



Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde
Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional
Diretoria de Gestão Regionalizada
Gerência de Contratualização Regionalizada

CADERNO DE ORIENTAÇÕES

Acordo de Gestão Regional - AGR

2022/2024

V.21
Janeiro/2025

Caro Gestor,

Apresentamos o Caderno de Orientações do Acordo de Gestão Regional (AGR), firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e as Superintendências Regionais de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Nele você encontrará a matriz de indicadores e metas definidas para o ano vigente, o fluxo de coleta e registro dos dados, as fichas e o procedimento operacional padrão (POP) orientando a extração e coleta dos dados de cada indicador.

Informamos que o caderno poderá ser atualizado, conforme necessidade, com versões posteriores ao longo do ano.

O caderno busca possibilitar um apoio para cumprimento do Programa de Gestão Regional da Saúde (PRS) previsto no Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016:

Art. 1º Fica instituído o Programa de Gestão Regional da Saúde – PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, com vistas ao desenvolvimento da Atenção Integral à Saúde...

Art. 5º A operacionalização do PRS é realizada mediante a celebração de Acordo de Gestão Regional – AGR entre a SES-DF e as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital e a alocação de créditos orçamentários e de recursos financeiros para apoiar a execução das atividades pactuadas no referido Acordo.

Os indicadores e metas definidas na matriz referem-se ao acordo assinado em 2019, com vigência de 2020 até 2024, com o objetivo exposto na 1º Cláusula do Acordo:

O AGR tem por objeto a contratualização de metas entre a Administração Central da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (ADMC-SESDF) e a Superintendência da Região de Saúde Central de modo a estabelecer um modelo de gestão por resultados.

Assim, disponibilizamos o material tendo em vista a responsabilidade regimental de “acompanhar e analisar os resultados dos Acordos de Gestão para qualificação das ações e serviços da Secretaria; e consolidar as informações e prestar contas das ações, serviços e resultados relacionados aos Acordos de Gestão”, conforme previsto no artigo 27 do Regimento Interno - Decreto nº 39.546 de 19 de dezembro de 2018.

Esperamos que o material possa contribuir para o trabalho de todos!

Equipe da Gerência de Contratualização Regionalizada

Índice

Matriz de Responsabilidade	8
Fluxo de Coleta e Registro de Dados	11
Descrição do Fluxo de Coleta e Registro dos Dados	12
Anexo 1	18
Orientações para realizar análise dos resultados	18
Anexo 2	20
Modelo de Notificação	20
Matriz de Indicadores e Metas Regiões de Saúde e URD's 2024	22
Matriz de Indicadores e Metas - HMIB 2024	26
Matriz de Indicadores e Metas – HAB 2024	28
Matriz de Indicadores e Metas – HSVP 2024	29
Matriz de Indicadores e Metas - CRDF 2024	30
1. Ficha dos Indicadores e Orientações de Coleta	32
Rede Cegonha	33
Indicador 1: Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	33
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01	34
Indicador 2: Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) - HMIB	36
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02	37
Indicador 3: Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência	38
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03	39
Indicador 4: Percentual de óbitos maternos investigados	41
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04	42
Indicador 5: Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	42
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05	44
Indicador 6: Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	45
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06	46
Indicador 7: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.	47
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 07	48
Indicador 8: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.	53
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 08	54
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.	60
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 09	61
Indicador 10: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.	65
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 10	67

Rede de Urgência e Emergência - RUE	72
Indicador 11: Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	72
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 11	73
Indicador 12: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas	76
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 12	77
Indicador 15: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral - HMIB.	80
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 15	81
Indicador 16: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica - HMIB.	82
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 16	83
Indicador 17: Tempo de Retenção de maca por unidade e urgência/emergência	84
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 17	85
Indicador 18: Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).	87
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 18	88
Indicador 20: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas - HMIB	89
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 20	90
Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência	92
Indicador 19: Taxa de notificação de violência.	92
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 19	93
Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência (PCD)	95
Indicador 21: Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	95
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 21	96
Indicador 22: Número de pessoas com deficiência cadastrada na APS da Região de Saúde	97
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 22	98
Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)	99
Indicador 25: Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações	99
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 25	101
Indicador 26: Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações	104
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 26	105
Sistema de Apoio e Logística	108
Indicador 27: Índice de Fechamento de Chave da Região/URD	108
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 27	109
Indicador 28: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar	110
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 28	111
Indicador 29: Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada - HAB, HMIB E HSVP.	112
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 29	113
Indicador 30: Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica - HAB, HMIB E HSVP.	114
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 30	115
Indicador 31: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	116

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 31	117
Indicador 32: Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD	118
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 32	119
Indicador 33: Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	120
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 33	123
Indicador 34: Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria	124
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 34	125
Indicador 37: Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD	127
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 37	127
Indicador 38: Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	129
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 38	130
Indicador 39: Percentual de cura dos casos novos de tuberculose	131
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 39	132
Indicador 40: Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde	133
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 40	134
Indicador 41: Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde	135
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 41	136
Indicador 42: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionado ao trabalho	139
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 42	142
Indicador 43: Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	147
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 43	149
Indicadores Específicos AGR HMIB	150
Indicador 1 - HMIB: Número de acessos para 1ª consulta em reprodução humana - Alta Complexidade	150
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01	151
Indicador 2 - HMIB: Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal	152
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02	154
Indicador 3 - HMIB: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral	155
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03	156
Indicador 4 - HMIB: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neo	157
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04	158
Indicador 5 - HMIB: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Pediátrica	159
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05	160

Indicador 6 - HMIB: Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura	161
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06	162
Indicador 7 - HMIB: Proporção de RN com contato pele a pele no nascimento	163
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 07	165
Indicador 8 - HMIB: Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias	166
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 08	167
Indicador 9 - HMIB: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês	168
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 09	170
Indicador 10 - HMIB: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI por NEO mês	171
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 10	173
Indicador 11 - HMIB: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês	174
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 11	176
Indicadores Específicos AGR HAB	177
Indicador 1 - HAB: Taxa de Quedas de Pacientes internados	177
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01	178
Indicador 2 - HAB: Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes das unidades hospitalares, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP	179
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02	180
Indicador 3 - HAB: Percentual de pacientes que faleceram aguardando consulta em cuidados paliativos oncológicos agendados pela Regulação Central no HAB	181
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03	182
Indicador 4 - HAB: Consumo da preparação alcoólica líquida ou gel (mL) para higiene de mãos nas unidades de internação por mês	183
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04	184
Indicador 5 - HAB: Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação.	185
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05	186
Indicador 6 - HAB: Taxa de absenteísmo às consultas reguladas de triagem da genética	187
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06	188
Indicadores Específicos AGR HSVP	189
Indicador 1 - HSVP: Percentual de pacientes internados na emergência e enfermaria/Ala incluídos nas atividades terapêuticas	189
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01	190
Indicador 2 - HSVP: Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar	193
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02	194
Indicador 3 - HSVP: Número de Pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias	197
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03	198
Indicador 4 - HSVP: Percentual de procedência dos pacientes atendidos no HSVP (por região de saúde).	200
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04	201

Indicador 5 - HSVP: Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Ala Internação-Enfermaria.	203
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05	204
Indicador 6 - HSVP: Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Pronto Socorro	205
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06	206
Indicadores Específicos AGR - CRDF	207
Indicador 1 - CRDF: Número absoluto de doadores de tecidos oculares	207
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01	208
Indicador 2 - CRDF: Número absoluto de doadores de órgão sólido	209
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02	210
Indicador 3 - CRDF: Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares	211
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03	212
Indicador 4 - CRDF: Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF	213
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04	214
Indicador 5 - CRDF: Tempo de atendimento de solicitações para inserções de pacientes da rede privada para leitos de UTI regulados pela SES.	215
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05	216
Indicador 6 - CRDF: Percentual de aproveitamento de vagas ambulatoriais ofertadas.	217
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06	219
Indicador 7 - CRDF: Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG	220
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 07	222
Indicador 8 - CRDF: Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação.	223
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 08	224
Indicador 9 - CRDF: Tempo médio de direcionamento do paciente de internação compulsória em relação ao recebimento da solicitação	225
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 09	226
Indicador 10 - CRDF: Percentual de Efetivação da Doação de Órgãos	227
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 10	228
Indicador 11 - CRDF: Percentual de Ligações Para o Número Telefônico 192 (SAMU) que gerou somente orientações à População	229
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 11	230
Indicador 12 - CRDF: Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES	231
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 12	232
Revisão e Atualização do Caderno de Orientações AGR REGIÕES e URD's 2022/2024	233

Matriz de Responsabilidade

O modelo da regionalização da saúde no DF foi institucionalizado pelo decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016, o qual institui o Programa de Gestão Regional da Saúde – PRS. Nele é preconizado que a operacionalização do PRS será realizada por meio de Acordos de Gestão Regional (AGR) entre a SES-DF e as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. E também os Acordos de Gestão Local (AGL), que é a formalização de acordos entre as Regiões de Saúde e suas unidades de saúde subordinadas. Nesses documentos estarão o planejamento das necessidades locais, o que dará eficiência à utilização de recursos, melhora nos resultados assistenciais e transparência de informações, além dos indicadores e metas personalizadas para cada acordo.

O Acordo de Gestão Regional - AGR foi conceituado no inciso V, do parágrafo 2º, do Decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016:

V - Acordo de Gestão Regional - AGR: instrumento a ser celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde - SES-DF e as Superintendências das Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital;

A coordenação central do processo de monitoramento e avaliação dos Acordos de Gestão é realizada pela Diretoria de Gestão Regionalizada - DGR e pela sua unidade subordinada, a Gerência de Contratualização Regionalizada - GCR.

Já a coordenação local do processo de monitoramento e avaliação dos Acordos de Gestão é realizada pelos agentes de planejamento: Chefes das Assessorias de Planejamento em Saúde (ASPLANs), Gerentes de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMAs) e Chefes dos Núcleos de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (NPMA).

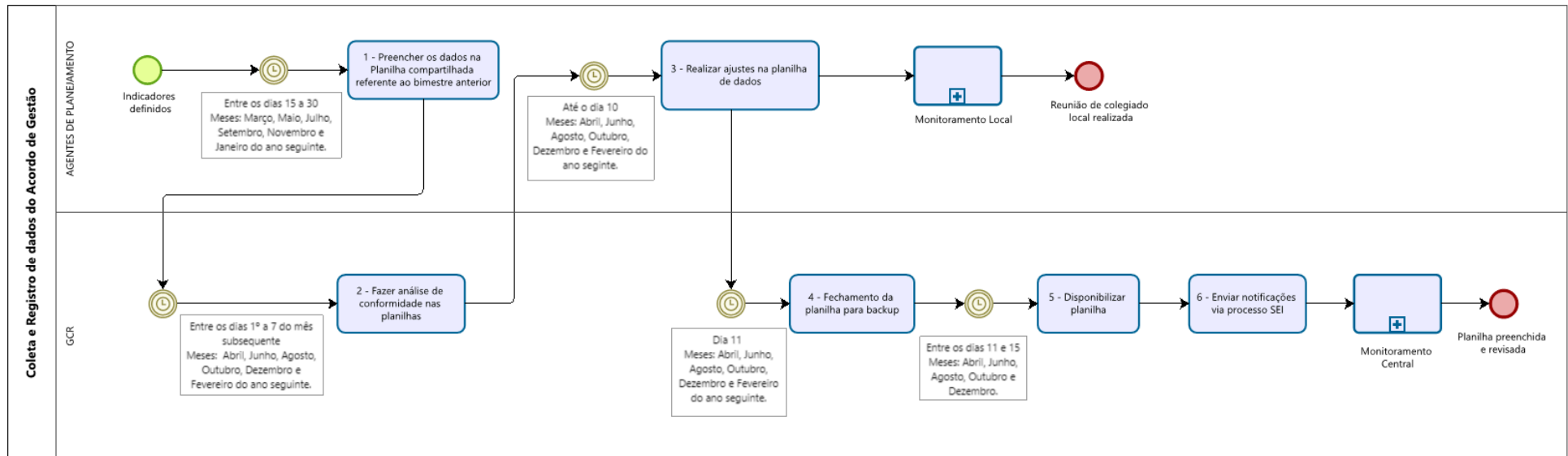
Assim, com o intuito de atribuir o nível de responsabilidade de cada uma das partes envolvidas no processo, apresenta-se a matriz de responsabilidade:

<p style="text-align: center;">Gerência de Contratualização Regionalizada - GCR</p>	<p>Quanto à implantação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apoiar na realização dos cursos de capacitação para melhor entendimento da unidade por todos envolvidos; ● Apoiar na realização da oficina para definição dos indicadores; ● Organizar cerimônia de assinatura; ● Elaborar minutas dos acordos e disponibilizar para assinatura; ● Elaborar a matriz de indicadores e metas; ● Elaborar o caderno de orientações anual. <p>Quanto ao monitoramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Monitorar periodicamente a coleta e registro de dados com as Regiões de Saúde; ● Apoiar, como intermediador, na realização dos colegiados quadrimestrais para apresentação dos resultados pelas Regiões às áreas técnicas; ● Elaborar os boletins quadrimestrais com os destaques; ● Disponibilizar planilha para coleta e registro de dados.
<p style="text-align: center;">Área Técnica do Nível de Atenção</p>	<p>Quanto à implantação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Propor cronograma de atividades, datas de oficinas, entre outros; ● Propor a capacitação com os temas apropriados; ● Organizar os temas e grupos para a oficina de levantamento dos indicadores a serem pactuados; ● Analisar os indicadores levantados pelas áreas durante a oficina, definindo os indicadores e metas que serão pactuados no acordo. <p>Quanto ao monitoramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Participar dos colegiados quadrimestrais da apresentação dos resultados pelas regiões, propondo ações e apoiando nas discussões; ● Definir os destaques para elaboração do Boletim.

<p>GPMA/NPMA</p>	<p>Quanto à implantação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em conjunto com os gestores e servidores das unidades contratualizadas. <p>Quanto ao monitoramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coletar os dados periodicamente e manter a planilha atualizada; ● Apoiar as unidades na elaboração dos planos de ação, consolidar e disponibilizar à Gerência de Contratualização; ● Apresentar resultados nos colegiados regionais e colegiados quadrimestrais.
<p>ASPLAN URDs (GPMA/NPMA)</p>	<p>Quanto ao monitoramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Estabelecer fluxo com GPMA para alimentação periódica dos dados; ● e apresentação nos colegiados bimestrais e quadrimestrais.
<p>Gestor da Unidade Contratualizada</p>	<p>Quanto à implantação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em conjunto com a GPMA. <p>Quanto ao monitoramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Disponibilizar dados dos indicadores para o GPMA incluir nas ferramentas de monitoramento; ● Elaborar planos de ação.

Fluxo de Coleta e Registro de Dados

O fluxo de Coleta e Registro de Dados faz parte do macroprocesso de operacionalização do AGR. Após a definição da matriz de indicadores e metas vigentes, o fluxo é realizado bimestralmente a fim de garantir a inclusão dos dados dos indicadores no instrumento de coleta definido pela GCR, pelas Regiões de Saúde e URD's, possibilitando as ações do fluxo de monitoramento dos indicadores pactuados.



Descrição do Fluxo de Coleta e Registro dos Dados

Passo 1: Preencher os dados na Planilha compartilhada referente ao bimestre anterior

1. Descrição:

Consiste em preencher pelos Agentes de Planejamento o Numerador, Denominador e a Análise dos Resultados de cada indicador pactuado no AGR.

2. Ator (es) da atividade:

- a) ASPLANs em caso de Regiões;
- b) NPMA's e GPMA (HMIB) em caso de URD's.

3. Tarefas:

- a) Entre os dias 15 a 30, nos meses de março, maio, julho, setembro, novembro e janeiro do ano seguinte coletar os dados de cada indicador, referente ao bimestre anterior, conforme orientação no Caderno de Orientações AGR do ano vigente;
- b) Preencher o numerador, denominador e análise do resultado de todos os indicadores na planilha compartilhada;

Obs.: A análise crítica deverá ser feita com base no resultado alcançado nos meses do bimestre anterior, devem ser colocadas ações realizadas, ações que serão implantadas para a melhoria do indicador, situações atípicas que interferiram no resultado do indicador, entre outros, o [Anexo 1](#) - Orientações para realizar análise do resultado traz um texto auxiliando a forma de registro da análise dos resultados.

4. Documentação/ ferramenta necessária:

- a) Caderno de orientações do AGR do ano vigente;
- b) Planilha disponibilizada no drive;
- c) [Anexo 1](#) – Orientações para realizar análise do resultado.

5. Documentação/ação gerada:

- a) Planilha preenchida.

Obs.: Fluxo aplicado ao registro de dados do AGR, conforme o [Fluxo de Coleta e Registro de Dados](#).

Passo 2: Fazer análise de conformidade nas planilhas

1. Descrição:

Consiste em analisar as planilhas preenchidas pelos agentes de planejamento, na atividade anterior, quanto à conformidade.

2. Ator (es) da atividade:

- a) GCR

3. Tarefas:

- a) Entre os dias 1º e 07, nos meses de abril, junho, agosto, outubro, dezembro e fevereiro do ano seguinte analisar os dados bimestrais preenchidos no mês anterior nas planilhas das Regiões e URD's buscando identificar inconsistência de dados ou ausência de registro nas células: Numerador, Denominador e Análise do Resultado;
- b) Incluir comentário na planilha solicitando os ajustes necessários.
- c) Verificar se os dados estão alimentados nos meses previstos para alimentação (com exceção dos indicadores com delay) se não estiver justificado na Análise do Resultado, incluir comentário solicitando o preenchimento;
- d) Em caso de indicadores acumulativos verificar se estão alimentados de forma correta;
- e) Analisar se a "Análise do Resultado" preenchida expressa informações quanto ao comportamento do resultado, de forma que seja informado dificuldades, avanços e ações que estão sendo realizadas e não apenas a descrição do resultado;
- f) Análises que estiverem só o número do Processo SEI, notificar sobre a importância de informar o teor do processo que se refere aos dados.

4. Documentação/ ferramenta necessária:

- a) Planilha disponibilizada no drive;
- b) Caderno de orientações do AGR do ano vigente.

5. Documentação/ação gerada:

- a) Comentários incluídos nas planilhas

Passo 3: Realizar ajustes na planilha de dados

1. Descrição:

Consiste em analisar os comentários incluídos na atividade anterior e realizar os ajustes.

2. Ator (es) da atividade:

- a) ASPLAN's em caso de Regiões;
- b) NPMA's e GPMA (HMIB).

3. Tarefas:

- a) Até o dia 10, nos meses de abril, junho, agosto, outubro, dezembro e fevereiro do ano seguinte, analisar os comentários solicitando ajustes nas planilhas, realizando os ajustes necessários.

4. Documentação/ ferramenta necessária:

- a) Planilha disponibilizada no drive;
- b) Caderno de Orientações do AGR do ano vigente.

5. Documentação/ação gerada:

- a) Ajustes realizados na planilha, quando for o caso.

Passo 4: Realizar Fechamento da planilha para Backup

1. Descrição:

Consiste em realizar o backup do mês correspondente das planilhas compartilhadas.

2. Ator (es) da atividade:

a) GCR.

3. Tarefas:

- a) No dia 11, nos meses de abril, junho, agosto, outubro, dezembro e fevereiro do ano seguinte, realizar bloqueio de edição nas planilhas compartilhadas;
- b) Fazer backup de todas as planilhas;
- c) Liberar o acesso entre 11 e 15 do mês de bloqueio.

Obs.: Caso o dia 11 não seja dia útil, considerar o próximo dia útil.

4. Documentação/ ferramenta necessária:

a) Planilha disponibilizada no drive.

5. Documentação/ação gerada:

a) Backup das planilhas realizadas.

Passo 5: Realizar a Disponibilização da Planilha

1. Descrição:

Consiste em disponibilizar aos Agentes de Planejamento o desbloqueio da planilha compartilhada.

2. Ator (es) da atividade:

- a) GCR.

3. Tarefas:

- a) Entre o dia 11 e 15 dos meses de: abril, junho, agosto, outubro e dezembro, realizar a disponibilização na edição nas planilhas compartilhadas;
- b) Liberar o acesso aos Agentes de Planejamento na planilha compartilhada.

4. Documentação/Ferramenta necessária:

- a) Planilha disponibilizada no drive.

5. Documentação/Ação gerada:

- a) Disponibilização da planilha no drive.

Passo 6: Enviar Notificações via Processo SEI

1. Descrição:

A notificação às Regiões e URDs consiste em informá-las sobre o não preenchimento dos campos Numerador, Denominador e Análise dos Resultados, conforme solicitado na Atividade 1, ou pela ausência de justificativas na Análise de Resultados para a falta de preenchimento desses campos no ciclo bimestral de Monitoramento e Avaliação (conforme prazos estabelecidos no Fluxo de Coleta e Registro de Dados).

2. Ator (es) da atividade:

- a) GCR.

3. Tarefas:

- a) Com a planilha compartilhada bloqueada;
- b) Entre os dias 11 e 15, nos meses de abril, junho, agosto, outubro, dezembro e fevereiro do ano seguinte, identificar as células que não foram preenchidas na planilha compartilhada de preenchimento do AGR;
- c) Incluir memorando com a minuta da notificação, conforme modelo do [Anexo 2](#) - Modelo de Notificação em Processo SEI anual de cada Região;
- d) Solicitar assinatura da Diretoria de Gestão Regionalizada (DGR) e da Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional (CPLAN) e encaminhar para à Subsecretaria de Planejamento em Saúde (SUPLANS), que irá proceder com o envio da notificação à Região/URD.
- e) Fazer o lançamento da pontuação 0 (zero) na planilha de pontuação do ano correspondente para a Região/URD que não tenha realizado o preenchimento dos dados ou justificado a ausência dos dados.

4. Documentação/Ferramenta necessária:

- a) Planilha disponibilizada no drive;
- b) Memorando com a minuta da notificação.

5. Documentação/Ação gerada:

- a) Notificação elaborada;
- b) Memorando preenchido e encaminhado.
- c) [Anexo 2](#) - Modelo de Notificação.

Anexo 1

Orientações para realizar análise dos resultados

A análise e resultado de um gráfico deverá considerar diversos pontos, como análise dos dados e correlação com as ações que estão sendo implementadas para a melhoria do indicador (análise crítica dos resultados).

1) O que é a análise dos dados do indicador:

A análise dos dados se limita a interpretar o que o gráfico está expressando, exemplos:

Comparando os resultados ao longo do ano, houve uma queda de 50% com tendência decrescente, melhorando ainda mais o resultado do indicador. (Polaridade menor melhor)

Ao longo do ano, não houve muita diferença entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo dos 50% (Polaridade menor melhor)

Resultado positivo, com leve aumento nos últimos meses do ano, com tendência crescente.

Manteve média anual de 60% com desvio padrão de até + 27% e - 13%.

2) O que é a análise crítica dos resultados do indicador:

A análise crítica dos resultados do indicador contempla a análise dos dados e as ações que foram feitas ou que serão feitas, a fim de espelhar que está havendo gestão e olhar para o indicador, veja os exemplos abaixo:

Comparado ao ano anterior, caiu o número de internações, bem como também o número de óbitos. Na desagregação dos resultados dos dois prontos socorros da região, observa-se que ambos os hospitais conseguiram superar a meta pactuada, dado as devidas ressalvas anteriores.

Os Processos de trabalho foram fortalecidos e aperfeiçoados durante todo o ano para uma melhoria na assistência e qualificação da equipe. Dificuldades com equipamentos, estrutura física e RH ainda são fatores limitantes.

Houve melhora significativa dos processos de trabalho e aumento de RH no setor responsável na unidade X, unidade que mais impactava no indicador, sendo possível melhoria dos índices a partir de então até o fim do ano e com perspectivas de estabilidade.

O resultado foi insatisfatório, porém a unidade X encontra-se na tentativa de otimizar o processo de marcação de procedimentos cirúrgicos, a fim de evitar suspensões por tempo de cirurgia anterior maior do que esperado.

A Unidade X apresentou tempo de internação oscilante ao longo do ano, atribui às diversas mudanças no perfil do paciente atendido, ora perfil covid, ora UTI geral.

Para auxiliar na elaboração da análise crítica do indicador, orientamos seguir o script abaixo, elaborado pela Amanda Vieira Especialista em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde, disponível em: <https://blogdaqualidade.com.br/analisar-criticamente-os-resultados-dos-indicadores/>

3) O script de análise contém 7 passos que orientam a análise dos indicadores. Vamos ver como cada um desses passos funciona:

- a) **Relato da tendência do indicador no mês analisado com o mês posterior** – (Este resultado é bom? É adequado para alcançar a meta?);
- b) **Quais ações foram realizadas durante o mês para alcançar o resultado** – (O que resultou neste número? Houve alguma melhoria e/ou ação preventiva? Foi preciso intervenção de outro processo? Qual intervenção? Qual processo?);
- c) **Quais as ações a serem realizadas para melhorar o resultado desejado?** – (Que ações devemos tomar para chegar ao resultado que queremos no próximo ciclo? Vamos precisar da intervenção de outro processo? Qual intervenção? Qual processo?);
- d) **Fato** – Apresentar por escrito o que representa o resultado; analisar se as ações propostas anteriormente tiveram impacto no resultado e evidenciar o objetivo estratégico da organização, relacionado ao resultado;
- e) **Causa** - Realizar o levantamento de causas que estão contribuindo para o resultado; quantificá-los sempre que possível; destacar se há algum outro indicador relacionado com o resultado; destacar se o resultado é fruto de interação de processos. Analisar a causa de maior impacto e/ou gravidade (se necessário utilizar as ferramentas da qualidade – Diagrama de Ishikawa e 5 porquês, para identificar a causa raiz);
- f) **Oportunidades e/ou Ameaças** – Descrever quais as oportunidades e ameaças o resultado do indicador poderá trazer para a organização.
- g) **Ações de Seguimento** – A ação planejada deve correlacionar com a causa raiz identificada.

Anexo 2

Modelo de Notificação

À SUPLANS,

Senhor Coordenador,

Trata-se da necessidade de notificação da Região de Saúde xxxxxx / URD xxxxxx, tendo em vista o não preenchimento dos dados do(s) indicador (es) conforme minuta para notificação.

Respeitosamente,

Minuta para Notificação de Regiões e URD's

Senhor Superintendente,

Em consonância com as competências regimentais da Gerência de Contratualização Regionalizada - GCR, no que tange o acompanhamento e análise dos resultados dos Acordos de Gestão para qualificação das ações e serviços da Secretaria de Saúde, **NOTIFICAMOS** a **Região/URD** pelo não preenchimento dos dados dos **indicadores AGR** abaixo, referente à análise de conformidade do **xº bimestre** de 2024:

INDICADOR	MÊS	SITUAÇÃO

Considerando que está previsto na cláusula 5.2.3 do Acordo de Gestão Regional, quanto às Obrigações da Região de Saúde e URD'S: **Manter atualizados os sistemas de informação em saúde de base nacional e local adotados pela SES-DF;**

Considerando que a Região de Saúde deverá apresentar as razões de circunstâncias excepcionais para o não cumprimento das metas pactuados, conforme previsto na cláusula 6.5 do referido Acordo de Gestão;

Considerando que, conforme os critérios para pontuação do ano de 2024 (137461241), só serão aceitas, para a ausência de preenchimento no prazo devido, as justificativas por indisponibilidade de acesso ou dados no mês em análise,

Ante o exposto, informamos a atribuição de **pontuação 0 (zero)** à **Região/URD** no critério nº 2, que avalia sobre o não recebimento de notificação por ausência de

registro de dados ou de justificativa por indisponibilidade de acesso ou dados, no monitoramento dos indicadores AGR para os meses de **xxxxx e xxxxx de 20xx**.

Orientamos que sejam realizados os registros dos dados e análise desses meses, retroativamente, a fim de que a análise de resultados quadrimestrais não seja prejudicada.

Matriz de Indicadores e Metas Regiões de Saúde e URD's 2024

Matriz de Metas - 2022/2024

Nº	TEMA	INDICADOR	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	HAB	HMIB	HSVP	CRDF
1	CEGONHA	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	2,03	5,78	3,08	15,86	10,92	8,8	14,95	*	*	*	*
2	CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	*	54%	*	*
3	CEGONHA	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência	2%	*	2%	2%	2%	2%	2%	*	4%	*	*
4	CEGONHA	Percentual de óbitos maternos investigados	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*	*	*	*
5	CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*	*	*	*
6	CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	*	*	*	*
7	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	*	*	*	*
8	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	*	*	*	*
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%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	*	*	*	*
10	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	*	*	*	*
11	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	*	100%	80%	*

12	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares	20%	20%	20%	HRS 20% HRPL 20%	20%	HRSAM 25% HRT 30%	HRG 45%	*	Monit.	60%	*
----	-----	---	-----	-----	-----	---------------------	-----	----------------------	---------	---	--------	-----	---

Matriz de Metas - 2022/2024

Nº	TEMA	INDICADOR	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	HAB	HMIB	HSVP	CRDF
15	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Geral	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	*	10	*	*
16	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica	*	*	*	*	*	AGL HOSPITALAR	*	*	10	*	*
17	RUE	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa	00	00	00	00	00	00	00	*	*	*	*
18	RUE	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).	52%	52%	52%	52%	52%	52%	52%	*	*	*	*
19	RAV	Taxa de notificação de violência	36,12	22,86	40,10	42,4	19,49	29,9	10,4	*	*	*	*
20	RUE	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	*	15%	*	*
21	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	95%	N/A	100%	95%	95%	95%	95%	*	80%	*	*
22	PCD	Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde	Aumentar 10% acumulado 2023	Aumentar 10% acumulado 2023	Aumentar 10% acumulado 2023	Aumentar 10% acumulado 2023	Aumentar 10% acumulado 2023	Aumentar 10% acumulado 2023	Aumentar 10% acumulado 2023	*	*	*	*
25	DCNT	Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações	2,14	3,02	4,70	7,61	6,36	4,06	9,06	*	*	*	*
26	DCNT	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações em maiores de 18 anos	1,02	1,96	1,72	3,95	3,72	1,58	2,27	*	*	*	*
27	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Índice de fechamento de chave da Região/URD	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	*	70%	*	*
28	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar	30%	N/A	30%	30%	30%	30%	30%	*	30%	*	*

29	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	100%	100%	100%	*
30	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	AGL HOSPITALAR	15%	15%	60%	*
31	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	*

Matriz de Metas - 2022/2024

Nº	TEMA	INDICADOR	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	HAB	HMIB	HSVP	CRDF
32	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*
33	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*	100%	*	*
34	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria	56%	60%	64%	HRS 62% HRPL 70%	HRC 69% HRBZ 46%	HRT 48% HRSAM 47%	57%	*	69%	*	44%
37	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Sobrestado até reformular	Sobrestado até reformular	Sobrestado até reformular	Sobrestado até reformular	Sobrestado até reformular	Sobrestado até reformular	Sobrestado até reformular	Sobrestado até reformular	Sobrestado até reformular	Sobrestado até reformular	Sobrestado até reformular
38	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	*	*	*	*
39	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de cura dos casos de tuberculose	65,90%	49,23%	57,83%	47,75%	51,35%	80,21%	51,46%	*	*	*	*
40	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	*	*	*	*

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	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	*	*	*	*
42	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Número de notificações por acidente de trabalho / agravos relacionados ao trabalho com o campo ocupação preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	1913	97	903	1623	958	1350	2772	*	*	*	*
43	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.

Obs.: * = Indicador não se aplica à unidade

Obs2.: Monit. = Monitoramento

Matriz de Indicadores e Metas - HMIB 2024

Matriz de Metas - 2024			
Nº IND.	TEMA	INDICADOR	META
2	CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	54%
3	CEGONHA	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência	4%
11	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	100%
12	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares	Monit.
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	10 dias
16	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica	10 dias
20	RUE	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas	15%
21	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	80%
27	SIST. APOIO. e LOGÍST	Índice de fechamento de chave	70%
28	SIST. APOIO. e LOGÍST	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar	30%
29	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	100%
30	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	15%
31	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%
32	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD	100%
33	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	100%
34	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria	69%
37	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Sobrestado até reformular
43	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	Monit.
1 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Número de acessos para 1ª consulta para reprodução humana	50

2 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal	23 dias
3 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Geral	4,5
4 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Neonatal	9,5
5 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica	4,3
6 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura	100%.
7-HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Proporção de RN com contato pele a pele no nascimento	Monit.
8-HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias	Monit.
9-HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês	Monit.
10-HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI por NEO mês	Monit.
11-HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês	Monit.

Matriz de Indicadores e Metas – HAB 2024

Matriz de Metas - 2024

Nº IND.	TEMA	INDICADOR	META
29	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	100%
30	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	15%
31	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%
32	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de desempenho de gestão de custos	100%
37	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Sobrestado até reformular
43	SIST. APOIO. e LOGÍST	Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	Monitoramento
1-HAB	ESPECÍFICOS HAB	Taxa de Quedas de Pacientes internados	2
2-HAB	ESPECÍFICOS HAB	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes das unidades hospitalares, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados –URCP	55%
3-HAB	ESPECÍFICOS HAB	Percentual de pacientes que faleceram aguardando consulta em cuidados paliativos oncológicos agendados pela Regulação Central no HAB	Monitoramento
4-HAB	ESPECÍFICOS HAB	Consumo da preparação alcoólica líquida ou gel (mL) para higiene de mãos nas unidades de internação por mês	Monitoramento
5-HAB	ESPECÍFICOS HAB	Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação.	Monitoramento
6-HAB	ESPECÍFICOS HAB	Taxa de absenteísmo às consultas reguladas de triagem da genética	Monitoramento

Matriz de Indicadores e Metas – HSVP 2024

Matriz de Metas - 2024			
Nº IND.	TEMA	INDICADOR	META
11	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares	80%
12	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas	60%
29	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	100%
30	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	60%
31	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%
32	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD	100%
37	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Sobrestado até reformular
43	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	Monit.
1 - HSVP	ESPECÍFICOS HSVP	Percentual de pacientes internados na Emergência e Enfermaria/ALA incluídos nas atividades terapêuticas	75%
2 - HSVP	ESPECÍFICOS HSVP	Percentual de reinternações em até 60 dias após alta	7%
3 - HSVP	ESPECÍFICOS HSVP	Número de pacientes com alta médica que permanecem internados por questão social por mais de 30 dias	13
4 - HSVP	ESPECÍFICOS HSVP	Percentual de procedência dos pacientes atendidos no HSVP (por região de saúde)	Monit.
5 - HSVP	ESPECÍFICOS HSVP	Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Enfermaria	Monit.
6 - HSVP	ESPECÍFICOS HSVP	Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Pronto Socorro	Monit.

Matriz de Indicadores e Metas - CRDF 2024

Matriz de Metas - 2024			
Nº IND. COMUNS	TEMA	INDICADOR	META
34	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria	44%
37	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Sobrestado até reformular
43	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	Monit.
1 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Número absoluto de doadores de tecidos oculares	30 mês
2 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Número absoluto de doadores de órgão sólido	77 ano
3 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares	12%
4 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF	28 minutos
5 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Tempo de atendimento de solicitações para inserções de pacientes da rede privada para leitos de UTI regulados pela SES.	24h
6 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de aproveitamento de vagas ambulatoriais ofertadas.	100%
7 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG.	10%
8 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação.	Monit.
9 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Tempo médio de direcionamento do paciente de internação compulsória em relação ao recebimento da solicitação.	até 24 horas/1 dia útil
10 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de Efetivação da Doação de Órgãos	20%
11 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de Ligações Para o Número Telefônico 192 (SAMU) que Gerou Somente Orientações à População	Monit.
12 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES	40%

1. Ficha dos Indicadores e Orientações de Coleta

As fichas dos indicadores estão organizadas por temas: **Rede Cegonha, Rede de Atenção à Urgência e Emergência, Rede de Atenção das Pessoas com Deficiência, Rede Psicossocial, Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis, Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência e Sistema de Apoio Logístico.**

Os indicadores exclusivos das URD's, seguirão na ordem: **HMIB, HAB, HSVP E CRDF.**

Após a ficha do indicador será apresentado o POP com o passo a passo para coleta dos dados. A ficha do indicador é construída com base no modelo abaixo:

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	<i>Número do indicador na matriz de metas</i>
Pactuações	<i>Identificação dos instrumentos de planejamento em que o indicador está pactuado, tanto em nível estratégico quanto em nível regional.</i>
Indicador	<i>Título do indicador.</i>
Conceituação	<i>Aquilo que tem importância ou relevo num contexto determinado. Engloba a Definição e Interpretação. Diz respeito ao "o que mede". Se tiver alguma legislação atrelada ao indicador deverá ser incluída aqui.</i>
Usos	<i>Principais finalidades de utilização do indicador. Diz respeito ao "para que serve", o objetivo do indicador.</i>
Limitações	<i>Fatores que restringem a interpretação do indicador referente ao conceito e fontes utilizados.</i>
Fonte	<i>Bases de dados, sistemas informatizados ou instituições/unidades responsáveis pela produção de dados.</i>
Metodologia de Cálculo	<i>Como calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem. Deve constar o numerador, denominador e multiplicador em caso se percentual ou índice.</i>
Periodicidade de Monitoramento	<i>Frequência de acompanhamento do resultado (parcial ou total) no Sistema de Monitoramento. No caso do AGR/AGL o monitoramento conjunto é quadrimestral então o monitoramento será quadrimestral para todos os indicadores. A coleta de dados deve ser mensal.</i>
Periodicidade de Avaliação	<i>Frequência de julgamento dos efeitos do resultado. No caso do AGR/AGL a avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual, assim a periodicidade de avaliação é anual.</i>
Unidade de Medida	<i>Convenção usada para descrever dimensões: Percentual, Número absoluto, índice, etc.</i>
Parâmetro	<i>Valor de referência nacional e/ou distrital. Caso a meta tenha parâmetros baseados em alguma legislação deve-se informar nesse campo, se não houver deve-se deixar em branco.</i>
Polaridade	<i>Revela o sentido do indicador, sinalizando "maior melhor" ou "menor melhor"</i>
Acumulativo Anual	<i>Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou numeradores e denominadores mês a mês) ao longo do ano.</i>
Acumulativo para Pactuação	<i>Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou numeradores e denominadores ano a ano) ao longo do período de pactuação (4 anos). Para o AGR não é acumulativo, o resultado é mensurado anualmente</i>
Estratificação	<i>Níveis de desagregação (categorias) definidos de acordo com recorte espacial / serviço / especialidade de referência do indicador. Ex: por policlínica ou por hospital</i>
Responsável Técnico	<i>Área responsável pelo monitoramento e análise do indicador. Área responsável pela elaboração ou validação da Ficha do indicador e POP, na ADMC.</i>
Coordenador da Pactuação	<i>Área responsável pelo monitoramento e avaliação da pactuação. No AGR o coordenador da pactuação é a rede de atenção, no AGL é a Coordenação do nível de atenção e no caso dos indicadores do sistema de apoio é a mesma área técnica.</i>
Descrição da Meta	<i>Descrição do objetivo que se deseja alcançar. A meta está expressa na matriz de indicadores e metas, nesse campo deve ser expresso qual o propósito da meta estabelecida.</i>

Rede Cegonha

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

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 1
Pactuações	AGR
Indicador	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade
Conceituação	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano residentes em determinada Região de Saúde por nascidos vivos de mães residentes da mesma Região de Saúde, no período considerado.
Usos	Contribuir para a avaliação e orientação das ações de controle da sífilis congênita; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à assistência, diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis congênita. Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos de sífilis congênita, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
Limitações	A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica da sífilis em gestantes e recém-nascidos. A análise de séries temporais deve ser cautelosa, levando em conta o processo de implantação do sistema de notificação na rede de serviços, a evolução dos recursos de diagnóstico (sensibilidade e especificidade das técnicas laboratoriais utilizadas) e o rigor na aplicação dos critérios de definição de caso de sífilis.
Fonte	Numerador: Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação –SINAN/ Denominador: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência. Denominador: Nº total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no ano considerado. Multiplicador: 1.000
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa de incidência
Parâmetro	Redução de 10% em relação ao número de casos do ano anterior.
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/SVS/DIVEP/GEVIST
Coordenador da Pactuação	Rede Cegonha
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01


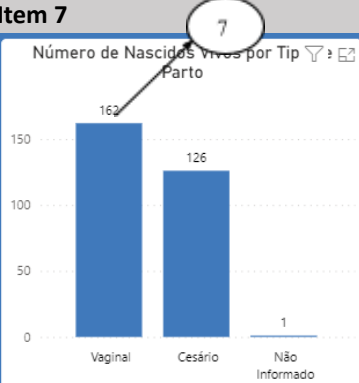
POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
NUMERADOR: número de casos de sífilis congênita	
<p>Considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ano ou mês de diagnóstico a ser analisado ● UF de residência ● Diagnóstico final (excluir os descartados) ● Superintendência de Saúde 2020 (escolher a Superintendência a ser analisada) ● Faixa etária 	
1	Abra o Tabwin e clique na opção “executar tabulação”.
2	Em seguida, procure pela pasta Z:\sivitaibasedbf.
3	Encontre o arquivo de definição SifilisNetAtual.def
4	Abra o DEF.
5	Na linha, deve ser selecionada a variável, uma para cada análise: utilizar a opção Superintendência Saúde 2020.
6	Em coluna, escolha a opção “Ano ou mês de Diagnóstico” (aqui depende da periodicidade da análise).
7	Incremento manter marcado “Frequência”.
8	Nas seleções disponíveis, deve ser selecionada e incluída.
9	<p>Para as seleções ativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ano Diagnóstico: marcar nas categorias selecionadas o ano ou o mês que se deseja analisar - UF Residência: marcar Distrito Federal na categoria selecionada - Superintendência de Saúde 2020 (escolher a superintendência a ser analisada) - Variável - Diagnóstico Final (incluir todos, à exceção do “descartado”) - Faixa etária SC (<7 dias a 364 dias) - Caso queira incluir outras variáveis, selecione-as e marque as categorias desejadas para análise
10	Selecione os Bancos em DBF que deseja rodar na análise (ano de análise.)
11	Execute a tabulação
12	Caso deseje manter o log para futuras consultas, copie e salve em outro arquivo
13	Feche
14	Clique para copiar. Abra o Excel e cole para analisar
DENOMINADOR: Número de nascidos vivos do Distrito Federal	
1	Abra o Tabwin e clique na opção “executar tabulação”.
2	Em seguida, procure pela pasta Y:\sivitaibasedbf - TABDNW
3	Encontre o arquivo de definição NASCIDOwebATUALIZ.def
4	Abra o DEF.

5	Na linha, deve ser selecionada a variável "Região Saúde 2020".
6	Em coluna, escolha a opção "Ano ou mês de nascimento" (aqui depende da periodicidade da análise).
7	Incremento manter marcado "Frequência".
8	Caso deseje manter o log para futuras consultas, copie, salve em outro arquivo e feche.
9	Nas seleções disponíveis, deve ser selecionada e incluída.
10	Para as seleções ativas: - An/mês de nascimento: marcar nas categorias selecionadas o ano ou o mês que se deseja analisar - UF Residência: marcar Distrito Federal na categoria selecionada - Região de Saúde 2020 (escolher a região a ser analisada)
11	Caso deseje manter o log para futuras consultas, copie, salve em outro arquivo e feche.
12	Clique para copiar. Abra o Excel e cole para analisar.
OBSERVAÇÕES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. O indicador é cumulativo, portanto, deve-se monitorar meses acumulados e não separadamente. Por exemplo: em fevereiro, monitorar dados acumulados de janeiro e fevereiro; em março monitorar dados acumulados de janeiro a março e, assim, sucessivamente. O monitoramento de meses separados levará a análises equivocadas dos dados. 2. O número de nascidos vivos inclui todos os nascidos no Distrito Federal, seja em estabelecimentos públicos ou privados. Cabe ressaltar que a notificação da sífilis congênita, assim como todas as doenças e agravos de notificação compulsória, é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente. 3. Caso não tenha acesso à rede, fazer o mapeamento: Este computador Clica com o botão direito do mouse Mapear unidade de rede Z: \\sivitais\basedbf 	

Indicador 2: Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) - HMIB

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 2
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)
Conceituação	por ocorrência (nos hospitais públicos), em determinado período.
Usos	Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumenta o percentual de partos normais. Analisar variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.
Limitações	O preenchimento inadequado/incompleto da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e o atraso do lançamento das DNV no SINASC prejudicam substancialmente a qualidade deste indicador.
Fonte	SINASC – Sistema de informação sobre nascidos vivos. (dados espelhados na Sala de Situação)
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de nascidos vivos por parto normal por ocorrência (nos hospitais públicos) em determinado período. Denominador: número total de nascidos vivos por ocorrência (nos hospitais públicos) no mesmo período. Multiplicador: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado).
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por região de saúde
Responsável Técnico	Gerência de Serviços de Enfermagem Obstétrica e Neonatal / RTD Ginecologia Obstetrícia
Coordenador da Pactuação	Rede Cegonha
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

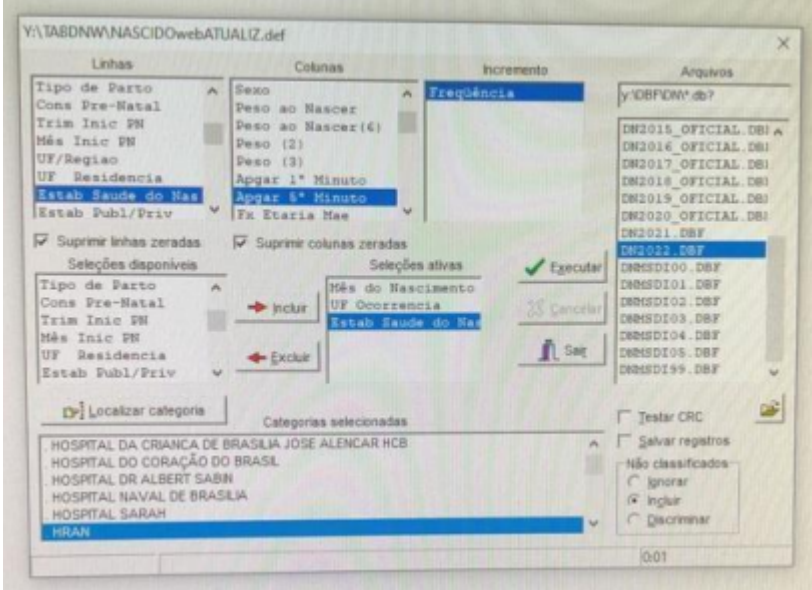
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos).
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acesse o link : https://info.saude.df.gov.br/nascidosvivosdfsasit/ (InfoSaúde (https://info.saude.df.gov.br/) > Sala de situação> Vigilância em saúde> Nascimentos e óbitos> Nascidos vivos no DF> Recorte Inicial: nascidos vivos no DF por UF de residência da mãe.
2	Em UF de Residência da mãe selecione “TODOS”
3	Selecione o Ano de Nascimento
4	Selecione os Meses do Nascimento
5	Selecione o Estabelecimento do Nascimento
6	O denominador será o valor que aparecerá em “Número de nascidos Vivos por ano”
7	O numerador será o valor que aparecerá em “Número de nascidos vivos por tipo de parto” na opção “parto vaginal”
8	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar por 100
OBSERVAÇÕES:	
<p>Não é necessário selecionar: UF de residência da mãe, Sexo do RN, Tipo de estabelecimento e Região administrativa de residência da mãe.</p> <p>Item 2 a 6.</p> 	
<p>Item 7</p> 	
<p>Ex:(Numerador 162) / (Denominador 289) * (multiplicador 100) = 85,71%</p>	

Indicador 3: Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 3
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência
Conceituação	Mede a ocorrência de asfixia no recém-nascido no quinto minuto de Vida. Contribui na análise das condições de parto e nascimento.
Usos	Avaliar o acesso aos serviços de nascimentos quanto à oferta de vagas: leitos, equipe e equipamentos para o atendimento aos recém-nascidos que necessitam de cuidados nos primeiros minutos de vida: identificar barreiras de acesso da gestante ao local do parto previamente estabelecido por meio do plano de vinculação.
Limitações	O preenchimento inadequado/incompleto da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e o atraso do lançamento das DNV no SINASC prejudicam substancialmente a qualidade deste indicador.
Fonte	SINASC
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de recém-nascidos com Apgar <7 no 5º minuto de vida em um determinado local (hospital/maternidade/outro) do nascimento o ano. Denominador: Número total de recém-nascidos no mesmo local e ano. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	Rede Cegonha
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Execute o Tabwin
2	Em arquivos de seleção, marque o diretório “NASCIDOWeATUALIZ.def”
3	<p>Cálculo do Numerador:</p> <p>Cálculo do Numerador: etório, marque as seguintes seleções:</p> <p>Linha: Estab Saúde do Nasc. Minuto</p> <p>Incremento: Frequência Arquivos: DN 2022.dbf</p> <p>Seleções Disponíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mês do Nascimento (selecionar meses do quadrimestre) • UF de ocorrência • Estab Publ/Priv (selecionar Estabelecimento de saúde do indicador) <p>Não classificados: Incluir Categorias selecionadas: Distrito Federal Selecionar: Suprimir linhas zeradas.</p> <p>OBS: Anotar apenas o número referente a Apgar <7</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Selecione em Arquivos conforme tabela acima ano referente a tabulação (2023,2024 etc);

4

Cálculo do Denominador:

Após executar o diretório, marque as seguintes seleções:

Linha: Estab Saúde do Nasc.

