

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 HMIB

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 HMIB.....	9
FICHAS DOS INIDICADORES.....	11
Ficha do indicador: 01 Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.....	11
Ficha do indicador: 02 Percentual de óbitos maternos investigados.....	13
Ficha do indicador: 03 Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	15
Ficha do indicador: 04 Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas.....	17
Ficha do indicador: 05 Tempo de permanência em leitos de UTI Materna.....	19
Ficha do indicador: 06 Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica.....	22
Ficha do indicador: 07 Média de Permanência Geral.....	26
Ficha do indicador: 08 Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite)	27
Ficha do indicador: 09 Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.....	29
Ficha do indicador: 10 Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Neonatal.....	31
Ficha do indicador: 11 Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica.....	33
Ficha do indicador: 12 Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Materna	35
Ficha do indicador: 13 Percentual de acesso para 1ª consulta em reprodução humana Índice de acesso para 1ª consulta em reprodução humana	37
Ficha do indicador: 14 Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal	39
Ficha do indicador: 15 Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação no HMIB	43
Ficha do indicador: 16 Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados	45
Ficha do indicador: 17 Índice de Fechamento de Chave	48
Ficha do indicador: 18 Percentual de acesso a primeira consulta odontológica especializada	50

SUMÁRIO

Ficha do indicador: 19 Total de Notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente ...	53
Ficha do indicador: 20 Porcentagem de leitos dos hospitais das Regiões com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.	55
Ficha do indicador: 21 Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF.....	57
Ficha do indicador: 22 Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	59
Ficha do indicador: 23 Percentual de desempenho da gestão de custos	61
Ficha do indicador: 24 Índice de absenteísmo	64

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.

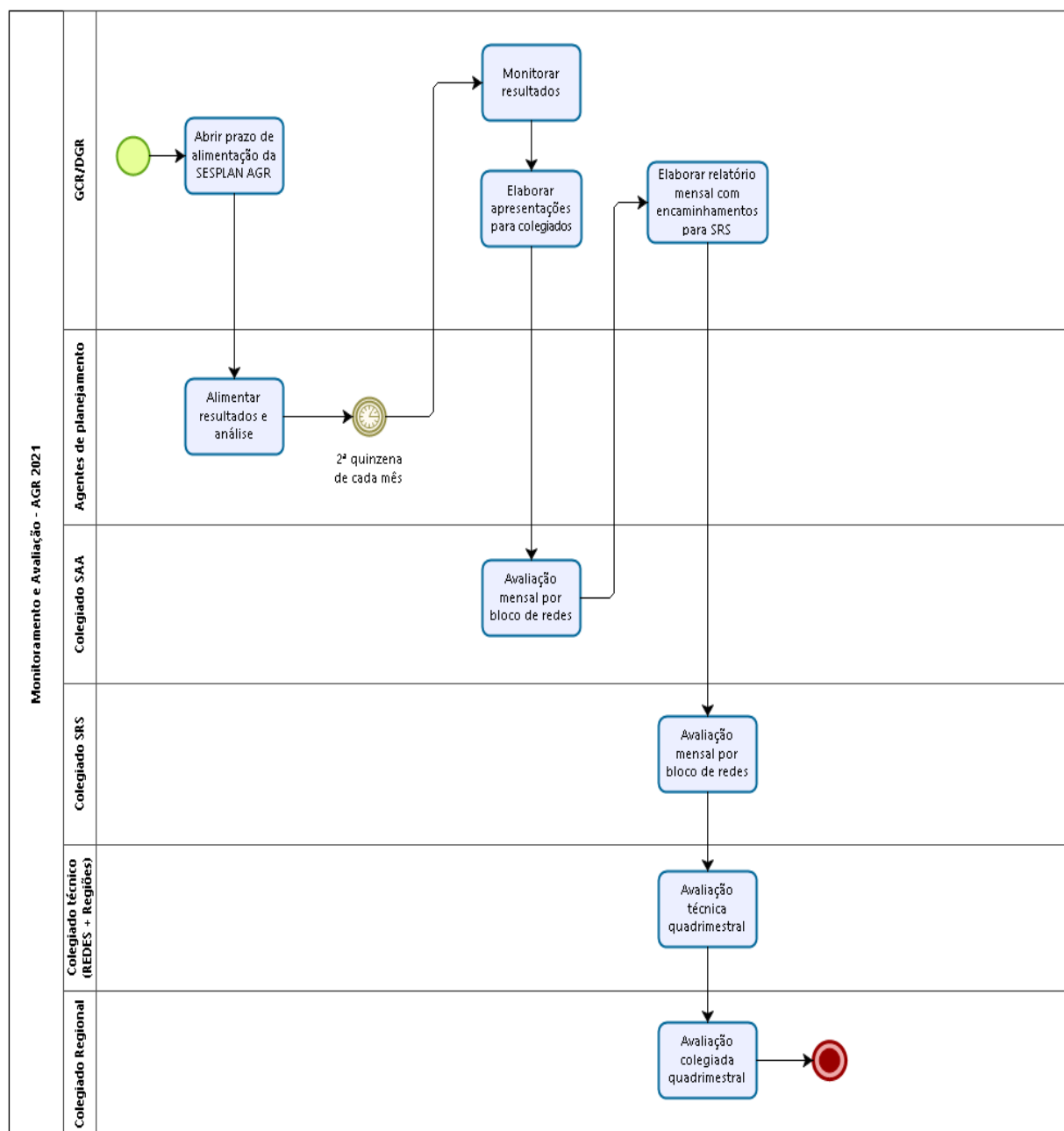
...

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).

Crerios de anlise: Referem-se as 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 HMIB

Nº	TEMA	INDICADOR
1	Rede Cegonha	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano
2	Rede Cegonha	Proporção de óbitos maternos investigados
3	Rede Cegonha	Percentual de partos normais (nos hospitais públicos) de pacientes por unidade hospitalar
4	RUE	Taxa Global de suspensão de cirurgias eletivas
5	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Materna
6	RUE	Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica
7	RUE	Média de permanência geral
8	RUE	Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite)
9	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal
10	Atenção Especializada	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Neonatal
11	Atenção Especializada	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica
12	Atenção Especializada	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Materna
13	Atenção Especializada	Percentual de acesso para 1ª consulta para reprodução humana
14	Atenção Especializada	Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal
15	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação no HMIB

16	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados
17	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de fechamento de chave
18	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de acesso à primeira consulta odontológica especializada
19	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Total de notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente
20	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Porcentagem de leitos do hospital com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada
21	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF
22	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC
23	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de desempenho da gestão de custos
24	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Taxa de Absenteísmo

FICHAS DOS INDICADORES

Ficha do indicador: **01** Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano

Campo	Especificação
Título	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano
Descrição	Percentuais de óbitos infantis investigados no Distrito Federal, no período solicitado
Conceituação	Óbito infantil investigado é todo aquele no qual os passos da investigação foram seguidos, foi feita a discussão no comitê de mortalidade e digitado no módulo de investigação do SIM Federal
Interpretação	O percentual de investigação de óbitos infantis mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade infantil.
Usos	A investigação de óbito permite identificar fatores determinantes com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver problemas que possam evitar a ocorrência de eventos similares. Auxilia na organização da rede de atenção à saúde materna e infantil.
Limitações	O atraso na investigação dos óbitos pode dificultar a localização dos familiares para realizar a investigação domiciliar e atrasar a implementação de medidas preventivas de outros eventos similares
Fonte	SIM - Sistema de informação sobre mortalidade
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de óbitos infantis investigados}}{\text{Total de óbitos infantis ocorridos}} \times 100$
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de óbitos infantis residentes investigados e cadastrados no Módulo de investigação do SIM Denominador: Total de óbitos infantis residentes no mesmo local e período Multiplicador: 100
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	100%
Fonte do parâmetro	Ministério da Saúde
Polaridade	Quanto maior melhor

Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Critérios de análise	Sexo, raça/cor, escolaridade
Indicador relacionado/referências	Mortalidade materna
Observações/Comentários	Não se aplica
Área Responsável Técnica na ADMC	SVS/DIVEP/GIASS
Área Responsável Gerencial na ADMC	SVS/DIVEP
Área Responsável Técnica na Região	Comitê mortalidade infantil
Área Responsável Gerencial na Região	Comitê mortalidade infantil

Ficha do indicador: **02** Percentual de óbitos maternos investigados

Campo	Especificação
Título	Percentual de óbitos maternos investigados
Descrição	Percentual de óbitos maternos investigados em relação ao total de óbitos maternos residentes na região, ocorridos em determinado período
Conceituação	O óbito materno é a morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após o parto, causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Óbito materno investigado é todo aquele no qual os passos da investigação foram seguidos, foi feita a discussão no comitê de mortalidade e digitado no módulo de investigação do SIM Federal.
Interpretação	O percentual de investigação de óbitos maternos mede o esforço de aprimoramento da informação sobre mortalidade materna.
Usos	A investigação de óbitos permite aprimorar a causa do óbito materno e identificar fatores determinantes que a originaram, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Limitações	O atraso na investigação dos óbitos pode dificultar a localização dos familiares para realização da investigação domiciliar e atrasar a implementação de medidas preventivas de outros eventos similares
Fonte	SIM - Sistema de informação sobre mortalidade
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de óbitos maternos investigados em residentes na região em determinado período}}{\text{Total de óbitos maternos residentes na mesma região e período}} \times 100$
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de óbitos maternos investigados residentes na região em determinado período Denominador: Total de óbitos maternos residentes na mesma região e período multiplicador: 100
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
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	Sim
Estratificação	Região de Saúde e RA
CrITÉrios de análise	Sexo, raça/cor e escolaridade
Indicador relacionado/referências	Mortalidade materna, mortalidade infantil
Observações/Comentários	
Área Responsável Técnica na ADM	SVS/DIVEP/GIASS
Área Responsável Gerencial na ADMC	SVS/DIVEP
Área Responsável Técnica na Região	Comitê mortalidade materna
Área Responsável Gerencial na Re	Comitê mortalidade materna

Ficha do indicador: **03** Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos).

Campo	Especificação
Título	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos).
Descrição	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)
Conceituação	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos), em determinado período.
Interpretação	O indicador mede a ocorrência de partos vaginais (nos hospitais públicos) de pacientes residentes em uma determinada região de saúde em relação ao total de nascidos vivos de pacientes residentes no mesmo local no período considerado. São dados do SINASC.
Usos	Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais. Analisar variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.
Limitações	O preenchimento inadequado/incompleto da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e o atraso do lançamento das DNV no SINASC prejudicam substancialmente a qualidade deste indicador.
Fonte	SINASC - Sistema de informação sobre nascidos vivos
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de nascidos vivos por parto normal por ocorrência (nos hospitais públicos) em determinado período}}{\text{número total de nascidos vivos por ocorrência (nos hospitais públicos) no mesmo período}} \times 100.$
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de nascidos vivos por parto normal por ocorrência (nos hospitais públicos) em determinado período. Denominador: número total de nascidos vivos por ocorrência (nos hospitais públicos) no mesmo período. Multiplicador: 100.
Periodicidade de atualização	Quadrimestral
Periodicidade de monitoramento	Anual
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	%

Parâmetro	70%
Fonte do parâmetro	Ministério da Saúde
Polaridade	Quanto maior melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Por região de saúde
Critérios de análise	Sexo/raça/cor/faixa etária
Indicador relacionado/referências	Mortalidade materna
Observações/Comentários	
Área Responsável Técnica na ADCMC	SVS/DIVEP/GIASS
Área Responsável Gerencial na ADCMC	SVS/DIVEP
Área Responsável Técnica na Região	NVE/DIRAPS
Área Responsável Gerencial na Região	DIRAPS

Ficha do indicador: **04** Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas

Campo	Especificação
Título	Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas
Descrição	Taxa Global de Suspensão de Cirurgias Eletivas no Distrito Federal no ano de 2018
Conceituação	Relação porcentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês. - Número de cirurgias suspensas: É o total de cirurgias suspensas dentro do período analisado, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambiente cirúrgico. Ex.: cirurgias suspensas por falta de material, ausência do cirurgião, ausência do anestesiista, falta de salas, falta de acomodações, falta de hemocomponentes, erro de agendamento. Quando a suspensão ocorre antes da internação, por motivos extra-pacientes, o dado não deve ser contabilizado. Porém, se a suspensão ocorrer no dia da cirurgia, mesmo que antes da internação, o dado deve ser contabilizado.
Interpretação	A taxa de suspensão dos procedimentos cirúrgicos eletivos é um indicador de processo que permite a avaliação da eficiência de uma especialidade cirúrgica ou, especialmente, de toda a estratégia gerencial onde ela está inserida. O cancelamento de cirurgias repercute negativamente no paciente, na sua segurança enquanto hospitalizado, nos seus familiares, nas equipes envolvidas, nos fluxos assistenciais desde a sua internação até a alta, interferindo no desempenho e na produtividade institucional.
Usos	A análise do indicador da taxa de suspensão das cirurgias eletivas permite o mapeamento deste processo, o monitoramento do mesmo, que auxiliado por ferramentas de gestão, possibilita o entendimento da corresponsabilidade de todos os envolvidos na resolução de eventos indesejáveis e na prevenção de eventos adversos, promovendo o planejamento contínuo de melhorias e aumento da segurança dos pacientes.
Limitações	Dado depende da correta informação inserida nos relatórios pelos responsáveis técnicos em cada centro cirúrgico de cada hospital regional.
Fonte	Relatório emitido pelo Centro Cirúrgico local contendo os números totais de cirurgias agendadas bem como as cirurgias suspensas. Esses dados deverão ser repassados mensalmente pelo Gerente de Assistência Cirúrgica.
Fórmula de cálculo	$\text{N}^\circ \text{ cirurgias suspensas} / \text{n}^\circ \text{ cirurgias agendadas no período} \times 100$

Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de cirurgias suspensas DENOMINADOR: número de cirurgias agendadas no mesmo período MULTIPLICADOR: Percentual (x100)
Periodicidade de atualização	MENSAL
Periodicidade de monitoramento	QUADRIMESTRAL
Periodicidade de apuração	ANUAL
Unidade de medida	TAXA/PERCENTUAL
Parâmetro	< 15%
Fonte do parâmetro	Relatórios internos gerenciais de Centro Cirúrgico
Polaridade	MENOR MELHOR
Visibilidade	Privada
Indicador acumulativo	SIM
Estratificação	DISTRITAL/POR REGIÃO DE SAÚDE/POR HOSPITAL
Critérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Não se aplica
Área Responsável Técnica na ADCMC	GESCIR
Área Responsável Gerencial na ADCMC	GESCIR
Área Responsável Técnica na Região	SUPERVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO
Área Responsável Gerencial na Região	GACIR

Ficha do indicador: **05** Tempo de permanência em leitos de UTI Materna

Campo	Especificação
Título	Tempo de permanência em leitos de UTI Materna
Descrição	Tempo Médio de Permanência em leitos de UTI Materna no ano corrente
Conceituação	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Materna (UTI-MATERNA) do hospital
Interpretação	Avalia o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Materna. O tempo Médico de Permanência - TMP está diretamente implicado no giro de leitos de UTI. Quanto maior o tempo maior a dificuldade de admissão de novos pacientes que necessitam de cuidados intensivos. Isto pode desencadear um aumento da mortalidade intrahospitalar e na fila de espera por leitos de UTI. Pode gerar atrasos no Centro Cirúrgico e na sala de SRPA, bem como adiar a transferência de pacientes críticos que aguardam na emergência. Este aumento é influenciado pela indisponibilidade de leitos em unidades intermediárias, unidades de cuidados prolongados e enfermarias.
Usos	Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Adulto Geral; Avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Adulto Geral; Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Adulto Geral; Avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI Adulto;
Limitações	Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. A mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, a agilidade na realização de exames e procedimentos, a disponibilização de leitos de retaguarda quando da alta médica do paciente. A alimentação dos sistemas ou a coleta dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para a que as informações de paciente-dias e saídas reflitam de forma precisa média de permanência. Nossa fonte da informação e o Track Care e o mesmo não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador.
Fonte	Track Care
Fórmula de cálculo	$\frac{\sum \text{Nº de pacientes-dia UTI Adulto Geral}}{\sum \text{Saídas internas} + \text{Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI Adulto Geral}}$

Metodologia de Cálculo	a) numerador: Número de pacientes-dia - somatório de pacientes-dia na UTI Materna; b) Denominador: Nº de saídas internas + saídas hospitalares - somatório das saídas internas(transferências internas da UTI Materna para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas e óbitos) da UTI no período de 30 dias Como referência utilizar o censo da 00:00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. o número de pacientes-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando na UTI Materna a cada dia. O número de pacientes-dia no mês será o somatório de pacientes-dia de cada dia do mês(Sipageh,2006;Schout e Novaes,2007; CQG,2009). Saídas: Nº de transferências internas da UTI Materna para as unidades menos intensivas(intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos(saídas internas) mais as saídas hospitalares(altas para a casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de 30 dias. (Sipageh,2006; Schout e Novaes 2007; CQG,2009).
Periodicidade de atualização	
Periodicidade de monitoramento	Trimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Dias
Parâmetro	8 dias (confirmado no processo SEI 00060-00165989/2018-10)
Fonte do parâmetro	Valor arredonda a partir da AMIB, com a publicização de dados no site: utisbrasileiras.com.br/perfis-das-UTIs/principais-desfechos
Polaridade	Quanto menor, melhor.
Visibilidade	Pública

Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	CNES
Critérios de análise	
Indicador relacionado/referências	Da UTI: Taxa de giro ou rotatividade, Taxa de ocupação, índice de substituição. Dos dados de internação leitos Gerais: Tx ocupação, Tempo médio de permanência, índice de substituição
Observações/Comentários	As características da UTI Materna e dos distintos perfis de complexidade dos pacientes admitidos são fatores que diferenciam a média de permanência nas UTIs. O Tempo Médico de Permanência dos pacientes nas UTIs brasileiras, segundo o 2º Censo Brasileiro de UTIs da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) é de 3 a 4 dias (Silva, 2007). Alguns hospitais gerais do SUS, sem atividade de ensino, relataram uma média de permanência na UTI Adulto Geral de 5,9 a 12 dias (Szpilman, 2010; Hospital Municipal de Tiradentes, 2011). No Projeto UTI Brasileiras (Registro Nacional de Terapia Intensiva) que tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico das UTIs brasileiras e compartilhar informações que possam ser úteis para orientar políticas de saúde e estratégias para melhorar o cuidado dos pacientes críticos no Brasil, tutorado pela AMIB, com publicização de dados no site: utisbrasil.com.br/perfis-das-utis/principais-desfechos/ . Neste estudo, o tempo médio de permanência de UTIs Adulto do hospital público brasileiro são de 7,7 dias.
Área Responsável Técnica na ADC	RTD ADULTO
Área Responsável Gerencial na ADC	SAIS/CATES/DISAH/GESTI
Área Responsável Técnica na Região	CHEFE DA UTI DE CADA HOSPITAL DA REDE
Área Responsável Gerencial na Região	Gerência de medicina interna DE CADA HOSPITAL DA REDE

Ficha do indicador: **06** Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica

Campo	Especificação
Título	Tempo de permanência em leitos de UTI Pediátrica
Descrição	Tempo Médio de Permanência em leitos de UTI Pediátrico do DF no ano corrente
Conceituação	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do hospital
Interpretação	Avalia o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do hospitalar. O tempo Médico de Permanência - TMP está diretamente implicado no giro de leitos de UTI. Quanto maior o tempo maior a dificuldade de admissão de novos pacientes que necessitam de cuidados intensivos. Isto pode desencadear um aumento da mortalidade intrahospitalar e na fila de espera por leitos de UTI. Pode gerar atrasos no Centro Cirúrgico e na sala de SRPA, bem como adiar a transferência de pacientes críticos que aguardam na emergência. Este aumento é influenciado pela indisponibilidade de leitos em unidades intermediárias, unidades de cuidados prolongados e enfermarias, pelo transporte sanitário.
Usos	Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Pediátrica; avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Pediátrica; Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Pediátrica; avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI
Limitações	Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. A mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, a agilidade na realização de exames e procedimentos, a disponibilização de leitos de retaguarda quando da alta médica do paciente. A alimentação dos sistemas ou a coleta dos dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para a que as informações de paciente-dias e saídas reflitam de forma precisa média de permanência. Nossa fonte da informação é o Track Care e o mesmo não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador.

