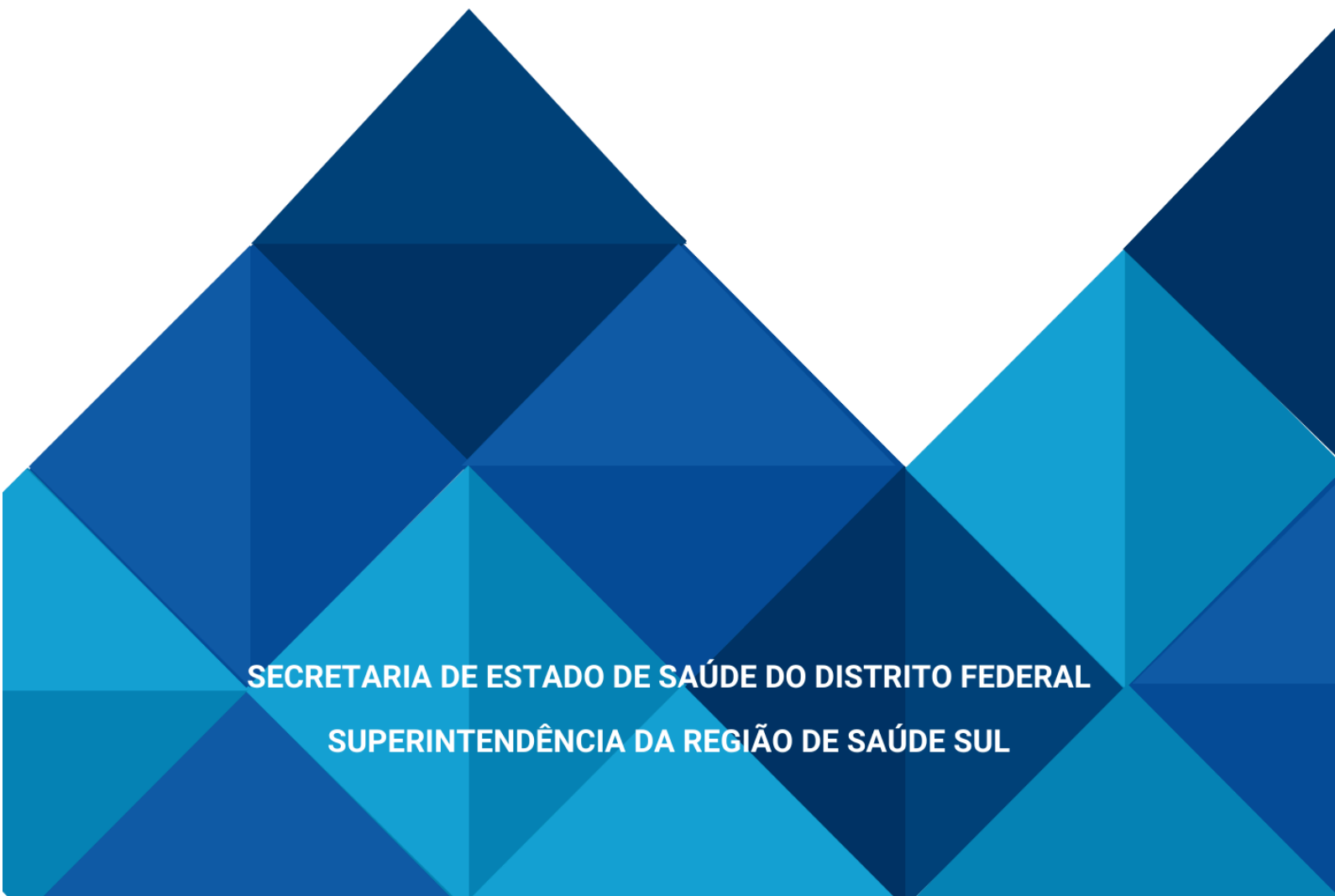




Relatório Anual
2023

ACORDO DE GESTÃO REGIONAL

Superintendência da Região de Saúde Sul



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE SUL

Sumário

Boas-vindas e Apresentação	4
Organização	7
Base Legal	7
Fonte de dados	7
A Região de Saúde Sul	8
Introdução	9
Indicadores Pactuados x Resultados	11
Análise por Indicador	14
Indicador 1	14
Indicador 2	16
Indicador 3	17
Indicador 4	18
Indicador 5	19
Indicador 6	20
Indicador 7	21
Indicador 8	22
Indicador 9	23
Indicador 10	25
Indicador 11	26
Indicador 12	28
Indicador 13	30
Indicador 14	31
Indicador 15	32
Indicador 16	33
Indicador 17	33
Indicador 18	34
Indicador 19	37
Indicador 20	38
Indicador 21	39
Indicador 22	40
Indicador 23	41
Indicador 24	42
Indicador 25	43
Indicador 26	45
Indicador 27	47
Indicador 28	48
Indicador 29	50
Indicador 30	52
Indicador 31	54
Indicador 32	55
Indicador 33	56
Indicador 34	57
Indicador 35	58

Indicador 36	59
Indicador 37	60
Indicador 38	61
Indicador 39	62
Indicador 40	63
Indicador 41	64
Indicador 42	65
Conclusão	66

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Secretária de Saúde

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz

Secretário-Adjunto de Governança

José Ricardo Baitello

Secretário-Adjunto de Assistência à Saúde

Luciano Moresco Agrizzi

Secretário-Adjunto de Gestão em Saúde

Nelma Regia da Cunha Louzeiro

Superintendência da Região de Saúde Sul

Willy Pereira da Silva Filho

EQUIPE TÉCNICA SRS

Assessoria de Planejamento em Saúde

Adma Coelho dos Santos Migliavacca

Administradora

Elza Salgado Carizzi

Gerente de Planejamento Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária

Wiliam Barbosa de Araújo

Gerente de Planejamento Monitoramento e Avaliação da Atenção Secundária

Adilene Ribeiro Nunes Silva

Gerente de Planejamento Monitoramento e Avaliação do HRG

Daniela dos Anjos Minduri

COLABORAÇÃO E REVISÃO TÉCNICA

Guilherme Mota Carvalho, Denise Salviano da Silva, Alinne Nunes de Abreu, Edenildes Maria de Oliveira, Marcia Jakeline Barros Silva, Waallis Grecio Graia Barbosa

Brasília, abril de 2024.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES/DF
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS
Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento – CPLAN
Diretoria de Gestão Regionalizada – DGR
Gerência de Contratualização Regionalizada – GCR
E-mail: suplans.gcr@saude.df.gov.br
Telefone: (61) 34494138
Edifício PO 700, 1º andar – SRTVN 702, Via W5 Norte,
Brasília/DF, CEP: 70723-040

2024 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. Secretaria de Saúde – SES/DF: <<http://www.saude.df.gov.br>>.

Boas-vindas e Apresentação

Caro leitor,

Você sabia que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior sistema público de saúde do mundo? Proporciona **acesso gratuito, universal e integral a todos**, brasileiros ou não, em território nacional. A rede de atendimento que integra o SUS envolve a Estratégia Saúde da Família - composta por agentes que atendem de casa em casa-, Unidades Básica de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), hospitais regionais, hospitais universitários, entidades do setor privado conveniado e contratado, institutos de pesquisa, hemocentro, rede de distribuição gratuita de medicamentos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

A atenção especializada é dividida em dois elementos (atenção secundária e terciária), que são, respectivamente, média e alta complexidade (ambulatorial e especializada hospitalar). A média complexidade é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) se encaixam aqui e concentram os atendimentos de saúde de complexidade intermediária. Além disso, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte.

A integração entre os dois níveis de atenção em saúde compõem uma rede organizada em conjunto com a atenção primária, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o SAMU 192. É geralmente o acolhimento na atenção primária que encaminha, quando necessário, os pacientes para atenção especializada de média complexidade.

O exemplo mais claro do atendimento de média complexidade é a UPA 24h. As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem atender grande parte das urgências e emergências. É lá que ocorre o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, estabilizando os pacientes e fazendo a investigação diagnóstica inicial, como forma de definir a conduta necessária para cada caso e garantir o referenciamento dos pacientes que precisam de atendimento mais complexo.

Hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários e Unidades de ensino e pesquisa fazem parte do nível de alta complexidade da atenção especializada. São locais com leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco. Os especialistas da categoria estão aptos para tratar casos que não puderam ser atendidos na atenção primária ou na média complexidade da atenção especializada, por serem mais singulares ou complexos.

Com o objetivo de aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), tem concentrado seus esforços na implantação da gestão para resultados, fortalecendo a descentralização da gestão da saúde.

Em 2016 foi implantado o Programa de Gestão Regional em Saúde (PRS), o qual visa o desenvolvimento da Atenção Integral por meio de celebração de Acordos de Gestão Regional e Local (AGR e AGL) firmados com as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital, instituído pelo decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016.

O objetivo desse programa é identificar as necessidades de saúde local, ou seja, de cada região de saúde que compõem a rede SES/DF, (Central, Centro-Sul, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul) e as Unidades de Referências Distritais em Saúde: Complexo Regulador do Distrito Federal, Hospital de Base, Hospital de Apoio, Hospital Materno-Infantil de Brasília e Hospital São Vicente de Paulo.

A partir das necessidades, é elaborado o planejamento das ações estratégicas, o que dará eficiência à utilização de recursos, melhora nos resultados assistenciais e transparência de

informações, além da pactuação de indicadores e metas personalizadas por região de saúde levando em conta o perfil sociodemográfico e epidemiológico.

A operacionalização do programa PRS se dá por meio de Acordos de Gestão Regional (AGR), celebrados entre a SES/DF (Administração Central - ADMC), e as Superintendências das Regiões de Saúde, Unidades de Referência Distrital e por meio do Acordo de Gestão Local (AGL) celebrados entre as Superintendências das Regiões de Saúde e as unidades de saúde.

Os acordos estabelecem ações, resultados esperados, metas e indicadores construídos com base nas necessidades de saúde locais e em conformidade com o Planejamento Estratégico, Plano Distrital de Saúde, Programação Anual de Saúde e outros instrumentos normativos.

Disponibilizar o presente relatório é mais uma ação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para gerar transparência nos resultados alcançados, ao passo que busca fortalecer o controle administrativo atuante e contributivo na construção das políticas públicas de saúde.

Nosso desejo é que o compartilhamento deste relatório fomente a transparência pública e promova eficiência administrativa, além de proporcionar amplo conhecimento e a utilização das informações da melhor maneira possível, contribuindo assim, para o fortalecimento da Atenção Integral em Saúde no Distrito Federal.

Boa leitura!

Organização

Base Legal

O arcabouço jurídico, para fins deste relatório, abrange o conjunto de normas e políticas específicas relacionadas à contratualização de serviços de saúde:

- **Constituição Federal de 1988:**

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

- **Lei nº 8080/1990:**

Art. 7º IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a. ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b. regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

- **Manual de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS):**

Dispõe sobre a sistematização da contratualização regionalizada no âmbito da SES DF

- **Decreto Presidencial nº 7508/2011:**

Afirma a relevância de gestão para resultados e da contratualização sob a perspectiva de uma contratação unificada em redes, de forma a alinhar os incentivos entre todos os atores do SUS para alcançar os objetivos estratégicos.

- **Decreto Distrital nº 37.515/2016:**

Institui o Programa de Gestão Regional de Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital.

- **Portaria SES DF nº 1066/2021:**

Dispõe sobre a normatização do monitoramento e avaliação dos Acordos de Gestão, conforme preconizado no Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS no âmbito da SES DF.

Fonte de dados

Sistemas institucionais, internos e manuais são as fontes de onde os dados e informações são extraídos.

A Região de Saúde Sul

A Região de Saúde Sul compreende as regiões administrativas de Gama e Santa Maria. Possui um hospital: HRG - Hospital Regional do Gama; uma Policlínica/CEO/CEPAV dentro do HRG, um CAPS AD em Santa Maria e 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), são elas:

GAMA:

1. UBS 1 – Entrequadras 6/12, Área Especial, Setor Sul – GAMA;
2. UBS 2 – Quadra 11, Lotes A, B C, Área Especial Setor Sul – GAMA;
3. UBS 3 – Entrequadras 3/5, Área Especial, Setor Leste – GAMA;
4. UBS 4 – Área Especial 2, Praça 3, Setor Leste GAMA;
5. UBS 5 – Área Especial, Lote 38, Setor Central, Lado Leste GAMA;
6. UBS 6 – Entrequadras 12/16, Área Especial, Setor, Oeste – Gama;
7. UBS 7 – Área especial nº 17, Setor Central, CEP 72405170;
8. UBS 9 – Engenho das Lages - Rua Libânio Casa Nº 13;
9. UBS 11 – Rodovia DF 475 Km 03 - Ao lado do CEFPAN - Ponte Alta Norte;
10. UBS 12 – Antigo posto da Receita Federal DF - 290, Cep: 72457994 – Brasília;
11. UBS 13 – Quadra 26 Casa 39 Setor Leste, Núcleo Rural Casa Grande;
12. UBS 15 – Chácara Luiz Fernandes Área Especial 02, Setor Leste, Gama - Penitenciária Feminina do Distrito Federal – PFDF;
13. UBS 16 – Chácara Luiz Fernandes Área Especial 02, Setor Leste, Gama - ATP Prisional.

SANTA MARIA:

14. UBS 1 – QR 207/307-CONJUNTO T ÁREA ESPECIAL;
15. UBS 2 – EQ 217/317 ÁREA ESPECIAL LOTE E;
16. UBS 3 – Quadra 100 Conjunto I, Lote 01 Área Especial;
17. UBS 5 – Entre Quadra 212/213 Área Especial;
18. UBS 6 Unidade I – Entre Quadra 202/203 Área Especial;
19. UBS 6 Unidade II – Entre Quadra 304/307 Área Especial;
20. UBS 7 – Av. brigadeiro Pinto de Moura s/n área especial;
21. UBS 8 – EQ 417/517 MÓDULO E, CENTRO COMUNITÁRIO CORA CORALINA - SANTA MARIA;
22. UBS 10 – DVO - RUA TRAVESSA DOS EUCALIPTOS Nº 4 - CIDADE NOVA - SANTA MARIA.

Introdução

O acordo de gestão é o instrumento central de contratualização interna para definição e pactuação de indicadores e metas firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, as Superintendências Regionais de Saúde (SRS), as Unidades de Referência Distrital (URD) e estas com as unidades de saúde de seu território.

A metodologia de construção dos acordos é baseada nos instrumentos orientadores de planejamento estratégico e envolve a realização de oficinas e capacitações participativas e ascendentes. Essas atividades são direcionadas pelos problemas e necessidades em saúde de cada território, e contam com a participação de servidores, gestores das regiões e as áreas técnicas assistenciais, de vigilância e regulação. Nesse sentido, o processo de contratualização interna é dinâmico e progressivo, refletindo a evolução das necessidades e dos desafios na área da saúde. Essa abordagem adaptativa visa garantir que os Acordos de Gestão estejam alinhados com as demandas reais da população e sejam eficazes na melhoria dos serviços de saúde oferecidos.

Os resultados das pactuações realizadas nos Acordos de Gestão são acompanhados pelo Colegiado de Gestão em nível regional e central, cujo papel visa identificar prioridades e orientar soluções incluindo a formulação de planos de ação. Essas ações são direcionadas para a organização de uma Rede de Atenção à Saúde integrada e resolutiva tanto na Região de Saúde quanto nas Unidades de Referência Distrital (URD's).

O presente relatório visa consolidar as informações e prestar contas das ações, serviços e resultados relacionados ao Acordo de Gestão. Dessa forma, o relatório está estruturado em 4 partes distintas:

Conformação das Regiões de Saúde e URD's: Esta seção aborda a estrutura das regiões de saúde incluindo as regiões administrativas vinculadas a cada uma delas. No que diz respeito às Unidades de Referência Distrital (URD's) são fornecidas informações do histórico institucional, perfil do usuário, capacidade instalada, infraestrutura e serviços oferecidos. Essa análise proporciona uma visão regionalizada da organização territorial e administrativa do sistema de saúde.

Matriz Consolidada dos Indicadores Pactuados e Resultados Parciais: Aqui, são apresentados os indicadores acordados e os resultados parciais alcançados pela região de

saúde/URD em relação às metas estabelecidas. Essa parte oferece uma análise geral do progresso realizado em relação aos objetivos definidos.

Análise Anual de Cada Indicador: Nesta seção, são realizadas análises detalhadas de cada indicador ao longo do ano. Isso inclui uma avaliação do desempenho, identificação de pontos fortes e áreas de melhoria, bem como possíveis estratégias para otimização dos resultados.

Conclusão: A seção final deste relatório sintetiza as principais percepções e resultados obtidos a partir da análise do desempenho das ações e esforços desenvolvidos ao longo do ano. Também pode incluir recomendações para futuras ações e aprimoramentos no processo de gestão e acompanhamento dos Acordos de Gestão.

Assim, apresentamos a Edição 2023, elaborada de forma colaborativa com todas as partes envolvidas no monitoramento e avaliação dos Acordos de Gestão.

