



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

# CADERNO DE ORIENTAÇÕES

## Acordo de Gestão Local - AGL

### Atenção Hospitalar **2024**

V.7

NOVEMBRO/2024

# Caro Gestor,

Apresentamos o Caderno de Orientações do Acordo de Gestão Local (AGL) das unidades de saúde da Atenção Hospitalar. Nele você encontrará a matriz de responsabilidade, a matriz de indicadores e metas definidas para o ano vigente, as fichas de cada indicador bem como o procedimento operacional padrão (POP), orientando a extração e coleta dos dados.

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

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

“Art. 5º, § 1º, Após a formalização do AGR, a Região de Saúde deve assinar Acordo de Gestão Local - AGL com cada Unidade de Saúde com vistas à conformação da Rede de Atenção à Saúde do seu território.”

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

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

**Equipe da Gerência de Contratualização Regionalizada**

# Índice

<b>Matriz de Responsabilidade.....</b>	<b>5</b>
<b>Fluxo de Coleta e Registro de Dados.....</b>	<b>8</b>
<b>Descrição do Fluxo de Coleta e Registro dos Dados.....</b>	<b>9</b>
<b>Anexo 1.....</b>	<b>16</b>
<b>Orientações para realizar Análise dos Resultados.....</b>	<b>16</b>
<b>Anexo 2.....</b>	<b>18</b>
<b>Modelo de Notificação.....</b>	<b>18</b>
<b>Matriz de Indicadores e Metas 2024 - AGL Hospitalar.....</b>	<b>20</b>
<b>1. Ficha dos Indicadores e Orientações de Coleta.....</b>	<b>22</b>
<b>Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente.....</b>	<b>24</b>
Indicador 1: Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN.....	24
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta dos dados do indicador: Indicador 01.....	25
Indicador 2: Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN.....	54
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02.....	55
Indicador 3: Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação.....	77
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03.....	78
Indicador 4: Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação... 79	
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04.....	80
Indicador 5: Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura.....	81
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05.....	82
<b>Atenção a Saúde.....</b>	<b>83</b>
Indicador 6: Taxa de absenteísmo de tomografia.....	83
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06.....	84
Indicador 7: Taxa de Ocupação Operacional.....	85
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 07.....	87
Indicador 8: Índice de giro de leitos.....	88
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 08.....	90
Indicador 9: Percentual de partos normais por ocorrência.....	91
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 09.....	92
Indicador 10: Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).....	93
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 10.....	94
Indicador 11: Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE).....	97
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 11.....	98

Indicador 12: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral.....	101
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 12.....	103
Indicador 12.1: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica.....	104
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 12.1.....	106
Indicador 13: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.....	107
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 13.....	108
Indicador 14: Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais.....	110
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 14.....	111
Indicador 15: Percentual de leitos dos hospitais com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.....	116
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 15.....	117
Indicador 16: Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica.....	118
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 16.....	120
<b>Gestão do trabalho e Educação em Saúde.....</b>	<b>121</b>
Indicador 17: Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar.....	121
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 17.....	122
Indicador 18: Número de atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade hospitalar.....	124
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 18.....	125
<b>Gestão.....</b>	<b>126</b>
Indicador 19: Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente.....	126
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 19.....	128
Indicador 20: Percentual de Não Conformidades Resolvidas.....	129
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 20.....	130
Indicador 21: Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar.....	131
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 21.....	132
Versões de Atualização do Caderno de Orientações AGL Atenção Hospitalar.....	134

# Matriz de Responsabilidade

O Acordo de Gestão Local (AGL) foi conceituado no inciso VI, do parágrafo 2º, do Decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016:

VI - Acordo de Gestão Local - AGL: instrumento a ser celebrado entre as Superintendências das Regiões e as Unidades de Saúde do seu território, bem como entre o Diretor Geral da URD e as suas unidades internas.

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

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

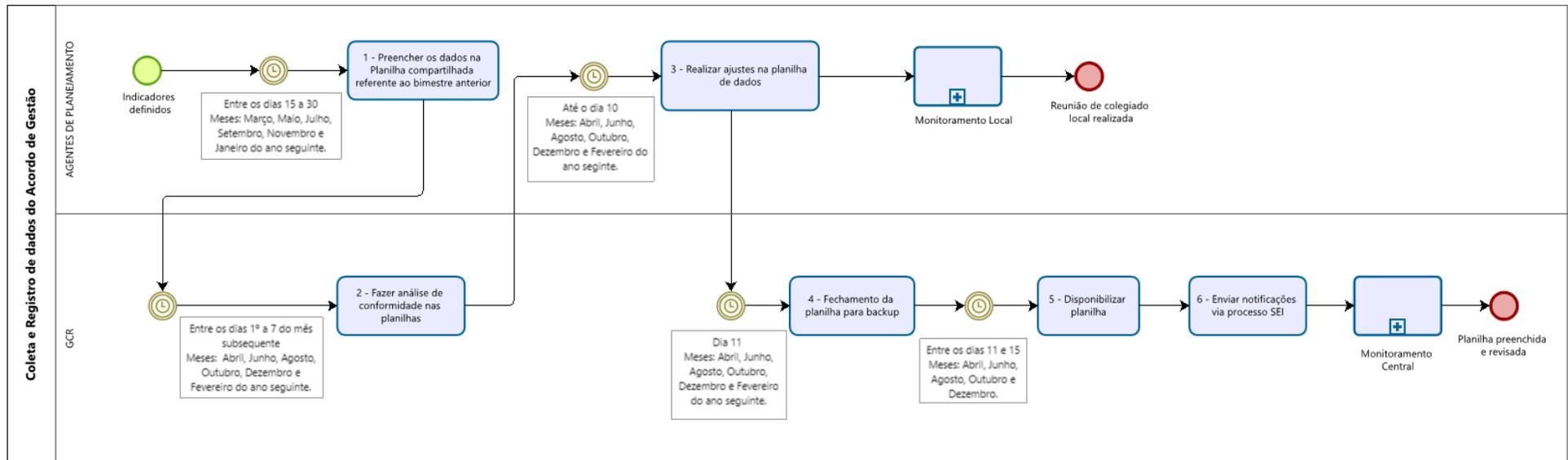
Assim, com o intuito de esclarecer o nível de responsabilidade das partes, apresenta-se a matriz de responsabilidade:

<b>Área Gerência de Contratualização</b>	<p><b>Quanto à implantação:</b></p> <p>Apoiar na realização dos cursos de capacitação para melhor entendimento da unidade por todos envolvidos;</p> <p>Apoiar na realização da oficina para definição dos indicadores;</p> <p>Organizar cerimônia de assinatura;</p> <p>Elaborar minutas dos acordos e disponibilizar para assinatura;</p> <p>Elaborar a matriz de indicadores e metas;</p> <p>Elaborar o caderno de orientações anual.</p> <p><b>Quanto ao monitoramento:</b></p> <p>Monitorar periodicamente a coleta e registro de dados com as Regiões de Saúde;</p> <p>Apoiar, como intermediador, na realização dos colegiados quadrimestrais para apresentação dos resultados pelas Regiões às áreas técnicas;</p> <p>Elaborar os boletins quadrimestrais com os destaques;</p> <p>Disponibilizar planilha para coleta e registro de dados.</p>
--	--

<p style="text-align: center;"><b>Área Técnica do Nível de Atenção</b></p>	<p><b>Quanto à implantação:</b></p> <p>Propor cronograma de atividades, datas de oficinas, entre outros;  Propor a capacitação com os temas apropriados;  Organizar os temas e grupos para a oficina de levantamento dos indicadores a serem pactuados;  Analisar os indicadores levantados pelas áreas durante a oficina, definindo os indicadores e metas que serão pactuados no acordo.</p> <p><b>Quanto ao monitoramento:</b></p> <p>Participar dos colegiados quadrimestrais da apresentação dos resultados pelas regiões, propondo ações e apoiando nas discussões;  Definir os destaques para elaboração do Boletim.</p>
<p style="text-align: center;"><b>GPMA</b></p>	<p><b>Quanto à implantação:</b></p> <p>Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em conjunto com os gestores e servidores das unidades contratualizadas.</p> <p><b>Quanto ao monitoramento:</b></p> <p>Coletar os dados periodicamente e manter a planilha atualizada;  Apoiar as unidades na elaboração dos planos de ação, consolidar e disponibilizar à Gerência de Contratualização.  Apresentar resultados nos colegiados regionais e colegiados quadrimestrais.</p>
<p style="text-align: center;"><b>ASPLAN</b></p>	<p><b>Quanto ao monitoramento:</b></p> <p>Estabelecer fluxo com GPMA para alimentação periódica dos dados;  e apresentação nos colegiados bimestrais e quadrimestrais.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Gestor da Unidade contratualizada</b></p>	<p><b>Quanto à implantação:</b></p> <p>Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em conjunto com a GPMA.</p> <p><b>Quanto ao monitoramento:</b></p> <p>Disponibilizar dados dos indicadores para o GPMA incluir nas ferramentas de monitoramento;  Elaborar planos de ação.</p>

# Fluxo de Coleta e Registro de Dados

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



# Descrição do Fluxo de Coleta e Registro dos Dados

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

**1. Descrição:**

Consiste em preencher o numerador, denominador e análise dos resultados de cada indicador pactuado no AGR da Atenção Hospitalar.

**2. Ator (es) da atividade:**

a) GPMA Hospitalar.

**3. Tarefas:**

a) Entre os dias 15 a 30, nos meses de março, maio, julho, setembro, novembro e janeiro do ano seguinte coletar os dados de cada indicador, referente ao bimestre anterior, conforme orientação no Caderno de Orientações AGL da Atenção Hospitalar do ano vigente;

b) Preencher o numerador, denominador e análise do resultado de todos os indicadores na planilha compartilhada;

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

**4. Documentação/Ferramenta necessária:**

a) Caderno de orientações do AGL da Atenção Hospitalar do ano vigente;

b) Planilha disponibilizada no drive;

c) [Anexo 1](#) – Orientações para realizar análise do resultado.

**5. Documentação/Ação gerada:**

a) Planilha preenchida.

Obs: As responsabilidades pela coleta dos dados em cada unidade subordinada deve ser definida internamente na região de saúde, desde que respeite os prazos definidos no [Fluxo de Coleta e Registro de Dados](#) da GCR.

## Passo 2: Fazer análise de conformidade nas planilhas

### **1. Descrição:**

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

### **2. Ator (es) da atividade:**

- a) GCR;

### **3. Tarefas:**

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

### **4. Documentação/Ferramenta necessária:**

- a) Planilha disponibilizada no drive;
- b) Caderno de orientações do AGL da Atenção Hospitalar do ano vigente.

### **5. Documentação/Ação gerada:**

- a) Comentários incluídos nas planilhas.

### Passo 3: Realizar ajustes na planilha de dados

**1. Descrição:**

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

**2. Ator (es) da atividade:**

- a) GPMA da Atenção Hospitalar.

**3. Tarefas:**

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

**4. Documentação/Ferramenta necessária:**

- a) Planilha disponibilizada no drive;
- b) Caderno de orientações do AGL da Atenção Hospitalar do ano vigente.

**5. Documentação/Ação gerada:**

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

## Passo 4: Realizar Fechamento da planilha para Backup

### **1. Descrição:**

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

### **2. Ator (es) da atividade:**

- a) GCR.

### **3. Tarefas:**

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

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

### **4. Documentação/ ferramenta necessária:**

- a) Planilha disponibilizada no drive.

### **5. Documentação/ação gerada:**

- a) Backup das planilhas realizadas.

## Passo 5: Realizar a Disponibilização da Planilha

**1. Descrição:**

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

**2. Ator (es) da atividade:**

- a) GCR.

**3. Tarefas:**

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

**4. Documentação/Ferramenta necessária:**

- a) Planilha disponibilizada no drive.

**5. Documentação/Ação gerada:**

- a) Disponibilização da planilha no drive.

## Passo 6: Enviar Notificações via Processo SEI

### **1. Descrição:**

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

### **2. Ator (es) da atividade:**

- a) GCR.

### **3. Tarefas:**

- a) Com a planilha compartilhada bloqueada;
- b) Entre os dias 11 e 15, nos meses de abril, junho, agosto, outubro, dezembro e fevereiro do ano seguinte, identificar as células que não foram preenchidas na planilha compartilhada e não justificadas nas análises de resultados a não alimentação dos dados do AGL da Atenção Hospitalar;
- c) Incluir memorando com a minuta da notificação, e conforme modelo do [Anexo 2](#) - Modelo de Notificação, em Processo SEI anual de cada região;
- d) Solicitar assinatura da Diretoria de Gestão Regionalizada (DGR) e da Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional (CPLAN) e encaminhar à Subsecretaria de Planejamento em Saúde (SUPLANS), que irá proceder com o envio da notificação à Região.

### **4. Documentação/Ferramenta necessária:**

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

### **5. Documentação/Ação gerada:**

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

# Anexo 1

## Orientações para realizar Análise dos Resultados

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

### 1. O que é a análise dos dados do indicador:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para auxiliar na elaboração da análise crítica do indicador, orientamos seguir o script abaixo, elaborado pela Amanda Vieira, Especialista em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde, disponível em:

<https://blogdaqualidade.com.br/analisar-criticamente-os-resultados-dos-indicadores/>

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

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

# Anexo 2

## Modelo de Notificação

À SUPLANS,

Senhor Subsecretário,

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

Respeitosamente,

### Minuta para Notificação da Atenção Hospitalar

Senhor Superintendente,

Em consonância com as competências regimentais da Gerência de Contratualização Regionalizada - GCR, no que tange o acompanhamento e análise dos resultados dos Acordos de Gestão para qualificação das ações e serviços da Secretaria de Saúde, **Notificamos** a ausência de registro de dados/justificativa na planilha **AGL Hospitalar** da sua Região, das seguintes unidades e indicadores:

UNIDADE	INDICADOR	MÊS	SITUAÇÃO

Considerando que está previsto na cláusula 5.2.3 dos Acordos de Gestão Local, quanto às Obrigações dos signatários: **Manter atualizados os sistemas de informação em saúde de base nacional e local adotados pela SES-DF;**

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



# Matriz de Indicadores e Metas 2024 - AGL Hospitalar

Matriz de Metas - 20224												
Nº	TEMA	INDICADOR	HRAN	HRGU	HRL	HRS	HRPL	HRC	HRBZ	HRSAM	HRT	HRG
1	Gestão da qualidade e segurança do paciente	Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no Sinan.	Monit.									
2	Gestão da qualidade e segurança do paciente	Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN	Monit.									
3	Gestão da qualidade e segurança do paciente	Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação.	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%
4	Gestão da qualidade e segurança do paciente	Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%
5	Gestão da qualidade e segurança do paciente	Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura	Monit.									
6	Atenção à saúde	Taxa de absenteísmo de tomografia	Monit.									
7	Atenção à saúde	Taxa de Ocupação Operacional (enfermaria clínica médica).	Monit.									
8	Atenção à saúde	Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica)	Monit.									
9	Atenção à saúde	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	51,10%	N/A	51%	66,%	50,10%	55,40%	67%	66,10%	53,50%	64,50%
10	Atenção à saúde	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	18%	6%	20%	40%	40%	48%	48%	17%	17%	19%
11	Atenção à saúde	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	11,10%	9%	7%	13%	13%	22%	22%	25%	25%	13%
12	Atenção à saúde	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	10	N/A	12	10	N/A	10	10	10	10	10

12.1	Atenção à saúde	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica	N/A	10	N/A							
13	Atenção à saúde	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%
14	Atenção à saúde	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais	Monit.									
15	Atenção à saúde	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16	Atenção à saúde	Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%
17	Gestão do trabalho e Educação em Saúde	Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar	Monit.									
18	Gestão do trabalho e Educação em Saúde	Número de atividades de ensino e pesquisa realizadas na unidade hospitalar	Monit.									
19	Gestão	Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente	Monit.									
20	Gestão	Percentual de Não Conformidades Resolvidas	Monit.									
21	Gestão	Percentual de resolutividade de manifestações de ouvidoria na unidade hospitalar	Monit.									

# 1. Ficha dos Indicadores e Orientações de Coleta

As fichas dos indicadores estão organizadas por eixos: **Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente, Atenção à Saúde, Gestão do trabalho e Educação em Saúde e Gestão.**

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

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	<i>Número do indicador na matriz de metas</i>
<b>Pactuações</b>	<i>Identificação dos instrumentos de planejamento em que o indicador está pactuado, tanto em nível estratégico quanto em nível regional.</i>
<b>Indicador</b>	<i>Título do indicador.</i>
<b>Conceituação</b>	<i>Aquilo que tem importância ou relevo num contexto determinado. Engloba a Definição e Interpretação. Diz respeito ao “o que mede”. Se tiver alguma legislação atrelada ao indicador deverá ser incluída aqui.</i>
<b>Usos</b>	<i>Principais finalidades de utilização do indicador. Diz respeito ao “para que serve”, o objetivo do indicador.</i>
<b>Limitações</b>	<i>Fatores que restringem a interpretação do indicador referente ao conceito e fontes utilizados.</i>
<b>Fonte</b>	<i>Bases de dados, sistemas informatizados ou instituições/unidades responsáveis pela produção de dados.</i>
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<i>Como calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem. Deve constar o numerador, denominador e multiplicador em caso se percentual ou índice.</i>
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	<i>Frequência de acompanhamento do resultado (parcial ou total) no Sistema de Monitoramento. No caso do AGR/AGL o monitoramento conjunto é quadrimestral então o monitoramento será quadrimestral para todos os indicadores. A coleta de dados deve ser mensal.</i>
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	<i>Frequência de julgamento dos efeitos do resultado. No caso do AGR/AGL a avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual, assim a periodicidade de avaliação é anual.</i>
<b>Unidade de Medida</b>	<i>Convenção usada para descrever dimensões: Percentual, Número absoluto, índice, etc.</i>
<b>Parâmetro</b>	<i>Valor de referência nacional e/ou distrital. Caso a meta tenha parâmetros baseados em alguma legislação deve-se informar nesse campo, se não houver deve-se deixar em branco.</i>
<b>Polaridade</b>	<i>Revela o sentido do indicador, sinalizando “maior melhor” ou “menor melhor”</i>
<b>Acumulativo Anual</b>	<i>Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou numeradores e denominadores mês a mês) ao longo do ano. <b>Os indicadores do AGR não são cumulativos, o resultado é expresso mês a mês.</b></i>
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	<i>Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou numeradores e denominadores ano a ano) ao longo do período de pactuação (4 anos). <b>Para o AGR não é acumulativo, o resultado anual é a média mensal durante o ano.</b></i>

<b>Estratificação</b>	<i>Níveis de desagregação (categorias) definidos de acordo com recorte espacial / serviço / especialidade de referência do indicador. Ex: por policlínica ou por hospital</i>
<b>Responsável Técnico</b>	<i>Área responsável pelo monitoramento e análise do indicador. Área responsável pela elaboração ou validação da <b>Ficha do indicador e POP, na ADMC.</b></i>
<b>Coordenador da Pactuação</b>	<i>Área responsável pelo monitoramento e avaliação da pactuação. <b>No AGR o coordenador da pactuação é a rede de atenção, no AGL é a Coordenação do nível de atenção e no caso dos indicadores do sistema de apoio é a mesma área técnica.</b></i>
<b>Descrição da Meta</b>	<i>Descrição do objetivo que se deseja alcançar. A meta está expressa na matriz de indicadores e metas, nesse campo deve ser expresso qual o propósito da meta estabelecida.</i>

# Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

## Indicador 1: Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	1
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no Sinan.
<b>Conceituação</b>	Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todas as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata no DF, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas. As doenças listadas (DNCI) devem ser notificadas em 24 horas e registradas no Sinan no prazo de 7 dias. A relação de DNCI é definida na PORTARIA Nº 508, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2023. Foram excluídos da análise os agravos da lista que não são notificados no SINAN Net e online; o Acidente de Trabalho que não possui data de encerramento; e o Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva, pois é um evento encerrado pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (NVEPI) do Território e não pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHEP).
<b>Usos</b>	Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.
<b>Limitações</b>	Registro de informações com dados inválidos.
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>Numerador:</b> Total de registros de DNCI, por unidade, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. <b>Denominador:</b> Total de registros de DNCI, por unidade, notificados no período da avaliação. <b>Fator de multiplicação:</b> 100.
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	A coleta de dados é mensal, porém como o prazo para o encerramento desses agravos é de 60 dias contados a partir da data de notificação a avaliação do percentual do mês somente é possível após esse período
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual.
<b>Parâmetro</b>	80% é a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde para as DNCI de notificação nacional. O indicador de DNCI nacional faz parte do PQA-VS 2020. Para o DF, a relação de DNCI inclui outras doenças.
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Resultado expresso mês a mês
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Média mensal durante o ano
<b>Estratificação</b>	Por unidade
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SVS/DIVEP/GECAMP
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SVS
<b>Descrição da Meta</b>	90% - Baseado em série histórica.

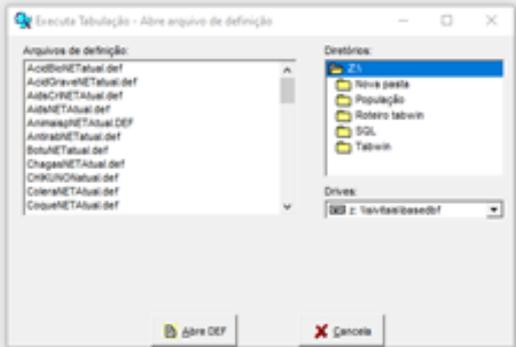
## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta dos dados do indicador: Indicador 01

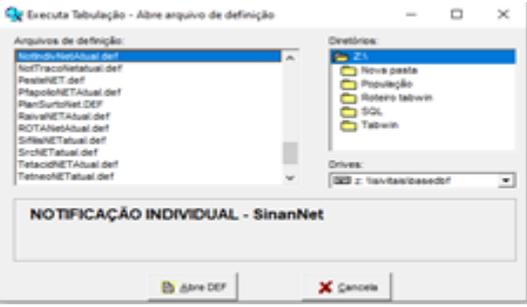
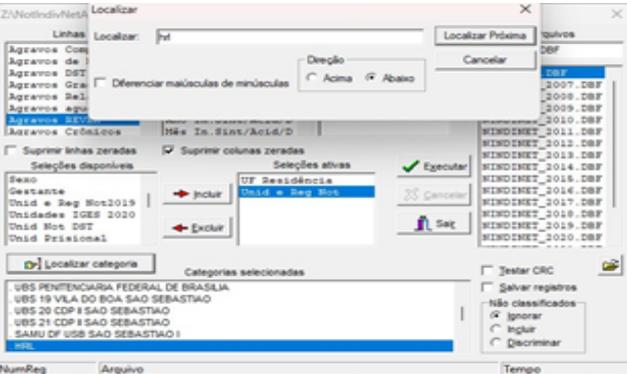
<b>Acordo de Gestão Local – AGL</b>	
<b>TEMA</b>	AGL Hospitalar. Grupo 4: Vigilância em saúde, Segurança do paciente
<b>INDICADOR</b>	Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no Sinan.
<b>PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR</b>	
<b>Passo a passo para coletar o Numerador</b>	

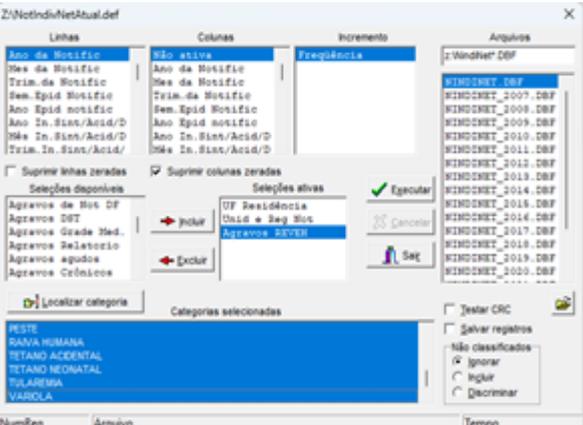
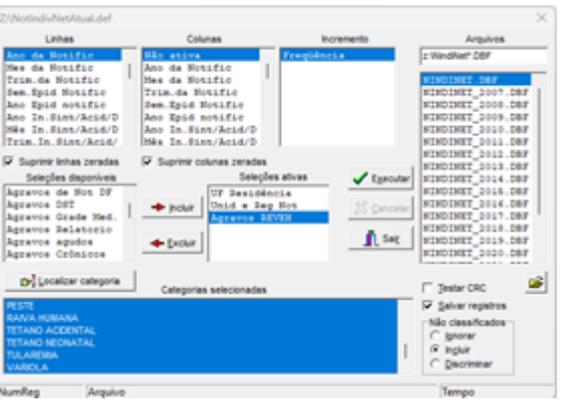
As Doenças de Notificação Compulsória Imediata objeto de análise desse indicador (PORTARIA Nº 508, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2023) são as seguintes:

1. Acidente por animal peçonhento
2. Botulismo
3. Cólera
4. Coqueluche
5. Dengue – Óbitos
6. Difteria
7. Doença de Chagas Aguda
8. Doença Meningocócica e outras meningites
9. Antraz pneumônico
10. Tularemia
11. Varíola
12. Arenavírus
13. Ebola
14. Marburg
15. Lassa
16. Febre purpúrica brasileira
17. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante
18. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika
19. Febre Amarela
20. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya
21. Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública
22. Febre Maculosa e outras Riquetisioses
23. Febre Tifoide
24. Hantavirose

1

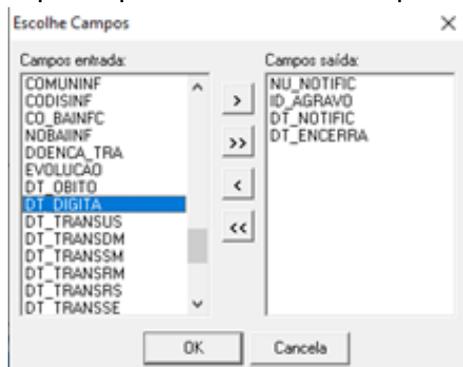
	<p>25. Leptospirose</p> <p>26. Malária na região extra-Amazônica</p> <p>27. Poliomielite por poliovírus selvagem</p> <p>28. Peste</p> <p>29. Raiva humana</p> <p>30. Sarampo</p> <p>31. Rubéola</p> <p>32. Síndrome da Paralisia Flácida Aguda</p> <p>33. Tétano Acidental</p> <p>34. Tétano Neonatal</p> <p>35. Violência sexual e tentativa de suicídio.</p>
2	Abrir o Tabwin;
3	Clicar no item “Executar tabulação”;
4	<p>No campo “Drives” selecionar o diretório “Z” (\\sivitais\basedbf);</p> 

5	<p>Para os agravos do SINAN no “NotIndiv” - No campo “Arquivos de definição” selecione “NotIndivNetAtual.def” que é o banco de notificações individuais;</p> 
6	<p>Clique em “Abre DEF”;</p>
7	<p>No campo “Linhas” clique em “Ano de Notific”;</p>
8	<p>No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir”;</p>
9	<p>No campo “Categorias selecionadas” será listada vários Estados, selecione “Distrito Federal”;</p>
10	<p>No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir”;</p>
11	<p>No campo “Categorias selecionadas” será listada várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”;</p>
12	<p>Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse;</p> 
13	<p>No campo “Selecções disponíveis” clique em “Agravos REVEH” e depois na seta “Incluir”;</p>

14	<p>No campo “Categorias selecionadas” selecione todas as doenças listadas;</p> 
15	<p>No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse;</p>
16	<p>Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e na caixa de “Não classificados” selecione “Incluir”;</p> 
17	<p>Clique em Executar;</p>
18	<p>Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”;</p>
19	<p>Uma caixa de “Escolhe campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”;</p>

Repita o processo com os campos: "ID\_AGRAVO", DT\_NOTIFIC" e "DT\_ENCERRA";

20

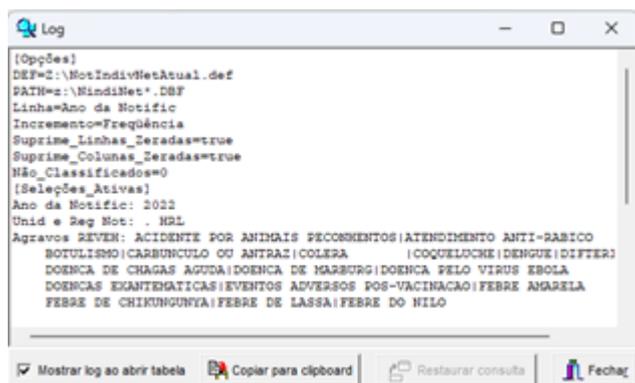


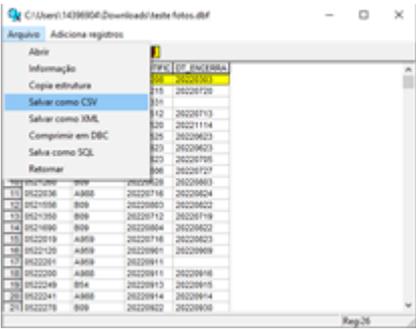
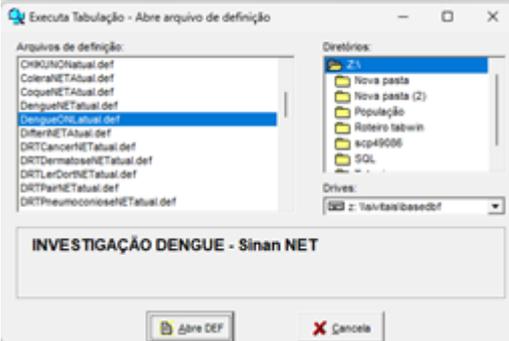
21

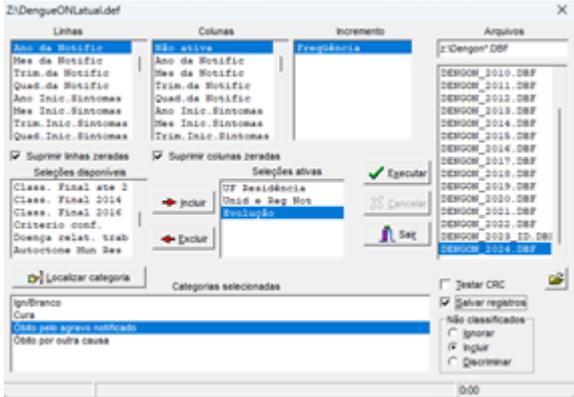
Depois em "OK". O arquivo será salvo em formato dBase III plus;

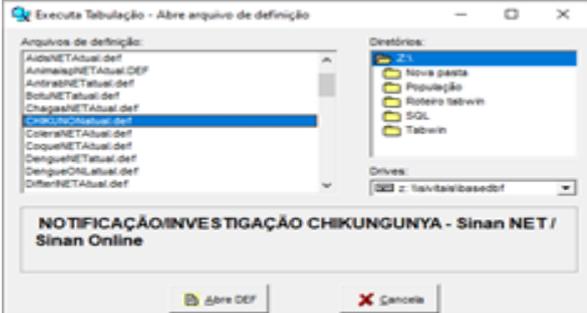
Uma caixa "Log" será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção em uma aba da Planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em "Fechar";

