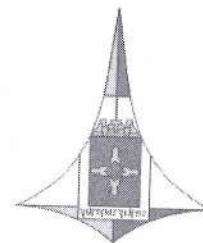


**ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - UNIDADE DE REFERÊNCIA DISTRITAL Nº
01/2019 - SES/DF**

ACORDO DE GESTÃO REGIONAL – UNIDADE DE REFERÊNCIA DISTRITAL (URD) QUE ENTRE SI CELEBRAM A ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL E UNIDADE DE REFERÊNCIA DISTRITAL, O COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, ATRAVÉS DO QUAL ESTABELECEM UM MODELO DE GESTÃO POR RESULTADOS, COM CORRESPONSABILIZAÇÃO DE TODOS OS ENVOLVIDOS, SEGUNDO AS DIRETRIZES E OBJETIVOS DO PLANO DISTRITAL DE SAÚDE E DO PROGRAMA DE GESTÃO REGIONAL DE SAÚDE, INSTITUÍDO PELO DECRETO Nº 37.515/2016.

A **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/DF**, inscrita no CNPJ/MF nº 00.394.700/0001-08, com sede no Setor de Áreas Isoladas Norte – SAIN, Bloco B, 1º andar, sala 159, Brasília/DF, neste ato representada pelo Secretário de Estado de Saúde e Secretários-Adjuntos, NOME, CPF, MATRÍCULA, CARGO: **OSNEI OKUMOTO**, 44910894934, 16891023, Secretário de Estado de Saúde; **SERGIO LUIZ DA COSTA**, 20647340828, 16891473, Secretário Adjunto de Gestão em Saúde; **RENATA SOARES RAINHA**, 03513158106, 16891449, Secretária Adjunta de Assistência à Saúde e o **COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**, inscrito no CNPJ/MF nº 00.394.700/0030-42, com sede no Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B, Asa Norte, Brasília/DF, neste ato representado pelo seguinte gestor: **PETRUS LEONARDO BARRÓN SANCHEZ**, 76549550149, 1484137, Diretor Geral do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, com fulcro no Decreto 37.515 de 26 de julho de 2016 e no Plano Distrital de Saúde (2016-2019), resolvem celebrar o presente **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD**, conforme as cláusulas e condições a seguir:



CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Acordo de Gestão Regional – URD tem por objeto a contratualização de metas entre a Administração Central da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (ADMC-SESDF) e o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF) de modo a estabelecer um modelo de gestão por resultados, com corresponsabilização de todos os envolvidos, em conformidade com as cláusulas e anexos que compõe o presente instrumento:

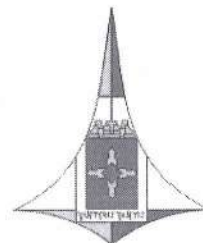
- Anexo I – Perfil da Unidade;
- Anexo II – Habilitações;
- Anexo III – Faturamento;
- Anexo IV – Custos;
- Anexo V – Matriz de Metas e Indicadores.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS OBJETIVOS

2.1. As ações, resultados esperados, metas e respectivos indicadores previstos neste **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD** e seus anexos buscam alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

2.1.1. Fomentar a organização de práticas de gestão com vistas à integralidade da assistência à saúde, racionalização dos recursos públicos e melhoria na qualidade das informações;

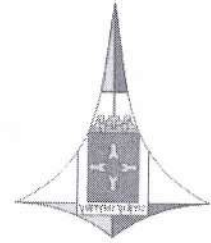
2.1.2. Estimular a efetivação do processo de descentralização e compartilhamento de responsabilidades entre ADMC e o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal referente às ações e serviços em saúde e da gestão orçamentária e financeira da SES-DF, com vistas à consolidação do Programa de Gestão Regional da Saúde



(PRS) do Distrito Federal.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 3.1. O presente instrumento consubstancia as pactuações entre a ADMC/SES-DF e o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, devendo as regras de operacionalização do **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD**, durante a sua execução, serem discutidas pelo Colegiado de Gestão da SES-DF e o Colegiado de Gestão do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal.
- 3.2. O **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD**, na íntegra, será encaminhado ao Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF.
- 3.3. O presente instrumento será publicado por meio eletrônico no sítio eletrônico da SES-DF, para conhecimento e acesso de qualquer cidadão.
- 3.4. Para efeito deste Acordo, considera-se:
 - I. **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD** - instrumento celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF (Administração Central da SES/DF) e as Unidades de Referência Distrital - URD;
 - II. Acordo de Gestão Local (AGL) das SRS - instrumento celebrado entre as Superintendências das Regiões e as Unidades de Saúde do seu território;
 - III. Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Regiões Administrativas limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
 - IV. Unidade de Referência Distrital - unidade pública de atenção à saúde destacada por suas especificidades assistenciais, especialização ou finalidade, como referência para todas as Regiões de Saúde;
 - V. Unidade de Saúde - unidade pública de atenção à saúde destinada a prestar assistência médica-sanitária a uma população, em área geográfica definida;
 - VI. Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS) e articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da atenção biopsicossocial à saúde.
- 3.5. Faz parte integrante do presente instrumento, para todos os efeitos e independente de sua transcrição, o disposto no Decreto 37.515/2016.



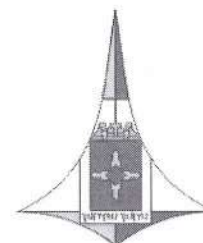
CLÁUSULA QUARTA - DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO ACORDO DE GESTÃO REGIONAL- URD

4.1. Os signatários deste acordo devem atuar em consonância com as Políticas Públicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e normas e diretrizes técnicas, programáticas e gerenciais estabelecidas pela SES-DF, com especial atenção aos seguintes instrumentos:

- I. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990;
- II. Plano Plurianual;
- III. Plano Distrital de Saúde 2016-2019;
- IV. Programação Anual de Saúde;
- V. Decreto Nº 37.515, de 26 de julho de 2016, que institui o Programa de Gestão Regional da Saúde (PRS) para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital;
- VI. Portaria Nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal;
- VII. Portaria Nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, que disciplina o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal para o modelo da Estratégia Saúde da Família.

4.2. As ações e serviços necessários para o alcance das metas contidas no **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD** devem ocorrer de modo integrado e sistêmico, orientadas para:

- I. Garantia de atendimento integral ao cidadão;
- II. A qualidade dos resultados;
- III. A expansão da APS como porta principal de acesso e ordenadora das Redes de Atenção;
- IV. Conversão progressiva do modelo tradicional de APS em Estratégia Saúde da Família, com ampliação da cobertura na Região em conformidade com as portarias 77 de fevereiro de 2017 da SES-DF;

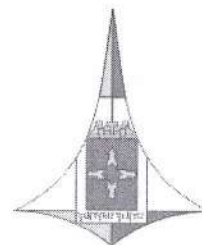


- V. O restabelecimento do equilíbrio entre a demanda e a oferta de atendimentos especializados e otimização dos serviços hospitalares disponíveis;
 - VI. Reorganização dos fluxos entre os serviços de saúde, com construção de linhas de cuidado e diretrizes clínicas, regulação, programação e avaliação na Unidade de Referência Distrital;
 - VII. Cumprimento das normas de habilitação relacionadas às condições de qualificação dos serviços para todos os estabelecimentos de saúde.
- 4.3. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, sob o acompanhamento e supervisão da ADMC/SES-DF, deverá elaborar o plano de ação para o alcance das metas e indicadores pactuados no presente instrumento, contendo as atividades, os prazos e os responsáveis.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES

5.1. DAS OBRIGAÇÕES DA ADMC/SES-DF

- 5.1.1. Desenvolver, por meio de suas Subsecretarias e áreas técnicas, atividades relacionadas às suas competências regimentais, visando colaborar para a adequada execução, fiscalização e avaliação do **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD**;
- 5.1.2. Dotar as unidades e serviços que compõem a rede de atenção à saúde do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, das condições necessárias para a execução das metas pactuadas, sobretudo com relação aos insumos e materiais, infraestrutura física, tecnologia e habilitação de serviços;
- 5.1.3. Disponibilizar as informações necessárias ao Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal para o acompanhamento, monitoramento e avaliação dos objetivos e metas pactuados;
- 5.1.4. Acompanhar o gerenciamento das ações e serviços de vigilância em



Saúde do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal;

5.1.5. Definir políticas e diretrizes referentes a cada um dos Eixos do PRS.

5.2. DAS OBRIGAÇÕES DO COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

5.2.1. Assumir a prestação dos serviços necessários ao alcance das metas contidas no **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD** com os recursos financeiros, humanos, infraestrutura física, tecnológica e material que disponha, utilizando-os de forma adequada, eficaz e racional;

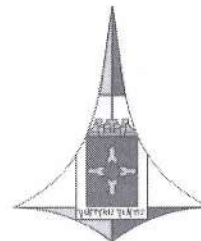
5.2.2. Desenvolver ações de acompanhamento das metas e indicadores definidos no **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD**;

5.2.3. Manter atualizados os sistemas de informação em saúde de base nacional e local adotados pela SES-DF;

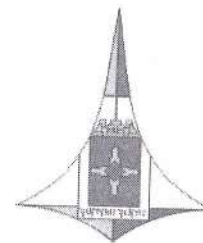
5.2.4. Regular o acesso aos serviços de abrangência regional e articular o acesso aos demais serviços junto à Central de Regulação da SES-DF.

CLÁUSULA SEXTA – DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS.

6.1. Para efeitos deste acordo, os signatários comprometem-se a realizar o monitoramento e a avaliação de desempenho do **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD**, buscando possíveis soluções para os problemas identificados.



-
- 6.1.1. Entende-se por monitoramento e avaliação de desempenho o conjunto de atividades articuladas, sistemáticas e formalizadas de produção, registro, acompanhamento e análise crítica de informações que permitem verificar a conformidade das responsabilidades, objetivos, metas e indicadores, assumidos pelo presente **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD**.
- 6.2. Os signatários deverão, de forma sistemática, emitir relatórios de monitoramento do **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD** com o objetivo de subsidiar as análises realizadas pelo Colegiado de Gestão da SES-DF e Colegiado de Gestão Regional quanto ao cumprimento das metas previstas neste **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD**.
- 6.3. O acompanhamento, monitoramento e avaliação do **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD** ficarão a cargo do Colegiado de Gestão da SESDF no âmbito da Administração Central e do Colegiado de Gestão no âmbito da Unidade de Referência Distrital.
- 6.3.1. O Colegiado de Gestão da SES, definido por seu Regimento Interno, deve acompanhar quadrimestralmente o desempenho da Unidade de Referência Distrital, conforme metas e resultados pactuados no **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD**;
- 6.4. Os parâmetros e indicadores utilizados no acompanhamento, monitoramento e avaliação dos resultados são os constantes das cláusulas e dos Anexos do presente acordo.
- 6.5. A Unidade de Referência Distrital deverá apresentar, as razões e circunstâncias excepcionais para o não cumprimento das metas pactuadas conforme previsto nos anexos.
- 6.6. As partes signatárias se comprometem a resolver, em parceria, as discordâncias em relação à avaliação do cumprimento das metas estabelecidas.



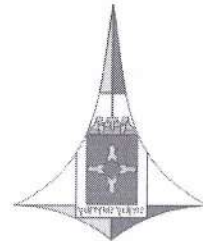
CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA

- 7.1. A vigência do presente instrumento contará do dia 1º de agosto de 2019 até o dia 31 de dezembro de 2019.
- 7.2. Por ocasião da renovação ou da revisão deste instrumento, os signatários se comprometem a adotar medidas que permitam o aprimoramento do processo da gestão por resultados, alterando ou incorporando, quando houver necessidade, objetivos e metas no **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD**.

CLÁUSULA OITAVA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 8.1. A população a quem se destina as atividades contidas no presente **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD** é a que habita no Distrito Federal, tendo como base as informações divulgadas pelo IBGE.
- 8.2. As características específicas e os volumes de serviços necessários para o alcance das metas pactuadas no presente instrumento deverão seguir a lógica de implantação gradual, por linhas de cuidados ou redes temáticas prioritárias.
- 8.3. Os casos omissos, questões, dúvidas e litígios, decorrentes da implementação deste **ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - URD**, serão dirimidos administrativamente no âmbito dos Colegiados de Gestão.
- 8.4. Este acordo substitui qualquer outro instrumento análogo subscrito anteriormente.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



E assim, por estarem justos e acordados, assinam o presente acordo de gestão em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Brasília - DF, 01/08/2019.

Assinatura manuscrita de Osnei Okumoto em tinta azul.

OSNEI OKUMOTO
Secretário de Estado de Saúde

Assinatura manuscrita de Sergio Luiz da Costa em tinta azul.

SERGIO LUIZ DA COSTA
Secretário Adjunto de Gestão em Saúde

Assinatura manuscrita de Renata Soares Rainha em tinta azul.

RENATA SOARES RAINHA
Secretária Adjunta de Assistência à Saúde

Assinatura manuscrita de Petrus Leonardo Barrón Sanchez em tinta azul.

PETRUS LEONARDO BARRÓN SANCHEZ
Diretor do Complexo Regulador em Saúde do DF

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXOS I e II

CARACTERIZAÇÃO E ATIVIDADES DO COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL 2018

Elaboração: NPMA/CRDF

Fonte: CNESNet; CRDF/DA; CRDF/CET; CRDF/SAMU; CRDF/DIRAAH; CRDF/NVEP;
<http://repositorio.unb.br/handle/10482/11146>

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMPLEXO REGULADOR DO DISTRITO FEDERAL

1. PERFIL INSTITUCIONAL E HISTÓRICO

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

RAZÃO SOCIAL: COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	CNES: 3044432 CNPJ: 00.394.700/0001-08
ENDEREÇO: Setor de Áreas Isoladas Norte - SAIN - Fim da Asa Norte Bloco B - (antigo prédio da Câmara Legislativa)	CEP: 70071-125 CIDADE: BRASÍLIA UF: DF
RESPONSÁVEL TÉCNICO: SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA	CPF: 699.515.191-72 CARGO: DIRETOR-GERAL

1.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

TIPO DE ESTABELECIMENTO: CENTRAL DE REGULAÇÃO DO ACESSO	GESTÃO: ESTADUAL
---	-------------------------

1.3 MISSÃO:

Promover o acesso à atenção especializada em saúde para os cidadãos de forma universal, integral, equânime, ordenada, oportuna e racional, coordenando a oferta assistencial disponível às necessidades da população.

1.4 VISÃO:

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

Coordenar, executar, monitorar e avaliar a regulação do acesso à saúde da totalidade de serviços disponibilizados pela rede própria, conveniada e contratada da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

1.5 LINHA DO TEMPO:

A regulação do acesso à assistência na SES-DF foi iniciada em 2004, com composição do Grupo Técnico de Regulação Assistencial (GTRA), conforme Portaria SES/DF Nº. 104 de 20/07/2004, publicada no DODF, dia 29/07/2004, o qual implementou as primeiras ações regulatórias na SES-DF. Em 2005 o GTRA foi extinto e foi criada a Coordenação Geral de Gestão da Regulação das Redes Assistenciais (CGGRRRA) vinculada à Subsecretaria de Planejamento, com as funções de definir, estruturar, efetivar e dirigir o Complexo Regulador da SES-DF. No mesmo ano, foi instalada nas regiões de saúde as Coordenações Regionais de Regulação Assistenciais (CORA). Nesse ano foi implantado na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), em parceria com o Ministério da Saúde, o Sistema de Regulação SISREG II, disponibilizado pelo DATASUS. A primeira especialidade regulada foi a dermatologia, pois era a especialidade com maior demanda reprimida à época. A partir de fevereiro de 2006 foi iniciado a regulação de procedimentos e consultas em oftalmologia e exames de ressonância nuclear magnética passaram a ser regulados em maio do mesmo ano.