Indicadores Pactuados x Resultados

Vigência de Janeiro a Dezembro/2023

REGIÃO SUL					
ITEM	TEMA	INDICADOR	META	RESULTADO PARCIAL	STATUS
1	CEGONHA	Coefficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	14,95	20,60	Razoável
2	CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	64,5%	59,1%	Satisfatório
3	CEGONHA	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência	Monitoramento	0,18%	Monitoramento
4	CEGONHA	Percentual de óbitos maternos investigados	100%	100%	
5	CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	100%	100%	Satisfatório
6	CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	85%	97%	Superado
7	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.	95%	79%	Satisfatório
8	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade	95%	82%	Satisfatório
9	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.	95%	82%	Satisfatório
10	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.	95%	86%	Satisfatório
11	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	80%	82%	Superado
12	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares	45%	64%	Razoável
13	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	19%	4%	Superado
14	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	13,0%	5,0%	Superado
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	10	15,14	Parcial
16	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica	N/A	N/A	N/A
17	RUE	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa	Monitoramento	1,08	Monitoramento
18	RUE	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	Monitoramento	53%	Monitoramento
19	RUE	Taxa de notificação de violência	Monitoramento	9,2	Monitoramento
20	RUE	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas	15%	6%	Superado
21	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	95%	98%	Superado
22	PCD	Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde	Monitoramento	6.191	Monitoramento
23	PSICOS-SOCIAL	Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde	Sobrestado		Sobrestado
24	PSICOS-SOCIAL	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais	Monitoramento	0%	Monitoramento
25	DCNT	Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações	Monitoramento	9,54	Monitoramento
26	DCNT	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações	Monitoramento	2,55	Monitoramento
27	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Índice de fechamento de chave	70%	60%	Satisfatório

28	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar	30%	30%	Superado
29	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	100%	61%	Razoável
30		Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	15%	13%	Satisfatório
31	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%	12%	Superado
32	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD	100%	100%	Satisfatório
33	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	Monitoramento	58%	Monitoramento
34	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Consultas”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	Monitoramento	7%	Monitoramento
35	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Exames”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	Monitoramento	5%	Monitoramento
36	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Cirurgias”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	Monitoramento	3%	Monitoramento
37	SIST. APOIO. e LOGÍST.	"Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total absenteísmo da Região/URD".	Monitoramento	63%	Monitoramento
38	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	90%	97%	Superado
39	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de cura dos casos de tuberculose	Monitoramento	41%	Monitoramento
40	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde	Monitoramento	48%	Monitoramento
41	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde	Monitoramento	101%	Monitoramento
42	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Número de notificações por acidente de trabalho / agravos relacionados ao trabalho	Monitoramento	2.807	Monitoramento

Quadro resumido:

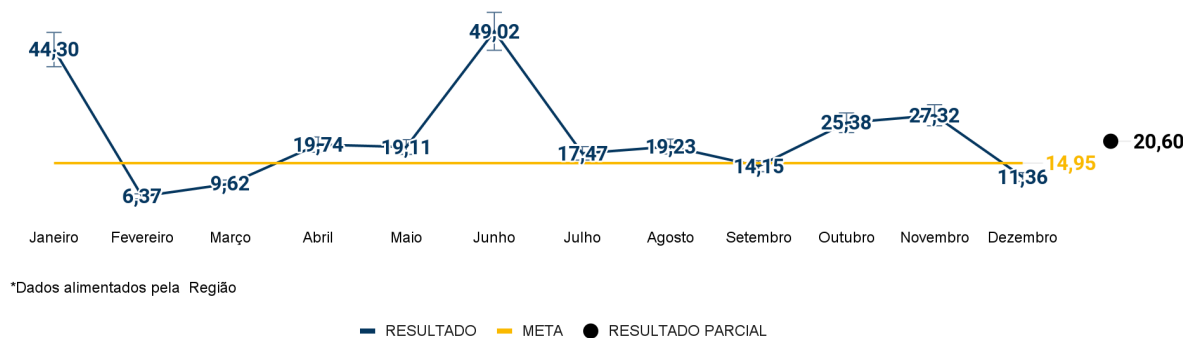
REGIÃO SUL		
	<u>Quantidade</u>	<u>% *</u>
<u>Superado</u>	<u>9</u>	<u>23%</u>
<u>Satisfatório</u>	<u>9</u>	<u>23%</u>
<u>Razoável</u>	<u>3</u>	<u>8%</u>
<u>Parcial</u>	<u>1</u>	<u>3%</u>
<u>Crítico</u>	<u>0</u>	<u>0%</u>
<u>Monitoramento</u>	<u>17</u>	<u>43%</u>
<u>Não se aplica</u>	<u>1</u>	3%

Análise por Indicador

Indicador 1

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

SUL



Casos novos de Sífilis	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
	7	1	2	3	3	5	4	3	3	5	5	2	43

Análise dos resultados:

No decorrer do ano, considerando os dados analisados, percebe-se algumas irregularidade nos resultados evidenciados, que podem ser atribuídos às possíveis inconformidades de lançamento e tratativas quanto às ações relacionadas ao indicador, contudo é perceptível a manutenção dos resultados abaixo da meta em mais de 50% dos meses do ano de 2023. Embora tenhamos implementado algumas medidas corretivas ao longo do ano, seu impacto foi insuficiente para reverter essa tendência negativa.

Monitoramento semanal, por parte do NVEPI, dos casos de Sífilis em gestante que estão notificados e inseridos no SINAN, a fim de identificar e corrigir, oportunamente, falhas no atendimento à gestante no pré-natal;

Implementação do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatite B e C e participação do Fórum Ampliado de Transmissão Vertical para o 3º ciclo de monitoramento do plano integrado de prevenção, vigilância e controle da sífilis 2021-2024 do Distrito Federal;

Oferta de curso de Testagem Rápida, para capacitação dos profissionais na coleta, no acolhimento e no aconselhamento;

Sensibilização no colegiado de Gerentes acerca da temática;

Orientação quanto a testagem rápida em todas as UBS e tratamento oportuno para sífilis;

Criação do Cartão de gestante com Sífilis, com o intuito de melhorar as informações na caderneta da gestante e padronizar os nossos serviços de saúde;

Realização de matriciamento pela GAPAPS em saúde da Mulher e da Criança, direciona aos profissionais de Nível Superior (Médicos e Enfermeiros);

Realização de matriciamento pela GAPAPS e NVEPI quanto ao manejo da Sífilis na Atenção Primária, direcionado aos profissionais de Nível Superior (Médicos e Enfermeiros);

Realização de matriciamento pela GAPAPS - Qualificação do Pré natal na Atenção Primária, direcionado a equipe multidisciplinar;

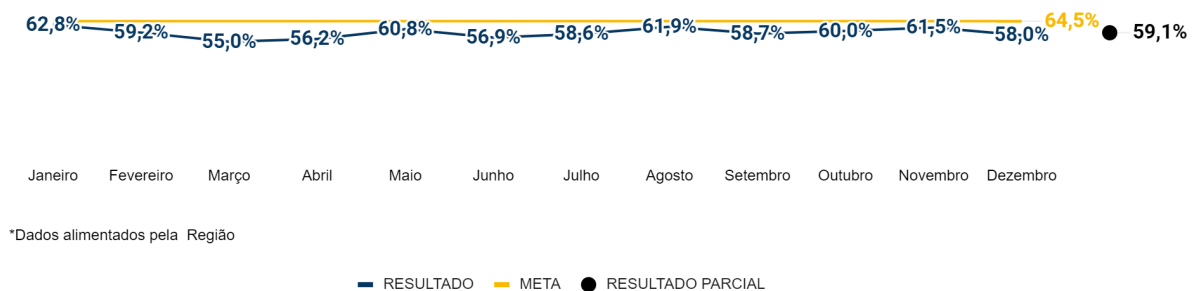
Implementação de visitas periódicas do NVEPI para Busca ativa, orientações assistenciais e de manuseio de sistemas.

Na perspectiva de melhoria dos resultados obtidos no ano de 2023, está em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul, coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região Sul, sendo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEPI) ator principal neste contexto dirigindo e habilitando os integrantes desta comissão.

Indicador 2

Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)

SUL



Análise dos resultados:

No decorrer do ano, considerando os dados analisados, percebe-se que os indicadores anuais de partos vaginais se mantiveram em torno de 60%, o que se encontra abaixo das recomendações mundiais da OMS que recomenda taxa de parto normal de 85%.

Consideramos que houve melhorias na assistência ao parto com a atuação das enfermeiras obstetras que fazem o uso de tecnologias de parto normal como bola suíça, aromaterapia, rebozo, escada de Ling, Spining Babies, parto na banquetta, realização de curso de gestantes mensal informando a população sobre os benefícios do parto normal.

Precisamos implementar e fortalecer o uso de tecnologias de parto normal, uso de analgesia de parto, capacitação da equipe com treinamentos e contratação de maior número de profissionais para atender com mais qualidade à população. Com o maior número de profissionais teremos reflexo de melhor assistência ao parto, com menos sobrecarga de trabalho da equipe.

As ações realizadas já refletiram na diminuição da taxa de cesárea e na qualidade de assistência ao parto normal. Porém ainda temos muito a melhorar com a implementação de novas práticas que foram sugeridas anteriormente.

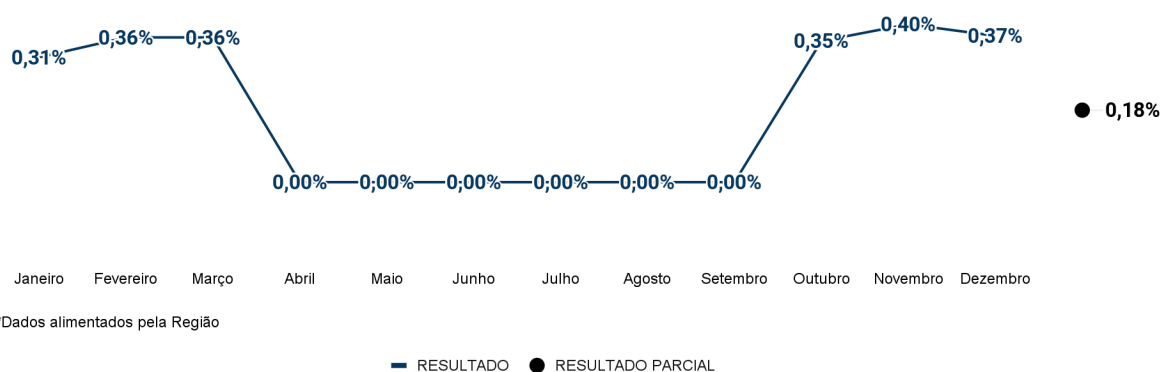
As causas que mais contribuem com a baixa adesão ao parto normal são a falta de pré-natal de qualidade, falta de capacitação da equipe envolvida com as boas práticas de assistência ao parto normal conforme as diretrizes de assistência ao parto normal, a falta de recursos humanos mínimos para prestar uma boa assistência sem sobrecarga profissional, investimento em recursos facilitadores do parto como bola suíça, aromaterapia, rebozo, anestesistas qualificados para realizarem analgesia de parto, banquetas, aparelhos de sonar para ausculta de BCF, aparelhos de PA para acompanhamento de síndromes hipertensivas que ainda levam muitas mulheres a óbito. A maior fragilidade é o déficit de recursos humanos, principalmente pediatras, ginecologistas e enfermeiros obstetras que são essenciais para uma boa assistência ao parto.

Como ações de seguimento sugerimos completar a equipe conforme índice de segurança técnica, treinar anestesistas e residentes de anestesia quanto a analgesia de parto, investir em recursos humanos e físicos a fim de aprimorar a assistência ao parto.

Indicador 3

Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência

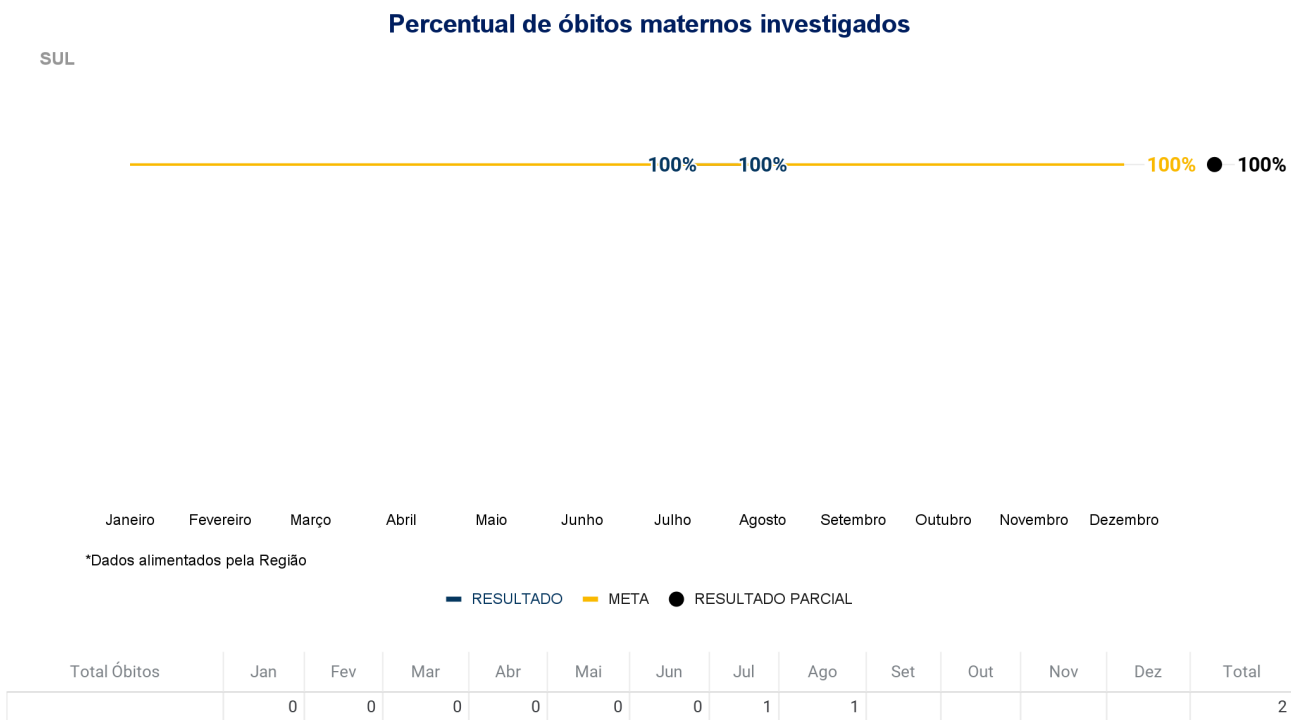
SUL



Análise dos resultados:

Por ser um indicador útil das condições gerais do recém nascido, está relacionado ao aumento da mortalidade na primeira semana de vida do recém-nascido devido a asfixia perinatal e aumento do risco de paralisia cerebral. Consequentemente, reforçamos a importância de acesso e seguimento pré-natal adequado podendo reduzir os riscos de desfechos neonatais adversos. Entre os fatores de risco para esse marcador de avaliação neonatal, observamos aumento de prematuridade, baixo peso ao nascer e anomalias congênitas. Dessa forma, é empregado para avaliar o estado do recém-nascido e indica a maior possibilidade de uso de recursos especializados. Assim, recém nascidos com pontuações inferiores a 7 recebem assistência imediata visando ao aumento do apgar.

Indicador 4



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 5

Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano

SUL



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

* Dados alimentados pela Região

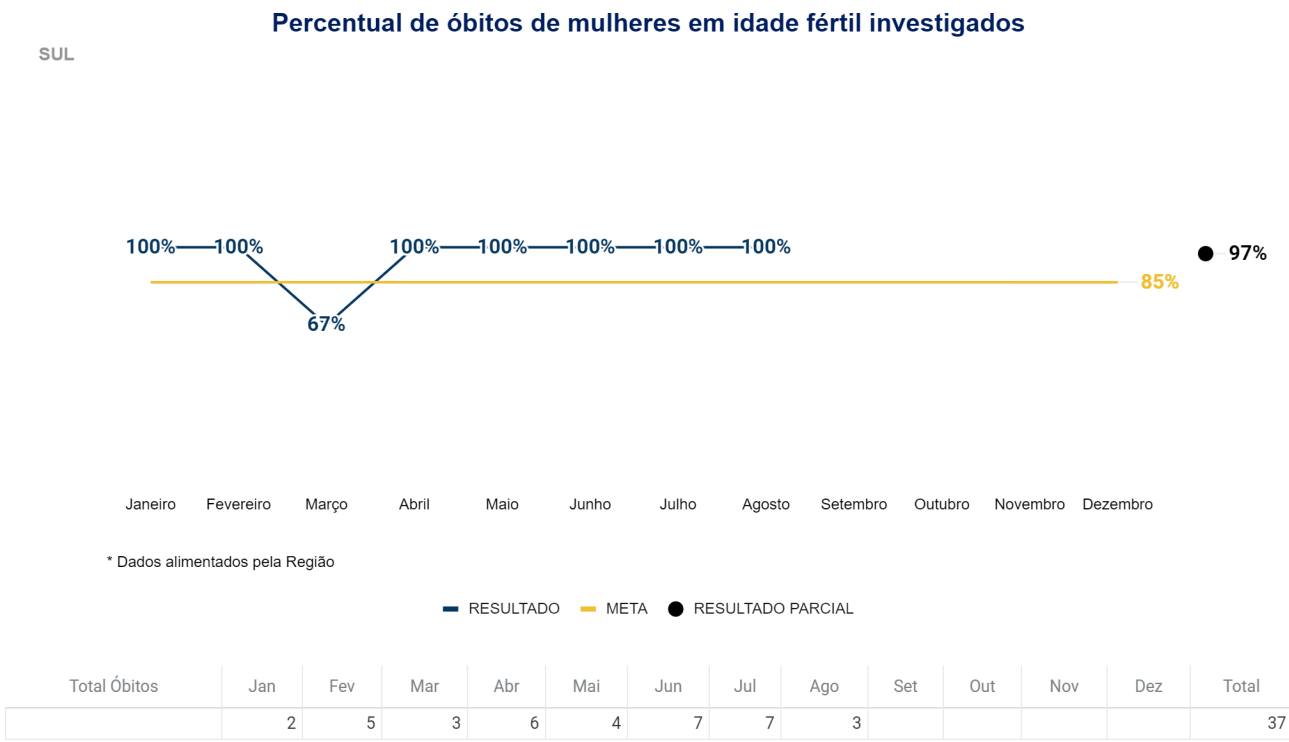
RESULTADO META RESULTADO PARCIAL

Total Óbitos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
	4	2	3	2	4	3	2	5					25

Análise dos resultados:

Os resultados obtidos foram satisfatórios no ano de 2023, 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 6



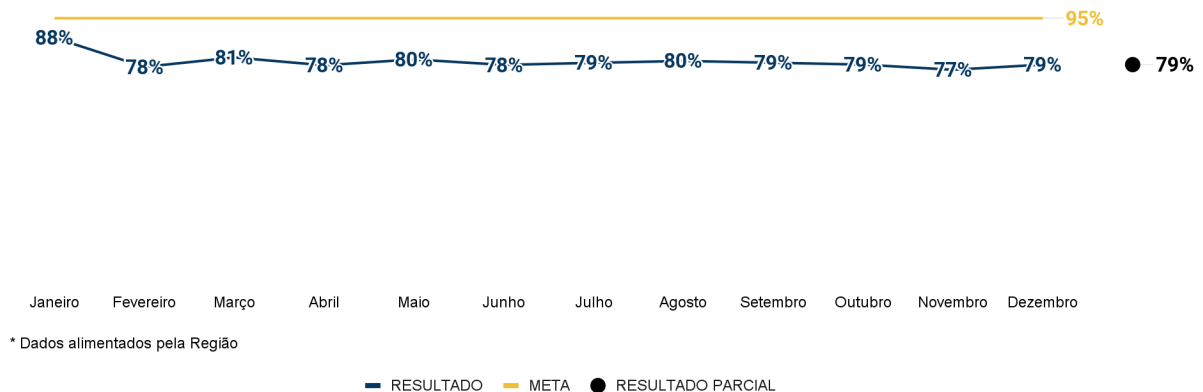
Análise dos resultados:

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 7

Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.

