SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
REGIÃO DE SAÚDE OESTE – SRSOE

RELATÓRIO

ANALÍTICO-DESCRITIVO

AGR

REGIÃO OESTE

2021

Sumário

INTRODUÇÃO 3

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS 4

ANÁLISE POR INDICADOR 7

ANÁLISE DA METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DO AGR 32

CONCLUSÃO 33

GESTORES ATUAIS 34

ANEXO 1 35

STATUS DO PLANO DE AÇÃO 35

ANEXO 2 38

ANEXO 3 39

INTRODUÇÃO

O Acordo de Gestão Regional (AGR) referente ao ano de 2021 corresponde a celebração do AGR's ao final de 2019, vigente de 2020 a 2023 e a operacionalização do Programa de Gestão Regional em Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal em conformidade ao Decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016. Os acordos são construídos a partir da contribuição das subsecretarias da administração central, das Regiões de Saúde e das Unidades de Referência Distritais, fundamentadas nas diretrizes do Plano Distrital de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde para fortalecer a gestão orientada por resultados, o planejamento, monitoramento do desempenho e avaliações dos processos organizacionais.

O presente relatório contém os dados coletados ao longo do ano de 2021 na Região de Saúde Oeste e apresenta a descrição dos resultados dos indicadores, assim como suas respectivas análises.

INDICADORES PACTUADOS X RESULTADOS

REGIÃO OESTE					
ITEM	**TEMA**	INDICADOR	META	RESULTADO	**STATUS**
1	REDE CEGONHA	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	10,92	16,21	Razoável
2	REDE CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	100%	91%	Satisfatório
3	REDE CEGONHA	Proporção de óbitos maternos investigados	80%	67%	Satisfatório
4	REDE CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	85%	83%	Satisfatório
5	REDE CEGONHA	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade.	100%	25,00%	Crítico
6	REDE CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência Hospital Regional de Ceilândia - HRC	Monitoramento	62%	Monitoramento
6.1	REDE CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência Hospital Regional de Brazlândia - HRBZ	Monitoramento	51%	Monitoramento
7	RUE	Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas	20%	59%	Crítico
8	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	48%	8,1%	Superado
9	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	22%	14%	Superado
10	RUE	Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas - HRC	15%	14%	Superado
10.1	RUE	Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas - HRBZ	15%	9%	Superado
11	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Geral - HRC	10	16,5	Razoável
11.1	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Geral - HRBZ	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
12	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica - HRC	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
12.1	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica - HRBZ	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
13	RUE	Média de Permanência Geral - HRC	5	4,9	Superado
13.1	RUE	Média de Permanência Geral - HRBZ	5	6,6	Razoável
14	RUE	Média de permanência em leitos de clínica médica - HRC	Monitoramento	10,9	Monitoramento
14.1	RUE	Média de permanência em leitos de clínica médica - HRBZ	Monitoramento	18,7	Monitoramento
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica - HRC	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
15.1	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Adulto Cirúrgica - HRBZ	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
16	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica - HRC	Monitoramento	94%	Monitoramento
16.1	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica - HRBZ	Monitoramento	92%	Monitoramento
17	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais - HRC	Monitoramento	85%	Monitoramento
17.1	RUE	Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais - HRBZ	Monitoramento	62%	Monitoramento
18	RUE	Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite)	Monitoramento	60%	Monitoramento
19	RUE	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa	Monitoramento	4,19	Monitoramento
20	RUE	Taxa de Prevalência de Notificação de Violência	Monitoramento	16,69	Monitoramento
21	RUE	Taxa de mortalidade por acidentes	Monitoramento	0,46	Monitoramento
22	PCD E POPULAÇÃO VULNERÁVEL	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.	95%	96%	Superado
23	PSICOSSOCIAL	Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial). CAPS I BRAZLÂNDIA	250	502	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 III CEILÂNDIA	250	1.369	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%	36%	Superado
26	DCNT	Percentual de consultas de endocrinologia	25%	14%	Razoável
27	DCNT	Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis	Monitoramento	20%	Monitoramento
28	DCNT	Taxa de internações relacionadas a Diabetes Mellitus e suas complicações	Monitoramento	0,28	Monitoramento
29	DCNT	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações na faixa etária de 18 anos a mais.	Monitoramento	0,22	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%	12%	Superado
32	DCNT	Percentual mensal de desfecho de "alta" do SAD	10%	3%	Parcial
33	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação na Região.	100%	100%	Satisfatório
34	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados	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 (panomaras I e II) no âmbito da Atenção Secundária	30%	21%	Superado
37	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	90%	89%	Satisfatório
38	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada	Monitoramento	47,80%	Monitoramento
39	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente	Monitoramento	184	Monitoramento
40	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentagem de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	Monitoramento	31%	Monitoramento
41	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF	Monitoramento	56%	Monitoramento
42	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5,00%	17%	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	10,00%	Monitoramento

QUADRO RESUMIDO:

Cor	Métrica	Quantidade	%*
Superado	Superado - Acima de 100% da meta	12	43%
Satisfatório	Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta	9	32%
Razoável	Razoável - Entre 75% e 50% da meta	4	14%
Parcial	Parcial - Entre 50% e 25% da meta	1	4%
Crítico	Crítico - Abaixo de 25% da meta	2	7%
		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

Meta

10,92

Resultado

16,21

Status

Razoável

Análise dos resultados: verificamos que não houve queda do indicador, pois reflete o período que antecede os dados, visto que o período de pré-natal compreende aproximadamente 9 meses. Considerando ainda a barreira de acesso durante os períodos de pico do COVID: março, agosto e setembro, ajuizamos que a Região de Saúde, possui aproximadamente 90% da população dependente do Sistema Único de Saúde – SUS e uma taxa de cobertura abaixo dos 60%. Todos os aspectos supracitados interferem na qualidade da assistência justificando os dados. Contemplando a gravidade da Sífilis Congênita onde é possível evitá-la com a melhoria da assistência pré-natal, a região de saúde, iniciou em de setembro de 2021 a execução do Plano de Ação elaborado pela Gerência de Áreas Programática de Atenção Primárias em Saúde - GAPAPS, Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização - NVEPI e Gerência de Planejamento e Monitoramento e Avaliação – GPMA, Oeste onde ocorre o matriciamento in-loco das Equipes de Estratégias de Saúde das Familias – ESFs, afim de sensibilizar os profissionais e atualizar os protocolos vigentes, bem com melhorar a comunicação entre os níveis de atenção.

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

Meta

100%

Resultado

91%

Status

Satisfatório

Análise dos resultados: o processo de atividade do comitê materno infantil, possui carga horária protegida dos profissionais, porém o absenteísmo contribui diretamente a qualidade do serviço. A conclusão da investigação de um óbito compreende: investigações no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar, a realização de biópsias e necropsias, discussões e esclarecimento diagnósticos com especialistas, entre outros fatores. O não alcance da meta desde o mês de setembro ocorreu pelo baixo retorno das investigações domiciliares, ocasionado pela dificuldade de transporte as visitas domiciliares ficam prejudicadas, o absenteísmo dos profissionais da Atenção Primária em Saúde – APS e setor envolvido; fatores externos também influenciam nessa investigação como por exemplo o prazo dos cartórios enviarem as Declarações de Óbito - DO a Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde – GIASS onde possa perdurar até quatro mês, desta forma interfere em atraso nas investigações. Outro fator que contribui para o atraso da conclusão das investigações é a mudança da dinâmica das reuniões com o comitê central, de caráter semanal.

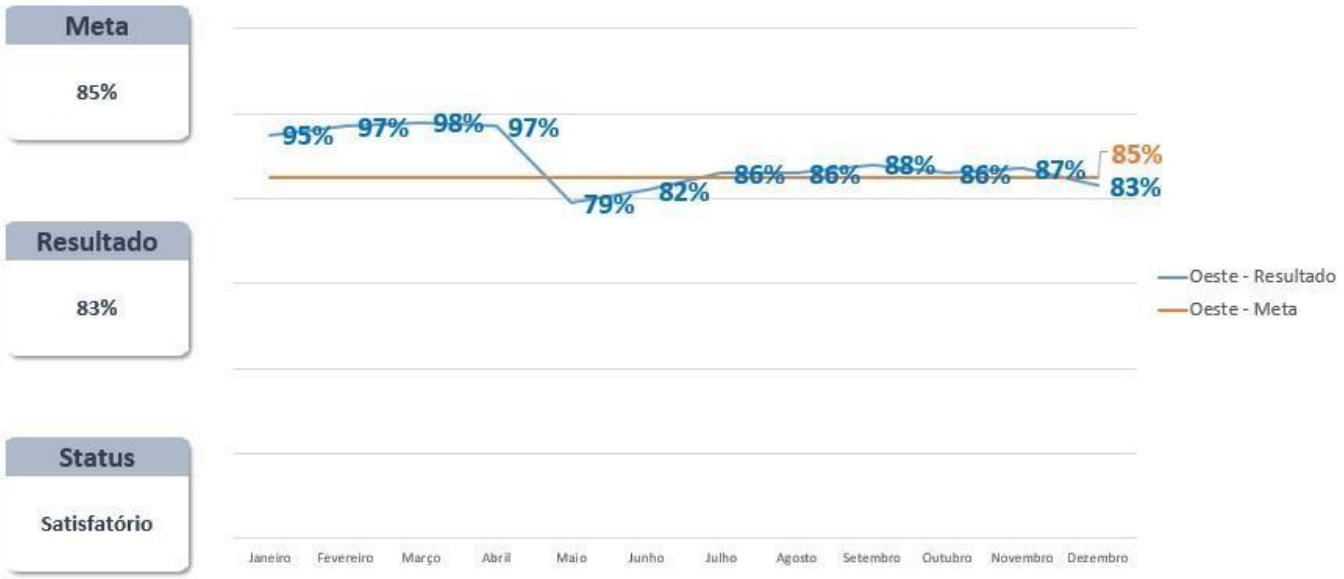
Indicador 3 - Proporção de óbitos maternos investigados

Obs: Os dados em branco referem-se à ausência de óbitos maternos

Análise dos resultados: As investigações dos óbitos maternos são complexas, por este motivo, ocorre um atraso maior para a conclusão. A arremate da investigação desses óbitos apenas ocorre após apresentação e discussão de cada caso junto ao comitê central de investigação de óbitos materno-infantis do Distrito Federal e câmara técnica de gineco-obstetrícia da Secretária de Estado e Saúde – SES. A descoberta de alguns óbitos maternos após a investigação das Mulheres em Idade Fértil, fora do tempo oportuno, também favorece o atraso da conclusão da investigação de tais óbitos.

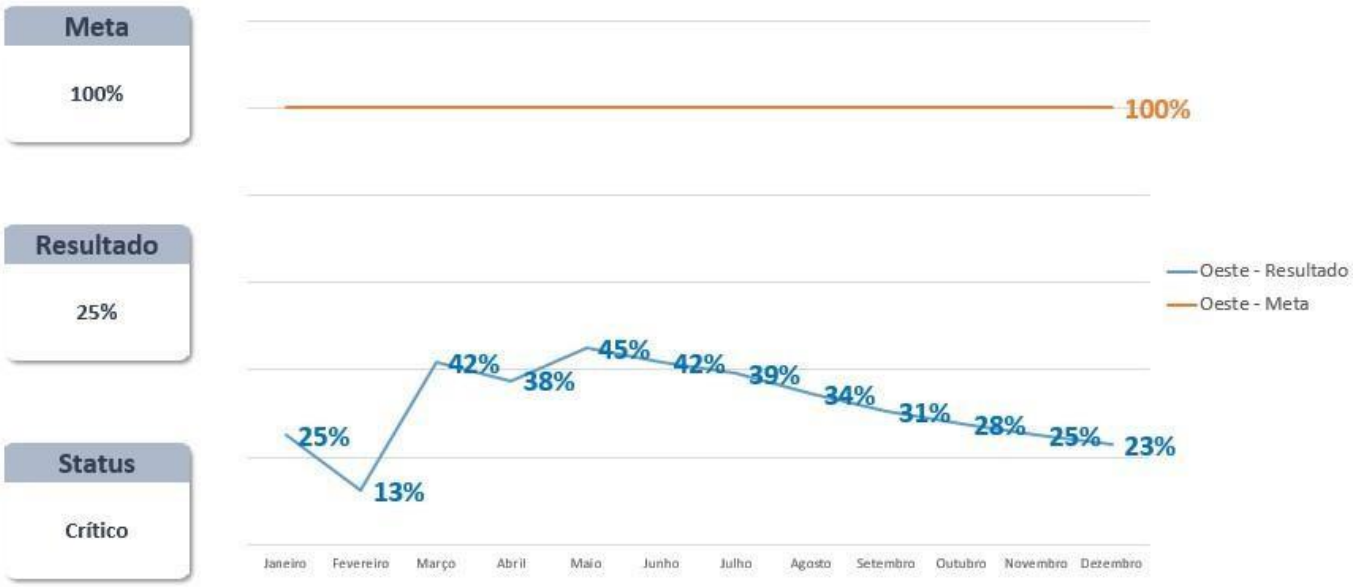
O baixo retorno das investigações domiciliares, ocorre pela dificuldade de transporte para as visitas domiciliares, o alto absenteísmo dos profissionais responsáveis e as mudanças da dinâmica das reuniões com o comitê central.

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



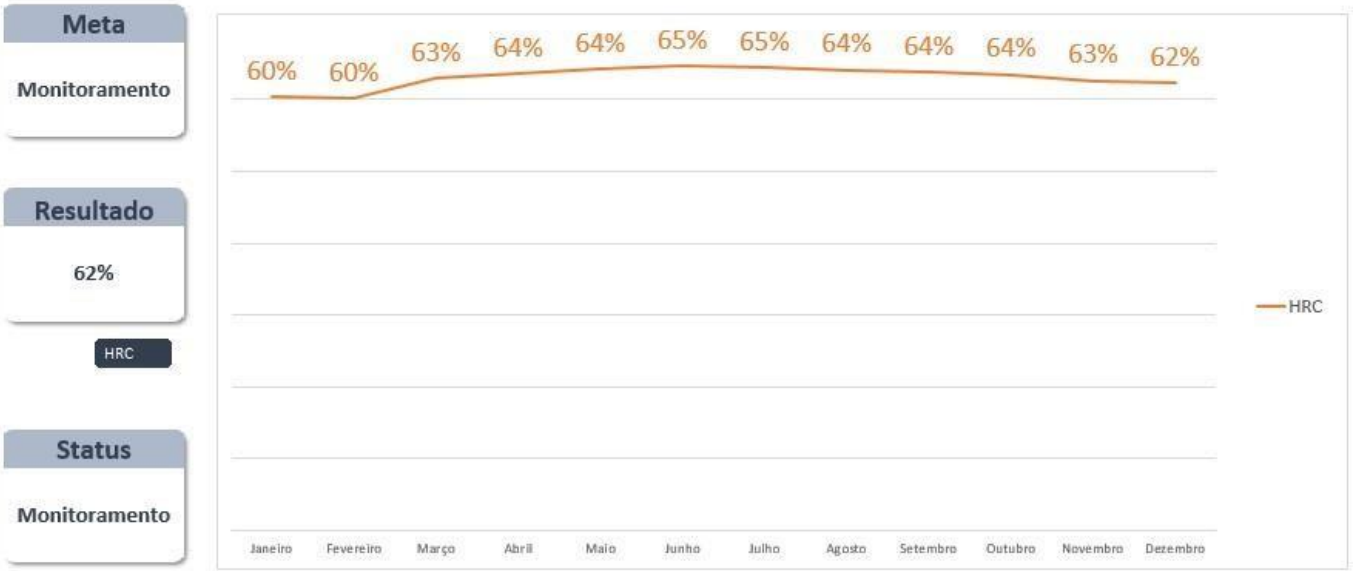
Análise dos resultados: no mês de dezembro, diante à dificuldade das investigações no âmbito domiciliares, ocorreu pelo absenteísmo dos profissionais responsáveis e a locomoção para as visitas presenciais, visto ainda o gerenciamento das declarações de óbitos emitidas pelos cartórios, assim como as discussões clínicos pelo comitê de óbito.

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



Análise dos resultados: Desde o início da pandemia houve uma diminuição na procura dos serviços de imunização. Além disso, a vacinação contra a Novo Corona vírus, impactou diretamente no calendário vacinal da região, por termos uma alta demanda para vacinação da campanha de COVID 19. Em alguns períodos houve a necessidade redimensionar os serviços de vacinação para a campanha, afim de assegurar a cobertura vacinal contra COVID. Ademais, conclui-se que os dados são provisórios tendo em vista que demoram até 90 dias para migrar ao Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização – SIPNI. Vale ressaltar que foi identificado falha na migração dos dados do ESUS AB ao SI PNI Web, sendo este último o sistema oficial para cálculo da cobertura vacinal.

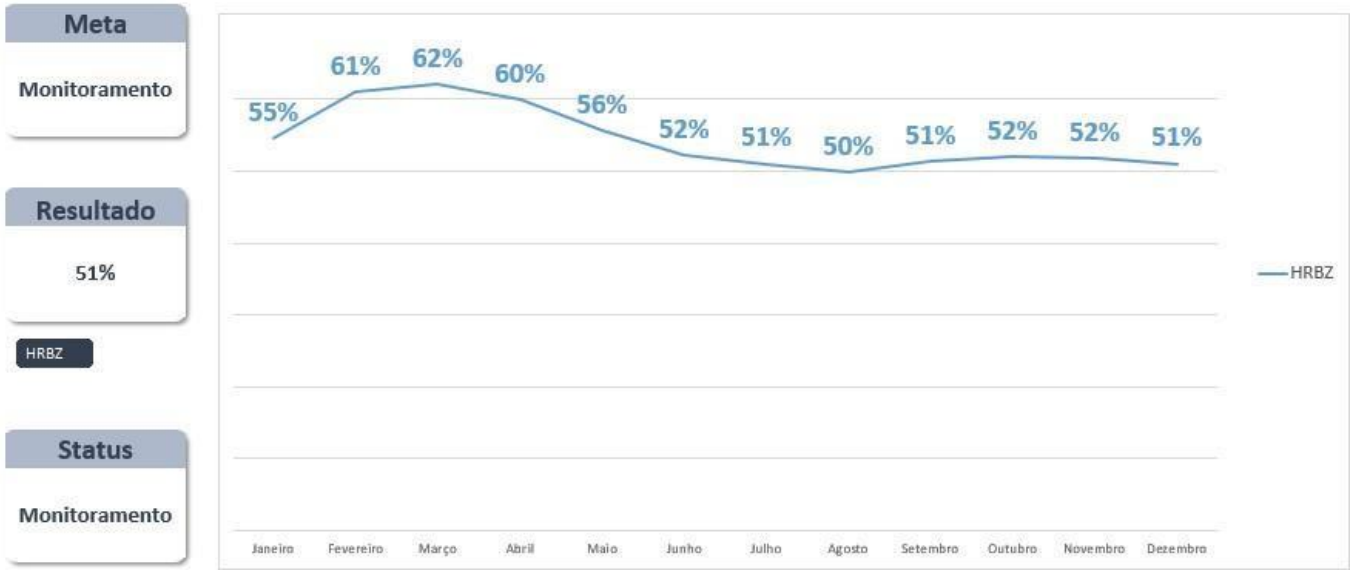
Indicador 6 - Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) HRC



Análise dos resultados: **a proporção de 62% de parto normais no HRC em ano de 2021**. Ao se considerar dados obtidos em 2019, houve 69% de partos normais e 65,7% em 2020, ano marcado pelo estado pandemico ocasionado pelo SAR-Cov-2, vislumbramos que o indicador apresenta declínio de 3,3% entre o periodo e justificado pelo hospital ser referência ao tratamento de sintomáticos respiratórios.

