleo realizou 50 internações domiciliares em 2021 tendo uma porcentagem de 23% dos pacientes / prontuários analisados. Ressalta-se que a médica de internações domiciliares em 12 meses ficou em 9,66%, podendo considerar que atingimos a meta proposta pelo AGR 21. Ressaltamos que o número de avaliações de elegibilidade / admissões poderia ser mais expressivo se as unidades de internação do HRG encaminham-se mais solicitações (FAD), visto que este tipo de solicitação de acesso ao programa foi apenas 31% das avaliações realizadas.

Visando aumentar o número de FAD's este núcleo reforça diariamente nas reuniões de chefias a necessidade de envio do mesmo por todas as clínicas do hospital, também é enviado lembrete semanalmente para WhatsApp da gerência de leitos reforçando a importância da desospitalização através do NRAD. Desde 31 de agosto de 2021 não dispomos contrato da SES-DF para inserção de usuários no Programa de Oxigenioterapia Domiciliar (POD), onde por várias vezes ao analisar o FAD, impossibilita a admissão do paciente por ser este totalmente dependente de oxigenioterapia. Sendo assim, consideramos que este Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) trabalha de acordo com as orientações e direcionamentos da Secretária de Estado de Saúde (SES) e Ministério da Saúde (MS), buscando ofertar maior qualidade na assistência aos nossos usuários.

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



Análise dos resultados:

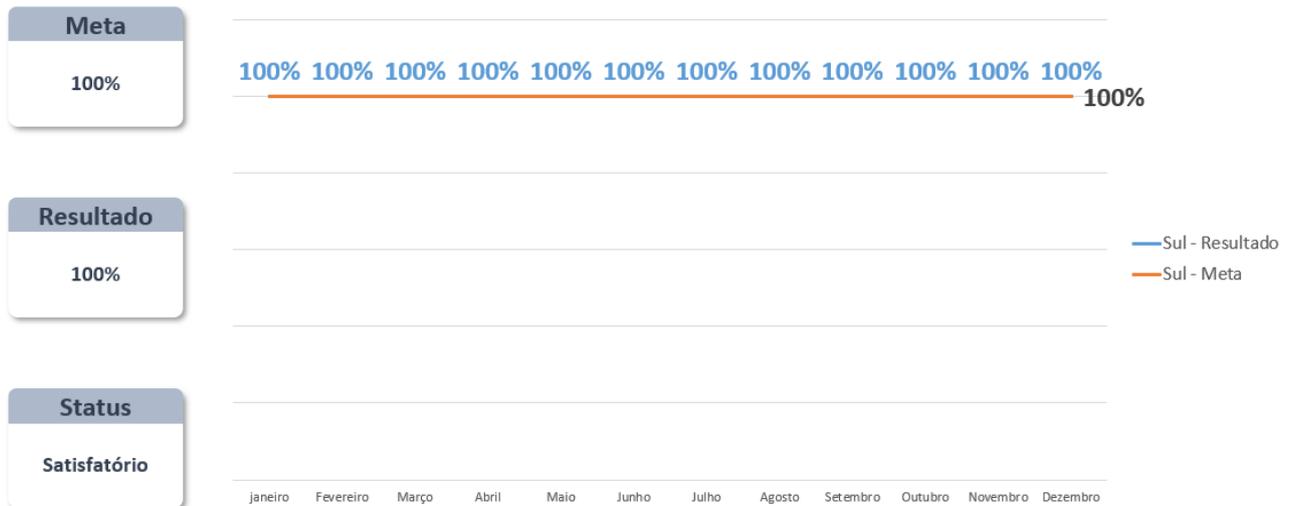
A Região manteve a meta pactuada razoável dentro do ano. Considerando que para a alta do Serviço de Atenção Domiciliar, é realizada (conforme orientação do Caderno de Atenção Básica - MS) a avaliação clínica e discussão do caso entre a equipe, observando os critérios como melhora das condições clínicas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

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

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

Solicitamos que seja reavaliado o indicador referente a alta de usuários da Atenção Domiciliar/ NRAD possibilitando que a alta seja vista como a desocupação de um leito domiciliar e possa ser lançada de acordo com o tipo de alta, possibilitando visibilidade real do trabalho da unidade.

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



Análise dos resultados: Os resultados obtidos foram satisfatórios no ano de 2021. Dentre as metas traçadas alcançamos 80% (oitenta por cento), pois o plano de ação teve efetividade parcial e alguns pontos não conseguimos de fato cumpri-los por fatores diversos - em equipe já decidimos ações complementares para se evitar esses transtornos. Ressaltamos a importância da implementação do projeto LEAN, que em muito nos ajudou na rotação eficaz e eficiente dos leitos regulados em operação.

Esta GIR/HRG em conjunto com NGINT/HRG (GIR/NGINT) percebeu que somente o uso do sistema trakcare como base para alimentar dados/informações nem sempre foi a verossímil com a realidade existente neste HRG, há um considerável registro de leitos, mas em média 30% (trinta por cento) desse grande número não estão faturados devidamente.