SUL



Análise dos resultados:

Nos meses analisados, percebe-se irregularidade nos resultados evidenciados. As coberturas vacinais referentes aos demais meses não foram enviadas, tendo em vista a instabilidade e inconsistências nos relatórios do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI WEB e Novo SIPNI), quanto à transmissão das doses aplicadas do e-SUS para Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Informamos ainda que a SES/SVS/DIVEP/GRF - Gerência de Rede de Frio, neste momento está enviando mensalmente os dados consolidados do indicador através de processo sei.

Ações:

1. Sob iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal realizamos a Campanha Nacional de Multivacinação Campanha de vacinação nas escolas e o MRV(Monitoramento Rápido de Vacinação) através de ação conjunta com a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde).
2. Apoio técnico às salas de vacinação, inclusive com visitas do NVEPI nas salas de vacinas solicitadas, reforçando a importância de não perder a oportunidade de vacinação, bem como a realização da busca ativa das crianças faltosas.
3. Realização de matriciamento pela GAPAPS - Oficina do AIDPI, com abordagem nas orientações sobre a importância de manter a caderneta de vacinação das crianças menores de 5 anos atualizadas.

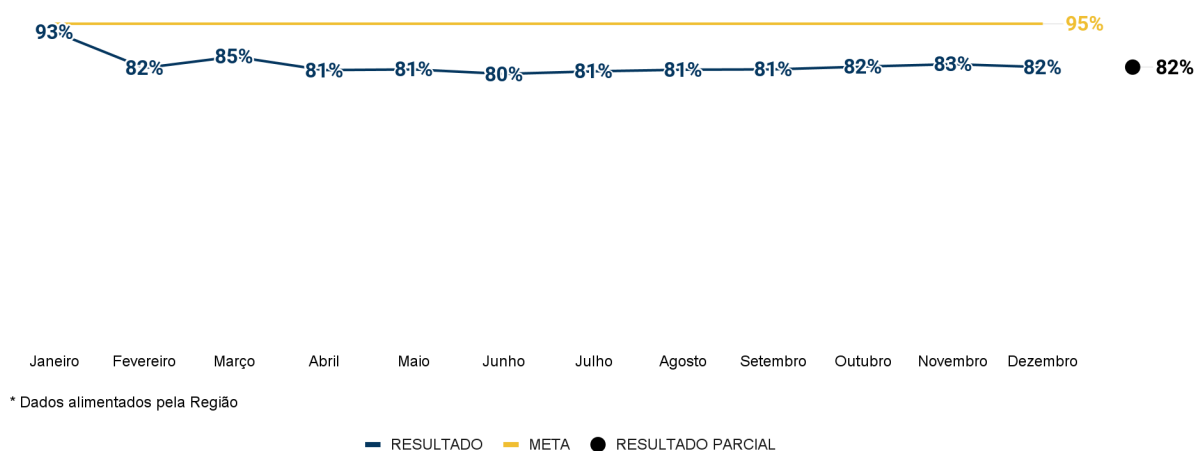
No último período, nossa campanha de vacinação enfrentou desafios na busca por alcançar as metas estabelecidas de cobertura vacinal. Apesar dos esforços incansáveis da equipe e das

parcerias com instituições locais, percebe-se a necessidade de intensificação dos esforços em busca de melhorias nos resultados.

Indicador 8

Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.

SUL



Análise dos resultados:

Nos meses analisados, percebe-se irregularidade nos resultados evidenciados. As coberturas vacinais referentes aos demais meses não foram enviadas, tendo em vista a instabilidade e inconsistências nos relatórios do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI WEB e Novo SIPNI), quanto à transmissão das doses aplicadas do e-SUS para Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Informamos ainda que a SES/SVS/DIVEP/GRF - Gerência de Rede de Frio, neste momento está enviando mensalmente os dados consolidados do indicador através de processo sei.

Ações:

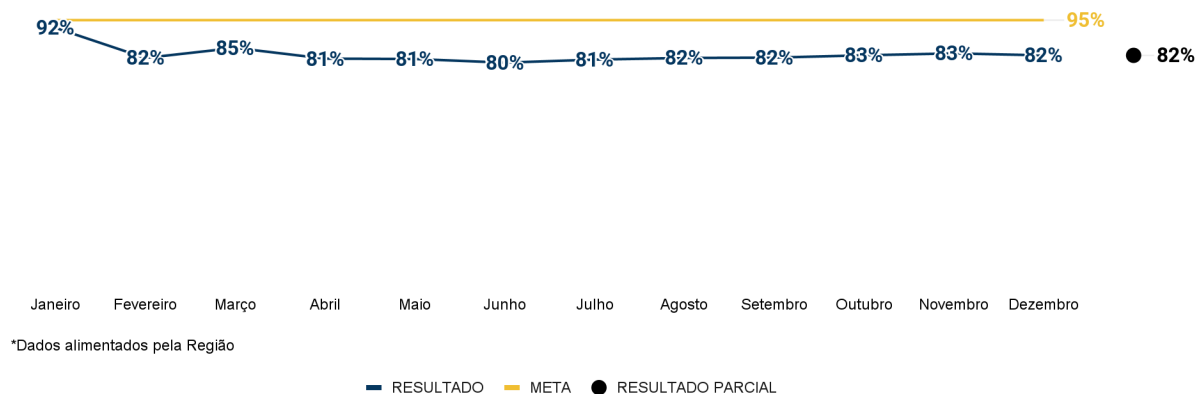
1. Sob iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal realizamos a Campanha Nacional de Multivacinação Campanha de vacinação nas escolas e o MRV (Monitoramento Rápido de Vacinação) através de ação conjunta com a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde).
2. Apoio técnico às salas de vacinação, inclusive com visitas do NVEPI nas salas de vacinas solicitadas, reforçando a importância de não perder a oportunidade de vacinação, bem como a realização da busca ativa das crianças faltosas.
3. Realização de matriciamento pela GAPAPS - Oficina do AIDPI, com abordagem nas orientações sobre a importância de manter a caderneta de vacinação das crianças menores de 5 anos atualizadas.

No último período, nossa campanha de vacinação enfrentou desafios na busca por alcançar as metas estabelecidas de cobertura vacinal. Apesar dos esforços incansáveis da equipe e das parcerias com instituições locais, percebe-se a necessidade de intensificação dos esforços em busca de melhorias nos resultados.

Indicador 9

Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.

SUL



Análise dos resultados:

Nos meses analisados, percebe-se irregularidade nos resultados evidenciados. As coberturas vacinais referentes aos demais meses não foram enviadas, tendo em vista a instabilidade e inconsistências nos relatórios do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI WEB e Novo SIPNI), quanto à transmissão das doses aplicadas do e-SUS para Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Informamos ainda que a SES/SVS/DIVEP/GRF - Gerência de Rede de Frio, neste momento está enviando mensalmente os dados consolidados do indicador através de processo sei.

Ações:

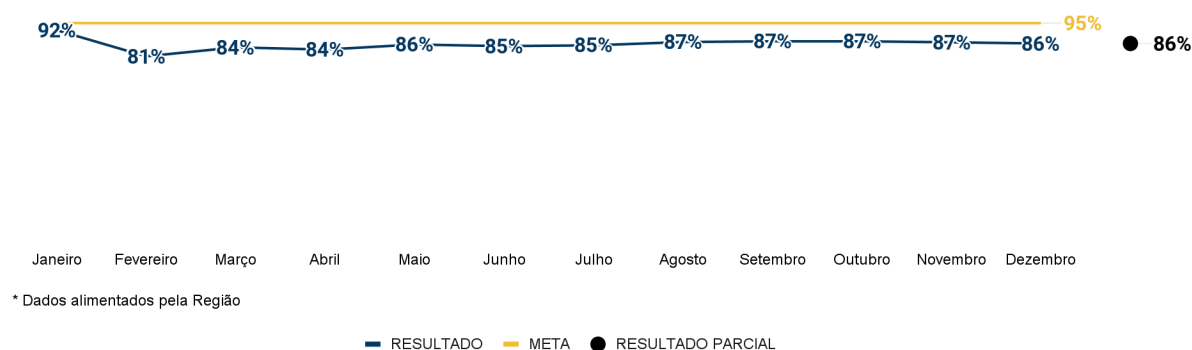
1. Sob iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal realizamos a Campanha Nacional de Multivacinação Campanha de vacinação nas escolas e o MRV (Monitoramento Rápido de Vacinação) através de ação conjunta com a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde).
2. Apoio técnico às salas de vacinação, inclusive com visitas do NVEPI nas salas de vacinas solicitadas, reforçando a importância de não perder a oportunidade de vacinação, bem como a realização da busca ativa das crianças faltosas.
3. Realização de matriciamento pela GAPAPS - Oficina do AIDPI, com abordagem nas orientações sobre a importância de manter a caderneta de vacinação das crianças menores de 5 anos atualizadas.

No último período, nossa campanha de vacinação enfrentou desafios na busca por alcançar as metas estabelecidas de cobertura vacinal. Apesar dos esforços incansáveis da equipe e das parcerias com instituições locais, percebe-se a necessidade de intensificação dos esforços em busca de melhorias nos resultados.

Indicador 10

Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.

SUL



Análise dos resultados:

Nos meses analisados, percebe-se irregularidade nos resultados evidenciados. As coberturas vacinais referentes aos demais meses não foram enviadas, tendo em vista a instabilidade e inconsistências nos relatórios do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI WEB e Novo SIPNI), quanto à transmissão das doses aplicadas do e-SUS para Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Informamos ainda que a SES/SVS/DIVEP/GRF - Gerência de Rede de Frio, neste momento está enviando mensalmente os dados consolidados do indicador através de processo sei.

Ações:

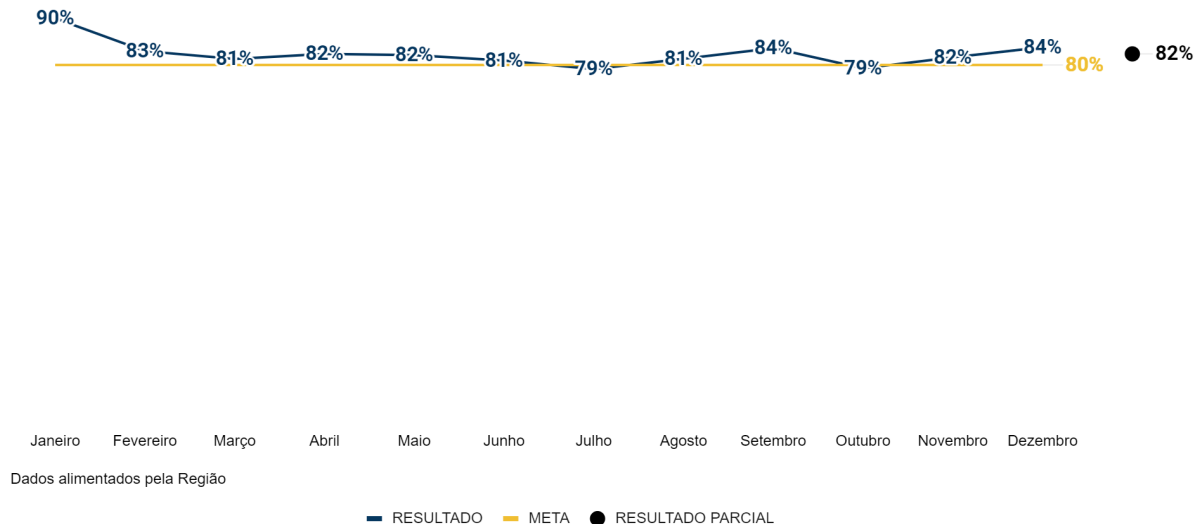
1. Sob iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal realizamos a Campanha Nacional de Multivacinação Campanha de vacinação nas escolas e o MRV (Monitoramento Rápido de Vacinação) através de ação conjunta com a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde).
2. Apoio técnico às salas de vacinação, inclusive com visitas do NVEPI nas salas de vacinas solicitadas, reforçando a importância de não perder a oportunidade de vacinação, bem como a realização da busca ativa das crianças faltosas.
3. Realização de matriciamento pela GAPAPS - Oficina do AIDPI, com abordagem nas orientações sobre a importância de manter a caderneta de vacinação das crianças menores de 5 anos atualizadas.

No último período, nossa campanha de vacinação enfrentou desafios na busca por alcançar as metas estabelecidas de cobertura vacinal. Apesar dos esforços incansáveis da equipe e das parcerias com instituições locais, percebe-se a necessidade de intensificação dos esforços em busca de melhorias nos resultados.

Indicador 11

Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.

SUL



Análise dos resultados:

Percebe-se que, com exceção dos meses de Julho e Outubro, a média de guias de atendimento de emergência (GAE) classificadas apresentou-se acima da meta proposta de 80% durante todo o ano. Mesmo nos meses em que o indicador esteve abaixo da meta, encontrava-se próximo a ela. Cabe ressaltar que os meses em que houve queda do número de classificações são aqueles que apresentaram alto índice de absenteísmo ou aqueles em que existiram remoções de enfermeiros do quadro de servidores disponíveis no setor. Conforme acordado em normativa interna, em situações em que não há quantitativo suficiente de enfermeiros para classificação, os pacientes da ortopedia são atendidos pela ordem avaliada pelo médico responsável pelo atendimento, este número elevado de pacientes sem triagem aumenta a porcentagem de GAEs abertas e não classificadas.

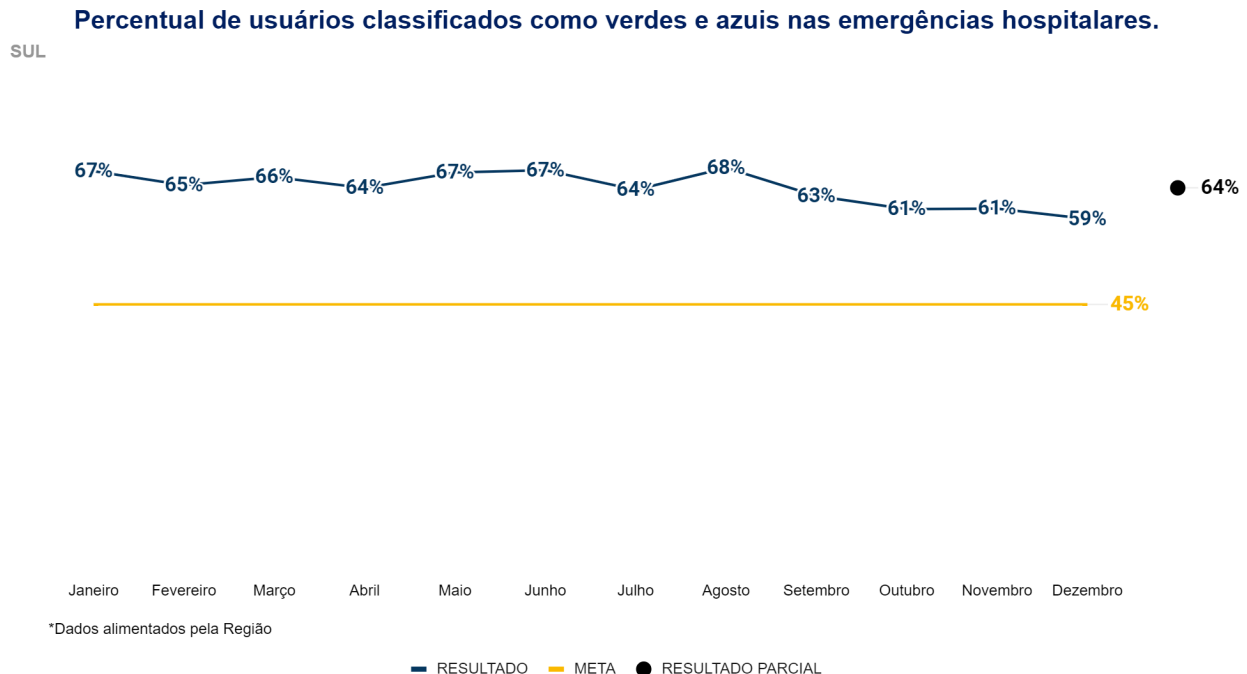
Outra situação recorrente nos meses de setembro e outubro foi a não cobertura de todo o plantão noturno no pronto socorro obstétrico devido a falta de RH. Pelo fato do TPD noturno para enfermeiro possuir um valor mais elevado que os demais horários, principalmente ao fim de semana, diversas vezes foram ofertados apenas escalas noturnas de 6 horas (19 às 01h), fazendo com que os pacientes que necessitem de atendimento não fossem classificados no período entre 1h e 3h ou das 3h às 07h. Este fator contribui para o aumento de pacientes que abrem GAEs mas são atendidos pelo médico sem a prévia classificação.

Observa-se também que nos meses de novembro e dezembro a média apresentou-se acima da maioria dos meses do ano, o que está intimamente ligado ao aumento do teto de TPD disponível para o setor e consequente cobertura dos setores de ortopedia e obstetrícia. A disponibilidade de TPD auxilia a manter os consultórios abertos por 24h, mas não resolve a

situação de maneira definitiva, já que nem sempre é possível encontrar profissionais capacitados e disponíveis para a realização do plantão.