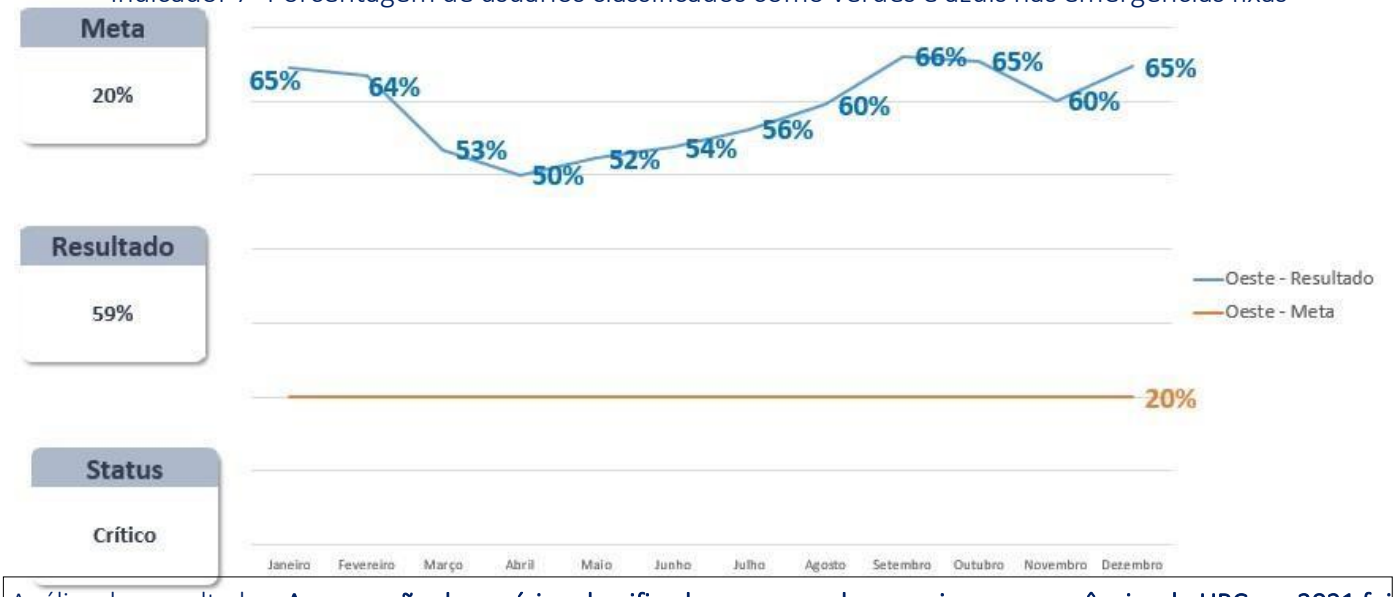
Vale ressaltar que atualmente o HRC é referência a gestação de alto risco. Nos últimos três anos, observou-se média de 69% de partos normais em 2019, ano em que não havia pandemia ocasionada pelo SARS-Cov-2. No ano de 2020, a média registrada foi de 65,7%, evidenciando uma queda de 3,3% no percentual do indicador com relação a 2019 pela ocorrência da pandemia, ações de saúde voltadas ao enfrentamento da doença e redução de serviços da APS. Devemos ainda considerar que o HRC é referência para maternidade de alto risco, não apenas da Região Oeste, mas também da região do entorno que procura este hospital. Em 2021, a média foi de 63% de partos normais, com queda de 2,7% no percentual do indicador. A área técnica do centro obstétrico relaciona a diminuição da taxa do indicador às consequências da pandemia, tais como a realização e a qualidade do pré-natal devido aos esforços de saúde estarem voltados ao combate da doença. A nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas a redução de mortalidade materna e neonatal, além de representar um custo adicional significativo para sistemas de saúde já sobrecarregados. Entretanto, há poucos estudos sobre a morbidade relacionada ao procedimento e riscos para a segurança do paciente. Dessa forma, foi proposto no plano de ação para redução de cirurgias cesarianas a qualificação dos processos assistenciais); humanização da assistência ao parto e ao nascimento e melhoria da ambiência das unidades materno-infantis.

Indicador 6.1 - Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) HRBZ



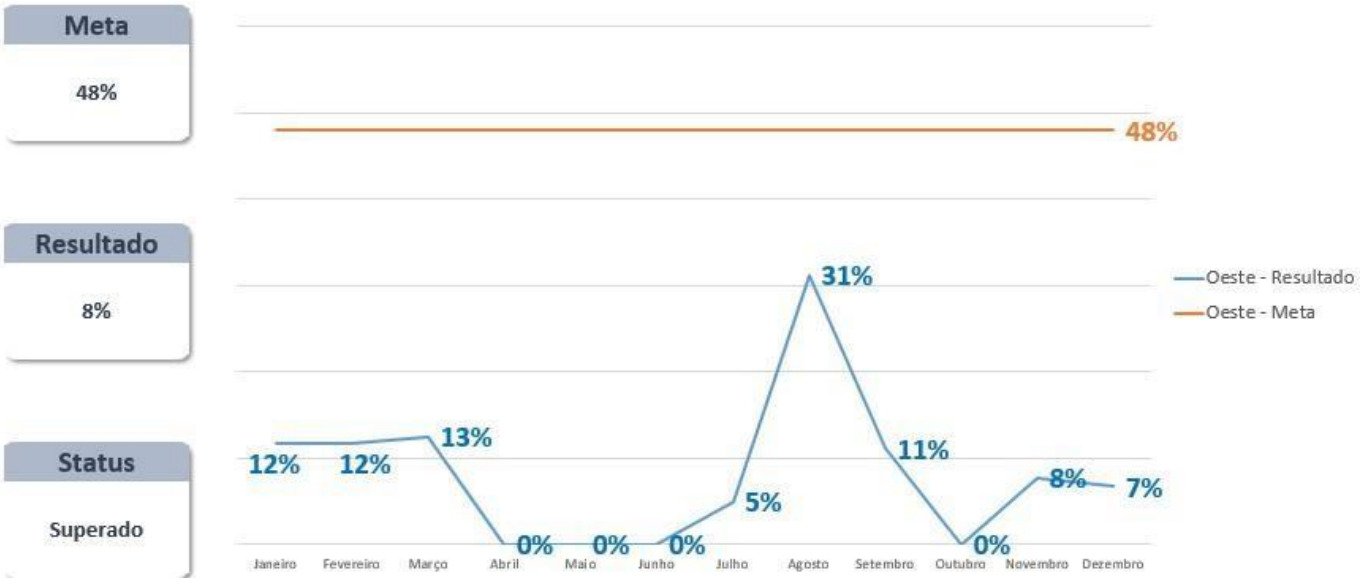
Análise dos resultados: Observou-se entre os meses de julho e dezembro de 2021 a redução de 10% no percentual do indicador. Motivo para queda no número de partos normais pode ser a qualidade da assistência ao Pré-Natal prejudicada em 2021 pelas elevadas taxas de absenteísmo nas Unidades Básicas de Saúde e uma grande barreira de acesso aos usuários, mesmo as gestantes. Ausência de acompanhamento integral à gestante no pré-natal, conduta médica, condição clínica de alguns pacientes e déficit de médico neonatologista, foram fatores que impactaram o quantitativo de partos cirúrgicos realizados na unidade em 2021, porém ações como humanização da assistência ao parto e ao nascimento; 120 horas de enfermeiros obstetras alocadas no pronto socorro; reuniões frequentes, incluindo banco de leite humano e nutrição para adequação de condutas inerentes à amamentação e ao parto, foram ações realizadas em 2021. Para 2022, está sendo construído, através de plano de ação, alternativas visando ampliar o número de nascidos vivos por parto normal na unidade, além da melhoria no serviço prestado.

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



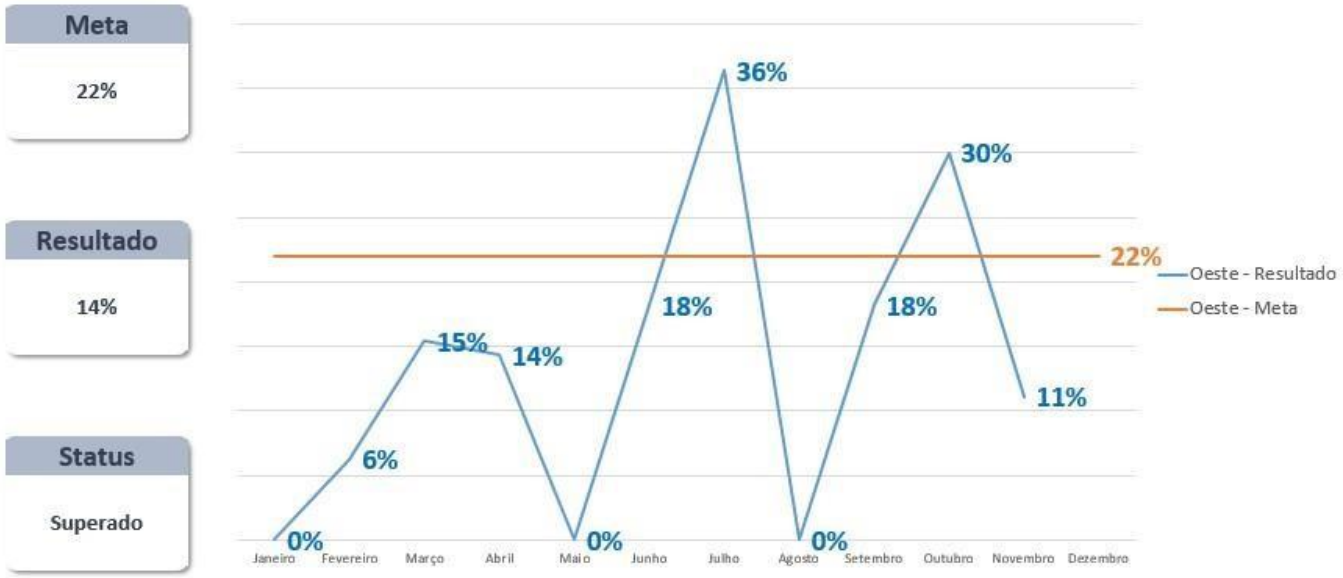
Análise dos resultados: **A proporção de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências do HRC em 2021 foi de 62,91% e no HRBZ 48,23%**. Ao longo de 2021, observou-se baixa cobertura das ESFs e equipes inconsistidas na região, o que impacta diretamente no perfil dos pacientes que procuram as emergências, pois os mesmos referem não encontrar atendimento na UBS. Em consonância a este cenário, as UBS precisaram atender casos leves e moderados de COVID, comprometendo o atendimento aos ciclos de vida e contribuindo para o não reconhecimento da UBS como porta de entrada. Ressalta-se, que as especialidades de ortopedia e pediatria são as que mais contribuem para esse indicador com proporção de 28,52% e 24,18% respectivamente, e, para a pediatria, foi organizada uma rota rápida para assistir os usuários que buscam a emergência.

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



Análise dos resultados: **Após internação por IAM na Região Saúde Oeste, o risco de óbito foi de 8% em 2021 (HRC: 6,3%).** Não houve diferença percentual com relação ao ano anterior (2020 o risco foi de 8%). Observa-se na literatura que serviços com taxas de mortalidade menores realizam o diagnóstico precoce, possuem protocolos internos de atendimento e linha de cuidado em rede bem estabelecidos com disponibilidade de leitos de terapia intensiva assim como equipe especializada para o tratamento do IAM. No HRC foram realizados treinamentos em situações de emergência, entretanto, é necessário fortalecer os protocolos e os serviços de urgência e emergência; ampliar o acesso a unidades de terapia intensiva coronariana e investimento constante em educação continuada e ampliação de acesso na APS para ações preventivas.

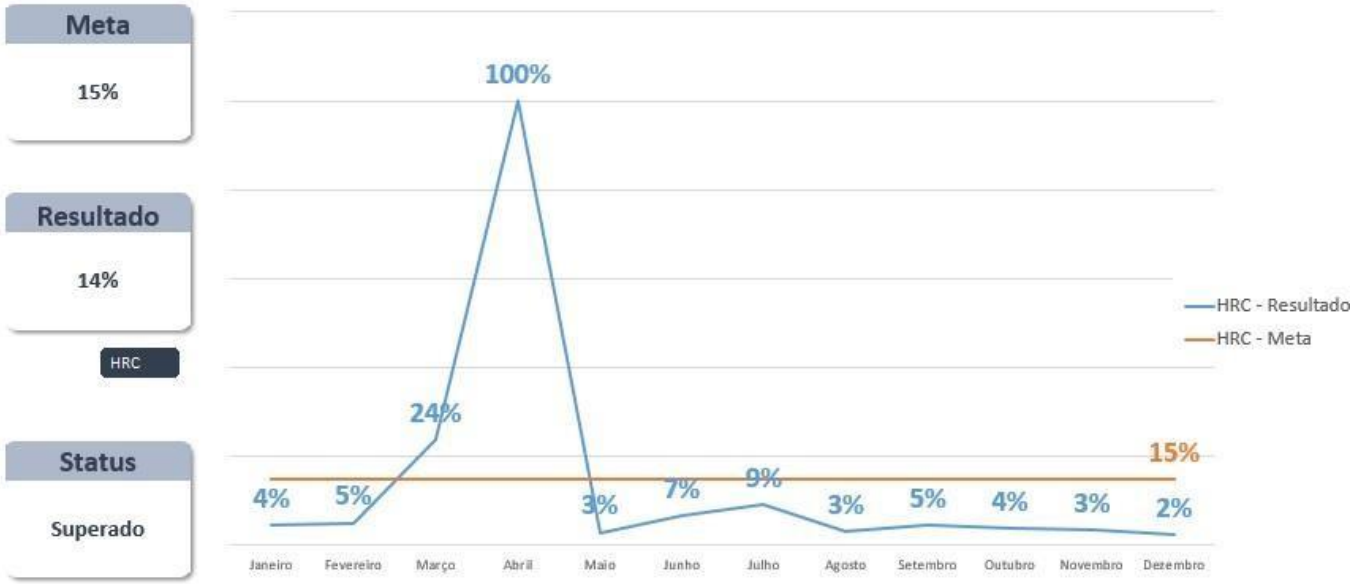
Indicador 9 - Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)



Obs: O dado em branco refere-se à indisponibilidade do sistema de apuração.

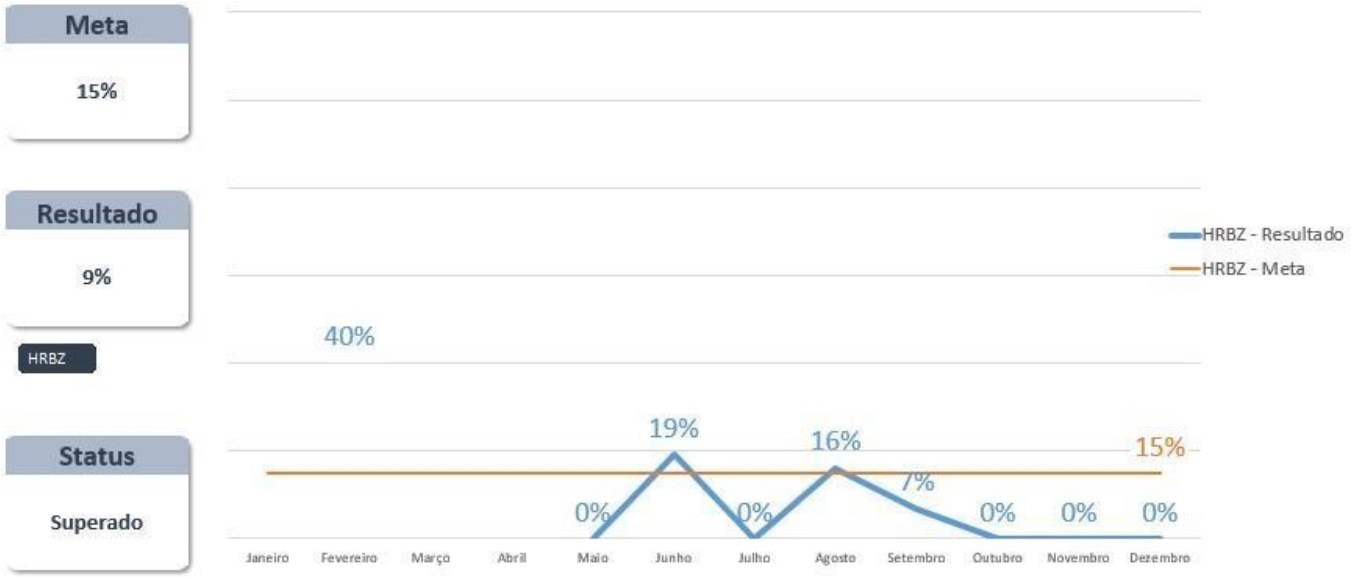
Análise dos resultados: **Após internação por AVE na Região de Saúde Oeste, o risco de óbito foi de 14% em 2021 (HRC: 22%).** Com relação ao ano anterior, houve aumento de 4% com relação a 2020. Observa-se a necessidade de fortalecer os protocolos internos, qualificar os serviços de urgência e emergência e a rede para referenciamento; ampliar o acesso a unidades de terapia intensiva e investir constantemente em educação continuada e na equipe multidisciplinar para reabilitação de pacientes pós-AVE. Para além das ações na internação, é importante ampliar as ações de prevenção, assim como o acesso à APS qualificada a fim de se atuar nos fatores de risco associados ao AVE e de políticas públicas.

Indicador 10 - Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas - HRC



Análise dos resultados: **A taxa de suspensão de cirurgias no HRC foi de 14% em 2021**. No primeiro semestre houve suspensão temporária de procedimentos eletivos devido à sobrecarga do sistema de saúde com os casos hospitalizados devido a COVID-19 e normalização a partir de agosto de 2021. Observou-se que a principal causa de suspensão de cirurgias foi decorrente da falta de condição clínica do paciente para ser operado e houve redução de 2% no cancelamento de cirurgias comparado com 2020, que também foi um ano de pandemia. O monitoramento desse indicador pode auxiliar a área no mapeamento de processo e planejamento para redução das principais causas de suspensão de cirurgias para melhorar a segurança do paciente.