Fonte	Track Care
Fórmula de cálculo	Σ Nº de pacientes-dia UTI Pediátrica/ Σ Saídas internas + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI Pediátricas
Metodologia de Cálculo	a) Numerador: Número de pacientes-dia - somatório de pacientes-dia na UTI Pediátrica; b) Denominador: Nº de saídas internas + saídas hospitalares - somatório das saídas internas(transferências internas da UTI Pediátrica para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas e óbitos) da UTI no período de 30 dias. Como referência utilizar o censo da 00:00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. o número de pacientes-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando na UTI Pediátrica a cada dia. O número de pacientes-dia no mês será o somatório de pacientes-dia de cada dia do mês(Sipageh,2006;Schout e Novaes,2007; CQG,2009). Saídas: Nº de transferências internas da UTI Pediátrica para as unidades menos intensivas(intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos(saídas internas) mais as saídas hospitalares(altas para a casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de 30 dias. (Sipageh,2006; Schout e Novaes 2007; CQG,2009). Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP: (ANVISA 2010) UTI destinada a pacientes com idade entre 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com a rotina da instituição.
Unidade de medida	Dias
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Trimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Parâmetro	11,9dias

Fonte do parâmetro	Valor levantado a partir das fontes encontradas que se adequassem com a realidade do DF. Sendo elas o Governo do Distrito Federal - DF (2008), o Programa CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH, 2011a), (CQH, 2011b), (Einloft et al., 2002), (Hospital Municipal Cidade Tiradentes, 2011); Secretaria Municipal de Saúde de Diadema - SP, 2011) e (Janetzki et al., 2012).
Polaridade	Quanto menor, melhor.
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Por CNES, Região de Saúde
Critérios de análise	
Indicador relacionado/referências	Da UTI: Taxa de giro ou rotatividade, Taxa de ocupação, índice de substituição dos dados de internação leitos Gerais: Tx ocupação, Tempo médio de permanência, índice de substituição
Observações/Comentários	As características da UTI Pediátrica e os distintos perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos - case mix, são fatores que diferenciam a média de permanência nas UTIs Pediátricas. As médias de permanência das UTIs Pediátricas tendem a ser mais elevadas do que aquelas da UTIs Adulto. O Governo do Distrito Federal - DF (2008) relatou uma média de permanência na UTI Pediátrica de 19,9 dias, para três unidades hospitalares, contra 18,7 dias na UTI Pediátrica daquelas três unidades tiveram uma ampla variação, de 14,4 a 105,9 dias. O Programa CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar relatou no segundo trimestre de 2011, para 36 hospitais gerais notificantes, uma mediana para o tempo médio de permanência na UTI Pediátrica de 8,7 dias, com uma variação de 3,4 a 31,4 dias (CQH, 2011a). Por sua vez, para sete hospitais com selo de qualidade do Programa foi de 8,6 dias, com uma variação de 6,8 a 15,6 dias (CQH, 2011b). A ampla variabilidade relatada, em particular para hospitais gerais, provavelmente é decorrente de diferenças na especialização de atendimento, porte e nível de complexidade das UTIs Pediátricas das instituições notificantes. Um hospital universitário da rede do SUS em Porto Alegre, RS, referiu uma média de permanência de 6,7 dias na UTI Pediátrica,

	no período de 1978 a 1994 (Einloft et al., 2002). Dois hospitais gerais do SUS no Estado de São Paulo, sem atividade de ensino, relataram médias de permanência na UTI Pediátrica muito díspares, 4,7 e 17,6 dias (Hospital Municipal Cidade Tiradentes, 2011); Secretaria Municipal de Saúde de Diadema - SP, 2011). Uma UTI Pediátrica de São Paulo, SP, que atende à saúde suplementar e à filantropia, referiu uma média de permanência de 9,7 dias em 2009 (lanetzki et al., 2012).
Área Responsável Técnica na ADMC	RTD UTI PEDIÁTRICA
Área Responsável Gerencial na ADMC	SAIS/CATES/DISAH/GESTI
Área Responsável Técnica na Região	CHEFE DA UTI DE CADA HOSPITAL DA REDE
Área Responsável Gerencial na Região	Gerência de medicina interna DE CADA HOSPITAL DA REDE

Ficha do indicador: **07** Média de Permanência Geral

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Título	Média de Permanência Geral
Descrição	Média de Permanência Geral em leitos operacionais.
Conceituação	Hospital.
Interpretação	Hospital.
Usos	Dos pacientes no hospital. Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional.
Limitações	Não qualifica os motivos pelos quais a média de permanência varia.
Fonte	Trackare
Fórmula de cálculo	$(\sum \text{Nº de pacientes-dia no período} / \text{Número de saídas no período})$
Metodologia de Cálculo	Período de um mês.
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Trimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Porcentagem
Parâmetro	5 DIAS
Fonte do parâmetro	ANS
Polaridade	Quanto menor melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Por Região de Saúde
Critérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Taxa de giro ou rotatividade e Taxa de ocupação
Observações/Comentários	Não se aplica
Área Responsável Técnica na ADMC	SAIS/CATES/DSINT/GESINT
Área Responsável Gerencial na ADMC	SAIS/CATES/DSINT/GESINT
Área Responsável Técnica na Região	NGINT
Área Responsável Gerencial na Região	GIR

Ficha do indicador: **08** Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite)

Código	Especificação
Título	Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período (manhã, tarde e noite)
Descrição	Percentual de atendimentos abertos (GAE) classificados por período nas unidades hospitalares da SES/DF, exceto os que estão sob gestão do IGESDF.
Conceituação	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;
Interpretação	Verificar se os pacientes que buscam atendimento nas Unidade de Pronto Socorro estão sendo submetidos a classificação de risco.
Usos	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.
Limitações	O déficit de RH de enfermeiro para suprir a necessidade de funcionamento da classificação de risco 24h poderá prejudicar a análise do indicador.
Fonte	TrakCare (Painel da Classificação na Sala Sit- gestor)
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº total de pacientes submetidos a classificação de risco por dia}}{\text{Nº total de GAE por Unidade de atendimento por dia}}$
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº total de pacientes submetidos a classificação de risco por dia; Denominador: Nº total de GAE por Unidade de atendimento por dia; Multiplicador: 100.
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Bimestral
Periodicidade de apuração	Mensal
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	100%