Colunas: Mês do Nascimento

Incremento: Frequência

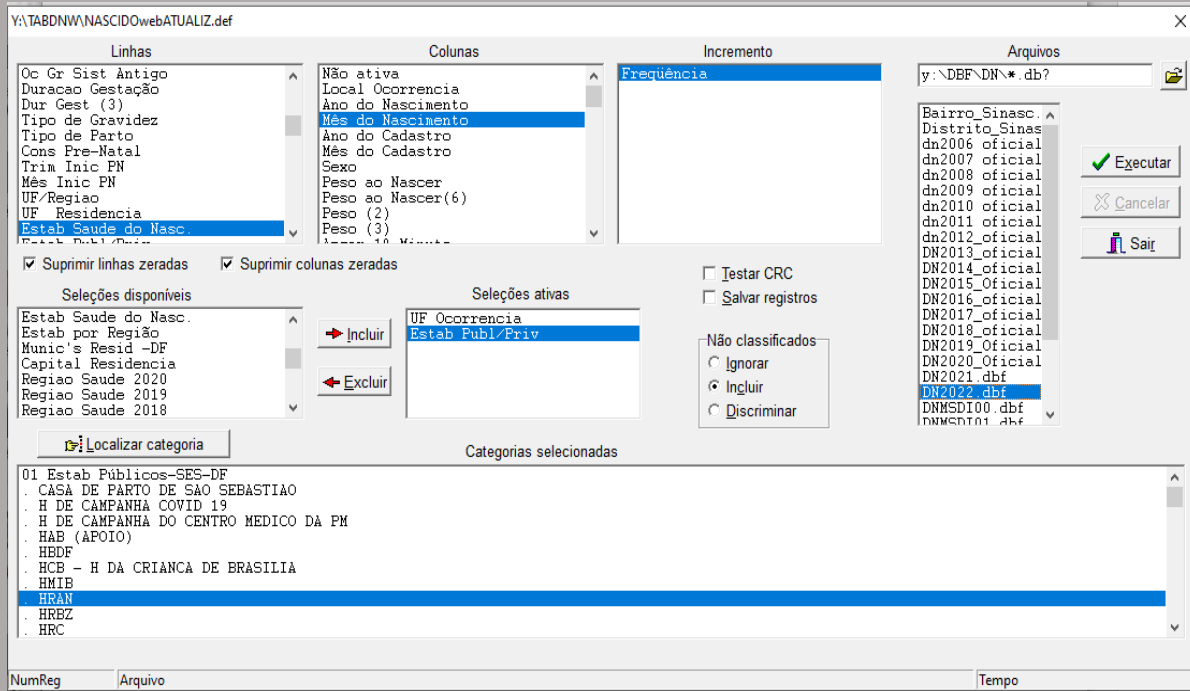
Arquivos: DN 2022.dbf **ou trocar o ano do arquivo conforme mudança do ano Ex. 2023, 2024**

Seleções Disponíveis: UF de ocorrência e Estab Publ/Priv

Não classificados: Incluir

Categorias selecionadas: Distrito Federal

OBSERVAÇÕES



Indicador 4: Percentual de óbitos maternos investigados

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 4
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de óbitos maternos investigados
Conceituação	O óbito materno é a morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após o parto, causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Óbito materno investigado é todo aquele no qual os passos da investigação foram seguidos, foi feita a discussão no comitê de mortalidade e digitado no módulo de investigação do SIM Federal.
Usos	A investigação de óbitos permite aprimorar a causa do óbito materno e identificar fatores determinantes que a originaram, com o objetivo de apoiar os gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Limitações	O atraso na investigação dos óbitos pode dificultar a localização dos familiares para realizar a investigação domiciliar e atrasar a implementação de medidas preventivas de outros eventos similares.
Fonte	SIM- Sistema de Informação sobre mortalidade
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de óbitos maternos investigados residentes na região em determinado período. Denominador: Total de óbitos maternos residentes na mesma região e período Multiplicador: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por região de saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	Rede Cegonha
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de óbitos maternos investigados
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Vamos fazer nova tabulação: Clique no ícone de ponto de interrogação. Em DRIVES escolha y:\\sivitaís\sivitaís. Em DIRETÓRIOS escolha Y:TABDOW. Em ARQUIVOS DE DEFINIÇÃO escolha OBITOwebDOMatualiz. DEF Clique no botão ABRE DEF. Salvar tabela: NÃO
2	Na nova janela, em ARQUIVOS escolha DOM2021. DBF, para tabular os dados de mortalidade de 2021 1 (caso seja necessário tabular 2022, 2023 apenas selecione o ano em arquivos). Em LINHAS escolha Região Saúde 2020, não marque suprimir linhas zeradas. Em COLUNAS escolha Invest Mod Mat.
3	Em SELEÇÕES DISPONÍVEIS: - TIPO ÓBITO = NÃO fetal - UF RESID = DISTRITO FEDERAL - SEXO = FEM - CAUSA MATERNA = selecione todos menos exceto HIV e NEC da Hip. pós parto. f. MOM OB NOVO = Selecione todos, exceto No puerpério de 43 a 365 dias e Óbito não ocorreu em nda.
4	Em NÃO CLASSIFICADOS escolha incluir. Execute a tabela e salve no Excel.
5	Faça nova tabulação selecionando em Causa Materna HIV/ Aids e Nec da Hip pós parto e em Mom ob novo deixe marcados: na Gravidez, no Parto, no Abortamento e no Puerpério até 42 dias
6	Execute a tabela e salve no Excel
7	Some o resultado das duas tabelas
OBSERVAÇÕES	

Indicador 5: Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 5
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano
Conceituação	Óbito infantil investigado é todo aquele no qual os passos da investigação foram seguidos, foi feita a discussão no comitê de mortalidade e digitado no módulo de investigação do SIM Federal.
Usos	A investigação de óbito permite identificar fatores determinantes com o objetivo de apoiar os gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver problemas que possam evitar a ocorrência de eventos similares. Auxilia na organização da rede de atenção à saúde materna e infantil.
Limitações	O atraso na investigação dos óbitos pode dificultar a localização dos familiares para realizar a investigação domiciliar e atrasar a implementação de medidas preventivas de outros eventos similares.
Fonte	SIM- Sistema de Informação sobre mortalidade.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de óbitos infantis residentes investigados e cadastrados no Módulo de investigação do SIM. Denominador: Total de óbitos infantis residentes no mesmo local e período. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	Rede Cegonha
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Para iniciar clique duas vezes no link do Tabwin que está na área de trabalho do seu micro. Clique no ícone que tem um ponto de interrogação (Executar tabulação) conforme indicado
2	Em DRIVES escolha y: \\sivitais\sivitais . Em DIRETÓRIOS escolha Y:\TABDOW . Em ARQUIVOS DE DEFINIÇÃO escolha OBITO rede_infantil_atual. DEF, conforme indicado abaixo. Clique no botão Abre DEF
3	Na nova janela, em ARQUIVOS escolha DOI2021.DBF, para tabular os dados de mortalidade de 2021 (ou selecione o ano desejado 2022, 2023). Em LINHAS escolha Região Saúde 2020. Em COLUNAS escolha Invest Mod Inf.
4	Em SELEÇÕES DISPONÍVEIS clique sobre Tipo Óbito e após no botão Incluir. Em CATEGORIAS SELECIONADAS clique sobre Não fetal.
5	Novamente em SELEÇÕES DISPONÍVEIS clique sobre UF Resid e após no botão Incluir. Em CATEGORIAS SELECIONADAS clique sobre Distrito Federal.
6	Mais uma vez em SELEÇÕES DISPONÍVEIS clique sobre Faixa Etária (13) e após no botão Incluir. Em CATEGORIAS SELECIONADAS clique sobre
7	Em NÃO CLASSIFICADOS escolha incluir. Clique no botão EXECUTAR.
8	Para obter o percentual de óbitos investigados clique em OPERAÇÕES (1ª linha da tela do tabwin) e escolha calcular indicador (vide abaixo). Na nova janela em Numerador escolha investigado. Em denominador escolha Total. Em escala marque por 100 e em casas decimais marque 1. Clique no botão OK. Pronto! Vai aparecer uma nova coluna, com os percentuais de óbitos investigados por local de residência.
9	Para copiar esta tabela para o Excel clique no 5º Ícone, logo após o ícone do ponto de interrogação. Abra o Excel e cole.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 6: Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 6
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados
Conceituação	Uma das estratégias para a ampliação da captação (notificação) de óbitos maternos é a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), com o intuito de resgatar mortes maternas não declaradas.
Usos	Propor políticas públicas para a redução de óbitos de mulheres em idade fértil, realizar estudos sobre a mortalidade de mulheres em idade fértil, promover ações de educação permanente no âmbito do Distrito Federal.
Limitações	Falhas na alimentação da informação no SIM e em especial do módulo de investigação deste sistema podem interferir nos resultados e exigem cautela na interpretação.
Fonte	Sala de situação
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de óbitos de MIF investigados Denominador: Total de óbitos de MIF Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por região de saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	Rede Cegonha
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

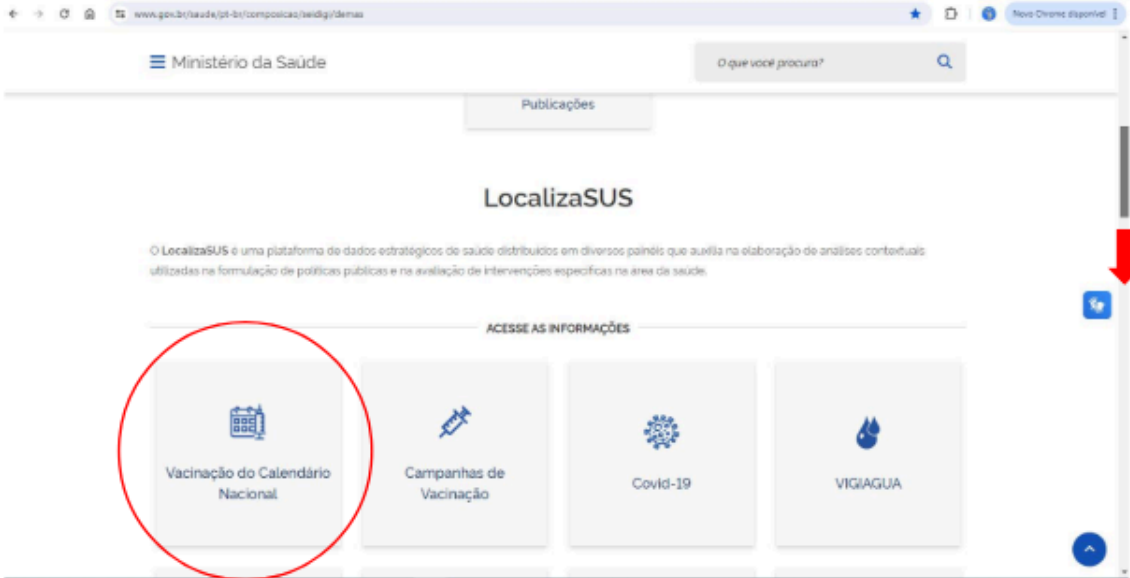
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados (MIF)
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Vamos iniciar nova tabulação. Clique no ícone de ponto de interrogação. Em DRIVES escolha y:\sivitaís\sivitaís. Em DIRETÓRIOS escolha Y:TABDOW. Em ARQUIVOS DE DEFINIÇÃO escolha OBITOWebDOMatualiz.DEF Clique no botão ABRE DEF. Salvar tabela: NÃO
2	Na nova janela, em ARQUIVOS escolha DOM2021.DBF, para tabular os dados de mortalidade de 2021 (ou selecione o ano desejado em arquivos). Em LINHAS escolha Região Saúde 2020. Em COLUNAS escolha Invest Mod Mat.
3	Em SELEÇÕES DISPONÍVEIS: - UF Resid = Distrito Federal - Tipo Óbito = Não fetal - Faixa Etária (13) = 10 a 49 - Sexo = Fem
4	Em NÃO CLASSIFICADOS escolha incluir. Clique no botão EXECUTAR .
OBSERVAÇÕES	

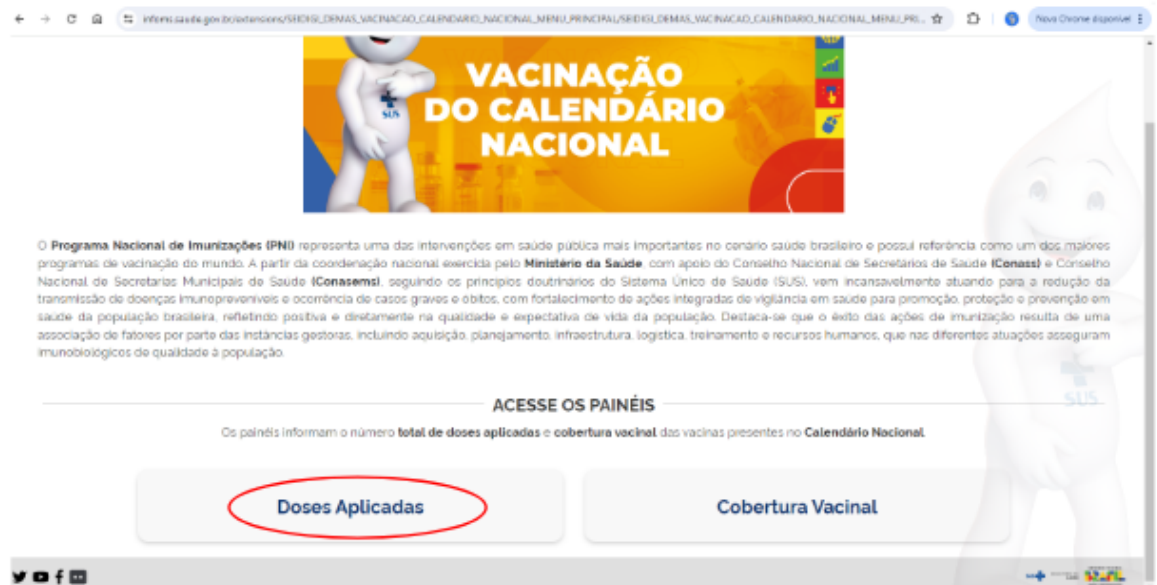
Indicador 7: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 7
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.
Conceituação	Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice Viral (SCR), preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente.
Usos	Analisar o cumprimento do esquema básico de vacinação de Tríplice Viral (SCR) em crianças de 1 ano de idade e estimular a vigilância de coberturas vacinais para manter a população protegida contra doenças imunopreveníveis (sarampo, caxumba e rubéola), considerando a meta estipulada de 95% de cobertura vacinal.
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende da migração dos registros de doses aplicadas, pelas salas de vacina das regiões de saúde, do sistema e-SUS APS para o sistema SI-PNI
Fonte	SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos).
Metodologia de Cálculo	<p>Cobertura vacinal para o esquema básico completo de SCR $\geq 95\%$ = 100%</p> <p>Cobertura vacinal para o esquema básico completo de SCR $< 95\%$ = 0</p> <p>Numerador = D2 tríplice viral + DU tetraviral (SCR + VZ).</p> <p>Denominador = população SINASC.</p> <p>Fator de multiplicação=100.</p> $\left \text{CV de Tríplice Viral: } \frac{D2 \text{ SCR} + DU \text{ tetraviral}}{\text{população SINASC}} \times 100 \right.$
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Por região de saúde
Responsável Técnico	SES/SVS/DIVEP/GRF
Coordenador da Pactuação	Rede Cegonha

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 07

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	<p>Objetivo: Responder o indicador: “Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice Viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade”.</p> <p>Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas das vacinas selecionadas para determinada região e o total da população para a mesma região.</p> <p>ETAPAS:</p> <p>1. OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO</p> <p>1.1. Obter os dados de doses aplicadas no SIPNI Web das vacinas selecionadas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tríplice Viral - 2ª dose 3.• Tetraviral – Dose única <p>1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome</p> <p>1.3. Entre na página: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas</p> <p>1.4. Rolar o cursor da página para baixo e clicar em Vacinação do Calendário Nacional:</p>  <p>The screenshot shows the 'LocalizaSUS' interface on the 'Ministério da Saúde' website. The URL in the browser is www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas. The page features a search bar and a 'Publicações' button. Below the 'LocalizaSUS' header, there is a section titled 'ACESSE AS INFORMAÇÕES' with four buttons: 'Vacinação do Calendário Nacional' (circled in red), 'Campanhas de Vacinação', 'Covid-19', and 'VIGIAGUA'. A red arrow points to the scroll bar on the right side of the page.</p>

1.5. Posicione o cursor na janela: vacinação/relatórios/doses aplicadas



1.6. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde



1.7. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde por local de Ocorrência



1.8. Selecionar os filtros:

- UF ocorrência: DF
- Ano vacina: 2024
- Mês vacina: Os meses que compõe o quadrimestre analisado
- Idade: 1 ano
- Imunobiológicos: Vacina sarampo, caxumba e rubéola (24) e Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (56)
- Dose: 2ª dose e única

Filtros

Região Ocorrência: UF Ocorrência: Macroregião Saúde: Região de Saúde: Município Ocorrência:

Estabelecimento de Saúde: Ano Vacina: Mês Vacina: Transcrição de Caderneta: Idade:

Sexo: Raça/Cor: Estratégia Vacinação: Imunobiológicos: Doses:

Ano Vacina: 2024 X Mês Vacina: jan, fev, mar, abr X Idade: 1 X Transcrição de Caderneta: Não X Tipo de Dose: 0 - Única, 2 - 2ª Dose X

Imunobiológicos: 24 - Vacina sarampo, caxumba, rubéola, 56 - Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela X UF Ocorrência: DF X

Limpar filtros

1.9. Digitar o período desejado, no exemplo, estamos fazendo de janeiro de 2024 a abril de 2024. Clicar em Tabelas.

1.10. Na tabela, selecionar “estabelecimentos de saúde” e abrir todas as colunas de DF, Brasília e o imunobiológico. Para abrir, só clicar no ícone do + que está circulado.

Gráficos Tabelas

Selecione os filtros para inserir na tabela:

Dimensão

Código Município

Ano Vacina

Estabelecimento de Saúde

Idade

Raça/Etnia

Tipo de Dose

Sistema de Origem

UF Ocorrência	Município Ocorr.	Abreviação Vac.	Estabelecim.	Mês Vacina	jan	fev	mar	abr
DF	Brasília	HEXA	0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE		15	7	6	8
			0010499 - HRT HOSPITAL REGIONAL DE		8	17	17	10
			0010529 - HRPL		6	7	1	-
			0010537 - HOSPITAL MATERNO		23	23	20	22
			0010723 - UBS 2 ASA NORTE		1	-	-	-

1.11. Rolar o cursor até o final da página e clicar em Baixar dados.

Ano Vacina: 2024 X Mês Vacina: jan, fev, mar, abr X Idade: < 1 ano X Transcrição de Caderneta: Não X Tipo de Dose: 3 - 3ª Dose X

Imunobiológicos: 43 - Vacina hexa (DTPa/1epf/VR/11b), 42 - Vacina penta (DTPa/1epf/11b) X UF Ocorrência: DF X Dimensão: Estabelecimento de Saúde X

Limpar filtros

UF Ocorrência	Município Ocorr.	Abreviação Vac.	Estabelecim.	Mês Vacina	jan	fev	mar	abr
			UBS 3 ASA NORTE VILA		11	7	12	11
			0011363 - UBS 5 NOVA BETANIA SAO		4	2	4	2
			0011517 - UBS 2 CATINGUEIRO		2	3	1	-
			0011568 - UBS 3 NOVA COLINA		24	17	22	26
			0011576 - UBS 11 RAJADINHA		-	3	1	3
			0011584 - UBS 14 TABATINGA		3	1	2	-
			0011592 - UBS 16 PIPIRIPAU		1	-	1	1
			0011606 - ...		-	-	-	-

Baixar Dados

1.12. Abrir os dados baixados e selecionar no filtro os serviços de vacinação que compõe a região de saúde ou utilizar a função PROCV para com base na planilha de estabelecimentos, selecionar os da região.

1.13. Além disso, criar uma coluna de total para somar as colunas.

UF Ocorrência	Município Oco	Abreviação Va	Estabelecimen	Jan	fev	mar	abr	Total
			0010480 - HOSPIT.	3	1	1	-	5
			0010537 - HOSPIT.-		3	-	-	3
			0010707 - UBS 1 A	18	3	-	-	21
			0010723 - UBS 2 A	43	32	-	2	77
			0010731 - UBS 1 C	12	3	-	1	16
			0010758 - UBS 2 C	18	9	-	1	28
			0011150 - UBS 1 A	44	29	1	2	76
			0011177 - UBS 1 L	20	2	-	1	23
			0011355 - UBS 3 A	16	5	-	-	21
			0316954 - BEEP SE	6	9	-	-	15
			0913405 - APLIQU	1	1	-	-	2
			2617358 - UBS 1 V	17	4	-	-	21
		SCR	2811227 - EXAME	2	2	-	1	5
			0010480 - HOSPIT.-		2	3	6	11
			0010537 - HOSPIT.-	-		5	3	8
			0010707 - UBS 1 A -		1	18	12	31
			0010723 - UBS 2 A -		2	35	40	77
			0010731 - UBS 1 C	1	3	21	27	52
			0010758 - UBS 2 C		2	14	12	28
			0011150 - UBS 1 A -		6	38	41	85
			0011177 - UBS 1 L		5	16	25	46
			0011355 - UBS 3 A -		3	6	16	25
			0844047 - NEOCEM	1	-	-	2	3
			0913405 - APLIQU	1	3	10	3	17
			2617358 - UBS 1 V -		2	11	10	23
			2811227 - EXAME	8	2	-	9	19
			3027740 - SABIN M	5	2	5	2	14
DF	Brasília	SCRV	3509664 - ASA SUI-	-		4	-	4

1.14. Criar uma planilha de Excel, salvar com o nome “indicador de imunização”, nomear a aba com o período da análise e digitar as doses informadas pelo sistema, em uma tabela como a apresentada na figura abaixo:

	A	B	C	D
1			SCR (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central			

1.15. Para preencher o n, utilizar o total obtido na planilha anterior.

	A	B	C	D
1			SCR (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central		=920+13	

2. OBTER OS DADOS DE POPULAÇÃO ALVO PARA CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

2.1. Para a vacina listada anteriormente utilizamos a população de menores de 1 ano. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC do ano vigente. No exemplo em questão, o SINASC utilizado é o de 2024.

Atenção!

A cobertura vacinal é calculada com dados acumulados. Dessa forma, é preciso somar as populações referentes a cada mês. Exemplo: O cálculo será do primeiro quadrimestre, janeiro a abril. Será somada a população do SINASC vigente, para a região de saúde da seguinte forma:

Pop Janeiro + pop Fevereiro + pop Março + pop Abril = população do denominador.

2.2. Preencher a população do período (no caso do exemplo, população proporcional de jan a abr, cálculo realizado conforme tabela acima) e localidade equivalente ao da seleção das vacinas na tabela de Excel.

	A	B	C	D
1			SCR (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	933	

3. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

3.1. Para o cálculo da cobertura vacinal, devemos utilizar a seguinte fórmula

$$\text{CV DO PERÍODO} = \frac{\text{DOSES APLICADAS NO PERÍODO}}{\text{POPULAÇÃO DO MESMO PERÍODO}} \times 100$$

3.2. No Excel, podemos fazer o cálculo de forma automática através da função

The screenshot shows the Excel interface with the formula bar containing $=C3/B3*100$. Below, the spreadsheet grid shows the same data as the table above, with the formula $=C3/B3*100$ entered in cell D3.

3.3. A tabela com a cobertura vacinal calculada ficará como a figura abaixo

	A	B	C	D
1			SCR (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	933	74,4

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $\geq 95\%$ = 100%
 Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $< 95\%$ = 0



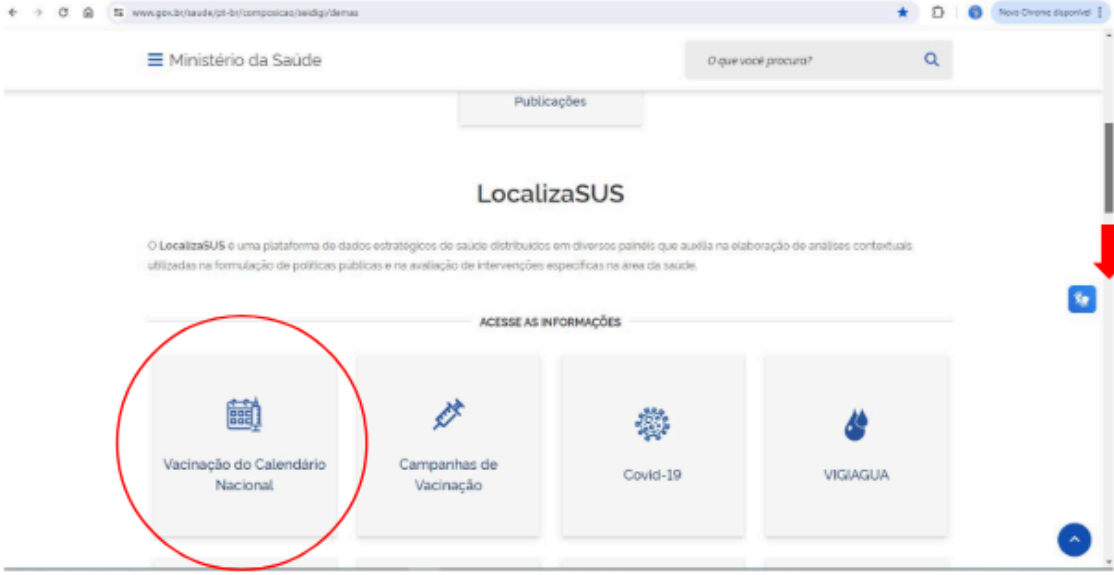
OBSERVAÇÕES

A ÁREA TÉCNICA ENVIARÁ OS DADOS MENSALMENTE, VIA SEI, PARA AS REGIÕES.

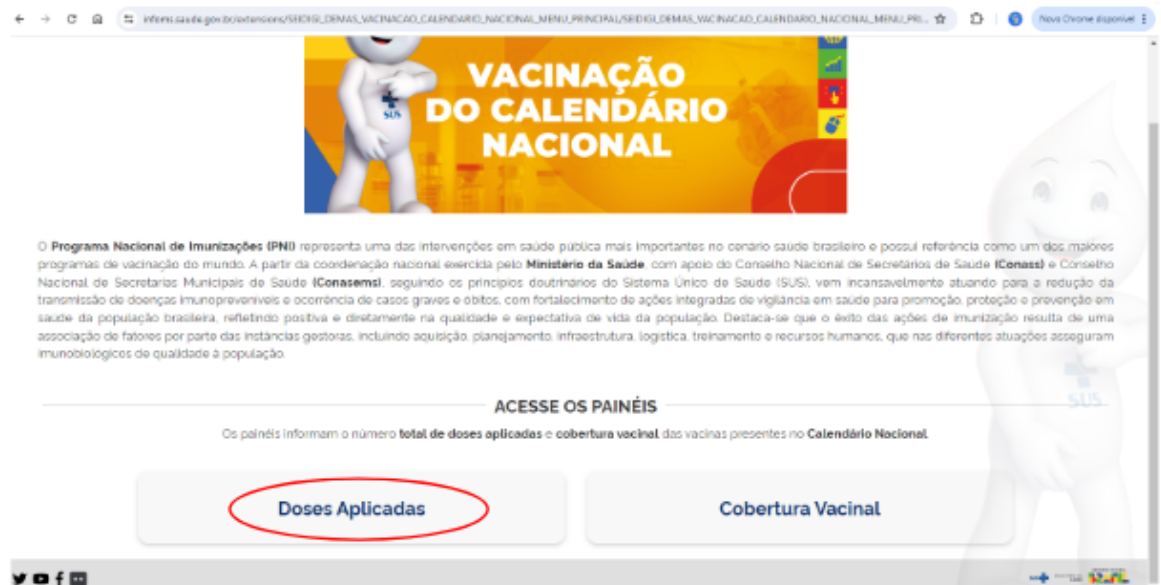
Indicador 8: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 8
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade
Conceituação	Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente, preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente.
Usos	Analisar o cumprimento do esquema básico de vacinação de Penta em crianças menores de 1 ano de idade e estimular a vigilância de coberturas vacinais para manter a população protegida contra doenças imunopreveníveis (difteria, tétano, coqueluche (DTP) e infecções por Haemophilus influenza tipo B e hepatite B), considerando a meta estipulada de 95% de cobertura vacinal.
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende da migração dos registros de doses aplicadas, pelas salas de vacina das regiões de saúde, do sistema e-SUS APS para o sistema SI-PNI
Fonte	Localiza SUS e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos).
Metodologia de Cálculo	<p>Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $\geq 95\% = 100\%$ Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $< 95\% = 0$</p> <p>Numerador = D3 penta (DTP + HB + Hib) + D3 hexavalente (DTP + HB + Hib + VIP), em menores de 1 ano. Denominador = população SINASC do ano corrente. Fator de multiplicação=100</p> <p align="center">CV de Penta: $\frac{D3 \text{ de penta} + D3 \text{ de hexa}}{\text{população SINASC}} \times 100$</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Por região de saúde
Responsável Técnico	SES/SVS/DIVEP/GRF
Coordenador da Pactuação	Rede Cegonha
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 08

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	<p>Objetivo: Responder o indicador: “Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade”. Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas das vacinas selecionadas para determinada região e o total da população para a mesma região.</p> <p>ETAPAS:</p> <p>1. OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO</p> <p>1.1. Obter os dados de doses aplicadas no painel do Localiza SUS das vacinas selecionadas:</p> <ul style="list-style-type: none">● Penta - 3ª dose● Hexa – 3ª dose <p>1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome</p> <p>1.3. Entre na página: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas</p> <p>1.4. Rolar o cursor da página para baixo e clicar em Vacinação do Calendário Nacional:</p>  <p>The screenshot shows the LocalizaSUS website interface. At the top, there is a search bar and a navigation menu. Below the search bar, the text 'LocalizaSUS' is displayed. Underneath, there is a description of the platform. A section titled 'ACESSE AS INFORMAÇÕES' contains four buttons: 'Vacinação do Calendário Nacional' (circled in red), 'Campanhas de Vacinação', 'Covid-19', and 'VIGIAGUA'. A red arrow points to the scroll bar on the right side of the page, indicating the action of scrolling down.</p>

1.5. Na aba de “acesse os painéis” clicar em Doses aplicadas:



1.6. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde



1.7.Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde por local de Ocorrência



1.8.Selecionar os filtros:

- UF ocorrência: DF
- Ano vacina: 2024
- Mês vacina: Os meses que compõe o quadrimestre analisado
- Idade: <1 ano
- Imunobiológicos: Vacina Penta (42) e Vacina Hexa (43)
- Dose: 3ª dose



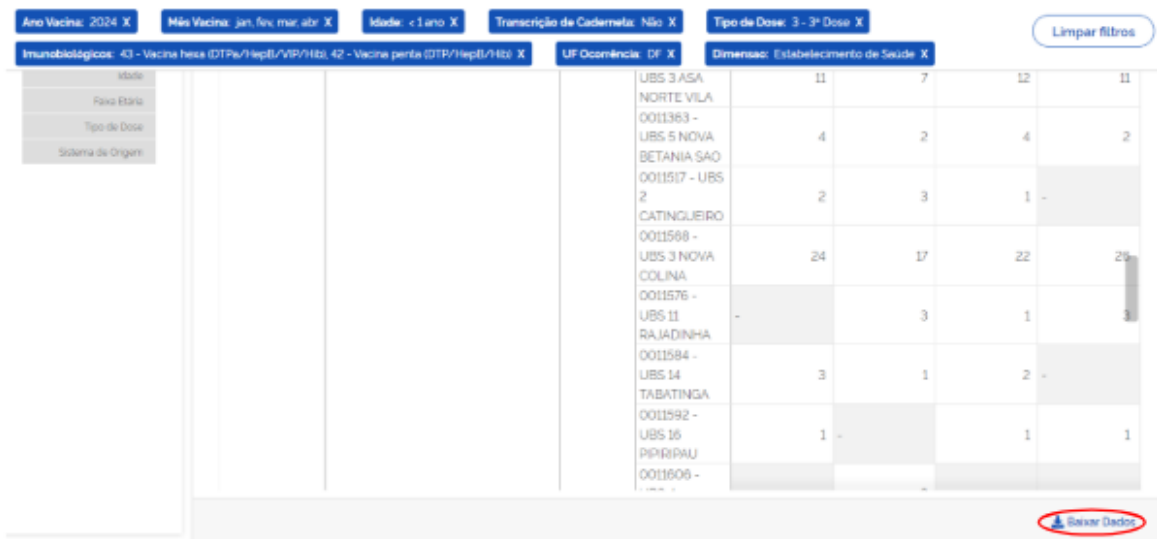
1.9.Digitar o período desejado, no exemplo estamos fazendo de janeiro de 2024 a abril de 2024. Clicar em Tabelas.

1.10. Na tabela, selecionar “estabelecimentos de saúde” e abrir todas as colunas de DF, Brasília e o imunobiológico. Para abrir, só clicar no ícone do + que está circulado.

Gráficos Tabelas

Selecione os filtros para inserir na tabela:					Mês Vacina			
Dimensão					jan	fev	mar	abr
Código Município	UF Ocorrência	Município Ocorr.	Abreviação Vac.	Estabeleciment...				
Ano Vacina	DF	Brasília	HEXA					
Estabelecimento de Saúde				0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE	15	7	6	8
Cidade				0010499 - HRT HOSPITAL REGIONAL DE	8	17	17	10
Faixa Etária				0010529 - HRPL	6	7	1	-
Tipo de Dose				0010537 - HOSPITAL MATERNO	23	23	20	22
Sistema de Origem				0010723 - UBS 2 ASA NORTE	1	-	-	-

1.11. Rolar o cursor até o final da página e clicar em Baixar dados.



1.12. Abrir os dados baixados e selecionar no filtro os serviços de vacinação que compõe a região de saúde ou utilizar a função PROCV para com base na planilha de estabelecimentos, selecionar os da região.

1.13. Além disso, criar uma coluna de total para somar as colunas.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
1	UF Ocorrência	Município Oco	Abreviação Vai	Estabelecimento de Saúde	Mês Vacin	Jan	fev	mar	abr	Total	
2	DF	Brasília	PENTA	0010537 - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR -				1	-	2	3
10	DF	Brasília	PENTA	0010707 - UBS 1 ASA NORTE			17	15	14	9	55
11	DF	Brasília	PENTA	0010723 - UBS 2 ASA NORTE			31	15	28	29	103
12	DF	Brasília	PENTA	0010731 - UBS 1 CRUZEIRO			24	17	17	10	68
13	DF	Brasília	PENTA	0010758 - UBS 2 CRUZEIRO			15	6	13	14	48
40	DF	Brasília	PENTA	0011150 - UBS 1 ASA SUL			36	14	17	27	94
42	DF	Brasília	PENTA	0011177 - UBS 1 LAGO NORTE			10	14	11	19	54
51	DF	Brasília	PENTA	0011355 - UBS 3 ASA NORTE VILA PLANALTO			11	7	12	11	41
69	DF	Brasília	PENTA	2617358 - UBS 1 VARJAO			14	5	8	12	39
100	DF	Brasília	PENTA	4431618 - UBS 1 LAGO SUL		-	-	-	7	11	18
105	DF	Brasília	PENTA	5927579 - HOSPITAL DE FORÇA AEREA DE BR			3	3	-	4	10
139	DF	Brasília	PENTA	9578277 - POLICLINICA LAGO SUL			14	12	6	-	32

1.14. Salvar em uma planilha de Excel, com o nome “indicador de imunização”, nomear a aba com o período da análise e digitar as doses informadas pelo sistema, em uma tabela como a apresentada na figura abaixo:

	A	B	C	D
1			Penta (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central			

1.15. Para preencher o n, utilizar o total obtido na planilha anterior.

	A	B	C	D
1			Penta (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central		998	

2. OBTER OS DADOS DE POPULAÇÃO ALVO PARA CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

2.1. Para a vacina listada anteriormente utilizamos a população de menores de 1 ano. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC do ano vigente. No exemplo em questão, o SINASC utilizado é o de 2024.

Atenção!

A cobertura vacinal é calculada com dados acumulados. Dessa forma, é preciso somar as populações referentes a cada mês. Exemplo: O cálculo será do primeiro quadrimestre, janeiro a abril. Será somada a população do SINASC vigente, para a região de saúde da seguinte forma:

Pop Janeiro + pop Fevereiro + pop Março + pop Abril = população do denominador.

2.2. Preencher a população do período (no caso do exemplo, população proporcional de jan a abr, cálculo realizado conforme tabela acima) e localidade equivalente ao da seleção das vacinas na tabela de Excel.

	A	B	C	D
1			Penta (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	998	

4. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

3.1. Para o cálculo da cobertura vacinal, devemos utilizar a seguinte fórmula

$$\text{CV DO PERÍODO} = \frac{\text{DOSES APLICADAS NO PERÍODO}}{\text{POPULAÇÃO DO MESMO PERÍODO}} \times 100$$

3.2. No Excel, podemos fazer o cálculo de forma automática através da função

	A	B	C	D	E
1			Penta (D3)		
2	Região	População	n	CV	
3	Central	1254	998	=C3/B3*100	
4					

3.3. A tabela com a cobertura vacinal calculada ficará como a figura abaixo

Região	População	Penta (D3)	
		n	CV
Central	1254	998	79,6

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $\geq 95\%$ = 100%

Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $< 95\%$ = 0



Gerência de Rede de Frio
Tereza Luiza Pereira

Elaboração

Lais de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e
imunização/GRF/DIVEP

Leilane de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e
imunização/GRF/DIVEP

Dúvidas e Sugestões

SGAP, Lote 06, Bloco G, Parque de Apoio da Secretaria de Saúde

CEP: 71.200-010

Brasília-DF

E-mail: grf.divep@saude.df.gov.br

Brasília-DF

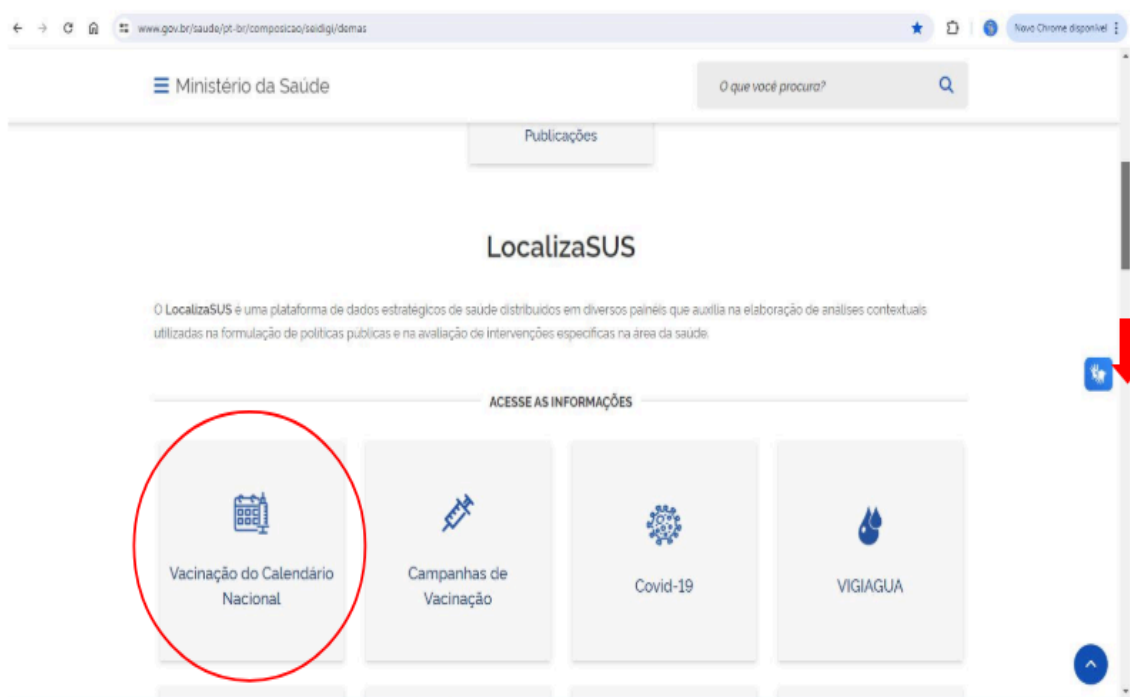
OBSERVAÇÕES

A ÁREA TÉCNICA ENVIARÁ OS DADOS MENSALMENTE, VIA SEI, PARA AS REGIÕES.

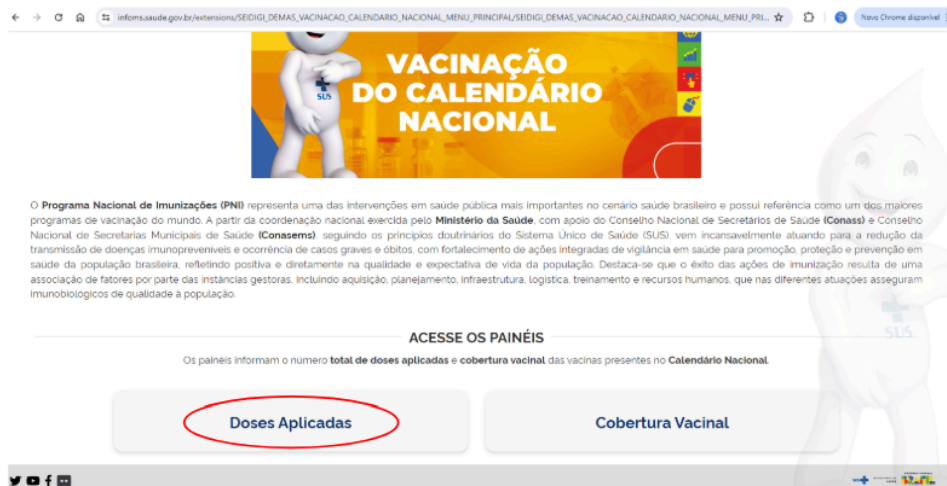
Indicador 9: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 9
Pactuações	AGR
Indicador	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
Conceituação	Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP), preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente
Usos	Analisar o cumprimento do esquema básico de vacinação de VIP em crianças menores de 1 ano de idade e estimular a vigilância de coberturas vacinais para manter a população protegida contra doenças imunopreveníveis (poliomielite), considerando a meta estipulada de 95% de cobertura vacinal.
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende da migração dos registros de doses aplicadas, pelas salas de vacina das regiões de saúde, do sistema e-SUS APS para o sistema SI-PNI
Fonte	SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)
Metodologia de Cálculo	<p>Cobertura vacinal para o esquema básico completo de VIP $\geq 95\% = 100\%$ Cobertura vacinal para o esquema básico completo de VIP $< 95\% = 0$ Numerador = D3 VIP + D3 Hexavalente (DTP + HB + Hib + VIP) + D3 penta inativada (DTPa + Hib + VIP), em menores de 1 ano. Denominador = população SINASC. Fator de multiplicação=100.</p> $\text{CV de VIP: } \frac{\text{D3 VIP} + \text{D3 hexa} + \text{D3 penta inativada}}{\text{população SINASC}} \times 100$
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Responsável Técnico	SES/SVS/DIVEP/GRF
Coordenador da Pactuação	Rede Cegonha
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

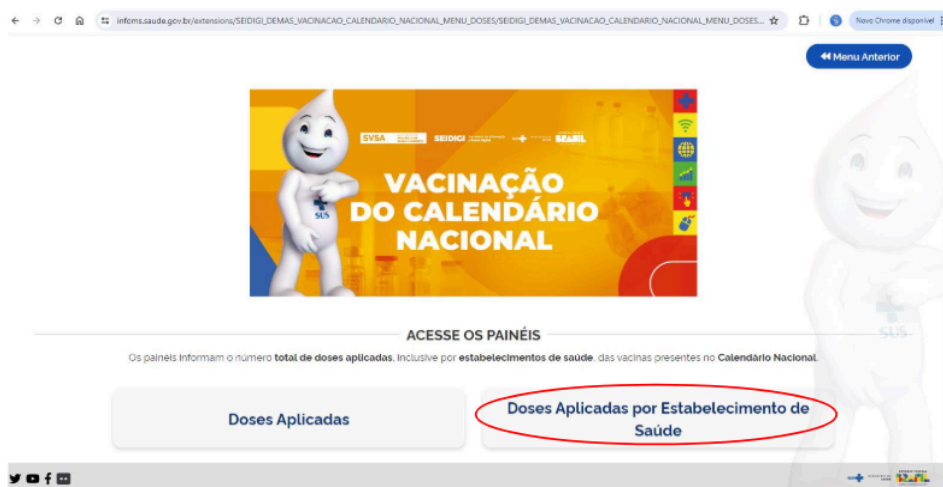
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 09

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	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.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	<p>Objetivo: Responder o indicador: “Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade”.</p> <p>Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas das vacinas selecionadas para determinada região e o total da população para a mesma região.</p> <p>ETAPAS:</p> <p>1. OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO</p> <p>1.1. Obter os dados de doses aplicadas no SIPNI Web das vacinas selecionadas:</p> <ul style="list-style-type: none">• VIP - 3ª dose• Hexa - 3ª dose• Penta inativada - 3ª dose <p>1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome</p> <p>1.3. Entre na página: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas</p> <p>1.4. Rolar o cursor da página para baixo e clicar em Vacinação do Calendário Nacional:</p>  <p>The screenshot shows the 'LocalizaSUS' interface. At the top, there is a search bar and a 'Publicações' button. Below that, the text 'LocalizaSUS' is displayed, followed by a brief description of the platform. Under the heading 'ACESSE AS INFORMAÇÕES', there are four buttons: 'Vacinação do Calendário Nacional' (circled in red), 'Campanhas de Vacinação', 'Covid-19', and 'VIGIAGUA'. A red arrow points to the scroll bar on the right side of the page, indicating the action of scrolling down.</p>

1.5. Na aba de “acesse os painéis” clicar em Doses aplicadas:



1.6. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde



1.7. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde por local de Ocorrência



1.8. Selecionar os filtros:

- UF ocorrência: DF
- Ano vacina: 2024
- Mês vacina: Os meses que compõe o quadrimestre analisado
- Idade: <1 ano
- Imunobiológicos: Vacina Polio injetável (22), Vacina Penta acelular (29) e Vacina Hexa (43)
- Dose: 3ª dose

Filtros

Região Ocorrência UF Ocorrência Macrorregião Saúde Região de Saúde Município Ocorrência

Estabelecimento de Saúde Ano Vacina Mês Vacina Transcrição de Cademeta Idade

Sexo Raça/Cor Estratégia Vacinação Imunobiológicos Doses

Ano Vacina: 2024 X Mês Vacina: jan, fev, mar, abr X Idade: < 1 ano X Transcrição de Cademeta: Não X Tipo de Dose: 3 - 3ª Dose X

Imunobiológicos: 43 - Vacina hexa (DTPa/HepB/VP/HiB), 22 - Vacina polio injetável, 29 - Vacina pentavalente acelular (DTPa/VP/HiB) X UF Ocorrência: DF X

Limpar filtros

1.9. Digitar o período desejado, no exemplo, estamos fazendo de janeiro de 2024 a abril de 2024. Clicar em Tabelas.

1.10. Na tabela, selecionar “estabelecimentos de saúde” e abrir todas as colunas de DF, Brasília e o imunobiológico. Para abrir, só clicar no ícone do + que está circulado.

Gráficos Tabelas

Selecione os filtros para inserir na tabela:

Dimensão

- Código Município
- Ano Vacina
- Estabelecimento de Saúde
- Idade
- Faixa Etária
- Tipo de Dose
- Sistema de Origem

UF Ocorrência	Município Ocorr.	Abreviação Vac.	Estabelecim.	jan	fev	mar	abr
DF	Brasília	HEXA	0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE	15	7	6	8
			0010499 - HRT	8	17	17	10
			0010529 - HRPL	6	7	1	
			0010537 -				

1.11. Rolar o cursor até o final da página e clicar em Baixar dados.

			5717515 - HRSM		1		
			5796431 - SABIN DIAGNOSTICO	1	4	7	8
			5858372 - SABIN MEDICINA	1	6	4	3
			6218021 - UBS 5 PLANALTINA				1
			6349463 - SABIN DIAGNOSTICO	4	3		6
			6349544 - EXAME MEDICINA	1			1
			8602398 - EXAME				1

Baixar Dados

1.12. Abrir os dados baixados e selecionar no filtro os serviços de vacinação que compõem a região de saúde ou utilizar a função PROCV para com base na planilha de estabelecimentos, selecionar os da região.

1.13. Além disso, criar uma coluna de total para somar as colunas.

UF Ocorrência	Município Oco	Abreviação Vac	Estabelecimento de Saúde	jan	fev	mar	abr	Total
			0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE CELANDIA	15	7	6	8	36
			0010499 - HRT HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	8	17	17	10	52
			0010529 - HRPL	6	7	1		14
			0010537 - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LISBOA	23	23	20	22	88
			0610723 - UBS 3 ASA NORTE	1				1
			0318954 - BEEP SERVICOS BSB	75	64			139
			0844047 - NEOCENTRO CLINICA	7		8	3	18
			0964809 - SABIN DIAGNOSTICA E SAUDE SETOR DE MANSOES DOM BOSCO	1			1	2
			2811227 - EXAME MEDICINA DIAGNOSTICA 716 SUL	3		6	12	21
			3627694 - SABIN DIAGNOSTICA E SAUDE MATRIZ SAAN	11	3	4	4	22
			3027740 - SABIN MEDICINA DIAGNOSTICA 516 NORTE	1	2	2	1	6
			3671359 - EXAME MEDICINA DIAGNOSTICA LAGO SUL				1	1
			3263312 - IMUNOLIFE	1				1
			3521399 - SABIN MEDICINA DIAGNOSTICA L2 SUL	1	2	2	4	9
			3792119 - IMUNOCENTRO	4		1		5
		HEXA	4272331 - SABIN DIAGNOSTICA E SAUDE IGUATEMI	1	6	1	2	10
			0318954 - BEEP SERVICOS BSB	1				1
		PENTÁ acelular	3627694 - SABIN DIAGNOSTICA E SAUDE MATRIZ SAAN			1		1
			0610537 - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LISBOA		1		2	3
			0610707 - UBS 3 ASA NORTE	17	15	13	9	54
			0610723 - UBS 3 ASA NORTE	31	14	28	29	102
			0610731 - UBS 1 CRUZEIRO	23	17	17	10	67
			0610798 - UBS 2 CRUZEIRO	15	6	13	14	48
			0611150 - UBS 3 ASA SUL	36	14	17	29	96
			0611177 - UBS 1 LAGO NORTE	10	14	11	15	54
			0611353 - UBS 3 ASA NORTE VILA PLANALTO	11	7	12	10	40
			4431618 - UBS 1 LAGO SUL			7	11	18
			3927579 - HOSPITAL DE FORÇA AEREA DE BRASILIA HFAB	3	2		4	9
DF	Brasília	VIP	9578777 - POLICLINICA LAGO SUL	17	17	6		40

1.14. Criar uma planilha de Excel, salvar com o nome “indicador de imunização”, nomear a aba com o período da análise e digitar as doses informadas pelo sistema, em uma tabela como a apresentada na figura abaixo:

	A	B	C	D
1			VIP (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central			

1.15. Para preencher o n, utilizar o total obtido na planilha anterior.

	A	B	C	D
1			VIP (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central		992	

2. OBTER OS DADOS DE POPULAÇÃO ALVO PARA CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

2.1. Para a vacina listada anteriormente utilizamos a população de menores de 1 ano. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC do ano vigente.

No exemplo em questão, o SINASC utilizado é o de 2024.

Atenção!

A cobertura vacina é calculada com dados acumulados. Dessa forma, é preciso somar as populações referentes a cada mês. Exemplo: O cálculo será do primeiro quadrimestre, janeiro a abril. Será somada a população do SINASC vigente, para a região de saúde da seguinte forma:

Pop Janeiro + pop Fevereiro + pop Março + pop Abril = população do denominador.

2.2. Preencher a população do período (no caso do exemplo, população proporcional de jan a abr, cálculo realizado conforme tabela acima) e localidade equivalente ao da seleção das vacinas na tabela de Excel.

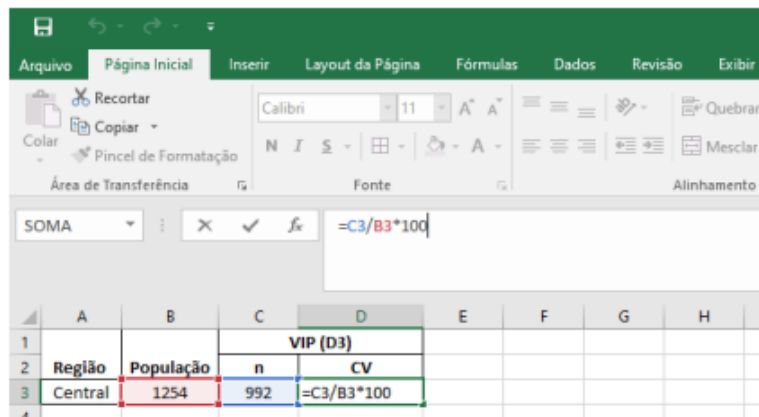
	A	B	C	D
1			VIP (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	992	

3. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

3.1. Para o cálculo da cobertura vacinal, devemos utilizar a seguinte fórmula

$$CV \text{ DO PERÍODO} = \frac{\text{DOSES APLICADAS NO PERÍODO}}{\text{POPULAÇÃO DO MESMO PERÍODO}} \times 100$$

3.2. No Excel, podemos fazer o cálculo de forma automática através da função



3.3. A tabela com a cobertura vacinal calculada ficará como a figura abaixo:

	A	B	C	D
1				VIP (D3)
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	992	79,1

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

Cobertura vacinal para o esquema básico completo de VIP $\geq 95\%$ = 100%

Cobertura vacinal para o esquema básico completo de VIP $< 95\%$ = 0



Gerência de Rede de Frio
Tereza Luiza Pereira

Elaboração
Laís de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e
imunização/GRF/DIVEP
Leilane de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e
imunização/GRF/DIVEP

Dúvidas e Sugestões
SGAP, Lote 06, Bloco G, Parque de Apoio da Secretaria de Saúde
CEP: 71.200-010
Brasília-DF
E-mail: grf.divep@saude.df.gov.br


OBSERVAÇÕES

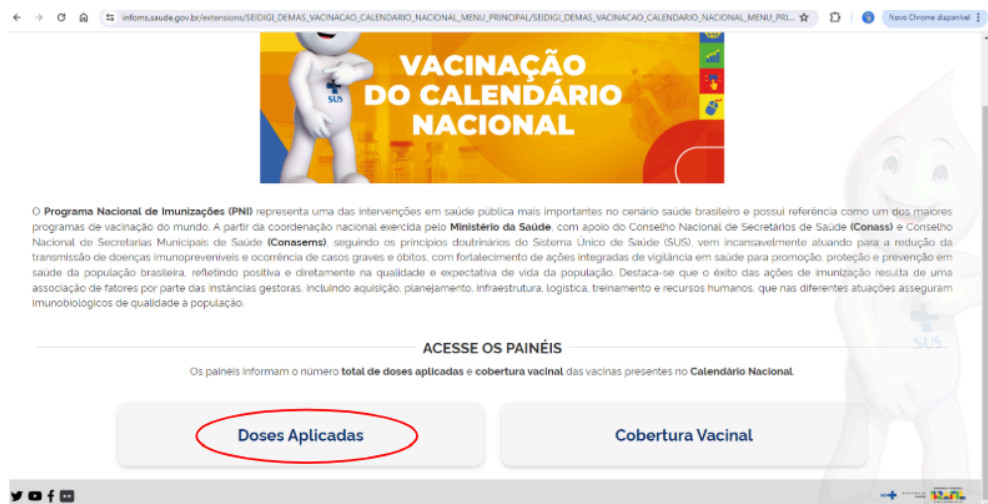
A ÁREA TÉCNICA ENVIARÁ OS DADOS MENSALMENTE, VIA SEI, PARA AS REGIÕES.