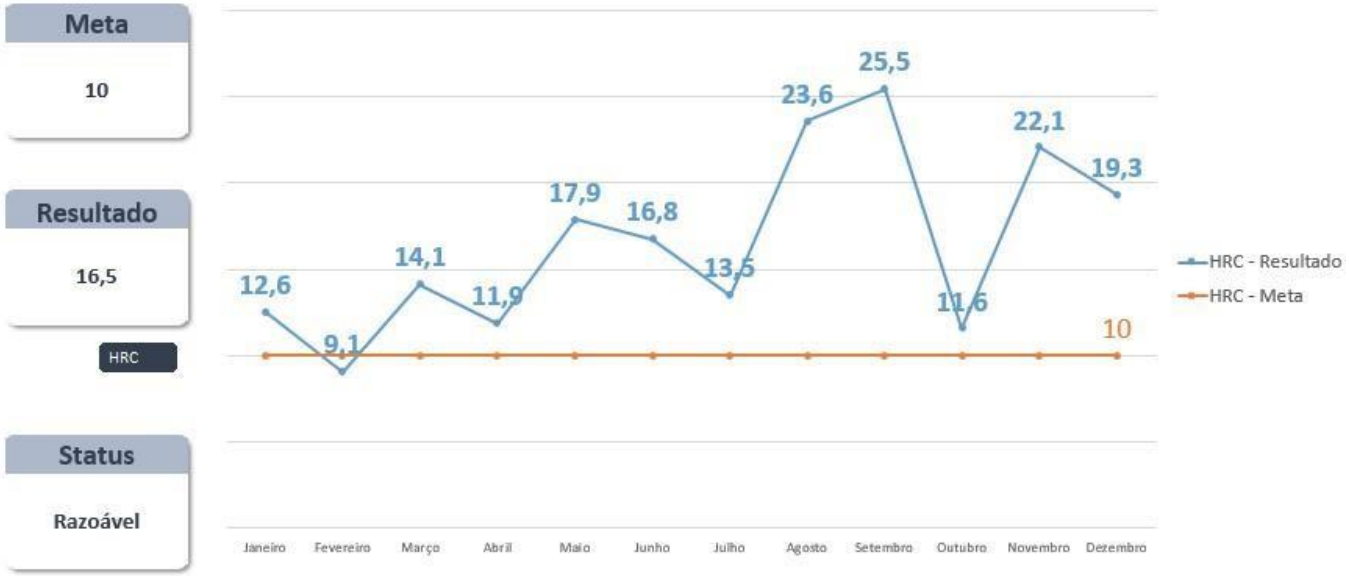
Indicador 10.1 - Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas - HRBZ



Obs: Os dados em branco referem-se à ausência de realização de cirurgias eletivas no período.

Análise dos resultados: O percentual de cancelamento das cirurgias eletivas no HRBZ foi de 9% em 2021. Observou-se que no primeiro semestre do ano houve suspensão de procedimentos eletivos como medidas de prevenção e controle durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, além disso houve suspensão decorrente a falta de condição clínica e ou ausência do paciente e alguns agendamentos lançados erroneamente no mapa cirúrgico, que foram corrigidos posteriormente. Para 2022 há expectativa de ampliação da oferta de vagas para regulação.

Indicador 11 – Tempo de permanência em leitos de UTI Geral - HRC

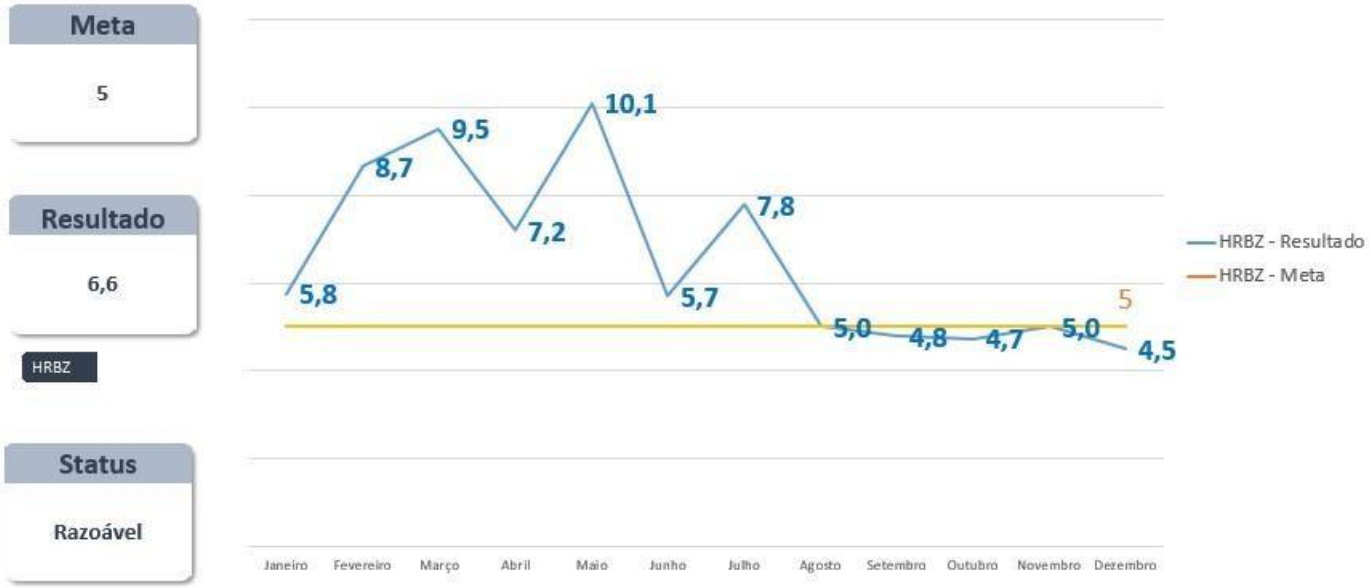


Análise dos resultados: **O tempo médio de permanência nos leitos da UTI adulto do HRC foi de 16 dias no ano de 2021.** Observou-se uma redução de 9 dias ao se comparar os anos de 2021 com 2020, no qual houve registro de 25 dias no tempo médio de permanência. Em 2021, registrou-se uma média de 6 dias acima do tempo de permanência estabelecido como meta para leitos de UTI geral, apesar desta ter se tornado referência para COVID-19 por 2 meses. Sugere-se que a elevação do tempo de permanência está relacionada à gravidade do quadro clínico dos pacientes admitidos na UTI, comorbidades, complicações do quadro e extremos de idade (observou-se que o total de óbitos na UTI correspondeu a 62,44% do total de saídas, número superior às altas por melhora clínica). Além disso, a área técnica indica que muitos pacientes internados na UTI necessitam de suporte dialítico após a alta, o que posterga a saída do paciente do leito de UTI, tendo em vista que a unidade possui suporte de hemodiálise. Já o Núcleo Gestão da Internação aponta dificuldade com resgates a serem realizados por outras regiões (com espera de 2 a 3 dias). No que se refere a extração do dado, o trakcare possui limitações quanto aos relatórios gerenciais extraídos e a alternativa foi o uso dos censos diários realizados pela UTI e o Núcleo Captação de Informação que apresentam maior concordância e fidedignidade de informações.

Indicador 13 - Média de Permanência Geral - HRC

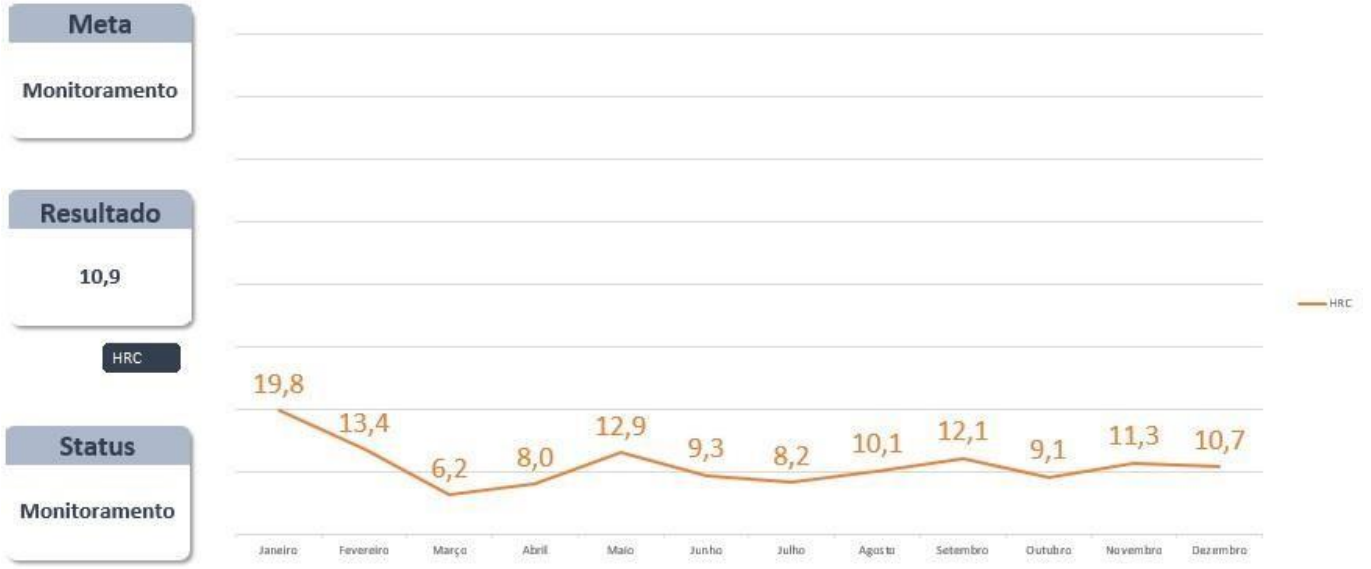
Análise dos resultados: **O tempo médio de permanência geral do HRC no ano de 2021 foi de 4,89 dias.** O indicador manteve-se dentro do parâmetro preconizado pela ficha do indicador. Observou-se que 98% do total de saídas foram relacionadas a altas e 2% a óbitos. Em comparação com o ano de 2020, o tempo médio geral de permanência no HRC foi de 5 dias, com uma discreta redução ao ano em análise.

Indicador 13.1 - Média de Permanência Geral - HRBZ



Análise dos resultados: **O tempo médio de permanência geral dos pacientes no HRBZ foi de 6,56 dias em 2021.** Observou-se que essa média está relacionada à ausência de médico neonatologista em todos os dias e períodos; complexidade clínica do paciente e necessidade de investigação e suporte diagnóstico de outras unidades hospitalares e perfil de idade avançada e doenças crônicas dos usuários.

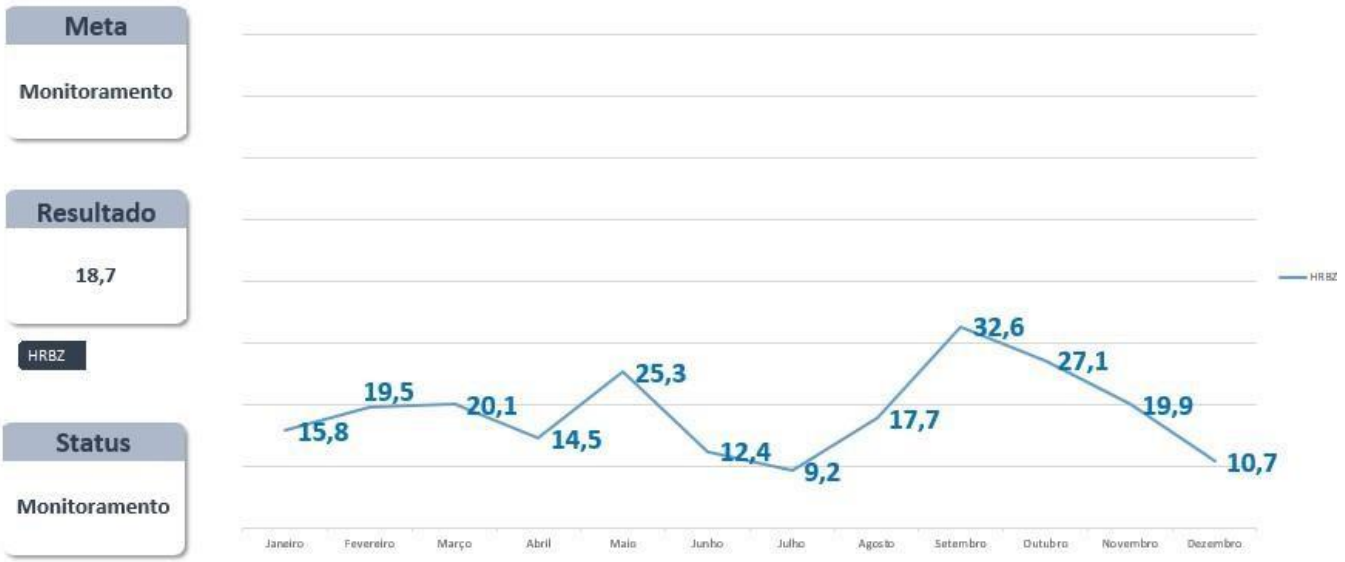
Indicador 14 -Média de permanência em leitos de clínica médica - HRC



A Análise dos resultados: **O tempo médio de permanência em leitos de clínica médica do HRC no ano de 2021 foi de 10,9 dias**. Ao longo do ano foi observado que esta clínica possui internações de pacientes com elevado nível de dependência de cuidados, complexidade clínica e resgates de UTI, fatores que contribuem para o elevado tempo de permanência quando se considera o parâmetro definido em 5 dias. Além disso, o Núcleo Gestão de Internação observa que pacientes com pendências sociais e para realização de ressonância magnética contribuem para o maior tempo de permanência. Como ações, foram realizadas reuniões periódicas entre maio a novembro de 2021 do grupo da desospitalização para análise dos fatores que mais impactavam no tempo de permanência dos pacientes. Houve a

implementação do formulário de desospitalização para a APS em que a Gerência de Assistência de Clínica preenche o formulário (GoogleForms) dos pacientes que receberam alta da Unidade de Clínica Médica Internação a serem acompanhados pela APS (Equipe de Gerenciamento de Casos). Realizou-se a virtualização dos formulários utilizados na assistência a fim de tornar o processo mais célere, entretanto, não houve adesão completa da equipe, apesar da participação das respectivas chefias envolvidas. Quanto aos fatores que influenciam no total de saídas, observou-se que o total de óbitos na unidade de clínica médica corresponderam a 3,4% do total de saídas e as demais à alta clínica.

Indicador 14.1 - Média de permanência em leitos de clínica médica - HRBZ

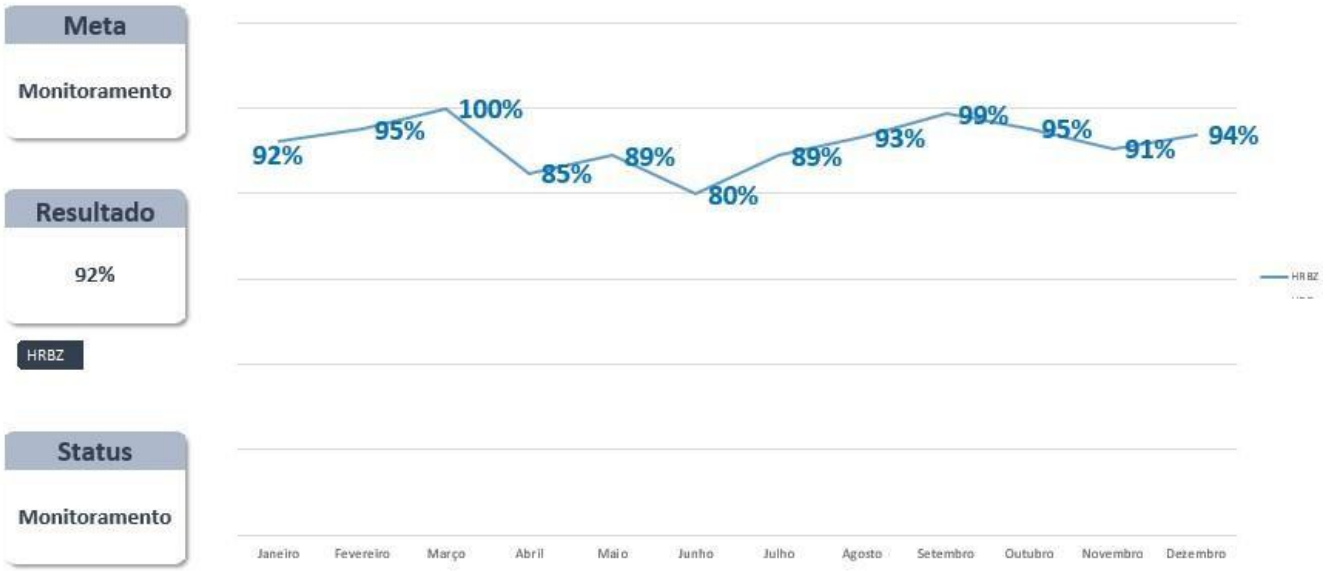


Análise dos resultados: **O tempo médio de permanência em leitos de clínica médica no HRBZ no ano de 2021 foi de 18,7 dias**. O número elevado de dias de permanência do paciente na Unidade Medica Internação, se deu devido à complexidade clínica dos pacientes internados, que necessitam de suporte diagnóstico, acompanhamento e ou tratamento especializado, exames de alta complexidade que em alguns casos, foram realizados somente por meio de judicialização, pacientes egressos UTI, além dos pacientes com perfil de idade avançada e doenças crônicas. Esses fatores contribuíram para o elevado tempo de permanência, levando-se em conta o parâmetro definido, que é de 5 dias. Estão sendo realizadas reuniões periódicas para análise desses fatores e constante busca de ações para melhoria desse resultado.

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

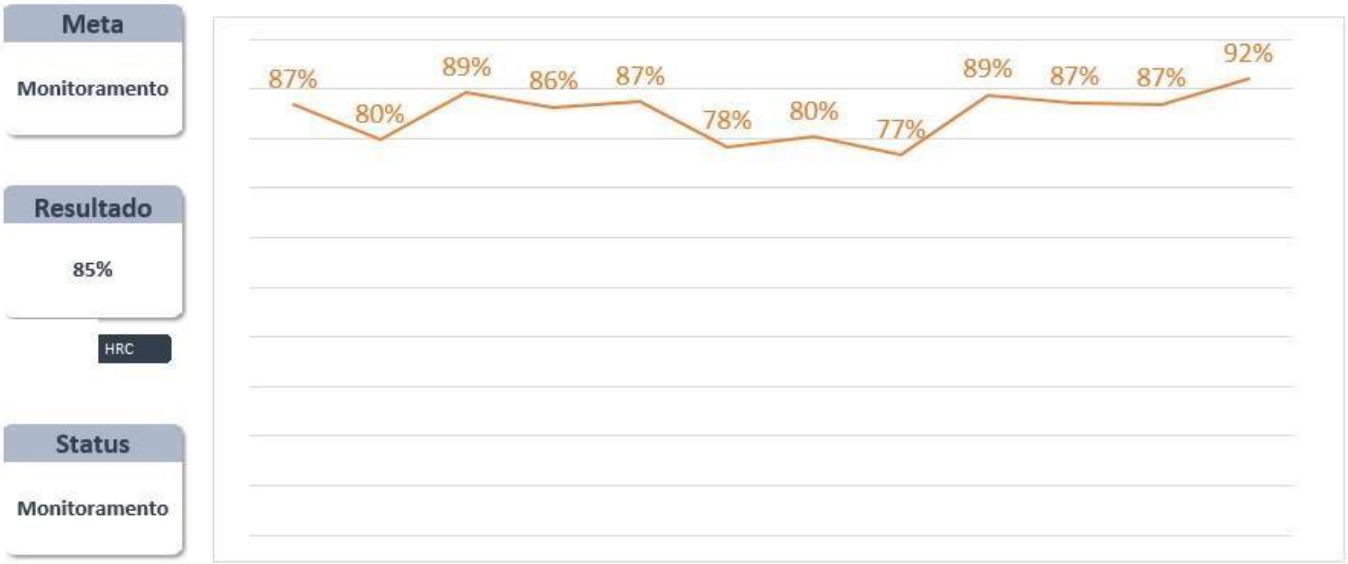
Análise dos resultados: **A taxa de ocupação em leitos da clínica médica do HRC no ano de 2021 foi de 94%**. O indicador manteve-se acima da meta preconizada ao longo do ano (manter ocupação entre 75 a 85%) o que evidencia a dificuldade em se prover retaguarda aos serviços de emergência clínica. As ações sugeridas para melhora do indicador foi o planejamento da alta no momento da internação hospitalar, check-list para a enfermagem garantir que o paciente esteja com todos os laudos e orientações que agilizem alta até às 10h da manhã a fim de que o leito esteja disponível o mais breve possível.