Em 2006, a CGGRRRA torna-se Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde (GERES). Em 2007, no contexto de reestruturação da SES-DF foi criada a Diretoria de Regulação (DIREG), subordinada à Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle (SUPRAC). A DIREG passa a definir estratégias para regulação o acesso aos serviços de saúde e, nesse momento, compreende o Núcleo de Acompanhamento e Contratualização (NUAC) e Gerência de Regulação da Atenção Ambulatorial (GERA), Gerência de Regulação de Internação Hospitalar (GERIH) e Gerência de Regulação de Alta Complexidade Interestadual (GERAC).

A Resolução Nº. 20/07 de 09/10/07 foi apresentada ao Conselho de Saúde do DF para a implantação do Complexo Regulador do DF. Após a aprovação pelo Conselho de Saúde do DF foi iniciado repasses e recursos financeiros do Ministério da Saúde. A regulamentação do Complexo Regulador do DF ocorreu após dois anos a partir da publicação da Portaria SES-DF nº 189 de 2009. Ele estava vinculado administrativamente à DIREG a qual era composta pelas Central de Marcação de Consulta e Exames (CMCE), Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) e Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade Interestadual (CNRAC).

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

Atualmente

O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF), como se encontra hoje, foi criado a partir da publicação do Decreto n.º 38.488 de 13 de setembro de 2017, conforme recomendação da Política Nacional de Regulação instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559 de 01 de agosto de 2008. Teve estrutura alterada a partir do Decreto n.º 38.982 de 10 de abril de 2018.

O CRDF é responsável por prover a Regulação do Acesso à Assistência, também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial. Tem como objetivos organizar, controlar, gerenciar e priorizar o acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito da SES/DF e, como sujeitos, seus respectivos gestores públicos. O processo regulatório é exercido pelo CRDF e suas unidades operacionais, abrangendo a regulação médica como autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização definidos e pactuados entre os gestores envolvidos para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos, transplantes de órgãos e tecidos e outros que se fizerem necessários. Contempla as seguintes ações:

- a) Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- b) Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- c) Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais disponibilizados para a regulação;
- d) Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, segundo fluxos e protocolos pactuados.

Ao CRDF é atribuído o mesmo *status* das Superintendências de Regiões de Saúde e também de Unidade de Referência Distrital (URD).

É compreendida como URD que executa o processo de regulação do acesso em saúde para todo o Distrito Federal, presta assistência específica no atendimento pré-hospitalar móvel e regulação das urgências e emergências pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e apresenta finalidade específica, no que tange à Central Estadual de Transplantes (CET) e Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade (CERAC).

O CRDF conduz os seguintes projetos estratégicos na SES-DF: Regulação de Transporte Sanitário; Qualificação das Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (SAMU); Regulação Ambulatorial do Sistema de Saúde da rede SES-DF; Regulação de Cirurgias Eletivas no Sistema de Saúde da SES-DF; Regulação de Leitos Gerais e de UTI.

1.6 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, possui uma Diretoria Geral, a qual abarca quatro Diretorias:

1. Diretoria Administrativa
2. Central Estadual de Transplantes
3. Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar
4. Diretoria do SAMU 192

Sob a Diretoria Geral encontram-se seis Núcleos e a Ouvidoria. A estrutura organizacional completa do CRDF encontra-se, conforme abaixo:

DIRETORIA GERAL

1 ASSESSORIA TÉCNICO-LEGAL (ASTEL)

2 OUVIDORIA

3 NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO (NCI)

4 NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NVEP)

5 NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

6 NÚCLEO DE CAPTAÇÃO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES DO SUS (NCAIS)

7 NÚCLEO DE GESTÃO DE CUSTOS (NGC)

8 NÚCLEO DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (NPMA)

9 DIRETORIA ADMINISTRATIVA (DA)

9.1 GERÊNCIA DE ORÇAMENTO E FINANÇAS (GEOF)

9.2 GERÊNCIA DE PESSOAS (GP)

9.2.1 NÚCLEO DE GESTÃO DE PESSOAS (NGP)

9.2.2 NÚCLEO DE CONTROLE DE ESCALAS (NCE)

9.2.3 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS)

9.2.4 NÚCLEO DE SEGURANÇA, HIGIENE E MEDICINA DO TRABALHO (NSHMT)

9.3 GERÊNCIA DE APOIO OPERACIONAL (GAO)

9.3.1 NÚCLEO DE ATIVIDADES GERAIS E MANUTENÇÃO PREDIAL (NAGMP)

9.3.2 NÚCLEO DE HOTELARIA EM SAÚDE (NHS)

9.3.3 NÚCLEO DE ENGENHARIA CLÍNICA E FÍSICA MÉDICA (NECFM)

9.3.4 NÚCLEO DE ALMOXARIFADO (NUAL)

9.3.5 NÚCLEO DE PATRIMÔNIO E DOCUMENTAÇÃO ADMINISTRATIVA (NPDOC)

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

9.3.6 NÚCLEO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (NTI)

10 CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES (CET)

10.1 NÚCLEO DE ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS (NOPO)

10.2 NÚCLEO DE DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS (NDOT)

10.3 NÚCLEO DE RELACIONAMENTO INTER-HOSPITALAR (NRIH)

10.4 BANCO DE ÓRGÃOS E TECIDOS (BOT)

11 DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR (DIRAAH)

11.1 CENTRAL DE REGULAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (CERIH)

11.2 CENTRAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL (CERA)

11.3 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS (CERCE)

11.4 CENTRAL DE REGULAÇÃO INTERESTADUAL E DE ALTA COMPLEXIDADE (CERAC)

11.5 CENTRAL DE REGULAÇÃO DO TRANSPORTE SANITÁRIO (CERTS)

12 DIRETORIA DO SAMU 192 (SAMU)

12.1 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS (NUEDU)

12.2 NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (NUASF)

12.3 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS (CERU)

12.4 CENTRAL DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS E ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL (CEITAP)

12.5 GERÊNCIA DE MOBILIDADE EM URGÊNCIA (GEMOB)

12.6 GERÊNCIA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL (GAPHM)

12.6.1 NÚCLEO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NORTE (NAPH-NO)

12.6.2 NÚCLEO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR SUL (NAPH-SU)

12.6.3 NÚCLEO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR SUDOESTE 1 (NAPH-SUD1)

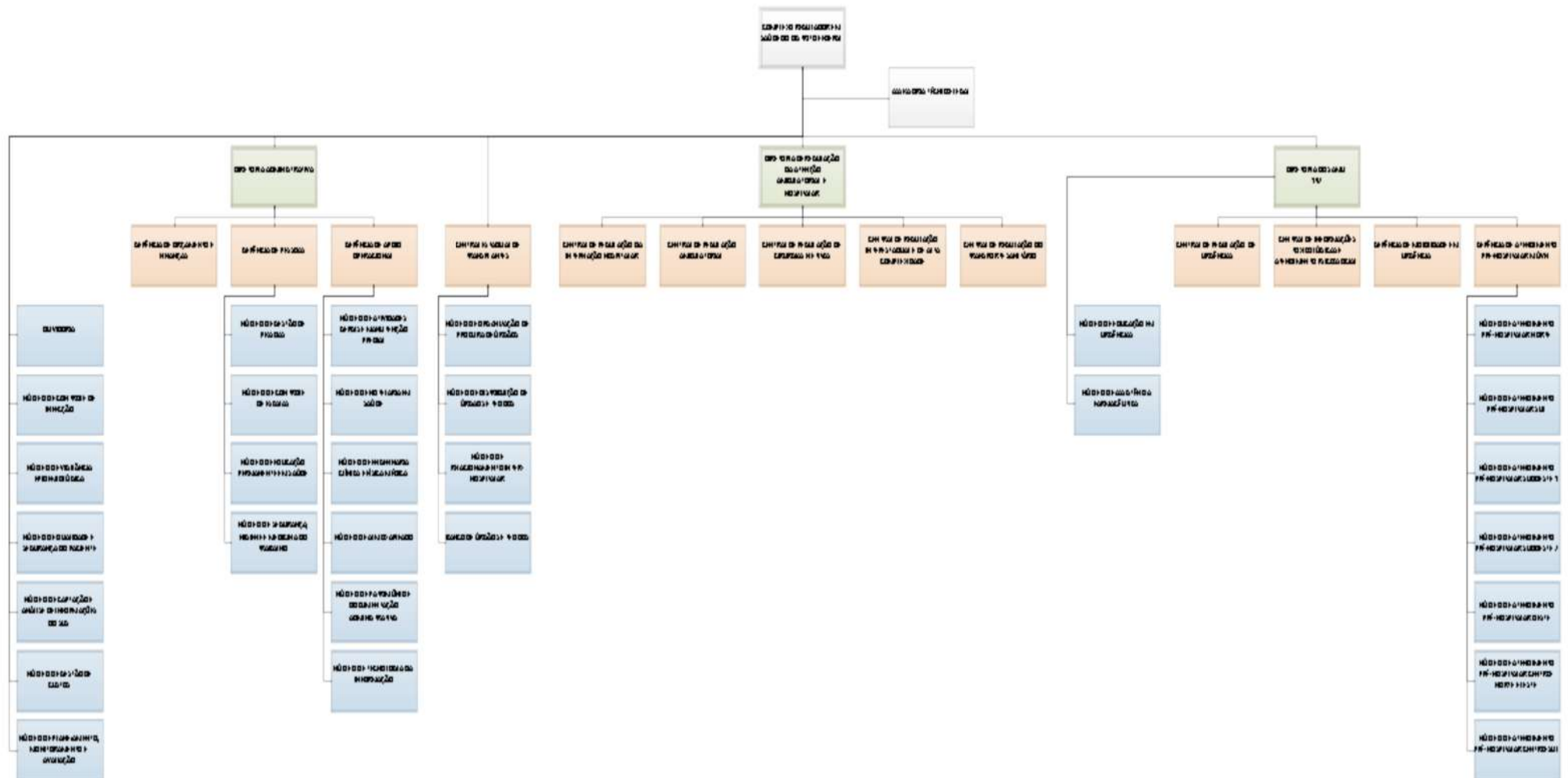
12.6.4 NÚCLEO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR SUDOESTE 2 (NAPH-SUD2)

12.6.5 NÚCLEO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR OESTE (NAPH-OE)

12.6.6 NÚCLEO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR CENTRO-NORTE E LESTE (NAPH-CN-LE)

12.6.7 NÚCLEO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR CENTRO-SUL (NAPH-CS)

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF



ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

1.7 INDICADORES

Os indicadores do CRDF monitorados pelo Sistema Estratégico de Planejamento (SESPlan), por Diretoria, são:

CET	– Número de doadores efetivos, por milhão de população; – Número de notificações de potencial doador por milhão de população; – Número de transplantes de órgãos, por milhão de população; – Número de transplantes de tecidos, por milhão de população.
SAMU 192	– Tempo resposta ao chamado do SAMU – DF; – Número de intervenções necessárias sem meio (transporte) disponível pelo SAMU – DF; – Percentual de trotes identificados no SAMU – DF; – Taxa de óbitos no SAMU.
DIRA AH	– Percentual da implantação do subprocesso de Regulação de Cirurgias Eletivas – Percentual de implantação do subprojeto da regulação dos leitos clínicos e cirúrgicos – Percentual de especialidades ambulatoriais reguladas com protocolos clínicos atualizados e institucionalizados

2. PERFIL DO USUÁRIO

O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal é responsável pela regulação do acesso em saúde de todos os usuários do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. Desse modo, os usuários são representados pela própria população do Distrito Federal e Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). Enquanto estabelecimento de regulação do acesso também são usuários os serviços de saúde regulados da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), sejam próprios, contratados ou conveniados.

3. CAPACIDADE INSTALADA

O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF) possui sua estrutura conforme demonstrado no item 1.6.

A Diretoria-Geral do CRDF e parte da DIRA AH (CERA gerencial, CERCE, CERTS), funcionam nas edificações da Administração Central da SES-DF, a outra parte da DIRA AH é dividida em 2 locais, a CERA operacional e CERIH estão alocadas na cidade do automóvel e a CERAC em um anexo ao Instituto Hospital de Base. A DA e o SAMU funcionam no Setor

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

de Indústria e Abastecimento. Sendo que o SAMU possui o NUEDU funcionando no Parque de Apoio da SES-DF e os NAPH em sete locais distribuídos pelo Distrito Federal.

Acerca dos serviços oferecidos será exposto por cada Diretoria e respectivas Gerências e Núcleos.

A DA é composta pela GEOF, GP e GAO e respectivos núcleos, sendo responsável pela gestão, supervisão, coordenação, monitoramento, planejamento e direção dos assuntos tratados pelas Gerências. A GEOF realiza a administração, supervisão, fiscalização e registro orçamentário, financeiro e contábil dos recursos orçamentários do CRDF e gerenciamento do Programa de Descentralização Progressiva – PDPAS. A GP oferta serviços relacionados à gestão de pessoas tais como controle monitoramento e orientações sobre os assuntos ligados aos cadastros funcional e financeiro do servidor; controle monitoramento e orientações sobre escalas; registro de frequência e utilização de Trabalho por Período Definido (TPD); planejamento, organização e controle das atividades relacionadas à higiene, segurança e medicina do trabalho; planejamento de ações para prevenção de doenças ocupacionais, absenteísmo e acidentes de trabalho; planejamento, organização e coordenação de ações motivacionais e educativas. A GAO presta serviços de suporte técnicos às unidades do CRDF para manter a continuidade dos serviços. Os serviços ofertados são suporte de terceiro nível de tecnologia da informação; manutenção predial; limpeza e conservação; manutenção guarda e reposição de equipamentos; gestão documental e local do Sistema Eletrônico de Informações - SEI; gestão patrimonial e gestão de materiais.

A CET é responsável pela formulação e promoção da Política Distrital de Doação de Órgãos e é composta pelo NOPO; NDOT; NRIH e BOT. Suas atividades são direcionadas a pacientes em fila de espera cadastrados (receptor), família do doador, centros transplantadores/equipes e equipes assistenciais. O NOPO, o NDOT e o BOT funcionam 24 horas por dia e sete dias por semana em sistema de plantão. Cabe ao NOPO organizar o processo de logística de procura de doadores nas instituições de saúde públicas e privadas; orientar e apoiar as equipes de saúde quanto ao processo de identificação e manutenção dos potenciais doadores; organizar o processo de doação e captação de órgãos. O NDOT implementa, executa e avalia o processo de distribuição de órgãos e tecidos; viabiliza o processo de inscrição de potenciais receptores de transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis; viabiliza logística de transporte do órgão ou tecido a ser transplantado e das equipes transplantadoras. O NRIH implementa, monitora e avalia o processo de integração entre a CET e as instituições de saúde públicas e privadas; apoia o processo de doação e captação de órgãos e tecidos para transplantes. E o BOT organiza a logística do processo de captação de tecidos; participa da captação dos tecidos; avalia e processa tecidos humanos e disponibiliza os tecidos para distribuição.