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

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 10
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.
Conceituação	Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V, preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente.
Usos	Analisar o cumprimento do esquema básico de vacinação de Pnemo 10V em crianças menores de 1 ano de idade e estimular a vigilância de coberturas vacinais para manter a população protegida contra doenças imunopreveníveis (doença pneumocócica), considerando a meta estipulada de 95% de cobertura vacinal
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende da migração dos registros de doses aplicadas, pelas salas de vacina das regiões de saúde, do sistema e-SUS APS para o sistema SI-PNI
Fonte	SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos).
Metodologia de Cálculo	<p>Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Pnemo 10V $\geq 95\%$ = 100%</p> <p>Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Pnemo 10V $< 95\%$ = 0</p> <p>Numerador = D2 pneumocócica 10V + D2 pneumocócica 13V, em menores de 1 ano.</p> <p>Denominador = população SINASC.</p> <p>Fator de multiplicação=100</p> $\text{CV de Pnemo 10V: } \frac{\text{D2 de pnemo 10V} + \text{D2 de pnemo 13V}}{\text{população SINASC}} \times 100$
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Responsável Técnico	SES/SVS/DIVEP/GRF
Coordenador da Pactuação	Rede Cegonha
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 10

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	<p>Objetivo: Responder o indicador: “Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade”.</p> <p>Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas das vacinas selecionadas para determinada região e o total da população para a mesma região.</p> <p>ETAPAS:</p> <p>1. OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO</p> <p>1.1. Obter os dados de doses aplicadas no SIPNI Web das vacinas selecionadas:</p> <ul style="list-style-type: none">● Pncc10V - 2ª dose● Pncc13V - 2ª dose <p>1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome</p> <p>1.3. Entre na página: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas</p> <p>1.4. Rolar o cursor da página para baixo e clicar em Vacinação do Calendário Nacional:</p>  <p>1.5. Na aba de “acesse os painéis” clicar em Doses aplicadas:</p>



1.6. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde



1.7. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde por local de Ocorrência



1.8. Selecionar:

- UF ocorrência: DF
- Ano vacina: 2024
- Mês vacina: Os meses que compõe o quadrimestre analisado
- Idade: <1 ano

- Imunobiológicos: Vacina Pneumo 10 (26) e Vacina Pneumo 13 (59)
- Dose: 2ª dose

Filtros

Região Ocorrência UF Ocorrência Macrorregião Saúde Região de Saúde Município Ocorrência

Estabelecimento de Saúde Ano Vacina Mês Vacina Transcrição de Caderneta Idade

Sexo Raça/Cor Estratégia Vacinação Imunobiológicos Doses

Ano Vacina: 2024 X Mês Vacina: jan, fev, mar, abr X Idade: < 1 ano X Transcrição de Caderneta: Não X Tipo de Dose: 2 - 2ª Dose X

Imunobiológicos: 26 - Vacina pneumo 10, 59 - Vacina pneumo 13 X UF Ocorrência: DF X Limpar filtros

1.9. Digitar o período desejado, no exemplo, estamos fazendo de janeiro de 2024 a abril de 2024. Clicar em Tabelas.

1.10. Na tabela, selecionar “estabelecimentos de saúde” e abrir todas as colunas de DF, Brasília e o imunobiológico. Para abrir, só clicar no ícone do + que está circulado

Gráficos Tabelas

Selecione os filtros para inserir na tabela:

Dimensão

- Codigo Municipio
- Ano Vacina
- Estabelecimento de Saúde**
- Idade
- Faixa Etária
- Tipo de Dose
- Sistema de Origem

UF Ocorrência	Município Ocorr.	Abreviação Vac.	Estabelecim.	Mês Vacina	jan	fev	mar	abr
DF	Brasília	VPC10	0030480 - HOSPITAL REGIONAL		14	11	11	8
			0030537 - HOSPITAL MATERNO		13	15	17	26
			0030525 - UBS 05 TAGUATINGA		25	36	24	20
			0030534 - UBS 1 PARANÁ		44	38	34	40
			0030542 - UBS 01 SAMAMBAIA		31	24	22	21

1.11. Rolar o cursor até o final da página e clicar em Baixar dados:

Dimensão

- Codigo Municipio
- Ano Vacina
- Estabelecimento de Saúde**
- Idade
- Faixa Etária
- Tipo de Dose
- Sistema de Origem

UF Ocorrência	Município Ocorr.	Abreviação Vac.	Estabelecim.	Mês Vacina	jan	fev	mar	abr
DF	Brasília	VPC13	6820123 - SABIN DIAGNOSTICA		-	-	-	2
			7059892 - UBS 05 RECANTO		1	-	-	-
			7775628 - SABIN MEDICINA		-	-	-	1
			7869096 - NEOCENTRO VACINAS		6	11	2	1
			9119361 - SABIN DIAGNOSTICA		2	1	1	-
			9257365 - SABIN DIAGNOSTICA		5	1	1	2
			9385738 - EXAME MEDICINA		-	-	1	-
			9843744 - ATOS SAUDE INTEGRADA		1	-	-	-

[Baixar Dados](#)

1.12. Abrir os dados baixados e selecionar no filtro os serviços de vacinação que compõe a região de saúde ou utilizar a função PROCV para com base na planilha de estabelecimentos, selecionar os da região.

1.13. Além disso, criar uma coluna de total para somar as colunas

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	UF Ocorrência	Município Oco	Abreviação Vacin	Estabelecimento de Saúde	jan	fev	mar	abr	Total
2				0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA	14	11	11	8	44
3				0010537 - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LISBOA	13	15	17	26	71
11				0010707 - UBS 1 ASA NORTE	15	11	9	11	46
12				0010723 - UBS 2 ASA NORTE	22	22	20	11	75
13				0010731 - UBS 1 CRUZEIRO	22	13	16	13	64
14				0010758 - UBS 2 CRUZEIRO	14	13	9	10	46
11				0011150 - UBS 1 ASA SUL	24	26	21	26	97
13				0011177 - UBS 1 LAGO NORTE	18	11	14	15	58
12				0011355 - UBS 3 ASA NORTE VILA PLANALTO	10	11	3	12	36
71				2617358 - UBS 1 VARJAO	11	13	13	16	53
03				4431618 - UBS 1 LAGO SUL	-	-	6	12	18
08				5717515 - HRSM	-	2	-	-	2
09				5927579 - HOSPITAL DE FORCA AEREA DE BRASILIA HFAB	2	1	-	1	4
15				6770665 - UBS 4 SETOR DE MANOES SOBRADINHO II	-	-	-	1	1
41			VPC10	9578277 - POLICLINICA LAGO SUL	19	7	5	-	31
43				0010464 - HRAN	-	-	-	1	1
44				0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA	-	-	-	1	1
45				0010537 - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LISBOA	3	4	1	5	13
47				0316954 - BEEP SERVICOS BSB	13	12	-	-	25
49				0984809 - SABIN DIAGNOSTICA E SAUDE SETOR DE MANOES DOM BOSCO	1	-	-	1	2
52				3027740 - SABIN MEDICINA DIAGNOSTICA 516 NORTE	-	3	1	1	5
53				3071316 - IMUNOLIFE FILIAL	-	1	-	-	1
55				3263312 - IMUNOLIFE	1	1	-	-	2
56				3521990 - SABIN MEDICINA DIAGNOSTICA L2 SUL	2	-	-	-	2
57				3792110 - IMUNOCENTRO	1	-	-	-	1
69	DF	Brasília	VPC13	6820123 - SABIN DIAGNOSTICA E SAUDE CENTRO CLINICO SUL	-	-	-	2	2

1.14. Criar uma planilha de Excel, salvar com o nome “indicador de imunização”, nomear a aba com o período da análise e digitar as doses informadas pelo sistema, em uma tabela como a apresentada na figura abaixo:

	A	B	C	D
1			Pneumo 10V (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central			

1.15. Para preencher o n, utilizar o total obtido na planilha anterior.

	A	B	C	D
1			Pneumo 10V (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central		1130	

2. OBTER OS DADOS DE POPULAÇÃO ALVO PARA CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

2.1. Para a vacina listada anteriormente utilizamos a população de menores de 1 ano. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC do ano vigente.

No exemplo em questão, o SINASC utilizado é o de 2024.

Atenção!

A cobertura vacinal é calculada com dados acumulados. Dessa forma, é preciso somar as populações referentes a cada mês. Exemplo: O cálculo será do primeiro quadrimestre, janeiro a abril. Será somada a população do SINASC vigente, para a região de saúde da seguinte forma:
 Pop Janeiro + pop Fevereiro + pop Março + pop Abril = população do denominador.

2.2. Preencher a população do período (no caso do exemplo, população proporcional de jan a abr, cálculo realizado conforme tabela acima) e localidade equivalente ao da seleção das vacinas na tabela de Excel.

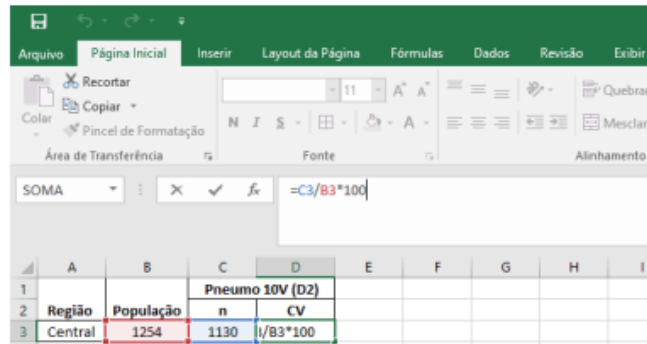
	A	B	C	D
1			Pneumo 10V (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	1130	

3. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

3.1. Para o cálculo da cobertura vacinal, devemos utilizar a seguinte fórmula

$$CV \text{ DO PERÍODO} = \frac{\text{DOSES APLICADAS NO PERÍODO}}{\text{POPULAÇÃO DO MESMO PERÍODO}} \times 100$$

3.2. No Excel, podemos fazer o cálculo de forma automática através da função



3.3. A tabela com a cobertura vacinal calculada ficará como a figura abaixo

	A	B	C	D
1			Pneumo 10V (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	1130	90,1

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Pnemo 10V $\geq 95\%$ = 100%
 Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Pnemo 10V $< 95\%$ = 0



Gerência de Rede de Frio
Tereza Luiza Pereira

Elaboração

Laís de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e imunização/GRF/DIVEP
 Leilane de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e imunização/GRF/DIVEP

Dúvidas e Sugestões

SGAP, Lote 06, Bloco G, Parque de Apoio da Secretaria de Saúde
 CEP: 71.200-010
 Brasília-DF
 E-mail: grf.divep@saude.df.gov.br

OBSERVAÇÕES

A ÁREA TÉCNICA ENVIARÁ OS DADOS MENSALMENTE, VIA SEI, PARA AS REGIÕES.

Rede de Urgência e Emergência - RUE

Indicador 11: Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 11
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares
Conceituação	<p>Este indicador terá como função mensurar por unidade de pronto socorro o número de usuários que procuram o serviço de pronto atendimento registrado com abertura e registro no Guia de Atendimento de Emergência (GAE) e submetidos a Classificação de Risco. A GAE possui uma ficha de atendimento da esfera administrativa aberta sempre que o paciente busca atendimento em unidades de Pronto Socorro e UPA.</p> <p>A Classificação de Risco tem por finalidade definição da ordem do atendimento em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada, sendo uma atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência em serviço de urgência, e após capacitação específica para a atividade proposta;</p>
Usos	Garantir o atendimento aos pacientes que buscam os serviços de urgência e emergência por ordem do atendimento em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada.
Limitações	O déficit de RH de enfermeiro para suprir a necessidade de funcionamento da classificação de risco 24h poderá prejudicar a análise do indicador.
Fonte	Sistema Trakcare – Espelhado na Sala de situação
Metodologia de Cálculo	<p>Numerador: Número total de pacientes submetidos a classificação de risco por mês;</p> <p>Denominador: Número total de GAE por Unidade de atendimento no mês;</p> <p>Multiplicador: 100.</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	GENFH/GASFURE
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 11

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acesse a Sala de Situação do DF > opção “Gestão da Saúde”.
2	Menu Gestor > aba “Emergências” > painel “Classificação de Risco”.
3	Faça a busca conforme o filtro desejado por unidade hospitalar, mês e ano.
4	Na parte superior da tela terá o quadro de GAE abertas, total de classificados e total de atendimentos
5	Na parte inferior da sala terão os gráficos pertinentes à busca.

OBSERVAÇÕES

Acesse <https://info.saude.df.gov.br/> e selecione “Gestão da Saúde”



Acesse o “Menu Gestor”.



Informe o login e senha.

Acesse o botão “Emergências”.

Localize o painel “Classificação de Risco”.

No painel faça a busca conforme o filtro desejado.



EMERGENCIAS

Portas de Emergência Hospitalares

Entradas

Atualizado em: 10/01/2022 09:34:56

Total de GAE's Abertas
5.714.371

GAE's CLASSIFICADOS

3.643.213

Total

63,76%

Percentual

497.983

Total de Desastres

13,67%

% Desastres

Atendidos

2.739.846

Total

75,20%

Percentual

317.556

Total de Evado

8,72%

% Evado

GAE's NÃO CLASSIFICADAS

2.071.158

Total

36,24%

Percentual

Atendidos

1.602.504

Total

77,37%

Percentual

Ano

Todos

Mês

Todos

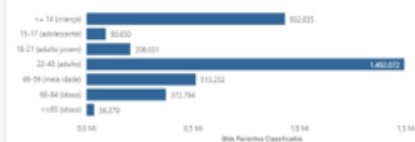
Unidades Hospitalares

Todos

Motivo da Alta

Todos

GAE's Classificadas por Faixa Etária



GAE's Classificadas por Sexo





Na parte inferior da tela terá o quadro de GAE abertas.

Indicador 12: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 12
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas
Conceituação	Número de pacientes classificados como verdes e azuis nas emergências fixas do Distrito Federal por período, exceto as unidades que estão sob gestão do IGESDF.
Usos	Reduzir o índice de pacientes classificados como verdes e azuis nas emergências fixas.
Limitações	O indicador não mensura os outros níveis de classificação (amarelo, laranja e vermelho).
Fonte	Sistema Trakcare – Espelhado na Sala de situação
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de pacientes classificados com critério de prioridade (verde e azul) no mês. DENOMINADOR: Número total de pacientes classificados no mês. MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por hospital
Responsável Técnico	GENFH/GASFURE
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 12

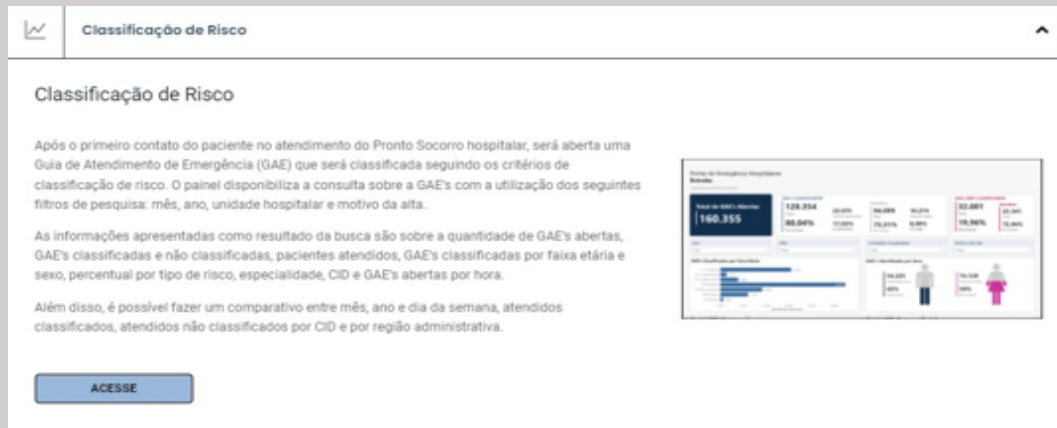
POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acesse a Sala de Situação do DF > opção “Gestão da Saúde”. Atenção: O acesso ao menu gestor requer solicitação prévia via SES
2	Menu Gestor > Emergências > Classificação de Risco.
3	Certifique-se de que estão selecionadas apenas Unidades Hospitalares.
4	Atribua Ano, para selecionar mais de uma opção recorra ao atalho Ctrl.
5	Atribua Mês, para selecionar mais de uma opção recorra ao atalho Ctrl.
6	Busque o gráfico Percentual GAE’s Classificadas Tipo de Risco.
7	Para evidenciar a cor, clique nela; para selecionar mais de uma opção recorra ao atalho Ctrl.
8	O percentual é fornecido ao selecionar no Gráfico a cor desejada.
OBSERVAÇÕES	
<p>Acesse https://info.saude.df.gov.br/ e selecione “Gestão da Saúde”.</p>  <p>Acesse o “Menu Gestor”.</p>  <p>Informe o login e senha.</p>	



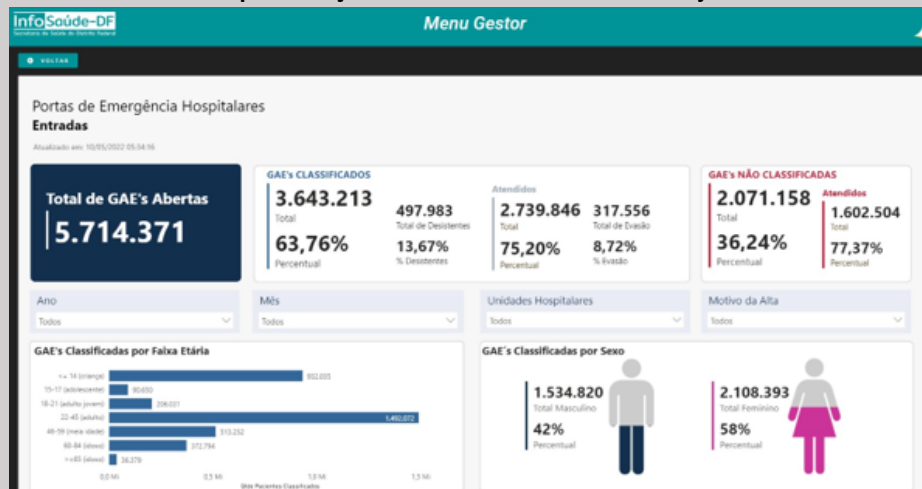
Acesse o botão “Emergências”



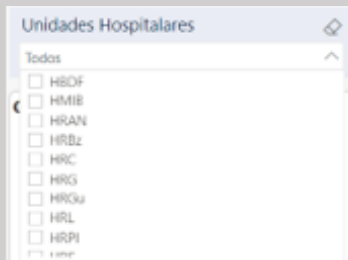
Localize o painel “Classificação de Risco”.



No painel faça a busca conforme o filtro desejado.

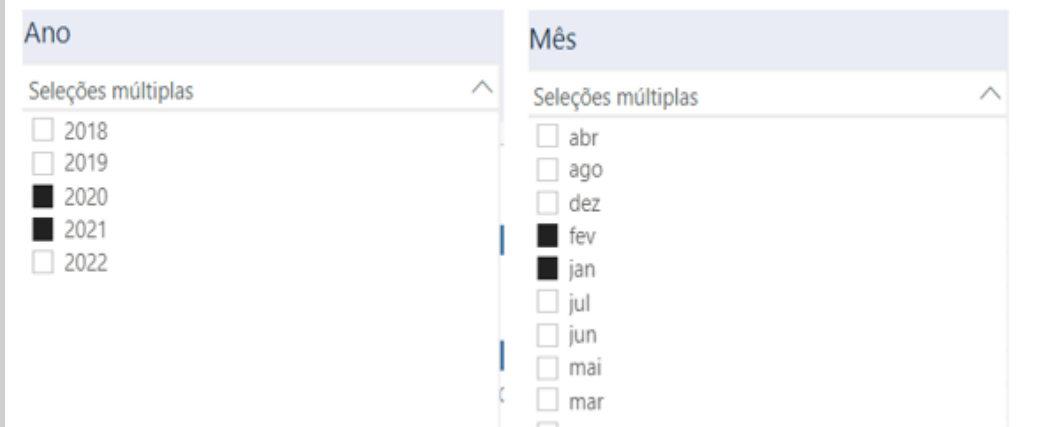


Certifique-se de que estão selecionadas apenas Unidades Hospitalares

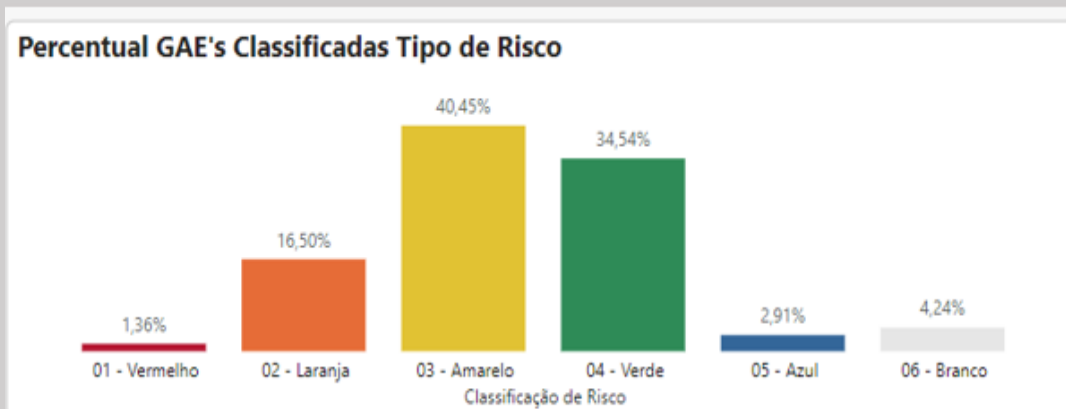


Atribua ano e mês.

Determine o ano e o mês da busca, use a função Ctrl se precisar selecionar mais de um.



Busque o gráfico Percentual GAE's Classificadas Tipo de Risco.



Caso precise dar evidência em alguma classificação, basta clicar na cor ou passar o mouse por cima (serão fornecidos os dados de % e valor bruto).

Indicador 15: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral - HMIB.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 15
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral
Conceituação	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto Geral (UTI-A) do hospitalRETE
Usos	Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Adulto Geral; avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Adulto Geral; Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Adulto Geral; Avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI Adulto.
Limitações	Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. A mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, a gravidade do quadro à admissão, disponibilidade de insumos, a agilidade na realização de exames e procedimentos, a disponibilização de leitos de retaguarda e de transporte quando da alta médica do paciente. A alimentação do sistema ou a coleta de dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para que as informações de paciente-dia e saídas reflitam de forma precisa a média de permanência. Nossa fonte de informação é o TrakCare e o mesmo não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador.
Fonte	TrakCare (alguns hospitais também se utilizam do Epimed – um sistema confiável de gestão de indicadores, especialmente os de UTI).
Metodologia de Cálculo	<p>Numerador: Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Adulto Geral no período de um mês;</p> <p>Denominador: Nº de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Adulto para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas para outros hospitais e serviços hospitalares e óbitos) da UTI no período de um mês.</p> <p>Como referência utilizar o censo da 00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de paciente-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando na UTI Adulto Geral a cada dia. O número de paciente-dia no mês será o somatório de paciente-dia de cada dia do mês (Sipageh,2006; Schout e Novaes,2007; CQG,2009). Saídas: Nº de transferências internas da UTI Adulto Geral para as unidades menos intensivas (ex.: intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos (saídas internas) mais as saídas hospitalares (altas para a casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de um mês. (Sipageh,2006; Schout e Novaes 2007; CQG,2009).</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por hospital
Responsável Técnico	GENFH/GASFURE
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)

Descrição da Meta	Vide matriz de metas
--------------------------	----------------------

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 15

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Cada Hospital deverá utilizar o sistema de gestão e análise de indicadores em UTI - Epimed como base de cálculo do indicador.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 16: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica - HMIB.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº16
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica
Conceituação	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do hospital.
Usos	Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Pediátrica; avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Pediátrica; boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Pediátrica; Avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI pediátrica.
Limitações	Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. As comorbidades e Complicações do quadro da paciente, a gravidade do quadro à admissão, a agilidade na realização de exames e procedimentos, disponibilidade de insumos, a disponibilização de leitos de retaguarda e de transporte quando da alta médica do paciente. A alimentação do sistema ou a coleta de dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para que as informações de paciente-dias e saídas reflitam de forma precisa a média de permanência. Nossa fonte de informação é o TrakCare e o mesmo não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador.
Fonte	TrakCare
Metodologia de Cálculo	<p>Numerador: Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Pediátrica no período de um mês;</p> <p>Denominador: Nº de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Pediátrica para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas para outros hospitais e serviços hospitalares e óbitos) da UTI Pediátrica no período de um mês.</p> <p>Como referência utilizar o censo à 00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente pediátrico internado durante um dia hospitalar. O número de paciente-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando na UTI Pediátrica a cada dia. O número de paciente-dia no mês será o somatório de paciente-dia de cada dia do mês. Saídas: Nº de transferências internas da UTI Pediátrica para as unidades menos intensivas (ex.: intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos (saídas internas) mais as saídas hospitalares (altas para a casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de um mês.</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	GENFH/GASFURE
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)

Descrição da Meta	Vide matriz de metas
-------------------	----------------------

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 16

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Cada Hospital deverá utilizar o sistema de gestão e análise de indicadores em UTI - Epimed como base de cálculo do indicador.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 17: Tempo de Retenção de maca por unidade e urgência/emergência

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 17
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo de Retenção de maca por unidade e urgência/emergência
Conceituação	Denomina-se maca retida a situação onde a maca de transporte do SAMU precisa permanecer com o paciente na Unidade de urgência/emergência fixa de destino, em decorrência da ausência de macas disponíveis na Unidade para a qual o paciente foi encaminhado. A viatura do SAMU, com maca retida, permanece indisponível para novos atendimentos, até que o recurso seja liberado pela impossibilidade de transportar com segurança o paciente. O registro de retenção e de liberação da maca é realizado através do Sistema de Atendimento em Urgências (SAU) pela equipe da Central de Regulação de Urgências do SAMU (CERU). Obs.: Unidade de urgência/emergência fixa correspondem às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e emergências hospitalares.
Usos	Informar à ADMC o tempo total em que as Unidades de Saúde retiveram as macas do SAMU e, por conseguinte, o tempo total de indisponibilidade das ambulâncias. Também sinaliza locais de maior contingenciamento de atendimento e necessidade de ações para promoção de acesso. Pactuar tempo mínimo aceitável para retenção de macas.
Limitações	O registro depende da comunicação das equipes móveis ou da gestão local das unidades e urgência/emergência fixa.
Fonte	SAU e Planilha Google Drive da SES/CRDF/SAMU/CERU
Metodologia de Cálculo	Numerador: Somatória dos tempos decorridos (minutos/horas) entre a data e a hora de retenção e a data e a hora de liberação, por cada maca retida.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Duração de tempo total em horas
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por hospital
Responsável Técnico	SES/CRDF/SAMU
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 17

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados	
Acordo de Gestão Regional - AGR	
Tema	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Indicador	Tempo de Retenção de maca por unidade e urgência/emergência
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o Sistema SAU Relatórios: Atualmente o Banco de Dados do SAMU 192 DF é armazenado e suportado através do Sistema SAU Relatórios acessível de forma local e remota
2	Logar: Somente servidores autorizados pela Diretoria do SAMU podem auditar e extrair dados de atendimento envolvendo informações gerais registradas pelo sistema e informações de prontuário médico. O cadastro deve ser autorizado previamente pela Diretoria do SAMU 192 DF e é feito com nome de usuário e senha
3	Menu: No menu principal clique em “Outros relatórios”, em seguida clique em “Macas Retidas”.
4	Selecionar os Filtros: Ao abrir a janela em terceiro plano identificada como “Relatório de Macas Retidas”, especificar o filtro da extração: 1. Equipes do Núcleo: Selecionar Todos os Núcleos; 2. Mês: Selecionar o mês vigente; 3. Ano: Selecionar o ano vigente. Obs: NAPH (Núcleo de Atendimento Pré-hospitalar)
5	Filtrar: Ao selecionar a opção “filtrar” os dados são demonstrados na forma de tabela onde cada entrada é apresentada em uma linha em ordem cronológica. Para cada registro são especificados os dados: Equipe, Núcleo, Unidade, Especialidade, Retenção, Liberação, e Tempo de Retenção.
6	Exportar: No canto superior direito selecionar “Exportar tabelas para .CSV (Excel)”
7	Monitoramento: Acessar o Projeto de Monitoramento Estatístico do SAMU 192 DF atualmente situado na Conta do Google Drive da Central de Regulação de Urgências do SAMU 192 DF: regsamudf@gmail.com. 1. Acessar em sequência as Pastas: 2. 1. PROJETO - MONITORAMENTO ESTATÍSTICO; 3. 2. MONITORAMENTO - PRODUTIVIDADE; 4. 3. 20 - MACAS RETIDAS; 5. 4. MACAS RETIDAS 2021;
8	Planilha: Acessar a Planilha “MACAS RETIDAS - MONITORAMENTO 2021”
9	Transferir os Dados: Ao acessar a Planilha transferir os dados extraídos do SAL Relatórios para a aba do mês correspondente, sempre na célula A2. O Relatório realizará a análise e a atualização do relatório e dos gráficos de forma automatizada.
10	Relatório: Acessar a aba trancada “ANÁLISE” e gerar o PDF acessando os menus: Arquivo - Fazer Download - Documento PDF (.pdf)
OBSERVAÇÕES	
<p>O Projeto de Monitoramento de Macas Retidas segue em fase final de modelagem, atualmente desenvolvido no sistema de planilhas integradas e automatizadas na plataforma do Google Drive. Após validação como ferramenta de monitoramento segue aguardando fase de implementação no Sistema de SAU Relatórios.</p> <p>Atualmente o Relatório de Macas Retidas é compartilhado conforme proposta de layout de consolidação anual (aba “ANÁLISE”), porém o Relatório também permite a visualização de todas as entradas individuais filtrando por Unidade de Saúde. A visualização dessas informações não inclui o nome dos pacientes e pode ser acessada na aba automatizada e trancada “RETENÇÃO POR UNIDADE”. O layout também já se encontra preparado para impressão ou extração de arquivo em PDF (.pdf) e geralmente é compartilhado mediante solicitação de auditoria. Futuramente a proposta contempla a possibilidade do compartilhamento do registro individualizado de retenção de forma que cada Unidade de Saúde tenha a oportunidade de analisar e trabalhar internamente seus processos de trabalho.</p>	

Uma vez garantido o Monitoramento na forma de relatório mensal automatizado e consolidado, um próximo passo inclui o compartilhamento das retenções em tempo real com as equipes das Unidades Retentoras de forma que a situação esteja visível e todas as ações pertinentes sejam prontamente desenvolvidas em todos os níveis hierárquicos.

Os dados mensais serão encaminhados pelo CRDF via processo SEI.

Indicador 18: Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº18
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).
Conceituação	Este indicador terá como função mensurar o percentual de elegibilidade ao SAD, proporcionalmente aos encaminhados pelos hospitais e UPAs.
Usos	Avaliar o quantitativo de admissão de pacientes elegíveis ao SAD pelo quantitativo total dos encaminhados pelos hospitais e UPAs. Esta informação pode ser essencial para qualificar a integralidade da assistência oferecida ao usuário do SUS, além disto, pode sinalizar o alinhamento do entendimento dos critérios de desospitalização entre as Redes de Atenção à Saúde.
Limitações	Risco de falha humana no preenchimento dos dados.
Fonte	Painel de Situação da Atenção Domiciliar disponível em InfoSaúde - DF --> Produção - atendimentos Domiciliares - DF no painel Avaliação de Elegibilidade e Admissão.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de Admissões na Própria EMAD de Procedência Internação hospitalar + Número de Admissões na Própria EMAD de Procedência Urgência e Emergência Denominador: Número de Admissões na Própria EMAD Multiplicador: 100 *Para consolidação por período, utilizar os filtros Ano, Mês, Região de Saúde, Estabelecimento, Procedência (marcar Internação Hospitalar e Urgência e Emergência).
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Monitoramento
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Núcleo Regional de Atenção Domiciliar - NRAD e NURAD
Responsável Técnico	Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar - GESAD
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 18

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Quando o Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD/NURAD), receber qualquer solicitação de avaliação de um paciente para admissão no serviço, apenas 1 (um) profissional da EMAD, deverá preencher a Ficha de Avaliação e Elegibilidade e Admissão no sistema E-SUS.
EXTRAÇÃO DO NUMERADOR	
1	Acessar o Painel de Situação da Atenção Domiciliar https://info.saude.df.gov.br/ --> Sala de Situação --> Atenção Especializada --> Atenção Hospitalar --> atendimentos Domiciliares
2	Ao chegar à página "PRODUÇÃO - ATENDIMENTOS DOMICILIARES - DF" clicar em "Avaliação de Elegibilidade e Admissão"
3	Ir em Filtros e aplicar os filtros: Ano, Mês, Região de Saúde, Estabelecimento e, em procedência, selecionar o filtro Internação Hospitalar *Só serão mostradas no filtro as opções de procedência existentes no estabelecimento selecionado para o período da pesquisa
4	Coletar o número referente à "Admissão na Própria EMAD" no gráfico "por tipo de elegibilidade".
5	Ir em Filtros e aplicar os filtros: Ano, Mês, Região de Saúde, Estabelecimento e, em procedência, selecionar o filtro Urgência e emergência *Só serão mostradas no filtro as opções de procedência existentes no estabelecimento selecionado para o período da pesquisa
6	Coletar o número referente a "Admissão na Própria EMAD".
EXTRAÇÃO DO DENOMINADOR	
1	Acessar o Painel de Situação da Atenção Domiciliar https://info.saude.df.gov.br/ --> Sala de Situação --> Atenção Especializada --> Atenção Hospitalar --> atendimentos Domiciliares
2	Ao chegar à página "PRODUÇÃO - ATENDIMENTOS DOMICILIARES - DF" clicar em "Avaliação de Elegibilidade e Admissão".
3	Ir em Filtros e aplicar os filtros: Ano, Mês, Região de Saúde e Estabelecimento..
4	Coletar o valor referente à "Admissão na Própria EMAD"
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Some o resultado da pesquisa com aplicação do filtro de procedência Internação Hospitalar ao resultado com aplicação do filtro de procedência Urgência e Emergência.
2	Divida o valor do passo anterior pelo valor coletado com filtro Ano, Mês, Região de Saúde e Estabelecimento referente a "Admissão na Própria EMAD".
3	Multiplique o resultado por 100.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 20: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas - HMIB

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 20
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas
Conceituação	<p>Relação percentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês.</p> <p>Número de cirurgias suspensas: É o total de cirurgias suspensas dentro do período analisado, inclusive as cirurgias ambulatoriais realizadas em ambiente cirúrgico.</p> <p>Ex.: cirurgias suspensas por falta de material, ausência do cirurgião, ausência do anestesista, falta de salas, falta de acomodações, falta de hemocomponentes, erro de agendamento. Quando a suspensão ocorre antes da internação, por motivos extra-pacientes, o dado não deve ser contabilizado. Porém, se a suspensão ocorrer no dia da cirurgia, mesmo que antes da internação, o dado deve ser contabilizado.</p>
Usos	A análise do indicador da taxa de suspensão das cirurgias eletivas permite o mapeamento deste processo, o monitoramento do mesmo, que auxiliado por ferramentas de gestão, possibilita o entendimento da corresponsabilidade de todos os envolvidos na resolução de eventos indesejáveis e na prevenção de eventos adversos, promovendo o planejamento contínuo de melhorias e aumento da segurança dos pacientes.
Limitações	Dado depende da correta informação inserida nos relatórios pelos responsáveis técnicos em cada centro cirúrgico de cada hospital regional.
Fonte	Relatório emitido pelo Centro Cirúrgico local contendo os números totais de cirurgias agendadas bem como as cirurgias suspensas. Esses dados deverão ser repassados mensalmente pelo Gerente de Assistência Cirúrgica.
Metodologia de Cálculo	<p>NUMERADOR: Número de cirurgias suspensas</p> <p>DENOMINADOR: Número de cirurgias agendadas no mesmo período</p> <p>MULTIPLICADOR: Percentual (x100)</p> <p>* Como referência, utilizar o censo da 00h de cada dia.</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	GESCIR/CATES /SAIS
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 20

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o sistema de lançamento dos procedimentos cirúrgicos (TrakCare)1,2
2	Acessar no TrakCare perfil do Centro Cirúrgico definido para unidade
3	Clicar na parte superior em RELATÓRIO MAPA CIRÚRGICO*
4	Preencher a tela PRODUÇÃO
5	Definir data inicial e data final
6	Confirmar o local (regional a ser analisada)
7	Marcar a opção: TODOS
8	Marcar os pós de cirurgias e solicitar visualização
9	Considerar os procedimentos cirúrgicos que estavam planejados e foram suspensos
10	<p>Identificar o motivo da suspensão</p> <p>Exemplos de motivos de suspensão:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Paciente com pré-operatório incompleto 2-Condições clínicas do paciente, desfavoráveis à operação 3-Paciente não internou 4-Avanço de horário 5-Dano em equipamento ou mobiliário cirúrgico 6-Falta de recursos materiais (Insumos em geral ou Órtese, Prótese e Materiais Especiais - OPME) 7-A pedido do cirurgião 8-A cirurgia foi realizada de urgência 9-Desistência do paciente 10-Falta de recursos humanos (Enfermagem, Médico cirurgião, Anestesiologista, outros) 11-Falta de leito de internação e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 12-Ausência de jejum pré-operatório 13- Dano estrutural em sala cirúrgica (sala com comprometimento da rede de gases, teto comprometido, entre outros) 14-Motivo não especificado (Ex:Ausência de servidor da limpeza, dificultando intervalo e substituição)
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o sistema de lançamento dos procedimentos cirúrgicos (TrakCare)1,2
2	Considerar os procedimentos cirúrgicos que estavam planejados e estavam em mapa cirúrgico (TrakCare)
3	Seguir as orientações no Numerador (acima descrito) do item 1 ao 9

Passo a passo para fazer o cálculo do resultado

1	Realizar somatório dos Agendados - (menos) os cancelados (Mapa Social da Saúde)/Marcados (SISREG).
2	Realizar o somatório da OFERTA REAL.
3	Dividir o número de agendamentos (excluídos os cancelamentos) pelo número de vagas ofertadas. Multiplicar por 100.

OBSERVAÇÕES

1. Todo mapa cirúrgico eletivo deve estar no TrakCare, todo usuário a ser submetido a procedimento cirúrgico deve estar cadastrado no TrakCare
2. Caso ocorra falha temporária do Sistema TrakCare, colocar estes dados em planilhas para serem lançados posteriormente
3. Cada unidade deverá informar se o monitoramento foi Mensal, Bimestral e Quadrimestral

Relatório Mapa Cirúrgico

Movimentos | Mapa Cirúrgico | Pesquisa de Pacientes

Produção

Critérios de Busca

Lista de Agendamentos

Dt Inicial: 11/10/2023
Dt Final: 11/10/2023
Local: HRAH-Centro Cirurgico

Agendado
 Suspendido
 Substituído
 Realizado
 Requisitado
 Todos

Tipos de Cirurgias

Eletiva
 Emergencia

Visualização


*Tela de: Relatório Mapa Cirúrgico

Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência

Indicador 19: Taxa de notificação de violência.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 19
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de notificação de violência
Conceituação	<p>A taxa de notificação é um indicador epidemiológico que informa o número de casos de uma doença ou agravo em relação à população em risco, em um determinado período. Na temática da violência, considera-se população em risco toda aquela que reside numa mesma região geográfica.</p> <p>Assim, a taxa de notificação de violência é o número de notificações em relação à população de uma mesma Superintendência Regional de Saúde, considerando dados de um mesmo período para ambas as informações.</p>
Usos	Monitorar a violência por meio da taxa de notificação, fornecendo informação do nível de sensibilidade da rede de atenção à saúde em identificar usuários vivenciando situações de violência, sinaliza o cumprimento da legislação pelos profissionais de saúde em notificar, orienta a gestão no planejamento de ações de prevenção à violência em comunidades específicas, agrega informação no dimensionamento de equipes e na adequação de espaço físico destinados às pessoas em situação de violência.
Limitações	A subnotificação de notificação.
Fonte	<p>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e CODEPLAN.</p> <p>A informação de população utilizada deve ser a oficial para o GDF, CODEPLAN, visto que os dados do IBGE consideram o Distrito Federal como município único, não discriminando a população por região administrativa ou de saúde. Dados disponíveis em:</p> <p>https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/12/Estudo-Projecoes-populacionais-para-as-Regioes-Administrativas-do-Distrito-Federal-2020-2030-Resultados.pdf</p>
Metodologia de Cálculo	<p>NUMERADOR: Número absoluto de notificações de violência segundo a lógica da região de saúde no contexto da residência do usuário, em um determinado período para análise;</p> <p>DENOMINADOR: População relativa à mesma região de saúde no mesmo período analisado;</p> <p>MULTIPLICADOR: 100.000</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Notificações por 100.000 habitantes (da região de saúde)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	NEPAV/GVDANT/DIVEP/SVS/SES
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

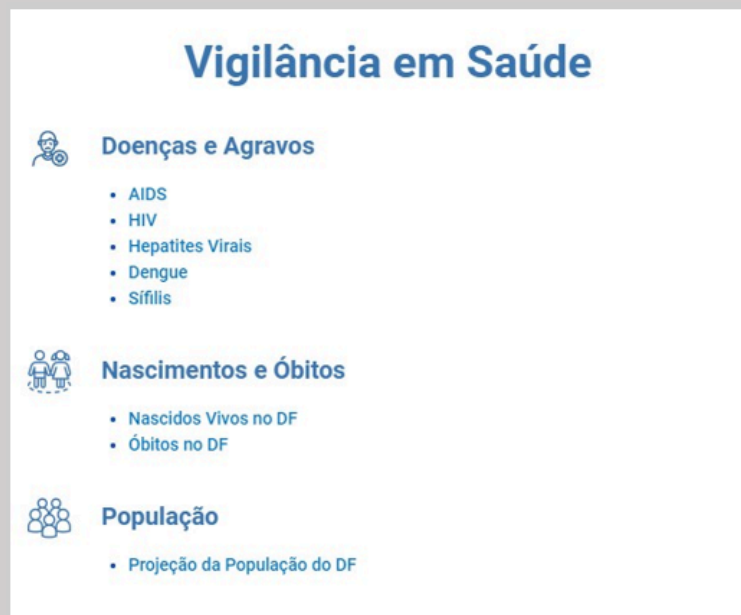
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 19

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	RUE
INDICADOR	Taxa de notificação de violência
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
COLETA DO NUMERADOR	
1	Utilizar o tabulador TabWin, versão 32 (Caso não seja esta a versão, solicitar ao suporte de TI da CTINF a atualização do software)
2	O arquivo de definição da violência pode ser localizado no Driver Z:\sivitais\basedbf Caso não tenha acesso a este drive, entrar em contato com a GIASS/DIVEP solicitando acesso e realizar o mapeamento de rede
3	Selecionar o arquivo referente ao ano em análise. O arquivo referente ao ano corrente é o primeiro da lista e não tem número VIOLENET.DBF ;
4	Coluna Mes da notificacao , suprimir colunas zeradas
5	Linha Regiao de saúde Atual , suprimir linhas zeradas (Caso não tenha esta opção, deve entrar em contato com a GIASS para atualização dos arquivos de definição local)
6	Incluir Regiao de Saude Atual em seleção ativa e selecionar a SRS com todas as RA que a compõem
7	Incluir não classificados e;
8	Executar
OBSERVAÇÕES	
<p>A Taxa de Notificação reflete a vulnerabilidade de uma determinada população em relação a um agravo específico em um determinado intervalo de tempo. A unidade de medida é a notificação por 100.000 habitantes.</p> <p>Para se ter acesso ao banco de dados específico de cada região de saúde, deve-se fazer a extração de dados através do TabWin.</p> <p>Passo a passo para DENOMINADOR:</p> <p>1. Acesse https://info.saude.df.gov.br/ e selecione “Sala de Situação”.</p>	
 <p>The screenshot shows the homepage of InfoSaúde-DF. At the top, there is a navigation bar with the logo 'InfoSaúde-DF'. Below it, there are four main menu items: 'Saúde do CIDADÃO', 'Gestão da SAÚDE', 'Sala de SITUAÇÃO', and 'Controle Social e TRANSPARÊNCIA'. The 'Sala de SITUAÇÃO' item is highlighted with a blue border. At the bottom, there is a search bar labeled 'Pesquisa rápida' and a 'Covid-19 INFORMAÇÕES' badge.</p>	

2. Selecione “Vigilância em Saúde”.



3. Selecione “População” e depois “Projeção da População do DF”.



4. No painel filtre por região de saúde.



Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência (PCD)

Indicador 21: Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 21
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal
Conceituação	Triagem auditiva neonatal é o programa que tem por objetivo identificar a população infantil com suspeita de perda auditiva.
Usos	Gerenciamento, a nível Regional e Central, do programa de Triagem auditiva neonatal no que se refere a sua cobertura e melhoria
Limitações	Por ser um programa de grande varredura, não identifica, nominalmente, os usuários com suspeita de perda auditiva; Confiabilidade do dado fornecido pelo SIH/SAI.
Fonte	SINASC, SIA/SUS e SIH/SUS
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de exames de triagem auditiva realizado por Hospital da SES-DF Denominador: Número total de NV mês por Hospital da SES-DF Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	Referência Técnica Distrital de Triagem Neonatal/Referência Técnica Distrital de Fonoaudiologia
Coordenador da Pactuação	REDE PCD
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 21

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	PCD
INDICADOR	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Para Identificar o Denominador:	
1	Abrir a sala de situação.
2	Acessar a coluna “Vigilância em saúde”.
3	Selecionar “Nascidos vivos por estabelecimento de saúde”
4	Digitar ano e mês.
5	Identificar os nascidos vivos do mês de referência por estabelecimento (denominador).
Para Identificar o Numerador:	
6	Abrir a sala de situação.
7	Acessar a coluna “Atenção à Saúde”.
8	Selecionar “Produção de Serviços – Ambulatorial (SIA)”.
9	Digitar ano e mês.
10	Identificar os exames (emissões otoacústicas evocadas auditiva para triagem auditiva – teste da orelhinha + potencial evocado auditivo para triagem auditiva – teste da orelhinha) do mês de referência por estabelecimento.
11	Abrir a sala de situação.
12	Acessar a coluna “Atenção à Saúde”
13	Selecionar “Produção de Serviços – Hospitalar (SIH) – Procedimentos secundários”.
14	Digitar ano e mês.
15	Identificar os exames (emissões otoacústicas evocadas auditiva para triagem auditiva – teste da orelhinha + potencial evocado auditivo para triagem auditiva – teste da orelhinha) do mês de referência por estabelecimento.
16	Somar itens 10 e 15 para definir o numerador.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 22: Número de pessoas com deficiência cadastrada na APS da Região de Saúde

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 22
Pactuações	AGR
Indicador	Número de pessoas com deficiência cadastrada na APS da Região de Saúde.
Conceituação	O Indicador mede o número de usuários com deficiência cadastrados na APS da região de saúde.
Usos	O indicador servirá para identificar a população com deficiência no DF, visando o planejamento de políticas voltadas para essa população.
Limitações	Nem todos os usuários estão cadastrados no e-sus; A deficiência é auto declarada, portanto o profissional deve formular o questionamento ao usuário.
Fonte	Info Saúde
Metodologia de Cálculo	Número de usuários identificados com deficiência na Região de Saúde.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	n/a
Polaridade	Maior, Melhor (maior número de registros nos cadastros)
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	COAPS
Coordenador da Pactuação	Rede PCD
Descrição da Meta	Vide matriz de metas.

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 22

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	PCD
INDICADOR	Número de pessoas com deficiência cadastrada na APS da Região de Saúde
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Abrir o InfoSaúde;
2	Clicar em Sala de Situação
3	Clicar em Atenção à Saúde;
4	Selecionar o painel “Cadastros individuais na APS”
OBSERVAÇÕES	
A coleta do dado deverá ser realizada no 1º dia útil do mês para os dados do mês anterior	

Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

Indicador 25: Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 25
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações
Conceituação	Número de casos de internações hospitalares por diabetes pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes, na população residente em determinada região de saúde e intervalo de tempo.
Usos	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição das taxas de internações hospitalares, por Diabetes Mellitus, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na realização de análises comparativas da necessidade e concentração de recursos. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, ações de prevenção e da assistência na Atenção Primária.
Limitações	A oferta de serviços reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento de internações hospitalares adotados no âmbito do SUS. Não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, as quais podem concentrar atendimento em determinadas especialidades assistenciais, influenciando o padrão de atendimento no SUS. O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de internação registrada. Falhas na codificação da causa de internação podem interferir nos resultados do indicador e exigem cautela na interpretação. A ocorrência eventual de múltiplas internações por pessoa em uma área e período considerado pode superestimar o valor do indicador. As taxas de incidência não padronizadas por idade estão sujeitas à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas e para períodos distintos. Há diferenças importantes na ocorrência das causas selecionadas de morbidade por sexo em uma faixa etária definida. Portanto, recomenda-se que a análise deste indicador seja feita levando-se em conta esta variável.
Fonte	Numerador: Sistema de Internação Hospitalar (SIH), espelhado na Sala de Situação - Menu Gestor. Denominador: CODEPLAN , espelhado na sala de situação - Menu Gestor.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de internações hospitalares por DM e suas complicações, de usuários atendidos em serviços de saúde do DF, faturáveis pelo SUS, por CID-10 selecionados em determinado período. Denominador: Projeção total da população do ano anterior residente na Região. Multiplicador: 10.000
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa para cada 10 mil habitantes
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	n/a

Estratificação	Por Região
Responsável Técnico	COAPS/DESF/GASF GCCDCNT-DF
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

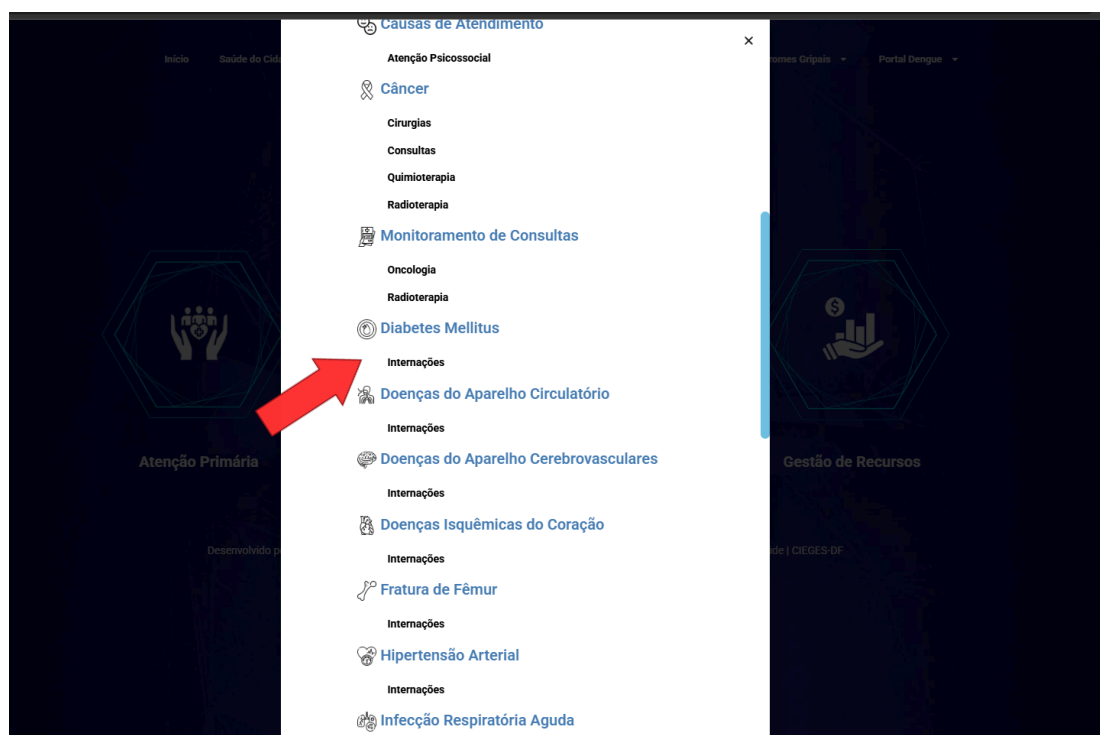
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 25

POP - Procedimento operacional padrão para coleta dos dados Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	DCNT
INDICADOR	Taxa de internações relacionadas a Diabetes Mellitus e suas complicações
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
PASSO A PASSO PARA A COLETA DO NUMERADOR	

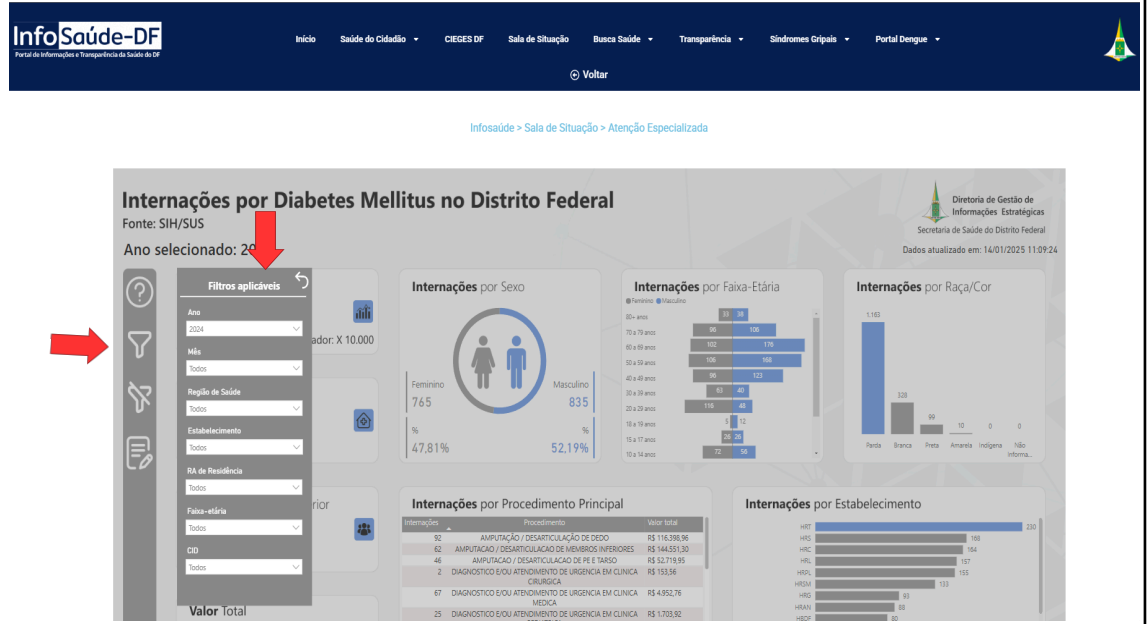
1. **OBTENÇÃO DO NUMERADOR (SALA DE SITUAÇÃO):** Acessar a Sala de situação (<https://info.saude.df.gov.br/>) > Gestão da Saúde.