Fonte do parâmetro	Valor alcançado no exercício anterior.
Polaridade	Maior melhor
Visibilidade	Privada
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	CNES (serviço hospitalar de emergência (SHE) e UPA)
Critérios de análise	Não
Indicador relacionado/referências	Não
Observações/Comentários	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: **09** Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Título	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.
Descrição	Percentual de nascidos vivos que foram submetidos ao exame Emissões fotoacústicas evocadas p/ triagem auditiva (02.11.07.014-9) ou potencial evocado auditivo p/ triagem auditiva (02.11.07.027-0) em relação aos nascidos vivos nos hospitais com maternidade da SES-DF no ano corrente.
Conceituação	Triagem auditiva neonatal é o programa que tem por objetivo identificar a população infantil com suspeita de perda auditiva.
Interpretação	Demonstra, percentualmente, a cobertura do programa de triagem auditiva neonatal no âmbito da SES-DF
Usos	Gerenciamento, a nível Regional e Central, do programa de Triagem auditiva neonatal no que se refere a sua cobertura e melhoria
Limitações	Por ser um programa de grande varredura, não identifica, nominalmente, os usuários com suspeita de perda auditiva; Confiabilidade do dado fornecido pelo SIH/SAI
Fonte	SINASC, SIA/SUS e SIH/SUS
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de exames de triagem auditiva realizado por Hospital da SES-DF}}{\text{Nº total de Nascidos Vivos nesse mesmo local}} \times 100$
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de exames de triagem auditiva realizado por Hospital da SES- DF Denominador: Número total de NV mês por Hospital da SES-DF Multiplicador: 100
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Parâmetro	>95%
Fonte do parâmetro	Por definição, para um programa de triagem atingir a universalidade, a cobertura da população alvo deve ser superior a 95 %. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal - MS (2012)
Polaridade	Quanto maior melhor
Visibilidade	Pública

Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Por CNES
Crítérios de análise	Exames realizados até o 3º mês de vida da criança
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Não se aplica
Área Responsável Técnica na ADMC	Referência Técnica Distrital de Triagem Neonatal / Referência Técnica Distrital de Fonoaudiologia
Área Responsável Gerencial na ADMC	ARAS/SAIS e GESSF/DASIS
Área Responsável Técnica na Região	Núcleo de Saúde Funcional
Área Responsável Gerencial na Região	GAMAD e GEAM

Ficha do indicador: **10** Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Neonatal

Campo	Especificação
Título	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Neonatal
Descrição	Taxa de Densidade de Infecção de Corrente Sanguínea da UTI Neo, no período de setembro de 2017 a setembro de 2018.
Conceituação	Número de casos novos de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes de cateter venoso central, internados na UTIN, com confirmação microbiológica
Interpretação	Sinalizar casos de infecções hospitalares causados por acessos ou cateteres
Usos	Avaliar a qualidade da assistência, a adesão às boas práticas, indicador de segurança
Limitações	Não define a inconformidade que causou a infecção, se no momento da inserção ou manutenção, por exemplo.
Fonte	UTI Neo - Avaliação diária das condições do acesso/ inserção, dados laboratoriais
Fórmula de cálculo	Densidade de IPCS = nº de casos novos de IPCS no período / Cateter Venoso Central - dia no período X 1000
Metodologia de Cálculo	Busca diária das informações, compiladas em um mês
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Taxa
Parâmetro	15,7 infecções de corrente sanguínea por 1000 CVC-dia
Fonte do parâmetro	Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 16: Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência microbiana do ano de 2016
Polaridade	Quanto menor a taxa, melhor o indicador
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	
Estratificação	Por faixa de peso ao nascer: <750g, 750-999g, 1000g - 1499g, 1500-2499g, >2500g
Critérios de análise	N/a

Indicador relacionado/referências	
Observações/Comentários	
Área Responsável Técnica na ADMC	
Área Responsável Gerencial na ADMC	
Área Responsável Técnica na Região	NCIH + Equipe UTIN
Área Responsável Gerencial na Região	Diretoria + GENF HMIB

Ficha do indicador: **11** Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica

Campo	Especificação
Título	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica
Descrição	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS, na UTI Pediátrica, no período de setembro de 2017 a setembro de 2018.
Conceituação	Número de casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC), internados na UTI Pediátrica com confirmação microbiológica
Interpretação	Sinalizar os casos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) que estão acometendo as pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC), na UTI Pediátrica
Usos	Avaliar a qualidade da assistência, a adesão às boas práticas em relação a inserção, manutenção e segurança no manejo do CVC. É indicador de segurança
Limitações	Não define a inconformidade que causou a infecção, se no momento da inserção ou na manutenção do cateter, por exemplo.
Fonte	UTI Pediátrica
Fórmula de cálculo	Densidade de IPCS = nº de casos novos de IPCS no período / Cateter Venoso Central - dia no período X 1000
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de casos novos de IPCS no período Denominador: Cateter venoso central - dia no período X 1000
Unidade de medida	Taxa ou número absoluto de casos
Periodicidade de atualização	Mensal

Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Parâmetro	4,6 infecções de corrente sanguínea por 1000 CVC-dia
Fonte do parâmetro	ANVISA. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 16: Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência microbiana do ano de 2016
Polaridade	Quanto menor a taxa ou número de casos, melhor o indicador
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	
Estratificação	
Critérios de análise	n/a
Indicador relacionado/referências	
Observações/Comentários	Indicador monitorado pelo NCIH/HMIB e Equipe UTI Pediátrica
Área Responsável Técnica na ADMC	
Área Responsável Gerencial na ADMC	
Área Responsável Técnica na Região	NCIH + Equipe UTI Pediátrica
Área Responsável Gerencial na Região	Diretoria + GENF HMIB

Ficha do indicador: **12** Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Materna

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Título	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Materna
Descrição	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS no período de setembro de 2017 a setembro de 2018 na UTI Materna
Conceituação	Número de casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC), internados na UTI Materna, com confirmação microbiológica
Interpretação	Sinalizar os casos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) que estão acometendo as pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC), na UTI Materna
Usos	Avaliar a qualidade da assistência, a adesão às boas práticas em relação a inserção, manutenção e segurança no manejo do CVC. É indicador de segurança
Limitações	Não define a inconformidade que causou a infecção, se no momento da inserção ou na manutenção do cateter, por exemplo.
Fonte	Epimedmonitor - UTI Materna
Fórmula de cálculo	Densidade de IPCS = nº de casos novos de IPCS no período / Cateter Venoso Central - dia no período X 1000
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de casos novos de IPCS no período Denominador: Cateter venoso central - dia no período X 1000
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual

Unidade de medida	Taxa ou número absoluto de casos
Parâmetro	4,6 infecções de corrente sanguínea por 1000 CVC-dia
Fonte do parâmetro	ANVISA. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 16: Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência microbiana do ano de 2016
Polaridade	Quanto menor a taxa ou número de casos, melhor o indicador
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	
Estratificação	
Crítérios de análise	N/a
Indicador relacionado/referências	
Observações/Comentários	Indicador monitorado pelo NCIH/HMIB e Equipe UTI Materna
Área Responsável Técnica na ADMC	
Área Responsável Gerencial na ADMC	
Área Responsável Técnica na Região	NCIH + Equipe UTI Materna
Área Responsável Gerencial na Região	Diretoria + GENF HMIB

Ficha do indicador: **13** Percentual de acesso para 1ª consulta em reprodução humana Índice de acesso para 1ª consulta em reprodução humana