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

O SAMU 192 constitui-se no Componente Assistencial Móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, toxicológica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente capacitado para a resolução adequada do quadro clínico, ou sua estabilização até que possa ser transferida responsavelmente ao serviço mais capacitado para seu tratamento definitivo. Tem como objetivo oferecer à população uma resposta rápida e eficiente aos agravos de urgência e emergência ocorridos no âmbito pré-hospitalar, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação de Urgências.

No Distrito Federal, a diretoria do SAMU 192 é composto por quatro gerências e dois núcleos: CERU; CEITAP; GEMOB e GAPHM, NUEDU e NUASF. A diretoria do SAMU 192 é responsável pelas atividades de coordenação e planejamento do órgão.

A CERU corresponde à estrutura física constituída por profissionais (médicos reguladores, enfermeiros, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência e emergência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência e emergência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro da Rede de Urgências e Emergências. Ela também supervisiona a execução das atividades de assistência médica da instituição.

A GAPHM funciona por meio de um processo de trabalho que garante atendimento em toda a área de abrangência do Distrito Federal. Realiza uma supervisão direta aos Núcleos de Atendimento Pré-Hospitalar (NAPH), os quais estão distribuídos demograficamente em Regiões de Saúde. Gerencia servidores de enfermagem e condutores das Unidades Móveis, motolâncias e serviço aeromédico do SAMU, bem como realiza a supervisão técnica de enfermagem e a execução das atividades de assistência de enfermagem. A GAPHM é composta por sete (NAPH) que funcionam como bases descentralizadas. São eles:

I – NAPH Norte: núcleo e bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas de Sobradinho, Sobradinho II, Fercal e Planaltina;

II – NAPH Sul: núcleo e bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas do Gama e Santa Maria;

III – NAPH Sudoeste I: núcleo e bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas de Taguatinga, Águas Claras e Vicente Pires;

IV – NAPH Sudoeste II: núcleo e bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas de Samambaia e Recanto das Emas;

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

V – NAPH Oeste: núcleo e bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas de Ceilândia e de Brazlândia;

VI – NAPH Centro Norte e Leste: núcleo e bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas do Plano Piloto, Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal, Vila Planalto, Lago Sul, Lago Norte, Varjão, Itapoã, Paranoá, São Sebastião e Jardim Botânico;

VII – NAPH Centro-Sul: núcleo e bases descentralizadas localizadas nas regiões administrativas do SIA, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo, Riacho Fundo II, Park Way, Guará e Estrutural.

A CEITAP funciona por meio de dois processos de trabalho distintos: a) o Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) há um médico e um farmacêutico ou enfermeiro, com capacitação em urgências toxicológicas e acidentes com animais peçonhentos, que prestam informações e tele atendimento à população, além de cobertura e atendimentos presenciais in loco em unidades de emergências fixas, quando necessário, a fim de responder a solicitação de pareceres; b) a Unidade de Saúde Mental e Atendimento Psicossocial que realiza matriciamento à todo o SAMU 192-DF em urgências psiquiátricas e psicossociais, por meio de escuta qualificada por um regulador em saúde mental (profissional psicólogo ou assistente social) ou por meio de intervenção in loco por uma Viatura de Intervenção Rápida em Saúde Mental composta por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro e condutor de veículo de emergência.

A GEMOB é responsável por toda logística de veículos do SAMU 192-DF, no que se refere à distribuição, manutenção corretiva e preventiva, e coordenação, bem como pelos processos de trabalho ligados às ambulâncias e motolâncias.

O NUEDU é o setor responsável pela educação permanente em urgência e emergência no âmbito do SAMU 192. Visa promover e certificar ações educativas com foco nas prioridades de capacitação do SAMU e Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do DF.

Por fim, o NUASF é responsável pelo gerenciamento da qualidade e abastecimento de insumos e medicamentos nas Unidades Móveis e nos estoques dos Núcleos de Atendimento Pré-Hospitalar, elaboração de rotinas relacionadas à assistência farmacêutica e assessoramento da diretoria a respeito das discussões das linhas de cuidado e dos protocolos terapêuticos.

A DIRAAH dirige, orienta e supervisiona os processos regulatórios relacionados à atenção ambulatorial, à internação hospitalar e à regulação interestadual em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde e da SES-DF. É constituída pela CERIH, CERA, CERCE, CERAC e CERTS. As CERA, CERCE, CERTS se encontram nas edificações da

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

Administração Central da SES-DF, a CERIH funciona no SIA e a CERAC funciona no Setor Médico Hospitalar Sul.

A CERIH gerencia os processos regulatórios relacionados ao acesso à internação hospitalar, no âmbito da SES-DF, planeja as ações para a implantação e implementação da regulação da internação hospitalar e utilizando fluxos e protocolos de regulação da internação hospitalar. Realiza a regulação de leitos clínicos e cirúrgicos de todos os hospitais da rede própria da SES e regulação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto, neonatal e pediátrico da rede própria, contrata e conveniada pela SES-DF.

Compete à CERA o gerenciamento, monitoramento, suporte técnico e análise dos processos regulatórios relacionados à atenção ambulatorial da rede própria conveniada e contratada da SES-DF e o planejamento das ações para a implantação e implementação da regulação ambulatorial dos panoramas 1, 2 e 3. No contexto da regionalização do Distrito Federal a regulação dos panoramas (1,2 e 3) são operacionalizados através do Sistema de Regulação para o módulo regionalizado (SISREG III). 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 regulação 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.

À CERCE cabe gerenciar os processos regulatórios relacionados às cirurgias eletivas, no âmbito da SES-DF, promover o acesso aos usuários às cirurgias eletivas, baseado em critérios de classificação de risco, protocolos clínicos e de regulação. Atualmente regula os procedimentos cirúrgicos em cardiologia no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal e implante de marca-passo no Instituto Hospital de Base do Distrito Federal.

À CERAC compete gerenciar os processos regulatórios relacionados à Alta Complexidade Interestadual e ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD) de acordo com as diretrizes da Secretaria; estabelecer critérios que viabilizem as ações de regulação do acesso aos procedimentos de alta complexidade e TFD, a partir de protocolos assistenciais e de regulação; ordenar o fluxo de pacientes oriundos do SUS, residentes no DF e com necessidade de tratamento em outros estados do território brasileiro para serviços públicos de saúde bem como o fluxo de demandas oriundas de outros estados para agendamento nos serviços públicos de saúde do Distrito Federal. Também atua apoiando a execução das

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

ações de regulação nas Superintendências das Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital, em sua área de competência.

A CERTS deve gerenciar os processos regulatórios relacionados ao acesso do transporte sanitário no âmbito da SES-DF utilizando fluxos e protocolos de regulação do transporte sanitário.

3.1 ESCOPO DE AÇÕES:

- CET:
 - Regulação dos transplantes de órgãos: fígado, rim, coração, pâncreas e pulmão
 - Regulação dos transplantes de tecidos: córnea, medula óssea, pele e osso
- SAMU 192
 - Regulação das Urgências e Emergências;
 - Atendimento Pré-Hospitalar Móvel à Urgências e Emergências clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas, psiquiátricas e toxicológicas;
 - Resgate por meio terrestre e aéreo;
- CERA
 - Regulação das consultas reguladas por especialidade – panorama 1
 1. Mastologia geral
 2. Endocrinologia adulto
 3. Oftalmologia geral
 4. Dermatologia geral
 5. Cardiologia adulto
 6. Otorrinolaringologia geral
 - Regulação das consultas reguladas por especialidade - panorama 3
 1. Alergia e imunologia
 2. Otorrinolaringologia - subespecialidades
 3. Saúde auditiva
 4. Oftalmologia - subespecialidades
 5. Cirurgia plástica
 6. Cirurgia vascular – venosas e arteriais
 7. Pediatria – apenas subespecialidades
 8. Radioterapia
 9. Oncologia clínica

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

- Regulação dos exames regulados - panorama 3
 1. Densitometria óssea
 2. Estudo eletrofisiológico
 3. Ecocardiografia
 4. Tomografia computadorizada
 5. Ressonância magnética
 6. Procedimentos endovasculares
 7. Audiometria
 8. Mamografia
 9. Holter 24 horas
 10. Monitoração ambulatorial da pressão arterial
 11. Potencial evocado auditivo
 12. Ressonância magnética
 13. Retinografia
 14. Teste de esforço
 15. Teste de processamento auditivo
 16. "Tilt-test"
 17. Ultrassonografia doppler arterial
 18. Ultrassonografia transfontanela
 19. Vectoeletronistagmografia
 20. Videoendoscopia nasal rígida
 21. Videolaringoscopia

4. INFRAESTRUTURA

INFRAESTRUTURA	
CRDF	
Assessoria Técnico-Legal	
Ouvidoria	
Núcleo de Controle de Infecção	
Núcleo de Vigilância Epidemiológica	
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	
Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS	
Núcleo de Gestão de Custos	
Núcleo de Planejamento, Monitoramento e Avaliação	
Estações de trabalho	12
DIRETORIA ADMINISTRATIVA	
Gerência de Apoio Operacional	
Gerência de Gestão de Pessoas	
Gerência de Orçamento e Finanças	
Estações de trabalho	29

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

Sala gerencial	1
Sala trabalho compartilhado	10
CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES	
Núcleo de Distribuição de Órgãos e Tecidos Núcleo de Organização de Procura de Órgãos Núcleo de Relacionamento Inter-hospitalar	
Sala gerencial	3
Estação de trabalho	11
Depósito	1
Banco de Órgãos e Tecidos	
Expurgo	1
Preparo/guarda materiais	1
Área limpa	1
Área restrita (câmara de fluxo laminar)	1
Área recepção/avaliação/acondicionamento órgãos, tecidos e material biológico	1
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	
Central de Regulação de Urgências Central de Informações Toxicológicas e Atendimento Psicossocial Gerência de Mobilidade em Urgência Gerência de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Núcleo de Assistência Farmacêutica	
Estações de trabalho	62
Sala gerencial	27
Sala de regulação	1
Sala de procedimentos	1
Núcleo de Educação em Urgências - NUEDU	
Estações de trabalho	8
Sala gerencial	1
Laboratórios de treinamento de habilidades e simulação	4
Auditório de 56 lugares	1
Sala de projetos	1
Salas multiuso	2
Tendas para treinamento prático externo	2
DML	1
DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR	
Central de Regulação de Cirurgias Eletivas, Central de Regulação Ambulatorial, Central de Regulação do Transporte Sanitário	
Estações de trabalho	17
Central de Regulação Ambulatorial, Central de Regulação da Internação Hospitalar	22
Estações de trabalho	28
Copa (do edifício)	1
Repouso dos plantonistas	2
Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade	
Salas	6
Estações de trabalho	20

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

5. RECURSOS HUMANOS

Quantidade de horas (Carga horária -CH) semanais/profissionais					
PROFISSIONAL	CH	PROFISSIONAL	CH	PROFISSIONAL	CH
ADMINISTRATIVO (TÉCNICOS, ADMINISTRADORES)	2.340	ARTÍFICE-MANUTENÇÃO E RESTAURAÇÃO DE VEÍCULOS	40	MÉDICO	5.000
AGENTE COMPLETAR DE SERVIÇO SOCIAL	80	ASSISTENTE SOCIAL	220	MOTORISTA	6.400
AGENTE DE PORTARIA	40	COMISSIONADO OU REQUISITADO	140	PSICÓLOGO	260
ANALISTA POLÍTICA PÚBLICA GESTÃO GOVERNAMENTAL	720	ENFERMEIRO	7.260	TECNICO DE ENFERMAGEM	14.500
AOSD - PADIOLEIRO	40	FARMACÊUTICO	140	TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA GESTÃO GOVERNAMENTAL	40

FONTE: SES/CRDF/DA/GP - DADOS DE 23/08/2018

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

APÊNDICE – Marcos regulatórios relacionados às unidades e serviços do CRDF

1. Constituição Federal de 1988, Art. 198, que dispõe sobre diretrizes para a consolidação do Sistema Único de Saúde.
2. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.
3. Decreto nº 17.443, de 12 de junho de 1996, que aprovou as Diretrizes Gerais para Captação e Transplantes de Órgãos no Distrito Federal e criou a Central de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante.
4. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.
5. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, regulamentou a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e criou as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs).
6. Portaria GM/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).
7. Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000, que define o Complexo Regulador Assistencial ligado ao SUS como a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.
8. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento".

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

9. Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
10. Portaria nº 1863/GM, em 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
11. Portaria nº 1864/GM, em 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.
12. Decreto nº 24.391, de 27 de janeiro de 2004, que criou o Banco de Olhos do Distrito Federal na estrutura orgânica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
13. Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais (SAMU 192).
14. Portaria GM/MS nº 2.692, de 23 de dezembro de 2004. Define Banco de Tecidos Oculares, aprovando as Normas Gerais para sua Instalação e Cadastramento/Autorização, e dá outras providências.
15. Pacto pela Saúde referente à Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.
16. Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.
17. Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.
18. Portaria GM/MS nº 258, de 30 de julho de 2009, que aprova o regulamento técnico, as orientações técnicas para inclusão de laudo de solicitação e o elenco de procedimentos definidos como de alta complexidade, nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e gastroenterologia, com o objetivo de disciplinar e otimizar as atividades da CNRAC e das CERAC, em todo território nacional.
19. Portaria GAB/SES nº 189, de 07 de outubro de 2009, que implanta o Complexo Regulador no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

20. Portaria GM/MS nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.
21. Portaria GAB/SES nº 187, de 18 de novembro de 2010, que determina que todas as unidades executantes de terapia intensiva deverão utilizar o sistema informacional de regulação, disponibilizado pela SES/DF, para registrar a alta administrativa dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva adulto, pediátrico e neonatal.
22. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
23. Decreto nº 7.508, da Presidência da República, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
24. Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.
25. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS.
26. Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, que estabelece a estrutura de funcionamento e as normas a serem adotadas para as ações de Telessaúde no âmbito do SUS.
27. Portaria GAB/SES nº 34, de 20 de fevereiro de 2014, que institui o Núcleo Gestor de Leitos nos Hospitais da rede de Atenção da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário.
28. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência".

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

29. Portaria nº 37, de 13, de março de 2015. Aprovar o Regulamento Técnico relativo ao funcionamento da Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos - OPO/DF.
30. Portaria GAB/SES nº 199 e 200, de 06 de agosto de 2015, que amplia o escopo de atuação e atribuições da Central de Regulação de Internação Hospitalar, além de atualizar e divulgar os critérios para admissão e alta em unidades de terapia intensiva.
31. Portaria GM/MS nº 1.646, de 2 de outubro de 2015, que institui o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).
32. –RDC/ANVISA nº 55, de 11 de dezembro de 2015. Dispõe sobre as Boas Práticas em Tecidos humanos para uso terapêutico.
33. Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital.
34. Portaria GAB/SES nº 77 e 78, de 15 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e que fortalecem a abrangência no atendimento médico e promoção à saúde pelas equipes da Atenção Primária a Saúde (APS).
35. Decreto nº 38.017, de 21 de fevereiro de 2017, do Distrito Federal que aprova o Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.
36. Portaria GAB/SES nº 386, de 27 de julho de 2017, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS no Distrito Federal.
37. Decreto nº 38.488 de 13 de setembro de 2017 que altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e cria o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal.
38. Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.
39. Portaria GAB/SES nº 713, de 21 de novembro de 2017, que dispõe sobre o fluxo de pacientes egressos de UTI e dá outras providências.

ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL - CRDF

40. Resolução CFM nº 2.173/2017, publicado no D.O.U. de 15 de dezembro de 2017, Seção I, p. 274-6 Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica.
41. Portaria nº 536, de 08 de junho de 2018, que institui as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal.
42. Portaria GAB/SES nº 556, de 11 de junho de 2018, que determina que todas as solicitações de internação em leitos de enfermaria de todas as unidades hospitalares no âmbito do SUS no Distrito Federal deverão ser feitas obrigatoriamente por meio do sistema informacional SISLEITOS.

Período: MAIO/2017 A MAIO/2018

Grupo de Procedimento

Estabel-CNES-DF	01 Ações de promoção e prevenção em saúde		02 Procedimentos com finalidade diagnóstica		03 Procedimentos clínicos		04 Procedimentos cirúrgicos		07 Órteses, próteses e materiais especiais		08 Ações complementares da atenção à saúde	
	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor
0010537 HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASILIA HMIB	22.838	R\$ 13.337,12	764.680	R\$ 2.909.811,55	213.642	R\$ 17.050.263,31	7.875	R\$ 4.619.576,58	6.020	R\$ 83.305,50	0	R\$ -
0010618 HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO HSVP	143	R\$ 2,70	0	R\$ -	55.884	R\$ 1.724.422,88	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
2649527 HOSPITAL DE APOIO DE BRASILIA HAB	3.250	R\$ 807,30	49.389	R\$ 132.198,01	27.012	R\$ 2.734.743,31	60	R\$ 15,02	0	R\$ -	0	R\$ -
7049188 CENTRAL DE REGULACAO	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	51.586	R\$ 2.400.322,65
7765916 CENTRAL DE REGULACAO DO SAMU DISTRITO FEDERAL	0	R\$ -	0	R\$ -	1.167.803	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
Total	26.231	R\$ 14.147,12	814.069	R\$ 3.042.009,56	1.464.341	R\$ 21.509.429,50	7.935	R\$ 4.619.591,60	6.020	R\$ 83.305,50	51.586	R\$ 2.400.322,65

Fonte: SIA/DATASUS e SIH/DATASUS

TEMA	RESULTADO ESPERADO		INDICADORES	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE DE APURAÇÃO/ SISTEMA	ÁREA RESPONSÁVEL ADMC	ÁREA RESPONSÁVEL URD	Linha de base (CRDF 2018)	Meta (proposto pelo CRDF 2018)
Eixo 1 - Gestão do Sistema de Saúde Locorregional									
Regulação	1	Regulação do acesso a todos os leitos gerais ofertados na SES DF.	Percentual de leitos hospitalares gerais de internação na SES/DF regulados pelo CRDF	(Número de leitos hospitalares gerais regulados/número de leitos hospitalares gerais existentes) x 100.	SISLEITOS e Relatório da SAIS/CATES com o total de leitos disponíveis por Região de Saúde	SES/SAIS/CATES	SES/CRDF/DIRAAH/CERIH	não há	100%
	2	Regulação do acesso dos leitos UTI ofertados na SES DF.	Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF	(Número de leitos de UTI regulados/número de leitos de UTI existentes) x 100.	TrakCare e Relatório da SAIS/CATES com o total de leitos de UTI da rede própria, contratada e conveniada disponíveis por hospital	SES/SAIS/CATES	SES/CRDF/DIRAAH/CERIH	não há	100%
	3	Regulação do acesso de todos os procedimentos ambulatoriais ofertados na SES DF.	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF na SES/DF	(Número de procedimentos ambulatoriais autorizados / capacidade informada pela CATES (SAIS) e/ou COASIS (SAIS) do total de procedimentos ambulatoriais da rede SES-DF) X 100.	Protocolos entregues pelas coordenações de especialidades acompanhados pela Comissão de Protocolos da SES/DF para a CERA e SISREG III	SES/SAIS/CATES e SES/SAIS/COASIS	SES/CRDF/DIRAAH/CERA	não há	100%
	4	Regulação do acesso de todas as cirurgias eletivas ofertadas na SES DF.	Percentual de cirurgias eletivas da SES/DF ofertada ao CRDF.	Número de cirurgias eletivas autorizadas pelo CRDF / Número total de cirurgias constantes em relatório relatórios de faturamento referente às cirurgias eletivas conforme dados da SUPLANS/CCSGI/DICS x 100..	Sistema Nacional de Regulação -SISREG III e relatórios de faturamento referente às cirurgias eletivas conforme dados da SUPLANS/CCSGI/DICS da SES-DF.	SUPLANS/CCSGI/DICS	SES/CRDF/DIRAAH/CERCE	não há	100% Solicitamos parecer da DICS sobre a viabilidade do Indicador, tendo em vista a consistência da informação das cirurgias eletivas categorizadas no relatório de faturamento
Eixo 2 - Gestão da Atenção à Saúde									
Rede de Urgência e Emergência	5	Máximo tempo-resposta de chamado ao SAMU-DF até 20 minutos	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF	(Numero de ocorrências concluídas em até 20 minutos/ Número total de ocorrências concluídas que geraram deslocamentos) x 100	Sistema Atendimento de Urgências (SAU) /SAMU- DF	SES/SAIS/CATES/ DUAEC/GASFU RE	SES/CRDF/SAMU/CERU.	Percentual de atendimentos com tempo resposta em até 20 minutos	Estudo em andamento para que a meta possa ser estipulada
	6	Diminuir a indisponibilidade de recursos de APH	Percentual de intervenções necessárias do SAMU DF sem meio (transporte) disponível	Números de ligações reguladas classificadas como necessárias e sem meio de transporte/ Número total de ligações reguladas x100.	Sistema Atendimento de Urgências (SAU) /SAMU- DF	SES/SAIS/CATES/ DUAEC/GASFU RE	SES/CRDF/SAMU/CERU.	média de 6,6 % até agosto de 2018	> 10%
Atenção Especializada	7	Ampliar número de transplantes de tecidos, por milhão de população	Número de transplantes de tecidos, por milhão de população	número de transplantes de tecidos no DF/ população do DF x 1.000.000	Planilha EXCEL do SES/CRDF/CET/BOT	SES/SAIS/CATES	SES/CRDF/CET/BOT	em 2017 alcançado = 458 pmp	200 transplantes por milhão de habitantes
	8	Ampliar número de transplantes de órgãos, por milhão de população	Número de transplantes de órgãos, por milhão de população	número de transplantes de órgãos no DF/ população do DF x 1.000.000	Planilha EXCEL do SES/CRDF/CET/NDOT	SES/SAIS/CATES	SES/CRDF/CET/NDOT	em 2017 alcançado = 189 pmp	82 transplantes por milhão
	9	Ampliar número de notificações de potencial doador por milhão de população.	Número de notificações de potencial doador por milhão de população.	número de notificações no DF/ população do DF x 1.000.000	Planilha EXCEL da SES/CRDF/CET/ NOPO	SES/SAIS/CATES	SES/CRDF/CET/NOPO	em 2017 alcançado = 242 pmp	111,5 por milhão de habitantes
	10	Ampliar número de doadores efetivos, por milhão de população	Número de doadores efetivos, por milhão de população	número de doadores efetivos de órgãos com morte encefálica ocorrida no DF/ população do DF x 1.000.000	Planilha EXCEL do SES/CRDF/CET/NDOT	SES/SAIS/CATES	SES/CRDF/CET/NOPO	em 2017 alcançado = 64 pmp	29 por milhão de habitantes
Eixo 3 - Gestão Financeiro - Orçamentária									
Faturamento	11	Manter os incentivos de custeios - MAC	Manter as condições de habilitação e qualificação, de maneira que o serviço obtenha o total do incentivo proposto - MAC	(Valor do incentivo definido na respectiva legislação /valor do repasse menção) X 100	SISMAC	Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS	Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares		100%
Faturamento	12	Aumentar percentual faturado no tipo de financiamento FAEC	Percentual de aumento no valor faturado no tipo de financiamento FAEC	(Valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento FAEC no mês - valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento FAEC na linha de base) /valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento FAEC na linha de base) X 100	SIA e SIH/SUS	Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS	Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares		12%
Faturamento	13	Aumentar percentual de arquivos de produção do SIA e SIH dos estabelecimentos de saúde da região enviados no prazo estabelecido pelo gestor.	Percentual de arquivos de produção do SIA e SIH dos estabelecimentos de saúde da região enviados no prazo estabelecido pelo gestor.	(Número de arquivos de produção - SIA e SIH - dos estabelecimentos da região enviados no prazo/Total de arquivos de produção - SIA e SIH - dos estabelecimentos da região previstos na competência) X 100	Processo SEI de entrega da produção gerado pelo estabelecimento. Um único processo deverá ser gerado no ano, e a cada competência o NCAIS deverá enviar um novo memorando informando a produção que consta no banco de dado enviado pelo e-mail institucional e/ou pasta compartilhada. Detalhamento da entrega Comunicar o envio da produção por memorando via SEI, constando: *Resumo da produção ambulatorial apresentada, informando o(s) estabelecimento(s) de saúde prestador(es) dos serviços que constam no(s) arquivo(s) de exportação e anexar ao memorando o "Relatório de Controle de Remessa" gerado após a exportação; *Resumo da produção hospitalar apresentada, informando o(s) estabelecimento(s) de saúde prestador(es) dos serviços que constam no(s) arquivo(s) de exportação e anexar ao memorando o "Resumo dos valores aprovados por CNES" e o "Relatório de AIHs Rejeitadas".	Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS	Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares	100%	100%

Gestão de Custos		Aumentar o percentual de desempenho da gestão de custos	Percentual de desempenho da gestão de custos	Média das duas últimas etapas do processo da gestão de custos (3ª etapa - Preenchimento do ApuraSUS; e, 4ª etapa - Análise Crítica)	Instrumento de Monitoramento de Desempenho - IMD (planilha em Excel.)	Núcleos de Gestão de Custos - NGC	GEC/DGR	Meta sugerida pela GEC/DGR	100%
Eixo 4 - Gestão da Infraestrutura dos Serviços									
Infraestrutura	14	Aumentar o percentual de cadastro dos equipamentos médico-hospitalares com contratos de manutenção vigente	Percentual de cadastro dos equipamentos médico-hospitalares da Rede SES/DF com contratos de manutenção vigentes	Número de equipamentos cadastrados dividido pelo número de equipamentos com contrato	Sistema SISGEPA1 SIGEP – Sistema de Gerenciamento de Equipamentos implantado para cadastramento dos equipamentos médico-hospitalares pelas Unidades de Saúde	0	Diretoria Engenharia Clínica - DEC/SINFRA	Meta sugerida pela SINFRA	100%
Eixo 5 – Gestão da Educação, Comunicação e Informação em Saúde									
Gestão de Pessoas	15	Diminuir o índice de absenteísmo	Índice de absenteísmo	Nº Mensal de horas ausentes dos servidores (exceto férias, licença prêmio, abono) / N.º mensal de horas contratadas *100	Relatórios Gerencias extraídos do Sistema Forponto e SIGRHWeb	Não se aplica	SUGEP/DIAP		7,5% (A CONFIRMAR)

<i>Campo</i>
Código
Título
Descrição
Conceituação
Interpretação
Usos
Limitações
Fonte
Fórmula de cálculo
Metodologia de Cálculo
Periodicidade de atualização
Periodicidade de monitoramento
Periodicidade de apuração
Unidade de medida
Parâmetro
Fonte do parâmetro
Polaridade
Visibilidade

Indicador acumulativo
Estratificação
Critérios de análise
Indicador relacionado/referências
Observações/Comentários
Área Responsável Técnica na ADMC
Área Responsável Gerencial na ADMC
Área Responsável Técnica na URD
Área Responsável Gerencial na URD
Instrumentos de Planejamento correlacionados
Classificação segundo Ministério da Saúde (Pactuação Interfederativa)

Classificação do Indicador "6 S"
Fonte: Guia Referencial para
Medição de Desempenho na
Administração Pública, Ministério do
Planejamento, 2010.

Classificação (segundo o modelo lógico e/ou componente estrutural).

Fonte: TCU - O uso de indicadores na avaliação do Programa de Inclusão Digital do Governo Federal.

Catálogo origem

Órgão responsável

Categorias no VCGE

Recursos

Identificador

Título

Formato

Descrição

Cobertura temporal

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS
FICHA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES E INFORMAÇÕES

CRDF - 11
Percentual de leitos hospitalares gerais de internação na SES/DF regulados pelo CRDF

Percentual de leitos hospitalares gerais de internação na SES/DF regulados pelo CRDF, disponíveis para regulação em unidades públicas, privadas e contratadas da SES/DF no corrente ano.

Leito regulado: leito ocupado autorizado pelo Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF). Entende-se por leitos clínicos os leitos de internação hospitalar destinados a acomodar pacientes de qualquer especialidade clínica e leitos cirúrgicos os que são destinados a acomodar pacientes de qualquer especialidade cirúrgica. Excetuam-se destes, leitos de Unidade de Terapia Intensiva(UTI) /UTIN/Unidade de Cuidados Intermediários(UCIN).
Mede o número de leitos hospitalares gerais (sejam clínicos e cirúrgicos) ocupados por pacientes regulados.
Transparência da oferta do leito, menor tempo de espera.
Não permite contabilizar leitos de unidade de terapia intensiva
SISLEITOS e Relatório da SAIS/CATES com o total de leitos disponíveis por Região de Saúde
número de leitos hospitalares gerais regulados/número de leitos hospitalares gerais existentes x 100.
Numerador: número de leitos hospitalares gerais regulados Denominador: número de leitos hospitalares gerais existentes informados pela SAIS/CATES Multiplicador:100
Mensal
quadrimestral
Anual
Percentual
Não se aplica
Não se aplica
Maior melhor
Pública

Sim
Distrital / CNES
nº de leitos hospitalares gerais regulados e os não regulados.
não se aplica
Em fase de implantação.