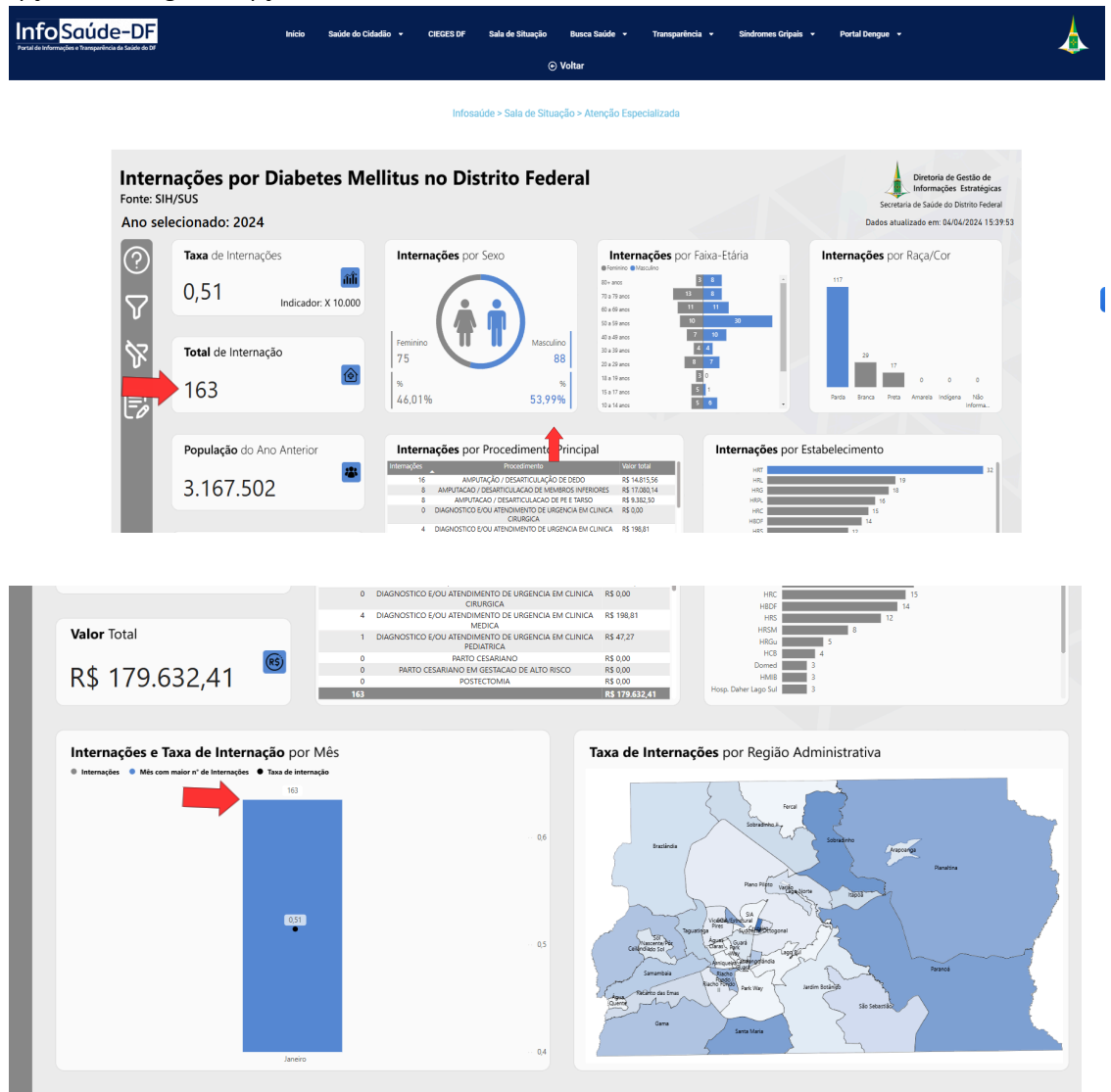
2. Acessar Menu Gestor:



3. Clicar no filtro e selecionar o ano de competência (ano corrente) e mês de competência e Região de Saúde:



4 O Total de Internações dos filtros selecionados será o numerador, podendo retirar o dado na primeira opção ou na segunda opção.



PASSO A PASSO PARA A COLETA DENOMINADOR

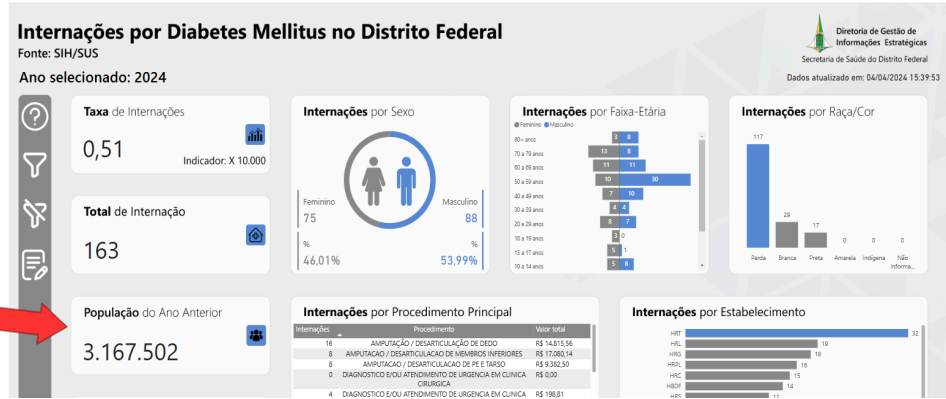
1.

InfoSaúde-DF Portal de Informação e Transparência da Saúde do DF

Início Saúde do Cidadão CIEGES DF Sala de Situação Busca Saúde Transparência Síndromes Crônicas Portal Dengue

Voltar

InfoSaúde > Sala de Situação > Atenção Especializada



OBSERVAÇÕES

Indicador 26: Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações

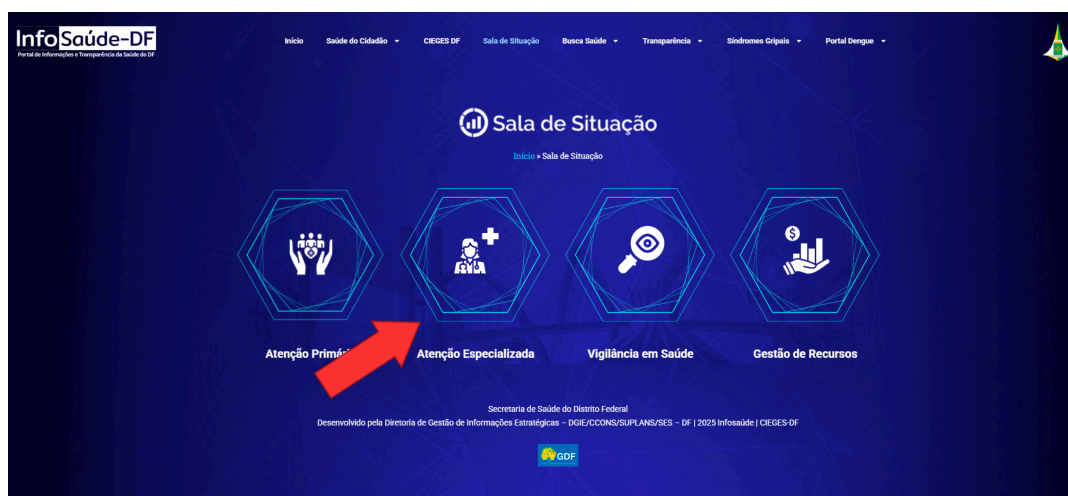
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 26
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações
Conceituação	Número de casos de internações hospitalares por hipertensão arterial e suas complicações, com AIH pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes, na população adulta de 18 anos a mais em um determinado espaço geográfico e período.
Usos	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição das taxas de internações hospitalares, por doenças hipertensivas, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na realização de análises comparativas da necessidade e concentração de recursos. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, ações de prevenção e da assistência na Atenção Primária à Saúde.
Limitações	Não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, as quais podem concentrar atendimento em determinadas especialidades assistenciais, influenciando o padrão de atendimento no SUS. O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de internação registrada. Falhas na codificação da causa de internação podem interferir nos resultados do indicador e exigem cautela na interpretação. A ocorrência eventual de múltiplas internações por pessoa em uma área e período considerado pode superestimar o valor do indicador. Não mensura a efetividade e nem a eficácia das equipes de saúde da APS, pois há regiões de saúde em que o serviço hospitalar admite pessoas de outras localidades (RIDE) em virtude da desatualização do endereço do domicílio.
Fonte	Numerador: Sistema de Internação Hospitalar (SIH), espelhado na sala de situação- Menu Gestor. Denominador: CODEPLAN, espelhado na sala de situação- Menu Gestor.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº de internações hospitalares por hipertensão arterial e suas complicações, de usuários na faixa etária de 18 anos a mais, atendidos em serviços de saúde do DF, faturáveis pelo SUS, por CID-10 selecionados em determinado período. Denominador: Projeção total da população do ano anterior, de usuários na faixa etária de 18 anos a mais, residente na Região. Multiplicador: 10.000
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa para cada 10 mil habitantes
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	n/a
Estratificação	Por região de saúde
Responsável Técnico	COAPS/DESF/GASF GCCDCNT
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 26

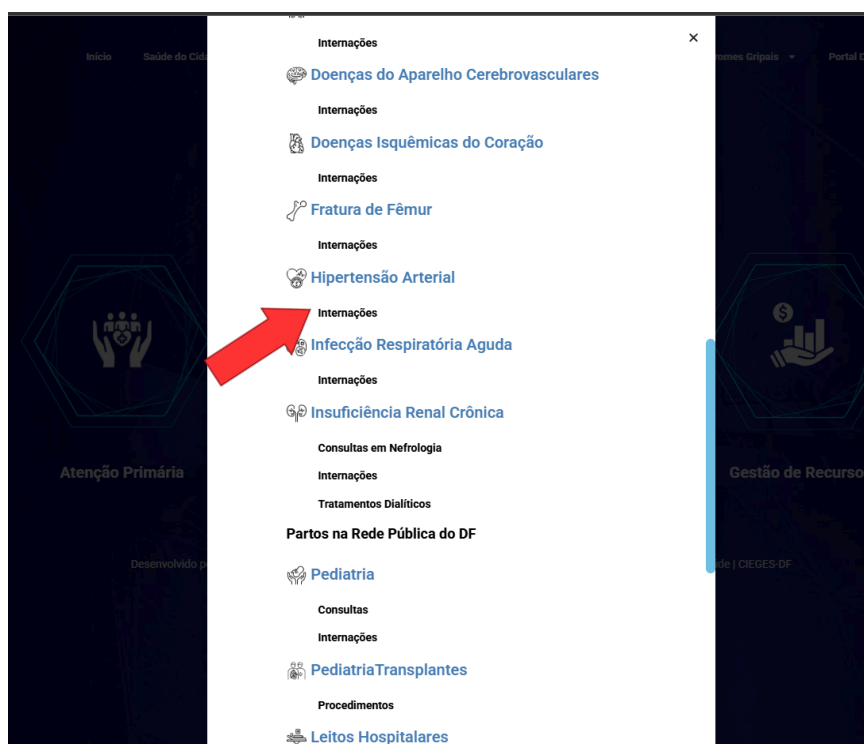
Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados	
Acordo de Gestão Local - AGR	
TEMA	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)
INDICADOR	Taxa de internações relacionadas a Hipertensão e suas complicações
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO NUMERADOR	

OBTENÇÃO DO NUMERADOR (SALA DE SITUAÇÃO):

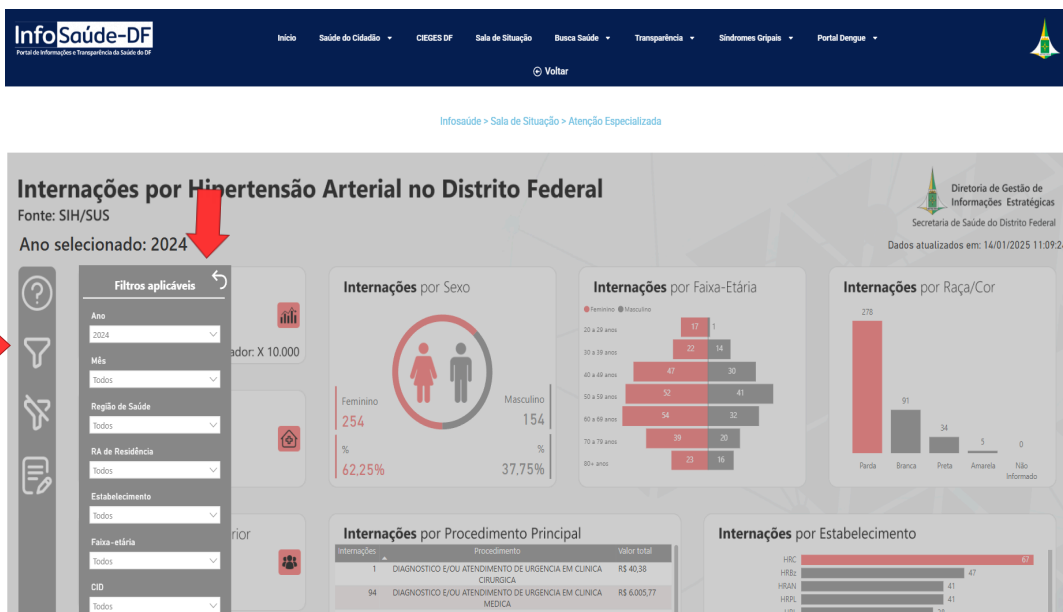
1. Acessar a Sala de situação (<https://info.saude.df.gov.br/>) > Gestão da Saúde:



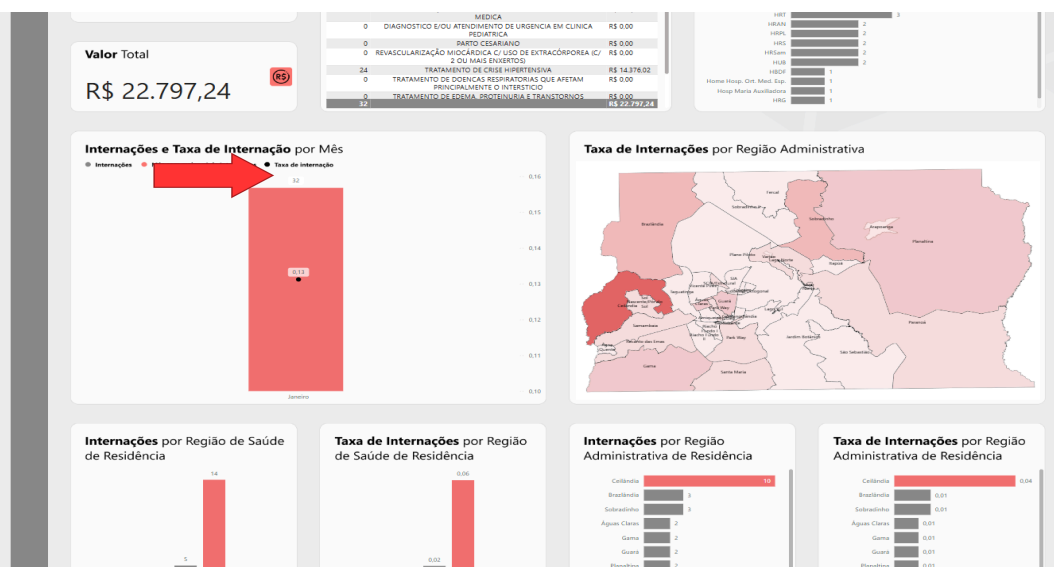
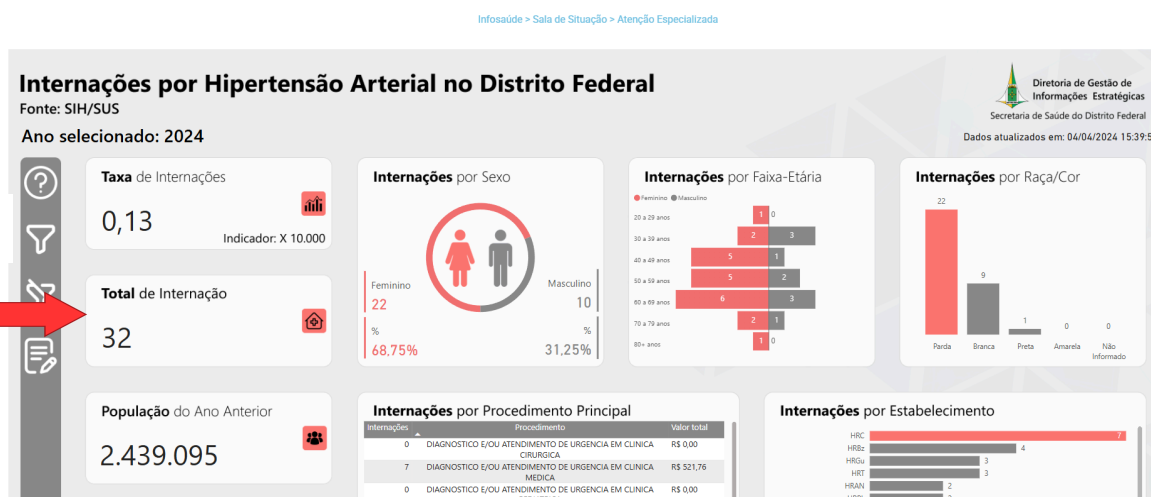
2. Acessar Menu Gestor:



3. Clicar no filtro e selecionar o ano de competência (ano corrente) , mês de competência e Região de Saúde:

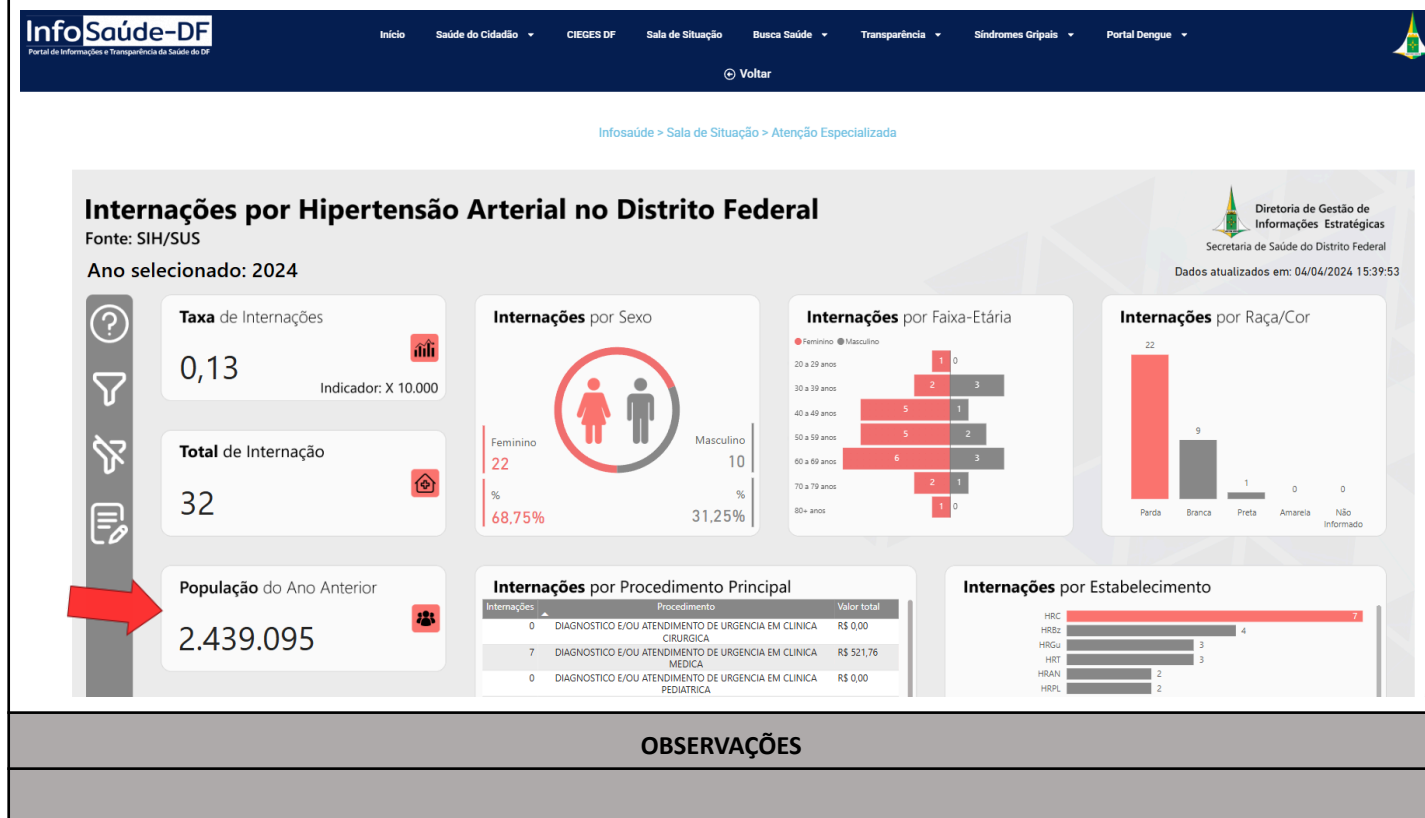


4. O Total de Internações dos filtros selecionados será o numerador, podendo retirar o dado na 1º opção ou na 2º opção.



PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO DENOMINADOR

5. OBTENÇÃO DO DENOMINADOR:



Sistema de Apoio e Logística

Indicador 27: Índice de Fechamento de Chave da Região/URD

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 27
Pactuações	AGR
Indicador	Índice de Fechamento de Chave da Região/URD
Conceituação	Verificar a eficiência no processo de conclusão do agendamento, seja pela informação de comparecimento/execução ou falta, para fins de atualização da capacidade instalada.
Usos	Melhoria do processo de trabalho da equipe e da eficiência nos agendamentos
Limitações	Morosidade e instabilidade do SISREG III e falta de RH
Fonte	SISREG III
Metodologia de Cálculo	<p>Numerador: Nº de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais realizados regulados que tiveram suas chaves fechadas, na Região/URD + faltas marcadas no SISREGIII no período</p> <p>Denominador: Número de agendamentos autorizados pela regulação por região de saúde no período</p> <p>Multiplicador: 100</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por região de saúde ou por URD
Responsável Técnico	DIRAAH/CRDF
Coordenador da Pactuação	DIRAAH/CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas


POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 27

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Índice de fechamento de chave
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
EXTRAÇÃO DO DENOMINADOR E 1ª PARTE DO NUMERADOR (chaves fechadas como “Confirmado”)	
1	Fazer login no SISREG com perfil Administrador de Panorama 1/2 pelo link SISREG III - Servidor de Produção (saude.gov.br);
2	Clicar na Aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO>AMBULATORIAL>UNIDADE EXECUTANTE/PROCEDIMENTO;
3	Colocar o período desejado e clicar em Ok;
4	Anotar os dados das colunas “Qtd Marcado” e “Qtd Confirmado”;
5	Fazer o passo 4 para cada unidade executante.
EXTRAÇÃO DA 2ª PARTE DO NUMERADOR (Faltas)	
1	Fazer login no SISREG com perfil Administrador de Panorama 1/2 pelo link SISREG III - Servidor de Produção (saude.gov.br);
2	Clicar na Aba CONSULTA AMB>AGENDAS;
3	Preencher o período; (o SISREG aceita no máximo 31 dias);
4	Selecionar “EXECUTANTE”;
5	Selecionar “PROFISSIONAL”;
6	Selecionar “PROCEDIMENTO”;
7	Selecionar 50 em “RESULTADOS POR PÁGINA”;
8	Realizar a contagem das “FALTAS” no período;
9	Fazer o passo 8 para cada consulta/exame/procedimento dentro de uma mesma unidade executante. (Repetir o processo para profissionais diferentes que realizem os mesmos consulta/exame/procedimento).
OBSERVAÇÕES	
<p>Sugerimos alterar o Numerador para: Nº de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais realizados regulados que tiveram suas chaves fechadas como “confirmado” + faltas marcadas no SISREGIII no período</p> <p>O numerador é o somatório da quantidade de todos os procedimentos da coluna “Qtd Confirmado”+ as faltas.</p> <p>O denominador é o somatório da quantidade de todos os procedimentos da coluna “Qtd Marcado”. Marcado=Número de agendamentos autorizados. Confirmado=agendamentos que tiveram as chaves fechadas como confirmado. Ao gerar os relatórios de produção das unidades executantes é importante não contabilizar as cirurgias eletivas – CE, pois não fazem parte desse indicador</p> <p>Para auxiliar na elaboração do plano de ação foi elaborado o vídeo abaixo ensinando aos profissionais como fazer o fechamento de chave: https://drive.google.com/file/d/1cnvcGxBN2Syz3RZpKZ4GVyDF7GjpQ4xT/view?usp=sharing</p>	

Indicador 28: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 28
Pactuações	AGR
Indicador	Absenteísmo às primeiras consultas médicas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar
Conceituação	A definição de absenteísmo ambulatorial é o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação.
Usos	Avalia o absenteísmo de usuários às consultas médicas ambulatoriais da Atenção hospitalar
Limitações	Não ter rastreabilidade do comparecimento às consultas ambulatoriais para panorama III; Não diferenciar o absenteísmo do paciente daquele provocado pelas ausências do servidor.
Fonte	Sistema de Informação de Regulação (SISREG)
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de consultas médicas de primeira vez agendadas e não realizadas no âmbito da Atenção hospitalar nos panoramas I e II; Denominador: Total de consultas médicas de primeira vez agendadas no âmbito da Atenção hospitalar nos panoramas I e II. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	
Coordenador da Pactuação	CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 28

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Absenteísmo às primeiras consultas médicas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar
PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR	
1	Acessar o "MAPA SOCIAL DO DF" por meio do link https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/mapa-social-do-df
2	Clicar no botão  "(SAÚDE)" ou utilizar o link https://paineis-ext.mpdft.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html para acessar o "Mapa Social da Saúde".
3	Seguir as orientações contidas no vídeo Tutorial Mapa Social da Saúde
4	Clicar em "Agendamentos" e depois em "Exames e Consultas"
5	Clicar em "FILTROS" no campo superior direito e realizar os filtros pertinentes; - Selecionar Ano e Mês
6	Em seguida escolher o Tipo de procedimento : Consulta
7	Selecionar a " Região de Saúde "/Unidade Executante";
8	Consultar o campo " Status das Solicitações Agendadas " e anotar o número de " FALTAS " no período e os " PENDENTES DE CONFIRMAÇÃO " e fazer a SOMA. (Deve-se considerar os "pendentes de confirmação" como absenteísmo, pois devido ao elevado número de "pendente de confirmação" as "faltas" também terão um número elevado dentro dessa possibilidade.
PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR	
1	Seguir os passos descritos para extração do Numerador
2	Anotar os " Agendamentos " no período. (Subtrair dos " Agendamentos " os " Cancelados ")
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Dividir as " FALTAS " + " PENDENTES DE CONFIRMAÇÃO " pelos " Agendamentos " - " Cancelados ".
OBSERVAÇÕES	

Indicador 29: Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada - HAB, HMIB E HSVP.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 29
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de leitos dos hospitais com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.
Conceituação	Número de leitos hospitalares passíveis de implementação da dose individualizada. A Dose individualizada é um sistema de distribuição de medicamentos por paciente para 24 horas, conforme prescrição médica, que tem como vantagem maior segurança na distribuição, diminuição dos estoques periféricos e maior controle de estoque. Acompanhamento da implementação da dose individualizada nos hospitais, levantando as dificuldades e necessidades para obtenção de 100% de implementação. Leitos passíveis: leito em utilização e passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado (MS. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. 2002. Brasília-DF).
Usos	Melhor gestão do estoque, economia e uso racional de medicamentos .Acompanhamento da implementação da dose individualizada nos hospitais, levantando as dificuldades e necessidades para obtenção de 100% de implementação.
Limitações	Variação do nº de leitos ativos ao longo do período.
Fonte	Planilha de Excel local
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº de leitos com a dose individualizada implantada. Denominador: Nº total de leitos passíveis de implantação de dose individualizada. Multiplicador: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Não há
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde e URD
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DIASF/GAF AE
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/CATES/DIASF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 29

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	A Farmácia Hospitalar deverá levantar a quantidade de leitos ativos do hospital;
2	Após, deverá analisar a quantidade de leitos ativos passíveis de receber dose individualizada;
3	Contabilizar a quantidade de leitos que recebem o kit com os medicamentos para 24 horas do paciente, após avaliação da prescrição;
4	Calcular a porcentagem de acordo com a fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de leitos com dose individualizada}}{\text{n}^\circ \text{ total de leitos passíveis de implementação de dose individualizada}} \times 100$.
OBSERVAÇÕES	
- Sistema de distribuição por dose individualizada: O sistema individualizado determina-se geralmente pela elaboração de kit de medicamentos por um período de 24 horas, no qual os pedidos são feitos especificamente para cada paciente.	
- Leitos passíveis de receber dose individualizada: é o leito no qual o paciente fica internado por mais de 24 horas	

Indicador 30: Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica - HAB, HMIB E HSVP.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 30
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica
Conceituação	O farmacêutico clínico, profissional lotado nos Núcleos de Farmácia Clínica (NFCs), atua diretamente na assistência ao paciente otimizando a farmacoterapia, reduzindo os problemas relacionados a medicamentos, e evitando, racionalizando os custos inerentes. Para tanto o farmacêutico clínico age realizando serviços clínicos, como a conciliação medicamentosa, a revisão da farmacoterapia, a orientação de alta, a promoção de ações educativas com profissionais de saúde e usuários, entre outros. No ambiente hospitalar, considerando que o paciente recebe uma nova prescrição a cada dia, o parâmetro de medida “paciente-dia” é a grandeza que melhor demonstra o universo de demanda do farmacêutico clínico. Por sua vez, é contabilizado como “1 paciente-dia acompanhado” o paciente que é beneficiado por algum serviço prestado pelo farmacêutico clínico num determinado dia. A cada dia, os pacientes que recebem algum serviço são, dessa forma, contabilizados.
Usos	Conhecer o percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica
Limitações	Variação do nº de leitos ativos ao longo do período e escala dos farmacêuticos clínicos nas unidades diariamente.
Fonte	Planilha “Indicadores da Farmácia Clínica” enviada mensalmente por cada NFC
Metodologia de Cálculo	“Pacientes-dia acompanhados pelo NFC (de um determinado mês e hospital)” / “pacientes dia internados (para o mesmo mês e hospital) x 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	15%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DIASF/GAF AE
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/CATES/DIASF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

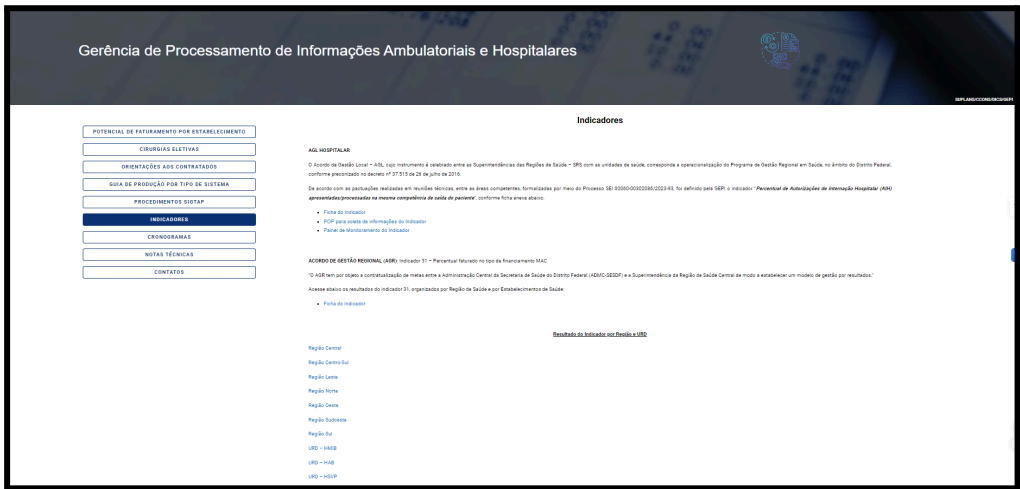

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 30

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Clínica preencherá e enviará para a GAFAE, mensalmente, a planilha “Indicador da Farmácia Clínica”, a qual informações, o número de pacientes-dia acompanhados pelo NFC e total de pacientes-dia internados em
2	A GAFAE recebe e consolida as informações de cada NFC/hospital e cada mês em uma planilha do ano vigente
3	Os dados de “Paciente-dia acompanhado pelo NFC” e “Paciente-dia internado no hospital” são lançados na aba “paciente dia” da planilha consolidada
4	Os dados são lançados na SESPLAN de forma estratificada por hospital e mês (Atribuições da FAFAE)
5	Os dados deverão ser extraídos mensalmente.
OBSERVAÇÕES	
Para o preenchimento do AGR os dados serão fornecidos mensalmente pela DIASF/GAFAE por meio de processo SEI aos agentes de planejamento.	

Indicador 31: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 31
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC
Conceituação	Destina-se ao monitoramento dos valores faturados no componente MAC visando superar o teto Distrital
Usos	Monitorar os valores apresentados e aprovados no tipo de financiamento MAC, Média e Alta Complexidade
Limitações	N/A
Fonte	SIA e SIH/DATASUS
Metodologia de Cálculo	<p>Calcula-se a linha de base dos valores faturados no componente MAC da Região (média mensal do ano anterior). Subtrai-se do valor da produção no mês de competência (processada e aprovada no tipo de financiamento MAC) da Região, a linha de base, e, posteriormente, divide-se pela linha de base calculada. Por fim, multiplica-se por 100.</p> <p>OBS: Exclui-se da linha de base (ano anterior) e do resultado (mês e ano vigente) o Procedimento SIGTAP 03.03.01.02-23 (TRATAMENTO DE INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS – COVID 19) e diárias de UTI.</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Valor de teto MAC meta 5%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	CNES
Responsável Técnico	Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares SUPLANS/DICS/GEPI
Coordenador da Pactuação	Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares SUPLANS/DICS/GEPI
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 31

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	<p>A partir do dia 26/04/2024, conforme Memorando SEI nº 139458858, os dados serão disponibilizados por Região e URD na página WEB da GEPI, no menu INDICADORES, por meio do link: hacao/painel-infosaude-indicadores/https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situ. Na página acessar a Região/URDS na página:</p> 
2	<p>No Dashboard selecionar o mês, e o numerador será Produção (-) Linha de Base em (amarelo) e denominador Linha de Base (2023) em (laranjado). O resultado será o informado no INDICADOR.</p> 
OBSERVAÇÕES	
O detalhamento do faturamento apresentado no relatório, por procedimento, CID, CBO, dentre outros, poderá ser obtido por meio dos painéis de produção, ambulatorial e hospitalar , publicados no InfoSaúde DF.	

Indicador 32: Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 32
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD
Conceituação	Entende-se por desempenho como um conjunto de características ou capacidades de comportamento e rendimento, que permite a passagem de um estado crítico para satisfatório. Consoante ao Programa Nacional de Gestão de Custos - PNGC, entendemos a gestão de custos na saúde, tem como objetivo conhecer os custos dos serviços prestados, bem como demonstrar os processos de trabalho que compõem esses serviços de modo a auxiliar os gestores na tomada de decisão, visando à melhoria na gestão dos recursos.
Usos	É possível expressar o desempenho ou performance que se pretende avaliar utilizando-se uma métrica, ou índice de desempenho em relação às metas previamente definidas. Com isso, é possível acompanhar de forma tempestiva o cumprimento do preenchimento adequado dos custos apurados na unidade de saúde, o que implica na integração sistêmica da organização. Os requisitos definidos previamente compreendem a inserção de dados de custos no Sistema ApuraSUS, referente aos itens de custos e produção mensal.
Limitações	Alinhamento conceitual, e execução manual do Instrumento de Monitoramento do Desempenho - IMD
Fonte	Instrumento de Monitoramento de Desempenho - IMD (planilha em <i>Excel</i> .)
Metodologia de Cálculo	O método de cálculo compreende as 4 (quatro) etapas, subdivididas em critérios, e cada critério pode obter os valores (0 – nenhum, 1 – parcial, e 2 – completo), conforme o preenchimento das informações mínimas de cada etapa, a saber: 1ª Alinhamento Conceitual (capacitações, reuniões, gestores e servidores); 2ª Diagnóstico da Unidade (mapeamento de dados, mapa de relacionamento); 3ª Sistematização da Informação (pessoal, material de consumo, terceiros, e despesas gerais); e, 4ª Análise Crítica (matriz, validação, e relatórios gerais). Para o cômputo do desempenho da unidade considera-se as duas últimas etapas do processo de gestão de custos: 3ª etapa - Preenchimento do ApuraSUS; e, 4ª etapa - Análise Crítica. Esta fórmula é aplicada para cada unidade de saúde, e o resultado alcançado de cada unidade comporá o valor da região, que será ponderado pelo peso de cada uma das unidades dos níveis de atenção. O desempenho só será acompanhado caso a unidade já tenha o custo total apurado em algum momento.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região
Responsável Técnico	DGR/GEC
Coordenador da Pactuação	DGR/GEC

Descrição da Meta	Vide matriz de metas
-------------------	----------------------

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 32

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de desempenho de gestão de custos
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Os NGCs das unidades têm até o dia 15 de cada mês (ou dia útil seguinte), para preencher e atualizar os dados no sistema ApuraSUS/MS. O preenchimento dos dados deve ser realizado no máximo, em média, a 45 dias após o encerramento do mês a ser analisado.
2	Um dia após a data limite concedida ao NGC (ou dia útil seguinte), os relatórios de cada unidade são extraídos do ApuraSUS e exportados para planilhas eletrônicas.
3	Cada estabelecimento é analisado pela equipe GEC, tendo como referência os critérios estabelecidos e particularizados
4	Avaliamos os relatórios do ApuraSUS retroagindo aos meses anteriores daquele ano analisado
5	Preenchemos a planilha “Critérios Análise do IMD 2021” que contém todos os valores anteriores fazendo a atualização para cada unidade.
6	Após o preenchimento da planilha “Critérios Análise do IMD 2021” as informações são processadas em outra planilha chamada “IMD 2021”, já informando o percentual de cada região e URD.
7	O percentual informado de cada região na Planilha “IMD 2021” é copiado e colado na planilha “Recorte IMD”.
8	Disponibilização do resultado – o processo é concluído com a atualização do IMD, de cada região, na pasta compartilhada na rede SES, o que permite a unidade conhecer seu resultado para informar no AGR.
OBSERVAÇÕES	
Os dados mensais serão encaminhados pela GEC via processo SEI.	

Indicador 33: Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 33
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual do total de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em cada Região em comparação com a quantidade de vagas parametrizadas em notas técnicas.
Conceituação	<p>Este indicador tem como objetivo estabelecer um paralelo entre a quantidade de vagas ofertadas como “primeira consulta” nas especialidades dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e se esse quantitativo está de acordo com o parametrizado nas notas técnicas por especialidade.</p> <p>As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) inserem os usuários, de acordo com suas necessidades de atendimento especializado em odontologia, em um sistema de regulação eletrônico (SISREG) para que o ordenamento das solicitações seja transparente e siga critérios descritos em Notas Técnicas.</p> <p>Cada CEO disponibiliza para o SISREG uma quantidade de vagas mensal para as áreas de Endodontia, Periodontia, PCD, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia, Prótese, Odontopediatria e DTM. As vagas ofertadas são classificadas em panorama 3 e o CRDF realiza a regulação e agendamento.</p> <p>Cada especialidade das listadas acima possui uma Nota Técnica que regulamenta e estabelece diversos parâmetros e dentre eles está o parâmetro quantidade de vagas a serem ofertadas por hora por cada especialidade.</p> <p>O intuito com esse indicador é que a quantidade de vagas ofertadas à primeira consulta especializada dentro da especialidade por Região siga o quantitativo de acordo com o parâmetro estabelecido em nota técnica de regulação.</p> <p>O percentual de 100% será alcançado quando a região ofertar a quantidade de vagas descritas em nota técnica.</p> <p>Não necessariamente a oferta da vaga significa que o paciente foi atendido (absenteísmo do paciente ou profissional), ou que todas as vagas foram preenchidas.</p> <p>Pode acontecer de a oferta de vagas ser superior à quantidade de solicitações em fila de espera naquele momento. Como as filas são dinâmicas, é fator precípua que a quantidade de vagas seja ofertada sempre conforme os parâmetros em nota técnica, independentemente se aquela vaga ofertada será preenchida</p>
Usos	A principal finalidade deste indicador é retratar a quantidade de vagas ofertadas pela assistência especializada em odontologia e se essa quantidade está em acordo com o preconizado pelas Notas Técnicas de Regulação de cada especialidade. Utiliza-se esse indicador também para o gerenciamento da quantidade de solicitações em fila de espera pela área técnica comparativamente com a capacidade dos CEOs em atender essas solicitações.
Limitações	A oferta de vagas é variável e dentro do mesmo mês pode ser afetada tanto por afastamentos legais de profissionais quanto por falhas técnicas dos equipamentos, dentre outros. Mensura apenas oferta de vagas para a primeira consulta. Não avalia a resolutividade da assistência à saúde bucal do referido usuário bem como da demanda geral.
Fonte	SISREG e Notas Técnicas de Regulação das Especialidades Odontológicas - Endodontia, Periodontia, PCD, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia, Prótese, Odontopediatria, DTM - disponíveis no sítio eletrônico https://www.saude.df.gov.br/notas-tecnicas .
	NUMERADOR: Soma do número total de vagas ofertadas à primeira consulta por cada especialidade odontológica em cada Região de Saúde. (Soma da oferta real de vagas da Região).

DENOMINADOR: Soma do número total de vagas de todas as especialidades que a Região de Saúde deve oferecer em 1 mês.

MULTIPLICADOR: 100

Faz-se necessário a criação de uma planilha com 7 colunas como no exemplo abaixo:

ESPECIALIDADES	Carga horária SEMANAL	Carga horária MENSAL (Multiplicar por 4)	Parametrização Nota Técnica (quanto maior, disponível na parametrização)	NUMERADOR	DENOMINADOR	Resultado
				OFERTA REAL SISREG	OFERTA base em nota técnica (Horas MÊS X fator multiplicador)	
Endodontia	20	80	0,25	30	20	150,00%
Periodontia	40	160	0,3	30	48	62,50%
Cirurgia Oral Menor	40	160	0,25	30	40	75,00%
Estomatologia	20	80	0,2	10	16	62,50%
PCD	20	80	0,2	30	16	167,50%
DTM	20	80	0,2	16	16	100,00%
Odontopediatria	20	80	0,2	15	16	93,75%
Prótese	20	80	0,2	30	16	167,50%
TOTAL:	200	800		161	168	95,83%

Na primeira coluna colocar **as especialidades** que a Região de Saúde oferece.

Na segunda coluna colocar **a quantidade de horas semanais** que a Região de Saúde disponibiliza para aquela especialidade por mês. (Em casos de Região com 2 CEOs – já colocar nesta coluna a somatória de horas dos 2 CEOs).

Na terceira coluna colocar **a quantidade de horas mensais**. (Fórmula sugerida: segunda coluna multiplicada por 4).

Na quarta coluna colocar **o fator multiplicador** disponível em cada nota técnica.

Na quinta coluna colocar **a quantidade de vagas na primeira consulta que a Região de Saúde ofertou** em 1 mês. (Dado que será disponibilizado pelo CRDF e GEO de forma bimestral via SEI para Região).

Na sexta coluna colocar **a quantidade de vagas que deve ser ofertada**. (Fórmula sugerida: dados da terceira coluna multiplicada por dados da quarta coluna.)

Na sétima coluna colocar **o resultado por especialidade**. (Fórmula sugerida: quinta coluna dividida pela sexta coluna e posteriormente multiplicar por 100 para transformar em %).

O resultado do Indicador estará na última linha da planilha após o somatório do total de vagas ofertadas (coluna cinco) e sua divisão pela soma do total de vagas preconizado em nota técnica (coluna seis).

Importante confeccionar uma planilha para cada mês e ao apresentar os dados no Colegiado quadrimestral – informar a média percentual do quadrimestre.

Seguem abaixo maiores explicações sobre o parametrizado em nota técnica, de acordo com o fator multiplicador de cada especialidade, descrito em nota técnica e a carga horária disponibilizada para cada especialidade.

Endodontia e Cirurgia Oral Menor

Fator multiplicador: 0,25 paciente novo/hora disponível na especialidade/mês.

A = Carga horária total da especialidade multiplicado por 4 semanas

B = Total de vagas a serem ofertadas: **0,25 x A**

Cálculo:

Cirurgião Dentista 20h:

A= 20h semanais X 4 semanais = 80h mensais.

	<p>B= $0,25 \times 80 = 20$ vagas por mês.</p> <p>Cirurgião Dentista 40h: A= 40h semanais X 4 semanais = 160h mensais. B= $0,25 \times 160 = 40$ vagas por mês.</p> <p>Periodontia Fator multiplicador: 0,3 paciente novo/hora disponível na especialidade/mês. Cálculo: Cirurgião Dentista 20h: A= 20h semanais X 4h semanais = 80h mensais. B= $0,3 \times 80 = 24$ vagas por mês. Cirurgião Dentista 40h: A= 40h semanais X 4h semanais = 160h mensais. B= $0,3 \times 160 = 48$ vagas por mês.</p> <p>Estomatologia, Odontologia para a Pessoa com Deficiência e Pacientes com Necessidades Especiais (PCD), Prótese, Odontopediatria, DTM. Fator multiplicador: 0,2 paciente novo/hora disponível na especialidade/mês. Cálculo: Cirurgião Dentista 20h: A= 20h semanais X 4h semanais = 80h mensais. B= $0,2 \times 80 = 16$ vagas por mês. Cirurgião Dentista 40h: A= 40h semanais X 4h semanais = 160h mensais. B= $0,2 \times 160 = 32$ vagas por mês</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Nota Técnica de Regulação de cada especialidade
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	GEO/DASIS/COASIS/SAIS
Coordenador da Pactuação	GEO/DASIS/COASIS/SAIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

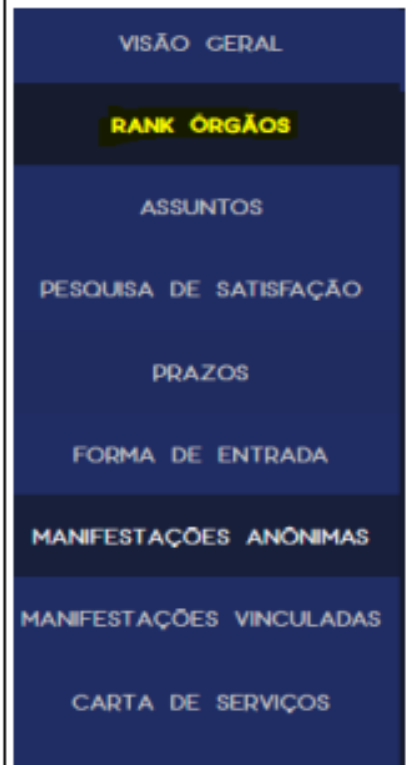
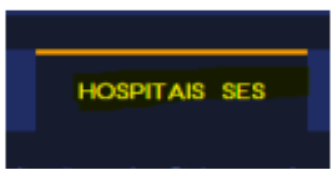

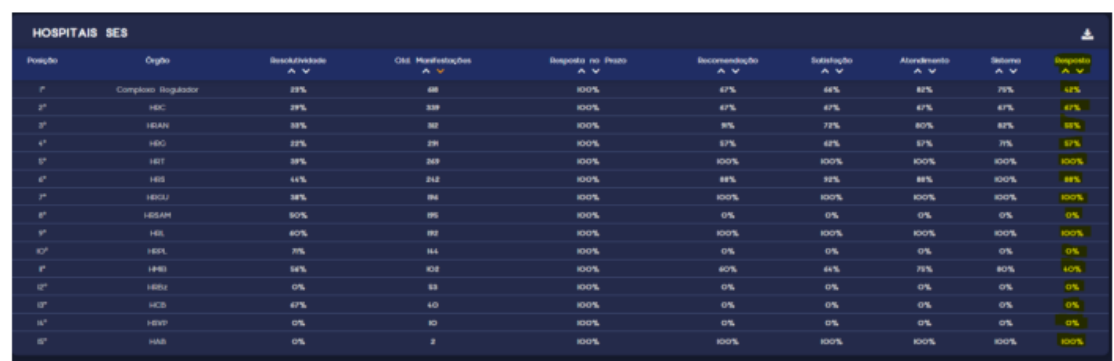
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 33

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de vagas ofertadas como primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Elaborar uma planilha em Excel de 7 colunas conforme explicado na ficha do Indicador
2	Somar a quantidade de horas semanais que a Região oferta de cada especialidade e colocar na coluna 2
3	Na coluna 3 multiplicar os dados da coluna 2 por 4, que é referente a 4 semanas.
4	Na coluna 4 colocar o fator multiplicador de cada especialidade descrito em Nota Técnica. Atentar que cada especialidade possui o seu fator multiplicador.
Extração do NUMERADOR:	
5	Acessar o dado OFERTA REAL de cada especialidade da sua Região de Saúde que será enviado via SEI.
6	Somar os dados da coluna 5.
7	O numerador é a soma dos dados da coluna 5.
Extração do DENOMINADOR:	
8	Realizar o cálculo de quantas vagas a sua Região de Saúde deve ofertar de acordo com o preconizado em Notas Técnicas.
9	Para preenchimentos dos dados da sexta coluna faz-se necessário somar os dados da terceira coluna da planilha (carga horária mensal) multiplicada pelos dados da quarta coluna (fator multiplicador nota técnica).
10	O denominador é a soma dos dados da sexta coluna.
Extração do RESULTADO:	
11	Dividir o numerador pelo denominador
12	Transformar em Percentual (multiplicando por 100).
OBSERVAÇÕES	

Indicador 34: Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria


FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 34 (Agrupamento dos indicadores 34, 35 e 36)
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.
Conceituação	A atividade de ouvidoria é regulamentada pela Lei 4.896/2012, Lei 6.519/2020, Decretos 36.462/2015 e 39.723/2019. As ouvidorias do GDF são monitoradas pela Ouvidoria-Geral do Distrito Federal e possuem indicadores de desempenho. Dentre esses indicadores, temos a satisfação com a resposta entregue ao usuário que é avaliada por ele nas tipologias reclamação, solicitação e denúncia.
Usos	Ao melhorar a qualidade da resposta reduzimos a insatisfação dos usuários dos serviços públicos da SES-DF, inclusive, apresentando melhorias nesses serviços, pois, ao se avaliar uma resposta também existe a preocupação com a qualidade dos serviços prestado, principalmente pela ótica desse cidadão que apontou o problema.
Limitações	Para se avaliar corretamente uma resposta a uma manifestação faz-se necessário conhecer o serviço envolvido, no entanto, isso não é uma tarefa fácil, pois são muitos serviços e a SESDF, com políticas públicas de saúde de estado e município, é muito complexa. Além disso, só é possível a análise da qualidade da resposta por amostragem por conta do volume de manifestações.
Fonte	A principal fonte de dados é o sistema ParticipaDF (https://www.participa.df.gov.br/), sistema informatizado de ouvidoria do Governo do Distrito Federal. Além dele, faz-se uso do Painel Público de Ouvidoria (http://www.painel.ouv.df.gov.br/dashboard).
Metodologia de Cálculo	Numerador: Percentual da satisfação da resposta / 100 Denominador: Nº de manifestações avaliadas
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/CONT/OUVIDORIA
Coordenador da Pactuação	SES/CONT/OUVIDORIA
Descrição da Meta	Ao buscar aprimorar a satisfação do usuário em relação às respostas às suas manifestações na ouvidoria, almeja-se estabelecer uma mediação entre esse cidadão e a SES-DF, visando oferecer soluções para os problemas por ele apresentados. Essa abordagem permite inovar na administração pública, promovendo uma maior eficiência dos serviços públicos com ênfase no bem-estar coletivo.

