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 Secundária 2023/2024

V.7

OUTUBRO/2024

Caro Gestor,

Apresentamos o Caderno de Orientações do Acordo de Gestão Local (AGL) das unidades de saúde da Atenção Secundária. 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 Gerência de Contratualização Regionalização

Índice

Matriz de Responsabilidade....7
Fluxo de Coleta e Registro de Dados....9
Descrição do Fluxo de Coleta e Registro dos Dados....10
Anexo 1....16
Orientações para realizar Análise dos Resultados....16
Anexo 2....18
Modelo de Notificação....18
Matriz de Indicadores e Metas 2024....19
AGL Atenção Secundária....19
1) Policlínica:....19
2) MACC - CEDOH, CEDHIC e CADH – Ambulatórios Especializados:....19
3) ADOLESCENTRO E COMPP:....20
4) CEDIN – Centro Especializado em Doenças Infecciosas:....20
5) CESMU – Centro Especializado em Saúde da Mulher:....20
6) CPSS – Casa de Parto de São Sebastião:....20
7) CER – Centro Especializado de Reabilitação:....21
8) CRT - Central de Radiologia de Taguatinga:....21
9) CEO - Centro de Especialidades Odontológicas:....21
10) CAPS - Centro de Atenção Psicossocial....22
1. Ficha dos Indicadores e Orientações de Coleta....24
I. POLICLÍNICA....25
Indicador 01: Percentual de consultas de primeira vez em cardiologia....25
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01....25
Indicador 02: Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia....27
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02....28
Indicador 03: Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas e não médicas (Panoramas I e II) nas Policlínicas....29
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03....30
Indicador 04: Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais....31
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04....32
Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais..32
Indicador 05: Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em feridas complexas....33
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05....34
Indicador 06: Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em pé diabético...35
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06....36
Indicador 07: Percentual de consulta de 1ª vez de Pré Natal de Alto risco (PNAR) pelo total de vagas ofertadas de ginecologia e obstetrícia....37
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 07....38
Indicador 08: Percentual de consultas de primeira vez de Endocrinologia Pediátrica....39
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 08....40

II. MACC: CADH, CEDOH, CEDHIC - Ambulatórios Especializados.....41
Indicador 01:Percentual de consultas de primeira vez em Cardiologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas..... 41
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01.....42
Indicador 02: Percentual de Consultas de primeira vez em Endocrinologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas..... 43
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02.....44
Indicador 03: Percentual de consultas de 1ª vez em endocrinologia pediátrica no Centro Especializado em Condições Crônicas..... 45
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03.....46
Indicador 04: Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas no Centro Especializado em Condições Crônicas..... 47
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04.....48
Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas no Centro Especializado em Condições Crônicas..... 48
Indicador 05: Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais no Centro Especializado em Condições Crônicas.....49
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05.....50
III. ADOLESCENTRO e COMPP..... 50
Indicador 01: Número de Acolhimentos Iniciais realizados pelo Adolescentro/COMPP.....51
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 1.....52
Indicador 02: Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas pelo Adolescentro/COMPP com equipes de Atenção Primária..... 53
Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas pelo Adolescentro/COMPP com equipes de Atenção Primária..... 53
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 2.....54
Indicador 03: Participação do Adolescentro em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial/COMPP.....55
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03.....56
IV. CEDIN – Centro Especializado em Doenças Infecciosas.....58
Indicador 01: Percentual de especialidades/serviços regulados da carteira de serviços do Centro Especializado em Doenças Infecciosas - CEDIN.....58
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01.....59
Indicador 02: Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.....61
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02.....62
Indicador 03: Percentual de consultas de 1ª vez de HIV/hepatites do CEDIN.....63
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03.....64
Indicador 04: Percentual de vagas ofertadas para acolhimento do Ambulatório de Diversidade de Gênero em relação à fila de espera.....65
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04.....66
V. CESMU – Centro Especializado em Saúde da Mulher.....67
Indicador 01: Percentual de vagas de 1ª vez não utilizadas para acolhimento especializado em saúde da mulher.....67
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01.....68
Indicador 02: Percentual de vagas ofertadas para o Acolhimento CESMU sobre o total de vagas ofertadas para acesso direto às especialidades.....69

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02.....70
Indicador 03: Percentual de procedimentos de Atenção Secundária, faturados em ginecologia.....71
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03.....72
VI. CPSS – Casa de Parto de São Sebastião.....73
Indicador 01: Número total de partos.....73
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01.....74
Indicador 02: Percentual de nascidos vivos com Apgar menor ou igual a 7 no 5º minuto...75
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02.....76
Indicador 03: Taxa de Infecção pós-parto vaginal.....77
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03.....78
Indicador 04: Percentual de transferência de parturientes do CPN ao hospital de referência antes do parto.....79
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04.....80
VII. CER – Centro Especializado de Reabilitação.....81
Indicador 01: Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica pediátrica....81
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01.....82
Indicador 02: Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica adulto.....83
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02.....84
Indicador 03: Número de atendimentos realizados no CER II de Taguatinga por mês.....85
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03.....86
Indicador 04: Número de ações de matriciamento realizadas com a Atenção Primária à Saúde.....87
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04.....88
Indicador 05: Número de pacientes atendidos nos ambulatórios de estomizados.....89
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05.....90
VIII. CRT - Central de Radiologia de Taguatinga.....91
Indicador 01: Percentual de absenteísmo aos exames de ecografia.....91
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01.....92
Indicador 02: Percentual de absenteísmo aos exames de odontologia.....93
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02.....94
Indicador 03: Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de ecografia.....95
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03.....96
Indicador 04: Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de mamografia.....97
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04.....98
IX. CEO - Centro de Especialidades Odontológicas.....99
Indicador 01: Percentual de alcance da Meta CEO- Procedimentos Básicos.....99
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01.....100
Indicador 02: Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Cirurgia Oral...105
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02.....107
Indicador 03: Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Endodontia.....110
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03.....112
Indicador 04: Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Periodontia.....115
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04.....117

X. CAPS - Centro de Atenção Psicossocial..... 119
Indicador 01: Número de acolhimentos iniciais realizados nos CAPS..... 119
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 01..... 120
Indicador 02: Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Primária..... 121
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 02..... 122
Indicador 03: Ações de matriciamento sistemático realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência..... 123
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03..... 124
Indicador 04: Número de ações territoriais realizadas pelos CAPS..... 125
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 04..... 126
Indicador 05: Variedade de procedimentos RAAS e BPA realizados por CAPS..... 127
Anexo da Ficha do indicador 05..... 128
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 05..... 131
Indicador 06: Número de encaminhamentos para internação psiquiátrica compulsória em razão de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, demandados por CAPS..... 132
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 06..... 133
Indicador 07 - Participação em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial..... 134
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 07..... 135
Indicador 08 - Número de atendimentos a casos de situação em crise..... 136
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 08..... 137

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 (NPMA).

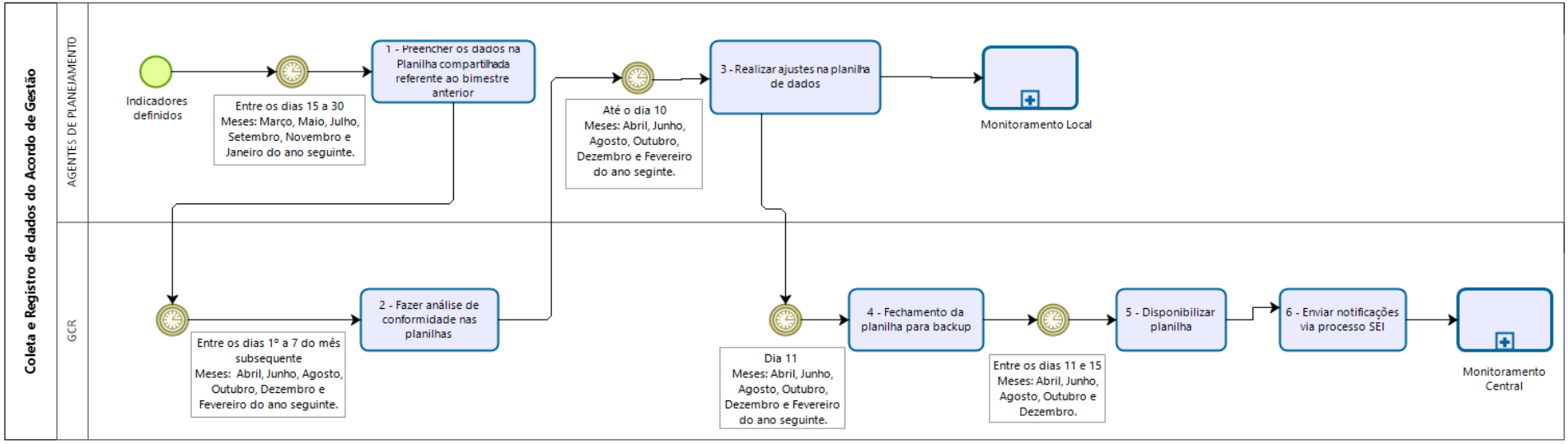
Assim, com o intuito de esclarecer o nível de responsabilidade das partes, apresenta-se a matriz de responsabilidade:

Área Gerência de Contratualização	**Quanto à implantação:** Apoiar na realização dos cursos de capacitação para melhor entendimento da unidade por todos envolvidos; Apoiar na realização da oficina para definição dos indicadores; Organizar cerimônia de assinatura; Elaborar minutas dos acordos e disponibilizar para assinatura; Elaborar a matriz de indicadores e metas; Elaborar o caderno de orientações anual. **Quanto ao monitoramento:** Monitorar periodicamente a coleta e registro de dados com as Regiões de Saúde; Apoiar, como intermediador, na realização dos colegiados quadrimestrais para apresentação dos resultados pelas Regiões às áreas técnicas; Elaborar os boletins quadrimestrais com os destaques; Disponibilizar planilha para coleta e registro de dados.
Área Técnica do Nível de Atenção	**Quanto à implantação:** 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. **Quanto ao monitoramento:** Participar dos colegiados quadrimestrais da apresentação dos resultados pelas regiões, propondo ações e apoiando nas discussões; Definir os destaques para elaboração do Boletim.
GPMA	**Quanto à implantação:** Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em conjunto com os gestores e servidores das unidades contratualizadas. **Quanto ao monitoramento:** 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.
ASPLAN	**Quanto ao monitoramento:** Estabelecer fluxo com GPMA para alimentação periódica dos dados; e apresentação nos colegiados bimestrais e quadrimestrais.
Gestor da Unidade Contratualizada	**Quanto à implantação:** Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em conjunto com a GPMA. **Quanto ao monitoramento:** Disponibilizar dados dos indicadores para o GPMA incluir nas ferramentas de monitoramento; Elaborar planos de ação.

Fluxo de Coleta e Registro de Dados

O fluxo de Coleta e Registro de Dados faz parte do macroprocesso de operacionalização dos Acordos de Gestão Regional/Acordos de Gestão Local (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 suas unidades subordinadas, possibilitando as ações do fluxo de monitoramento dos indicadores pactuados.



Descrição do Fluxo de Coleta e Registro dos Dados

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

1. **Descrição:**

   Consiste em preencher pelos Agentes de Planejamento o numerador, denominador e análise dos resultados de cada indicador pactuado no Acordo de Gestão Local - AGL.

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

   a) GPMAs Secundária.

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 Secundária do ano vigente;

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

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

4. **Documentação/Ferramenta necessária:**

   a) Caderno de Orientações do AGL Secundária Ambulatorial 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 1 e 7, nos meses de abril, junho, agosto, outubro, dezembro e fevereiro do ano seguinte analisar os dados bimestrais preenchidos no mês anterior nas planilhas, buscando identificar inconsistência de dados e/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 o preenchimento da “Análise do Resultado”, se 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 Secundária Ambulatorial 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 pela GCR na atividade anterior e realizar os ajustes.

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

   a) GPMAs Secundária.

3. **Tarefas:**

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

4. **Documentação/Ferramenta necessária:**

   a) Planilha disponibilizada no drive;
   b) Caderno de Orientações do AGL Secundária Ambulatorial 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 de preenchimento do AGL;

   c) Incluir memorando com a minuta da notificação, conforme modelo do Anexo 2 - Modelo de Notificação em Processo SEI anual de cada região;

   d) Solicitar assinatura no Memorando 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 Secundária

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 Secundária** 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 Atenção Secundária

1) Policlínica:

Matriz de Indicadores e Metas – Policlínica		
Nº	**Indicador**	**Meta**
1	Percentual de consultas de primeira vez de Cardiologia	35%
2	Percentual de consultas de primeira vez de Endocrinologia	30%
3	Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas e não médicas (panoramas I e II) nas Policlínicas.	25%
4	Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais	90%
5	Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em feridas complexas	Monitoramento
6	Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em pé diabético	Monitoramento
7	Percentual de consulta de 1ª vez de Pré Natal de Alto risco (PNAR) pelo total de vagas ofertadas de ginecologia e obstetrícia	Monitoramento
8	Percentual de consultas de primeira vez de Endocrinologia Pediátrica	30%

2) MACC - CEDOH, CEDHIC e CADH – Ambulatórios Especializados:

Matriz de Indicadores e Metas – Ambulatórios MACC - CADH, CEDOH, CEDHIC		
Nº	**Indicador**	**Meta**
1	Percentual de consultas de primeira vez em Cardiologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas	35%
2	Percentual de consultas de primeira vez em Endocrinologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas.	30%
3	Percentual de consultas de 1ª vez em endocrinologia pediátrica no Centro Especializado em Condições Crônicas	30%
4	Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas no Centro Especializado em Condições Crônicas	25%
5	Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais no Centro Especializado em Condições Crônicas	90%

3) ADOLESCENTRO E COMPP:

Matriz de Indicadores e Metas – ADOLESCENTRO E COMPP		
N º	**Indicador**	**Meta**
1	Número de Acolhimentos Iniciais realizados pelo Adolescentro/COMPP	Monitoramento
2	Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas pelo Adolescentro/COMPP com equipes de Atenção Primária.	Monitoramento
3	Participação do Adolescentro/COMPP em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial.	Monitoramento

4) CEDIN – Centro Especializado em Doenças Infecciosas:

Matriz de Indicadores e Metas – CEDIN – Centro Especializado em Doenças Infecciosas		
N º	**Indicador**	**Meta**
1	Percentual de especialidades/serviços regulados da carteira de serviços do Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN)	70%
2	Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.	90%
3	Percentual de consultas de 1ª vez de HIV/hepatites do CEDIN	Monitoramento
4	Percentual de vagas ofertadas para acolhimento do Ambulatório de Diversidade de Gênero em relação à fila de espera.	Monitoramento

5) CESMU – Centro Especializado em Saúde da Mulher:

Matriz de Indicadores e Metas – CESMU – Centro Especializado em Saúde da Mulher		
N º	**Indicador**	**Meta**
1	Percentual de vagas de 1ª vez não utilizadas para acolhimento especializado em saúde da mulher	Monitoramento
2	Percentual de vagas ofertadas para o acolhimento CESMU sobre o total de vagas ofertadas para acesso direto às especialidades.	Monitoramento
3	Percentual de procedimentos de Atenção Secundária, faturados em ginecologia.	70%

6) CPSS – Casa de Parto de São Sebastião:

Matriz de Indicadores e Metas – CPSS – Casa de Parto de São Sebastião		
N º	**Indicador**	**Meta**
1	Número total de partos	40 partos/mês
2	Percentual de nascidos vivos com APGAR menor que 7 no 5º minuto	Monitoramento
3	Taxa de Infecção pós-parto vaginal	Monitoramento
4	Percentual de transferência de parturientes do CPN ao hospital de referência antes do parto.	Monitoramento

7) CER – Centro Especializado de Reabilitação:

Matriz de Indicadores e Metas – CER – Centro Especializado de Reabilitação		
N º	**Indicador**	**Meta**
1	Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica pediátrica	Monitoramento
2	Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica adulto	Monitoramento
3	Número de atendimentos realizados no CER II de Taguatinga por mês.	Monitoramento
4	Número de ações de matriciamento realizadas com a Atenção Primária à Saúde.	Monitoramento
5	Número de pacientes atendidos nos ambulatórios de estomizados	Monitoramento

8) CRT - Central de Radiologia de Taguatinga:

Matriz de Indicadores e Metas – Central de Radiologia de Taguatinga (CRT)		
N º	**Indicador**	**Meta**
1	Percentual de absenteísmo aos exames de ecografia.	30%
2	Percentual de absenteísmo aos exames de odontologia.	35%
3	Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de ecografia	90%
4	Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de mamografia	90%

9) CEO - Centro de Especialidades Odontológicas:

Matriz de Indicadores e Metas – Centro de Odontologia- CEO		
N º	**Indicador**	**Meta**
1	Percentual de alcance de meta CEO- Procedimentos Básicos	100%
2	Percentual de alcance de meta CEO- Cirurgia Oral	100%
3	Percentual de alcance de meta CEO- Procedimentos de Endodontia	100%
4	Percentual de alcance de meta CEO- Periodontia	100%

10) CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

Matriz de Indicadores e Metas CAPS - Centro de Atenção Psicossocial									
		Indicadores e Metas							
Região	Unidade	1	2	3	4	5	6	7	8
		Número de acolhimentos iniciais realizados nos CAPS.	Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Primária.	Ações de matriciamento sistemático realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência.	Número de ações territoriais realizadas pelos CAPS.	Variedade de procedimentos RAAS e BPA realizados por CAPS.	Número de encaminhamentos para internação psiquiátrica compulsória em razão de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, demandados por cada CAPS.	Participação em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial.	Número de atendimentos a casos de situação em crise.
CENTRAL	CAPS i Asa Norte	40	15	4	176	95%	3	Monitoramento	Monitoramento
	CAPS II Brasília	40	13	4	168	90%	Não se aplica	Monitoramento	Monitoramento
	CAPS - AD Candango	30	13	4	147	90%	16	Monitoramento	Monitoramento
CENTRO SUL	CAPS - AD Guará	60	5	2	30	80%	10	Monitoramento	Monitoramento
	CAPS - II Riacho Fundo	47	5	2	10	90%	Não se aplica	Monitoramento	Monitoramento
LESTE	CAPS - II Paranoá	120	8	5	50	90%	Não se aplica	Monitoramento	Monitoramento
	CAPS AD Itapoã	80	10	8	50	90%	2	Monitoramento	Monitoramento

NORTE	CAPS - II Planaltina	115	5	2	67	90	Não se aplica	Monitoramento	Monitoramento
	CAPS - I Sobradinho	47	5	2	80	85	2	Monitoramento	Monitoramento
	CAPS - AD II Sobradinho	80	8	2	40	90	3	Monitoramento	Monitoramento
OESTE	CAPS - I Brazlândia	60	5	2	13	70%	2	Monitoramento	Monitoramento
	CAPS AD III Ceilândia	38	18	2	38	80%	22	Monitoramento	Monitoramento
SUDOESTE	CAPS - I Recanto das Emas	30	5	2	21	60%	2	Monitoramento	Monitoramento
	CAPS - I Taguatinga	100	8	2	80	80%	2	Monitoramento	Monitoramento
	CAPS - II Taguatinga	158	13	2	57	70%	Não se aplica	Monitoramento	Monitoramento
	CAPS - III Samambaia	145	13	2	45	65%	Não se aplica	Monitoramento	Monitoramento
	CAPS - AD Samambaia	80	5	2	32	70%	16	Monitoramento	Monitoramento
SUL	CAPS - AD Santa Maria	90	11	5	76	91%	8	Monitoramento	Monitoramento

1. Ficha dos Indicadores e Orientações de Coleta

As fichas dos indicadores estão organizadas por temas: Policlínicas, Ambulatórios Especializado MACC (CADH, CEDOH, CEDHIC), ADOLESCENTRO/COMPP, Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN), Centro Especializado em Saúde da Mulher (CESMU), Casa de Parto, Centro Especializado de Reabilitação (CER), Centro Radiológico de Taguatinga (CRT), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

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

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	*Número do indicador na matriz de metas*
Pactuações	*Identificação dos instrumentos de planejamento em que o indicador está pactuado, tanto em nível estratégico quanto em nível regional.*
Indicador	*Título do indicador.*
Conceituação	*Aquilo que tem importância ou relevo num contexto determinado. Engloba a Definição e Interpretação. Diz respeito ao "o que mede".*
Usos	*Principais finalidades de utilização do indicador. Diz respeito ao "para que serve".*
Limitações	*Fatores que restringem a interpretação do indicador referente ao conceito e fontes utilizados.*
Fonte	*Bases de dados, sistemas informatizados ou instituições/unidades responsáveis pela produção de dados.*
Metodologia de Cálculo	*Como calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem.*
Periodicidade de Monitoramento	*Frequência de acompanhamento do resultado (parcial ou total) no Sistema de Monitoramento.*
Periodicidade de Avaliação	*Frequência de julgamento dos efeitos do resultado.*
Unidade de Medida	*Convenção usada para descrever dimensões.*
Parâmetro	*Valor de referência nacional e/ou distrital.*
Polaridade	*Revela o sentido do indicador.*
Acumulativo Anual	*Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou numeradores e denominadores mês a mês) ao longo do ano.*
Acumulativo para Pactuação	*Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou numeradores e denominadores ano a ano) ao longo do período de pactuação (4 anos).*
Estratificação	*Níveis de desagregação (categorias) definidos de acordo com recorte espacial/serviço/especialidade de referência do indicador.*
Responsável Técnico	*Área responsável pelo monitoramento e análise do indicador.*
Coordenador da Pactuação	*Área responsável pelo monitoramento e avaliação da pactuação.*
Descrição da Meta	*Descrição do objetivo que se deseja alcançar. Deve conter em seu escopo o objeto que se pretende melhorar, a expressão numérica que se deseja alcançar e o prazo para sua conclusão.*

I.POLICLÍNICA

Indicador 01: Percentual de consultas de primeira vez em cardiologia

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**1**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de consultas de primeira vez em cardiologia**
Conceituação	Considera-se consulta de primeira vez aquele atendimento que é regulado via SISREG, conforme critérios das notas técnicas/protocolos vigentes, sendo o primeiro encontro do usuário com o especialista focal. Considera-se ainda como primeira consulta àquela que após abandono de tratamento, o usuário foi novamente encaminhado via SISREG.
Usos	Avaliar a disponibilidade atual de vagas para consulta de primeira vez na Policlínica pela especialidade médica de Cardiologia e programar a necessidade de ampliação da oferta devido ao aumento do compartilhamento do cuidado das equipes da APS.
Limitações	Instabilidade do SISREG e dificuldades de comunicação com o paciente para confirmação da consulta.
Fonte	SISREG e TRAKCARE
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de consultas médicas de primeira vez da especialidade Cardiologia no mês, panorama 1 e 2. **DENOMINADOR:** Número total de consultas médicas da especialidade Cardiologia no mês, panorama 1 e 2. **MULTIPLICADOR**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	35%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Policlínicas que possuem a especialidade médica de Cardiologia e que disponibiliza consultas via SISREG, bem como a produção é registrada no SIA/SUS.
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Policlínica**
INDICADOR	**Indicador 1- Percentual de consultas de primeira vez em cardiologia**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	**Extração do NUMERADOR:** 1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de regulador ou administrador; 2. Acessar no menu RELATÓRIO DE PRODUÇÃO; 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL; 4. Selecionar opção PROCEDIMENTO/ UNIDADE EXECUTANTE; 5. Selecionar CONSULTA EM CARDIOLOGIA ADULTO; 6. Selecionar o período pertinente; 7. Clicar em PESQUISAR/ OK; 8. Considerar da tabela a coluna dos atendimentos MARCADOS.
2	**Extração do DENOMINADOR:** 1. Realizar Login no TRAKCARE da Região com perfil ESTATÍSTICA 2. Acessar o menu FERRAMENTAS 3. Clicar em RELATÓRIOS 4. Selecionar o relatório CONSULTAS MÉDICAS ATENDIDAS 5. Selecionar o período de análise 6. Selecionar em "LOCAL"* o AMBULATÓRIO ESPECÍFICO.