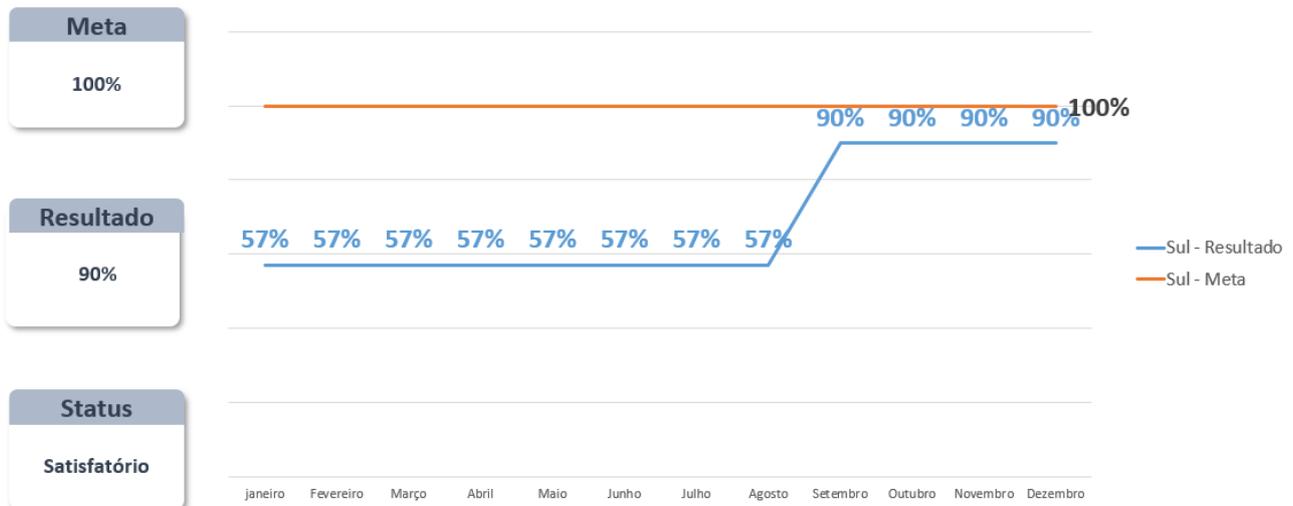
Observamos ainda que não estão sendo feitos os registros efetivos no sistema SISLEITOS pelos devidos servidores competentes, e a consequência imediata dessas condutas é o descompasso com o registros feitos no trakcare.

Realizamos uma considerável reserva técnica (GIR/NGINT), proporcionando ao paciente a garantia do procedimento cirúrgico e ao sair do Centro Cirúrgico é pacífico a certeza de vaga de leito.

Garantimos aos usuários melhor acolhimento nos leitos Clínicos, por temos garantido a condição necessária de reserva técnica, usando como critérios seletivos a quantidade de dias de internação e respectivo quadro clínico.

GIR/NGINT têm buscado também diariamente realizar uma gestão beira leitos, a fim de melhorar dados repassados dentro da perspectiva posta pelo indicador "33", e temos observado bons resultados dentro das nossas competências e deveres legais prescritos.

Indicador 34 - Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados



Análise dos resultados:

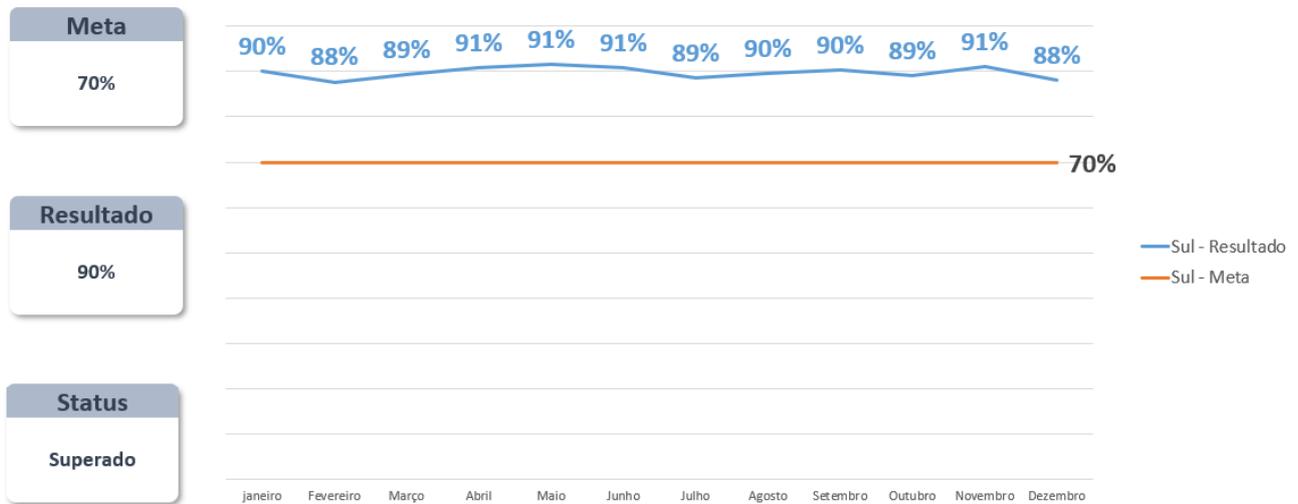
Informamos que na GACIR, apenas a especialidade de Cirurgia Vascular ainda não foi regulada. Portanto, o percentual de cirurgias eletivas reguladas é de 90,0 %.

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

Neste cenário de Pandemia há um número significativo e crescente de afastamento de servidores por contaminação por COVID-19, trazendo dificuldades quanto à readequação da escala e manutenção das rotinas.

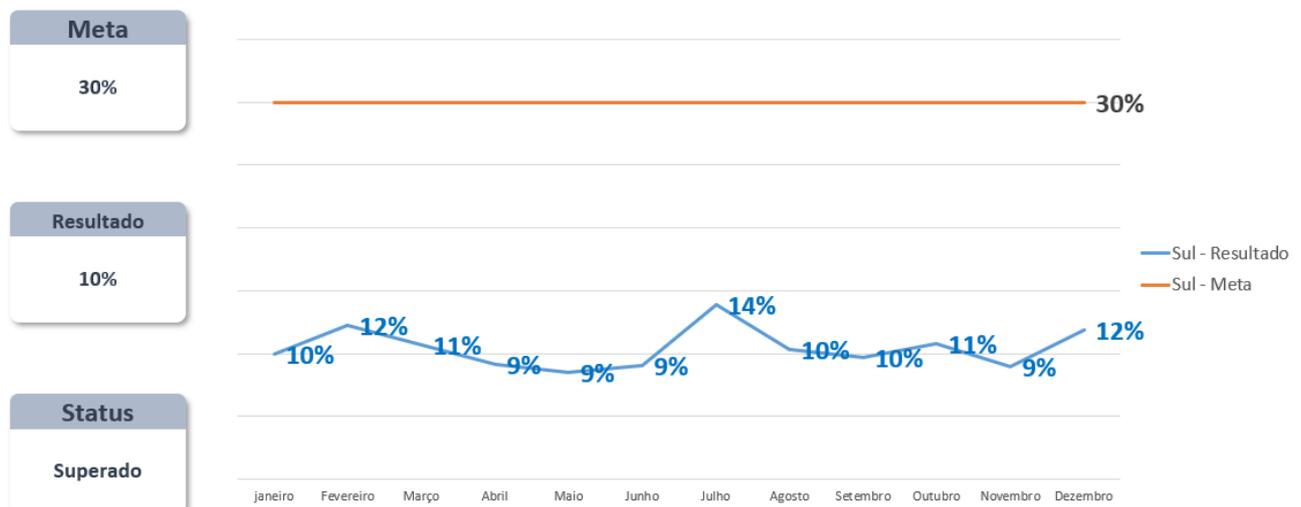
A Oftalmologia realiza as cirurgias de Pterígio/Calázio no ambulatório e não no centro cirúrgico. Por isso, seus números NÃO são computados nos dados enviados nesse processo.