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 34

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR																																																																																																																																																																	
TEMA	Sistema de apoio e logística																																																																																																																																																																
INDICADOR	Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.																																																																																																																																																																
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR																																																																																																																																																																	
1	<p>Acesse o Painel de Ouvidoria: http://www.painel.ouv.df.gov.br/dashboard, escolha no menu à esquerda “Rank órgãos” e depois nos Hospitais SES.</p>  																																																																																																																																																																
2	<p>Selecione o período (mês) 01/XX/20XX a 3X/XX/20XX de apuração</p> 																																																																																																																																																																
3	<p>Verifique a última coluna correspondente à satisfação com a resposta onde estará especificada a porcentagem relativa ao desempenho da respectiva ouvidoria com relação à satisfação com a resposta.</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Posição</th> <th>Órgão</th> <th>Respostas</th> <th>Org. Manifestações</th> <th>Resposta no Prazo</th> <th>Recomendação</th> <th>Satisfação</th> <th>Adequação</th> <th>Retorno</th> <th>Resposta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1ª</td><td>Complexo Regulator</td><td>23%</td><td>48</td><td>100%</td><td>47%</td><td>47%</td><td>47%</td><td>75%</td><td>47%</td></tr> <tr><td>2ª</td><td>HSC</td><td>23%</td><td>33</td><td>100%</td><td>47%</td><td>47%</td><td>47%</td><td>47%</td><td>47%</td></tr> <tr><td>3ª</td><td>HSAH</td><td>23%</td><td>30</td><td>100%</td><td>3%</td><td>72%</td><td>30%</td><td>30%</td><td>30%</td></tr> <tr><td>4ª</td><td>HSG</td><td>23%</td><td>29</td><td>100%</td><td>37%</td><td>42%</td><td>37%</td><td>71%</td><td>37%</td></tr> <tr><td>5ª</td><td>HST</td><td>23%</td><td>29</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr> <tr><td>6ª</td><td>HSS</td><td>44%</td><td>212</td><td>100%</td><td>88%</td><td>82%</td><td>88%</td><td>100%</td><td>88%</td></tr> <tr><td>7ª</td><td>HCSJ</td><td>38%</td><td>84</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr> <tr><td>8ª</td><td>HCSAH</td><td>30%</td><td>36</td><td>100%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>9ª</td><td>HCS</td><td>30%</td><td>32</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr> <tr><td>10ª</td><td>HCSL</td><td>7%</td><td>14</td><td>100%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>11ª</td><td>HCSB</td><td>14%</td><td>22</td><td>100%</td><td>40%</td><td>44%</td><td>75%</td><td>30%</td><td>40%</td></tr> <tr><td>12ª</td><td>HCSM</td><td>0%</td><td>0</td><td>100%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>13ª</td><td>HCSO</td><td>47%</td><td>40</td><td>100%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>14ª</td><td>HCSV</td><td>0%</td><td>0</td><td>100%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>15ª</td><td>HAS</td><td>0%</td><td>2</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>	Posição	Órgão	Respostas	Org. Manifestações	Resposta no Prazo	Recomendação	Satisfação	Adequação	Retorno	Resposta	1ª	Complexo Regulator	23%	48	100%	47%	47%	47%	75%	47%	2ª	HSC	23%	33	100%	47%	47%	47%	47%	47%	3ª	HSAH	23%	30	100%	3%	72%	30%	30%	30%	4ª	HSG	23%	29	100%	37%	42%	37%	71%	37%	5ª	HST	23%	29	100%	100%	100%	100%	100%	100%	6ª	HSS	44%	212	100%	88%	82%	88%	100%	88%	7ª	HCSJ	38%	84	100%	100%	100%	100%	100%	100%	8ª	HCSAH	30%	36	100%	0%	0%	0%	0%	0%	9ª	HCS	30%	32	100%	100%	100%	100%	100%	100%	10ª	HCSL	7%	14	100%	0%	0%	0%	0%	0%	11ª	HCSB	14%	22	100%	40%	44%	75%	30%	40%	12ª	HCSM	0%	0	100%	0%	0%	0%	0%	0%	13ª	HCSO	47%	40	100%	0%	0%	0%	0%	0%	14ª	HCSV	0%	0	100%	0%	0%	0%	0%	0%	15ª	HAS	0%	2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Posição	Órgão	Respostas	Org. Manifestações	Resposta no Prazo	Recomendação	Satisfação	Adequação	Retorno	Resposta																																																																																																																																																								
1ª	Complexo Regulator	23%	48	100%	47%	47%	47%	75%	47%																																																																																																																																																								
2ª	HSC	23%	33	100%	47%	47%	47%	47%	47%																																																																																																																																																								
3ª	HSAH	23%	30	100%	3%	72%	30%	30%	30%																																																																																																																																																								
4ª	HSG	23%	29	100%	37%	42%	37%	71%	37%																																																																																																																																																								
5ª	HST	23%	29	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																																																																																																																																								
6ª	HSS	44%	212	100%	88%	82%	88%	100%	88%																																																																																																																																																								
7ª	HCSJ	38%	84	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																																																																																																																																								
8ª	HCSAH	30%	36	100%	0%	0%	0%	0%	0%																																																																																																																																																								
9ª	HCS	30%	32	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																																																																																																																																								
10ª	HCSL	7%	14	100%	0%	0%	0%	0%	0%																																																																																																																																																								
11ª	HCSB	14%	22	100%	40%	44%	75%	30%	40%																																																																																																																																																								
12ª	HCSM	0%	0	100%	0%	0%	0%	0%	0%																																																																																																																																																								
13ª	HCSO	47%	40	100%	0%	0%	0%	0%	0%																																																																																																																																																								
14ª	HCSV	0%	0	100%	0%	0%	0%	0%	0%																																																																																																																																																								
15ª	HAS	0%	2	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																																																																																																																																								

4	<p>Para obter o numerador, dividir o valor em percentual por 100. Por exemplo, se o valor em percentual for 50%, você dividirá 50 por 100 para obter o valor decimal correspondente: $50 / 100 = 0,50$ Então, o valor decimal correspondente a 50% é 0,50. Denominador:</p>
---	--

Denominador

1	<p>Para obter o denominador, passar o mouse sobre a porcentagem sem clicar até que apareça a quantidade de manifestações avaliada quanto à satisfação com a resposta.</p> 
---	--

OBSERVAÇÕES

O resultado do indicador será calculado pela ferramenta de monitoramento disponibilizada e compartilhada pela área encarregada de acompanhar e analisar os resultados dos Acordos de Gestão. Será apresentado, em percentual, o valor correspondente à satisfação com a resposta fornecida, relativo ao universo de manifestações avaliadas.

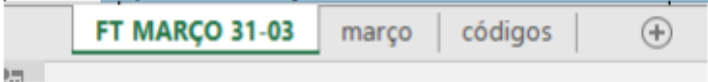
Indicador 37: Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD

INDICADOR SOBRESTADO ATÉ REFORMULAR
1º BIMESTRE/2024
Despacho SES/SUPLANS/CPLAN/DGR/GCR (132874790)

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicadores Nº37
Pactuações	AGR
Pactuações	"Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD"
Conceituação	Explicita a contribuição do motivo 341 - Licença médica do servidor para o total de afastamentos observados na Região/URD. São considerados afastamentos: atestado de comparecimento, atestado médico/odontológico, licenças médicas, faltas injustificadas e atrasos injustificados.
Usos	Uma vez fornecida a participação das licenças médicas para o total de afastamentos, possibilita-se um aprofundamento por meio das regiões/URD quanto aos principais motivos para atestado, possibilitando assim o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde do trabalhador e ampliação da disponibilidade profissional para o desempenho das atividades.
Limitações	Tendo em vista que nem todos os afastamentos são registrados porque alguns servidores não registram a frequência eletronicamente, o indicador não corresponde à totalidade dos afastamentos. Ainda, algumas inconsistências são verificadas na extração visto que o sistema utilizado tem por finalidade primeira o registro de ponto.
Fonte	Relatórios Gerenciais extraídos do ForPonto e SIGRHWeb.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número em horas de afastamentos com o código 341 na Região de Saúde/URD Denominador: Soma em horas de todos os afastamentos na Região de Saúde/URD Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	n/a
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/SUGEP/CIGEC/DIPMAT
Coordenador da Pactuação	SES/SUGEP/CIGEC/DIPMAT
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 37

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado
Acordo de Gestão Regional – AGR

TEMA	Sistema de apoio e logística																		
INDICADOR	“Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total absenteísmo da Região/URD”.																		
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR																			
1	Extração dos dados referentes às horas ausentes via ForPonto (Relatórios – Absenteísmo)*.																		
2	Extração dos dados referentes às horas contratadas via SIGRH (Extração Força de Trabalho)																		
3	Tratamento dos dados via Excel. Conforme Passos abaixo																		
4	Após baixar o relatório via ForPonto, Copiar: Matrícula, código e horas e colocar em uma nova planilha (pasta nova). No novo documento: Colocar na planilha a Força de trabalho do último dia do mês de referência 																		
5	Criar duas novas colunas – Uma para hora e outra para minutos (extrair horas e minutos dessa coluna inicial de horas). No absenteísmo trabalhamos com horas, por isso a necessidade de transformar. PARA HORAS: Usar a fórmula ESQUERDA e extrair 3 caracteres. (Algumas horas vão sair com “: ” utilizar o substituir para retirar) PARA MINUTOS: Usar a fórmula DIREITA e extrair 2 caracteres. Terminada a fórmula divide o resultado por 60 para o resultado sair em HORAS. Depois disso, criar uma terceira coluna e somar as duas colunas anteriores. Verificar se tudo está formatado como número porque se não a soma resultará em 0.																		
6	Por fim, utilizar a fórmula PROCV das matrículas com a Força de Trabalho do mês para verificar a presença de N/D. Para fazer o PROCV - =PROCV(VALOR PROCURADO; MATRIZ TABELA; NÚMERO ÍNDICE COLUNA; PROCURAR INTERVALO), nos quais Valor procurado = Matrícula; Matriz Tabela = Força de Trabalho do mês de referência; Número índice de coluna = Coluna Referente a lotação, colocar em número (usar coluna UA/LOTAÇÃO, número 5); Procurar intervalo = 0 (para sair a informação exata).																		
7	Utilização de fórmulas (SOMASES e SOMA) a fim de calcular o % de horas de afastamento decorrentes de licença médica – vide observações.																		
8	Para cálculo das fórmulas SOMASES E SOMA =SOMASES (INTERVALO SOMA; INTERVALO CRITÉRIO; CRITÉRIO) /SOMA DAS HORAS DE AFASTAMENTO; nos quais: Intervalo soma = coluna que apresenta soma dos afastamentos; intervalo critério = coluna com os códigos; critério = digitar o código referente a licença médica = 341 Para soma das horas de afastamento usar: =SOMA(SELECIONAR COLUNA REFERENTE ÀS HORAS DE AFASTAMENTO).																		
OBSERVAÇÕES																			
<p>Códigos considerados como afastamento do servidor :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>MOTIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8</td> <td>Atraso</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Atestado médico (até 3 dias)</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>Atestado de comparecimento c/ comp.</td> </tr> <tr> <td>100</td> <td>Atestado de comparecimento s/ comp.</td> </tr> <tr> <td>240</td> <td>Falta injustificada</td> </tr> <tr> <td>341</td> <td>Licença méd. servidor</td> </tr> <tr> <td>345</td> <td>Licença tratamento fora</td> </tr> <tr> <td>348</td> <td>Licença doença pessoa família</td> </tr> </tbody> </table> <p>Os dados são coletados após a tratativa do ponto referente ao mês anterior. Assim, os códigos 008 e 240 só serão considerados se de fato não houver a tratativa do ponto.</p> <p>*Dados serão extraídos e fornecidos mensalmente pela SES/SUGEP/CIGEC/DIPMAT via processo SEI.</p>		CÓDIGO	MOTIVO	8	Atraso	14	Atestado médico (até 3 dias)	16	Atestado de comparecimento c/ comp.	100	Atestado de comparecimento s/ comp.	240	Falta injustificada	341	Licença méd. servidor	345	Licença tratamento fora	348	Licença doença pessoa família
CÓDIGO	MOTIVO																		
8	Atraso																		
14	Atestado médico (até 3 dias)																		
16	Atestado de comparecimento c/ comp.																		
100	Atestado de comparecimento s/ comp.																		
240	Falta injustificada																		
341	Licença méd. servidor																		
345	Licença tratamento fora																		
348	Licença doença pessoa família																		

Indicador 38: Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº38
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde
Conceituação	Número de casos suspeitos/prováveis de arboviroses digitados no SINAN - ONLINE em até 7 dias da data de notificação pela Região de Saúde em relação ao total de casos notificados.
Usos	Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Rede de Atenção à Saúde; Vigilância Epidemiológica investiga e acompanha todos os casos notificados e digitados no SINAN-Online, recomenda medidas de controle, a Vigilância Ambiental implementa ações de manejo ambiental, controle vetorial e preventivas e para a Rede de Atenção direciona demanda assistencial.
Limitações	Subnotificação de casos, erros de digitação e alterações intencionais na data de notificação
Fonte	SINAN ONLINE
Metodologia de Cálculo	<p>Numerador: Número de casos de (dengue + chikungunya + zika) digitados até 7 dias da data de notificação.</p> <p>Denominador: Total de casos digitados de (dengue + chikungunya + zika)</p> <p>Multiplicador: 100</p> <p>Para finalmente calcular o indicador: Por exemplo: Cálculo do percentual: 19/20 de x100 = 95%. Resultado satisfatório</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Satisfatório ≥ 95% = Verde / Regular 65 a 89,9% = Amarelo / Não satisfatório ≤ 64,9% = Vermelho
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GVDT
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GVDT
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

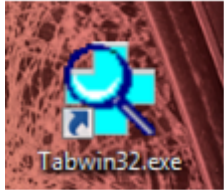

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 38

POP – Procedimento operacional padrão para coleta de dados Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Sistema de Apoio e Logística
INDICADOR	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	No banco de dados extraído do Sinan On Line (para dengue e chikungunya) e do Sinan Net (para zika) realizar os seguintes passos no arquivo DBF
2	Abrir o arquivo em Excel ;
3	Selecionar toda a linha 1 e clicar em “Classificar e filtrar Filtro”
4	Para Zika filtrar a coluna referente ao campo ID_AGRAVO selecionando o CID de Zika (A92.8) no banco de dados NOTINDIV;
5	Na coluna a que se refere o campo “SG_UF” filtrar os casos correspondentes ao DF, código 53;
6	Na coluna a que se refere o campo ID_DISTRICT filtrar as Regiões Administrativas de acordo com a região de saúde que está realizando o monitoramento;
7	Na coluna a que se refere o campo ID_DISTRICT filtrar as Regiões Administrativas de acordo com a região de saúde que está realizando o monitoramento;
8	Criar uma coluna no formato NÚMERO com a seguinte fórmula : (= a coluna referente ao campo DT_DIGITA – a coluna referente ao campo DT_NOTIFIC), para que se identifique a quantidade de dias transcorridos entre a notificação e a digitação; clicar no botão ENTER;
9	Clicar duas vezes no canto inferior direito da célula para a fórmula se estender à toda a coluna;
10	Executar filtro nesta coluna marcando apenas os números de 0 a 7. Esse procedimento deverá ser realizado para cada um dos bancos das arboviroses. A quantidade de casos digitados entre 0 e 7 dias de cada arbovirose deve ser somada;
11	O numerador será a soma das quantidades de casos digitados em até 7 dias de dengue, zika e chikungunya e o denominador será a soma da quantidade de total de casos notificados de dengue, zika e chikungunya no período a que se refere o monitoramento, multiplicado por 100.
OBSERVAÇÕES	
O procedimento descrito acima deverá ser realizado com cada um dos 3 bancos (dengue, zika e chikungunya), para que se obtenha um único valor final.	

Indicador 39: Percentual de cura dos casos novos de tuberculose

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 39
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cura dos casos novos de tuberculose
Conceituação	Expressa a efetividade do tratamento. O alcance das metas pactuadas para esse indicador visa a redução da transmissão para novos paciente, diminuindo a ocorrência de casos novos
Usos	Vigilância Epidemiológica e Rede de Atenção à Saúde. Indicador importante para avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento
Limitações	Apresenta restrição no uso sempre que ocorra elevada proporção de registro sem informação do desfecho do tratamento. Subnotificações , Incompletudes e inconsistências das fichas , dificuldade quanto ao retorno das informações referentes ao tratamento e acompanhamento das UBS para a Vigilância DIRAPS
Fonte	SINAN Net
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de casos novos de tuberculose encerrados por cura no ano de diagnóstico anterior em residentes em determinada Região de Saúde. Denominador total de casos novos residentes na mesma Região de Saúde nos anos das Fator multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Bom \geq 85% Regular 70% a 85% Não satisfatório: < 70%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GEVIST
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GEVIST
Descrição da Meta	SVS/DIVEP/GEVIST

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 39

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de cura dos casos de tuberculose
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	<p>Acessar tabulador de dados tabwin</p>  <p>1ª Etapa: Executar no TabWin uma tabulação da situação de encerramento dos casos que iniciaram tratamento no ano de diagnóstico de interesse.</p>
2	<p>LINHAS: Superin Saúde 2020/ COLUNAS Situação Encerramento/INCREMENTO Frequência SELEÇÕES ATIVAS/ Ano Diagnóstico: ano anterior à extração dos dados / Mês de diagnóstico: cumulativo/ Tipo de entrada: Caso Novo, pós-óbito e não sabe Uf de Residência: DF / Situação encerramento: Marcar todos, exceto Mudança de Diagnóstico, TB-DR, Mudança de esquema e Falência / Superin Saúde 2020: Selecionar a região de saúde de interesse Clicar no comando Executar NÃO CLASSIFICADOS Marcar “Ignorar”</p>
3	<p>2ª Etapa - manter apenas as colunas Ign/Branco; Cura, Abandono, Abandono Primário e Total, eliminando as outras. Clicar no menu Quadro, opção eliminar colunas e selecionar As colunas que deseja eliminar.</p>
4	<p>3ª Etapa - Cálculo dos percentuais: Selecione a opção Calcular Indicador no menu Operações:/ Selecione a opção Numerador – Cura Selecione a opção Denominador – Total/ Marque a opção Escala – 100 Marque a opção Casas decimais – 1/ Escreva no Título da coluna – % Cura Mova a coluna “% Cura” para depois da coluna “Cura”</p>
5	<p>4ª Etapa – Clicar no comando copiar para clipboard</p>  <p>Abrir a tabela no Excel</p>
OBSERVAÇÕES	
<p>Os meses de diagnóstico deverão ser preenchidos considerando o ano diagnóstico anterior à extração do dado. Exemplo: se a tabulação está sendo realizada no dia 25 de março de 2023, os dados selecionados deverão corresponder aos meses de janeiro a março de 2022</p> <p>OBS: Área Técnica da Tuberculose/GEVIST irá calcular o indicador do AGR e enviar às regiões de saúde os resultados, via SEI, 00060-00191679/2023-18</p>	

Indicador 40: Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 40
Pactuações	
Indicador	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde
Conceituação	Número de indivíduos examinados entre os contatos intradomiciliares indicados pelo caso confirmado
Usos	Vigilância Epidemiológica e Rede de Atenção à Saúde. Indicador importante para avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de novos casos e interrupção de transmissão de casos novos no território.
Limitações	Subnotificações, Incompletudes e inconsistências das fichas , dificuldade quanto ao retorno das informações referentes ao tratamento e acompanhamento da UBS para a Vigilância DIRAPS
Fonte	SINAN Ne
Metodologia de Cálculo	Numerador: contatos intradomiciliares examinados referentes aos casos novos residentes em determinada Região de Saúde e diagnosticados no ano de avaliação. Denominador: total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de avaliação. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Bom \geq 75% Regular 50% a 74,9% Não satisfatório: < 50%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GVDT
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GVDT
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

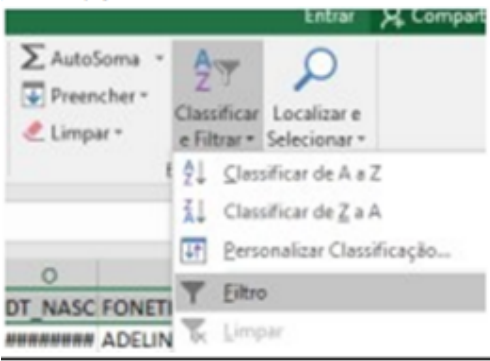
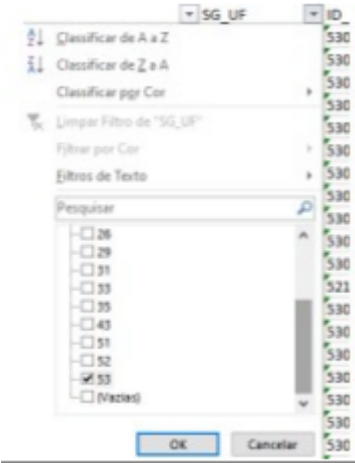
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 40

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	<p>Acessar tabulador de dados tabwin</p>  <p>1ª Etapa: Executar no TabWin a tabulação de contatos intradomiciliares registrados de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano da avaliação.</p>
2	<p>2ª Etapa:</p> <p>LINHAS: Superin Saúde 2020 COLUNAS: Não ativa- não suprimir colunas zeradas INCREMENTO: Marcar Contato registrado e Contato Registrado SELEÇÕES DISPONÍVEIS: ANO DIAGNÓSTICO: Selecione o ano da avaliação MODO DE ENTRADA: Selecione “ Caso Novo” TIPO DE SAÍDA: Selecione todas, exceto erro diagnóstico, utilizando a tecla “ctrl” e o mouse simultaneamente. UF RESIDÊNCIA: Distrito Federal NÃO CLASSIFICADOS: Marcar “Incluir” Clicar em Executar</p>
3	<p>3ª Etapa:</p> <p>No Menu Operações, escolha a opção: Calcular indicador e selecione: Numerador - Contato Examinado Denominador: Contato Registrado Escala: 100 Casas decimais: 0 ou 1 Título da coluna - % Contatos Examinados</p>
OBSERVAÇÕES	

Indicador 41: Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 41
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, chikungunya e zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde.
Conceituação	Número de fichas de notificação de arboviroses investigadas e encerradas em até 60 dias entre o total de casos notificados de arboviroses.
Usos	Vigilância Epidemiológica e Rede de Atenção à Saúde.
Limitações	Incompletude ou inconsistências dos dados registrados que impeçam a localização do paciente para a investigação do caso.
Fonte	SINAN ONLINE
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de fichas de notificação de dengue, zika e chikungunya investigados e encerrados em até 60 dias da data de notificação Denominador: número total de fichas de notificação de casos suspeitos de dengue, zika e chikungunya notificados no período analisado. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Bom ≥ 90% Regular 75% a 89,9% Não satisfatório: < 75%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Regional de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GVDT
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GVDT
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

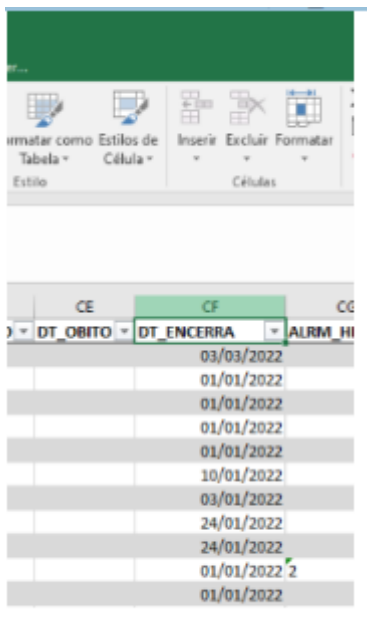
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 41

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Exportar o banco de dados no SINAN Online;
2	Abrir o banco de dados baixado no programa Microsoft Excel
3	<p>Aplicar “filtro” nos cabeçalhos (linha 1): Selecionar toda a linha “1” e clicar em “Classificar e filtrar -> Filtro”</p> 
4	<p>Na coluna “X” filtrar os casos residentes no DF (SG_UF), correspondente ao código 53;</p> 
5	<p>Na coluna “X” (ID_DISTRIT) filtrar os casos residentes nos distritos da área de Abrangência da região de saúde, de acordo com os códigos abaixo:</p> <p>Região de Saúde ID Distritos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Central: 15 (Cruzeiro), 25 (Lago Norte), 26 (Lago Sul), 32 (Sudoeste/Octogonal), 33 (Varjão), 560 (Plano Piloto); 2. Centro-Sul: 12 (Candangolândia), 20 (Riacho Fundo I), 21 (Riacho Fundo II), 22 (Guará), 29 (Núcleo Bandeirante), 30 (SIA), 31 (Park Way), 96 (Estrutural); 3. Leste: 23 (São Sebastião), 24 (Paranoá), 35 (Jardim Botânico), 97 (Itapoã); 4. Norte: 11 (Sobradinho), 17 (Planaltina), 34 (Sobradinho II), 435 (Fercal); 5. Oeste: 1 (Ceilândia), 14 (Brazlândia); 6. Sudoeste: 9 (Taguatinga), 13 (Águas Claras), 16 (Recanto das Emas), 18 (Samambaia), 364 (Vicente Pires);

6. Sul: 10 (Gama), 19 (Santa Maria).

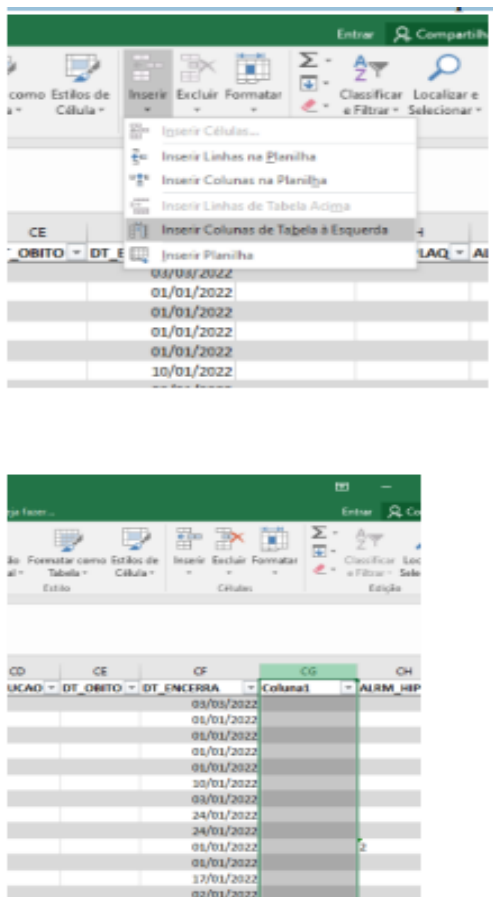
Deve-se localizar a COLUNA dos casos encerrados (DT_ENCERRA)

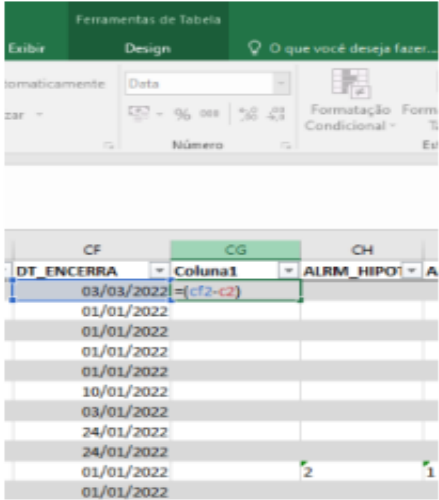
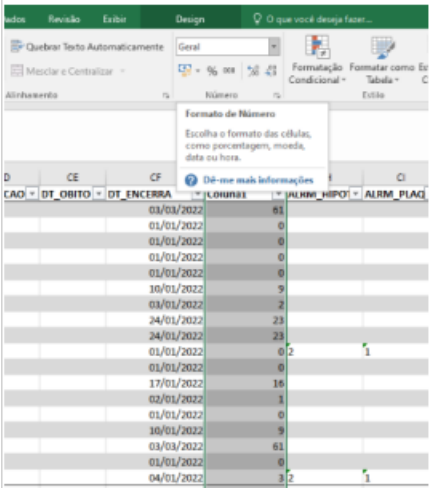
6



Após a localização da COLUNA (DT_ENCERRA) deve-se inserir uma nova coluna do lado direito da COLUNA (DT-ENCERRA) clicando no ícone “inserir” e em seguida clicar em “Inserir colunas de tabela à esquerda”, conforme abaixo:

7



<p>8</p>	<p>Para conhecer o tempo, em dias, transcorrido entre a data da notificação e a data de encerramento deverá ser realizada a seguinte fórmula na primeira célula da nova coluna inserida planilha Excel: $\{=(Cédula da data de encerramento-Cédula da data de notificação)\}$ e em seguida dar um ENTER</p> 
<p>9</p>	<p>Após a realização do cálculo de dias, a coluna dos dias deverá estar no formato GERAL, identificada na barra de ferramentas.</p> 
<p>10</p>	<p>A partir desse passo será possível contabilizar o quantitativo de casos encerrados em até 60 dias. Soma-se o quantitativo de casos encerrados em até 60 dias, no período definido e divide-se pelo quantitativo total de casos notificados no mesmo período e multiplica-se o resultado por 100. Ex.: N^o de casos encerrados em até 60 dias = 16 N^o de casos encerrados = 18</p>
<p>OBSERVAÇÕES O acesso ao SINAN é disponibilizado pela GIASS/DIVEP/SVS.</p>	


Indicador 42: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionado ao trabalho


FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 42
Pactuações	AGR
Indicador	Número de notificações por acidente de trabalho / agravos relacionados ao trabalho
Conceituação	<p>O indicador monitora o número de notificações por acidente de trabalho /agravos relacionados ao trabalho.</p> <p>De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (2022), notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à Saúde para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. A partir delas são adotadas ações de promoção, proteção e controle. Diversos estudos apontam que há subnotificação dos casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho.</p> <p>São de notificação compulsória os seguintes agravos relacionados ao trabalho (Portaria nº 508, edição nº 241 do Diário Oficial do Distrito Federal (DODF), página 41):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Acidente de Trabalho ● Acidente de Trabalho com Material Biológico ● Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho ● Câncer relacionado ao Trabalho ● Dermatoses Ocupacionais ● Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) ● Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) ● Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho ● Pneumoconioses relacionadas ao trabalho ● Transtornos mentais relacionados ao trabalho. <p>Ainda é necessário um esforço para que as unidades notificadoras, bem como as respectivas equipes assistenciais, informem todos os casos, implicando em uma atuação mais eficiente e eficaz da vigilância em saúde do trabalhador.</p> <p>De acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, trabalhador é todo homem e mulher, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado. Entretanto, conforme OFÍCIO CIRCULAR Nº 3/2020/DSASTE/SVS/MS (Assunto: Dúvidas e respostas sobre a Nota Informativa 94/2019 - DSAST/SVS/MS – Definição de novos casos da ficha de agravos e doenças relacionadas ao trabalho), deve-se evitar o registro das seguintes ocupações: Estudante, Dona de Casa, Aposentado/Pensionista, Desempregado Crônico Ou cuja Habitação Habitual Não Foi Possível Obter e Presidiário, pois não constam na relação da CBO 2002. Agravos e doenças ocorridos com estas classificações, inseridas pelo Sinan, não são ocupacionais.</p> <p>Nas fichas do Sinan o campo OCUPAÇÃO deve ser preenchido com alguma opção da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). A CBO, instituída pela Portaria Ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, do Ministério do Trabalho e Emprego, é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdo das ocupações (profissões) do mercado de trabalho brasileiro (Ver: http://portalfat.mte.gov.br/wpcontent/uploads/2016/04/CBO2002_Liv3.pdf).</p> <p>O campo ocupação (CBO) no Sinan é de preenchimento obrigatório para agravos e doenças relacionadas ao trabalho de notificação compulsória, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 4 e 5. A busca do CBO mais adequado, no Sinan net, é feita nominalmente e não pelo código, digitando o símbolo % na frente do nome da ocupação.</p>

	<p>Com relação às notificações de Doenças e Agravos ocorridos com trabalhadores, na situação de estagiários, todas as doenças e agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória ocorridos com estagiários devem ser notificados. No campo 31-OCUPAÇÃO, deve-se registrar a ocupação relativa ao estágio (ou trabalho) que estava sendo executado e que está associado ao agravo ou doença, por exemplo, Técnico em Enfermagem, Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Fisioterapeuta, Técnico em Agropecuária etc... E no campo 32- Situação no Mercado de Trabalho, registrar o número 12-Outros e escrever ESTAGIÁRIO OU ESTUDANTE.</p> <p>Nos casos de doenças e agravos ocorridos com crianças e adolescentes com até 17 anos de idade, deve-se proceder o registro da seguinte maneira: No caso de menor aprendiz, legalmente comprovado, preencher o campo 31- OCUPAÇÃO com a profissão que o menor está executando, por exemplo, auxiliar de escritório e o campo 32- SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO com a OPÇÃO 01- EMPREGADO REGISTRADO COM CARTEIRA ASSINADA (Figura 2). No caso de trabalho infantil, ilegalmente comprovado, preencher o campo 31- OCUPAÇÃO com a profissão que o menor está executando, por exemplo, vendedor ambulante de doces e o campo 32- SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO com a OPÇÃO 02 – EMPREGADO NÃO REGISTRADO.</p> <p>Os acidentes de trabalho são decorrentes de causas não naturais, ou seja, causas externas de morbimortalidade. Por exemplo, trabalhador levanta peso excessivo e, agudamente, passa a apresentar dor e limitação de mobilidade do tronco, a dor e a limitação de mobilidade do tronco não foram causadas por uma causa externa de morbimortalidade, não se enquadrando como um acidente de trabalho, mas sim, de doença LER/Dort.</p> <p>A Intoxicação exógena (por substâncias químicas incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados), nela compreendidos os relacionados ao trabalho, devem ser sinalizados no campo 56 da ficha de notificação (A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação?) com marcação com campo <1-sim>.</p>
Usos	Atuar mais estratégica e assertivamente na investigação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores em determinado território
Limitações	Subnotificações de casos
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com extração pelo TABWIN.
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de notificações de acidentes de trabalho e agravos relacionados ao Trabalho com campo ocupação preenchido com CBO
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número Absoluto

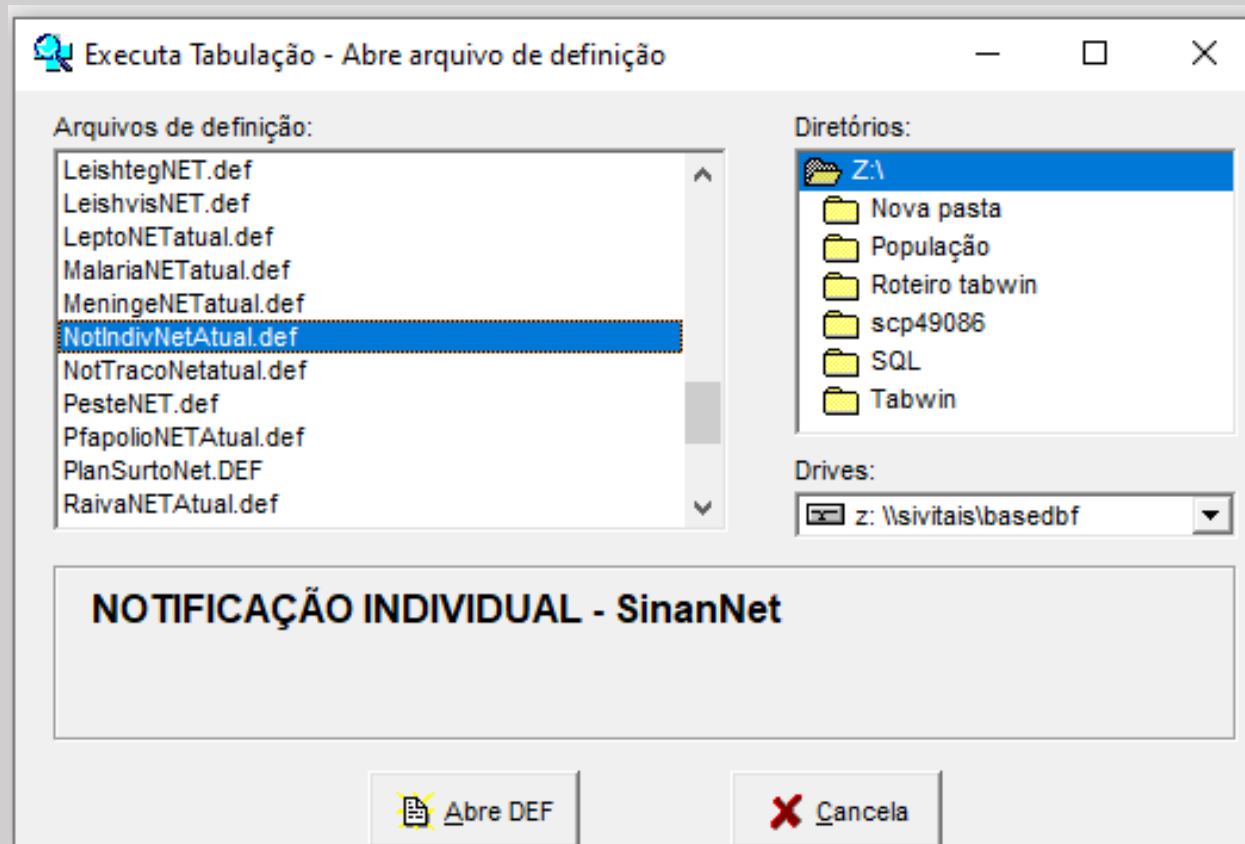
Parâmetro	Série histórica do total de notificações com campo ocupação preenchido com CBO por RAS				
	Unid e Reg Not	2020	2021	2022	2023
	Região Central	948	1011	1250	1739
	Região Centro Sul	32	110	85	88
	Região Leste	73	158	434	821
	Região Norte	53	714	776	1475
	Região Oeste	274	172	481	871
	Região Sudoeste	307	684	837	1227
	Região Sul	491	484	630	2520
	Total	2183	3336	4510	8776
Polaridade	Maior, melhor				
Acumulativo Anual	SIM				
Acumulativo para Pactuação	N/A				
Estratificação	Por Região de Saúde				
Responsável Técnico	CEREST/DISAT/SVS				
Coordenador da Pactuação	CEREST/DISAT/SVS				
Descrição da Meta	Aumentar em 10% o número de notificação por Região de Saúde com campo ocupação preenchido com CBO				

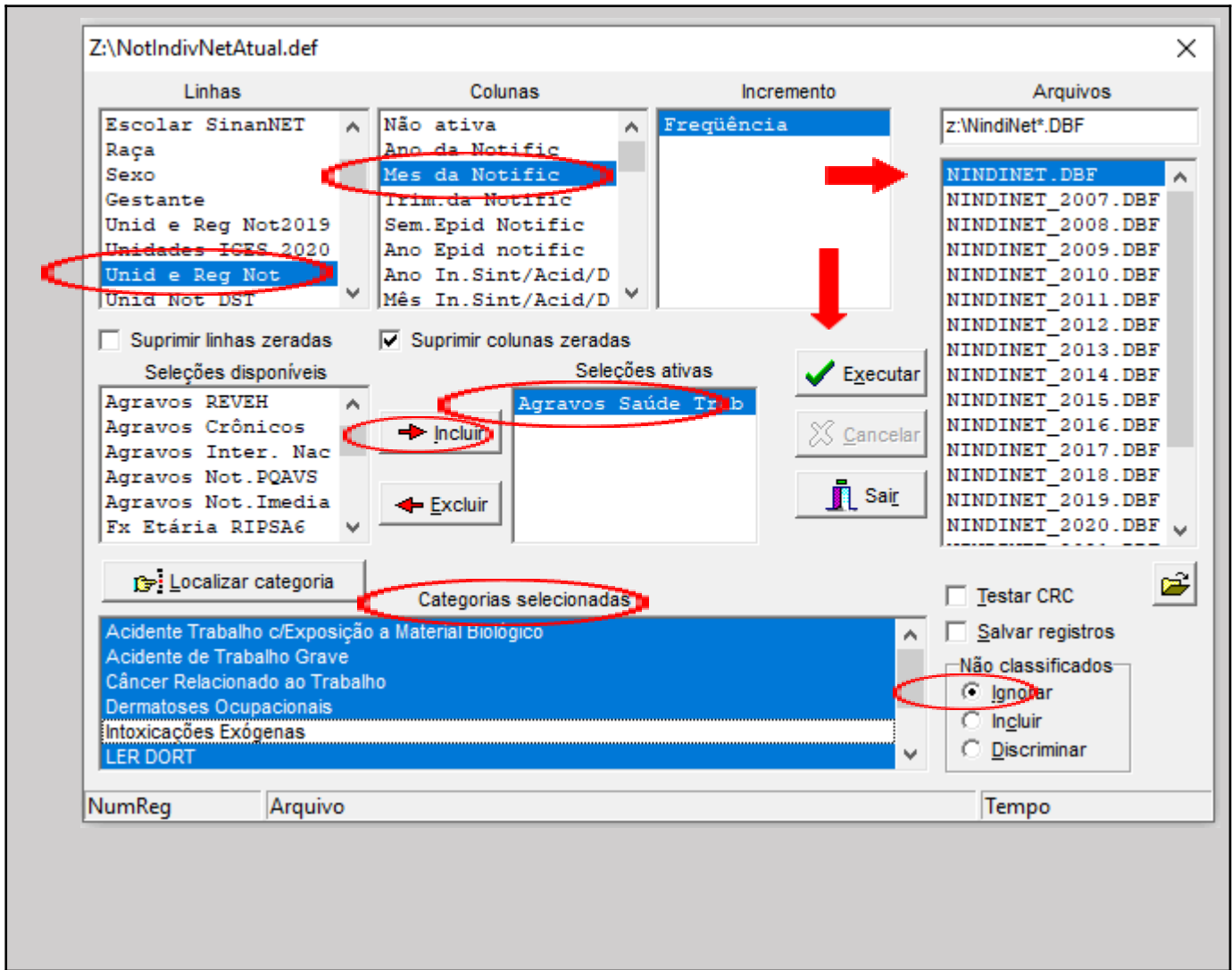
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 42

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Nº de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Abra o Tabwin e clique na opção “Executar tabulação” 
2	Em “Drives:” selecione a pasta Em seguida, procure pela pasta Z:\sivitais\basedbf.
3	Encontre o arquivo de definição NotIndivNetAtual.def
4	Clique em “Abra o DEF”.
5	Em “Linhas”, deve ser selecionada a opção “Unid e Reg Not”.
6	Em “Colunas”, deve ser selecionada a opção “Mês da Notific”. Manter selecionada a opção “Suprimir colunas zeradas”.
7	Em “Incremento”, manter marcado “Frequência”.
8	Em “Seleções disponíveis”, deve ser selecionada a opção “Agravos Saúde Trab”. Após, clique em “Incluir”.
9	Em “Categorias selecionadas”, marque todos os agravos, EXCETO “Intoxicações Exógenas”. <ul style="list-style-type: none"> · Acidente de Trabalho c/ Exposição a Material Biológico · Acidente de Trabalho Grave · Câncer relacionado ao Trabalho · Dermatoses Ocupacionais · LER/DORT · PAIR · Pneumoconiose · Transtorno Mental
10	Em “Seleções disponíveis”, deve ser selecionada a opção “Ocupação”. Após, clique em “Incluir”.
11	Em “Categorias selecionadas”, marque todas as ocupações segurando o shift e clicando na primeira e na última ocupação da lista
12	Clique em “localizar categoria” digite 998999 e clique em direção “acima”; segurando a tecla ctrl selecione as opções 998999 (ignorada), 999991 (estudante), 999992 (dona de casa), 999993 (aposentado/pensionista), 999994 (desempregado crônico)
13	Em localizar digite 999995 e clique em direção “abaixo”; segurando a tecla ctrl selecione as opção 999995 (presidiário)
14	Em localizar digite XXX e clique em direção “abaixo”; segurando a tecla ctrl selecione as opção XXX (não informado)
15	Feche a caixa “localizar”
16	No campo “Não classificados”, deve ser selecionada a opção “Incluir”.
17	Clique no botão “Executar”.
18	Feche o arquivo de "log" clicando no botão “Fechar”.

