

Diretoria de Gestão Regionalizada
Coordenação Especial de Gestão de Contratos e Serviços de Saúde
Secretaria de Estado de Saúde do DF

CADERNO AGD 2021

Ficha dos indicadores dos Acordos de Gestão Regional HAB

SUMÁRIO

Acordos de Gestão Regional.....	1
Fluxo de monitoramento e avaliação	2
Matriz de indicadores 2021 HAB.....	9
Fichas dos Indicadores.....	10
Ficha do indicador: 01 Percentual de Cabeceira Elevada em Pacientes com Risco de Broncoaspiração	10
Ficha do indicador: 02 Taxa de Quedas de Pacientes internados.....	12
Ficha do indicador: 03 Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Citogenética, para o diagnóstico das doenças Genéticas e Doenças Raras Paciente.....	14
Ficha do indicador: 04 Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Biologia Molecular, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras	16
Ficha do indicador: 05 Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes da atenção terciária, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP	18
Ficha do indicador: 06 Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, dos pacientes para a Unidade de Cuidados Paliativos - UCPA.....	20
(Ficha do indicador: 07 Percentual de recoletas de exames alterados (triagem neonatal)	22
Ficha do indicador: 08 Índice de Fechamento de Chave	24
Ficha do indicador: 09 Total de Notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente	26
Ficha do indicador: 10 Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF	28
Ficha do indicador: 11 Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	30
Ficha do indicador: 12 Percentual de Desempenho da Gestão de Custos	32
Ficha do indicador: 13 Índice de Absenteísmo	35

Acordos de Gestão Regional

Os Acordos de Gestão Regional (AGR) correspondem a operacionalização do Programa de Gestão Regional em Saúde da SES-DF, conforme preconizado no decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016.

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

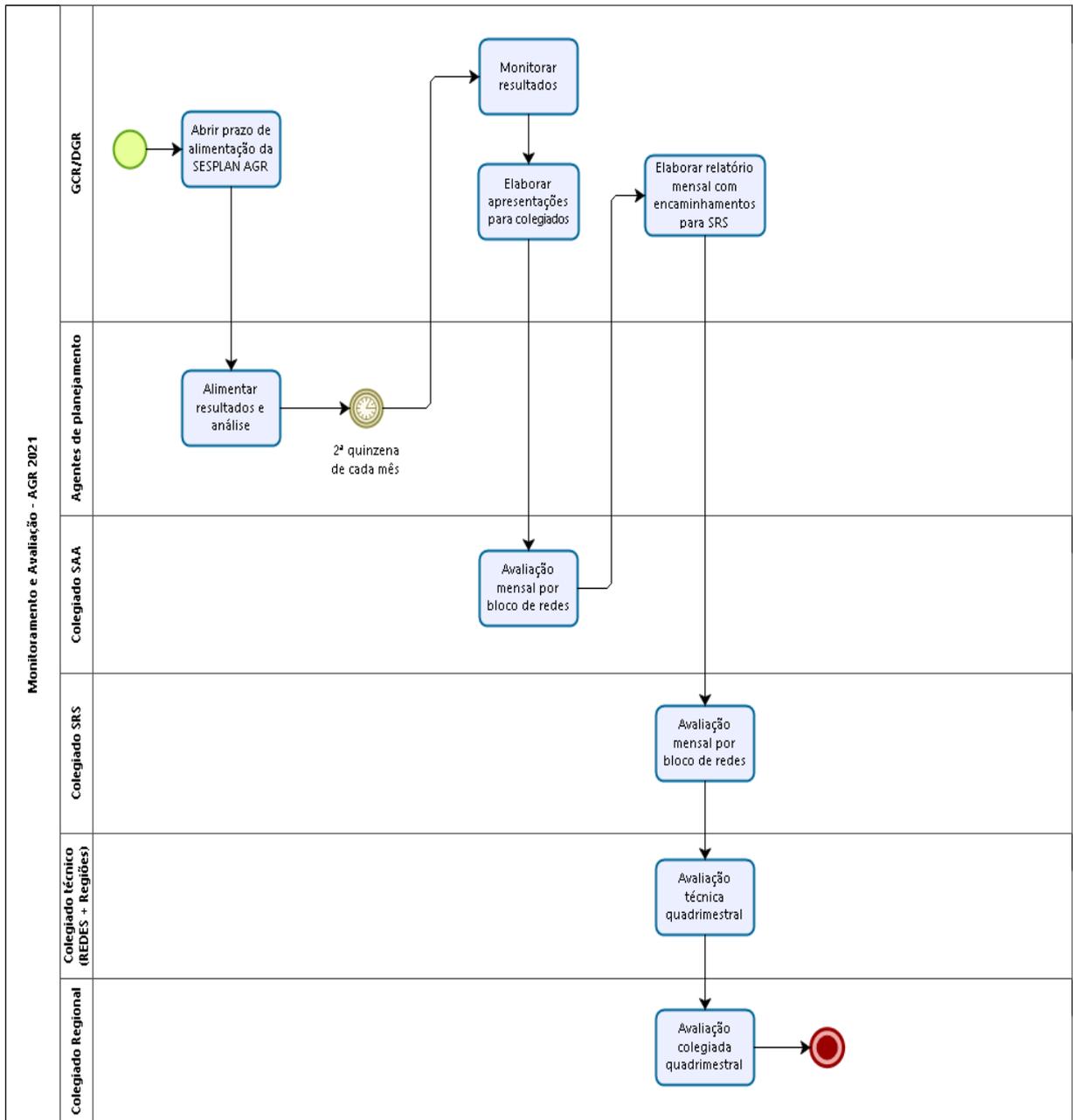
...