Indicador 35 - Índice de Fechamento de Chave



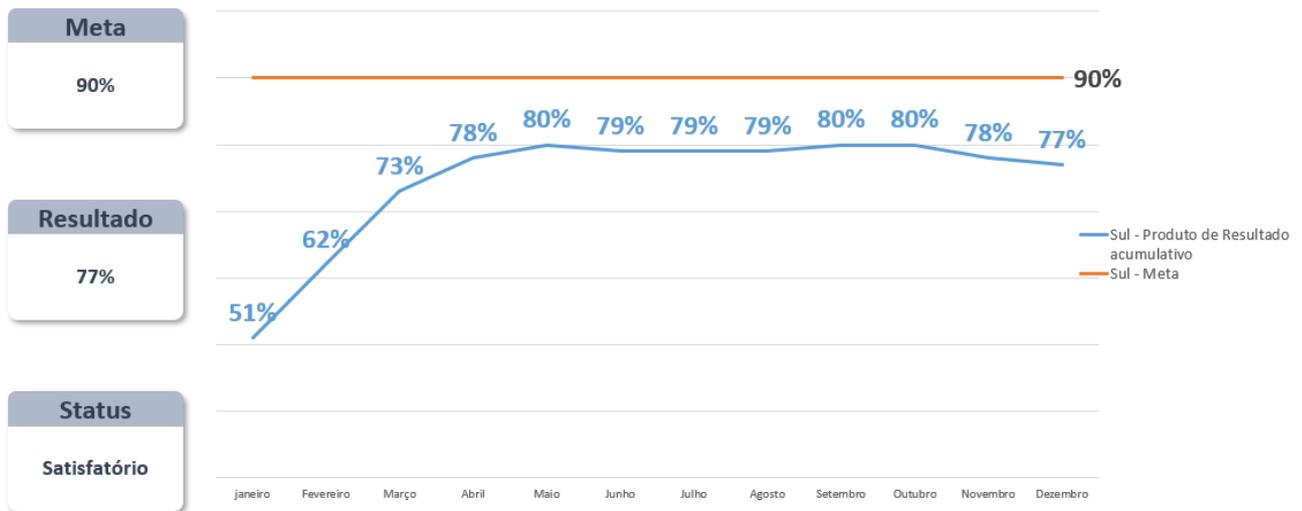
Análise dos resultados: Os resultados foram satisfatórios devido o fortalecimento e a sensibilização das equipes, quanto a importância de efetuar diariamente o fechamento de chave.

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



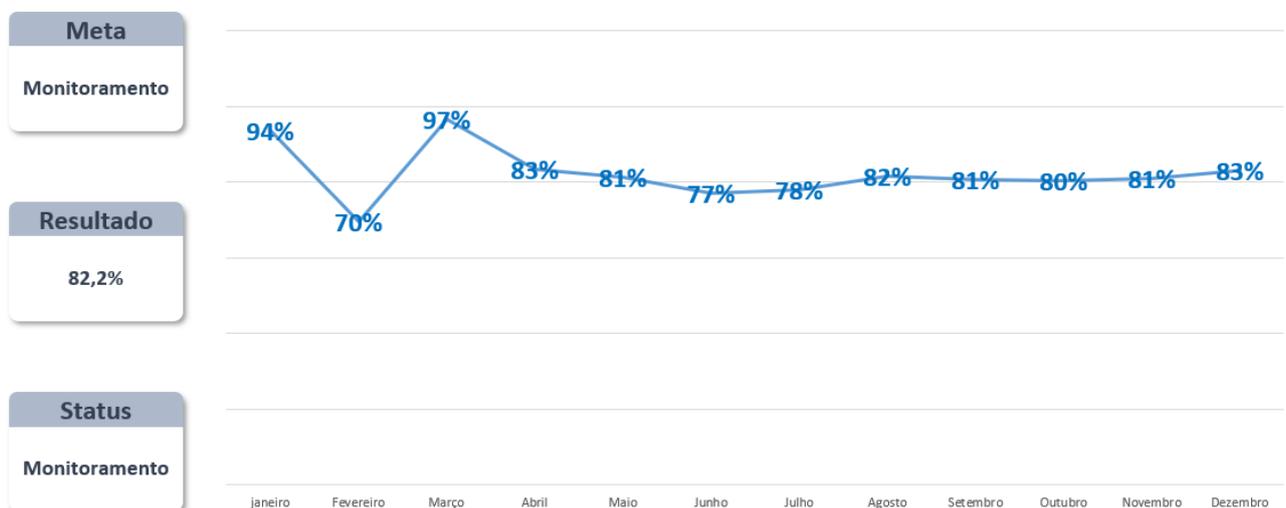
Análise dos resultados: A Região apresentou resultado satisfatórios, devido a sensibilização da equipe do call center e as pactuações feitas com regiões de fácil acesso.