Outros fatores também contribuem para que hajam GAEs abertas e não classificadas, dentre eles cabe destacar alguns casos, tais como: pacientes que acordam atendimento diretamente com o médico; abertura de GAEs que são direcionadas a pneumologia, nefrologia e ambulatório, e não são classificadas; pacientes encaminhados para a cirurgia geral que são trazidos pelo SAMU ou pelo CBMDF podem não ser classificados em algumas situações; além dos pacientes que retornam para reavaliação da cardiologia ou cirurgia e deveriam ter atendimento ambulatorial, mas são atendidos no PS.

Indicador 12



Análise dos resultados:

Ao decorrer do ano observa-se que a média de pacientes classificados como verde ou azul foi de 64%, permanecendo durante todo o ano acima da meta atual proposta de 45%. Percebe-se que os valores variaram pouco entre os meses, oscilando entre 59 a 67% ao longo do ano.

Alguns fatores estão relacionados a esta média elevada, dentre eles, destaca-se o mais importante: a alta demanda de pacientes que buscam atendimento ortopédico. Observa-se nos relatórios entregues ao longo do ano que o hospital atende mensalmente uma quantidade de aproximadamente 5 mil pacientes desta especialidade. A maioria destes atendimentos (aproximadamente 70%) são de pacientes que referem dor crônica ou situações que não se configuram como emergência e que, de acordo com o protocolo de classificação adotado pela SES-DF, devem receber a classificação de verde ou azul. Ressalta-se que estes pacientes poderiam ser atendidos em Unidades Básicas de Saúde, mas estas unidades ainda não contam com o atendimento desta especialidade, fazendo com que os usuários procurem o hospital em busca de solução. Outro ponto importante é que o HRG tem se tornado referência neste atendimento aos usuários provenientes de outras regiões administrativas e em especial a RIDE que não encontram atendimento ortopédico em hospitais próximos à eles. Os pacientes que retornaram para reavaliação após cirurgia ortopédica, e deveriam ser atendidos no ambulatório, também recebem classificação branca ou azul, o que aumenta ainda mais esta média.

Outro fator contribuinte para o aumento da média desse indicador é o atendimento em obstetrícia de pacientes classificados como verde ou azul, que pode estar relacionado a baixa adesão das gestantes ao pré-natal ou até mesmo a deficiência na assistência de saúde da atenção primária das cidades do entorno. Destaca-se também a procura de atendimento por

aquelas gestantes em início de trabalho de parto ou em trabalho de parto tardio, que recebem classificação verde conforme o protocolo utilizado.

O aumento deste índice também ocorre por, muitas vezes, os usuários de saúde buscarem o serviço hospitalar para atendimento de clínica médica com sintomas de menor gravidade, pois não estando informados sobre a possibilidade de atendimento desta especialidade médica em sua UBS de referência ou até mesmo a UPA-Gama.

Para que houvesse uma redução da média deste indicador, foram realizadas reuniões bimestrais onde foi levantada a possibilidade de início de atendimento da especialidade de ortopedia nas UBS, bem como o atendimento ambulatorial dos retornos cirúrgicos, não havendo abertura destas GAEs no PS. Para que haja um impacto nos índices, espera-se que estas ações ocorram no ano de 2024.

Durante o ano de 2023, outra ação importante na tentativa de reduzir o número de atendimento de pacientes da especialidade de clínica médica foi a implantação de um banner informativo na recepção dos consultórios constando a UBS de referência de cada usuário conforme seu local de moradia na região sul.

Com relação às usuárias da obstetrícia, as enfermeiras do setor fazem frequentemente, durante o atendimento, o papel de educadoras, informando sobre a importância do acompanhamento do pré-natal em sua UBS de referência ou ambulatorial.

Conclui-se, portanto, que a média deste indicador encontra-se insatisfatória, mesmo perante as tentativas de adequação do trabalho. A melhora deste indicador depende de atitudes governamentais que ultrapassam as barreiras hospitalares, como ações educativas com os usuários de saúde, implementação de atendimento de outras especialidades nas UBSs, bem como o fortalecimento da atenção primária em saúde.

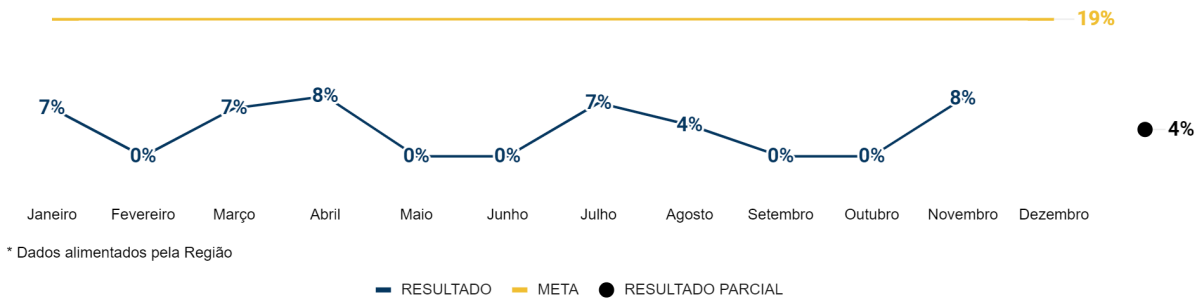
Ressalta-se que as enfermeiras da classificação, embora não sejam permitidas a referenciar pacientes para outras unidades sem que haja pactuação, estão sempre informando sobre a possibilidade de busca do atendimento em outros níveis de atenção em outras ocasiões.

Outro fator que pode auxiliar a reduzir a média deste indicador seria desconsiderar o atendimento de ortopedia para a realização deste cálculo, visto que o alto número de atendimentos desta especialidade é uma característica que difere este hospital dos demais, podendo fazer com que com que a meta estipulada, neste caso, não seja realista.

Indicador 13

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

SUL



Óbito nas internações por IAM	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
	1	0	1	1	0	0	2	1	0	0	2		8

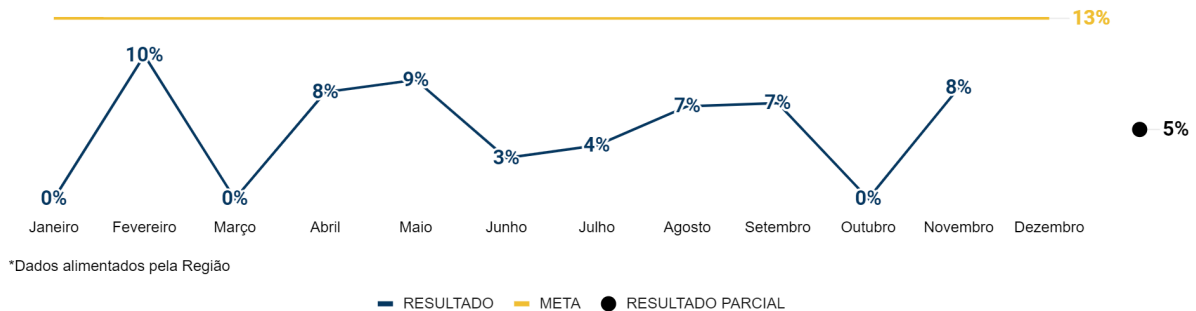
Análise dos resultados:

Apesar do indicador no acumulado anual não 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.

Indicador 14

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

SUL



Óbito nas internações por AVE	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
	0	3	0	2	3	1	1	2	2	0	2		16

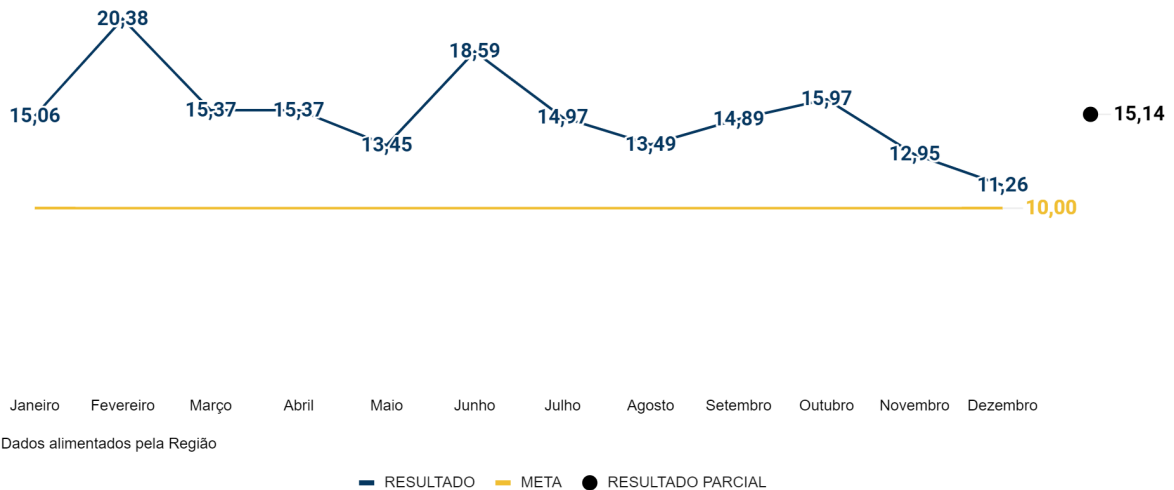
Análise dos resultados:

O resultado está relacionado 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 angiotomografia 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.

Indicador 15

Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral- HRG.

SUL



Análise dos resultados:

Ao longo do ano o tempo médio de permanência em leitos de UTI geral do HRG e indica uma média de tempo de permanência = 15,14, que está acima da meta estabelecida. Observa-se que os resultados mensais oscilam, porém sempre acima da média, mesmo diante dos esforços da unidade em busca da melhoria da assistência, vislumbrando a melhora do quadro clínico do paciente e consequentemente a alta da unidade. Como descrito em todos os relatórios mensais despachados nesse processo, alguns fatores contribuíram para o resultado insatisfatório, em não conformidade com a meta estabelecida:

1. Grande parte dos pacientes apresentam prognóstico ruim, pacientes crônicos com tempo de internação prolongado, de difícil manejo;
2. Houve a dificuldade de liberação dos pacientes de alta da unidade para unidades de origem por falta de leitos ou de transporte;
3. Pacientes dependentes de hemodiálise, que recebem alta da UTI demoram desocupar o leito por falta de vaga na especialidade;
4. Há frequentemente a demora em resgatar pacientes de alta por outras regionais, por falta de vagas/transporte nas regionais de origem;

Ressaltamos que estamos empenhados no sentido de diminuir o tempo de permanência dos pacientes, que impactará também na taxa de infecções e na taxa de mortalidade.

Ações têm sido feitas para atingir a meta pactuada como:

1. Rounds multidisciplinares com equipe e núcleos de apoio;
2. Treinamentos com a equipe;
3. Disponibilização de protocolos e ferramentas de gestão para melhoria da qualidade e segurança da assistência;
4. Sensibilização da equipe quanto ao cumprimento dos processos de trabalho;
5. Melhor comunicação com gestão de leitos;
6. Participação nos HUDDLE para otimizar e agilizar altas.

Indicador 16

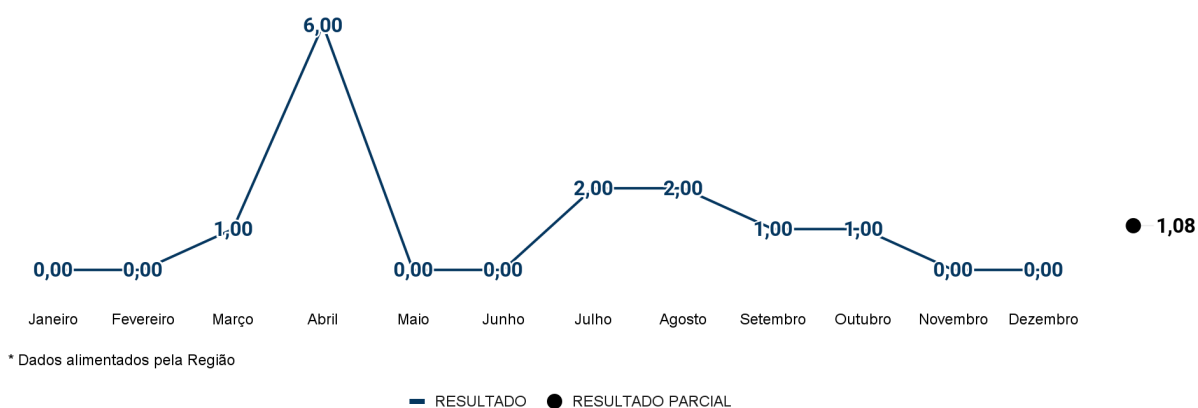
Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica

Análise dos resultados: Não se aplica

Indicador 17

Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa

SUL



Análise dos resultados:

Tendo o objetivo de minimizar a retenção de maca nos transportes dos pacientes pelo Samu e CBMDF, bem como a rotatividade, minimizando transtornos para a assistência direta dos pacientes às unidades de Saúde.

A unidade tinha capacidade de 8 leitos no box de emergência clínica, sendo 4 regulares e 4 extras. Agora o novo box conta com 9 leitos regulares sem unidade extra. O box trauma da cirurgia geral/ortopedia conta com 3 leitos regulares com suporte e 2 extra somente para monitorizar, o número de retenção de maca diminuiu.

As ações para minimizar a retenção, é a informação correta do Decreto de Bandeira conforme a Portaria 386 de 27/07/2017, informa as restrições feita por período, evitando assim o transporte de paciente para unidade sem condições de atendimento.

A justificativa para retenção de maca são as demandas espontâneas do box de emergência ou pacientes que precisam de responder parecer da cardiologia e devido às inúmeras internação nos postos do pronto socorro da cirurgia geral, onde os pacientes aguardavam cirurgia e internação tanto por parte da equipe da Cirurgia e equipe da Ortopedia, devido ao aumento no atendimento em 2023.

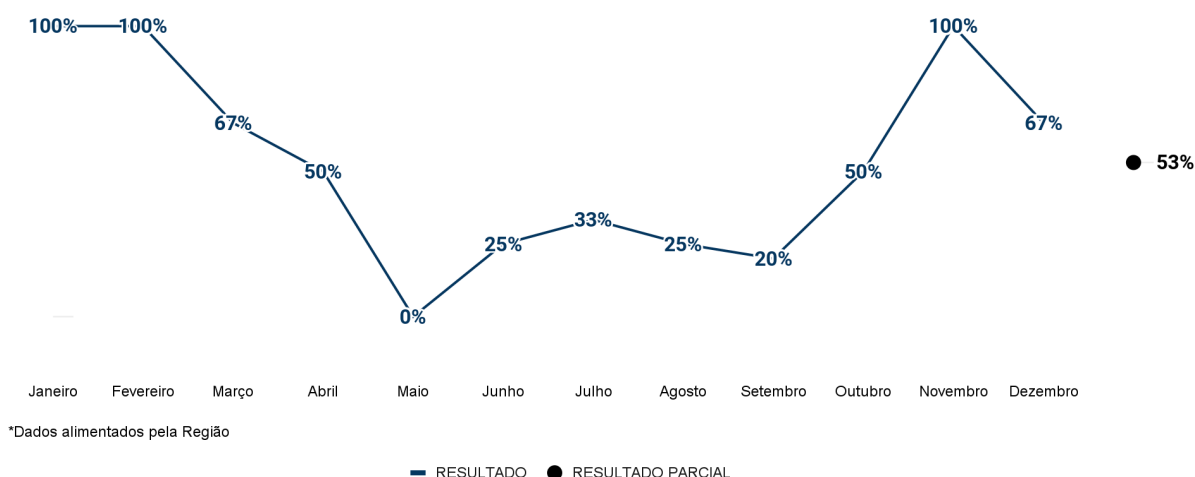
Todas as equipes ao início e ao término dos plantões são responsáveis, por manter todas as informações e tentar suprir todas as demandas da emergência a fim de resolver e solucionar as demandas relacionadas aos pacientes, como transporte para outra unidade através do NARP para responder parecer, transportar o paciente para outra unidade se necessário e até mesmo receber pacientes, dando fluxo ao pronto socorro sem manter as macas retidas.

São responsáveis os Enfermeiros, médicos e supervisores das unidades lotados no Pronto Socorro do Hospital Regional do Gama, com parceria da equipe Enfermeiros e Equipes dos Samu/ CMBDF que seguem as normativas passadas durante as trocas de plantão, com início dos plantões de 07h às 13h; 13h às 19h e 19h às 07h durante todos os meses.

Indicador 18

"Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)."

SUL



Análise dos resultados:

Ao longo do ano pode-se averiguar o percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Assim, podemos mensurar o percentual de elegibilidade ao SAD, proporcionalmente aos encaminhados pelos hospitais e UPAs. Dessa forma, pode-se avaliar o quantitativo de admissão de pacientes elegíveis ao SAD pelo quantitativo total dos encaminhados pelos hospitais e UPAs. Esta informação é de suma importância para qualificar a integralidade da assistência oferecida ao usuário do SUS, além disso, pode sinalizar o alinhamento do entendimento dos critérios de desospitalização entre as Redes de Atenção à Saúde.

O gráfico acima mensura o percentual de elegibilidade no SAD proveniente de hospitais e unidades de pronto atendimento (UPAs) ao longo do ano de 2023. Pode-se inferir que o indicador variou bastante ao longo de 2023 pois ele depende de algumas variáveis, como: o quantitativo de Formulários de avaliação para a atenção domiciliar (FAAD) preenchidos pelas equipes assistentes, dos FAAD's enviados ao Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD GAMA), se os pacientes eram elegíveis ou não ao Programa, ou seja, se preencheram os critérios clínicos, administrativos e assistenciais necessários para a sua inclusão no serviço e por fim a admissão no SAD. Dessa forma, consideramos que esse indicador, da forma como está sendo conceituado, cumpre a função desejada. No entanto, enfatizamos que, ele não possibilita a visualização das admissões nesse SAD.

Ao analisar os dados acima podemos verificar que no mês de Janeiro foi recebido um maior número de FAAD's (6), no qual todos foram elegíveis (6) e um maior número de admissões (3) por esse meio foram realizadas. Além disso, ao longo de 2023 foram recebidos um total de 38 FAAD's, sendo desses 22 elegíveis e 13 admissões feitas pela análise dos FAAD's. No entanto, visto que o NRAD GAMA recebe por outros meios, demandas de avaliação, essas somam 87 contra 38 dos FAAD's recebidos, sendo realizadas um número maior de avaliações.