SES/SAIS/CATES

SES/SAIS/CATES

SES/CRDF/DIRAAH/CERIH

SES/CRDF/DIRAAH

PREENCHIMENTO PELA SUPLANS

- () PPA
- (X) PDS
- (X) PAS
- () Acordo de Resultados do Governador
- () Pactuação Interfederativa
- () AGR
- () ODS

Complementar

Execução

Processo

METADADOS INFRAESTRUTURA NACIONAL DE DADOS ABERTOS - INDA

Descrição
Trata-se de uma identificação única para o indicador em questão servindo para fins de rastreabilidade e de referência do indicador pelos sistemas que o consulta. Pode-se adotar um padrão para esse campo.
Título do indicador que é utilizado em gráficos e painéis expressando de forma resumida seu significado.
Informação expressando as intenções de dimensionamento (determinado espaço geográfico, no período considerado) do indicador
Informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo.
Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
Principais finalidades de utilização dos dados a serem consideradas na análise do indicador.
Fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto as fontes utilizadas.
Arquivos, bases de dados ou sistemas informatizados ou instituições/ unidades responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador.
Fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem
Descritivo da forma que se calcula o indicador
Frequência de atualização do resultado do indicador segundo sua granularidade
Frequência de monitoramento do resultado do indicador
q
A unidade de medida utilizada para a apresentação do indicador.
Valor de referência nacional ou internacional para o indicador
Fonte do parâmetro (se especificado)
Indica o sentido do indicador. Ex.: quanto maior melhor, quanto menor, melhor
Indica se a visibilidade do indicador é pública ou privada (nessa última a visualização do resultado do indicador é restrita aos gestores credenciados).

o resultado do Indicador demonstra o somatório de ocorrências ao longo do período de tempo de sua atualização.
Recorte espacial/territorial de referência do indicador (Distrital, Região de Saúde, por RA, por CNES)
Referem-se às possíveis desagregações que os dados têm nas suas bases(ex.: faixa etária, sexo, raça/cor).
Relações com outros indicadores
Informação adicional sobre o indicador
Responsável técnico pelo indicador na ADMC
Responsável pelo monitoramento do indicador na ADMC
Responsável técnico pelo indicador na Região
Responsável pelo monitoramento do indicador na Região
Selecionar em quais instrumentos de planejamento este indicador esta sendo monitorado.
(1) Indicadores Universais:Expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente. Ex.: Cobertura vacinal (2) Indicadores Específicos:Expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território. (3)Indicadores Complementares: São referências para pactuação de metas não obrigatórias para as regiões, tendo em vista as prioridades de cada ente federativo, expressas nos seus planos de saúde. Cada ente federativo poderá, por meio do consenso tripartite na região, complementar a lista desses indicadores de acordo com as necessidades da região de saúde.

(1) Efetividade são os impactos gerados pelos produtos/serviços, processos ou projetos. A efetividade está vinculada ao grau de satisfação ou ainda ao valor agregado, a transformação produzida no contexto em geral. Esta classe de indicadores, mais difícil de ser mensurada (dada a natureza dos dados e o caráter temporal), está relacionada com a missão da instituição. Por exemplo, se uma campanha de vacinação realmente imunizar e diminuiu a incidência de determinada doença entre as crianças, a campanha foi efetiva. Indicadores de efetividade podem ser encontrados na dimensão estratégica do Plano Plurianual (PPA);

(2) Eficácia é a quantidade e qualidade de produtos e serviços entregues ao usuário (beneficiário direto dos produtos e serviços da organização). Por exemplo, se, na mesma campanha citada, a meta de vacinação é imunizar 100.000 crianças e este número foi alcançado ou superado, a campanha foi eficaz. Indicadores de eficácia podem ser definidos a partir da Carta de Serviços do órgão;

(3) Eficiência é a relação entre os produtos/serviços gerados (outputs) com os insumos utilizados, relacionando o que foi entregue e o que foi consumido de recursos, usualmente sob a forma de custos ou produtividade. Por exemplo: uma campanha de vacinação é mais eficiente quanto menor for o custo, ou seja, quanto menor for o custo da campanha, mantendo-se os objetivos propostos. Indicadores de eficiência podem ser encontrados na Carta de Serviços com seus elementos de custos e em informações de sistemas estruturantes do Governo, como o SIAFI;

(4) Execução refere-se à realização dos processos, projetos e planos de ação conforme estabelecidos. Indicadores de execução podem ser encontrados no monitoramento das ações do PPA;

(5) Excelência é a conformidade a critérios e padrões de qualidade/excelência para a realização dos processos, atividades e projetos na busca da melhor execução e economicidade; sendo um elemento transversal. Indicadores e padrões de excelência podem

(1) Insumos: recursos materiais, financeiros e humanos. Úteis para dimensionar os recursos necessários para a produção, mas não são capazes de indicar o cumprimento de objetivos finais. No PPA são usados para monitorar as ações de empenho, liquidação e pagamento de recursos.

(2)

Processos: quantificam o desempenho de atividades relacionadas à forma de produção de bens e serviços, tais como: procedimentos de aquisições (dias de prazo para contratação de bens ou serviços) ou realização de atividades (prazo médio para concessão de licenças ambientais).

(3) Produtos: demonstra

quantitativamente os bens e serviços produzidos por um programa. No PPA são sempre representados pela realização das metas físicas de ações, que resultam em produtos específicos, por exemplo, “nº. de caixas térmicas”, “nº. de litros de leite distribuídos”, “nº. de cursos realizados”.

(4) Resultados: estão relacionados aos objetivos que determinado programa visa a cumprir. Também são denominados indicadores de impacto e se relacionam à efetividade do programa. Considerado um indicador de Programa por Excelência.

Exemplos: índice de morbi-mortalidade infantil; índice de desnutrição infantil; SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO: Taxa de frequência e Taxa de gravidade de acidentes no trabalho.

(5) Impactos: Efeitos acumulados, de longo prazo, usualmente referidos à população geral. Raramente são atribuídos a um único programa ou intervenção. Como cada programa pode contribuir de maneira específica, mensurar impacto também significa mensurar cada contribuição. Ex.: Redução da taxa de mortalidade materna; redução da taxa de mortalidade infantil; diminuição da taxa de

Página (URL) do órgão onde está publicado o conjunto de dados

Nome e sigla do órgão ou entidade responsável pela publicação do conjunto de dados

O Vocabulário Controlado de Governo Eletrônico é uma lista hierarquizada de assuntos do governo que utiliza termos comuns e é voltada para a sociedade. Para navegar e escolher as categorias acesse o VCGE em <http://vocab.e.gov.br/2011/03/vcge>

Um conjunto de dados pode ser composto por mais de um arquivo de dados. O critério básico para separar vários recursos em mais de um conjunto de dados é a constatação de que eles divergem em vários metadados

URL persistente que aponta para o recurso na Web

Nome do recurso

Formato do recurso. Ex.: XML, JSON, CSV, etc

Breve detalhamento sobre o conteúdo do recurso

Data ou período à que se refere os dados. Ex: 03/ 2012

<i>Campo</i>
Código
Título
Descrição
Conceituação
Interpretação
Usos
Limitações
Fonte
Fórmula de cálculo
Metodologia de Cálculo
Periodicidade de atualização
Periodicidade de monitoramento
Periodicidade de apuração
Unidade de medida
Parâmetro
Fonte do parâmetro
Polaridade

Visibilidade
Indicador acumulativo
Estratificação
Critérios de análise
Indicador relacionado/referências
Observações/Comentários
Área Responsável Técnica na ADMC
Área Responsável Gerencial na ADMC
Área Responsável Técnica na URD
Área Responsável Gerencial na URD
Instrumentos de Planejamento correlacionados
Classificação segundo Ministério da Saúde (Pactuação Interfederativa)

Classificação do Indicador "6 S" Fonte:
Guia Referencial para Medição de
Desempenho na Administração Pública,
Ministério do Planejamento,2010.

Classificação (segundo o modelo lógico e/ou componente estrutural).

Fonte: TCU - O uso de indicadores na avaliação do Programa de Inclusão Digital do Governo Federal.

Catálogo origem

Órgão responsável

Categorias no VCGE

Recursos

Identificador

Título

Formato

Descrição

Cobertura temporal

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS
FICHA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES E INFORMA

CRDF - 11
Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF

Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF no corrente ano.

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.
Mede a proporção de leitos de UTI da rede própria, conveniada e contratada da SES-DF regulados pelo CRDF
Transparência da oferta do leito, menor tempo de espera.
Não permite contabilizar leitos gerais de internação hospitalar
TrakCare e Relatório da SAIS/CATES com o total de leitos de UTI da rede própria, contratada e conveniada disponíveis por hospital
número de leitos de UTI regulados/número de leitos de UTI existentes x 100.
Numerador: número de leitos de UTI da rede própria, contratada e conveniada disponíveis por Hospital da SES-DF Denominador: número de leitos de UTI existentes informados pela SAIS/CATES Multiplicador:100
Mensal
quadrimestral
Anual
Percentual
100%
Não se aplica
Maior, melhor

Pública
Sim
Distrital / CNES
nº de leitos de UTI regulados e os não regulados.
não se aplica
Em fase de implantação.

SES/SAIS/CATES

SES/SAIS/CATES

SES/CRDF/DIRA AH/CERIH

SES/CRDF/DIRA AH

PREENCHIMENTO PELA SUPLANS

- () PPA
 (X) PDS
 (X) PAS
 () Acordo de Resultados do Governador
 () Pactuação Interfederativa
 () AGR
 () ODS

Complementar

Execução

Processo

ÇÕES

<i>Descrição</i>
Trata-se de uma identificação única para o indicador em questão servindo para fins de rastreabilidade e de referência do indicador pelos sistemas que o consulta. Pode-se adotar um padrão para esse campo.
Título do indicador que é utilizado em gráficos e painéis expressando de forma resumida seu significado.
Informação expressando as intenções de dimensionamento (determinado espaço geográfico, no período considerado) do indicador
Informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo.
Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
Principais finalidades de utilização dos dados a serem consideradas na análise do indicador.
Fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto as fontes utilizadas.
Arquivos, bases de dados ou sistemas informatizados ou instituições/ unidades responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador.
Fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem
Descritivo da forma que se calcula o indicador
Frequência de atualização do resultado do indicador segundo sua granularidade
Frequência de monitoramento do resultado do indicador
q
A unidade de medida utilizada para a apresentação do indicador.
Valor de referência nacional ou internacional para o indicador
Fonte do parâmetro (se especificado)
Indica o sentido do indicador. Ex.: quanto maior melhor, quanto menor, melhor

Indica se a visibilidade do indicador é pública ou privada (nessa última a visualização do resultado do indicador é restrita aos gestores credenciados).
o resultado do Indicador demonstra o somatório de ocorrências ao longo do período de tempo de sua atualização.
Recorte espacial/territorial de referência do indicador (Distrital, Região de Saúde, por RA, por CNES)
Referem-se às possíveis desagregações que os dados têm nas suas bases(ex.: faixa etária, sexo, raça/cor).
Relações com outros indicadores
Informação adicional sobre o indicador
Responsável técnico pelo indicador na ADMC
Responsável pelo monitoramento do indicador na ADMC
Responsável técnico pelo indicador na Região
Responsável pelo monitoramento do indicador na Região
Selecionar em quais instrumentos de planejamento este indicador esta sendo monitorado.
(1) Indicadores Universais:Expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente. Ex.: Cobertura vacinal (2) Indicadores Específicos:Expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território. (3)Indicadores Complementares: São referências para pactuação de metas não obrigatórias para as regiões, tendo em vista as prioridades de cada ente federativo, expressas nos seus planos de saúde. Cada ente federativo poderá, por meio do consenso tripartite na região, complementar a lista desses indicadores de acordo com as necessidades da região de saúde.

(1) Efetividade são os impactos gerados pelos produtos/serviços, processos ou projetos. A efetividade está vinculada ao grau de satisfação ou ainda ao valor agregado, a transformação produzida no contexto em geral. Esta classe de indicadores, mais difícil de ser mensurada (dada a natureza dos dados e o caráter temporal), está relacionada com a missão da instituição. Por exemplo, se uma campanha de vacinação realmente imunizar e diminuiu a incidência de determinada doença entre as crianças, a campanha foi efetiva. Indicadores de efetividade podem ser encontrados na dimensão estratégica do Plano Plurianual (PPA);

(2) Eficácia é a quantidade e qualidade de produtos e serviços entregues ao usuário (beneficiário direto dos produtos e serviços da organização). Por exemplo, se, na mesma campanha citada, a meta de vacinação é imunizar 100.000 crianças e este número foi alcançado ou superado, a campanha foi eficaz. Indicadores de eficácia podem ser definidos a partir da Carta de Serviços do órgão;

(3) Eficiência é a relação entre os produtos/serviços gerados (outputs) com os insumos utilizados, relacionando o que foi entregue e o que foi consumido de recursos, usualmente sob a forma de custos ou produtividade. Por exemplo: uma campanha de vacinação é mais eficiente quanto menor for o custo, ou seja, quanto menor for o custo da campanha, mantendo-se os objetivos propostos. Indicadores de eficiência podem ser encontrados na Carta de Serviços com seus elementos de custos e em informações de sistemas estruturantes do Governo, como o SIAFI;

(4) Execução refere-se à realização dos processos, projetos e planos de ação conforme estabelecidos. Indicadores de execução podem ser encontrados no monitoramento das ações do PPA;

(5) Excelência é a conformidade a critérios e padrões de qualidade/excelência para a realização dos processos, atividades e projetos na busca da melhor execução e economicidade; sendo um elemento transversal. Indicadores e padrões de excelência podem

(1) Insumos: recursos materiais, financeiros e humanos. Úteis para dimensionar os recursos necessários para a produção, mas não são capazes de indicar o cumprimento de objetivos finais. No PPA são usados para monitorar as ações de empenho, liquidação e pagamento de recursos.

(2)

Processos: quantificam o desempenho de atividades relacionadas à forma de produção de bens e serviços, tais como: procedimentos de aquisições (dias de prazo para contratação de bens ou serviços) ou realização de atividades (prazo médio para concessão de licenças ambientais).

(3) Produtos: demonstra

quantitativamente os bens e serviços produzidos por um programa. No PPA são sempre representados pela realização das metas físicas de ações, que resultam em produtos específicos, por exemplo, “nº. de caixas térmicas”, “nº. de litros de leite distribuídos”, “nº. de cursos realizados”.

(4) Resultados: estão relacionados aos objetivos que determinado programa visa a cumprir. Também são denominados indicadores de impacto e se relacionam à efetividade do programa. Considerado um indicador de Programa por Excelência.

Exemplos: índice de morbi-mortalidade infantil; índice de desnutrição infantil; SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO: Taxa de frequência e Taxa de gravidade de acidentes no trabalho.

(5) Impactos: Efeitos acumulados, de longo prazo, usualmente referidos à população geral. Raramente são atribuídos a um único programa ou intervenção. Como cada programa pode contribuir de maneira específica, mensurar impacto também significa mensurar cada contribuição. Ex.: Redução da taxa de mortalidade materna; redução da taxa de mortalidade infantil; diminuição da taxa de

- INDA

Página (URL) do órgão onde está publicado o conjunto de dados

Nome e sigla do órgão ou entidade responsável pela publicação do conjunto de dados

O Vocabulário Controlado de Governo Eletrônico é uma lista hierarquizada de assuntos do governo que utiliza termos comuns e é voltada para a sociedade. Para navegar e escolher as categorias acesse o VCGE em <http://vocab.e.gov.br/2011/03/vcge>

Um conjunto de dados pode ser composto por mais de um arquivo de dados. O critério básico para separar vários recursos em mais de um conjunto de dados é a constatação de que eles divergem em vários metadados

URL persistente que aponta para o recurso na Web

Nome do recurso

Formato do recurso. Ex.: XML, JSON, CSV, etc

Breve detalhamento sobre o conteúdo do recurso

Data ou período à que se refere os dados. Ex: 03/ 2012

Secretaria de Estado de Saúde do Dist
Subsecretaria de Planejamento em Saú
FICHA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADO

Campo	
Código	
Título	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF na SES/DF
Descrição	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF na SES/DF no corrente ano.
Conceituação	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 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 regulação 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.
Interpretação	Mede o número de procedimentos ambulatoriais da rede própria, conveniada e contratada da SES-DF que são regulados pelo CRDF nos panoramas I, II e III a partir de protocolos institucionalizados e em uso pela Central de Regulação Ambulatorial (CERA).