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



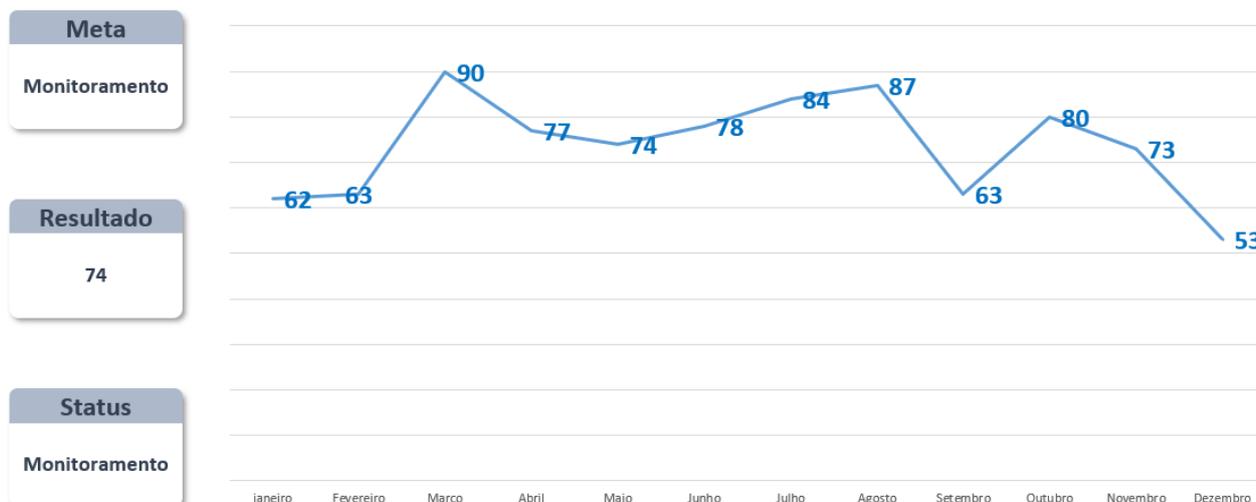
Análise dos resultados: Na Região de Saúde Sul estamos realizando a descentralização do acesso ao SINAN ONLINE para que a própria unidade notificada realize a inserção da notificação no sistema, oportunizado a notificação. Processo: 00060-00055895/2021-39.

Indicador 38 - Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada



Análise dos resultados: Os resultados foram oscilantes durante todo o ano, devido o compressor do CEO passar por manutenções constantes. Apesar da oscilação mensal nos mantivemos dentro da média anual quem foi de 82,25%.

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



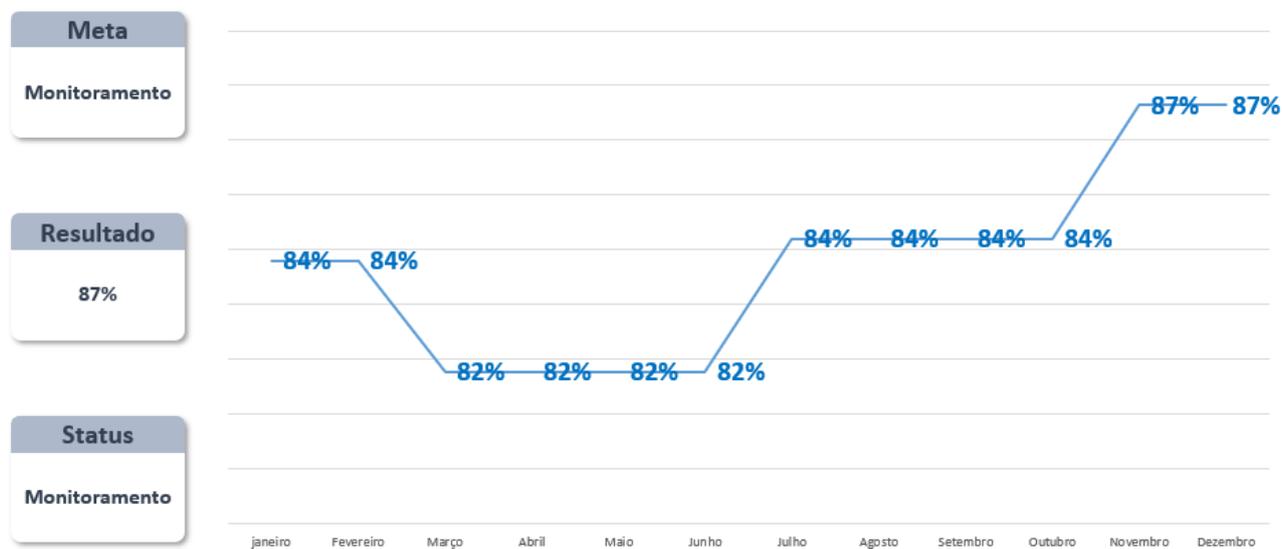
Análise dos resultados: Ao analisar os dados no decorrer do ano de 2021, evidenciou a importância de fortalecimento da cultura de segurança dentro do Hospital Regional do Gama, assim como o fortalecimento das boas práticas assistenciais para uma assistência segura.

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

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

Barreiras encontradas no ano de 2021 (problemática do indicador): Subnotificação dos eventos adversos (de agosto em diante tivemos aumento); Baixo engajamento dos profissionais para mudança de práticas; Falta de recursos materiais, estruturais e tecnológicos; Ausência de cultura de segurança; Cenário institucional instável e político e falta de RH no NQSP-HRG para maior atuação nas áreas assistenciais do HRG.

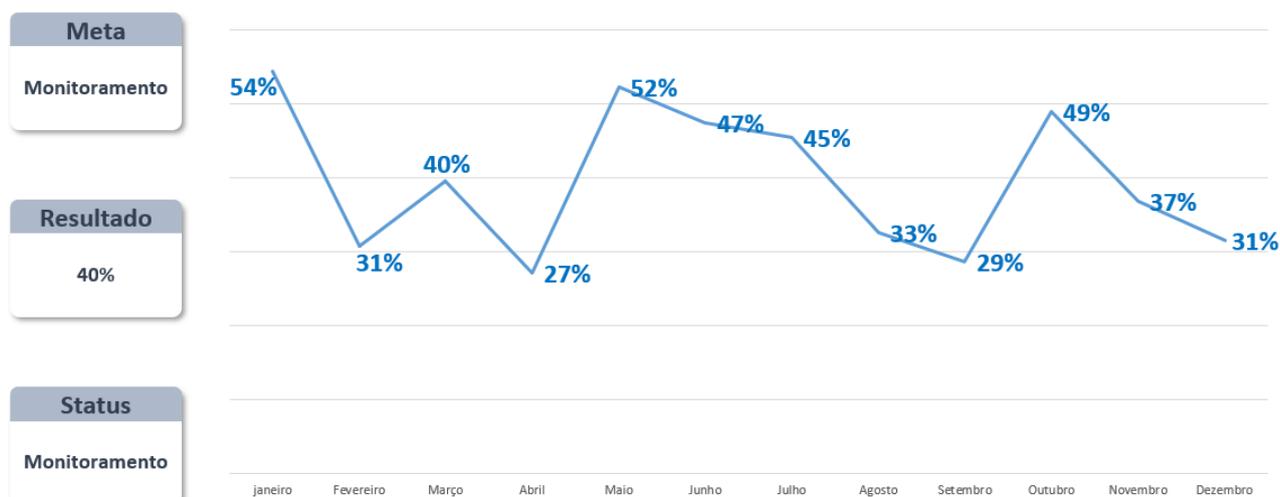
Indicador 40 - Percentagem de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada



Análise dos resultados: Considerando a meta de 100%, e a estabilidade dos dados, com média de 83,61%, justificamos a não expansão do serviço às demais unidades assistenciais do Hospital Regional do Gama (HRG), por enfrentamento de dificuldades com recursos humanos. Houve perda significativa de horas de auxiliares de farmácia em escala regular, 180 horas semanais advindas de aposentadorias, perda de 80 horas semanais de servidores adaptados ao Núcleo que retornaram para a Gerência de Enfermagem e bloqueio de 20 horas de servidor afastado para tratamento da própria saúde.

Em março deste ano o NFH/HRG trabalhou com 2552 horas regulares em escala e 149 horas de TPD para auxiliares, categoria composta por Analistas em GAPS, Técnicos em GAPS e Auxiliares de Enfermagem. Considerando o número total de leitos ativos do hospital, esses valores informam que, 1 (um) auxiliar atende 84,6 leitos, enquanto, conforme o MANUAL DE PARÂMETROS MÍNIMOS DA FORÇA DE TRABALHO PARA DIMENSIONAMENTO DA REDE – 1ª Ed. 2018, 1 (um) auxiliar de farmácia atenderia a 40 leitos.

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



Análise dos resultados: Os dados referentes ao ano de 2021 onde tivemos uma total de 3.362 registros na Rede de Ouvidorias direcionadas à Região de Saúde Sul.

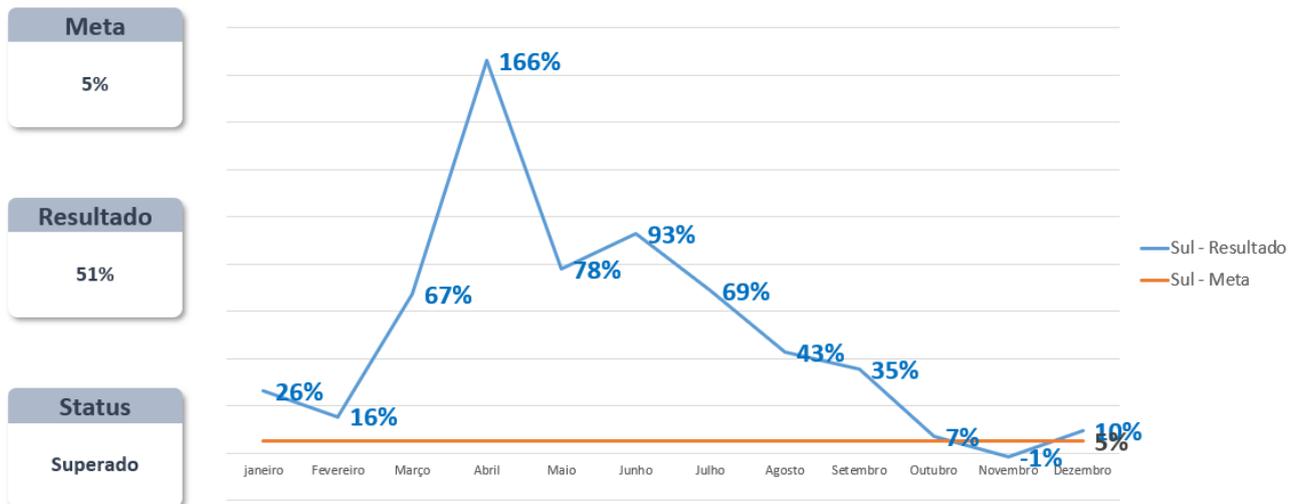
Quando as demandas são resolvidas, o setor de Ouvidoria entra em contato com o manifestante com objetivo de sensibilizá-lo sobre a importância de realizar a pesquisa de satisfação. Realizamos os contatos com o cidadão assim que a sua demanda retorna à Ouvidoria, fazendo envio de e-mails e contato via telefone, reforçando a orientação acerca da importância da realização da pesquisa de satisfação.

Referente aos processos de trabalho da Rede de Ouvidoria da Região de Saúde Sul, tivemos no ano de 2021, os seguintes percentuais

- Resolutividade: 39%
- Índice de Satisfação com o serviço de Ouvidoria: 68%
- Índice de Recomendação: 80%
- Satisfação com o Atendimento: 72%
- Satisfação com o Sistema: 81%
- Satisfação com a Resposta: 51%

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

Indicador 42 - Percentual faturado no tipo de financiamento MAC



Análise dos resultados: O tipo de financiamento MAC, se dá de acordo com a produção ambulatorial. No decorrer de abril, houve uma alta na produção dos ambulatórios de cardiologia, clínica médica, pneumologia e terapia ocupacional, o que ocasionou um pico no gráfico. Em novembro a baixa se deu devido ao alto índice de afastamentos legais dos profissionais em decorrência do Covid.

