

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 HSVP*

# SUMÁRIO

Acordos de Gestão Regional .....	1
Fluxo de monitoramento e avaliação .....	2
1.1    Monitoramento e Avaliação - AGR 2021 .....	3
1.1.1    Elementos do processo .....	3
Matriz de indicadores 2021 HSVP .....	9
Fichas dos Indicadores.....	10
Ficha do indicador: 01 Média de Permanência Geral .....	5
Ficha do indicador: 02 Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas .....	13
Ficha do indicador: 03 Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite) .....	15
Ficha do indicador: 04 Percentual de pacientes internados na Enfermaria acompanhados pela farmácia clínica .....	18
Ficha do indicador: 05 Percentual de pacientes dos internados na Emergência e Enfermaria/ALA incluídos nas atividades terapêuticas .....	20
Ficha do indicador: 06 Percentual de pacientes do Ambulatórios/HSVP incluídos nas atividades terapêutica .....	22
Ficha do indicador: 07 Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar.....	24
Ficha do indicador: 08 Número de Pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias .....	26
Ficha do indicador: 09 Percentual de procedência dos pacientes atendidos no PS do HSVP .....	28
Ficha do indicador: 10 Total de Notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente.....	30
Ficha do indicador: 11 Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF .....	32
Ficha do indicador: 12 Percentual faturado no tipo de financiamento MAC .....	34
Ficha do indicador: 13 Percentual de desempenho da gestão de custos .....	36
Ficha do indicador: 14 Taxa de absenteísmo .....	39

## 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.*

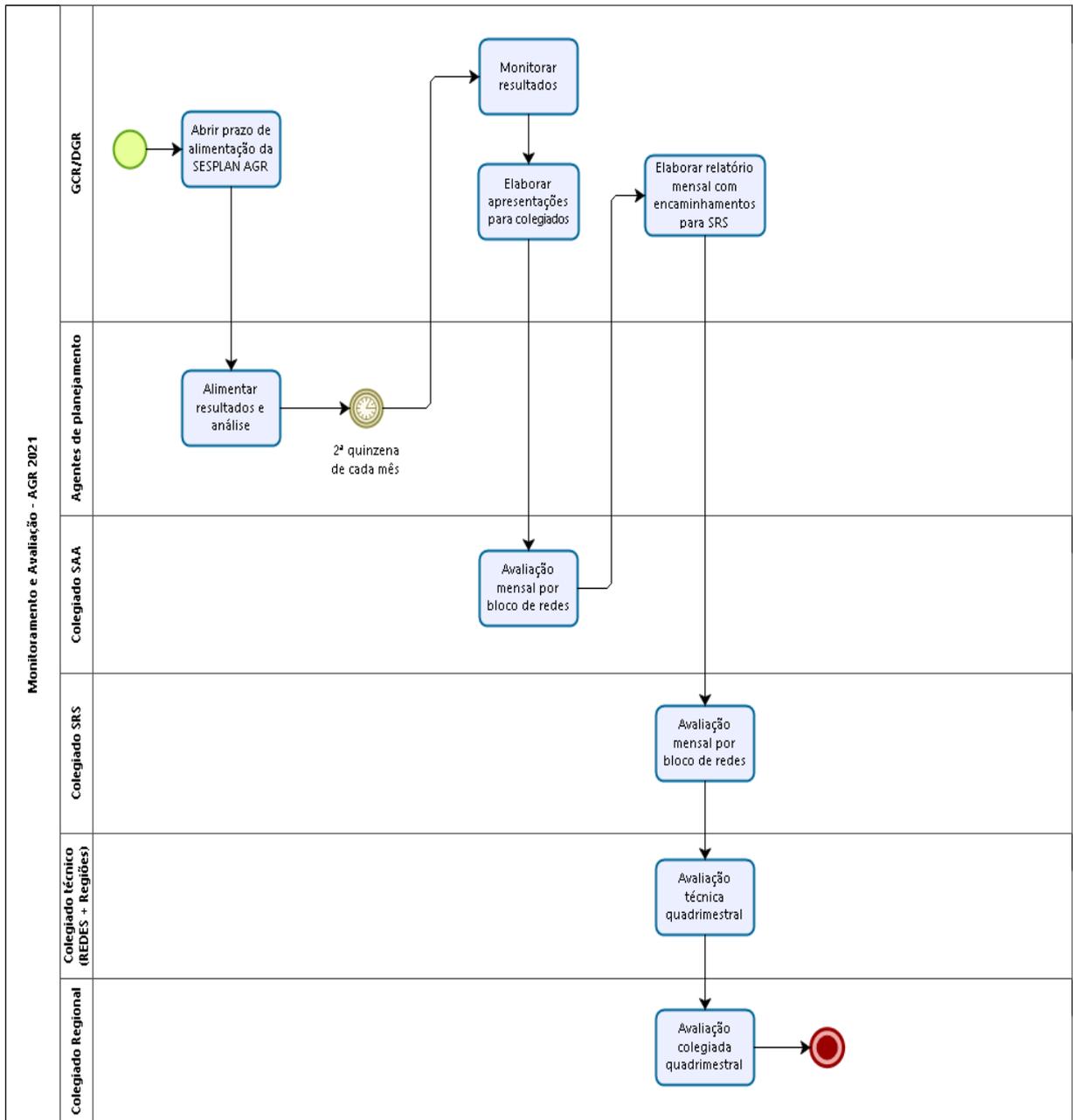
...