19	Para transferir as Tabulações do Tabwin para o Excel, clique em Editar e Copiar, ou clique direto no botão que aparece em destaque na barra superior  . Esse comando, copia toda a tabela para a Área de Transferência do Windows. Não é possível selecionar e copiar apenas uma parte da tabela.
20	Refaça os passos 1 e 2.
21	Encontre o arquivo de definição IntoxNETatual.def
22	Clique em “Abra o DEF”.
23	Em “Linhas”, deve ser selecionada a opção “Unid e Reg not”.
24	Em “Colunas”, deve ser selecionada a opção “Mes da Notific”. Manter selecionada a opção “Suprimir colunas zeradas”.
25	Em “Incremento”, manter marcado “Frequência”
26	Em “Seleções disponíveis”, deve ser selecionada a opção “Exposição trabalho”. Após, clique em “Incluir”
27	Em “Categorias selecionadas”, marque “Sim”.
28	Refaça os passos 10 a 19
29	Após gerar a base de dados em formato de planilha Excel, filtrar os dados por Região de Saúde, somando os resultados das duas tabelas dentro do período analisado

OBSERVAÇÕES





Localizar

Localizar: 998999

Direção: Acima Abaixo

Diferenciar maiúsculas de minúsculas

Localizar Próxima

Cancelar

Executar

Cancelar

Sair

Suprimir linhas zeradas

Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis

Mes do Óbito

Trim. do Óbito

Ano Encerramento

Mes Encerramento

Trim. Encerramento

Ocupação GRUPOS

Incluir

Excluir

Seleções ativas

Agravos Saúde Trab

Ocupação

Localizar categoria

Categorias selecionadas

998999 IGNORADA

999994

999992 DONA DE CASA

999993 APOSENTADO/PENSIONISTA

999994 DESEMPREGADO CRONICO OU CUJA HABITACAO HABITACAO NAO FOI POSSIVEL

910120 SUPERVISOR DE MANUTENCAO DE MAQUINAS GRAFICAS

Testar CRC

Salvar registros

Não classificados

Ignorar

Incluir

Discriminar

Arquivo

Tempo

Localizar

Localizar: xxx

Direção: Acima Abaixo

Diferenciar maiúsculas de minúsculas

Localizar Próxima

Cancelar

Executar

Cancelar

Sair

Suprimir linhas zeradas

Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis

Mes do Óbito

Trim. do Óbito

Ano Encerramento

Mes Encerramento

Trim. Encerramento

Ocupação GRUPOS

Incluir

Excluir

Seleções ativas

Agravos Saúde Trab

Ocupação

Localizar categoria

Categorias selecionadas

910105 ENCARREGADO DE MANUTENCAO MECANICA DE SISTEMAS OPERACIONAIS

910110 SUPERVISOR DE MANUTENCAO DE APARELHOS TERMICOS, DE CLIMATIZACAO E

910115 SUPERVISOR DE MANUTENCAO DE BOMBAS, MOTORES, COMPRESSORES E EQUI

830105 MESTRE (INDUSTRIA DE CELULOSE, PAPEL E PAPELAO)

999995 PRECIDIARIO (PESSOAS CONFINADAS EM INSTITUICOES PENAI, INCLUSIVE MENC

xxx NAO INFORMADO

Testar CRC

Salvar registros

Não classificados

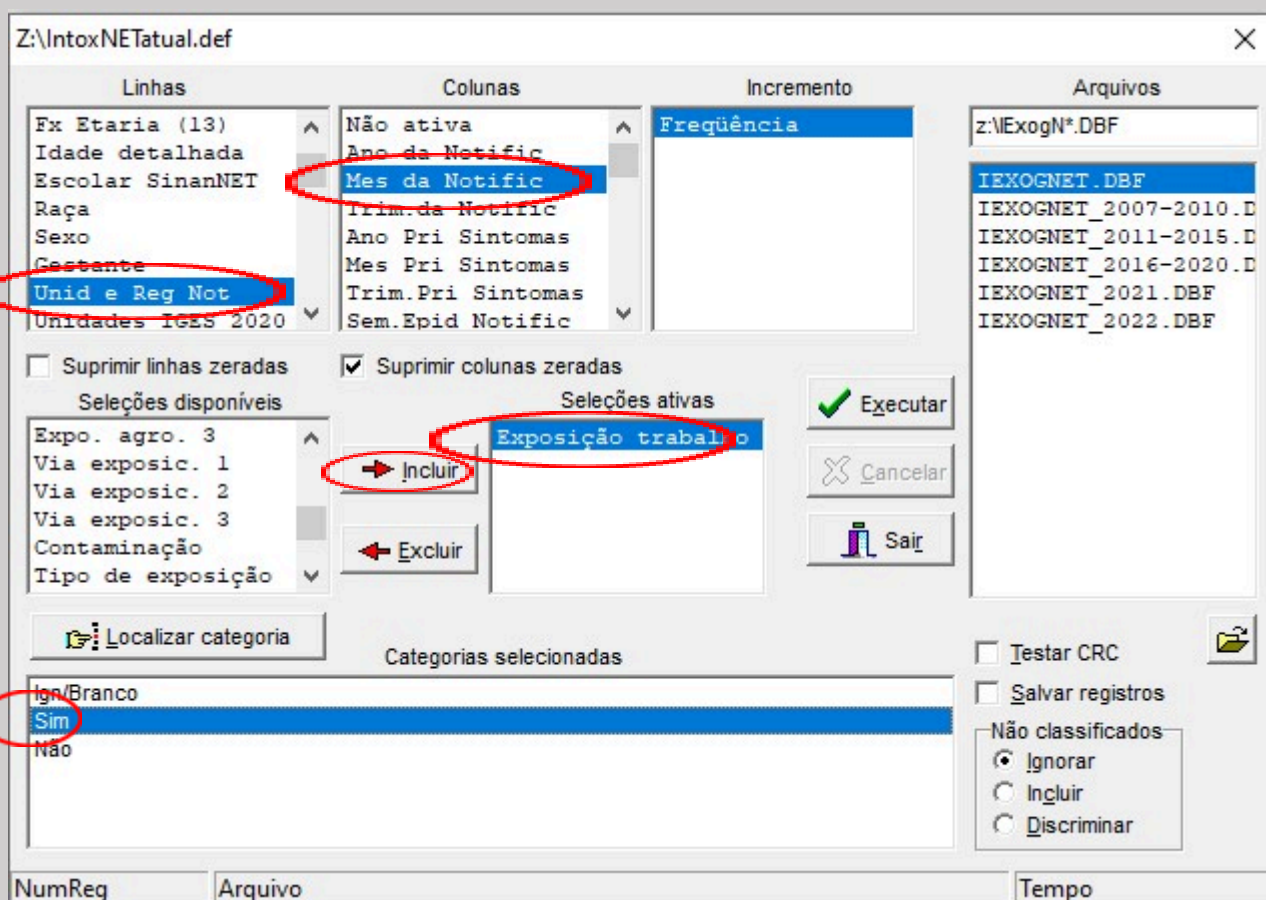
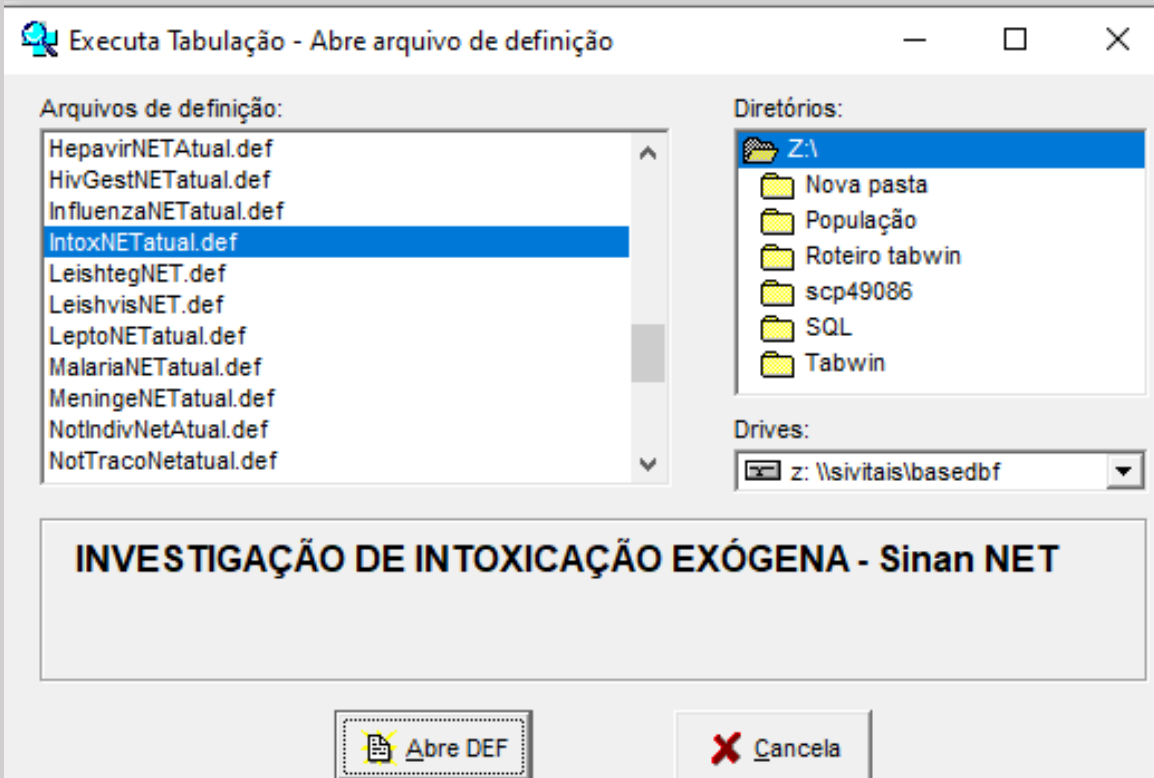
Ignorar

Incluir

Discriminar

Arquivo

Tempo



Indicador 43: Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 43
Pactuações	AGR
Indicador	Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.
Conceituação	<p>Intervenções assertivas de Qualidade de Vida no Trabalho são capazes de impactar de forma positiva no bem-estar e na saúde dos servidores, resultando em uma vida mais saudável, tanto na perspectiva profissional quanto pessoal, tornando-se, também, uma ferramenta administrativa para melhorar a produtividade, minimizar os impactos do absenteísmo e dos riscos de acidentes e adoecimentos. O Programa de Qualidade de Vida no Trabalho está dividido em cinco eixos temáticos principais, quais sejam: <u>1. Saúde e Bem-estar</u> - ações que visem à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos; <u>2. Profissional</u> - ações que promovam o desenvolvimento de competências, aperfeiçoamento do conhecimento e o aprimoramento das relações socioprofissionais estabelecidas no ambiente de trabalho; <u>3. Estrutura</u> - ações que contemplem a estruturação do ambiente de trabalho nas dimensões de contexto, condições e organização do trabalho; <u>4. Estima</u> - ações que possibilitem a valorização e o reconhecimento do servidor perante seus pares, superiores hierárquicos e sociedade; <u>5. Pessoal</u> - ações que incentivem a conexão trabalho-vida social.</p> <p>Ações propostas no Eixo Saúde e Bem-Estar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Publicação do Comitê Regional de Qualidade de Vida no Trabalho no DODF; implementação de ações voltadas para: alimentação saudável; atividade física e comportamento sedentário; incentivo à adesão das Práticas Integrativas em Saúde; combate ao tabagismo; sobrepeso/obesidade; hipertensão arterial e doenças cardiovasculares; exames ocupacionais periódicos; inspeções de segurança do trabalho; prevenção de acidentes de trabalho; doação de sangue; prevenção contra as hepatites virais; campanhas de vacinação; combate aos vetores; campanhas de prevenção ao assédio moral e sexual; prevenção de acidentes de trânsito; apoio ao aleitamento materno; prevenção ao suicídio; prevenção ao câncer de colo de útero e de mama; prevenção ao câncer de próstata; prevenção ao câncer de pele; entre outros, conforme a especificidade de cada Regional.
Usos	A implementação do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho promoverá a atenção integral à saúde e valorização dos servidores em sua totalidade, bem como atenção às condições de trabalho, à satisfação profissional e às relações socioprofissionais na perspectiva de promoção à saúde, bem-estar e qualidade de vida no trabalho.
Limitações	1. Recurso financeiro; 2. Falta de entendimento dos servidores e gestores sobre o que é o Programa de Qualidade de Vida no Trabalho; 3. Inexistência da publicação dos membros que compõem os Comitês Regionais de Qualidade de Vida no Trabalho na maioria das Regiões de Saúde; 4. Fonte do dado do indicador não é oficial.
Fonte	Planilha local padronizada nos NSHMTs (Núcleos de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho) regionais.
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de ações implementadas do Eixo Saúde e Bem-Estar: publicação do Comitê Regional de Qualidade de Vida no Trabalho; implementação de ações voltadas para: alimentação saudável; combate ao tabagismo; atividade física e comportamento sedentário; sobrepeso/obesidade; hipertensão arterial e doenças cardiovasculares; exames ocupacionais periódicos; inspeções de segurança do trabalho; prevenção de acidentes de trabalho; doação de sangue; prevenção contra as hepatites virais; campanhas de vacinação; combate aos vetores; campanhas de prevenção ao assédio moral e sexual; prevenção de acidentes de trânsito; apoio ao aleitamento materno; prevenção ao suicídio; prevenção ao câncer de colo de útero e de mama; prevenção ao câncer de próstata; prevenção ao câncer de pele; entre outras, conforme a especificidade de cada Regional.

Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número Absoluto
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	SIM
Estratificação	Serão consideradas as ações implementadas por estabelecimento de saúde.
Responsável Técnico	SES/SUGEP/COAP/GSHMT
Coordenador da Pactuação	COAP/GSHMT
Descrição da Meta	Ampliar o número de ações oferecidas aos servidores, sob a perspectiva do eixo Saúde e Bem-Estar.

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 43

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de Apoio e Logística
INDICADOR	Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Ao Núcleo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho – NSHMT de cada Região de Saúde caberá, mensalmente:	
1	Acessar o drive GSHMT Pasta Programação Anual de Saúde e Acordo de Gestão Regionalizada 2024;
2	Preencher a planilha “Programação Anual de Saúde e Acordo de Gestão Regionalizada 2024”;
3	Filtrar as informações por NSHMT;
4	Copiar as informações que foram preenchidas em uma tabela;
5	Encaminhar a tabela, via SEI, à Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação – GPMA da Superintendência da Região de Saúde.
À Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação – GPMA caberá:	
1	Preencher planilha disponibilizada pela Diretoria de Gestão Regionalizada.
OBSERVAÇÕES	
Os Núcleos de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho são os responsáveis pela coordenação organizacional das ações de qualidade de vida no trabalho dos Comitês Regionais de Qualidade de Vida no Trabalho (CRQVT).	

Indicadores Específicos AGR HMIB

Indicador 1 - HMIB: Número de acessos para 1ª consulta em reprodução humana - Alta Complexidade

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 1
Pactuações	AGR
Indicador	Número de acessos para 1ª consulta para reprodução humana - alta complexidade
Conceituação	Número de acessos à primeira consulta em reprodução humana realizada em nível ambulatorial, por mês. O Serviço de Reprodução Humana é referência no DF, sendo mesmo regulado em panoramas 1 e 2.
Usos	Avaliar se haverá aumento de 20% na oferta mensal, em referência à média de atendimentos do ano de 2021 , que foi de 33 atendimentos.
Limitações	Por ser um indicador quantitativo, não permite avaliar aspectos da qualidade dos procedimentos. Nos meses em que há afastamento de profissionais que prestam o serviço a quantidade de RH cai e o indicador também. O indicador não retrata o desempenho dos servidores do HMIB.
Fonte	SISTEMA SISREG III
Metodologia de Cálculo	<i>Nº de vagas ofertadas em 1a consulta (mês) / 1</i>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Número Inteiro
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior, melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Indicador não Cumulativo
Estratificação	Não se aplica
Responsável Técnico	UGO/HMIB e CRH/HMIB (Comissão de Reprodução Humana)
Coordenador da Pactuação	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Número de acessos para 1ª consulta em reprodução humana
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Para coleta dos dados do Numerador: “Chaves confirmadas de Atendimento”	
1	<ol style="list-style-type: none">1. Login do SISREG →2. ACESSAR RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO =>3. Ambulatorial =>4. CLICAR EM PROCEDIMENTO/UNIDADE EXECUTANTE5. Selecionar o Procedimento "1ª consulta para reprodução humana"6. Preencher o Período e Clicar em OK7. Contabilizar o registro na coluna de “Confirmadas”
OBSERVAÇÕES	

Indicador 2 - HMIB: Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 2
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal
Conceituação	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINEO) do hospital.
Usos	Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Neonatal; Avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Neonatal; Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Neonatal; Avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI
Limitações	Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. A mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, a agilidade na realização de exames e procedimentos, a disponibilização de leitos de retaguarda quando da alta médica do paciente. A alimentação dos sistemas ou a coleta dos dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para que as informações de paciente dias e saídas reflitam de forma precisa média de permanência.
Fonte	CENSO HOSPITALAR UTI NEONATAL
Metodologia de Cálculo	<p>a) Numerador: Número de pacientes dia – somatório de pacientes dia na UTI Neonatal;</p> <p>b) Denominador: Nº de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Neonatal para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas e óbitos) da UTI no período de 30 dias.</p> <p>Como referência utilizar o censo da 00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002.</p> <p>Paciente dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando na UTI Neonatal a cada dia. O número de pacientes dia no mês será o somatório de pacientes dia de cada dia do mês (Sipageh,2006; Schout e Novaes,2007; CQG,2009). Saídas: Nº de transferências internas da UTI Neonatal para as unidades menos intensivas (intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos (saídas internas) mais as saídas hospitalares (altas para a casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de 30 dias. (Sipageh,2006; Schout e Novaes 2007; CQG,2009). Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTINEO: (ANVISA 2010) UTI destinada a pacientes recém-nascidos, sendo este limite definido de acordo com a rotina da instituição.</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	25 dias
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	CNES, Região de Saúde
Responsável Técnico	RTD UTI NEONATAL
Coordenador da	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB

Pactuação	
Descrição da Meta	Vide matriz de metas
OBS:	A UTI Neonatal do HMIB é referência para o Distrito Federal e entorno para pacientes neonatais prematuros extremos, cirúrgicos e cardiopatas clínicos. Além disso, a UTI neonatal do HMIB oferece suporte para a Unidade de Obstetrícia de alto risco para gestantes com patologias complexas. Portanto a média de internação na UTI Neonatal do Hospital Dr António Lisboa tende a ser maior que nas demais unidades de neonatologia do GDF (Doc. SEI/GDF 75257941)

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	A partir do censo hospitalar da Unidade , controle interno, soma-se os pacientes dias do período
2	A partir do censo hospitalar da Unidade, controle interno, soma-se Saídas internas + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI Neonatal. do período
OBSERVAÇÕES	

Indicador 3 - HMIB: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 3
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral
Conceituação	Número de casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC), internados na UTI Geral, com confirmação microbiológica
Usos	Avaliar a qualidade da assistência, a adesão às boas práticas em relação à inserção, manutenção e Segurança no manejo do CVC. É indicador de segurança
Limitações	Não define a inconformidade que causou a infecção, se no momento da inserção ou na manutenção do cateter, por exemplo.
Fonte	Epimed monitor – UTI Geral
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de casos novos de IPCS no período Denominador: Cateter venoso central – dia no período X 1000
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Taxa ou número absoluto de casos
Parâmetro	4,7 infecções de corrente sanguínea por 1000 CVC – dia
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	N/A
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	NCIH + Equipe UTI Geral
Coordenador da Pactuação	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas (4,7 para 2022/23)

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Dados coletados diretamente em planilha interna da NCIH/HMIB
OBSERVAÇÕES	

Indicador 4 - HMIB: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neo

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 4
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neonatal
Conceituação	Número de casos novos de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes de cateter venoso central, internados na UTIN, com confirmação microbiológica
Usos	Avaliar a qualidade da assistência, a adesão às boas práticas, indicador de segurança
Limitações	Não define a inconformidade que causou a infecção, se no momento da inserção ou manutenção, por exemplo.
Fonte	UTI Neo – Avaliação diária das condições do acesso/ inserção, dados laboratoriais
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de casos novos de IPCS no período Denominador: Cateter venoso central – dia no período Multiplicador: 1000
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa
Parâmetro	15,7 infecções de corrente sanguínea por 1000 CVC – dia
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por faixa de peso ao nascer: <750g, 750 - 999 g, 1000 – 1499g, 1500-2499g, >2500g
Responsável Técnico	NCIH + Equipe UTIN
Coordenador da Pactuação	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas (15,7 para 2022/23)

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neo
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Dados coletados diretamente em planilha interna da NCIH/HMIB
OBSERVAÇÕES	

Indicador 5 - HMIB: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Pediátrica

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 5
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica
Conceituação	Número de casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC), internados na UTI Pediátrica com confirmação microbiológica.
Usos	Avaliar a qualidade da assistência, a adesão às boas práticas em relação à inserção, manutenção e segurança no manejo do CVC. É indicador de segurança.
Limitações	Não define a inconformidade que causou a infecção, se no momento da inserção ou na manutenção do cateter, por exemplo.
Fonte	UTI Pediátrica
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de casos novos de IPCS no período Denominador: Cateter venoso central – dia no período X 1000
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa ou número absoluto de casos
Parâmetro	5,9 infecções de corrente sanguínea por 1000 CVC – dia
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Pacientes internados na UTI Geral
Responsável Técnico	NCIH + Equipe UTI Pediátrica
Coordenador da Pactuação	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas (5,9 para 2022/23)

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Ped.
1	Dados coletados diretamente em planilha interna da NCIH/HMIB
OBSERVAÇÕES	

Indicador 6 - HMIB: Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 6
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura
Conceituação	<p>O Check List de Cirurgia Segura contempla medidas adotadas para redução do risco de eventos adversos que podem acontecer antes, durante e depois das cirurgias. Eventos adversos cirúrgicos são incidentes que podem resultar em dano ao paciente.</p> <p>A Instituição utiliza o protocolo de cirurgia segura recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essas ações incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificação correta do paciente e presença de toda a equipe cirúrgica; Confirmação do lado a ser operado; Confirmação do procedimento a ser realizado e planejamento de acesso respiratório e da necessidade de transfusão de sangue; Posicionamento correto do paciente na mesa cirúrgica; Disponibilidade de equipamentos e materiais necessários para a cirurgia.
Usos	A análise do indicador da taxa de adesão ao Check List de cirurgia segura permite o mapeamento deste processo, o monitoramento do mesmo, que auxiliado por ferramentas de gestão, possibilita o entendimento da corresponsabilidade de todos os envolvidos na resolução de eventos indesejáveis e na prevenção de eventos adversos, promovendo o planejamento contínuo de melhorias e aumento da segurança dos pacientes.
Limitações	
Fonte	Prontuários eletrônicos; Protocolo Cirurgia Segura SES/DF: https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/PROT._Cirurgia_Segura_9_.pdf
Metodologia de Cálculo	Numerador: Total de Check lists ou escala de avaliação encontrados no prontuário eletrônico Denominador: Total de prontuários auditados x 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Não informado pela área técnica (2022)
Polaridade	Quanto maior melhor
Acumulativo Anual	N/A
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)
Coordenador da Pactuação	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
Descrição da Meta	Média de adesão maior que 85%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Percentual de Adesão ao Check List de Cirurgia Segura
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico disponibilizam lista de pacientes submetidos à cirurgias;
2	NQSP realiza auditoria em todos os prontuários dos pacientes submetidos à cirurgias;
3	NQSP consolida dados coletados;
4	<p>Critério de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Estar na lista de procedimentos do Centro Cirúrgico e/ou Centro Obstétrico, ● Ter realizado procedimento cirúrgico com incisão de pele e/ou outras camadas e, ● Pacientes com dados completos e corretos (Mínimo: nome completo sem abreviaturas, data de nascimento, data da cirurgia) tornando possível de serem encontrados no prontuário eletrônico para a auditoria.
5	<p>Critério de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Não estar na lista de procedimentos do Centro Cirúrgico e/ou Centro Obstétrico, ● Procedimentos de natureza diagnóstica e/ou que não há a necessidade de incisão de pele e/ou outras camadas, ● Pacientes com dados incompletos e/ou incorretos (Mínimo: nome completo sem abreviaturas, data de nascimento, data da cirurgia) tornando impossível de serem encontrados no prontuário eletrônico para a auditoria.
OBSERVAÇÕES	
<p>O Objetivo é realizar auditoria de 100% dos prontuários das cirurgias realizadas. Porém mensalmente, em média de 2% dos pacientes registrados na lista de cirurgias realizadas não são encontrados, seja por inconsistência de escrita ou digitação. Por esse motivo, por termos algumas perdas no processo de auditoria, mantivemos o número de prontuários auditados e não o número de cirurgias realizadas no denominador. NQSP/HMIB - maio 2022</p>	

Indicador 7 - HMIB: Proporção de RN com contato pele a pele no nascimento

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 7
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de RN com contato pele a pele no nascimento
Conceituação	<p>O contato pele a pele (CPP) ao nascimento consiste no posicionamento imediato do RN sobre o abdome ou tórax desnudo da mãe logo após o parto.</p> <p>Idealmente, o binômio mãe-filho deve permanecer em CPP continuamente por pelo menos 1 hora para que benefícios como a promoção do aleitamento materno, estabilidade térmica, hemodinâmica, respiratória e organização comportamental sejam alcançados.</p> <p>A proporção de RN com contato pele a pele no nascimento mede a efetividade dessa prática nas instituições de saúde.</p> <p>O objetivo do indicador é avaliar a proporção dos bebês nascidos que realizaram o pele a pele no nascimento, ou seja, imediatamente após o parto, visto que essa é considerada uma boa prática de parto que interfere na incidência do aleitamento materno. O contato pele a pele é realizado e registrado no Centro Obstétrico.</p>
Usos	O contato pele a pele é uma prática fundamental para o bem-estar físico e emocional tanto da mãe quanto do bebê. Garantir esse momento logo após o nascimento é um direito e uma medida essencial para promover a saúde e o desenvolvimento saudável dos recém-nascidos
Limitações	<p>Registro Incompleto ou Ausente:</p> <p>Nem todos os hospitais ou unidades de saúde registram consistentemente o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido.</p> <p>A falta de registros precisos pode afetar a qualidade dos dados e a avaliação do indicador. ○</p> <p>O registro é feito em livro próprio, manuscrito pela equipe do CO e pode não ser fidedigno como esperado.</p> <p>Variações na Prática Clínica:</p> <p>A adesão ao contato pele a pele pode variar de acordo com as práticas clínicas, protocolos institucionais e atitudes individuais dos profissionais de saúde.</p> <p>Algumas instituições podem não priorizar ou promover adequadamente essa prática.</p> <p>Fatores Contextuais:</p> <p>O ambiente hospitalar, a disponibilidade de recursos e a cultura organizacional podem influenciar a implementação do contato pele a pele.</p> <p>Unidades com alta demanda ou recursos limitados podem enfrentar desafios na realização consistente dessa prática.</p> <p>Aderência das Mães:</p> <p>Nem todas as mães estão dispostas ou aptas a participar do contato pele a pele imediatamente após o parto.</p> <p>Fatores como saúde materna, estado emocional e preferências individuais podem afetar a aderência.</p>
Fonte	Livros de registros de médicos neonatologistas e de enfermeiras obstétricas nos quais consta os nascimentos do HMIB e as práticas realizadas com os recém-nascidos
Metodologia de Cálculo	Numerador (N) : total de recém-nascidos colocado em pele a pele ao nascimento Denominador (D) : total de partos realizados no HMIB; Resultado = $N / D \times 100$
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)

Parâmetro	Segundo o instrumento de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança é necessário que 80% dos bebês nascidos no HMIB realizem o pele a pele para que o hospital seja certificado como Hospital Amigo da Criança.
Polaridade	Quanto maior melhor
Acumulativo Anual	Não. O resultado é expresso mês a mês.
Acumulativo para Pactuação	Não. O resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	COMISSÃO INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA - SES/HMIB/CIHAC
Coordenador da Pactuação	Rede Cegonha
Descrição da Meta	2024: sem meta / monitoramento

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 07

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Proporção de RN com contato pele a pele no nascimento
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Dado coletado nos livros de registros médicos e de enfermagem sobre o parto e as Boas Práticas de Parto realizadas com os recém-nascidos. Quantitativo de bebês que realizaram o pele a pele imediatamente após o parto. A contagem é realizada manualmente pela coordenação da IHAC, através dos dados originários dos livros de registro de parto, e o total é inserido em planilha de excel própria da IHAC, de uso exclusivo da unidade.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Dado coletado na planilha de estatística do HMIB que consta o número de partos/ mês, disponibilizada pelo NCAIS e/ou /Supervisão de Enfermagem do CO. Inserir o total de partos em planilha de excel própria da IHAC, de uso exclusivo da unidade.
2	Inserir o total de partos em planilha de excel própria da IHAC, de uso exclusivo da unidade
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
O cálculo é realizado em planilha interna da IHAC/HMIB.	
<ul style="list-style-type: none"> ● Numerador (N) : total de recém-nascidos colocado em pele a pele ao nascimento ● Denominador (D) : total de partos realizados no HMIB; ● Resultado = $N / D \times 100$ 	
OBSERVAÇÕES	
FONTE DE DADOS 2 PARA COLETA DO DENOMINADOR (TOTAL DE PARTOS)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acesse o link: https://info.saude.df.gov.br/nascidosvivosdfsasalit/ 2. Obs.: caminho alternativo: https://info.saude.df.gov.br/ (clique em: > Sala de situação> Vigilância em saúde> Nascimentos e óbitos> Nascidos vivos no DF> Recorte Inicial: nascidos vivos no DF por UF de residência da mãe. 3. Em UF de Residência da mãe selecione “TODOS” 4. Selecione o Ano de Nascimento 5. Selecione os Meses do Nascimento 6. Selecione o Estabelecimento do Nascimento 	

Indicador 8 - HMIB: Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador 08
Pactuações	AGR - Acordo de Gestão Regional
Indicador	Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias
Conceituação	<ul style="list-style-type: none"> ● A “Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias” é um indicador que avalia a eficiência do sistema de saúde na entrega dos resultados de exames citopatológicos do colo do útero dentro de um prazo adequado. ● Especificamente, mede o percentual de exames que foram processados e tiveram seus resultados disponibilizados aos pacientes dentro de 30 dias a partir da data de entrada do material no laboratório. ● O objetivo é garantir que as mulheres tenham acesso rápido aos resultados, permitindo intervenções precoces caso sejam necessárias e não perdendo a adesão das usuárias. ● A Portaria nº 3388 de 30/12/13 - MS redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Em seu artigo 19, § 4º, inciso VII esclarece que um dos dados aferidos durante o monitoramento é o “tempo médio de liberação dos exames, calculado pela soma dos dias transcorridos entre a entrada dos materiais e a liberação dos laudos, dividido pelo total de exames liberados no período, o qual não deve ultrapassar o limite de 30 (trinta) dias a partir da entrada do material no laboratório.
Usos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mapear o percentual de exames citopatológicos, com entrega no prazo máximo de 30 dias. 2. Avaliação da eficiência do serviço de saúde na entrega de resultados de exames citopatológicos em tempo hábil. 3. Planejamento e gestão de recursos de saúde, permitindo que os gestores identifiquem áreas de melhoria e implementem estratégias para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços. 4. Avaliação do desempenho das equipes de saúde na realização e liberação de exames citopatológicos
Limitações	A eventual falta de insumos e inoperância do SISCAN pode afetar o desempenho do indicador.
Fonte	SISCAN
Metodologia de Cálculo	Numerador (N): número de citologias liberadas dentro do prazo de 30 dias. Denominador (N): número total de citologias realizadas no período Resultado = $N/D \times 100$
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Igual ou maior que 70%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não. O resultado é expresso mês a mês.
Acumulativo para Pactuação	Não. O resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Toda a região do DF
Responsável Técnico	NÚCLEO CENTRAL DE CITOPATOLOGIA - SES/HMIB/DAS/GEAD/NCITO
Coordenador da Pactuação	ASCCAN

Descrição da Meta	2024: 70%
-------------------	-----------

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 08

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado	
Acordo de Gestão	
TEMA	Indicadores Específicos AGR HMIB
INDICADOR	Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Criar uma planilha no Excel baseado nos dados registrados no SISCAN
2	Cadastrar todos os exames Colpocitológicos inserindo a data de entrada e data de liberação do resultado.
3	No Excel, lançar o cálculo: data da liberação do resultado subtraindo da data de entrada do material no Laboratório, onde encontramos em quantos dias o laudo foi liberado.
4	Para encontrar a média dos dias da liberação, realizamos no Excel a fórmula: Somatória dos dias transcorridos entre a data da entrada do material no Laboratório e a data da liberação do laudo, dividindo pelo total de exames liberados no período.
5	Para encontrar o numerador: é a somatória de todos os exames que foram liberados dentro do prazo de 30 dias em um determinado período.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	No Excel teremos o número total de exames realizados dentro de um determinado período de tempo (dentro e fora do prazo de 30 dias).
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Numerador (N): número de citologias liberadas dentro do prazo de 30 dias. Denominador (N): número total de citologias realizadas no período Resultado = $N/D \times 100$ Exemplo: Total de exames colpocitológicos realizados no mês de Fevereiro/2024 = 3694 (denominador). Total de exames liberados dentro do prazo de 30 dias = 3680 (numerador). Multiplicar esse resultado da divisão por 100 para obter o percentual de exames liberados dentro do prazo. Cálculo: $3680 / 3694 \times 100 = 99,6 \%$
OBSERVAÇÕES	

Indicador 9 - HMIB: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 9
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês
Conceituação	<ul style="list-style-type: none"> ● A taxa de prevalência desse indicador representa a proporção de casos de infecções causadas por germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos, ocasionando infecções em recém-nascidos internados em UTIs e podem ter impacto significativo na morbidade e mortalidade. ● Esse indicador é crucial para a gestão da qualidade e segurança em UTIs neonatais, visando proteger os bebês vulneráveis de infecções graves e promover o uso racional de antimicrobianos ● Objetivo : Rastreamento de bactérias MR, monitoramento por coorte de pacientes para evitar comorbidades.
Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Coorte dos pacientes colonizados/infectados ● Monitoramento da Resistência Bacteriana: <ul style="list-style-type: none"> ○ Esse indicador permite acompanhar a prevalência de germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos ○ Ajuda a identificar tendências e variações na resistência ao longo do tempo. ● Avaliação da Eficácia das Medidas de Controle: <ul style="list-style-type: none"> ○ A taxa de prevalência reflete a efetividade das estratégias de prevenção e controle de infecções em UTIs neonatais. ○ Permite avaliar se as medidas adotadas estão reduzindo a disseminação de germes multirresistentes. ● Tomada de Decisões Clínicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Os dados desse indicador auxiliam os profissionais de saúde na escolha adequada de antibióticos para tratar infecções neonatais. ○ Contribui para a gestão de riscos e a segurança dos recém-nascidos, orientando as medidas de controle de disseminação de bactérias MR. ● Alerta para Intervenções Precoces: <ul style="list-style-type: none"> ○ Um aumento na taxa de germes multirresistentes pode indicar a necessidade de revisar protocolos de higiene, uso racional de antimicrobianos e práticas de controle de infecções.
Limitações	<ul style="list-style-type: none"> ● Viés de Seleção: <p>A taxa de prevalência é baseada nos casos identificados em um determinado período (geralmente um mês), podendo haver viés de seleção se os casos não forem representativos de toda a população da UTI neonatal.</p> ● Variações Temporais e Sazonais: <p>A prevalência de germes multirresistentes pode variar ao longo do ano ou em diferentes estações. Essas flutuações podem afetar a interpretação dos dados mensais.</p> ● Subnotificação: <p>Nem todos os casos de infecção podem ser identificados ou notificados. A subnotificação pode levar a uma estimativa subestimada da verdadeira prevalência.</p> ● Heterogeneidade dos Pacientes: <p>A UTI neonatal atende a uma variedade de pacientes, incluindo prematuros, bebês a termo e aqueles com condições médicas diversas. A heterogeneidade dos pacientes pode influenciar a taxa de germes multirresistentes.</p> ● Uso de Antibióticos: <p>O uso excessivo ou inadequado de antibióticos pode afetar a prevalência de germes multirresistentes. Essa variável deve ser considerada ao interpretar os resultados.</p>
Fonte	Planilha do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar / HMIB

Metodologia de Cálculo	Numerador (N) : número de casos de germes gram negativos multirresistentes Denominador (D) : número de pacientes internados na UTI $R = N/D \times 100$
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	-
Polaridade	Quanto menor melhor
Acumulativo Anual	Não. O resultado é expresso mês a mês.
Acumulativo para Pactuação	Não. O resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - SES/HMIB/NCIH
Coordenador da Pactuação	RTD Infectologia
Descrição da Meta	2024: sem meta / monitoramento

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 09

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Vigilância diária dos pacientes por meio de antibiogramas.
2	Contagem do número de bactérias MR pelos antibiogramas dos pacientes internados nas respectivas unidades.
3	Alimentação de planilha interna com esses dados.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Estatística do número de pacientes internados na unidade do mês de vigilância .
2	Alimentação de planilha interna.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Percentual entre: Número de bactérias MR / Número de internações na unidade.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 10 - HMIB: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI por NEO mês

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 10
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI NEONATAL por mês - Meta: "em monitoramento"
Conceituação	<ul style="list-style-type: none"> ● A taxa de prevalência desse indicador representa a proporção de casos de infecções causadas por germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos, ocasionando infecções em recém-nascidos internados em UTIs e podem ter impacto significativo na morbidade e mortalidade. ● Esse indicador é crucial para a gestão da qualidade e segurança em UTIs neonatais, visando proteger os bebês vulneráveis de infecções graves e promover o uso racional de antimicrobianos ● Objetivo : Rastreamento de bactérias MR, monitoramento por coorte de pacientes para evitar comorbidades.
Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Coorte dos pacientes colonizados/infetados ● Monitoramento da Resistência Bacteriana: <ul style="list-style-type: none"> ○ Esse indicador permite acompanhar a prevalência de germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos ○ Ajuda a identificar tendências e variações na resistência ao longo do tempo. ● Avaliação da Eficácia das Medidas de Controle: <ul style="list-style-type: none"> ○ A taxa de prevalência reflete a efetividade das estratégias de prevenção e controle de infecções em UTIs neonatais. ○ Permite avaliar se as medidas adotadas estão reduzindo a disseminação de germes multirresistentes. ● Tomada de Decisões Clínicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Os dados desse indicador auxiliam os profissionais de saúde na escolha adequada de antibióticos para tratar infecções neonatais. ○ Contribui para a gestão de riscos e a segurança dos recém-nascidos, orientando as medidas de controle de disseminação de bactérias MR. ● Alerta para Intervenções Precoces: <ul style="list-style-type: none"> ○ Um aumento na taxa de germes multirresistentes pode indicar a necessidade de revisar protocolos de higiene, uso racional de antimicrobianos e práticas de controle de infecções.
Limitações	<ul style="list-style-type: none"> ● Viés de Seleção: <ul style="list-style-type: none"> ○ A taxa de prevalência é baseada nos casos identificados em um determinado período (geralmente um mês), podendo haver viés de seleção se os casos não forem representativos de toda a população da UTI neonatal. ● Variações Temporais e Sazonais: <ul style="list-style-type: none"> ○ A prevalência de germes multirresistentes pode variar ao longo do ano ou em diferentes estações. Essas flutuações podem afetar a interpretação dos dados mensais. ● Subnotificação: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nem todos os casos de infecção podem ser identificados ou notificados. A subnotificação pode levar a uma estimativa subestimada da verdadeira prevalência. ● Heterogeneidade dos Pacientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ A UTI neonatal atende a uma variedade de pacientes, incluindo prematuros, bebês a termo e aqueles com condições médicas diversas. A heterogeneidade dos pacientes pode influenciar a taxa de germes multirresistentes. ● Uso de Antibióticos: <ul style="list-style-type: none"> ○ O uso excessivo ou inadequado de antibióticos pode afetar a prevalência de germes multirresistentes. Essa variável deve ser considerada ao interpretar os resultados.
Fonte	Planilha do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar / HMIB
Metodologia de Cálculo	Numerador (N) : número de casos de germes gram negativos multirresistentes Denominador (D): número de pacientes internados na UTI R = N/D x 100

Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	-
Polaridade	Quanto menor melhor
Acumulativo Anual	Não. O resultado é expresso mês a mês.
Acumulativo para Pactuação	Não. O resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - SES/HMIB/NCIH
Coordenador da Pactuação	RTD Infectologia
Descrição da Meta	2024: sem meta / monitoramento

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 10

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI NEONATAL por mês - Meta: "em monitoramento"
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Vigilância diária dos pacientes por meio de antibiogramas.
2	Contagem do número de bactérias MR pelos antibiogramas dos pacientes internados nas respectivas unidades.
3	Alimentação de planilha interna com esses dados.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Estatística do número de pacientes internados na unidade do mês da vigilância .
2	Alimentação de planilha interna.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Percentual entre: Número de bactérias MR / Número de internações na unidade.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 11 - HMIB: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 11
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês
Conceituação	<ul style="list-style-type: none"> ● A taxa de prevalência desse indicador representa a proporção de casos de infecções causadas por germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos, ocasionando infecções em recém-nascidos internados em UTIs e podem ter impacto significativo na morbidade e mortalidade. ● Esse indicador é crucial para a gestão da qualidade e segurança em UTIs neonatais, visando proteger os bebês vulneráveis de infecções graves e promover o uso racional de antimicrobianos ● Objetivo : Rastreamento de bactérias MR, monitoramento por coorte de pacientes para evitar comorbidades.
Usos	<ul style="list-style-type: none"> ● Coorte dos pacientes colonizados/infectados ● Monitoramento da Resistência Bacteriana: <ul style="list-style-type: none"> ○ Esse indicador permite acompanhar a prevalência de germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos ○ Ajuda a identificar tendências e variações na resistência ao longo do tempo. ● Avaliação da Eficácia das Medidas de Controle: <ul style="list-style-type: none"> ○ A taxa de prevalência reflete a efetividade das estratégias de prevenção e controle de infecções em UTIs neonatais. ○ Permite avaliar se as medidas adotadas estão reduzindo a disseminação de germes multirresistentes. ● Tomada de Decisões Clínicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Os dados desse indicador auxiliam os profissionais de saúde na escolha adequada de antibióticos para tratar infecções neonatais. ○ Contribui para a gestão de riscos e a segurança dos recém-nascidos, orientando as medidas de controle de disseminação de bactérias MR. ● Alerta para Intervenções Precoces: <ul style="list-style-type: none"> ○ Um aumento na taxa de germes multirresistentes pode indicar a necessidade de revisar protocolos de higiene, uso racional de antimicrobianos e práticas de controle de infecções.
Limitações	<ul style="list-style-type: none"> ● Viés de Seleção: <ul style="list-style-type: none"> ○ A taxa de prevalência é baseada nos casos identificados em um determinado período (geralmente um mês), podendo haver viés de seleção se os casos não forem representativos de toda a população da UTI neonatal. ● Variações Temporais e Sazonais: <ul style="list-style-type: none"> ○ A prevalência de germes multirresistentes pode variar ao longo do ano ou em diferentes estações. Essas flutuações podem afetar a interpretação dos dados mensais. ● Subnotificação: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nem todos os casos de infecção podem ser identificados ou notificados. A subnotificação pode levar a uma estimativa subestimada da verdadeira prevalência. ● Heterogeneidade dos Pacientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ A UTI neonatal atende a uma variedade de pacientes, incluindo prematuros, bebês a termo e aqueles com condições médicas diversas. A heterogeneidade dos pacientes pode influenciar a taxa de germes multirresistentes. ● Uso de Antibióticos: <ul style="list-style-type: none"> ○ O uso excessivo ou inadequado de antibióticos pode afetar a prevalência de germes multirresistentes. Essa variável deve ser considerada ao interpretar os resultados.
Fonte	Planilha do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar / HMIB
Metodologia de Cálculo	Numerador (N): número de casos de germes gram negativos multirresistentes Denominador (D): número de pacientes internados na UTI $R = N/D \times 100$

Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	-
Polaridade	Quanto menor melhor
Acumulativo Anual	Não. O resultado é expresso mês a mês.
Acumulativo para Pactuação	Não. O resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - SES/HMIB/NCIH
Coordenador da Pactuação	RTD Infectologia
Descrição da Meta	2024: sem meta / monitoramento

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 11

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Vigilância diária dos pacientes por meio de antibiogramas.
2	Contagem do número de bactérias MR pelos antibiogramas dos pacientes internados nas respectivas unidades.
3	Alimentação de planilha interna com esses dados.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Estatística do número de pacientes internados na unidade do mês da vigilância .
2	Alimentação de planilha interna.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Percentual entre: Número de bactérias MR / Número de internações na unidade.
OBSERVAÇÕES	

Indicadores Específicos AGR HAB

Indicador 1 - HAB: Taxa de Quedas de Pacientes internados

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 1
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Quedas de Pacientes internados
Conceituação	<p>QUEDA: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, etc.), incluindo vaso sanitário. Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos deixados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos. Dentre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 60 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos, hipotensão postural e déficit de conhecimento sobre o risco e medidas preventivas. A queda no ambiente hospitalar está relacionada às fraturas, traumatismos e sangramentos, podendo resultar em lesões temporárias, permanentes, demandar tratamentos adicionais, aumentar o tempo de internação e causar óbito.</p>
Usos	O monitoramento da ocorrência de quedas é uma importante estratégia para subsidiar medidas preventivas, permitindo orientar a gestão e as ações de cuidado com foco na redução das taxas do evento.
Limitações	Subnotificação
Fonte	Planilha Excel, alimentada com dados das visitas beira leito, do sistema IPESs, dos prontuários e do caderno de passagem de plantão
Metodologia de Cálculo	Relação entre o número de quedas de pacientes por número de paciente/dia, multiplicado por 1.000
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	SES/HAB/NQSP
Coordenador da Pactuação	Hospital de Apoio de Brasília - HAB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital de Apoio de Brasília - HAB
INDICADOR	Taxa de Quedas de Pacientes internados
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Realizar visitas beira leito semanalmente; verificar no sistema IPESs se houve notificação de queda; ler prontuários para identificação de quedas e; ler caderno de passagem de plantão para verificar se houve alguma ocorrência de queda;
2	Registrar em livro ata a quantidade de pacientes que sofreram queda no período avaliado;
3	Transcrever essas informações para planilha de controle mensal;
4	Ao final do mês, totalizar os dados, calcular o resultado do indicador e elaborar sua respectiva análise.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 2 - HAB: Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes das unidades hospitalares, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador Nº 2
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes das unidades hospitalares, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP.
Conceituação	Os pacientes candidatos aos procedimentos de reabilitação são aqueles com Lesão Cerebral (AVC, TCE, lesões expansivas benignas), com Lesão Medular (TRM - trauma raquimedular e Polineuropatias do paciente crítico e pós - COVID). Após atendimento inicial na rede hospitalar e estabilidade clínica, espera-se que os pacientes sejam encaminhados diretamente para reabilitação. Entretanto, como o tempo de internação na URCP é longo com retardo na liberação de altas, alguns pacientes em espera de vaga podem ter melhora clínica com alta da unidade de origem e ficam aguardando a vaga em domicílio, sendo nesses casos prioridade em relação aos internados.
Usos	Reorganizar o fluxo do direcionamento dos pacientes na rede SESDF / Orientar a rede SES-DF e IGESDF sobre os critérios de inclusão e acesso para internação na URCP através de folder explicativo.
Limitações	Alcance de levantamento dos dados. Como todas as unidades solicitantes têm acesso ao sistema SISLEITOS, a coleta de dados é feita através de planilha própria alimentada diariamente pela GIR. O sistema SISLEITOS ainda não gera os relatórios com os resultados consolidados.
Fonte	Planilha GIR, alimentada com os dados inseridos no SISLEITOS.
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de solicitações de internação provenientes das unidades hospitalares, dividido pelo número total de solicitações de internação, Multiplicado por 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	SES/HAB/DAS/GIR
Coordenador da Pactuação	Hospital de Apoio de Brasília - HAB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital de Apoio de Brasília - HAB
INDICADOR	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes das unidades hospitalares, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Iniciar acesso por meio de computador conectado ao servidor do Hospital de Apoio de Brasília (HAB);
2	Acessar o e-mail da GIR e após o DRIVE;
3	No DRIVE acessar a lista de internações URCP (Ala B) e Indicador GIR - Internações;
4	Verificar todas as vias de chegada das solicitações: SISLEITOS, e-mail, em mãos e via celular funcional com nome completo, data de nascimento, número de SES, relatório médico e PROCEDÊNCIA;
5	Inserir todas as solicitações na planilha Drive URCP (Ala B) diariamente e frequentemente;
6	Inserir todas as solicitações na planilha Indicador GIR - Internações diariamente e frequentemente;
7	Ao final do mês proceder a análise dos dados acessando a planilha Indicador - Internações nas abas MÊS, ALA e PROCEDÊNCIA; > aparecerá o total de solicitações do mês;
8	Na aba ALA filtrar apenas a ala B , excluindo a A e C; > ficará o total de solicitações da B;
9	Na aba PROCEDÊNCIA aparecerá o total (primária/secundária/terciária (X)); > filtrar/excluir as primárias e secundárias (UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio) (Z) > e deixar apenas as Unidades hospitalares (Y) ; e
10	Proceder ao seguinte cálculo: Y/X x 100 = A resultando o percentual de internação das unidades hospitalares e Z/X x 100 = B resultando o percentual das demais (primárias/secundárias);
11	Realizar a análise dos resultados obtidos;
12	Enviar os resultados para NPMA.
OBSERVAÇÕES	
1. O Indicador deve ser analisado após o final de cada mês e o documento é disponibilizado/enviado para o NPMA.	

Indicador 3 - HAB: Percentual de pacientes que faleceram aguardando consulta em cuidados paliativos oncológicos agendados pela Regulação Central no HAB

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador Nº 3
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de pacientes que faleceram aguardando consulta em cuidados paliativos oncológicos agendados pela Regulação Central no HAB.
Conceituação	O indicador medirá a quantidade de pacientes que faleceram enquanto aguardavam agendamento de consulta em cuidados paliativos oncológicos pela Regulação Central após ser inserido no sistema SISREGiii pelos médicos solicitantes
Usos	Avalia o percentual de usuários que não conseguiram consultas médicas ambulatoriais nos Cuidados Paliativos e acabaram evoluindo a óbito.
Limitações	Falta de contatos atualizados dos usuários nos sistemas de saúde e ausência de um sistema integrado de consultas/óbitos com o TrakCare
Fonte	SISREGiii, TrakCare, contato com familiares, SOUL MV e sistema Vigilância DF
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de consultas médicas de primeira vez agendadas pela Regulação e não realizadas por óbito dos usuários; Denominador: Total de consultas médicas de primeira vez em oncologia – cuidados paliativos, ofertadas ao sistema SISREGiii no HAB. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Ambulatório Cuidados Paliativos HAB
Responsável Técnico	SES/HAB/DAS/GIR
Coordenador da Pactuação	RTD Cuidados Paliativos GESTI/DSINT/CATES
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital de Apoio de Brasília - HAB
INDICADOR	Percentual de pacientes que faleceram aguardando consulta em cuidados paliativos oncológicos agendados pela Regulação Central no HAB
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Abrir o SISREGiii e verificar agendamentos para os médicos dos cuidados paliativos;
2	Preencher arquivo Google Drive da GIR “Pacientes 1ª consulta regulação CP” para comunicação com o paciente;
3	Transcrever as agendas para o TrakCare e verificar se houve mensagem de óbito no TrakCare;
4	Enviar mensagem via Whatsapp aos pacientes confirmando a marcação da consulta;
5	Verificar a confirmação e se houve algum comunicado de óbito;
6	Em caso de óbito verificar no sistema SOUL MV e no Vigilância DF;
7	> Anotar todas as confirmações e óbitos na planilha “Pacientes 1ª consulta regulação CP”
8	> Entrar em contato com o paciente confirmado e que tenha faltado à consulta para verificar se o motivo da falta foi óbito
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO DENOMINADOR	
1	Somar quantas vagas de consultas foram ofertadas para regulação no mês.
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Somatório de óbitos
2	Dividir pelo total de consultas ofertadas;
3	Multiplicar por 100
OBSERVAÇÕES	

Indicador 4 - HAB: Consumo da preparação alcoólica líquida ou gel (mL) para higiene de mãos nas unidades de internação por mês

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador Nº 4
Pactuações	AGR
Indicador	Consumo da preparação alcoólica líquida ou gel (mL) para higiene de mãos nas unidades de internação por mês
Conceituação	Consumo de preparação alcoólica para mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos. Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde / Programa de Segurança do paciente / Ministério da Saúde; Safety Improvement for Patients in Europe (SIMPATIE).
Usos	Indicador de processo para avaliar a adesão à higiene de mãos utilizando preparação alcoólica.
Limitações	Resultados indiretos, já que o uso da preparação alcoólica contabilizada não é realizado apenas por profissionais da assistência ao paciente. Outra limitação é que não existe referencial teórico de consumo de preparação alcoólica para enfermarias.
Fonte	Planilha Excel, alimentada com dados da empresa de higienização; e planilha nosocomial da GIR/DAS/HAB.
Metodologia de Cálculo	Quantidade de mL de preparação alcoólica utilizada no mês (numerador) / número de pacientes-dia (denominador)
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	mL paciente-dia
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Unidades de internação (enfermarias)
Responsável Técnico	SES/HAB/NCIEPH
Coordenador da Pactuação	RTD Infectologia COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital de Apoio de Brasília - HAB
INDICADOR	Consumo da preparação alcoólica líquida ou gel (mL) para higiene de mãos nas unidades de internação por mês
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
PASSO A PASSO PARA COLETAR O NUMERADOR	
1	Solicitar à empresa de higienização o número de refis de preparação alcoólica utilizados do 1º ao último dia de cada mês
2	Anotar o número de refis em Planilha Excel.
PASSO A PASSO PARA COLETAR O DENOMINADOR	
1	Aguardar o envio da planilha nosocomial pela Gerência Interna de Regulação;
2	Anotar o número de pacientes-dia em Planilha Excel.
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Multiplicar o número de refis trocados em cada ala de internação no período compreendido entre o 1º e o último dia de cada mês por 800ml;
2	Somar o resultado do cálculo acima de todas as alas de internação (A, B e C) como numerador;
3	Dividir o resultado acima pelo número de pacientes-dia.
OBSERVAÇÕES	
1. O NCIEPH irá manter o levantamento do consumo de preparação alcoólica por ala de internação, objetivando verificar onde há mais necessidade de se aprimorar os processos de trabalho	

Indicador 5 - HAB: Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	5
Pactuações	AGL HOSPITALAR
Indicador	Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação.
Conceituação	Um dos recursos para a prevenção da queda é a identificação precoce do risco de cair. A prevenção deste evento está alinhado às metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, conforme Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013.
Usos	Este indicador demonstra a quantidade de pacientes que foram avaliados nas últimas 24 horas de internação para risco de Queda.
Limitações	Déficit da equipe de enfermagem. Escala não padronizada no trakcare.
Fonte	Busca ativa em prontuários.
Metodologia de Cálculo	<p>Numerador: Soma dos prontuários de pacientes, no mês, de acordo com a amostra, que foram avaliados para o risco de queda nas últimas 24 horas de internação, por ala da unidade de internação hospitalar (clínica, cirúrgica, intensiva, conforme o perfil do hospital). Considerar como “conforme” o paciente que teve ao menos uma avaliação de risco de queda nas últimas 24 horas em relação à data de coleta dos dados. Ou seja, para ser considerado apto para a avaliação, o paciente deve ter um período de internação superior a 24 horas. Ressalta-se que a expressão 'nas últimas 24 horas de internação' é um recorte temporal para auxiliar o avaliador na construção do indicador, tendo em vista que a avaliação de risco de queda é diária e que essa expressão NÃO significa avaliar o paciente nas últimas 24 horas antes da alta.</p> <p>Denominador: Soma do número de prontuários de pacientes observados no período com internação superior a 24 horas, considerando todas as alas, multiplicado por 100</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
Periodicidade de Avaliação	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
Unidade de Medida	Percentual.
Parâmetro	≥ 77%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Resultado expresso mês a mês
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por unidade hospitalar com leitos de internação.
Responsável Técnico	SES/SAIS/APNH/CTSP
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS
Descrição da Meta	Manter o percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação na unidade maior ou igual a 77%.

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado	
Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Gestão da qualidade e segurança do paciente
INDICADOR.	Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação na unidade
PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR	
1	Realizar busca ativa em prontuários;
2	Considerar o número de prontuários de pacientes com registro de avaliação de risco de queda realizada nas últimas 24 horas de internação por ala da unidade hospitalar, de acordo com a amostra. Ao final, somar os prontuários que estavam com avaliação de risco de queda nas últimas 24 horas de internação, em relação ao dia da coleta, de cada setor avaliado.
PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR	
1	O total de prontuários avaliados na amostra deve ser necessariamente múltiplo de 17. Isso significa que cada ala de internação (clínica, cirúrgica, intensiva, conforme o perfil do hospital) deve ter exatamente 17 prontuários avaliados. No final, somam-se os 17 prontuários de cada unidade avaliada. Caso o dia escolhido aleatoriamente não alcance os 17 prontuários com pacientes internados com tempo superior a 24 horas, escolher outro dia a fim de completar os 17 prontuários por ala
PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Somar o número de prontuários de paciente com avaliação do risco de queda nas últimas 24 horas de internação;
2	Dividir o valor encontrado pelo número de prontuários avaliados;
3	Multiplicar o valor encontrado por 100.
OBSERVAÇÕES:	
Paciente neonato: considerar o Instrumento de Avaliação de Risco para Quedas em Neonatos; Considerar escala adequada para paciente pediátrico; Pacientes adultos Escala Morse; Considerar pacientes internados com tempo superior de 24 horas, presentes no dia da coleta de dados; Para cálculo da amostra: sortear aleatoriamente 17 prontuários mensalmente, por unidade de internação. Nos casos de unidades com baixo giro de leitos, onde não houve a avaliação de pelo menos 17 pacientes durante o mês, é necessário justificar essa situação ao enviar as informações.	