Indicador 43 - Percentual de desempenho da gestão de custos



Análise dos resultados: Durante o ano de 2021, foi possível enviar os dados tempestivamente. Apesar de alguns desses dados chegarem para o NGC com algum atraso, foram cumpridos os prazos de entrega para a avaliação junto à GEC - Gerência de Custos, a qual monitora o andamento do desempenho dos NGC's. A qualidade da informação melhorou, contudo, devido às limitações de uso dos dados, ainda poderia ter sido melhor nesse quesito. O resultado é fruto de um trabalho em parceria, que conta com o treinamento e apoio oferecidos pela ADMC (DGR), empenho da equipe do Núcleo de Gestão de Custos e conscientização dos servidores envolvidos, com a importância da alimentação dos sistemas com informações corretas e no prazo. O NGC do Hospital Regional do Gama, tem como objetivo atingir a meta de 100% estipulada e mensurada pelo IMD, que é avaliada pela Gerência de Custos. Essa meta é obtida quase todos os meses. Exemplo disso, é quando o setor recebe todos os dados necessários tais como, o recebimento da produção dos setores em dia; quando é possível localizar todas as notas fiscais que, ainda tem de serem pesquisadas no SEI; e demais relatórios tais como o de Transporte, que é enviado via e mail. Com todos esses dados recebidos, o NGC consegue realizar a entrega do serviço dentro do prazo e atinge uma pontuação de 100% no IMD. Na falta de um desses dados, o setor consegue sequer, fazer a alocação recíproca, que consiste na distribuição dos dados pelo sistema e conseqüentemente, a realização da aferição dos custos de cada setor. E isso, é fator causador de queda significativa da pontuação do setor.

Indicador 44 - Taxa de absenteísmo



Análise dos resultados: Observa-se que todos os quesitos analisados, exceto Atestado de comparecimento (c/comp) os dados obtidos nos meses de março e setembro foram superiores à média anual de 2021. Não obstante a subnotificação dos casos de COVID - 19 ao NSHMT - Gama; os meses de março e setembro confirmaram a criticidade dos dados tanto na procura de servidores sintomático a atendimento no NSHMT, quanto ao diagnóstico positivo para COVID, bem como a taxa de absenteísmo. A soma das horas contratadas de todos os servidores que registram biometricamente a frequência na Região Sul no ano de 2021 foi 4.833.577 horas e a carga horária ausente, ou seja, não utilizada em decorrência da quantidade mensal de horas ausentes e o percentual de absenteísmo, foi 747.467 horas, significa que o aproveitamento foi de 84,54%.

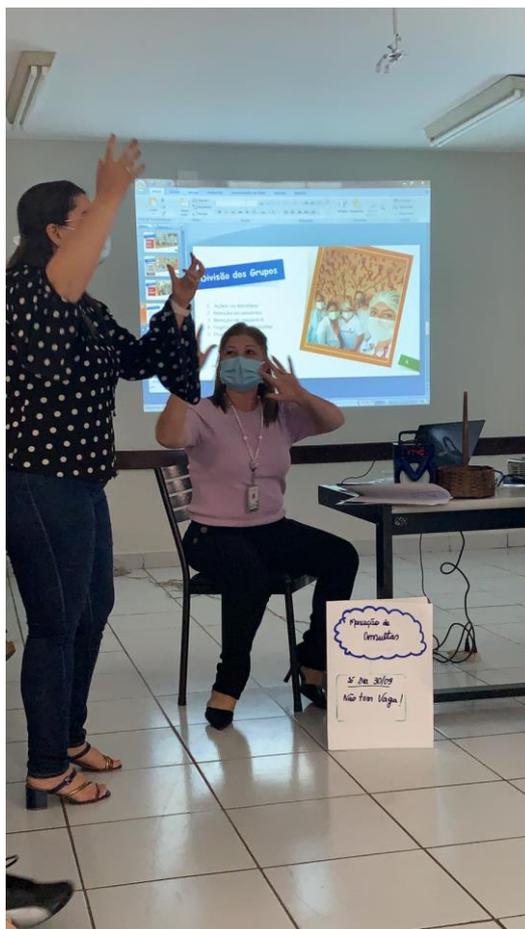
ANÁLISE DA METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DO AGR

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

A agenda de apresentação do resultados do 1º quadrimestre, foi realizado nesta região de saúde no dia 26 de junho de 2021, 2º quadrimestre no dia 29 de outubro de 2021 e o 3º quadrimestre em 22 de março de 2022, conforme processo SEI nº 00060-00244016/2021-41. Foi apresentado um painel de cada unidade, destacando os indicadores positivos e negativos e quais ações poderiam ser realizadas na tentativa de melhoria.

Foram realizados também na região, colegiados da Atenção Primária à Saúde com as GSAP's nos dias 07 de janeiro de 2021, 09 de fevereiro de 2021 e 05 de agosto de 2021. Além dos colegiados foi realizado um Fórum com 4 dias de duração nos dias 23, 26 e 31 de agosto e 1º de setembro 2021, a temática do fórum "O fortalecimento da Atenção Primária com base nos Indicadores de Gestão do AGR e Previne Brasil".





Além disso, foram realizadas reuniões pontuais com a presença dos agentes de planejamentos e áreas técnicas responsáveis pelos indicadores com o intuito de monitorar e analisar mensalmente os resultados apresentados.

CONCLUSÃO

A região sul, dentro das suas limitações, especialmente de recursos humanos no pronto socorro do Hospital Regional do Gama, cujo déficit excede mais de 1.000 horas semanais, gerando intensa sobrecarga de trabalho nos servidores e alto número de afastamentos relacionados saúde mental, alcançou resultados parcialmente satisfatórios através de mudanças de processos de trabalho (como os propostos pelo Projeto Lean nas Emergências – Proadi SUS – Sírio-Libanês). Todavia, percebemos muitos avanços em todas as áreas e indicadores porém, ainda há espaço para implementar ações para atingir melhores resultados.

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

Temos muito que agradecer a todos os profissionais da saúde que fizeram a diferença para amenizar os efeitos negativos da pandemia do COVID-19, arriscando suas próprias vidas (em perigo constante) para curar e salvar inúmeras outras.

Podemos concluir que as ações realizadas no ano de 2021, atenderam aos parâmetros e esperamos alcançar os objetivos traçados a médio e longo prazo a fim de atingirmos a tão esperada excelência.