*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

1.1.1.1  Event

1.1.1.2  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.

1.1.1.3  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

1.1.1.4  2ª quinzena de cada mês

1.1.1.5  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.**

### 1.1.1.2 *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

## 1.1.1.3 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

## 1.1.1.2 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

## 1.1.1.3 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 HSVP

Nº	TEMA	INDICADOR
1	RUE	Média de permanência geral
2	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas
3	RUE	Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período nas unidades hospitalares da SES/DF
4	Atenção Especializada	Percentual de pacientes internados acompanhados pela farmácia clínica.
5	Atenção Especializada	Percentual de pacientes dos internados na Emergência e Enfermaria/ALA incluídos nas atividades terapêuticas.
6	Atenção Especializada	Percentual de pacientes do Ambulatórios/HSVP incluídos nas atividades terapêuticas.
7	Atenção Especializada	Percentual de reinternações em até 60 dias após alta
8	Atenção Especializada	Número de pacientes com alta médica que permanecem internados por questão social por mais de 30 dias
9	Atenção Especializada	Percentual de procedência dos pacientes atendidos no HSVP
10	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente
11	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF
12	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC
13	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de desempenho da gestão de custos
14	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Taxa de absenteísmo

## Fichas dos Indicadores

Ficha do indicador: **01** Média de Permanência Geral

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
<b>Título</b>	Média de Permanência Geral
<b>Descrição</b>	Média de Permanência Geral em leitos operacionais.
<b>Conceituação</b>	Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital.
<b>Interpretação</b>	Avalia o tempo médio de permanências ( em dias) que um paciente permanece no hospital.
<b>Usos</b>	Eficiência da gestão de leito operacional nos hospitais. Avaliar o tempo de permanência dos pacientes no hospital. Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional.
<b>Limitações</b>	Não qualifica os motivos pelos quais a média de permanência varia.
<b>Fonte</b>	Relatório de consolidação do Censo hospitalar realizado a 00:00h diariamente e armazenado no sistema de informação do hospital.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\sum \text{N}^{\circ} \text{ de pacientes-dia no período} / \text{Número de saídas no período})$

<b>Metodologia de Cálculo</b>	<p>a) Numerador: Número de pacientes-dia - somatório de pacientes-dia do hospital no período de um mês.</p> <p>b) Denominador: Nº de saídas - somatório das altas, transferências externas e óbitos do hospital no período de um mês. Como referência utilizar o censo da 00:00h de cada dia.</p> <p>Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernando no hospital a cada dia. O número de pacientes-dia no mês será o somatório de pacientes-dia de cada dia do mês).</p> <p>Saídas: Nº de saídas hospitalares registradas no período de um mês.</p> <p>Somatório de número de altas (independente do motivo de alta), óbitos e transferências externas ocorridas no hospital no período de um mês.</p>
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Trimestral
<b>Periodicidade de apuração</b>	Anual
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem
<b>Parâmetro</b>	Manter entre 75% e 85%
<b>Fonte do parâmetro</b>	A taxa de ocupação acima preconizado está relacionado com aumento de eventos adversos, infecção hospitalar e diminuição do ambiente assistencial. A taxa de ocupação abaixo de 75% indica baixa de utilização e ineficiência na gestão do hospital. Inadequada utilização deste recurso pode indicar falha no planejamento do hospital, índices de clientela baixos, ou inadequada articulação com a rede de serviços. Fonte do parâmetro (se especificado)
<b>Polaridade</b>	
<b>Visibilidade</b>	Pública
<b>Indicador acumulativo</b>	Sim

<b>Estratificação</b>	por CNES, Região de Saúde
<b>Critérios de análise</b>	Não se aplica
<b>Indicador relacionado/referências</b>	Taxa de giro ou rotatividade e Taxa de ocupação
<b>Observações/Comentários</b>	Não se aplica
<b>Área Responsável Técnica na ADMC</b>	
<b>Área Responsável Gerencial na ADMC</b>	SAIS/CATES/DISAH/GESINT
<b>Área Responsável Técnica na Região</b>	
<b>Área Responsável Gerencial na Região</b>	

Ficha do indicador: **02** Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas

<b>Campo</b>	<b>Especificação</b>
<b>Título</b>	Porcentagem de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas
<b>Descrição</b>	Conhecer o número de pacientes classificados de acordo com sua prioridade de atendimento (verde e azul), em cada emergência fixa, para subsidio de ações de estratégias nas portas fixas no intuito de qualificar o atendimento prestado ao usuário que busca atendimento nas portas hospitalares.
<b>Conceituação</b>	Número de pacientes classificados como verdes e azuis nas emergências fixas do Distrito Federal por período, exceto as unidades estão sobre gestão do IGESDF
<b>Interpretação</b>	Identificar o número de pacientes com classificação verde e azul nas emergências fixas. A classificação de risco é uma ferramenta utilizada nos serviços de urgência e emergência, que visa avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica. Deve ser realizada por meio de protocolo, para tornar o trabalho mais sistemático, garantindo que diferentes profissionais obtenham o mesmo resultado na avaliação do paciente, aumentando a agilidade do atendimento prestado. Os pacientes são classificados por cores, que representam o grau de gravidade e o tempo de espera recomendado para atendimento: Vermelho - Emergência; Laranja - Muito Urgente; Amarelo - Urgente; Verde - pouco urgente e Azul - Não urgente.
<b>Usos</b>	Reduzir o índice de pacientes classificados como verdes e azuis nas emergências fixas.
<b>Limitações</b>	O indicador não mensura os outros níveis de classificação (amarelo, laranja e vermelho).
<b>Fonte</b>	TrakCare (Painel de Classificação na SalaSit-Gestor)
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes classificados com critério de prioridade verde e azul}}{\text{Nº total de pacientes classificados}} \times 100$

<b>Metodologia de Cálculo</b>	NUMERADOR: Nº de pacientes classificados com critério de prioridade (verde e azul) DENOMINADOR: Nº total de pacientes classificados MULTIPLICADOR: 100
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Bimestral
<b>Periodicidade de apuração</b>	Anual
<b>Unidade de medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	Não se aplica
<b>Fonte do parâmetro</b>	Não se aplica
<b>Polaridade</b>	Menor-melhor
<b>Visibilidade</b>	Pública
<b>Indicador acumulativo</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Distrital
<b>Critérios de análise</b>	Por Hospital; por cor;
<b>Indicador relacionado/referências</b>	Não se aplica
<b>Observações/Comentários</b>	Não se aplica
<b>Área Responsável Técnica na ADMC</b>	GASFURE
<b>Área Responsável Gerencial na ADMC</b>	SES/SAIS/CATES/DUAEC
<b>Área Responsável Técnica na Região</b>	Gerência de Emergência e Gerências dos Hospitais não geridos pelo IGESDF
<b>Área Responsável Gerencial na Região</b>	GPMA

Ficha do indicador: **03** Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite)

<b>Campo</b>	<b>Especificação</b>
<b>Título</b>	Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite)
<b>Descrição</b>	Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período nas unidades hospitalares da SES/DF, exceto os que estão sob gestão do IGESDF.
<b>Conceituação</b>	Este indicador terá como função mensurar por unidade de pronto socorro o número de usuários que procuram o serviço de pronto atendimento registrado com abertura e registro no Guia de Atendimento de Emergência (GAE) e submetidos a Classificação de Risco. O GAE possui uma ficha de atendimento da esfera administrativa aberta sempre que o paciente busca atendimento em unidade de Pronto Socorro e UPA. A Classificação de Risco tem por finalidade definição da ordem do atendimento em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada, sendo uma atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência em serviço de urgência, e após capacitação específica para a atividade proposta;
<b>Interpretação</b>	Verificar se os pacientes que buscam atendimento nas Unidade de Pronto Socorro estão sendo submetidos a classificação de risco.
<b>Usos</b>	Garantir o atendimento aos pacientes que buscam os serviços de urgência e emergência por ordem do atendimento em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada.

<b>Limitações</b>	O déficit de RH de enfermeiro para suprir a necessidade de funcionamento da classificação de risco 24h poderá prejudicar a análise do indicador.
<b>Fonte</b>	TrakCare (Painel da Classificação na SalaSit - gestor)
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes submetidos a classificação de risco por dia}}{\text{N}^\circ \text{ total de GAE por Unidade de atendimento por dia}}$
<b>Metodologia de Cálculo</b>	Numerador: N° total de pacientes submetidos a classificação de risco por dia; Denominador: N° total de GAE por Unidade de atendimento por dia; Multiplicador: 100.
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Bimestral
<b>Periodicidade de apuração</b>	Mensal
<b>Unidade de medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	100%
<b>Fonte do parâmetro</b>	Valor alcançado no exercício anterior.
<b>Polaridade</b>	Maior melhor
<b>Visibilidade</b>	Privada
<b>Indicador acumulativo</b>	Não
<b>Estratificação</b>	CNES (serviço hospitalar de emergência (SHE) e UPA)
<b>Critérios de análise</b>	Não
<b>Indicador relacionado/referências</b>	Não

<b>Observações/Comentários</b>	Não se aplica
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC
Área Responsável Técnica na Região	Gerência de Emergência dos Hospitais
Área Responsável Gerencial na Região	GPMA de cada regional

Ficha do indicador: **04** Percentual de pacientes internados na Enfermaria acompanhados pela farmácia clínica.