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Título	Percentual de acesso para 1ª consulta em reprodução humana Índice de acesso para 1ª consulta em reprodução humana
Descrição	
Conceituação	Número acessos a primeira consulta em reprodução humana realizado em nível ambulatorial, por mês.
Interpretação	Obtém-se o número de primeiro acesso aos procedimentos nas especialidades de reprodução humana, necessários à manutenção da Habilitação frente ao Ministério da Saúde; permite ainda avaliar o quantitativo de atendimentos e procedimentos mais realizados na rede e se há subnotificação ou sobre notificação por parte do serviço.
Usos	Avaliar se está sendo cumprindo a meta mínima de produção requerida.
Limitações	Por ser um indicador quantitativo, não permite avaliar aspectos da qualidade dos procedimentos; está sujeito à impactos pela variação no padrão dos lançamentos do procedimento pelos profissionais e do faturamento pelos NCAIs
Fonte	SISREG/TRAKCARE
Fórmula de cálculo	Nº de vagas ofertadas no primeiro e último dia do mês/Média aritmética do número de usuários em fila de espera.
Metodologia de Cálculo	Somar procedimentos lançados em condignos SISREG/TRAKCARE específicos, em cada especialidade, por mês.
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Número Inteiro
Parâmetro	Não se aplica
Fonte do parâmetro	Indicador novo, sem parâmetros pré-definidos

Polaridade	Quanto maior o número de vagas ofertadas, em função da fila de espera, melhor o indicador. Ressalta-se que o número de usuários na fila de espera não é uma constante e, por tanto, pode interferir de forma positiva ou negativa sem necessariamente retratar o desempenho dos servidores, e sim, do serviço geral em termos de qualidade de acesso do usuário. Por exemplo: O número de primeiras consultas mantém uma média mensal (dentro do limite da capacidade técnica) mas a fila de espera aumenta.
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Indicador não cumulativo
Estratificação	Por CNES / Centro de Especialidades habilitado pelo Ministério da Saúde
Critérios de análise	Ressalta-se que o número de usuários na fila de espera não é uma constante e, por tanto, pode interferir de forma positiva ou negativa sem necessariamente retratar o desempenho dos servidores, e sim, do serviço geral em termos de qualidade de acesso do usuário. Por exemplo: O número de primeiras consultas mantém uma média mensal (dentro do limite da capacidade técnica) mas a fila de espera aumenta.
Indicador relacionado/referências	
Observações/Comentários	Necessário, em conjunto, o monitoramento da correta inclusão dos pacientes na fila de espera para as especialidades em reprodução humana.
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/COASIS/DASIS
Área Responsável Gerencial na ADMC	
Área Responsável Técnica na Região	NCAIS/GPMA/HMIB e UGO/HMIB
Área Responsável Gerencial na Região	GACL/HMIB

Ficha do indicador: **14** Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Título	Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal
Descrição	Tempo Médio de Permanência em leitos de UTI Neonatal do DF no ano corrente
Conceituação	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINEO) do hospital
Interpretação	Avalia o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do hospitalar. O tempo Médico de Permanência - TMP está diretamente implicado no giro de leitos de UTI. Quanto maior o tempo maior a dificuldade de admissão de novos pacientes que necessitam de cuidados intensivos. Isto pode desencadear um aumento da mortalidade intrahospitalar e na fila de espera por leitos de UTI. Pode gerar atrasos no Centro Cirúrgico e na sala de SRPA, bem como adiar a transferência de pacientes críticos que aguardam na emergência. Este aumento é influenciado pela indisponibilidade de leitos em unidades intermediárias, unidades de cuidados prolongados e enfermarias, pelo transporte sanitário.
Usos	Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Neonatal; avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Neonatal; boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Neonatal; avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI
Limitações	Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. A mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, a agilidade na realização de exames e procedimentos, a disponibilização de leitos de retaguarda quando da alta médica do paciente. A alimentação dos sistemas ou a coleta dos dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para a que as informações de paciente-dias e saídas reflitam de forma precisa média de

	permanência. Nossa fonte da informação é o Track Care e o mesmo não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador.
Fonte	Track Care
Fórmula de cálculo	$\frac{\sum \text{Nº de pacientes-dia UTI Neonatal}}{\sum \text{Saídas internas} + \text{Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências extensa) da UTI Neonatal.}}$
Metodologia de Cálculo	a) Numerador: Número de pacientes-dia - somatório de pacientes-dia na UTI Neonatal; b) Denominador: Nº de saídas internas + saídas hospitalares - somatório das saídas internas(transferências internas da UTI Neonatal para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas e óbitos) da UTI no período de 30 dias. Como referência utilizar o censo da 00:00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. o número de pacientes-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernando na UTI Neonatal a cada dia. O número de pacientes-dia no mês será o somatório de pacientes-dia de cada dia do mês(Sipageh,2006;Schout e Novaes,2007; CQG,2009). Saídas: Nº de transferências internas da UTI Neonatal para as unidades menos intensivas(intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos(saídas internas) mais as saídas hospitalares(altas para a casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de 30 dias. (Sipageh,2006; Schout e Novaes 2007; CQG,2009). Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTINEO: (ANVISA 2010) UTI destinada a pacientes recém-nascidos, sendo este limite definido de acordo com a rotina da instituição.
Unidade de medida	Dias
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Trimestral

Periodicidade de apuração	Anual
Parâmetro	11,9dias
Fonte do parâmetro	Valor levantado a partir das fontes encontradas que se adequassem com a realidade do DF. Sendo elas o Governo do Distrito Federal - DF (2008), o Programa CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH, 2011a), (CQH, 2011b), (Einloft et al., 2002), (Hospital Municipal Cidade Tiradentes, 2011); Secretaria Municipal de Saúde de Diadema - SP, 2011) e (lanetzki et al., 2012).
Polaridade	Quanto menor, melhor.
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Por CNES, Região de Saúde
Critérios de análise	
Indicador relacionado/referências	Da UTI: Taxa de giro ou rotatividade, Taxa de ocupação, índice de substituição dos dados de internação leitos Gerais: Tx ocupação, Tempo médio de permanência, índice de substituição
Observações/Comentários	As características da UTI Pediátrica e os distintos perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos - case mix, são fatores que diferenciam a média de permanência nas UTIs Pediátricas. As médias de permanência das UTIs Pediátricas tendem a ser mais elevadas do que aquelas da UTIs Adulto. O Governo do Distrito Federal - DF (2008) relatou uma média de permanência na UTI Pediátrica de 19,9 dias, para três unidades hospitalares, contra 18,7 dias na UTI Pediátrica daquelas três unidades tiveram uma ampla variação, de 14,4 a 105,9 dias. O Programa CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar relatou no segundo trimestre de 2011, para 36 hospitais gerais notificantes, uma mediana para o tempo médio de permanência na UTI Pediátrica de 8,7 dias, com uma variação de 3,4 a 31,4 dias (CQH, 2011a). Por sua vez, para sete hospitais com selo de qualidade do Programa foi de 8,6 dias, com uma variação de 6,8 a 15,6

	dias (CQH, 2011b). A ampla variabilidade relatada, em particular para hospitais gerais, provavelmente é decorrente de diferenças na especialização de atendimento, porte e nível de complexidade das UTIs Pediátricas das instituições notificantes. Um hospital universitário da rede do SUS em Porto Alegre, RS, referiu uma média de permanência de 6,7 dias na UTI Pediátrica, no período de 1978 a 1994 (Einloft et al., 2002). Dois hospitais gerais do SUS no Estado de São Paulo, sem atividade de ensino, relataram médias de permanência na UTI Pediátrica muito díspares, 4,7 e 17,6 dias (Hospital Municipal Cidade Tiradentes, 2011); Secretaria Municipal de Saúde de Diadema - SP, 2011). Uma UTI Pediátrica de São Paulo, SP, que atende à saúde suplementar e à filantropia, referiu uma média de permanência de 9,7 dias em 2009 (lanetzki et al., 2012).
Área Responsável Técnica na ADMC	RTD UTI NEONATAL
Área Responsável Gerencial na ADMC	SAIS/CATES/DISAH/GESTI
Área Responsável Técnica na Região	CHEFE DA UTI DE CADA HOSPITAL DA REDE
Área Responsável Gerencial na Região	Gerência de medicina interna DE CADA HOSPITAL DA REDE

Ficha do indicador: **15** Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação HMIB

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Título	Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos sob regulação no HMIB
Descrição	Percentual de leitos clínicos e cirúrgicos disponíveis para regulação em unidades públicas, privadas e contratadas da SES/DF no corrente ano, na região.
Conceituação	Leito regulado: leito ocupado autorizado pela Central de Regulação. Entende-se por leitos clínicos os leitos de internação hospitalar destinados a acomodar pacientes de qualquer especialidade clínica e leitos cirúrgicos os que são destinados a acomodar pacientes de qualquer especialidade cirúrgica. Excetuam-se destes, os leitos classificados como leitos psiquiátricos, leitos de longa permanência, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) /UTIN/Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN).
Interpretação	Mede o número de leitos clínicos e cirúrgicos REGULADOS ocupados por pacientes na região
Usos	Transparência da oferta dos leitos CLÍNICOS E CIRURGICOS, menor tempo de espera.
Limitações	Não permite contabilizar os demais tipos de leitos.
Fonte	SISLEITOS
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de leitos clínico E cirúrgicos sob regulação na Região}}{\text{Número total de leitos clínicos E cirúrgicos na Região}} \times 100.$
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de leitos clínico-cirúrgicos sob regulação na Região. Denominador: Número total de leitos clínicos-cirúrgicos na Região. Multiplicador:100
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral

Periodicidade de apuração	Quadrimestral
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior, melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Regional
Crítérios de análise	nº de leitos regulados e os não regulados.
Indicador relacionado/referências	Tempo de permanência hospitalar, etc.
Observações/Comentários	Em fase de implantação.
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/CRDF/DIRAAH/CERIH
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/CRDF/DIRAAH
Área Responsável Técnica na Região	GIR/NGINT
Área Responsável Gerencial na Região	GIRs

Ficha do indicador: **16** Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados

Campo	Especificação
Título	Percentual de especialidades cirúrgicas eletivos regulados
Descrição	Necessidade de aprimorar o acesso do usuário ao atendimento cirúrgico eletivo especializado, de forma equânime e transparente. Estão excluídas as especialidades não médicas.
Conceituação	Número de especialidades médicas cirúrgicas reguladas para procedimento de cirurgia eletiva baseado em protocolos clínicos previamente regulamentados pelas especialidades e institucionalizados na Região. Esses protocolos são instrumentos de ordenamento dos fluxos de encaminhamentos, sendo facilitadores para o manejo clínico em todos os níveis de atenção. Panorama de Regulação refere-se ao quadro de oferta de serviços da região, podendo ser dividido em Panorama 1, 2 ou 3, a depender da quantidade de regiões que ofertam o procedimento. Procedimentos de panorama 1 estão presentes em todas as regiões de saúde; procedimentos de panorama 3 são escassos ou estratégicos; procedimentos de panorama 2 estão presente em várias regiões de saúde, devendo ocorrer pactuação entre as regiões para ofertar as vagas.
Interpretação	Mede a porcentagem de especialidades médicas cirúrgicas com procedimentos eletivos regulados na Região de saúde.
Usos	Possibilita o acompanhamento do fluxo de encaminhamento aos serviços de cirurgias eletivas da Região. Transparência da oferta de
Limitações	O indicador não contabiliza a quantidade de cancelamentos de cirurgias eletivas devido a necessidade de uso do centro cirúrgico para cirurgias de urgência.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação - SISREG III
Fórmula de cálculo	Número de especialidades médicas que realizam cirurgias eletivas reguladas nos três panoramas de regulação/ Número total de

	especialidades médicas que realizam cirurgias eletivas na Região x 100.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de especialidades médicas que realizam cirurgias eletivas reguladas nos três panoramas de regulação Denominador: Número total de especialidades médicas que realizam cirurgias eletivas na Região Multiplicador: 100
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	SIM
Estratificação	Regional
Crêterios de análise	Processo regulatório de cirurgias eletivas implantado na região, conforme padronização do CRDF.
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	O projeto foi iniciado no segundo semestre de 2017 e será implantado para toda a rede SES de forma gradual e avaliando sua potencialidade e disponibilidade de recursos cirúrgicos e humanos com objetivo de alcançar a meta de 100%.
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/CRDF/DIRAAH/CERCE
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/CRDF/DIRAAH
Área Responsável Técnica na Região	Gerência Interna de Regulação - GIR - das unidades hospitalares

Área Responsável Gerencial na Região	Gerência Interna de Regulação - GIR - das unidades hospitalares
---	---

Ficha do indicador: **17** Índice de Fechamento de Chave

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
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	$(n^{\circ} \text{ de faltas} / n^{\circ} \text{ de agendamentos}) / 100$
Metodologia de Cálculo	
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Mensal
Periodicidade de apuração	Mensal
Unidade de medida	%
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
Crerios 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	DIRAAB/CRDF
Área Responsável Gerencial na ADMC	
Área Responsável Técnica na Região	
Área Responsável Gerencial na Região	

Ficha do indicador: **18** Percentual de acesso a primeira consulta odontológica especializada.