Observações:

1. **Item 6 do DENOMINADOR:** Digitar a policlínica com a opção do AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA ADULTO **(não considerar pareceres, risco cirúrgico/pós cirúrgico e egressos).**

2. ***LOCAL: Deve-se atentar para especificar o ambulatório para não dar erro.**

3. **Para aqueles que necessitarem estratificar os serviços de cardiologia no trakcare:**
   1. Adicionar os procedimentos a serem estratificados no cadastro do profissional para diferenciação da consulta em "CARDIOLOGIA GERAL ADULTO" e de outras consultas, como a de risco cirúrgico (por exemplo);
   2. Quando gerar a agenda colocar os procedimentos no perfil do profissional e liberá-lo para a realização do serviço.

4. ***Calcular o Denominador:** É necessário considerar tanto as consultas de primeira vez como as de retorno da especialidade. As consultas de retornos fazem parte do rol do número de consultas médicas totais das especialidades.

Indicador 02: Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**02**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia**
Conceituação	Considera-se consulta de primeira vez aquele atendimento que é regulado via SISREG, conforme critérios das notas técnicas/protocolos vigentes, sendo o primeiro encontro do usuário com o especialista focal. Considera-se ainda como primeira consulta àquela que após abandono de tratamento, o usuário foi novamente encaminhado via SISREG.
Usos	Avaliar a disponibilidade atual de vagas para consulta de primeira vez na Policlínica pela especialidade médica de Endocrinologia e programar a necessidade de ampliação da oferta devido ao aumento do compartilhamento do cuidado das equipes da APS.
Limitações	Instabilidade do SISREG e dificuldades de comunicação com o paciente para confirmação da consulta.
Fonte	SISREG e TRAKCARE
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR**: Número de consultas médicas de primeira vez da especialidade Endocrinologia no mês **DENOMINADOR:** Número total de consultas médicas da especialidade Endocrinologia adulto no mês **MULTIPLICADOR**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	30%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Policlínicas que possuem a especialidade médica de Endocrinologia e que, disponibiliza consultas via SISREG, bem como a produção é registrada no SIA/SUS.
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Policlínica**
INDICADOR	**Indicador 2- Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	**Extração do NUMERADOR:** 1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de regulador ou administrador; 2. Acessar no menu RELATÓRIO DE PRODUÇÃO; 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL; 4. Selecionar opção PROCEDIMENTO/ UNIDADE EXECUTANTE; 5. Selecionar CONSULTA ENDOCRINOLOGIA GERAL; 6. Selecionar o período pertinente; 7. Clicar em PESQUISAR 8. Considerar da tabela a coluna dos atendimentos MARCADOS.
2	**Extração do DENOMINADOR:** 1. Realizar Login no TRAKCARE da Região com perfil ESTATÍSTICA 2. Acessar o menu FERRAMENTAS 3. Clicar em RELATÓRIOS 4. Selecionar o relatório CONSULTAS MÉDICAS ATENDIDAS 5. Selecionar o período de análise 6. Selecionar em "LOCAL"* o AMBULATÓRIO ESPECÍFICO.

OBSERVAÇÕES:

1. **Item 6 do DENOMINADOR:** Digitar a policlínica com a opção do AMBULATÓRIO DE ENDOCRINOLOGIA ADULTO. **Se houver (não considerar pareceres, risco cirúrgico/pós cirúrgico e egressos).**
2. **Considerar somente as CONSULTAS REALIZADAS. (Não considerar procedimentos)**
3. ***Calcular o Denominador:** É necessário considerar tanto as consultas de primeira vez como as de retorno da especialidade. As consultas de retornos fazem parte do rol do número de consultas médicas totais das especialidades.

Indicador 03: Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas e não médicas (Panoramas I e II) nas Policlínicas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**03**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas e não médicas (panoramas I e II) nas Policlínicas.**
Conceituação	O absenteísmo dos usuários às consultas médicas de primeira vez reguladas via SISREG é o ato de o mesmo não comparecer ao atendimento e nem prestar qualquer comunicação prévia ao local de realização, gerando desperdício de recursos.
Usos	Permitir articulação na própria Região de Saúde ou entre as Regiões de Saúde para uma comunicação mais efetiva sobre a data de agendamento das consultas de primeira vez dos usuários nas Policlínicas de modo a diminuir a taxa de absenteísmo.
Limitações	Instabilidade do SISREG e dificuldades de comunicação com o paciente para confirmação da consulta.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação (SISREG)
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número mensal de faltas de usuários em consultas médicas e não médicas de primeira vez reguladas em panorama I e II. **DENOMINADOR:** Número mensal total de consultas médicas e não médicas agendadas em panorama I e II via SISREG **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	25%
Polaridade	Menor melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Por policlínica
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Policlínica**
INDICADOR	**Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas e não médicas (panoramas I e II) nas Policlínicas.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	**Extração do NUMERADOR:** 1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador ou regulador; 2. Acessar o menu “CONSULTA AMB”; 3. Selecionar SOLICITAÇÕES NÃO CONFIRMADAS/UNIDADE; 4. Selecionar a UNIDADE EXECUTANTE; 5. Selecionar o PERÍODO; 6. Marcar a opção IMPRIMIR COMO LISTA; 7. Clicar em PESQUISAR; 8. Selecionar os dados da lista e COPIAR; 9. COLAR em uma página em branco do Planilhas Google; 10. Pressionar as teclas Ctrl+F e digitar a palavra "CONSULTA" na caixa de pesquisa que será aberta; 11. Anotar o último número mostrado ao lado da palavra "CONSULTA" que foi pesquisada; 12. Repetir passo a passo para cada UNIDADE e SOMAR todos os valores.
2	**Extração do DENOMINADOR:** 1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador ou regulador; 2. Selecionar a aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO; 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL; 4. Selecionar UNIDADE EXECUTANTE; 5. Selecionar o período desejado; 6. Clicar em PESQUISAR/ OK; 7. Considerar a quantidade de MARCADOS DA UNIDADE EM PESQUISA.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 04: Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**04**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.**
Conceituação	O fechamento de chave é a conclusão do atendimento ao agendamento realizado na unidade de execução (profissional assistente ou servidor designado para a atividade na unidade), podendo ser aplicado o status ATENDIDO ou NÃO COMPARECEU.
Usos	Realizar acompanhamento dos dados relativos ao processo de agendamento e execução de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados via SISREG, bem como favorecer a análise da produção dos profissionais da Policlínica de modo a contribuir com melhorias do processo de trabalho da equipe.
Limitações	Instabilidade do SISREG
Fonte	SISREG
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados via SISREG e executados pela Policlínica que tiveram suas chaves fechadas no mês **DENOMINADOR:** Número total de consultas marcadas/autorizadas pela Gerência de Regulação da Região de Saúde no mês. **MULTIPLICADOR**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	90%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por policlínica
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Policlínica**
INDICADOR	**Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	**Extração do NUMERADOR: Soma do número total de agendamentos confirmados com o número total de faltas.** **Número total de agendamentos confirmados:** 1.Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador/regulador; 2. Selecionar a aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO; 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL; 4. Selecionar UNIDADE EXECUTANTE/PROCEDIMENTOS; 5. Selecionar a UNIDADE; 6. Preencher o período desejado; 6. Clicar em PESQUISAR/ OK; 7. O valor que deve considerar “QTD. CONFIRMADO”. **Número total de faltas:** 1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de Administrador; 2. Acessar o menu “CONSULTA AMB”; 3. Selecionar SOLICITAÇÕES NÃO CONFIRMADAS/UNIDADE; 4. Selecionar a UNIDADE EXECUTANTE; 5. Selecionar o PERÍODO; 6. Marcar a opção IMPRIMIR COMO LISTA; 7. Clicar em PESQUISAR 8. Selecionar os dados da lista e COPIAR; 9. COLAR os dados em uma página em branco do EXCEL; 10. Selecionar todas as linhas da coluna PROCEDIMENTO até o final da tabela (com exceção do cabeçalho) e anotar a CONTAGEM do excel na barra inferior a direita; 11. Repetir passo a passo para cada UNIDADE e SOMAR todos os valores. **Realizar a SOMA dos “CONFIRMADOS” e “FALTAS” no mês de análise.**
2	**Extração do DENOMINADOR:** 1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador/ regulador; 2. Selecionar a aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO; 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL; 4. Selecionar UNIDADE EXECUTANTE/PROCEDIMENTOS; 5. Selecionar a UNIDADE; 6. Preencher o período desejado; 6. Clicar em PESQUISAR/ OK; 7. O valor a ser considerado é “QTD. MARCADO”.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 05: Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em feridas complexas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**05**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em feridas complexas**
Conceituação	Trata-se da capacidade operacional da especialidade de Enfermagem em Feridas Complexas em absorver a demanda existente de usuários na fila de espera para primeira consulta de enfermagem em feridas complexas.
Usos	Avaliar o acesso dos usuários na especialidade enfermagem em feridas complexas, bem como reordenar o quantitativo de vagas de acordo com a necessidade.
Limitações	Regulação da especialidade não implantada em todas as Policlínicas, instabilidade do SISREG e dificuldades de comunicação com o paciente para confirmação da consulta.
Fonte	SISREG
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de vagas mensais disponibilizadas pela Policlínica para consulta de enfermagem de primeira vez em feridas complexas via regulação pelo SISREG. **DENOMINADOR:** Número de usuários em fila de espera da regulação para consulta de enfermagem de primeira vez em feridas complexas + Número total de agendamentos autorizados pela Gerência de Regulação da Região de Saúde no mês em consulta de enfermagem de primeira vez em feridas complexas. **MULTIPLICADOR**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentagem
Parâmetro	Indicador novo. Necessário monitoramento regular para geração de linha de base.
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Policlínicas que possuem a especialidade de Enfermagem em Feridas Complexas e que disponibiliza consultas via SISREG.
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Policlínica**
INDICADOR	**Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em feridas complexas.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Para o Dado do numerador: Fazer login com perfil ADM do SISREG III da região
2	Clicar na aba: CADASTRO – AMB -> ESCALAS
3	Escolher a unidade de saúde
4	Escolher o procedimento*: CONSULTA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA CURATIVO ESPECIAL;
5	Contabilizar as vagas abertas para o mês de aferição dos dados (devem ser somadas todas as vagas abertas mensalmente)
6	Dado do denominador – 1ª parte: usuários em fila
7	Fazer login com perfil de REGULADOR da região
8	Clicar em AUTORIZAR -> AMBULATORIAL
9	No campo DESCRIÇÃO colocar: CONSULTA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA CURATIVO ESPECIAL
10	Clicar em CONSULTAR
11	O Número gerado será a 1ª parte do DENOMINADOR (fila de espera para CONSULTA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA-CURATIVO ESPECIAL)
12	Dado do denominador – 2ª parte: número total de agendamentos autorizados
13	Fazer login com perfil ADM do SISREG III da região
14	Clicar em RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO -> AMBULATORIAL -> PROCEDIMENTOS/UNIDADE EXECUTANTE
15	Selecionar o procedimento: CONSULTA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA CURATIVO ESPECIAL
16	Selecionar em período o mês de aferição
17	Dado do denominador – 2ª parte: VALOR MARCADO
18	Total final do denominador = 1ª parte: usuários em fila + 2ª parte: VALOR MARCADO
OBSERVAÇÕES * Caso na região existam cadastrados no SISREG III – CONSULTA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA- CURATIVO GRAU II e/ou CONSULTA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA FERIDAS COMPLEXAS, a partir de março deverá ser utilizado apenas o procedimento CONSULTA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CURATIVO ESPECIAL	

Indicador 06: Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em pé diabético

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**06**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em pé diabético**
Conceituação	Trata-se da capacidade operacional da especialidade de Enfermagem para atendimento de primeira vez em pé diabético em absorver a demanda existente de usuários na fila de espera para primeira consulta de enfermagem em pé diabético.
Usos	Avaliar o acesso dos usuários na especialidade enfermagem em pé diabético, bem como reordenar o quantitativo de vagas de acordo com a necessidade.
Limitações	Regulação da especialidade não implantada em todas as Policlínicas, instabilidade do SISREG e dificuldades de comunicação com o paciente para confirmação da consulta.
Fonte	SISREG
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de vagas mensais disponibilizadas pela Policlínica para consulta de enfermagem de primeira vez em pé diabético via regulação pelo SISREG. **DENOMINADOR:** Número de usuários em fila de espera da regulação para consulta de enfermagem de primeira vez em pé diabético + Número total de agendamentos autorizados pela Gerência de Regulação da Região de Saúde no mês em consulta de enfermagem de primeira vez em pé diabético. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentagem
Parâmetro	Indicador novo. Necessário monitoramento regular para geração de linha de base.
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Policlínicas que possuem a especialidade de Enfermagem em pé diabético e que disponibiliza consultas via SISREG.
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Policlínica**
INDICADOR	**Percentual de consultas de enfermagem de primeira vez em pé diabético.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Para o numerador: Fazer login com perfil ADM do SISREG III da região
2	Clicar na aba: CADASTRO – AMB -> ESCALAS
3	Escolher a unidade de saúde
4	Escolher o procedimento**CONSULTA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EXAMES DOS PÉS.
5	Contabilizar as vagas abertas para o mês de aferição dos dados (devem ser somadas todas as vagas abertas mensalmente)
6	Dado do denominador – 1ª parte: usuários em fila. Fazer login com perfil de REGULADOR da região
7	Clicar em AUTORIZAR -> AMBULATORIAL
8	No campo DESCRIÇÃO colocar: CONSULTA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EXAMES DOS PÉS
9	Clicar em CONSULTAR
10	O Número gerado será a 1ª parte do DENOMINADOR (fila de espera para CONSULTA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA- EXAMES DOS PÉS)
11	Dado do denominador – 2ª parte: número total de agendamentos autorizados. Fazer login com perfil ADM do SISREG III da região
12	Clicar em RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO -> AMBULATORIAL -> PROCEDIMENTOS/UNIDADE EXECUTANTE
13	Selecionar o procedimento: CONSULTA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EXAMES DOS PÉS
14	Selecionar em período o mês de aferição
15	Dado do denominador – 2ª parte: VALOR MARCADO
16	Total final do denominador = 1ª parte: usuários em fila + 2ª parte: VALOR MARCADO
OBSERVAÇÕES	

Indicador 07: Percentual de consulta de 1ª vez de Pré Natal de Alto risco (PNAR) pelo total de vagas ofertadas de ginecologia e obstetrícia

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**07**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de consultas de 1ª vez ofertadas em pré-natal de alto risco (PNAR) sobre o total de vagas ofertadas em ginecologia e obstetrícia**
Conceituação	Pré-natal de alto risco é o acompanhamento de saúde de gestantes que possuem doenças prévias ou adquiridas durante a sua gravidez, situação que sugere que essa seja uma gravidez de risco de acordo com nota técnica especializada. Na atenção secundária, o acompanhamento pré-natal deve ser de gestantes que não se enquadram em gestação de risco habitual. Considera-se consulta de primeira vez em PNAR aquele atendimento regulado via SISREG, conforme critérios das notas técnicas/protocolos vigentes, sendo o primeiro encontro da usuária com o especialista focal. Considera-se ainda como primeira consulta aquela em que, após abandono de tratamento, a usuária foi novamente encaminhada via SISREG
Usos	Quantificar o número de vagas oferecidas para consultas de primeira vez em ginecologia e obstetrícia nas policlínicas, e programar a necessidade da oferta, considerando o aumento do compartilhamento do cuidado das equipes da APS. Informar o acesso da gestante ao pré-natal de alto risco na atenção especializada. Analisar junto à carga horária de ginecologia e obstetrícia o quanto está sendo utilizado para atendimento em PNAR na região.
Limitações	Não reflete o número de gestantes de alto risco da região.
Fonte	SISREG III
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de consultas de 1ª vez ofertadas em PNAR nas policlínicas. **DENOMINADOR:** Número total de consultas de 1ª vez ofertadas em ginecologia e obstetrícia, incluindo o próprio PNAR e demais "subespecialidades". **MULTIPLICAR** por 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	Monitoramento
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	NÃO
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Policlínicas que possuem consultas em ginecologia e obstetrícia e disponibilizam vagas via SISREG
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

	Acordo de Gestão Local – AGL
TEMA	**Policlínica**
INDICADOR	**Percentual de consultas de 1ª vez ofertadas em pré-natal de alto risco (PNAR) sobre o total de vagas ofertadas em ginecologia e obstetrícia**
	PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR
	Extração do NUMERADOR:
1	1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador; 2. Selecionar o menu CONSULTA AMB; 3. Clicar na opção OFERTA DE VAGAS; 4. Selecionar o procedimento CONSULTA EM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO; 5. Em “Unidade Executante”, selecionar TODAS; 6. Definir mês e ano desejado em “Competência”; 7. Deixar a opção “Detalhar por dia” desmarcada; 8. Selecionar TODAS em “Tipo agenda”; 9. Clicar em PESQUISAR; 10. Considerar o valor mostrado na célula “Geral” da coluna “Ativa”para cada policlínica
	Extração do DENOMINADOR:
2	1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador; 2. Selecionar o menu CONSULTA AMB; 3. Clicar na opção OFERTA DE VAGAS; 4. Selecionar o procedimento desejado (ver observação abaixo); 5. Em “Unidade Executante”, selecionar TODAS; 6. Definir mês e ano desejado em “Competência”; 7. Deixar a opção “Detalhar por dia” desmarcada; 8. Selecionar TODAS em “Tipo agenda”; 9. Clicar em PESQUISAR; 10. Considerar o valor mostrado na célula “Geral” da coluna “Ativa”para cada policlínica; 11. Somar os valores de todos os procedimentos de uma mesma policlínica, inclusive o valor do PNAR já encontrado anteriormente.
OBSERVAÇÕES **● No item 4 do DENOMINADOR, pesquisar todos os procedimentos em ginecologia e obstetrícia, incluindo ginecologia - geral e outros como colposcopia, cirurgia ginecológica, ginecologia - climatério, mastologia, planejamento familiar, etc.**	

Indicador 08: Percentual de consultas de primeira vez de Endocrinologia Pediátrica

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**08**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia pediátrica**
Conceituação	Considera-se consulta de primeira vez aquele atendimento que é regulado via SISREG, conforme critérios das notas técnicas/protocolos vigentes, sendo o primeiro encontro do usuário com o especialista focal. Considera-se ainda como primeira consulta aquela em que, após abandono de tratamento, o usuário foi novamente encaminhado via SISREG.
Usos	Considera-se consulta de primeira vez aquele atendimento que é regulado via SISREG, conforme critérios das notas técnicas/protocolos vigentes, sendo o primeiro encontro do usuário com o especialista focal. Considera-se ainda como primeira consulta aquela em que, após abandono de tratamento, o usuário foi novamente encaminhado via SISREG.
Limitações	Instabilidade do SISREG e dificuldades de comunicação com o paciente para confirmação da consulta
Fonte	TRAKCARE
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de consultas de primeira vez em endocrinologia pediátrica no mês. **DENOMINADOR:** Número total de consultas médicas em endocrinologia pediátrica no mês. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	30%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	NÃO
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Policlínicas que possuem a especialidade médica de endocrinologia pediátrica, disponibilizam consultas via SISREG e registram a produção no Trakcare (exportação para o SIA/SUS)
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Policlínica**
INDICADOR	**Percentual de consultas em endocrinologia pediátrica**
	PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR
	Extração do NUMERADOR:
1	1. Realizar login no Trakcare da Região com perfil ESTATÍSTICA; 2. Acessar o menu FERRAMENTAS; 3. Clicar em RELATÓRIOS; 4. Selecionar o relatório PROCEDIMENTOS REALIZADOS; 5. Selecionar em “LOCAL” o AMBULATÓRIO ESPECÍFICO; 6. Selecionar o período de análise; 7. Clicar em VISUALIZAR; 8. Contabilizar o número de atendimentos da especialidade ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA (desconsiderar as de retorno).
	Extração do DENOMINADOR:
2	1. Realizar login no Trakcare da Região com perfil ESTATÍSTICA; 2. Acessar o menu FERRAMENTAS; 3. Clicar em RELATÓRIOS; 4. Selecionar o relatório CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS; 5. Selecionar o período de análise; 6. Selecionar em “LOCAL” o AMBULATÓRIO ESPECÍFICO; 7. Marcar “MOSTRAR RELATÓRIOS COM DETALHAMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE”; 8. Clicar em VISUALIZAR; 9. Contabilizar o número de atendimentos do profissional que realiza atendimento na especialidade ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA.