<b>Campo</b>	<b>Especificação</b>
<b>Título</b>	Percentual de pacientes internados na Enfermaria acompanhados pela farmácia clínica.
<b>Descrição</b>	Acompanhar, pela farmácia clínica, o percentual de 50% dos pacientes - Internados na Enfermaria.
<b>Conceituação</b>	Farmácia clínica: acompanhar e orientar sobre o uso de medicamentos. Número de pacientes Internados na Enfermaria X Percentual de pacientes acompanhados por dia;
<b>Interpretação</b>	Ampliar o acompanhamento farmacêutico clínico com os pacientes internados na Enfermaria.
<b>Usos</b>	Mapear o percentual de pacientes internados na Enfermaria acompanhados pela Farmácia Clínica.
<b>Limitações</b>	Prontuários (TrakCare) algumas vezes possuem informações incompletos ou mesmo faltam informações por inexistência de padrões. Baixa qualidade das informações, déficit de horas de RH de farmacêutico clínico
<b>Fonte</b>	Prontuários (TrakCare), e planilha (Tabela indicadores DIASF), Censo diário dos Pacientes Internados na Enfermaria.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Numerador: nº de Pacientes Internados na Enfermaria acompanhados pelo Farmacêutico Clínico Denominador: Nº total de Pacientes Internados possíveis de acompanhamento Multiplicador: 100. Ex: 1.000 pac. Internados mês, desses 500 pacientes foram acompanhados pelo farmacêutico clínico. Então temos: $500 / 1000 = 0,50 * 100 = 50\%$ de pacientes acompanhados pelo farmacêutico clínico naquele mês.
<b>Metodologia de Cálculo</b>	Trata-se da razão entre o numerador: nº de Pacientes mês Internados na Enfermaria acompanhados pelo farmacêutico clínico e o denominador: Nº total de Pacientes mês, internados na Enfermaria multiplicador 100 para que se obtenha o percentual
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Trimestral
<b>Periodicidade de apuração</b>	Anual

<b>Unidade de medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	Não se aplica
<b>Fonte do parâmetro</b>	Não se aplica
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor
<b>Visibilidade</b>	Privada
<b>Indicador acumulativo</b>	Sim
<b>Estratificação</b>	Por unidade de internação
<b>Critérios de análise</b>	Faixa etária e sexo
<b>Indicador relacionado/referências</b>	Não se aplica
<b>Observações/Comentários</b>	Não se aplica
<b>Área Responsável Técnica na ADMC</b>	GAFAE/DIASF
<b>Área Responsável Gerencial na ADMC</b>	SES/DIASF/SAIS
<b>Área Responsável Técnica na URD</b>	SES/HSVP/DAS/NFC
<b>Área Responsável Gerencial na URD</b>	SES/HSVP/DAS/ NFC

Ficha do indicador: **05** Percentual de pacientes dos internados na Emergência e Enfermaria/ALA incluídos nas atividades terapêuticas.

<b>Campo</b>	<b>Especificação</b>
<b>Título</b>	Percentual de pacientes dos internados na Emergência e Enfermaria/ALA incluídos nas atividades terapêuticas.
<b>Descrição</b>	Percentual de pacientes dos internados na Emergência e Enfermaria/ALA incluídos nas atividades terapêuticas.
<b>Conceituação</b>	Percentual de pacientes incluídos nas atividades terapêuticas no ano de 2021
<b>Interpretação</b>	Entende-se por atividades terapêuticas aquelas realizadas em benefício do paciente, ou seja, que promova uma melhor qualidade de vida. Sendo realizadas no HSVP as atividades: lúdicas, expressivas, de artesanato, físicas, promoção do autocuidado, horta terapêutica, cinema, orientação nutricional, cantina terapêutica, massagem terapêutica, técnica de redução de estresse, etc.
<b>Usos</b>	Mapear o percentual de pacientes incluídos nas modalidades de atividades terapêuticas
<b>Limitações</b>	Falta de lançamento das atividades realizadas por cada paciente no sistema TrakCare
<b>Fonte</b>	TrakCare
<b>Fórmula de cálculo</b>	Numerador: n° de pacientes inseridos em atividades terapêuticas mês. Denominador: n° total de pacientes internados mês na Emergência e Enfermaria/Ala. Multiplicador: 100 Ex.: Se no mês tivermos 1000 pacientes internados e a meta é 50% essa corresponde a 500 pacientes. Então temos : $500/1000 = 0,50*100 = 50\%$ percentual de pacientes inseridos nas atividades terapêuticas

<b>Metodologia de Cálculo</b>	Trata-se da razão entre o numerador: n° de pacientes inseridos em atividades terapêuticas mês e o denominador: n° total de pacientes internados mês na Emergência e Enfermaria/Ala, multiplicado por 100 para que se obtenha o percentual.
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Trimestral
<b>Periodicidade de apuração</b>	Mensal
<b>Unidade de medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	Não se aplica
<b>Fonte do parâmetro</b>	Não se aplica
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor
<b>Visibilidade</b>	Privada
<b>Indicador acumulativo</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Por unidade de internação
<b>Critérios de análise</b>	Não se aplica
<b>Indicador relacionado/referências</b>	Não se aplica
<b>Observações/Comentários</b>	
<b>Área Responsável Técnica na ADMC</b>	
<b>Área Responsável Gerencial na ADMC</b>	
<b>Área Responsável Técnica na URD</b>	DAS/DG/HSVP
<b>Área Responsável Gerencial na URD</b>	DAS/NUAT/Terapeuta Ocupacional

Ficha do indicador: **06** Percentual de pacientes do Ambulatórios/HSVP incluídos nas atividades terapêuticas.