22



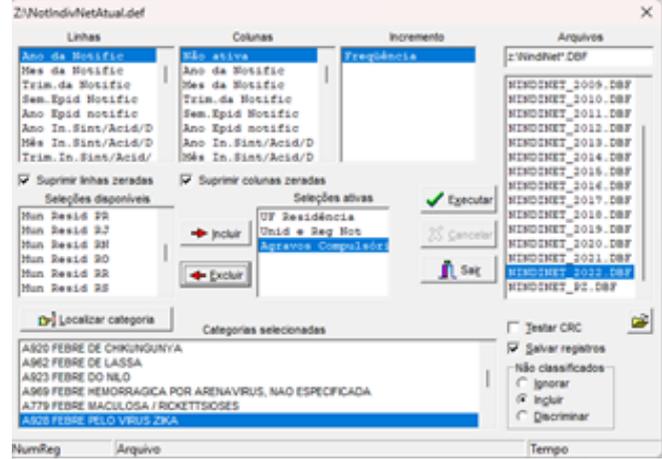
23	<p>Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa;</p> 
24	<p>Para óbitos de dengue - No campo “Arquivos de definição” selecione o agravo Dengue “DengueONatural.def”;</p> 
25	<p>Clique em “Abre DEF”;</p>
26	<p>No campo “Linhas” selecione “Ano da Notific”;</p>
27	<p>No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir”;</p>
28	<p>No campo “Categorias selecionadas” será listada vários Estados, selecione “Distrito Federal”;</p>
29	<p>No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir”;</p>
30	<p>No campo “Categorias selecionadas” será listada várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”;</p>

31	Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse;
32	No campo “Seleção disponíveis” clique em “Evolução” e depois na seta “Incluir”;
33	No campo “Categorias selecionadas” selecione “Óbito pelo agravo notificado”;
34	No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse;
35	<p>Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e na caixa de “Não classificados” selecione “Incluir”;</p> 
36	Clique em Executar;
37	Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”;
38	Uma caixa de “Escolhe campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”;
39	Repita o processo com os campos: “ID_AGRAVO”, DT_NOTIFIC” e “DT_ENCERRA”;
40	Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus;

41	Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção em uma aba da Planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”;
42	Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa;
43	Se aparecer a mensagem “Todas as linhas foram suprimidas por conter zeros” significa que não há notificação de óbito por Dengue e portanto esse agravo não irá entrar no somatório do indicador;
44	<p>Para óbito por Chikungunya - No campo “Arquivos de definição” selecione o agravo Chikungunya “CHIKUONatual.def”</p> 
45	Repita o passo a passo dos itens 25 a 43;
46	Para Zika em gestante - No campo “Arquivos de definição” selecione “NotIndivNetAtual.def” que é o banco de notificações individuais;
47	Clique em “Abre DEF”;
48	No campo “Linhas” selecione “Ano da Notific”;
49	No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir”;
50	No campo “Categorias selecionadas” será listada vários Estados, selecione “Distrito Federal”;
51	No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir”;

52	No campo “Categorias selecionadas” serão listadas várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”;
53	Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse;
54	No campo “Seleção disponíveis” clique em “Agravos Compulsóri” e depois na seta “Incluir”;
55	No campo “Categorias selecionadas” serão listadas várias doenças. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”;

56 Na caixa “Localizar” digite “A928” e clique em “Localizar Próxima”. Em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada o agravo “Doença Aguda pelo vírus Zika”;

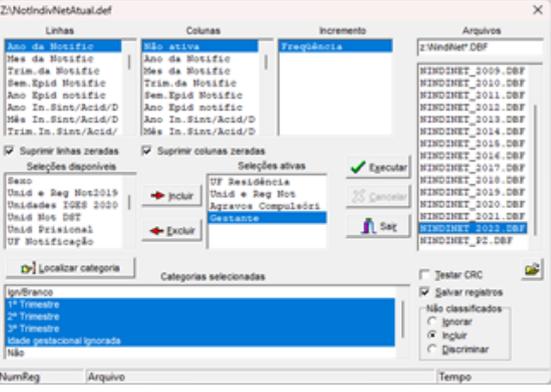


The screenshot shows the application interface with the following details:

- Linhas:** List of notification fields like 'Ano da Notific', 'Mes da Notific', etc.
- Colunas:** Fields like 'Ano da Notific', 'Mes da Notific', etc.
- Incremento:** 'Frequência'.
- Arquivos:** List of files from 'WINDNET\_2009.DBF' to 'WINDNET\_92.DBF'.
- Selecções disponíveis:** 'Agravos Compulsórios' is selected.
- Selecções ativas:** 'Agravos Compulsórios' is listed.
- Categorias selecionadas:** 'A928 FEBRE PELO VIRUS ZIKA' is highlighted.

57 No campo “Seleção disponíveis” clique em “Gestante” e depois na seta “Incluir”;

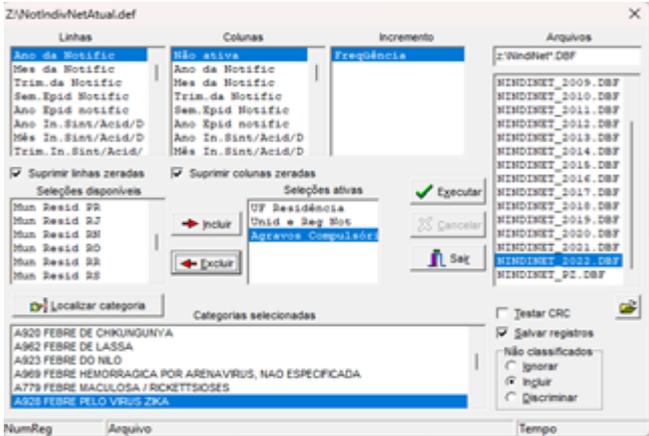
58 No campo “Categorias selecionadas” selecione “1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre; Idade gestacional ignorada”;

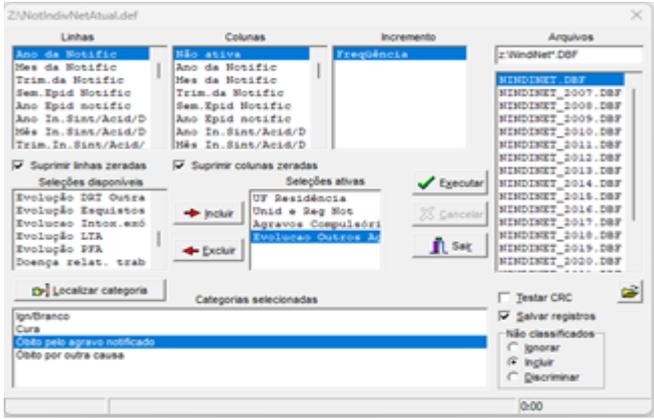


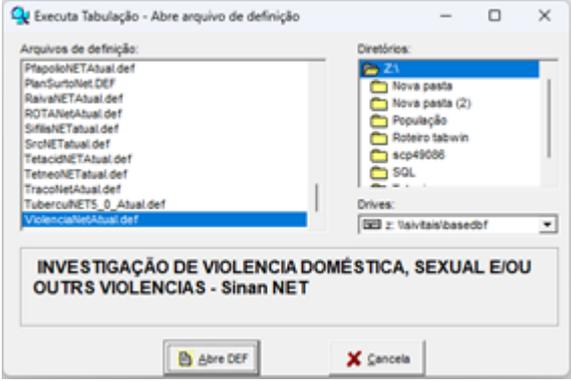
The screenshot shows the application interface with the following details:

- Linhas:** List of notification fields like 'Ano da Notific', 'Mes da Notific', etc.
- Colunas:** Fields like 'Ano da Notific', 'Mes da Notific', etc.
- Incremento:** 'Frequência'.
- Arquivos:** List of files from 'WINDNET\_2009.DBF' to 'WINDNET\_92.DBF'.
- Selecções disponíveis:** 'Gestante' is selected.
- Selecções ativas:** 'Gestante' is listed.
- Categorias selecionadas:** '1º Trimestre', '2º Trimestre', '3º Trimestre', and 'Idade gestacional ignorada' are highlighted.

59	No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse;
60	Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e na caixa de “Não classificados” selecione “Incluir”;
61	Clique em Executar;
62	Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”;
63	Uma caixa de “Escolhe campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”;
64	Repita o processo do item 63 com os campos: “ID_AGRAVO”, DT_NOTIFIC” “DT_ENCERRA”;
65	Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus;
66	Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção em uma aba da Planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”;
67	Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa;
68	Se aparecer a mensagem “Todas as linhas foram suprimidas por conter zeros” significa que não há notificação de Zika em gestante e portanto esse agravo não irá entrar no somatório do indicador;
69	Para óbito por Zika - No campo “Arquivos de definição” selecione “NotIndivNetAtual.def” que é o banco de notificações individuais;
70	Clique em “Abre DEF”;
71	No campo “Linhas” selecione “Ano da Notific”;

72	No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir”;
73	No campo “Categorias selecionadas” será listada vários Estados, selecione “Distrito Federal”;
74	No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir”;
75	No campo “Categorias selecionadas” serão listadas várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”;
76	Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse;
77	No campo “Seleção disponíveis” clique em “Agravos Compulsóri” e depois na seta “Incluir”;
78	No campo “Categorias selecionadas” serão listadas vários agravos. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”;
79	<p>Na caixa “Localizar” digite “A928” e clique em “Localizar Próxima”. Em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada o agravo “Febre pelo vírus Zika”;</p> 
80	No campo “Seleção disponíveis” clique em “Evolução outros agravos” e depois na seta “Incluir”;
81	No campo “Categorias selecionadas” selecione “Óbito pelo agravo notificado”;
82	No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse;

83	<p>Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e na caixa de “Não classificados” selecione “Incluir”;</p>
84	<p>Clique em Executar;</p> 
85	<p>Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”;</p>
86	<p>Uma caixa de “Escolhe campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”;</p>
87	<p>Repita o processo do item 86 com os campos: “ID_AGRAVO”, DT_NOTIFIC” “DT_ENCERRA”;</p>
88	<p>Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus;</p>
89	<p>Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção em uma aba da Planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”;</p>
90	<p>Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa;</p>
91	<p>Se aparecer a mensagem “Todas as linhas foram suprimidas por conter zeros” significa que não há notificação de óbito por Zika e portanto esse agravo não irá entrar no somatório do indicador;</p>
92	<p>Para violência sexual - No campo “Arquivos de definição” selecione “ViolenciaNetAtual” que é o banco de notificações de violência;</p>

93	<p>Clique em “Abre DEF”;</p> 
94	No campo “Linhas” selecione “Ano da Notific”;
95	No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir”;
96	No campo “Categorias selecionadas” será listada vários Estados, selecione “Distrito Federal”;
97	No campo “Seleção disponíveis” clique em “Ano da Notific” e depois na seta “Incluir”;
98	No campo “Categorias selecionadas” será listada vários anos, selecione “2024”;
99	No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir”;
100	No campo “Categorias selecionadas” serão listadas várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”;
101	Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse;
102	No campo “Seleção disponíveis” clique em “Viol Sexual” e depois na seta “Incluir”;
103	No campo “Categorias selecionadas” selecione “Sim”;
104	No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse;

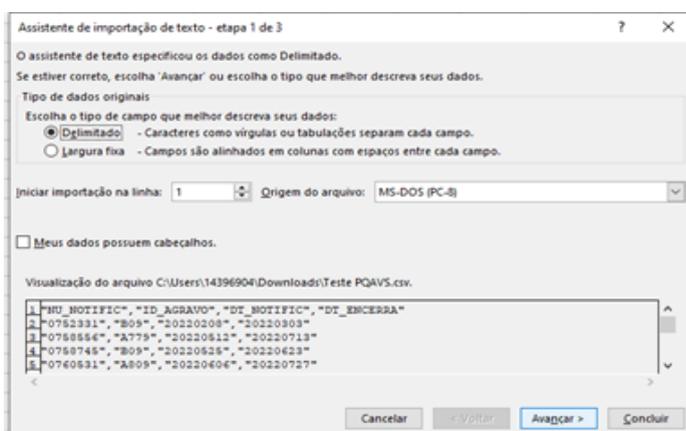
105	Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e na caixa de “Não classificados” selecione “Incluir”;
106	Clique em Executar;
107	Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”;
108	Uma caixa de “Escolhe campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”;
109	Repita o processo 108 com os campos: “ID_AGRAVO”, DT_NOTIFIC” e “DT_ENCERRA”;
110	Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus;
111	Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção em uma aba da Planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”;
112	Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa;
113	Se aparecer a mensagem “Todas as linhas foram suprimidas por conter zeros” significa que não há notificação violência sexual e portanto esse agravo não irá entrar no somatório do indicador;
114	Para tentativa de autoextermínio - No campo “Arquivos de definição” selecione “ViolenciaNetAtual” que é o banco de notificações de violência;
115	Repita os passos 93 a 101;
116	o campo “Seleção disponíveis” clique em “Lesao auto provoc” e depois na seta “Incluir”;
117	No campo “Categorias selecionadas” selecione “Sim”;

118	No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse;
119	Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e na caixa de “Não classificados” selecione “Incluir”;
120	Clique em Executar;
121	Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”;
122	Uma caixa de “Escolhe campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”;
123	Repita o processo 122 com os campos: “ID_AGRAVO”, DT_NOTIFIC” e “DT_ENCERRA”;
124	Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus;
125	Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção em uma aba da Planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”;
126	Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa;
127	Se aparecer a mensagem “Todas as linhas foram suprimidas por conter zeros” significa que não há casos notificados e portanto esse agravo não irá entrar no somatório do indicador;
128	Abrindo os bancos no EXCEL - Abra o programa Excel. Use uma mesma planilha para todos os banco para facilitar a análise;
129	Vá para a pasta “Dados” e no campo “Obter dados externos” selecione dados “De Texto”;



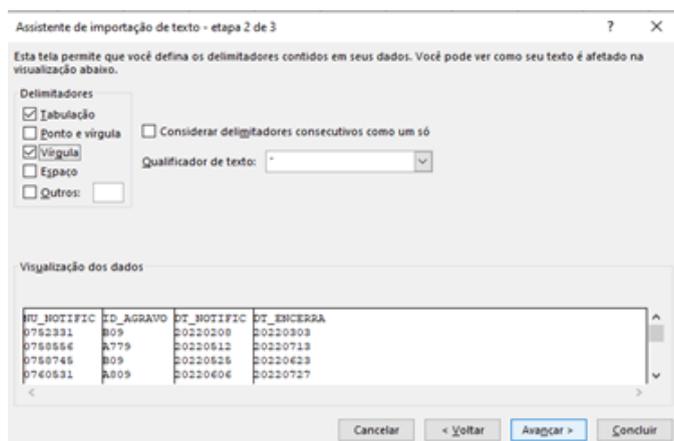
Uma caixa para importar arquivos de texto será aberta. Selecione o arquivo que foi gerado pelo Tabwin e clique em “Importar”;

130



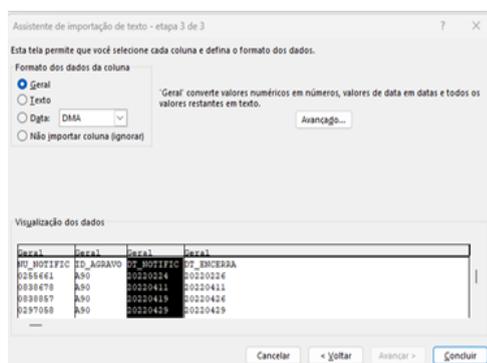
Na próxima tela, Etapa 2 de 3, na caixa “Delimitador” selecione “vírgula”. Observe que ao fazer essa seleção a visualização de dados irá mostrar as colunas formadas. Confira se está correta a tabela e clique em “Avançar”;

131



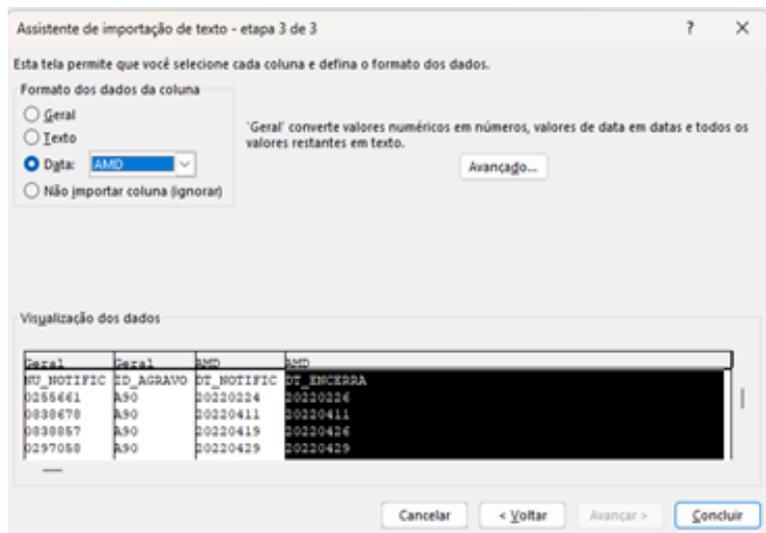
Na etapa 3 de 3, na parte de “Visualização dos dados” clique em cima da coluna “DT\_NOTIFIC”;

132



No quadro “Formato dos dados da coluna” selecione “Data” e escolha o formato “AMD” (ano, mês, dia);

133

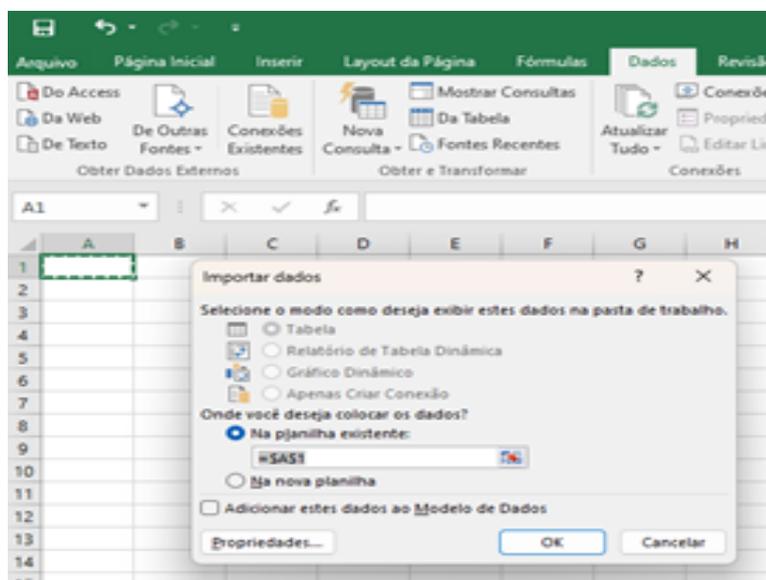


134

Clique em “Concluir”;

Uma nova caixa irá abrir perguntando onde o banco deve ser colado. Selecione a primeira célula da planilha;

135

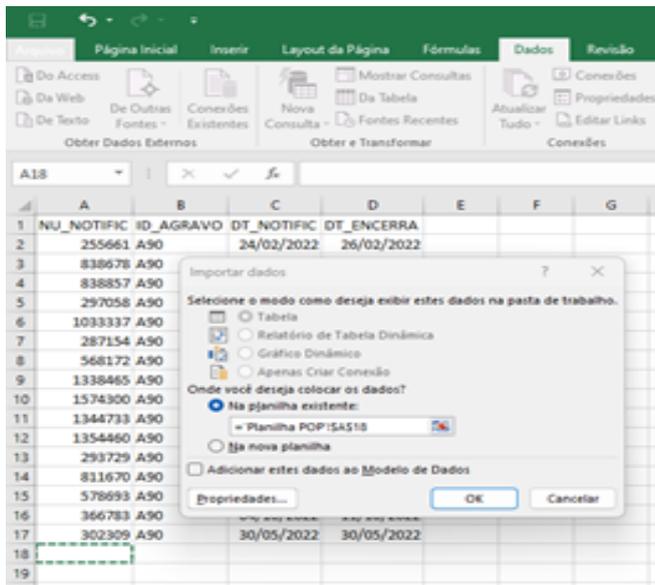


136

Siga as orientações dos itens 129 a 134 para os próximos bancos;

Quando a caixa de “Importar dados” abrir solicitando a informação de onde o banco deve ser colado selecione a primeira célula em branco da coluna “A”;

137



O novo banco será colado abaixo do primeiro. Exclua a nova linha de título, para que os bancos fiquem unidos;

138

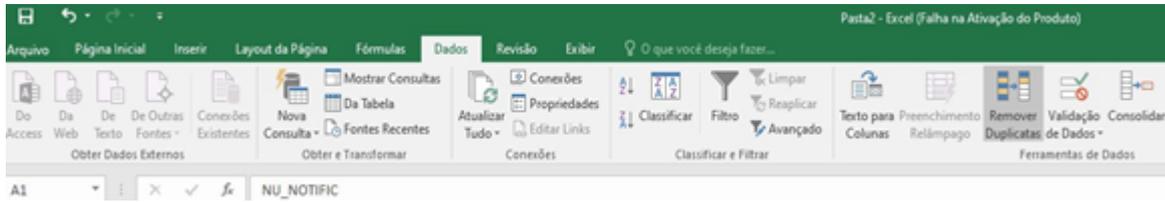
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	DT_ENCERRA
2	255661	A90	24/02/2022	26/02/2022
3	838678	A90	11/04/2022	11/04/2022
4	838857	A90	19/04/2022	26/04/2022
5	297058	A90	29/04/2022	29/04/2022
6	1033337	A90	23/02/2022	23/02/2022
7	287154	A90	21/03/2022	21/03/2022
8	568172	A90	24/04/2022	24/04/2022
9	1338465	A90	27/01/2022	31/01/2022
10	1574300	A90	16/05/2022	16/05/2022
11	1344733	A90	11/04/2022	17/04/2022
12	1354460	A90	25/05/2022	20/06/2022
13	293729	A90	04/04/2022	19/04/2022
14	811670	A90	06/04/2022	06/04/2022
15	578693	A90	28/03/2022	28/03/2022
16	366783	A90	04/10/2022	11/10/2022
17	302309	A90	30/05/2022	30/05/2022
18	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	DT_ENCERRA
19	304719	W64	06/01/2022	28/02/2023
20	816609	W64	24/01/2022	27/03/2023
21	304407	A928	09/02/2022	30/04/2023
22	349234	W64	17/01/2022	11/02/2022
23	750640	W64	21/01/2022	14/02/2022
24	1044103	W64	11/02/2022	09/01/2023
25	288194	W64	20/02/2022	

139

Repita essa operação para todos os bancos (NotIndiv, Óbito por Dengue, Óbito por Chikungunya, Óbito por Zika e Zika em gestante, Violência sexual e autoprovocada);

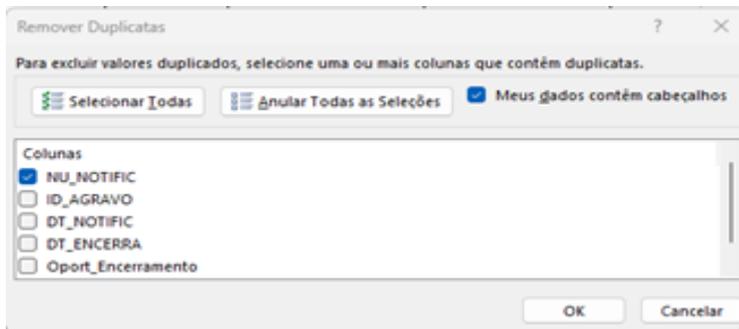
140

Após importar todos os bancos para o Excel, selecione toda a planilha. Vá em “Dados”, “Ferramentas de Dados” e clique em “Remover Duplicadas”;



141

Uma caixa “Remover Duplicatas” será aberta, deixe selecionado apenas a coluna “NU\_NOTIFIC” e clique em “OK”;



142

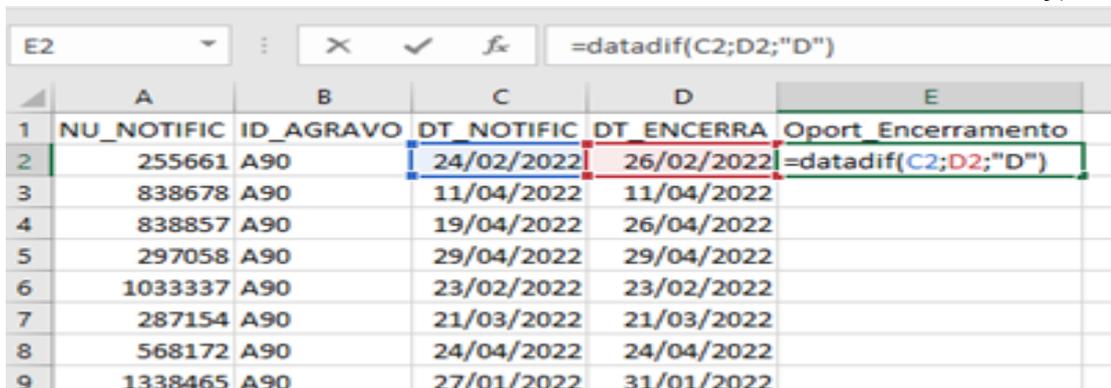
Aparecerá uma mensagem informando quantas notificações foram removidas;

143

Ao lado da coluna da data do encerramento, crie uma nova coluna, com o com o título “Oport\_Encerramento”;

144

Na linha abaixo inclua a fórmula para o cálculo do tempo de encerramento das notificações. Digite “=datadif(Data1;Data2;“D”)” seguido de “Enter” no teclado. A Data 1 será a data de notificação, a Data 2 será a data de encerramento e o “D” significa que eu quero o resultado em dias. O resultado será mostrado em número de dias entre as duas datas. A fórmula final ficará: =datadif(C2;D2;“D”);



	A	B	C	D	E
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	DT_ENCERRA	Oport_Encerramento
2	255661	A90	24/02/2022	26/02/2022	=datadif(C2;D2;"D")
3	838678	A90	11/04/2022	11/04/2022	
4	838857	A90	19/04/2022	26/04/2022	
5	297058	A90	29/04/2022	29/04/2022	
6	1033337	A90	23/02/2022	23/02/2022	
7	287154	A90	21/03/2022	21/03/2022	
8	568172	A90	24/04/2022	24/04/2022	
9	1338465	A90	27/01/2022	31/01/2022	

Clique na primeira célula da coluna criada, ela ficará contornada de verde. Dê dois cliques no quadradinho verde que estará no canto inferior esquerdo da célula. Com esse comando a fórmula será copiada para todas as linhas;

145

	A	B	C	D	E
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	DT_ENCERRA	Oport_Encerramento
2	255661	A90	24/02/2022	26/02/2022	2
3	838678	A90	11/04/2022	11/04/2022	0
4	838857	A90	19/04/2022	26/04/2022	7
5	297058	A90	29/04/2022	29/04/2022	0
6	1033337	A90	23/02/2022	23/02/2022	0
7	287154	A90	21/03/2022	21/03/2022	0
8	568172	A90	24/04/2022	24/04/2022	0
9	1338465	A90	27/01/2022	31/01/2022	4
10	1574300	A90	16/05/2022	16/05/2022	0
11	1344733	A90	11/04/2022	17/04/2022	6
12	1354460	A90	25/05/2022	20/06/2022	26
13	293729	A90	04/04/2022	19/04/2022	15
14	811670	A90	06/04/2022	06/04/2022	0
15	578693	A90	28/03/2022	28/03/2022	0

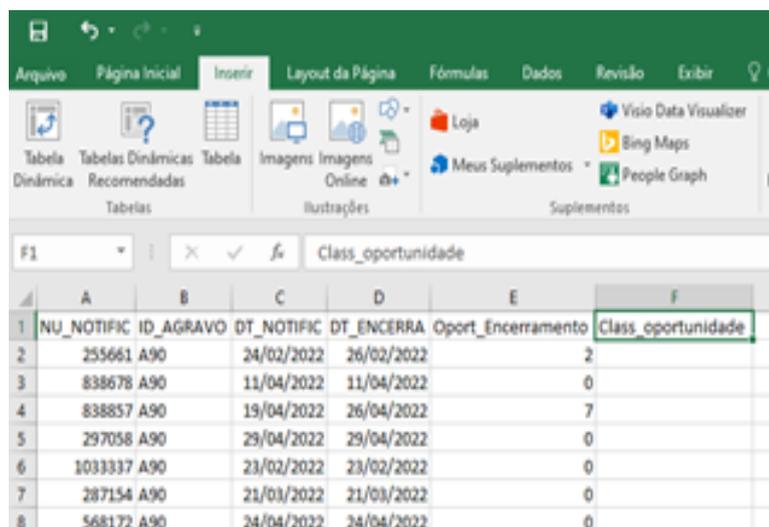
Observe que se um dos campos de data aparecer a mensagem “#VALOR!” significa que uma das datas está em aberto. Este momento é uma oportunidade de fazer a correção do banco, completando informações que estão faltando;

146

	A	B	C	D	E
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	DT_ENCERRA	Oport_Encerramento
2	752351	W64	09/02/2022	04/05/2022	84
3	752352	W64	08/02/2022	06/04/2022	57
4	750064	W64	03/01/2022	17/01/2022	14
5	750063	W64	03/01/2022	17/01/2022	14
6	752147	X29	05/01/2022	05/01/2022	0
7	752361	W64	06/02/2022		#VALOR!
8	755302	Y09	25/02/2022	17/03/2022	20
9	752153	W64	04/01/2022	31/05/2022	147
10	752152	Y09	05/01/2022	06/01/2022	1
11	752279	W64	16/01/2022	03/02/2022	18
12	752185	W64	28/01/2022	28/01/2022	0
13	752219	W64	20/01/2022	20/01/2022	0
14	752216	W64	24/01/2022	02/04/2022	68

Crie uma nova coluna com o nome “Class\_oportunidade”;

147

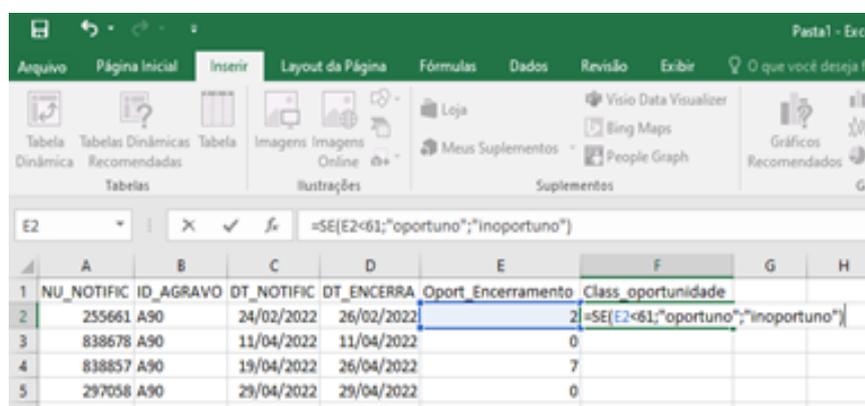


The screenshot shows the Microsoft Excel interface with the 'Inserir' (Insert) ribbon selected. The spreadsheet has columns A through F. Column F is highlighted and labeled 'Class\_oportunidade'. The data in the spreadsheet is as follows:

	A	B	C	D	E	F
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	DT_ENCERRA	Oport_Encerramento	Class_oportunidade
2	255661	A90	24/02/2022	26/02/2022	2	
3	838678	A90	11/04/2022	11/04/2022	0	
4	838857	A90	19/04/2022	26/04/2022	7	
5	297058	A90	29/04/2022	29/04/2022	0	
6	1033337	A90	23/02/2022	23/02/2022	0	
7	287154	A90	21/03/2022	21/03/2022	0	
8	568172	A90	24/04/2022	24/04/2022	0	

Na primeira linha da coluna criada escreva a fórmula de condição: “=SE” e abre o parentese “(”, depois selecione a primeira linha da coluna “Oport\_Encerramento” seguido de “<61” e depois de “;”, que significa a condição de que se esse campo for menor do que 61 a ação pedida na fórmula deve ser seguida. Após o “;” coloque entre aspas o que deve aparecer se a célula for menor que 61, nesse caso vamos pedir para o excel substituir o número pela palavra “oportuno” seguido de “;” e depois vamos colocar o que deverá aparecer caso a célula tiver um valor igual ou maior do que 61, nesse caso será “inoportuno”. A fórmula final ficará: =SE(E2<61;“oportuno”;“inoportuno”);

148

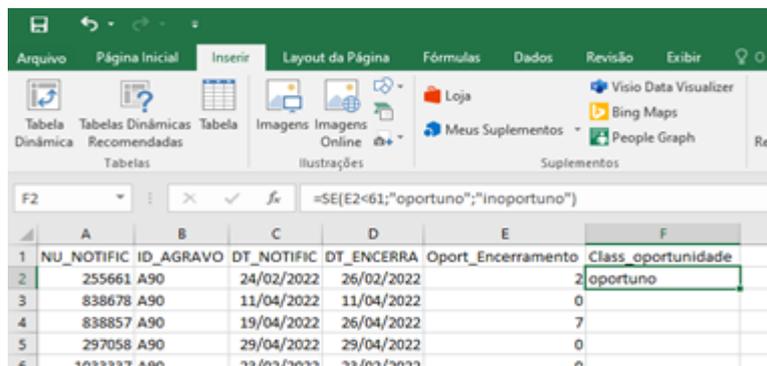


The screenshot shows the Microsoft Excel interface with the formula bar displaying the formula =SE(E2<61;“oportuno”;“inoportuno”). The spreadsheet is the same as in the previous screenshot, but now the formula is entered in cell F2.