Ante o exposto, podemos verificar que apesar dos meses de Janeiro, Fevereiro e Novembro terem um percentual de Elegibilidade de 100%, isso não refletiu no número de admissões nesse SAD, não constituindo assim a única porta de entrada nesse serviço. Corroborando com essa informação, apesar do mês de Maio apresentar um percentual de 0% houve um número considerável de admissões (5), assim como o mês de Junho, que apresentou um percentual de elegibilidade baixo, de 25%, mas gerou por outros meios 8 admissões no SAD.

Ao analisarmos esses dados e observarmos uma baixa adesão das equipes dos diversos setores dos hospitais ao preenchimento e envio dos FAAD's, principalmente do HRG, para avaliação durante o processo de desospitalização do paciente, constatamos que é um instrumento pouco utilizado na prática da desospitalização. Assim, considerando essa perspectiva e a publicação, em março de 2023, do novo Protocolo "Desospitalização de pacientes Internados em Hospitais e UPAS no Distrito Federal", esse NRAD GAMA realizou uma agenda de treinamentos para o conhecimento e apresentação do FAAD às equipes do HRG, para assim uma melhor adesão ao instrumento avaliativo. O matriciamento foi realizado nas seguintes datas e setores: 10/08/2023 (Clínica médica HRG), 18/08/2023 (Núcleo de Internação - NGINT HRG) e 16 e 24/11/23 (demais unidades de internação do HRG).

Após o ciclo de matriciamento realizado, percebemos que a partir de setembro o índice de elegibilidade aumentou, refletido pelo acréscimo no número de FAAD's recebidos.

Ressaltamos que este indicador cumpre a função desejada, no entanto, não reflete as admissões neste SAD. Alguns pontos podem ser destacados para essa oscilação do percentual, entre eles:

1. Um baixo número de formulários recebidos;
2. FAAD's incompletos ou sem dados suficientes para avaliação clínica;
3. Falta de conhecimento quanto aos critérios de elegibilidade, os níveis de assistência domiciliar para o SAD e o tempo de validade do FAAD;
4. Falta de comunicação das altas hospitalares dos pacientes com FAAD elegível pela equipe assistente;
5. Baixa adesão aos treinamentos realizados;
6. Alta quantidade de demanda de porta para avaliação e admissão de pacientes, não sendo o FAAD o principal instrumento.

Conclui-se que esse indicador tem como função mensurar o funcionamento do NRAD por meio do percentual de elegibilidade de usuários provenientes de hospitais e UPAS. Contudo, como visto, não reflete o real parâmetro de desospitalização, considerando a necessidade de manutenção dos matriciamentos para o conhecimento das equipes do HRG, UPAS e UBS a respeito dos formulários utilizados e os critérios de admissão ao SAD.

Indicador 19



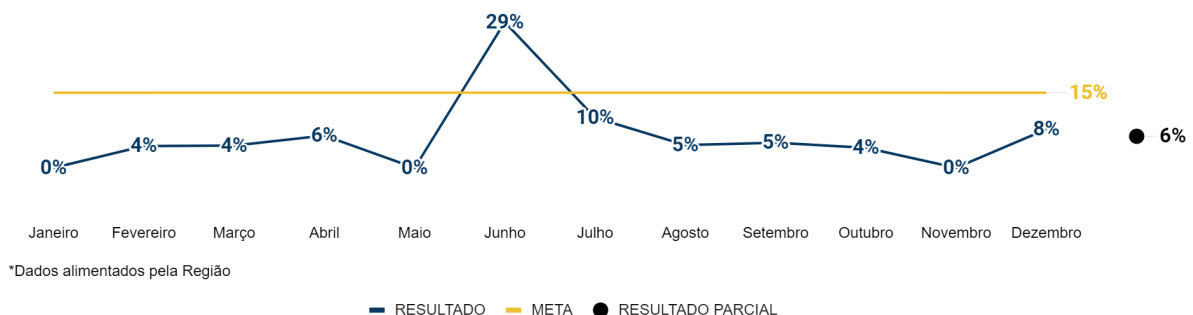
Análise dos resultados:

Os dados indicativos de notificações da Região Sul no último trimestre do ano de 2023 o mês de novembro superou todo o período em taxa individual e o mês de dezembro foi o de menor número do ano todo. O que podemos avaliar é que, via de regra, os meses de setembro, outubro e novembro costumam ter o maior número de notificações. Podemos dizer isso também, baseado no número de atendimentos realizados pela equipe interdisciplinar do NUPAV composta por psicólogos, assistentes sociais e equipe de enfermagem.

Indicador 20

SUL

Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas



Análise dos resultados:

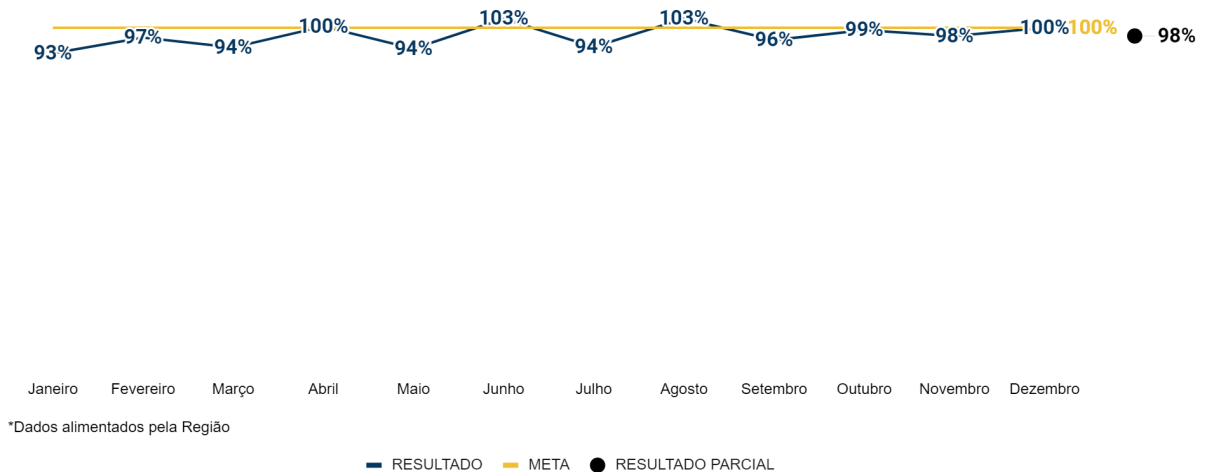
Ao longo do ano pode-se averiguar comparando mês a mês, que não houve uma diferença significativa, exceto no mês de junho devido a erros na captação/geração de dados. Na análise dos dados é visível que o indicador está sempre dentro do esperado.

Houve melhora significativa dos processos de trabalho e aumento de RH, principalmente na unidade de anestesiologia, unidade que mais impactam no indicador, sendo possível a melhoria dos índices a partir de então até o fim do ano e com perspectivas de estabilidade, porém, apesar da contratação do profissional Médico Anestesiologista, diga-se de passagem, muito aquém do esperado, em razão do grande déficit existente, a melhora foi pouco perceptível pois suspende-se poucas cirurgias (ponto positivo) porque se marca poucas. A marcação de cirurgias é baseada na programação: Sala disponível/Rh cirurgião/ Rh Anestesia/ Cirurgia autorizada. Sendo assim, não há como programar muitas cirurgias diariamente com o pouco Rh existente, haja vista que as especialidades cirúrgicas (cirurgia geral e ginecologia) sofrem com perdas constantes de profissionais (exonerações e aposentadorias) sem os devidos preenchimentos destas vagas, que seria o mais correto para que o serviço funcionasse a contento.

Indicador 21

Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.

SUL



Análise dos resultados:

Podemos observar que os resultados obtidos no decorrer do ano sob o percentual de nascidos vivos que foram submetidos ao exame Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva (02.11.07.014-9) ou potencial evocado auditivo p/ triagem auditiva (02.11.07.027-0) em relação aos nascidos vivos nos hospitais com maternidade da SES-DF foram satisfatórios.

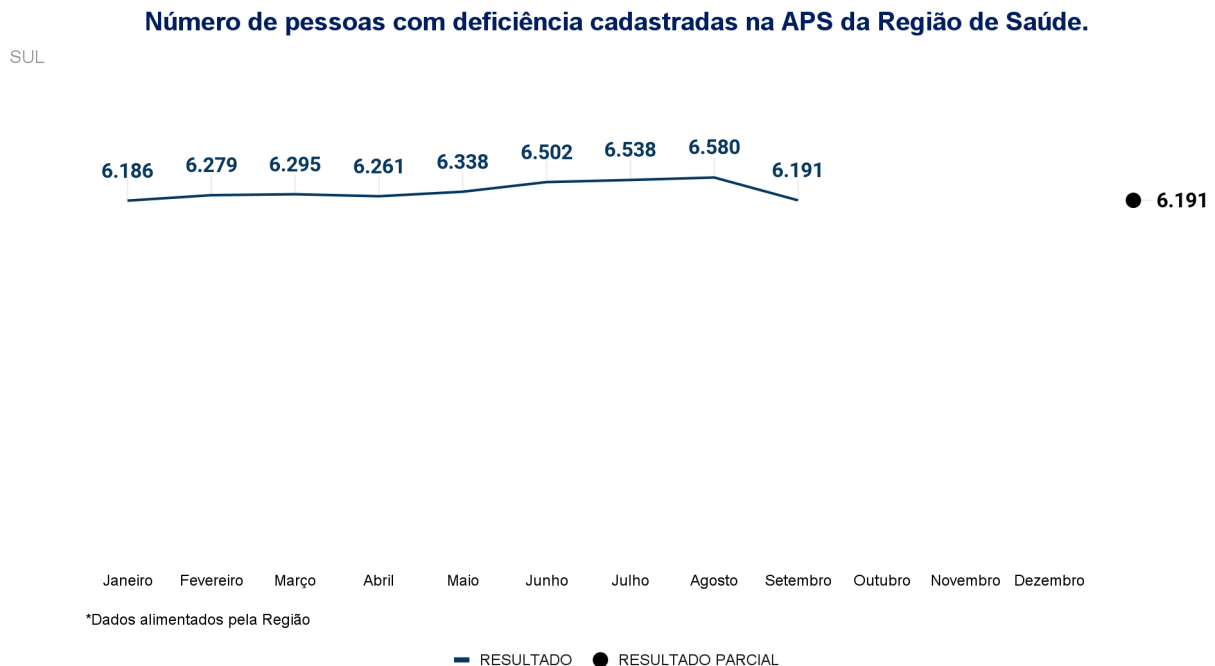
Os exames de pacientes nascidos em outras unidades da SESDF, rede pública da RIDE, rede particular de saúde e retestes não serão contabilizados para estatística do Indicador 21.

Durante o ano de 2023 a Equipe de Fonoaudiologia atingiu o índice de 98% de abrangência dos bebês nascidos no HRG.

Para tanto, foi necessário deslocar recursos humanos que atuavam em outras atividades (UCIN, assistência no ALCON e BLH), priorizando a realização dos exames em tela. Sendo 95% a meta pactuada, afirmamos o êxito nas ações implementadas no decorrente ano. A variação entre os meses do ano se dá por afastamentos legais, gerando dias sem assistência. Porém os testes não realizados foram compensados nos meses subsequentes por meio de atendimento de bebês que já tiveram alta e foram agendados pelo GRCA.

Os desafios para manter a excelência do serviço permanecem sendo falta de profissionais fonoaudiólogos, espaço físico, aparelho obsoleto de EOA-t e ausência de aparelho para realização de PEATE-A.

Indicador 22



Análise dos resultados:

No decorrer dos meses avaliados, considerando os dados analisados, percebe-se regularidade nos resultados evidenciados. Contudo é perceptível a manutenção ascendente dos resultados nos meses de janeiro a agosto, fato atribuído aos esforços mútuos de todas as áreas envolvidas e destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

1. Implementação de Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul.
2. Realizado diagnóstico situacional do cadastramento da população residente na região de saúde sul;
3. Fornecido subsídios técnicos por meio de capacitações para resolução de inconsistências de cadastros e de outros erros de preenchimento do sistema e-SUS;
4. Realizado capacitação com os membros da Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul, em atividades relacionadas às atividades dos agentes comunitários de saúde, referentes ao registro de informações no sistema de prontuário eletrônico e-SUS;
5. Emitido Parecer Técnico dos dados de cadastro para Gestão local e Diretoria da atenção Primária.

Expressamos nosso desejo contínuo de acompanhar de perto os resultados do indicador, reconhecendo a importância vital de sua análise para orientar nossas ações futuras. Estamos empenhados em buscar constantemente melhorias nos resultados, e isso inclui um monitoramento rigoroso das ações que implementamos. Acreditamos firmemente que ao acompanhar de perto o progresso das medidas que adotamos, poderemos identificar áreas de oportunidade e implementar ajustes estratégicos para otimizar nosso desempenho. Estamos

comprometidos em utilizar essas informações para impulsionar a melhoria contínua e alcançar nossas metas com maior eficácia.

Indicador 23

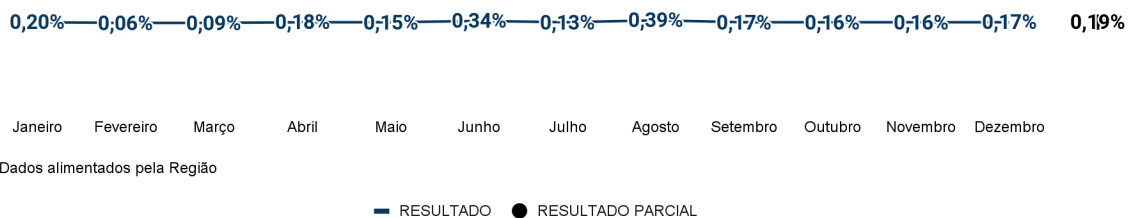
Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde

SOBRESTADO

Indicador 24

Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de Urgência e Emergência da Região de Saúde

SUL



Análise dos resultados:

Ao longo do ano pode-se averiguar os resultados analisados referente a saúde mental da região, que a equipe multidisciplinar da saúde mental conseguiu superar a meta pactuada, dado as devidas ressalvas anteriores.

Análise crítica dos resultados enviados durante todo o ano de 2023, teve dificuldades com estrutura física e RH que prejudicaram para um atendimento adequado.

O resultado foi satisfatório, apesar do déficit de recursos humanos, que foi aperfeiçoado o atendimento durante todo o ano para uma melhoria na assistência.

Apesar do déficit, a equipe de saúde mental obteve um bom atendimento. A equipe de saúde mental realizou os atendimento a fim de minimizar e evitar riscos e agravos à saúde dos pacientes e apoio psicológico e medicamentoso. Melhorando e otimizando adaptação e condições do mesmo a internação hospitalar e encaminhamento às unidades da saúde/ postos/centros de saúde e acompanhamento familiar.

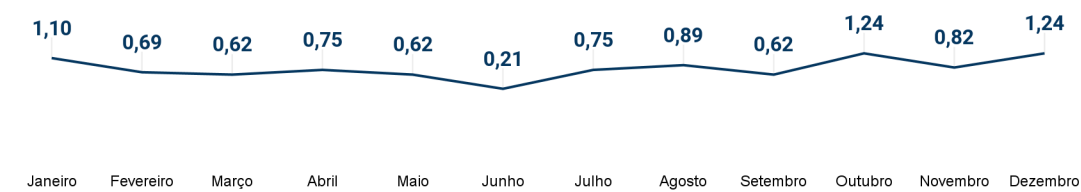
A equipe trabalhou afim de evitar a reincidência da tentativa de auto-extermínio, suicídio, quadros de depressão pós parto e o assédio de todos as formas.

Indicador 25

Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas Complicações

SUL

● 9,54



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO ● RESULTADO PARCIAL

Nº de Internações Hosp. por Diabetes Mellitus	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
	16	10	9	11	9	3	11	13	9	18	12	18	139

Análise dos resultados:

No decorrer do ano, considerando os dados analisados, percebe-se regularidade nos resultados evidenciados. Destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

1. Realizar a busca ativa dos pacientes diabéticos cadastrados nas equipes garantindo uma consulta para acompanhamento por semestre;
2. Implementação de Grupos de Hipertensos e Diabéticos nas Unidades Básicas;
3. Fortalecimento do Grupo Condutor Regional das DCNTs - Resgate dos encontros mensais Grupo Condutor de DCNTs;
4. Implementação de Comissão para Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Previnir Brasil da Atenção Primária à Saúde da Região Sul, onde foram matriciados quanto a utilização dos sistemas e retirada de relatório no E-sus, com estratégias de busca ativa.
5. Implementação de Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul.
6. Pactuação junto a GPMA Hospitalar, em ações que fortaleçam o formato correto de lançamento dos dados no SIS TrakCare.

É crucial reconhecer a necessidade urgente de melhoria nos resultados do indicador, cuja meta deveria ser alcançada em 9,54. Apesar dos esforços incansáveis da Atenção Primária, lamentavelmente, nos deparamos com um impacto negativo na coleta de dados devido a erros recorrentes no lançamento do indicador no SIS TrakCare.

Neste cenário desafiador, é imperativo reforçar as estratégias existentes e, ao mesmo tempo, promover a criação de novas ideias em colaboração com outros níveis de atenção. Devemos reconhecer que a precisão na coleta e no registro dos dados é fundamental para a avaliação eficaz do nosso desempenho e para a implementação de medidas corretivas efetivas.

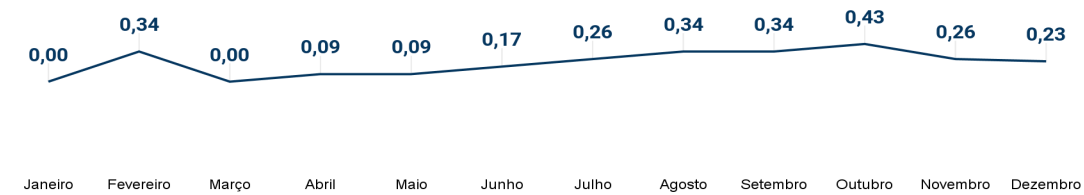
Portanto, comprometemo-nos a intensificar nossos esforços na identificação e resolução das falhas no processo de lançamento do indicador, ao mesmo tempo em que exploramos ativamente novas abordagens em conjunto com outros setores da atenção à saúde. Estamos determinados a superar esse desafio e a alcançar resultados significativamente melhores para atender às expectativas e necessidades da nossa comunidade.