<b>Campo</b>	<b>Especificação</b>
<b>Título</b>	Percentual de pacientes do Ambulatórios/HSVP incluídos nas atividades terapêuticas.
<b>Descrição</b>	Percentual de pacientes incluídos nas atividades terapêuticas no ano de 2020. META = 30%
<b>Conceituação</b>	Percentual de pacientes incluídos nas atividades terapêuticas no ano de 2020
<b>Interpretação</b>	Entende-se por atividades terapêuticas aquelas realizadas em benefício do paciente, ou seja, que promova uma melhor qualidade de vida. Sendo realizadas no HSVP as atividades: lúdicas, expressivas, de artesanato, físicas, promoção do autocuidado, horta terapêutica, cinema, orientação nutricional, cantina terapêutica, massagem terapêutica, técnica de redução de estresse, etc.
<b>Usos</b>	Mapear o percentual de pacientes incluídos nas modalidades de atividades terapêuticas
<b>Limitações</b>	Falta de lançamento das atividades realizadas por cada paciente no sistema TrakCare
<b>Fonte</b>	TrakCare
<b>Fórmula de cálculo</b>	Numerador: n° de pacientes inseridos em atividades terapêuticas mês. Denominador: n° total de pacientes atendidos mês no Ambulatório. Multiplicador: 100 Ex : Se no mês tivermos 1000 pacientes internados e a meta é 30% essa corresponde a 300 pacientes. Então temos: $300/1000 = 0,30 * 100 = 30\%$ percentual de pacientes inseridos nas atividades terapêuticas.
<b>Metodologia de Cálculo</b>	Trata-se da razão entre o numerador: n° de pacientes inseridos em atividades terapêuticas mês e o denominador: n° total de pacientes atendidos mês no ambulatório. Multiplicador: 100.
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Trimestral
<b>Periodicidade de apuração</b>	Mensal

<b>Unidade de medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	Não se aplica
<b>Fonte do parâmetro</b>	Não se aplica
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor
<b>Visibilidade</b>	Privada
<b>Indicador acumulativo</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Por unidade de atendimento
<b>Critérios de análise</b>	Não se aplica
<b>Indicador relacionado/referências</b>	Não se aplica
<b>Observações/Comentários</b>	
<b>Área Responsável Técnica na ADMC</b>	
<b>Área Responsável Gerencial na ADMC</b>	
<b>Área Responsável Técnica na URD</b>	DAS/DG/HSVP
<b>Área Responsável Gerencial na URD</b>	DAS/NUAT/Terapeuta Ocupacional

Ficha do indicador: **07** Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar

<b>Campo</b>	<b>Especificação</b>
<b>Título</b>	Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar
<b>Descrição</b>	Identificar a incidência de reinternação no HSVP, em até 60 dias pós alta, em 2021
<b>Conceituação</b>	Evidenciar, de forma fidedigna e relevante, casos de reinternação ocorridos no HSVP durante o período de análise
<b>Interpretação</b>	A reinternação refere-se à portas giratórias (" <i>revolving door</i> "), como as que comumente se encontram em bancos, indicando o movimento de contínuas entradas e saídas, fazendo-se analogia às repetidas reincidências dos pacientes
<b>Usos</b>	Mapear o percentual de pacientes reiterados, de modo a retroalimentar ações de saúde mental na comunidade e promover direitos das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo a família como coparticipante nesse processo, garantindo, assim, a continuidade do tratamento na rede de suporte e atenção extra hospitalar, mediante políticas publicas
<b>Limitações</b>	Identificar e estruturar os dados de forma confiável a dar representatividade ao indicador
<b>Fonte</b>	TrakCare
<b>Fórmula de cálculo</b>	Numerador: n° de pacientes reinternados no período de 60 dias. Denominador: n° total de Altas de pacientes internados no período de 60 dias. Multiplicador: 100 Ex: Se no período tivermos 10 reinternações e 100 altas . Então Temos : $10/100 = 0,10 * 100 = 10\%$ percentual de pacientes reinternados no período de 60 dias.
<b>Metodologia de Cálculo</b>	Trata-se da razão entre o numerador: n° de pacientes reinternados no período de até 60 dias após a alta, denominador: n° total de pacientes que tiveram alta no período de 60 dias, multiplicado por 100 para que se obtenha o percentual.
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal

<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Bimestral
<b>Periodicidade de apuração</b>	Mensal
<b>Unidade de medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	Série histórica de 2020
<b>Fonte do parâmetro</b>	TrakCare
<b>Polaridade</b>	Quanto menor melhor
<b>Visibilidade</b>	Privada
<b>Indicador acumulativo</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Origem do paciente por Região/Superintendência de Saúde/RAS/RIDE DF/Outras Ufs
<b>Critérios de análise</b>	Identificar o todo e posteriormente por grupo
<b>Indicador relacionado/referências</b>	Não se aplica
<b>Observações/Comentários</b>	O fenômeno da reinternação em hospital psiquiátrico é de altíssima incidência na maioria das instituições, indicando a relevância de conhecer suas causas e pensar estratégias que o evitem.
<b>Área Responsável Técnica na ADMC</b>	SES/DISAM
<b>Área Responsável Gerencial na ADMC</b>	SES/DISAM
<b>Área Responsável Técnica na URD</b>	DAS/DG/HSVP
<b>Área Responsável Gerencial na URD</b>	DAS/NENF/SAPI

Ficha do indicador: **08** Número de Pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias

<b>Campo</b>	<b>Especificação</b>
<b>Título</b>	Número de Pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias.
<b>Descrição</b>	Número de Pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias em 2021.
<b>Conceituação</b>	Número de Pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias em 2021.
<b>Interpretação</b>	Entende-se por pacientes internados por questões sociais, aqueles que receberam alta há mais de 30 dias, mas permanecem no HSVP, por uma série de motivações (abandono familiar; afastamento do lar por medida protetiva; residência em outro Estado; ausência de vagas nas instituições de acolhimento institucional da política de assistência social; ausência de vagas em residências terapêuticas; fragilização de vínculos familiares; fragilidade das redes de saúde mental e de assistência social na continuidade do tratamento pós alta).
<b>Usos</b>	Mapear o número de pacientes que permanecem internados por mais de 30 dias após a alta médica. Fomentar a elaboração de estratégias de atuação conjunta, com vistas a redução do tempo de permanência dos pacientes em condições de alta hospitalar no HSVP.
<b>Limitações</b>	Fragilidade no monitoramento mensal das altas médicas registradas no TrakCare. Dificuldades na liberação dos pacientes que já estão em condições de alta médica (vagas nas instituições de acolhimento), com vistas a redução do tempo de permanência nos leitos do HSVP.
<b>Fonte</b>	TrakCare
<b>Fórmula de cálculo</b>	Número total de pacientes no mês que permaneceram internados por mais de 30 dias após receberem alta médica.

<b>Metodologia de Cálculo</b>	Trata-se do número total de pacientes que permaneceram internados no HSVP devido a questões sociais, por mais de 30 dias após a alta no mês de apuração.
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Bimestral
<b>Periodicidade de apuração</b>	Mensal
<b>Unidade de medida</b>	Número absoluto
<b>Parâmetro</b>	Não se aplica.
<b>Fonte do parâmetro</b>	Não se aplica.
<b>Polaridade</b>	Quanto menor melhor.
<b>Visibilidade</b>	Privada
<b>Indicador acumulativo</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Origem do Paciente por Região/Superintendência de Saúde/ RIDE / Por Estado.
<b>Critérios de análise</b>	Não se aplica.
<b>Indicador relacionado/referências</b>	Não se aplica.
<b>Observações/Comentários</b>	É importante destacar que para o alcance da meta de redução do tempo de permanência dos pacientes que estão de alta há mais de trinta dias no HSVP, pautada no presente indicador, é necessária a ação conjunta e em rede dos atores envolvidos: familiares dos pacientes, equipes da SES (HSVP, DISSAM, GESS), equipes da política de assistência social (SEDES), equipes das Varas de Família (TJDFT).
<b>Área Responsável Técnica na ADMC</b>	SES/SAIS/ GESS e SES/DISSAM
<b>Área Responsável Gerencial na ADMC</b>	SES/SAIS/GESS e SES/DISAM
<b>Área Responsável Técnica na URD</b>	SES/DAS/DG/HSVP
<b>Área Responsável Gerencial na URD</b>	SES/HSVP/DAS/NSS

Ficha do indicador: **09** Percentual de procedência dos pacientes atendidos no PS do HSVP.

<b>Campo</b>	<b>Especificação</b>
<b>Título</b>	Percentual de procedência dos pacientes atendidos no PS do HSVP.
<b>Descrição</b>	Percentual de procedência dos pacientes atendidos no PS do HSVP, provenientes das Região de Saúde da SES-DF e da RIDE e outras Ufs no ano de 2021.
<b>Conceituação</b>	Total de pacientes atendidos no PS do HSVP, informados por Região de Saúde da SES-DF e da RIDE mensalmente.
<b>Interpretação</b>	Entende-se por percentual de procedência de pacientes, aqueles pacientes que buscam atendimento devido algum surto e sofrimento mental e foram atendidos no PS do HSVP, oriundos de outras Regiões de Saúde da SES-DF e da RIDE, essa avaliação visa identificar a procedência dos pacientes atendidos no PS do HSVP, com o intuito de interagir com as RAS e RIDE podendo retratar as fragilidades e oportunidades de melhoria dos processos de atendimento aos usuários desse serviço.
<b>Usos</b>	Analisar a quantidade de pacientes oriundos de outras RAS e RIDE que utilizam os serviços de assistência à saúde no PS do HSVP. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e processos assistenciais, promovendo uma assistência mais segura e consequentemente de maior qualidade para o usuário da SES/DF.
<b>Limitações</b>	Capacidade de atendimento de todos os usuários que buscam esse serviço.
<b>Fonte</b>	TrakCare
<b>Fórmula de cálculo</b>	Numerador: nº de Pacientes por REGIÃO / RIDE atendidos no PS do HSVP, Denominador: Nº total de Pacientes atendidos no PS do HSVP. Multiplicador: 100Ex: 1.000 pacientes atendidos no mês x, desses 400 são oriundos da Região "A", 300 são oriundos da Região "B" 200 são oriundos da Região "C" e 100 são oriundos da RIDE, então temos: $400 / 1000 = 0,40 * 100 = 40\%$ de pacientes atendidos da Região "A", e $300/1000 = 0,30 * 100 = 30\%$ de pacientes atendidos da Região "B", e $200/1000 = 0,20 * 100 = 20\%$ de pacientes atendidos da Região "C", e $100/1000 = 0,10 * 100 = 10\%$ de pacientes atendidos da RIDE, naquele mês.

<b>Metodologia de Cálculo</b>	Trata-se da razão entre o numerador: nº de Pacientes oriundos das Regiões de Saúde do DF e da RIDE atendidos no PS do HSVP no mês, o denominador: Nº total de Pacientes atendidos no PS do HSVP naquele mês. O número de pacientes de cada RAS e RIDE dividido pelo número de pacientes atendidos no PS multiplicado por 100 para que se tenha o percentual.
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Bimestral
<b>Periodicidade de apuração</b>	Mensal
<b>Unidade de medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	Dado em monitoramento
<b>Fonte do parâmetro</b>	TrakCare
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor
<b>Visibilidade</b>	Pública
<b>Indicador acumulativo</b>	Sim
<b>Estratificação</b>	Região de Saúde
<b>Critérios de análise</b>	Não se aplica
<b>Indicador relacionado/referências</b>	Dado do ano anterior
<b>Observações/Comentários</b>	Não se aplica
<b>Área Responsável Técnica na ADMC</b>	SES/DISAM
<b>Área Responsável Gerencial na ADMC</b>	SES/DISAM
<b>Área Responsável Técnica na Região</b>	SES/HSVP/DG/DAS
<b>Área Responsável Gerencial na Região</b>	SES/HSVP/DG/DAS/NCAIS/NPMA

Ficha do indicador: **10** Total de Notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente

<b>Campo</b>	<b>Especificação</b>
<b>Título</b>	Total de Notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente
<b>Descrição</b>	Total de Notificações de eventos adversos realizados pelos serviços de saúde da SES/DF no ano de 2019.
<b>Conceituação</b>	Número total de notificações realizadas mensalmente no sistema NOTIVISA/ANVISA pelos serviços de saúde da SES/DF.
<b>Interpretação</b>	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.
<b>Usos</b>	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 consequentemente de maior qualidade para o usuário da SES/DF.
<b>Limitações</b>	Subnotificações de eventos adversos por parte dos serviços de saúde.
<b>Fonte</b>	NOTIVISA/ANVISA.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Número total de notificações realizadas por mês.
<b>Metodologia de Cálculo</b>	Somatório do total de notificações realizadas ao mês por cada serviço de saúde da SES/DF.
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Semanal
<b>Periodicidade de apuração</b>	Mensal
<b>Unidade de medida</b>	Percentual
<b>Parâmetro</b>	Dado do ano anterior
<b>Fonte do parâmetro</b>	NOTIVISA/ANVISA.
<b>Polaridade</b>	Maior melhor

<b>Visibilidade</b>	Privada
<b>Indicador acumulativo</b>	Sim
<b>Estratificação</b>	Região de Saúde
<b>Critérios de análise</b>	Não se aplica
<b>Indicador relacionado/referências</b>	Dado do ano anterior
<b>Observações/Comentários</b>	Não se aplica
<b>Área Responsável Técnica na ADMC</b>	SES/SVS/DIVISA/GRSS
<b>Área Responsável Gerencial na ADMC</b>	SVS
<b>Área Responsável Técnica na Região</b>	Não se aplica
<b>Área Responsável Gerencial na Região</b>	Não se aplica

Ficha do indicador: **11** Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF

<b>Campo</b>	<b>Especificação</b>
<b>Título</b>	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF
<b>Descrição</b>	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.
<b>Conceituação</b>	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
<b>Interpretação</b>	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.
<b>Usos</b>	Efetiva melhora na prestação dos serviços públicos demandados por meio da ouvidoria com base no desempenho das Unidades de Saúde.
<b>Limitações</b>	Não mede a qualidade do serviço;
<b>Fonte</b>	Sistema de Ouvidoria do Distrito Federal – OUV-DF
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\text{Res} = \frac{\text{Sres}}{\text{Sres} + \text{Nres}} \times 100$ Legendas: Res = Índice de resolutividade das manifestações de ouvidoria; SRes = Manifestações avaliadas como resolvidas; NRes = Manifestações avaliadas como Não Resolvidas.
<b>Metodologia de Cálculo</b>	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).
<b>Unidade de medida</b>	Percentual
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal

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

Ficha do indicador: **12** Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

<b>Campo</b>	<b>Especificação</b>
<b>Título</b>	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC
<b>Descrição</b>	Acompanhar os valores processados no tipo de financiamento MAC, Média e Alta Complexidade, para pleitear aumento de teto junto ao MS.
<b>Conceituação</b>	Destina-se a monitorar os valores faturados no componente MAC visando superar o teto Distrital
<b>Interpretação</b>	Valores dos procedimentos apresentados e aprovados no mês de processamento no tipo de financiamento MAC, Média e Alta Complexidade
<b>Usos</b>	Monitorar os valores apresentados e aprovados no tipo de financiamento MAC, Média e Alta Complexidade
<b>Limitações</b>	
<b>Fonte</b>	SIA e SIH/SUS
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC no mês} - \text{valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC na linha de base}) / \text{valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC na linha de base} \times 100$
<b>Metodologia de Cálculo</b>	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.
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Mensal
<b>Periodicidade de apuração</b>	Mensal

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

Ficha do indicador: **13** Percentual de desempenho da gestão de custos

<b>Campo</b>	<b>Especificação</b>
<b>Título</b>	Percentual de desempenho da gestão de custos
<b>Descrição</b>	Percentual de desempenho da gestão de custos no âmbito da SES/DF, compreendendo o exercício monitorado.
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Interpretação</b>	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.
<b>Usos</b>	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.
<b>Limitações</b>	Alinhamento conceitual, e execução manual do Instrumento de Monitoramento do Desempenho - IMD

<b>Fonte</b>	Instrumento de Monitoramento de Desempenho - IMD (planilha em <i>Excel.</i> )
<b>Fórmula de cálculo</b>	<b>Média das duas últimas etapas</b> do processo da gestão de custos ( <b>3ª etapa - Preenchimento do ApuraSUS; e, 4ª etapa - Análise Crítica</b> )
<b>Metodologia de Cálculo</b>	<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><b>3ª Sistematização da Informação</b> (pessoal, material de consumo, terceiros, e despesas gerais); e,</p> <p><b>4ª Análise Crítica</b> (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: <b>3ª etapa - Preenchimento do ApuraSUS; e, 4ª etapa - Análise Crítica</b>. 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>
<b>Periodicidade de atualização</b>	Mensal *Apuração com 01 mês de defasagem.
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Quadrimestral
<b>Periodicidade de apuração</b>	Mensal
<b>Unidade de medida</b>	(%) percentual
<b>Parâmetro</b>	Não se aplica
<b>Fonte do parâmetro</b>	Não se aplica

<b>Polaridade</b>	Positiva
<b>Visibilidade</b>	Transparência
<b>Indicador acumulativo</b>	SIM
<b>Estratificação</b>	DISTRITAL
<b>Critérios de análise</b>	Não se aplica
<b>Indicador relacionado/referências</b>	Não se aplica
<b>Observações/Comentários</b>	Não se aplica
<b>Área Responsável Técnica na ADMC</b>	GEC/DGR
<b>Área Responsável Gerencial na ADMC</b>	GEC/DGR
<b>Área Responsável Técnica na Região</b>	Núcleos de Gestão de Custos - NGC
<b>Área Responsável Gerencial na Região</b>	NGC/GPMA

Ficha do indicador: **14** Taxa de absenteísmo

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
<b>Título</b>	Taxa de absenteísmo
<b>Descrição</b>	Taxa de absenteísmo na SESDF no ano corrente
<b>Conceituação</b>	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.
<b>Interpretação</b>	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).
<b>Usos</b>	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.
<b>Limitações</b>	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.
<b>Fonte</b>	Relatórios gerencias extraídos do Sistema Forponto e SIGRHWeb

<b>Fórmula de cálculo</b>	Nº Mensal de horas ausentes dos servidores (exceto férias, licença prêmio, abono) / N.º mensal de horas contratadas *100
<b>Metodologia de Cálculo</b>	Numerador: Nº Mensal de horas ausentes dos servidores (exceto férias. Licença prêmio, abono) Denominador: N.º mensal de horas contratadas Fator de multiplicador: 100
<b>Periodicidade de atualização</b>	Bimestral
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Quadrimestral
<b>Periodicidade de apuração</b>	Anual
<b>Unidade de medida</b>	Índice
<b>Parâmetro</b>	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
<b>Fonte do parâmetro</b>	NÃO SE APLICA
<b>Polaridade</b>	Menor melhor
<b>Visibilidade</b>	Pública
<b>Indicador acumulativo</b>	Não
<b>Estratificação</b>	Distrital, Região de Saúde, Categorias, Tipo de afastamento.
<b>Critérios de análise</b>	Categorias, Tipo de afastamento.
<b>Indicador relacionado/referências</b>	Não

<b>Observações/Comentários</b>	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.
<b>Área Responsável Técnica na ADMC</b>	SUGEP/DIPMAT
<b>Área Responsável Gerencial na ADMC</b>	SUGEP/DIPMAT
<b>Área Responsável Técnica na Região</b>	Não se aplica
<b>Área Responsável Gerencial na Região</b>	Não se aplica