Usos	Possibilita o acompanhamento do fluxo de encaminhamento aos serviços ambulatoriais qualificados da SES/DF.
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 ambulatorios das regiões sem que seja comunicado a SAIS/CATES e SAIS/COASIS
Fonte	Protocolos entregues pelas coordenações de especialidades acompanhados pela Comissão de Protocolos da SES/DF para a CERA e SISREG III
Fórmula de cálculo	Número de procedimentos ambulatoriais autorizados / capacidade informada pela SAIS/CATES do total de procedimentos ambulatoriais da rede SES-DF X 100.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de procedimentos ambulatoriais da rede própria, contratada e conveniada da SES-DF com execução autorizada pelo CRDF; Denominador: Número total de procedimentos ambulatoriais constantes em relatório mensal da SAIS/CATES constando a capacidade instalada de procedimentos ambulatoriais Multiplicador= 100.
Periodicidade de atualização	Quadrimestral
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Porcentagem
Parâmetro	24 protocolos clínicos padronizado e regulados
Fonte do parâmetro	Exercício 2018
Polaridade	Maior- Melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Extratificação	Distrital/Regiões de Saúde
Crêterios de análise	Protocolos clínicos implementados na rede SES/DF para regulação de consultas/exames.
Indicador relacionado/referências	

Observações/Comentários	
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES e SES/SAIS/COASIS
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES e SES/SAIS/COASIS
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/DIRAAH/CERA
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/DIRAAH
PREENCHIMENTO PELA SUPLENTE	
Instrumentos de Planejamento correlacionados	☒ PPA ☒ PDS ☒ PAS ☐ Acordo de Resultados do Governador ☐ Pactuação Interfederativa ☐ AGR ☐ ODS
Classificação segundo Ministério da Saúde (Pactuação Interfederativa)	Complementar

Classificação do Indicador "6 S" Fonte:
Guia Referencial para Medição de
Desempenho na Administração Pública,
Ministério do Planejamento,2010.

Execução

Classificação (segundo o modelo lógico e/ou componente estrutural).

Fonte: TCU - O uso de indicadores na avaliação do Programa de Inclusão Digital do Governo Federal.

Processo

METADADOS INFRAESTRUTURA NACIONAL DE D

Catálogo origem	
Órgão responsável	
Categorias no VCGE	
Recursos	
Identificador	
Título	
Formato	
Descrição	
Cobertura temporal	

**rito Federal
de - SUPLANS**

NOTAS E INFORMAÇÕES

<i>Descrição</i>
Trata-se de uma identificação única para o indicador em questão servindo para fins de rastreabilidade e de referência do indicador pelos sistemas que o consulta. Pode-se adotar um padrão para esse campo.
Título do indicador que é utilizado em gráficos e painéis expressando de forma resumida seu significado.
Informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo.
Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.

Principais finalidades de utilização dos dados a serem consideradas na análise do indicador.
Fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto as fontes utilizadas.
Arquivos, bases de dados ou sistemas informatizados ou instituições/ unidades responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador.
Descritivo da forma que se calcula o indicador
Frequência de atualização do resultado do indicador segundo sua granularidade
Frequência de monitoramento do resultado do indicador
Frequência de apuração do resultado do indicador na qual o resultado é considerado concluído para avaliação final
A unidade de medida utilizada para a apresentação do indicador.
Valor de referência nacional ou internacional para o indicador
Fonte do parâmetro (se especificado)
Indica o sentido do indicador. Ex.: quanto maior melhor, quanto menor, melhor
Indica se a visibilidade do indicador é pública ou privada (nessa última a visualização do resultado do indicador é restrita aos gestores credenciados).
o resultado do Indicador demonstra o somatório de ocorrências ao longo do período de tempo de sua atualização.
Recorte espacial/territorial de referência do indicador (Distrital, Região de Saúde, por RA, por CNES)
Referem-se às possíveis desagregações que os dados têm nas suas bases(ex.: faixa etária, sexo, raça/cor).
Relações com outros indicadores

Informação adicional sobre o indicador
Responsável técnico pelo indicador na ADMC
Responsável pelo monitoramento do indicador na ADMC
Responsável técnico pelo indicador na Região
Responsável pelo monitoramento do indicador na Região
INS
Selecionar em quais instrumentos de planejamento este indicador esta sendo monitorado.
(1) Indicadores Universais: Expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente. Ex.: Cobertura vacinal (2) Indicadores Específicos: Expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território. (3) Indicadores Complementares: São referências para pactuação de metas não obrigatórias para as regiões, tendo em vista as prioridades de cada ente federativo, expressas nos seus planos de saúde. Cada ente federativo poderá, por meio do consenso tripartite na região, complementar a lista desses indicadores de acordo com as necessidades da região de saúde.

(1) Efetividade são os impactos gerados pelos produtos/serviços, processos ou projetos. A efetividade está vinculada ao grau de satisfação ou ainda ao valor agregado, a transformação produzida no contexto em geral. Esta classe de indicadores, mais difícil de ser mensurada (dada a natureza dos dados e o caráter temporal), está relacionada com a missão da instituição. Por exemplo, se uma campanha de vacinação realmente imunizar e diminuiu a incidência de determinada doença entre as crianças, a campanha foi efetiva. Indicadores de efetividade podem ser encontrados na dimensão estratégica do Plano Plurianual (PPA);

(2) Eficácia é a quantidade e qualidade de produtos e serviços entregues ao usuário (beneficiário direto dos produtos e serviços da organização). Por exemplo, se, na mesma campanha citada, a meta de vacinação é imunizar 100.000 crianças e este número foi alcançado ou superado, a campanha foi eficaz. Indicadores de eficácia podem ser definidos a partir da Carta de Serviços do órgão;

(3) Eficiência é a relação entre os produtos/serviços gerados (outputs) com os insumos utilizados, relacionando o que foi entregue e o que foi consumido de recursos, usualmente sob a forma de custos ou produtividade. Por exemplo: uma campanha de vacinação é mais eficiente quanto menor for o custo, ou seja, quanto menor for o custo da campanha, mantendo-se os objetivos propostos. Indicadores de eficiência podem ser encontrados na Carta de Serviços com seus elementos de custos e em informações de sistemas estruturantes do Governo, como o SIAFI;

(4) Execução refere-se à realização dos processos, projetos e planos de ação conforme estabelecidos. Indicadores de execução podem ser encontrados no monitoramento das ações do PPA;

(5) Excelência é a conformidade a critérios e padrões de qualidade/excelência para a realização dos processos, atividades e projetos na busca da melhor execução e economicidade; sendo um elemento transversal. Indicadores e padrões de excelência podem

(1) Insumos: recursos materiais, financeiros e humanos. Úteis para dimensionar os recursos necessários para a produção, mas não são capazes de indicar o cumprimento de objetivos finais. No PPA são usados para monitorar as ações de empenho, liquidação e pagamento de recursos.

(2)

Processos: quantificam o desempenho de atividades relacionadas à forma de produção de bens e serviços, tais como: procedimentos de aquisições (dias de prazo para contratação de bens ou serviços) ou realização de atividades (prazo médio para concessão de licenças ambientais).

(3) Produtos: demonstra

quantitativamente os bens e serviços produzidos por um programa. No PPA são sempre representados pela realização das metas físicas de ações, que resultam em produtos específicos, por exemplo, “nº. de caixas térmicas”, “nº. de litros de leite distribuídos”, “nº. de cursos realizados”.

(4) Resultados: estão relacionados aos objetivos que determinado programa visa a cumprir. Também são denominados indicadores de impacto e se relacionam à efetividade do programa. Considerado um indicador de Programa por Excelência.

Exemplos: índice de morbi-mortalidade infantil; índice de desnutrição infantil; SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO: Taxa de frequência e Taxa de gravidade de acidentes no trabalho.

(5) Impactos: Efeitos acumulados, de longo prazo, usualmente referidos à população geral. Raramente são atribuídos a um único programa ou intervenção. Como cada programa pode contribuir de maneira específica, mensurar impacto também significa mensurar cada contribuição. Ex.: Redução da taxa de mortalidade materna; redução da taxa de mortalidade infantil; diminuição da taxa de

ADOS ABERTOS - INDA

Página (URL) do órgão onde está publicado o conjunto de dados

Nome e sigla do órgão ou entidade responsável pela publicação do conjunto de dados

O Vocabulário Controlado de Governo Eletrônico é uma lista hierarquizada de assuntos do governo que utiliza termos comuns e é voltada para a sociedade. Para navegar e escolher as categorias acesse o VCGE em <http://vocab.e.gov.br/2011/03/vcge>

Um conjunto de dados pode ser composto por mais de um arquivo de dados. O critério básico para separar vários recursos em mais de um conjunto de dados é a constatação de que eles divergem em vários metadados

URL persistente que aponta para o recurso na Web

Nome do recurso

Formato do recurso. Ex.: XML, JSON, CSV, etc

Breve detalhamento sobre o conteúdo do recurso

Data ou período à que se refere os dados. Ex: 03/ 2012

<i>Campo</i>
Código
Título
Descrição
Conceituação
Interpretação
Usos
Limitações
Fonte
Fórmula de cálculo
Metodologia de Cálculo
Periodicidade de atualização

Periodicidade de monitoramento
Periodicidade de apuração
Unidade de medida
Parâmetro
Fonte do parâmetro
Polaridade
Visibilidade
Indicador acumulativo
Extratificação
Critérios de análise
Indicador relacionado/referências
Observações/Comentários
Área Responsável Técnica na ADMC
Área Responsável Gerencial na ADMC
Área Responsável Técnica na URD
Área Responsável Gerencial na URD
Instrumentos de Planejamento correlacionados

Classificação segundo Ministério da Saúde (Pactuação Interfederativa)

Classificação do Indicador "6 S" Fonte: Guia Referencial para Medição de Desempenho na Administração Pública, Ministério do Planejamento, 2010.

Classificação (segundo o modelo lógico e/ou componente estrutural).

Fonte: TCU - O uso de indicadores na avaliação do Programa de Inclusão Digital do Governo Federal.

Catálogo origem

Órgão responsável

Categorias no VCGE

Recursos

Identificador

Título

Formato

Descrição

Cobertura temporal

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPL
FICHA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES E INI

CRDF - 09
Percentual de cirurgias eletivas da SES/DF ofertada ao CRDF.
Percentual de cirurgias eletivas da SES/DF ofertada ao CRDF no ano corrente.
Número de cirurgias eletivas ofertadas para o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF), o qual autoriza execução baseado na ordenação de filas obedecendo critérios pré estabelecidos pelo CRDF, proporcionando acessibilidade do paciente ao procedimento cirúrgico na rede própria, contratada e conveniada da SES/DF. Cirurgia eletiva é o procedimento cirúrgico terapêutico, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência.
Estima a porcentagem de implementação do processo de regulação de cirurgias eletivas nos centros cirúrgicos da rede SES DF. Verifica o proporção de cirurgias eletivas autorizadas pelo CRDF
Fortalecer e ampliar o acesso oportuno, referenciado, integral e equânime, por meio da regulação assistencial, com base nas necessidades do usuário. Transparência da oferta de salas cirúrgicas reguladas e maior otimização dos recursos da rede e menor tempo de espera para o paciente.
O cancelamento de cirurgias eletivas devido a necessidade de uso do centro cirúrgico para cirurgias de urgência.
Sistema Nacional de Regulação -SISREG III e relatórios de faturamento referente às cirurgias eletivas conforme dados da SUPLANS/CCSGI/DICS
Número de cirurgias eletivas autorizadas pelo CRDF / Número total de cirurgias constantes em relatório relatórios de faturamento referente às cirurgias eletivas conforme dados da SUPLANS/CCSGI/DICS x 100.
Numerador: Número de cirurgias autorizadas pelo CRDF na rede própria, contratada e conveniada da SES-DF Denominador: Número total de cirurgias constantes em relatório da relatórios de faturamento referente às cirurgias eletivas conforme dados da SUPLANS/CCSGI/DICS da SES-DF Multiplicador = 100
Mensal

Quadrimestral
Anual
Percentual
Não se aplica
Não se aplica
Maior melhor
Pública
Não
Distrital/Região de saúde.
Por especialidade
Não se aplica
O projeto foi iniciado no segundo semestre de 2017 e será implantado para toda a rede SES de forma gradual e avaliando sua potencialidade e disponibilidade de recursos cirúrgicos e humanos com objetivo de alcançar a meta de 100%.
SUPLANS/CCSGI/DICS
SUPLANS/CCSGI/DICS
SES/CRDF/DIRA AH/CERCE
SES/CRDF/DIRA AH
PREENCHIMENTO PELA SUPLANS
☐ PPA ☒ PDS ☒ PAS ☐ Acordo de Resultados do Governador ☐ Pactuação Interfederativa ☒ AGR ☐ ODS

Complementar

Execução

Processo

METADADOS INFRAESTRUTURA NACIONAL DE DADOS AB

ral

ANS

FORMAÇÕES

<i>Descrição</i>
Trata-se de uma identificação única para o indicador em questão servindo para fins de rastreabilidade e de referência do indicador pelos sistemas que o consulta. Pode-se adotar um padrão para esse campo.
Título do indicador que é utilizado em gráficos e painéis expressando de forma resumida seu significado.
Informação expressando as intenções de dimensionamento (determinado espaço geográfico, no período considerado) do indicador
Informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo.
Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
Principais finalidades de utilização dos dados a serem consideradas na análise do indicador.
Fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto as fontes utilizadas.
Arquivos, bases de dados ou sistemas informatizados ou instituições/ unidades responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador.
Fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem
Descritivo da forma que se calcula o indicador
Frequência de atualização do resultado do indicador segundo sua granularidade

Frequência de monitoramento do resultado do indicador
Frequência de apuração do resultado do indicador na qual o resultado é considerado concluído para avaliação final
A unidade de medida utilizada para a apresentação do indicador.
Valor de referência nacional ou internacional para o indicador
Fonte do parâmetro (se especificado)
Indica o sentido do indicador. Ex.: quanto maior melhor, quanto menor, melhor
Indica se a visibilidade do indicador é pública ou privada (nessa última a visualização do resultado do indicador é restrita aos gestores credenciados).
o resultado do Indicador demonstra o somatório de ocorrências ao longo do período de tempo de sua atualização.
Recorte espacial/territorial de referência do indicador (Distrital, Região de Saúde, por RA, por CNES)
Referem-se às possíveis desagregações que os dados têm nas suas bases(ex.: faixa etária, sexo, raça/cor).
Relações com outros indicadores
Informação adicional sobre o indicador
Responsável técnico pelo indicador na ADMC
Responsável pelo monitoramento do indicador na ADMC
Responsável técnico pelo indicador na Região
Responsável pelo monitoramento do indicador na Região
Selecionar em quais instrumentos de planejamento este indicador esta sendo monitorado.