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	DT_ENCERRA	Oport_Encerramento	Class_oportunidade		
2	255661	A90	24/02/2022	26/02/2022	2	=SE(E2<61;“oportuno”;“inoportuno”)		
3	838678	A90	11/04/2022	11/04/2022	0			
4	838857	A90	19/04/2022	26/04/2022	7			
5	297058	A90	29/04/2022	29/04/2022	0			

Clique em “Enter”;

149



150

Clique com o mouse sobre a primeira linha da coluna “Class\_oportunidade” ela ficará contornada de verde;

No canto inferior direito desse contorno verde aparecerá um quadradinho, dê dois cliques nele para que a fórmula seja copiada para todas as linhas;

151

The screenshot shows the same spreadsheet as in step 149, but now the entire column F is selected. A small square (fill handle) is visible in the bottom right corner of cell F2. The formula bar still shows `=SE(E2<61;"oportuno";"inoportuno")`.

	A	B	C	D	E	F
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	DT_ENCERRA	Oport_Encerramento	Class_oportunidade
2	255661	A90	24/02/2022	26/02/2022	2	oportuno
3	838678	A90	11/04/2022	11/04/2022	0	oportuno
4	838857	A90	19/04/2022	26/04/2022	7	oportuno
5	297058	A90	29/04/2022	29/04/2022	0	oportuno
6	1033337	A90	23/02/2022	23/02/2022	0	oportuno
7	287154	A90	21/03/2022	21/03/2022	0	oportuno
8	568172	A90	24/04/2022	24/04/2022	0	oportuno
9	1338465	A90	27/01/2022	31/01/2022	4	oportuno
10	1574300	A90	16/05/2022	16/05/2022	0	oportuno
11	1344733	A90	11/04/2022	17/04/2022	6	oportuno
12	1354460	A90	25/05/2022	20/06/2022	26	oportuno

152

Ao lado da coluna de classificação da oportunidade crie uma nova coluna com o nome “Mês”;

Na primeira linha da coluna criada escreva a fórmula para extrair o mês da data de notificação:  
 “=TEXTO e abre o parentese “(“, depois selecione a primeira linha da coluna “DT\_NOTIFC” seguido de  
 “;”. Após, coloque entre aspas “mmmm” e feche o parentese. A fórmula final ficará:  
 =TEXTO(C2;”mmmm”);

153

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	DT_ENCERRA	Oport_Encerramento	Class_oportunidade	Mês		
2	3507345	Y09	12/04/2024	12/04/2024		0 oportuno	=TEXTO(C2;"mmmm")		
3	840374	Y09	29/01/2024		#VALOR!	#VALOR!			
4	840301	Y09	19/01/2024	19/01/2024		0 oportuno			
5	840215	Y09	02/01/2024		#VALOR!	#VALOR!			
6	840211	Y09	02/01/2024	26/01/2024		24 oportuno			
7	840274	Y09	16/01/2024	16/01/2024		0 oportuno			
8	840273	Y09	17/01/2024	17/01/2024		0 oportuno			
9	840323	Y09	23/01/2024	25/01/2024		2 oportuno			
10	840321	Y09	23/01/2024	05/02/2024		13 oportuno			
11	840253	Y09	16/01/2024		#VALOR!	#VALOR!			

154

Clique com o mouse sobre a primeira linha da coluna “Mês” ela ficará contornada de verde;

No canto inferior direito desse contorno verde aparecerá um quadradinho, dê dois cliques nele para que a fórmula seja copiada para todas as linhas;

155

	A	B	C	D	E	F	G
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	DT_ENCERRA	Oport_Encerramento	Class_oportunidade	Mês
2	3507345	Y09	12/04/2024	12/04/2024		0 oportuno	abril
3	840374	Y09	29/01/2024		#VALOR!	#VALOR!	janeiro
4	840301	Y09	19/01/2024	19/01/2024		0 oportuno	janeiro
5	840215	Y09	02/01/2024		#VALOR!	#VALOR!	janeiro
6	840211	Y09	02/01/2024	26/01/2024		24 oportuno	janeiro
7	840274	Y09	16/01/2024	16/01/2024		0 oportuno	janeiro
8	840273	Y09	17/01/2024	17/01/2024		0 oportuno	janeiro
9	840323	Y09	23/01/2024	25/01/2024		2 oportuno	janeiro
10	840321	Y09	23/01/2024	05/02/2024		13 oportuno	janeiro
11	840253	Y09	16/01/2024		#VALOR!	#VALOR!	janeiro
12	840298	Y09	19/01/2024	19/01/2024		0 oportuno	janeiro
13	1418631	Y09	24/01/2024	24/01/2024		0 oportuno	janeiro
14	840375	Y09	29/01/2024	20/02/2024		22 oportuno	janeiro
15	840411	Y09	01/02/2024	01/02/2024		0 oportuno	fevereiro
16	848048	Y09	05/02/2024	05/02/2024		0 oportuno	fevereiro
17	848075	Y09	07/02/2024	20/02/2024		13 oportuno	fevereiro

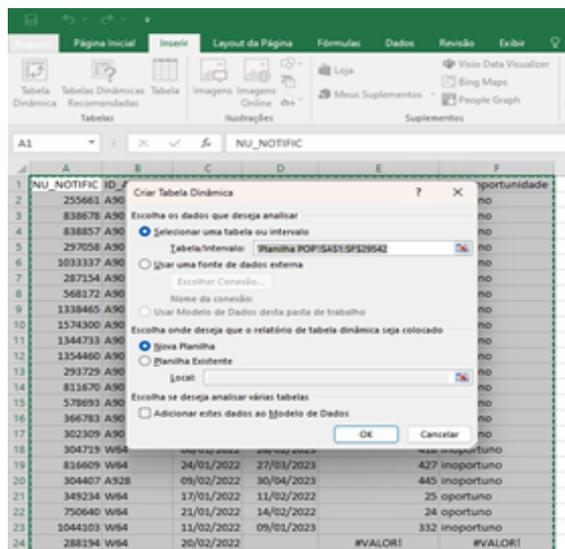
## Passo a passo para coletar o Denominador

1 O denominador será o total de notificações de doenças de notificação compulsória imediata do mês de análise.

## Passo a passo para fazer o cálculo do resultado

1 Abra uma nova planilha com o nome “Tabela Dinâmica”;

2 Na planilha dos dados, selecione toda a tabela e depois clique em “Inserir” e depois clique em “Tabela Dinâmica”;

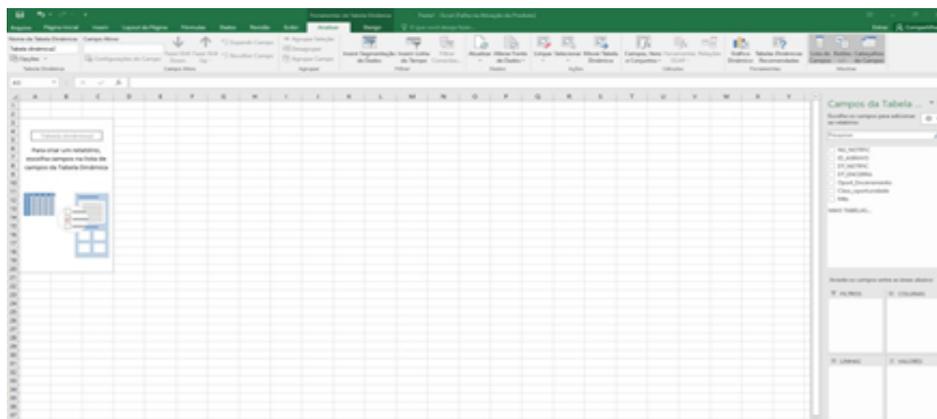


3 Uma caixa de “Criar Tabela Dinâmica” irá aparecer;

4 No campo “Escolha onde deseja que o relatório de tabela dinâmica seja colocado” selecione a opção “Planilha Existente”;

Abra a aba “Tabela Dinâmica” e selecione a primeira célula da planilha;

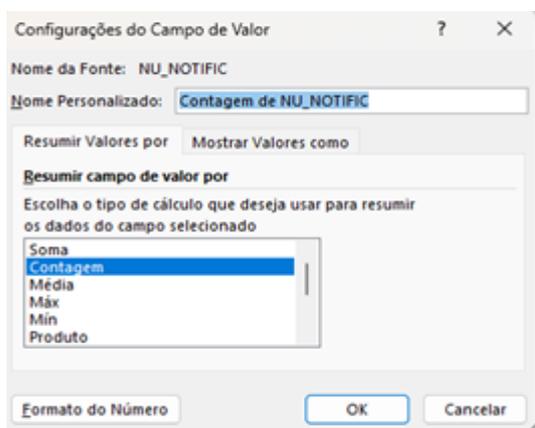
5



6 No quadro “Campos da Tabela” selecione “Mês” e arraste para o quadro “Valores”;

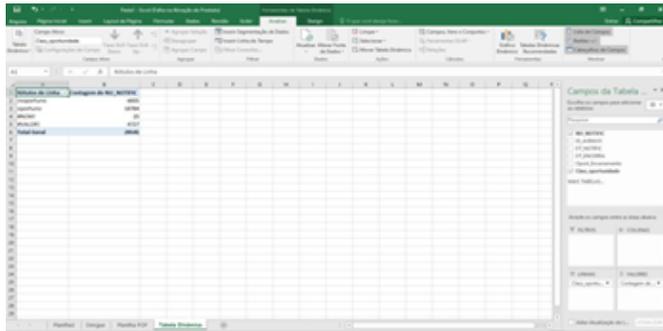
Quando ele migrar para o quadro, clique na seta que aparece ao lado do nome e depois em “Configurações do campo valores” troque a função “soma” para “contagem”;

7



8

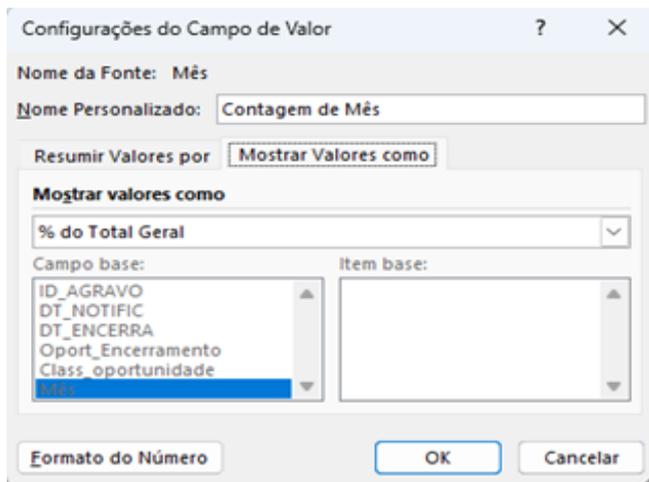
No quadro “Campos da Tabela” selecione “Mês” e arraste para o quadro “Linhas”;



9 Selecione o item “Class\_oportunidade” e puxe para o quadro “Colunas”;

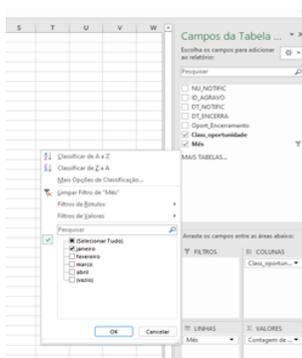
No campo “Valores” clique na seta ao lado do nome “Contagem de ...” e selecione “Configurações do campo valores”. Na caixa que irá abrir vai em “Mostrar valores como” e selecione a opção “% do Total Geral” e clique em “OK”;

10



No quadro “Campos da Tabela” clique de mês e na seta ao lado do nome selecione apenas um mês. Com esse processo teremos o resultado percentual de “oportuno” por mês;

11



Selecione a nova tabela criada, copie e cole nas linhas abaixo;

12

Rótulos de Linha	oportuno	#VALOR!	Total Geral
janeiro	49,48%	50,52%	100,00%
<b>Total Geral</b>	<b>49,48%</b>	<b>50,52%</b>	<b>100,00%</b>

Volte ao quadro “Campos da Tabela” e faça o filtro para o próximo mês;

13

Rótulos de Linha	oportuno	#VALOR!	Total Geral
fevereiro	63,89%	36,11%	100,00%
<b>Total Geral</b>	<b>63,89%</b>	<b>36,11%</b>	<b>100,00%</b>

14

Repita o processo para todos os meses disponíveis nos dados;

Ao final do processo irá aparecer o valor percentual dos dados “inoportuno” e “oportuno”;

15

	A	B	C	D	E
1					
2	Janeiro				
3	Contagem de Mês	Rótulos de Coluna			
4	Rótulos de Linha	oportuno	#VALOR!	inoportuno	Total Geral
5	janeiro	49,48%	19,59%	30,93%	100,00%
6	Total Geral	49,48%	19,59%	30,93%	100,00%
7					
8	Fevereiro				
9	Contagem de Mês	Rótulos de Coluna			
10	Rótulos de Linha	oportuno	#VALOR!	inoportuno	Total Geral
11	fevereiro	63,89%	34,26%	1,85%	100,00%
12	Total Geral	63,89%	34,26%	1,85%	100,00%
13					
14	Março				
15	Contagem de Mês	Rótulos de Coluna			
16	Rótulos de Linha	oportuno	#VALOR!	Total Geral	
17	março	57,01%	42,99%	100,00%	
18	Total Geral	57,01%	42,99%	100,00%	
19					
20	Abril				
21	Contagem de Mês	Rótulos de Coluna			
22	Rótulos de Linha	oportuno	#VALOR!	Total Geral	
23	abril	55,74%	44,26%	100,00%	
24	Total Geral	55,74%	44,26%	100,00%	
25					

16

Na planilha do AGL deve ser colocado o valor percentual do mês correspondente, entretanto o valor final do indicador será o percentual de “oportuno” no acumulado do ano.

**OBSERVAÇÕES**

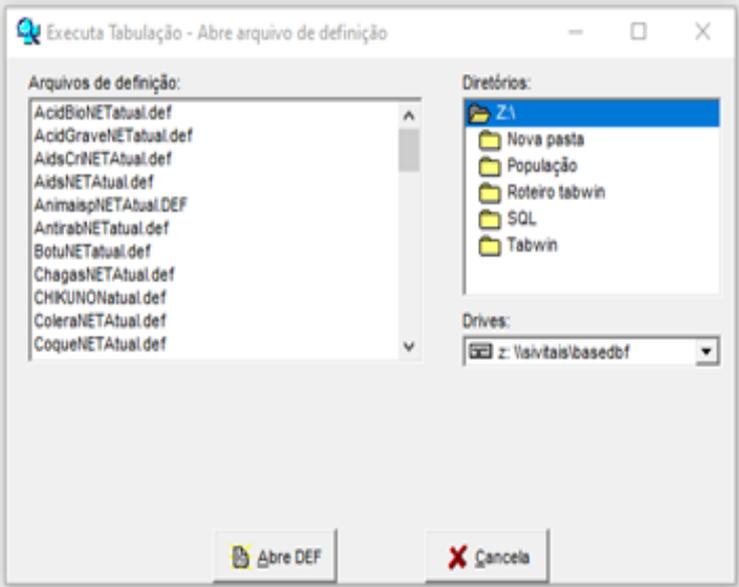
É necessário se atentar que o indicador é encerramento em 60 dias, portanto o mês em que este prazo não estiver findado espera-se que o indicador esteja com um número baixo pois terão muitas datas de encerramento vazias. Importante deixar esta observação relatada na planilha do AGL e a cada mês corrigir os percentuais já lançados.

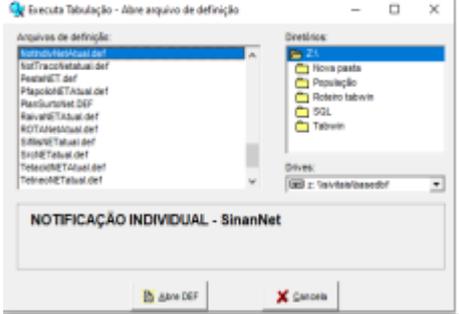
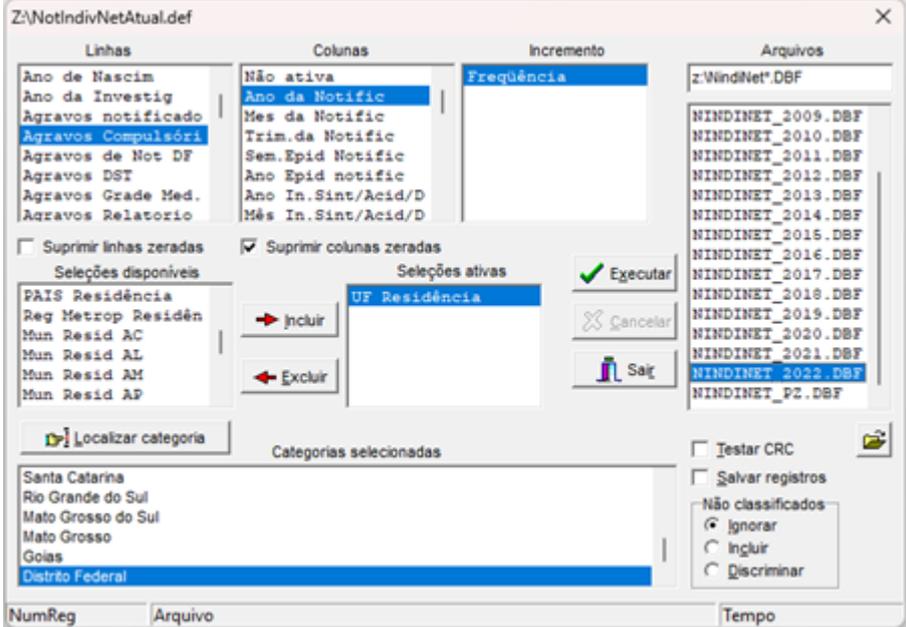
## Indicador 2: Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN

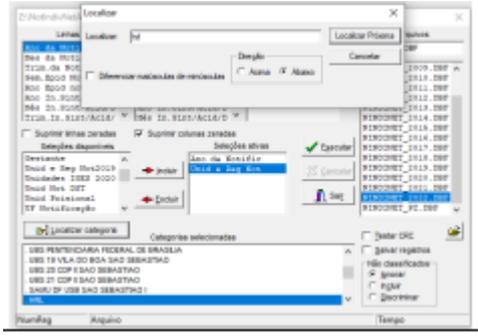
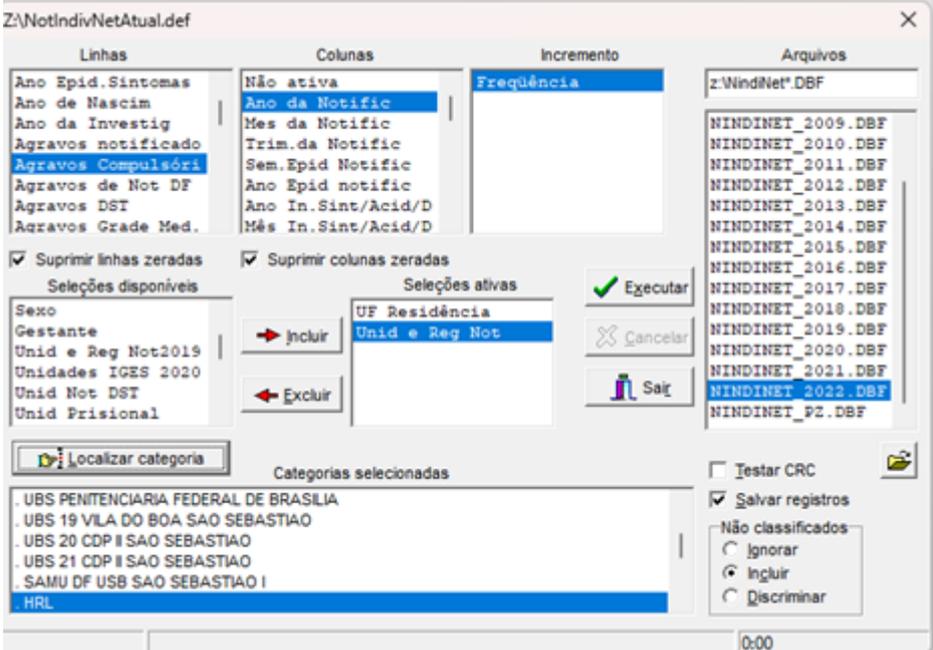
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	2
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN
<b>Conceituação</b>	Este indicador mensura o preenchimento correto dos campos Distrito e Bairro no SINAN, importante para garantir a fidedignidade dos dados. A relação de DNC é definida na PORTARIA GM/MS Nº 2.010, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2023 e para o cálculo desse indicador foram incluídos todos os agravos que são notificados no SINAN Net e online
<b>Usos</b>	Permite avaliar e monitorar a capacidade de coleta de informações essenciais da população afetada por DNC para possibilitar a completa análise epidemiológica e o consequente direcionamento de políticas públicas assertivas.
<b>Limitações</b>	Registro de informações com dados inválidos.
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>Numerador:</b> Total de campos de Distrito e Bairro das DNC preenchidos com dados válidos. <b>Denominador:</b> Total de registros de DNC, notificados no período da avaliação. <b>Fator de multiplicação:</b> 100.
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	A coleta de dados é mensal e o monitoramento é quadrimestral.
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual.
<b>Parâmetro</b>	
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Resultado expresso mês a mês
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Média mensal durante o ano
<b>Estratificação</b>	Por unidade notificadora
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SVS/DIVEP/GECAMP
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SVS
<b>Descrição da Meta</b>	85% - Baseado em série histórica.

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

<b>Acordo de Gestão Local - AGL</b>	
<b>TEMA</b>	Gestão da qualidade e segurança do paciente
<b>INDICADOR</b>	Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN
<b>PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR</b>	
<b>Passo a passo para coletar o Numerador</b>	
<b>1</b>	<p>Todas as Doenças de Notificação listadas a seguir e notificadas no SINAN são objetos desse POP (PORTARIA Nº 508, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2023):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acidente de trabalho com exposição a material biológico</li> <li>2. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes</li> <li>3. Acidente por animal peçonhento</li> <li>4. Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva</li> <li>5. Botulismo</li> <li>6. Cólera</li> <li>7. Coqueluche</li> <li>8. Dengue</li> <li>9. Difteria</li> <li>10. Doença de Chagas Aguda</li> <li>11. Doença de Creutzfeldt-Jacob</li> <li>12. Doença Meningocócica e outras meningites</li> <li>13. Antraz pneumônico</li> <li>14. Tularemia</li> <li>15. Varíola</li> <li>16. Arenavírus</li> <li>17. Ebola</li> <li>18. Marburg</li> <li>19. Lassa</li> <li>20. Febre purpúrica brasileira</li> <li>21. Doença aguda pelo vírus Zika</li> <li>22. Esquistossomose</li> <li>23. Febre Amarela</li> <li>24. Febre de Chikungunya</li> <li>25. Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública</li> <li>26. Febre Maculosa e outras Riquetisioses</li> <li>27. Febre Tifoide</li> <li>28. Hanseníase</li> <li>29. Hantavirose</li> <li>30. Hepatites virais</li> <li>31. HIV/AIDS</li> <li>32. Intoxicação Exógena</li> <li>33. Leishmaniose Tegumentar Americana</li> <li>34. Leishmaniose Visceral</li> <li>35. Leptospirose</li> <li>36. Malária na região extra-Amazônica</li> </ol>

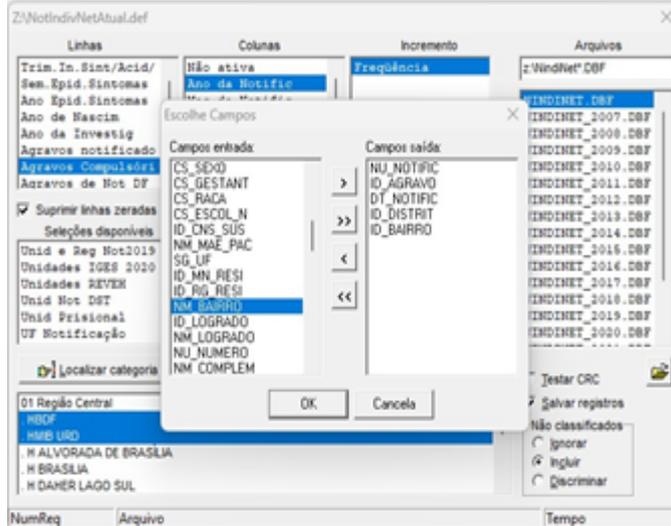
	<p>37. Papilomavírus Humano (HPV)  38. Parotidite (caxumba)  39. Poliomielite por poliovírus selvagem  40. Peste  41. Raiva humana  42. Síndrome da Rubéola Congênita  43. Sarampo  44. Rubéola  45. Sífilis Adquirida  46. Sífilis Congênita  47. Sífilis em gestante  48. Síndrome da Paralisia Flácida Aguda  49. Tétano Acidental  50. Tétano Neonatal  51. Toxoplasmose gestacional, congênita, neurotoxoplasmose e toxoplasmose ocular  52. Tuberculose  53. Varicela  54. Violência</p>
2	Abrir o Tabwin
3	Clicar no item “Executar tabulação”
4	<p>No campo “Drives” selecionar o diretório “Z” (\\sivitais\basedbf)</p> 
5	Para os agravos do “NotIndiv” - No campo “Arquivos de definição” selecione “NotIndivNetAtual.def” que é o banco de notificações individuais;

	
6	Clique em “Abre DEF”
7	No campo “Linhas” selecione “Agravos Compulsóri”;
8	No campo “Colunas” selecione “Ano da Notificação”
9	No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir”
10	<p>No campo “Categorias selecionadas” selecione “Distrito Federal”</p> 
11	No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir”
12	No campo “Categorias selecionadas” será listada várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”;

<p>13</p>	<p>Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse</p> 
<p>14</p>	<p>No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse</p>
<p>15</p>	<p>Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse;</p> 
<p>16</p>	<p>Clique em Executar</p>
<p>17</p>	<p>Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”;</p>
<p>18</p>	<p>Uma caixa de “Escolhe campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”;</p>

19

Repita o processo do item 18 com os campos: "ID\_AGRAVO", "DT\_NOTIFIC", "ID\_DISTRICT" e "ID\_BAIRRO". É muito importante que todos os bancos sejam baixados nessa ordem;

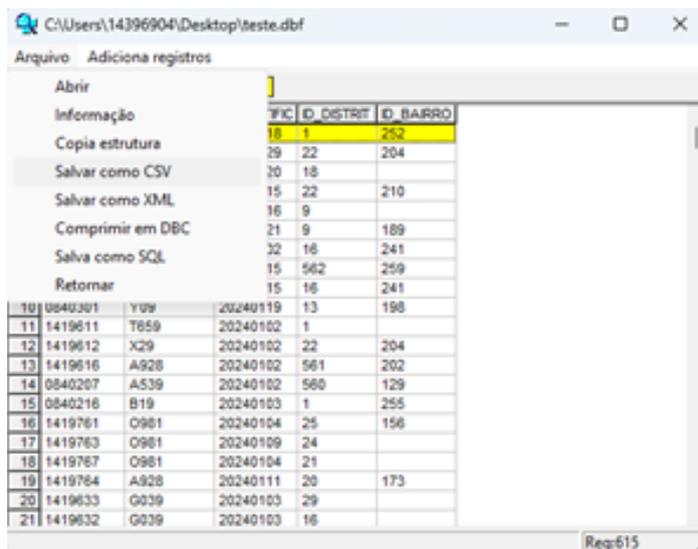


20

Depois em "OK". O arquivo será salvo em formato dBase III plus;