Indicador 16.1 - Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos de Clínica Médica - HRBZ



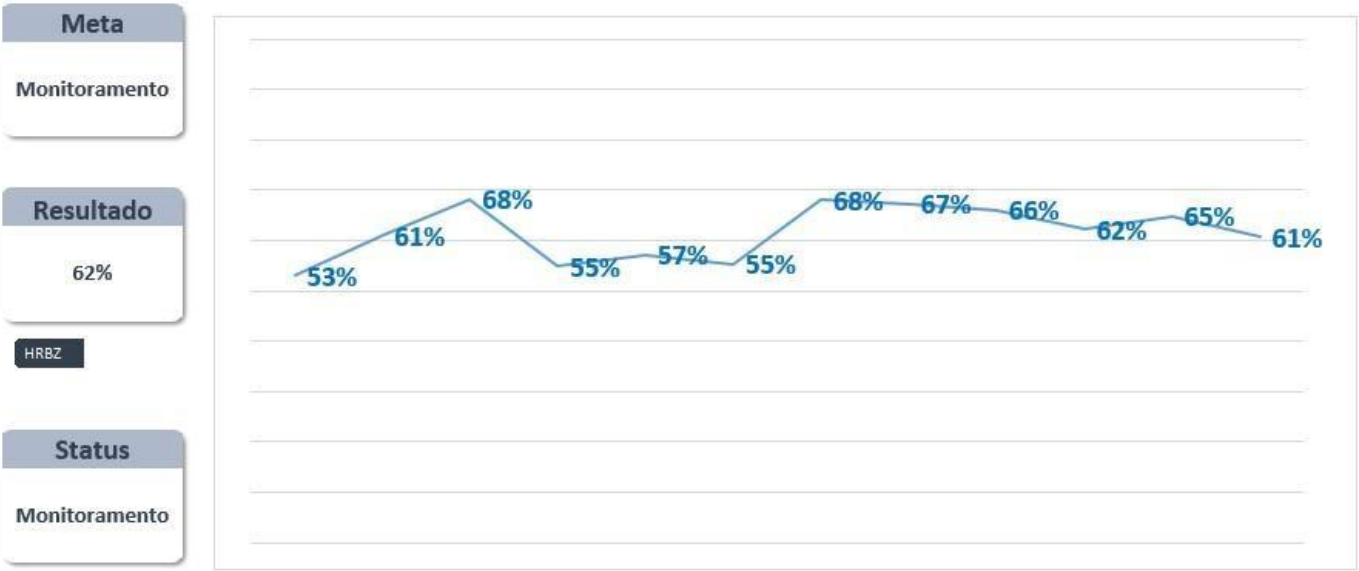
Análise dos resultados: **A taxa de ocupação em leitos de clínica médica do HRBZ no ano de 2021 foi de 92%.** O indicador manteve-se acima da meta preconizada (ocupação entre 75 a 85%), devido à estrutura física e superlotação de pacientes na unidade. Estão sendo realizadas reuniões periódicas para análise desses fatores e constante busca de ações para melhoria do resultado.

Indicador 17 -Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais – HRC



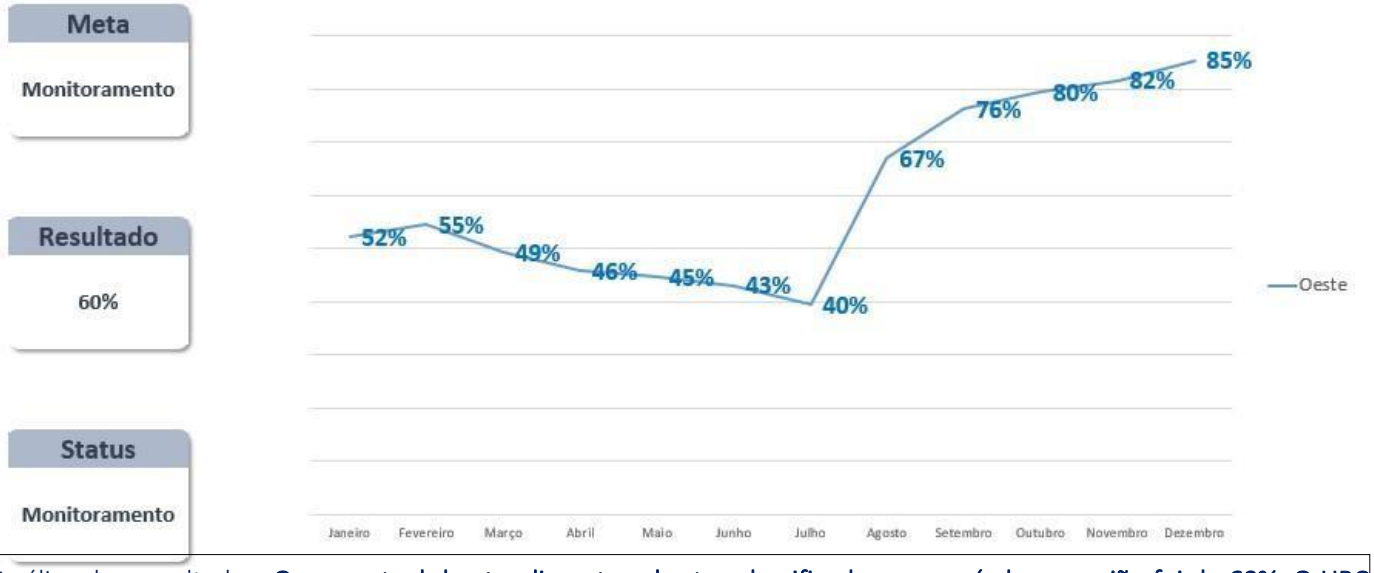
Análise dos resultados: **A taxa de ocupação hospitalar em leitos gerais do HRC no ano de 2021 foi de 85%.** Ao longo do ano foi observado que alguns setores apresentaram ocupação superior à capacidade instalada, assim como outros tiveram baixa ocupação. Esta pode estar relacionada à curta permanência dos pacientes nas unidades de internação. Já aquela evidencia que a atual oferta de leitos (especialmente de clínica médica e ortopédica) é inferior à demanda do HRC, o que inviabiliza a retaguarda de leitos para internação, pois apresentam taxa de ocupação superior a faixa recomendada de 75 a 85% de ocupação.

Indicador 17.1 -Taxa de ocupação Hospitalar em Leitos Gerais – HRBZ



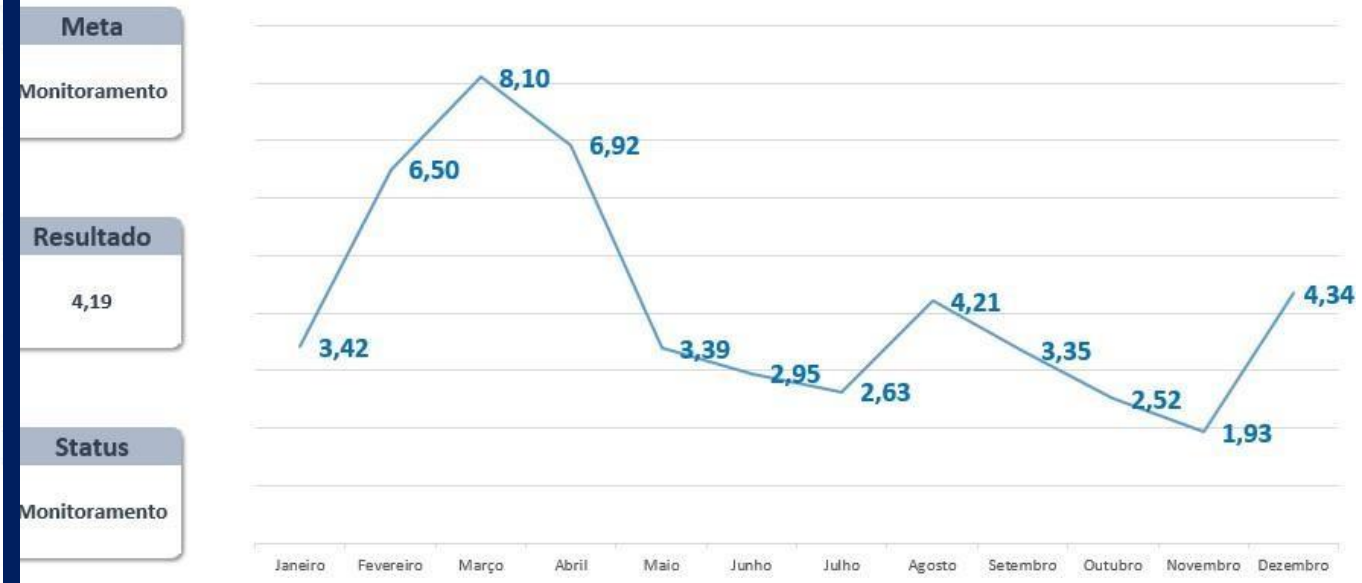
Análise dos resultados: **A taxa de ocupação hospitalar em leitos gerais do HRBZ no ano de 2021 foi de 62%.** Observou-se que alguns setores apresentaram menor ocupação. Alguns fatores como diminuição no número de atendimentos da pediatria e suspensão das cirurgias eletivas, devido a COVID 19, reserva de leitos coorte COVID em alguns períodos, número reduzido de internações na Unidade Cuidados Intermediário Neonatal, foram fatores que impactaram no resultado do ano.

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



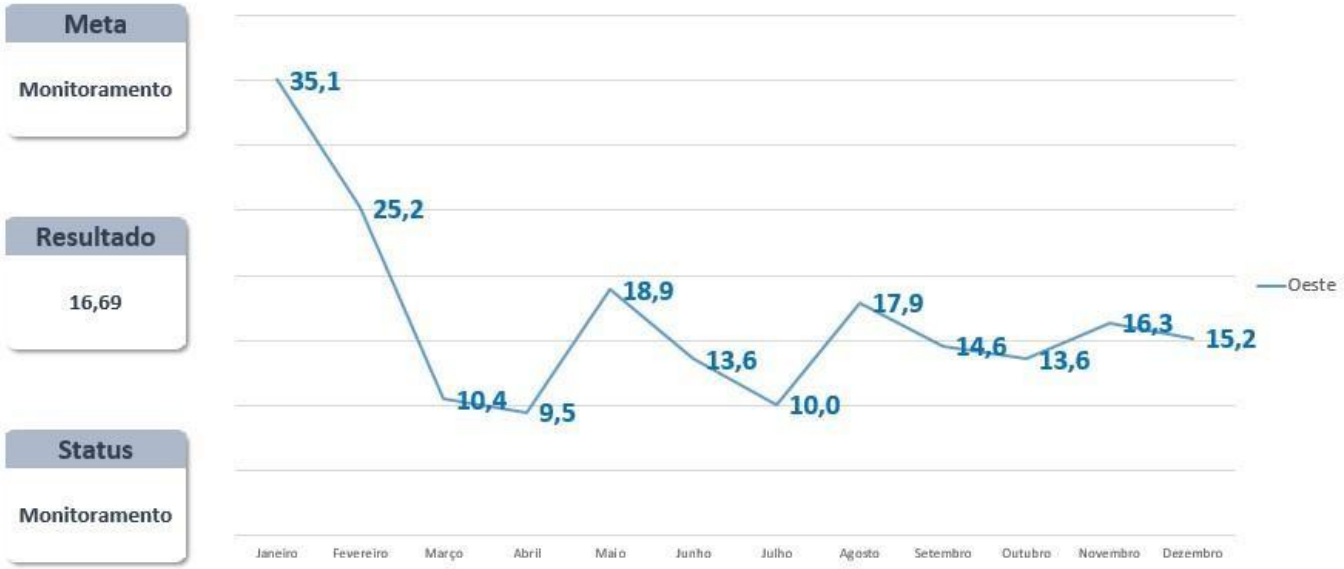
Análise dos resultados: **O percentual de atendimentos abertos classificados por período na região foi de 60%. O HRC apresentou média de 61% e HRBZ 56% dos atendimentos classificados em 2021**. No primeiro semestre, observou-se um percentual de 47,69% de GAEs classificadas. Após mapeamento do processo de trabalho do Acolhimento com Classificação de Risco e modificações realizadas (adição de uma sala no Pronto Socorro – PS adulto com total de 4 salas de classificação de risco no HRC, modificação de layout de telas de classificação de risco adulto, gineco-obstétrico e pediátrico, assim como a classificação 24h ininterrupta no PS adulto com revezamento dos enfermeiros no horário de repouso), o percentual apresentou média de 74,84% de GAEs classificadas no segundo semestre de 2021: aumento de 27,15% em relação ao 1° semestre. Com relação ao ano de 2020, o percentual de atendimentos abertos classificados foi de 43%, o que evidencia um aumento no indicador de 18%. No HRBZ registrou-se crescimento expressivo ao longo dos meses devido ao redimensionamento na escala ampliação do atendimento na classificação no período noturno e em razão ao excedente do teto de TPD autorizado para o setor. Obteve-se aumento de 29% em dezembro comparado a janeiro do mesmo ano no quantitativo de pacientes classificados. As especialidades de Ginecologia e Cirurgia geral não são classificadas devido à estrutura física e ao número reduzido de servidores no Acolhimento com Classificação Risco.

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



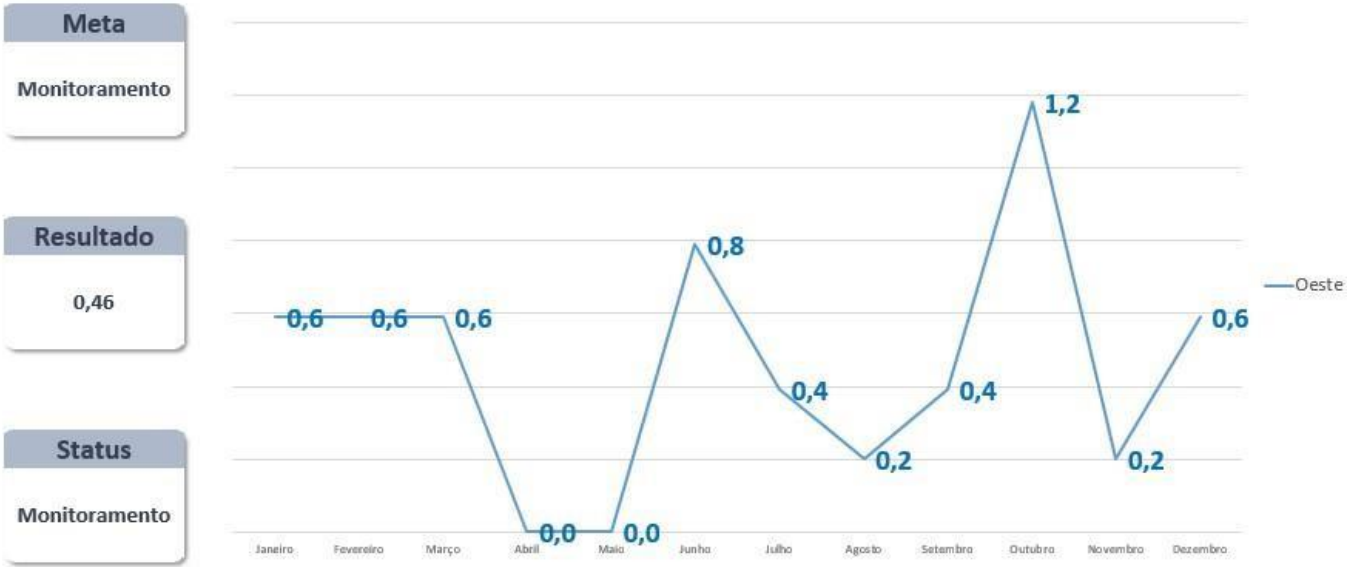
Análise dos resultados: **O tempo médio de retenção de macas na região foi de 4,19 horas em 2021.** Observou-se que o principal fator que contribui para a elevação do tempo de retenção das macas é a alta taxa de ocupação do Pronto Socorro que se mantém acima da capacidade instalada, reflexo da dificuldade em se manter leitos de retaguarda nas clínicas de internação (número de leitos insuficiente para a população atual da região, especialmente para casos de ortopedia e elevado nível de dependência dos pacientes da clínica médica associado a fragilidade da articulação da rede para ações de desospitalização) evidenciado pelos indicadores 16 e 17.

Indicador 20 - Taxa de Prevalência de Notificação de Violência



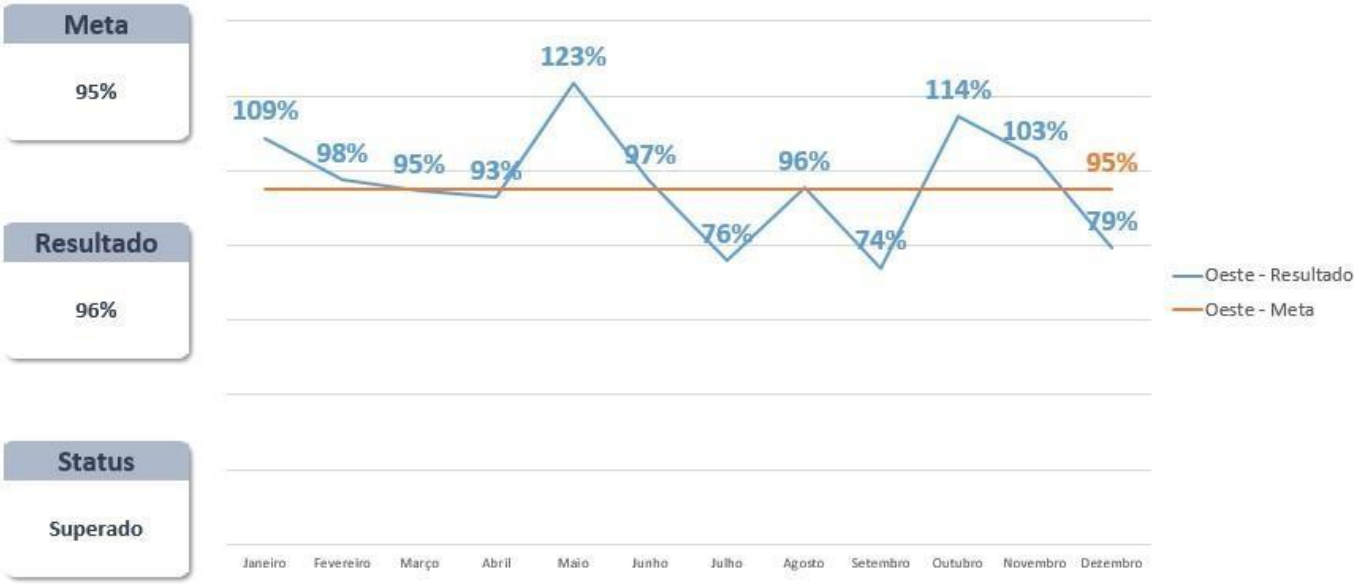
Análise dos resultados: Dentre as 52 unidades de saúde notificadoras existentes na Região Oeste, 24 notificaram ao longo do ano de 2021, o que corresponde a 46,15%. O número de unidades que notificam é abaixo do ideal. Buscando-se compreender esse contexto, observam-se duas variáveis influenciadoras na variação de notificações ilustrada tabela acima: a dificuldade de acesso dos casos de violências nas unidades de saúde em vista da concentração de medidas no enfrentamento a pandemia da COVID-19 e baixa instrução dos profissionais das unidades quanto ao procedimento de notificação. Quanto ao último aspecto, o Núcleo de Prevenção e Assistência a Situação de Violência – NUPAV da Região Oeste tem imprimido esforços no sentido de promover o matriciamento das equipes em relação ao procedimento de notificação.