(1) Indicadores Universais: Expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente.

Ex.: Cobertura vacinal

(2) Indicadores Específicos: Expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território.

(3) Indicadores Complementares: São referências para pactuação de metas não obrigatórias para as regiões, tendo em vista as prioridades de cada ente federativo, expressas nos seus planos de saúde. Cada ente federativo poderá, por meio do consenso tripartite na região, complementar a lista desses indicadores de acordo com as necessidades da região de saúde.

(1) Efetividade são os impactos gerados pelos produtos/serviços, processos ou projetos. A efetividade está vinculada ao grau de satisfação ou ainda ao valor agregado, a transformação produzida no contexto em geral. Esta classe de indicadores, mais difícil de ser mensurada (dada a natureza dos dados e o caráter temporal), está relacionada com a missão da instituição. Por exemplo, se uma campanha de vacinação realmente imunizar e diminuiu a incidência de determinada doença entre as crianças, a campanha foi efetiva. Indicadores de efetividade podem ser encontrados na dimensão estratégica do Plano Plurianual (PPA);

(2) Eficácia é a quantidade e qualidade de produtos e serviços entregues ao usuário (beneficiário direto dos produtos e serviços da organização). Por exemplo, se, na mesma campanha citada, a meta de vacinação é imunizar 100.000 crianças e este número foi alcançado ou superado, a campanha foi eficaz. Indicadores de eficácia podem ser definidos a partir da Carta de Serviços do órgão;

(3) Eficiência é a relação entre os produtos/serviços gerados (outputs) com os insumos utilizados, relacionando o que foi entregue e o que foi consumido de recursos, usualmente sob a forma de custos ou produtividade. Por exemplo: uma campanha de vacinação é mais eficiente quanto menor for o custo, ou seja, quanto menor for o custo da campanha, mantendo-se os objetivos propostos. Indicadores de eficiência podem ser encontrados na Carta de Serviços com seus elementos de custos e em informações de sistemas estruturantes do Governo, como o SIAFI;

(4) Execução refere-se à realização dos processos, projetos e planos de ação conforme estabelecidos. Indicadores de execução podem ser encontrados no monitoramento das ações do PPA;

(5) Excelência é a conformidade a critérios e padrões de qualidade/excelência para a realização dos processos, atividades e projetos na busca da melhor execução e economicidade; sendo um elemento transversal. Indicadores e padrões de excelência podem

(1) Insumos: recursos materiais, financeiros e humanos. Úteis para dimensionar os recursos necessários para a produção, mas não são capazes de indicar o cumprimento de objetivos finais. No PPA são usados para monitorar as ações de empenho, liquidação e pagamento de recursos.

(2)

Processos: quantificam o desempenho de atividades relacionadas à forma de produção de bens e serviços, tais como: procedimentos de aquisições (dias de prazo para contratação de bens ou serviços) ou realização de atividades (prazo médio para concessão de licenças ambientais).

(3) Produtos: demonstra

quantitativamente os bens e serviços produzidos por um programa. No PPA são sempre representados pela realização das metas físicas de ações, que resultam em produtos específicos, por exemplo, “nº. de caixas térmicas”, “nº. de litros de leite distribuídos”, “nº. de cursos realizados”.

(4) Resultados: estão relacionados aos objetivos que determinado programa visa a cumprir. Também são denominados indicadores de impacto e se relacionam à efetividade do programa. Considerado um indicador de Programa por Excelência.

Exemplos: índice de morbi-mortalidade infantil; índice de desnutrição infantil; SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO: Taxa de frequência e Taxa de gravidade de acidentes no trabalho.

(5) Impactos: Efeitos acumulados, de longo prazo, usualmente referidos à população geral. Raramente são atribuídos a um único programa ou intervenção. Como cada programa pode contribuir de maneira específica, mensurar impacto também significa mensurar cada contribuição. Ex.: Redução da taxa de mortalidade materna; redução da taxa de mortalidade infantil; diminuição da taxa de

ERTOS - INDA

Página (URL) do órgão onde está publicado o conjunto de dados

Nome e sigla do órgão ou entidade responsável pela publicação do conjunto de dados

O Vocabulário Controlado de Governo Eletrônico é uma lista hierarquizada de assuntos do governo que utiliza termos comuns e é voltada para a sociedade. Para navegar e escolher as categorias acesse o VCGE em <http://vocab.e.gov.br/2011/03/vcge>

Um conjunto de dados pode ser composto por mais de um arquivo de dados. O critério básico para separar vários recursos em mais de um conjunto de dados é a constatação de que eles divergem em vários metadados

URL persistente que aponta para o recurso na Web

Nome do recurso

Formato do recurso. Ex.: XML, JSON, CSV, etc

Breve detalhamento sobre o conteúdo do recurso

Data ou período à que se refere os dados. Ex: 03/ 2012

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS

<i>Campo</i>	<i>Descrição</i>	<i>Observações DIPLAN</i>
Código	CRDF- 05	
Título	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF	ok
Descrição	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF de ligações que expressam pedidos de socorro no SAMU DF no ano corrente.	ok
Conceituação	Tempo dispensado entre a expressão do pedido de socorro e a chegada da equipe USB (Unidade de Suporte Básico) e USA (Unidade de Suporte Avançado) para o atendimento no local.	ok
Interpretação	Estima a capacidade do serviço em chegar no momento oportuno à vítima que expressa necessidade de atendimento em urgência e emergência, possibilitando conecta-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.	ok

Usos	Possibilita a avaliação da qualidade da assistência prestada pelo SAMU DF, constituindo-se em ferramenta para a organização do serviço, podendo subsidiar o planejamento das ações.	Possibilita a avaliação da disponibilidade de atendimento pelo SAMU em tempo oportuno conforme a necessidade do usuário, constituindo-se em ferramenta para a organização do serviço, podendo subsidiar o planejamento das ações.
Limitações	Inexistência de parâmetros de tempo-resposta adequado impondo ao serviço a definição dessa correspondência a partir do planejamento e avaliação de seus dados demográficos e de suas próprias diretrizes para organização da atenção pré-hospitalar móvel.	ok

Fonte	Sistema Atendimento de Urgências (SAU) /SAMU- DF	ok
Fórmula de cálculo	Hora de chegada da equipe - hora de recepção de chamada/número de atendimentos	ok
Metodologia de Cálculo	Númerador: Σ (hora de chegada da equipe - hora de recepção de chamada Denominador: número de atendimentos por USB + USA)	ok
Periodicidade de atualização	Mensal	ok
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral	Bimestral
Periodicidade de apuração	Anual	ok
Unidade de medida	Minutos e segundos	
Parâmetro	10 min	ok
Fonte do parâmetro	Resolução CRMPR nº 54/1995	ok
Polaridade	MENOR MELHOR	ok
Visibilidade	Pública	ok
Indicador acumulativo	Sim	não
Estratificação	Distrital/Regiões de saúde/CNES.	ok
Critérios de análise	Poderá ser analisado por estratificação da gravidade e por urgências e emergências cardiológicas (PCR, IAM), neurológicas (AVC), traumáticas.	ok
Indicador relacionado/referências	Número de óbitos no atendimento pré-hospitalar	ok
Observações/Comentários	Quanto maior a gravidade da ocorrência, menor deverá ser o tempo resposta, a fim de prevenir os óbitos evitáveis na rua ou no domicílio. Os chamados de maior morbi-mortalidade devem ser priorizados, como situações de urgências e emergências cardiológicas, neurológicas e traumáticas.	ok
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE	ok
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC	ok
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/SAMU/CERU.	ok
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/SAMU	ok

PREENCHIMENTO PELA SUPLANS		
Instrumentos de Planejamento correlacionados	☒) PPA ☒) PDS ☐) PAS ☐) Acordo de Resultados do Governador ☐) Pactuação Interfederativa ☐) AGR ☐) ODS	
Classificação segundo Ministério da Saúde (Pactuação Interfederativa)	Universal	

Classificação do Indicador "6 S" Fonte: Guia Referencial para Medição de Desempenho na Administração Pública, Ministério do Planejamento,2010.

Eficiência

Classificação (segundo o modelo lógico e/ou componente estrutural). Fonte: TCU - O uso de indicadores na avaliação do Programa de Inclusão Digital do Governo Federal.	Processos	
METADADOS INFRAESTRUTURA NACIONAL DE DADOS ABERTOS - INDA		
Catálogo origem		
Órgão responsável		
Categorias no VCGE		
Recursos		

Identificador		
Título		
Formato		
Descrição		
Cobertura temporal		

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS
FICHA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES E INFORMAÇÕES

<i>Campo</i>	<i>Descrição</i>	<i>Observações DIPLAN</i>
Código	CRDF -06	ok
Título	Diminuir a indisponibilidade de recursos de APH	ALTERADO
Descrição	Percentual de intervenções necessárias do SAMU DF sem meio (transporte) disponível no ano corrente.	ok
Conceituação	Número de ligações onde o regulador identifica a necessidade de encaminhar recurso para atendimento e não há meios de transporte disponível no momento.	ok
Interpretação	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 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 de transporte para enviar no momento da solicitação; e sem dados para decidir(não há informações suficientes que possam subsidiar a avaliação).	ok

Usos	Permite analisar a demanda reprimida e monitorar a capacidade resolutiva 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.	ok
Limitações	Pode sofrer interferências por variações do serviço como: tempo resposta.	...nos casos em que houver necessidade de deslocamento da viatura entre regiões para cobertura da ocorrência.

Fonte	Sistema Atendimento de Urgências (SAU) /SAMU- DF	ok
Fórmula de cálculo	Números de ligações reguladas classificadas como necessárias e sem meio de transporte/ Número total de ligações reguladas x100.	ok
Metodologia de Cálculo	Númerador: Números de ligações reguladas classificadas como necessárias e sem meio transporte Denominador: Número total de ligações reguladas e classificadas como necessárias Multiplicador = 100.	ok
Periodicidade de atualização	Mensal	ok
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral	Bimestral
Periodicidade de apuração	Anual	ok
Unidade de medida	Percentual	ok
Parâmetro	7%	nacional? Não se aplica
Fonte do parâmetro	Exercício anterior (2017)	nacional? Não se aplica
Polaridade	Menor - melhor	ok
Visibilidade	Pública	ok
Indicador acumulativo	Sim	Não
Extratificação	Distrital/Regiões de saúde/CNES	ok
Critérios de análise	Não se aplica	ok
Indicador relacionado/referências	Tempo resposta ao chamado SAMU DF.	ok

Observações/Comentários	Para se reduzir as intervenções necessárias e sem meio de transporte é necessário o redimensionamento da frota e das equipes, de forma a atender a demanda da população.	ok
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE	ok
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC	ok
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/SAMU/CERU.	ok
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/SAMU	ok

PREENCHIMENTO PELA SUPLANS		
Instrumentos de Planejamento correlacionados	() PPA (X) PDS () PAS () Acordo de Resultados do Governador () Pactuação Interfederativa () AGR () ODS	
Classificação segundo Ministério da Saúde (Pactuação Interfederativa)	Complementar	

Classificação do Indicador "6 S" Fonte: Guia Referencial para Medição de Desempenho na Administração Pública, Ministério do Planejamento,2010.

Eficiência

Classificação (segundo o modelo lógico e/ou componente estrutural). Fonte: TCU - O uso de indicadores na avaliação do Programa de Inclusão Digital do Governo Federal.	Produtos	
METADADOS INFRAESTRUTURA NACIONAL DE DADOS ABERTOS - INDA		
Catálogo origem		

Órgão responsável		
Categorias no VCGE		

Recursos

Identificador

Título

N
o
m
e
d
o
r
e
c
u
r
s
o

Formato

Descrição		
-----------	--	--

Cobertura temporal

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS
FICHA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES E INFORMAÇÕES

<i>Campo</i>	<i>Descrição</i>	<i>Observações da DIPLAN</i>
Código	CRDF - 04	ok
Título	Número de transplantes de tecidos, por milhão de população	ok
Descrição	Número de transplantes de tecidos (córnea, medula) que foram captados no DF ou em outros Estados e transplantados no DF por equipes autorizadas.	ok
Conceituação	Os órgãos são transplantados para um receptor obrigatoriamente no DF após serem captados de doadores residentes ou não no DF.	os tecidos
Interpretação	Mede o número de tecidos transplantados (córnea, medula) por milhão de população e a efetividade da notificação de óbitos e da abordagem familiar. Expressa a qualificação das equipes transplantadoras.	ok

Usos	Avaliar o desempenho nos processos de notificação, entrevista familiar e triagem clínica. Sinalizar a necessidade de treinamento da equipe, investimentos em infraestrutura de transporte e adoção de práticas padronizadas para preservação e armazenamento dos tecidos.	ok
Limitações	Não mede o potencial de aproveitamento de tecidos por doador ou o número de tecidos captados por doador.	ok

Fonte	Planilha EXCEL do BOT/CNC DOT	ok
Fórmula de cálculo	número de transplantes de tecidos no DF/ população do DF x 1.000.000	ok
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de transplantes de tecidos no DF Denominador: população do DF (estimativa atualizada IBGE) Multiplicador: milhão	População estimada pela DIVEP
Periodicidade de atualização	Semanal	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Mensal	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual	ok
Unidade de medida	por milhão	ok
Parâmetro		preencher o campo
Fonte do parâmetro		preencher o campo
Polaridade	Maior melhor	ok
Visibilidade	Pública	ok
Indicador acumulativo	Sim	ok
Extratificação	Distrital	ok
Critérios de análise	faixa etária, causa da morte, sexo, triagem clínica	ok
Indicador relacionado/referências	número de óbitos	ok
Observações/Comentários	É um indicador que retrata predominantemente o transplante de córnea	ok
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES	ok
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES	ok
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/CET/BOT e SES/CRDF/CET/NRIH	ok
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/CET	ok

PREENCHIMENTO PELA SUPLANS		
Instrumentos de Planejamento correlacionados	☐ PPA ☒ PDS ☐ PAS ☐ Acordo de Resultados do Governador ☐ Pactuação Interfederativa ☐ AGR ☐ ODS	
Classificação segundo Ministério da Saúde (Pactuação Interfederativa)	Universal	

Classificação do Indicador "6 S" Fonte: Guia Referencial para Medição de Desempenho na Administração Pública, Ministério do Planejamento,2010.