OBSERVAÇÕES

1 DENOMINADOR: Se houver (não considerar pareceres, risco cirúrgico/pós cirúrgico e egressos).

2 *Calcular o Denominador: É necessário considerar tanto as consultas de primeira vez como as de retorno da especialidade. As consultas de retornos fazem parte do rol do número de consultas médicas totais das especialidades.

II.MACC: CADH, CEDOH, CEDHIC - Ambulatórios Especializados

Indicador 01:Percentual de consultas de primeira vez em Cardiologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**01**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de consultas de primeira vez em Cardiologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas**
Conceituação	Considera-se consulta de primeira vez aquele atendimento que é regulado via SISREG, conforme critérios das notas técnicas/protocolos vigentes, sendo o primeiro encontro do usuário com o especialista focal. Considera-se ainda como primeira consulta aquela em que, após abandono de tratamento, o usuário foi novamente encaminhado via SISREG.
Usos	Avaliar a disponibilidade atual de vagas para consulta de primeira vez nos Centros Especializados em Condições Crônicas pelo atendimento multidisciplinar em cardiologia e programar a necessidade de ampliação da oferta, considerando o aumento do compartilhamento do cuidado das equipes da APS.
Limitações	Instabilidade do SISREG e dificuldades de comunicação com o paciente para confirmação da consulta.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação (SISREG III) e SIA/SUS.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de consultas de primeira vez realizadas pelo atendimento multidisciplinar em cardiologia no mês somado ao número de consultas de primeira vez realizadas pelo atendimento multidisciplinar em cardiologia e endocrinologia no mês (porta dupla). **DENOMINADOR:** Número total dos atendimentos médicos em cardiologia no mês. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	35%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Centro Especializado em Condições Crônicas que possuem a especialidade médica de Cardiologia e que disponibiliza consultas via SISREG, bem como a produção é registrada no SIA/SUS.
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro Especializado em Condições Crônicas (MACC)**
INDICADOR	**Percentual de consultas de primeira vez em cardiologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do NUMERADOR	
1	1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de regulador ou administrador; 2. Acessar o menu RELATÓRIO DE PRODUÇÃO; 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL; 4. Selecionar opção PROCEDIMENTO/UNIDADE EXECUTANTE; 5. Selecionar ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR EM CARDIOLOGIA - MACC; 6. Selecionar o período pertinente; 7. Clicar em PESQUISAR/OK; 8. Considerar da tabela a coluna dos atendimentos MARCADOS para ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR EM CARDIOLOGIA - MACC; 9. Após, selecionar ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR EM CARDIOLOGIA e ENDOCRINOLOGIA - MACC; 10. Selecionar o período pertinente; 11. Clicar em PESQUISAR/OK; 12. Considerar da tabela a coluna dos atendimentos MARCADOS para ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR EM CARDIO E ENDÓCRINO; 13. Somar os valores das duas portas de entradas
Extração do DENOMINADOR:	
2	1. Acessar o link da sala situação: https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/producao-de-servicos-ambulatorial/ 2. Preencher os filtros: -ANO DE COMPETÊNCIA -MÊS DE COMPETÊNCIA -CATEGORIA PROFISSIONAL (MÉDICO CARDIOLOGISTA) 3. Selecionar o ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (Unidade) 4. Considerar o número total de consultas médicas da especialidade CARDIOLOGIA no mês.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 02: Percentual de Consultas de primeira vez em Endocrinologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**02**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de consultas de primeira vez em Endocrinologia nos Centros Especializados em Condições Crônicas**
Conceituação	Considera-se consulta de primeira vez aquele atendimento que é regulado via SISREG, conforme critérios das notas técnicas/protocolos vigentes, sendo o primeiro encontro do usuário com o especialista focal. Considera-se ainda como primeira consulta aquela em que, após abandono de tratamento, o usuário foi novamente encaminhado via SISREG.
Usos	Avaliar a disponibilidade atual de vagas para consulta de primeira vez nos Centros Especializados em Condições Crônicas pelo atendimento multidisciplinar em endocrinologia e programar a necessidade de ampliação da oferta devido ao aumento do compartilhamento do cuidado das equipes da APS.
Limitações	Instabilidade do SISREG e dificuldades de comunicação com o paciente para confirmação da consulta.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação (SISREG III) e TrakCare
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de consultas de primeira vez realizadas pelo atendimento multidisciplinar em endocrinologia no mês somado ao número de consultas de primeira vez realizadas pelo atendimento multidisciplinar em cardiologia e endocrinologia no mês (porta dupla). **DENOMINADOR:** Número total dos atendimentos médicos em endocrinologia no mês. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	30%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Centro Especializado em Condições Crônicas que possuem a especialidade médica de Endocrinologia e que disponibiliza consultas via SISREG, bem como a produção é registrada no SIA/SUS.
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro Especializado em Condições Crônicas (MACC)**
INDICADOR	**Percentual de consulta de primeira vez em Endocrinologia no Centro Especializado em Condições Crônicas.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do NUMERADOR:	
1	1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de regulador ou administrador; 2. Acessar o menu RELATÓRIO DE PRODUÇÃO; 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL; 4. Selecionar opção PROCEDIMENTO/UNIDADE EXECUTANTE; 5. Selecionar ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR EM ENDOCRINOLOGIA - MACC; 6. Selecionar o período pertinente; 7. Clicar em PESQUISAR/OK; 8. Considerar da tabela a coluna dos atendimentos MARCADOS para ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR EM ENDOCRINOLOGIA - MACC; 9. Após, selecionar ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR EM CARDIOLOGIA e ENDOCRINOLOGIA - MACC; 10. Selecionar o período pertinente; 11. Clicar em PESQUISAR/OK; 12. Considerar da tabela a coluna dos atendimentos MARCADOS para ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR EM CARDIO E ENDÓCRINO; 13. Somar os valores das duas portas de entradas.
Extração do DENOMINADOR:	
2	1. Realizar Login no TRAKCARE da Região com perfil ESTATÍSTICA; 2. Acessar o menu FERRAMENTAS; 3. Clicar em RELATÓRIOS; 4. Selecionar o relatório CONSULTAS MÉDICAS ATENDIDAS; 5. Selecionar o período de análise; 6. Selecionar em “LOCAL”* o AMBULATÓRIO ESPECÍFICO; 7. Marcar “MOSTRAR RELATÓRIOS COM DETALHAMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE”; 8. Clicar em VISUALIZAR; 9. Contabilizar o número de atendimentos do profissional que realiza atendimento na especialidade ENDOCRINOLOGIA - ADULTO.
OBSERVAÇÕES: **1. Item 6 do DENOMINADOR: Digitar a policlínica com a opção do AMBULATÓRIO DE ENDOCRINOLOGIA ADULTO.** **2. Considerar somente as CONSULTAS REALIZADAS. (Não considerar procedimentos)**	

Indicador 03: Percentual de consultas de 1ª vez em endocrinologia pediátrica no Centro Especializado em Condições Crônicas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**03**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de consultas de 1ª vez em endocrinologia pediátrica no Centro Especializado em Condições Crônicas**
Conceituação	Considera-se consulta de primeira vez aquele atendimento que é regulado via SISREG, conforme critérios das notas técnicas/protocolos vigentes, sendo o primeiro encontro do usuário com o especialista focal. Considera-se ainda como primeira consulta àquela que após abandono de tratamento, o usuário foi novamente encaminhado via SISREG.
Usos	Avaliar a disponibilidade atual de vagas para consulta de primeira vez no Centro Especializado em Condições Crônicas pela especialidade médica de Endocrinologia Pediátrica e programar a necessidade de ampliação da oferta devido ao aumento do compartilhamento do cuidado das equipes da APS.
Limitações	Instabilidade do SISREG e dificuldades de comunicação com o paciente para confirmação da consulta.
Fonte	Trakcare
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de consultas médicas de primeira vez da especialidade endocrinologia Pediátrica no mês. **DENOMINADOR:** Número total de consultas médicas da especialidade endocrinologia Pediátrica no mês **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Numeral
Parâmetro	30%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Centro Especializado em Condições Crônicas que possuem a especialidade médica de Endocrinologia Pediátrica e que disponibiliza consultas via SISREG, bem como a produção é registrada no SIA/SUS e Trakcare.
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro Especializado em Condições Crônicas (MACC)**
INDICADOR	**Percentual de consultas de 1ª vez em endocrinologia pediátrica no Centro Especializado em Condições Crônicas**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do NUMERADOR:	
1	1. Realizar Login no Trakcare da Região com perfil ESTATÍSTICA 2. Acessar o menu FERRAMENTAS 3. Clicar em RELATÓRIOS 4. Selecionar o relatório "PROCEDIMENTOS REALIZADOS" 5. Selecionar em "LOCAL" o AMBULATÓRIO ESPECÍFICO 6. Selecionar o período de análise. 7. Clicar em VISUALIZAR 8. Contabilizar o número de atendimentos da especialidade ENDOCRINO INFANTIL (desconsiderar as de retorno).
Extração do DENOMINADOR:	
2	1. Realizar Login no Trakcare da Região com perfil ESTATÍSTICA 2. Acessar o menu FERRAMENTAS 3. Clicar em RELATÓRIOS 4. Selecionar o relatório CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS 5. Selecionar o período de análise. 6. Selecionar em "LOCAL" o AMBULATÓRIO ESPECÍFICO 7. Marcar: "MOSTRAR RELATÓRIOS COM DETALHAMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE" 8. Clicar em VISUALIZAR 9. Contabilizar o número de atendimentos do profissional que realiza atendimento na especialidade ENDÓCRINO PEDIATRA
OBSERVAÇÕES	

Indicador 04: Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas no Centro Especializado em Condições Crônicas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**04**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas no Centro Especializado em Condições Crônicas**
Conceituação	O absenteísmo dos usuários às consultas médicas de primeira vez reguladas via SISREG é o ato de o mesmo não comparecer ao atendimento e nem prestar qualquer comunicação prévia ao local de realização, gerando desperdício de recursos.
Usos	Permitir articulação na própria Região de Saúde ou entre as Regiões de Saúde para uma comunicação mais efetiva sobre a data de agendamento das consultas de primeira vez dos usuários no Centro Especializado em Condições Crônicas de modo a diminuir a taxa de absenteísmo.
Limitações	Instabilidade do SISREG e dificuldades de comunicação com o paciente para confirmação da consulta.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação (SISREG)
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número mensal de faltas de usuários em consultas médicas de primeira vez reguladas via SISREG **DENOMINADOR:** Número mensal total de consultas médicas agendadas via SISREG **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	25%
Polaridade	Menor melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Centro especializado que possui a especialidade.
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DIENF/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro Especializado em Condições Crônicas (MACC)**
INDICADOR	**Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas no Centro Especializado em Condições Crônicas**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do NUMERADOR:	
1	1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador ou regulador 2. Acessar o menu “CONSULTA AMB” 3. Selecionar SOLICITAÇÕES NÃO CONFIRMADAS/UNIDADE 4. Selecionar a UNIDADE EXECUTANTE 5. Selecionar o PERÍODO 6. Marcar a opção IMPRIMIR COMO LISTA 7. Clicar em PESQUISAR 8. Selecionar os dados da lista e COPIAR a tabela 9. COLAR em uma página em branco do EXCEL 10. Selecionar todas as linhas da coluna PROCEDIMENTO até o final da tabela (com exceção do cabeçalho) e anotar o valor da CONTAGEM do excel na barra inferior a direita. 11. Repetir passo a passo para cada centro especializado e SOMAR todos os valores.
Extração do DENOMINADOR:	
2	1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de Administrador ou Regulador 2. Selecionar a aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL 4. Selecionar UNIDADE EXECUTANTE 5. Selecionar o período desejado 6. Clicar em PESQUISAR/ OK 7. Considerar a quantidade de MARCADOS DA UNIDADE EM PESQUISA.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 05: Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais no Centro Especializado em Condições Crônicas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**05**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais no Centro Especializado em Condições Crônicas**
Conceituação	O fechamento de chave é a conclusão do atendimento ao agendamento realizado na unidade de execução (profissional assistente ou servidor designado para a atividade na unidade), podendo ser aplicado o status ATENDIDO ou NÃO COMPARECEU.
Usos	Realizar acompanhamento dos dados relativos ao processo de agendamento e execução de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados via SISREG, bem como favorecer a análise da produção dos profissionais do Centro Especializado em Condições Crônicas de modo a contribuir com melhorias do processo de trabalho da equipe.
Limitações	Instabilidade do SISREG
Fonte	SISREG
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados via SISREG e executados pelo Centro Especializado em Condições Crônicas que tiveram suas chaves fechadas no mês. **DENOMINADOR:** Número total de agendamentos autorizados pela Gerência de Regulação da Região de Saúde no mês. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	90%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por Centro Especializado em Condições Crônicas
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro Especializado em Condições Crônicas (MACC)**
INDICADOR	**Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais no Centro Especializado em Condições Crônicas**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do NUMERADOR: SOMA DO NÚMERO TOTAL DE AGENDAMENTOS CONFIRMADOS COM O NÚMERO TOTAL DE FALTAS	
1	**Número total de agendamentos confirmados:** 1.Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador/regulador 2. Selecionar a aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL 4. Selecionar UNIDADE EXECUTANTE/PROCEDIMENTOS 5. Selecionar a UNIDADE 6. Preencher o período desejado 6. Clicar em PESQUISAR/ OK 7. O valor que deve considerar “QTD. CONFIRMADO”. **Número total de faltas:** 1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de Administrador; 2. Acessar o menu “CONSULTA AMB”; 3. Selecionar SOLICITAÇÕES NÃO CONFIRMADAS/UNIDADE 4. Selecionar a UNIDADE EXECUTANTE 5. Selecionar o PERÍODO 6. Marcar a opção IMPRIMIR COMO LISTA 7. Clicar em PESQUISAR 8. Selecionar os dados da lista (COPIAR) 9. COLAR em uma página em branco do EXCEL 10. Selecionar todas as linhas da coluna PROCEDIMENTO até o final da tabela (com exceção do cabeçalho) e anotar a CONTAGEM do excel na barra inferior a direita. 11. Repetir passo a passo para cada UNIDADE e SOMAR todos os valores. Realizar a SOMA dos “CONFIRMADOS” e “FALTAS” no mês.
Extração do DENOMINADOR:	
2	1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador/ regulador 2. Selecionar a aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL 4. Selecionar UNIDADE EXECUTANTE/PROCEDIMENTOS 5. Selecionar a UNIDADE 6. Preencher o período desejado 6. Clicar em PESQUISAR/ OK 7. O valor a ser considerado é “QTD. MARCADO”
OBSERVAÇÕES	

III. **ADOLESCENTRO e COMPP**

Indicador 01: Número de Acolhimentos Iniciais realizados pelo Adolescentro/COMPP

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**1**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Número de Acolhimentos Iniciais realizados pelo Adolescentro/COMPP**
Conceituação	Acolhimento inicial consiste no primeiro atendimento ofertado pelo Adolescentro/COMPP para novos usuários regulados pela Atenção Primária à Saúde.
Usos	Gestão local, regional e central do planejamento para qualificação da assistência e ampliação do acesso aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.
Limitações	Não expressa o início efetivo do tratamento com agendamento das avaliações e elaboração de Projeto Terapêutico Individual.
Fonte	DATASUS: BPA-I/SIA-SUS Procedimento - Código: 0301040079 - ESCUTA INICIAL / ORIENTAÇÃO (ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA)
Metodologia de Cálculo	Número de acolhimentos iniciais realizados pelo Adolescentro. Procedimento - Código:0301040079 - ESCUTA INICIAL / ORIENTAÇÃO (ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA)
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto maior, melhor.
Acumulativo Anual	Para o AGL não é acumulativo, o resultado anual é a média mensal durante o ano.
Acumulativo para Pactuação	Para o AGL não é acumulativo, o resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Não se aplica
Responsável Técnico	GESSAM/DISSAM
Coordenador da Pactuação	GCR/DGR
Descrição da Meta	Indicador de monitoramento

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 1

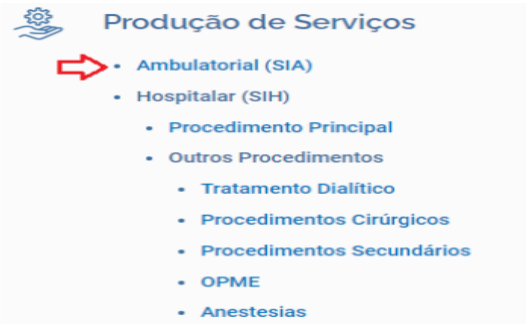
Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Rede de Atenção Psicossocial**
INDICADOR	**Número de Acolhimentos Iniciais realizados pelo Adolescentro/COMPP**

PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR

1 . Acessar a “Sala de Situação” pelo link: https://info.saude.df.gov.br/pagina-inicial/sala-de-situacao/

2 Clicar em “Atenção à Saúde”

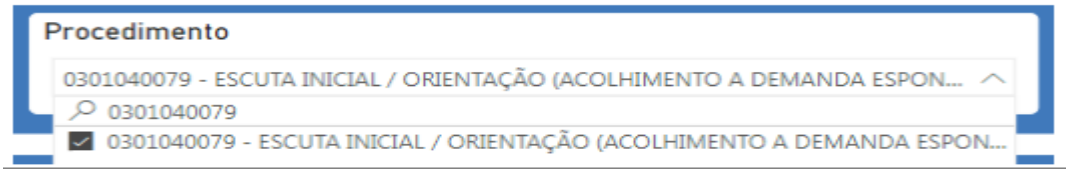
2 Clicar em Atenção à Saúde - Produção de Serviços - Ambulatorial (SIA)



3 Selecionar “Ano de Competência” e “Mês de Competência”

4 Selecionar o “Estabelecimento de Saúde”

5 . Selecionar o procedimento “ 0301040079 - ESCUTA INICIAL / ORIENTAÇÃO (ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA)



7 Contabilizar o “Total de Procedimentos”

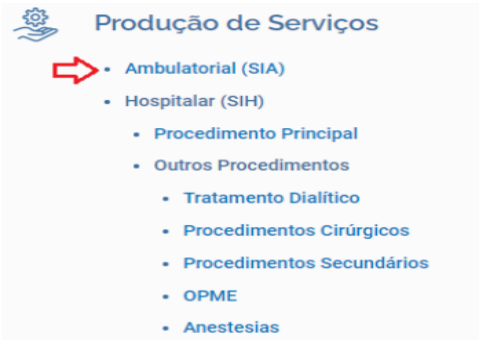
OBSERVAÇÕES

Indicador 02: Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas pelo Adolescentro/COMPP com equipes de Atenção Primária

Código	**2**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas pelo Adolescentro/COMPP com equipes de Atenção Primária**
Conceituação	Ações de matriciamento são as atividades de suporte técnico pedagógico realizadas num processo de construção compartilhada pelos profissionais de saúde dos ambulatórios com equipes multiprofissionais de saúde mental junto às equipes de Atenção Primária.
Usos	Gestão local, regional e central do planejamento para a ampliação e qualificação da porta de entrada, acesso e assistência em saúde mental da população na Atenção Primária do DF.
Limitações	O indicador não expressa a efetividade das ações de matriciamento realizadas às equipes de Atenção Primária e o número de equipes Saúde da Família matriciadas
Fonte	DATASUS: BPA-C/SIA-SUS Procedimento: 03.01.07.027.0 - Matriciamento dos outros pontos e níveis da rede de atenção à saúde para atenção à saúde das pessoas com deficiência.
Metodologia de Cálculo	Número de ações de matriciamentos em saúde mental da Atenção Primária à Saúde realizadas pelo Adolescentro/COMPP.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Mínimo esperado: 01 registro por mês
Polaridade	Quanto maior, melhor
Acumulativo Anual	Para o AGL não é acumulativo, o resultado anual é a média mensal durante o ano.
Acumulativo para Pactuação	Para o AGL não é acumulativo, o resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Não se aplica
Responsável Técnico	**DISSAM/GESSAM**
Coordenador da Pactuação	GCR/DGR

Descrição da Meta	Indicador de monitoramento.