Indicador 26

Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações

SUL

● 2,55



*Dados alimentados pela Região

— RESULTADO ● RESULTADO PARCIAL

Nº de Internações Hosp. por Hipertensão Arterial	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
	0	4	0	1	1	2	3	4	4	5	3	5	32

Análise dos resultados:

No decorrer do ano, considerando os dados analisados, percebe-se regularidade nos resultados evidenciados. Destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

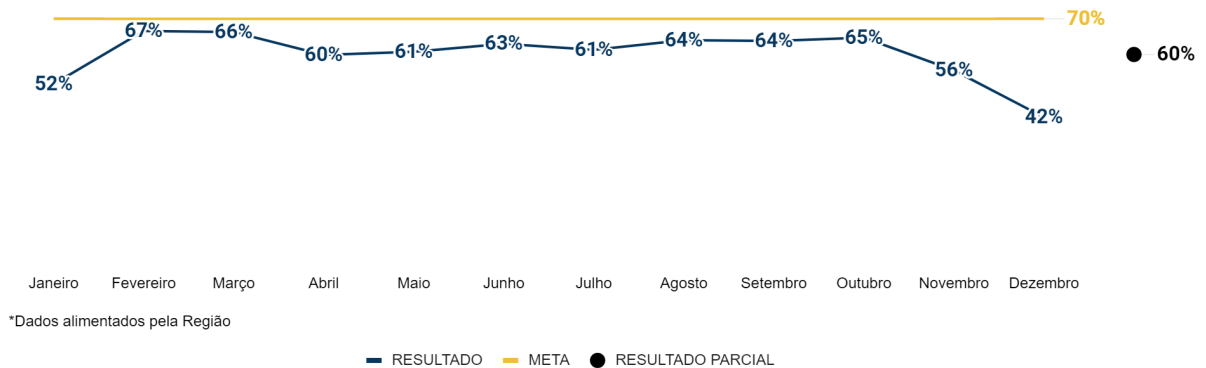
1. Realizar a busca ativa dos pacientes hipertensos, cadastrados nas equipes, garantindo uma consulta para acompanhamento por semestre;
2. Implementação de Grupos de Hipertensos e Diabéticos nas Unidades Básicas;
3. Fortalecimento do Grupo Condutor Regional das DCNTs - Resgate dos encontros mensais Grupo Condutor de DCNTs;
4. Implementação de Comissão para Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Previnir Brasil da Atenção Primária à Saúde da Região Sul, onde foram matriciados quanto a utilização dos sistemas e retirada de relatório no E-sus, com estratégias de busca ativa.
5. Implementação de Comissão para Revisão e Qualificação dos Dados de Cadastramento da Atenção Primária da Região de Saúde Sul.
6. Pactuação junto a GPMA Hospitalar, em ações que fortaleçam o formato correto de lançamento dos dados no SIS TrakCare.

É crucial reconhecer a necessidade urgente de melhoria nos resultados do indicador, cuja meta deveria ser alcançada em 2,55. Apesar dos esforços incansáveis da Atenção Primária, lamentavelmente, nos deparamos com um impacto negativo na coleta de dados devido a erros recorrentes no lançamento do indicador no SIS TrakCare. Neste cenário desafiador, é imperativo reforçar as estratégias existentes e, ao mesmo tempo, promover a criação de novas ideias em colaboração com outros níveis de atenção. Devemos reconhecer que a precisão na coleta e no registro dos dados é fundamental para a avaliação eficaz do nosso desempenho e para a implementação de medidas corretivas efetivas. Portanto, comprometemo-nos a intensificar nossos esforços na identificação e resolução das falhas no processo de lançamento do indicador, ao mesmo tempo em que exploramos ativamente novas abordagens em conjunto com outros setores da atenção à saúde. Estamos determinados a superar esse desafio e a alcançar resultados significativamente melhores para atender às expectativas e necessidades da nossa comunidade.

Indicador 27

Índice de fechamento de chave

SUL

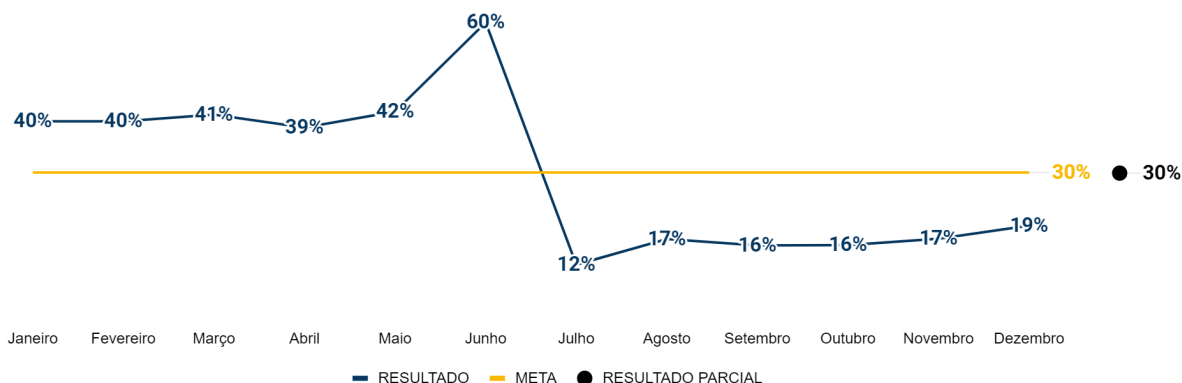


Análise dos resultados:

Ao longo do ano diversas ações foram realizadas com o objetivo de alcançarmos a meta. Houve monitoramento dos dados por especialidade, para identificar os motivos do absenteísmo em consultas/procedimentos; Monitoramento das pactuações para entender as dificuldades de locomoção do usuário; Trabalho em conjunto com as gerências, alinhando com os gestores das unidades a importância da solicitação ser realizada corretamente e também a atualização de dados como endereço e telefone no ato da inserção; Conscientizando o profissional que realiza a confirmação da consulta/procedimento para que no momento do contato telefônico as informações sejam repassadas para o usuário de forma clara e objetiva; Realizando a confirmação do agendamento da consulta/procedimento com antecedência para que o usuário consiga se programar para comparecer, diminuindo o absenteísmo e estabelecendo e corrigindo fluxos para diminuição do absenteísmo.

Indicador 28

Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panomaras I e II) no âmbito da Atenção Hospitalar



Análise dos resultados:

Verifica-se uma forte variação entre o 1º Semestre e o 2º Semestre de 2023, com uma média de 47% de absenteísmo no primeiro e de 16% no segundo. Trata-se de uma variação de 30% entre as médias dos períodos comparados. Durante a primeira metade, os dados ficaram consistentemente fora da meta de 30% e na segunda metade os dados permaneceram dentro da meta, sendo que a polaridade do indicador é quanto menor, melhor.

Essa variação de 30% das médias do primeiro e do segundo períodos se deu principalmente pela dificuldade de entendimento do processo regulatório na região. Tanto na distribuição funcional de responsabilidades (organograma e regimento), da Atenção Hospitalar, da Atenção Secundária e do Complexo Regulador, como também do processo regulatório em si (processo de trabalho e transversal). Houve ainda uma dificuldade de entendimento sobre a natureza do absenteísmo que estava sendo estimado. Os primeiros meses estimaram o absenteísmo ambulatorial geral: dos equipamentos de saúde, dos profissionais e dos pacientes. O recorte correto só começou a ser feito a partir do mês de Julho/23. Apesar dessa dificuldade de entendimento, os processos de trabalho já estavam sendo reestruturados ao longo do 1º Semestre e os resultados puderam ser verificados no dia-a-dia da instituição notadamente a partir do 2º semestre.

Logo durante o primeiro semestre foram feitas diversas gestões visando a redução do absenteísmo ambulatorial no HRG. Em relação ao ano de 2022 houve uma ampliação na oferta de serviços regulados, com maior número de agendas sendo geradas e aumento do fluxo de informações do processo regulatório em 2023. Nesse período, houve o reforço de relevantes processos de trabalho na região, tais como:

a) Verificação se os agendamentos estavam sendo corretamente checados, no SISREGIII, após a comunicação com o paciente (tickagem);

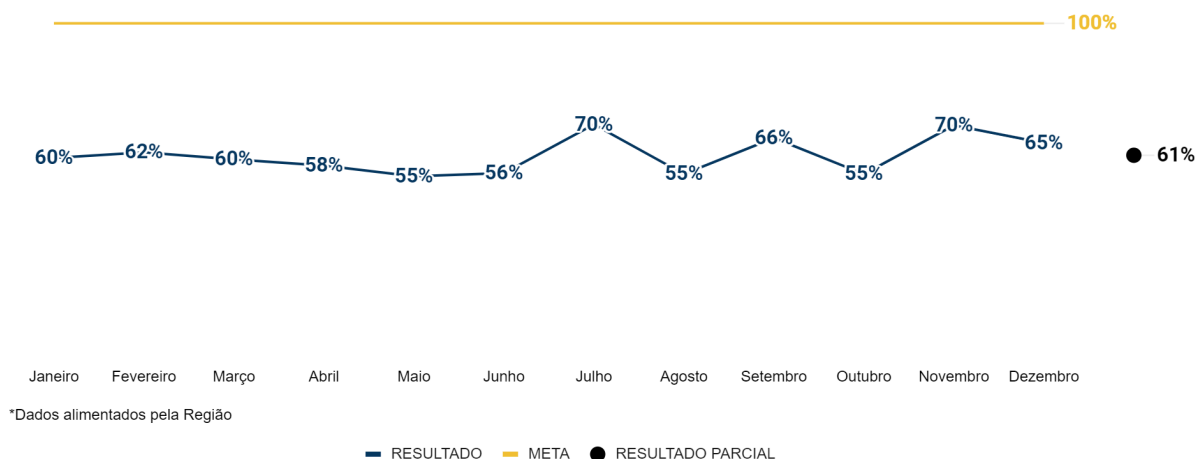
- b) Acompanhamento sobre as aberturas, fechamentos e remanejamentos de agendas no SISREGIII, visando a verificação da comunicação e tickagem no sistema;
- c) Padronização da comunicação com os pacientes através de telefones funcionais e utilização de aplicativos de mensageria instantânea para contato com o paciente, visando a confirmação e reconfirmação da presença;
- d) Verificações se o contato com os pacientes estavam sendo feitos com a antecedência desejável, inclusive reanálises e reconfirmações de pacientes;
- e) Cancelamento de consultas quando os usuários informavam que não poderiam comparecer, devolvendo a vaga para o médico regulador, dessa forma oferecendo essa vaga para outro paciente (minimizando o absenteísmo);
- f) Encaminhamento para a Gerência de Regulação Sul (GERSU), busca ativa para maior oferta e reforço do processo regulatório, nos casos em que não era possível o contato telefônico de pacientes, visando a busca ativa via UBS, reagendamentos e cancelamentos (reforço do fluxo anterior);
- g) Monitoramento constante dos agendamentos feitos pelo médico regulador, desuso de listas impressas e outros controles em papéis, tendo em vista a dinamicidade do sistema SISREGIII;
- h) Matriciamento e diversas capacitações dos profissionais assistenciais para o fechamento das chaves (Execução), para que as "Faltas" fossem devidamente registradas no sistema;
- i) Maior articulação no avisamento de pacientes internados de consultas e exames, visando a menor perda possível nessas agendas.

As principais limitações na execução dos processos de trabalho de comunicação com os pacientes foram a falta de estrutura física e informacional. As dificuldades operacionais e a lentidão dos sistemas CADSUS e SISREGIII (sistemas web) dificultam ou inviabilizam a atualização cadastral dos usuários no momento da inserção da solicitação no sistema, dessa forma os dados ficam desatualizados, informações são desconstruídas, inviabilizando o tempo necessário para o contato prévio, além de diversas falhas na rede de computadores - Intranet e Internet da SES-DF, ocasionando sucessivas e recorrentes falhas de conexão ou no sistema VOIP de Telefonia, inviabilizando a regulação por períodos prolongados.

Indicador 29

Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada

SUL



Análise dos resultados:

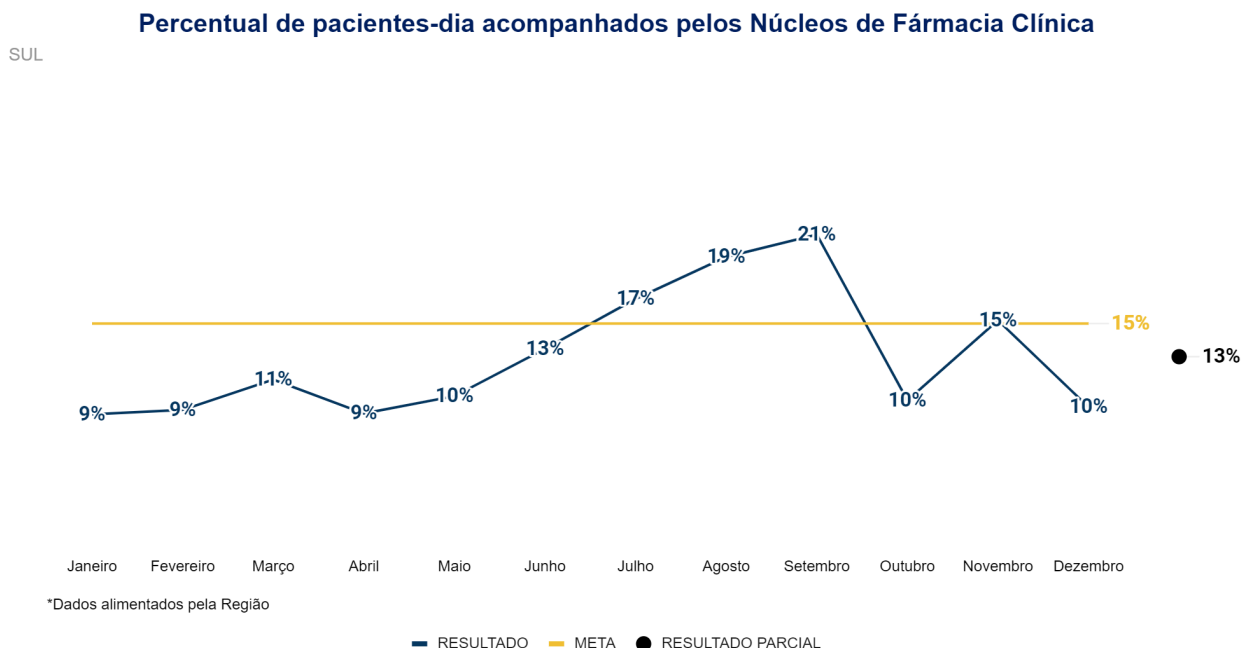
Ao longo do ano, o percentual alcançado foi mantido em relação ao ano de 2023. Porém são grandes os desafios pois as funções que deveriam ser desempenhadas pelos profissionais em auxiliares de Farmácia são desempenhados por Analistas e Técnicos em GAPS, Técnicos de Enfermagem, houve também um déficit significativo de carga horária, sendo 380 horas/semanais (perda de 180 horas por aposentadoria, perda de 40 horas por falecimento do servidor, perda de 160 horas por remoção dos servidores), sem que houvesse reposição. Em 2023 o NFH/HRG trabalhou com a média mensal de 2685 horas regulares em escala, e 146 horas mensais de TPD para auxiliares. Considerando o número total de leitos ativos do hospital, esses valores informam que, 1 (um) auxiliar atendeu em média 81 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.

Em paralelo, o cargo de Especialista em Saúde - Farmacêutico, houve um déficit de 60 horas de farmacêutico (perda de 40 horas por aposentadoria, perda de 20 horas por remoção). Em 2022, para esta categoria foram realizadas em média 1081 horas mensais regulares em escala, e 100 mensais de TPD. Considerando o número total de leitos ativos do hospital, esses valores informam que, 1 (um) farmacêutico atendeu em média 97 leitos, enquanto, conforme o MANUAL DE PARÂMETROS MÍNIMOS DA FORÇA DE TRABALHO PARA DIMENSIONAMENTO DA REDE – 1ª Ed. 2018, 1 (um) farmacêutico atenderia a 50 leitos.

Estes dados demonstram que nossos auxiliares e farmacêuticos atuaram em sobrecarga de trabalho em 2023. Considerando os dados de dimensionamento de força de trabalho vigente na SES, para o cenário ideal de funcionamento do NFH/HRG seriam necessárias mais 260 horas semanais de farmacêutico, e 580 horas semanais de auxiliar em Farmácia.

Considerando a meta de 100%, e a estabilidade dos dados, com média de 61%, justificamos a não expansão do serviço às demais unidades assistenciais do Hospital Regional do Gama (HRG), por enfrentamento de dificuldades com recursos humanos e estrutura para realização do serviço.

Indicador 30



Análise dos resultados:

No decorrer do ano foi possível atingir a meta para o indicador, e em alguns períodos estar acima, porém não se manteve. Quanto às ações propostas no Plano de Ação, foi possível iniciar as atividades de conciliação e orientação farmacêutica, ainda que parcialmente. Verificar o perfil e monitorar a adesão (ações 1 e 3) devido a complexidade, demanda não foi possível mensurar, portanto se encontra em processo. De forma geral os resultados obtidos ao longo de 2023, observou-se uma oscilação, ora com tendência decrescente ora tendência ascendente.

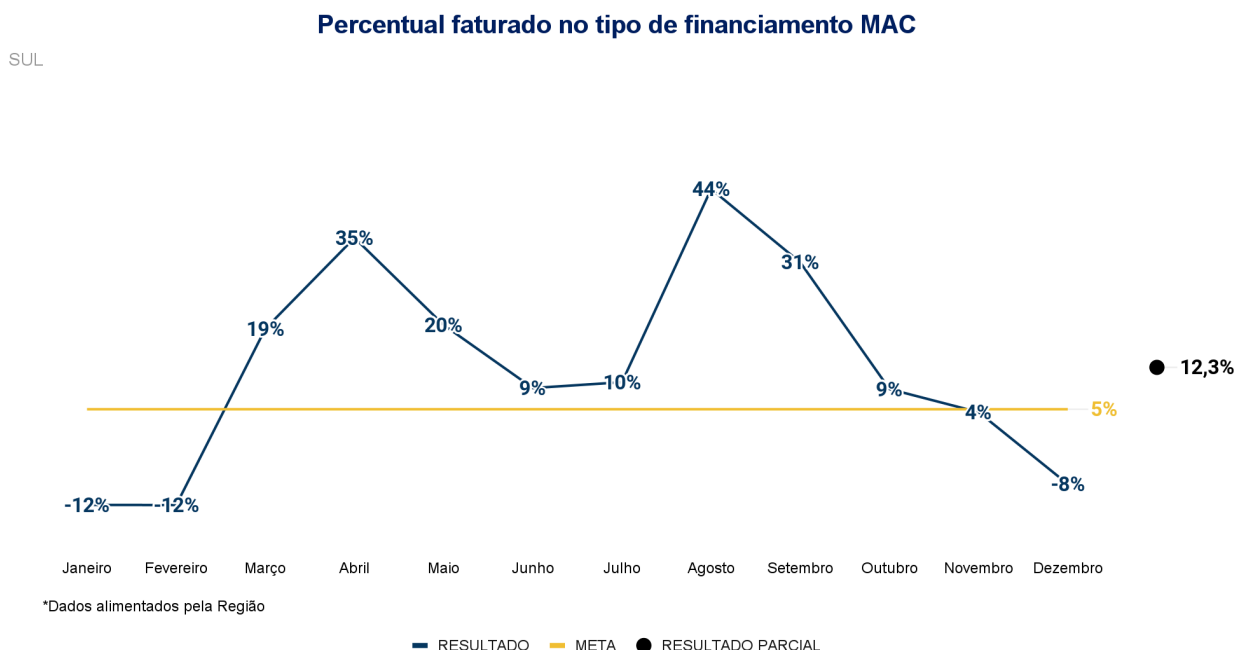
Tal oscilação atribuímos a diversos fatores, dentre, citam-se: variação na relação numerador e denominador para o indicador; déficit de profissionais conforme Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede; afastamentos legais sem reposição de carga horária; sazonalidade de voluntários que contribuem para prestação de serviços clínicos farmacêuticos; o tipo de serviços clínicos farmacêuticos executados, a exemplo. Observamos também como fatores limitantes, além dos já mencionados, estrutura física e equipamentos.

Ao longo do ano houve ganho de carga horária com servidores e com a oferta de trabalho por período determinado (TPD) porém não supre o déficit existente ao ponto de permitir ampliar a cobertura dos serviços deste NFC as demais unidades clínicas que necessitam de acompanhamento, contribuindo assim para alcance de forma constante da meta.

Medidas como ajustes, implementação, fortalecimento de processos, bem como apresentação de ferramentas de trabalhos que permitam a celeridade aos atendimentos, acompanhamentos, foram e seguem a ser implementadas, bem como ajuste de escalas quando possível. A sensibilização da equipe é um ponto importante dentro desse contexto e que vem sendo trabalhado conjuntamente.

Há perspectiva de reorganização do serviço e ampliação de carga horária com a implementação da residência multiprofissional em terapia intensiva a qual contempla um residente de farmácia na unidade de terapia intensiva. É importante ressaltar, que a ampliação dos serviços prestados quantitativamente e qualitativamente estão atrelados às questões pontuadas e requerem resolução conjunta.

Indicador 31



Análise dos resultados:

Em análise geral dos dados apresentados pelo gráfico presente no Despacho SES/SRSSU/HRG/GPMA (134947451), observa-se que em grande maioria dos meses, o teto MAC, bem como a meta do indicador, foi grandemente superado, sendo os picos os meses de abril, com 35%, e agosto, com 44%.

Os meses que apresentam baixa dos índices, como janeiro, fevereiro e dezembro, são considerados atípicos recorrentes, em que ocorrem férias de servidores e cuja procura da população tem redução considerável, consequentemente diminuição das produções ambulatoriais e hospitalares.

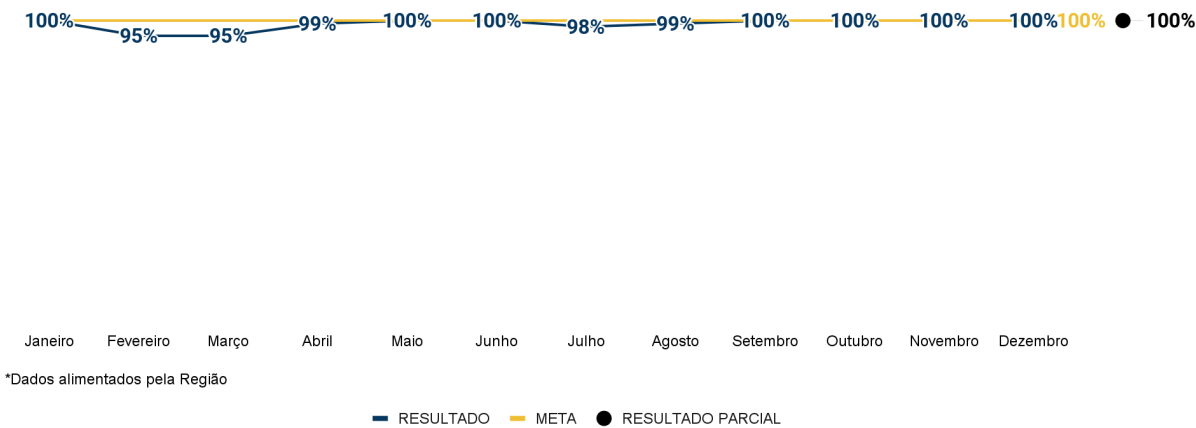
Com relação ao ano anterior (2022), as quedas pertinentes aos meses atípicos foram mais acentuadas em 2023, pois, como já explicitado em Despachos anteriores neste mesmo processo, ao longo do ano, houveram reduções consideráveis nos números de internações devido às retenções de leitos (bloqueados) e ao déficit de RH que dificultou as realizações das cirurgias programadas e eletivas. Juntando-se a isto, temos a procura da população direcionada ao IGES, tanto hospitalar quanto as UPAs, reduzindo ainda mais as internações neste nosocômio.

Vale ressaltar que para driblar os problemas relacionados às baixas provindas dessas retenções e reduções de internação, esse Núcleo procurou melhorar a qualidade das informações obtidas nos prontuários eletrônicos, a fim de reforçar os procedimentos faturados e assim, melhorar a valoração individual de cada AIH. Para tanto, buscou-se de forma assertiva aperfeiçoar as buscas ativas de prontuários dentro do TrakCare, bem como definir e suprimir os gargalos que havia dentro do sistema e que atrasaram e minoram o faturamento desta Regional.

Indicador 32

Percentual de desempenho da gestão de custos da Região de Saúde/URD

SUL



Análise dos resultados:

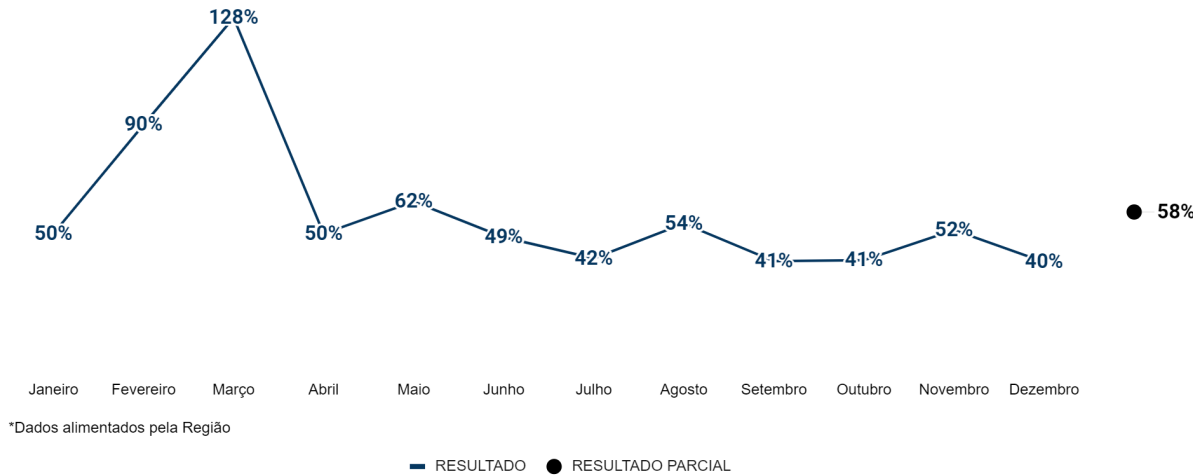
A análise crítica dos resultados do indicador sugere que, apesar dos desafios enfrentados, houve oportunidades de melhoria na gestão de custos e estabilidade em todos os meses de 2024, indicando uma consistência no desempenho, refletindo o trabalho desenvolvido com afinco e dedicação pelo núcleo do NGC. Onde, as equipes foram orientadas e conscientizadas sobre a importância do uso da tecnologia para simplificar, integrar e padronizar os processos de trabalho, garantindo o correto lançamento das informações de custos.

Ainda temos a necessidade de melhorar a celeridade nos processos de entrega das informações de custos e produção, sendo necessário o apoio dos gerentes e diretores, para sanar algumas dificuldades identificadas, como a demora nos lançamentos das notas fiscais de serviços prestados às unidades, o envio de informações incompletas, a dificuldade em mensurar os custos devido ao compartilhamento de espaços e servidores entre a policlínica e o hospital, e a questão do espaço físico do NGC, com a gerência e o núcleo compartilhando a mesma sala. Essas dificuldades podem comprometer a geração da informação e devem ser endereçadas para garantir a eficácia dos processos. Uma vez, que a gestão de custos precisa e correta auxilia os gestores na tomada de decisões, contribuindo para uma saúde pública de qualidade.

Indicador 33

Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas

SUL



Análise dos resultados:

A análise do indicador reflete uma instabilidade nos meses, devido aos afastamentos legais, equipamentos com defeitos e divergências nos dados lançados.

Foram feitas ações quanto aos processos de trabalho, identificados dificuldades e realizados os ajustes necessários.

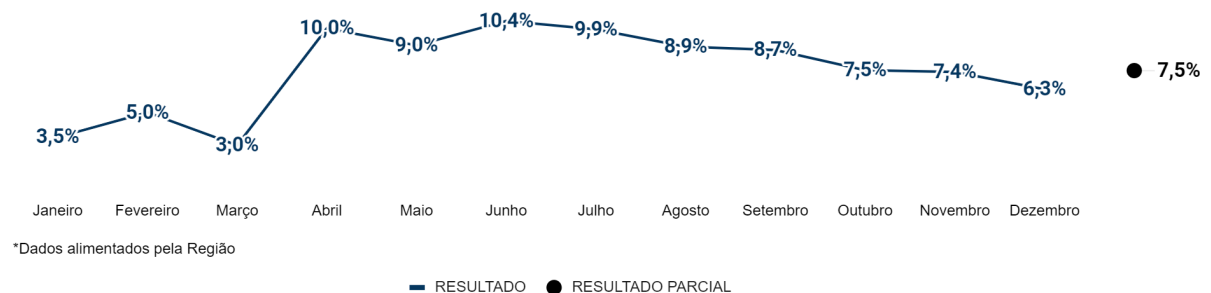
No final do ano tivemos a transferência do CEO do HRG para a UBS 07, o que possibilitará que no ano de 2024, alcancemos as metas esperadas.

Acreditamos que se mantivermos os mesmos processos de trabalho e conseguirmos sanar as dificuldades, conseguiremos alcançar a meta desejada.

Indicador 34

Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre Agendamento de Consultas, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF.

SUL



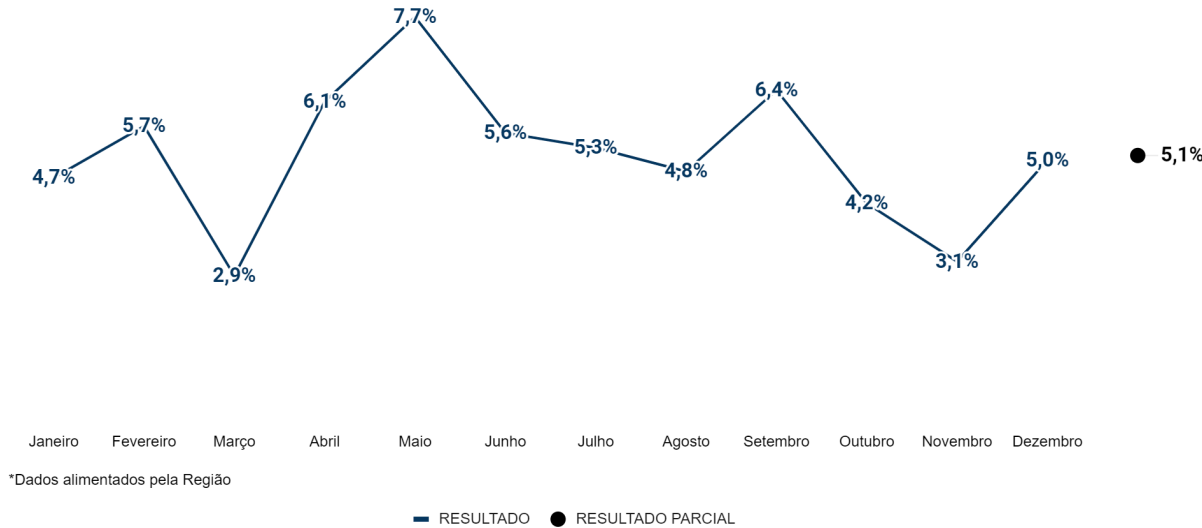
Análise dos resultados:

Apesar do indicador não apresentar meta a ser alcançada no referido ano, pode-se observar que o indicador começou em janeiro com o índice de reclamação em 3,5 %, e a partir do mês de abril houve um aumento significativo devido ao tempo de espera de 12 a 24 meses a depender da classificação de risco por especialidade. A especialidade da Psiquiatria Geral gira em torno de até 60 meses de espera para o agendamento. Podemos identificar que uma das maiores reclamações e solicitações referentes ao Agendamento de Consultas está em 1º lugar na Região Sul, conforme Relatório Anual de Ouvidoria da Região. Fato esse faz com que o usuário fique insatisfeito e realize muitas reclamações na ouvidoria, o déficit de profissionais principalmente especialistas na Região de Saúde Sul é muito grande (Cardiologia, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Clínica Geral, Oftalmologia e Psiquiatria) a carga horária desses profissionais não supre a lista de espera das consultas reguladas na região.

Indicador 35

Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre Agendamento de Exames, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF.

SUL



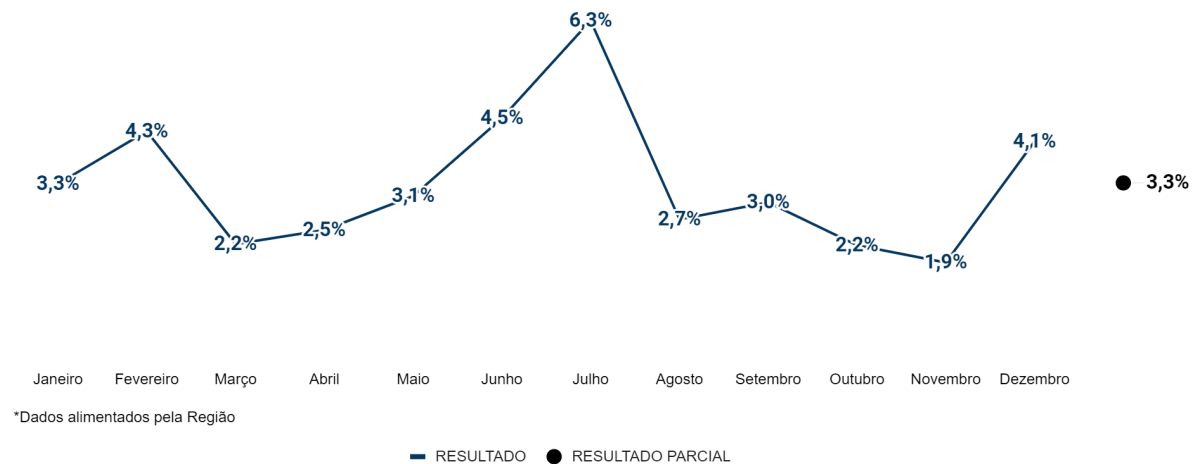
Análise dos resultados:

Trata-se de um indicador em monitoramento e não há meta a ser alcançada. Houve uma grande variação no decorrer do ano em virtude do grande número de afastamentos legais. Podemos identificar que uma das maiores reclamações e solicitações referentes ao Agendamento de Exames está em 2º lugar na Região Sul conforme Relatório Anual de Ouvidoria da Região, a carga horária desses profissionais não supre a lista de espera dos exames reguladas na região.

Indicador 36

Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre Agendamento de Cirurgias, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF.

SUL



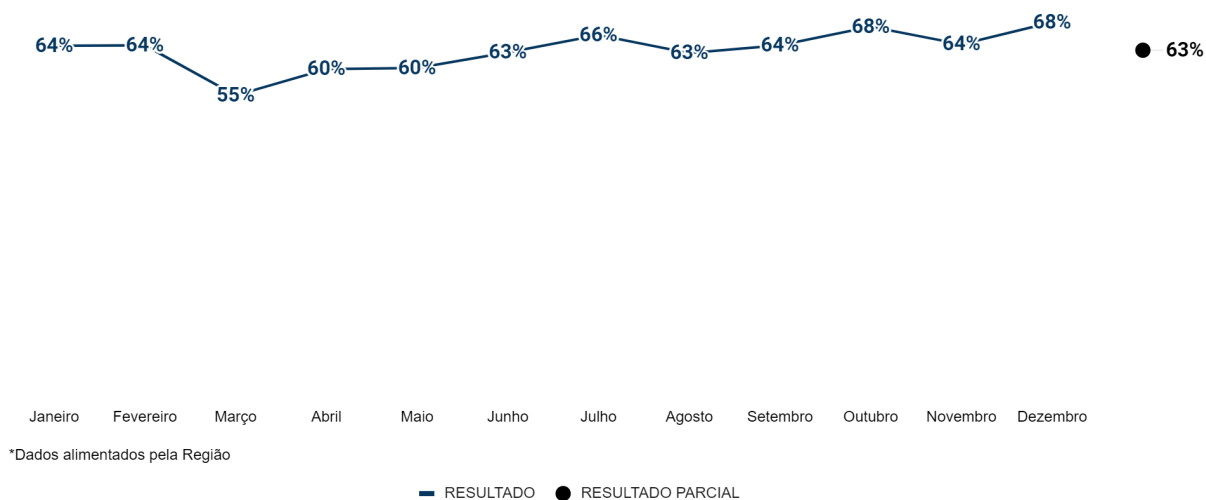
Análise dos resultados:

Trata-se de um indicador em monitoramento e não há meta a ser alcançada. A região conseguiu manter o indicador com a porcentagem baixa em relação às ouvidorias sobre Agendamento de Cirurgias, tendo um pico apenas em julho devido ao número reduzido de Recursos Humanos. Podemos identificar que uma das maiores reclamações e solicitações referentes ao Agendamento de Cirurgias está em 3º lugar na Região Sul conforme Relatório Anual de Ouvidoria da Região. Podemos citar também que em 2023 a Secretaria de Saúde do DF formalizou novos contratos com hospitais privados para a realização de 849 cirurgias eletivas o que fez com que a lista de espera de cirurgias eletivas da região diminuísse significativamente.