Indicador 21 - Taxa de mortalidade por acidentes



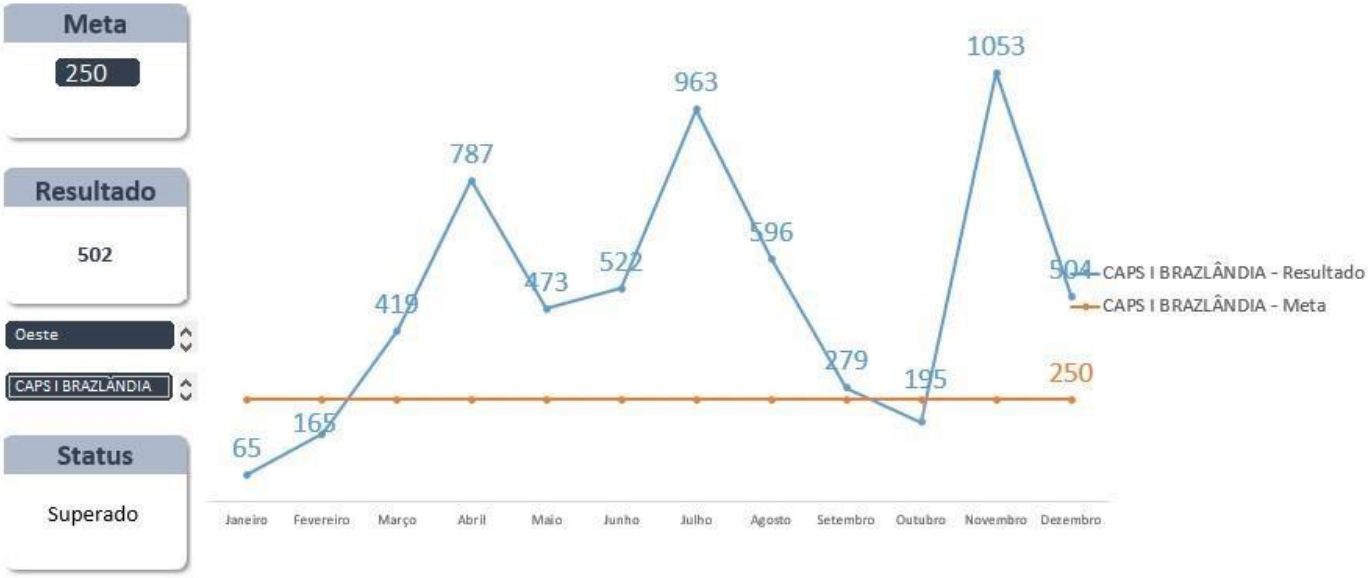
Análise dos resultados: **A taxa de mortalidade por acidentes na Região de Saúde Oeste foi de 0,46 a cada 100 mil habitantes em 2021. No HRC, 9,01 a cada 100 mil habitantes**. Este indicador demonstra que o risco de óbito por acidentes de transporte (4,5 a cada 100 mil), quedas (2,71 a cada 100 mil), afogamento e submersão acidental (1,12 a cada 100 mil) e risco à respiração (0,68 a cada 100 mil) na população adscrita é de 9,01 a cada 100.00 habitantes no HRC. Ressalta-se que não houve registro de óbito por envenenamento acidental em 2021.

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



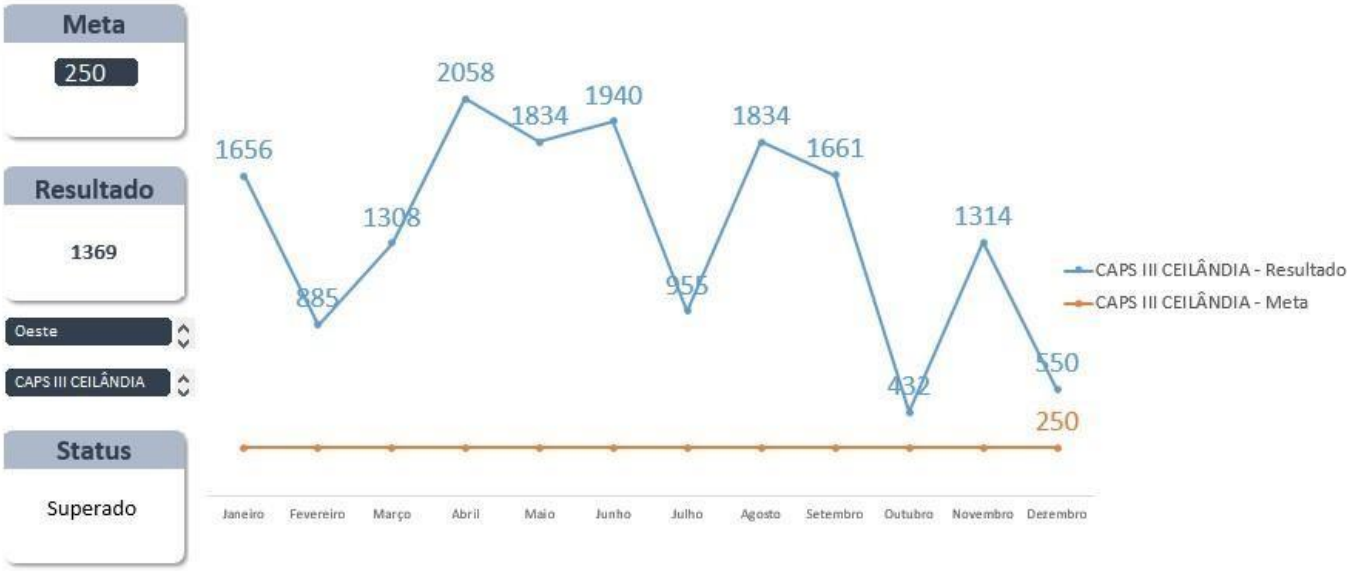
Análise dos resultados: **O percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal na Região de Saúde Oeste foi de 96%. No HRC, o percentual correspondeu a 89,2%, HRBZ 114,34%**. Inicialmente, a fonte de dados utilizada para o cálculo foi a sala de situação. Entretanto, ao se observar divergências entre a planilha de controle interno da fonoaudiologia e a sala de situação, optou-se por reanalisar os dados segundo controle interno.

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



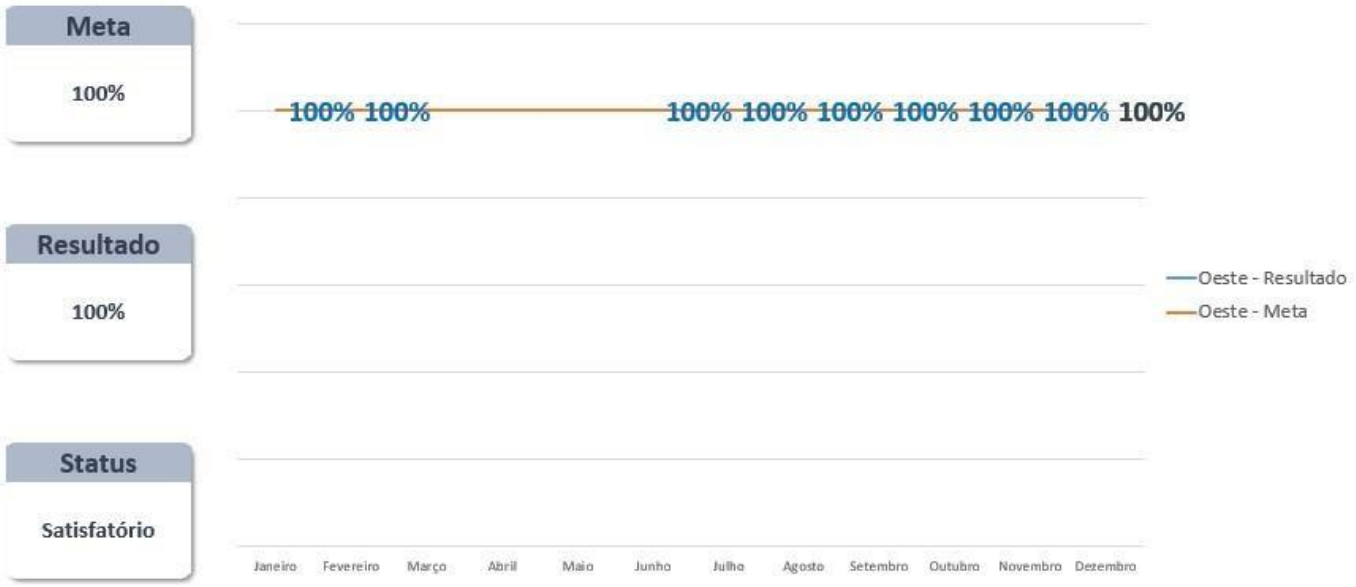
Análise dos resultados: Em 2021 houve um aumento na demanda pelos serviços do CAPS de Brazlândia, e consequentemente, nos registros de ações além da meta proposta. Porém, a unidade enfrenta problemas técnicos com o sistema RAAS e com a utilização de computadores antigos que operam em lentidão comprometendo a eficiência nos registros. Tais complicadores influenciaram diretamente no baixo registro em alguns meses, e na alta nos meses subsequentes devido ao lançamento de dados remanescentes.

Indicador 23.1 -Ações e serviços registrados pelos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS (Atenção Psicossocial)



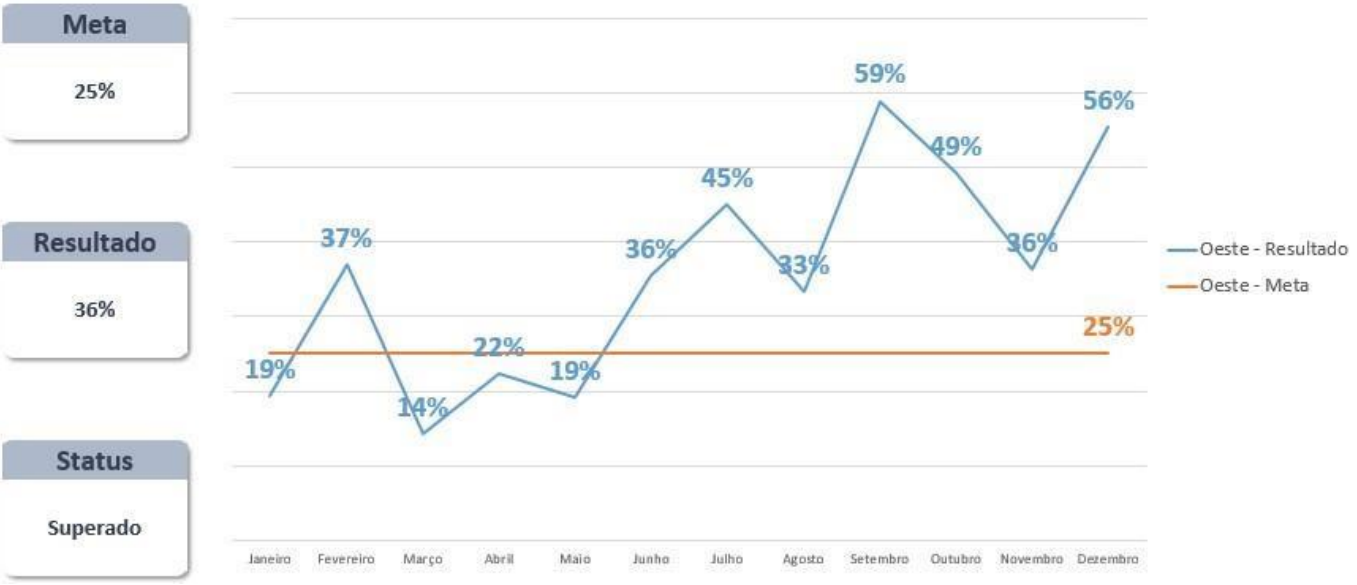
Análise dos resultados: CAPS com grande demanda de atendimentos na região, o que supera a meta proposta pelo indicador. Todavia, a unidade também enfrenta problemas técnicos com o sistema RAAS e na utilização de computadores antigos que operam em lentidão comprometendo a eficiência nos registros. Tais complicadores influenciaram diretamente no baixo registro ocorrido em alguns meses e na alta em meses subsequentes devido ao lançamento de dados remanescentes.

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



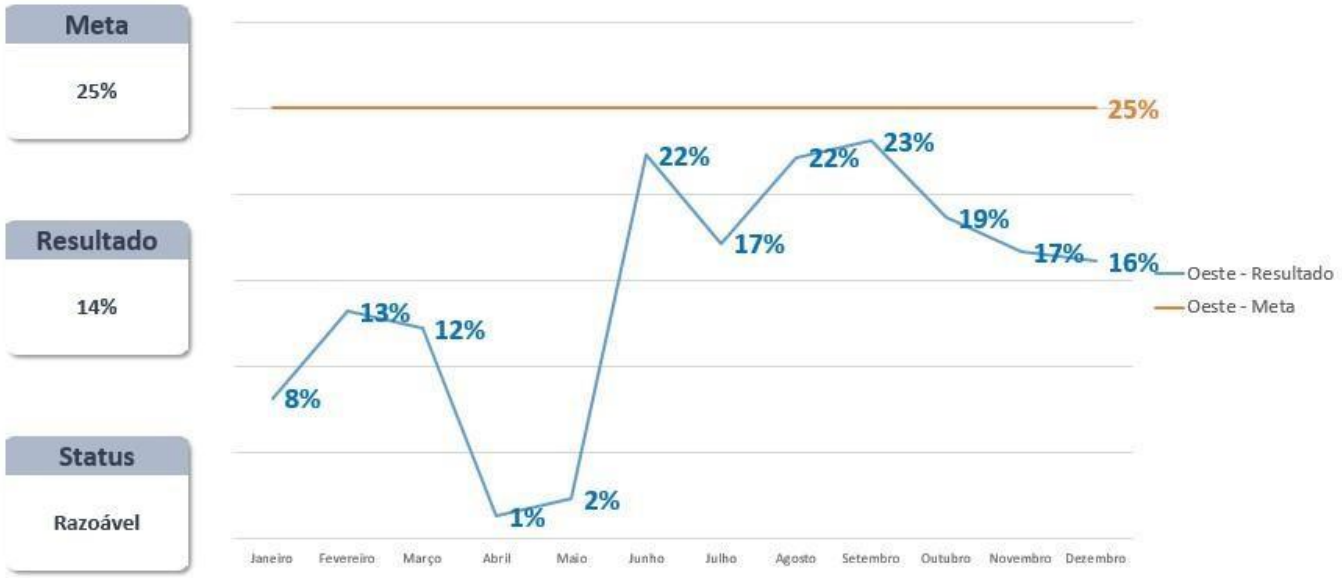
Análise dos resultados: As equipes envolvidas com o indicador promoveram várias ações de matriciamento durante o ano de 2021; mas, mediante a conjuntura epidemiológica do COVID, decidiram pela suspensão temporária das ações nos meses de março a maio. Após análise do panorama e considerando os cuidados necessários para prevenir o contágio, houve retomada dos matriciamentos em junho.

Indicador 25 - Percentual de consultas de cardiologia



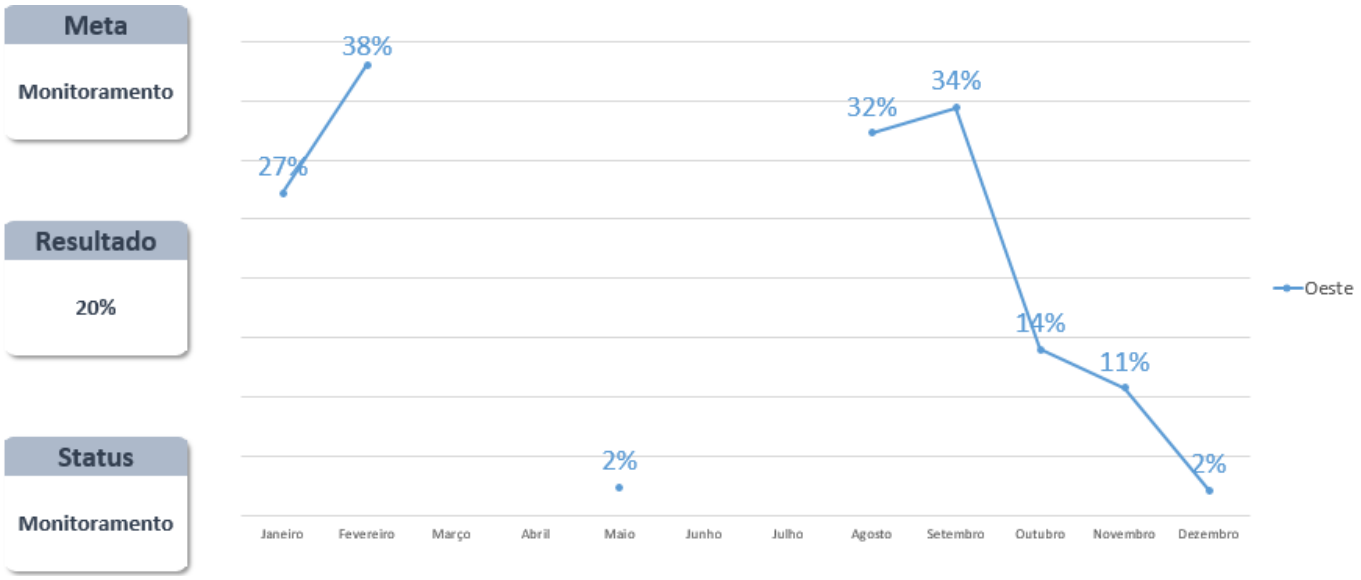
Análise dos resultados: Decorrente ao estado pandêmico, houve a necessidade do deslocamento da carga horária ambulatorial dos médicos nos meses de janeiro a maio, para ofertarem retaguarda hospitalar no enfrentamento ao COVID-19. A retomada da assistência ambulatorial ocorreu em junho, com aumento na oferta de vagas de primeiras consultas a fim de atingir o indicador. Com o alcance do resultado, as vagas têm sido otimizadas para atender às diversas demandas reprimidas da especialidade.

Indicador 26 - Percentual de consultas de endocrinologia



Análise dos resultados: Assim como o indicador 25, houve a necessidade do deslocamento de carga horária ambulatorial dos médicos nos meses de janeiro a maio, para ofertarem retaguarda hospitalar no enfrentamento ao COVID-19. A retomada da assistência ambulatorial ocorreu em junho, sem ajustes significativos na oferta de vagas devido à demanda reprimida de pacientes aguardando o retorno das consultas. O alto índice de absenteísmo dos pacientes de primeira consulta contribuiu para o baixo percentual do indicador.