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 2

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Rede de Atenção Psicossocial**
INDICADOR	**Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas pelo Adolescentro/COMPP com equipes de Atenção Primária**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1 . Acessar a “Sala de Situação” pelo link: https://info.saude.df.gov.br/pagina-inicial/sala-de-situacao/	
2 Clicar em “Atenção à Saúde”	
2 Clicar em Atenção à Saúde - Produção de Serviços - Ambulatorial (SIA) 	
3 Selecionar “Ano de Competência” e “Mês de Competência”	
4 Selecionar o “Estabelecimento de Saúde”	
5 Selecionar o procedimento “03.01.07.027.0 - Matriciamento dos outros pontos e níveis da rede de atenção à saúde para atenção à saúde das pessoas com deficiência”	
7 Contabilizar o “Total de Procedimentos”	
OBSERVAÇÕES	

Indicador 03: Participação do Adolescentro em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial/COMPP.

Código	**3**
Pactuações	**AGL**
Conceituação	O Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial é um colegiado com função propositiva e deliberativa, e com representação dos componentes da RAPS no âmbito da Região, da gestão administrativa e técnica das áreas relacionadas, e representantes da rede intersetorial de apoio. Tem como objetivo garantir a articulação e integração dos pontos de atenção da rede de saúde no território e implementar as ações do Plano de Ação Regional (PAR/RAPS 2024-2027) no âmbito do território.
Indicador	**Participação do Adolescentro em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial/COMPP.**
Usos	Gestão local, regional e central do planejamento para qualificação da assistência e ampliação do acesso aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.
Limitações	O indicador não expressa as ações do Plano de Ação implementadas pelo Grupo Condutor Regional.
Fonte	Ata da reunião com lista de presença da reunião em Processo SEI.
Metodologia de Cálculo	Ata elaborada em Processo SEI disponibilizado para o Grupo Condutor Distrital da Rede de Atenção Psicossocial (GCDRAPS), com lista de presença em anexo.
Periodicidade de Monitoramento	Bimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Mínimo esperado: 01 reunião bimestral por Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial.
Polaridade	Quanto maior melhor
Acumulativo Anual	Para o AGL não é acumulativo, o resultado anual é a média mensal durante o ano.
Acumulativo para Pactuação	Para o AGL não é acumulativo, o resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Não se aplica
Responsável Técnico	GESSAM/DISSAM
Coordenador da Pactuação	GCR/DGR
Descrição da Meta	Indicador de monitoramento.

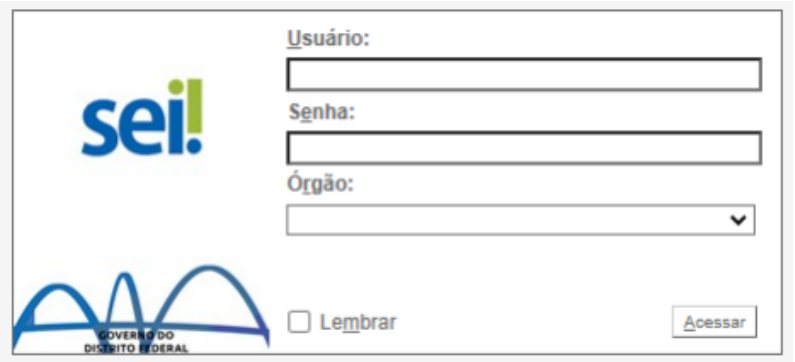
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado: Indicador 03

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Rede de Atenção Psicossocial**
INDICADOR	**Participação em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial**

PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR

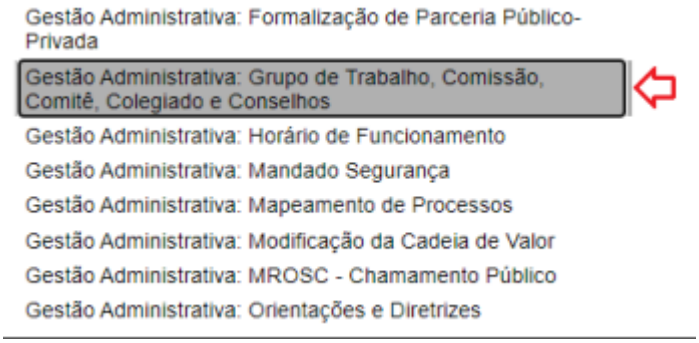
1 . Acessar a “Sala de Situação” pelo link:
https://sei.df.gov.br/sip/login.php?sigla_orgao_sistema=GDF&sigla_sistema=SEI

2 https://sei.df.gov.br/sip/login.php?sigla_orgao_sistema=GDF&sigla_sistema=SEI

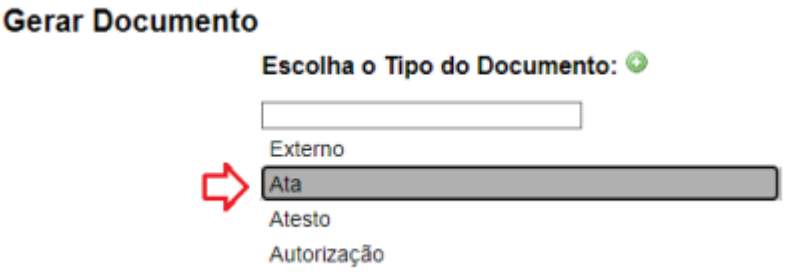


2. Autuar novo processo específico para as reuniões do Grupo Condutor Regional. O processo deve ser criado na aba SEI do Grupo Condutor Regional da RAPS

3 Escolher o tipo de processo: Gestão Administrativa:



4 A cada reunião realizada, incluir ata com a lista de presença.



5 Contabilizar a participação de representante do serviço nas reuniões por meio da lista de presença.

OBSERVAÇÕES

Antes de autuar o processo, é necessário solicitar a criação de uma aba no SEI para o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial, com perfil acesso para todos os representantes do Grupo.

IV. CEDIN – Centro Especializado em Doenças Infecciosas

Indicador 01: Percentual de especialidades/serviços regulados da carteira de serviços do Centro Especializado em Doenças Infecciosas - CEDIN

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**01**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de especialidades/serviços regulados da carteira de serviços do Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN)**
Conceituação	Considera-se regulação de especialidades/serviços às consultas, procedimentos ou exames que podem ser ofertados por uma especialidade/serviço do CEDIN e que foi inserido no processo de regulação a partir de pactuação da Diretoria Regional de Atenção Secundária (DIRASE) com a Gerência de Regulação da Região de Saúde.
Usos	Analisar o grau de disponibilização de especialidades/serviços para atendimento no CEDIN via sistema de regulação no SISREG, bem como a disponibilidade de vagas para as especialidades e serviços ofertados. Favorecer a transparência na oferta dos serviços e especialidades disponíveis no CEDIN.
Limitações	Instabilidade do SISREG e definição clara e pública da carteira de serviços da unidade.
Fonte	SISREG e Carteira de Serviços da unidade
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número total de especialidades/serviços regulados pelo CEDIN (soma de procedimentos regulados em panoramas 1, 2 e 3 **DENOMINADOR**: Número total de especialidades/serviços ofertados pelo CEDIN **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	70%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	CEDIN
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASISS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN)**
INDICADOR	**Percentual de especialidades/serviços regulados da carteira de serviços do Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN)**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do NUMERADOR:	
1	**A) Panoramas 1 e 2 1.** 1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador/regulador; 2. Selecionar a aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO; 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL; 4. Selecionar UNIDADE EXECUTANTE/PROCEDIMENTOS; 5. Selecionar a unidade CEDIN; 6. Preencher o período desejado (mês de monitoramento); 7. Clicar em PESQUISAR/ OK; 8. Contabilizar o número total de procedimentos/especialidades diferentes (conforme carteira de serviços, considerando grupos de procedimentos como um, a exemplo das ecografias). **B) Panorama 3** 1. Solicitar à CERA a relação de consultas/exames/procedimentos executados em panorama 3 por profissionais do CEDIN. **C)** Somar a quantidade de todos os procedimentos/consultas regulados nos panoramas 1, 2 e 3.
Extração do DENOMINADOR: **Número total de especialidades/serviços ofertados pelo CEDIN**	
2	Somar o número total de serviços prestados pelo centro especializado: **1. AMBULATÓRIO DE IST/AIDS** **a. HIV/Hepatites crônicas/HTLV:** i. HIV Gestante; ii. Adultos; iii. Coinfecções. **b. IST complexas;** **2. INFECTOLOGIA INFANTOJUVENIL:** a. Crianças e adolescentes vivendo com HIV; b. Crianças e adolescentes expostos; c. Hepatites, Tuberculose, Infectopediatria geral. **3. INFECTOLOGIA GERAL;** **4. PEP especializado;** **5. HANSENÍASE**; **a. Atendimento usuários com reações;** **b. Avaliação fisioterapêutica;** **6. TISIOLOGIA/Pneumologia:**

	a. TB extrapulmonar; **b. Coinfecção TB/HIV;** **c. Tuberculose Resistente;** i. Adulto e Infantojuvenil **d. Micobacterioses não-TB** **7. PREP;** **8. DERMATOLOGIA GERAL;** **9. ECOGRAFIA;** **10. RADIOGRAFIA;** **11. ELASTOGRAFIA.**
OBSERVAÇÕES	
1. Não foram contabilizadas como serviços independentes as áreas de serviço social, odontologia, psicologia, por prestarem cuidados multiprofissionais transversais aos diferentes serviços. 2. O denominador pode ser alterado, mediante atualizações na carteira de serviços e forma de acesso ao serviço, processo em construção entre gestão local, regional e áreas técnicas SAIS e CRDF. 3. O procedimento proposto para a extração dos dados dos procedimentos em panorama 3 deve-se à limitação de acesso ao perfil administrador apenas ao CRDF e ao fato de que os procedimentos em panorama 3 aparecem no SISREG III como “executados pelo CRDF”, não sendo possível extrair por Unidade Executante (CNES do CEDIN), exceto buscando pelos profissionais do serviço	

Indicador 02: Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES

Código	**02**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais.**
Conceituação	O fechamento de chave é a conclusão do atendimento agendado e realizado na unidade de execução (profissional assistente ou servidor designado para a atividade na unidade), podendo ser aplicado o status ATENDIDO ou NÃO COMPARECEU.
Usos	Realizar acompanhamento dos dados relativos ao processo de agendamento e execução de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados via SISREG, bem como favorecer a análise da produção dos profissionais da Policlínica de modo a contribuir com melhorias do processo de trabalho da equipe.
Limitações	Instabilidade do SISREG
Fonte	SISREG III
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados via SISREG e executados pelo CEDIN que tiveram suas chaves fechadas no mês. **DENOMINADOR:** Número total de consultas marcadas/autorizadas pela Gerência de Regulação da Região de Saúde no mês. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	90%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	CEDIN
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN)**

INDICADOR	**Percentual de fechamento de chaves de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do NUMERADOR: SOMA DO NÚMERO TOTAL DE AGENDAMENTOS CONFIRMADOS COM O NÚMERO TOTAL DE FALTAS.	
1	**Número total de agendamentos confirmados:** 1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador/regulador; 2. Selecionar a aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO; 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL; 4. Selecionar UNIDADE EXECUTANTE/PROCEDIMENTOS; 5. Selecionar a UNIDADE; 6. Preencher o período desejado; 7. Clicar em PESQUISAR/OK; 8. Considerar o valor “QTD. CONFIRMADO”. **Número total de faltas:** 1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador; 2. Acessar o menu “CONSULTA AMB”; 3. Selecionar SOLICITAÇÕES NÃO CONFIRMADAS/UNIDADE; 4. Selecionar a UNIDADE EXECUTANTE; 5. Selecionar o PERÍODO; 6. Marcar a opção IMPRIMIR COMO LISTA; 7. Clicar em PESQUISAR; 8. Selecionar todos os dados da lista, exceto seu cabeçalho, e copiar; 9. Colar em uma planilha em branco do Microsoft Excel ou Planilhas Google; 10. Ir até o final da tabela gerada - o número da última linha com dados é o número de faltas; 11. Repetir passo a passo para cada UNIDADE e SOMAR todos os valores. **Realizar a SOMA dos “CONFIRMADOS” e “FALTAS” no mês de análise.**
Extração do DENOMINADOR:	
2	**1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador/regulador; 2. Selecionar a aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO; 3. Selecionar a opção AMBULATORIAL; 4. Selecionar UNIDADE EXECUTANTE/PROCEDIMENTOS; 5. Selecionar a UNIDADE; 6. Preencher o período desejado; 7. Clicar em PESQUISAR/OK; 8. O valor a ser considerado é “QTD. MARCADO”**
OBSERVAÇÕES	

Indicador 03: Percentual de consultas de 1ª vez de HIV/hepatites do CEDIN

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**03**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de consultas de 1ª vez de HIV/hepatites do CEDIN**
Conceituação	Considera-se consulta de primeira vez aquele atendimento regulado via SISREG, conforme critérios das notas técnicas/protocolos vigentes, sendo o primeiro encontro do usuário com o especialista focal. Considera-se ainda como primeira consulta aquela em que, após abandono de tratamento, o usuário foi novamente encaminhado via SISREG
Usos	Avaliar a disponibilidade atual de vagas para consulta de primeira vez para os casos de HIV/Hepatite no CEDIN e programar a necessidade de ampliação da oferta
Limitações	Serviço não regulado pelo SISREG III
Fonte	TRAKCARE e Planilha interna
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de casos novos de HIV e hepatites notificados pelo CEDIN. **DENOMINADOR:** Número total de atendimentos com CID de HIV/ hepatites B e C realizados no CEDIN. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	Monitoramento
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	CEDIN
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN)**
INDICADOR	**Percentual de consultas de 1ª vez de HIV/hepatites do CEDIN**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do NUMERADOR: Planilha interna.	
1	**a) Número de casos novos (notificados) de HIV** **b) Número de casos novos (notificados) de hepatite C e B** **c) Somar todos os valores.**
Extração do DENOMINADOR:	
2	**1. Realizar Login no Trakcare da Região com perfil ESTATÍSTICA** **2. Acessar o menu FERRAMENTAS** **3. Clicar em RELATÓRIOS** **4. Selecionar o relatório CID'S MAIS UTILIZADOS** **5. Selecionar o período de análise.** **6. Selecionar a UNIDADE - CEDIN** **7. VISUALIZAR** **8. Considerar TODAS AS NOMENCLATURAS dos procedimentos que possuir o CIDs: HIV/ HEPATITE C/ HEPATITE B.** **9. SOMAR todos os valores.**
OBSERVAÇÕES	

Indicador 04: Percentual de vagas ofertadas para acolhimento do Ambulatório de Diversidade de Gênero em relação à fila de espera

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**04**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de vagas ofertadas para acolhimento do Ambulatório de Diversidade de Gênero em relação à fila de espera.**
Conceituação	Considera-se consulta de primeira vez/acolhimento aquele atendimento realizado, conforme critérios das notas técnicas/protocolos vigentes, sendo o primeiro encontro do(a) usuário(a) com os profissionais do ambulatório. Considera-se ainda como primeira consulta aquela em que, após abandono de tratamento, o(a) usuário(a) foi novamente atendido
Usos	Permitir avaliar o quantitativo de vagas disponibilizadas para acolhimento no ambulatório de Diversidade de Gênero.
Limitações	Regulação do ambulatório não implantada pelo CEDIN e consequentemente não ter análise da demanda reprimida de usuários(as) para atendimento no ambulatório
Fonte	Trakcare e planilha local
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número total de pacientes acolhidos no Ambulatório Diversidade de Gênero por mês. **DENOMINADOR:** Número total de pessoas em fila de espera para o Ambulatório de Diversidade de Gênero. **MULTIPLICAR** por 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	Monitoramento
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	CEDIN
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN)**
INDICADOR	**Percentual de vagas ofertadas para acolhimento do Ambulatório de Diversidade de Gênero em relação a fila de espera.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
NUMERADOR:	
1	1. Solicitar para o Ambulatório de Diversidade de Gênero a quantidade de pacientes acolhidos (que representa as consultas de primeira vez) no período analisado.
DENOMINADOR:	
2	1. Solicitar para o Ambulatório de Diversidade de Gênero a quantidade de pacientes em fila de espera.
OBSERVAÇÕES	
Como o serviço ainda não está regulado, as informações poderão ser coletadas em contato direto com o ambulatório.	

V. CESMU – Centro Especializado em Saúde da Mulher

Indicador 01: Percentual de vagas de 1ª vez não utilizadas para acolhimento especializado em saúde da mulher

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**01**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de vagas de 1ª vez não utilizadas para acolhimento especializado em saúde da mulher**
Conceituação	Considera-se consulta de primeira vez aquele atendimento que é regulado via SISREG, conforme critérios das notas técnicas/protocolos vigentes, sendo o primeiro encontro da usuária com o serviço. Considera-se ainda como primeira consulta aquela em que, após abandono de tratamento, a usuária foi novamente encaminhada via SISREG.
Usos	Possibilita o acompanhamento do total de vagas disponibilizadas, mas não utilizadas, para atendimento de primeira vez no acolhimento especializado do CESMU. Permite fortalecer o serviço, ao se desenvolver ações para o preenchimento de todas as vagas.
Limitações	Instabilidade do SISREG e dificuldades de comunicação com a paciente para confirmação da consulta. Não evidencia outros fatores que impactam no acesso ao CESMU como por exemplo o bloqueio de vagas por outras demandas da unidade (ex: sala de vacina)
Fonte	SISREG III
Metodologia de Cálculo	(Número de vagas bloqueadas + não agendadas) + falta/Total de vagas ofertadas X 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	Monitoramento
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	CESMU
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**CESMU**
INDICADOR	**Percentual de vagas de 1ª vez não utilizadas para acolhimento especializado em saúde da mulher.**

PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR

NUMERADOR (soma dos itens a seguir):

- Número de vagas bloqueadas:

1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador;
2. Selecionar o menu CONSULTA AMB;
3. Clicar na opção OFERTA DE VAGAS;
4. Selecionar o procedimento ACOLHIMENTO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DA MULHER;
5. Em “Unidade executante”, selecionar TODAS;
6. Definir mês e ano desejado em “Competência”;
7. Deixar a opção “Detalhar por dia” desmarcada;
8. Selecionar TODAS em “Tipo agenda”;
9. Clicar em PESQUISAR;
10. Considerar o valor mostrado na célula “Geral” da coluna “Bloqueada”.

- Número de vagas não agendadas:

11. Ainda na mesma tela, anotar o valor mostrado na célula “Geral” da coluna “Ativa” - esse é o número de vagas liberadas para agendamento;
12. Ir até o menu RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO;
13. Selecionar a opção AMBULATORIAL;
14. Clicar em PROCEDIMENTO/UNIDADE EXECUTANTE;
15. Selecionar a opção ACOLHIMENTO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DA MULHER;
16. Definir o período do primeiro ao último dia do mês;
17. Clicar em OK;
18. Anotar o valor da coluna “Marcado” - esse é o número de vagas agendadas;
19. O número de vagas não agendadas, dado desejado, é o valor encontrado no item 11 menos o valor encontrado no item 18.

- Número de faltas:

20. Ir até o menu CONSULTA AMB;
21. Clicar na opção SOLICITAÇÕES NÃO CONFIRMADAS/UNIDADE
22. No campo “Descrição”, escrever ACOLHIMENTO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DA MULHER, sem acento;
23. Definir o período do primeiro ao último dia do mês;
24. Clicar em PESQUISAR;
25. Selecionar todos os dados da lista, exceto seu cabeçalho, e copiar;
26. Colar em uma planilha em branco do Microsoft Excel ou Planilhas Google;
27. Ir até o final da tabela gerada - o número da última linha com dados é o número de faltas.

DENOMINADOR:

1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador;
2. Selecionar o menu CONSULTA AMB;
3. Clicar na opção OFERTA DE VAGAS;
4. Selecionar o procedimento ACOLHIMENTO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DA MULHER;
5. Em “Unidade executante”, selecionar TODAS;
6. Definir mês e ano desejado em “Competência”;
7. Deixar a opção “Detalhar por dia” desmarcada;
8. Selecionar TODAS em “Tipo agenda”;
9. Clicar em PESQUISAR;
10. Considerar o valor mostrado na célula “Geral” da coluna “Total disponível”

OBSERVAÇÕES

Indicador 02: Percentual de vagas ofertadas para o Acolhimento CESMU sobre o total de vagas ofertadas para acesso direto às especialidades.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**02**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de vagas ofertadas para o acolhimento CESMU sobre o total de vagas ofertadas para acesso direto às especialidades.**
Conceituação	O Centro Especializado em Saúde Mulher (CESMU) foi implementado, conforme proposto pelo Plano Distrital de Políticas para as Mulheres 2020-2023, visando ofertar atendimento especializado em saúde da mulher. A unidade de saúde se propõe a ofertar cuidado integral interdisciplinar por equipe composta pelas áreas de ginecologia, enfermagem, serviço social, psicologia, farmácia, nutricionista e outras especialidades médicas, tais como mastologia, reumatologia, endocrinologia e outras. Atualmente, apesar de a normativa de encaminhamento propor o acesso unificado por meio de "Acolhimento Especializado em Saúde da Mulher" em panorama 3, a entrada no serviço se dá por diversos procedimentos (consultas e exames) regulados pelo SISREG III em panorama 1, também ofertado para usuários fora do público-alvo do serviço.
Usos	Realizar o monitoramento de vagas ofertadas para o "Acolhimento Especializado em Saúde da Mulher", em comparação com vagas para outras especialidades, pode indicar o grau de implementação do CESMU, do cuidado integral interdisciplinar e da melhoria do acesso especializado para atenção à saúde das mulheres.
Limitações	O indicador sinaliza de forma indireta e, caso a oferta de vagas para especialidades reduza, sem aumento das vagas para o CESMU, pode resultar em um falso resultado de melhoria.
Fonte	SISREG III
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de vagas ofertadas em "Acolhimento especializado em saúde da mulher". **DENOMINADOR:** Soma de todas as vagas ofertadas no serviço, incluindo ginecologia, pré-natal de alto risco, mastologia, endocrinologia, acupuntura, homeopatia, reumatologia, dermatologia, além do próprio "acolhimento especializado em saúde da mulher". **MULTIPLICAR** por 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	Monitoramento
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	CESMU
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**CESMU**
INDICADOR	**Percentual de vagas ofertadas no acolhimento CESMU sobre o total de vagas ofertadas para acesso direto às especialidades**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
NUMERADOR	
1	1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador; 2. Selecionar o menu CONSULTA AMB; 3. Clicar na opção OFERTA DE VAGAS; 4. Selecionar o procedimento ACOLHIMENTO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DA MULHER; 5. Em “Unidade Executante”, selecionar (POLICLÍNICA 514 SUL); 6. Definir mês e ano desejado em “Competência”; 7. Deixar a opção “Detalhar por dia” desmarcada; 8. Selecionar TODAS em “Tipo agenda”; 9. Clicar em PESQUISAR; 10. Considerar o valor mostrado na célula “Geral” da coluna “Ativa”para cada policlínica.
DENOMINADOR:	
2	1. Realizar login no SISREG III da região com o perfil de administrador; 2. Selecionar o menu CONSULTA AMB; 3. Clicar na opção OFERTA DE VAGAS; 4. Selecionar um dos procedimentos presentes na observação abaixo; 5. Em “Unidade Executante”, selecionar POLICLÍNICA 514 SUL; 6. Definir mês e ano desejado em “Competência”; 7. Deixar a opção “Detalhar por dia” desmarcada; 8. Selecionar TODAS em “Tipo agenda”; 9. Clicar em PESQUISAR; 10. Considerar o valor mostrado na célula “Geral” da coluna “Ativa”; 11. Repetir os passos para cada uma das especialidades; 12. Somar todos os valores encontrados, incluindo o valor do numerador.
OBSERVAÇÕES ● As especialidades a serem pesquisadas no item 4 do DENOMINADOR são: - CONSULTA EM GINECOLOGIA - GERAL; - CONSULTA EM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO; - CONSULTA EM MASTOLOGIA - GERAL; - CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA - GERAL; - CONSULTA EM ACUPUNTURA; - CONSULTA EM HOMEOPATIA - GERAL; - CONSULTA EM REUMATOLOGIA - GERAL; - CONSULTA EM DERMATOLOGIA - GERAL; e todas as outras que futuramente vierem a ser oferecidas no serviço	

Indicador 03: Percentual de procedimentos de Atenção Secundária, faturados em ginecologia.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**03**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de procedimentos de Atenção Secundária, faturados em ginecologia.**
Conceituação	As consultas, exames e diagnósticos realizados pela especialidade de ginecologia são faturados de acordo com a tabela SIGTAP, a qual inclui procedimentos da atenção básica, da atenção secundária e da atenção hospitalar. Este indicador permite avaliar o percentual de procedimentos que compõem o rol da atenção secundária.
Usos	Realizar um levantamento de quais procedimentos da tabela SIGTAP são considerados como próprios da atenção secundária, na especialidade de ginecologia; dimensionar a utilização desses procedimentos no serviço; verificar a necessidade de ações e intervenções motivadas pelo uso/realização de procedimentos da atenção primária ou hospitalar no serviço; e contribuir para identificar possíveis limitações na diversidade de procedimentos existentes na tabela SIGTAP para a atenção secundária.
Limitações	Definição das classificações da tabela SIGTAP quanto ao nível de atenção previsto para cada procedimento.
Fonte	Sala de Situação da SES/DF
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de procedimentos faturados em ginecologia classificados na tabela SIGTAP como da Atenção Secundária no mês. **DENOMINADOR:** Número total de procedimentos faturados na especialidade de ginecologia no mês. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	70%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	CESMU
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

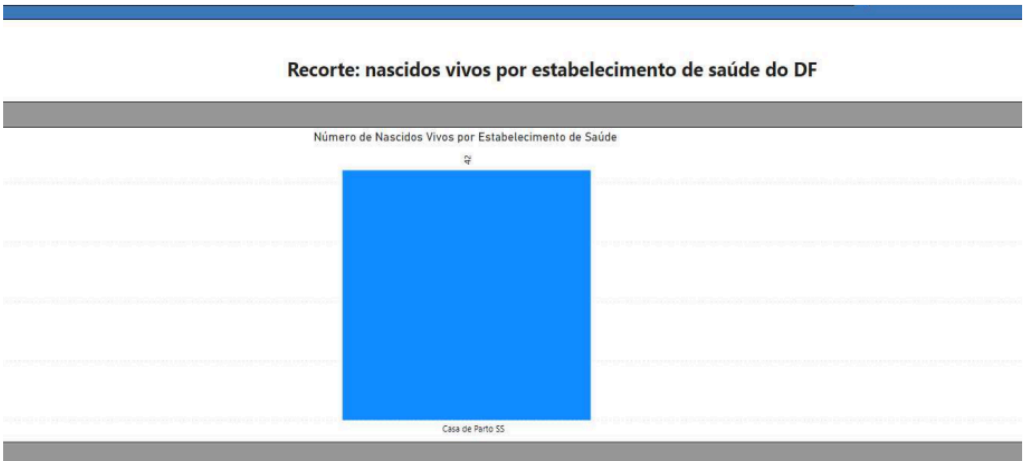
Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**CESMU**
INDICADOR	**Percentual de procedimentos de Atenção Secundária faturados em ginecologia.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do NUMERADOR:	
1	1. Acessar o link da sala situação: https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/producao-de-servicos-ambulatorial/ 2. Preencher os filtros: - ANO DE COMPETÊNCIA - MÊS DA COMPETÊNCIA - CATEGORIA PROFISSIONAL (MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA) 3. Selecionar o ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (Unidade) - CESMU 4. TIPO DE FINANCIAMENTO - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC) 5. Considerar o número gerado.
Extração do DENOMINADOR	
2	1. Acessar o link da sala situação: https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/producao-de-servicos-ambulatorial/ 2. Preencher os filtros: - ANO DE COMPETÊNCIA - MÊS DA COMPETÊNCIA - CATEGORIA PROFISSIONAL (MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA) 3. Selecionar o ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (Unidade) 4. Considerar o número total de PROCEDIMENTOS (sem filtro para Tipo de Financiamento)
OBSERVAÇÕES	

VI. CPSS – Casa de Parto de São Sebastião

Indicador 01: Número total de partos

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**01**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Número total de partos.**
Conceituação	Partos naturais realizados durante o mês por profissional enfermeiro
Usos	Avalia a produtividade e o acesso à CPN, além do número de partos normais na Região de Saúde; alcance de meta frente a habilitação como CPN pelo Ministério da Saúde; adequação do local para assistência ao parto de risco habitual na região.
Limitações	Leitos são ocupados por 24 horas o que impede novas admissões do mesmo período e é necessário a remoção para Hospital de referência.
Fonte	Sala de Situação
Metodologia de Cálculo	Somatório dos partos assistidos no CPN no mês
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	40
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Região de Saúde + RIDE, de acordo com portaria SES-DF nº 1321 de 14 de dezembro de 2018
Responsável Técnico	DIENF/GEON – Gerência de Enfermagem Obstétrica e Neonatal
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Casa de Parto**
INDICADOR	**Número total de partos.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o link InfoSaúde-DF: https://info.saude.df.gov.br/;
2	Clicar em Sala de Situação
3	Na aba ‘’ Vigilância em Saúde’’, clicar em ‘’ Nascimentos e óbitos’’ e logo após em ‘’Nascidos vivos’’;
4	Selecionar o Ano de Nascimento, Mês de Nascimento e o Estabelecimento de Nascimento
5	Obs.: Não selecionar a “Região administrava de Residência da Mãe” e o “Sexo”
6	Anote os dados do “Recorte: nascidos vivos por estabelecimentos de saúde”
7	É gerado o relatório Recorte de nascidos vivos por estabelecimento de saúde do DF. 
Responsável pela Coleta dos dados	Gestor da Unidade Contratualizada
Responsável pelo preenchimento dos dados	GPMA Secundária
OBSERVAÇÕES	

Indicador 02: Percentual de nascidos vivos com Apgar menor ou igual a 7 no 5º minuto

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**02**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de nascidos vivos com APGAR menor ou igual a 7 no 5º minuto.**
Conceituação	Todos os RN que têm o resultado de APGAR 7 ou acima de 7, no quinto minuto de vida, é considerado saudável.
Usos	Qualidade assistencial durante o trabalho de parto e parto.
Limitações	Dado não é extraído de um sistema SESDF mas sim de uma planilha
Fonte	SINASC
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de nascidos com APGAR menor que 7 no 5º minuto Denominador: Número total de nascidos Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Sem consenso atual
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por parto natural
Responsável Técnico	DIENF/GEON – Gerência de Enfermagem Obstétrica e Neonatal
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Casa de Parto**
INDICADOR	**Percentual de nascidos vivos com Apgar menor ou igual a 7 no 5º minuto.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Extrair o “número de nascidos vivos com APGAR menor ou igual e 7 no 5º minuto” referente ao mês, na planilha de Excel acompanhada pela Casa de Parto de São Sebastião.
Responsável pela Coleta dos dados	Gestor da Unidade Contratualizada
Responsável pelo preenchimento dos dados	GPMA Secundária
OBSERVAÇÕES	

Indicador 03: Taxa de Infecção pós-parto vaginal

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**3**
Pactuações	**PDS/ODS , AGL**
Indicador	**Taxa de Infecção pós-parto vaginal**
Conceituação	Avalia o percentual de puérperas de parto normal na CPSS que apresentaram diagnóstico de infecção puerperal.
Usos	Qualidade assistencial
Limitações	Dado não é extraído de um sistema SESDF mas sim uma planilha de Excel
Fonte	Planilha Excel
Metodologia de Cálculo	Número de puérperas de parto normal na CPSS que apresentaram diagnóstico de infecção puerperal/ Número total de partos assistidos no CPN no mesmo período x 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Mensal
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Monitoramento
Polaridade	Menor melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	Por parto varginal
Responsável Técnico	Gerente da Casa de Parto de São Sebastião
Coordenador da Pactuação	Gerente da Casa de Parto de São Sebastião
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas - Monitoramento

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Casa de Parto**
INDICADOR	**Taxa de Infecção pós-parto vaginal**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Extrair o ” Número de parturientes transferidos do CPN ao hospital de referência referente ao mês”, na Planilha de Excel acompanhada pela Casa de Parto de São Sebastião.
2	Extrair o ” Número total de partos realizados no CPN referente ao mês”, na sala de situação na página vigilância em saúde -> Nascidos vivos do DF -> selecionar casa de parto de São Sebastião e como UF de residência selecionar “Todos”
3	Dividir item 1 por item 2 e multiplicar por 100
OBSERVAÇÕES	

Indicador 04: Percentual de transferência de parturientes do CPN ao hospital de referência antes do parto

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**4**
Pactuações	**PDS/ODS , AGL**
Indicador	**Percentual de transferência de parturientes do CPN ao hospital de referência**
Conceituação	Avalia o Percentual de transferência de parturientes, antes do parto, do CPN ao hospital de referência.
Usos	Qualidade assistencial
Limitações	Dado não é extraído de um sistema SESDF mas sim uma planilha de Excel
Fonte	Planilha Excel e Sala de Situação
Metodologia de Cálculo	Número de parturientes transferidas do CPN ao hospital de referência / Número total de admissões em trabalho de parto no CPN no mesmo período x 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Mensal
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	6,4%
Polaridade	Menor melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	Por parto varginal
Responsável Técnico	Gerente da Casa de Parto de São Sebastião
Coordenador da Pactuação	Gerente da Casa de Parto de São Sebastião
Descrição da Meta	Reduzir para 6.4% a transferência de parturientes do CPN ao Hospital de Referência

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Casa de Parto**
INDICADOR	**Percentual de transferência de parturientes do CPN ao hospital de referência antes do parto.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Extrair o “ Número de parturientes transferidas do CPN ao hospital de referência”, na Planilha de Excel acompanhada pela Casa de Parto de São Sebastião.
2	Extrair o ” Número total de gestantes internadas em trabalho de parto no CPN referente ao mês”, **na sala de situação na página vigilância em saúde -> (na planilha de excel?)** Nascidos vivos do DF -> selecionar casa de parto de São Sebastião e como UF de residência selecionar “Todos”
3	Dividir item 1 por item 2 e multiplicar por 100
OBSERVAÇÕES	

VII. CER – Centro Especializado de Reabilitação

Indicador 01: Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica pediátrica

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**01**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica pediátrica**
Conceituação	Os pacientes admitidos em reabilitação neurológica- pediátrica são crianças de 0 a 13 anos 11 meses e 29 dias com deficiência física e/ou intelectual em estimulação precoce, Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Deficiência Intelectual (DI) Infantil.
Usos	N/A
Limitações	Dado não são extraídos de um sistema SES/DF, mas sim de uma planilha de acompanhamento (Excel).
Fonte	Sistema Trakcare
Metodologia de Cálculo	**Numerador:** Número de usuários admitidos por profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais para a reabilitação neurológica infantil no período (mês) no CER II Taguatinga; **Denominador:** Número de usuários em lista de espera interna, após acolhimento no serviço para atendimento de fisioterapia infantil, fonoaudiologia infantil, terapia ocupacional infantil. **Multiplicador**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Não possui
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por acolhimento, por especialidade do CER
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**CER II**
INDICADOR	**Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica pediátrica**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do Numerador:	
1	Acessar no sistema trakcare em “Relatórios” o relatório de “Procedimentos executados por unidade”
2	No campo “Unidade” selecionar: “CER II - CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO”
3	No campo “Itens” selecionar: “Admissão fisioterapia neurológica infantil ”
4	No campo “Itens” selecionar: “Admissão Fonoaudiologia - Infantil ”
5	No campo “Itens” selecionar: “Admissão em Terapia Ocupacional em Reabilitação Infantil”
6	Clicar em “Visualizar”
Extração do DENOMINADOR:	
7	Realizar o somatório das filas de espera da Unidade para reabilitação infantil nas especialidades de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.
OBSERVAÇÕES	
No primeiro momento não serão computadas as informações relacionadas à psicologia, visto que não é possível distinguir quantas admissões ocorreram pela especialidade para atendimento infantil.	

Indicador 02: Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica adulto

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**02**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica adulto.**
Conceituação	Os pacientes admitidos em reabilitação neurológica-adulto são indivíduos a partir de 14 anos com deficiência física e/ou intelectual/cognitiva nas especialidades neurologia, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional adulto.
Usos	N/A
Limitações	Dados não são extraídos de um sistema SESDF, mas sim de uma planilha de acompanhamento (Excel).
Fonte	Sistema Trakcare
Metodologia de Cálculo	**Numerador:** Número de usuários admitidos por profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e para a reabilitação neurológica adulto no período (mês) no CER II Taguatinga; **Denominador:** Número de usuários em lista de espera interna, após acolhimento no serviço para atendimento de fisioterapia neurológica adulto, fonoaudiologia adulto, terapia ocupacional adulto. **Multiplicador:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Não possui
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por acolhimento, por especialidade do CER
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**CER II**
INDICADOR	**Percentual de pacientes admitidos na reabilitação neurológica adulto.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do Numerador:	
1	Acessar no sistema trakcare em “Relatórios” o relatório de “Procedimentos executados por Unidade”
2	No campo “Unidade” selecionar: “CER II - CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO”
3	No campo “Itens” selecionar: “Admissão em fisioterapia neuro-adulto”
4	No campo “Itens” selecionar: “Admissão Fonoaudiologia - Adulto”
5	No campo “Itens” selecionar: “Admissão Terapia Ocupacional - Adulto”
6	Clicar em “Visualizar”
Extração do DENOMINADOR:	
7	Realizar o somatório das filas de espera para reabilitação neurológica adulto nas especialidades de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia ocupacional geradas pelo serviço.
OBSERVAÇÕES	
No primeiro momento não serão computadas as informações relacionadas à psicologia, visto que não é possível distinguir quantas admissões ocorreram pela especialidade para atendimento adulto.	

Indicador 03: Número de atendimentos realizados no CER II de Taguatinga por mês.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**03**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Número de atendimentos realizados no CER II de Taguatinga por mês.**
Conceituação	O Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde – versão 2020, é o documento que norteia o funcionamento dos serviços que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. De acordo com o Instrutivo, para a manutenção da habilitação, a produção mínima da equipe multiprofissional (exceto médico) deve ser de 2150 procedimentos e a produção mínima da equipe médica deve ser de 256 procedimentos, totalizando 2406 procedimentos mensais.
Usos	Garantir o acesso da população aos serviços da RCPD
Limitações	Não há série histórica para análise.
Fonte	SIA
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de procedimentos realizados (procedimentos dos grupos 01 - ações de promoção e prevenção em saúde, 02 - procedimentos com finalidade diagnóstica e 03 -procedimentos clínicos da tabela SIGTAP elencados no Instrutivo de Reabilitação) por mês. **DENOMINADOR**: 2406 **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Não há
Polaridade	Quanto maior melhor
Acumulativo Anual	100%
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Não se aplica
Responsável Técnico	Centro especializado em Reabilitação - CER II Taguatinga
Coordenador da Pactuação	Grupo Condutor Central da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
Alterações	GESSF
Descrição da Meta	Vide matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro Especializado de Reabilitação (CER II)**
INDICADOR	**Número de atendimentos realizados no CER II de Taguatinga por mês.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o INFOSAÚDE
2	Acessar a sala de situação – Atenção à Saúde – Produção de serviços – Ambulatorial (SIA)
3	Selecionar os CBOs de profissionais não médicos existentes no serviço.
4	No campo Grupo do Procedimento selecionar “01 (ações de promoção e prevenção em saúde), 02 (procedimentos com finalidade diagnóstica) e 03 (procedimentos clínicos)”
5	No campo Procedimento selecionar os procedimentos “Comum” e “Física” relacionados no “Quadro 26” do Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde – versão 2020.
6	Clicar em “Visualizar”
7	Selecionar os CBOs de profissionais médicos existentes no serviço.
8	No campo Grupo do Procedimento selecionar “01 (ações de promoção e prevenção em saúde), 02 (procedimentos com finalidade diagnóstica) e 03 (procedimentos clínicos)”
9	No campo Procedimento selecionar os procedimentos “Comum” e “Física” relacionados no “Quadro 26” do Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde – versão 2020.
10	Clicar em “Visualizar”
11	Somar os valores dos itens **6 e 10**
OBSERVAÇÕES	
De acordo com o Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde – versão 2020, a produção mínima da equipe multiprofissional (exceto médico) deve ser de 2150 procedimentos e a produção mínima da equipe médica deve ser de 256 procedimentos, totalizando 2406 procedimentos mensais	

Indicador 04: Número de ações de matriciamento realizadas com a Atenção Primária à Saúde.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**04**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Número de ações de matriciamento realizadas com a Atenção Primária à Saúde.**
Conceituação	O matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Está previsto na portaria SES DF nº 773, que estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária e no Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde, que norteia o funcionamento dos serviços que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
Usos	Apoiar a implementação e a qualificação da RCPD nas Regiões de Saúde
Limitações	Apoiar a implementação e a qualificação da RCPD nas Regiões de Saúde
Fonte	SIA
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR**: Número de ações realizadas (03.01.07.027-0) **DENOMINADOR**: Número de ações previstas (3) **MULTIPLICADOR**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Não há
Polaridade	Quanto maior melhor
Acumulativo Anual	100%
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	
Responsável Técnico	Centro especializado em Reabilitação - CER II Taguatinga
Coordenador da Pactuação	Grupo Condutor Central da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
Alterações	GESSF

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro Especializado de Reabilitação (CER II)**
INDICADOR	**Número de ações de matriciamento realizados com a Atenção Primária à Saúde.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o INFOSAUDE
2	Acessar a sala de situação – Atenção à Saúde – Produção de serviços – Ambulatorial (SIA)”
3	No campo Procedimento selecionar “03.01.07.027-0” - Matriciamento de equipes dos outros pontos e níveis da rede de atenção à saúde para atenção à saúde das pessoas com deficiência
4	Selecionar o ano de competência.
5	Selecionar o mês de competência.
6	Selecionar a Região de Saúde
7	Selecionar o tipo de estabelecimento: “Centro de Especialidade
8	Inserir o código “03.01.07.027-0” em Procedimento
9	Selecionar “ CER II Taguatinga” em Procedimentos por estabelecimento de saúde
OBSERVAÇÕES	

Indicador 05: Número de pacientes atendidos nos ambulatórios de estomizados

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**05**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Número de pacientes atendidos nos ambulatórios de estomizados.**
Conceituação	Atendimentos realizados nos ambulatórios de estomizados.
Usos	Avalia a produtividade dos ambulatórios de estomizados.
Limitações	Não analisa variáveis
Fonte	Sistema TrakCare
Metodologia de Cálculo	Somatório dos pacientes atendidos nos ambulatórios de estomizados
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Não possui
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Número de atendimentos/sessões em reabilitação ortopédica
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro Especializado de Reabilitação**
INDICADOR	**Número de pacientes atendidos nos ambulatórios de estomizados**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Realizar Login no Trakcare da Região;
2	Acessar o menu Ferramentas;
3	Clicar em Relatórios;
4	Clicar em Produtividade;
5	Inserir o nome do servidor e o mês analisado;
6	Na produção tabular os dados de atendimento por nome de usuários atendidos por dia;
7	Somar o quantitativo de pacientes atendidos por dia do mês analisado
Responsável pela coleta dos dados	GPMA/DIRASE
Responsável pelo preenchimento dos dados:	Regiões de Saúde
OBSERVAÇÕES	

VIII. CRT - Central de Radiologia de Taguatinga

Indicador 01: Percentual de absenteísmo aos exames de ecografia

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**01**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de absenteísmo aos exames de ecografia.**
Conceituação	O absenteísmo de usuários aos exames de ecografia consiste no ato de não comparecer aos procedimentos agendados, sem qualquer comunicação prévia ao local de realização, gerando desperdício de recursos.
Usos	O indicador possibilitará analisar o percentual de absenteísmo aos exames de ecografia, buscando levantar as principais causas e a propositura de ações para diminuir a quantidade de faltas, ampliando a produtividade e o acesso.
Limitações	Instabilidade do SISREG e dificuldades de comunicação com o paciente para confirmação da consulta. Nos casos em que a chave de confirmação não seja fechada no SISREG, a pendência resultará na alteração do indicador, visto que pendência (chave não fechada, pode ser falta ou não.)
Fonte	Sistema Nacional de Regulação (SISREG)
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Soma do número de solicitações com falta no SISREG de cada mês. Considerar as faltas dos usuários aos exames de ecografia do CRT das agendas dos médicos radiologistas. **DENOMINADOR:** Soma do número total de vagas ofertadas ao longo de 1 mês, referente à agenda de todos os profissionais que ofertam vagas. MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	41%
Polaridade	Menor melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	CRT
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GEDIAG
Coordenador da Pactuação	CATES
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**CRT**
INDICADOR	**Percentual de absenteísmo aos exames de ecografia.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Extração do NUMERADOR: Soma do número de solicitações com falta no SISREG e Extração do DENOMINADOR: Soma do número total de vagas ofertadas.
2	1. Realizar login no SISREG III; 2. Selecionar impressão/confirmação de AGENDA; 3. Em data, selecionar data inicial e data final – considerar o mês fechado, do primeiro dia ao último do mês; 4. O NUMERADOR será: soma do número de solicitações com falta no SISREG de cada mês; 5. O DENOMINADOR será: soma do número total de vagas ofertadas ao longo de 1 mês, referente à agenda de todos os profissionais que ofertam vagas; 6. Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar por 100.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 02: Percentual de absenteísmo aos exames de odontologia

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**02**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de absenteísmo aos exames de odontologia**
Conceituação	O absenteísmo de usuários aos exames de odontologia consiste no ato de não comparecer aos procedimentos agendados, sem qualquer comunicação prévia ao local de realização, gerando desperdício de recursos e comprometendo a eficiência dos serviços de saúde.
Usos	O indicador permitirá analisar o percentual de não comparecimento aos exames de radiologia odontológica, identificando as principais causas e propondo ações para reduzir as ausências. Isso contribuirá para aumentar a produtividade do serviço e ampliar o acesso dos usuários aos exames.
Limitações	Instabilidade do SISREG e dificuldades na comunicação com os pacientes para confirmação das consultas.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação (SISREG), pactuação com área técnica GEO para envio de dados no processo SEI 00060-00435660/2024-70.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Soma do número mensal de faltas de usuários aos exames de odontologia reguladas em panorama III via SISREG do quadrimestre. **DENOMINADOR: S**oma do número mensal total de exames de odontologia agendados em panorama III via SISREG do quadrimestre. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Colegiado)
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral/Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	35%
Polaridade	Menor melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	CRT
Responsável Técnico	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**CRT**
INDICADOR	**Percentual de absenteísmo aos exames de odontologia.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do NUMERADOR: Número mensal de faltas de usuários aos exames de odontologia reguladas em panorama III via SISREG.	
1	Tendo em vista a migração das especialidades odontológicas para o Panorama 3, foi realizada a pactuação entre a GCR/DGR e a GEO, os dados do numerador serão enviados via processo SEI 00060-00435660/2024-70, mensalmente.
Extração do DENOMINADOR: Número mensal total de exames de odontologia agendados em panorama III via SISREG.	
1	Com a pactuação entre a GCR/DGR e a GEO, os dados do denominador serão enviados via processo SEI 00060-00435660/2024-70, mensalmente.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 03: Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de ecografia

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**03**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de ecografia**
Conceituação	Aumento da oferta de exames de ecografia para o usuário comparado à capacidade máxima instalada.
Usos	O indicador possibilitará analisar o percentual de horários disponibilizados para a realização de exames de ecografia em relação à capacidade máxima instalada, permitindo o aumento da oferta de exames e redução do tempo de espera para a realização do mesmo.
Limitações	Déficit de recursos humanos
Fonte	Sistema Nacional de Regulação (SISREG)
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de exames de ecografia ofertados pelo CRT. DENOMINADOR Número da capacidade máxima instalada de exames de ecografia no CRT MULTIPLICADOR: 100

Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Colegiado)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	80%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	CRT
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GEDIAG
Coordenador da Pactuação	CATES
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**CRT**
INDICADOR	**Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de ecografia**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	**Extração do NUMERADOR:**Número de exames de ecografia ofertados pelo CRT. **DENOMINADOR:** Número da capacidade máxima instalada de exames de ecografia no CRT
2	1. Realizar login no SISREG III; 2. Selecionar impressão/confirmação de AGENDA; 3. Em data, selecionar data inicial e data final – considerar o mês fechado, do primeiro dia ao último do mês; 4. O NUMERADOR será: Número de exames de ecografia ofertados pelo CRT 5. O DENOMINADOR será: Número da capacidade máxima instalada de exames de ecografia no CRT

	6. Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar por 100
OBSERVAÇÕES	

Indicador 04: Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de mamografia

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	04
Pactuações	AGL
Indicador	**Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de mamografia**
Conceituação	Aumento da oferta de exames de mamografia para o usuário comparado à capacidade máxima instalada.
Usos	O indicador possibilitará analisar o percentual de horários disponibilizados para a realização dos exames de mamografias em relação à capacidade máxima instalada, permitindo o aumento da oferta de exames e redução do tempo de espera para a realização do mesmo.
Limitações	Déficit de recursos humanos
Fonte	Sistema Nacional de Regulação (SISREG III)
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de exames de mamografia ofertados pelo CRT**. DENOMINADOR:** Número da capacidade máxima instalada de exames de mamografia no CRT **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Colegiado)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	40%
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	CRT
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GEDIAG
Coordenador da Pactuação	CATES
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**CRT**
INDICADOR	**Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de ecografia**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	**Extração do NUMERADOR:**Número de exames de ecografia ofertados pelo CRT. **DENOMINADOR:** Número da capacidade máxima instalada de exames de ecografia no CRT
2	1. Realizar login no SISREG III; 2. Selecionar impressão/confirmação de AGENDA; 3. Em data, selecionar data inicial e data final – considerar o mês fechado, do primeiro dia ao último do mês; 4. O NUMERADOR será: Número de exames de mamografia ofertados pelo CRT 5. O DENOMINADOR será: Número da capacidade máxima instalada de exames de mamografia no CRT 6. Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar por 100
OBSERVAÇÕES	

IX. CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

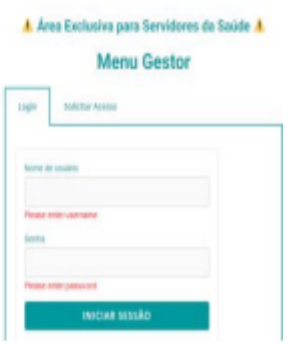
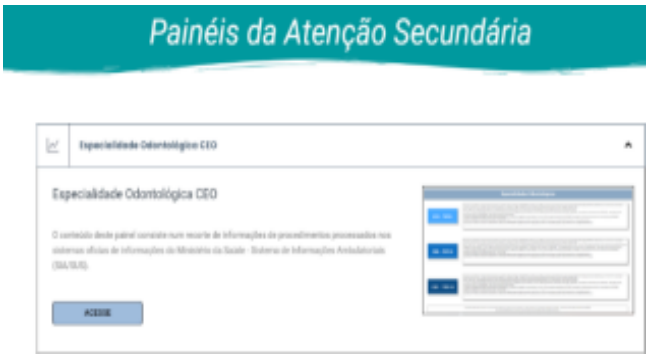
Indicador 01: Percentual de alcance da Meta CEO- Procedimentos Básicos

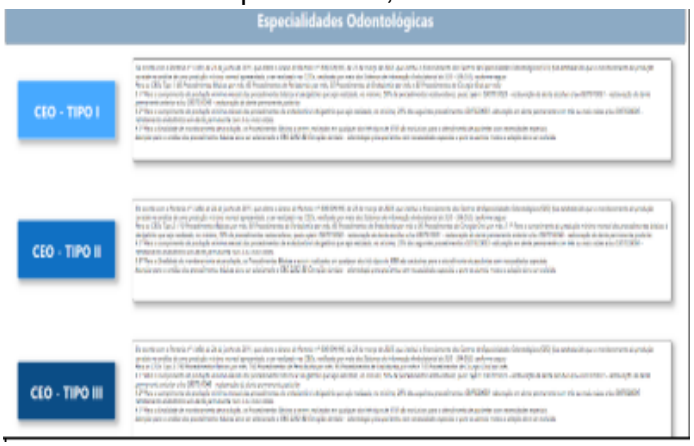
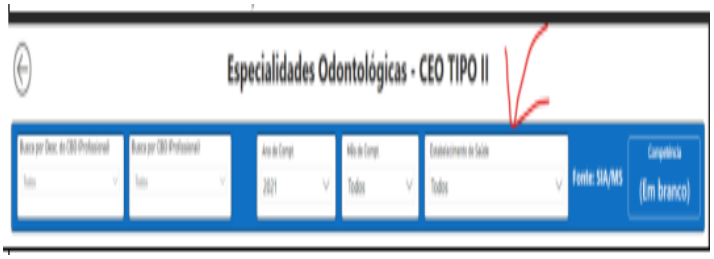
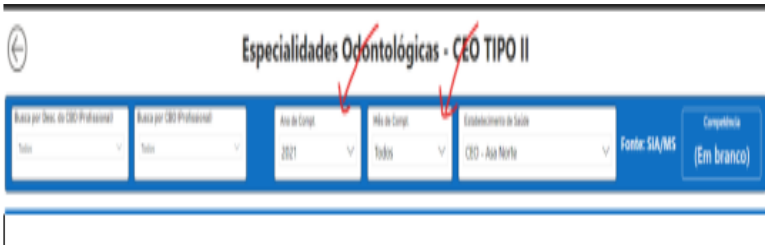
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**1**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de alcance da Meta CEO- Procedimentos Básicos.**
Conceituação	Este indicador retrata o percentual de alcance da META, procedimentos básicos, preconizada pela portaria nº 1464 de 24 de Junho de 2011 e pela GM/MS nº 3.823 de 22 de dezembro de 2021. É de extrema relevância o seu monitoramento visto que quando não se atinge por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de 1 ano a produção mínima, a transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos CEOs é suspensa. Portaria nº 1464 de 24 de Junho de 2011 § 3º Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.
Usos	Este indicador apresenta uma forma de realizar o monitoramento do percentual de cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos. Possibilitando à unidade analisar o GAP entre o resultado e a meta proposta, identificando as falhas no processo e promovendo ações para correções.
Limitações	A oferta de vagas é variável e dentro do mesmo mês e pode ser afetada por afastamentos legais de profissionais, quanto por falhas técnicas dos equipamentos, dentre outros. A área de Atendimento à Pessoa com Deficiência está com baixa demanda de pacientes cadastrados no SISREG para atendimento. Há dificuldade na forma de lançamento dos procedimentos em BPA-I e no consequente faturamento. Há um alto índice de absenteísmo registrado com o atual sistema de agendamento.
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Sistema PEC CEO
Metodologia de Cálculo	Numerador: ∑ nº de procedimentos de básicos realizados no mês Denominador: meta para procedimentos básicos para cada tipo de CEO conforme matriz Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Portaria nº 1464 de 24 de Junho de 2011 e a portaria GM/MS nº 3.823 de 22 de dezembro de 2021 a) Para CEOs Tipo 1: 80 Procedimentos Básicos por mês. b) Para CEOs Tipo 2: 110 Procedimentos Básicos por mês. c) Para CEOs Tipo 3: 190 Procedimentos Básicos por mês no total

Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Unidade CEO
Responsável Técnico	COASIS/DASIS/GEO
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs)**
INDICADOR	**Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos Básicos.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do Numerador:	
1	Acessar o site https:info.saude.gov.br; Caso não tenha acesso ao painel da Atenção Secundária no Menu Gestor – solicitar acesso à SES/SUPLANS/DGIE/GIE.
2	Clicar no ícone Gestão da Saúde;

3	Clicar no ícone Menu Gestor;
4	Digitar login e senha; 
5	Clicar no ícone Atenção Secundária;
6	Clicar em ACESSE; 

7	Selecionar o seu tipo de CEO; 
8	Selecionar o nome do seu CEO; 
9	Selecionar ANO e Mês que se deseja pesquisar; 
10	Selecionar o campo Busca por Desc. do CBO (Profissional) – cirurgião-dentista – odontologia para pacientes com necessidades especiais.

11	Selecionar o campo referente à Área de Procedimentos Básicos;
12	Utilizar o número total de procedimentos básicos como NUMERADOR
Extração do Denominador:	
1	Número preconizado como meta CEO, conforme matriz
Resultado do Indicador	Dividir o NUMERADOR pelo DENOMINADOR e multiplicar por 100.

OBSERVAÇÕES:
CÓDIGOS PROCEDIMENTOS BÁSICOS

0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;
0307010066 TRATAMENTO INICIAL DO DENTE TRAUMATIZADO;
0307010074 TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART);
0307010147 ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA;
0307010082 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA;
0307010090 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA;
0307010104 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO;
0307010112 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA;
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA;
0307010120 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA;
0307010139 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM AMÁLGAMA;
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA; 0307030040 PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA;
0307030059 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO; 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE
0307010090 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA;
0307010104 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO;

0307010112 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA;
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA;

0307010120 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA;
0307010139 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM AMÁLGAMA;
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA; 0307030040 PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA;
0307030059 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO; 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE

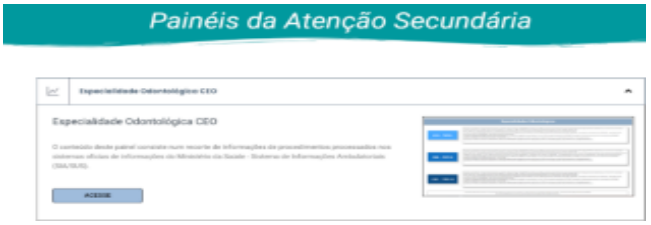
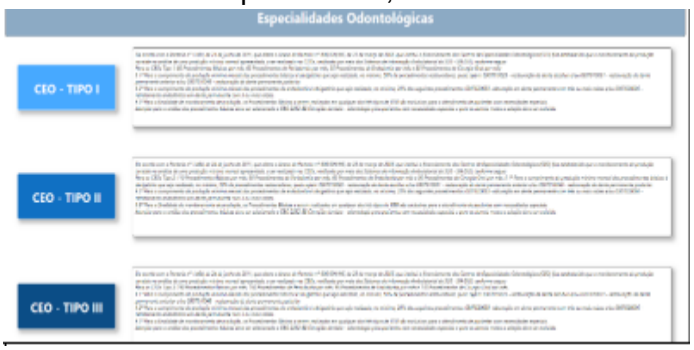
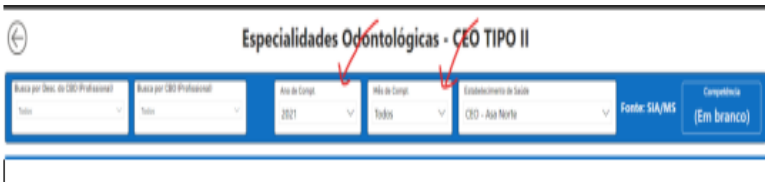
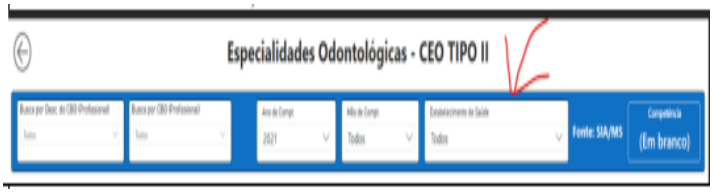
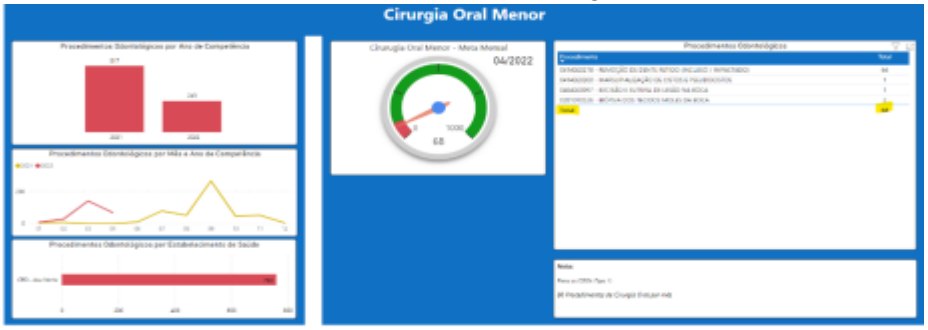
Indicador 02: Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Cirurgia Oral

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	2
Pactuações	AGL
Indicador	**Percentual de alcance da Meta CEO- Procedimentos de Cirurgia Oral**
Conceituação	Este indicador retrata o percentual de alcance da META, procedimentos de cirurgia oral, preconizada pela portaria nº 1464 de 24 de Junho de 2011 e pela GM/MS nº 3.823 de 22 de dezembro de 2021. É de extrema relevância o seu monitoramento visto que quando a produção mínima não é atingida por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de 1 ano, a transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos CEOs será suspensa de acordo com a portaria nº 1464 de 24 de Junho de 2011.
Usos	Este indicador apresenta uma forma de realizar o monitoramento do percentual de cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de Cirurgia Oral. Possibilitando à unidade analisar o GAP entre o resultado e a meta proposta, identificando as falhas no processo e promovendo ações para correções.
Limitações	A oferta de vagas é variável e pode ser afetada tanto por afastamentos legais de profissionais, quanto por falhas técnicas dos equipamentos, dentre outros. A área de Cirurgia Oral possui alta demanda de pacientes cadastrados no SISREG em algumas regiões e em outras há um equilíbrio entre a oferta e a demanda. Necessário pactuação entre Regiões para melhor aproveitamento das vagas. Essa área de Cirurgia Oral soma-se à área de diagnóstico bucal, com ênfase na detecção de câncer de boca para fins de produção. Necessário considerar o índice de absenteísmo registrado com o atual sistema de agendamento que impacta diretamente na produtividade, visto que a ocasiona a ociosidade do profissional e desperdício de vagas.
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Sistema PEC CEO
Metodologia de Cálculo	Numerador: ∑ nº de procedimentos de Cirurgia Oral realizados no mês Denominador: Denominador: meta para Procedimentos de Cirurgia Oral para cada tipo de CEO, conforme matriz. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Portaria nº 1464 de 24 de Junho de 2011 e a portaria GM/MS nº 3.823 de 22 de dezembro de 2021 a) Para CEOs Tipo 1: 80 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês. b) Para CEOs Tipo 2: 90 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês. c) Para CEOs Tipo 3: 170 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês.

Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Unidade CEO
Responsável Técnico	COASIS/DASIS/GEO
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs)**
INDICADOR	**Percentual de alcance da META CEO – Cirurgia Oral**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do Numerador:	
1	Acessar o site https://info.saude.gov.br; Caso não tenha acesso ao painel da Atenção Secundária no Menu Gestor – solicitar acesso à SES/SUPLANS/DGIE/GIE.
2	Clicar no ícone Gestão da Saúde;
3	Clicar no ícone Menu Gestor;
4	Digitar login e senha;
5	Clicar no ícone Atenção Secundária;

6	Clicar em ACESSE; 
7	Selecionar o seu tipo de CEO;  
8	Selecionar o nome do seu CEO; 
9	Selecionar ANO e Mês que se deseja pesquisar;
10	Selecionar o campo referente à Área de Cirurgia Oral Menor; 
11	Utilizar o número total de procedimentos de Cirurgia Oral Menor como NUMERADOR.

Extração do Denominador:	
12	Número preconizado como meta CEO, conforme matriz
Resultado do Indicador	Dividir o NUMERADOR pelo DENOMINADOR e multiplicar por 100.

Observações: Procedimentos de Cirurgia Oral Menor:

0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;
0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;
0307010058 TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS;
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR;
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO- ODONTOGÊNICO;
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA- ORAL;
0401010082 FRENECTOMIA; 0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;
0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO- SINUSAL;
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;
0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;
0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO- MANDIBULAR;
0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL ;
0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;
0414020146 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;
0414020170 GLOSSORRAFIA;
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO/IMPACTADO);
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA

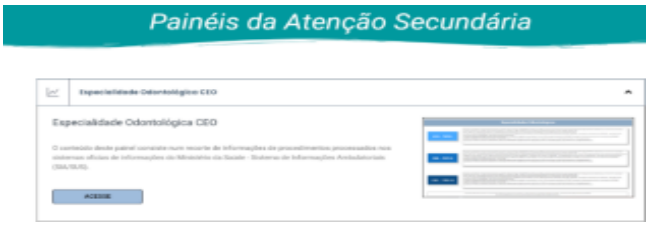
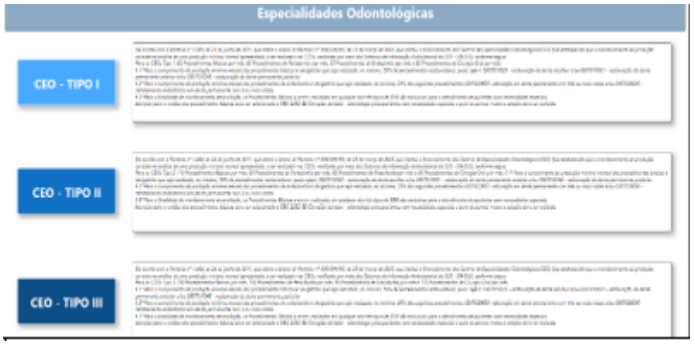
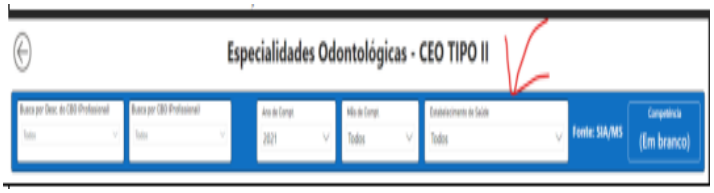
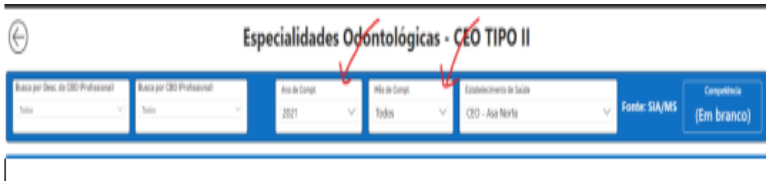
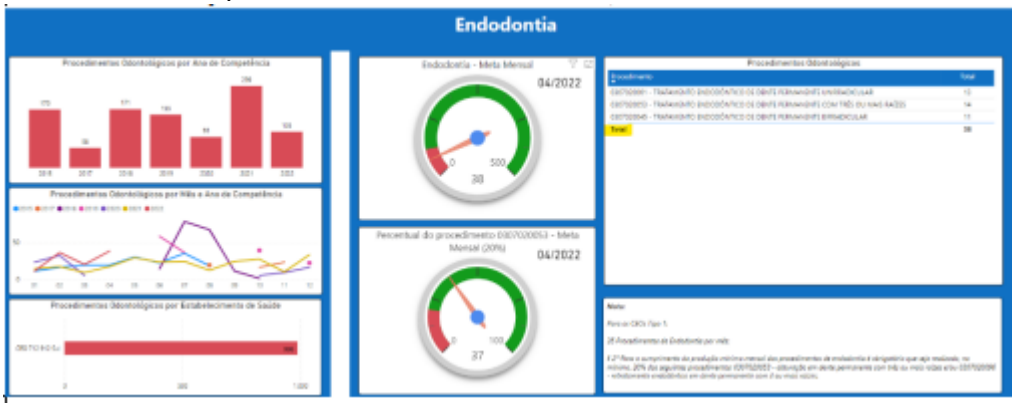
Indicador 03: Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Endodontia

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	3
Pactuações	AGL
Indicador	**Percentual de alcance da Meta CEO- Procedimentos de Endodontia**
Conceituação	Este indicador retrata o percentual de alcance da META, procedimentos de endodontia, preconizada pela portaria nº 1464 de 24 de Junho de 2011 e pela GM/MS nº 3.823 de 22 de dezembro de 2021. É de extrema relevância o seu monitoramento visto que quando a produção mínima não é atingida por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de 1 ano, a transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos CEOs será suspensa de acordo com a portaria nº 1464 de 24 de Junho de 2011.
Usos	Este indicador apresenta uma forma de realizar o monitoramento do percentual de cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de Endodontia. Possibilitando à unidade analisar o GAP entre o resultado e a meta proposta, identificando as falhas no processo e promovendo ações para correções.
Limitações	A oferta de vagas é variável e dentro do mesmo mês pode ser afetada por afastamentos legais de profissionais, por falhas técnicas dos equipamentos, dentre outros. A especialidade de Endodontia está com altíssima demanda de pacientes cadastrados no SISREG, resultando em um longo tempo de espera para o atendimento. Quando o paciente é atendido, muita das vezes, sua necessidade de tratamento já não é mais a mesma da queixa inicial, porque o dente fraturou e não tem mais condições de receber o tratamento endodôntico ou até foi extraído. Mensura apenas códigos SIGTAP da portaria 1464 e os profissionais atuam realizando procedimentos não contemplados no rol de códigos da portaria. Não mensura procedimentos realizados em sessões que não obturam os condutos como tratamento de apicificação que é realizado e não é computado. Há um alto índice de absenteísmo registrado com o atual sistema de agendamento.
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Sistema PEC CEO
Metodologia de Cálculo	**Numerador:** ∑ nº de procedimentos de Endodontia realizados no mês **Denominador:** Denominador: meta para Procedimentos de Endodontia para cada tipo de CEO, conforme matriz. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual

Parâmetro	Portaria nº 1464 de 24 de Junho de 2011 e a portaria GM/MS nº 3.823 de 22 de dezembro de 2021: a) Para CEOs Tipo 1: 35 Procedimentos de Endodontia por mês. b) Para CEOs Tipo 2: 60 Procedimentos de Endodontia por mês. c) Para CEOs Tipo 3: 95 Procedimentos de Endodontia por mês,
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Unidade CEO
Responsável Técnico	COASIS/DASIS/GEO
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs)**
INDICADOR	**Percentual de alcance da META CEO – Endodontia**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do Numerador:	
1	Acessar o site https:info.saude.gov.br; Caso não tenha acesso ao painel da Atenção Secundária no Menu Gestor – solicitar acesso à SES/SUPLANS/DGIE/GIE.
2	Clicar no ícone Gestão da Saúde;
3	Clicar no ícone Menu Gestor;
4	Digitar login e senha;
5	Clicar no ícone Atenção Secundária;

6	Clicar em ACESSE; 
7	Selecionar o seu tipo de CEO; 
8	Selecionar o nome do seu CEO; 
9	Selecionar ANO e Mês que se deseja pesquisar; 
10	Selecionar o campo referente à Área de Edodontia; 
11	Utilizar o número total de procedimentos de Endodontia como NUMERADOR.
Extração do Denominador:	
12	Número preconizado como meta CEO, conforme matriz

Resultado do Indicador	Dividir o NUMERADOR pelo DENOMINADOR e multiplicar por 100.

Observações: CÓDIGOS PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA:

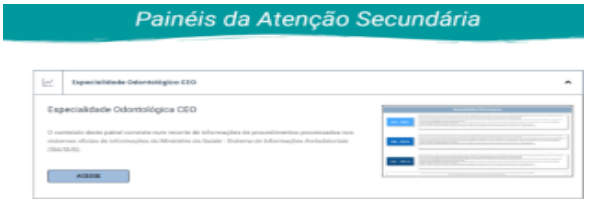
0307020037 TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO;
0307020045 TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;
0307020053 TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAíZES;
0307020061 TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;
0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.

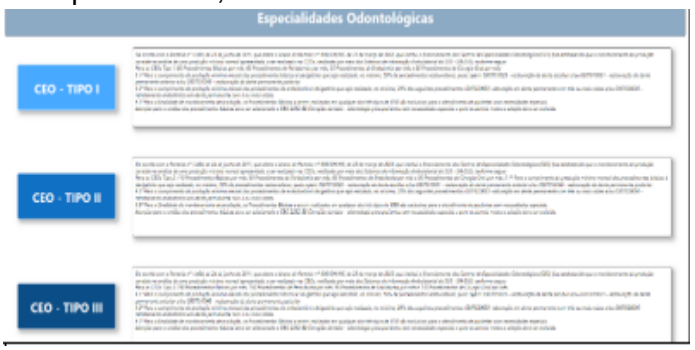
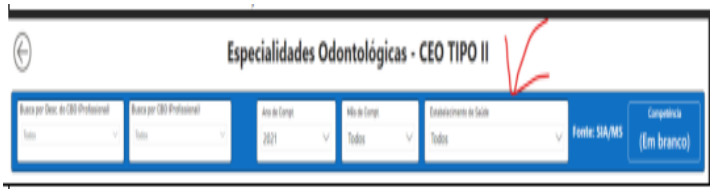
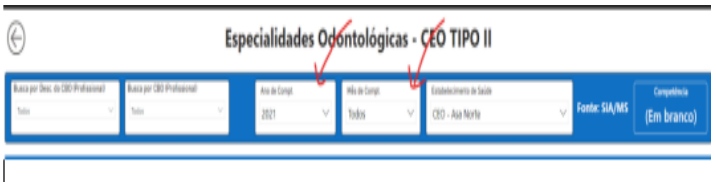
Indicador 04: Percentual de alcance da META CEO – Procedimentos de Periodontia

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**4**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Percentual de alcance da Meta CEO- Procedimentos de Periodontia**
Conceituação	Este indicador retrata o percentual de alcance da META, procedimentos de periodontia, preconizada pela portaria nº 1464 de 24 de Junho de 2011 e pela GM/MS nº 3.823 de 22 de dezembro de 2021. É de extrema relevância o seu monitoramento visto que quando a produção mínima não é atingida por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de 1 ano, a transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos CEOs será suspensa de acordo com a portaria nº 1464 de 24 de Junho de 2011.
Usos	Este indicador apresenta uma forma de realizar o monitoramento do percentual de cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de Periodontia. Possibilitando à unidade analisar o GAP entre o resultado e a meta proposta, identificando as falhas no processo e promovendo ações para correções
Limitações	A oferta de vagas é variável e dentro do mesmo mês e pode ser afetada por afastamentos legais de profissionais, quanto por falhas técnicas dos equipamentos, dentre outros. A especialidade de Periodontia não está com alta demanda de pacientes cadastrados no SISREG aguardando em fila de espera. Mensura apenas códigos SIGTAP descritos na portaria 1464 e os profissionais relatam que fazem mais procedimentos dos que estes. Há um alto índice de absenteísmo registrado com o atual sistema de agendamento.
Fonte	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Sistema PEC CEO
Metodologia de Cálculo	Numerador: ∑ nº de procedimentos de Periodontia realizados no mês Denominador: meta para Procedimentos de Periodontia para cada tipo de CEO, conforme matriz. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Portaria nº 1464 de 24 de Junho de 2011 e a portaria GM/MS nº 3.823 de 22 de dezembro de 2021: a) Para CEOs Tipo 1: 60 Procedimentos de Periodontia por mês. b) Para CEOs Tipo 2: 90 Procedimentos de Periodontia por mês. c) Para CEOs Tipo 3: 150 Procedimentos de Periodontia por mês no total.
Polaridade	Maior melhor

Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Unidade CEO
Responsável Técnico	COASIS/DASIS/GEO
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs)**
INDICADOR	**Percentual de alcance da META CEO – Periodontia**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Extração do Numerador:	
1	Acessar o site https:info.saude.gov.br; Caso não tenha acesso ao painel da Atenção Secundária no Menu Gestor – solicitar acesso à SES/SUPLANS/DGIE/GIE.
2	Clicar no ícone Gestão da Saúde;
3	Clicar no ícone Menu Gestor;
4	Digitar login e senha;
5	Clicar no ícone Atenção Secundária;
6	Clicar em ACESSE; 

7	Selecionar o seu tipo de CEO; 
8	Selecionar o nome do seu CEO; 
9	Selecionar ANO e Mês que se deseja pesquisar; 
10	Selecionar o campo referente à Área de Periodontia;
11	Utilizar o número total de procedimentos de Periodontia como NUMERADOR.
Extração do Denominador:	
1	Número preconizado como meta CEO, conforme matriz
Resultado do Indicador	Dividir o NUMERADOR pelo DENOMINADOR e multiplicar por 100.

OBSERVAÇÕES:

CÓDIGOS PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA:

0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);
0414020081 ENXERTO GENGIVAL; 0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);
0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).

X. CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

Indicador 01: Número de acolhimentos iniciais realizados nos CAPS

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**1**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Número de acolhimentos iniciais realizados nos CAPS.**
Conceituação	Acolhimento inicial consiste no primeiro atendimento ofertado pelo CAPS para novos usuários por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território. Diferencia-se do reacolhimento, que é lançado como atendimento individual.
Usos	Gestão local, regional e central para monitoramento da adequação às políticas públicas de saúde mental.
Limitações	Não mensura os usuários referenciados para outras unidades.
Fonte	DATASUS: BPA-I/SIA SUS Procedimento BPA-I – Código: 03.01.08.023-2 – Acolhimento Inicial realizado por Centro de Atenção Psicossocial.
Metodologia de Cálculo	Número de acolhimentos iniciais realizados por CAPS. Procedimento BPA-I – Código: 03.01.08.023-2 – Acolhimento Inicial realizado por Centro de Atenção Psicossocial.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto maior, melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não se aplica
Estratificação	Região de Saúde, RA, CAPS
Responsável Técnico	DISSAM
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Rede de Atenção Psicossocial**
INDICADOR	**Número de acolhimentos iniciais realizados nos CAPS.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar a “Sala de Situação” pelo link: https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/
2	Clicar em Atenção à Saúde - Produção de Serviços - Ambulatorial (SIA)
3	Selecionar “Ano de Competência” e “Mês de Competência”
4	Selecionar “Tipo de Estabelecimento” - CAPS
5	Selecionar o “Estabelecimento de Saúde”
6	Selecionar o Procedimento “0301080232 - ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”
7	Contabilizar o “Total de Procedimentos”
Responsável pela Coleta dos dados	GPMA ou Gestor da Unidade conforme fluxo estabelecido na Região.
Responsável pelo preenchimento dos dados	GPMA
OBSERVAÇÕES: A fonte oficial de extração do resultado do indicador encontra-se na ficha, a sala de situação é apenas um meio a fim de facilitar o acesso ao dado.	

Indicador 02: Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Primária

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**2**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Primária.**
Conceituação	Ações de matriciamento são as atividades de suporte técnico-pedagógico realizadas num processo de construção compartilhada pelos profissionais de saúde dos CAPS junto às equipes de Atenção Primária.
Usos	Gestão local, regional e central do planejamento para a ampliação e qualificação da porta de entrada, acesso e assistência em saúde mental da população na Atenção Primária do DF.
Limitações	O indicador não expressa a efetividade das ações de matriciamento realizadas às equipes de Atenção Primária e o número de equipes Saúde da Família matriciadas.
Fonte	DATASUS: BPA-C/SIA-SUS Procedimento: 03.01.08.030-5 – Matriciamento de Equipes da Atenção Básica.
Metodologia de Cálculo	Número de ações de matriciamento em saúde mental da APS realizadas pelos CAPS.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não se aplica
Estratificação	Região de Saúde, RA, CAPS
Responsável Técnico	DISSAM
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Rede de Atenção Psicossocial**
INDICADOR	**Ações de matriciamento sistemático em saúde mental realizadas por Centro de Atenção Psicossocial com equipes de Atenção Primária.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar a “Sala de Situação” pelo link: https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/
2	Clicar em Atenção à Saúde - Produção de Serviços - Ambulatorial (SIA)
3	Selecionar “Ano de Competência” e “Mês de Competência”
4	Selecionar “Tipo de Estabelecimento” - CAPS
5	Selecionar o “Estabelecimento de Saúde”
6	Selecionar o Procedimento “0301080305 - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA”
7	Contabilizar o “Total de Procedimentos”
Responsável pela coleta dos dados	GPMA ou Gestor da Unidade conforme fluxo estabelecido na Região.
Responsável pelo preenchimento dos dados	GPMA
OBSERVAÇÕES: A fonte oficial de extração do resultado do indicador encontra-se na ficha, a sala de situação é apenas um meio a fim de facilitar o acesso ao dado.	

Indicador 03: Ações de matriciamento sistemático realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	3
Pactuações	AGL
Indicador	**Ações de matriciamento sistemático realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência.**
Conceituação	Ações de matriciamento são as atividades de suporte técnico – pedagógico realizadas num processo de construção compartilhada pelos profissionais de saúde dos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência.
Usos	Gestão local, regional e central do planejamento para a ampliação e qualificação da porta de entrada, acesso e assistência em saúde mental da população nos pontos de Urgência e Emergência do DF
Limitações	O indicador não expressa a efetividade das ações de matriciamento em saúde mental realizadas junto às equipes de Urgência e Emergência.
Fonte	DATASUS: BPA-C/SIA-SUS Procedimento: 03.01.08.039-9 – Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.
Metodologia de Cálculo	Número de ações de matriciamento realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto maior, melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não se aplica.
Estratificação	Região de Saúde, RA, CAPS
Responsável Técnico	DISSAM
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Rede de Atenção Psicossocial**
INDICADOR	**Ações de matriciamento sistemático realizadas pelos CAPS junto às equipes dos pontos de Atenção da Urgência e Emergência.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar a “Sala de Situação” pelo link: https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/
2	Clicar em Atenção à Saúde - Produção de Serviços - Ambulatorial (SIA)
3	Selecionar “Ano de Competência” e “Mês de Competência”
4	Selecionar “Tipo de Estabelecimento” - CAPS
5	Selecionar o “Estabelecimento de Saúde”
6	Selecionar o Procedimento “0301080399 - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITALARES”
7	Contabilizar o “Total de Procedimentos”
Responsável pela coleta dos dados	GPMA ou Gestor da Unidade conforme fluxo estabelecido na Região.
Responsável pelo preenchimento	GPMA dos dados
OBSERVAÇÕES: A fonte oficial de extração do resultado do indicador encontra-se na ficha, a sala de situação é apenas um meio a fim de facilitar o acesso ao dado.	

Indicador 04: Número de ações territoriais realizadas pelos CAPS

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	4
Pactuações	AGL
Indicador	**Número de ações territoriais realizadas pelos CAPS.**
Conceituação	Ações de reinserção social e promoção de autonomia, preconizadas pela Portaria MS n° 3350/2020: Procedimento RAAS (Código 03.01.08.024- 0): atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares; Procedimento RAAS (Código 03.01.08.035- 6): promoção de contratualidade no território; e, Procedimento BPA-C (Código 03.01.08.025-9): ações de articulação de redes intra e intersetoriais.
Usos	Gestão local, regional e central para monitoramento da adequação das políticas públicas de saúde mental.
Limitações	O indicador não expressa a efetividade das ações territoriais realizadas pelos CAPS.
Fonte	DATASUS: RAAS e BPA-C/SIA-SUS
Metodologia de Cálculo	Número de procedimentos RAAS (Código 03.01.08.024-0) + Número de procedimentos RAAS (Código 03.01.08.035-6) + Número de procedimentos BPA-C (Código 03.01.08.025-9)
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto maior, melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não se aplica
Estratificação	Região de Saúde, RA, CAPS
Responsável Técnico	DISSAM
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Rede de Atenção Psicossocial**
INDICADOR	**Número de ações territoriais realizadas pelos CAPS.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar a “Sala de Situação” pelo link: https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/
2	Clicar em Atenção à Saúde - Produção de Serviços - Ambulatorial (SIA)
3	Selecionar “Ano de Competência” e “Mês de Competência”
4	Selecionar “Tipo de Estabelecimento” - CAPS
5	Selecionar o “Estabelecimento de Saúde”
6	Selecionar os Procedimentos: “03.01.08.024-0 - Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares” “03.01.08.035-6: Promoção de contratualidade no território” “03.01.08.025-9: Ações de articulação de redes intra e intersetoriais
7	Contabilizar o “Total de Procedimentos”
Responsável pela coleta dos dados	GPMA ou Gestor da Unidade conforme fluxo estabelecido na Região.
Responsável pelo preenchimento	GPMA

OBSERVAÇÕES

Os procedimentos “atendimento domiciliar para pacientes de centros de atenção psicossocial e ou familiares - código no.030.108.02.40”, “promoção de contratualidade no território - código no 030.108.0356” e “ações e articulação de redes intra e intersetoriais - código no 030.1080259” também são utilizados para fins de monitoramento do incentivo financeiro federal de custeio para o desenvolvimento de ações no âmbito RAPS, no contexto do Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19, estabelecido pela Portaria GM/MS nº 3.350, de 8 de dezembro de 2020. O incentivo está sujeito a devolução pelos entes nos casos em que não houver registro dos procedimentos para cada CAPS habilitado e regularmente custeado pelo Ministério da Saúde.

A fonte oficial de extração do resultado do indicador encontra-se na ficha, a sala de situação é apenas um meio a fim de facilitar o acesso ao dado.

Indicador 05: Variedade de procedimentos RAAS e BPA realizados por CAPS

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	5
Pactuações	AGL
Indicador	**Variedade de procedimentos RAAS e BPA realizados por CAPS.**
Conceituação	Expressa a variedade das ações de cuidado realizadas pelo CAPS. Não se trata do quantitativo realizado em cada procedimento. As orientações sobre os tipos de procedimentos que podem ser realizados em cada modalidade de CAPS estão descritas na Circular DISSAM/GESSAM n° 5/2021 (70184058). Esse número será o denominador para cálculo do indicador: CAPS III e CAPS AD III: 18 tipos de procedimentos; CAPS AD III Samambaia: 19 tipos de procedimentos; CAPS I, CAPS II, CAPS AD II e CAPSi: 16 tipos de procedimentos; CAPS AD II Santa Maria e CAPS i Recanto das Emas: 17 tipos de procedimentos.
Usos	O monitoramento deste número traz indicativos do alinhamento do CAPS às políticas públicas de saúde mental, representadas pelos procedimentos RAAS e BPA
Limitações	Não quantifica o número de ações de cada um dos procedimentos realizados
Fonte	DATASUS: RAAS e BPA/SIA-SUS
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: N° de tipos de procedimentos RAAS e BPA realizados por CAPS. DENOMINADOR: N° de tipos procedimentos RAAS e BPA possíveis de serem realizados por cada modalidade de CAPS. MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto maior, melhor.
Acumulativo Anual	Não se aplica
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde, RA, CAPS
Responsável Técnico	DISSAM
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

Anexo da Ficha do indicador 05

Anexo: Legenda dos Lançamentos	
Serviços	Procedimentos que podem ser lançados por Modalidade de CAPS
CAPS III e CAPS AD III	Procedimentos RAAS: - Código 03.01.08.002-0: Acolhimento noturno de paciente em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.003-8: Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.019-4: Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.020-8: Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.021-6: Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.022-4: Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.024-0: Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares - Código 03.01.08.027-5: Práticas corporais em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.028-3: Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.029-1: Atenção às situações de crise - Código 03.01.08.034-8: Ações de reabilitação psicossocial - Código 03.01.08.035-6: Promoção de contratualidade no território Procedimento BPA-I: - Código 03.01.08.023-2: Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial Procedimento BPA-C: - Código 03.01.08.025-9: Ações de articulação de redes intra e intersetoriais - Código 03.01.08.026-7: Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares - Código 03.01.08.030-5: Matriciamento de equipes de atenção básica - Código 03.01.08.039-9: Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. - Código 03.01.08.031-3: Ações de redução de danos
CAPS AD III Samambaia	Procedimento BPA-C: - Código 03.01.08.033-0: Apoio à serviço residencial de caráter transitório por centro de atenção psicossocial

CAPS I, CAPS II e CAPS AD II	Procedimentos RAAS: - Código 03.01.08.019-4: Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.020-8: Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.021-6: Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.022-4: Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.024-0: Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares - Código 03.01.08.027-5: Práticas corporais em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.028-3: Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.029-1: Atenção às situações de crise - Código 03.01.08.034-8: Ações de reabilitação psicossocial - Código 03.01.08.035-6: Promoção de contratualidade no território Procedimento BPA-I: - Código 03.01.08.023-2: Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial Procedimento BPA-C: - Código 03.01.08.025-9: Ações de articulação de redes intra e intersetoriais - Código 03.01.08.026-7: Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares - Código 03.01.08.030-5: Matriciamento de equipes de atenção básica - Código 03.01.08.039-9: Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. - Código 03.01.08.031-3: Ações de redução de danos
CAPS AD II Santa Maria	Procedimentos RAAS: - Código 03.01.08.003-8: Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial
CAPS i	Procedimentos RAAS: - Código 03.01.08.019-4: Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.020-8: Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.021-6: Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.022-4: Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial

	- Código 03.01.08.024-0: Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares - Código 03.01.08.027-5: Práticas corporais em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.028-3: Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial - Código 03.01.08.029-1: Atenção às situações de crise - Código 03.01.08.034-8: Ações de reabilitação psicossocial - Código 03.01.08.035-6: Promoção de contratualidade no território Procedimento BPA-I: - Código 03.01.08.023-2: Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial Procedimento BPA-C: - Código 03.01.08.025-9: Ações de articulação de redes intra e intersetoriais - Código 03.01.08.026-7: Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares - Código 03.01.08.030-5: Matriciamento de equipes de atenção básica - Código 03.01.08.039-9: Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. - Código 03.01.08.031-3: Ações de redução de danos
CAPS i Recanto das Emas	Procedimentos RAAS: - Código 03.01.08.003-8: Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Rede de Atenção Psicossocial**
INDICADOR	**Variedade de procedimentos RAAS e BPA realizados por CAPS.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar a “Sala de Situação” pelo link: https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/
2	Clicar em Atenção à Saúde - Produção de Serviços - Ambulatorial (SIA)
3	Selecionar “Ano de Competência” e “Mês de Competência”
4	Selecionar “Tipo de Estabelecimento” - CAPS
5	Selecionar o “Estabelecimento de Saúde”
6	Selecionar Instrumentos de Registro: BPA - Consolidado, BPA - Individualizado e RAAS - Psicossocial
7	Numerador: contabilizar o número de tipos de procedimentos que foram registrados pelo CAPS no período. No exemplo abaixo, foram registrados 14 tipos de procedimentos por um CAPS i.
8	Denominador: indicar o número total de tipos de procedimentos que podem ser registrados pelo CAPS,No exemplo, por se tratar de um CAPS i, o nº de procedimentos que podem ser realizados é 16. O cálculo do indicador da imagem ficaria: 14/16 x 100 = 87,5%.

OBSERVAÇÕES:

As orientações sobre os tipos de procedimentos que podem ser realizados em cada modalidade de CAPS estão descritas na Circular DISSAM/GESSAM n° 5/2021 (70184058). Esse número será o denominador para o cálculo do indicador:
CAPS III e CAPS AD III: 18 tipos de procedimentos;
CAPS AD III Samambaia: 19 tipos de procedimentos;
CAPS I, CAPS II, CAPS AD II e CAPS i: 16 tipos de procedimentos;
CAPS AD II Santa Maria e CAPS i Recanto das Emas: 17 tipos de procedimentos.

A fonte oficial de extração do resultado do indicador encontra-se na ficha, a sala de situação é apenas um meio a fim de facilitar o acesso ao dado.

Indicador 06: Número de encaminhamentos para internação psiquiátrica compulsória em razão de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, demandados por CAPS

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	**6**
Pactuações	**AGL**
Indicador	**Número de encaminhamentos para internação psiquiátrica compulsória em razão de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, demandados por CAPS.**
Conceituação	Internação psiquiátrica compulsória é aquela realizada mediante relatório médico circunstanciado que caracteriza os seus motivos e determinação judicial. A internação, em qualquer de suas modalidades, só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
Usos	Gestão local, regional e central para monitoramento adequado das políticas públicas de saúde mental.
Limitações	Não mensura a gravidade do quadro do usuário de saúde mental ou quais os déficit da Rede local.
Fonte	Planilha de monitoramento das internações psiquiátricas compulsórias da Diretoria de Serviços de Saúde Mental.
Metodologia de Cálculo	Número de encaminhamentos para internação psiquiátrica compulsória em razão de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, demandados por CAPS.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Não possui
Polaridade	Quanto menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não Se aplica
Estratificação	Região de Saúde, RA, CAPS
Responsável Técnico	DISSAM
Coordenador da Pactuação	COASIS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

Acordo de Gestão Local – AGL	
TEMA	**Rede de Atenção Psicossocial**
INDICADOR	**Número de encaminhamentos para internação psiquiátrica compulsória em razão de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou outras drogas, demandados por CAPS.**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar a planilha “Encaminhamentos para Internação Compulsória em Álcool e Outras Drogas - 2022” pelo link: https://docs.google.com/spreadsheets/u/0/d/1QcPiYdsKcbXJA9cbTZrBK9Qt4JYnDhSIRy-v4wVfRSc/edit
2	Identificar o período de competência: “1º QUADRIMESTRE” ou “2º QUADRIMESTRE” ou “3º QUADRIMESTRE”
3	Identificar sua unidade na coluna “Serviço”
4	Extrair o número absoluto da coluna “TOTAL QUADRIMESTRE”
OBSERVAÇÕES A planilha é apenas para visualização dos serviços. Os dados serão atualizados mensalmente pela DISSAM.	

Indicador 07 - Participação em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	7
Pactuações	Acordo de Gestão Local (AGL).
Indicador	**Participação em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial.**
Conceituação	O Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial é um colegiado com função propositiva e deliberativa, e com representação dos componentes da RAPS no âmbito da Região, da gestão administrativa e técnica das áreas relacionadas, e representantes da rede intersetorial de apoio. Tem como objetivo garantir a articulação e integração dos pontos de atenção da rede de saúde no território e implementar as ações do Plano de Ação Regional (PAR/RAPS 2024-2027) no âmbito do território.
Usos	Gestão local, regional e central do planejamento para qualificação da assistência e ampliação do acesso aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.
Limitações	O indicador não expressa as ações do Plano de Ação implementadas pelo Grupo Condutor Regional.
Fonte	Ata da reunião com lista de presença da reunião em Processo SEI.
Metodologia de Cálculo	Ata elaborada em Processo SEI disponibilizado para o Grupo Condutor Distrital da Rede de Atenção Psicossocial (GCDRAPS), com lista de presença em anexo.
Periodicidade de Monitoramento	Bimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Mínimo esperado: 01 reunião bimestral por Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial.
Polaridade	Quanto maior melhor
Acumulativo Anual	Para o AGL não é acumulativo, o resultado anual é a média mensal durante o ano.
Acumulativo para Pactuação	Para o AGL não é acumulativo, o resultado anual é a média mensal durante o ano.

Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	GESSAM/DISSAM
Coordenador da Pactuação	GCR/DGR
Descrição da Meta	Realização de reuniões do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial, realizadas pela Região de Saúde do Distrito Federal.

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

Acordo de Gestão Local - AGL	
TEMA	**Rede de Atenção Psicossocial**
INDICADOR	**Participação em reunião bimestral do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o Sistema Eletrônico de Informações pelo link: https://sei.df.gov.br/sip/login.php?sigla_orgao_sistema=GDF&sigla_sistema=SEI
2	Preencher dados de acesso do usuário
3	Autuar novo processo específico para as reuniões do Grupo Condutor Regional. O processo deve ser criado na aba SEI do Grupo Condutor Regional da RAPS.
4	Escolher o tipo de processo: Gestão Administrativa:
5	A cada reunião realizada, incluir ata com a lista de presença.
6	Contabilizar a participação de representante do serviço nas reuniões por meio da lista de presença
OBSERVAÇÕES	
Antes de autuar o processo, é necessário solicitar a criação de uma aba no SEI para o Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial, com perfil acesso para todos os representantes do Grupo.	

Indicador 08 - Número de atendimentos a casos de situação em crise

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	**8**
Pactuações	**Acordo de Gestão Local (AGL)**
Indicador	**Número de atendimentos a casos de situação em crise.**
Conceituação	Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.
Usos	Gestão local, regional e central para monitoramento da adequação às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.
Limitações	O indicador não expressa os casos elegíveis para CAPS.
Fonte	DATASUS: RAAS. Procedimento RAAS - Código 03.01.08.029-1: Atenção às situações de crise.Metodologia de Cálculo
Metodologia de Cálculo	Número de atendimentos a casos de situação em crise realizados por cada CAPS. Procedimento RAAS - Código: 03.01.08.029-1: Atenção às situações de crise.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número Absoluto.
Parâmetro	Não se aplica.
Polaridade	Maior melhor.
Acumulativo Anual	Para o AGL não é acumulativo, o resultado anual é a média mensal durante o ano.
Acumulativo para Pactuação	Para o AGL não é acumulativo, o resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Região de Saúde, RA, CAPS
Responsável Técnico	GESSAM/DISSAM
Coordenador da Pactuação	GCR/DGR
Descrição da Meta	Aumento do número de atendimentos a casos de situação em crise, representando uma melhor assimilação do escopo de assistência dos CAPS.

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

Acordo de Gestão Local - AGL	
TEMA	**Rede de Atenção Psicossocial**
INDICADOR	**Número de atendimentos a casos de situação em crise**
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar a “Sala de Situação” pelo link: https://info.saude.df.gov.br/pagina-inicial/sala-de-situacao/
2	Clicar em Atenção à Saúde - Produção de Serviços - Ambulatorial (SIA)
3	Selecionar “Ano de Competência” e “Mês de Competência”
4	Selecionar “CAPS” em “Tipo de Estabelecimento”
5	Selecionar o “Estabelecimento de Saúde”
6	Selecionar o Procedimento: “03.01.08.029-1 - ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE”
7	Contabilizar o “Total de Procedimentos”
OBSERVAÇÕES	

Versões de Atualização do Caderno de Orientações AGL Atenção Secundária

Versão	Mês/Ano	Processo/ID Doc.	Alteração
V1	05/2023	00060-00270752/2023-17	Consolidação dos Cadernos de Orientações anteriores: 00060-00015676/2022-06 Policlínicas, Centros Especializados (CADH, CEDOH, CEDHIC), CESMU, CEDIN, CER e Casa de Parto de São Sebastião 00060-00096454/2022-78 - CAPS 00060-00303417/2022-21 - CEO 00060-00355162/2022-82 - CRT
V2	06/2023	00060-00270752/2023-17	114716807 - Sobrestamento do Indicador 04 CRT (Percentual de exames de panorâmica realizados com relação à demanda reprimida); -Atualização da Ficha do indicador e do POP do indicador 2 CRT (Percentual de absenteísmo aos exames de odontologia); 115302299 - CAPS indicadores 7 e 8, inserir monitoramento para todos os CAPS.
V3	11/2023	00060-00506304/2023-67(126798711) Memória de Reunião - Colegiado Regional 2º Quadrimestre	-Mudança realizada no POP do indicador **Percentual de absenteísmo às primeiras consultas médicas e não médicas (panoramas I e II) nas Policlínicas:** 10. Pressionar as teclas Ctrl+F e digitar a palavra "CONSULTA" na caixa de pesquisa que será aberta; -11. Anotar o último número mostrado ao lado da palavra "CONSULTA" que foi pesquisada; -12. Repetir passo a passo para cada UNIDADE e SOMAR todos os valores.
V3	12/2023	00060-00270752/2023-17 (129057866)	-Retirada da Metodologia de cálculo a contabilização dos psicólogos. -Mudança na extração dos dados. 129057866- o monitoramento realizado por meio dos Indicadores 01, 02 e 03 (CER II) não se estende ao profissional psicólogo. Tal medida se justifica pelo fato da referida especialidade não constar com código Trakcare diferenciado
V4	12/2023	00060-00270752/2023-17 (130054578)	-Atualização do POP: **- Ind 1 Percentual de consultas de primeira vez em cardiologia -** Policlinica: Campo Observações: inserido no item 1 **(não considerar pareceres, risco cirúrgico/pós cirúrgico e egressos).** -Inserido item **4 *Calcular o Denominador:** É

Versão	Mês/Ano	Processo/ID Doc.	Alteração
			necessário considerar tanto as consultas de primeira vez como as de retorno da especialidade. As consultas de retornos fazem parte do rol do número de consultas médicas totais das especialidades. **-Ind 2 - Percentual de consultas de primeira vez em endocrinologia** - Policlínica: Campo Observações: Inserido no Item 1 **Se houver (não considerar pareceres, risco cirúrgico/pós cirúrgico e egressos).** -Inserido item **3 *Calcular o Denominador:** É necessário considerar tanto as consultas de primeira vez como as de retorno da especialidade. As consultas de retornos fazem parte do rol do número de consultas médicas totais das especialidades. **-Ind 8- Percentual de consultas em endocrinologia pediátrica -** Policlínica: Campo Observações: inserido no item 1 **Se houver (não considerar pareceres, risco cirúrgico/pós cirúrgico e egressos).** -Inserido item **2 *Calcular o Denominador:** É necessário considerar tanto as consultas de primeira vez como as de retorno da especialidade. As consultas de retornos fazem parte do rol do número de consultas médicas totais das especialidades.
V5	03/2024	00060-00019097/2024-96	- Atualização da Matriz de Indicadores do CRT; - Definição de meta de 30% para o Indicador 1; - Atualização na Ficha e no POP do Indicador 2; - Substituição do Indicador 3 - Percentual de exames de ecografia realizados com relação à demanda reprimida por 3 - Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de ecografia e 4 - Percentual de horários disponibilizados com relação à capacidade instalada no total de aparelhos de mamografia; - Exclusão do Indicador 4 - Percentual de exames de panorâmica realizados com relação à demanda reprimida.
V6	7/2024	-	- Atualização do fluxo de coleta e registro de dados; - Inclusão da Matriz de Responsabilidade; -Inclusão da Descrição do Fluxo de Coleta e Registro dos Dados; - Modelo de Notificação.
V7	10/2024	00060-00270752/2023-17	- **Indicador 01 - Percentual de especialidades/serviços regulados da carteira de serviços do Centro Especializado em Doenças Infecciosas - CEDIN**: Retirada da observação nº 1 da página 60.(148498367) - **Indicador 2 CRT "Percentual de absenteísmo aos exames de odontologia"**: Atualização do fluxo de coleta e registro de dados