Eficácia

Classificação (segundo o modelo lógico e/ou componente estrutural). Fonte: TCU - O uso de indicadores na avaliação do Programa de Inclusão Digital do Governo Federal.	Produto	
METADADOS INFRAESTRUTURA NACIONAL DE DADOS ABERTOS - INDA		
Catálogo origem		
Órgão responsável		
Categorias no VCGE		
Recursos		
Identificador		
Título		
Formato		
Descrição		
Cobertura temporal		

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS
FICHA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES E INFORMAÇÕES

<i>Campo</i>	<i>Descrição</i>	<i>Observações DIPLAN</i>
Código	CRDF - 03	
Título	Número de transplantes de órgãos, por milhão de população	ok
Descrição	Número de transplantes de órgãos (rim, fígado, coração) que foram captados no DF ou em outros Estados e transplantados no DF por equipes autorizadas.	ok
Conceituação	Os órgãos são transplantados para um receptor cadastrado no DF após serem captados de doadores efetivos residentes ou não no DF.	ok
Interpretação	Mede o número de transplantes de órgãos (rim, fígado, coração) por milhão de população e a efetividade do processo de doação nas etapas que envolvem: o diagnóstico de morte encefálica, a notificação da morte encefálica, a manutenção e suporte ao doador, entrevista familiar, distribuição dos órgãos, logística de captação e transplantação. Expressa a qualificação das equipes transplantadoras.	ok

Usos	Avaliar o desempenho nos processos de: diagnóstico de morte encefálica, notificação e manutenção hemodinâmica para melhor viabilização dos órgãos para transplante no Distrito Federal. Revelar pontos de ineficiência na logística de distribuição dos órgãos e sinalizar a necessidade de treinamento da equipe, investimentos em infraestrutura de transporte e adoção de práticas padronizadas para armazenamento dos órgãos.	ok
Limitações	Não mede o potencial de aproveitamento de órgãos por doador ou o número de órgãos captados por doador.	ok

Fonte	Planilha EXCEL do NDOT/CNC DOT	ok
Fórmula de cálculo	número de transplantes de órgãos no DF/ população do DF x 1.000.000	ok
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: número de transplantes de órgãos no DF DENOMINADOR: população do DF (estimativa atualizada IBGE) MULTIPLICADOR: milhão	População estimada pela DIVEP
Periodicidade de atualização	semanal	mensal
Periodicidade de monitoramento	mensal	quadrimestral
Periodicidade de apuração	anual	ok
Unidade de medida	por milhão	ok
Parâmetro		preencher o campo
Fonte do parâmetro		preencher o campo
Polaridade	maior melhor	ok
Visibilidade	Pública	ok
Indicador acumulativo	Sim	ok
Extratificação	Distrital	ok
CrITÉrios de análise	transplantes de rim, de fígado e de coração	ok
Indicador relacionado/referências	número de transplante: de rim, de fígado e de coração	ok

Observações/Comentários	É um indicador que retrata a etapa final do processo de doação e transplante, sendo uma consequência direta das etapas anteriores: determinação de morte encefálica e sua notificação, entrevista familiar, avaliação e manutenção, remoção e distribuição dos órgãos.	ok
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES	ok
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES	ok
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/CET/NDOT e SES/CRDF/CET/NRIH	ok
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/CET	ok

PREENCHIMENTO PELA SUPLANS		
Instrumentos de Planejamento correlacionados	☐ PPA ☒ PDS ☐ PAS ☐ Acordo de Resultados do Governador ☐ Pactuação Interfederativa ☐ AGR ☐ ODS	
Classificação segundo Ministério da Saúde (Pactuação Interfederativa)	Universal	

Classificação do Indicador "6 S" Fonte: Guia Referencial para Medição de Desempenho na Administração Pública, Ministério do Planejamento,2010.

Eficácia

Classificação (segundo o modelo lógico e/ou componente estrutural). Fonte: TCU - O uso de indicadores na avaliação do Programa de Inclusão Digital do Governo Federal.	Produto	
METADADOS INFRAESTRUTURA NACIONAL DE DADOS ABERTOS - INDA		
Catálogo origem		
Órgão responsável		
Categorias no VCGE		
Recursos		
Identificador		

Título		
Formato		
Descrição		
Cobertura temporal		

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS
FICHA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES E INFORMAÇÕES

<i>Campo</i>	<i>Descrição</i>	<i>Observações DIPLAN</i>
Código	CRDF - 02	ok
Título	Número de notificações de potencial doador por milhão de população.	ok
Descrição	Número de notificações de indivíduos em morte encefálica diagnosticada pelo primeiro exame clínico no DF no ano corrente.	ok
Conceituação	Comunicação, realizada pela equipe assistencial, da presença de critérios de morte encefálica observados no primeiro exame clínico do indivíduo assistido conforme protocolo. A nomenclatura recomendada pela OMS e TTS é a seguinte: - Possível doador: paciente que apresenta lesão encefálica grave e necessita de ventilação mecânica (D). - Potencial doador: quando a condição clínica é suspeita de preencher os critérios de morte encefálica, ou seja, um paciente é considerado potencial doador a partir do momento que se inicia (abre) o protocolo de morte encefálica. - Elegível para a doação: quando se confirma o diagnóstico de morte encefálica e não há contra indicação, conhecida previamente, para doação. - Doador efetivo: quando inicia a operação para remoção dos órgãos. - Doador com órgãos transplantados: quando pelo menos um dos órgãos removidos é transplantado. Recomendação: Pacientes com lesão neurológica grave ou morte encefálica devem ser classificados de acordo com a nomenclatura definida pela OMS (D). Recomendação Fraca	ok
Interpretação	Mede o número de notificações de morte encefálica por milhão de população e expressa o reconhecimento do diagnóstico de morte encefálica e o interesse da sua notificação e/ou conhecimento da sua obrigatoriedade determinada por lei.	ok

Usos	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações direcionadas à promoção da comunicação e viabilização dos potenciais doadores de órgãos. Auxiliar na localização de ineficiências e indicar a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos nesta etapa do processo de doação.	ok
Limitações	Não identifica o número de potenciais doadores perdidos por demora na notificação do primeiro exame clínico compatível com morte encefálica de acordo com o protocolo ou sua subnotificação.	ok

Fonte	Planilha EXCEL da NOPO/CNC DOT	ok
Fórmula de cálculo	número de notificações no DF/ população do DF x 1.000.000	ok
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: número de notificações de potencial doador em morte encefálica ocorrida no DF DENOMINADOR: população do DF (estimativa atualizada IBGE) MULTIPLICADOR: milhão	População estimada da DIVEP
Periodicidade de atualização	semanal	Mensal
Periodicidade de monitoramento	mensal	quadrimestral
Periodicidade de apuração	anual	ok
Unidade de medida	por milhão	ok
Parâmetro	Nacional: 70 notificações por milhão de população	ok
Fonte do parâmetro	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - ABTO	ok
Polaridade	maior melhor	ok
Visibilidade	Pública	ok
Indicador acumulativo	Sim	ok
Extratificação	Distrital, CNES	ok
Critérios de análise	Faixa etária, turno (manhã, tarde, noite)	Não está claro o critério de turno.
Indicador relacionado/referências	mortalidade por causa definida (óbito por AVC, por TCE), número de óbitos, número de transplantes de órgãos por milhão de população.	ok
Observações/Comentários	O processo de doação de órgãos inicia com o diagnóstico de morte encefálica, seguido de sua notificação. Notificações não documentadas representam perda de potenciais doadores	ok
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES	ok
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES	ok
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/CET/NOPO e SES/CRDF/CET/NRIH	ok
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/CET	ok

PREENCHIMENTO PELA SUPLANS		
Instrumentos de Planejamento correlacionados	() PPA (X) PDS () PAS () Acordo de Resultados do Governador () Pactuação Interfederativa () AGR () ODS	
Classificação segundo Ministério da Saúde (Pactuação Interfederativa)	Universal	

Classificação do Indicador "6 S" Fonte: Guia Referencial para Medição de Desempenho na Administração Pública, Ministério do Planejamento,2010.

Eficácia

Classificação (segundo o modelo lógico e/ou componente estrutural). Fonte: TCU - O uso de indicadores na avaliação do Programa de Inclusão Digital do Governo Federal.	Produto	
METADADOS INFRAESTRUTURA NACIONAL DE DADOS ABERTOS - INDA		
Catálogo origem		
Órgão responsável		
Categorias no VCGE		
Recursos		
Identificador		
Título		
Formato		

Descrição		
Cobertura temporal		

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS
FICHA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES E INFORMAÇÕES

<i>Campo</i>	<i>Descrição</i>	<i>Observações DIPLAN</i>
Código	CRDF - 01	
Título	Número de doadores efetivos, por milhão de população	ok
Descrição	Número de doadores efetivos, com morte encefálica no DF, em que foi realizada cirurgia para fins de retirada de órgãos, por milhão de população, no ano corrente.	ok
Conceituação	Doador efetivo ou real de órgãos é o indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada do órgão, tendo por finalidade o transplante.	ok
Interpretação	Mede o número de doadores efetivos de órgãos por milhão de população e a efetividade do processo de doação nas etapas que envolvem: o diagnóstico de morte encefálica, a notificação da morte encefálica, a manutenção hemodinâmica e a entrevista familiar.	ok

Usos	Avaliar o desempenho nos processos de: diagnóstico de morte encefálica, notificação e manutenção hemodinâmica para melhor viabilização dos órgãos para transplante no Distrito Federal. Contribuir para a avaliação da comunicação de más notícias e abordagem familiar. Subsidiar processos de planejamento para capacitações profissionais e avaliação de ações de saúde direcionadas ao processo de doação e transplante.	ok
Limitações	O indicador não qualifica as falhas nas diversas etapas anteriores do processo (falhas nas notificações em tempo hábil ou na falta das mesmas, falta de efetivação por recusa familiar, manutenção do potencial doador mal conduzida etc).	ok

Fonte	Planilha EXCEL do NDOT/CNC DOT	ok
Fórmula de cálculo	número de doadores efetivos de órgãos com morte encefálica ocorrida no DF/ população do DF x 1.000.000	ok
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: número de doadores efetivos de órgãos com morte encefálica ocorrida no DF DENOMINADOR: população do DF (estimativa atualizada IBGE) MULTIPLICADOR: milhão	População estimada pela DIVEP
Periodicidade de atualização	Semanal	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Mensal	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual	ok
Unidade de medida	por milhão	ok
Parâmetro	Nacional: 16,5 doadores efetivos por milhão de população	ok
Fonte do parâmetro	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - ABTO	ok
Polaridade	maior melhor	ok
Visibilidade	Pública	ok
Indicador acumulativo	Sim	ok
Extratificação	Distrital	ok

Crítérios de análise	Sexo, faixa etária, motivo da morte (TCE, AVC, tumor cerebral, anóxia cerebral, outros), grupo sanguíneo, peso, altura.	ok
Indicador relacionado/referênci	mortalidade por causa definida (óbito por AVC, por TCE), número de notificações, número de transplantes de órgãos, número de óbitos	ok
Observações/Comentários	O processo de doação de órgãos inicia com o diagnóstico de morte encefálica, seguido de notificação da morte encefálica, validação médica do potencial doador para doador elegível e entrevista dos familiares para obtenção de autorização para captação dos órgãos. A retirada de órgãos o torna doador efetivo.	ok
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES	ok
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES	ok
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/CET/NOPO e SES/CRDF/CET/NRIH	ok
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/CET	ok

PREENCHIMENTO PELA SUPLANS		
Instrumentos de Planejamento correlacionados	☐ PPA ☒ PDS ☐ PAS ☐ Acordo de Resultados do Governador ☐ Pactuação Interfederativa ☐ AGR ☐ ODS	
Classificação segundo Ministério da Saúde (Pactuação Interfederativa)	Universal	

Classificação do Indicador "6 S"
Fonte: Guia Referencial para
Medição de Desempenho na
Administração Pública,
Ministério do
Planejamento,2010.

Eficácia

Classificação (segundo o modelo lógico e/ou componente estrutural). Fonte: TCU - O uso de indicadores na avaliação do Programa de Inclusão Digital do Governo Federal.	Produto	
METADADOS INFRAESTRUTURA NACIONAL DE DADOS ABERTOS - INDA		
Catálogo origem		
Órgão responsável		
Categorias no VCGE		

Recursos		
Identificador		
Título		
Formato		
Descrição		
Cobertura temporal		

<i>Campo</i>
Código
Título
Descrição
Conceituação
Interpretação
Usos
Limitações
Fonte
Fórmula de cálculo
Metodologia de Cálculo
Periodicidade de atualização
Periodicidade de monitoramento
Periodicidade de apuração
Unidade de medida
Parâmetro
Fonte do parâmetro
Polaridade
Visibilidade
Indicador acumulativo
Extratificação
Critérios de análise
Indicador relacionado/referências
Observações/Comentários

Área Responsável Técnica na ADMC
Área Responsável Gerencial na ADMC
Área Responsável Técnica na URD
Área Responsável Gerencial na URD

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS
FICHA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES E INFORMAÇÕES

SUGEP03 (GEPE03) - GEPE/ Gestão de Pessoas
Taxa de absenteísmo
Taxa de absenteísmo no CRDF em 2019
Explicita a relação entre a carga horária contratada e a realizada, apontando o percentual de ausências por motivos pré determinados. Para o cálculo são desconsideradas as ausências motivadas por férias, licenças e afastamentos legais, com exceção dos afastamentos médicos e odontológicos devido ao impacto destes na composição do quadro de pessoal. São consideradas as ausências por atestados de comparecimento, atestado médico/odontológico, licenças médicas, falta injustificada e atrasos injustificados. Nº mensal de horas ausentes dos servidores: corresponde à soma das horas que os servidores encontram-se ausentes. Nº de horas contratadas: corresponde à soma das horas contratuais dos servidores.
Absenteísmo é um indicador para sinalizar o percentual de ausência ao trabalho em relação ao efetivo total do empregado, o que resulta em queda da produtividade das instituições e, conseqüentemente, maior custo para a empresa (direto e indireto).
A análise dos dados do indicador possibilita o mapeamento das causas das ausências dos profissionais, orientando o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção de saúde do trabalhador e ampliação da disponibilidade profissional para o desempenho das atividades.
O indicador não corresponde à totalidade das ausências considerando que alguns servidores não registram eletronicamente a frequência. Falta de comunicação entre os diversos setores da SES. Complexidade na consolidação dos dados por ausência de sistema.
Relatórios Gerenciais extraídos do Sistema Forponto e SIGRHWeb
$\frac{\text{Nº Mensal de horas ausentes dos servidores (exceto férias, licença prêmio, abono)}}{\text{N.º mensal de horas contratadas}} \times 100$
Numerador: Nº Mensal de horas ausentes dos servidores (exceto férias. Licença prêmio, abono) Denominador: N.º mensal de horas contratadas Fator de multiplicador: 100
Mensal
Quadrimestral
Anual
Taxa
Não existe LINHA DE BASE por região. Resultado Indicador Absenteísmo ano de 2016: 8,4 Resultado Indicador Absenteísmo ano de 2017: 7,87 Resultado Indicador JAN-ABR de 2018: 8,23 (1561423/18970264,2) *dados retirados pasta SRV-FS\SESPLAN_ADMC
NÃO SE APLICA
Menor melhor
Pública
Não
Diretoria; Gerência; Núcleo
Categorias, Tipo de afastamento.
Não
Para cálculo do numerador são utilizados os seguintes códigos extraídos do FORPONTO: 008 - ATRASO, 014 - ATESTADO 03 DIAS, 016 - ATESTADO DE COMPARECIMENTO COM COMPENSAÇÃO, 100 - ATESTADO DE COMPARECIMENTO, 240 - FALTA INJUSTIFICADA, 341 - LICENÇA MÉDICA, 345 - LICENÇA PARA TRATAMENTO FORA, 348 - LICENÇA DOENÇA PESSOA DA FAMÍLIA.

SES/SUGEP/DIAP
SES/SUGEP/DIAP
SES/CRDF/DA/GP/NGP
SES/CRDF/DA/GP/NGP