Indicador 37

Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de afastamento da Região/URD

SUL



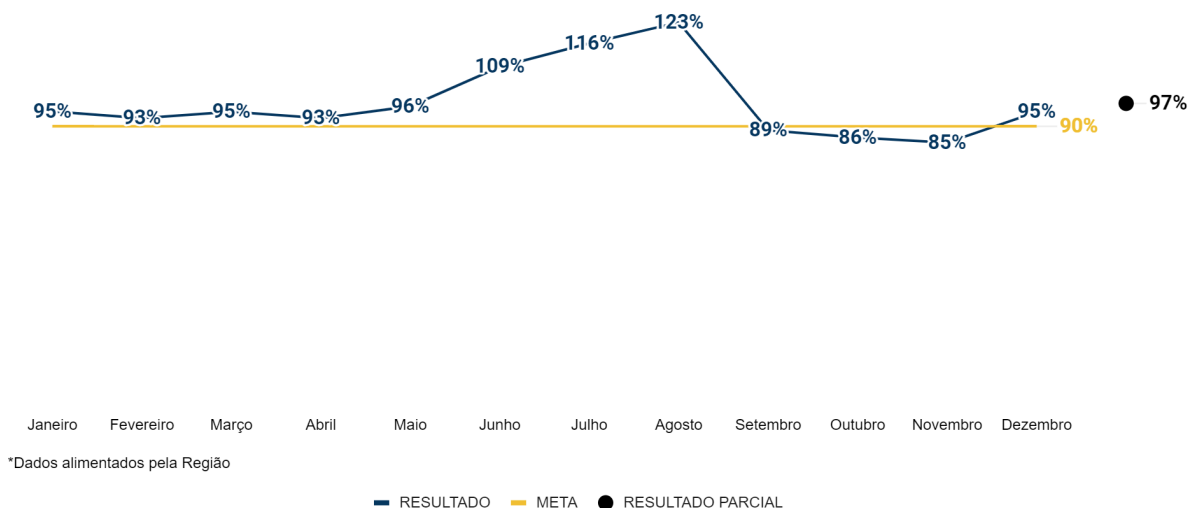
Análise dos resultados:

O absenteísmo devido a doença entre os servidores públicos é uma questão complexa e multifacetada que requer uma análise abrangente para compreender seus padrões e determinantes. O perfil do absenteísmo por doença entre os servidores da atenção primária da região Sul varia significativamente de acordo com diversos fatores, incluindo o ambiente de trabalho, as condições de saúde, as políticas de licença médica e os programas de bem-estar oferecidos pela organização. Neste contexto entendemos que seja essencial adotar uma abordagem proativa para abordar o absenteísmo por doenças na Atenção Primária. Principalmente oferecendo recursos para lidar com o estresse no trabalho e mitigar significativamente as taxas de absenteísmo e promover uma força de trabalho mais saudável e produtiva. Para obtermos melhorias nestes resultados estamos implantando ações voltadas para os servidores da atenção primária em parceria com Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde - CERPIS da Região.

Indicador 38

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

SUL



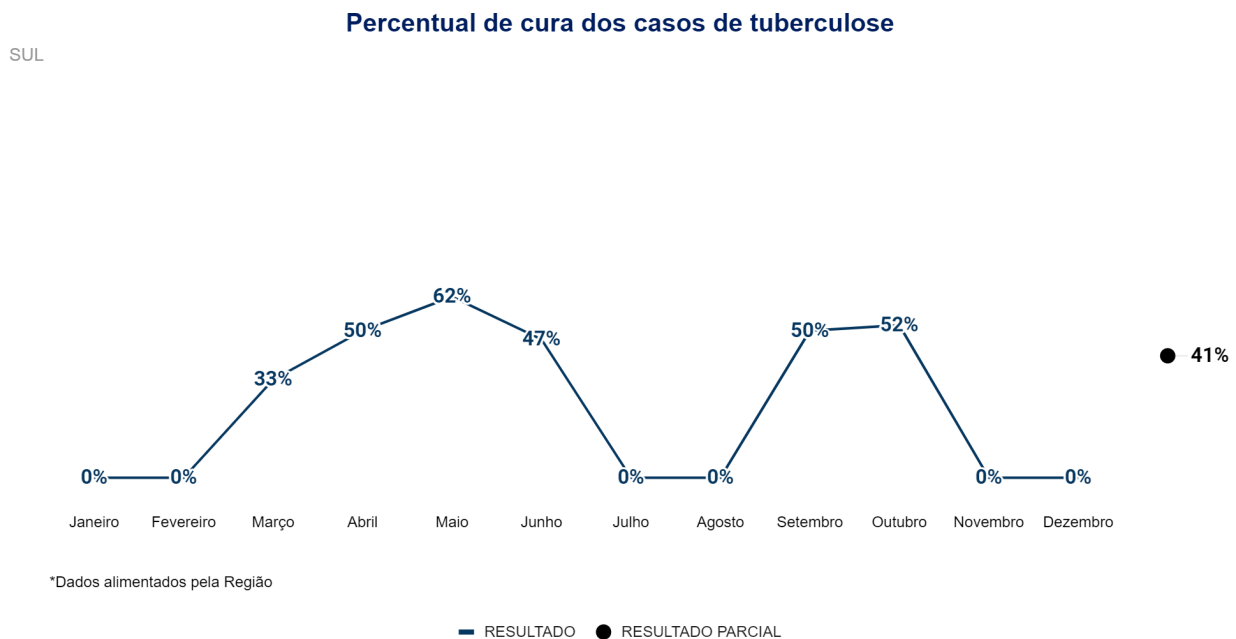
Análise dos resultados:

No decorrer do ano, considerando os dados analisados, percebe-se regularidade nos resultados evidenciados, exceto nos meses de setembro, outubro e novembro, relacionado a um represamento de fichas, fato já resolvido. Contudo é perceptível a manutenção dos resultados acima da meta do mês de janeiro à agosto, fato atribuído aos esforços mútuos de todas as áreas envolvidas e destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o ano:

1. Realização de matriciamento pelo NVEPI quanto a utilização correta do sistema SINAN - de forma ONLINE - Educação continuada e qualificação dos lançamentos no SINAN na Atenção Primária, direcionado aos profissionais de Nível Superior (Médicos e Enfermeiros).
2. Monitoramento e avaliação do banco de dados dos Agravos Notificados - Análise detalhada das Notificações registradas pelo NVEPI periodicamente;
3. Disponibilização de Boletim mensal de divulgação das notificações dos casos de arboviroses na Região de Saúde - Encaminhado para Unidades Básicas da Região.

Para assegurar a continuidade dos resultados bem-sucedidos, estamos atualmente em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) na Região Sul. Esta comissão é coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região Sul, com destaque para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEPI) como principal agente neste contexto, responsável por liderar e capacitar os membros desta comissão.

Indicador 39



Análise dos resultados:

No decorrer do ano, considerando os dados analisados percebe-se a presença de vários meses com resultados com 0% de cura, onde percebemos a possibilidade de falta de casos a serem avaliados ou dos casos notificados ausência de cura. Fica evidente a presença de um percentual considerável de cura nos meses onde os casos foram notificados, contudo é perceptível a manutenção dos resultados acima da meta, fato atribuído aos esforços mútuos de todas as áreas envolvidas e destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o período avaliado:

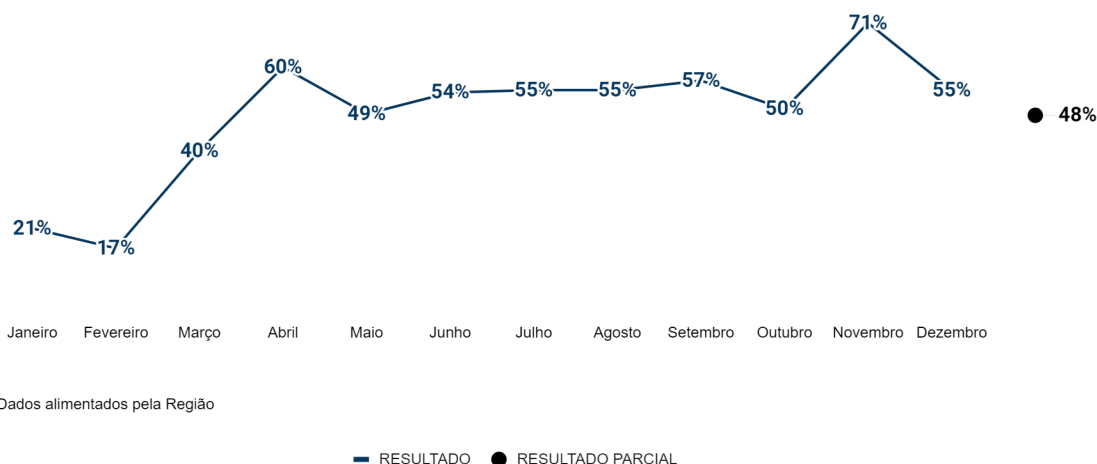
1. Implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul;
2. Tratativas de sanar dificuldades quanto ao lançamento dos dados no SINAN para encerramento dos casos;
3. Padronização no formato de coleta dos dados de acordo com novo caderno do AGR;
4. Reuniões regulares do NVEP com os Gerentes internos da Diraps, com pautas voltadas para estas tratativas.

Para assegurar a continuidade dos resultados bem-sucedidos, estamos atualmente em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) na Região Sul. Esta comissão é coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região Sul, com destaque para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEP) como principal agente neste contexto, responsável por liderar e capacitar os membros desta comissão.

Indicador 40

Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde

SUL



Análise dos resultados:

No decorrer do ano, considerando os dados analisados, percebe-se regularidade ascendente nos resultados evidenciados, com manutenção dos resultados acima da meta proposta. É perceptível a manutenção ascendente dos resultados acima da meta a partir do mês de junho, fato atribuído aos esforços mútuos de todas as áreas envolvidas e destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o período avaliado:

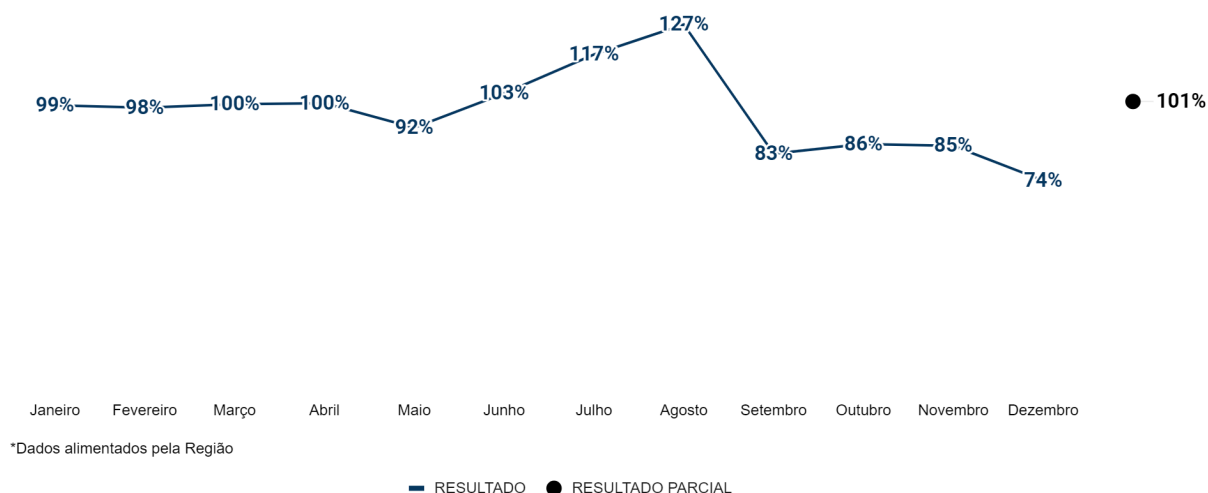
1. Identificação de casos em abertos ou sem acompanhamento do NVEPI;
2. Implementação de visitas periódicas do EVEPI para Busca ativa, orientações assistenciais e de manuseio de sistemas.
3. Disponibilizar relatório periódico dos dados para as equipes Unidades Básicas de Saúde da Região;
4. Implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) da Região Sul;
5. Tratativas de sanar dificuldades quanto ao lançamento dos dados no SINAN para encerramento dos casos.

Para assegurar a continuidade dos resultados bem-sucedidos, estamos atualmente em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) na Região Sul. Esta comissão é coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região Sul, com destaque para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEPI) como principal agente neste contexto, responsável por liderar e capacitar os membros desta comissão.

Indicador 41

Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, chikungunya e zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde.

SUL



Análise dos resultados:

No decorrer do ano, considerando os dados analisados, percebe-se regularidade dos dados com relação à meta proposta. Fato atribuído aos esforços mútuos de todas as áreas envolvidas e destacamos algumas ações exitosas implementadas durante o período avaliado:

1. Realização de matriciamento pelo NVEPI quanto a utilização correta do sistema SINAN - de forma ONLINE - Educação continuada e qualificação dos lançamentos no SINAN na Atenção Primária, direcionado aos profissionais de Nível Superior (Médicos e Enfermeiros).
2. Monitoramento e avaliação do banco de dados dos Agravos Notificados - Análise detalhada das Notificações registradas pelo NVEPI periodicamente;
3. Disponibilização de Boletim mensal de divulgação das notificações dos casos de arboviroses na Região de Saúde - Encaminhado para Unidades Básicas da Região.
4. Observação quanto a dificuldade de fechamento dos casos pelas Unidades Básicas.

Para assegurar a continuidade dos resultados bem-sucedidos, estamos atualmente em processo de implementação da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR) na Região Sul. Esta comissão é coordenada pela Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA) da Região Sul, com destaque para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SRSSU/DIRPAS/NVEPI) como principal agente neste contexto, responsável por liderar e capacitar os membros desta comissão.

Indicador 42

Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho

SUL

● 2.807



Análise dos resultados:

De acordo com o gráfico exposto acima, percebe-se que houve um aumento expressivo de notificações de Acidente de Trabalho a partir do mês de junho/2023 (246 casos), chegando ao ápice de notificações em dezembro (345). 3. Análise crítica dos dados: Ao observarmos os padrões das quantidades de notificações de Acidente de Trabalho e Agravos Relacionados ao Trabalho no ano de 2023 no HRG, percebemos que no mês de junho houve um aumento significativo no número de notificações. Esse evento se deve ao fato de ter ocorrido, no mês de maio/2023, um treinamento ministrado pela equipe do CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), da região SUL, com toda a equipe da Classificação de Risco e NHEP, com vistas a sensibilizar e incentivar as notificações de acidente de trabalho. Percebeu-se a sensibilização da equipe por meio da anotação das informações de acidente de trabalho no prontuário eletrônico, reduzindo assim o número de subnotificações por falta de informação. Ressaltamos que todos os casos em que foram identificados Acidentes de Trabalho foram devidamente notificados e inseridos no sistema SINAN.

Conclusão

Com base nesses resultados, algumas recomendações são sugeridas para futuras ações e aprimoramentos no processo de gestão e acompanhamento dos Acordos de Gestão na Região/URD, incluindo o fortalecimento cada vez mais o quadro de servidores das Assessorias de planejamentos em especial assegurar a carga horária mínima de servidores conforme dimensionamento da DIPMAT. O déficit e a sobrecarga de profissionais em diversas áreas de atuação no âmbito da Região de Saúde Sul acarreta com o não cumprimento das metas pactuadas anualmente nos Acordos de Gestão Regionais - AGR. Outro desafio que encontramos é a falta de uma um plano de Educação Permanente dos profissionais da saúde com uma trilha de aprendizagem capaz de otimizar os resultados dos servidores garantindo um melhor desenvolvimento. Outro grande desafio que corrobora para o não atingimento das metas estabelecidas é a falta de espaços físicos e equipamentos adequados das unidades de saúde para os servidores e usuários bem como um investimento em tecnologia para unificar os sistemas de gestão.

Portanto, mesmo dentro das suas limitações, sobretudo de recursos humanos dentro dos três níveis de atenção (Primária, Secundária e Hospitalar) que vem gerando intensa sobrecarga de trabalho nos servidores e alto número de afastamentos relacionados à saúde mental, alcançou resultados parcialmente satisfatórios.

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.

Temos muito que agradecer aos gestores e servidores de todas as unidades que se dispõem a executar as ações de saúde com o objetivo de aperfeiçoar os processos de trabalho e melhorar a qualidade do atendimento oferecido no SUS do Distrito Federal.

Agradecemos a todas as equipes de agentes de planejamento da Região de Saúde Sul, que se dedicam diuturnamente para consolidar e avaliar os resultados de saúde produzidos em cada nível de atenção.

À equipe da DGR que não mede esforços para apoiar os gestores e agentes de planejamentos locais no processo de gestão para resultados.

Podemos concluir que as ações realizadas no ano de 2023, atenderam aos parâmetros e esperamos alcançar os objetivos traçados a médio e longo prazo a fim de atingirmos a tão esperada excelência.

Agradecemos o empenho de todas as áreas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que contribuíram, direta ou indiretamente, para a construção deste relatório.