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

Os AGRs vigentes foram celebrados no final do ano de 2019, com vigência de 2020 a 2023. A construção dos acordos teve participação das áreas técnicas das Subsecretarias da Administração Central e de todas as Regiões de Saúde e URDs, tendo como norteadores das discussões as diretrizes do Plano Distrital de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde.

Em outubro e novembro de 2020, fez-se novas rodadas de oficinas para revisão dos indicadores do acordo, formando-se então a matriz de indicadores e metas vigente para cada região de Saúde e URD.

Fluxo de monitoramento e avaliação



1.1 Monitoramento e Avaliação - AGR 2021

1.1.1 Elementos do processo

1.1.1.2 Event

1.1.1.3 Abrir prazo de alimentação da SESPLAN AGR

Autor

- a) Gerência de Contratualização Regionalizada

Atividades

- a) Encaminhar mensalmente circular informativa com o prazo de alimentação dos resultados dos indicadores e análise dos resultados
- b) A alimentação ocorre, frequentemente, na segunda quinzena de cada mês.

1.1.1.4 Alimentar resultados e análise

Autor

- a) Agentes de planejamento (ASPLAN, GPMA, NPMA)

Atividades

- a) Alimentar as planilhas SESPLAN AGR que estão localizadas no drive do google docs disponibilizado pela GCR/DGR, com os resultados do mês anterior dos indicadores contratualizados nos AGRs.
- b) Realizar as análises de resultados dos indicadores nas planilhas SESPLAN AGR

1.1.1.5 2ª quinzena de cada mês

1.1.1.6 Monitorar resultados

Autor

- a) Gerência de Contratualização Regionalizada

Atividades

- a) Mensalmente, a GCR monitora os resultados alimentados
- b) Verifica-se a falta de inserção de informações e resultados com comportamento não conforme.

1.1.1.1 Elaborar apresentações para colegiados

Autor

- a) Gerência de Contratualização Regionalizada

Atividades

- a) Elaboração das apresentações com os resultados dos indicadores para os colegiados de avaliação.
- II - Mensalmente, a avaliação pelas áreas técnicas da SAIS e SVS, conforme **organização** da DGR.
- III - Mensalmente, a avaliação pelo **colegiado da SAA**, conforme organização da DGR.
- III - Quadrimestralmente, a avaliação conjunta das áreas técnicas das SRS e URDs com as coordenações das Redes Temáticas em Saúde e a Diretoria de Gestão Regionalizada.
- IV- Quadrimestralmente, a avaliação pelo Colegiado de Gestão Regional.
- V - **Quadrimestralmente, a avaliação pelo Colegiado de Gestão da SES.**

1.1.1.7 Avaliação mensal por bloco de redes

Autor

- a) Colegiado SAA (Áreas técnicas da SAIS e SVS)

Atividades

- a) Avaliação mensal dos resultados pelas áreas técnicas da SAIS e SVS
- b) Levantamento de encaminhamentos a serem realizados

Obs: Mensalmente, será apresentado os indicadores por bloco de redes:

RUE + DCNT + CRDF

HAB + RAPS + PCD + HSVP

CEG + SIST APOIO + HMIB

1.1.1.8 Elaborar relatório mensal com encaminhamentos para SRS

Autor

- a) Gerência de Contratualização Regionalizada

Atividades

- a) Elaborar relatório sintético com os resultados e encaminhamentos das áreas técnicas
- b) Enviar relatórios aos agentes de planejamento das Regiões de Saúde e URDs

1.1.1.1 Avaliação mensal por bloco de redes

Autor

- a) Colegiado de Superintendentes

Atividades

- a) Avaliação mensal dos resultados na reunião colegiada de superintendentes

Obs: Mensalmente, será apresentado os indicadores por bloco de redes:

RUE + DCNT + CRDF

HAB + RAPS + PCD + HSVP

CEG + SIST APOIO + HMIB

1.1.1.9 Avaliação técnica quadrimestral

Autor

a) Colegiado técnico: Composto pelas Coordenações das Redes Temáticas e as áreas técnicas das Regiões de Saúde

Atividades

a) Avaliação conjunta dos resultados de todos indicadores do AGR de todas as Regiões de Saúde

Obs: Resultados por quadrimestre

1.1.1.10 Avaliação colegiada quadrimestral

Autor

a) Colegiado Regional:

I - Superintendente da Região de Saúde

II - Diretor da Atenção Primária à Saúde

III - Diretor da Atenção Secundária à Saúde

IV - Diretor Geral dos Hospitais da Região de Saúde

V - Diretor Administrativo

VI - Chefe da Assessoria de Planejamento em Saúde

VII - Gerentes de Planejamento, Monitoramento e Avaliação de todos os níveis de atenção

Atividades

a) Avaliação quadrimestral dos resultados dos indicadores do AGR 2021 por Região de Saúde

2 Descrição dos campos das Fichas dos Indicadores

Título: Título do indicador que é utilizado em gráficos e painéis expressando de forma resumida seu significado.

Descrição: Informação expressando as intenções de dimensionamento (determinado espaço geográfico, no período considerado do indicador).

Conceituação: Informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo.

Interpretação: Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.

Usos: Principais finalidades de utilização dos dados a serem consideradas na análise do indicador.

Limitações: Fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto as fontes utilizadas.

Fonte: Arquivos, bases de dados ou sistemas informatizados ou instituições/unidades responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador.

Fórmula de cálculo: Fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem.

Metodologia de cálculo: Descritivo da forma que se calcula o indicador.

Periodicidade de atualização: Frequência de atualização do resultado do indicador segundo sua granularidade.

Unidade de medida: A unidade de medida utilizada para a apresentação do indicador.

Parâmetro: Valor de referência nacional ou internacional para o indicador.

Fonte de parâmetro: Fonte do parâmetro (se especificado).

Polaridade: Indica o sentido do indicador. Ex.: quanto maior melhor, quanto menor, melhor.

Visibilidade: Indica se a visibilidade do indicador é pública ou privada (nessa última a visualização do resultado do indicador é restrita aos gestores credenciados).

Indicador acumulativo: O resultado do Indicador demonstra o somatório de ocorrências ao longo do período de tempo de sua atualização.

Estratificação: Recorte espacial/territorial de referência do indicador (Distrital, Região de Saúde, por RA, por CNES).

Crterios de anlise: Referem-se às possveis desagregaes que os dados tm nas suas bases (ex.: faixa etria, sexo, raça/cor).

Indicador relacionado/referncias: Relaes com outros indicadores.

Observaes/Comentrios: Informao adicional sobre o indicador.

rea Responsvel Tcnica na ADMC: Responsvel tcnico pelo indicador na ADMC.

rea Responsvel Gerencial na ADMC: Responsvel pelo monitoramento do indicador na ADMC.

rea Responsvel Tcnica na Regio: Responsvel tcnico pelo indicador na Regio.

rea Responsvel Gerencial na Regio: Responsvel pelo monitoramento do indicador na Regio.

Matriz de indicadores 2021 HAB

Nº		INDICADOR
1	Atenção Especializada	Percentual de Cabeceira Elevada em Pacientes com Risco de Broncoaspiração
2	Atenção Especializada	Taxa de Quedas de Pacientes internados
3	Atenção Especializada	Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Citogenética, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras
4	Atenção Especializada	Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Biologia Molecular, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras
5	Atenção Especializada	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes da atenção terciária, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados - URCP
6	Atenção Especializada	Percentual de procedência das solicitações de internação dos pacientes para a Unidade de Cuidados Paliativos - UCPA
7	Atenção Especializada	Percentual de recoletas de exames alterados (triagem neonatal)
8	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de Fechamento de chave
9	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente
10	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF
11	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC
12	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de Desempenho da Gestão de Custos
13	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Taxa de Absenteísmo

Fichas dos Indicadores

Ficha do indicador: **01** Percentual de Cabeceira Elevada em Pacientes com Risco de Broncoaspiração

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Código	
Título	Percentual de Cabeceira Elevada em Pacientes com Risco de Broncoaspiração
Descrição	Percentual de Cabeceira Elevada em Pacientes com Risco de Broncoaspiração, no Hospital de Apoio de Brasília, na vigência do Acordo de Gestão Distrital (AGD)
Conceituação	A Broncoaspiração é um evento adverso que deve ser prevenido em pacientes que estão em uso de sonda nasointestinal para fins de nutrição. A cabeceira da cama do paciente deve ser mantida elevada, perfazendo um ângulo de 30º a 45º e não menos do que isso para evitar refluxo do conteúdo do estômago e sua possível aspiração para o pulmão
Interpretação	Alto percentual de cabeceiras elevadas indica conformidade/ Baixa percentual de cabeceiras elevadas indica não conformidade
Usos	Redução no tempo de internação, Uso racional de antimicrobianos e redução do risco de sepse
Limitações	Alcance de levantamento dos dados. Atualmente sendo realizada coleta de dados através de corte semanal com visita à beira leito
Fonte	Visita beira leito
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de cabeceiras elevadas entre } 30^\circ \text{ e } 45^\circ}{\text{Nº de pacientes em uso de sonda nasointestinal}} * 100$
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de cabeceiras elevadas entre 30º e 45º, dividido pelo número de pacientes em uso de sonda nasointestinal, multiplicado por 100
Periodicidade de atualização	Semanal
Periodicidade de monitoramento	Mensal
Periodicidade de apuração	Anual

Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto maior, melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Não se aplica
Critérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	O percentual considerado para o estabelecimento de meta, refere-se ao percentual de UTI. Não foi encontrada referência para os leitos de internação do HAB
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SVS/DIVISA/GRSS
Área Responsável Gerencial na ADMC	DIVISA
Área Responsável Técnica na URD	SES/HAB/DG/NCIEPH
Área Responsável Gerencial na URD	SES/HAB/DG

Ficha do indicador: **02** Taxa de Quedas de Pacientes internados

Campo	Especificação
Título	Taxa de Quedas de Pacientes internados
Descrição	Taxa de Quedas de Pacientes internados, no HAB, durante a vigência do Acordo de Gestão Distrital (AGD)
Conceituação	QUEDA: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, etc.), incluindo vaso sanitário. Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos deixados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos. Dentre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 60 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos, hipotensão postural e déficit de conhecimento sobre o risco e medidas preventivas. A queda no ambiente hospitalar está relacionada às fraturas, traumatismos e sangramentos, podendo resultar em lesões temporárias, permanentes, demandar tratamentos adicionais, aumentar o tempo de internação e causar óbito.
Interpretação	Taxa desejada: baixa. Taxas baixas estão associadas à maior adoção de medidas preventivas para diminuição da incidência de quedas.
Usos	O monitoramento da ocorrência de quedas é uma importante estratégia para subsidiar medidas preventivas, permitindo orientar a gestão e as ações de cuidado com foco na redução das taxas do evento.
Limitações	Subnotificação
Fonte	Sistema de notificação de eventos adversos/NOTIVISA
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de quedas de pacientes no período} \times 1.000}{\text{Número de pacientes} \cdot \text{dia}}$
Metodologia de Cálculo	Relação entre o número de quedas de pacientes por número de paciente/dia, multiplicado por 1.000

Periodicidade de atualização	Diária
Periodicidade de monitoramento	Mensal
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Taxa
Parâmetro	Não se aplica
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto menor, melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Alas de internação
Crítérios de análise	Idade, setor, sexo, diagnóstico
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Não se aplica
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SVS/DIVISA/GRSS
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/COASIS/DIENF/CATSP
Área Responsável Técnica na URD	SES/HAB/DG/NQSP
Área Responsável Gerencial na URD	SES/HAB/DG

Ficha do indicador: **03** Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Citogenética, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras Paciente

Campo	Especificação
Título	Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Citogenética, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras
Descrição	Percentual de exames laboratoriais liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras, no HAB, durante a vigência do Acordo de Gestão Distrital (AGD)
Conceituação	Doença Rara (DR), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a doença que afeta até 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos, ou seja, 1,3 para cada 2 mil pessoas. Exames laboratoriais liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras compreendem os exames bioquímicos da triagem neonatal ampliada, cariótipo de sangue periférico e medula óssea, pesquisa molecular para a síndrome do X-frágil e outros que ainda serão implantados
Interpretação	A quantidade de exames liberados pelo Laboratório de Citogenética, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras, em relação à quantidade de amostras recebidas pelo laboratório
Usos	Avaliação da capacidade técnica de liberação das amostras recebidas. Análise da técnica utilizada em relação à capacidade de liberação. Avaliação da qualidade das amostras recebidas
Limitações	Quantos à fonte de informação: Falta de bases de dados, sistemas e ferramentas adequadas para melhor gerenciamento
Fonte	Planilhas de Excel
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de exames laboratoriais liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras}}{\text{Número de amostras recebidas}}$
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de exames laboratoriais liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras dividido pela somatória do número de amostras recebidas
Periodicidade de atualização	Mensal (informação com delay de 6 meses)

Periodicidade de monitoramento	Mensal
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto maior, melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Região de Saúde - Unidade de Genética/ HAB
Critérios de análise	Número de exames laboratoriais não liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Outros fatores podem influenciar o indicador como falta de RH, falta de atualização da técnica laboratorial utilizada, falta de pactuação com outras regiões em relação ao recebimento de amostras inadequadas bem como a realização de exames em parceria
Área Responsável Técnica na ADCMC	RTD das Doenças Genéticas e Doenças Raras
Área Responsável Gerencial na ADCMC	SAIS/COASIS/DASIS
Área Responsável Técnica na URD	SES/HAB/DAS/UGEN
Área Responsável Gerencial na URD	SES/HAB/DAS

Ficha do indicador: **04** Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Biologia Molecular, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras

Campo	Especificação
Título	Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Biologia Molecular, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras
Descrição	Percentual de exames laboratoriais liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras, no HAB, durante a vigência do Acordo de Gestão Distrital (AGD)
Conceituação	Doença Rara (DR), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a doença que afeta até 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos, ou seja, 1,3 para cada 2 mil pessoas. Exames laboratoriais liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras compreendem os exames bioquímicos da triagem neonatal ampliada, cariótipo de sangue periférico e medula óssea, pesquisa molecular para a síndrome do X-frágil e outros que ainda serão implantados
Interpretação	A quantidade de exames liberados pelo Laboratório de Biologia Molecular, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras, em relação à quantidade de amostras recebidas pelo laboratório
Usos	Avaliação da capacidade técnica de liberação das amostras recebidas. Análise da técnica utilizada em relação à capacidade de liberação. Avaliação da qualidade das amostras recebidas
Limitações	Quanto à fonte de informação: Falta de bases de dados, sistemas e ferramentas adequadas para melhor gerenciamento
Fonte	Planilhas de Excel
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de exames laboratoriais liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras}}{\text{Número de amostras recebidas}}$
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de exames laboratoriais liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras dividido pela somatória do número de amostras recebidas

Periodicidade de atualização	Mensal (informação com delay de 1 mês)
Periodicidade de monitoramento	Mensal
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto maior, melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Região de Saúde - Unidade de Genética/ HAB
Critérios de análise	Número de exames laboratoriais não liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Outros fatores podem influenciar o indicador como falta de RH, falta de atualização da técnica laboratorial utilizada, falta de pactuação com outras regiões em relação ao recebimento de amostras inadequadas bem como a realização de exames em parceria
Área Responsável Técnica na ADMC	RTD das Doenças Genéticas e Doenças Raras e RTD das Triagens Neonatais
Área Responsável Gerencial na ADMC	SAIS/COASIS/DASIS e SAIS/ARAS
Área Responsável Técnica na URD	SES/HAB/DAS/UGEN
Área Responsável Gerencial na URD	SES/HAB/DAS

Ficha do indicador: **05** Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes da atenção terciária, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP

Campo	Especificação
Título	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes da atenção terciária, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados - URCP
Descrição	Percentual de procedência das solicitações de internação dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados - URCP, do Hospital de Apoio de Brasília, provenientes da atenção terciária, na vigência do Acordo de Gestão Distrital (AGD)
Conceituação	Os pacientes candidatos aos procedimentos de reabilitação são aqueles com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), de lesão neurológica medular (TRM - trauma raquimedular) e de lesão neurológica cerebral (TCE). Após atendimento inicial na rede hospitalar e estabilidade clínica, espera-se que os pacientes sejam encaminhados diretamente para reabilitação. Entretanto, algumas vezes recebem alta e só depois são encaminhados, quando o benefício do tratamento pode ser reduzido qualitativamente
Interpretação	Alto percentual de procedência da atenção terciária, indica conformidade. Baixo percentual de procedência da atenção terciária, indica não conformidade
Usos	Reorganizar o fluxo do direcionamento dos pacientes na rede SESDF/ Orientar a rede SES-DF sobre os critérios de inclusão e acesso para internação na URCP
Limitações	Alcance de levantamento dos dados. Atualmente nem todas as unidades solicitantes tem acesso ao sistema SISLEITOS, sendo realizada coleta de dados através de planilha própria alimentada diariamente pela GIR. O sistema SISLEITOS ainda não gera os relatórios com os resultados consolidados
Fonte	Planilha GIR, alimentada com os dados inseridos no SISLEITOS
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de solicitações de internação provenientes da atenção terciária}}{\text{N}^\circ \text{ total de solicitações de internação}} * 100$

Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de solicitações de internação provenientes da atenção terciária, dividido pelo número total de solicitações de internação, multiplicado por 100
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Mensal
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto maior o número de solicitações de internação oriundas da atenção terciária, melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Não se aplica
Crítérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Não há
Área Responsável Técnica na ADMC	Não se aplica
Área Responsável Gerencial na ADMC	Não se aplica
Área Responsável Técnica na URD	SES/HAB/DAS/GIR
Área Responsável Gerencial na URD	SES/HAB/DAS/URCP - SES/HAB/DAS

Ficha do indicador: **06** Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, dos pacientes para a Unidade de Cuidados Paliativos - UCPA

Campo	Especificação
Título	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, dos pacientes para a Unidade de Cuidados Paliativos - UCPA
Descrição	Percentual de procedência das solicitações de internação dos pacientes para Unidade de Cuidados Paliativos - UCPA, do Hospital de Apoio de Brasília, provenientes de Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD), ambulatório especializado e domicílio, na vigência do Acordo de Gestão Distrital (AGD)
Conceituação	Os pacientes em cuidados paliativos exclusivos são aqueles que não estão mais em tratamento modificador de doença. Espera-se que estes sejam acompanhados também pela UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, e quando for necessária internação hospitalar seja referenciada diretamente ao HAB, pois trata-se de hospital especializado da SES-DF, evitando assim que leitos hospitalares gerais e de urgência sejam ocupados com pacientes com esse perfil
Interpretação	Alto percentual de procedência de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, indica conformidade. Baixo percentual de procedência de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, indica não conformidade
Usos	Reorganizar o fluxo do direcionamento dos pacientes na rede SESDF/ Orientar a rede SES-DF sobre os critérios de inclusão e acesso para internação na UCPA
Limitações	Alcance de levantamento dos dados. Atualmente nem todas as unidades solicitantes tem acesso ao sistema SISLEITOS, sendo realizada coleta de dados através de planilha própria alimentada diariamente pela GIR. O sistema SISLEITOS ainda não gera os relatórios com os resultados consolidados
Fonte	Planilha GIR, alimentada com os dados inseridos no SISLEITOS
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de solicitações de internação provenientes de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio}}{\text{N}^\circ \text{ total de solicitações de internação}} * 100$

Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de solicitações de internação provenientes de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, dividido pelo número total de solicitações de internação, multiplicado por 100
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Mensal
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	Não aplica
Fonte do parâmetro	Não aplica
Polaridade	Quanto maior o número de solicitações de internação oriundas da atenção primária e/ou secundária (ambulatórios especializados), melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Não se aplica
Critérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Não há
Área Responsável Técnica na ADMC	Não se aplica
Área Responsável Gerencial na ADMC	Não se aplica
Área Responsável Técnica na URD	SES/HAB/DAS/GIR
Área Responsável Gerencial na URD	SES/HAB/DAS/UCPA - SES/HAB/DAS

(Ficha do indicador: **07** Percentual de recoletas de exames alterados (triagem neonatal))

Campo	Especificação
Título	Percentual de recoletas de exames alterados (triagem neonatal)
Descrição	Percentual de recoletas de exames de primeira amostra alterados de neonatos liberados pela SES/DF para viabilização de liberação de resultados pelo laboratório de Triagem Neonatal, no HAB, durante a vigência do Acordo de Gestão Distrital (AGD)
Conceituação	O Programa Nacional de Triagem Neonatal é uma política de governo que proporciona acesso a Triagem Neonatal Biológica, a todos os recém-nascidos do Distrito Federal, auxiliando no diagnóstico precoce de doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, auxiliando na possibilidade de tratamento e monitoramento precoce, evitando mortes e sequelas nas crianças
Interpretação	O índice de recoletas de exames liberados pelo Laboratório de Triagem Neonatal, para o diagnóstico das Doenças abrangidas pelo Programa de Triagem Neonatal
Usos	Avaliação da flutuação do índice mensal de recoletas necessárias a uma definição de tomada de decisão sobre cada caso diagnosticado. Avaliação da qualidade das amostras recebidas
Limitações	Quanto à fonte de informação: Falta de bases de dados, sistemas e ferramentas adequadas para melhor gerenciamento
Fonte	Sistema VEGA Triagem e planilhas específicas do setor
Fórmula de cálculo	Número de recoletas de amostras para o diagnóstico das Doenças diagnosticadas na Triagem Neonatal / Número de amostras recebidas
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de recoletas de amostras para o diagnóstico das Doenças diagnosticadas na Triagem Neonatal, dividido pelo somatório do número de amostras recebidas
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Mensal
Periodicidade de apuração	Anual

Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Não se aplica
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Região de Saúde - Unidade de Genética/ HAB
Critérios de análise	Número de recoletas realizadas necessárias para o diagnóstico das doenças monitoradas pela Triagem Neonatal
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Outros fatores podem influenciar o indicador como falta de RH, falta de atualização da técnica laboratorial utilizada, falta de treinamento das equipes envolvidas, falta de pactuação com outras regiões em relação ao recebimento de amostras inadequadas bem como a realização de exames em parceria
Área Responsável Técnica na ADMC	RTD de Triagem Neonatal da SES/DF
Área Responsável Gerencial na ADMC	SAIS/COASIS/DASIS
Área Responsável Técnica na URD	SES/HAB/DAS/UGEN
Área Responsável Gerencial na URD	SES/HAB/DAS

Ficha do indicador: **08** Índice de Fechamento de Chave

Campo	Especificação
Código	
Título	Índice de Fechamento de Chave
Descrição	Permite dimensionar o volume de faltas em relação aos agendamentos, possibilitando à verificação da aderência ao processo de fechamento de chave pelas unidades executantes.
Conceituação	Verificar o índice de falta dos agendamentos realizados para afins de atualização da capacidade instalada.
Interpretação	Elucidar as causas que levaram ao absenteísmo
Usos	Melhoria do processo de trabalho da equipe e da eficiência nos agendamentos
Limitações	Morosidade e instabilidade do SISREG III e falta de RH
Fonte	SISREG III
Fórmula de cálculo	$(N^{\circ} \text{ de agendamentos com chave fechada} / n^{\circ} \text{ total de agendamentos}) / 100$
Metodologia de Cálculo	
Unidade de medida	%
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Mensal
Periodicidade de apuração	Mensal
Parâmetro	Não foi identificado, por se tratar de indicador novo
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto menor, melhor

Visibilidade	Privada
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Não se aplica
Critérios de análise	Pode ser analisado o percentual incidente por tipo de procedimento e o indicador de cada região administrativa.
Indicador relacionado/referências	Não identificado
Observações/Comentários	
Área Responsável Técnica na ADMC	DIRA AH/CRDF
Área Responsável Gerencial na ADMC	
Área Responsável Técnica na Região	
Área Responsável Gerencial na Região	

Ficha do indicador: **09** Total de Notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente

Campo	Especificação
Código	
Título	Total de Notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente
Descrição	Total de Notificações de eventos adversos realizados pelos serviços de saúde da SES/DF no ano de 2019.
Conceituação	Número total de notificações realizadas mensalmente no sistema NOTIVISA/ANVISA pelos serviços de saúde da SES/DF.
Interpretação	Entende-se por eventos adversos qualquer incidente que resulte em dano ao paciente durante a prestação do cuidado no serviço de saúde. As notificações de eventos adversos retratam as fragilidades e oportunidades de melhoria dos processos de cuidado.
Usos	Analisar a quantidade de eventos adversos relacionados a assistência à saúde. Analisar a qualidade dos eventos adversos: grau de dano gerado no paciente, recorrência dos eventos, prevalência dos eventos. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e processos assistenciais, promovendo uma assistência mais segura e conseqüentemente de maior qualidade para o usuário da SES/DF.
Limitações	Subnotificações de eventos adversos por parte dos serviços de saúde.
Fonte	NOTIVISA/ANVISA.
Fórmula de cálculo	Número total de notificações realizadas por mês.
Metodologia de Cálculo	Somatório do total de notificações realizadas ao mês por cada serviço de saúde da SES/DF.

Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Semanal
Periodicidade de apuração	Mensal
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	Dado do ano anterior
Fonte do parâmetro	NOTIVISA/ANVISA.
Polaridade	Maior melhor
Visibilidade	Privada
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Região de Saúde
Critérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Dado do ano anterior
Observações/Comentários	Não se aplica
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SVS/DIVISA/GRSS
Área Responsável Gerencial na ADMC	SVS
Área Responsável Técnica na Região	Não se aplica
Área Responsável Gerencial na Região	Não se aplica

Ficha do indicador: **10** Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF

Campo	Especificação
Código	
Título	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF
Descrição	O Indicador mede o percentual de demandas resolvidas segunda a percepção do cidadão, referindo-se ao desempenho dos órgãos, por meio da avaliação sobre a situação das manifestações como “resolvidas” ou “não resolvidas” nas classificadas como reclamações, denúncias ou solicitações, por meio de do sistema OUV-DF.
Conceituação	O conceito de resolutividade tem sinonímia com o ato de solucionar. Possui como dimensões: a efetividade do serviço; a integralidade; o acesso universal; a satisfação dos usuários; a intersetorialidade; as tecnologias utilizadas pelo serviço e as demandas e necessidades dos usuários, entre outras
Interpretação	Representa a avaliação cidadã direta às unidades pertencentes à Secretaria de Estado de Saúde do DF por meio das demandas avaliadas em suas ouvidorias pelos usuários do sistema.
Usos	Efetiva melhora na prestação dos serviços públicos demandados por meio da ouvidoria com base no desempenho das Unidades de Saúde.
Limitações	Não mede a qualidade do serviço;
Fonte	Sistema de Ouvidoria do Distrito Federal – OUV-DF
Fórmula de cálculo	$Res = (Sres/Sres+Nres) \times 100$ Legendas: Res = Índice de resolutividade das manifestações de ouvidoria; SRes = Manifestações avaliadas como resolvidas; NRes = Manifestações avaliadas como Não Resolvidas.
Metodologia de Cálculo	O índice de resolutividade é igual ao número de Manifestações avaliadas como resolvidas dividido pela soma do número de Manifestações avaliadas como Resolvidas mais o número de Manifestações avaliadas como Não Resolvidas multiplicado por 100 (cem).

Unidade de medida	Percentual
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Bimestral
Periodicidade de apuração	Instantânea
Parâmetro	Não possui
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior Melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Por unidade seccional de ouvidoria, por região de saúde e por unidade de referência distrital
Critérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Índice de satisfação dos serviços de ouvidoria, Tempo médio de resposta ao cidadão.
Observações/Comentários	
Área Responsável Técnica na ADMC	Unidade Setorial de Ouvidoria
Área Responsável Gerencial na ADMC	
Área Responsável Técnica na Região	Unidade Seccional de Ouvidoria
Área Responsável Gerencial na Região	

Ficha do indicador: **11** Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

Campo	Especificação
Código	52
Título	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC
Descrição	Acompanhar os valores processados no tipo de financiamento MAC, Média e Alta Complexidade, para pleitear aumento de teto junto ao MS.
Conceituação	Destina-se a monitorar os valores faturados no componente MAC visando superar o teto Distrital
Interpretação	Valores dos procedimentos apresentados e aprovados no mês de processamento no tipo de financiamento MAC, Média e Alta Complexidade
Usos	Monitorar os valores apresentados e aprovados no tipo de financiamento MAC, Média e Alta Complexidade
Limitações	
Fonte	SIA e SIH/SUS
Fórmula de cálculo	(Valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC no mês - valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC na linha de base) /valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC na linha de base) X 100
Metodologia de Cálculo	Calcula-se a linha de base dos valores faturados no componente MAC da Região. Subtrai-se do valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC da Região no mês a linha de base calculada, e posteriormente divide-se pela linha de base calculada. Por fim, multiplica-se por 100.
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Mensal

Periodicidade de apuração	Mensal
Unidade de medida	%
Parâmetro	Valor de teto MAC meta 5%
Fonte do parâmetro	
Polaridade	Quanto maior melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Por Região
Critérios de análise	CNES
Indicador relacionado/referências	
Observações/Comentários	
Área Responsável Técnica na ADMC	Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares
Área Responsável Gerencial na ADMC	Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares
Área Responsável Técnica na Região	Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS
Área Responsável Gerencial na Região	Gerência de Planejamento, monitoramento e Avaliação e DIRAPS

Ficha do indicador: **12** Percentual de Desempenho da Gestão de Custos

Campo	Especificação
Código	
Título	Percentual de desempenho da gestão de custos
Descrição	Percentual de desempenho da gestão de custos no âmbito da SES/DF, compreendendo o exercício monitorado.
Conceituação	Entende-se por desempenho como um conjunto de características ou capacidades de comportamento e rendimento, que permite a passagem de um estado crítico para satisfatório. Consoante ao Programa Nacional de Gestão de Custos - PNGC, entendemos a gestão de custos na saúde, tem como objetivo conhecer os custos dos serviços prestados, bem como demonstrar os processos de trabalho que compõem esses serviços de modo a auxiliar os gestores na tomada de decisão, visando à melhoria na gestão dos recursos.
Interpretação	Monitorar o desempenho de uma organização é pré-condição para que a mesma se torne menos vulnerável, direcionando suas ações de forma mais efetiva, antevendo oportunidades, prevenindo ameaças e permitindo uma melhor utilização dos recursos existentes. A ausência da medição, pode causar uma espécie de entropia organizacional, onde não há clareza sobre o que a organização de fato está realizando e onde está falhando.
Usos	É possível expressar o desempenho ou performance que se pretende avaliar utilizando-se uma métrica, ou índice de desempenho em relação às metas, previamente definidas. Com isso, é possível acompanhar de forma tempestiva o cumprimento do preenchimento adequado dos custos apurados na unidade de saúde, o que implica na integração sistêmica da organização. Os requisitos definidos previamente compreendem à inserção de dados de custos no Sistema ApuraSUS, referente aos itens de custos e produção mensal.
Limitações	Alinhamento conceitual, e execução manual do Instrumento de Monitoramento do Desempenho - IMD
Fonte	Instrumento de Monitoramento de Desempenho - IMD (planilha em <i>Excel.</i>)
Fórmula de cálculo	Média das duas últimas etapas do processo da gestão de custos (3ª etapa - Preenchimento do ApuraSUS; e, 4ª etapa - Análise Crítica)

<p>Metodologia de Cálculo</p>	<p>O método de cálculo compreende as 4 (quatro) etapas, subdivididas em critérios, e cada critério pode obter os valores (0 – nenhum, 1 – parcial, e 2 – completo), conforme o preenchimento das informações mínimas de cada etapa, a saber:</p> <p>1ª Alinhamento Conceitual (capacitações, reuniões, gestores, e servidores);</p> <p>2ª Diagnóstico da Unidade (mapeamento de dados, mapa de relacionamento);</p> <p>3ª Sistematização da Informação (pessoal, material de consumo, terceiros, e despesas gerais); e,</p> <p>4ª Análise Crítica (matriz, validação, e relatórios gerais).</p> <p>Para o computo do desempenho da unidade considera-se as duas últimas etapas do processo de gestão de custos: 3ª etapa - Preenchimento do ApuraSUS; e, 4ª etapa - Análise Crítica. Esta fórmula é aplicada para cada unidade de saúde, e o resultado alcançado de cada unidade comporá o valor da região, que será ponderado pelo peso de cada uma das unidades dos níveis de atenção. O desempenho só será acompanhado caso a unidade já tenham o custo total apurado em algum momento.</p>
<p>Periodicidade de atualização</p>	<p>Mensal *Apuração com 01 mês de defasagem.</p>
<p>Periodicidade de monitoramento</p>	<p>Quadrimestral</p>
<p>Periodicidade de apuração</p>	<p>Mensal</p>
<p>Unidade de medida</p>	<p>(%) percentual</p>
<p>Parâmetro</p>	<p>Não se aplica</p>
<p>Fonte do parâmetro</p>	<p>Não se aplica</p>
<p>Polaridade</p>	<p>Positiva</p>
<p>Visibilidade</p>	<p>Transparência</p>
<p>Indicador acumulativo</p>	<p>SIM</p>
<p>Estratificação</p>	<p>DISTRITAL</p>
<p>Critérios de análise</p>	<p>Não se aplica</p>
<p>Indicador relacionado/referências</p>	<p>Não se aplica</p>
<p>Observações/Comentários</p>	<p>Não se aplica</p>
<p>Área Responsável Técnica na ADMC</p>	<p>GEC/DGR</p>

Área Responsável Gerencial na ADMC	GEC/DGR
Área Responsável Técnica na Região	Núcleos de Gestão de Custos - NGC
Área Responsável Gerencial na Região	NGC/GPMA

Ficha do indicador: **13** Índice de Absenteísmo

Campo	Especificação
Código	SUGEP03 (GEPE03) - GEPE/ Gestão de Pessoas
Título	Índice de absenteísmo
Descrição	Índice de absenteísmo na SESDF no ano corrente
Conceituação	Explicita a relação entre a carga horária contratada e a realizada, apontando o percentual de ausências por motivos pré-determinados. Para o cálculo são desconsideradas as ausências motivadas por férias, licenças e afastamentos legais, com exceção dos afastamentos médicos e odontológicos devido ao impacto destes na composição do quadro de pessoal. São consideradas as ausências por atestados de comparecimento, atestado médico/odontológico, licenças médicas, falta injustificada e atrasos injustificados. Nº mensal de horas ausentes dos servidores: corresponde à soma das horas que os servidores se encontram ausentes. Nº de horas contratadas: corresponde à soma das horas contratuais dos servidores.
Interpretação	Absenteísmo é um indicador para sinalizar o percentual de ausência ao trabalho em relação ao efetivo total do empregado, o que resulta em queda da produtividade das instituições e, conseqüentemente, maior custo para a empresa (direto e indireto).
Usos	A análise dos dados do indicador possibilita o mapeamento das causas das ausências dos profissionais, orientando o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção de saúde do trabalhador e ampliação da disponibilidade profissional para o desempenho das atividades.
Limitações	O indicador não corresponde à totalidade das ausências considerando que alguns servidores não registram eletronicamente a frequência. Falta de comunicação entre os diversos setores da SES. Complexidade na consolidação dos dados por ausência de sistema.
Fonte	Relatórios gerenciais extraídos do Sistema FORPONTO E SIGRHWEB

Fórmula de cálculo	Nº Mensal de horas ausentes dos servidores (exceto férias, licença prêmio, abono) / N.º mensal de horas contratadas *100
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº Mensal de horas ausentes dos servidores (exceto férias. Licença prêmio, abono) Denominador: N.º mensal de horas contratadas Fator de multiplicador: 100
Periodicidade de atualização	Bimestral
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Índice
Parâmetro	Linha de base 7,5. Resultado Indicador Absenteísmo ano de 2016: 8,4 Resultado Indicador Absenteísmo ano de 2017: 7,87 Resultado Indicador JAN-ABR de 2018: 8,23 (1561423/18970264,2) *dados retirados pasta SRV-FS\SESPLAN_ADMC
Fonte do parâmetro	NÃO SE APLICA
Polaridade	Menor melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Distrital, Região de Saúde, Categorias, Tipo de afastamento.
Critérios de análise	Categorias, Tipo de afastamento.
Indicador relacionado/referências	Não

Observações/Comentários	Para cálculo do numerador são utilizados os seguintes códigos extraídos do FORPONTO: 008 - ATRASO, 014 - ATESTADO 03 DIAS, 016 - ATESTADO DE COMPARECIMENTO COM COMPENSAÇÃO, 100 - ATESTADO DE COMPARECIMENTO, 240 - FALTA INJUSTIFICADA, 341 - LICENÇA MÉDICA, 345 - LICENÇA PARA TRATAMENTO FORA, 348 - LICENÇA DOENÇA PESSOA DA FAMÍLIA.
Área Responsável Técnica na ADMC	SUGEP/DIPMAT
Área Responsável Gerencial na ADMC	SUGEP/DIPMAT
Área Responsável Técnica na Região	Não se aplica
Área Responsável Gerencial na Região	Não se aplica