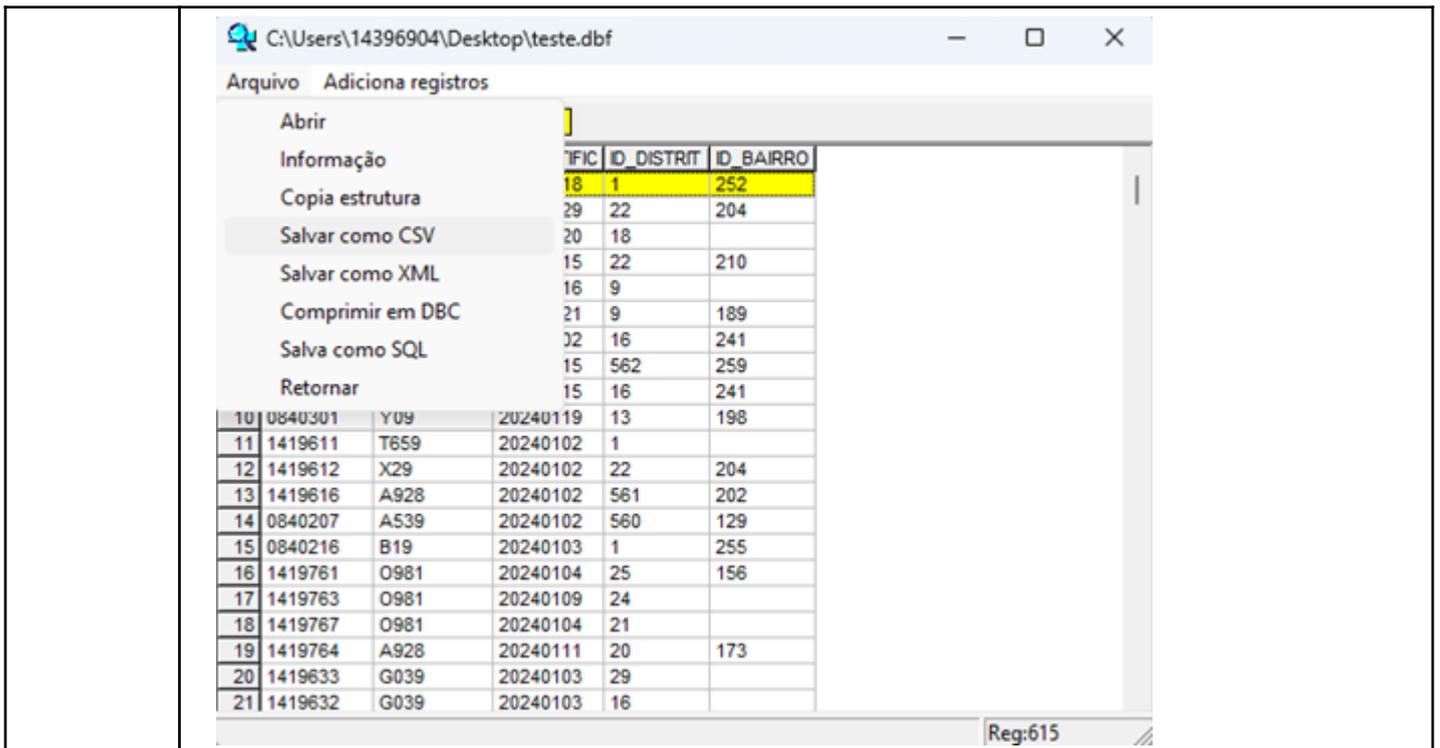
21

Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em "Arquivo" e depois em "Salvar como CSV" e feche o programa;

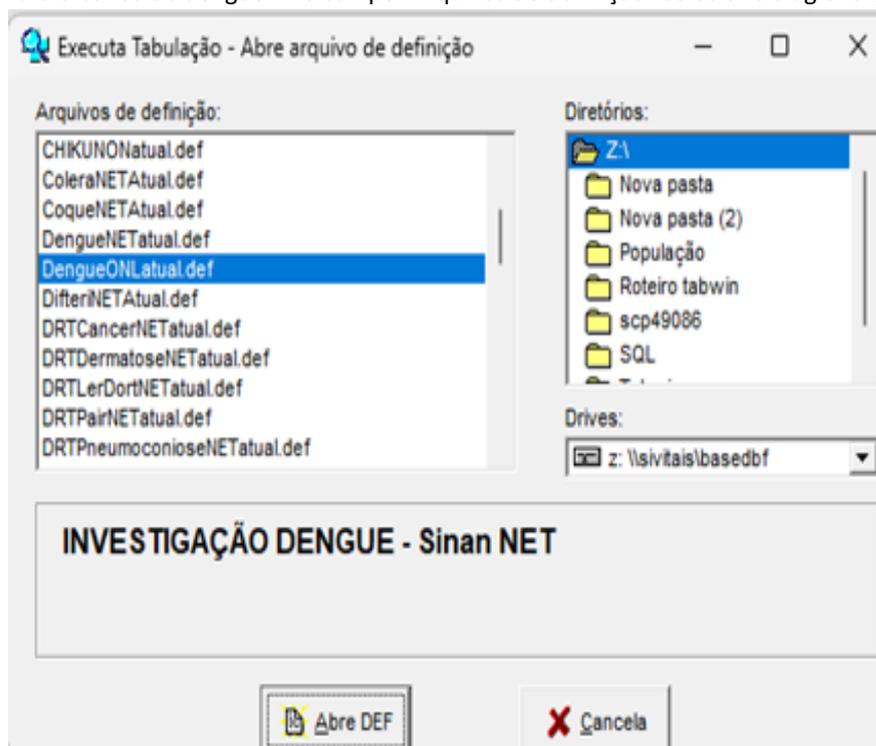


22

Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em "Arquivo" e depois em "Salvar como CSV" e feche o programa;



Para o banco de dengue - No campo “Arquivos de definição” selecione o agravo Dengue “DengueONatual.def”;



24 Clique em “Abre DEF”

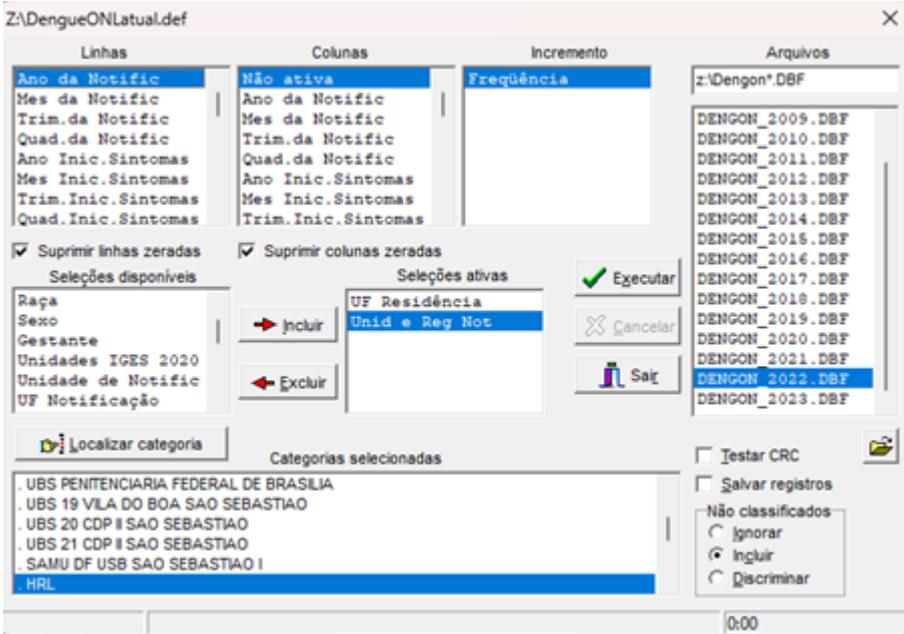
25 No campo “Linhas” selecione “Ano da Notific”

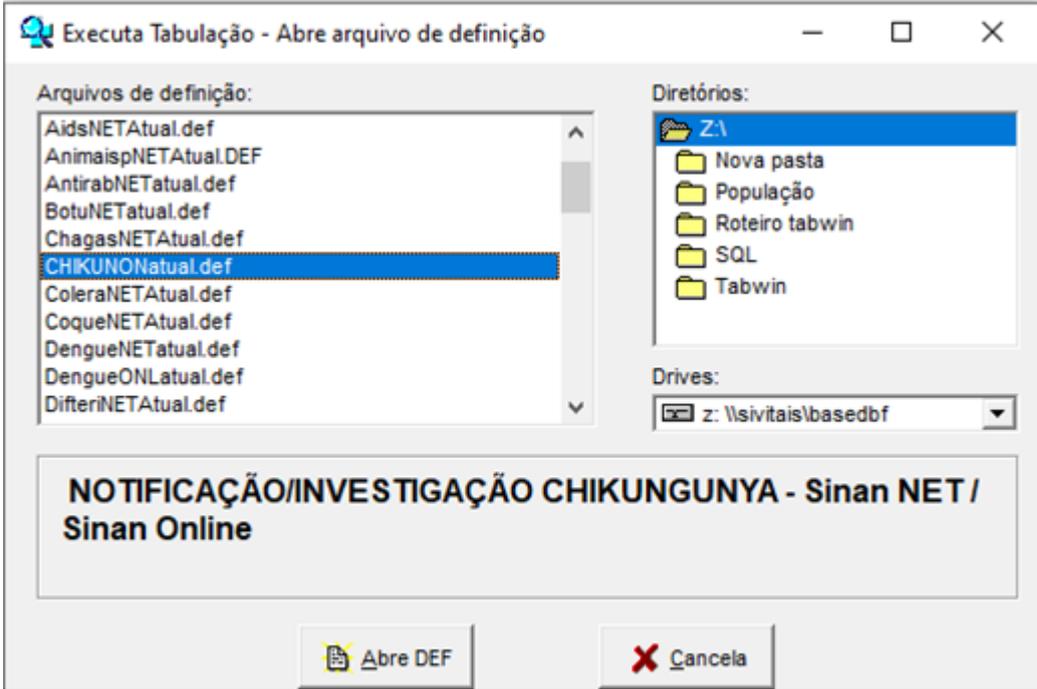
26 No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir”

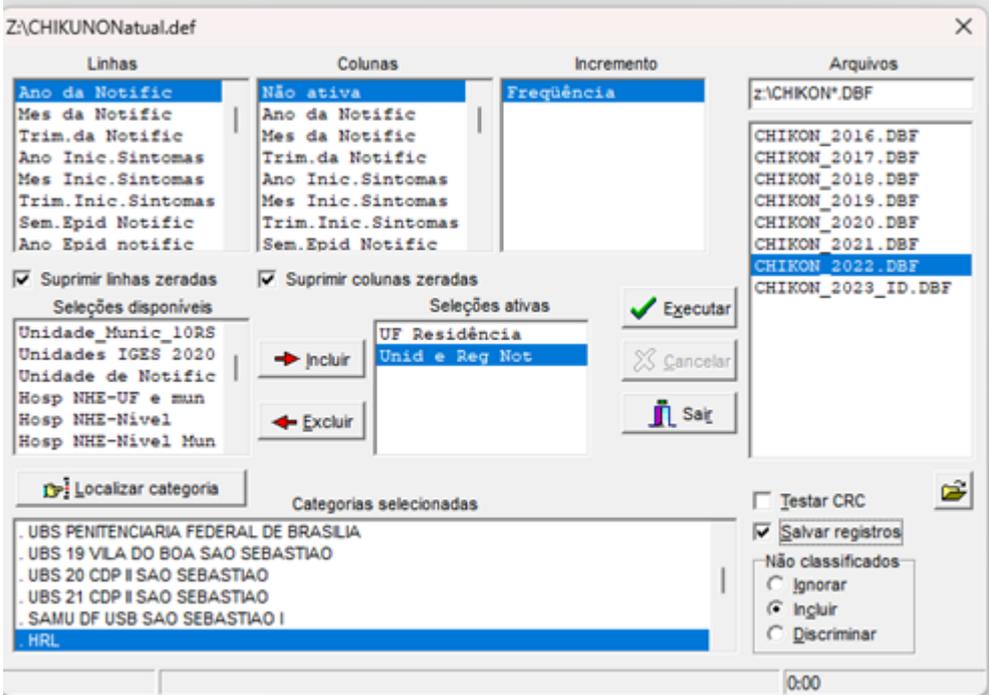
27 No campo “Categorias selecionadas” será listada vários Estados, selecione “Distrito Federal”

28 No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir”

29 No campo “Categorias selecionadas” será listada várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”;

30	Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse;
31	No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse
32	<p>Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e no campo Não Classificados “Incluir”;</p> 
33	Clique em Executar
34	Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”;
35	Uma caixa de “Escolhe campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”;
36	Repita o processo do item 35 com os campos: “ID_AGRAVO”, “DT_NOTIFIC”, “ID_DISTRI” e “ID_BAIRRO”;
37	Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus;
38	Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção na planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”;
39	Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa;

40	<p>Para o banco de Chikungunya - No campo "Arquivos de definição" selecione o agravo Chikungunya "CHIKUNONatual.def";</p> 
41	Clique em "Abre DEF"
42	No campo "Linhas" selecione "Ano da Notific"
43	No campo "Seleção disponíveis" clique em "UF Residência" e depois na seta "Incluir"
44	No campo "Categorias selecionadas" será listada vários Estados, selecione "Distrito Federal"
45	No campo "Seleção disponíveis" clique em "Unid e Reg Not" e depois na seta "Incluir"
46	No campo "Categorias selecionadas" será listada várias unidades de saúde. Para filtrar clique em "Localizar Categoria"
47	Na caixa "Localizar" digite a unidade de saúde de interesse e clique em "Localizar Próxima" e em seguida feche a caixa "Localizar" deixando selecionada a unidade de interesse
48	No campo "Arquivos" selecione o ano do banco de dados de interesse

49	<p>Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e no campo Não Classificados “Incluir”;</p> 
50	Clique em Executar
51	Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”;
52	Uma caixa de “Escolhe campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”;
53	Repita o processo do item 51 com os campos: “ID_AGRAVO”, “DT_NOTIFIC”, “ID_DISTRI” e “ID_BAIRRO”;
54	Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus;
55	Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção na planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”;
56	Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa;
57	Abrindo os bancos no Excel - Abra o programa Excel. Use uma mesma planilha para todos os banco para facilitar a análise;
58	<p>Vá para a pasta “Dados” e no campo “Obter dados externos” selecione dados “De Texto”;</p> 
59	Uma caixa para importar arquivos de texto será aberta. Selecione o arquivo que foi gerado pelo Tabwin e clique em “Importar”
60	Um caixa “Assistente de importação de texto – Etapa 1 de 3” será aberta. Selecione o campo “Delimitado” e clique em “Avançar”

61

Assistente de importação de texto - etapa 1 de 3

O assistente de texto especificou os dados como Delimitado.  
Se estiver correto, escolha 'Avançar' ou escolha o tipo que melhor descreva seus dados.

Tipo de dados originais

Escolha o tipo de campo que melhor descreva seus dados:

Delimitado - Caracteres como vírgulas ou tabulações separam cada campo.

Largura fixa - Campos são alinhados em colunas com espaços entre cada campo.

Iniciar importação na linha: 1 Origem do arquivo: MS-DOS (PC-8)

Meus dados possuem cabeçalhos.

Visualização do arquivo C:\Users\14396904\Desktop\Teste Distrito.csv

```

1 "NU_NOTIFIC", "ID_AGRAVO", "ID_DISTRI", "ID_BAIRRO"
2 "0752500", "A509", "", ""
3 "0752351", "W64", "23", "146"
4 "0752352", "W64", "97", "229"
5 "0750064", "W64", "23", "149"

```

Cancelar < Voltar Avançar > Concluir

62

Na próxima tela, Etapa 2 de 3, na caixa "Delimitador" selecione "vírgula". Observe que ao fazer essa seleção a visualização de dados irá mostrar as colunas formadas. Confira se está correta a tabela e clique em "Avançar";

Assistente de importação de texto - etapa 2 de 3

Esta tela permite que você defina os delimitadores contidos em seus dados. Você pode ver como seu texto é afetado na visualização abaixo.

Delimitadores

Tabulação

Ponto e vírgula

Vírgula

Espaço

Outros:

Considerar delimitadores consecutivos como um só

Qualificador de texto: \*

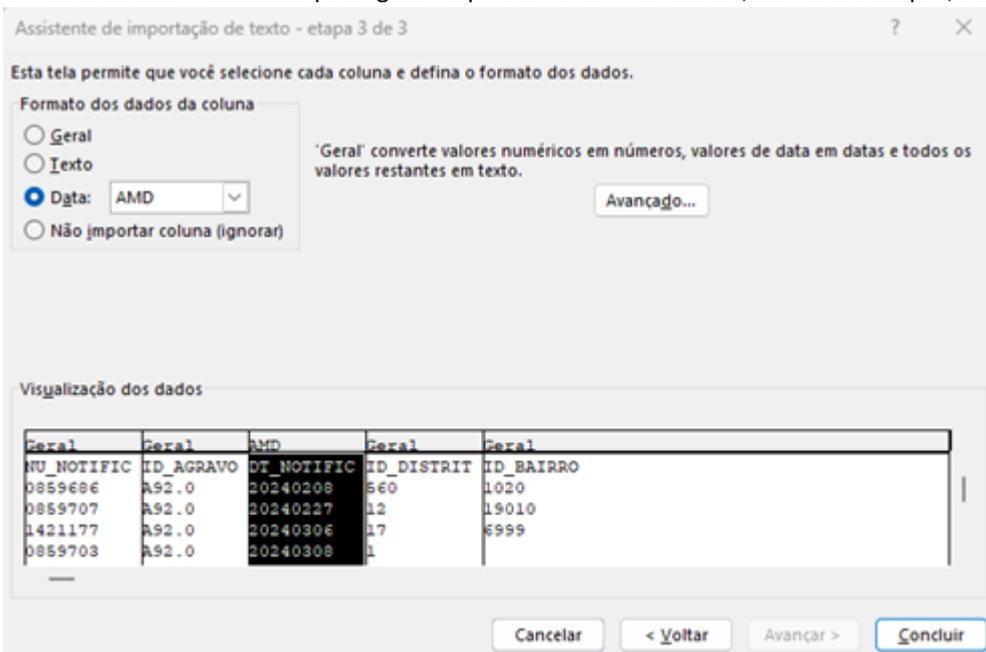
Visualização dos dados

NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	ID_DISTRI	ID_BAIRRO
0859686	A92.0	20240208	560	1020
0859707	A92.0	20240227	12	19010
1421177	A92.0	20240306	17	6999
0859703	A92.0	20240308	1	

Cancelar < Voltar Avançar > Concluir

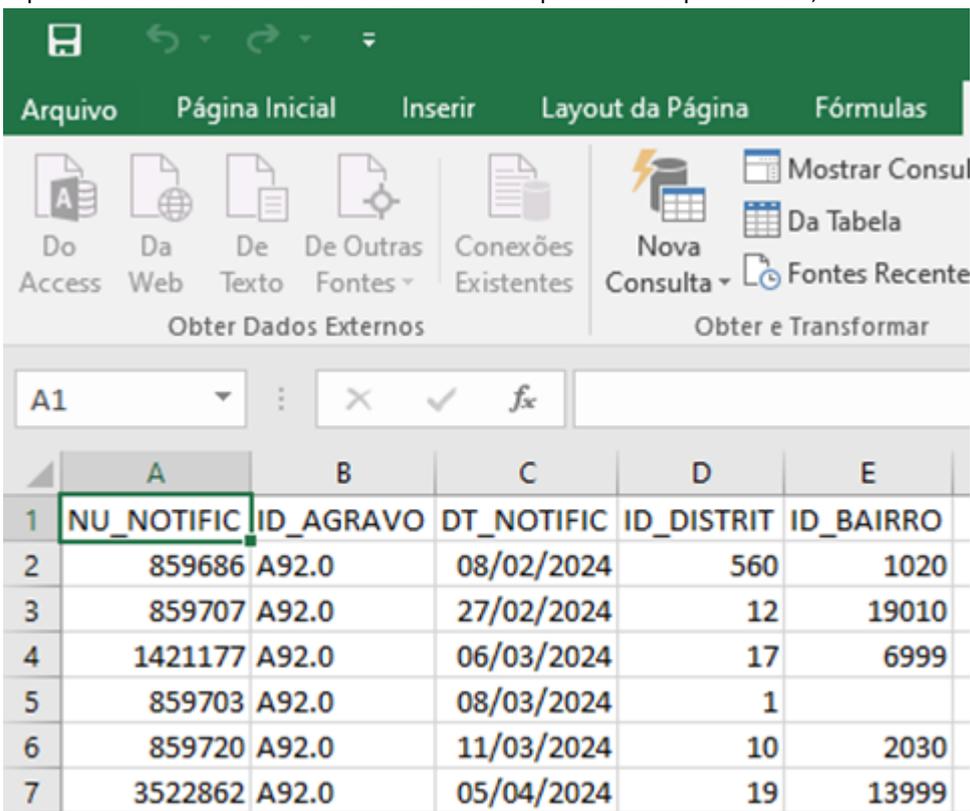
63

Na etapa 3 de 3 selecione a coluna “DT\_NOTIFIC” e em “Formato dos dados da coluna” selecione “Data” e escolha o formato “AMD” que significa que a data está em ano, mês e dia. Após, clique em “Concluir”;



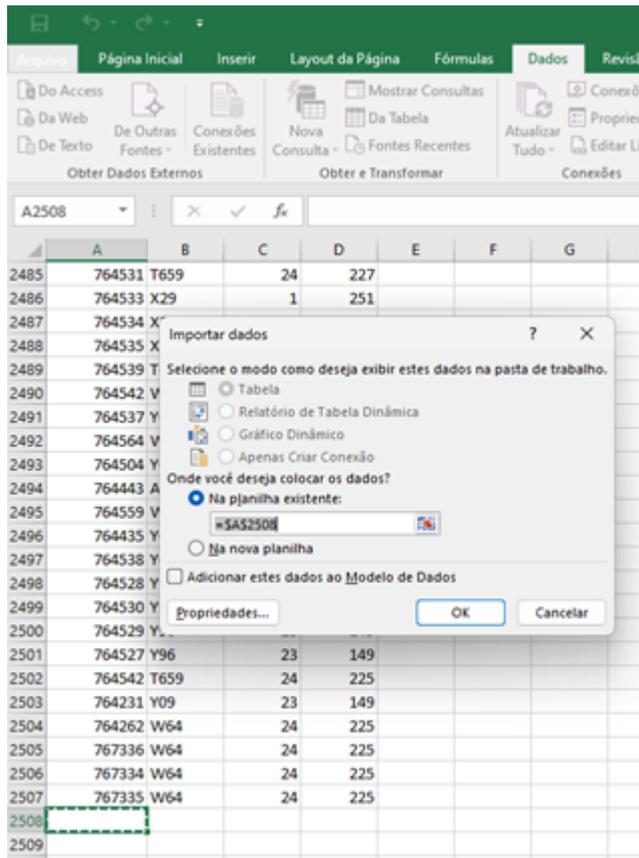
64

Uma nova janela “Importar dados” irá abrir, com a pergunta aonde você deseja importar os dados. Selecione a célula do início da planilha e clique em “ok”;



65

Siga as orientações dos itens 57 a 62 para o próximo banco. Quando a caixa de “Importar dados” abrir solicitando a informação de onde o banco deve ser colado selecione a primeira célula em branco da coluna “A”;



O novo banco será colado abaixo do primeiro. Exclua a nova linha de título, para que os bancos fiquem unidos;

66

	A	B	C	D	E	F
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	ID_DISTRIT	ID_BAIRRO	
2	859686	A92.0	08/02/2024	560	1020	
3	859707	A92.0	27/02/2024	12	19010	
4	1421177	A92.0	06/03/2024	17	6999	
5	859703	A92.0	08/03/2024	1		
6	859720	A92.0	11/03/2024	10	2030	
7	3522862	A92.0	05/04/2024	19	13999	
8	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	ID_DISTRIT	ID_BAIRRO	
9	1419873	A379	16/01/2024	9		
10	1419612	X29	02/01/2024	22	204	
11	1419633	G039	03/01/2024	29		
12	1419632	G039	03/01/2024	16		
13	1419698	X29	08/01/2024	24	225	
14	1419872	X29	18/01/2024	31	168	
15	840237	G039	12/01/2024	17	222	
16	840278	G039	18/01/2024	10	182	
17	1419981	X29	23/01/2024	13	203	
18	1419929	X29	22/01/2024	18		
19	840276	G039	18/01/2024	19	236	
20	840291	G039	22/01/2024	19	236	
21	1420157	X29	30/01/2024	9	189	

67

Repita essa operação para todos os bancos;

68

Ao lado da coluna "ID\_BAIRRO" crie duas novas colunas, uma com o nome "Distrito" e outra com o nome "Bairro";

	A	B	C	D	E	F
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	ID_DISTRIT	ID_BAIRRO	Distrito	Bairro
2	752500	A509				
3	752351	W64	23	146		
4	752352	W64	97	229		
5	750064	W64	23	149		
6	750063	W64	23	149		
7	750065	A509	23	147		
8	752147	X29				
9	752361	W64	31	168		

Ao lado da coluna “DT\_NOTIFIC” crie uma nova coluna com o nome “Mês”;

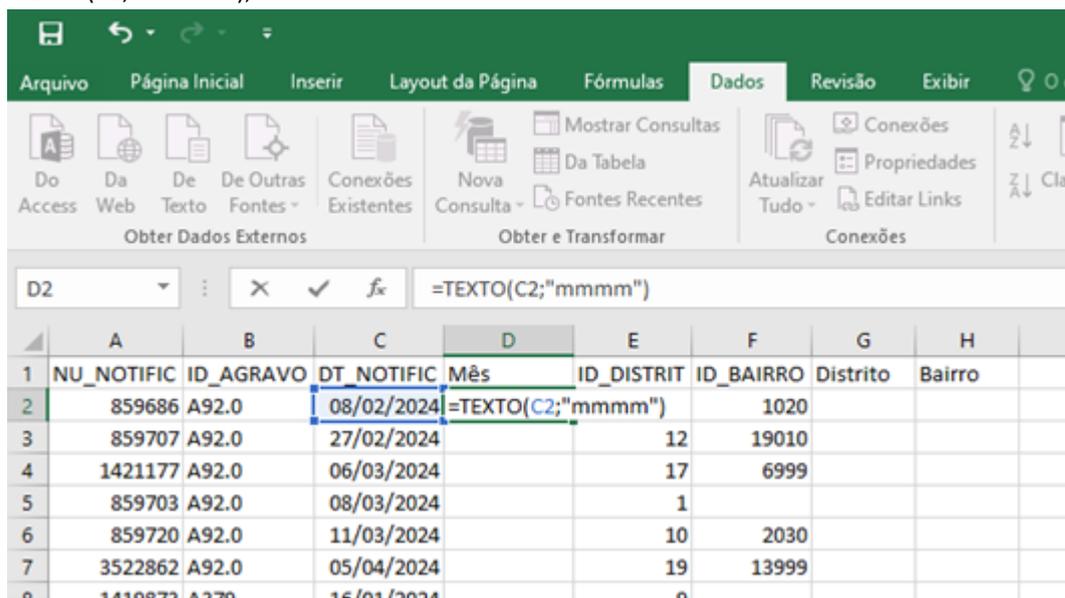
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	Mês	ID_DISTRIT	ID_BAIRRO	Distrito	Bairro	
2	859686	A92.0	08/02/2024		560	1020			
3	859707	A92.0	27/02/2024		12	19010			
4	1421177	A92.0	06/03/2024		17	6999			
5	859703	A92.0	08/03/2024		1				
6	859720	A92.0	11/03/2024		10	2030			
7	3522862	A92.0	05/04/2024		19	13999			
8	1419873	A379	16/01/2024		9				
9	1419612	X29	02/01/2024		22	204			
10	1419633	G039	03/01/2024		29				
11	1419632	G039	03/01/2024		16				
12	1419698	X29	08/01/2024		24	225			

69

70

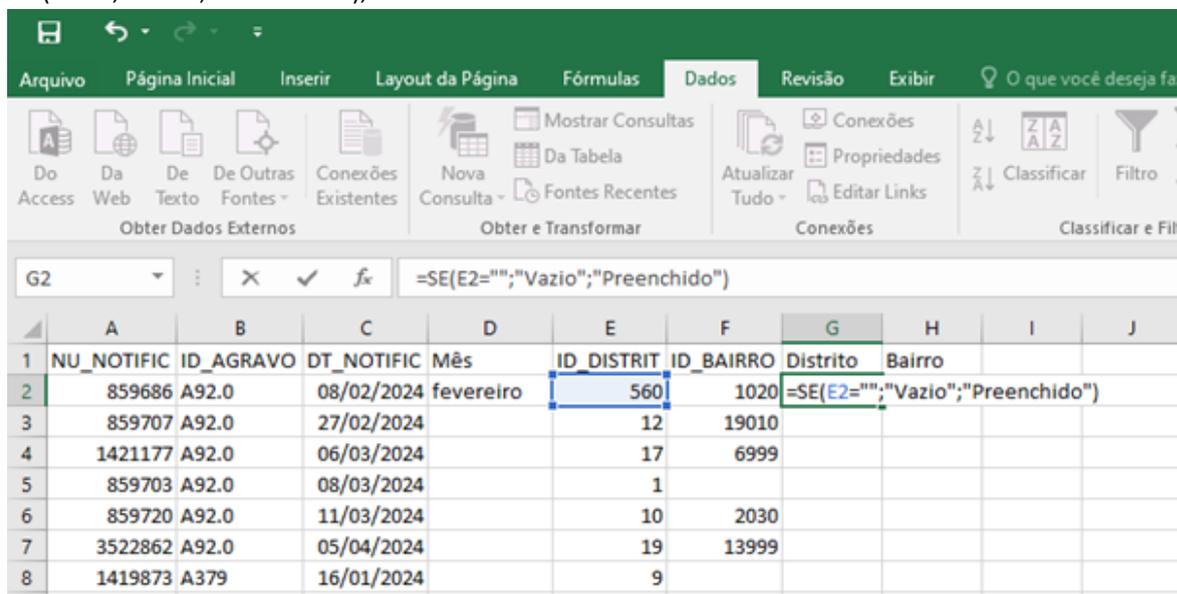
Na primeira linha da coluna “Mês” escreva a fórmula para extrairmos o mês da data de notificação: “=Texto” e abre o parentese “(”, depois selecione a primeira linha da coluna “DT\_NOTIFIC” seguido de “;”. Depois abre aspas e escreva “mmmm”. Feche as aspas e o parentese e dê Enter. A fórmula ficará assim:

=TEXTO(C2;"mmmm");



Na primeira linha da coluna "Distrito" escreva a fórmula de condição: "=SE" e abre o parentese "(", depois selecione a primeira linha da coluna "ID\_DISTRIT" seguido de "=" e duas aspas sem nada no meio "" seguido de ";;", que significa a condição de que se esse campo estiver em branco a ação pedida na fórmula deve ser seguida.