**“Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende, e não há sucesso no que não se gerencia”
(William Edwards Deming)**

GESTORES ATUAIS

- **Superintendente** – Roberto dos Reis Ferreira Cortes
- **ASPLAN** – Adma Coelho dos Santos Migliavacca
- **Diretor Administrativo** – Diego Fernandes da Silva
- **Diretor Hospitalar** – Uadson Silva Barreto
- **Diretora da Atenção Secundária** – Halina Carvalho Alves
- **Diretora da Atenção Primária** – Regiane Costa Martins dos Reis
- **GPMA Hospitalares** – Daniela dos Anjos Minduri
- **GPMA Primária** – Raquel Gabriele Oliveira de Lima Souza
- **GPMA Secundária** – Adilene Ribeiro Nunes Silva

Brasília, 4 de maio de 2022.

ANEXO 1

STATUS DO PLANO DE AÇÃO

PLANO DE AÇÃO – AGR 2021

Indicador nº 11 – Tempo de Permanência em leito da na Unidade de Terapia Intensiva Adulto

Resultado: Diminuir tempo de permanência em leitos da UTI adulto

Ação (o que?)	Atividade da Ação (como?)	Responsável (Quem?)	Parceiro	STATUS	
Reduzir taxas de Infecção relacionadas a Assistência à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> * Confeccionar e aplicar bundles de prevenção de infecções de corrente sanguínea, ITU, PAV; * Realizar rounds multidisciplinares diários; * Realizar Educação permanente em saúde; * Elaborar protocolos assistenciais e capacitar servidores; 	<p>Supervisor de enfermagem</p> <p>Chefia UTI</p> <p>Equipe UTI</p>	<p>NCIH</p> <p>Alta Gestão</p> <p>NEPS</p>	EM EXECUÇÃO	
Garantir a presença na escala de um rotineiro MÉDICO e ENFERMEIRO	Melhorar a implementação e execução dos processos de forma horizontal, participação ativa nos rounds diários, monitorar as condutas clínicas para melhoria da qualidade e segurança da assistência e logo reduzir custos e tempo de internação.	<p>Supervisor de enfermagem</p> <p>Chefia Médica</p>	<p>Direção do Hospital</p> <p>GENF</p> <p>GACL</p>	FALTA ENFERMEIRO ROTINEIRO (Déficit de RH)	
Garantir medicamentos e insumos necessários na	* Estabelecer comunicação efetiva entre setores de apoio responsáveis por fornecer	<p>Supervisor de enfermagem</p> <p>Chefia UTI</p>	<p>Chefia Farmácia e Almojarifado</p>	MEDICAMENTOS E MATERIAIS NO MOMENTO ESTÃO REGULARES (Porém apresentam faltas)	

assistência	<p>medicamentos e insumos;</p> <p>* Realizar o fornecimento de insumos de forma regular (ANTIBIÓTICOS, SEDATIVOS, BLOQUEADORES, QUETIAPINA, MATERIAIS PARA PREVENÇÃO DE LESÕES (HIDROCOLÓIDE, HIDROPOLÍMEROS, FILMES TRANSPARENTES ESTÉREIS, CAPOTES, ÁLCOOL, SWABS COM ÁLCOOL E OUTROS)</p>	Equipe UTI		esporadicamente)	
Reduzir tempo de permanência do paciente em VM	<p>Elaborar protocolo de desmame da VM;</p> <p>Avaliar diariamente a necessidade de permanência na VM</p> <p>Realizar despertar diário;</p> <p>Utilizar o método da VNI nas extubações programadas.</p>	<p>Chefia UTI</p> <p>Coordenador da fisioterapia</p>	-	EM EXECUÇÃO	
Otimizar assistência cirúrgica especializada contínua	<p>Estabelecer rotina de avaliação diária aos pacientes cirúrgicos;</p> <p>Agilizar respostas de pareceres especializados (Ex. CONFECÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA)</p>	<p>Chefia da equipe cirúrgica</p> <p>GACIR</p>	<p>Chefia de equipe,</p> <p>Chefias de Clínicas e Ambulatório</p>	EM EXECUÇÃO	
Garantir/agilizar a realização de exames solicitados	<p>Gerenciar prioridades nos exames;</p> <p>Manter equipamentos em funcionamento</p>	<p>Chefias radiologia/ endoscopia/ laboratório/ ecocardio e</p>	GAMAD	<p>FALTA DE TOMOGRAFIA COM CONTRASTE;</p> <p>DIFICULDADE PRA REALIZAR</p>	

	para realização dos exames.	outros		ECOCARDIOGRAMA NO HOSPITAL;	
Reduzir tempo de permanência do paciente após alta da UTI	<p>Gerenciar os leitos disponíveis nas unidades de internação e priorizar os leitos para o paciente da UTI;</p> <p>Agilizar junto ao hospital de origem a retirada do paciente da UTI que encontra-se de alta;</p> <p>Melhorar a disponibilidade de vagas para pacientes dialíticos;</p>	Núcleo de Gestão de Leitos	Chefias das Unidades de Internação	AINDA PERSISTE A DEMORA DE LIBERAR O LEITO APÓS A ALTA - demora de resgate dos mesmos por outras regionais; demora na liberação de vaga dialítica; demora no processo de HOME CARE.	
Criar unidade Semi Intensiva no hospital para pacientes crônicos sem possibilidade de alta hospitalar;	<p>Estabelecer local apropriado para criação de Semi Intensiva;</p> <p>Adquirir equipamentos necessários;</p> <p>Garantir equipe assistencial</p>	<p>SES</p> <p>Superintendência</p> <p>Direção do Hospital</p> <p>Gerencias</p>	-	PROPOSTA SEM PREVISÃO.	

PLANO DE AÇÃO AGR 2021 DIRASE

INDICADOR	AÇÃO	STATUS
23 - Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial).	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Promover o alinhamento conceitual sobre os procedimentos com as equipes e uniformizar os registros e as rotinas de lançamento nos sistemas de informação. 2 - Informatizar os CAPS e implantar prontuário eletrônico, buscando integração entre o Sistema TrakCare e o RAAS. 3 - Definir Rol de dados mínimos para cada serviço ou procedimento realizados. 4 - Realizar alinhamento conceitual de formulários, procedimentos. 5 - Capacitar os NCAIS/DIRASE como multiplicadores (rotina) 	
24 - Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Básica.	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Organizar agenda de disponibilidade/logística de transporte para práticas clínicas territoriais (inclusive para asações de matriciamento). 2 - Promover alinhamento conceitual das ações de matriciamento com as equipes de CAPS e APS, ampliando para as modalidades de matriciamento possíveis realizadas pela equipe multiprofissional. 	
25 - Percentual de consultas de primeira vez de cardiologia.	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Realizar matriciamento dos profissionais da APS/AASE no Protocolo de Hipertensão. 2 - Estabelecer o fluxo de retorno dos pacientes em atendimento na Atenção Secundária para o acompanhamento nas equipes de referência (contra referência) na APS. 3 - Realizar a estratificação de risco dos pacientes em acompanhamento na Atenção Secundária para a elaboração do plano de cuidado e contra referência para a APS (incluído pela ARAS). 	
26 - Percentual de consultas de primeira vez de endocrinologia.	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Realizar matriciamento dos profissionais da APS/AASE no Protocolo de Diabetes. 2 - Estabelecer o fluxo de retorno dos pacientes em atendimento na Atenção Secundária para o acompanhamento nas equipes de referência (contra referência) na APS. 3 - Realizar a estratificação de risco dos pacientes em acompanhamento na Atenção Secundária para a elaboração do plano de cuidado e contra referência para a APS. 	
35 - Índice de fechamento de chave.	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Treinar os profissionais quanto ao fechamento de chave com monitoramento dos registros. 2 - Realizar ações para aproximar a gerência de regulação da Região com os demais níveis de atenção, como GIR e GSAS, para melhorar a gestão da agenda dos profissionais e reduzir os casos de absenteísmo relacionados aos profissionais, ajustando processos internos, como reinserção dos usuários em agendas, entre outros. 3 - Realizar ações para dar mais transparência aos serviços regulados nas unidades. 4 - Publicar documentação que defina mais claramente os fluxos, processos e papéis de cada ator envolvido no processo de regulação. 5 - Inserir na página inicial do SISREG o que é regulado em cada Região por panorama, bem como disponibilizar outros avisos importantes e orientações CRDF. 	
36 - Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária.	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Identificar as causas de absenteísmo às consultas. 2 - A partir do diagnóstico sobre os fatores que causam absenteísmo dos usuários, definir estratégias, no âmbito da Região, para reverter os dificultadores e fomentar a revisão das estratégias de oferta de vagas, se aplicável no panorama II. 	
38 - Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Criar grupo de trabalho composto por GEO, Regiões, RTD e DICS para identificar os nós críticos relacionados ao faturamento e produção de odontologia, visando a permanência da habilitação do serviço e melhoria da produção. 2 - Estruturar a regulação de todas as especialidades odontológicas da Região, mesmo que não haja profissional especialista na Região. 3 - Monitorar a relação demanda x oferta, com a proposição de estratégia de ajuste, com qualificação da fila de espera. 	
42 - Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Manter atualizado o cadastro CNES. 2 - Correção dos relatórios de rejeição do SIA e SIH Região. 3 - Sensibilizar as equipes técnicas quanto à importância do lançamento correto nos sistemas de informações. 	
43 - Percentual de desempenho de gestão de custos	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Realizar ações para sensibilizar os diretores administrativos quanto à importância de as notas fiscais chegarem ao setor de custos em tempo hábil. 2 - Cumprir o prazo de lançamento de dados no sistema Apurasus Região. 3 - Atender os requisitos mínimos de pessoal disposto na portaria nº 965, de 23 de dezembro de 2020. 	

ANEXO 2

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

IMPACTO

Através do indicador é possível identificar áreas que estão com baixa cobertura vacinal; promover ações nas Unidades Básicas de Saúde, nas escolas e comunidades; busca ativa de faltosos; promover campanhas de atualização de cartão e aumentar intensificação de avaliação do cartão vacinal.

AÇÕES REALIZADAS E EM ANDAMENTO

Estão sendo planejadas ações de intervenção nas escolas (atualização de cartão) juntamente com as salas de vacina (ações educativas com a equipe e busca ativa de faltosos) com o objetivo de promover a melhoria do indicador.

SUGESTÕES DE SOLUÇÃO

Devido demora na migração do sistema ESUS para o SI-PNI não está sendo possível gerar o indicador. Sugerimos que possa ser utilizado a fonte de dados do SI-PNI.

ANEXO 3

Problemática do indicador: Taxa de Prevalência de Notificação de Violência

IMPACTO

A violência é um problema de saúde pública e sua notificação é fundamental para a vigilância epidemiológica e para a definição de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde.

AÇÕES REALIZADAS E EM ANDAMENTO

Antes da pandemia causada pela COVID-19, o NUPAV já havia realizado o matriciamento junto às Equipes da Atenção Primária. Assim como, palestras educativas/orientações à rede intersetorial que envolve os demais setores com interface nesta atenção: escolas, Conselhos Tutelares, MP, TJ. Temos como proposta a partir desse ano, a retomada do matriciamento junto às Equipes de Atenção Primária e também as atividades com a rede intersetorial.

SUGESTÕES DE SOLUÇÃO

A fim de dar continuidade ao matriciamento na rede intrasetorial é necessário um maior engajamento dos profissionais das UBS em notificar os casos suspeitos de violência. Portanto, é importante a liberação desses profissionais para um momento de capacitação; investimento na área de informática com equipamentos e internet de qualidade. Importante também para o desenvolvimento do nosso trabalho na rede como um todo é a liberação de mais um profissional de 40 horas e um transporte para o deslocamento da equipe do NUPAV.

ANEXO 4

Problemática do indicador: Indicador 25 Percentual de consultas de cardiologia

IMPACTO

Ampliar o acesso aos usuários e diminuir o tempo de espera na regulação.

AÇÕES REALIZADAS E EM ANDAMENTO

Solicitar a diretoria do HRG lotação/ou cessão de horas de profissionais da cardiologia para Policlínica/GSAS1 de no mínimo 40 horas semanais a mais.

SUGESTÕES DE SOLUÇÃO

Implantação da Planificação na Região Contratação de cardiologista para suprir a necessidade do serviço.