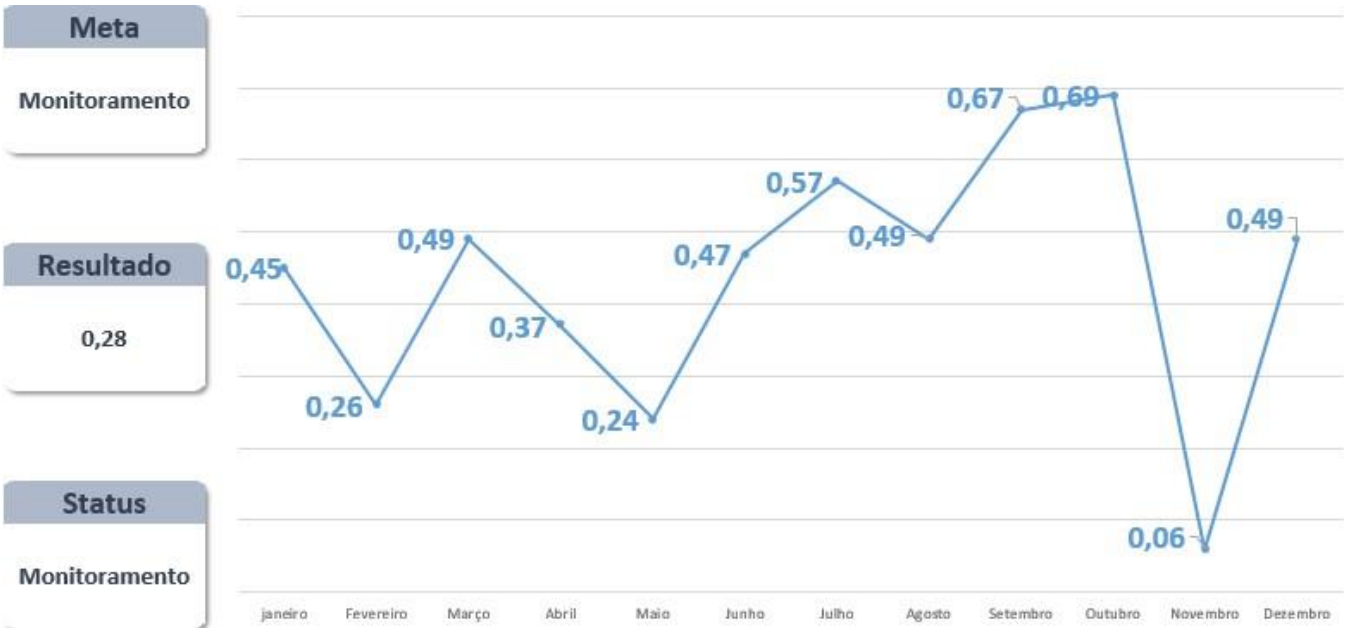
Indicador 27 - Proporção de equipes de saúde da família que realizam 03 atividades coletivas no mês, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis



Obs.: Nos meses de março, abril, junho e julho de 2021 indicador estava suspenso devido a Pandemia Covid-19.

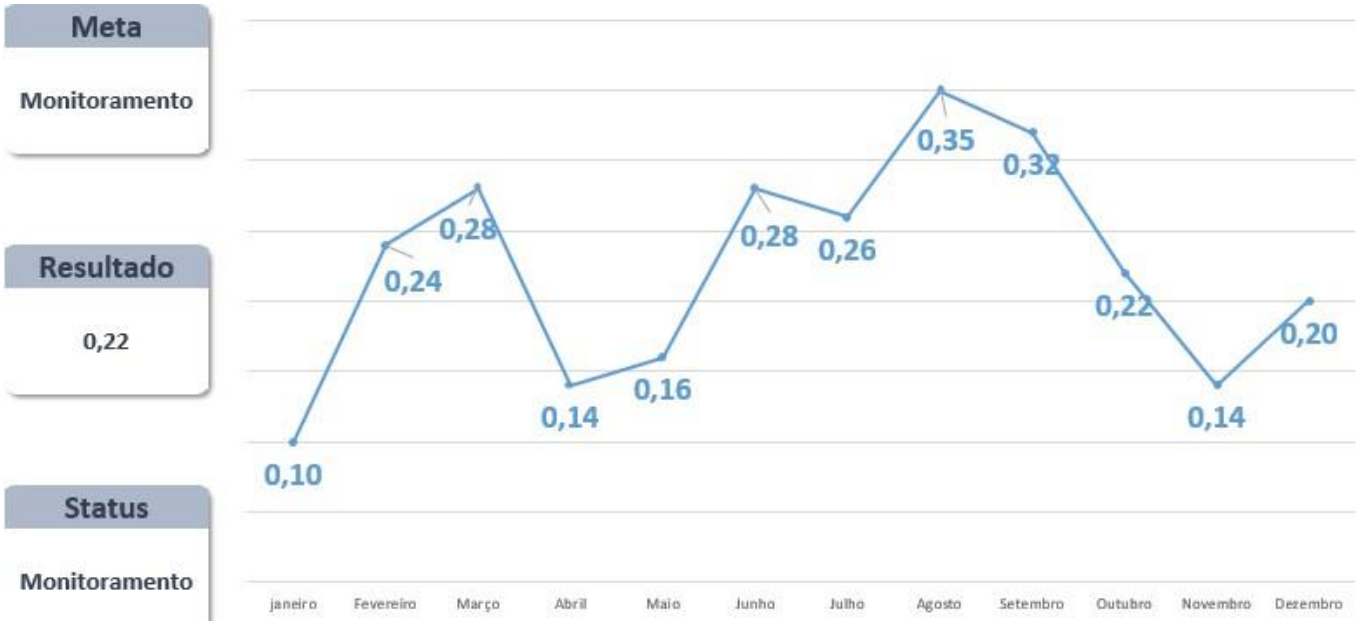
Análise dos resultados: Informamos que as equipes de ESFs estão em processo de retomada das atividades coletivas, tendo em vista que a Nota Técnica autorizando esse retorno é a partir de 15/07/2021. Ainda, as atividades envolvidas no indicador são em grande parte vinculadas às escolas, sendo que essas retomaram em outubro de 2021. Ademais, cabe ressaltar que o prazo para lançamento é de 120 dias (Programa Saúde na Escola – PSE).

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



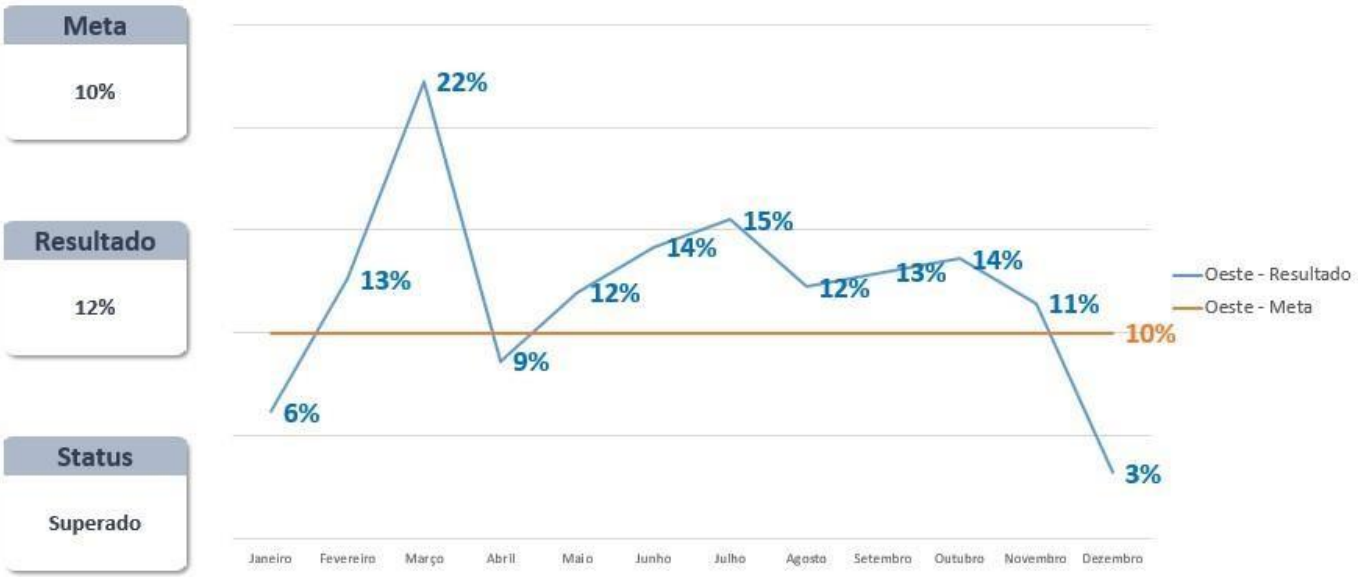
Análise dos resultados: No ano de 2021, foram registradas 295 internações por diabetes mellitus na Região de Saúde Oeste, que representa uma **taxa de 0,28 casos a cada 10 mil pessoas residentes na região.** O indicador estava sobrestado até novembro de 2021, o que não permitiu a realização de análises.

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



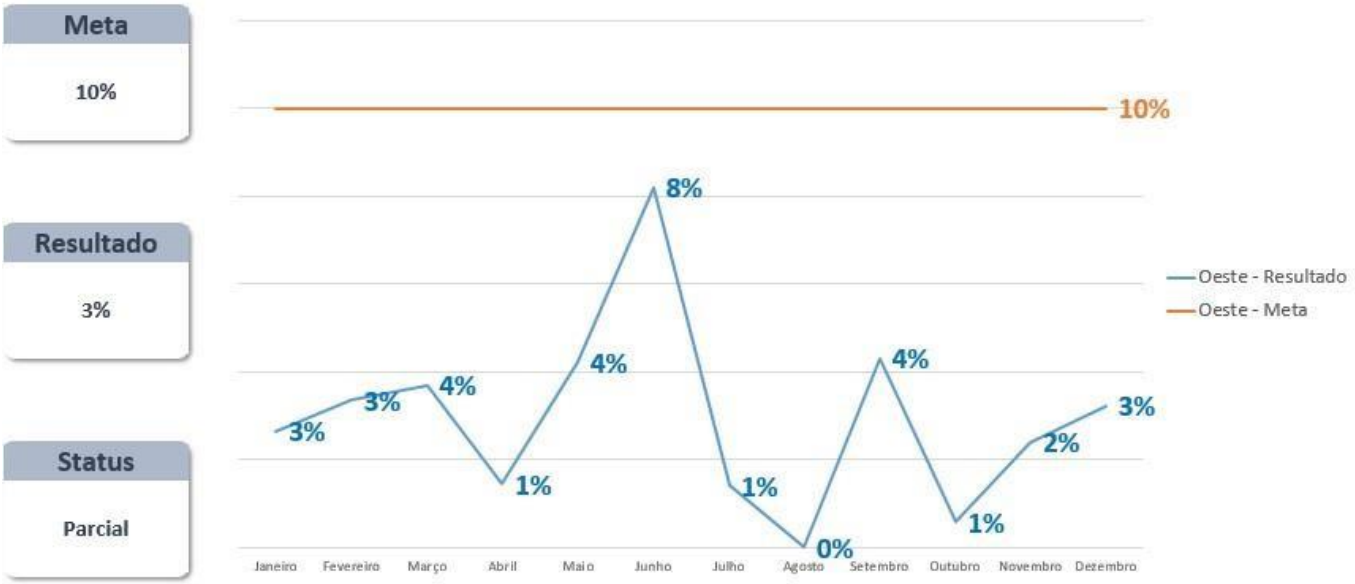
Análise dos resultados: No ano de 2021, foram registradas 135 internações por hipertensão e suas complicações na Região de Saúde Oeste, representando uma **taxa de 0,22 casos a cada 10 mil pessoas residentes na região.** O indicador estava sobrestado até novembro de 2021, o que não permitiu a realização de análises.

Indicador 31 - Percentual de admissão no SAD no período



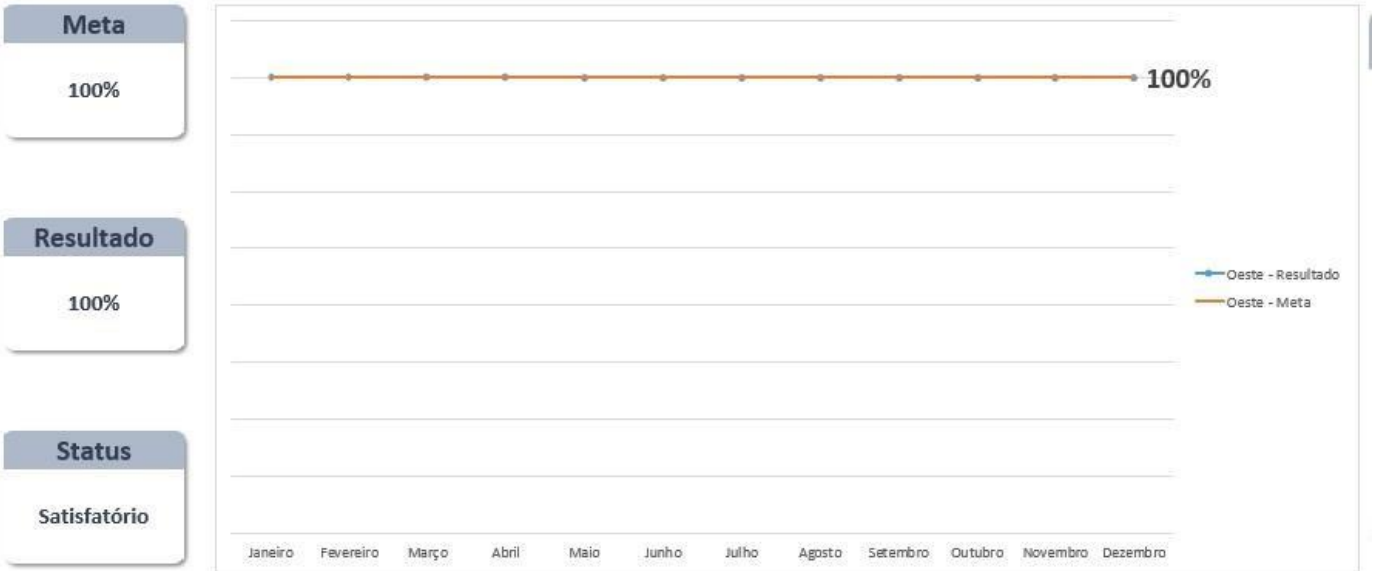
Análise dos resultados: **O percentual de admissões no Serviço de Atenção Domiciliar – SAD da Região de Saúde Oeste no ano de 2021 foi de 12%.** No HRC, 10,53%, HRBZ 0,017%. Segundo o núcleo, houve aumento progressivo no quantitativo total de pacientes acompanhados pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar - NRAD-HRC (122 pacientes em dezembro de 2021 frente a 87 pacientes acompanhados no mesmo mês em 2020), contribuindo para a desospitalização dos usuários da região de Ceilândia.

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



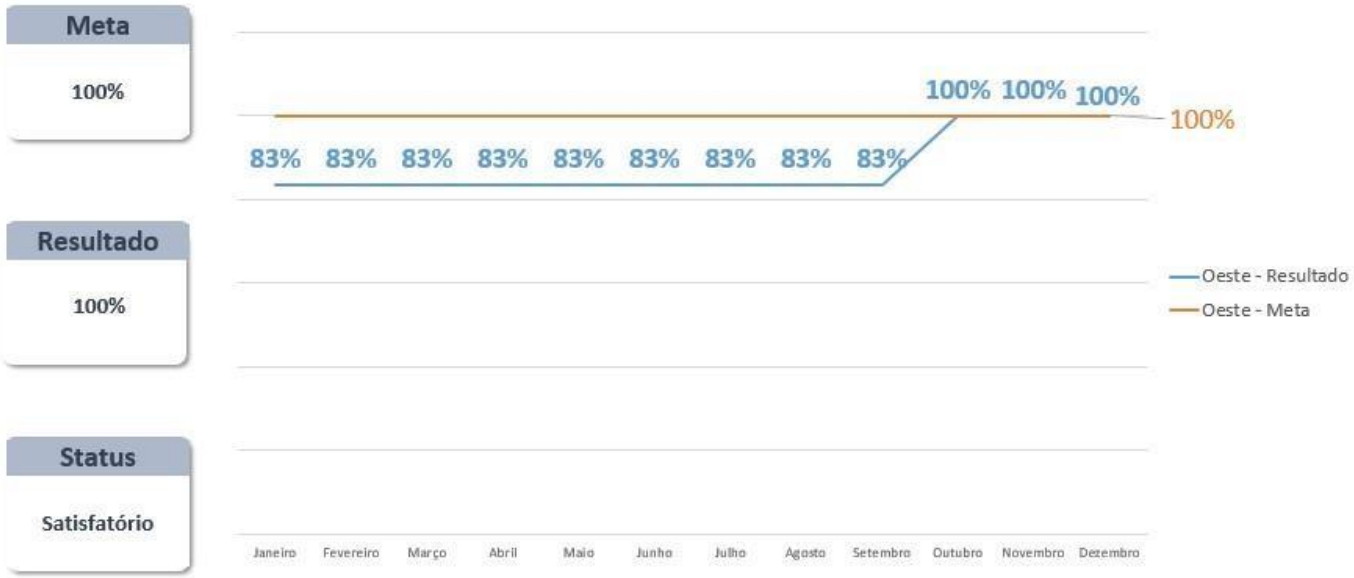
Análise dos resultados: **O percentual de desfecho "alta" do SAD na Região de Saúde Oeste em 2021 foi de 3%.** No HRC, 2,19% e HRBZ 0,06%. Ao longo do ano, o NRAD indicou a vulnerabilidade social da região como complicador das altas, assim como a dificuldade de continuidade da assistência pela Atenção Primária (défict de ESF) aos pacientes AD1. Segundo a APS, há déficit de 1000 horas de Médico da Saúde da Família. Isso prejudica a alta compartilhada e o seguimento do cuidado. O grupo de trabalho para a desospitalização do paciente está ativo e foi iniciado o preenchimento do formulário de DESOSPITALIZAÇÃO (ALTA SEGURA) digitalizado inicialmente pela clínica médica (devido a maior ocorrência de casos crônicos dos pacientes) e monitorado pela Equipe de Gerenciamento de Casos.

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



Análise dos resultados: **O percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação foi de 100% em 2021**. Segundo o NGINT/HRC e HRBZ, todos os leitos clínicos e cirúrgicos do hospital estão sob regulação em panorama 1.

Indicador 34 - Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados

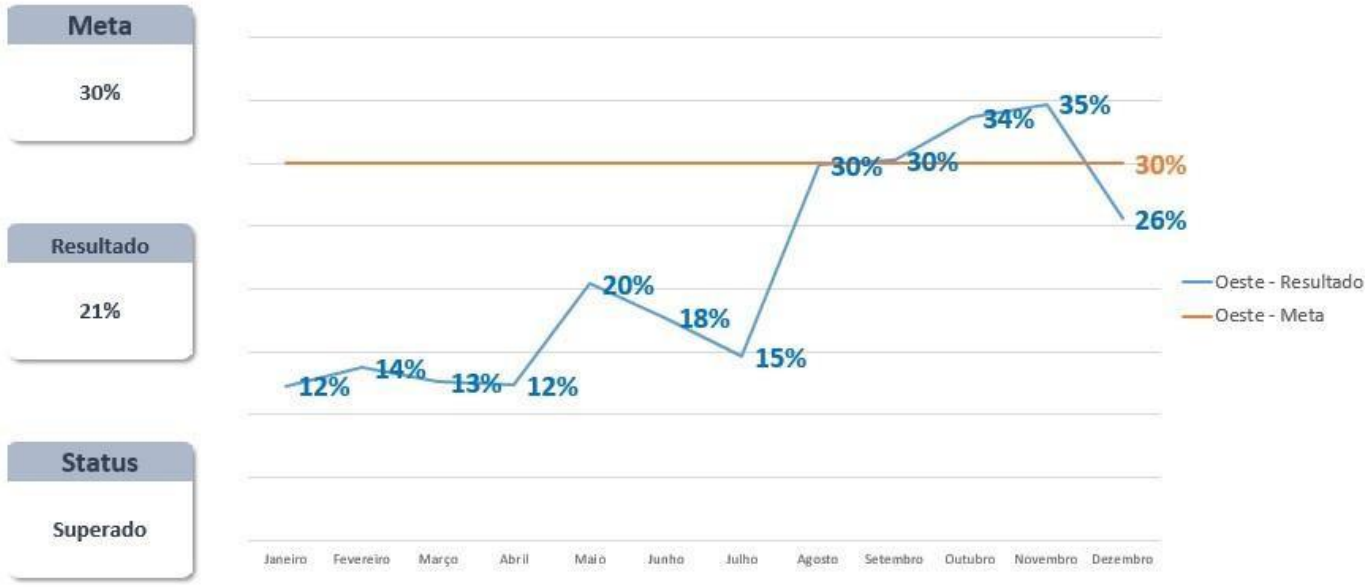


Análise dos resultados: **O percentual de especialidades cirúrgicas eletivas reguladas foi de 100% em 2021**. No HRC e HRBZ, a cirurgia geral passou a ser regulada em outubro de 2021. Dessa forma, todas as especialidades que oferecem cirurgia eletiva na região estão sob regulação.