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Título	Percentual de acesso a primeira consulta odontológica especializada.
Descrição	Número acessos a primeira consulta odontológica de determinados procedimentos, realizados nas 4 especialidades básicas do Centro de Especialidades Odontológicas ou Ambulatórios Secundários em Odontologia (periodontia, endodontia e cirurgia oral menor, por mês.
Conceituação	Cada tipo de CEO (I, II ou III) deve atingir uma meta mínima de primeiro acesso a procedimentos odontológicos.
Interpretação	Obtém-se o número de primeiro acesso a determinados procedimentos, nas 4 especialidades básicas, necessários à manutenção da Habilitação frente ao Ministério da Saúde; permite ainda avaliar quais os procedimentos mais realizados na rede e se há subnotificação ou sobre notificação por parte dos serviços.
Usos	Avaliar se está sendo cumprindo a meta mínima de produção requerida.
Limitações	Por ser um indicador quantitativo, não permite avaliar aspectos da qualidade dos procedimentos; está sujeito à impactos pela variação no padrão dos lançamentos do procedimento pelos profissionais e do faturamento pelos NCAIs
Fonte	SISREG
Fórmula de cálculo	Nº de vagas ofertadas no primeiro e último dia do mês/Média aritmética do número de usuários em fila de espera.
Metodologia de Cálculo	Somar procedimentos lançados em códigos SISREG específicos, em cada especialidade, por mês.

Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Número Inteiro
Parâmetro	Indicador novo, sem parâmetros pré-definidos
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto maior o número de vagas ofertadas, em função da fila de espera, melhor o indicador. Ressalta-se que o número de usuários na fila de espera não é uma constante e, por tanto, pode interferir de forma positiva ou negativa sem necessariamente retratar o desempenho dos servidores, e sim, do serviço geral em termos de qualidade de acesso do usuário. Por exemplo: O número de primeiras consultas mantém uma média mensal (dentro do limite da capacidade técnica) mas a fila de espera aumenta.
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Indicador não cumulativo
Estratificação	Por CNES / Centro de Especialidades Odontológicas habilitado pelo Ministério da Saúde
Critérios de análise	Ressalta-se que o número de usuários na fila de espera não é uma constante e, por tanto, pode interferir de forma positiva ou negativa sem necessariamente retratar o desempenho dos servidores, e sim, do serviço geral em termos de qualidade de acesso do usuário. Por exemplo: O número de primeiras consultas mantém uma média mensal (dentro do limite da capacidade técnica) mas a fila de espera aumenta.

Indicador relacionado/referências	Portaria de consolidação nº5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que define os procedimentos que devem ser realizados por especialidade no CEO tipo I, II e III. De acordo com essa portaria, cada CEO para se manter habilitado, além de apresentar a estrutura especificada pelo Ministério da Saúde, deve apresentar uma produção mínima mensal, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS
Observações/Comentários	Necessário, em conjunto, o monitoramento da correta inclusão dos pacientes na fila de espera para as especialidades odontológicas.
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/COASIS/DASIS
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO
Área Responsável Técnica na Região	NCAIS/GPMA/GSAS/DIRASE e CEO/GSAS/DIRASE
Área Responsável Gerencial na Região	DIRASE

Ficha do indicador: **19** Total de Notificações de eventos adversos relacionados à Segurança do Paciente

Campo	Especificação
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	
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 consequentemente 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: **20** Porcentagem de leitos dos hospitais das Regiões com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada

Campo	Especificação
Título	Porcentagem de leitos dos hospitais das Regiões com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.
Descrição	Porcentagem de leitos dos hospitais das Regiões com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada no ano corrente
Conceituação	Número de leitos hospitalares passíveis de implementação da dose individualizada. A Dose individualizada é um sistema de distribuição de medicamentos por paciente para 24 horas, conforme prescrição médica, que tem como vantagem maior segurança na distribuição, diminuição dos estoques periféricos e maior controle de estoque. Acompanhamento da implementação da dose individualizada nos hospitais, levantando as dificuldades e necessidades para obtenção de 100% de implementação. Leitos passíveis: leito em utilização e passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado (MS. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. 2002. Brasília-DF).
Interpretação	Melhor gestão de estoque, economia e uso racional de medicamentos.
Usos	Melhor gestão do estoque, economia e uso racional de medicamentos. Acompanhamento da implementação da dose individualizada nos hospitais, levantando as dificuldades e necessidades para obtenção de 100% de implementação.
Limitações	Variação do nº de leitos ativos ao longo do período.
Fonte	Planilha de Excel local
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de leitos com dose individualizada}}{\text{nº total de leitos passíveis de implementação de dose individualizada}} \times 100$
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº de leitos com a dose individualizada implantada. Denominador: Nº total de leitos passíveis de implantação de dose individualizada. Multiplicador: 100.
Periodicidade de atualização	Mensal

Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	100%
Fonte do parâmetro	Núcleos de Farmácia Hospitalar
Polaridade	Quanto maior, melhor
Visibilidade	Privada
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Distrital, CNES, Região de Saúde
Critérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Não há
Observações/Comentários	Não se aplica
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES/DIASF/GAF AE
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES/DIASF
Área Responsável Técnica na Região	SES/SAIS/CATES/DIASF
Área Responsável Gerencial na Região	SES/SAIS/CATES/DIASF

Ficha do indicador: **21** Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF

Campo	Especificação
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 intersectorialidade; 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	$\text{Res} = (\text{Sres}/\text{Sres}+\text{Nres}) \times 100$ Legendas: Res = Índice de resolutividade das manifestações de ouvidoria; SRes = Manifestações avaliadas como resolvidas; NRes = Manifestações avaliadas como Não Resolvidas.
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).
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Bimestral
Periodicidade de apuração	Instantânea
Unidade de medida	Percentual
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: **22** Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
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 à 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	$\left(\frac{\text{Valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC no mês} - \text{valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC na linha de base}}{\text{valor da produção processada e aprovada no tipo de financiamento MAC na linha de base}} \right) \times 100$
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 apura	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 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 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: **23** Percentual de desempenho da gestão de custos

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
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 Excel.)
Fórmula de cálculo	Média das duas últimas etapas do processo da gestão de custos (3ª etapa - Preenchimento do ApuraSUS; e, 4ª etapa - Análise Crítica)

Metodologia de Cálculo	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: 1ª Alinhamento Conceitual (capacitações, reuniões, gestores, e servidores); 2ª Diagnóstico da Unidade (mapeamento de dados, mapa de relacionamento); 3ª Sistematização da Informação (pessoal, material de consumo, terceiros, e despesas gerais); e, 4ª Análise Crítica (matriz, validação, e relatórios gerais). 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.
Periodicidade de atualização	Mensal *Apuração com 01 mês de defasagem.
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Mensal
Unidade de medida	(%) percentual
Parâmetro	Não se aplica
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Positiva
Visibilidade	Transparência
Indicador acumulativo	SIM
Estratificação	DISTRITAL
Critérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Não se aplica
Área Responsável Técnica na ADM	GEC/DGR

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: **24** Índice de absenteísmo

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
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, consequentemente, 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 gerencias extraídos do Sistema Forponto e SIGRHWeb
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº Mensal de horas ausentes dos servidores (exceto férias, licença prêmio, abono)}}{\text{N.º mensal de horas contratadas}} * 100$
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 monitoram	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/referente	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 ADMC	Não se aplica
Área Responsável Gerencial ADMC	Não se aplica