Indicador 6 - HAB: Taxa de absenteísmo às consultas reguladas de triagem da genética

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	6
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de absenteísmo às consultas reguladas de triagem da genética
Conceituação	A definição de absenteísmo ambulatorial é o não comparecimento dos pacientes a um atendimento previamente agendado para a genética médica, sem nenhuma notificação.
Usos	Avalia o absenteísmo de usuários às primeiras consultas médicas ambulatoriais da genética médica
Limitações	Não ter rastreabilidade do comparecimento às consultas ambulatoriais para panorama III
Fonte	SISREG
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de consultas médicas de 1ª vez agendadas e não realizadas para genética médica; Denominador: Total de consultas médicas de 1ª vez agendadas para genética médica; Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral, Quadrimestral Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Ambulatório de Genética Médica - UGEN
Responsável Técnico	SES/HAB/DAS/UGEN
Coordenador da Pactuação	RTD Triagem Neonatal ARAS
Descrição da Meta	Ver matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06

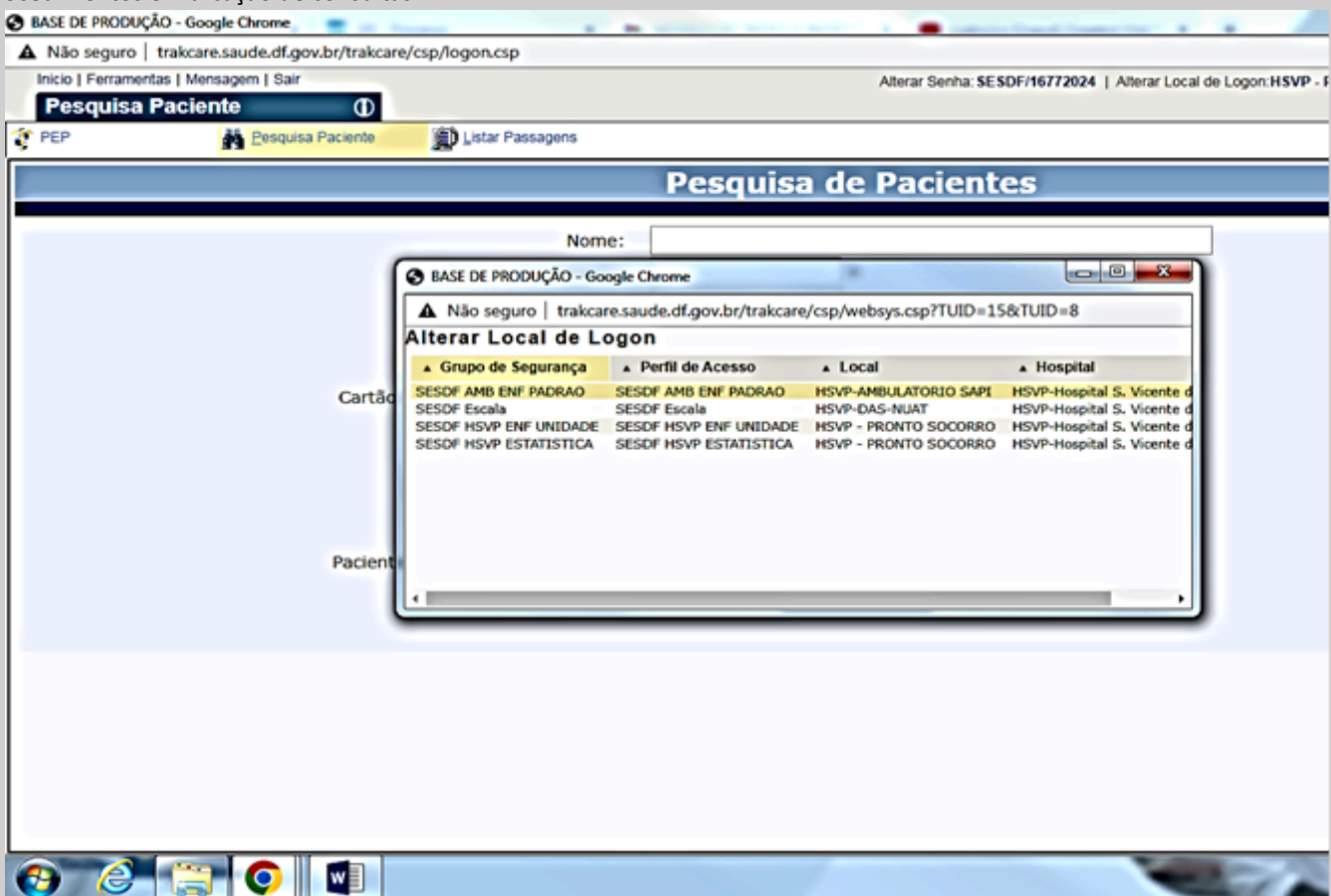
POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Hospital de Apoio de Brasília - HAB
INDICADOR	Taxa de absenteísmo às consultas reguladas de triagem da genética
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Fazer login no SISREG com perfil EXECUTANTE/SOLICITANTE;
2	Clicar na Aba CONSULTA AMB > IMPRESSÃO/CONFIRMAÇÃO DE AGENDAS;
3	Preencher o período; (o SISREG aceita no máximo 31 dias);
4	Clicar no campo “Executante” e selecionar a unidade “HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA”;
5	Clicar no campo “Profissional” e selecionar o profissional desejado;
6	Clicar no campo “Procedimento” e selecionar “CONSULTA EM GENÉTICA”;
7	Selecionar em “Tipo de Agenda” a opção “CONSULTA”;
8	Clicar em OK;
9	Verificar no campo resumo denominado “ESTATÍSTICAS DA PESQUISA”, que fica no final da página, os valores constantes da linha “Solicitações com Falta”;
10	Repetir o processo para profissionais diferentes que atendem na mesma especialidade.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Os passos a serem seguidos são os mesmos para coletar o “Numerador”, com exceção do passo 9 em que deve ser verificado os valores constantes da linha “Total de solicitações”.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Somatório de faltas;
2	Dividir pelo total de consultas reguladas;
3	Multiplicar por 100.
OBSERVAÇÕES	
1. O resultado do mês corrente pode ser apurado até o segundo mês subsequente, caso haja consultas pendentes de remarcação pelo HAB.	

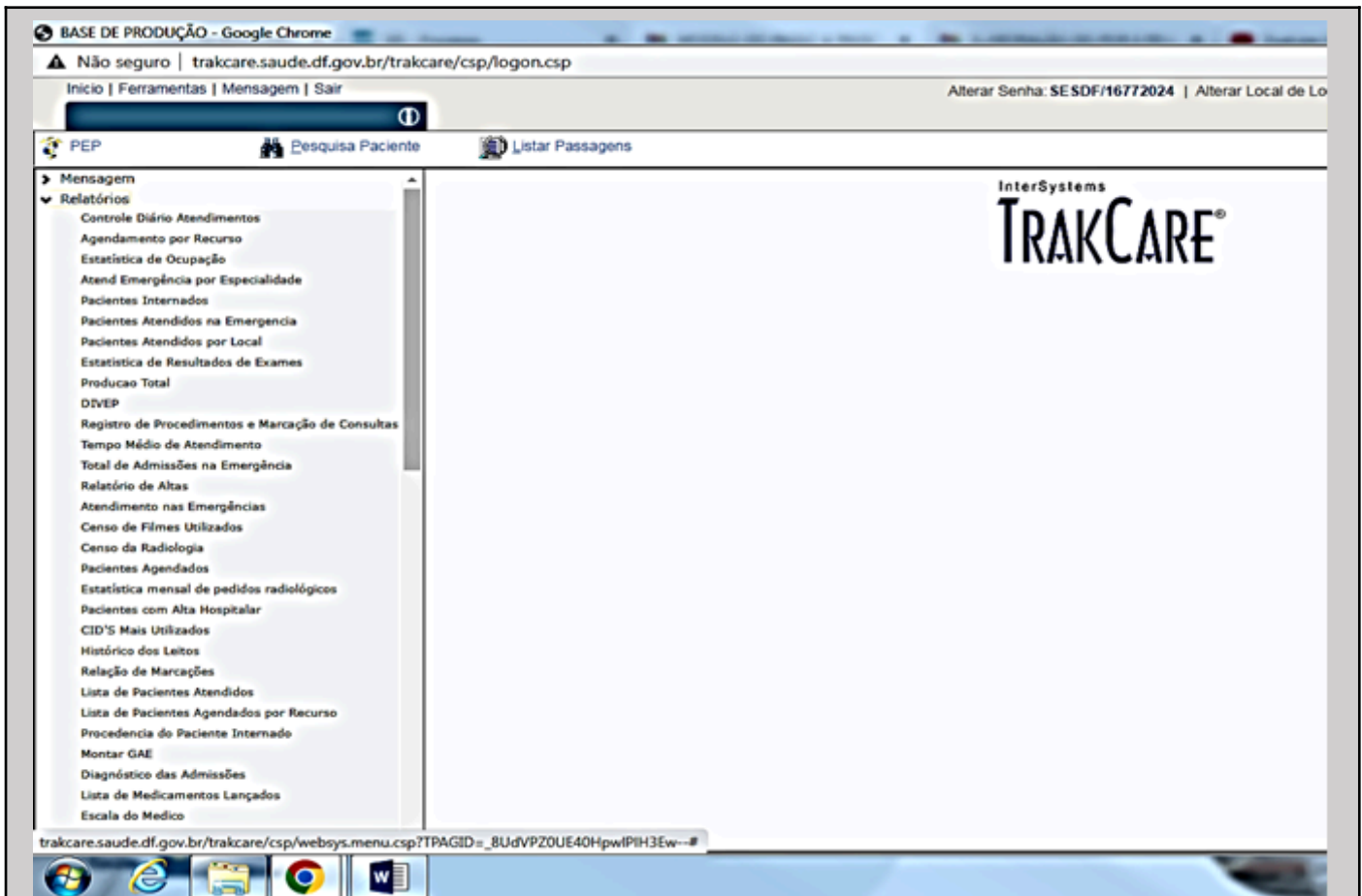
Indicadores Específicos AGR HSVP

Indicador 1 - HSVP: Percentual de pacientes internados na emergência e enfermaria/Ala incluídos nas atividades terapêuticas

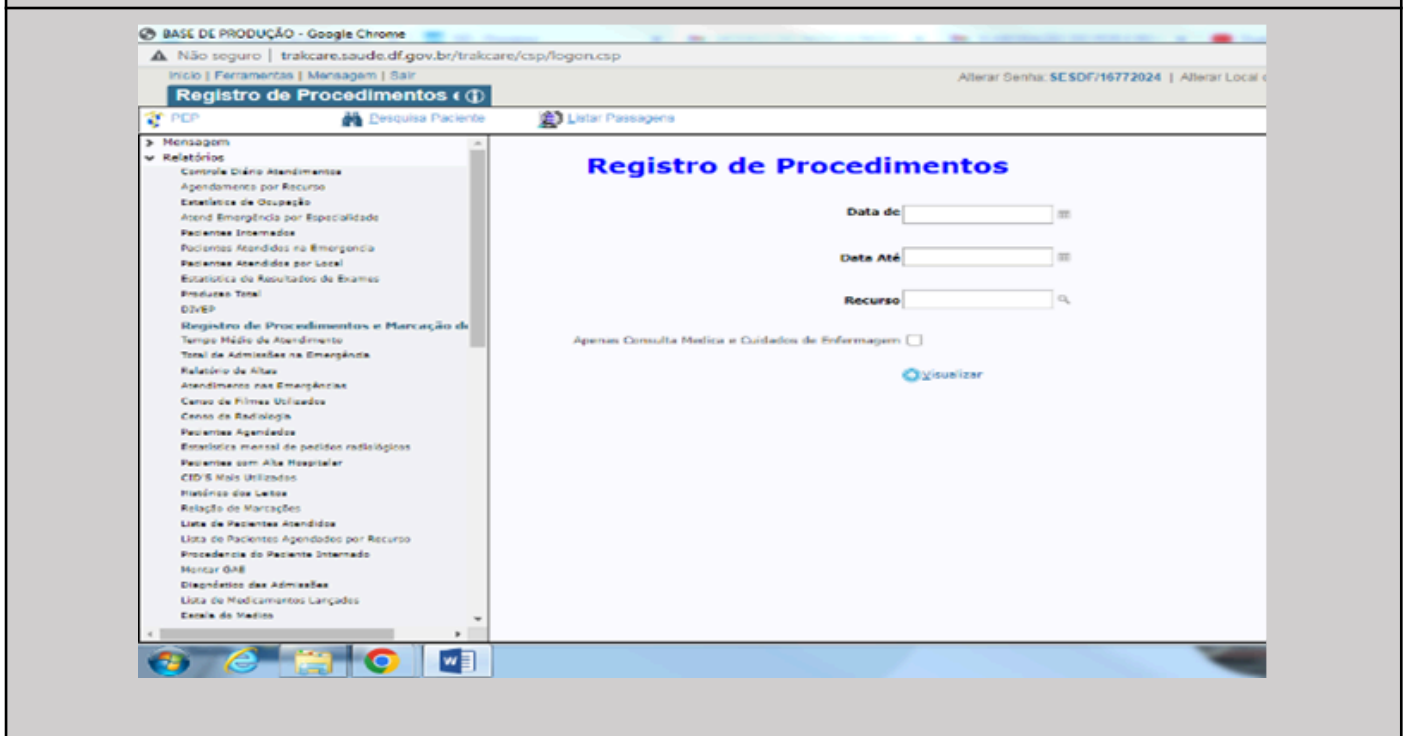
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 1 - HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de pacientes internados na emergência e enfermaria/Ala incluídos nas atividades terapêuticas.
Conceituação	NUAT: Orienta, acompanha, inclui e quantifica os pacientes que estão internados na Emergência e Enfermaria/Ala nas atividades terapêuticas expressivas, corporais, audiovisuais, musicais e de autocuidados, com o objetivo de instrumentalizar o paciente para ressocialização e resgate de sua autonomia e independência.
Usos	Mapear o percentual de pacientes incluídos nas modalidades de atividades terapêuticas
Limitações	Falta de lançamento das atividades realizadas por paciente no sistema TrakCare
Fonte	Trakcare
Metodologia de Cálculo	Trata-se da razão entre o numerador: nº de pacientes inseridos em atividades terapêuticas mês e o denominador: nº total de pacientes internados mês na Emergência e Enfermaria/Ala, multiplicado por 100 para que se obtenha o percentual.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por unidade de internação
Responsável Técnico	DAS/DG/HSVP
Coordenador da Pactuação	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO Acordo de Gestão Regional – AGR																					
TEMA	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP																				
INDICADOR	Percentual de pacientes internados na emergência e enfermaria/Ala incluídos nas atividades terapêuticas.																				
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR																					
1	Gerar relatório estatístico de atendimentos dos profissionais do setor através do sistema Trak Care (passo a passo nas imagens abaixo)																				
2	Compilar os dados da planilha estatística do sistema TrakCare em uma planilha Excel																				
3	Averiguar e analisar os dados estatísticos obtidos através da planilha																				
4	Corrigir as divergências ou duplicação dos dados obtidos através da planilha																				
5	Transformar a planilha Excel em arquivo PDF e anexar no processo SEI específico para estatística do setor																				
6	Encaminhar o processo, via SEI, para os respectivos setores responsáveis.																				
OBSERVAÇÕES																					
GERAÇÃO DO RELATÓRIO ESTATÍSTICO DAS ATIVIDADES TERAPÊUTICAS – POP:																					
Coleta de dados estatísticos no perfil de estatística no sistema TrakCare; em ferramentas; em relatórios; em registro de procedimentos e marcação de consultas.																					
 <p>The screenshot shows the TrakCare system interface. The main window is titled 'Pesquisa de Pacientes' (Patient Search). A smaller window titled 'Alterar Local de Logon' (Change Login Location) is open, displaying a table with the following columns: 'Grupo de Segurança', 'Perfil de Acesso', 'Local', and 'Hospital'. The table lists several user roles and their corresponding access profiles and locations.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grupo de Segurança</th> <th>Perfil de Acesso</th> <th>Local</th> <th>Hospital</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SESDF AMB ENF PADRAO</td> <td>SESDF AMB ENF PADRAO</td> <td>HSVP-AMBULATORIO SAPI</td> <td>HSVP-Hospital S. Vicente d</td> </tr> <tr> <td>SESDF Escala</td> <td>SESDF Escala</td> <td>HSVP-DAS-NUAT</td> <td>HSVP-Hospital S. Vicente d</td> </tr> <tr> <td>SESDF HSVP ENF UNIDADE</td> <td>SESDF HSVP ENF UNIDADE</td> <td>HSVP - PRONTO SOCORRO</td> <td>HSVP-Hospital S. Vicente d</td> </tr> <tr> <td>SESDF HSVP ESTATISTICA</td> <td>SESDF HSVP ESTATISTICA</td> <td>HSVP - PRONTO SOCORRO</td> <td>HSVP-Hospital S. Vicente d</td> </tr> </tbody> </table>		Grupo de Segurança	Perfil de Acesso	Local	Hospital	SESDF AMB ENF PADRAO	SESDF AMB ENF PADRAO	HSVP-AMBULATORIO SAPI	HSVP-Hospital S. Vicente d	SESDF Escala	SESDF Escala	HSVP-DAS-NUAT	HSVP-Hospital S. Vicente d	SESDF HSVP ENF UNIDADE	SESDF HSVP ENF UNIDADE	HSVP - PRONTO SOCORRO	HSVP-Hospital S. Vicente d	SESDF HSVP ESTATISTICA	SESDF HSVP ESTATISTICA	HSVP - PRONTO SOCORRO	HSVP-Hospital S. Vicente d
Grupo de Segurança	Perfil de Acesso	Local	Hospital																		
SESDF AMB ENF PADRAO	SESDF AMB ENF PADRAO	HSVP-AMBULATORIO SAPI	HSVP-Hospital S. Vicente d																		
SESDF Escala	SESDF Escala	HSVP-DAS-NUAT	HSVP-Hospital S. Vicente d																		
SESDF HSVP ENF UNIDADE	SESDF HSVP ENF UNIDADE	HSVP - PRONTO SOCORRO	HSVP-Hospital S. Vicente d																		
SESDF HSVP ESTATISTICA	SESDF HSVP ESTATISTICA	HSVP - PRONTO SOCORRO	HSVP-Hospital S. Vicente d																		



Após clicar nos passos 1, 2 e 3 mostrados na página anterior, irá abrir a seguinte tela no sistema TrakCare:



Nesta tela (REGISTRO DE PROCEDIMENTOS), preenche-se os espaços com as datas pretendidas e o nome do profissional, logo após clica-se em “visualizar” e será gerado o relatório estatístico pelo próprio sistema TrakCare.

Após a coleta dos dados de todos os servidores do setor, os mesmos são inseridos em tabela do tipo xls., programa Excel. Os dados são divididos por servidor e categoria. A pasta com o arquivo Excel encontra-se na área de trabalho do computador. Como mostra-se a seguir:

		JANERO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
ALINE MAYARA AZEVEDO CHAGAS	PSICOTERAPEUTA												
	INTERNAÇÃO/ OBS.PS / PSQIA	148	92	54	29								
	AMBULATORIO	0	0	0	0								
	TOTAL	148	92	54	29								
CAMILA DA COSTA BENARROS LINO	PSICOTERAPEUTA												
	INTERNAÇÃO/ OBS.PS / PSQIA	61	140	104	111								
	AMBULATORIO	0	10	17	24								
	TOTAL	61	150	121	135								
BRUNA RAFAELA DE AQUELAR FASSANARO	TERAPISTA OCUPACIONAL												
	INTERNAÇÃO/ OBS.PS / PSQIA	183	30	53	64								
	AMBULATORIO	4	3	10	2								
	TOTAL	187	33	63	66								

Todas as divergências/duplicações geradas pelo relatório são cheçadas e retificadas na planilha manualmente conforme as mesmas vão sendo inspecionadas.

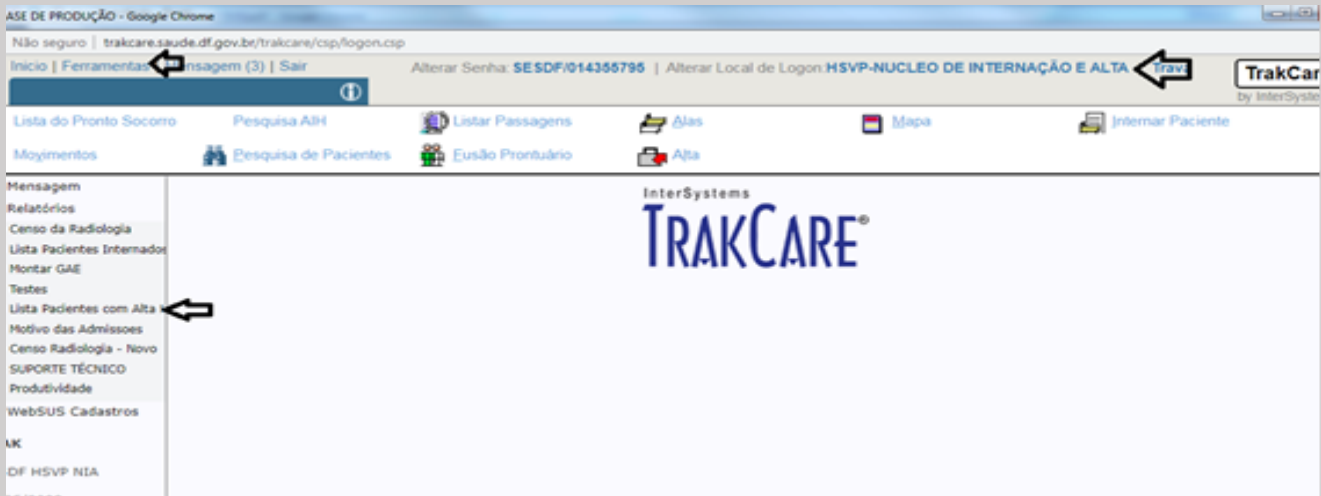

Ao término do preenchimento da planilha excel, a planilha é convertida em arquivo PDF e encaminhada ao SES/HSVP/NPMA, via SEI, mensalmente, em processo próprio para essa finalidade

		JANERO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOV
ALINE MAYARA AZEVEDO CHAGAS	PSICOTERAPEUTA											
	INTERNAÇÃO/ OBS.PS / PSQIA	148	92	54	29							
	AMBULATORIO	0	0	0	0							
	TOTAL	148	92	54	29							
CAMILA DA COSTA BENARROS LINO	PSICOTERAPEUTA											
	INTERNAÇÃO/ OBS.PS / PSQIA	61	140	104	111							
	AMBULATORIO	0	10	17	24							
	TOTAL	61	150	121	135							
BRUNA RAFAELA DE AQUELAR FASSANARO	TERAPISTA OCUPACIONAL											
	INTERNAÇÃO/ OBS.PS / PSQIA	183	30	53	64							
	AMBULATORIO	4	3	10	2							
	TOTAL	187	33	63	66							

Indicador 2 - HSVP: Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 2 - HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar
Conceituação	Evidenciar, de forma fidedigna e relevante, casos de reinternação ocorridos no HSVP durante o período de análise
Usos	Mapear o percentual de pacientes reinternados, de modo a retroalimentar ações de saúde mental na comunidade e promover direitos das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo a família como co participante nesse processo, garantindo, assim, a continuidade do tratamento na rede de suporte e atenção extra-hospitalar, mediante políticas públicas
Limitações	Identificar e estruturar os dados de forma confiável a dar representatividade ao indicador
Fonte	TrakCare
Metodologia de Cálculo	Trata-se da razão entre o numerador: nº de pacientes reinternados no período de até 60 dias após a alta, denominador: nº total de pacientes que tiveram alta no período de 60 dias, multiplicado por 100 para que se obtenha o percentual.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Série histórica de 2021
Polaridade	Quanto menor melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Origem do paciente por Região/Superintendência de Saúde/RAS/RIDE DF/Outras UFs
Responsável Técnico	SES/DISSAM
Coordenador da Pactuação	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
INDICADOR	Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Coleta de altas diárias, através de relatório gerado no TrakCare(passo a passo nas imagens abaixo)
2	Pesquisa em prontuário eletrônico de cada paciente que saiu de alta, para seleção dos que são reinternação e dos que internaram de 1ª vez no HSVP.
3	Selecionar as reinternações com intervalo de até 60 dias da última internação neste HSVP
4	Calcular o percentual de reinternações com intervalo de até 60 dias da última internação neste HSVP.
5	Compilação das informações em planilha confeccionada pelo SAPI
6	Envio de informações via SEI para o NPMA/DG/HSVP
7	Selecionar os pacientes que reinternaram com menos de 60 dias que saíram de alta deste HSVP e enviar para o CAPS de referência com as devidas informações.
OBSERVAÇÕES	
1-Coleta de altas diárias através de relatório gerado pelo TrackCare	
	
	

2-Pesquisa em prontuários eletrônicos de cada paciente que saiu de alta, para seleção dos que são reinternação e dos que internaram de primeira vez no HSVP

Nome:

Data de Nascimento:

Número SES: 3546242

Sexo:

Nº Prontuário Físico:

Cartão Saúde do Cidadão / CNS:

CPF:

Número da Passagem:

Inclui combinação exata:

Pesquisa Fonética:

Pacientes que NÃO tiveram ALTA:

Pesquisa

3-Selecionar as reinternações com intervalo de até 60 dias da última internação neste HSVP.

SES: 3546242 Paciente: 3546242 Profissional: Profissional Local: Local Profissional: Profissional

Sexo: Feminino Nascimento: 02/02/1986 Idade: 36 Anos

Lista de Passagens do Paciente

Cadastro	Passagem	Tipo	Data	Hora	Status	Local	Profissional
EM-26629509	EM-26629509	Emergência	17/05/2022	22:40	Fechada	HSVP INT PS Feminino	
EM-26092069	EM-26092069	Emergência	07/12/2021	09:59	Fechada	HSVP - PRONTO SOCORRO	
EM-26024028	EM-26024028	Emergência	16/11/2021	16:42	Fechada	HSVP - PRONTO SOCORRO	
EM-23610731	EM-23610731	Emergência	21/03/2021	07:10	Fechada	HRC PS Ortopedia	
EM-15831028	EM-15831028	Emergência	02/10/2015	08:12	Fechada	HRC PS Ortopedia	
EM-13273993	EM-13273993	Emergência	01/03/2015	08:50	Fechada	HRC PS Ortopedia	
E13178777	E13178777	Externo	09/05/2014	09:40	Atual	UBS 10 CELANDIA - Aux. Enfermagem	

4,5,6,7 - DADOS PARA O AGR – 2022

INDICADOR NENF-SAPI - PERCENTUAL DE REINTERNAÇÕES COM INTERVALO DE ATÉ 60 DIAS APÓS ALTA DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO

FREQUENCIA DE INTERNAÇÃO REFERENTE AS ALTAS												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Internação de 1ª vez	33	32	33	36								
Reinternação	29	48	43	44								
TOTAL	62	80	76	80	0	0	0	0	0	0	0	0

REINTERNAÇÕES COM INTERVALO EM ATÉ 60 DIAS DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº Total	3	5	11	7								
Percentual	5%	6%	14%	9%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Obs.: Pacientes que internaram com menos de 60 dias após saírem de alta referente ao mês de ABRIL, são da abrangência dos seguintes CAPS:

- CAPS III de Taguatinga - 4 Paciente
- CAPS II Riacho Fundo (CAPS/ISM) - 1 Paciente CAPS I de Brazlândia - 1 Paciente
- CAPS Geral de Planaltina - 1 Paciente

Indicador 3 - HSVP: Número de Pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 3 - HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Número de pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias.
Conceituação	Identificar, acompanhar e quantificar o número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização.
Usos	Mapear o número de pacientes que permanecem internados por mais de 30 dias após a alta médica. Fomentar a elaboração de estratégias de atuação conjunta, com vistas à redução do tempo de permanência dos pacientes em condições de alta hospitalar no HSVP.
Limitações	Fragilidade no monitoramento mensal das altas médicas registradas no Trackcare. Dificuldades na liberação dos pacientes que já estão em condições de alta médica (vagas nas instituições de acolhimento), com vistas à redução do tempo de permanência nos leitos do HSVP.
Fonte	Trackcare
Metodologia de Cálculo	Trata-se do número total de pacientes que permaneceram internados no HSVP devido a questões sociais, por mais de 30 dias após a alta no mês de apuração.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Não se aplica.
Polaridade	Menor melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Origem do Paciente por Região/Superintendência de Saúde/ RIDE / Por Estado.
Responsável Técnico	SES/SAIS/ GESS e SES/DISSAM
Coordenador da Pactuação	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO
Acordo de Gestão Regional – AGR

TEMA	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
INDICADOR:	Número de pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias.

PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR

1	Triagem diária dos prontuários pelo Trackcare, com vistas a coleta do número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização;(passo a passo imagens abaixo)
2	Soma mensal do número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização;
3	Inserção mensal dos dados em planilha específica para controle do NSS;
4	Envio mensal da planilha ao NPMA, via SEI, contendo o número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias.

OBSERVAÇÕES

Procedimentos para coletar os dados do indicador:

- 1) Triagem diária dos prontuários pelo Trackcare, com vistas a coleta do número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização:


The screenshot shows the Trackcare web application interface. At the top, there is a navigation bar with 'Alas' selected. Below it, a table titled 'Lista das Alas' displays the following data:

Mapa	Lista	Descrição da Ala	Vagos	Ocupados	Indisponíveis	Solicitados	Pre-Admissões	Total Pac. Ala	Hoje	Amanhã
		HSVP INT Feminina	0	21	0	0	0	21	0	0
		HSVP INT Masculina	5	16	0	0	0	16	0	0
		HSVP INT PS Feminino	1	12	8	0	0	13	0	0
		HSVP INT PS Masculino	3	9	8	0	0	9	0	0
		HSVP - PRONTO SOCORRO	1	1	0	0	0	5	0	0
		HSVP - UPE - Unidade de Procedimentos Especiais	5	0	0	0	0	0	0	0

Below the table, there is a detailed view of a ward, 'HSVP INT Feminina'. It shows a grid of patient cards for different hospital rooms (ENFERMARIA 01-01 to 01-07). Each card includes the patient's name, age, gender, and medical history. For example, one patient is 'P29 Pacose nao-organica nao especificada, HSVP INT PS Feminino, F, 28 Anos'. The interface also shows a 'Espera HSVP Feminino/Masculino' section and various navigation icons.

Na sequência, são adotados os procedimentos: 2, 3 e 4 do Procedimento Operacional Padrão (POP):

- 2) Soma mensal do número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização;
- 3) Inserção mensal dos dados em planilha específica para controle do NSS;
- 4) Envio mensal da planilha ao NPMA, contendo o número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias.

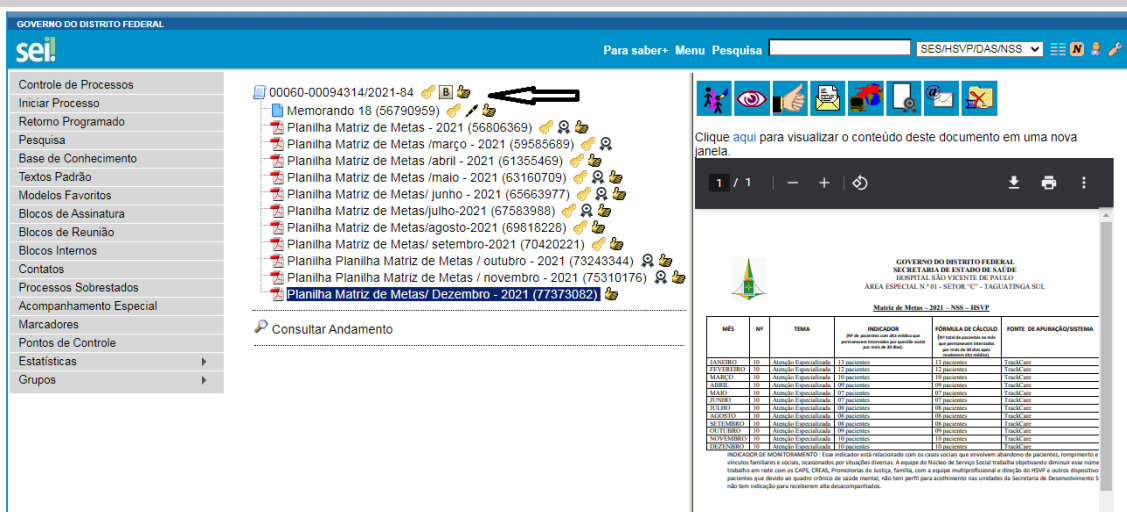


GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
ÁREA ESPECIAL N.º 01 - SETOR "C" - TAGUATINGA SUL

Matriz de Metas – 2022 (janeiro a junho)– NSS – HSVP

MÊS	Nº	TEMA	INDICADOR (Nº de pacientes com alta médica que permanecem internados por questão social por mais de 30 dias).	FÓRMULA DE CÁLCULO (Nº total de pacientes no mês que permanecem internados por mais de 30 dias após receberem alta médica).	FONTE DE APURAÇÃO/SISTEMA	METAS HSVP
JANEIRO	10	Atenção Especializada	09 pacientes	09 pacientes	TrackCare	Monitoramento
FEVEREIRO	10	Atenção Especializada	11 pacientes	11 pacientes	TrackCare	Monitoramento
MARÇO	10	Atenção Especializada	11 pacientes	11 pacientes	TrackCare	Monitoramento
ABRIL	10	Atenção Especializada	10 pacientes	10 pacientes	TrackCare	Monitoramento
MAIO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
JUNHO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
JULHO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
AGOSTO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
SETEMBRO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
OUTUBRO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
NOVEMBRO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
DEZEMBRO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento

INDICADOR DE MONITORAMENTO : Esse indicador está relacionado com os casos sociais que envolvem abandono de pacientes, rompimento e fragilidade de vínculos familiares e sociais, ocasionados por situações diversas. A equipe do Núcleo de Serviço Social trabalha objetivando diminuir esse número, através do trabalho em rede com os CAPS, CREAS, Promotorias de Justiça, família, com a equipe multiprofissional e direção do HSVP e outros dispositivos da rede. São pacientes que devido ao quadro crônico de saúde mental, não tem perfil para acolhimento nas unidades da Secretaria de Desenvolvimento Social- SEDES e não tem indicação para receberem alta desacompanhados.



The screenshot shows the SEI (Sistema Eletrônico de Informações) interface. On the left is a navigation menu with options like 'Controle de Processos', 'Pesquisa', and 'Estadísticas'. The main area displays a list of documents, with the most recent one, 'Planilha Matriz de Metas / dezembro - 2021 (77373082)', highlighted. An arrow points to this document. To the right, a preview window shows the document's content, which is a copy of the 'Matriz de Metas - 2021 - NSS - HSVP' table shown in the previous block.

Acreditando na missão deste serviço e no interesse de todos em garantir um atendimento em saúde mental, em consonância com a Lei Federal N° 10.2016, e com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, nos colocamos à disposição para fornecer informações adicionais, se necessário, nos telefones: (61) 20171145 – Ramal: 3606; ou no endereço eletrônico: nss.hsvp@saude.df.gov.br

Indicador 4 - HSVP: Percentual de procedência dos pacientes atendidos no HSVP (por região de saúde).

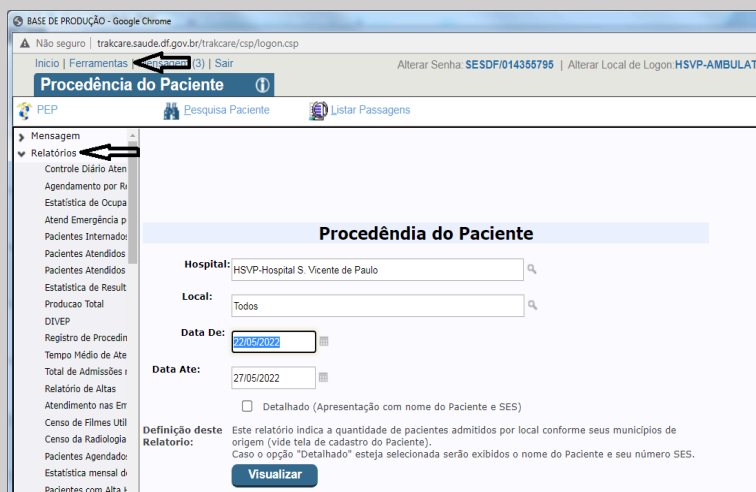
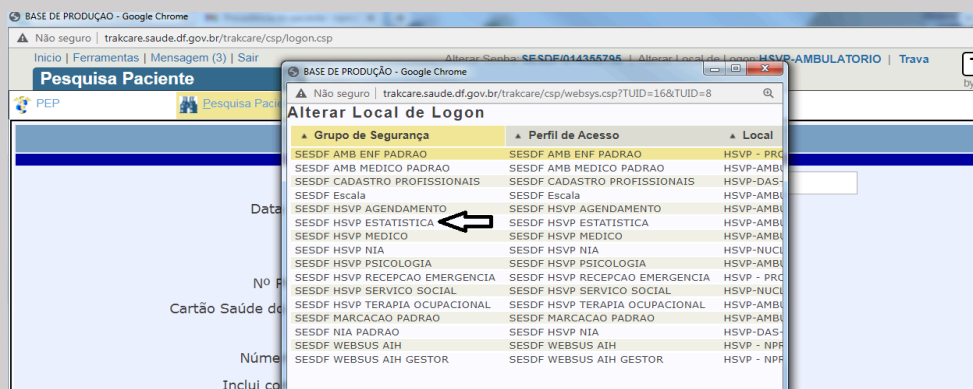
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 59
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de procedência dos pacientes atendidos no PS do HSVP.
Conceituação	Total de pacientes atendidos no PS do HSVP, informados por Região de Saúde da SES/DF e da RIDE mensalmente.
Usos	Analisar a quantidade de pacientes oriundos de outras RAS e RIDE que utilizam os serviços de assistência à saúde no PS do HSVP. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e processos assistenciais, promovendo uma assistência mais segura e consequentemente de maior qualidade para o usuário da SES/DF.
Limitações	Capacidade de atendimento de todos os usuários que buscam esse serviço.
Fonte	TrakCare
Metodologia de Cálculo	Trata-se da razão entre o numerador: nº de Pacientes oriundos das Regiões de Saúde do DF e da RIDE atendidos no PS do HSVP no mês, o denominador: Nº total de Pacientes atendidos no PS do HSVP naquele mês. O número de pacientes de cada RAS e RIDE dividido pelo número de pacientes atendidos no PS multiplicado por 100 para que se tenha o percentual.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Dado em monitoramento
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/DISAM
Coordenador da Pactuação	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
INDICADOR:	Percentual de procedência dos pacientes atendidos no HSVP (por região de saúde)
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Relatório gerado pelo sistema TrackCare (passo a passo conforme imagens abaixo)
2	Compilação dos Dados apresentados
3	Correção de Divergências
4	Envio em processo SEI

OBSERVAÇÕES

Coleta de dados com perfil de estatística no sistema trackcare; em ferramentas; relatórios; procedência do paciente.



Coletado os dados, são inseridos em tabela, programa excel, por regiões de saúde; Centro-Sul, Centro-Norte, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul e em estados e cidades fora do DF.

	A	B	C	D
1	abr/22			
2	REGIÃO SUL	70		
3	GAMA	37		
4	SANTA MARIA	33		
5	REGIÃO CENTRO SUL	99		
6	SAI			
7	ESTRUTURAL			
8	GUARA	37		
9	PARK WAY			
10	CANDOGOLANDIA	10		
11	N. BANDEIRANTE	6		
12	R. FUNDO I E II	46		
13	REGIÃO CENTRAL	53		
14	ASA SUL E NORTE	37		
15	VILA PLANALTO			
16	LAGO NORTE E SUL	10		

Todas divergências geradas pelo relatório são checadas e retificadas na planilha manualmente conforme endereço inserido no cadastro do usuário.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE
De 22/05/2022 Até 27/05/2022

HSVP - PRONTO SOCORRO	166
DISTRITO FEDERAL	151
BRASILIA	7
BRAZLÂNDIA	6
CEILÂNDIA	35
GAMA	6
GUARÁ	4
LAGO NORTE	1
NÚCLEO BANDEIRANTES	1
PARANÓIA	1
PLANALTINA	4
RECANTO DAS EMAS	9

Ao final, a tabela é convertida em PDF e encaminhada ao SES/HSVP/NPMA mensalmente via SEI.

Para saber+ Menu Pesquisa SES/HSVP/DAS/NMCP

61

949595)

57949739

9142202)

5823)

15374)

185588)

21857)

357616)

7137819)

4138024)

(7516492

(773129)

Clique [aqui](#) para visualizar o conteúdo deste documento em uma nova janela.

controlador.php 1 / 5 | 114% |

abr/22	
REGIÃO SUL	70
GAMA	37
SANTA MARIA	33
REGIÃO CENTRO SUL	99

Indicador 5 - HSVP: Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Ala Internação-Enfermaria.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 5 - HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo médio em dias de internação Psiquiátrica - Enfermaria
Conceituação	Diminuir o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital Avaliar a duração média da internação de pacientes em unidades de enfermaria psiquiátrica. Essas unidades são destinadas ao tratamento e cuidado de pacientes com transtornos mentais que requerem internação por períodos mais longos, mas que não necessitam de cuidados intensivos como os oferecidos em unidades de terapia intensiva ou em prontos-socorros psiquiátricos. No entanto, em geral, um tempo médio de internação mais curto pode indicar uma abordagem de tratamento mais eficaz, com intervenções adequadas e resultados positivos para os pacientes. Por outro lado, um tempo médio de internação mais longo pode sugerir dificuldades na gestão do caso, necessidade de melhorias nos serviços de saúde mental ou falta de recursos para apoiar a transição dos pacientes de volta à comunidade. Lei Federal nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, estabelece diretrizes para a organização da assistência em saúde mental, incluindo o tempo de internação psiquiátrica.
Usos	Medir os recursos (custo fixo) desperdiçados com o Leito ocupado por tempo de permanência sem indicação. Eficiência da gestão de leito operacional no hospital. Avaliar o tempo de permanência dos pacientes no hospital. Boas práticas no cuidado com o paciente e rotatividade do leito operacional.
Limitações	Longa permanência de pacientes de alta hospitalar, que continuam internados pós alta por questões sociais, ocasionando uma elevação na média de permanência. O tempo médio de internação pode ser influenciado pela gravidade dos casos atendidos na enfermaria psiquiátrica. Fatores externos, como disponibilidade de recursos, capacidade de leitos. Além disso, há uma fragilidade na fonte dos dados, uma vez que são extraídos do Censo Hospitalar em Planilha Excel.
Fonte	Planilha Excel - Relatório local
Metodologia de Cálculo	Fórmula e Cálculo: (Num = \sum Nº de pacientes-dia no período / Denom = \sum Número de saídas no período) a) Numerador: Número de pacientes-dia - somatório de pacientes-dia do hospital no período de um mês. b) Denominador: Nº de saídas - somatório das altas, transferências externa e óbitos do hospital no período de um mês. Como referência utilizar o censo da 00:00h de cada dia. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando no hospital a cada dia. O número de pacientes-dia no mês será o somatório de pacientes-dia de cada dia do mês. Saídas: Nº de saídas hospitalares registradas no período de um mês. Somatório de número de altas (independente do motivo de alta), óbitos e transferências externas ocorridas no hospital no período de um mês.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (colegiado) Local = Coleta de dados mensais, com alimentação da planilha bimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual (relatório), Local = Bimestral
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não, o resultado é expresso mês a mês
Acumulativo para Pactuação	Não, o resultado anual é a média mensal durante o ano
Estratificação	Dados apenas do HSVP
Responsável Técnico	GESSAM/DISSAM/COASIS
Coordenador da Pactuação	COASIS/SAIS

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específico Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
INDICADOR:	Tempo médio em dias de internação psiquiátrica – Enfermaria
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO NUMERADOR	
1	Acessar a Planilha "\\srv-fs\GESTAO_LEITOS_HSVP\CENSOS 2022\CENSOS 2023\CENSOS 2024\CENSO 2024 planilhas\CENSO ENFERMARIA 2024 (2).ods" ;
2	Selecionar a aba do mês de apuração dos dados;
3	Verificar a coluna total das linhas “Pac dia anterior” e “Admissão”;
4	Para obter o numerador, somar os valores totais de “Pac dia anterior” e “Admissão”.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO DENOMINADOR	
1	Para obter o denominador, basta anotar o valor total de saídas.
OBSERVAÇÕES	
O resultado do indicador será calculado pela ferramenta de monitoramento disponibilizada e compartilhada pela área encarregada de acompanhar e analisar os resultados dos Acordos de Gestão.	

Indicador 6 - HSVP: Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Pronto Socorro

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 6 - HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo médio em dias de internação Psiquiátrica - Pronto Socorro
Conceituação	Diminuir o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital Avaliar a duração média da estadia de pacientes no pronto-socorro psiquiátrico. Representa a média de tempo que os pacientes passam internados nesse ambiente específico antes de serem transferidos para outras unidades de tratamento, como unidades psiquiátricas de internação prolongada ou serviços ambulatoriais. Lei Federal nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, estabelece diretrizes para a organização da assistência em saúde mental, incluindo o tempo de internação psiquiátrica.
Usos	Medir os recursos (custo fixo) desperdiçados com o leito ocupado por tempo de permanência sem indicação. Eficiência da gestão de leito operacional nos hospitais. Avaliar o tempo de permanência dos pacientes no hospital. Boas práticas no cuidado com o paciente e rotatividade do leito operacional.
Limitações	Longa permanência de pacientes de alta hospitalar, que continuam internados pós alta por questões sociais, ocasionando uma elevação na média permanência. O tempo médio de internação pode ser influenciado pelo tipo e gravidade dos pacientes que procuram o pronto-socorro psiquiátrico. A falta de acesso a serviços ambulatoriais de acompanhamento após a alta. Fatores externos, como disponibilidade de recursos, capacidade de leitos. Além disso, há uma fragilidade na fonte dos dados, uma vez que são extraídos do Censo Hospitalar em Planilha Excel.
Fonte	Planilha Excel - Relatório local
Metodologia de Cálculo	<p>Fórmula de Cálculo: (Num = \sum Nº de pacientes-dia no período / Denom = \sum Número de saídas no período)</p> <p>a) Numerador: Número de pacientes-dia - somatório de pacientes-dia do hospital no período de um mês.</p> <p>b) Denominador: Nº de saídas - somatório das altas, transferências externa e óbitos do hospital no período de um mês. Como referência utilizar o censo da 00:00h de cada dia.</p> <p>Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando no hospital a cada dia. O número de pacientes-dia no mês será o somatório de pacientes-dia de cada dia do mês). Saídas: Nº de saídas hospitalares registradas no período de um mês. Somatório de número de altas (independente do motivo de alta), óbitos e transferências externas ocorridas no hospital no período de um mês.</p>
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (colegiado) AGR/AGL = Quadrimestral, Local = Coleta de dados mensais, com alimentação da planilha bimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual (relatório), Local = Bimestral
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não, o resultado é expresso mês a mês
Acumulativo para Pactuação	Não, o resultado anual é a média mensal durante o ano
Estratificação	Dados apenas do HSVP
Responsável Técnico	GESSAM/DISSAM/COASIS
Coordenador da Pactuação	COASIS/SAIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específico Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
INDICADOR:	Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Pronto Socorro
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO NUMERADOR	
1	Acessar a Planilha "\\srv-fs\GESTAO_LEITOS_HSVP\CENSOS 2022\CENSOS 2023\CENSOS 2024\CENSO 2024 planilhas\CENSO PRONTO SOCORRO 2024 (2).ods" ;
2	Selecionar a aba do mês de apuração dos dados;
3	Verificar a coluna total das linhas "Pac dia anterior" e "Admissão";
4	Para obter o numerador, somar os valores totais de "Pac dia anterior" e "Admissão".
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO DENOMINADOR	
1	Para obter o denominador, basta anotar o valor total de saídas.
OBSERVAÇÕES	
O resultado do indicador será calculado pela ferramenta de monitoramento disponibilizada e compartilhada pela área encarregada de acompanhar e analisar os resultados dos Acordos de Gestão.	

Indicadores Específicos AGR - CRDF

Indicador 1 - CRDF: Número absoluto de doadores de tecidos oculares

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 1 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Número absoluto de doadores de tecidos oculares no Distrito Federal (DF).
Conceituação	Doador efetivo de tecidos: indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação Nº4/2017). A doação de tecidos oculares pode ocorrer em até 6h após a parada cardiorrespiratória, se o corpo do doador não for mantido sob refrigeração. E em até 12h após a parada cardiorrespiratória, se o corpo do doador for refrigerado dentro de 6h após a parada. É necessário a análise dos critérios de seleção e exclusão, autorização familiar para doação e triagem laboratorial. Esse indicador possibilitará o acompanhamento e monitoramento do número de doações de tecidos oculares efetivadas no Distrito Federal.
Usos	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações direcionadas à viabilização das doações de tecidos oculares. Auxiliar na localização de ineficiências e indicar a direção de intervenções para aumento nos índices de doações.
Limitações	Não identificar os potenciais doadores perdidos devido às subnotificações ou causas de não efetivação.
Fonte	Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes (SIG/SNT) Planilha EXCEL
Metodologia de Cálculo	Número absoluto de doadores de tecidos oculares. Somatório do número de doadores efetivos (indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante).
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral ou Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Obter um mínimo de 30 doadores efetivos/mês (fonte: SIG/SNT)
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital, CNES, Região de Saúde, Unidade de saúde
Responsável Técnico	SES/CRDF/CET/BOT
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específico Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Número absoluto de doadores de tecidos oculares no Distrito Federal (DF).
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
PASSO A PASSO PARA COLETAR O NUMERADOR	
1	Acessar os registros dos doadores efetivos: na planilha de gestão, no formato excel, localizada no drive do e-mail: bancodeolhosdf2012@gmail.com; e/ou no livro Ata de Relatório de Doadores de Tecidos Oculares;
2	Realizar a soma de todos os doadores do referido mês.
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Somatório do número absoluto de doadores efetivos de tecidos oculares humano no mês de referência.
OBSERVAÇÕES	
1- A faixa etária para doadores efetivos de tecidos oculares, no Distrito Federal, corresponde ao intervalo de 3 até 75 anos. Situações extremas de necessidade de córneas poderão ser ampliadas para em até 80 anos. 2- Os registros oficiais dos doadores efetivos de tecidos oculares, em Parada Cardiorrespiratória e ou de Morte Encefálica, seguem uma sequência numérica, conforme diretrizes legais, a partir do dia 01/01 até 31/12 de cada ano. 3- O prontuários dos doadores efetivos de tecidos oculares devem ser arquivados por vinte anos.	