Indicador 35 - Índice de Fechamento de Chave

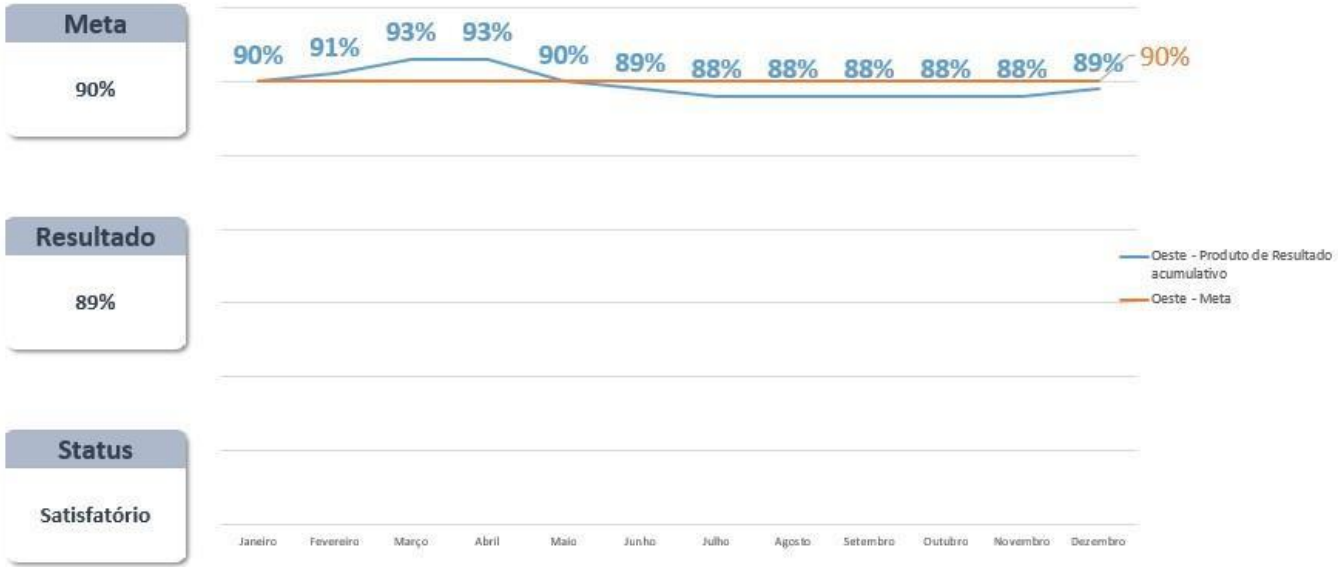
Análise dos resultados: No primeiro semestre do ano, foi identificado que o Ambulatório Hospitalar estava vinculado à Diretoria do HRC, com as Policlínicas, o que dificultava e impactava na mensuração e avaliação do indicador. A desvinculação ocorreu em agosto, bem como foi iniciado um treinamento de servidores em áreas estratégicas e organizado uma rotina diária para o correto fechamento das chaves. Tais medidas favoreceram positivamente, permitindo a mensuração de um alto índice do indicador. A baixa em dezembro decorreu do Sistema de Regulação – SISREG ficar inoperante por 15 dias, dificultando uma das unidades completar a execução da tarefa.

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



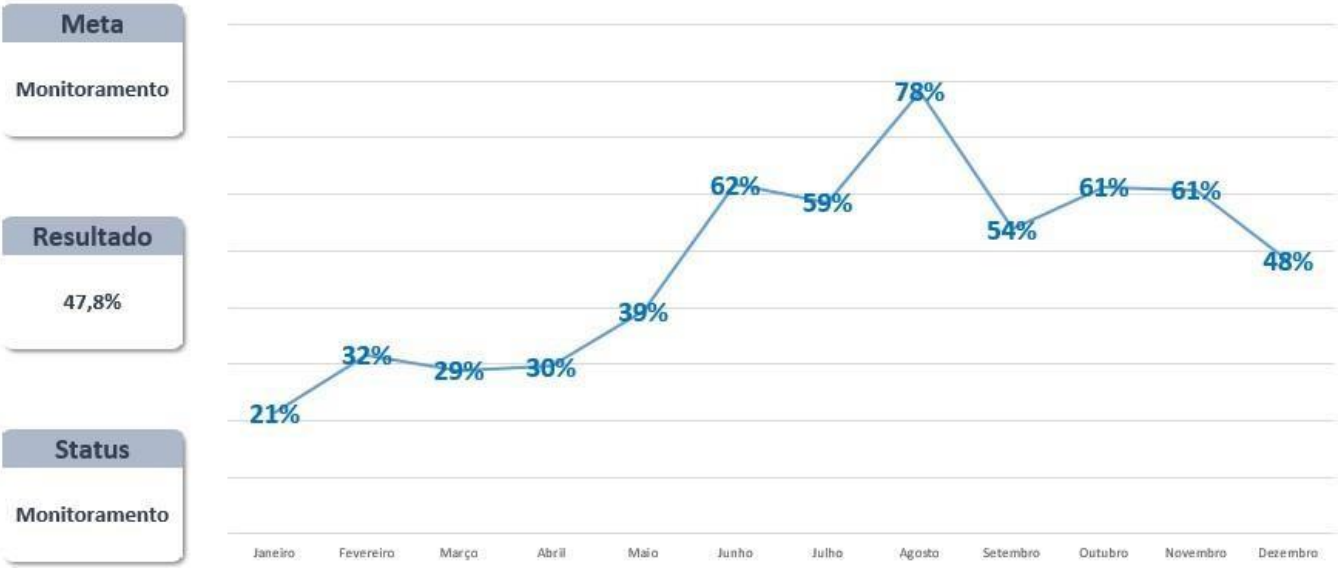
Análise dos resultados: De janeiro a julho não havia rotina diária no fechamento das chaves, e por isso, os registros dos dados foram baixos, não sendo o reflexo real do indicador. Após a execução sistemática da tarefa em agosto, o percentual ficou em alta, permitindo uma melhor análise do resultado e direcionando a atenção dos gestores para atuarem na melhoria do indicador, que requer que quanto menor, melhor.

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



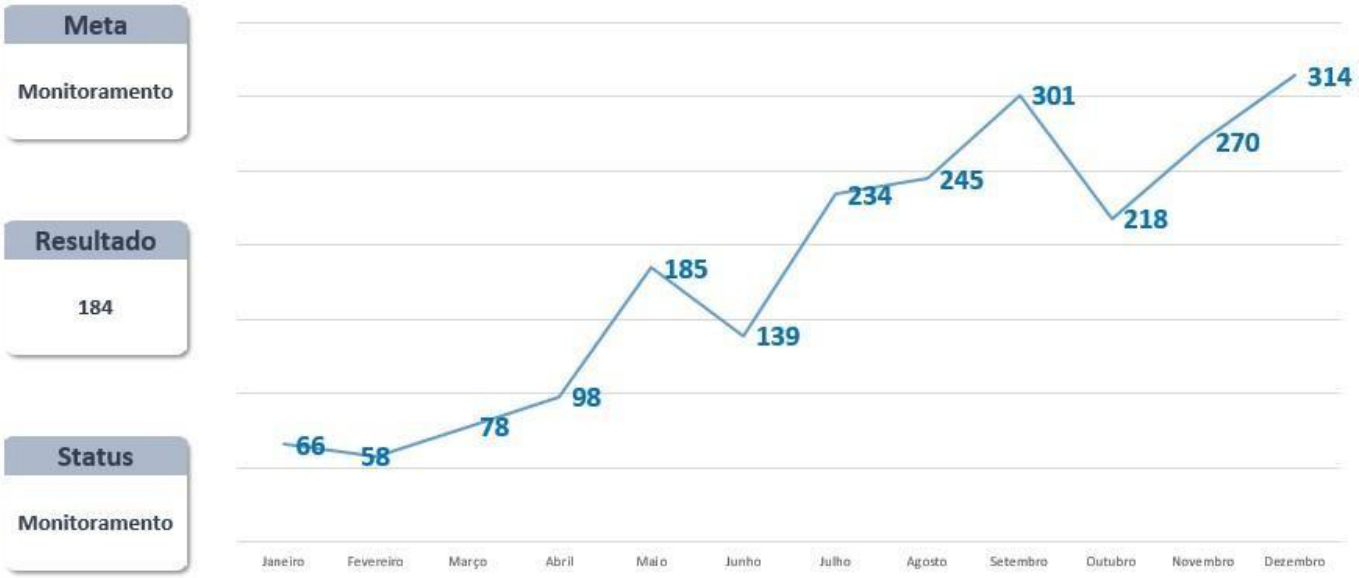
Análise dos resultados: O Núcleo de Vigilância Epidemiológica – NVEPI Oeste realiza rotineiramente capacitações para manuseio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, bem como a sensibilização quanto à importância e obrigatoriedade das notificações compulsórias de todos os agravos, junto aos gestores e profissionais assistenciais de todas as unidades básicas de saúde e Unidade de Pronto Atendimentos – UPAs de sua área de abrangência. O banco de dados das arboviroses é avaliado frequentemente pelo núcleo, para fins de correções, divulgação de boletins e qualificação das notificações, o que contribui para o alcance do indicador e fortalece o manejo das arboviroses no território.

Indicador 38 - Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada



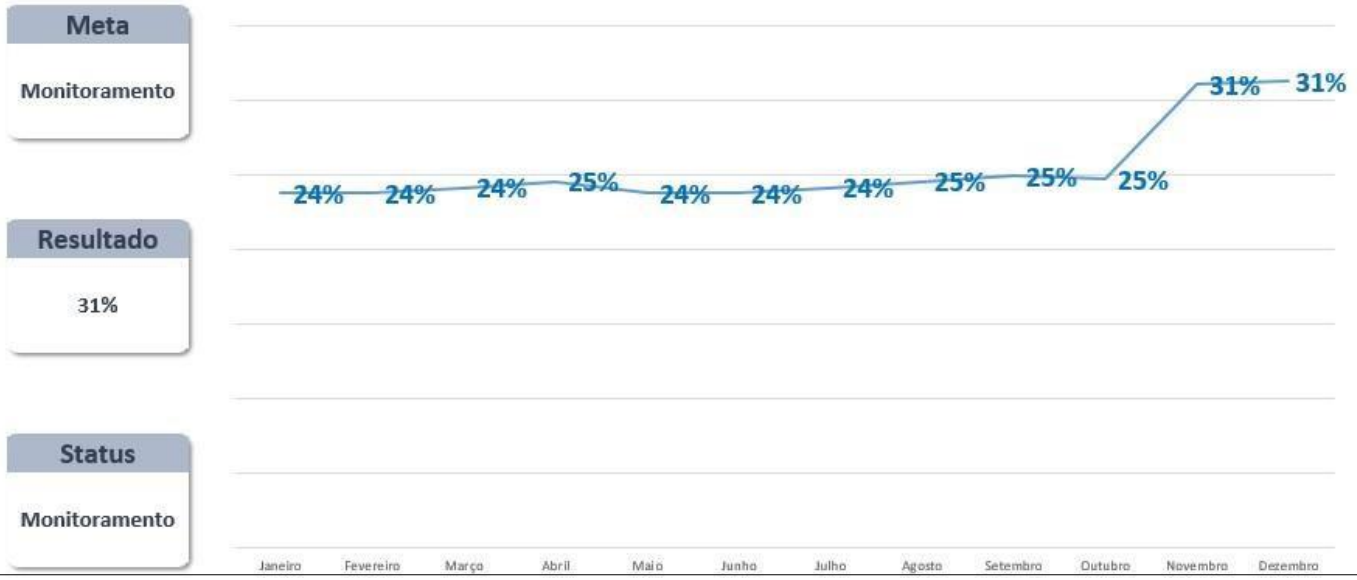
Análise dos resultados: A partir de janeiro iniciou a retomada gradual dos atendimentos eletivos nos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO's, tendo em vista o panorama do contágio do COVID-19 e a segurança dos pacientes. O registro dos percentuais do indicador em crescimento no primeiro semestre do ano reflete a adesão gradual dos pacientes às consultas, tendo maior alta a partir do mês de junho. Desde então, do total da oferta real e mensal das vagas, a média é que 60% dos pacientes tenham comparecido às consultas.

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



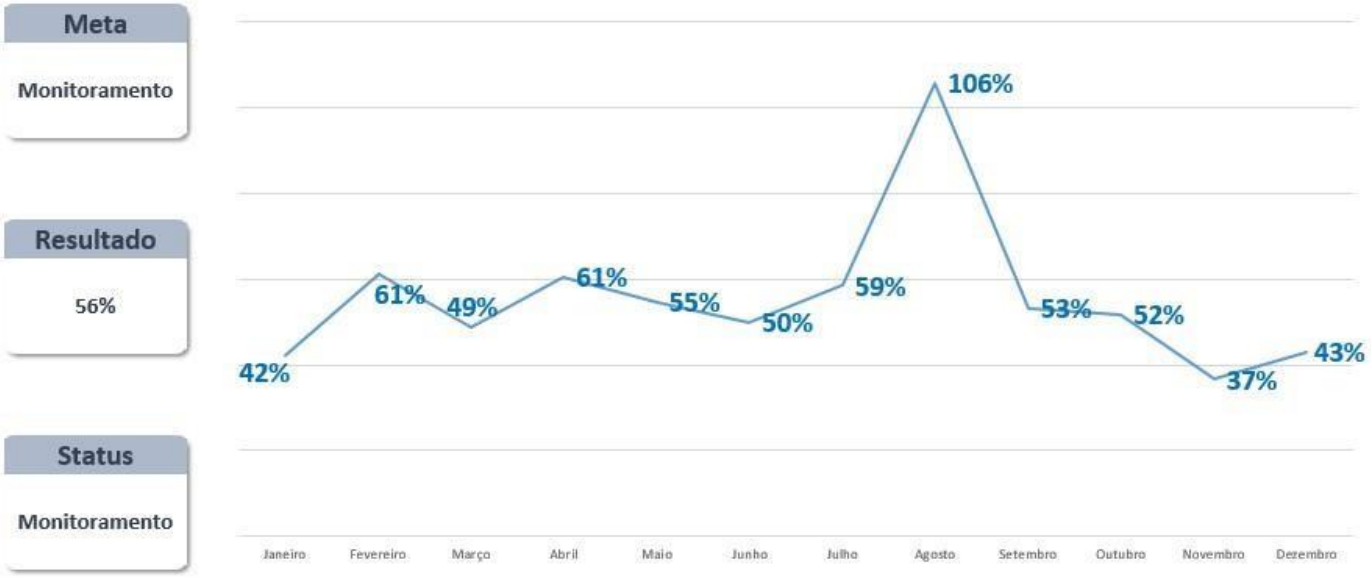
Análise dos resultados: No HRC, a média de notificação de eventos adversos foi de 167,92. As ações realizadas foram busca-ativa nos setores e no prontuário eletrônico, sensibilização da equipe junto às clínicas e a apresentação do site desenvolvido pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HRC. Essa ferramenta facilita as notificações de eventos adversos e associada ao trabalho do núcleo, elevou o número de notificações. No HRBZ, o número de notificações foi abaixo do esperado, pois o núcleo contava apenas com um servidor, o qual se afastou por alguns períodos. Ocorreu, ainda, substituições de chefia no decorrer do ano, o que dificultou o pleno funcionamento do setor. Porém, já está sendo construído um plano de ação para ampliar o quantitativo de notificações, além de melhorar o serviço prestado.

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



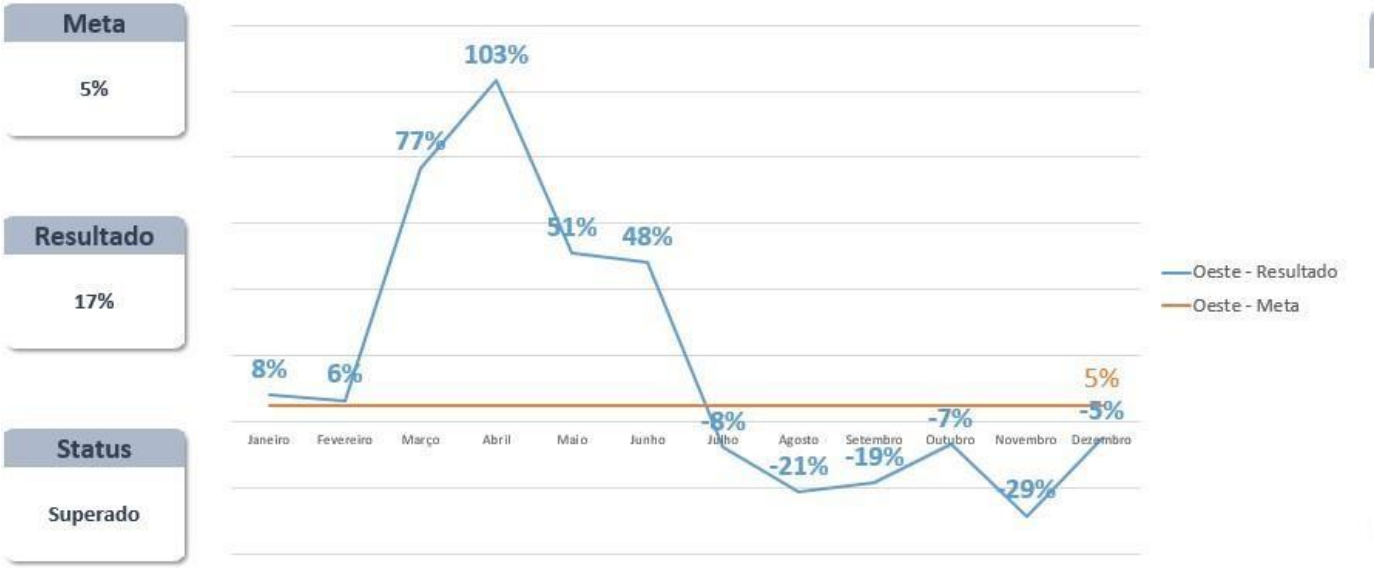
Análise dos resultados: No **HRC**, apenas 10 leitos da UTI adulto recebiam doses individualizadas, representando a proporção de 4% dos leitos do hospital. Em novembro, 30 leitos da ortopedia interna passaram a ser atendidos pelo sistema de dose individualizada, elevando o número de leitos contemplados para 40. Em 2022, planeja-se expandir as doses para a Clínica Médica Internação, com 47 leitos. Para atender mais unidades, a farmácia precisa de readequação dos ambientes para uma sala mais ampla e técnico ou Auxiliar Operacional de Serviços Diversos – AOSD farmácia para separação das doses (atualmente a separação é feita por técnico em regime de TPD ou por estagiário de graduação em farmácia). **HRBZ:** O percentual de leitos com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada foi de 94%. A dose diária depende de prescrição atualizada do médico no sistema TRACKCARE, vinculada a visita diária, que nem sempre é feita dentro do horário de funcionamento da farmácia por limitação do RH, impactando na cobertura total de distribuição.

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



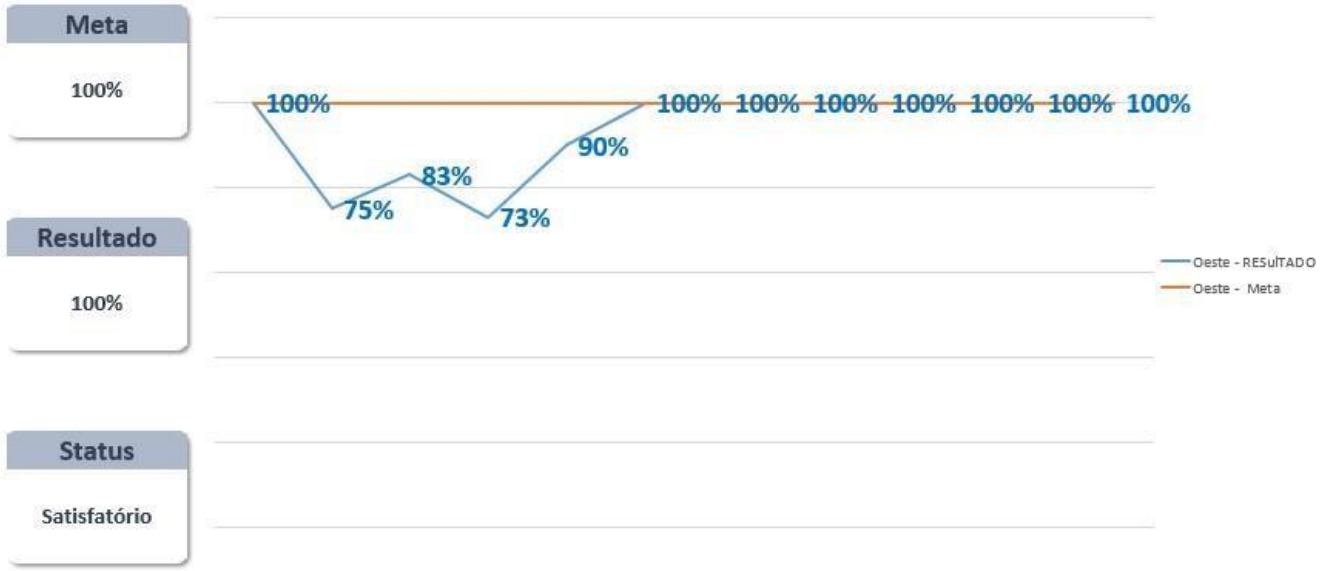
Análise dos resultados: **O índice de resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF na Região de Saúde Oeste foi de 56% em 2021.** No HRC, o percentual foi de 53,47%. O indicador apresenta polaridade de quanto maior, melhor e, dentre as manifestações avaliadas, mais da metade tiveram situação definida como resolvida. A ouvidoria de Brazlândia tem realizado contato telefônico, além de orientar quando o registro é feito presencialmente, ressaltando a importância das avaliações após as respostas definitivas.

Indicador 42 - Percentual faturado no tipo de financiamento MAC



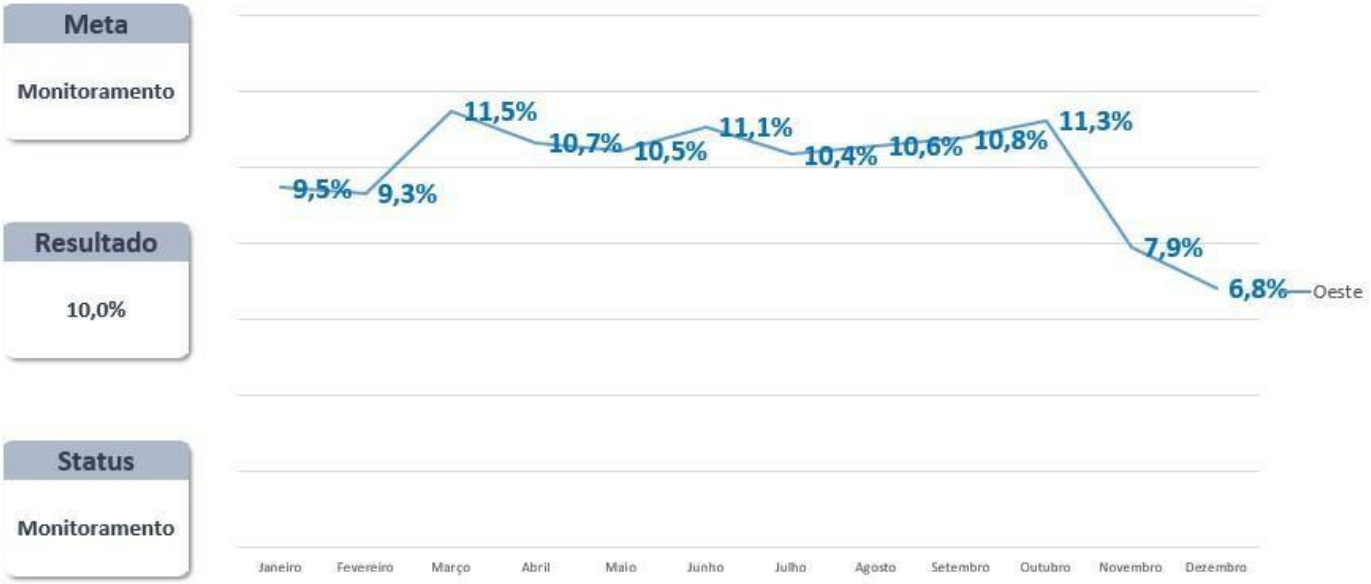
Análise dos resultados: **O percentual faturado no tipo de financiamento MAC em 2021 foi de 17% na Região de Saúde Oeste.** O processo de credenciamento e habilitação de serviços em andamento, assim como o fortalecimento dos Núcleos de Captação e Análise de Informação do SUS junto a outros setores para ajustes de processos de trabalho para qualificação das informações contribuíram para o resultado do indicador. O aumento também pode ser atribuído ao funcionamento do Hospital de Campanha na região para atendimento de casos de COVID-19, cujo faturamento do período de janeiro a setembro de 2021 foi processado pelo Hospital Regional de Ceilândia.

Indicador 43 - Percentual de desempenho da gestão de custos



Análise dos resultados: **O percentual de desempenho da gestão de custos na Região de Saúde Oeste em 2021 foi de 100%.** Este indicador corresponde às duas últimas etapas do processo da gestão de custos (3ª etapa - preenchimento do ApuraSUS e 4ª etapa - análise crítica). Entre os meses de fevereiro a maio de 2021, observou-se percentuais de desempenho inferior a 100% e as principais dificuldades encontradas que impactaram no indicador foram o descumprimento dos prazos para a entrega de notas fiscais de serviços prestados e da produção de setores pontuais do hospital ao Núcleo de Gestão de Custo - NGC/HRC. Dessa forma, identificou-se a necessidade, neste período, de fortalecimento do processo de trabalho do NGC junto aos setores envolvidos na entrega de informações e deste com as empresas prestadoras de serviços.

Indicador 44 - Taxa de absenteísmo



Análise dos resultados: Durante o ano de 2021 a região teve uma alta taxa de absenteísmo, as causas dos afastamentos não são conhecidas pela região considerando que a homologação são realizadas pelo Secretaria de Econômia – SEEC, desta forma, impossibilitando intervenções direcionadas às causas específicas dos afastamentos. Mesmo assim ações locais são realizadas para minimizar afastamentos por razões relacionadas ao ambiente de trabalho, como a implementação do Projeto de Intervenção em Psicologia, Fisioterapia e Medicina do Trabalho em Saúde Mental que teve por objetivo geral criar estratégias de intervenção multidisciplinar com ênfase na saúde mental dos servidores , visando a redução do absenteísmo causado pelos afastamentos laborais relacionados a transtornos mentais e comportamentais, assim como a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

Colegiado de Gestão Regional

Conforme Portaria 1066 de 25 de outubro de 2021, é prevista a discussão bimestral dos resultados dos indicadores do AGR pelo Colegiado de Gestão Regional (composto por superintendente, diretores da atenção primária, secundária e hospitalar, diretor administrativo e agentes de planejamento – ASPLAN e GPMA's). No ano de 2021, não foram realizadas reuniões do Colegiado de Gestão Regional, mas foram realizadas colegiados com as diretorias e gerências para avaliar os indicadores e os processos de trabalho da região. Dessa forma, a Região de Saúde Oeste irá organizar um cronograma anual de reuniões do colegiado a cada dois meses a fim de atender a normativa, discutir os indicadores e propor ações.

Colegiados quadrimestrais

Consiste na avaliação conjunta entre superintendência e as coordenações das Redes de Atenção Temáticas em Saúde e a Diretoria de Gestão Regionalizadas. O primeiro colegiado quadrimestral de 2021 ocorreu dia 21/06/2021 com a participação da superintendência, diretores e agentes de planejamento. O segundo ocorreu em 09/11/2021 e o último colegiado quadrimestral foi realizado em 25/03/2022. Para este último, foi encaminhado o convite para que a direção, gerências e chefias relacionadas aos indicadores monitorados pudessem participar e contribuir com suas visões acerca dos dados.

Considerações da área de planejamento sobre o processo de monitoramento do AGR

O gerenciamento dos serviços por meio da contratualização é importante para a gestão em saúde, pois, ao se estabelecer indicadores e metas, os objetivos tornam-se tangíveis e melhor direcionados às ações a serem implementadas.

CONCLUSÃO

O aprimoramento do processo de coleta de dados e análises dos resultados dos indicadores do Acordo de Gestão Regional pactuados, ao se considerar parâmetros e metas a serem alcançadas, permitem o fortalecimento dos processos de monitoramento e avaliação no âmbito da SES-DF. As ações propostas, os colegiados de gestão e todas as ferramentas implementadas para o acompanhamento dos indicadores, trazem transparência e fortalecem a gestão no desenvolvimento das ações e nas definições de prioridades.

Dessa forma, ao longo do ano de 2021, foi possível a obtenção de informações que possibilitam o reconhecimento de dificuldades e proposições de ações de planejamento para melhorá-los e avaliações em consonância com as necessidades do Plano Distrital de Saúde e das Redes de Atenção à Saúde.

GESTORES ATUAIS

- **Superintendente – Lucilene Maria Florêncio de Queiroz**
- **Asplan – Camila Ribeiro de Moura Menezes**
- **Diretor Administrativo – Vinícius Lopes de Lima**
- **Diretor Hospitalar – HRBZ: Paulo Henrique Gondim Cordeiro**
  HRC: Bruno Aires Vieira
- **Diretor da Atenção Secundária – José Rogério Tavares de Souza Lopes**
- **Diretor da Atenção Primária – Sandra Araújo de França**
- **GPMA hospitalares – HRBZ: Lauriellen Travassos Silva**
  HRC: Lídia Rosa Alves da Silva
- **GPMA Primária – Steyce Raphaelle Morais Nunes**
- **GPMA Secundária – Kátia Gomes de Moura Domingues**

Brasília, 20 de abril de 2022.

ANEXO 1

STATUS DO PLANO DE AÇÃO

Indicador: Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)					
Objetivo: Aumentar a proporção de partos vaginais realizados no HRC					
Ações	*Justificativa*	*Atividades*	*Responsável*	*Período*	*Status*
Melhora da ambiência das unidades materno infantil	*Aumento da satisfação do usuário com o serviço e atendimento adequado da população atual e das normativas vigentes.*	*1. Resgate das solicitações de reforma e ampliação das unidades de CO, PS GO e maternidade.*	*DA/SRSOE* *Parceiros: GPMA/HRC; ASPLAN/SRSOE e Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha - Região Oeste*	*2021*	*Finalizado*
		2. Encaminhamento e acompanhamento das solicitações de reforma junto às áreas competentes conforme fluxo de necessidades das regiões.		*2021 a 2023*	*Em andamento*
Qualificação dos processos assistenciais	*Redução da morbimortalidade materno-infantil*	*1. Utilização de protocolos padronizados e recomendações baseadas em evidências;*	*Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha - Região Oeste* *Parceiros: HRC, GENF, GACIR*	*2021 a 2023*	*Em andamento*
		2. Promoção de capacitações aos profissionais das áreas materno-infantil			*Em andamento*
Humanização da assistência ao parto e ao nascimento	*Promoção de experiência positiva de parto e aumento da satisfação do usuário com o serviço.*	*1. Estímulo do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor.*	*Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha - Região Oeste* *Parceiros: GENF e GACIR*	*2021 a 2023*	*Em andamento*
		2. Ampliação da inserção da enfermagem obstétrica na atenção	*Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha - Região Oeste*	*2021 a 2023*	*Em andamento*

ANEXO 1

		ao parto de risco habitual.	*Parceiros: HRC e GENF*		
Indicador: Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite).					
Objetivo: Priorizar o atendimento conforme o grau de gravidade clínica nos serviços de urgência e emergência.					
Ações	*Justificativa*	*Atividades*	*Responsável*	*Período*	*Status*
Priorização do atendimento conforme o grau de gravidade clínica	Organização do fluxo do usuário nos serviços de urgência e emergência	*1. Classificação de risco 24 horas por dia ininterruptamente*	*GENF/HRC* *Parceiros: HRC e GPMA/HRC*	*2021*	*Realizado*
		2. Reorganização da classificação de risco nas portas de urgência e emergência do HRC		*2021*	*Realizado*
		3. Reorganização do dimensionamento de enfermagem na classificação de risco		*2021*	*Em andamento*

Indicador: Percentual de recém-nascidos que realizaram a triagem auditiva neonatal					
Objetivo: Melhorar o registro nos sistemas de informações das triagens auditivas realizadas					
Ações	*Justificativa*	*Atividades*	*Responsável*	*Período*	*Status*
Revisão do lançamento dos testes de triagem auditiva nos sistemas SIA e SIH/SUS	*Divergências entre dados disponíveis na sala de situação e planilha de controle interno de testes realizados.*	*1. Repasse da relação de testes realizados pelo NSF ao NCAIS*	*Núcleo de Saúde Funcional (NSF/ GAMAD/HRC)*	*2021*	*Realizado*
		2. Cruzamento de informações repassadas pelo NSF com os relatórios do NCAIS.	*Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS - (NCAIS/ GPMA/HRC)*	*2021*	*Realizado*
		3. Lançamento de testes realizados como BPA após cruzamento de informações	*Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS - (NCAIS/ GPMA/HRC)*	*2021*	*Realizado*

ANEXO 1

Indicador: Percentual de admissão no SAD no período.					
Objetivo: Elevar o percentual de internações no SAD conforme sua capacidade de recursos e reconhecimento pelos níveis de atenção da região					
Ações	*Justificativa*	*Atividades*	*Responsável*	*Período*	*Status*
Encaminhamento de formulários ao NRAD oportunamente	*Otimizar o tempo de comunicação entre o serviço e o NRAD.*	*1. Digitalização dos formulários utilizados para ser direcionado diretamente ao e-mail do NRAD.*	*Grupo de Desospitalização do HRC Parceiro: NQSP, HRC, NRAD, GACL, GPMA.*	*2021*	*Realizado*
		2. Treinamento para utilização dos formulários digitalizados	*NQSP/HRC Parceiros: GENF (supervisor) e GACL*	*2021*	*Realizado*
		3. Utilização dos formulários digitalizados	*Médicos e Enfermeiros UMEI Parceiros: NAQH, GENF e GACL*	*2021*	*Em andamento*

Indicador: Proporção (%) de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde.					
Objetivo: Inserir nos sistemas no prazo oportuno os casos de Arboviroses					
Ações	*Justificativa*	*Atividades*	*Responsável*	*Período*	*Status*
Matriciamento profissionais para utilização correta do SINAN	*As notificações tardias impactam nas medidas de controle do vetor, interferem nas tomadas de decisões e nas ações de manejo.*	*Matriciamento in loco para os profissionais para a utilização correta do SINAN.*	*NVEPI*	*2021*	*Realizado*
		2. Criação de Boletim Epidemiológico – NVEPI - com a quantidade de notificações realizadas pelas UBSs da Região.		*2021*	*Realizado*

ANEXO 2

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

IMPACTO

O indicador reflete o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto. Quanto maior o percentual, supõe-se melhores práticas assistenciais.

AÇÕES REALIZADAS E EM ANDAMENTO

Ação 1: Melhora da ambiência das unidades materno-infantis
- Resgate das solicitações de reformas e ampliações: realizado;
- Encaminhamento das solicitações de reforma às áreas competentes: realizado;
- Projeto de construção do Centro de Parto Normal: em andamento, estudo de projeto em análise no SEI.

Ação 2: Qualificação dos processos assistenciais
- Capacitação dos profissionais no Centro Obstétrico: realizado curso de capacitação de Enfermeiras Obstetras no HRC pela supervisão de enfermagem do Centro Obstétrico em julho/2021;
- Uso de protocolos padronizados e recomendações baseadas em evidência científica: em andamento.

Ação 3: Humanização da assistência ao parto e ao nascimento
- Ampliação do quantitativo de Enfermeiros Obstétricos na atenção ao parto de risco habitual: em andamento. Tem ocorrido a realocação dos profissionais desta categoria que atuaram na linha de frente na pandemia de COVID-19 no Centro Obstétrico, o que amplia gradativamente a inserção destes profissionais.
- Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor: em andamento.

Ressalta-se que, para o alcance das ações propostas em 2021 e atualizadas para 2022, esforços compartilhados entre a Região de Saúde Oeste e a Administração Central da Secretaria de Saúde são necessários. Para o problema de ambiência das unidades de atendimento materno-infantil, por exemplo, há limitações da região para a realização de reformas e ampliações. Já para a ampliação do número de enfermeiros obstetras no cenário de parto, é necessária a adequação de recursos humanos nos setores em que estes profissionais atuam atualmente (como pronto-socorro, por exemplo).

SUGESTÕES DE SOLUÇÃO

- Para a ação de melhoria da ambiência das unidades materno-infantil, as subsecretarias da administração central precisam acompanhar e priorizar os projetos junto à Subsecretaria de Infraestrutura em Saúde – SINFRA.

- Para a ampliação do número de enfermeiros obstetras no parto, a Subsecretaria de Gestão de Pessoas – SUGEP precisa realizar concurso público para a nomeação de enfermeiros generalistas ou emergencistas para a atuação nas emergências.

ANEXO 3

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

IMPACTO

O indicador reflete a cobertura do programa e triagem auditiva neonatal na SES-DF de modo proporcional.

AÇÕES REALIZADAS E EM ANDAMENTO

Ao se considerar a ficha do indicador no Caderno do AGR 2021, a fonte determinada são as bases de dados com informações SIA e SIH/SUS para a quantificação dos exames de triagem auditiva realizados. Dessa forma, apesar da coleta de dados ter sido realizada pelas planilhas de controle interno da fonoaudiologia, esforços foram empregados para se obter dados fidedignos extraídos dos sistemas de informações oficiais.

Ação: Revisão do lançamento dos testes de triagem auditiva nos sistemas SIA e SIH/SUS

- Repasse da relação de testes realizados pelo NSF ao NCAIS: realizado;
- Cruzamento de informações repassadas pelo NSF com os relatórios do NCAIS: realizado;
- Lançamento de testes realizados como BPA após cruzamento de informações: realizado.

Com as ações descritas acima, houve o registro dos testes pelas bases de dados e aparecimento das informações na sala de situação. Entretanto, após três meses, o layout da sala de situação foi modificado e os testes realizados de outubro em diante não apareceram novamente

Dessa forma, levantamos a necessidade de ação em parceria com as áreas gerenciais da ADMC.

SUGESTÕES DE SOLUÇÃO

Estudo pela GESSF/DASIS a fim de se identificar os motivos dos testes não migrarem para as bases, tendo em vista que foi demonstrado percentual de 96% de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva na região em 2021 quando os dados foram coletados pelas planilhas de controle interno.