Após o ";;" coloque entre aspas o que deve aparecer se a célula estiver em branco, nesse caso vamos pedir para o excel substituir a cédula em branco pela palavra "vazio" seguido de ";" e depois vamos colocar o que deverá aparecer caso a célula estiver preenchida, nesse caso será "Preenchido". Dê Enter. A fórmula final ficará `=SE(E2="";"Vazio";"Preenchido")`;



	A	B	C	D	E	F	G	H
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	Mês	ID_DISTRIT	ID_BAIRRO	Distrito	Bairro
2	859686	A92.0	08/02/2024	fevereiro	560	1020	Preenchido	
3	859707	A92.0	27/02/2024		12	19010		
4	1421177	A92.0	06/03/2024		17	6999		
5	859703	A92.0	08/03/2024		1			
6	859720	A92.0	11/03/2024		10	2030		
7	3522862	A92.0	05/04/2024		19	13999		
8	1419873	A379	16/01/2024		9			
9	1419612	X29	02/01/2024		22	204		
10	1419633	G039	03/01/2024		29			
11	1419632	G039	03/01/2024		16			
12	1419698	X29	08/01/2024		24	225		
13	1419872	X29	18/01/2024		31	168		
14	840227	G039	12/01/2024		17	222		

72

Clique com o mouse sobre a primeira linha da coluna “Mês” ela ficará contornada de verde;

No canto inferior direito desse contorno verde aparecerá um quadradinho, dê dois cliques nele para que a fórmula seja copiada para todas as linhas;

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	Mês	ID_DISTRIT	ID_BAIRRO	Distrito	Bairro
2	859686	A92.0	08/02/2024	fevereiro	560	1020	Preenchido	
3	859707	A92.0	27/02/2024		12	19010		
4	1421177	A92.0	06/03/2024		17	6999		
5	859703	A92.0	08/03/2024		1			
6	859720	A92.0	11/03/2024		10	2030		
7	3522862	A92.0	05/04/2024		19	13999		
8	1419873	A379	16/01/2024		9			
9	1419612	X29	02/01/2024		22	204		
10	1419633	G039	03/01/2024		29			

73

74

Repita a operação com a coluna Distrito;

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	Mês	ID_DISTRIT	ID_BAIRRO	Distrito	Bairro
2	859686	A92.0	08/02/2024	fevereiro	560	1020	Preenchido	
3	859707	A92.0	27/02/2024	fevereiro	12	19010	Preenchido	
4	1421177	A92.0	06/03/2024	março	17	6999	Preenchido	
5	859703	A92.0	08/03/2024	março	1		Preenchido	
6	859720	A92.0	11/03/2024	março	10	2030	Preenchido	
7	3522862	A92.0	05/04/2024	abril	19	13999	Preenchido	
8	1419873	A379	16/01/2024	janeiro	9		Preenchido	
9	1419612	X29	02/01/2024	janeiro	22	204	Preenchido	
10	1419633	G039	03/01/2024	janeiro	29		Preenchido	
11	1419632	G039	03/01/2024	janeiro	16		Preenchido	
12	1419698	X29	08/01/2024	janeiro	24	225	Preenchido	
13	1419872	X29	18/01/2024	janeiro	31	168	Preenchido	
14	840237	G039	12/01/2024	janeiro	17	222	Preenchido	
15	840278	G039	18/01/2024	janeiro	10	182	Preenchido	
16	1419981	X29	23/01/2024	janeiro	13	203	Preenchido	
17	1419929	X29	22/01/2024	janeiro	18		Preenchido	
18	840276	G039	18/01/2024	janeiro	19	236	Preenchido	
19	840291	G039	22/01/2024	janeiro	19	236	Preenchido	
20	1420157	X29	30/01/2024	janeiro	9	189	Preenchido	

75

Novamente clique na primeira linha da coluna “Distrito” para que ela fique contornada de verde e no quadrado que aparece puxe para a direita, para que a fórmula seja copiada para a primeira linha da coluna “Bairro”;

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	Mês	ID_DISTRIT	ID_BAIRRO	Distrito	Bairro	
2	859686	A92.0	08/02/2024	fevereiro	560	1020	Preenchido	Preenchido	
3	859707	A92.0	27/02/2024	fevereiro	12	19010	Preenchido		
4	1421177	A92.0	06/03/2024	março	17	6999	Preenchido		
5	859703	A92.0	08/03/2024	março	1		Preenchido		
6	859720	A92.0	11/03/2024	março	10	2030	Preenchido		
7	3522862	A92.0	05/04/2024	abril	19	13999	Preenchido		
8	1419873	A379	16/01/2024	janeiro	9		Preenchido		
9	1419612	X29	02/01/2024	janeiro	22	204	Preenchido		

76

Clique na primeira linha da coluna “Bairro” para que ela fique contornada de verde e no quadrado que aparece dê dois cliques para que a fórmula seja copiada para as outras linhas;

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	NU_NOTIFIC	ID_AGRAVO	DT_NOTIFIC	Mês	ID_DISTRIT	ID_BAIRRO	Distrito	Bairro	
2	859686	A92.0	08/02/2024	fevereiro	560	1020	Preenchido	Preenchido	
3	859707	A92.0	27/02/2024	fevereiro	12	19010	Preenchido	Preenchido	
4	1421177	A92.0	06/03/2024	março	17	6999	Preenchido	Preenchido	
5	859703	A92.0	08/03/2024	março	1		Preenchido	Vazio	
6	859720	A92.0	11/03/2024	março	10	2030	Preenchido	Preenchido	
7	3522862	A92.0	05/04/2024	abril	19	13999	Preenchido	Preenchido	
8	1419873	A379	16/01/2024	janeiro	9		Preenchido	Vazio	
9	1419612	X29	02/01/2024	janeiro	22	204	Preenchido	Preenchido	
10	1419633	G039	03/01/2024	janeiro	29		Preenchido	Vazio	
11	1419632	G039	03/01/2024	janeiro	16		Preenchido	Vazio	
12	1419698	X29	08/01/2024	janeiro	24	225	Preenchido	Preenchido	
13	1419872	X29	18/01/2024	janeiro	31	168	Preenchido	Preenchido	
14	840237	G039	12/01/2024	janeiro	17	222	Preenchido	Preenchido	
15	840278	G039	18/01/2024	janeiro	10	182	Preenchido	Preenchido	
16	1419981	X29	23/01/2024	janeiro	13	203	Preenchido	Preenchido	

**Passo a passo para coletar o Denominador**

1

O denominador são todas as doenças de notificação compulsória inseridas no SINAN no mês correspondente.

**Passo a passo para fazer o cálculo do resultado**

1

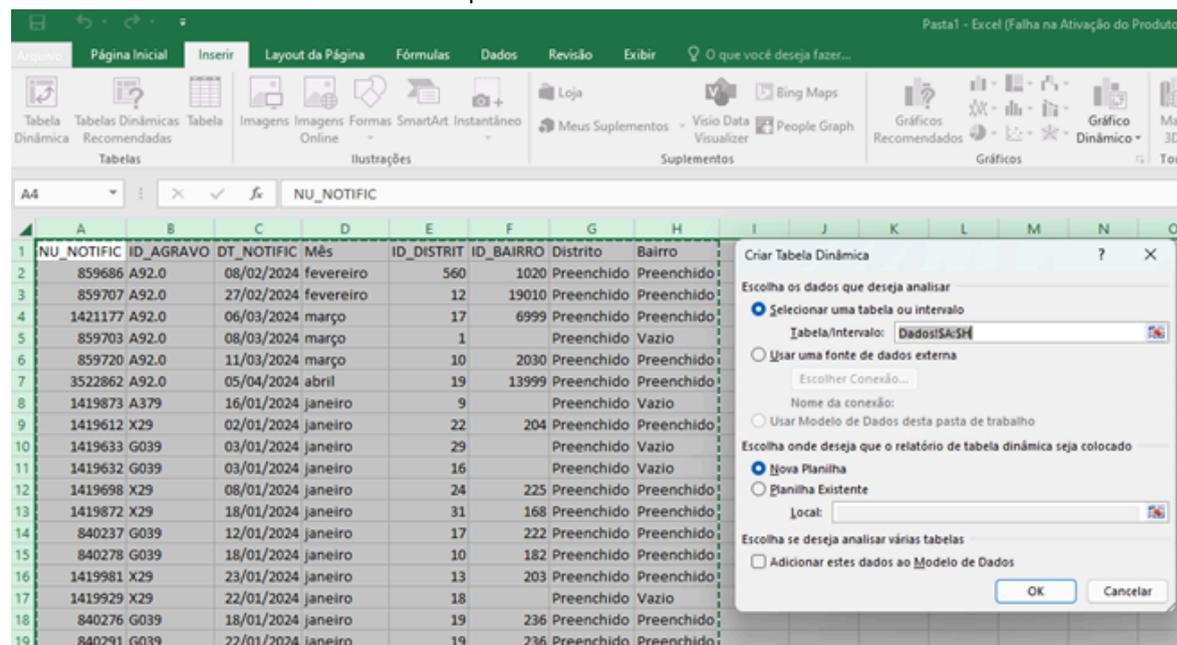
Abra uma nova aba na planilha com o nome “Tabela Dinâmica”

Na planilha dos dados, selecione toda a tabela e depois clique em “Inserir” e depois clique em “Tabela Dinâmica”

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
4	1421177	A92.0	06/03/2024	março	17	6999	Preenchido	Preenchido	
5	859703	A92.0	08/03/2024	março	1		Preenchido	Vazio	
6	859720	A92.0	11/03/2024	março	10	2030	Preenchido	Preenchido	
7	3522862	A92.0	05/04/2024	abril	19	13999	Preenchido	Preenchido	
8	1419873	A379	16/01/2024	janeiro	9		Preenchido	Vazio	
9	1419612	X29	02/01/2024	janeiro	22	204	Preenchido	Preenchido	
10	1419633	G039	03/01/2024	janeiro	29		Preenchido	Vazio	
11	1419632	G039	03/01/2024	janeiro	16		Preenchido	Vazio	
12	1419698	X29	08/01/2024	janeiro	24	225	Preenchido	Preenchido	
13	1419872	X29	18/01/2024	janeiro	31	168	Preenchido	Preenchido	
14	840237	G039	12/01/2024	janeiro	17	222	Preenchido	Preenchido	
15	840278	G039	18/01/2024	janeiro	10	182	Preenchido	Preenchido	
16	1419981	X29	23/01/2024	janeiro	13	203	Preenchido	Preenchido	

2

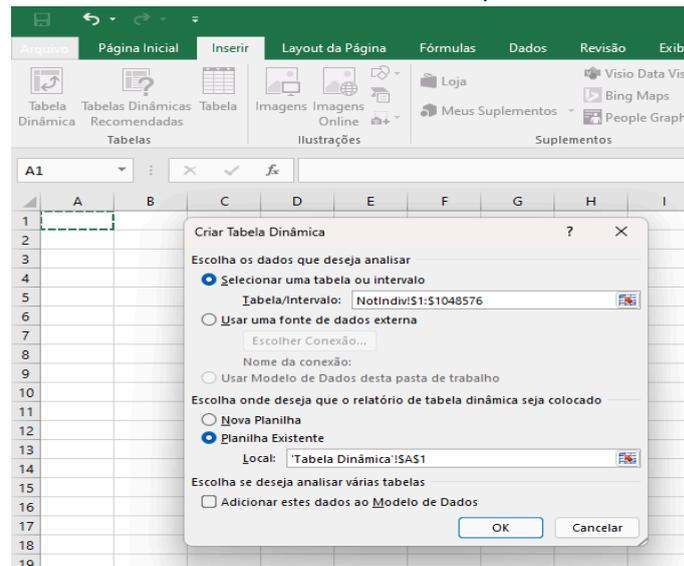
Uma caixa de “Criar Tabela Dinâmica” irá aparecer



3

No campo “Escolha onde deseja que o relatório de tabela dinâmica seja colocado” selecione a opção “Planilha Existente”

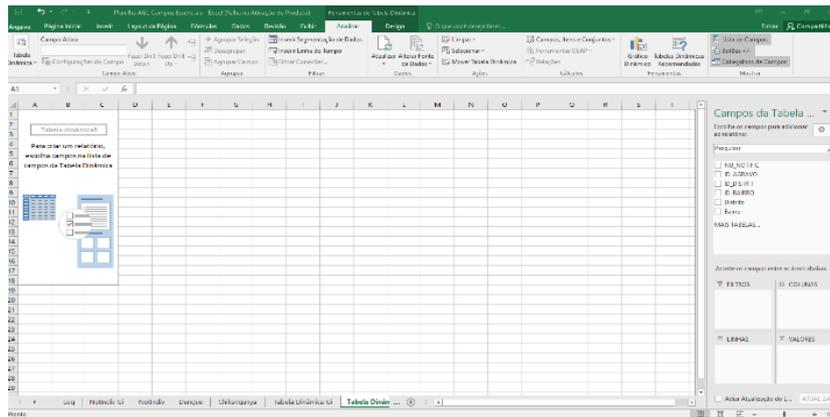
Abra a aba “Tabela Dinâmica” e selecione a primeira célula da planilha



5

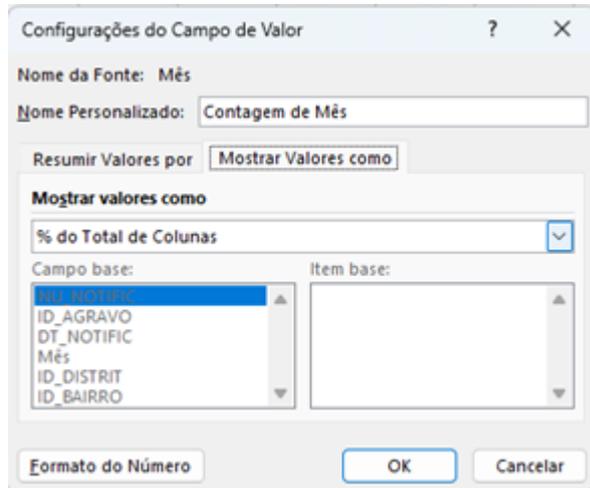
6

Depois clique em ok



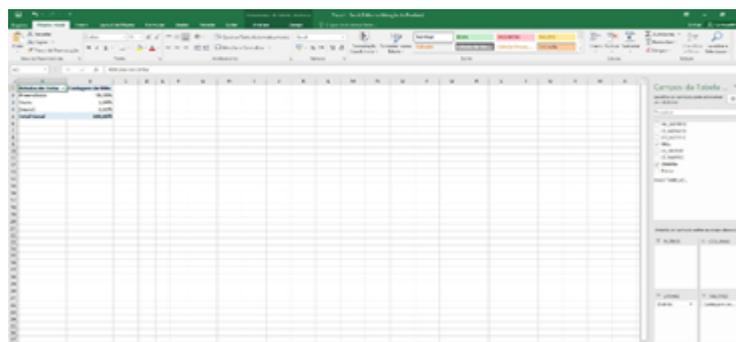
No quadro “Campos da Tabela” selecione “Mês” e arraste para o quadro “Valores”, clique na seta ao lado do nome “Contagem de...” e selecione “Configurações do campo de valor”. Na caixa que irá abrir vá em “Mostrar valores como” e selecione a opção “% do Total de Colunas” e clique em “OK”;

7



No quadro “Campos da Tabela” selecione “Distrito” e arraste para o quadro “Linhas”;

8



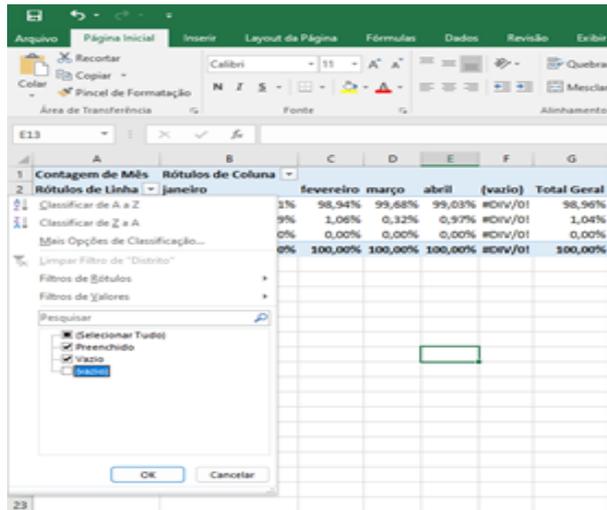
9

Selecione novamente o item “Mês” e puxe para o quadro “Colunas”;

10

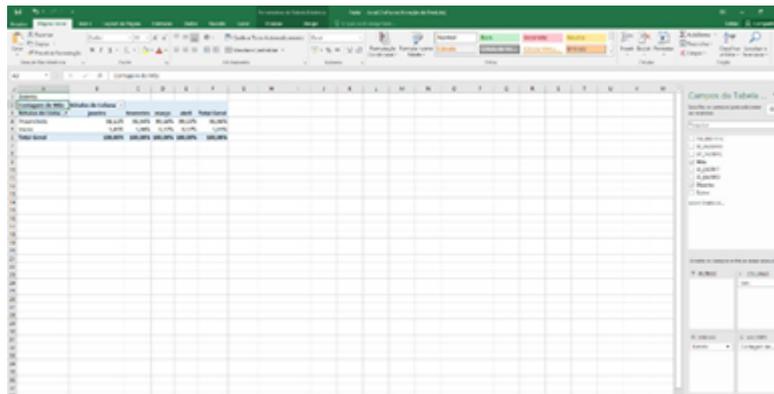
Se aparecer a palavra “(vazio)” na tabela e ela estiver zerada, vá em rótulos de linha e clique na seta ao lado e desmarque essa opção para que ela não apareça na tabela. Como ela não representa nenhum número ela não irá influenciar no cálculo. Se ela aparecer seguida de algum número significa que existem linhas em

branco na aba dos dados e esse erro precisa ser corrigido;



Ao final do processo irá aparecer o valor percentual dos campos preenchidos e vazios por mês;

11



Coloque um título para essa primeira tabela;

12

Contagem de Mês						
A	B	C	D	E	F	G
1	Distrito					
2	Contagem de Mês	Rótulos de Coluna				
3	Rótulos de Linha	janeiro	fevereiro	março	abril	Total Geral
4	Preenchido	98,11%	98,94%	99,68%	99,03%	98,96%
5	Vazio	1,89%	1,06%	0,32%	0,97%	1,04%
6	Total Geral	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7						

13

Repita o processo para “Bairro”;

		janeiro	fevereiro	março	abril	Total Geral
Distrito						
Preenchido		98,11%	98,94%	99,68%	99,03%	98,96%
Vazio		1,89%	1,06%	0,32%	0,97%	1,04%
Total Geral		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Bairro						
Preenchido		96,03%	95,52%	91,41%	93,23%	94,23%
Vazio		3,97%	4,48%	8,59%	6,77%	5,77%
Total Geral		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Cálculo a média dos percentuais dos campos “Preenchidos” do Distrito e Bairro por mês com a seguinte fórmula: digite “=” seguido da palavra “média” e o parentese “(“. Em seguida selecione o percentual preenchido do Distrito, depois “;” selecione o percentual preenchido do Bairro. Feche o parentese “)” e clique em “Enter”. Faça esse processo para cada mês. Nesse exemplo a fórmula ficará da seguinte forma:

17 janeiro =MÉDIA(INFODADOSTABELADINÂMICA("Mês";\$A\$2:"Mês";janeiro;"Distrito";"Preenchido");INFODADOSTABELADINÂMICA("Mês";\$A\$9:"Mês";janeiro;"Bairro";"Preenchido"))

14

15

Se o valor da média não aparecer em percentual vá em “Página Inicial”, “Número” e clique em “%”;

Distrito	Contagem de Mês				
Rótulos de Linha	janeiro	fevereiro	março	abril	Total Geral
Preenchido	98,11%	98,94%	99,68%	99,03%	98,96%
Vazio	1,89%	1,06%	0,32%	0,97%	1,04%
<b>Total Geral</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Bairro	Contagem de Mês				
Rótulos de Linha	janeiro	fevereiro	março	abril	Total Geral
Preenchido	96,03%	95,52%	91,41%	93,23%	94,23%
Vazio	3,97%	4,48%	8,59%	6,77%	5,77%
<b>Total Geral</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Médias Gerais	
Janeiro	97%
Fevereiro	
Março	
Abril	

O valor encontrado após esse cálculo é o valor final do indicador. Nesse exemplo 97% dos campos de Distrito e Bairro estavam preenchidos com dados válidos nos meses de janeiro e fevereiro e 96% preenchidos em março e abril.

16

Médias Gerais	
Janeiro	97%
Fevereiro	97%
Março	96%
Abril	96%

### OBSERVAÇÕES

Para o cálculo do indicador global, de todos os estabelecimentos do DF não se seleciona no campo “Seleção disponíveis” a “Unid e Reg Not”.

### Indicador 3: Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	3
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação.
<b>Conceituação</b>	O desenvolvimento de lesões por pressão nos cuidados em saúde é considerado um evento adverso. Além de prolongar a permanência dos pacientes internados, aumentam o risco de infecções e o custo do serviço de saúde, podendo também ser causas de reinternações após a alta hospitalar. A prevenção deste evento está alinhado às metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, conforme Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013.
<b>Usos</b>	Este indicador demonstra a quantidade de pacientes que foram avaliados nas últimas 24 horas de internação para risco de Lesão de Pressão.
<b>Limitações</b>	Déficit da equipe de enfermagem. Escala não padronizada no trackcare
<b>Fonte</b>	Busca ativa em prontuários.
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>Numerador:</b> Numerador: Soma dos prontuários de pacientes, no mês, de acordo com a amostra, que foram avaliados para o risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação, por ala da unidade de internação hospitalar (clínica, cirúrgica, intensiva, conforme o perfil do hospital). Considerar como “conforme” o paciente que teve ao menos uma avaliação de risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas em relação à data de coleta dos dados. Ou seja, para ser considerado apto para a avaliação, o paciente deve ter um período de internação superior a 24 horas. Ressalta-se que a expressão 'nas últimas 24 horas de internação' é um recorte temporal para auxiliar o avaliador na construção do indicador, tendo em vista que a avaliação de risco de lesão por pressão é diária e que essa expressão NÃO significa avaliar o paciente nas últimas 24 horas antes da alta. <b>Denominador:</b> Soma do número de prontuários de pacientes observados no período com internação superior a 24 horas, considerando todas as alas, multiplicado por 100.
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual.
<b>Parâmetro</b>	≥ 77%
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Resultado expresso mês a mês
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Por unidade hospitalar com leitos de internação.
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SAIS/APNH/CTSP

<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SAIS/CATES
<b>Descrição da Meta</b>	Manter o percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação na unidade maior ou igual a 77%.

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

Acordo de Gestão Regional - AGR	
<b>TEMA</b>	Gestão da qualidade e segurança do paciente
<b>INDICADOR</b>	Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação na unidade.
PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR	
<b>1</b>	Realizar busca ativa em prontuários;
<b>2</b>	Considerar o número de prontuários de pacientes com registro de avaliação de risco de lesão por pressão realizada nas últimas 24 horas de internação por ala da unidade hospitalar, de acordo com a amostra. Ao final, somar os prontuários que estavam com avaliação de risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação, em relação ao dia da coleta, de cada setor avaliado.
PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR	
<b>1</b>	O total de prontuários avaliados na amostra deve ser necessariamente múltiplo de 17. Isso significa que cada ala de internação (clínica, cirúrgica, intensiva, conforme o perfil do hospital) deve ter exatamente 17 prontuários avaliados. No final, somam-se os 17 prontuários de cada unidade avaliada. Caso o dia escolhido aleatoriamente não alcance os 17 prontuários com pacientes internados com tempo superior a 24 horas, escolher outro dia a fim de completar os 17 prontuários por ala.
PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO	
<b>1</b>	Somar o número de prontuários de paciente com avaliação do risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação, conforme orientação para coleta do numerador;
<b>2</b>	Dividir o valor encontrado pelo número de prontuários avaliados;
<b>3</b>	Multiplicar o valor encontrado por 100.
OBSERVAÇÕES:	
Paciente neonato considerar Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos (NSRAS); Paciente adulto considerar Escala Braden; Paciente pediátrico utilizar a Escala Braden-Q; Considerar pacientes internados com tempo superior a 24 horas, presentes no dia da coleta de dados; Para cálculo da amostra: sortear aleatoriamente 17 prontuários mensalmente por unidade de internação.	

## Indicador 4: Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	4
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação.
<b>Conceituação</b>	Um dos recursos para a prevenção da queda é a identificação precoce do risco de cair. A prevenção deste evento está alinhado às metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, conforme Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013.
<b>Usos</b>	Este indicador demonstra a quantidade de pacientes que foram avaliados nas últimas 24 horas de internação para risco de Queda.
<b>Limitações</b>	Déficit da equipe de enfermagem. Escala não padronizada no trakcare.
<b>Fonte</b>	Busca ativa em prontuários.
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<p><b>Numerador:</b> Soma dos prontuários de pacientes, no mês, de acordo com a amostra, que foram avaliados para o risco de queda nas últimas 24 horas de internação, por ala da unidade de internação hospitalar (clínica, cirúrgica, intensiva, conforme o perfil do hospital). Considerar como “conforme” o paciente que teve ao menos uma avaliação de risco de queda nas últimas 24 horas em relação à data de coleta dos dados. Ou seja, para ser considerado apto para a avaliação, o paciente deve ter um período de internação superior a 24 horas. Ressalta-se que a expressão 'nas últimas 24 horas de internação' é um recorte temporal para auxiliar o avaliador na construção do indicador, tendo em vista que a avaliação de risco de queda é diária e que essa expressão NÃO significa avaliar o paciente nas últimas 24 horas antes da alta.</p> <p><b>Denominador:</b> Soma do número de prontuários de pacientes observados no período com internação superior a 24 horas, considerando todas as alas, multiplicado por 100</p>
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual.
<b>Parâmetro</b>	$\geq 77\%$
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Resultado expresso mês a mês
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Por unidade hospitalar com leitos de enfermagem e UTI.
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SAIS/APNH/CTSP
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SAIS/CATES

<b>Descrição da Meta</b>	Manter o percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação na unidade maior ou igual a 77%.
--------------------------	--

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

<b>Acordo de Gestão Regional - AGR</b>	
<b>TEMA</b>	Gestão da qualidade e segurança do paciente
<b>INDICADOR</b>	Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação na unidade.
<b>PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR</b>	
<b>1</b>	Realizar busca ativa em prontuários;
<b>2</b>	Considerar o número de prontuários de pacientes com registro de avaliação de risco de queda realizada nas últimas 24 horas de internação por ala da unidade hospitalar, de acordo com a amostra. Ao final, somar os prontuários que estavam com avaliação de risco de queda nas últimas 24 horas de internação, em relação ao dia da coleta, de cada setor avaliado.
<b>PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR</b>	
<b>1</b>	O total de prontuários avaliados na amostra deve ser necessariamente múltiplo de 17. Isso significa que cada ala de internação (clínica, cirúrgica, intensiva, conforme o perfil do hospital) deve ter exatamente 17 prontuários avaliados. No final, somam-se os 17 prontuários de cada unidade avaliada. Caso o dia escolhido aleatoriamente não alcance os 17 prontuários com pacientes internados com tempo superior a 24 horas, escolher outro dia a fim de completar os 17 prontuários por ala
<b>PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO</b>	
<b>1</b>	Somar o número de prontuários de paciente com avaliação do risco de queda nas últimas 24 horas de internação, conforme orientação para coleta do numerador;
<b>2</b>	Dividir o valor encontrado pelo número de prontuários avaliados;
<b>3</b>	Multiplicar o valor encontrado por 100.
<b>OBSERVAÇÕES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente neonato considerar o Instrumento de Avaliação de Risco para Quedas em Neonatos;</li> <li>- Considerar escala adequada para paciente pediátrico;</li> <li>- Pacientes adultos Escala de Morse;</li> <li>- Considerar internação, sendo as alas tanto das Enfermarias, quanto das UTIs;</li> <li>- Considerar pacientes internados com tempo superior de 24 horas, presentes no dia da coleta de dados;</li> <li>- Para cálculo da amostra: sortear aleatoriamente 17 prontuários mensalmente, por unidade de internação. Nos casos em que o dia escolhido não alcançar os 17 prontuários necessários para a análise, respeitando o tempo de internação superior há 24 horas, escolher mais uma data de forma aleatória, a fim de completar os 17 prontuários necessários por ala de internação;</li> <li>- Informar nas análises dos resultados o (s) dia (s) escolhido (s) e qual número de alas de internação existentes na unidade hospitalar.</li> </ul> <p>* Nos casos de unidades com baixo giro de leitos, onde não houve a avaliação de pelo menos 17 pacientes durante o mês, é necessário justificar essa situação ao enviar as informações.</p>	

## Indicador 5: Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	5
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura
<b>Conceituação</b>	O checklist de Cirurgia Segura consiste em uma lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar o cumprimento das etapas críticas de segurança. Sendo assim, permite evitar riscos e eventos adversos associados ao cuidado cirúrgico.
<b>Usos</b>	Verificar a relação entre o número de procedimentos cirúrgicos em que a lista de verificação de cirurgia segura foi aplicada de forma completa pela equipe cirúrgica e o total de procedimentos realizados.
<b>Limitações</b>	Adesão moderada de toda a equipe cirúrgica na implementação do checklist de cirurgia segura.
<b>Fonte</b>	Lista de verificação / Trakcare
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>Numerador:</b> (Número de procedimentos cirúrgicos em que a lista de verificação está com as práticas seguras aplicadas pela equipe cirúrgica <b>Denominador:</b> número de procedimentos cirúrgicos (amostra) realizados) x 100
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual.
<b>Parâmetro</b>	≥ 90%
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Expresso mês a mês
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Por categoria de cirurgia.
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SAIS/APNH/CTSP
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SAIS/CATES
<b>Descrição da Meta</b>	Manter a taxa de adesão maior ou igual a 90%

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

Acordo de Gestão Regional - AGR	
<b>TEMA</b>	Gestão da qualidade e segurança do paciente
<b>INDICADOR</b>	Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura
PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR	
<b>1</b>	Considerar as listas de verificação que foram aplicadas completas (todos os itens preenchidos/verificados) pela equipe cirúrgica.
<b>2</b>	Definir número de procedimentos cirúrgicos por amostragem
PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR	
<b>1</b>	Total de cirurgias avaliadas por amostragem.
PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO	
<b>1</b>	Dividir o número de cirurgias que aplicaram o checklist de cirurgia segura pelo total de cirurgias avaliadas na amostra.
<b>2</b>	Multiplicar o resultado por 100.
OBSERVAÇÕES:	
Total de procedimentos cirúrgicos realizados (amostra). Amostra mínima para procedimentos por quinzena.	
Procedimentos cirúrgicos por mês	Amostra por quinzena
Até 50 procedimentos	12
De 51 a 100 procedimentos	28
De 101 a 150 procedimentos	39
De 151 a 200 procedimentos	47
De 201 a 250 procedimentos	53
De 251 a 300 procedimentos	58
De 301 a 350 procedimentos	62
De 351 a 400 procedimentos	65
De 401 a 450 procedimentos	68
De 451 a 500 procedimentos	70
De 501 a 550 procedimentos	72
Mais de 551 procedimentos	74

# Atenção a Saúde

## Indicador 6: Taxa de absenteísmo de tomografia

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	6
Pactuações	AGL HOSPITALAR
Indicador	Taxa de absenteísmo de tomografia
Conceituação	A taxa de absenteísmo de pacientes de tomografia refere-se à proporção de pacientes que faltam às suas consultas ou exames de tomografia agendados em relação ao total de agendamentos. Essa métrica é utilizada para avaliar a adesão dos pacientes aos seus compromissos e pode indicar problemas de acesso aos serviços de tomografia, deficiências de comunicação ou falta de conscientização sobre a importância do exame.
Usos	O conceito de taxa de absenteísmo de pacientes de tomografia é relevante para as unidades executantes do exame, pois pode afetar a eficiência operacional, a utilização dos recursos e a qualidade do atendimento. Quando os pacientes faltam aos seus exames, pode haver desperdício de tempo, recursos e equipamentos, além de atrasos no diagnóstico e tratamento adequados. A mensuração desse indicador pode demonstrar avanços, estabilização ou retrocessos nesse fluxo.
Limitações	-Manuseio do Sistema de regulação; -Pacientes portando o código de chave para confirmação do atendimento; -Necessidade de fechamento de chave por parte das unidades executantes; -Instabilidade do sistema.
Fonte	SISREG
Metodologia de Cálculo	<b>Numerador:</b> Total exames de tomografia não confirmados <b>Denominador:</b> Total de exames de Tomografia agendados. <b>Multiplicador:</b> 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
Periodicidade de Avaliação	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual
Unidade de Medida	Percentual.
Parâmetro	Ainda não há parâmetros disponíveis para esse dado específico
Polaridade	Menor melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	O resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Comparativos entre as unidades da SES (CRDF), Unidades contratadas e conveniadas (HBDF, HUB, HCB e ICDF)
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERA
Coordenador da Pactuação	SES/CRDF/DIRAAH
Descrição da Meta	Meta ideal: 30% (Redução)

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

Acordo de Gestão Regional - AGL	
<b>TEMA</b>	Atenção a Saúde
<b>INDICADOR</b>	Taxa de absenteísmo de tomografia
PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR E DENOMINADOR	
<b>1</b>	Devido à regulação dos exames de tomografia que, atualmente, são regulados no Panorama 3 com acesso restrito aos dados, foi formalizado o processo 00060-00063237/2024-63 e os dados serão encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial (CRDF/DIRAAH/CERA) até o dia 20 de cada mês, referente ao mês anterior.
PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO	
<b>1</b>	Divide-se o total de <b>exames não confirmados</b> pelo total de <b>exames agendados</b>
<b>2</b>	Multiplicar o resultado por 100.
OBSERVAÇÕES:	
A Central de Regulação Ambulatorial (CRDF/DIRAAH/CERA) enviará mensalmente, via processo SEI nº 00060-00063237/2024-63, os dados (numerador e denominador) para a alimentação do Indicador.	

## Indicador 7: Taxa de Ocupação Operacional

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	7
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Taxa de Ocupação Operacional (enfermaria clínica médica).
<b>Conceituação</b>	Trata-se da relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia operacionais em determinado período, considerando-se para o cálculo dos leitos/dia no denominador os leitos operacionais, incluindo a variação dos leitos bloqueados e dos leitos extras, diariamente
<b>Usos</b>	O indicador serve como subsídio para os gestores planejarem os recursos de acordo com a demanda de serviços. Ajuda no entendimento de variáveis como a rotatividade, o tempo de ocupação e a ociosidade, visando a otimização da capacidade instalada. Trata-se de um indicador que demonstra a eficiência operacional na utilização do leito disponível pela gestão de leitos, portanto é um indicador de eficácia do serviço de gestão de leitos, para o qual o leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo.
<b>Limitações</b>	Para o cálculo correto do indicador é necessário que todos os leitos operacionais sejam considerados, quais sejam: os leitos disponíveis, em utilização, e os passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados. O Censo Hospitalar Diário deve refletir a quantidade de pacientes que pernoitam na unidade, a fim de retratar o serviço de internação hospitalar. A taxa de ocupação operacional máxima é 100%, portanto esse indicador não computa a superlotação dentro da capacidade instalada ou a subutilização por motivo de bloqueios de leitos. A correta alimentação desse indicador exige que o gestor atualize diariamente o status de todos os leitos da unidade, se disponíveis, indisponíveis ou excedentes. Esse indicador não reflete o bloqueio prolongado de leitos ou a frequente utilização de leitos extras no sistema TrakCare. O leito extra desocupado não é considerado leito vago e a utilização de leito extra, quando ativado, implica que a capacidade operacional da unidade está sendo aumentada.
<b>Fonte</b>	TrakCare
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<p><b>Numerador:</b> paciente/dia. Soma do número de pacientes internados por cada dia e período.</p> <p><b>Denominador:</b> leito/dia. Soma do número de leitos operacionais, incluindo a variação de leitos bloqueados e extras.</p> <p><b>Multiplicador:</b>100</p> <p>O leito/dia corresponde aos leitos operacionais ou disponíveis, incluídos os leitos extras com pacientes internados, o que significa que o número de leitos/dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio (leitos disponíveis a menos) ou com o desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras (leitos disponíveis a mais). O leito é bloqueado por motivos transitórios, sendo eles, Isolamento (infecção hospitalar), Manutenção (predial ou mobiliário) e Restrição de RH (médico, enfermagem ou outro).</p>
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual.

<b>Parâmetro</b>	Segundo o Ministério da Saúde e a ANS, recomenda-se uma taxa de ocupação média entre 80% e 85%, conforme apontado pela ANS, no documento sobre Taxa de ocupação Operacional Geral, volume 1, de Novembro de 2012
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Não
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Enfermaria Clínica Médica, por hospital.
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SAIS/CATES/DSINT/GESINT
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SAIS/CATES
<b>Descrição da Meta</b>	<p>Deseja-se alcançar a meta de média mensal da taxa de ocupação entre 80% e 85%. Diariamente esses valores podem oscilar entre 75% e 85%, a depender da dinâmica da unidade, por exemplo: número de altas e admissões em um único dia, considerando a logística de saída de pacientes, limpeza do leito, transporte e admissão de outros pacientes. Uma taxa de ocupação acima do preconizado está relacionada com o aumento de eventos adversos, infecção hospitalar e diminuição da qualidade da assistência e segurança do paciente no ambiente hospitalar. Por outro lado, uma taxa de ocupação que diariamente esteja abaixo de 75% pode indicar baixa utilização dos leitos e ineficiência da gestão local. A taxa de ocupação em níveis adequados colabora para reduzir a permanência desnecessária de pacientes, maior resolutividade, melhoria da qualidade da assistência, maior segurança do paciente, menores taxas de infecção hospitalar e menos ocorrências de iatrogenias. Para o cômputo da taxa média de ociosidade desejável de 15% (100% - Meta: 85%), da Taxa de Ocupação Operacional, é necessário contabilizar o tempo de set-up do leito, preparo, arrumação e higienização, além do tempo para o direcionamento, transporte e admissão de outros pacientes. Essa meta relaciona-se com o indicador intervalo de substituição. Frequentemente as unidades que tenham uma alta resolutividade, com boa rotatividade de leitos, apresentam taxas de ocupação abaixo do desejável, mas com uma alta eficiência na utilização dos leitos. Para constatar essa eficiência é necessário correlacionar indicadores mais específicos, tais como de produtividade (por exemplo: número de admissões, partos ou procedimentos realizados no período). Por outro lado, unidades que apresentam baixo giro de leitos e menor resolutividade deverão apresentar taxas de ocupação mais altas, por terem um tempo necessário de set up menor.</p>

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

Acordo de Gestão Regional - AGR	
<b>TEMA</b>	Atenção a Saúde
<b>INDICADOR</b>	Taxa de Ocupação Operacional (enfermaria clínica médica).
PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR	
<b>1</b>	O numerador é o número de pacientes-dia e pode ser obtido diretamente no TrakCare.
<b>2</b>	Clique em “Alas” no canto superior esquerdo.
<b>3</b>	Em “Lista das Alas”, veja a quantidade de “Ocupados” na linha correspondente à unidade de internação de clínica médica.
<b>4</b>	Anote o valor de pacientes-dia em uma tabela diariamente. A coleta de dados deve ser sempre no mesmo horário, de acordo com a rotina do NGINT.
PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR	
<b>1</b>	O denominador é o número de leitos e pode ser obtido diretamente no TrakCare.
<b>2</b>	Clique em “Alas” no canto superior esquerdo.
<b>3</b>	Em “Lista das Alas”, veja a quantidade de “Indisponíveis” na linha correspondente à unidade de internação de clínica médica.
<b>4</b>	Abra a ala da unidade de internação de clínica médica, conte apenas os leitos bloqueados pelos seguintes motivos: Isolamento, Manutenção e Restrição de RH. Anote o valor de leitos bloqueados em uma tabela diariamente. 1) Isolamento (sinalizado no boletim bacteriológico do NCIH); 2) Manutenção (predial ou mobiliário); e 3) Restrição de RH (enfermagem, médico ou outro). *Observação: só são contabilizados como leitos bloqueados no Censo aqueles que não estejam operacionais, inoperantes e inaptos a receber pacientes. Por sua vez, os leitos sinalizados como bloqueados por outros motivos são leitos operacionais para todos os fins, tais como os leitos bloqueados pelos motivos: “Reservado”, “Direcionamento”, “Higienização”, “Paciente Internado”, entre outros. Essas indisponibilidades já foram computadas no método da meta da taxa de ociosidade, da Taxa de Ocupação Operacional (Descrição da Meta: Ficha do Indicador).
<b>5</b>	Todo leito extra é um leito operacional. Por isso, se seu hospital faz uso de leitos extras, é importante incluir esse valor na soma. Anote o valor de leitos excedentes em uma tabela diariamente.
<b>6</b>	Todo leito instalado é um leito operacional. Conte o número de leitos no TrakCare, exceto os leitos extras. Anote o número de leitos instalados em uma tabela diariamente. O número de leitos instalados é constante.
PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO	
<b>1</b>	Some todos os pacientes-dia no período mensal.
<b>2</b>	Some todos os leitos-dia no período mensal. Para o cômputo dos leitos-dia, considere: [Leitos Instalados + Leitos Extras] - [Leitos Bloqueados].
<b>3</b>	Divida as somas do numerador: pacientes-dia, pelas somas do denominador: leitos-dia, e multiplique o resultado por 100 (%). (Pacientes-dia/ Leitos-dia)*100.
OBSERVAÇÕES:	
<p>O método de coleta é através do Censo Hospitalar Diário (CHD). O CHD é atribuição regimental do NGINT fazer diariamente. O CHD é uma ferramenta de gestão essencial para todos os hospitais. Enquanto não há uma padronização do CHD em toda a rede SES-DF, cada hospital tem adotado suas próprias ferramentas de gestão, tais como a utilização de planilhas como bancos de dados locais. No momento da contagem de pacientes-dia é essencial saber se o TrakCare está fidedigno ou se há pacientes na ala de internação, mas que eventualmente não estejam fisicamente no leito (por motivo de alta, evasão ou outro motivo); ou pacientes que estejam internados, mas ainda não constam no leito (por motivo de movimentação, falta de pedido de internação ou outro motivo); além disso, é importante verificar se há pacientes na fila de espera da ala de internação, pois nesse caso o leito não deverá aparecer como ocupado pelo paciente. No cômputo dos leitos-dia, por sua vez, é necessário conhecer a capacidade instalada e a capacidade excedente (pacientes em corredores, salas, locais ou dimensionamentos inadequados), assim como fazer o controle de bloqueios de leitos diariamente. Para que haja essa conferência é recomendado diariamente fazer busca ativa à beira do leito, assim como discutir bloqueios de leitos de isolamento, manutenção e restrição de RH, para que não haja bloqueios indevidos de leitos no hospital. Implementando esses processos de trabalho é possível ter um CHD fidedigno e calcular os indicadores da forma preconizada</p>	

## Indicador 8: Índice de giro de leitos

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	8
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica).
<b>Conceituação</b>	É a relação entre o número de pacientes que saíram do hospital (altas e óbitos) durante determinado período e o número de leitos postos à disposição, no mesmo período. Representam a utilização do leito hospitalar durante o período considerado
<b>Usos</b>	O indicador mostra a eficiência do uso da capacidade instalada, indicando quantos pacientes utilizaram o mesmo leito no período de um mês, em média. É importante para que o gestor possa verificar a rotatividade e otimização da capacidade instalada. Trata-se de um indicador de eficiência da utilização do leito hospitalar, relacionando-se com a gestão da clínica, alta hospitalar responsável e oportuna.
<b>Limitações</b>	Espera-se uma concordância de 90% entre o número de pacientes obtidos no sistema informatizado e na contagem manual, via notificação de saídas na portaria hospitalar. O Índice de Giro de Leitos é uma média de quantos pacientes utilizaram uma determinada quantidade de leitos em um período, isso não significa rotatividade em todos os leitos ou que os leitos tenham sido utilizados ou renovados da mesma forma. Esse indicador também não demonstra a utilização da capacidade instalada em sua totalidade, pois um Índice de Giro de Leitos alto e uma taxa de ocupação baixa pode significar uma subutilização da capacidade instalada. A correta alimentação desse indicador exige que o gestor atualize diariamente o status de todos os leitos da unidade, se disponíveis, indisponíveis ou excedentes. Esse indicador não reflete o bloqueio prolongado de leitos ou a frequente utilização de leitos extras no sistema TrakCare.
<b>Fonte</b>	TrakCare
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<p><b>Numerador:</b> Somatório do número de pacientes que saíram no período.</p> <p><b>Denominador:</b> Média do número de leitos operacionais no período.</p> <p>São consideradas saídas hospitalares: altas (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa e óbito. A média do número de leitos operacionais é calculada somando a quantidade de leitos operacionais a cada dia e dividindo pela quantidade de dias do mês correspondente. O número de leitos operacionais precisa ser calculado diariamente, no período de um mês. Para o cômputo da média de leitos-dia deve-se considerar: [Leitos Instalados + Leitos Extras] - [Leitos Bloqueados], somatório diário e dividido pelo número de dias do mês.</p>
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Índice.
<b>Parâmetro</b>	Segundo o Ministério da Saúde, no Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados, a meta deve ser definida conforme o perfil da instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (Benchmark). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Não
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Enfermaria Clínica Médica, por hospital.
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SAIS/CATES/DSINT/GESINT
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SAIS/CATES
<b>Descrição da Meta</b>	<p>Deseja-se alcançar a meta de Índice de Giro de Leitos = 2. Esse valor corresponde a um Tempo Médio de Permanência (TMP) igual ou inferior a 15 dias. O perfil de utilização de leitos de clínica médica, na rede SES-DF, tem sido principalmente para a retaguarda de egressos de UTI, UPAs e Pronto Socorro, relacionados a cuidados de alta dependência e semi-intensivos. Para tanto sugere-se periodicamente a utilização da Escala de Fugulin, nas unidades de internação clínica, conjuntamente às Gerências de Enfermagem, visando o melhor delineamento desse perfil assistencial. O valor esperado é que quanto maior seja a média total de pontos de Fugulin, menor será o Giro de Leitos, maior o Tempo Médio de Permanência e maior a Taxa de Ocupação Hospitalar. Esses valores podem oscilar de um período para o outro devido a admissão de um número de pacientes crônicos, com variadas comorbidades, altamente dependentes e que necessitem de serviços de alta complexidade, tais como Terapia Renal Substitutiva (TRS), ou que dependam de condições para a saída, tais como a necessidade oxigenoterapia, entre outras condicionantes para alta hospitalar. Além disso, externalidades podem afetar esse indicador, tais como pacientes em condição social, aguardando leito em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), moradores de outras localidades, entre outras situações que impactam a saída dos pacientes, mesmo após alta médica</p>

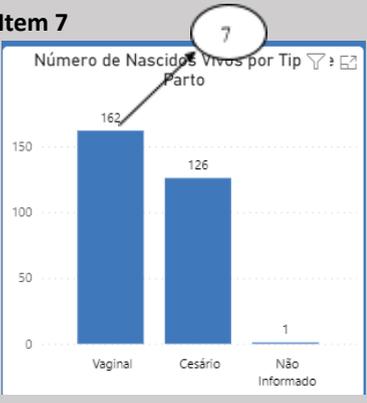
## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 08

Acordo de Gestão Regional - AGR	
<b>TEMA</b>	Atenção a Saúde
<b>INDICADOR</b>	Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica).
PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR	
<b>1</b>	O numerador é o somatório do número de saídas de pacientes no período e pode ser obtido diretamente no TrakCare.
<b>2</b>	No perfil do “SESDF NGINT PADRAO”, clique em “Ferramentas” e depois “Relatórios”, no canto superior esquerdo da tela.
<b>3</b>	Escolha o relatório “Pacientes com Alta”, insira a “Data Inicial” e “Data Final”, selecione a ala correspondente a internação de Clínica Médica. Inclua altas e óbitos nessa seleção.
<b>4</b>	Com o relatório aberto, verifique no canto inferior direito, no final do relatório, os valores dos campos “Subtotal” e “Total”. Certifique-se de que na coluna da direita, o campo “Tipo Alta” esteja relacionado “Alta” e “Óbito”.
PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR	
<b>1</b>	O denominador é o número de leitos e pode ser obtido diretamente no TrakCare.
<b>2</b>	Clique em “Alas” no canto superior esquerdo.
<b>3</b>	Em “Lista das Alas”, veja a quantidade de “Indisponíveis” na linha correspondente à unidade de internação de clínica médica.
<b>4</b>	Abra a ala da unidade de internação de clínica médica, conte apenas os leitos bloqueados pelos seguintes motivos: Isolamento, Manutenção e Restrição de RH. Anote o valor de leitos bloqueados em uma tabela diariamente. 1) Isolamento (sinalizado no boletim bacteriológico do NCIH); 2) Manutenção (predial ou mobiliário); e 3) Restrição de RH (enfermagem, médico ou outro). *Observação: só são contabilizados como leitos bloqueados no Censo aqueles que não estejam operacionais, inoperantes e inaptos a receber pacientes. Por sua vez, os leitos sinalizados como bloqueados por outros motivos são leitos operacionais para todos os fins, tais como os leitos bloqueados pelos motivos: “Reservado”, “Direcionamento”, “Higienização”, “Paciente Internado”, entre outros. Essas indisponibilidades já foram computadas no método da meta da taxa de ociosidade, da Taxa de Ocupação Operacional (Descrição da Meta: Ficha do Indicador).
<b>5</b>	Todo leito extra é um leito operacional. Por isso, se seu hospital faz uso de leitos extras, é importante incluir esse valor na soma. Anote o valor de leitos excedentes em uma tabela diariamente.
<b>6</b>	Todo leito instalado é um leito operacional. Conte o número de leitos no TrakCare, exceto os leitos extras. Anote o número de leitos instalados em uma tabela diariamente. O número de leitos instalados é constante.
PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO	
<b>1</b>	Some todos os pacientes-dia no período mensal.
<b>2</b>	Some todos os leitos-dia no período mensal. Para o cômputo dos leitos-dia, considere: [Leitos Instalados + Leitos Extras] - [Leitos Bloqueados], diariamente.
<b>3</b>	Divida as somas do numerador: pacientes-dia, pelas somas do denominador: leitos-dia (Pacientes-dia/ Leitos-dia).
OBSERVAÇÕES:	
<p>Para a correta validação do Índice de Giro de Leitos é necessário comparar o número de saídas na portaria hospitalar, manualmente, através das notificações de saídas, e o número de saídas contabilizadas no sistema, com margem tolerância de 90%. Esse indicador é sensível à correta alimentação do sistema TrakCare. É necessário acompanhar e identificar problemas na contagem do sistema no momento da saída (baixa no sistema), por exemplo, nos casos de pacientes que recebem alta fora do leito, em sala de espera e podem não ser contabilizados no relatório de altas do TrakCare; pacientes que evadiram e não receberam alta devidamente no sistema ou que tiveram a passagem de internação cancelada; pacientes que sejam transferidos para outra unidade de internação no momento da alta. São consideradas saídas hospitalares: altas (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa e óbito. As transferências internas não são consideradas saídas, por exemplo, se um paciente recebe alta médica da UTI ou BOX e é transferido para a clínica médica, onde recebe alta hospitalar, o giro de leitos deverá ser computado na internação da clínica. Para que haja uma conferência do número de saídas de forma mais fidedigna é recomendado diariamente fazer busca ativa à beira do leito, assim como discutir bloqueios de leitos para uma correta contagem dos leitos operacionais no período.</p>	

## Indicador 9: Percentual de partos normais por ocorrência

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	9
<b>Pactuações</b>	AGL
<b>Indicador</b>	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)
<b>Conceituação</b>	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos), em determinado período.
<b>Usos</b>	Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumenta o percentual de partos normais. Analisar variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.
<b>Limitações</b>	O preenchimento inadequado/incompleto da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e o atraso do lançamento das DNV no SINASC prejudicam substancialmente a qualidade deste indicador.
<b>Fonte</b>	SINASC – Sistema de informação sobre nascidos vivos. (dados espelhados na Sala de Situação)
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de nascidos vivos por parto normal por ocorrência (nos hospitais públicos) em determinado período.</p> <p><b>Denominador:</b> número total de nascidos vivos por ocorrência (nos hospitais públicos) no mesmo período.</p> <p><b>Multiplicador:</b> 100.</p>
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	<p>Mensal (Coleta dos dados)</p> <p>Bimestral (Região/Unidade)</p> <p>Quadrimestral (Colegiado)</p>
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual (%)
<b>Parâmetro</b>	N/A
<b>Polaridade</b>	Maior, melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado).
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	N/A
<b>Estratificação</b>	Por região de saúde
<b>Responsável Técnico</b>	Gerência de Serviços de Enfermagem Obstétrica e Neonatal / RTD Ginecologia Obstetrícia
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SAIS/ARAS/GCDRC
<b>Descrição da Meta</b>	Vide matriz de metas

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

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

## Indicador 10: Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	10
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
<b>Conceituação</b>	Proporção de pacientes que foram a óbito após internação com o CID de Infarto Agudo do Miocárdio, frente ao total de pacientes com este CID. Diagnóstico CID-10 (categorias): I21, I210, I211, I212, I213, I214, I219, I22, I220, I221, I228, I229, I23, I230, I231, I232, I233, I234, I235, I236, I238, I248, I249.
<b>Usos</b>	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade das internações por infarto agudo do miocárdio em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
<b>Limitações</b>	Em alguns casos o CID não é incluído corretamente, o que faz com que alguns casos se percam e não entrem no indicador, entretanto esta limitação tende a ser menos relevante à medida que se aprimoram os sistemas de informação.
<b>Fonte</b>	Sala de Situação
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>NUMERADOR:</b> Óbitos nas internações por IAM em determinado local e período na população acima de 20 anos <b>DENOMINADOR:</b> Total das internações por IAM, em determinado local e período na população acima de 20 anos <b>MULTIPLICADOR: 100</b> Tipo de AIH: Normal Diagnóstico CID-10 (categorias): I21 Infarto agudo do miocárdio I22 Infarto do miocárdio recorrente I23 Algumas complicações atuais subsequentes infarto agudo do miocárdio
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	3,92%
<b>Polaridade</b>	Menor melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Não
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Distrito Federal, Região de Saúde, Unidade Hospitalar
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE SES/SAIS/COASIS/DIENF/GENFH
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SAIS/CATES
<b>Descrição da Meta</b>	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Regional - AGR	
<b>TEMA</b>	Atenção a Saúde
<b>INDICADOR</b>	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
<b>1</b>	Acesse a Sala de Situação do DF > opção “Gestão da Saúde”. Compartilhada com o e-mail de referência do NFC do hospital correspondente.
<b>2</b>	Menu Gestor > aba “Indicadores” > painel “AGR - Proporção de Óbitos nas Internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)”.
<b>3</b>	O painel traz a proporção de óbitos nas internações por IAM. É possível realizar a busca por ano, mês, unidade hospitalar e região de saúde. Selecione o mês de referência, colha o dado de percentual de óbitos e total de internações. Atenção: O acesso ao menu gestor requer solicitação prévia via SEI.
<b>4</b>	Acesse o SESPlan e preencha a ficha do indicador conforme orientações.
<b>5</b>	Considere que o valor é acumulativo, portanto o sistema fará o somatório.

### OBSERVAÇÕES:

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



2. Acesse o “Menu Gestor”



3. Informe o login e senha.

Menu Gestor

Login Solicitar Acesso

Nome de usuário

Senha

INICIAR SESSÃO

Redefinir senha

4. Acesse o botão “Indicadores”.

ACESSO TEMPORÁRIO AO ANTIGO MENU GESTOR

Olá! Como você já sabe, esse é o novo portal InfoSaúde!

Para você que já possui acesso ao antigo Menu Gestor, a boa notícia é que ele ainda está disponível para você se atualizar, mas apenas para efeito de pesquisa!

Assim, de maneira ad-mittendam de login, não se preocupe! Eles agora estão classificados por assunto, facilitando a navegação.

⚠ Fique atento! Você precisará solicitar acesso aos perfis que são importantes para as suas atividades diárias. É muito simples! Compare os assuntos dos perfis do antigo com os do novo site, monte sua lista e faça a solicitação de acesso via SEI.

OBSERVAÇÃO: O acesso à pesquisa só ficará disponível por 30 dias a partir da data de lançamento do novo Portal InfoSaúde, ou seja, dia 12-04-2022.

Fonte: SUPUN/DSSE

Acessar o Antigo Menu Gestor

ATENÇÃO PRIMÁRIA

ATENÇÃO HOSPITALAR

CNES

CONTRATOS E CONVÊNIO

CONTROLADORIA

COVID - 19

EMERGENCIAS

ESTOQUES

FINANCEIRO

GESTÃO DE PESSOAS

HABILITAÇÕES

INDICADORES

PACC – Plano Anual de Compras e Contratações

Modelo Organizacional SES-DF

5. Localize o painel “AGR – Proporção de Óbitos nas Internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)”.

AGR – Proporção de Óbitos nas Internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

AGR – Proporção de Óbitos nas Internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Em cumprimento ao Acordo de Gestão Regional (AGR), o painel apresenta dados referentes à proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE) no Distrito Federal. A pesquisa pode ser realizada por ano, mês e região de saúde.

Os resultados apresentados são um comparativo entre as regiões de saúde, estabelecimentos de saúde, percentual por mês e ano.

Além disso é possível fazer um comparativo entre o quantitativo de óbitos por sexo e faixa etária.

ACESSE

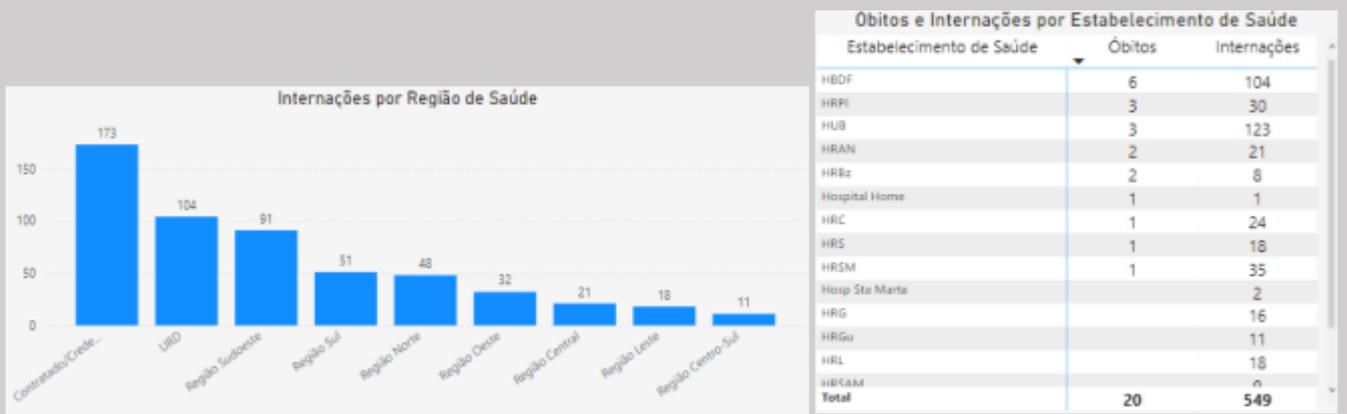
Proporção de Óbitos nas Internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Óbitos	Internações	Porcentagem
264	2.945	10,37%

6. No painel faça a busca conforme o filtro desejado.



7. Consulta de Internações por regiões de saúde, unidades e consulta de óbitos e internações por IAM



## Indicador 11: Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	11
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)
<b>Conceituação</b>	Proporção de pacientes que foram a óbito após internação com o CID de Acidente Vascular Encefálico, frente ao total de pacientes com este CID. Diagnóstico CID-10 (categorias): I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65, I66, I67, I68, I69.
<b>Usos</b>	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade das internações por Acidente Vascular Encefálico em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às doenças do aparelho circulatório.
<b>Limitações</b>	Em alguns casos o CID não é incluído corretamente, o que faz com que alguns casos se percam e não entrem no indicador, entretanto esta limitação tende a ser menos relevante à medida que se aprimoram os sistemas de informação.
<b>Fonte</b>	Sala de Situação
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>NUMERADOR:</b> Óbitos nas internações por AVE, em determinado local e período na população total conforme CID específico <b>DENOMINADOR:</b> Total de internações por AVE, em determinado local e período na população total conforme CID específico <b>MULTIPLICADOR:</b> 100 Tipo de AIH: Normal, Diagnóstico CID-10 (categorias): I60 Hemorragia Subaracnoide/ I61 Hemorragia Intracerebral/ I62 Outras hemorragias intracranianas não traumática/ I63 Infarto cerebral/ I64 Acidente Vascular cerebral não especificado como hemorrágico e isquêmico/ I65 Oclusão e estenose de artérias pré cerebrais que não resultam em infarto cerebral/ I66 Oclusão e estenose de artérias pré cerebrais que não resultam em infarto cerebral/ I67 Outras doenças cerebrais vasculares/ I68 Transtornos cérebros vasculares em doenças classificadas em outra parte/ I69 Sequelas de doenças cérebro vasculares.
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	4,96%
<b>Polaridade</b>	Menor melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Distrito Federal, Região de Saúde, Unidade Hospitalar
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE SES/SAIS/COASIS/DIENF/GENFH
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SAIS/CATES
<b>Descrição da Meta</b>	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Regional - AGR	
<b>TEMA</b>	Atenção a Saúde
<b>INDICADOR</b>	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
<b>1</b>	Acesse a Sala de Situação do DF > opção “Gestão da Saúde”.
<b>2</b>	Menu Gestor > aba “Indicadores” > painel “AGR – Proporção de Óbitos nas Internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)”.
<b>3</b>	O painel traz a proporção de óbitos nas internações por AVE. É possível realizar a busca por ano, mês e região de saúde. Selecione o mês de referência, colha o dado de percentual de óbitos e total de internações na unidade hospitalar. Atenção: O acesso ao menu gestor requer solicitação prévia via SEI.
<b>4</b>	Acesse o SESPlan e preencha a ficha do indicador conforme orientações.
<b>5</b>	Considere que o valor é acumulativo, portanto o sistema fará o somatório.

### OBSERVAÇÕES:

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



2. Acesse o “Menu Gestor”



3. Informe o login e senha.

Menu Gestor

Login Solicitar Acesso

Nome de usuário

Senha

INICIAR SESSÃO

Redefinir senha

4. Acesse o botão “Indicadores”.

Portal Infobásica

Alterar foto

Sair do Menu Gestor

ATENÇÃO PRIMÁRIA

ATENÇÃO HOSPITALAR

CNEC

CONTRATOS E CONVÊNIOS

CONTROLADORIA

COVID-19

EMERGÊNCIAS

ESTOQUES

FINANCEIRO

GESTÃO DE PESSOAS

HABILITAÇÕES

INDICADORES

CESSÃO TEMPORÁRIA AO ANTIGO MENU GESTOR

Ola! Como você já sabe, esse é o novo portal infobásica! Para você que já possui acesso ao antigo Menu Gestor, a boa notícia é que ele ainda está disponível para você se autenticar, mas apenas para efeito de pesquisa. Em os demais, os usuários de login, não se preocupem! Eles agora estão classificados por assunto, facilitando a navegação.

⚠️ Fique atento! Você precisará solicitar acesso aos painéis que são importantes para as suas atividades diárias. E muito atenção! Compare os assuntos dos painéis do antigo com os do novo site, monte sua lista e faça a solicitação de acesso via SEI.

DESEMPENHO: O acesso à pesquisa do futuro disponível por 30 dias a partir da data de lançamento do novo Portal Infobásica, ou seja, até 12/04/2022.

Equipe: SUI/ANS/DG/DE

Acesso o Antigo Menu Gestor

PACC – Plano Anual de Compras e Contratações

A Secretaria de Saúde do DF possui um Plano Anual de Compras e Contratações (PACC) e este painel apresenta, de forma transparente, este planejamento por ano, tipo de processo e o programa de trabalho, além de fonte de recursos financeiros para compras.

ACESSE

Modelo Organizacional SES-DF

Santa Inês da Estrutura Organizacional, assuntos como o Regulamento Interno, os Organogramas e os Normativos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Além de como solicitar a criação ou alteração de estruturas ou/ou de Regulamento Interno...

5. Localize o painel “AGR – Proporção de Óbitos nas Interações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)”.

AGR – Proporção de Óbitos nas Interações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

AGR – Proporção de Óbitos nas Interações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Em cumprimento ao Acordo de Gestão Regional (AGR), o painel apresenta dados referentes à proporção de óbitos nas interações por Acidente Vascular Encefálico (AVE) no Distrito Federal. A pesquisa pode ser realizada por ano, mês e região de saúde.

Os resultados apresentados são um comparativo entre as regiões de saúde, estabelecimentos de saúde, percentual por mês e ano.

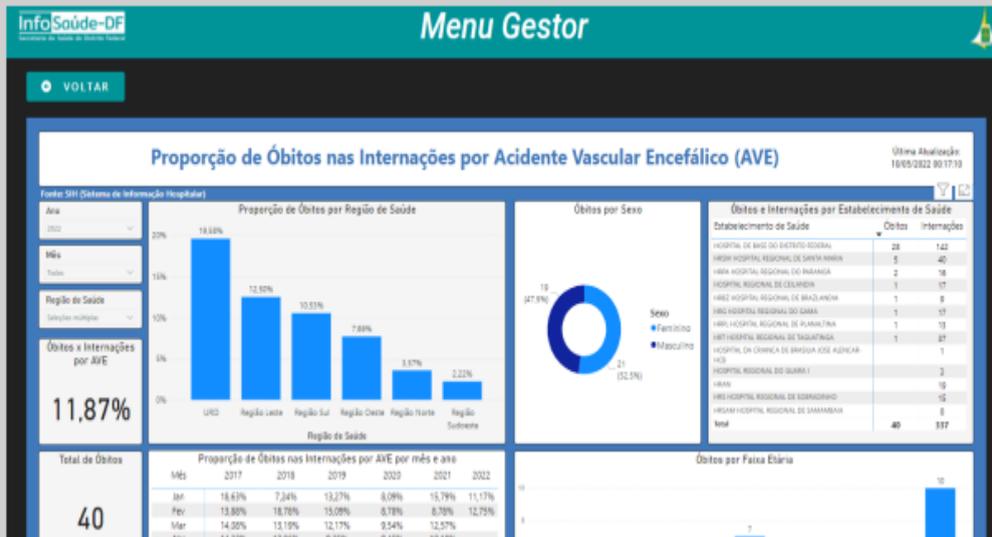
Além disso é possível fazer um comparativo entre o quantitativo de óbitos por sexo e faixa etária.

ACESSE

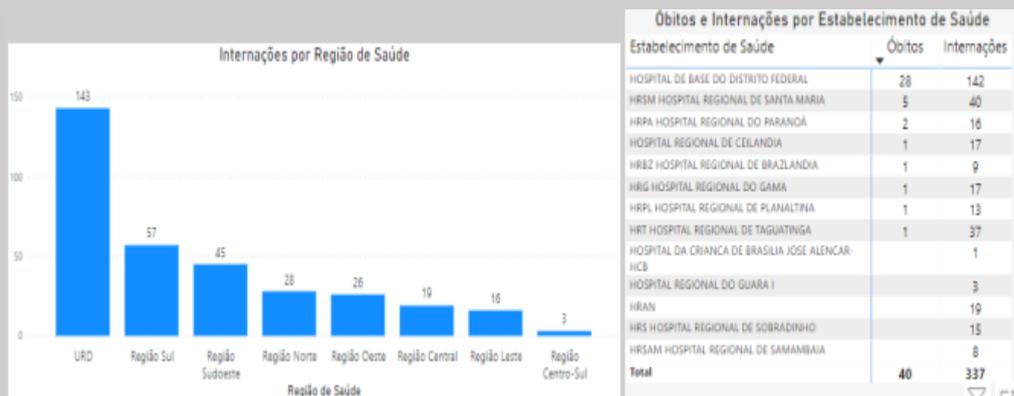
Proporção de Óbitos nas Interações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Região de Saúde	Óbitos	Interações	Proporção (%)
AS	10	100	10%
BR	20	200	10%
CE	30	300	10%
DF	40	400	10%
ES	50	500	10%
GO	60	600	10%
MA	70	700	10%
MT	80	800	10%
MS	90	900	10%
PA	100	1000	10%
PE	110	1100	10%
PI	120	1200	10%
PR	130	1300	10%
RN	140	1400	10%
RO	150	1500	10%
RR	160	1600	10%
RS	170	1700	10%
SC	180	1800	10%
SE	190	1900	10%
SP	200	2000	10%
TO	210	2100	10%
AC	220	2200	10%
AL	230	2300	10%
AP	240	2400	10%
BA	250	2500	10%
CE	260	2600	10%
DF	270	2700	10%
ES	280	2800	10%
GO	290	2900	10%
MA	300	3000	10%
MT	310	3100	10%
MS	320	3200	10%
PA	330	3300	10%
PE	340	3400	10%
PI	350	3500	10%
PR	360	3600	10%
RN	370	3700	10%
RO	380	3800	10%
RR	390	3900	10%
RS	400	4000	10%
SC	410	4100	10%
SE	420	4200	10%
SP	430	4300	10%
TO	440	4400	10%
AC	450	4500	10%
AL	460	4600	10%
AP	470	4700	10%
BA	480	4800	10%
CE	490	4900	10%
DF	500	5000	10%
ES	510	5100	10%
GO	520	5200	10%
MA	530	5300	10%
MT	540	5400	10%
MS	550	5500	10%
PA	560	5600	10%
PE	570	5700	10%
PI	580	5800	10%
PR	590	5900	10%
RN	600	6000	10%
RO	610	6100	10%
RR	620	6200	10%
RS	630	6300	10%
SC	640	6400	10%
SE	650	6500	10%
SP	660	6600	10%
TO	670	6700	10%
AC	680	6800	10%
AL	690	6900	10%
AP	700	7000	10%
BA	710	7100	10%
CE	720	7200	10%
DF	730	7300	10%
ES	740	7400	10%
GO	750	7500	10%
MA	760	7600	10%
MT	770	7700	10%
MS	780	7800	10%
PA	790	7900	10%
PE	800	8000	10%
PI	810	8100	10%
PR	820	8200	10%
RN	830	8300	10%
RO	840	8400	10%
RR	850	8500	10%
RS	860	8600	10%
SC	870	8700	10%
SE	880	8800	10%
SP	890	8900	10%
TO	900	9000	10%
AC	910	9100	10%
AL	920	9200	10%
AP	930	9300	10%
BA	940	9400	10%
CE	950	9500	10%
DF	960	9600	10%
ES	970	9700	10%
GO	980	9800	10%
MA	990	9900	10%
MT	1000	10000	10%

6. No painel faça a busca conforme o filtro desejado.



7. Consulta de Internações por regiões de saúde, unidades e consulta de óbitos e internações por AVE



## Indicador 12: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	12
<b>Pactuações</b>	AGL
<b>Indicador</b>	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral
<b>Conceituação</b>	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto Geral (UTI-A) do hospital
<b>Usos</b>	Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Adulto Geral; avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Adulto Geral; Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Adulto Geral; Avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI Adulto.
<b>Limitações</b>	Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. A mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, a gravidade do quadro à admissão, disponibilidade de insumos, a agilidade na realização de exames e procedimentos, a disponibilização de leitos de retaguarda e de transporte quando da alta médica do paciente. A alimentação do sistema ou a coleta de dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para que as informações de paciente-dia e saídas reflitam de forma precisa a média de permanência. Nossa fonte de informação é o TrakCare e o mesmo não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador.
<b>Fonte</b>	TrakCare (alguns hospitais também se utilizam do Epimed – um sistema confiável de gestão de indicadores, especialmente os de UTI).
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<p><b>Numerador:</b> Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Adulto Geral no período de um mês;</p> <p><b>Denominador:</b> Nº de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Adulto para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas para outros hospitais e serviços hospitalares e óbitos) da UTI no período de um mês.</p> <p>Como referência utilizar o censo da 00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de paciente-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando na UTI Adulto Geral a cada dia. O número de paciente-dia no mês será o somatório de paciente-dia de cada dia do mês (Sipageh,2006; Schout e Novaes,2007; CQG,2009). Saídas: Nº de transferências internas da UTI Adulto Geral para as unidades menos intensivas (ex.: intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos (saídas internas) mais as saídas hospitalares (altas para a casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de um mês. (Sipageh,2006; Schout e Novaes 2007; CQG,2009).</p>
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	<p>Mensal (Coleta dos dados)</p> <p>Bimestral (Região/Unidade)</p> <p>Quadrimestral (Colegiado)</p>
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual
<b>Unidade de Medida</b>	Dias
<b>Parâmetro</b>	N/A
<b>Polaridade</b>	Menor, melhor.
<b>Acumulativo Anual</b>	Não

<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Por hospital
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SAIS/COASIS/DIENF/GENFH SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SAIS/ARAS/GCDRUE
<b>Descrição da Meta</b>	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local- AGL	
<b>TEMA</b>	Atenção à Saúde
<b>INDICADOR</b>	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Cada Hospital deverá utilizar o sistema de gestão e análise de indicadores em UTI - Epimed como base de cálculo do indicador.
OBSERVAÇÕES	

## Indicador 12.1: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	12.1
Pactuações	AGL
Indicador	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica
Conceituação	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do hospital.
Usos	Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Pediátrica; avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Pediátrica; boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Pediátrica; Avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI pediátrica.
Limitações	Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. As comorbidades e Complicações do quadro da paciente, a gravidade do quadro à admissão, a agilidade na realização de exames e procedimentos, disponibilidade de insumos, a disponibilização de leitos de retaguarda e de transporte quando da alta médica do paciente. A alimentação do sistema ou a coleta de dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para que as informações de paciente-dias e saídas reflitam de forma precisa a média de permanência. Nossa fonte de informação é o TrakCare e o mesmo não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador.
Fonte	TrakCare
Metodologia de Cálculo	<p><b>Numerador:</b> Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Pediátrica no período de um mês;</p> <p><b>Denominador:</b> Nº de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Pediátrica para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas para outros hospitais e serviços hospitalares e óbitos) da UTI Pediátrica no período de um mês.</p> <p>Como referência utilizar o censo à 00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente pediátrico internado durante um dia hospitalar. O número de paciente-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernitando na UTI Pediátrica a cada dia. O número de paciente-dia no mês será o somatório de paciente-dia de cada dia do mês. Saídas: Nº de transferências internas da UTI Pediátrica para as unidades menos intensivas (ex.: intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos (saídas internas) mais as saídas hospitalares (altas para a casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de um mês.</p>
Periodicidade de Monitoramento	<p>Mensal (Coleta dos dados)</p> <p>Bimestral (Região/Unidade)</p> <p>Quadrimestral (Colegiado)</p>
Periodicidade de Avaliação	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.

<b>Unidade de Medida</b>	Dias
<b>Parâmetro</b>	N/A
<b>Polaridade</b>	Menor, melhor.
<b>Acumulativo Anual</b>	Não
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Por Hospital
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SAIS/COASIS/DIENF/GENFH SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SAIS/ARAS/GCDRUE
<b>Descrição da Meta</b>	Vide matriz de metas

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 12.1

Acordo de Gestão Local- AGL	
<b>TEMA</b>	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
<b>INDICADOR</b>	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
<b>1</b>	Cada Hospital deverá utilizar o sistema de gestão e análise de indicadores em UTI - Epimed como base de cálculo do indicador.
OBSERVAÇÕES	

## Indicador 13: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	13
Pactuações	AGL
Indicador	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas
Conceituação	<p>Relação percentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês.</p> <p>Número de cirurgias suspensas: É o total de cirurgias suspensas dentro do período analisado, inclusive as cirurgias ambulatoriais realizadas em ambiente cirúrgico.</p> <p>Ex.: cirurgias suspensas por falta de material, ausência do cirurgião, ausência do anestesista, falta de salas, falta de acomodações, falta de hemocomponentes, erro de agendamento. Quando a suspensão ocorre antes da internação, por motivos extra-pacientes, o dado não deve ser contabilizado. Porém, se a suspensão ocorrer no dia da cirurgia, mesmo que antes da internação, o dado deve ser contabilizado.</p>
Usos	A análise do indicador da taxa de suspensão das cirurgias eletivas permite o mapeamento deste processo, o monitoramento do mesmo, que auxiliado por ferramentas de gestão, possibilita o entendimento da corresponsabilidade de todos os envolvidos na resolução de eventos indesejáveis e na prevenção de eventos adversos, promovendo o planejamento contínuo de melhorias e aumento da segurança dos pacientes
Limitações	Dado depende da correta informação inserida nos relatórios pelos responsáveis técnicos em cada centro cirúrgico de cada hospital regional.
Fonte	Relatório emitido pelo Centro Cirúrgico local contendo os números totais de cirurgias agendadas bem como as cirurgias suspensas. Esses dados deverão ser repassados mensalmente pelo Gerente de Assistência Cirúrgica.
Metodologia de Cálculo	<p><b>NUMERADOR:</b> Número de cirurgias suspensas</p> <p><b>DENOMINADOR:</b> Número de cirurgias agendadas no mesmo período</p> <p><b>MULTIPLICADOR:</b> Percentual (x100)</p> <p>*Como referência utilizar o censo da 00h de cada dia.</p>
Periodicidade de Monitoramento	<p>Mensal (Coleta dos dados)</p> <p>Bimestral (Região/Unidade)</p> <p>Quadrimestral (Colegiado)</p>
Periodicidade de Avaliação	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/GESCIR
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/ARAS/GCDRUE
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 13

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

### Passo a passo para fazer o cálculo do resultado

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

### OBSERVAÇÕES

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

Relatório Mapa Cirúrgico

Movimentos Ajuda Relatório Mapa Cirúrgico Requisita Cirurgia Mapa Cirúrgico Pesquisa de Pacientes

Produção  
Critérios de Busca

Lista de Agendamentos

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

Agendado   
Suspendido   
Substituído   
Realizado   
Requisitado   
Todos

Tipos de Cirurgias

Eletiva   
Emergencia

Visualização

\*Tela de: Relatório Mapa Cirúrgico

## Indicador 14: Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	14
Pactuações	AGL
Indicador	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitais Gerais
Conceituação	Estima a proporção de pacientes atendidos com CIDs de saúde mental (transtornos mentais e comportamentais - CID F00-F99 e lesões autoprovocadas - CID X60-X84) nas portas de urgência e emergência dos Hospitais Gerais em relação ao total de atendimentos realizados no mesmo local e período
Usos	Verificar a proporção de atendimentos e monitorar as demandas de urgência e emergência em saúde mental. Subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores para qualificação do registro e manejo das demandas de saúde mental nas emergências dos Hospitais Gerais.
Limitações	Serão utilizados códigos CIDs relacionados às demandas de saúde mental (CID F00-F99 e CID X60-X84) para a pesquisa do indicador, no entanto, em alguns casos a inserção desses códigos não é realizada corretamente, de forma que os dados do indicador podem não refletir a realidade
Fonte	Trakcare espelhado no Painel Gestor Infosaúde
Metodologia de Cálculo	<b>Numerador:</b> Número de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental no período de um mês. <b>Denominador:</b> Total de atendimentos de urgência e emergência no período de um mês <b>Multiplicador:</b> 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
Periodicidade de Avaliação	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
Unidade de Medida	Percentual(%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região
Responsável Técnico	SAIS/COASIS/DISSAM/GESSAM
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/ARAS/GCDRAPs
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 14

Acordo de Gestão Local - AGL	
<b>TEMA</b>	Atenção à Saúde
<b>INDICADOR</b>	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência da Região de Saúde
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	<p>Acessar o painel Gestão da Saúde:  <a href="https://info.saude.df.gov.br/painel-cieges-portas-de-emergencia-historico/">https://info.saude.df.gov.br/painel-cieges-portas-de-emergencia-historico/</a></p> 
2	<p>Clicar em “Menu Gestor”</p> 
3	<p>Preencher dados para o Login</p> 

4

Acessar o item "Emergências"

The image shows a vertical menu with several items: ATENÇÃO HOSPITALAR, ENEM, CONTRATOS E CONVÊNIO, CONTABILIDADE, EDU-19, EMERGENCIAS (highlighted with a red arrow), EXAMES, FINANÇAS, GESTÃO DE PESSOAS, HABILITAÇÕES, INDICADORES, and JURÍDICO. To the right, there are three informational cards with titles like 'Saiba mais da estrutura organizacional...', 'Padronização na SES/DF', and 'Escritório de Processos SES-DF'.

5

Acessar "Portas de Emergência - Histórico"

The screenshot shows the 'Portas de Emergência - Histórico' page. It contains a text block explaining the GAE (Guia de Atendimento de Emergência) process and a 'ACESSE' button. On the right, there is a dashboard with various charts and data points, including 'Total de GAE's Abertas: 160.355'.

6

Aplicar filtro "Ano"

7

Aplicar filtro "Mês"

8

Aplicar filtro "Unidades Hospitalares" - Use "Ctrl" para selecionar todas as unidades (Hospitais Gerais) da sua Região de Saúde

The screenshot shows the 'Menu Gestor' dashboard for 'Portas de Emergência Hospitalares Entradas'. It features several data cards and filters. The filters for 'Ano' (2022), 'Mês' (Todos), and 'Unidades Hospitalares' (Todos) are circled in red. The dashboard displays statistics for 'GAE's CLASSIFICADOS' (Total: 378.838) and 'GAE's NÃO CLASSIFICADAS' (Total: 82.443). There are also charts for 'GAE's Classificadas por Faixa Etária' and 'GAE's Classificadas por Sexo'.

### DENOMINADOR

Para o dado do denominador, contabilizar em GAE's CLASSIFICADOS o Total de ATENDIDOS, após aplicar os filtros "Ano", "Mês" e "Unidades Hospitalares"

9



### NUMERADOR

Para os dados do numerador, selecionar os códigos CID referentes às demandas de saúde mental (CID F00-F99 e CID X60-X84). A seleção deverá ocorrer de forma individualizada.

Não será necessário incluir todos os códigos F e X, basta digitar a letra com o primeiro algarismo do código que o filtro irá incluir os outros códigos relacionados. Por exemplo, ao digitar F0 na "Pesquisa por CID", serão automaticamente identificados os códigos F00, F01, F02, F03, F04, F05, F06, F07, F09 e suas respectivas subcategorias.

10

Pesquisa por CID: F0

CID	Descrição CID	Atendidos Classificados	Atendidos Não Classificados
F09	Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado	2	
F059	Delirium não especificado	1	
F068	Outros transtornos mentais especificados devidos a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física	1	
F064	Transtornos da ansiedade orgânicos	1	

Contabilizar o total de ATENDIDOS após aplicação do filtro. Segue abaixo imagem com exemplo do resultado após aplicação do filtro CID F0

11



12

Repetir a operação incluindo os seguintes códigos em "Pesquisa por CID": F0, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, X6, X7, X81, X82, X83 e X84

<b>13</b>	Somar Total de ATENDIDOS após aplicação do filtros dos códigos CID F0, F1, F2, F3 , F4, F5, F6, F7, F8, F9, X6, X7, X81, X82, X83 e X84
-----------	---

**OBSERVAÇÕES**

Segue para conhecimento a relação de códigos CID ligados às demandas de saúde mental:

- F00 - Demência na Doença de Alzheimer
- F01 - Demência Vascular
- F02 - Demência em Outras Doenças Classificadas em Outra Parte
- F03 - Demência Não Especificada
- F04 - Síndrome Amnésica Orgânica Não Induzida Pelo Álcool ou Por Outras Substâncias Psicoativas
- F05 - Delirium Não Induzido Pelo Álcool ou Por Outras Substâncias Psicoativas
- F06 - Outros Transtornos Mentais Devidos a Lesão e Disfunção Cerebral e a Doença Física
- F07 - Transtornos de Personalidade e do Comportamento Devidos a Doença, a Lesão e a Disfunção Cerebral
- F09 - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático Não Especificado
- F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Álcool
- F11 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos
- F12 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Canabinóides
- F13 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Sedativos e Hipnóticos
- F14 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso da Cocaína
- F15 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Outros Estimulantes, Inclusive a Cafeína
- F16 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Alucinógenos
- F17 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Fumo
- F18 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Solventes Voláteis
- F19 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Múltiplas Drogas e ao Uso de Outras Substâncias Psicoativas
- F20 - Esquizofrenia
- F21 - Transtorno Esquizotípico
- F22 - Transtornos Delirantes Persistentes
- F23 - Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios
- F24 - Transtorno Delirante Induzido
- F25 - Transtornos Esquizoafetivos
- F28 - Outros Transtornos Psicóticos Não-orgânicos
- F29 - Psicose Não-orgânica Não Especificada
- F30 - Episódio Maníaco
- F31 - Transtorno Afetivo Bipolar
- F32 - Episódios Depressivos
- F33 - Transtorno Depressivo Recorrente
- F34 - Transtornos de Humor (afetivos) Persistentes
- F38 - Outros Transtornos do Humor (afetivos)
- F39 - Transtorno do Humor (afetivo) Não Especificado
- F40 - Transtornos Fóbico-ansiosos
- F41 - Outros Transtornos Ansiosos
- F42 - Transtorno Obsessivo-compulsivo
- F43 - "Reações ao ""stress"" Grave e Transtornos de Adaptação"
- F44 - Transtornos Dissociativos (de Conversão)
- F45 - Transtornos Somatoformes
- F48 - Outros Transtornos Neuróticos
- F50 - Transtornos da Alimentação
- F51 - Transtornos Não-orgânicos do Sono Devidos a Fatores Emocionais
- F52 - Disfunção Sexual, Não Causada Por Transtorno ou Doença Orgânica
- F53 - Transtornos Mentais e Comportamentais Associados ao Puerpério, Não Classificados em Outra Parte
- F54 - Fatores Psicológicos ou Comportamentais Associados a Doença ou a Transtornos Classificados em Outra Parte

F55 - Abuso de Substâncias Que Não Produzem Dependência

F59 - Síndromes Comportamentais Associadas a Transtornos Das Funções Fisiológicas e a Fatores Físicos, Não Especificadas

F60 - Transtornos Específicos da Personalidade

F61 - Transtornos Mistos da Personalidade e Outros Transtornos da Personalidade

F62 - Modificações Duradouras da Personalidade Não Atribuíveis a Lesão ou Doença Cerebral

F63 - Transtornos Dos Hábitos e Dos Impulsos

F64 - Transtornos da Identidade Sexual

F65 - Transtornos da Preferência Sexual

F66 - Transtornos Psicológicos e Comportamentais Associados ao Desenvolvimento Sexual e à Sua Orientação

F68 - Outros Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto

F69 - Transtorno da Personalidade e do Comportamento do Adulto, Não Especificado

F70 - Retardo Mental Leve

F71 - Retardo Mental Moderado

F72 - Retardo Mental Grave

F73 - Retardo Mental Profundo

F78 - Outro Retardo Mental

F79 - Retardo Mental Não Especificado

F80 - Transtornos Específicos do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem

F81 - Transtornos Específicos do Desenvolvimento Das Habilidades Escolares

F82 - Transtorno Específico do Desenvolvimento Motor

F83 - Transtornos Específicos Misto do Desenvolvimento

F84 - Transtornos Globais do Desenvolvimento

F88 - Outros Transtornos do Desenvolvimento Psicológico

F89 - Transtorno do Desenvolvimento Psicológico Não Especificado

F90 - Transtornos Hipercinéticos

F91 - Distúrbios de Conduta

F92 - Transtornos Mistos de Conduta e Das Emoções

F93 - Transtornos Emocionais Com Início Especificamente na Infância

F94 - Transtornos do Funcionamento Social Com Início Especificamente Durante a Infância ou a Adolescência

F95 - Tiques

F98 - Outros Transtornos Comportamentais e Emocionais Com Início Habitualmente Durante a Infância ou a Adolescência

F99 - Transtorno Mental Não Especificado em Outra Parte

X60 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Analgésicos, Antipiréticos e Anti-reumáticos, Não-opiáceos

X61 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Drogas Anticonvulsivantes (antiepilépticos) Sedativos, Hipnóticos, Antiparkinsonianos e Psicotrópicos Não Classificados em Outra Parte

X62 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Narcóticos e Psicodislépticos (alucinógenos) Não Classificados em Outra Parte

X63 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Outras Substâncias Farmacológicas de Ação Sobre o Sistema Nervoso Autônomo

X64 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Outras Drogas, Medicamentos e Substâncias Biológicas e às Não Especificadas

X65 - Auto-intoxicação Voluntária Por Álcool

X66 - Auto-intoxicação Intencional Por Solventes Orgânicos, Hidrocarbonetos Halogenados e Seus Vapores

X67 - Auto-intoxicação Intencional Por Outros Gases e Vapores

X68 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Pesticidas

X69 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Outros Produtos Químicos e Substâncias Nocivas Não Especificadas

X70 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Enforcamento, Estrangulamento e Sufocação

X71 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Afogamento e Submersão

X72 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Disparo de Arma de Fogo de Mão

X73 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Disparo de Espingarda, Carabina, ou Arma de Fogo de Maior Calibre

X74 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Disparo de Outra Arma de Fogo e de Arma de Fogo Não Especificada

X75 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Dispositivos Explosivos

X76 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Pela Fumaça, Pelo Fogo e Por Chamas

X77 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Vapor de Água, Gases ou Objetos Quentes

X78 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Objeto Cortante ou Penetrante

X79 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Objeto Contundente

X80 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Precipitação de um Lugar Elevado

X81 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Precipitação ou Permanência Diante de um Objeto em Movimento

X82 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Impacto de um Veículo a Motor

X83 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Outros Meios Especificados

X84 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Meios Não Especificados.

## Indicador 15: Percentual de leitos dos hospitais com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	15
Pactuações	AGL Hospitalar
Indicador	Percentual de leitos dos hospitais com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.
Conceituação	Número de leitos hospitalares passíveis de implementação da dose individualizada. A Dose individualizada é um sistema de distribuição de medicamentos por paciente para 24 horas, conforme prescrição médica, que tem como vantagem maior segurança na distribuição, diminuição dos estoques periféricos e maior controle de estoque. Acompanhamento da implementação da dose individualizada nos hospitais, levantando as dificuldades e necessidades para obtenção de 100% de implementação. Leitos passíveis: leito em utilização e passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado (MS. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. 2002. Brasília-DF).
Usos	Melhor gestão do estoque, economia e uso racional de medicamentos .Acompanhamento da implementação da dose individualizada nos hospitais, levantando as dificuldades e necessidades para obtenção de 100% de implementação.
Limitações	Variação do nº de leitos ativos ao longo do período.
Fonte	Planilha disponibilizada mensalmente pelo Núcleo de Farmácia Hospitalar (NFH) via Google Drive.
Metodologia de Cálculo	<b>Numerador:</b> Nº de leitos com a dose individualizada implantada. <b>Denominador:</b> Nº total de leitos passíveis de implantação de dose individualizada. <b>Multiplificador:</b> 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
Periodicidade de Avaliação	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Não há
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não se aplica
Acumulativo para Pactuação	Não se aplica
Estratificação	Por hospital.
Responsável Técnico	SES/SULOG/DIASF/GAF AE
Coordenadora da Pactuação	SES/SULOG/DIASF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
<b>TEMA</b>	Atenção à Saúde
<b>INDICADOR</b>	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada
<b>PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR</b> Nº de leitos com a dose individualizada implantada.	
<b>1</b>	A área técnica (GAFAE) possui o gerenciamento da conta de e-mail gafae.saude.df@gmail.com, a qual utiliza o aplicativo Google Drive para organização de arquivos em pastas. Para melhor organização das planilhas mensais do “Indicador da Farmácia Clínica”, foram criadas pastas individuais para cada um dos hospitais, as quais estão alocadas nas pastas de caminho “Farmácia Clínica – GAFAE/DIASF” > “00. INDICADOR NFC”. A pasta de cada hospital está compartilhada com o e-mail de referência do NFC do hospital correspondente.
<b>2</b>	Fica sob responsabilidade dos chefes dos NFC (ou colaborador representante) a criação mensal da planilha do “Indicador da Farmácia Clínica”, com base na planilha modelo (alocada na pasta de caminho “Farmácia Clínica – GAFAE/DIASF” > “00. INDICADOR NFC” > “Planilha modelo”) e organiza dentro da pasta correspondente ao seu hospital.
<b>3</b>	O chefe (ou representante) do NFH (Núcleo de Farmácia Hospitalar) deverá contabilizar a quantidade de leitos que recebem o kit com os medicamentos para 24 horas por paciente, após avaliação da prescrição. Este deverá preencher o dado mensalmente na planilha correspondente.
<b>4</b>	Na mesma planilha há o campo de preenchimento do número total de leitos no hospital, que pode variar a cada mês. Este campo deve ser preenchido com o número de leitos ativos no mês correspondente.
<b>5</b>	A planilha realizará de forma automática o cálculo de % dos leitos com dose individualizada com utilização dos dados inseridos nos campos relatados acima.
<b>PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR</b> Nº total de leitos passíveis de implantação de dose individualizada	
<b>1</b>	O chefe (ou representante) do NFH (Núcleo de Farmácia Hospitalar) deverá coletar junto ao setor pertinente a quantidade de leitos ativos do hospital e preencher esta informação no campo. Os campos a serem preenchidos são; Leitos existentes – UTI, Leitos existentes – PS, Leitos existentes – Enfermaria e Leitos existentes – Outros. A planilha realiza a somatória dos campos preenchidos, sendo o resultado dos leitos totais ativos apresentados no campo Leitos existentes – Total.
<b>2</b>	Após, deverá ser quantificado o número de leitos com atendimento por dose individualizada. Esse dado deverá ser preenchido nos campos; Leitos com dose individualizada – UTI, Leitos com dose individualizada – PS, Leitos com dose individualizada – Enfermaria e Leitos com dose individualizada – Outros. A planilha realiza a somatória dos campos preenchidos, sendo o resultado dos leitos totais ativos apresentado no campo Leitos com dose individualizada – Total
<b>3</b>	Os campos com % de leitos com dose individualizada é calculado automaticamente por clínica e total, por meio da relação entre nº de leitos com dose individualizada/nº de leitos total.
<b>PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO</b>	
<b>1</b>	A área técnica (GAFAE) faz o levantamento dos dados de todos os hospitais e compila em uma planilha própria da gestão.
<b>2</b>	Após a inserção dos dados nesta planilha, o cálculo é realizado automaticamente por fórmulas cadastradas. Em caso de cálculo manual: calcular a porcentagem de acordo com a fórmula: $\frac{\text{Nº de leitos com dose individualizada}}{\text{nº total de leitos passíveis de implementação de dose individualizada}} \times 100$ .
<b>OBSERVAÇÕES:</b>	
<p>- Sistema de distribuição por dose individualizada: O sistema individualizado determina-se geralmente pela elaboração de kit de medicamentos para atendimento de um paciente (prescrição) por um período de 24 horas, no qual os pedidos são feitos especificamente para cada paciente;</p> <p>- Leitos passíveis de receber dose individualizada: é o leito no qual o paciente fica internado por mais de 24 horas</p>	

## Indicador 16: Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	16
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica
<b>Conceituação</b>	O farmacêutico clínico, profissional lotado nos Núcleos de Farmácia Clínica (NFCs), atua diretamente na assistência ao paciente, otimizando a farmacoterapia, reduzindo os problemas relacionados a medicamentos e racionalizando os custos. Para tanto, o farmacêutico clínico age realizando serviços clínicos, como a conciliação medicamentosa, a revisão da farmacoterapia, a orientação de alta, a promoção de ações educativas com profissionais de saúde e usuários, entre outros. No ambiente hospitalar, considerando que o paciente recebe uma nova prescrição a cada dia, o parâmetro de medida “paciente-dia” é a grandeza que melhor demonstra o universo de demanda do farmacêutico clínico. Por sua vez, é contabilizado como “1 paciente-dia atendido” o paciente que é beneficiado por algum serviço prestado pelo farmacêutico clínico num determinado dia, em qualquer unidade assistencial do hospital, exceto para atendimentos ambulatoriais, pois estes não são incluídos no denominador (paciente-dia hospital). A cada dia, os pacientes que recebem algum serviço são, dessa forma, contabilizados.
<b>Usos</b>	Conhecer o percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica
<b>Limitações</b>	Variação do nº de leitos ativos ao longo do período. Escala dos farmacêuticos clínicos nas unidades diariamente. Dependência de outros setores para disponibilizar o dado do denominador (paciente-dia hospital); além das variáveis na tratativa do dado, há atrasos na disponibilização. Indisponibilidade do dado final do numerador (pacientes-dia atendidos pelos NFC) em fonte oficial, há a necessidade de tratativa manual dos dados para disponibilização, podendo acarretar em atrasos e erros. A fonte oficial disponível possui inúmeros limitadores no uso, impossibilitando a prática e adesão deste formato.
<b>Fonte</b>	Planilha “Indicadores da Farmácia Clínica” disponibilizada mensalmente pelo NFC via Google Drive. Além da planilha, relatórios (limitados) do sistema trackcare. Vale destacar que o denominador é obtido pela Gestão de Leitos local, aos quais enviam mensalmente aos NFC
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>Numerador:</b> “Pacientes-dia atendidos pelo NFC” (de um determinado mês e hospital) <b>Denominador:</b> “Pacientes-dia internados no hospital” (para o mesmo mês e hospital) <b>Multiplicador:</b> x100
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	15%
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Não

<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Por hospital.
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SULOG/DIASF/GAF AE
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SULOG/DIASF
<b>Descrição da Meta</b>	Busca-se a superação da meta e, ao longo do tempo, o aumento do parâmetro, tendo em vista a necessidade de aumento da cobertura dos serviços de farmácia clínica

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

Acordo de Gestão Local- AGL	
<b>TEMA</b>	Atenção a Saúde
<b>INDICADOR</b>	Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica
PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR	
<b>1</b>	A área técnica (GAFAE) possui o gerenciamento da conta de e-mail gafae.saude.df@gmail.com, a qual utiliza o aplicativo Google Drive para organização de arquivos em pastas. Para melhor organização das planilhas mensais do “Indicador da Farmácia Clínica”, foram criadas pastas individuais para cada um dos hospitais, as quais estão alocadas nas pastas de caminho “Farmácia Clínica – GAFAE/DIASF” > “00. INDICADOR NFC”. A pasta de cada hospital está compartilhada com o e-mail de referência do NFC do hospital correspondente.
<b>2</b>	Fica sob responsabilidade dos chefes dos NFC (ou colaborador representante) a criação mensal da planilha do “Indicador da Farmácia Clínica”, com base na planilha modelo (alocada na pasta de caminho “Farmácia Clínica – GAFAE/DIASF” > “00. INDICADOR NFC” > “Planilha modelo”) e organiza dentro da pasta correspondente ao seu hospital.
<b>3</b>	Os farmacêuticos e colaboradores dos Núcleos de Farmácia Clínica deverão preencher diariamente esta planilha descrevendo o dado quantitativo (número absoluto) correspondente ao numerador deste indicador <b>“Pacientes-dia atendidos pelo NFC”</b> .
<b>4</b>	Após a finalização do mês e preenchimento completo da planilha o chefe do NFC (ou representante) deve marcar o checkbox de “Planilha finalizada” para que a área técnica responsável (GAFAE) faça o compilado dos dados em uma planilha paralela.
<b>5</b>	Além disso, os farmacêuticos devem fazer o registro dos serviços prestados no sistema Trakcare, por meio de pedido e execução de procedimentos. Neste caso deve-se registrar todos os serviços farmacêuticos prestados no dia, diretamente no prontuário eletrônico do paciente. Segue orientativo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- No sistema trakcare deve-se selecionar o paciente e clicar na aba “Pedido”;</li> <li>- Selecionar um dos procedimentos cadastrados (“descritivo do procedimento – Farmacêutico”, por exemplo: “Revisão da farmacoterapia - Farmacêutico”);</li> <li>- Ao aparecer o procedimento selecionado na aba inferior de pedido clique sobre o nome do procedimento;</li> <li>- Aparecerá uma tela de detalhes sobre o procedimento. Altere o campo “Status”: de “Confirmado C” para “Executado E”;</li> <li>- Clique em “Atualiza”;</li> <li>- Voltará para a tela do pedido e clique novamente em “Atualiza”.</li> <li>- Estes pedidos podem ser visualizados na aba “PEP &gt; PROCEDIMENTOS MULTIPROFISSIONAIS &gt; Farmácia”;</li> </ul> Posteriormente a gestão fará uma avaliação dos dados registrados por meio de relatórios.
PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR	
<b>1</b>	O dado de “Pacientes-dia internados no hospital” é levantado pela Gestão de Leitos local (do hospital). Portanto, o chefe (ou representante) do NFC deve estabelecer contato mensal com este setor para envio dos dados.
<b>2</b>	Este dado deve ser alimentado na mesma planilha “Indicador da Farmácia Clínica”
<b>3</b>	Após a finalização do mês e preenchimento completo da planilha o chefe do NFC (ou representante) deve marcar o checkbox de “Planilha finalizada” para que a área técnica responsável (GAFAE) faça o compilado dos dados em uma planilha paralela.
PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO	
<b>1</b>	A área técnica (GAFAE) faz o levantamento dos dados de todos os hospitais e compila em uma planilha própria da gestão.
<b>2</b>	Após a inserção dos dados nesta planilha, o cálculo é realizado automaticamente por fórmulas cadastradas. Em caso de cálculo manual, é realizada a divisão entre o numerador (“Pacientes Dia atendidos pelo NFC”) e o denominador (“Pacientes-dia internados no hospital”), o valor final é multiplicado por 100, tendo-se assim um valor percentual do indicador.
OBSERVAÇÕES:	
Destaca-se que cada paciente atendido por dia pelo Núcleo de Farmácia Clínica deverá ser contabilizado. Considera-se paciente atendido aquele o qual foi prestado qualquer um dos serviços farmacêuticos estabelecidos. Vale ressaltar que, caso o farmacêutico/colaborador tenha prestado mais de um serviço ao paciente em um mesmo dia, este deve ser contabilizado apenas uma vez ao dia. Porém, caso tenha sido prestado dois diferentes serviços, um em cada dia, este mesmo paciente deve ser contabilizado uma vez em cada um dos dias, ou seja, ao mês contabilizado duas vezes.	

# Gestão do trabalho e Educação em Saúde

## Indicador 17: Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	17
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar
<b>Conceituação</b>	Este indicador tem como função mensurar o quantitativo de horas de atividades de capacitação promovidas no âmbito do Hospital ou realizadas pelos servidores lotados na unidade hospitalar.
<b>Usos</b>	Monitorar a participação dos servidores nas atividades de capacitação, dando visibilidade e incentivo a melhoria dos processos de trabalho na unidade hospitalar.
<b>Limitações</b>	Não proporciona a avaliação da qualidade das ações de capacitação.
<b>Fonte</b>	NEPS e Infosaúde
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>Numerador:</b> Somatório de horas de atividades de capacitação realizadas pelos servidores da unidade hospitalar <b>Denominador:</b> Quantidade de servidores ativos na unidade hospitalar
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Número absoluto
<b>Parâmetro</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (MS)
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Sim
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Somatório dos resultados (numeradores) ao longo do período de pactuação
<b>Estratificação</b>	Por servidor ativo
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SUGEP/CIGEC/DIDEP/GES
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SUGEP/CIGEC
<b>Descrição da Meta</b>	

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

Acordo de Gestão Local- AGL	
<b>TEMA</b>	Gestão do trabalho e Educação em saúde
<b>INDICADOR</b>	Número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coleta do Numerador	
<b>1</b>	Somar as horas de capacitação realizadas e/ou informadas aos NEPS pelos servidores da unidade hospitalar. Este dado deve ser captado através da planilha padrão abaixo, preenchida a partir dos certificados emitidos pelos NEPS ou apresentados para o NEPS.
Passo a passo para coletar o Denominador	
<b>1</b>	<p>Acessar o site do InfoSaúde (<a href="https://info.saude.df.gov.br/">https://info.saude.df.gov.br/</a>) para obter a quantidade de servidores na unidade hospitalar. Clicar em Sala de Situação.</p> 
<b>2</b>	<p>Clicar em Gestão de Recursos.</p> 

3

Clicar em Gestão de Pessoas, Força de Trabalho



4

Selecionar a sigla da unidade hospitalar. Pressionando a tecla no teclado Ctrl é possível selecionar mais de uma opção ao mesmo tempo, obtendo o valor todas de servidores do hospital.



5

Observar o número total de servidores na SES – DF que aparece após a seleção da unidade, como no exemplo abaixo.



**Passo a passo para fazer o cálculo do resultado**

1

Soma do número de horas de capacitação por servidor da unidade hospitalar (passo 1) dividido (/) pela quantidade de servidores ativos na unidade hospitalar (passo 5)

**OBSERVAÇÕES:**

No momento atual, a Sala de Situação ainda não consegue mostrar somente os servidores ativos lotados na unidade hospitalar. Porém, há expectativas de implantação de novo sistema oficial que será capaz de filtrar esse dado.

## Indicador 18: Número de atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade hospitalar

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	18
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Número de atividades de ensino e pesquisa realizadas na unidade hospitalar.
<b>Conceituação</b>	Este indicador tem o objetivo de mensurar e acompanhar o número de atividades de ensino e pesquisa realizadas no âmbito do Hospital e cadastradas no NUPEP.
<b>Usos</b>	Dar visibilidade ao volume de atividades de ensino e pesquisa produzido, além de correlacionar o número de pesquisas apresentadas ao NUPEP à quantidade de formandos dos Programas de Residência. Fomentar as atividades de ensino e pesquisa.
<b>Limitações</b>	Não mensura a qualidade das pesquisas e atividade de ensino e não demonstra se as pesquisas foram concluídas.
<b>Fonte</b>	Planilha de controle de registros de pesquisas científicas e atividades de ensino do NUPEP
<b>Metodologia de Cálculo</b>	Número absoluto de atividades de ensino e pesquisa registradas no NUPEP
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Número absoluto
<b>Parâmetro</b>	Não se aplica
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Sim
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Refere-se ao somatório dos resultados ao longo do período de pactuação
<b>Estratificação</b>	Por hospital
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SAIS/CATES/AAH
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SUGEP/CIGEC
<b>Descrição da Meta</b>	Monitoramento

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

Acordo de Gestão Local - AGL	
<b>TEMA</b>	Gestão do trabalho e Educação em Saúde
<b>INDICADOR</b>	Número de atividades de ensino e pesquisa realizadas na unidade hospitalar
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
<b>1</b>	Somar às pesquisas científicas e atividades de ensino apresentadas ao NUPE e as promovidas pelo NUPE
OBSERVAÇÕES	

# Gestão

## Indicador 19: Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	19
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente
<b>Conceituação</b>	O indicador mede o percentual de processamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), no Sistema Informação Hospitalar (SIH) no mês da competência de apresentação, considerando o mês de saída dos pacientes internados nos estabelecimentos hospitalares públicos do Distrito Federal. Por exemplo: AIH com saídas em janeiro/2023 devem ser apresentadas, em sua totalidade, na produção hospitalar, por meio do sistema SISAIH, dentro da mesma competência de processamento (janeiro/2023).
<b>Usos</b>	O resultado do indicador demonstra o processamento das informações hospitalares realizadas dentro do prazo, potencializando o aumento do faturamento dos estabelecimentos públicos de saúde do DF, diminuindo as ocorrências glosas e possibilitando eventuais ajustes de forma tempestiva.
<b>Limitações</b>	Para a análise do indicador é necessária a divulgação do banco de dados RDDF para a tabulação dos dados seja no Tabwin, seja no Infosaúde, com isso o prazo para a disponibilização dos dados é de pelo menos 40 dias a contar do último dia do mês de saída. Outra limitação é que o percentual abaixo da meta não significa necessariamente que todas as AIH daquele mês não foram apresentadas, pois se houver um represamento de AIH dos meses anteriores, essas AIH podem aumentar o denominador, diminuindo assim o resultado. Com isso, para a análise do resultado é importante considerar o quantitativo médio das saídas apuradas mensalmente.
<b>Fonte</b>	SIH/SUS
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>NUMERADOR:</b> Total de AIHs dos estabelecimentos hospitalares públicos processadas com saída hospitalar dentro do mesmo mês de processamento <b>DENOMINADOR:</b> Total de AIH dos estabelecimentos hospitalares públicos apresentadas na competência <b>MULTIPLICADOR:</b> 100
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	Percentual de AIH, do ano de 2022, dos estabelecimentos hospitalares públicos apresentadas com alta hospitalar dentro do mesmo mês de processamento: 67%
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Não

<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Não se aplica
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SUPLANS/CCONS/DICS/GEPI
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SUPLANS/CCONS/DICS
<b>Descrição da Meta</b>	Deseja-se alcançar o resultado de 95% das AIH apresentadas na mesma competência de alta do paciente. Isso permitirá o aumento do faturamento da unidade, evitando a perda de AIH por atraso na entrega.

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

Acordo de Gestão Local- AGL	
<b>TEMA</b>	Gestão
<b>INDICADOR</b>	Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente
PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR E DENOMINADOR	
<b>1</b>	Entrar no Infosaúde/Sala de Situação: <a href="https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-indicadores/">https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-indicadores/</a>
<b>2</b>	Clicar no menu: INDICADORES
<b>3</b>	Clicar no Painel de Monitoramento do Indicador
<b>4</b>	Selecionar os filtros: Ano, Mês, Região de Saúde e Estabelecimento
PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO	
<b>1</b>	Identificar a quantidade de AIH do mês de saída correspondente ao mês de competência
<b>2</b>	Identificar a quantidade de AIH total do mês de competência
<b>3</b>	Dividir a quantidade de AIH do mês de saída correspondente ao mês de competência pela quantidade de AIH total do mês de competência
<b>4</b>	Multiplicar por 100
OBSERVAÇÕES:	
O percentual identificado no cálculo se refere ao processamento das informações hospitalares realizadas dentro do prazo, potencializando o aumento do faturamento dos estabelecimentos públicos de saúde do DF, diminuindo as ocorrências glosas e possibilitando eventuais ajustes de forma tempestiva.	

## Indicador 20: Percentual de Não Conformidades Resolvidas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	20
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Percentual de Não Conformidades Resolvidas
<b>Conceituação</b>	O indicador mede o percentual de não conformidades apontadas pela DIVISA/SVS e registradas no SIGECH, que são de governabilidade de resolução do hospital, que foram resolvidas pelo estabelecimento no período acordado. Além de melhoria na qualidade da assistência e segurança no atendimento ao paciente, a resolução das não conformidades possibilita a emissão de novo relatório de "Apto" realizado pela DIVISA, o que viabiliza a habilitação junto ao Ministério da Saúde dos serviços realizados pelo estabelecimento. A habilitação é o ato do gestor federal reconhecer a legitimidade do serviço, permitindo o seu faturamento e aportando recursos financeiros para sua execução.
<b>Usos</b>	O resultado do indicador demonstra a capacidade de resolubilidade do estabelecimento frente às não conformidades apontadas pela Diretoria de Vigilância Sanitária em vistoria prévia realizada.
<b>Limitações</b>	Para a análise do indicador é necessário fixar como linha de base para o denominador, o número de não conformidades com governabilidade de resolução do estabelecimento, apresentadas em uma determinada data. Haverá possibilidade de variação desse denominador mediante nova emissão de Relatório Técnico de Vistoria do hospital como um todo, emitido pela DIVISA. Os relatórios pontuais, de áreas específicas, não serão considerados para alteração do denominador.
<b>Fonte</b>	SIGECH
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>NUMERADOR:</b> Total de não conformidades resolvidas pelo hospital <b>DENOMINADOR:</b> Total de não conformidades de resolubilidade do hospital elencadas no SIGECH. <b>MULTIPLICADOR:</b> 100
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	Não se aplica
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Não
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Não se aplica
<b>Responsável Técnico</b>	SES/SUPLANS/CCONS/DICS/GCCH
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/SUPLANS/CCONS/DICS
<b>Descrição da Meta</b>	Deseja-se alcançar o resultado de 100% de resolução das não conformidades para habilitação dos serviços

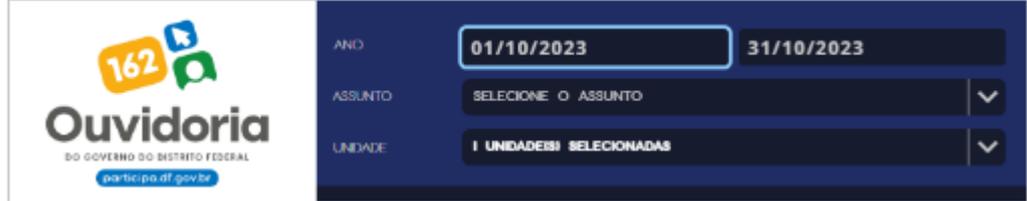
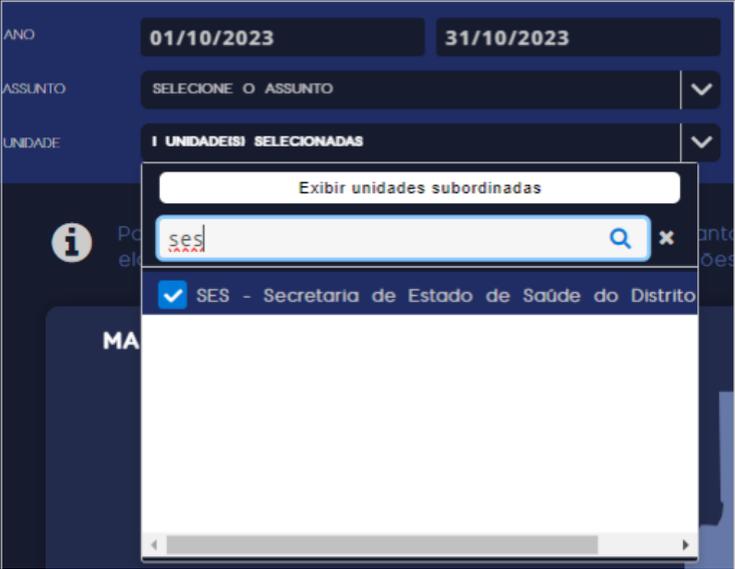
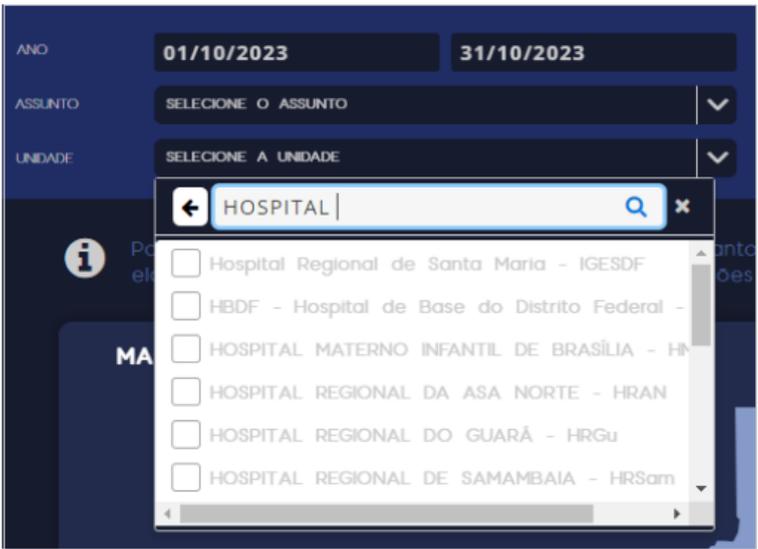
## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 20

Acordo de Gestão Local- AGL	
<b>TEMA</b>	Gestão
<b>INDICADOR</b>	Percentual de Não Conformidades Resolvidas
PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR E DENOMINADOR	
<b>1</b>	Acesse o SIGECH em <a href="https://sigech.saude.df.gov.br/sigech/login/index.php">https://sigech.saude.df.gov.br/sigech/login/index.php</a> usando seu login e senha
<b>2</b>	Escolha o estabelecimento desejado
<b>3</b>	No Plano de Ação, veja a quantidade total de não conformidades
<b>4</b>	Conte o número de não conformidades, o total será o denominador
<b>5</b>	Vá para a guia "Relatórios" e selecione "Número de não conformidades concluídas e encaminhadas para Divisa" para o mês
<b>6</b>	Selecione o estabelecimento, ano e mês para verificar as não conformidades resolvidas pelo estabelecimento (numerador)
PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO	
<b>1</b>	Identifique as não conformidades resolvidas pelo hospital
<b>2</b>	Verifique o total de não conformidades listadas no SIGECH
<b>3</b>	Divida as não conformidades resolvidas pelo total de não conformidades do hospital
<b>4</b>	Multiplique por 100
OBSERVAÇÕES:	
<p>O resultado do indicador mostra a capacidade do estabelecimento em resolver as não conformidades identificadas pela Diretoria de Vigilância Sanitária. O denominador deve ser determinado no início de cada bimestre para avaliação do período. Exemplo: Se em janeiro foram identificadas 100 não conformidades, este número será a referência até o final do bimestre para avaliação do indicador. Adicionalmente informamos que será realizado adequações no sistema pela Diretoria de Gestão de Informações Estratégicas e posterior liberação ao acesso "GUIA Relatórios", aos servidores que já possuem acesso ao Sistema de Gestão de Credenciamento e Habilitação SIGECH</p>	

## Indicador 21: Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
<b>Código</b>	21
<b>Pactuações</b>	AGL HOSPITALAR
<b>Indicador</b>	Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar
<b>Conceituação</b>	A resolutividade da ouvidoria é um dos principais indicadores de sua eficiência. Ela mede a capacidade da ouvidoria de resolver as demandas dos cidadãos, sejam elas reclamações, denúncias, solicitações ou sugestões.
<b>Usos</b>	A resolutividade da ouvidoria é importante para garantir o direito dos cidadãos de serem ouvidos e ter suas demandas atendidas. Ela também é importante para a gestão pública, pois contribui para melhorar a qualidade dos serviços prestados.
<b>Limitações</b>	A limitação encontrada é que os dados obtidos dependem das respostas da avaliação de pesquisa de satisfação.
<b>Fonte</b>	Painel de Ouvidoria: <a href="http://www.painel.ouv.df.gov.br/">http://www.painel.ouv.df.gov.br/</a>
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<b>Numerador:</b> Total de manifestações (Resolvidas + Resolvidas Após Resposta Complementar) <b>Denominador:</b> Total de Manifestações Avaliadas (Resolvidas + Resolvidas Após Resposta Complementar + Não Resolvidas + Não Resolvidas após Resposta Complementar) <b>Multiplicador:</b> 100
<b>Periodicidade de Monitoramento</b>	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) Quadrimestral (Colegiado)
<b>Periodicidade de Avaliação</b>	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
<b>Unidade de Medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	Acréscimo 2% em relação ao índice alcançado no ano anterior
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Acumulativo Anual</b>	Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou numeradores e denominadores mês a mês) ao longo do ano
<b>Acumulativo para Pactuação</b>	Média Aritmética Simples Anual
<b>Estratificação</b>	Unidade Hospitalar
<b>Responsável Técnico</b>	SES/CONT/OUVIDORIA
<b>Coordenador da Pactuação</b>	SES/CONT/OUVIDORIA
<b>Descrição da Meta</b>	A resolutividade é um desdobramento relacionado com avaliação do cidadão ligado ao desempenho da administração pública na solução de um problema. Ao monitorar esse indicador ocorre efetiva melhoria da governança de serviços.

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

Acordo de Gestão Regional - AGR	
<b>TEMA</b>	Gestão
<b>INDICADOR</b>	Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acesse o Painel de Ouvidoria: <a href="http://www.painel.ouv.df.gov.br/dashboard">http://www.painel.ouv.df.gov.br/dashboard</a>
2	<p>Selecione o período (mês) 01/XX/20XX a 3X/XX/20XX</p> 
3	<p>Selecionar a Unidade SES</p> 
4	<p>Selecione a unidade subordinada a SES</p> 

5

Menu Situação: Selecione as opções “RESOLVIDA” e “RESOLVIDA APÓS RESPOSTA COMPLEMENTAR”

SITUAÇÃO

RECEBIDA EM ANÁLISE RESPONDIDA NÃO RESOLVIDA

RESOLVIDA VENCIDA PRORROGADA VENCIDA APÓS PRORROGAÇÃO

NÃO RESOLVIDA APÓS RESPOSTA COMPLEMENTAR RESOLVIDA APÓS RESPOSTA COMPLEMENTAR



**Passo a passo para coletar o denominador**

1

Menu Situação: Selecione as opções “RESOLVIDA” e “RESOLVIDA APÓS RESPOSTA COMPLEMENTAR” e “NÃO RESOLVIDA” e “NÃO RESOLVIDA APÓS RESPOSTA COMPLEMENTAR”

SITUAÇÃO

RECEBIDA EM ANÁLISE RESPONDIDA NÃO RESOLVIDA

RESOLVIDA VENCIDA PRORROGADA VENCIDA APÓS PRORROGAÇÃO

NÃO RESOLVIDA APÓS RESPOSTA COMPLEMENTAR RESOLVIDA APÓS RESPOSTA COMPLEMENTAR



**Passo a passo para fazer o cálculo do resultado**

- 1 Dividir Numerador pelo Denominador
- 2 Multiplicar o resultado por 100.

**OBSERVAÇÕES:**

# Versões de Atualização do Caderno de Orientações AGL Atenção Hospitalar

Versão	Data	Processo/ ID documento	Alteração
2	8/1/2024	SEI nº 00060-00594046/2023-68 ID.: 130389904	-Indicador 1: Alteração no POP; -Indicador 2: Alteração no descritivo da ficha e no POP.
3	4/3/2024	SEI nº 00060-00594046/2023-68 ID.: (133459485)  SEI nº 00060-00063237/2024-63	-Indicador 20: Alteração no POP;  -Indicador 6: Os dados (numerador e denominador) serão encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial (CRDF/DIRAAH/CERA) até o dia 20 de cada mês, referente ao mês anterior.
4	6/5/2024	Sei nº 00060-00594046/2023-68 ID (139785096)	-Indicador 1: Alteração na ficha do indicador na Conceituação, Fonte e Periodicidade de Monitoramento e Alteração e alteração do POP; -Indicador 2: Alteração do POP.
4	6/5/2024	Sei nº 00060-00260523/2022-11 ID (139574985)	-Indicador 13: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas -Atualização com alteração da Ficha e do POP.
5	27/06/2024	SEI nº 00060-00594046/2023-68 ID 144046810	-Atualização do Fluxo de Coleta e Registro de Dados; -Ajustes da Matriz de Metas; -Descrição do Fluxo de Coletas; -Orientações para realizar Análise dos Resultados; -Modelo de Notificação.
5	08/07/2024	SEI nº 00060-00326482/2024-97	-Atualização da ficha e POP referente ao Indicador 4 - Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação
6	24/07/2024	Sei nº 00060-00356625/2024-95	- Indicador 8: Índice de giro de leitos - Atualização com alteração do POP (Retirada de multiplicação do resultado por 100).
7	01/11/2024	SEI nº 00060-00326482/2024-97	Indicador 3 - Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação: Atualização de ficha e POP