Indicador 2 - CRDF: Número absoluto de doadores de órgão sólido

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 2 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Número absoluto de doadores efetivos de órgão sólido no Distrito Federal (DF).
Conceituação	Doador efetivo de órgãos: indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação Nº4/2017). A doação de órgãos é regulamentada por Leis (9.434/1997 e 10.211/2001), Decretos (9.175/2017), Resoluções (CFM 2.173/2017) e Portarias. A Portaria de Consolidação Nº 4/2017 contém o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Esse indicador permitirá monitorar o número de doadores efetivos de órgãos sólidos no Distrito Federal.
Usos	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações direcionadas à promoção e viabilização dos potenciais doadores de múltiplos órgãos (MO). Auxiliar na localização de ineficiências e indicar a direção de intervenções para aumento nos índices de doações.
Limitações	Não identifica os potenciais doadores perdidos (subnotificação e seus motivos) e causas de não efetivação da doação.
Fonte	Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes (SIG/SNT) Planilha EXCEL.
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de doadores efetivos (indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada). Número absoluto de doadores de órgão sólido.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral ou Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Obter um mínimo de 6 doadores efetivos/mês. Fonte: SIG/SNT, PORTARIA MS Nº 1.262, DE 16 DE JUNHO DE 2006
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital, CNES, Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/CRDF/CET/NOPO
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas
Observações/Comentários	Número de notificações de potenciais doadores, Número de transplante de órgãos. Lei nº 9.434/1997, Art. 13º: É obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde informar

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específico Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Número absoluto de doadores efetivos de órgão sólido no Distrito Federal (DF).
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Abrir planilha excel “Estatística ME CET” do referido ano (pasta compartilhada – CET – ano de referência – ESTATÍSTICA);
2	Realizar a soma de todos os doadores efetivos (indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada) no DF no mês de referência.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Somatório do número absoluto de doadores efetivos no mês de referência.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 3 - CRDF: Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 3 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares.
Conceituação	<p>Percentual de intervenções necessárias do SAMU 192 sem meios disponíveis no ano corrente. Número de ligações onde o regulador identifica a necessidade de encaminhar recursos para atendimento e não há meios disponíveis no momento.</p> <p>As ligações são classificadas pelo médico regulador que avalia a gravidade da situação e decide por encaminhar ou não o recurso. As ligações reguladas são categorizadas como: intervenção necessária e possível (em que é enviado o recurso mais próximo e adequado ao local onde a vítima/paciente se encontra); não pertinente (avaliados sem qualquer risco de vida, não necessitando de atenção urgente); necessária e sem meios (onde é necessário o atendimento mas não existem meios para enviar no momento da solicitação, e sem dados para decidir (não há informações suficientes que possam subsidiar a avaliação).</p>
Usos	Permite analisar a demanda reprimida e monitorar a capacidade resolutive do serviço em atender todas as solicitações que chegam à Central de Regulação de Urgências/CERU permitindo traçar estratégias de melhor cobertura do serviço bem como racionalidade na distribuição do recurso enviado.
Limitações	Em relação à assistência o indicador é limitado quando não há recursos disponíveis, por diversos motivos, como retenção de macas, absenteísmo de servidores ou impossibilidade de composição de equipes pela falta de RH.
Fonte	Sistema de Atendimento de Urgências (SAU) / SAMU-DF.
Metodologia de Cálculo	<p>Número de ocorrências reguladas classificadas como necessárias e sem meios / Número total de ocorrências classificadas como intervenção necessária x 100.</p> <p>Numerador: Número de ocorrências reguladas classificadas como necessárias e sem meios de transporte. Denominador: Número total de ocorrências classificadas como intervenção necessária. Multiplicador: 100.</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Meta: 12%
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital/Regiões de saúde/CNES.
Responsável Técnico	SES/CRDF/SAMU/CERU
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o Sistema SAU Relatórios: Atualmente o Banco de Dados do SAMU 192 DF é armazenado e suportado através do Sistema SAU Relatórios acessível de forma local e remota.
2	Logar: Somente servidores autorizados pela Diretoria do SAMU podem auditar e extrair dados de atendimento envolvendo informações gerais registradas pelo sistema e informações de prontuário médico. O cadastro deve ser autorizado previamente pela Diretoria do SAMU 192 DF e é feito com nome de usuário e senha.
3	Menu: No menu principal clique em “ Relatórios SES" (mensal). Submenu: No submenu clicar em “Primeira decisão”.
4	Selecionar os Filtros: Especificar o filtro da extração: 1. Mês: Selecionar o mês vigente; 2. Ano: Selecionar o ano vigente.
5	Demanda Reprimida: A demanda reprimida encontra-se na terceira linha segunda coluna.
OBSERVAÇÕES	
Contém as decisões médicas da primeira regulação e quantas vezes cada decisão foi qualificada no mês selecionado. São consideradas para este relatório somente a primeira regulação de todas as ocorrências entrantes no mês selecionado e que não sejam relativas à homologação do sistema.	

Indicador 4 - CRDF: Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 4 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF.
Conceituação	<p>Tempo resposta das ocorrências reguladas pela Central de Regulação de Urgência do SAMU 192. Estima a capacidade do serviço em chegar no momento oportuno à vítima que expressa necessidade de atendimento em urgência e emergência, possibilitando conectá-la aos recursos que ela necessita na maior brevidade possível, reduzindo sofrimento, sequelas e mortes evitáveis. Esse indicador envolve várias etapas: tempo de recebimento e atendimento pelo Técnico auxiliar de regulação médica (TARM), tempo de atendimento do médico regulador, tempo de decisão, tempo de acionamento, tempo de partida e tempo de deslocamento da equipe até o local da ocorrência.</p> <p>Estima a capacidade do serviço em chegar no momento oportuno à vítima que expressa necessidade de atendimento em urgência e emergência, possibilitando conectá-la aos recursos que ela necessita na maior brevidade possível, reduzindo sofrimento, sequelas e mortes evitáveis. Esse indicador envolve várias etapas: tempo de recebimento e atendimento pelo Técnico auxiliar de regulação médica (TARM), tempo de atendimento do médico regulador, tempo de decisão, tempo de acionamento, tempo de partida e tempo de deslocamento da equipe até o local da ocorrência.</p>
Usos	Possibilita a avaliação do atendimento pelo SAMU em tempo oportuno conforme a necessidade do usuário, constituindo uma ferramenta para a organização do serviço, podendo subsidiar o planejamento das ações.
Limitações	O porte dos hospitais influencia tanto na quantidade de pacientes, quanto no número de diárias.
Fonte	TrakCare e Relatório da SAIS/CATES com o total de leitos de UTI da rede própria, contratada e conveniada disponíveis por hospital
Metodologia de Cálculo	$\sum (\text{hora de chegada da equipe} - \text{hora da qualificação TARM}) / \text{N}^\circ \text{ de atendimentos por USB + USA}$
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral ou Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Minutos e segundos
Parâmetro	28 minutos
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital/Regiões de saúde/CNES.
Responsável Técnico	SES/CRDF/SAMU/CERU
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas
Observação	Poderá ser analisado por estratificação da gravidade e por urgências e emergências cardiológicas (PCR, IAM), neurológicas (AVC), traumáticas. Quanto maior a gravidade da ocorrência, menor deverá ser o tempo resposta

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o Sistema SAU Relatórios: Atualmente o Banco de Dados do SAMU 192 DF é armazenado e suportado através do Sistema SAU Relatórios acessível de forma local e remota.
2	Logar: Somente servidores autorizados pela Diretoria do SAMU podem auditar e extrair dados de atendimento envolvendo informações gerais registradas pelo sistema e informações de prontuário médico. O cadastro deve ser autorizado previamente pela Diretoria do SAMU 192 DF e é feito com nome de usuário e senha.
3	Menu: No menu principal clique em “ Relatórios SES” (mensal). Submenu: No submenu clicar em “Estimativa de tempo-resposta”.
4	Selecionar os Filtros: Especificar o filtro da extração: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mês: Selecionar o mês vigente; 2. Ano: Selecionar o ano vigente.
5	Estimativa de tempo-resposta (ETR): A ETR encontra-se na sexta linha segunda coluna.
OBSERVAÇÕES	
<p>Contém a estimativa de tempo-resposta, porém não calcula o inicial da chamada do 192 até o término do atendimento do TARM, caracterizando um viés na média do tempo- resposta total. Para qualificar o indicador é necessário a implementação do tempo decorrido que o usuário espera para ser atendido pelo TARM e o tempo que o TARM leva para qualificar a ocorrência.</p> <p>Para todos os casos abaixo, não são contabilizadas ocorrências de transferências e nem de homologação do sistema;</p> <p>Considera-se como "Tempo de atendimento" a duração média entre o momento que o TARM qualifica a ocorrência e o momento que o médico regulador a atende;</p> <p>Considera-se como "Tempo de decisão" a duração média entre o momento que o médico abre a ocorrência e o momento em que ele clica em qualquer uma das decisões possíveis;</p> <p>Considera-se como "Tempo de acionamento" a duração média entre o momento que o médico regulador clica na decisão "Intervenção necessária e possível" e o momento em que o status da equipe selecionada é alterado para "Comunicada".</p> <p>Considera-se como "Tempo de partida" a duração média entre o momento que a equipe tem seu status alterado para "Comunicada" e o momento em que este status é alterado para "Partindo para o atendimento".</p> <p>Considera-se como "Tempo de deslocamento" a duração média entre o momento em que o status da equipe é alterado para "Partindo para o atendimento" e momento de "Chegada no local".</p>	

Indicador 5 - CRDF: Tempo de atendimento de solicitações para inserções de pacientes da rede privada para leitos de UTI regulados pela SES.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 5 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo de atendimento de solicitações para inserções de pacientes da rede privada para leitos de UTI regulados pela SES.
Conceituação	<p>Cálculo de Tempo de atendimento de solicitações para inserções de pacientes advindos da rede privada para ocuparem leitos de UTI regulados pela SES.</p> <p>Leito regulado: leito ocupado autorizado pelo Complexo Regulador em Saúde Dis Central de Regulação. Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados. Excetuam-se destes, os leitos gerais de internação hospitalar.</p> <p>Mede o tempo necessário para que pacientes, internados em leitos de UTI da rede privada, sejam inseridos na lista de espera por leito de UTI regulados pelo CRDF (contratadas ou próprias da SES/DF) após a visita do supervisor médico dessa Central.</p>
Usos	Transparência da oferta do leito, menor tempo de espera.
Limitações	Não permite contabilizar leitos gerais de internação hospitalar.
Fonte	Planilha de acompanhamento de solicitações de visita; e-mail da Central de Regulação, SEI e Trakcare
Metodologia de Cálculo	<p>Número de chamados / solicitações para inserção de pacientes em leitos de UTI / soma de horas entre a solicitação e a inserção em lista.</p> <p>Numerador: número de chamados/solicitações para inserção de pacientes em leitos de UTI. Denominador: soma de horas entre a solicitação e a inserção em lista.</p>
Periodicidade de Monitoramento	Anual
Periodicidade de Avaliação	Mensal, Bimestral ou Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Unidade de Medida	Horas
Parâmetro	100% (quantidade de solicitações, tempo de atendimento da demanda, nº de leitos de UTI regulados e os não regulados disponíveis. Meta estipulada de até 24h.)
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital / CNES
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERIH
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Tempo de atendimento de solicitações para inserções de pacientes da rede privada para leitos de UTI regulados pela SES.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Verificar na planilha de Mandado Judicial, na aba de supervisores;
2	Verificar o número de solicitações no mês referente e soma-los
3	Caso o dado esteja incompleto, verificar pelo nome do paciente a hora do recebimento do chamado pelo e-mail regulacaodeuti@saude.df.gov.br
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Verificar na planilha de Mandado Judicial, na aba de supervisores;
2	Verificar o tempo gasto entre o chamado e a visita, soma-los
3	Caso o dado esteja incompleto, verificar pelo nome do paciente a hora do recebimento do chamado pelo e-mail regulacaodeuti@saude.df.gov.br e a hora da inserção no sistema TraKcare.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Realizar a divisão da soma de horas em espera pelo número de solicitações de visitas
OBSERVAÇÕES	

Indicador 6 - CRDF: Percentual de aproveitamento de vagas ambulatoriais ofertadas.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 65
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de aproveitamento de vagas ambulatoriais ofertadas.
Conceituação	<p>Diferença entre número de solicitações autorizadas menos as canceladas sobre a oferta de vagas para consultas/Exames/Procedimentos em Panorama 3.</p> <p>Número de procedimentos ambulatoriais autorizados baseado em notas técnicas/protocolos clínicos previamente regulamentados pelas especialidades e institucionalizados na SES/DF. Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF pelo SISREG III na rede própria, conveniadas e contratadas da SES-DF. Esses protocolos são instrumentos de ordenamento dos fluxos de encaminhamentos, sendo facilitadores para o manejo clínico em todos os níveis de atenção. Os procedimentos ambulatoriais aqui compreendem consultas especializadas e exames diagnósticos. O Panorama 1 abrange a regulação regional. O território possui aptidão para gerenciar sua própria distribuição da oferta e a alocação da demanda dos pacientes conforme sua capacidade instalada, além de serem responsáveis pela qualificação das solicitações (consultas/procedimentos/internações), de acordo com os fluxos e protocolos vigentes. O Panorama 2 abrange a regulação pactuada/inter-regional. A região ofertante do recurso deverá ter aptidão para gerenciar, além de sua demanda, também a demanda de outro território/região, mediante pactuação prévia. O Panorama 3 é regulado centralmente pelo CRDF. Refere-se a recursos que não estão presentes na maioria dos territórios, sendo estes escassos e estratégicos, estando concentrados em unidades executantes próprias, contratadas e/ou conveniadas específicas que servem a toda a rede. Mede o número de solicitações de Consultas/Exames/Procedimentos autorizados pela Central de Regulação Ambulatorial (CERA) realizados pela rede própria, conveniada e contratada da SES-DF, em detrimento das vagas ofertadas.</p>
Usos	Possibilita o acompanhamento da utilização das vagas ofertadas em Panorama 3, além do fluxo de encaminhamento aos serviços ambulatoriais qualificados da SES/DF e a quantidade de cancelamentos realizados pelas unidades de saúde após autorização.
Limitações	Há protocolos implantados sem acompanhamento da comissão de protocolos da SES/DF, pois houve a articulação direta com as coordenações de especialidades. Alteração na capacidade instalada dos ambulatórios das regiões sem que seja comunicado a SAIS/CATES e SAIS/COASIS. Morosidade e instabilidade do SISREG III, déficit de RH. O indicador poderá sofrer distorção quando a oferta de vagas for superior à demanda.
Fonte	SISREG III, Painel Mapa Social da Saúde - Regulação (Homologação MPDFT e SES-DF)
Metodologia de Cálculo	<p>Número de solicitações autorizadas - (menos) canceladas / pela oferta de vagas ambulatoriais em Panorama 3.</p> <p>Numerador: Número de solicitações autorizadas - (menos) canceladas</p> <p>Denominador: oferta de vagas ambulatoriais em Panorama 3.</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Regular 100% das vagas ofertadas
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital, Região de Saúde

Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERA
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Percentual de aproveitamento de vagas ambulatoriais ofertadas.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o Mapa Social da Saúde por meio do link: https://paineis-ext.mpdft.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html ; ou Acessar o SISREG pelo link https://sisregiii.saude.gov.br/ e logar com perfil Administrador.
2	No Mapa Social da Saúde, clicar no menu “Solicitações Agendadas” ou “Agendamentos”, preencher o Procedimento, selecionar o(s) ano(s) e mês(s); ou No SISREG, clicar no menu RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO>AMBULATORIAL>PROCEDIMENTO/UNIDADE EXECUTANTE, escolher o procedimento, o período e clicar em Ok.
3	No Mapa Social da Saúde, extrair o número de agendados apresentado no quadro “Agendamentos” e o número de cancelados no quadro “Status das Solicitações Agendadas”; ou No SISREG, extrair o número de marcados.
4	Dos dados extraídos do Mapa Social da Saúde, subtrair o número de cancelados do número de agendados.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o SISREG pelo link https://sisregiii.saude.gov.br/ e logar com perfil Administrador.
2	Clicar no menu CONSULTA AMB>OFERTA DE VAGAS, escolher o procedimento e o período. Clicar em Pesquisar.
3	Anotar a OFERTA REAL.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Realizar somatório dos Agendados - (menos) os cancelados (Mapa Social da Saúde)/Marcados (SISREG).
2	Realizar o somatório da OFERTA REAL.
3	Dividir o número de agendamentos (excluídos os cancelamentos) pelo número de vagas ofertadas. Multiplicar por 100.
OBSERVAÇÕES	
Os agendamentos podem ser extraídos usando tanto o Mapa Social da Saúde quanto o SISREG.	

Indicador 7 - CRDF: Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 7 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG
Conceituação	<p>Avaliar o percentual de cirurgias eletivas autorizadas, em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG, no ano corrente, no DF, mensurando a oferta (número de vagas) em relação à demanda (número de solicitações), evidenciando a vazão das filas.</p> <p>O acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos é um desafio complexo que envolve a gestão de filas crescentes, capacidade de estruturas hospitalares e articulação deficiente da rede. As filas de cirurgias eletivas são dinâmicas e consideram tanto a ordem cronológica de ingresso, quanto a classificação de prioridade baseada em critérios clínicos descritos em protocolos. Cirurgias eletivas são definidas pelo Ministério da Saúde como "todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência." As filas de espera refletem o desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços, sendo passível a sua mensuração em número de solicitações aguardando agendamento, ao que se entende que, quanto maior, mais iminente é a necessidade de estratégias por parte dos gestores em saúde para sua redução. Já o tempo de espera também é um fator a ser considerado, embora não seja um fator passível de mensuração em termos quantitativos no quesito cirurgias eletivas (NT Nº 06/2020 - ANVISA). O indicador tem como proposta a análise da gestão das filas e a criação de estratégias para a redução das filas e do tempo de espera. É uma ferramenta aliada da gestão no sentido de demonstrar o resultado das ações criadas para o aumento da execução de cirurgias eletivas nas redes própria, contratada e conveniada da SES-DF, em conjunto com a efetividade do processo regulatório.</p> <p>Estima a porcentagem de execução de cirurgias eletivas autorizadas de pacientes da SES-DF, em relação ao número de solicitações de procedimentos aguardando em fila autorização para execução, de acordo com a oferta de vagas. Assim, permite a mensuração da oferta (número de vagas) em relação à demanda (número de solicitações) e demonstra a vazão das filas, proporcionando a identificação dos fatores limitadores para direcionamento de ações estratégicas.</p>
Usos	Fortalecer e ampliar o acesso oportuno, referenciado, integral e equânime, através da oferta ideal de vagas para procedimentos cirúrgicos eletivos por meio da regulação assistencial, com base nas necessidades do usuário. Transparência da oferta de vagas cirúrgicas reguladas. Maior otimização dos recursos da rede. Menor tempo de espera para o paciente.
Limitações	Limitações do SISREG III para buscar as informações necessárias (não faz consulta retroativa). Filas superestimadas por falta de higienização
Fonte	Sistema Nacional de Regulação - SISREG III
Metodologia de Cálculo	<p>$(\text{Número de cirurgias autorizadas no mês} / \text{Número de cirurgias na fila do SISREG no último dia útil do mês}) \times 100$.</p> <p>Número total de cirurgias autorizadas no mês (resultado obtido pelo painel do MPDFT), dividido pelo número de cirurgias na fila do SISREG no último dia do útil do mês (resultado obtido por consulta manual no SISREG, sendo o último dia útil do mês o último dia passível de novas autorizações de cirurgia naquele mês), multiplicado por 100 para se obter o resultado percentual.</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual

Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica (Meta 10%)
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital, Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERCE
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 07

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o Mapa Social da Saúde por meio do link: https://paineis-ext.mpdft.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html ;
2	No Mapa Social da Saúde, clicar no menu “Agendamentos” e clicar em “Cirurgias Eletivas”;
3	Em “Filtros”, selecionar o mês e o ano a serem analisados e manter sem filtros o “Status”, evidenciando o número total de cirurgias autorizadas no período consultado (como “Agendamentos CE”).
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o SISREG pelo link https://sisregiii.saude.gov.br/ e logar com perfil Regulador;
2	Em “Autorizar”, clicar em Ambulatorial;
3	No campo “Descrição”, digitar o grupo CE a ser pesquisado, gerando o número de solicitações em fila;
4	Transcrever para a planilha de controle da CERCE, com compilado de todas as especialidades;
5	O levantamento será feito pelos médicos reguladores e atualizado no último dia útil do mês (por ser o último dia passível de novas autorizações de cirurgia naquele mês), devendo ser criada cópia da planilha em PDF e anexada no processo Sei 00060-00161401/2022-35 para posterior consulta quando necessário.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Número total de cirurgias autorizadas no mês (resultado obtido pelo painel do MPDFT), dividido pelo número de cirurgias na fila do SISREG no último dia do útil do mês (resultado obtido da planilha por levantamento manual no SISREG), multiplicado por 100 para se obter o resultado percentual.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 8 - CRDF: Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 8 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação.
Conceituação	<p>Percentual de procedimentos ambulatoriais agendados e pendentes de confirmação pelas unidades de executantes.</p> <p>Número de procedimentos ambulatoriais autorizados baseado em protocolos clínicos previamente regulamentados pelas especialidades e institucionalizados na SES/DF. Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF pelo SISREG III na rede própria, conveniada e contratada da SES-DF. Esses protocolos são instrumentos de ordenamento dos fluxos de encaminhamentos, sendo facilitadores para o manejo clínico em todos os níveis de atenção. Os procedimentos ambulatoriais aqui compreendem consultas especializadas e exames diagnósticos. O Panorama 1 abrange a regulação regional. O território possui aptidão para gerenciar sua própria distribuição da oferta e a alocação da demanda dos pacientes conforme sua capacidade instalada, além de serem responsáveis pela qualificação das solicitações (consultas/procedimentos/internações), de acordo com os fluxos e protocolos vigentes. O Panorama 2 abrange a regulação pactuada/inter-regional. A região ofertante do recurso deverá ter aptidão para gerenciar, além de sua demanda, também a demanda de outro território/região, mediante pactuação prévia. O Panorama 3 é regulado centralmente pelo CRDF. Refere-se a recursos que não estão presentes na maioria dos territórios, sendo estes escassos e estratégicos, estando concentrados em unidades executantes próprias, contratadas e/ou conveniadas específicas que servem a toda a rede.</p> <p>Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF (CERA) no panorama III, a partir de protocolos institucionalizados pendentes de confirmação pelas unidades executantes.</p>
Usos	Possibilita a mensuração da quantidade de procedimentos autorizados pela CERA e pendentes de confirmação. A falta de confirmação impede a avaliação do real absenteísmo de pacientes à procedimentos ambulatoriais. Além disso possibilita o acompanhamento do fluxo de encaminhamento aos serviços ambulatoriais qualificados da SES/DF.
Limitações	Déficit e falta de treinamento de RH para fechamento de chaves. Morosidade e instabilidade do SISREG III/Painel Mapa Social da Saúde.
Fonte	SISREG III, Painel Mapa Social da Saúde - Regulação (Homologação MPDFT e SES-DF)
Metodologia de Cálculo	<p>Total de agendamentos de procedimentos ambulatoriais não confirmados/Total de procedimentos ambulatoriais agendados - (menos) cancelados) x 100</p> <p>Numerador: Total de agendamentos de procedimentos ambulatoriais não confirmados.</p> <p>Denominador: Total de procedimentos ambulatoriais agendados - (menos) canceladas.</p> <p>Multiplicador: 100</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Ter 100% das chaves fechadas
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital/Regiões de saúde
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERA
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 08

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o Mapa Social da Saúde por meio do link: https://paineis-ext.mpdfd.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html .
2	Clicar no menu “Solicitações Agendadas” ou “Agendamentos”, preencher o Procedimento, selecionar o(s) ano(s) e mês(s).
3	Extrair o número de AGENDAMENTOS/PENDENTES CONFIRMAÇÃO/EXECUTANTE apresentado no quadro “Status das Solicitações Agendadas”.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o Mapa Social da Saúde por meio do link: https://paineis-ext.mpdfd.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html ; ou Acessar o SISREG pelo link https://sisregiii.saude.gov.br/ e logar com perfil Administrador.
2	No Mapa Social da Saúde, clicar no menu “Solicitações Agendadas” ou “Agendamentos”, preencher o Procedimento, selecionar o(s) ano(s) e mês(s); ou No SISREG, clicar no menu RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO>AMBULATORIAL>PROCEDIMENTO/UNIDADE EXECUTANTE, escolher o procedimento, o período e clicar em Ok.
3	No Mapa Social da Saúde, extrair o número de agendados apresentado no quadro “Agendamentos” e o número de cancelados no quadro “Status das Solicitações Agendadas”; ou REG, extrair o número de marcados.
4	Dos dados extraídos do Mapa Social da Saúde, subtrair o número de cancelados do número de agendados.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Realizar somatório dos AGENDAMENTOS/PENDENTES CONFIRMAÇÃO/EXECUTANTE (Mapa Social da Saúde).
2	Realizar somatório dos Agendados - (menos) os cancelados (Mapa Social da Saúde)/Marcados (SISREG).
3	Dividir o número de AGENDAMENTOS/PENDENTES CONFIRMAÇÃO/EXECUTANTE pelos agendamentos (excluídos os cancelamentos). Multiplicar por 100.
OBSERVAÇÕES	
Os agendamentos podem ser extraídos usando tanto o Mapa Social da Saúde quanto o SISREG.	

Indicador 9 - CRDF: Tempo médio de direcionamento do paciente de internação compulsória em relação ao recebimento da solicitação

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 9 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo médio de direcionamento do paciente de internação compulsória em relação ao recebimento da solicitação
Conceituação	<p>Cálculo do Tempo médio de atendimento de solicitações para inserções em lista de pacientes de internação compulsória em relação ao recebimento da solicitação em leitos de UTI conveniados, contratos e regulados pela SES.</p> <p>Leito regulado: leito ocupado autorizado pelo Complexo Regulador em Saúde Dis Central de Regulação. Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados. Excetuam-se destes, os leitos gerais de internação hospitalar.</p> <p>Mede o tempo médio necessário entre a solicitação para internação compulsória em saúde mental e o direcionamento para o leito com suporte necessário realizado pelo médico regulador.</p>
Usos	Transparência da oferta do leito, menor tempo de espera, quantidade de ações judiciais recebidas, tempo de atendimento dessas ações.
Limitações	Não permite contabilizar leitos gerais de internação hospitalar. Falta de leitos disponíveis.
Fonte	Sistema Eletrônico de Informações- SEI!
Metodologia de Cálculo	Data do recebimento da solicitação / data da resposta. Numerador: Data do recebimento da solicitação. Denominador: data da resposta.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	100% (Quantidade de solicitações, tempo de atendimento da demanda, nº de leitos de UTI regulados e os não regulados disponíveis. Meta estipulada de até 24h / 1 dia útil.)
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital/CNES
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERIH
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 09

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Tempo médio de direcionamento do paciente de internação compulsória em relação ao recebimento da solicitação
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Verificar no SEI, em bloco interno, na pasta de 2024- Internação compulsória
2	Abrir cada processo e verificar o mês de solicitação
3	Ainda no processo selecionado verificar a data de recebimento dos autos na unidade
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Verificar no SEI, em bloco interno, na pasta de 2024- Internação compulsória
2	Abrir cada processo e verificar o mês de solicitação
3	Ainda no processo verificar a data e hora do despacho feito pela CERIH com a resposta da solicitação
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Realizar a divisão das horas de espera de resposta pelo número de processos recebidos e respondidos no mês de referência.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 10 - CRDF: Percentual de Efetivação da Doação de Órgãos

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 10 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de efetivação da doação de órgãos.
Conceituação	<p>Percentual de doação efetivas no Distrito Federal em relação ao número de confirmações de morte encefálica.</p> <p>Doador efetivo de órgãos: indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação Nº4/2017).</p> <p>Estas verificações de informações serão realizadas nas unidades de faturamento das unidades notificantes e na CET (número total de notificações de potenciais doadores de órgãos) por unidade hospitalar. A doação de órgãos é regulamentada por Leis (9.434/1997 e 10.211/2001), Decretos (9.175/2017), Resoluções (CFM 2.173/2017) e Portarias. A Portaria de Consolidação Nº 4/2017 contém o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Esse indicador permitirá monitorar o número de doadores efetivos de órgãos em relação às confirmações de morte encefálicas no Distrito Federal.</p>
Usos	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações direcionadas à melhorias no processo de faturamento da unidades notificantes bem como a promoção da comunicação entre os serviços envolvidos e a viabilização dos potenciais doadores de múltiplos órgãos (MO). Auxiliar na localização de ineficiências na comunicação de mortes encefálicas e indicar a direção de intervenções para aumento nos índices de doações.
Limitações	Não identifica os potenciais doadores perdidos (subnotificação e seus motivos) e causas de não comunicação de morte encefálicas e em consequência na efetivação da doação.
Fonte	Planilha EXCEL, dados do Sistema Nacional de transplante, unidades de Saúde.
Metodologia de Cálculo	<p>NUMERADOR: Número de doadores efetivos de órgãos</p> <p>DENOMINADOR: Número de confirmação de morte encefálica. Resultado deverá ser multiplicado por 100.</p> <p>(Número de doadores efetivos de órgãos / número de confirmações de morte encefálica) X 100</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Distrito Federal: 100% de AIHs referentes a Ações para Doação de Órgãos Faturadas
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital, Região de Saúde, Unidades de saúde.
Responsável Técnico	SES/CRDF/CET/NOPO
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 10

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Percentual de efetivação da doação de órgãos.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Abrir planilha excel “Estatística ME CET” do referido ano (pasta compartilhada – CET – ano de referência – ESTATÍSTICA);
2	Realizar a soma de todos os doadores efetivos (indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada) no DF no mês de referência.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Abrir planilha excel “Estatística ME CET” do referido ano (pasta compartilhada – CET – ano de referência – ESTATÍSTICA);
2	Realizar a soma de todas as notificações de morte encefálica no DF no mês de referência.
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Dividir o numerador pelo denominador;
2	Multiplicar o resultado por 100.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 11 - CRDF: Percentual de Ligações Para o Número Telefônico 192 (SAMU) que gerou somente orientações à População

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 11 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de Ligações Para o Número Telefônico 192 (SAMU) que gerou somente orientações à População
Conceituação	<p>Percentual de ligações para a Central de Regulação de Urgências que geraram orientação pelo TARM ou atendimento por um médico regulador à população, mas que não houve a necessidade de envio de recursos.</p> <p>Qual o percentual de ligações recebidas pela central do SAMU e que se tornaram um atendimento/orientação, mas sem envio de qualquer recurso do SAMU no ano.</p> <p>A partir do momento do recebimento da ligação até o momento da finalização do atendimento telefônico do TARM reflete, entre outros fatores: picos de ligações. períodos de maior demanda estatística de ligações acolhidas pela Central do SAMU 192 e enviadas para a mesa dos reguladores médicos, as ligações são classificadas pelo médico regulador que avalia a gravidade da situação e decide por encaminhar ou não o recurso. Em caso negativo, o atendimento foi realizado, mas sem necessidade de envio de qualquer recurso do SAMU. Finaliza-se o atendimento com as devidas orientações ao solicitante. As ligações reguladas são categorizadas como: intervenção necessária e possível (em que é enviado o recurso mais próximo e adequado ao local onde a vítima/paciente se encontra); não pertinente (avaliados sem qualquer risco de vida, não necessitando de atenção urgente); necessária e sem meios (onde é necessário o atendimento mas não existem meios para enviar no momento da solicitação, e sem dados para decidir) não há informações suficientes que possam subsidiar a avaliação.</p>
Usos	Permite analisar a demanda reprimida e monitorar a capacidade resolutive do serviço em atender todas as solicitações que chegam à Central de Regulação de Urgências/CERU permitindo traçar estratégias de melhor cobertura do serviço bem como racionalidade na distribuição do recurso enviado
Limitações	Em relação à assistência o indicador é limitado quando não há recursos disponíveis, por diversos motivos, como retenção de macas, absenteísmo de servidores ou impossibilidade de composição de equipes pela falta de RH.
Fonte	Sistema de Atendimento de Urgências (SAU) / SAMU-DF.
Metodologia de Cálculo	<p>Número de solicitações de orientações no mês monitorado / número total de todas as solicitações no mês monitorado) x 100</p> <p>Numerador: Número de solicitações de orientações no mês monitorado.</p> <p>Denominador: número total de todas as solicitações no mês monitorado</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Monitoramento.
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital/Regiões de Saúde/CNES
Responsável Técnico	SES/CRDF/SAMU/CERU.
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas
Observações	

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 11

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Percentual de Ligações Para o Número Telefônico 192 (SAMU) que gerou somente orientações à População
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o Sistema SAU Relatórios: Atualmente o Banco de Dados do SAMU 192 DF é armazenado e suportado através do Sistema SAU Relatórios acessível de forma local e remota.
2	Logar: Somente servidores autorizados pela Diretoria do SAMU podem auditar e extrair dados de atendimento envolvendo informações gerais registradas pelo sistema e informações de prontuário médico. O cadastro deve ser autorizado previamente pela Diretoria do SAMU 192 DF e é feito com nome de usuário e senha.
3	Menu: No menu principal clique em “ Relatórios SES” (mensal). Submenu: No submenu clicar em “Estimativa de tempo-resposta”.
4	Selecionar os Filtros: Especificar o filtro da extração: 1. Mês: Selecionar o mês vigente; 2. Ano: Selecionar o ano vigente.
5	Estimativa de tempo-resposta (ETR): A ETR encontra-se na sexta linha segunda coluna.
OBSERVAÇÕES	
Contém a estimativa do quantitativo de atendimento no qual o médico regulador finalizou o atendimento, solucionando o chamando apenas com orientações ao solicitante sem a necessidade de intervenção ou emprego de recursos.	

Indicador 12 - CRDF: Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 12 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES
Conceituação	<p>Cálculo do percentual de vagas de HD Hospitalar disponíveis em panorama 3 em relação ao número total de vagas de HD Hospitalar disponíveis na rede SES/DF.</p> <p>HD Hospitalar: sessões de hemodiálise disponibilizadas em Hospitais Regionais da SES/DF para pacientes portadores de DRC ou DRA que estão em internação hospitalar.</p> <p>DRC: Doença Renal Crônica DRA: Doença Renal Aguda TRS: Terapia Renal Substitutiva</p> <p>Mede o percentual de vagas de HD Hospitalar que são reguladas em nível central pelo CRDF/CERAC, frente a totalidade de vagas de HD Hospitalar existentes nas unidades hospitalares da rede SES/DF.</p>
Usos	Transparência da oferta de vagas para TRS. Análise da oferta existente versus a demanda reprimida para esse tratamento no D.F.
Limitações	Conhecimento da real totalidade de vagas ofertadas para HD Hospitalar na rede SES/DF.
Fonte	Relatório da SAIS/CATES/DSINT/GESINT com o total de leitos de hemodiálise hospitalar disponíveis por hospital. Total de vagas ofertadas no SISREGiii e monitoradas pela CERAC em planilhas de excel enviadas por e-mail
Metodologia de Cálculo	<p>$(\text{Número total de vagas disponíveis em panorama 3} / \text{Total de vagas disponíveis na rede SES}) \times 100$</p> <p>Numerador: Número total de vagas disponíveis em panorama 3. Denominador: Total de vagas disponíveis na rede SES. Multiplicador: 100</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	70% (Fonte: Nota Técnica Nefrologia 1/2023)
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	N/A
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERAC
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 12

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Soma-se as quantidades de vagas disponibilizadas em panorama 3 por cada hospital que oferta vaga de HD Hospitalar (fonte: planilhas de excel encaminhadas pelas unidades hospitalares).
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Soma-se o total de vagas de HD hospitalares todas as unidades hospitalares que ofertam HD (fonte: informação encaminhada pela GESINT)
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Divide um pelo outro e multiplica por 100 para transformar o resultado em %
OBSERVAÇÕES	

Revisão e Atualização do Caderno de Orientações AGR REGIÕES e URD's 2022/2024

Versão	Data	Processo/ ID documento	Alteração
1.0	Junho/2022	00060-00260523/2022-11	Primeira versão para análise dos agentes de planejamento
1.1	Junho/2022		<p>Reorganização do Índice;</p> <p>Inclusão de Novo indicador específico CRDF nº16.</p> <p>Inclusão no POP do Indicador Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais, conforme doc. Nº 89266662.</p> <p>Alteração no Indicador específico HMIB (matriz, ficha e pop) conforme doc. nº88249293.</p> <p>Alteração no Indicador específico HMIB (Nome do Indicador na ficha do POP e Alteração da fonte na Ficha).</p> <p>Alteração no Indicador HAB Nº 15 (nome, ficha e pop) conforme doc. nº88249293.</p> <p>Alteração no POP do Indicador de Fechamento de Chave conforme doc. nº 89226137 e 89278920.</p> <p>Alteração no POP do Indicador de Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais conforme doc. nº 89226199.</p> <p>Alteração no Indicador Custos (Nome), conforme doc. nº 89174009.</p> <p>Alteração na Ficha e no POP (fonte de extração) do Indicador Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) conforme doc. nº 88951349.</p> <p>Alteração no POP do Indicador Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais, conforme doc. Nº 89266581.</p> <p>Exclusão do indicador Rede Cegonha- Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade, conforme doc. nº 89708462.</p> <p>Exclusão do indicador RUE - Proporção de atendimentos de urgências e emergências hipertensivas., conforme doc. Nº 88951946.</p> <p>Exclusão do indicador RUE- Tempo Médio de permanência em leitos de clínica médica., conforme doc. Nº 89797766.</p> <p>Exclusão do indicador DCNT - Percentual de consultas de primeira vez em nefrologia, conforme doc. nº 89420078.</p> <p>Exclusão do indicador DCNT - Percentual de registro de dados do consumo alimentar preenchidos nos cadastros realizados na APS, conforme doc. nº 88973047.</p> <p>Exclusão do indicador DCNT - Percentual de registro de dados antropométricos preenchidos nos cadastros realizados na APS, conforme doc. nº 88973047</p> <p>Exclusão do indicador SIST. DE APOIO E LOGÍST. - Percentual de leitos de enfermaria sob regulação no Panorama III na Região., conforme doc. Nº 89278320.</p>
1.2	Julho/2022	00060-00260523/2022-11	<p>Exclusão do Indicador para o HSVP Índice de fechamento de chave</p> <p>Exclusão do Indicador para o HSVP Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar</p> <p>Exclusão do Indicador para o HAB Índice de fechamento de chave</p> <p>Alteração na Quantidade de Indicadores HSVP onde se lê de 14 se lê 12 indicadores</p> <p>Alteração na Quantidade de Indicadores HAB onde se lê de 13 se lê 14 indicadores</p> <p>Alteração no nome do Indicador HMIB onde se lê: (...) no âmbito da Atenção Secundária, se lê: (...) no âmbito da Atenção hospitalar</p> <p>Alteração na ficha do Indicador nº 28: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar</p>
1.3	Julho/2022	00060-00260523/2022-11	<p>Indicador nº 28: Correção do POP</p> <p>Alteração na matriz da URD CRDF conforme doc. Nº 90273516:</p> <p>Exclusão do Indicador nº 64: Tempo Médio de Espera para primeira regulação</p> <p>Indicador nº 60: Alteração da meta onde se lê: (...) 90% para se lê: (...) faixa estipulada entre 80% e 90%</p> <p>Indicador nº 62: Nome do indicador onde se lê: (...) faturadas, se lê: (...) realizadas</p> <p>Indicador nº 63: Alteração no parâmetro onde se lê: (...) 15 dias, se lê: (...)48 horas/2 dias</p> <p>Exclusão do Indicador nº 64: Tempo Médio de Espera para primeira regulação</p> <p>Indicador nº 65: Alteração da numeração para nº 64 e alteração da meta onde se lê: (...) 80% para se lê: (...) 85%</p> <p>Indicador nº 66: Alteração da numeração para nº 65 e alteração Responsável do Técnico onde se lê: (...) SES/SAIS/CATES s, se lê: (...) realizadas SES/CRDF/CET</p> <p>Indicador nº 68: Alteração da numeração para nº 67 e alteração Responsável do Técnico onde se lê: (...)SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE, se lê: (...) realizadas SES/CRDF/SAMU</p> <p>Indicador nº 69: Alteração da numeração para nº 68 e alteração Responsável do Técnico onde se lê: (...)SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE, se lê: (...) realizadas SES/CRDF/SAMU</p> <p>Indicador nº 70: Alteração da numeração para nº 69 e Correção do POP</p> <p>Indicador nº 71: Alteração da numeração para nº 70 e Correção do POP</p>

			Alteração na Quantidade de Indicadores CRDF onde se lê de 16 se lê 15 indicadores
1.4.	Julho/2022	00060-00260523/2022-11	Alteração na matriz da URD HMIB conforme doc.: Indicador nº 28: Alteração da numeração para nº 27 Indicador nº 29: Alteração da numeração para nº 28 Indicador nº 30: Alteração da numeração para nº 29 Indicador nº 31: Alteração da numeração para nº 30 Indicador nº 32: Alteração da numeração para nº 31 Indicador nº 33: Alteração da numeração para nº 32 Indicador nº 34: Alteração da numeração para nº 33 Indicador nº 35: Alteração da numeração para nº 34 Indicador nº 36: Alteração da numeração para nº 35 Indicador nº 37: Alteração da numeração para nº 36 Indicador nº 38: Alteração da numeração para nº 37 Indicador nº 43: Alteração da numeração para nº 44 Indicador nº 44: Alteração da numeração para nº 45 Indicador nº 45: Alteração da numeração para nº 46 e Alteração na metodologia de cálculo Indicador nº 46: Alteração da numeração para nº 47 Indicador nº 47: Alteração da numeração para nº 48
1.5	Setembro/2022	00060-00260523/2022-11	Indicador 7, 8, 9 e 10: Acréscimo da observação de que a área técnica irá enviar os dados conforme alinhamento no processo 00060-00383125/2022-64. Indicador 18: Atualização ficha do indicador e POP, conforme documento 94280126 Indicador 23: Sobrestado conforme solicitado pela área técnica 94327360 Indicador 25: Atualização da fonte Indicador 26: Atualização da fonte Indicador 33: Atualização do POP. Exclusão do Indicador 36 (matriz) para a Região Centro-Sul reclamação de agendamento de cirurgias. Indicador 54: Acréscimo do pop referente ao indicador Indicador 59: Atualizado meta em matriz de metas do HSV
1.6	Novembro/2022		Indicador 55 HAB: Informação no POP mostrando qual o motivo do indicador estar sobrestado. Indicador 25: Atualização do Pop.
1.6	Novembro/2022		Alteração no fluxo de coleta: Do dia 11 a 15 a planilha ficará bloqueada para registro, podendo apenas consultar. Indicador 27: Inclusão de vídeo explicativo ensinando como fazer o fechamento de chave para auxílio na capacitação das equipes.
1.6	Novembro/2022	00060-00425751/2022-35	Indicador 33: Atualização da ficha e Pop.
1.7	Março/2023	00060-00105253/2023-50	Indicadores 13, 14, 19,25 e 26: Atualização das fichas – Informação sobre a projeção populacional.
1.7	Abril/2023	00060-00260523/2022-11	Ficha do indicador 33: Atualização da ficha e do POP – 109944186/109974181. Ficha do indicador 39: Atualização da ficha e do POP - 109551189.
1.7	Abril/2023		Indicador 25: Atualização do POP, de acordo com os ajustes ocorridos no infosaúde. Indicador 26: Atualização do POP, de acordo com os ajustes ocorridos no infosaúde.
1.8	Junho/2023	00060-00064136/2022-48 00060-00399184/2022-54 00060-00303958/2023-31	Alteração de layout da capa do caderno Indicador 01 - Atualização POP. Indicador 7, 8, 9 e 10: Mudança da área responsável na ficha do indicador para SES/SVS/DIVEP/GRF. Indicador 25, 26: Correção na ficha do indicador, na fórmula de cálculo no denominador: informa que os dados do denominador são do ano anterior.
1.9	Agosto/2023	00060-00351201/2023-53	Atualização do POP: Ind 3 no passo 3 inserido imagem e a informação: Selecione em Arquivos conforme tabela acima ano referente a tabulação (2023,2024 etc); no passo 4 após - Arquivos: DN 2022.dbf - inserido a informação: (trocar o ano do arquivo conforme mudança do ano Ex. 2023, 2024) Ind 4 no passo 2 após - Na nova janela, em ARQUIVOS escolha DOM2021. DBF, para tabular os dados de mortalidade de 2021 - inserido: (caso seja necessário tabular 2022, 2023 apenas selecione o ano em arquivos) Ind 5 no passo 3 após - Na nova janela, em ARQUIVOS escolha DOM2021. DBF, para tabular os dados de mortalidade de 2021 - inserido: (ou selecione o ano desejado em arquivos)

			<p>Ind 6 no passo 2 após - Na nova janela, em ARQUIVOS escolha DOM2021. DBF, para tabular os dados de mortalidade de 2021 - inserido: (ou selecione o ano desejado em arquivos)</p> <p>Ind 7, 8, 9 e 10 atualização da ficha adicionando (Observação: A População SINASC utilizada é a de 2021, por motivo dos dados estarem fechados, e os outros anos não.) na metodologia de cálculo, atualização nos POPs desses indicadores nas etapa 1.9, 1.10 e 1.12.</p>
10	Setembro/2023	00060-00260523/2022-11	Atualização da ficha e pop referente ao indicador indicador 33.
11	Novembro/2023	00060-00315500/2023-24	Indicador nº 37 - Alteração do título do indicador Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de absenteísmo da Região/URD - 122611243
		00060-00268460/2023-14	Indicador nº 62 - Alteração na fórmula de cálculo do indicador - 125642897
		00060-00506304/2023-67	Indicador nº 38 - Atualização no POP do indicador - 125417067
12	Dezembro	00060-00575781/2023-72	Indicador nº 19 - Atualização da Ficha do indicador (Fonte e Metodologia de Cálculo) - 127895365
13	Janeiro/2024	00060-00268460/2023-14	Indicador 62 - Atualização da ficha do indicador (metodologia de cálculo) 129963091
14	Fevereiro	00060-00015615/2024-01	Indicador nº 34 - Reformulação do indicador com atualização da ficha e POP (134437825) Indicador nº 35 e 36 - Exclusão dos indicadores (133178449) Indicador nº 37 - Sobrestado até reformulação (132874790) Indicadores nº 3, 17, 18, 19, 22, 25, 26, 33, 34, 39, 40, 41 e 42 - Definição de meta para 2024
			Atualização da nomenclatura da Coordenação CPLAN.
			Atualização da matriz de indicadores e metas das Regiões/URD's sinalizando os indicadores que migraram para o AGL Hospitalar
			Inclusão da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência - RAV
		00060-00023016/2024-52	Inclusão do Indicador 43 " Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF ". - 132272522/135980640
15	março/2024	00060-00015615/2024-01	Atualização com alteração da Ficha e do POP do Indicador 42: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho - SEI 134916762.
16	abril/2024	00060-00099818/2024-33	Indicador nº 23: Exclusão da matriz AGR 2024 Despacho SES/SAIS/COASIS/DISSAM/GESSAM (138272266)
16	abril/2024	00060-00115194/2024-17	Indicador nº 4 e 5: Exclusão da matriz AGR HMIB 2024 Despacho SES/SAIS/ARAS/GCDRC (138539343)

16	abril/2024	00060-00065490/2024-51	<p>Indicador nº 10: Atualização do responsável técnico para SES/SVS/DIVEP/GRF</p> <p>Indicador nº 19: Atualização do responsável técnico para SES/SVS/DIVEP/GVDANT/NEPAV</p> <p>Alteração de metas Indicadores Específicos HSVP:</p> <p>1 - Percentual de pacientes internados na Emergência e Enfermaria/ALA incluídos nas atividades terapêuticas;</p> <p>2 - Percentual de reinternações em até 60 dias após alta e</p> <p>3 - Número de pacientes com alta médica que permanecem internados por questão social por mais de 30 dias</p> <p>Inclusão de Indicadores Específicos HSVP:</p> <p>5 - Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Enfermaria</p> <p>6- Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Pronto Socorro</p> <p>Exclusão de Indicadores Específicos HSVP:</p> <p>Não houve</p> <p>Alteração de metas Indicadores Específicos CRDF:</p> <p>1- Número absoluto de doadores de tecidos oculares</p> <p>2- Número absoluto de doadores de órgão sólido</p> <p>3- Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares</p> <p>4- Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF</p> <p>Inclusão de Indicadores Específicos CRDF:</p> <p>5- Tempo de atendimento de solicitações para inserções de pacientes da rede privada para leitos de UTI regulados pela SES.</p> <p>6- Percentual de aproveitamento de vagas ambulatoriais ofertadas.</p> <p>7- Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG</p> <p>8- Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação</p> <p>9- Tempo médio de direcionamento do paciente de internação compulsória em relação ao recebimento da solicitação</p> <p>10- Percentual de Efetivação da Doação de Órgãos</p> <p>11- Percentual de Ligações Para o Número Telefônico 192 (SAMU) que Gerou Somente Orientações à População</p> <p>12- Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES</p> <p>Exclusão de Indicadores Específicos CRDF:</p> <p>Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF</p> <p>Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF.</p> <p>Percentual de cirurgias eletivas faturadas que foram autorizadas pelo CRDF</p> <p>Número médio de diárias de alta de UTI por paciente regulado</p> <p>Percentual de remoções eletivas reguladas</p> <p>Percentual de recursos captados pela unidade em relação aos incentivos de custeio estabelecidos em lei</p> <p>Quantidade de atendimentos para orientações toxicológicas realizadas na rede assistencial do DF</p> <p>Alteração de metas Indicadores Específicos HMIB:</p> <p>1- Número de acessos para 1ª consulta para reprodução humana</p> <p>2- Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal</p> <p>3- Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Geral</p> <p>4- Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Neonatal</p> <p>5- Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica</p> <p>6- Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura</p> <p>Inclusão de Indicadores Específicos HMIB:</p> <p>7- Proporção de RN com contato pele a pele no nascimento</p> <p>8- Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias</p> <p>9- Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês</p> <p>10- Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI por NEO mês</p> <p>11- Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês</p> <p>Exclusão de Indicadores Específicos HMIB:</p> <p>Não houve</p> <p>Alteração de metas Indicadores Específicos HAB:</p> <p>Não houve</p> <p>Inclusão de Indicadores Específicos HAB:</p> <p>3- Percentual de pacientes que faleceram aguardando consulta em cuidados paliativos oncológicos agendados pela Regulação Central no HAB</p> <p>4- Consumo da preparação alcoólica líquida ou gel (mL) para higiene de mãos nas unidades de internação por mês</p> <p>5- Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação.</p> <p>6- Taxa de absenteísmo às consultas reguladas de triagem da genética - Em construção</p> <p>Exclusão de Indicadores Específicos HAB:</p> <p>Percentual de Cabeceira Elevada em Pacientes com Risco de Broncoaspiração;</p>
----	------------	------------------------	--

			<p>Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Citogenética, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras;</p> <p>Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Biologia Molecular, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras;</p> <p>Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, dos pacientes para a Unidade de Cuidados Paliativos – UCPA;</p> <p>Percentual de recoletas de exames alterados (Triagem Neonatal);</p>
17	abril/2024	00060-00566503/2023-24	Indicador nº 19 - Atualização do POP do indicador - SEI nº 127381066
17	abril/2024	00060-00010910/2022-09	Indicador 31: atualização na observação do POP - os dados do indicador a partir do dia 26/04/2024, conforme Memorando 139458858, estarão disponíveis na página WEB da GEPI, no menu INDICADORES, por meio do link: https://info.saude.df.gov.br/indicadores-gepi/ .
17	abril/2024	00060-00260523/2022-11	Indicador 20: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas - Atualização com alteração da Ficha e do POP
18	junho/2024		Atualização Fluxo de Coleta e Registro de Dados - Prazos e períodos de alimentação e análise dos dados
18	junho/2024	00060-00260523/2022-11	Atualização POPs de de indicadores de imunização (7,8,9 e 10)
18	junho/2024	00060-00099818/2024-33	Retirada indicador 23: Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde. Conforme Despacho SES/SAIS/COASIS/DISSAM/GESSAM (138272266)
18	junho/2024	00060-00174282/2024-42	Atualização POP Indicador nº 28: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar
19	Junho/2024	-	Atualização do painel Fluxo de Coleta e Registro de Dados.
19	Julho/2024	00060-00065490/2024-51	Retirada as metas da matriz de indicadores do HMIB conforme Memorando 99 (138230628)
19	Julho/2024	00060-00326482/2024-97	Indicador 5 - HAB: Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação: Atualização com alteração da Ficha e do POP, conforme Despacho SES/SAIS/APNH/CTSP (145190997)
20	Julho/2024	00060-00174282/2024-42	Atualização POP Indicador nº 28: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar. SEI nº 146491734.
20	agosto/2024	00060-00260523/2022-11 (109357599)	<p>Indicador 39: Percentual de cura dos casos novos de tuberculose: Atualização da área técnica responsável de GVDT para GEVIST, conforme esclarecido no Despacho SES/SVS/DIVEP/GVDT (148620444).</p> <p>Colocada observação no POP que a Área Técnica da Tuberculose/GEVIST irá calcular o indicador do AGR e enviar às regiões de saúde os resultados, via SEI, 00060-00191679/2023-18</p>
20	agosto/2024	00060-00174282/2024-42	Atualização POP Indicador nº 28: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar, conforme Despacho SES/CRDF/DIRAAH/CERA (147353499)
20	setembro/2024	00060-00260523/2022-11	Indicador 18 - Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): Atualização com alteração da Ficha e do POP (148800943)
21	Janeiro/2025	00060-00303958/2023-31	Atualização do POP dos indicadores 25: Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações e 26: Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações