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

# CADERNO DE ORIENTAÇÕES
# Acordo de Gestão Local - AGL
# Atenção Hospitalar

V.9
JUNHO/2025

# Caro Gestor,

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

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

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

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

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

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

**Equipe da Gerência de Contratualização Regionalizada**

# Índice

**Matriz de Responsabilidade**.....5
**Fluxo de Coleta e Registro de Dados**..... 8
**Descrição do Fluxo de Coleta e Registro dos Dados**..... 9
**Anexo 1**..... 15
**Orientações para realizar Análise dos Resultados**.....15
**Anexo 2**..... 17
**Modelo de Notificação**..... 17
**Matriz de Metas e Indicadores AGL Hospitalar - Vigência 2025**..... 18
**1. Ficha dos Indicadores e Orientações de Coleta**..... 20
**Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente**..... 22
Indicador 1: Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN..... 22
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta dos dados do indicador..... 23
Indicador 2: Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN..... 46
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 47
Indicador 3: Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação..... 69
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 70
Indicador 4: Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação... 71
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 72
Indicador 5: Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura..... 73
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 74
**Atenção a Saúde**..... 75
Indicador 6: Taxa de tomografias pendentes de confirmação.....75
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 76
Indicador 7: Taxa de Ocupação Operacional..... 77
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 79
Indicador 8: Índice de giro de leitos..... 80
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 82
Indicador 9: Percentual de partos normais por ocorrência.....83
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 84
Indicador 10: Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)..... 85
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 86
Indicador 11: Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC).....89
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 90
Indicador 12.0.1: Tempo Médio de Permanência em leitos de UTI Geral adulto até a alta médica.....93
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 94
Indicador 12.0.2: Tempo Médio de Permanência em leitos de UTI Geral adulto até a alta administrativa.. 95

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 96
Indicador 12.1: Tempo Médio de Permanência em leitos de UTI Pediátrica.....97
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 98
Indicador 13: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas..... 99
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 100
Indicador 15: Percentual de leitos dos hospitais com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.....102
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 103
Indicador 16: Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica..... 104
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 105
**Gestão do trabalho e Educação em Saúde.....106**
Indicador 17: Número de ações educativas promovidas pelos NEPS na Unidade Hospitalar..... 106
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....107
Indicador 18: Número de projetos de pesquisa na Unidade Hospitalar.....108
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 109
**Gestão..... 110**
Indicador 19: Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente..... 110
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 112
Indicador 20: Percentual de Não Conformidades Resolvidas.....113
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 114
Indicador 21: Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar.....115
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 117
Indicador 22: Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.....119
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado..... 120
**Histórico de Atualizações do Caderno de Orientações AGL Atenção Hospitalar..... 123**

# Matriz de Responsabilidade

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

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

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

A coordenação central do processo de Monitoramento e Avaliação dos Acordos de Gestão é realizada pela Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde (DIMOAS) e pela sua Unidade subordinada, a Gerência de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão (GEMAG).

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

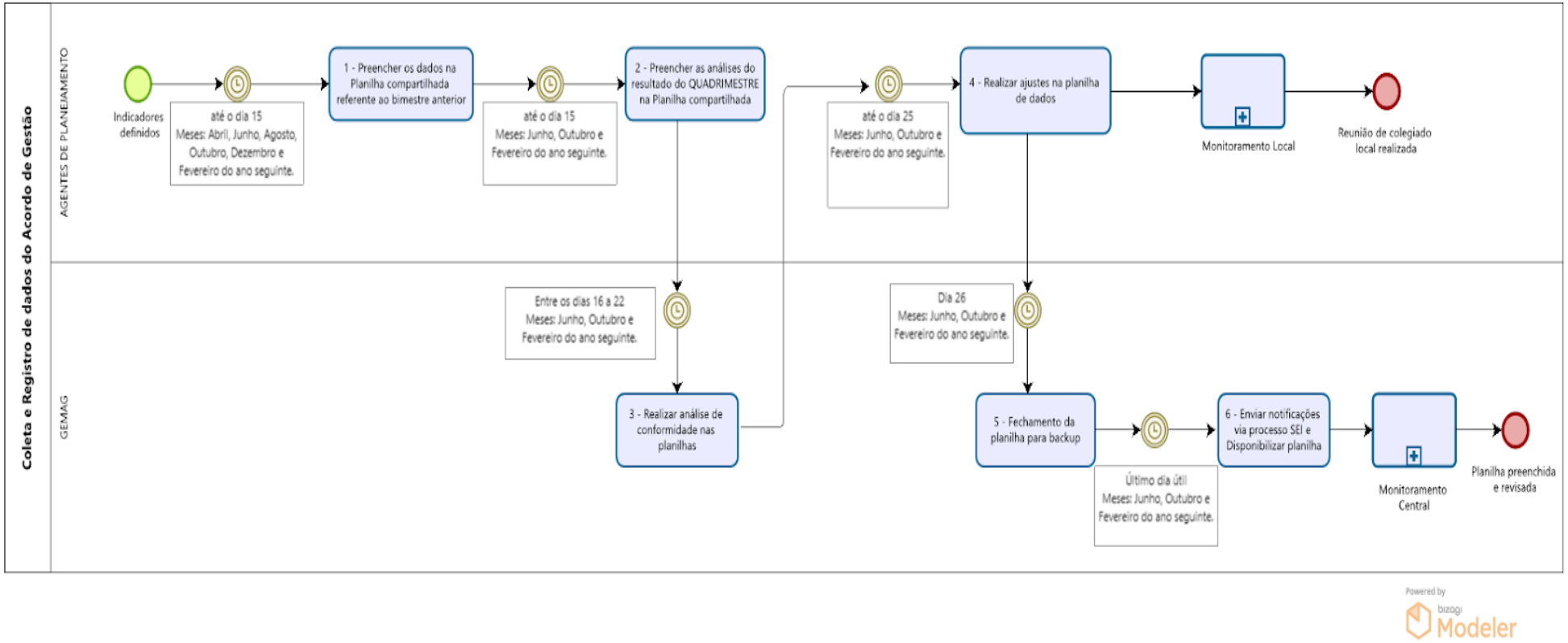
Assim, com o intuito de atribuir o nível de responsabilidade de cada uma das partes envolvidas no processo, apresenta-se a matriz de responsabilidade:

| | |
|---|---|
| **Gerência de Contratualização Regionalizada - GCR**<br>SUPLANS/CPLAN/DIPLAN<br><br>**Área**<br>**Gerência de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão** | **Quanto à implantação:**<br>● Elaborar e atualizar a matriz de indicadores e metas;<br>● Elaborar e atualizar o caderno de orientações anual;<br>● Apoiar na realização dos cursos de capacitação;<br>● Apoiar na realização de oficinas para definição dos indicadores;<br>● Organizar cerimônia de assinatura dos Acordos de Gestão;<br>● Elaborar as minutas dos acordos e disponibilizá-las para assinatura;<br><br>**Quanto ao monitoramento:**<br>● Monitorar periodicamente a coleta e registro de dados com as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital (URDs) ;<br>● Apoiar, como intermediador, na realização dos colegiados quadrimestrais para apresentação dos resultados pelas Regiões às áreas técnicas;<br>● Elaborar os boletins quadrimestrais com os destaques;<br>● Disponibilizar planilha para coleta e registro de dados. |
| **Área**<br>**Técnica do Nível de Atenção** | **Quanto à implantação:**<br>● Propor cronograma de atividades, datas de oficinas, entre outros;<br>● Propor a capacitação com os temas apropriados;<br>● Organizar os temas e grupos para a oficina de levantamento dos indicadores a serem pactuados;<br>● Analisar os indicadores levantados pelas áreas durante a oficina, definindo os indicadores e metas que serão pactuados no acordo.<br><br>**Quanto ao monitoramento:**<br>● Participar dos colegiados quadrimestrais da apresentação dos resultados pelas regiões, propondo ações e apoiando nas discussões;<br>● Definir os destaques para elaboração do Boletim. |
| | **Quanto à implantação:**<br>Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em |

| | |
|---|---|
| **GPMA** | conjunto com os gestores e servidores das unidades contratualizadas.<br><br>**Quanto ao monitoramento:**<br>● Coletar os dados periodicamente e manter a planilha atualizada;<br>● Apoiar as unidades na elaboração dos planos de ação, consolidar e disponibilizar à Gerência de Monitoramento e Avaliação;<br>● Monitorar a execução das ações descritas no plano de ação;<br>● Apresentar resultados nos colegiados regionais e colegiados quadrimestrais. |
| **ASPLAN** | **Quanto ao monitoramento:**<br>● Estabelecer fluxo com GPMA para alimentação periódica dos dados;<br>e apresentação nos colegiados bimestrais e quadrimestrais. |
| **Gestor da Unidade contratualizada** | **Quanto à implantação:**<br><br>● Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em conjunto com a GPMA.<br><br>**Quanto ao monitoramento:**<br>● Disponibilizar dados dos indicadores para o GPMA incluir nas ferramentas de monitoramento;<br>● Elaborar planos de ação. |

# Fluxo de Coleta e Registro de Dados

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



# Descrição do Fluxo de Coleta e Registro dos Dados

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

**1. Descrição:**

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

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

a) GPMA Hospitalar.

**3. Tarefas:**

a) Até o dia 15, nos meses de abril, junho, agosto, outubro, dezembro e fevereiro do ano seguinte, coletar os dados de cada indicador, referente ao bimestre anterior, conforme orientação no Caderno de Orientações AGL da Atenção Hospitalar do ano vigente;

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

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

**4. Documentação/Ferramenta necessária:**

a) Caderno de Orientações do AGL da Atenção Hospitalar do ano vigente;
b) Planilha disponibilizada no drive;
c) Anexo 1 – Orientações para realizar análise do resultado.

**5. Documentação/Ação gerada:**

a) Planilha preenchida.

Obs: As responsabilidades pela coleta dos dados em cada Unidade subordinada deve ser definida internamente na Região de Saúde, desde que respeite os prazos definidos no **Fluxo de Coleta e Registro de Dados** da GCR.

## Passo 2: Realizar a análise de conformidade nas planilhas

1. **Descrição:**

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

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

a) GEMAG;

3. **Tarefas:**

a) Entre os dias 16 a 22, nos meses de junho, outubro e fevereiro do ano seguinte, analisar os dados quadrimestrais preenchidos nas planilhas das Regiões e URDs, buscando identificar inconsistência de dados ou ausência de registro nas células: Numerador, Denominador e Análise do Resultado;

b) Incluir comentário na planilha solicitando os ajustes necessários.

c) Verificar se os dados estão alimentados nos meses previstos para alimentação (com exceção dos indicadores com delay) se não estiver justificado na Análise do Resultado, incluir comentário solicitando o preenchimento;

d) Em caso de indicadores acumulativos verificar se estão alimentados de forma correta;

e) Analisar se a "análise do resultado" preenchida expressa informações quanto ao comportamento do resultado, de forma que seja informado dificuldades, avanços e ações que estão sendo realizadas e não apenas a descrição do resultado;

f) Análises que estiverem só o número do processo SEI, notificar sobre a importância de informar o teor do processo que se refere aos dados.

4. **Documentação/Ferramenta necessária:**

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

5. **Documentação/Ação gerada:**

a) Planilha preenchida.

## Passo 3: Realizar ajustes na planilha de dados

1. **Descrição:**

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

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

a) GPMA da Atenção Hospitalar.

3. **Tarefas:**

a) Até o dia 25, nos meses de junho, outubro e fevereiro do ano seguinte, analisar os comentários solicitando ajustes nas planilhas, realizando os ajustes necessários.

4. **Documentação/Ferramenta necessária:**

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

5. **Documentação/Ação gerada:**

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

## Passo 4: Realizar Fechamento da planilha para Backup

1. **Descrição:**

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

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

a) GEMAG.

3. **Tarefas:**

a) No dia 26, nos meses de junho, outubro e fevereiro do ano seguinte, realizar bloqueio de edição nas planilhas compartilhadas;

b) Fazer backup de todas as planilhas;

4. **Documentação/ ferramenta necessária:**

a) Planilha disponibilizada no drive.

5. **Documentação/ação gerada:**

a) Backup das planilhas realizadas.

## Passo 5: Realizar a Disponibilização da Planilha

1. **Descrição:**

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

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

a) GEMAG.

3. **Tarefas:**

a) No último dia útil, nos meses de junho, outubro e fevereiro do ano seguinte, realizar a disponibilização para edição nas planilhas compartilhadas;

b) Liberar o acesso aos Agentes de Planejamento na planilha compartilhada.

4. **Documentação/Ferramenta necessária:**

a) Planilha disponibilizada no drive.

5. **Documentação/Ação gerada:**

a) Disponibilização da planilha no drive.

## Passo 6: Enviar Notificações via Processo SEI

1. **Descrição:**

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

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

a) GEMAG.

3. **Tarefas:**

a) Com a planilha compartilhada bloqueada;

b) Entre os dias 26 e último dia, nos meses de junho, outubro e fevereiro do ano seguinte, identificar as células que não foram preenchidas na planilha compartilhada de preenchimento do AGL;

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

d) Solicitar assinatura da Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde (DIMOAS) e da Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional (CPLAN) e encaminhar à Subsecretaria de Planejamento em Saúde (SUPLANS), que irá proceder com o envio da notificação à Região.

4. **Documentação/Ferramenta necessária:**

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

5. **Documentação/Ação gerada:**

a) Notificação elaborada;

b) Memorando preenchido e encaminhado;

c) Anexo 2 - Modelo de Notificação.

# Anexo 1

## Orientações para realizar Análise dos Resultados

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

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

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

> *Comparando os resultados ao longo do ano, houve uma queda de 50% com tendência decrescente, melhorando ainda mais o resultado do indicador. (Polaridade menor melhor)*
>
> *Ao longo do ano, não houve muita diferença entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo dos 50% (Polaridade menor melhor)*
>
> Resultado positivo, com leve aumento nos últimos meses do ano, com tendência crescente.
>
> *Manteve média anual de 60% com desvio padrão de até + 27% e - 13%.*

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

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

> *Comparado ao ano anterior, caiu o número de internações, bem como também o número de óbitos. Na desagregação dos resultados dos dois prontos socorros da região, observa-se que ambos os hospitais conseguiram superar a meta pactuada, dado as devidas ressalvas anteriores.*
>
> *Os Processos de trabalho foram fortalecidos e aperfeiçoados durante todo o ano para uma melhoria na assistência e qualificação da equipe. Dificuldades com equipamentos, estrutura física e RH ainda são fatores limitantes.*
>
> *Houve melhora significativa dos processos de trabalho e aumento de RH no setor responsável na unidade X, unidade que mais impactava no indicador, sendo possível melhoria dos índices a partir de então até o fim do ano e com perspectivas de estabilidade.*

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

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

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

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

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

a) **Relato da tendência do indicador no mês analisado com o mês posterior** – (Este resultado é bom? É adequado para alcançar a meta?);

b) **Quais ações foram realizadas durante o mês para alcançar o resultado** – (O que resultou neste número? Houve alguma melhoria e/ou ação preventiva? Foi preciso intervenção de outro processo? Qual intervenção? Qual processo?);

c) **Quais as ações a serem realizadas para melhorar o resultado desejado?** – (Que ações devemos tomar para chegar ao resultado que queremos no próximo ciclo? Vamos precisar da intervenção de outro processo? Qual intervenção? Qual processo?);

d) **Fato** – Apresentar por escrito o que representa o resultado; analisar se as ações propostas anteriormente tiveram impacto no resultado e evidenciar o objetivo estratégico da organização, relacionado ao resultado;

e) **Causa** - Realizar o levantamento de causas que estão contribuindo para o resultado; quantificá-los sempre que possível; destacar se há algum outro indicador relacionado com o resultado; destacar se o resultado é fruto de interação de processos. Analisar a causa de maior impacto e/ou gravidade (se necessário utilizar as ferramentas da qualidade – Diagrama de Ishikawa e 5 porquês, para identificar a causa raiz);

f) **Oportunidades e/ou Ameaças** – Descrever quais as oportunidades e ameaças o resultado do indicador poderá trazer para a organização.

g) **Ações de Seguimento** – A ação planejada deve correlacionar com a causa raiz identificada.

# Anexo 2

# Modelo de Notificação

À SUPLANS,

Senhor Subsecretário,

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

Respeitosamente,

**Minuta para Notificação da Atenção Hospitalar**

Senhor Superintendente,

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

| UNIDADE | INDICADOR | MÊS | SITUAÇÃO |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

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

# Matriz de Metas e Indicadores AGL Hospitalar - Vigência 2025

| Matriz de Metas - 2025 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | TEMA | INDICADOR | HRAN | HRGU | HRL | HRS | HRPL | HRC | HRBZ | HRSAM | HRT | HRG |
| 1 | Gestão da qualidade e segurança do paciente | Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN. | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** |
| 2 | Gestão da qualidade e segurança do paciente | Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** |
| 3 | Gestão da qualidade e segurança do paciente | Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação. | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** |
| 4 | Gestão da qualidade e segurança do paciente | Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** | **77%** |
| 5 | Gestão da qualidade e segurança do paciente | Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** |
| 6 | Atenção à saúde | Taxa de tomografias pendentes de confirmação. | **20%** | **20%** | **20%** | **20%** | **20%** | **20%** | **20%** | **20%** | **20%** | **20%** |
| 7 | Atenção à saúde | Taxa de Ocupação Operacional (enfermaria clínica médica). | **Entre 80% e 85%** | **Entre 80% e 85%** | **Entre 80% e 85%** | **Entre 80% e 85%** | **Entre 80% e 85%** | **Entre 80% e 85%** | **Entre 80% e 85%** | **Entre 80% e 85%** | **Entre 80% e 85%** | **Entre 80% e 85%** |
| 8 | Atenção à saúde | Índice de Giro de Leitos (enfermaria clínica médica) | **1,5** | **1,5** | **1,5** | **1,5** | **1,5** | **1,5** | **1,5** | **1,5** | **1,5** | **1,5** |
| 9 | Atenção à saúde | Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos) | **48%** | **N/A** | **47,5%** | **52%** | **62%** | **57%** | **55%** | **60%** | **49%** | **57%** |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | Atenção à saúde | Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) | **6,5%** | **10%** | **6,5%** | **6,5%** | **6,5%** | **6,5%** | **6,5%** | **6,5%** | **6,5%** | **6,5%** |
| 11 | Atenção à saúde | Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE) | **14,53%** | **14,53%** | **14,53%** | **14,53%** | **14,53%** | **14,53%** | **14,53%** | **14,53%** | **14,53%** | **14,53%** |
| 12.0.1 | Atenção à saúde | Tempo médio de permanência em leitos de UTI adulto até a alta médica | **10 dias** | **N/A** | **10 dias** | **10 dias** | **N/A** | **10 dias** | **N/A** | **10 dias** | **10 dias** | **10 dias** |
| 12.0.2 | Atenção à saúde | Tempo médio de permanência em leitos de UTI adulto até a alta administrativa | **12 dias** | **N/A** | **12 dias** | **12 dias** | **N/A** | **12 dias** | **N/A** | **12 dias** | **12 dias** | **12 dias** |
| 12.1 | Atenção à saúde | Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **10 dias** | **N/A** |
| 13 | Atenção à saúde | Percentual de suspensão de cirurgias eletivas | **9%** | **N/A** | **2%** | **18%** | **14%** | **6%** | **21%** | **11%** | **12%** | **8%** |
| 15 | Atenção à saúde | Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** |
| 16 | Atenção à saúde | Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica | **15%** | **15%** | **15%** | **15%** | **15%** | **15%** | **15%** | **15%** | **15%** | **15%** |
| 17 | Gestão do trabalho e Educação em Saúde | Número de ações educativas promovidas pelos NEPS na Unidade Hospitalar | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** |
| 18 | Gestão do trabalho e Educação em Saúde | Número de projetos de pesquisa na Unidade Hospitalar. | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** |
| 19 | Gestão | Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** | **90%** |
| 20 | Gestão | Percentual de Não Conformidades Resolvidas | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** | **Monit.** |
| 21 | Gestão | Percentual de resolutividade de manifestações de ouvidoria na unidade hospitalar | **39%** | **38%** | **38%** | **32%** | **41%** | **35%** | **34%** | **38%** | **33%** | **40%** |
| 22 | Gestão | Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares. | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** |

# 1. Ficha dos Indicadores e Orientações de Coleta

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

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

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

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

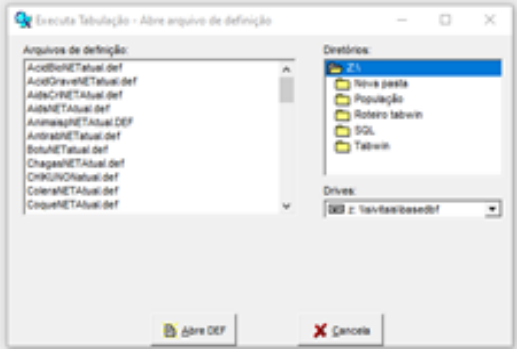
# Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

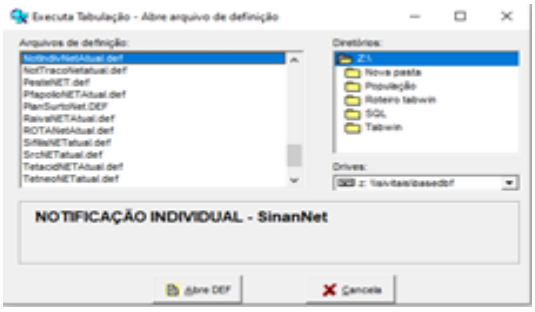
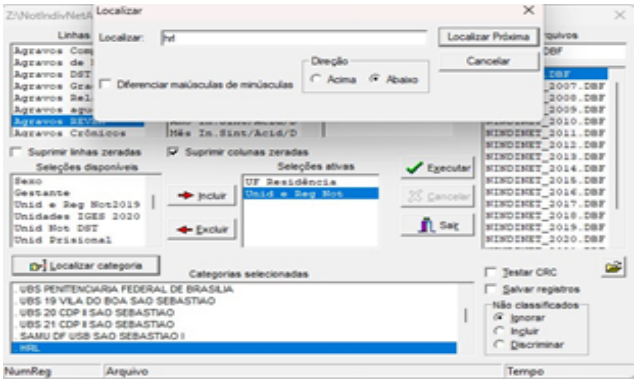
## Indicador 1: Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN

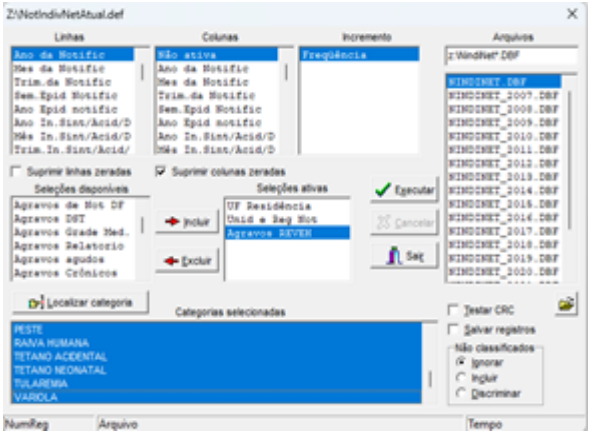
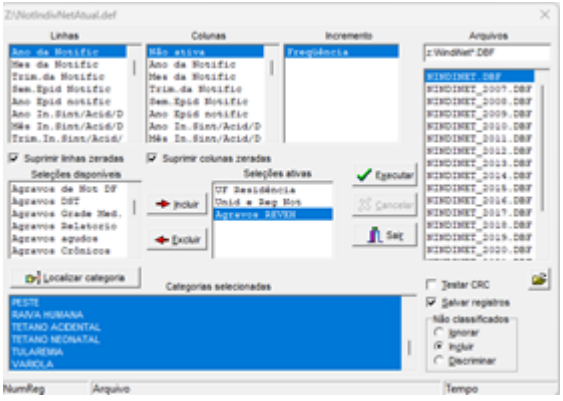
| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES | |
|---|---|
| **Código** | 1 |
| **Pactuações** | AGL HOSPITALAR |
| **Indicador** | Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no Sinan. |
| **Conceituação** | Este indicador representa a capacidade de detecção de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

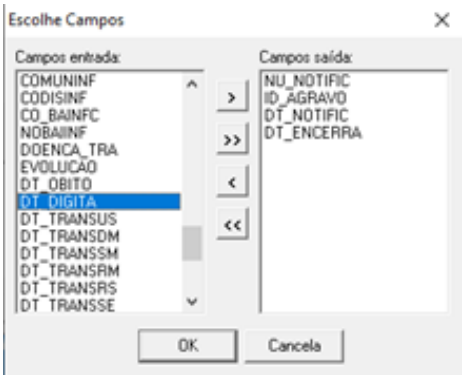
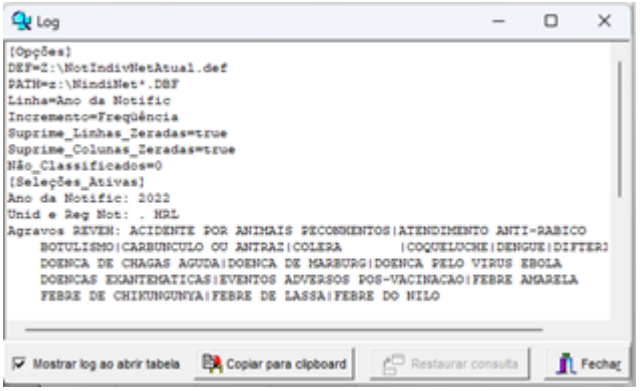
## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta dos dados do indicador

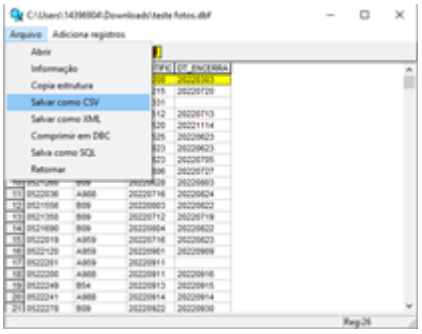
| Acordo de Gestão Local – AGL | |
|---|---|
| **TEMA** | AGL Hospitalar. Grupo 4: Vigilância em saúde, Segurança do paciente |
| **INDICADOR** | Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no Sinan. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR** | |
| **Passo a passo para coletar o Numerador** | |
| **1** | As Doenças de Notificação Compulsória Imediata objeto de análise desse indicador (PORTARIA Nº 508, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2023) são as seguintes:<br><br>1. Acidente por animal peçonhento<br>2. Botulismo<br>3. Cólera<br>4. Coqueluche<br>5. Dengue – Óbitos<br>6. Difteria<br>7. Doença de Chagas Aguda<br>8. Doença Meningocócica e outras meningites<br>9. Antraz pneumônico<br>10. Tularemia<br>11. Varíola<br>12. Arenavírus<br>13. Ebola<br>14. Marburg<br>15. Lassa<br>16. Febre purpúrica brasileira<br>17. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante<br>18. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika<br>19. Febre Amarela<br>20. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya<br>21. Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública<br>22. Febre Maculosa e outras Riquetsioses<br>23. Febre Tifóide<br>24. Hantavirose<br>25. Leptospirose<br>26. Malária na região extra-Amazônica<br>27. Poliomielite por poliovírus selvagem<br>28. Peste<br>29. Raiva humana<br>30. Sarampo<br>31. Rubéola<br>13. Ebola<br>14. Marburg<br>15. Lassa<br>16. Febre purpúrica brasileira<br>17. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante |

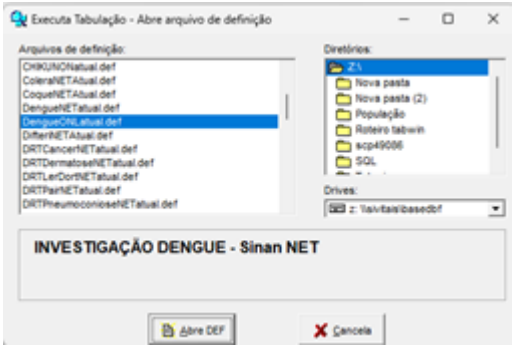
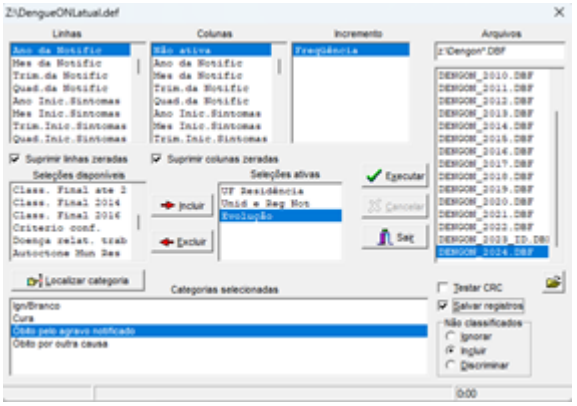
| | |
|---|---|
| | 18. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika<br>19. Febre Amarela<br>20. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya<br>21. Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública<br>22. Febre Maculosa e outras Riquetsioses<br>23. Febre Tifóide<br>24. Hantavirose<br>25. Leptospirose<br>26. Malária na região extra-Amazônica<br>27. Poliomielite por poliovírus selvagem<br>28. Peste<br>29. Raiva humana<br>30. Sarampo<br>31. Rubéola<br>32. Síndrome da Paralisia Flácida Aguda<br>33. Tétano Acidental<br>34. Tétano Neonatal<br>35. Violência sexual e tentativa de suicídio. |
| **2** | Abrir o Tabwin; |
| **3** | Clicar no item “Executar tabulação”; |
| **4** | No campo “Drives” selecionar o diretório “Z” (\\sivitais\basedbf);<br>  <br> |

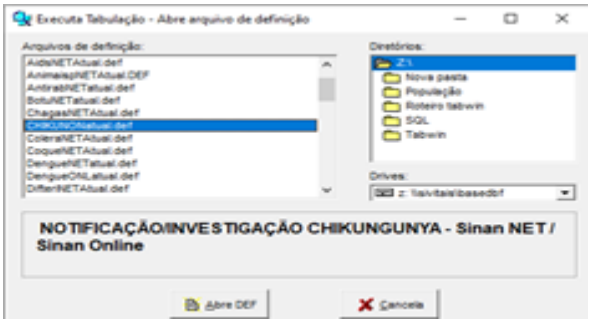
| | |
|---|---|
| **5** | Para os agravos do SINAN no “NotIndiv” - No campo “Arquivos de definição” selecione “NotIndivNetAtual.def” que é o banco de notificações individuais;<br>  <br> |
| **6** | Clique em “Abre DEF”; |
| **7** | No campo “Linhas” clique em “Ano de Notific”; |
| **8** | No campo “Seleção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

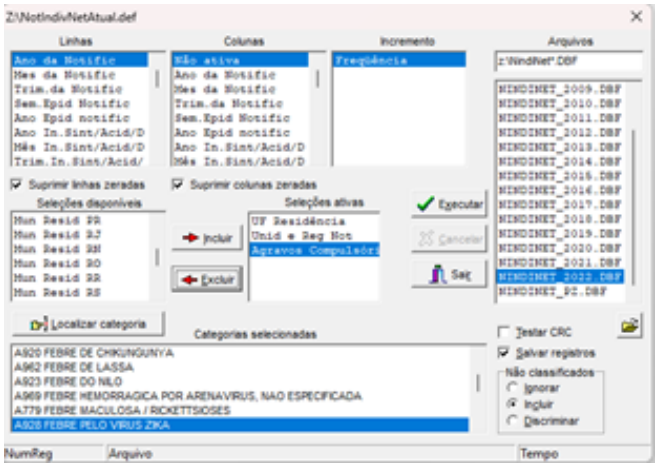
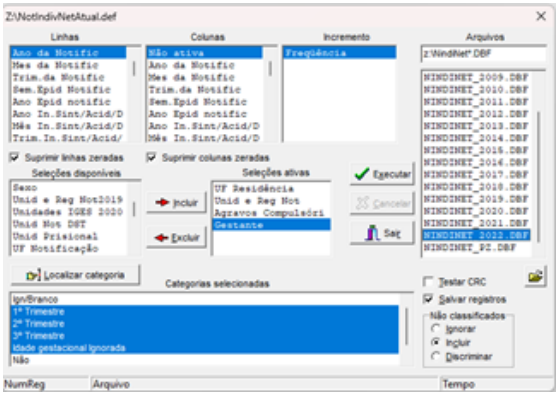
| | |
|---|---|
| **14** | No campo “Categorias selecionadas” selecione todas as doenças listadas;<br>  <br> |
| **15** | No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse; |
| **16** | Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e na caixa de “Não classificados”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

| | |
|---|---|
| **20** | Repita o processo com os campos: “ID_AGRAVO”, DT_NOTIFIC” e “DT_ENCERRA”;<br>  <br> |
| **21** | Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus; |
| **22** | Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção em uma aba da Planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”;<br>  <br> |

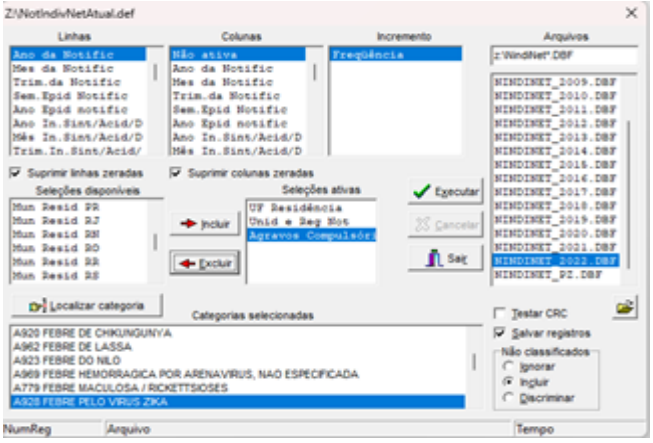
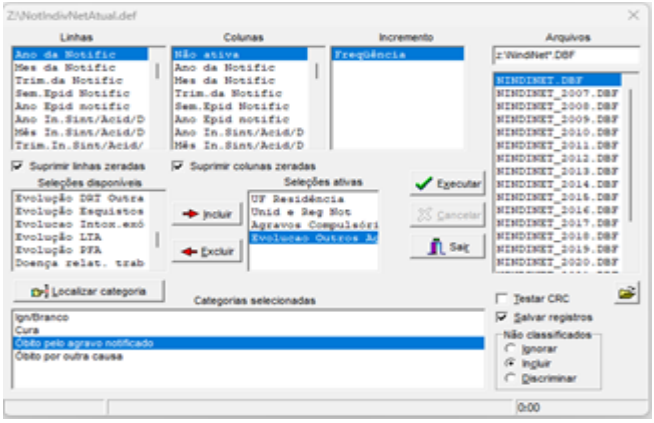
| | |
|---|---|
| **23** | Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa;<br>  <br> |

| | |
|---|---|
| **24** | Para óbitos de dengue - No campo “Arquivos de definição” selecione o agravo Dengue “DengueONatual.def”;   |
| **25** | Clique em “Abre DEF”; |
| **26** | No campo “Linhas” selecione “Ano da Notific”; |
| **27** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir”; |
| **28** | No campo “Categorias selecionadas” será listada vários Estados, selecione “Distrito Federal”; |
| **29** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir”; |
| **30** | No campo “Categorias selecionadas” será listada várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”; |
| **31** | Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse; |
| **32** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Evolução” e depois na seta “Incluir”; |
| **33** | No campo “Categorias selecionadas” selecione “Óbito pelo agravo notificado”; |
| **34** | No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse; |
| **35** | Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e na caixa de “Não classificados” selecione “Incluir”;   |
| **36** | Clique em Executar; |
| **37** | Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”; |
| **38** | Uma caixa de “Escolher campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”; |
| **39** | Repita o processo com os campos: “ID_AGRAVO”, DT_NOTIFIC” e “DT_ENCERRA”; |
| **40** | Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus; |

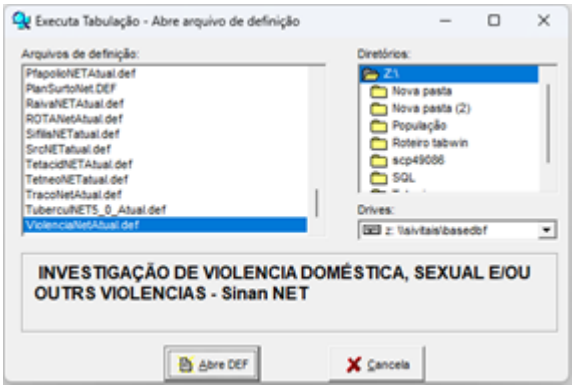
| | |
|---|---|
| **41** | Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção em uma aba da Planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”; |
| **42** | Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa; |
| **43** | Se aparecer a mensagem “Todas as linhas foram suprimidas por conter zeros” significa que não há notificação de óbito por Dengue e portanto esse agravo não irá entrar no somatório do indicador; |
| **44** | Para óbito por Chikungunya - No campo “Arquivos de definição” selecione o agravo Chikungunya “CHIKUONatual.def”   |
| **45** | Repita o passo a passo dos itens 25 a 43; |
| **46** | Para Zika em gestante - No campo “Arquivos de definição” selecione “NotIndivNetAtual.def” que é o banco de notificações individuais; |
| **47** | Clique em “Abre DEF”; |
| **48** | No campo “Linhas” selecione “Ano da Notific”; |
| **49** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir”; |
| **50** | No campo “Categorias selecionadas” será listada vários Estados, selecione “Distrito Federal”; |
| **51** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir”; |
| **52** | No campo “Categorias selecionadas” serão listadas várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”; |
| **53** | Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse; |
| **54** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Agravos Compulsóri” e depois na seta “Incluir”; |
| **55** | No campo “Categorias selecionadas” serão listadas várias doenças. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”; |

| | |
|---|---|
| **56** | Na caixa “Localizar” digite “A928” e clique em “Localizar Próxima”. Em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada o agravo “Doença Aguda pelo vírus Zika”;   |
| **57** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Gestante” e depois na seta “Incluir”; |
| **58** | No campo “Categorias selecionadas” selecione “1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre; Idade gestacional ignorada”;   |
| **59** | No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse; |
| **60** | Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e na caixa de “Não classificados” selecione “Incluir”; |
| **61** | Clique em Executar; |
| **62** | Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”; |
| **63** | Uma caixa de “Escolher campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o iten “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”; |
| **64** | Repita o processo do item 63 com os campos: “ID_AGRAVO”, DT_NOTIFIC” “DT_ENCERRA”; |
| **65** | Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus; |
| **66** | Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção em uma aba da Planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”; |
| **67** | Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa; |
| **68** | Se aparecer a mensagem “Todas as linhas foram suprimidas por conter zeros” significa que não há notificação de Zika em gestante e portanto esse agravo não irá entrar no somatório do indicador; |
| **69** | Para óbito por Zika - No campo “Arquivos de definição” selecione “NotIndivNetAtual.def” que é o banco de notificações individuais; |

| | |
|---|---|
| **70** | Clique em “Abre DEF”; |
| **71** | No campo “Linhas” selecione “Ano da Notific”; |

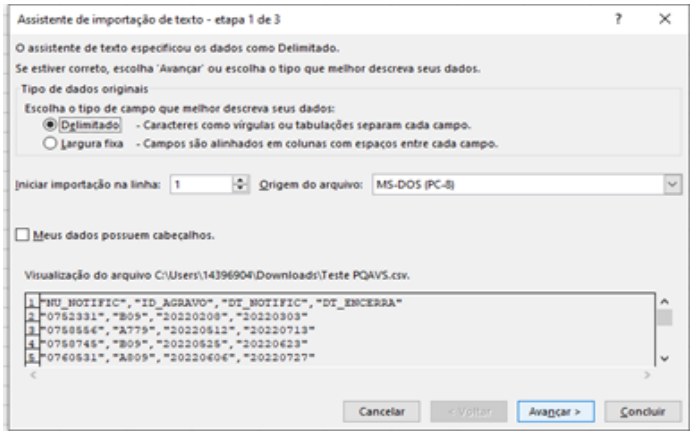
| | |
|---|---|
| **72** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir”; |
| **73** | No campo “Categorias selecionadas” será listada vários Estados, selecione “Distrito Federal”; |
| **74** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir”; |
| **75** | No campo “Categorias selecionadas” serão listadas várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”; |
| **76** | Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse; |
| **77** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Agravos Compulsóri” e depois na seta “Incluir”; |
| **78** | No campo “Categorias selecionadas” serão listados vários agravos. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”; |
| **79** | Na caixa “Localizar” digite “A928” e clique em “Localizar Próxima”. Em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada o agravo “Febre pelo vírus Zika”;  |
| **80** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Evolução outros agravos” e depois na seta “Incluir”; |
| **81** | No campo “Categorias selecionadas” selecione “Óbito pelo agravo notificado”; |
| **82** | No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse; |
| **83** | Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e na caixa de “Não classificados” selecione “Incluir”; |
| **84** | **Clique em Executar;**  |

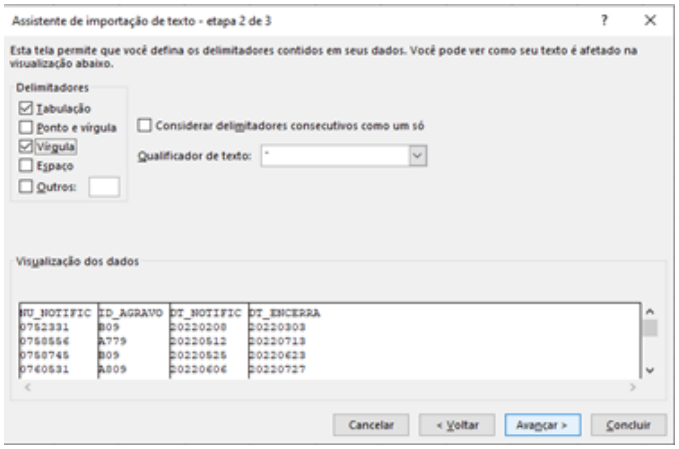
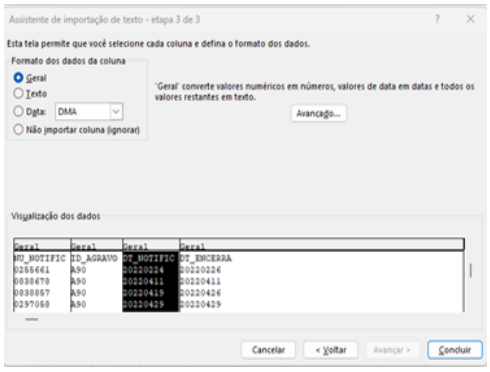
| | |
|---|---|
| **85** | Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”; |
| **86** | Uma caixa de “Escolher campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”; |
| **87** | Repita o processo do item 86 com os campos: “ID_AGRAVO”, DT_NOTIFIC” “DT_ENCERRA”; |
| **88** | Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus; |
| **89** | Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção em uma aba da Planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”; |
| **90** | Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa; |
| **91** | Se aparecer a mensagem “Todas as linhas foram suprimidas por conter zeros” significa que não há notificação de óbito por Zika e portanto esse agravo não irá entrar no somatório do indicador; |

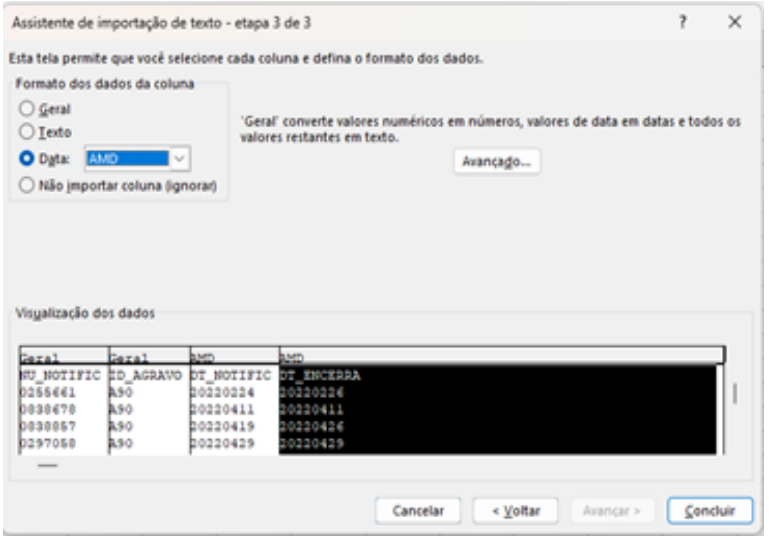
| | |
|---|---|
| **92** | Para violência sexual - No campo “Arquivos de definição” selecione “ViolenciaNetAtual” que é o banco de notificações de violência; |
| **93** | Clique em “Abre DEF”;   |
| **94** | No campo “Linhas” selecione “Ano da Notific”; |
| **95** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir”; |
| **96** | No campo “Categorias selecionadas” será listada vários Estados, selecione “Distrito Federal”; |
| **97** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Ano da Notific” e depois na seta “Incluir”; |
| **98** | No campo “Categorias selecionadas” será listada vários anos, selecione “2024”; |
| **99** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir”; |
| **100** | No campo “Categorias selecionadas” serão listadas várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”; |

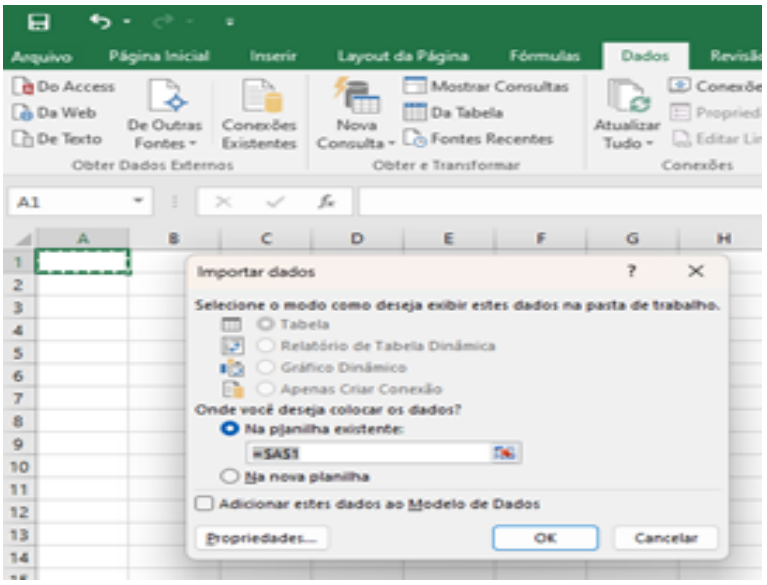
| | |
|---|---|
| **101** | Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse; |
| **102** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Viol Sexual” e depois na seta “Incluir”; |
| **103** | No campo “Categorias selecionadas” selecione “Sim”; |
| **104** | No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse; |
| **105** | Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e na caixa de “Não classificados” selecione “Incluir”; |
| **106** | Clique em Executar; |
| **107** | Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”; |
| **108** | Uma caixa de “Escolher campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o iten “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”; |
| **109** | Repita o processo 108 com os campos: “ID_AGRAVO”, DT_NOTIFIC” e “DT_ENCERRA”; |
| **110** | Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus; |
| **111** | Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção em uma aba da Planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”; |
| **112** | Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa; |
| **113** | Se aparecer a mensagem “Todas as linhas foram suprimidas por conter zeros” significa que não há notificação violência sexual e portanto esse agravo não irá entrar no somatório do indicador; |
| **114** | Para tentativa de autoextermínio - No campo “Arquivos de definição” selecione “ViolenciaNetAtual” que é o banco de notificações de violência; |
| **115** | Repita os passos 93 a 101; |
| **116** | o campo “Seleção disponíveis” clique em “Lesao auto provoc” e depois na seta “Incluir”; |

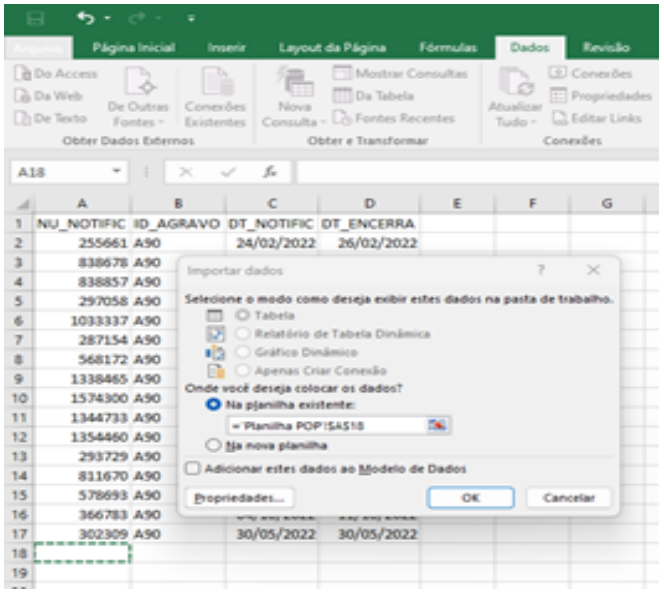
| | |
|---|---|
| **117** | No campo “Categorias selecionadas” selecione “Sim”; |
| **118** | No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse; |

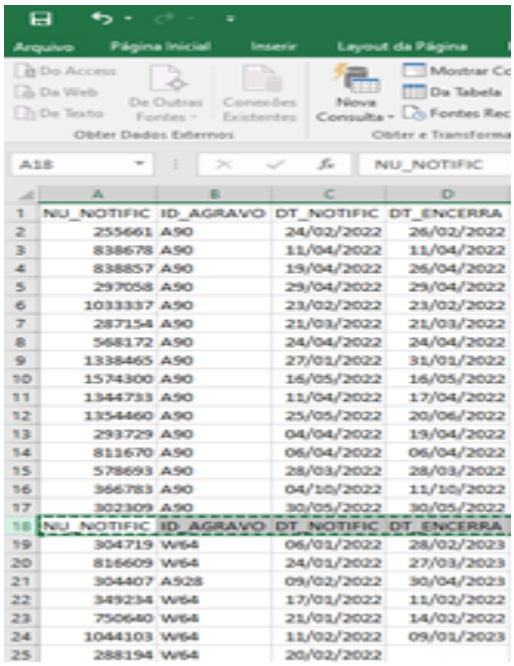
| | |
|---|---|
| **119** | Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e na caixa de “Não classificados” selecione “Incluir”; |
| **120** | Clique em Executar; |
| **121** | Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”; |
| **122** | Uma caixa de “Escolher campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”; |
| **123** | Repita o processo 122 com os campos: “ID_AGRAVO”, DT_NOTIFIC” e “DT_ENCERRA”; |
| **124** | Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus; |
| **125** | Uma caixa “Log” será aberta, nela tem os filtros selecionados para conferência. Salve a memória da seleção em uma aba da Planilha do Excel, pois nele tem todos os filtros que foram aplicados, depois, clique em “Fechar”; |
| **126** | Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa; |
| **127** | Se aparecer a mensagem “Todas as linhas foram suprimidas por conter zeros” significa que não há casos notificados e portanto esse agravo não irá entrar no somatório do indicador; |
| **128** | Abrindo os bancos no EXCEL - Abra o programa Excel. Use uma mesma planilha para todos os banco para facilitar a análise; |
| **129** | Vá para a pasta “Dados” e no campo “Obter dados externos” selecione dados “De Texto”; |
| 130 | Uma caixa para importar arquivos de texto será aberta. Selecione o arquivo que foi gerado pelo Tabwin e clique em “Importar”;   |

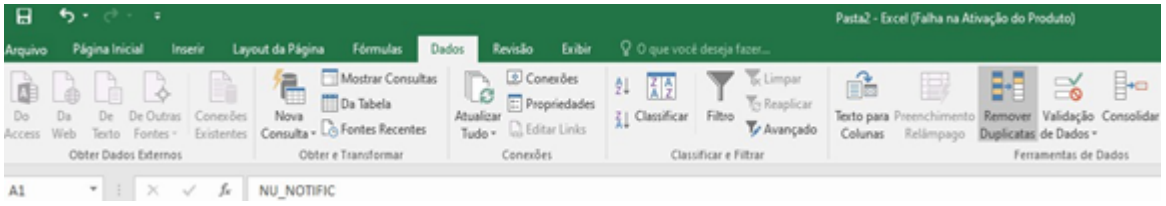
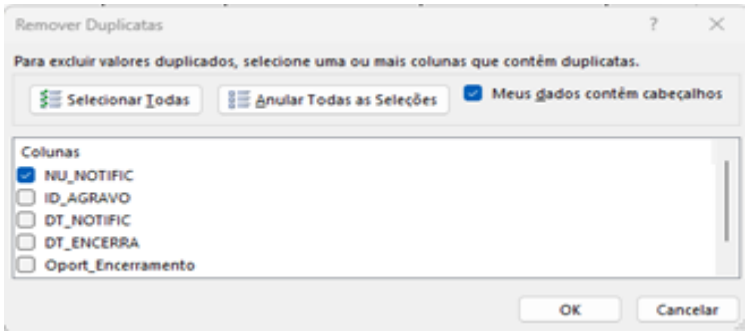
| | |
|---|---|
| 131 | Na próxima tela, Etapa 2 de 3, na caixa “Delimitador” selecione “vírgula”. Observe que ao fazer essa seleção a visualização de dados irá mostrar as colunas formadas. Confira se está correta a tabela e clique em “Avançar”;<br>  <br> |
| 132 | Na etapa 3 de 3, na parte de “Visualização dos dados” clique em cima da coluna “DT_NOTIFIC”;<br>  <br> |

| | |
|---|---|
| **133** | No quadro “Formato dos dados da coluna” selecione “Data” e escolha o formato “AMD” (ano, mês, dia);<br>  <br> |

| | |
|---|---|
| **134** | Clique em “Concluir; |
| **135** | Uma nova caixa irá abrir perguntando onde o banco deve ser colado. Selecione a primeira célula da planilha;<br>  <br> |
| **136** | Siga as orientações dos itens 129 a 134 para os próximos bancos; |

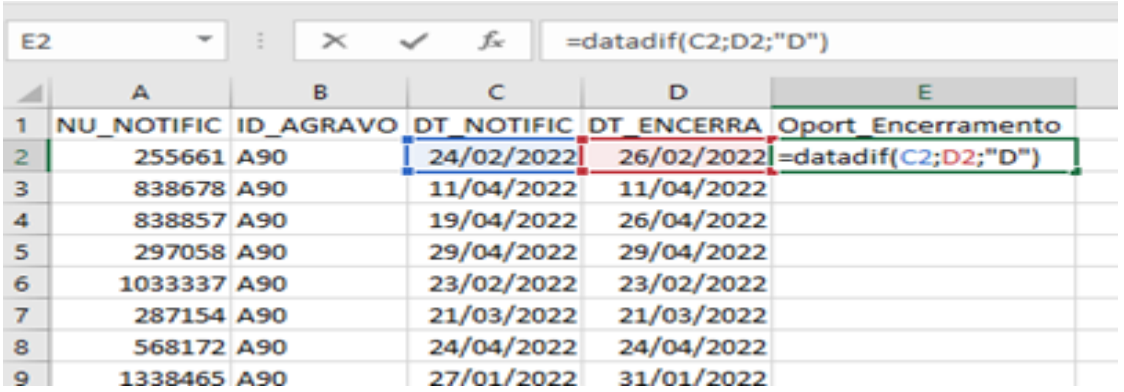
| | |
|---|---|
| **137** | Quando a caixa de “Importar dados” abrir solicitando a informação de onde o banco deve ser colado selecione a primeira célula em branco da coluna “A”;<br>  <br> |

| | |
|---|---|
| **138** | O novo banco será colado abaixo do primeiro. Exclua a nova linha de título, para que os bancos fiquem unidos;<br>  <br>A18 NU_NOTIFIC<br>1 NU_NOTIFIC ID_AGRAVO DT_NOTIFIC DT_ENCERRA<br>2 255661 A90 24/02/2022 26/02/2022<br>3 838678 A90 11/04/2022 11/04/2022<br>4 838857 A90 19/04/2022 26/04/2022<br>5 297058 A90 29/04/2022 29/04/2022<br>6 1033337 A90 23/02/2022 23/02/2022<br>7 287154 A90 21/03/2022 21/03/2022<br>8 568172 A90 24/04/2022 24/04/2022<br>9 1338465 A90 27/01/2022 31/01/2022<br>10 1574300 A90 16/05/2022 16/05/2022<br>11 1344733 A90 11/04/2022 17/04/2022<br>12 1354460 A90 25/05/2022 20/06/2022<br>13 293729 A90 04/04/2022 19/04/2022<br>14 811670 A90 06/04/2022 06/04/2022<br>15 578693 A90 28/03/2022 28/03/2022<br>16 366783 A90 04/10/2022 11/10/2022<br>17 302309 A90 30/05/2022 30/05/2022<br>18 NU_NOTIFIC ID_AGRAVO DT_NOTIFIC DT_ENCERRA<br>19 304719 W64 06/01/2022 28/02/2023<br>20 816609 W64 24/01/2022 27/03/2023<br>21 304407 A928 09/02/2022 30/04/2023<br>22 349234 W64 17/01/2022 11/02/2022<br>23 750640 W64 21/01/2022 14/02/2022<br>24 1044103 W64 11/02/2022 09/01/2023<br>25 288194 W64 20/02/2022 |
| **139** | Repita essa operação para todos os bancos (NotIndiv, Óbito por Dengue, Óbito por Chikungunya, Óbito por Zika e Zika em gestante, Violência sexual e autoprovocada); |

| | |
|---|---|
| **140** | Após importar todos os bancos para o Excel, selecione toda a planilha. Vá em “Dados”, “Ferramentas de Dados” e clique em “Remover Duplicadas”;<br>  <br> |
| **141** | Uma caixa “Remover Duplicatas” será aberta, deixe selecionado apenas a coluna “NU_NOTIFIC” e clique em “OK”;<br>  <br> |
| **142** | Aparecerá uma mensagem informando quantas notificações foram removidas; |
| **143** | Ao lado da coluna da data do encerramento, crie uma nova coluna, com o com o título “Oport_Encerramento”; |

**144**

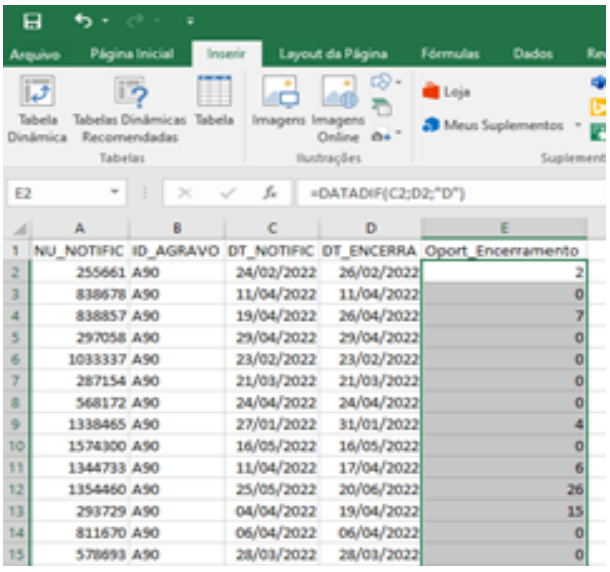
Na linha abaixo inclua a fórmula para o cálculo do tempo de encerramento das notificações. Digite "=datadif(Data1;Data2;"D")" seguido de "Enter" no teclado. A Data 1 será a data de notificação, a Data 2 será a data de encerramento e o "D" significa que eu quero o resultado em dias. O resultado será mostrado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




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

**145**

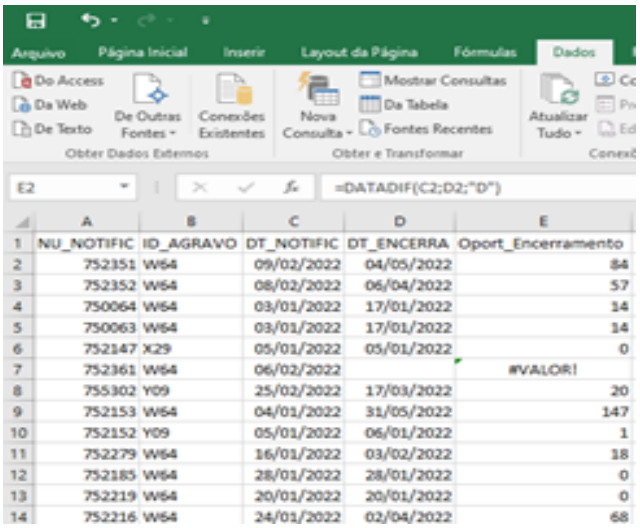
Clique na primeira célula da coluna criada, ela ficará contornada de verde. Dê dois cliques no quadradinho verde que estará no carto inferior esquerdo da célula. Com esse comando a fórmula será copiada para todas as linhas;




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

**146**

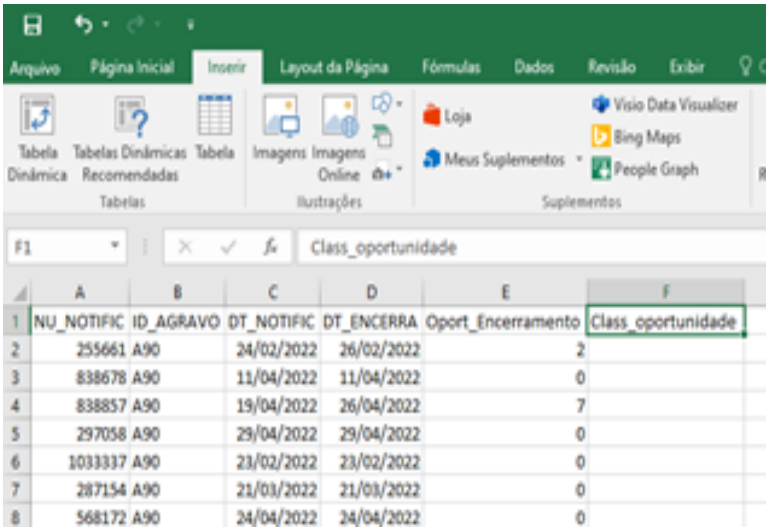
Observe que se um dos campos de data aparecer a mensagem “#VALOR!” significa que uma das datas está em aberto. Este momento é uma oportunidade de fazer a correção do banco, completando informações que estão faltando;



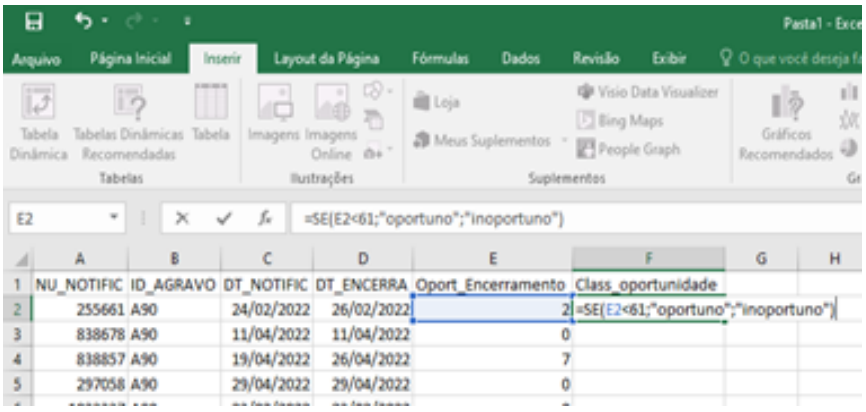

| | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NU_NOTIFIC | ID_AGRAVO | DT_NOTIFIC | DT_ENCERRA | Oport_Encerramento |
| 2 | 752351 | W64 | 09/02/2022 | 04/05/2022 | 84 |
| 3 | 752352 | W64 | 08/02/2022 | 06/04/2022 | 57 |
| 4 | 750064 | W64 | 03/01/2022 | 17/01/2022 | 14 |
| 5 | 750063 | W64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

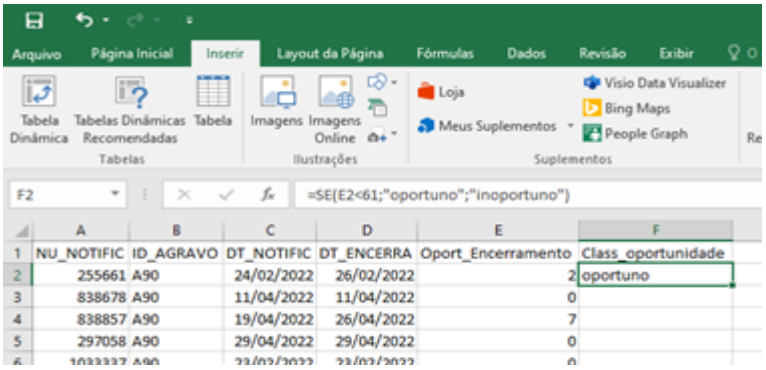
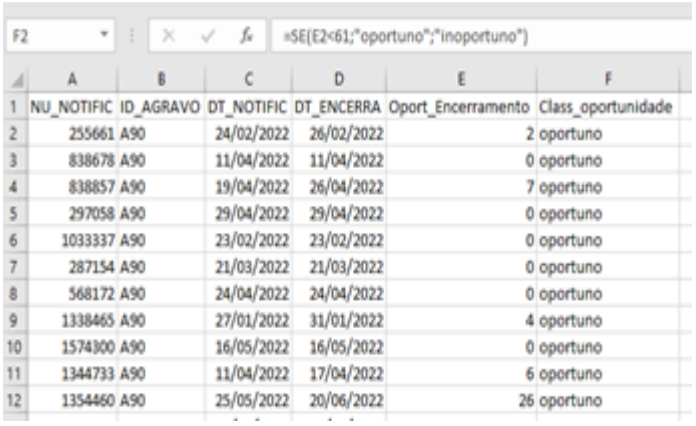
**147**

Crie uma nova coluna com o nome “Class_oportunidade”;




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

| | |
|---|---|
| **148** | Na primeira linha da coluna criada escreva a fórmula de condição: “=SE” e abre o parêntese “(“, depois selecione a primeira linha da coluna “Oport_Encerramento” seguido de “<61” e depois de “;”, que significa a condição de que se esse campo for menor do que 61 a ação pedida na fórmula deve ser seguida. Após o “;” coloque entre aspas o que deve aparecer se a célula for menor que 61, nesse caso vamos pedir para o excel substituir o número pela palavra “oportuno” seguido de “;” e depois vamos colocar o que deverá aparecer caso a célula tiver um valor igual ou maior do que 61, nesse caso será “inoportuno”. A fórmula final ficará: *=SE(E2<61;”oportuno”;”inoportuno”)*;  |

| | |
|---|---|
| **149** | Clique em “Enter”;  |
| **150** | Clique com o mouse sobre a primeira linha da coluna “Class_oportunidade” ela ficará contornada de verde; |
| **151** | No canto inferior direito desse contorno verde aparecerá um quadradinho, dê dois cliques nele para que a fórmula seja copiada para todas as linhas;  |
| **152** | Ao lado da coluna de classificação da oportunidade crie uma nova coluna com o nome “Mês”; |

**153**

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

G2 =TEXTO(C2;"mmmm")

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

**154**

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

**155**

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

K7

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

**Passo a passo para coletar o Denominador**

**1**

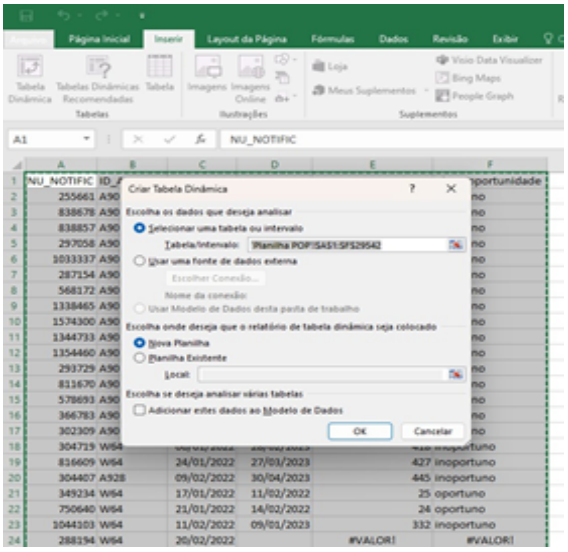
O denominador será o total de notificações de doenças de notificação compulsória imediata do mês de análise.

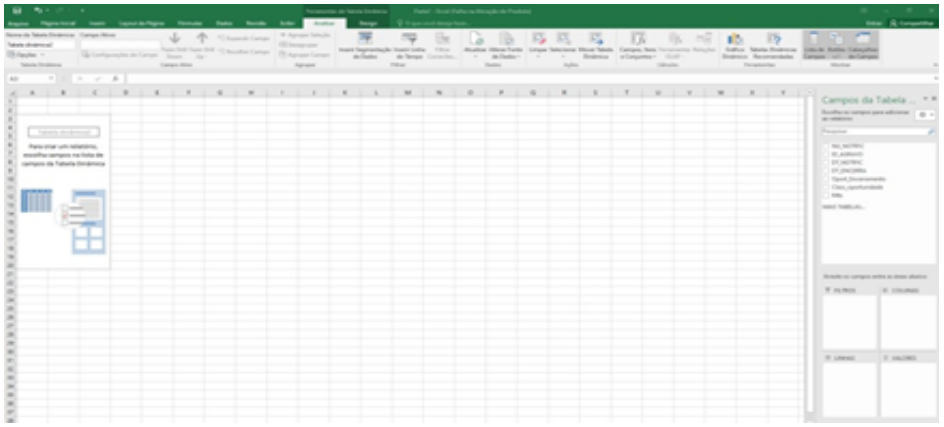
**Passo a passo para fazer o cálculo do resultado**

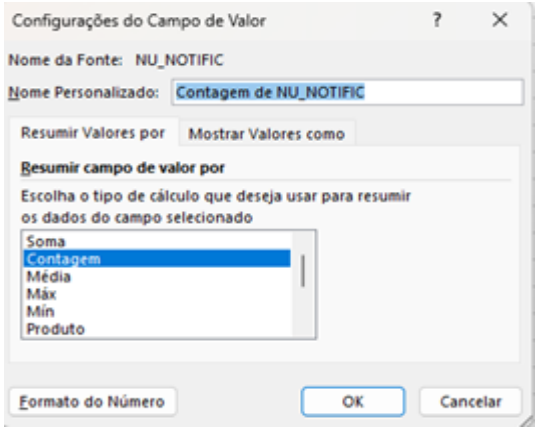
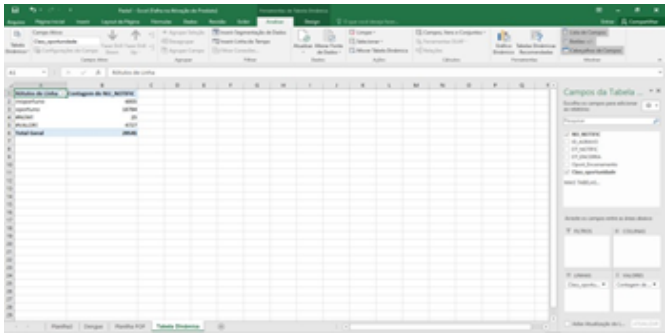
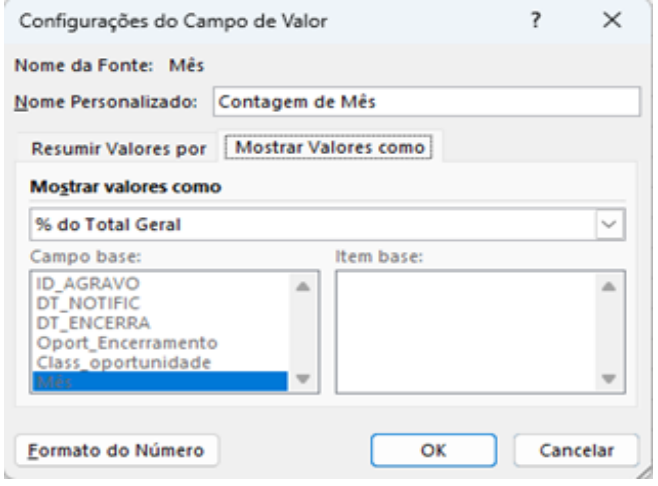
**1**

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

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

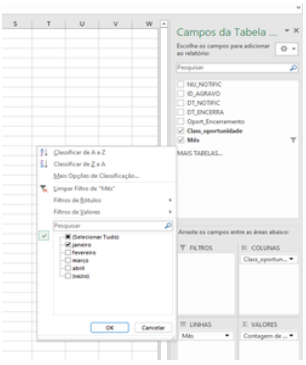
| | |
|---|---|
| **2** |  |
| **3** | Uma caixa de “Criar Tabela Dinâmica” irá aparecer; |
| **4** | No campo “Escolha onde deseja que o relatório de tabela dinâmica seja colocado” selecione a opção “Planilha Existente”; |

| | |
|---|---|
| **5** | Abra a aba “Tabela Dinâmica” e selecione a primeira célula da planilha;<br>  |
| **6** | No quadro “Campos da Tabela” selecione “Mês” e arraste para o quadro “Valores”; |

| | |
|---|---|
| **7** | Quando ele migrar para o quadro, clique na seta que aparece ao lado do nome e depois em “Configurações do campo valores” troque a função “soma” para “contagem”;<br>  <br> |
| **8** | No quadro “Campos da Tabela” selecione “Mês” e arraste para o quadro “Linhas”;<br>  |
| **9** | Selecione o item “Class_oportunidade” e puxe para o quadro “Colunas”; |
| **10** | No campo “Valores” clique na seta ao lado do nome “Contagem de ...” e selecione “Configurações do campo valores”. Na caixa que irá abrir vai em “Mostrar valores como” e selecione a opção “% do Total Geral” e clique em “OK”;<br>  <br> |

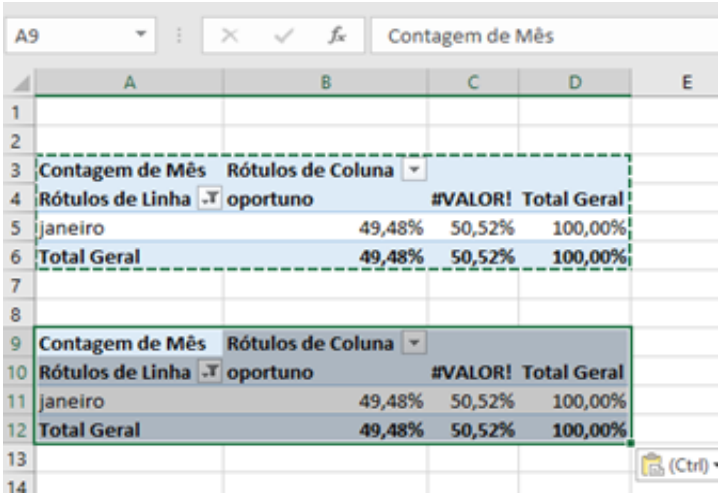
**11**

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



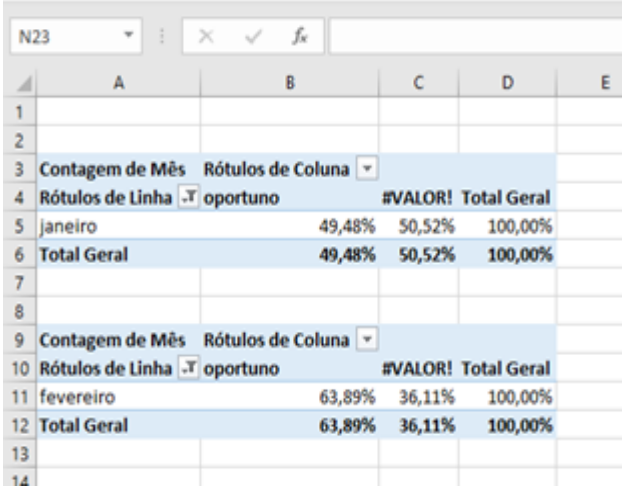

**12**

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




**13**

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



| | |
|---|---|
| **14** | Repita o processo para todos os meses disponíveis nos dados; |

**15**

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

A3 | Contagem de Mês

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

| | |
|---|---|
| **16** | Na planilha do AGL deve ser colocado o valor percentual do mês correspondente, entretanto o valor final do indicador será o percentual de “oportuno” no acumulado do ano. |

**OBSERVAÇÕES**

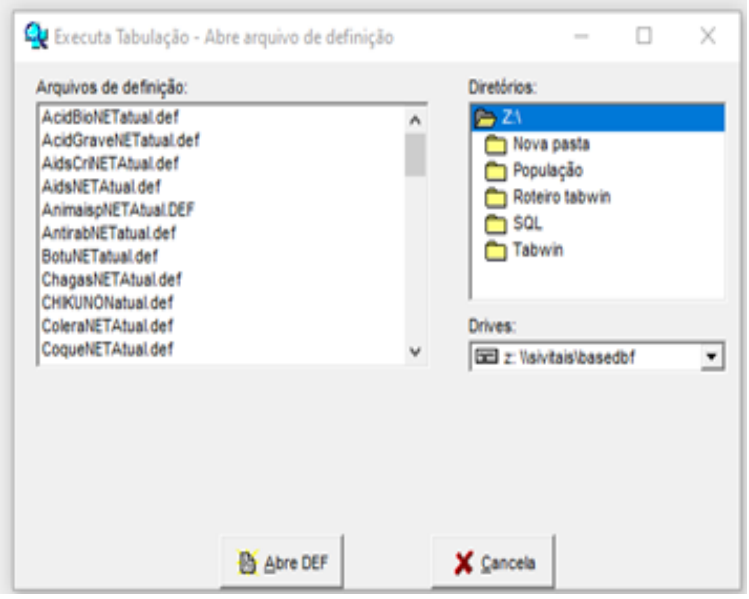
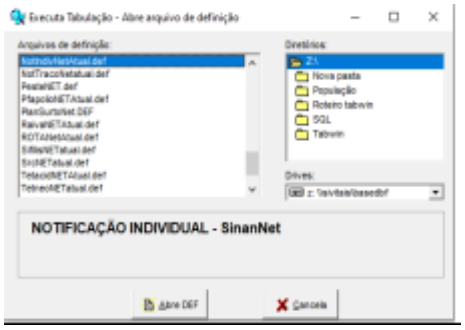
É necessário se atentar que o indicador é encerrado em 60 dias, portanto o mês em que este prazo não estiver findado espera-se que o indicador esteja com um número baixo pois terão muitas datas de encerramento vazias. Importante deixar esta observação relatada na planilha do AGL e a cada mês corrigir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

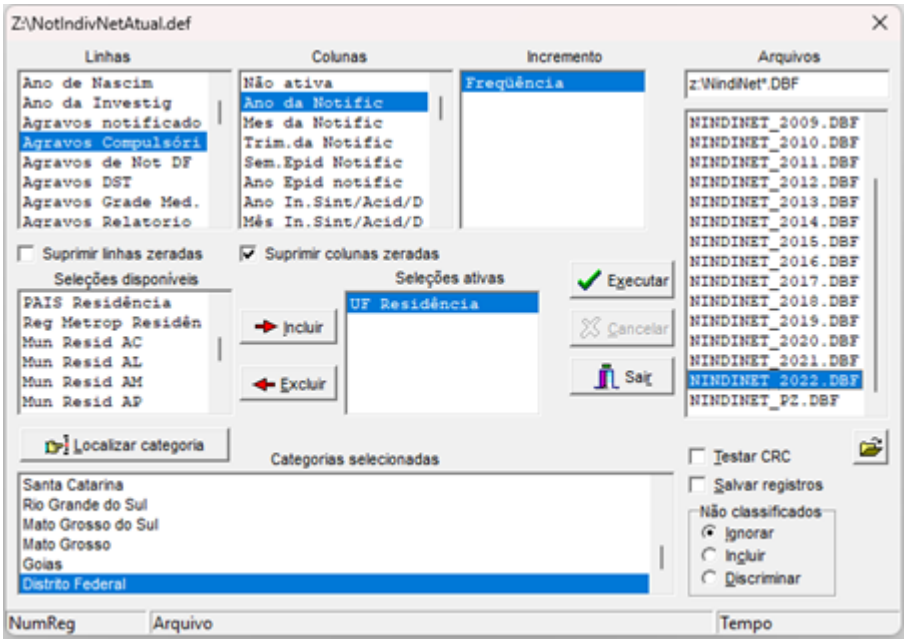
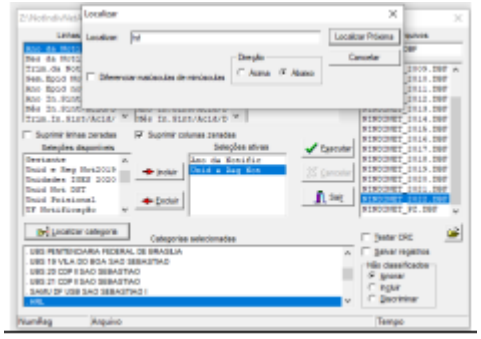
# Indicador 2: Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN

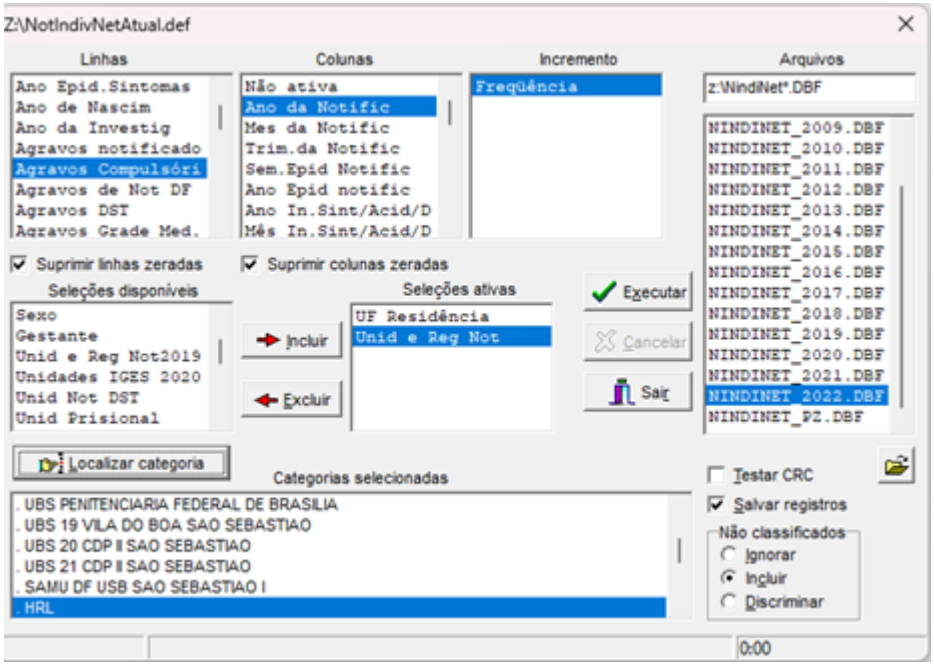
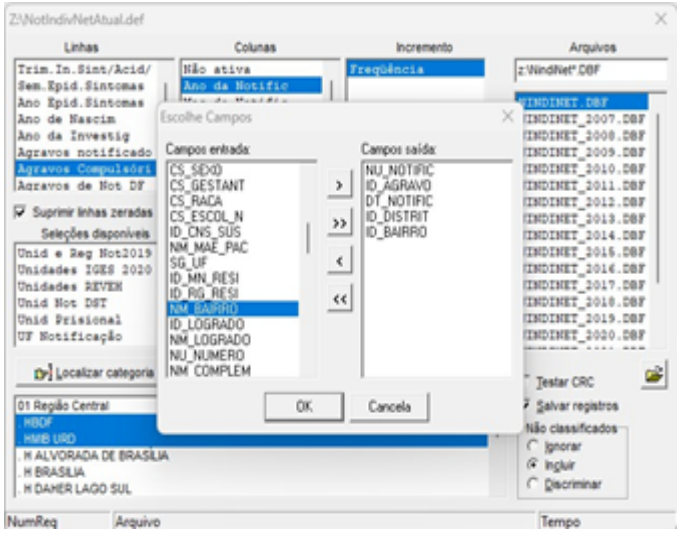
| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES | |
|---|---|
| **Código** | 2 |
| **Pactuações** | AGL HOSPITALAR |
| **Indicador** | Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN |
| **Conceituação** | Este indicador mensura o preenchimento correto dos campos Distrito e Bairro no SINAN, importante para garantir a fidedignidade dos dados.<br>A relação de DNC é definida na PORTARIA GM/MS Nº 2.010, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2023 e para o cálculo desse indicador foram incluídos todos os agravos que são notificados no SINAN Net e online |
| **Usos** | Permite avaliar e monitorar a capacidade de coleta de informações essenciais da população afetada por DNC para possibilitar a completa análise epidemiológica e o consequente direcionamento de políticas públicas assertivas. |
| **Limitações** | Registro de informações com dados inválidos. |
| **Fonte** | Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) |
| **Metodologia de Cálculo** | **Numerador:** Total de campos de Distrito e Bairro das DNC preenchidos com dados válidos. **Denominador:** Total de registros de DNC, notificados no período da avaliação.<br>**Fator de multiplicação:** 100. |
| **Periodicidade de Monitoramento** | A coleta de dados é mensal e o monitoramento é quadrimestral. |
| **Periodicidade de Avaliação** | Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual. |
| **Unidade de Medida** | Percentual. |
| **Parâmetro** | |
| **Polaridade** | Maior melhor |
| **Acumulativo Anual** | Resultado expresso mês a mês |
| **Acumulativo para Pactuação** | Média mensal durante o ano |
| **Estratificação** | Por unidade notificadora |
| **Responsável Técnico** | SES/SVS/DIVEP/GECAMP |
| **Coordenador da Pactuação** | SES/SVS |
| **Descrição da Meta** | 90% - Baseado em série histórica. |

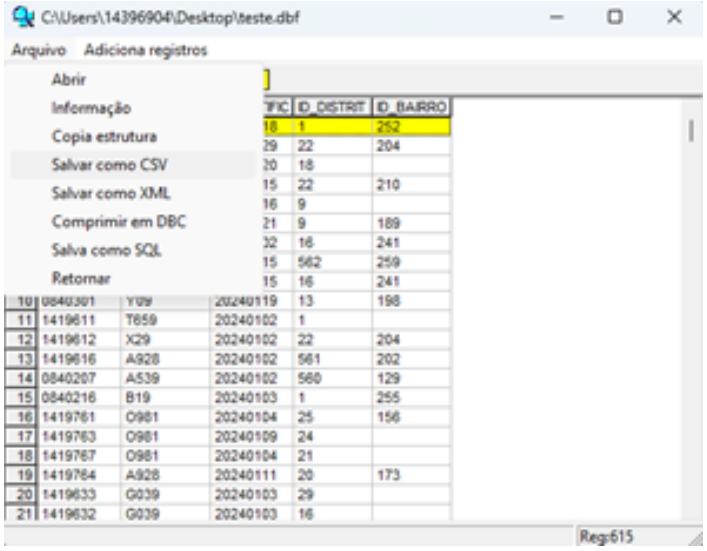
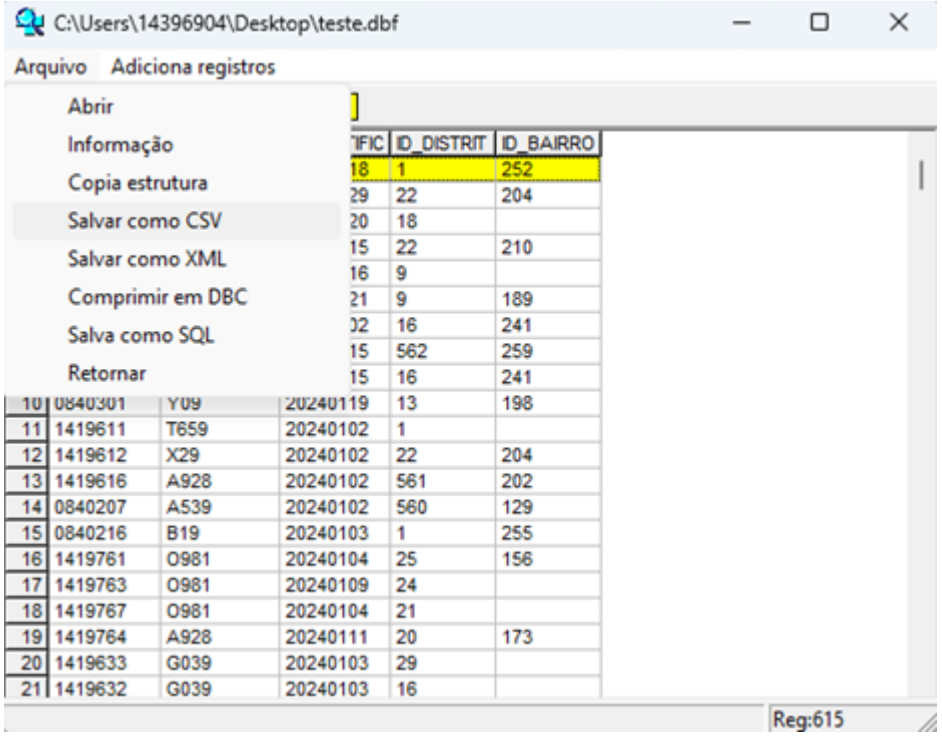
## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

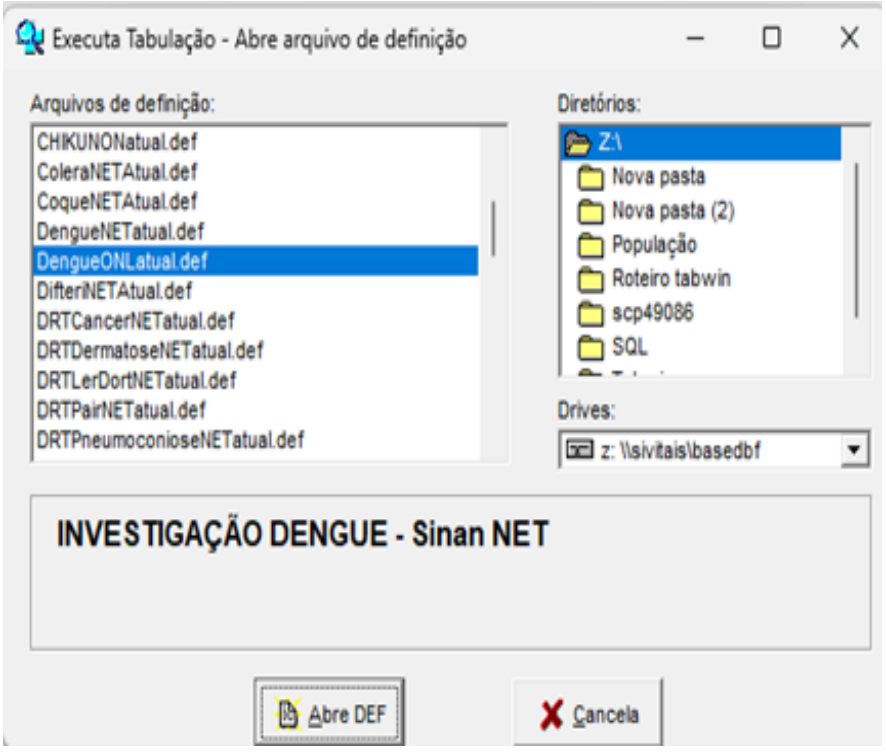
| Acordo de Gestão Local - AGL | |
|---|---|
| **TEMA** | Gestão da qualidade e segurança do paciente |
| **INDICADOR** | Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR** | |
| **Passo a passo para coletar o Numerador** | |
| **1** | Todas as Doenças de Notificação listadas a seguir e notificadas no SINAN são objetos desse POP (PORTARIA Nº 508, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2023):<br>1. Acidente de trabalho com exposição a material biológico<br>2. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes<br>3. Acidente por animal peçonhento<br>4. Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva<br>5. Botulismo<br>6. Cólera<br>7. Coqueluche<br>8. Dengue<br>9. Difteria<br>10. Doença de Chagas Aguda<br>11. Doença de Creutzfeldt-Jacob<br>12. Doença Meningocócica e outras meningites<br>13. Antraz pneumônico<br>14. Tularemia<br>15. Varíola<br>16. Arenavírus<br>17. Ebola<br>18. Marburg<br>19. Lassa<br>20. Febre purpúrica brasileira<br>21. Doença aguda pelo vírus Zika<br>22. Esquistossomose<br>23. Febre Amarela<br>24. Febre de Chikungunya<br>25. Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública<br>26. Febre Maculosa e outras Riquetsioses<br>27. Febre Tifóide<br>28. Hanseníase<br>29. Hantavirose<br>30. Hepatites virais<br>31. HIV/AIDS<br>32. Intoxicação Exógena<br>33. Leishmaniose Tegumentar Americana<br>34. Leishmaniose Visceral<br>35. Leptospirose<br>36. Malária na região extra-Amazônica<br>37. Papilomavírus Humano (HPV)<br>38. Parotidite (caxumba)<br>39. Poliomielite por poliovírus selvagem<br>40. Peste<br>41. Raiva humana<br>42. Síndrome da Rubéola Congênita<br>43. Sarampo |

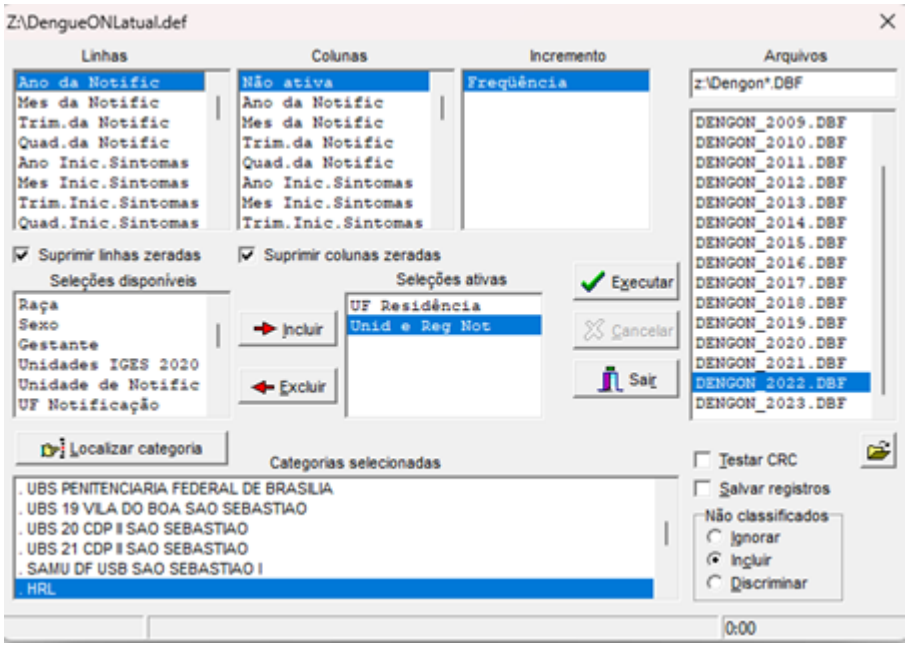
| | |
|---|---|
| | 44. Rubéola<br>45. Sífilis Adquirida<br>46. Sífilis Congênita<br>47. Sífilis em gestante<br>48. Síndrome da Paralisia Flácida Aguda<br>49. Tétano Acidental<br>50. Tétano Neonatal<br>51. Toxoplasmose gestacional, congênita, neurotoxoplasmose e toxoplasmose ocular<br>52. Tuberculose<br>53. Varicela<br>54. Violência |
| **2** | Abrir o Tabwin |
| **3** | Clicar no item “Executar tabulação” |
| **4** | No campo “Drives” selecionar o diretório “Z” (\\sivitais\basedbf)<br>  <br> |
| **5** | Para os agravos do “NotIndiv” - No campo “Arquivos de definição” selecione “NotIndivNetAtual.def” que é o banco de notificações individuais;<br>  <br> |
| **6** | Clique em “Abre DEF” |
| **7** | No campo “Linhas” selecione “Agravos Compulsóri”; |
| **8** | No campo “Colunas” selecione “Ano da Notificação” |
| **9** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir” |

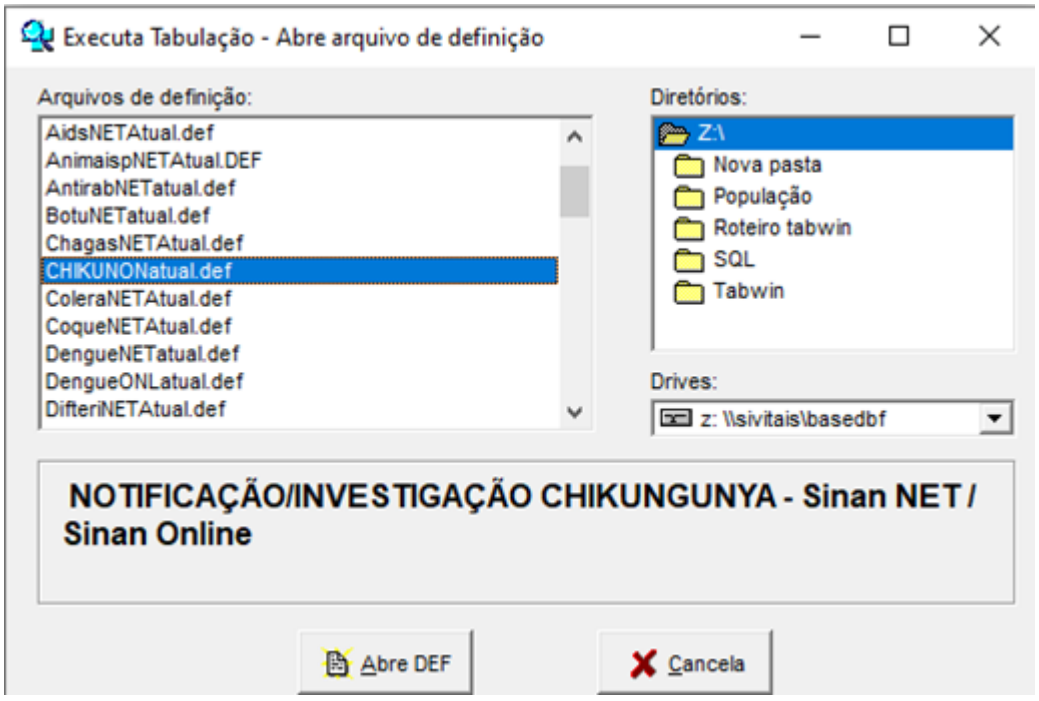
| | |
|---|---|
| **10** | No campo “Categorias selecionadas” selecione “Distrito Federal”<br>  <br> |
| **11** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir” |
| **12** | No campo “Categorias selecionadas” será listada várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”; |
| **13** | Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse<br>  |
| **14** | No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse |
| **15** | Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse; |

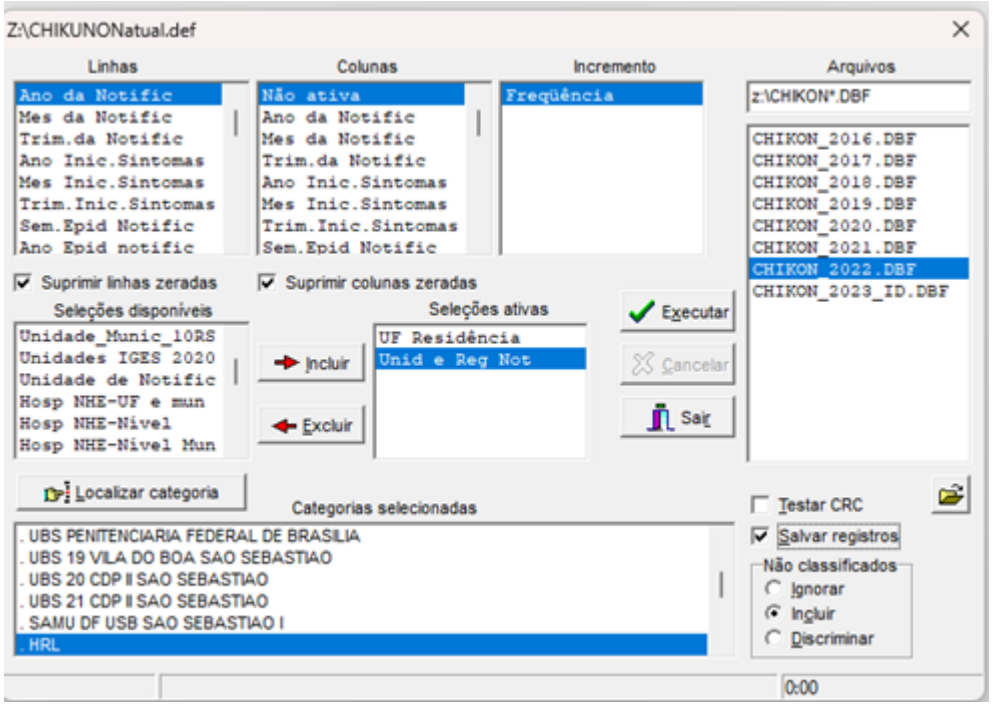
| | |
|---|---|
| |  |
| **16** | Clique em Executar |
| **17** | Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para o arquivo e clique em “salvar”; |
| **18** | Uma caixa de “Escolher campos” será aberta. Nesta caixa, no “Campo Entrada” selecione o item “NU_NOTIFIC” e clique na seta para que o item vá para o “Campo Saída”; |
| **19** | Repita o processo do item 18 com os campos: “ID_AGRAVO”, “DT_NOTIFIC”, “ID_DISTRIT” e “ID_BAIRRO”. É muito importante que todos os bancos sejam baixados nessa ordem;  |
| **20** | Depois em “OK”. O arquivo será salvo em formato dBase III plus; |

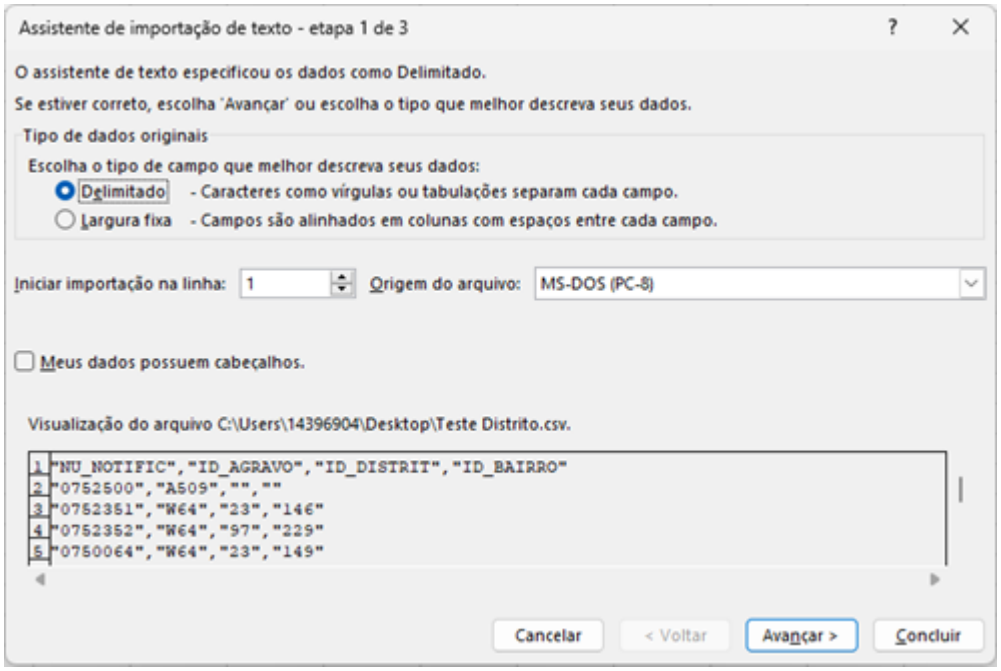
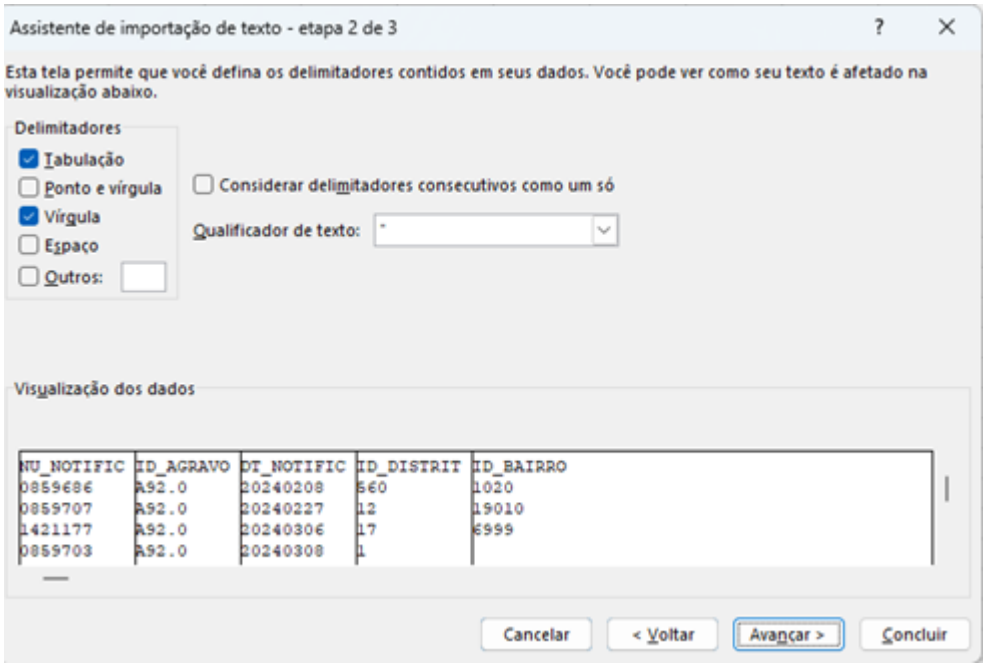
| | |
|---|---|
| **21** | Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa;<br>  <br> |
| **22** | Uma caixa do Tabwin será aberta com os dados planilhados. Clique em “Arquivo” e depois em “Salvar como CSV” e feche o programa;<br>  <br> |
| | Para o banco de dengue - No campo “Arquivos de definição” selecione o agravo Dengue “DengueONatual.def”; |

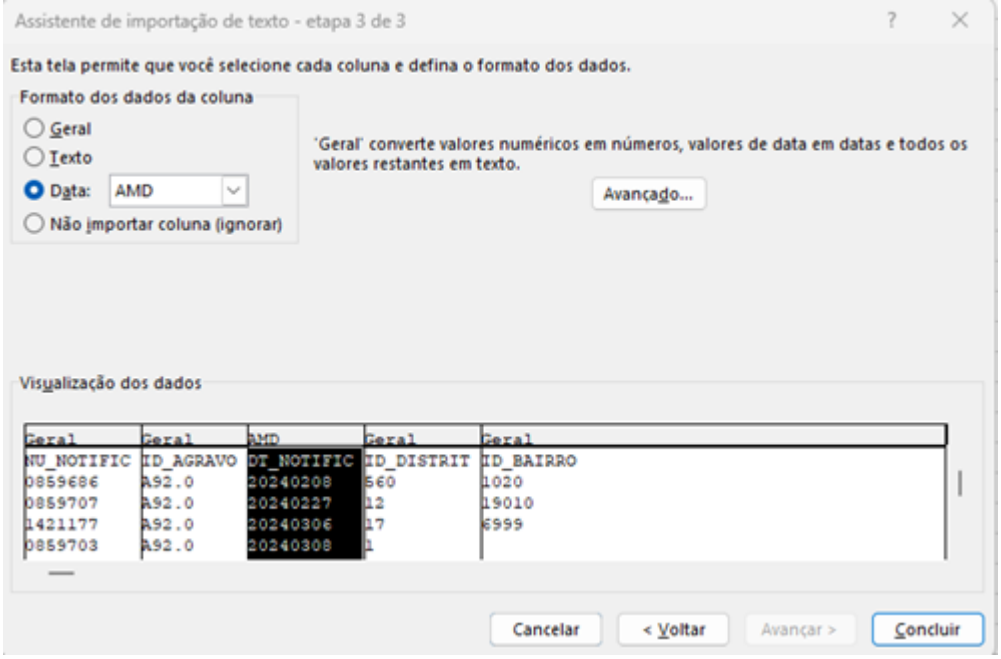
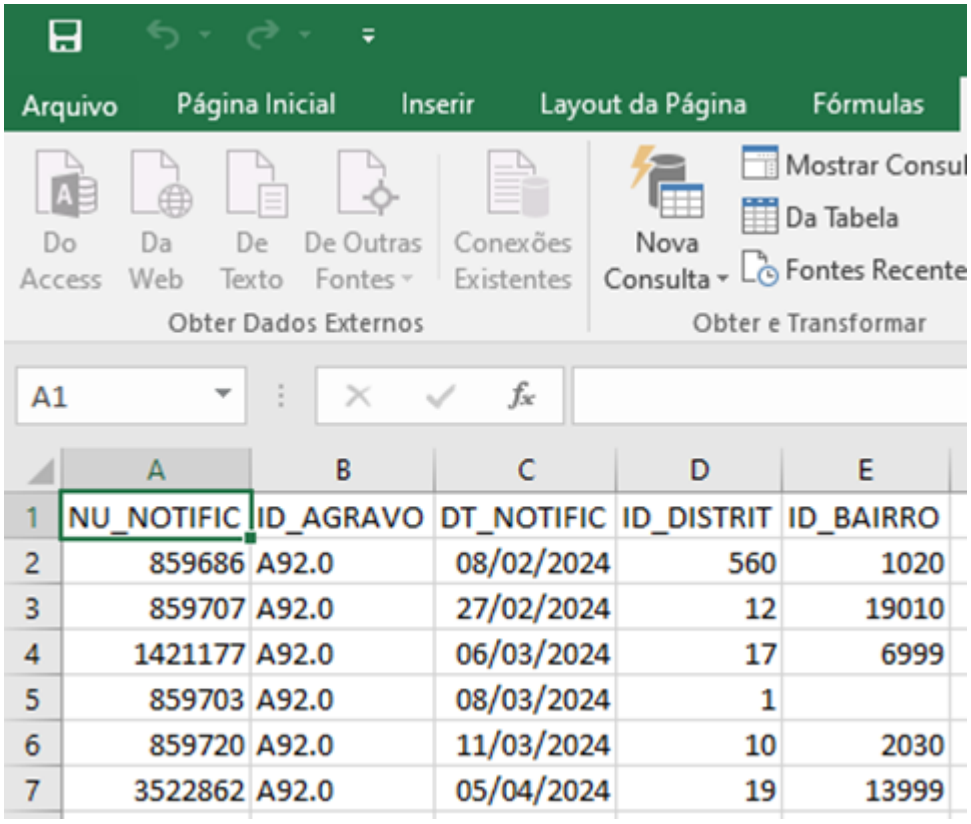
| | |
|---|---|
| |  |
| **24** | Clique em “Abre DEF” |
| **25** | No campo “Linhas” selecione “Ano da Notific” |
| **26** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência” e depois na seta “Incluir” |
| **27** | No campo “Categorias selecionadas” será listada vários Estados, selecione “Distrito Federal” |
| **28** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “Unid e Reg Not” e depois na seta “Incluir” |
| **29** | No campo “Categorias selecionadas” será listada várias unidades de saúde. Para filtrar clique em “Localizar Categoria”; |
| **30** | Na caixa “Localizar” digite a unidade de saúde de interesse e clique em “Localizar Próxima” e em seguida feche a caixa “Localizar” deixando selecionada a unidade de interesse; |
| **31** | No campo “Arquivos” selecione o ano do banco de dados de interesse |

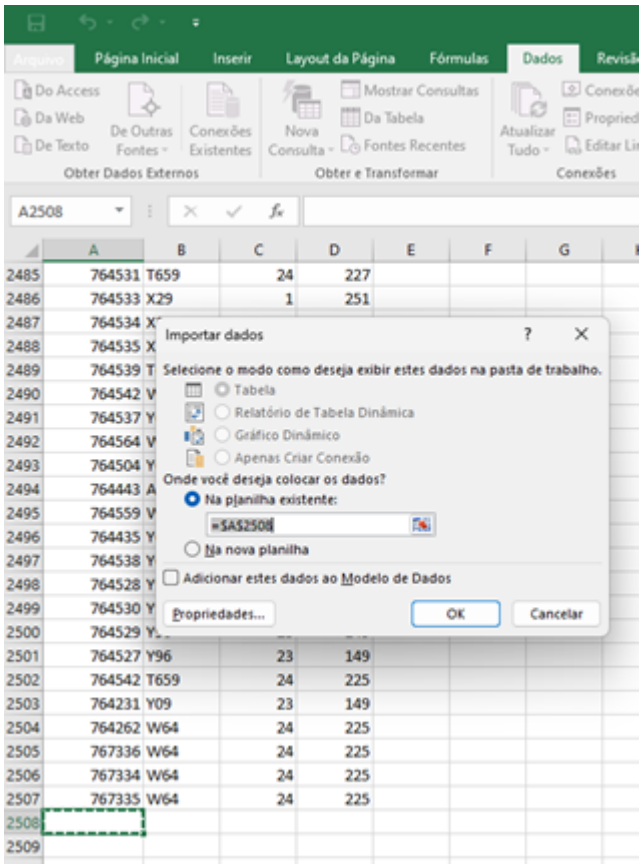
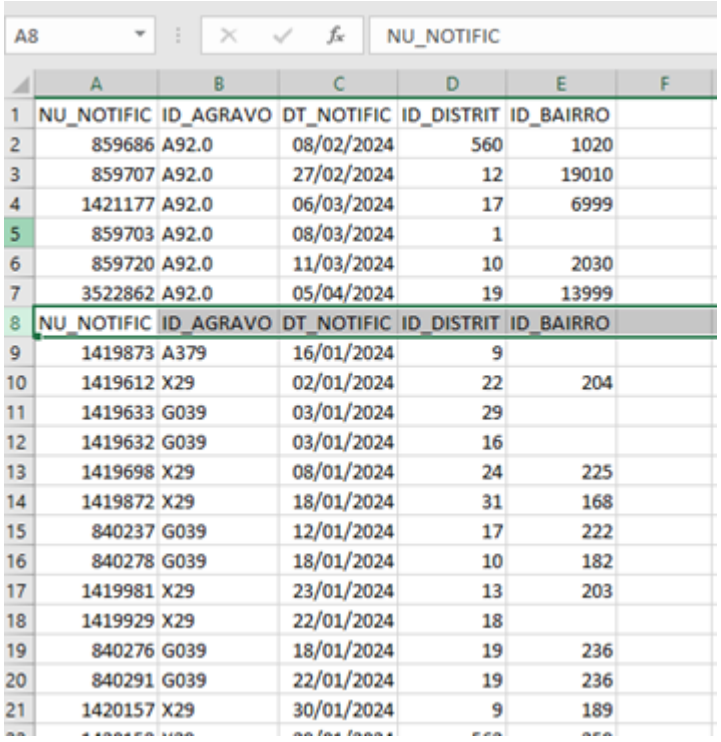
| | |
|---|---|
| **32** | Selecione a caixinha “Suprimir linhas zeradas”, “Salvar registros” e no campo Não Classificados “Incluir”;<br>  <br> |
| **33** | Clique em Executar; |
| **34** | Uma caixa de “Salvar como” irá abrir. Nessa caixa, selecione o local onde o arquivo será salvo, dê um nome para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

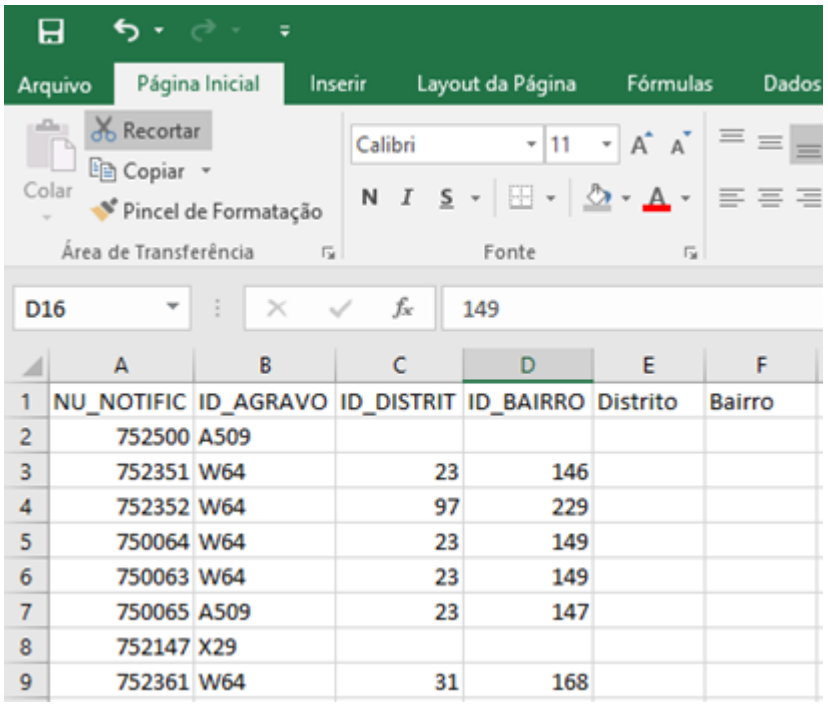
| | |
|---|---|
| **40** | Para o banco de Chikungunya - No campo “Arquivos de definição” selecione o agravo Chikungunya “CHIKUONatual.def”;   |
| **41** | Clique em “Abre DEF” |
| **42** | No campo “Linhas” selecione “Ano da Notific” |
| **43** | No campo “Seleção disponíveis” clique em “UF Residência”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

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

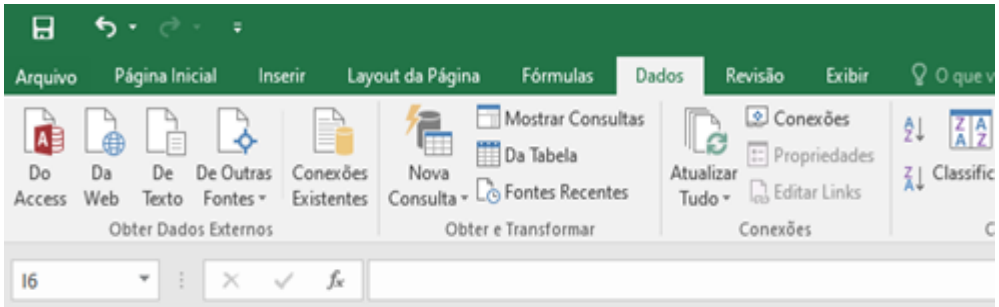
| | |
|---|---|
| **61** |  Assistente de importação de texto - etapa 1 de 3<br>O assistente de texto especificou os dados como Delimitado.<br>Se estiver correto, escolha 'Avançar' ou escolha o tipo que melhor descreva seus dados.<br>Tipo de dados originais<br>Escolha o tipo de campo que melhor descreva seus dados:<br>Delimitado - Caracteres como vírgulas ou tabulações separam cada campo.<br>Largura fixa - Campos são alinhados em colunas com espaços entre cada campo.<br>Iniciar importação na linha: 1<br>Origem do arquivo: MS-DOS (PC-8)<br>Meus dados possuem cabeçalhos.<br>Visualização do arquivo C:\Users\14396904\Desktop\Teste Distrito.csv.<br>1 "NU_NOTIFIC","ID_AGRAVO","ID_DISTRIT","ID_BAIRRO"<br>2 "0752500","A509","",""<br>3 "0752351","W64","23","146"<br>4 "0752352","W64","97","229"<br>5 "0750064","W64","23","149"<br>Cancelar<br>< Voltar<br>Avançar ><br>Concluir |
| **62** | Na próxima tela, Etapa 2 de 3, na caixa “Delimitador” selecione “vírgula”. Observe que ao fazer essa seleção a visualização de dados irá mostrar as colunas formadas. Confira se está correta a tabela e clique em “Avançar”;<br>  |

| | |
|---|---|
| **63** | Na etapa 3 de 3 selecione a coluna “DT_NOTIFIC” e em “Formato dos dados da coluna” selecione “Data” e escolha o formato “AMD” que significa que a data está em ano, mês e dia. Após, clique em “Concluir”;   |
| **64** | Uma nova janela “Importar dados” irá abrir, com a pergunta onde você deseja importar os dados. Selecione a célula do início da planilha e clique em “ok”;   |
| **65** | Siga as orientações dos itens 57 a 62 para o próximo banco. Quando a caixa de “Importar dados” abrir solicitando a informação de onde o banco deve ser colado selecione a primeira célula em branco da coluna “A”; |

<table>
<tr><td></td><td> 
</td></tr>
<tr><td>66</td><td>O novo banco será colado abaixo do primeiro. Exclua a nova linha de título, para que os bancos fiquem unidos;

</td></tr>
<tr><td>67</td><td>Repita essa operação para todos os bancos;</td></tr>
<tr><td>68</td><td>Ao lado da coluna “ID_BAIRRO” crie duas novas colunas, uma com o nome “Distrito” e outra com o nome “Bairro”;</td></tr>
</table>

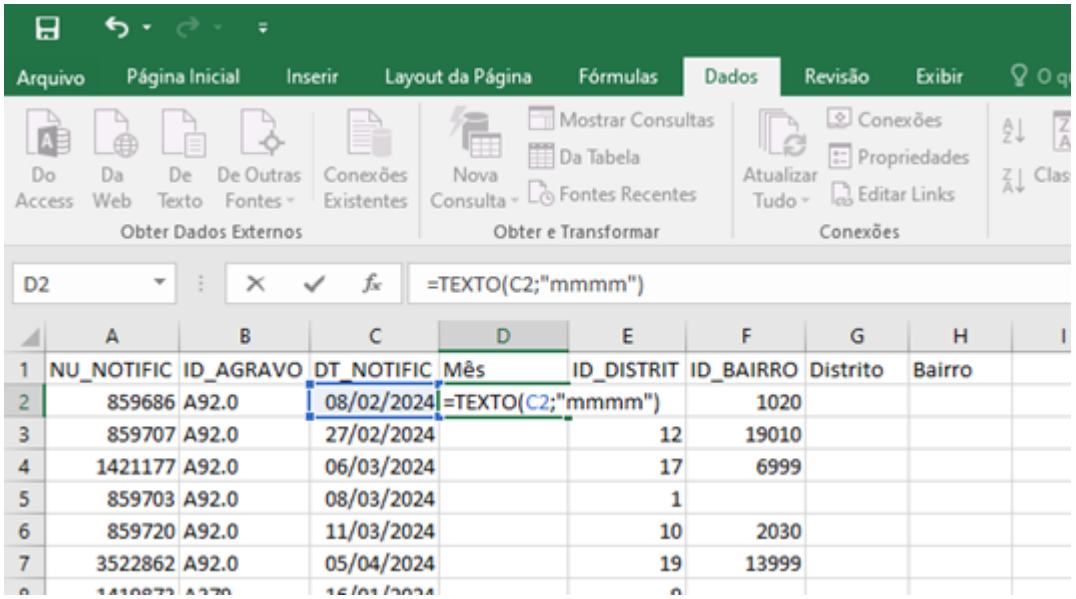
<table>
<tr><td></td><td>



| | A | B | C | D | E | F |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NU_NOTIFIC | ID_AGRAVO | ID_DISTRIT | ID_BAIRRO | Distrito | Bairro |
| 2 | 752500 | A509 | | | | |
| 3 | 752351 | W64 | 23 | 146 | | |
| 4 | 752352 | W64 | 97 | 229 | | |
| 5 | 750064 | W64 | 23 | 149 | | |
| 6 | 750063 | W64 | 23 | 149 | | |
| 7 | 750065 | A509 | 23 | 147 | | |
| 8 | 752147 | X29 | | | | |
| 9 | 752361 | W64 | 31 | 168 | | |
</td></tr>
<tr><td>69</td><td>
Ao lado da coluna “DT_NOTIFIC” crie uma nova coluna com o nome “Mês”;



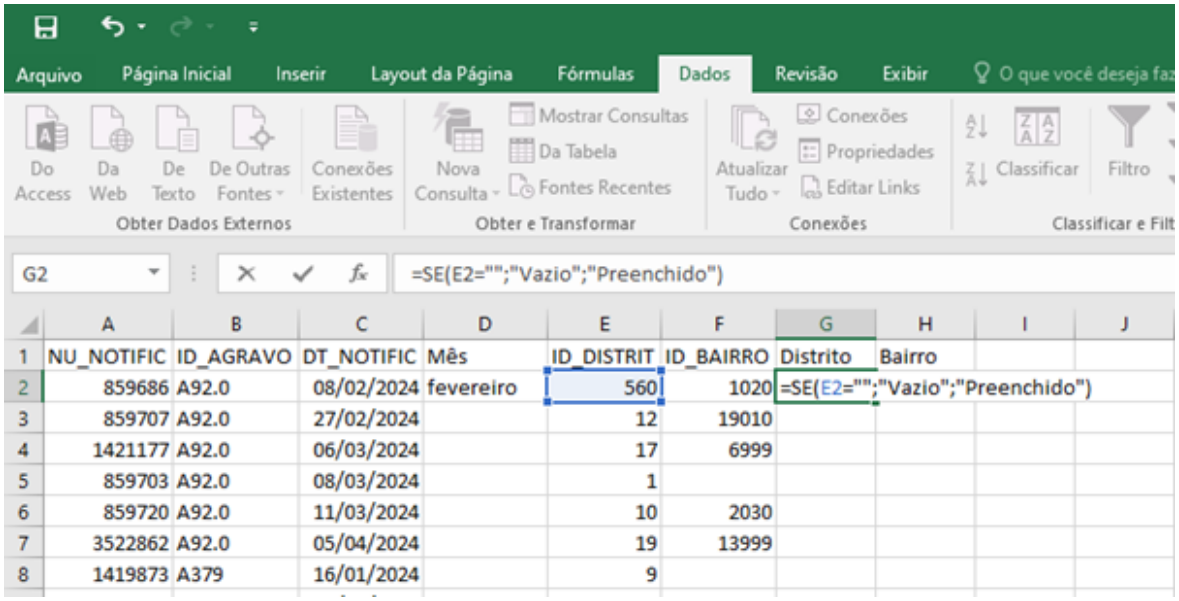

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NU_NOTIFIC | ID_AGRAVO | DT_NOTIFIC | Mês | ID_DISTRIT | ID_BAIRRO | Distrito | Bairro | |
| 2 | 859686 | A92.0 | 08/02/2024 | | 560 | 1020 | | | |
| 3 | 859707 | A92.0 | 27/02/2024 | | 12 | 19010 | | | |
| 4 | 1421177 | A92.0 | 06/03/2024 | | 17 | 6999 | | | |
| 5 | 859703 | A92.0 | 08/03/2024 | | 1 | | | | |
| 6 | 859720 | A92.0 | 11/03/2024 | | 10 | 2030 | | | |
| 7 | 3522862 | A92.0 | 05/04/2024 | | 19 | 13999 | | | |
| 8 | 1419873 | A379 | 16/01/2024 | | 9 | | | | |
| 9 | 1419612 | X29 | 02/01/2024 | | 22 | 204 | | | |
| 10 | 1419633 | G039 | 03/01/2024 | | 29 | | | | |
| 11 | 1419632 | G039 | 03/01/2024 | | 16 | | | | |
| 12 | 1419698 | X29 | 08/01/2024 | | 24 | 225 | | | |
</td></tr>
<tr><td>70</td><td>Na primeira linha da coluna “Mês” escreva a fórmula para extrairmos o mês da data de notificação: “=Texto” e abre o parêntese “(“, depois selecione a primeira linha da coluna “DT_NOTIFIC” seeguido de “;”. Depois abre aspas e escreva “mmmm”. Feche as aspas e o parêntese e dê Enter. A fórmula ficará assim:</td></tr>
</table>

=TEXTO(C2;"mmmm");




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

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



<table>
<tr><td></td><td>
H6

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NU_NOTIFIC | ID_AGRAVO | DT_NOTIFIC | Mês | ID_DISTRIT | ID_BAIRRO | Distrito | Bairro |
| 2 | 859686 | A92.0 | 08/02/2024 | fevereiro | 560 | 1020 | Preenchido | |
| 3 | 859707 | A92.0 | 27/02/2024 | | 12 | 19010 | | |
| 4 | 1421177 | A92.0 | 06/03/2024 | | 17 | 6999 | | |
| 5 | 859703 | A92.0 | 08/03/2024 | | 1 | | | |
| 6 | 859720 | A92.0 | 11/03/2024 | | 10 | 2030 | | |
| 7 | 3522862 | A92.0 | 05/04/2024 | | 19 | 13999 | | |
| 8 | 1419873 | A379 | 16/01/2024 | | 9 | | | |
| 9 | 1419612 | X29 | 02/01/2024 | | 22 | 204 | | |
| 10 | 1419633 | G039 | 03/01/2024 | | 29 | | | |
| 11 | 1419632 | G039 | 03/01/2024 | | 16 | | | |
| 12 | 1419698 | X29 | 08/01/2024 | | 24 | 225 | | |
| 13 | 1419872 | X29 | 18/01/2024 | | 31 | 168 | | |
| 14 | 840237 | G039 | 12/01/2024 | | 17 | 222 | | |
</td></tr>
<tr><td>72</td><td>Clique com o mouse sobre a primeira linha da coluna “Mês” ela ficará contornada de verde;</td></tr>
<tr><td>73</td><td>No canto inferior direito desse contorno verde aparecerá um quadradinho, dê dois cliques nele para que a fórmula seja copiada para todas as linhas;
<br>D2 =TEXTO(C2;"mmmm")

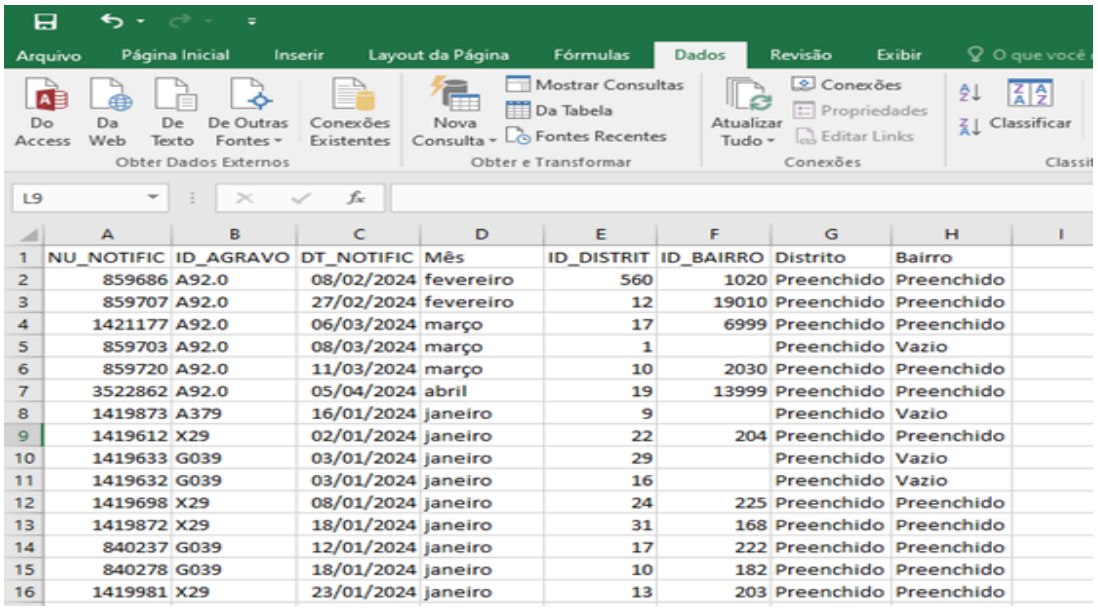
| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NU_NOTIFIC | ID_AGRAVO | DT_NOTIFIC | Mês | ID_DISTRIT | ID_BAIRRO | Distrito | Bairro |
| 2 | 859686 | A92.0 | 08/02/2024 | fevereiro | 560 | 1020 | Preenchido | |
| 3 | 859707 | A92.0 | 27/02/2024 | | 12 | 19010 | | |
| 4 | 1421177 | A92.0 | 06/03/2024 | | 17 | 6999 | | |
| 5 | 859703 | A92.0 | 08/03/2024 | | 1 | | | |
| 6 | 859720 | A92.0 | 11/03/2024 | | 10 | 2030 | | |
| 7 | 3522862 | A92.0 | 05/04/2024 | | 19 | 13999 | | |
| 8 | 1419873 | A379 | 16/01/2024 | | 9 | | | |
| 9 | 1419612 | X29 | 02/01/2024 | | 22 | 204 | | |
| 10 | 1419633 | G039 | 03/01/2024 | | 29 | | | |
</td></tr>
<tr><td>74</td><td>Repita a operação com a coluna Distrito;</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>
Q18

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NU_NOTIFIC | ID_AGRAVO | DT_NOTIFIC | Mês | ID_DISTRIT | ID_BAIRRO | Distrito | Bairro |
| 2 | 859686 | A92.0 | 08/02/2024 | fevereiro | 560 | 1020 | Preenchido | |
| 3 | 859707 | A92.0 | 27/02/2024 | fevereiro | 12 | 19010 | Preenchido | |
| 4 | 1421177 | A92.0 | 06/03/2024 | março | 17 | 6999 | Preenchido | |
| 5 | 859703 | A92.0 | 08/03/2024 | março | 1 | | Preenchido | |
| 6 | 859720 | A92.0 | 11/03/2024 | março | 10 | 2030 | Preenchido | |
| 7 | 3522862 | A92.0 | 05/04/2024 | abril | 19 | 13999 | Preenchido | |
| 8 | 1419873 | A379 | 16/01/2024 | janeiro | 9 | | Preenchido | |
| 9 | 1419612 | X29 | 02/01/2024 | janeiro | 22 | 204 | Preenchido | |
| 10 | 1419633 | G039 | 03/01/2024 | janeiro | 29 | | Preenchido | |
| 11 | 1419632 | G039 | 03/01/2024 | janeiro | 16 | | Preenchido | |
| 12 | 1419698 | X29 | 08/01/2024 | janeiro | 24 | 225 | Preenchido | |
| 13 | 1419872 | X29 | 18/01/2024 | janeiro | 31 | 168 | Preenchido | |
| 14 | 840237 | G039 | 12/01/2024 | janeiro | 17 | 222 | Preenchido | |
| 15 | 840278 | G039 | 18/01/2024 | janeiro | 10 | 182 | Preenchido | |
| 16 | 1419981 | X29 | 23/01/2024 | janeiro | 13 | 203 | Preenchido | |
| 17 | 1419929 | X29 | 22/01/2024 | janeiro | 18 | | Preenchido | |
| 18 | 840276 | G039 | 18/01/2024 | janeiro | 19 | 236 | Preenchido | |
| 19 | 840291 | G039 | 22/01/2024 | janeiro | 19 | 236 | Preenchido | |
| 20 | 1420157 | X29 | 30/01/2024 | janeiro | 9 | 189 | Preenchido | |
</td></tr>
<tr><td>75</td><td>
Novamente clique na primeira linha da coluna “Distrito” para que ela fique contornada de verde e no quadrado que aparece puxe para a direita, para que a fórmula seja copiada para a primeira linha da coluna “Bairro”;

G2 =SE(E2="";"Vazio";"Preenchido")

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NU_NOTIFIC | ID_AGRAVO | DT_NOTIFIC | Mês | ID_DISTRIT | ID_BAIRRO | Distrito | Bairro | |
| 2 | 859686 | A92.0 | 08/02/2024 | fevereiro | 560 | 1020 | Preenchido | Preenchido | |
| 3 | 859707 | A92.0 | 27/02/2024 | fevereiro | 12 | 19010 | Preenchido | | |
| 4 | 1421177 | A92.0 | 06/03/2024 | março | 17 | 6999 | Preenchido | | |
| 5 | 859703 | A92.0 | 08/03/2024 | março | 1 | | Preenchido | | |
| 6 | 859720 | A92.0 | 11/03/2024 | março | 10 | 2030 | Preenchido | | |
| 7 | 3522862 | A92.0 | 05/04/2024 | abril | 19 | 13999 | Preenchido | | |
| 8 | 1419873 | A379 | 16/01/2024 | janeiro | 9 | | Preenchido | | |
| 9 | 1419612 | X29 | 02/01/2024 | janeiro | 22 | 204 | Preenchido | | |
</td></tr>
<tr><td>76</td><td>Clique na primeira linha da coluna “Bairro” para que ela fique contornada de verde e no quadrado que aparece dê dois cliques para que a fórmula seja copiada para as outras linhas;</td></tr>
</table>




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

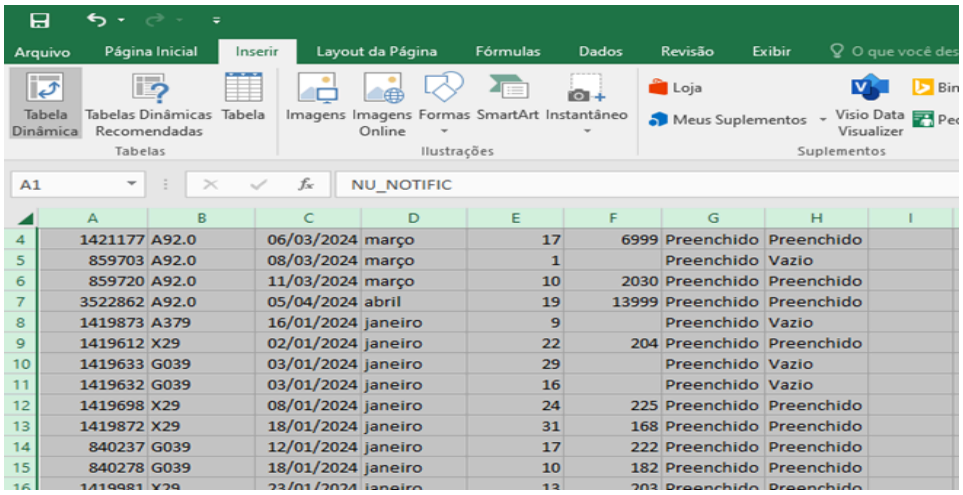
**Passo a passo para coletar o Denominador**

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

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

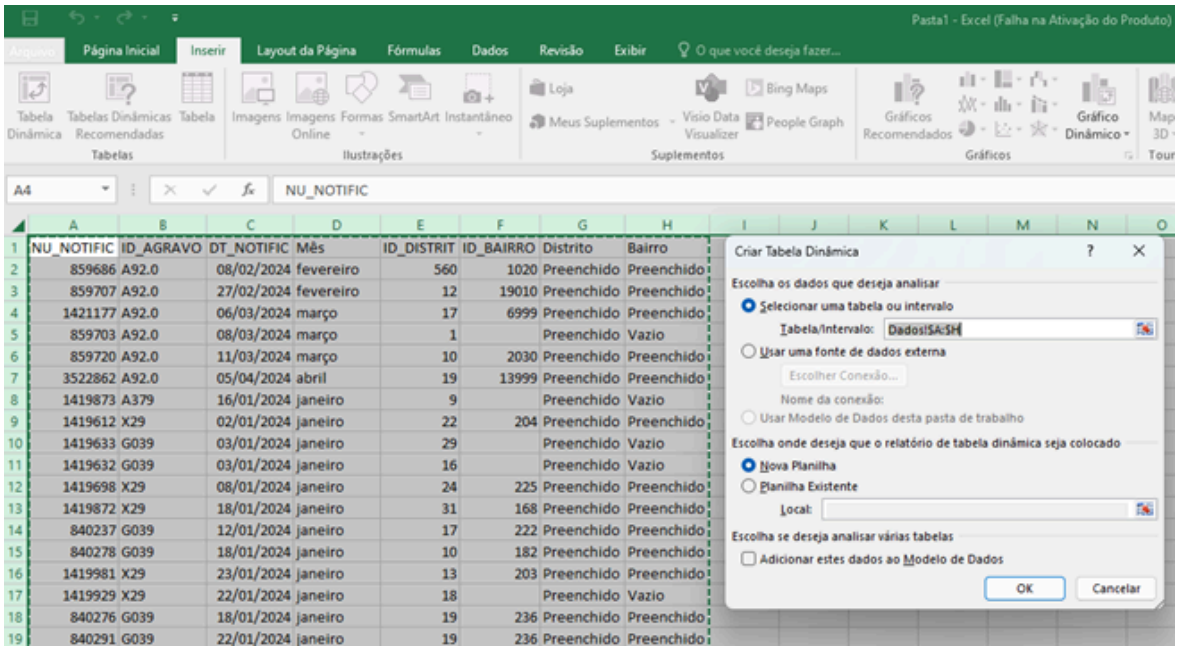
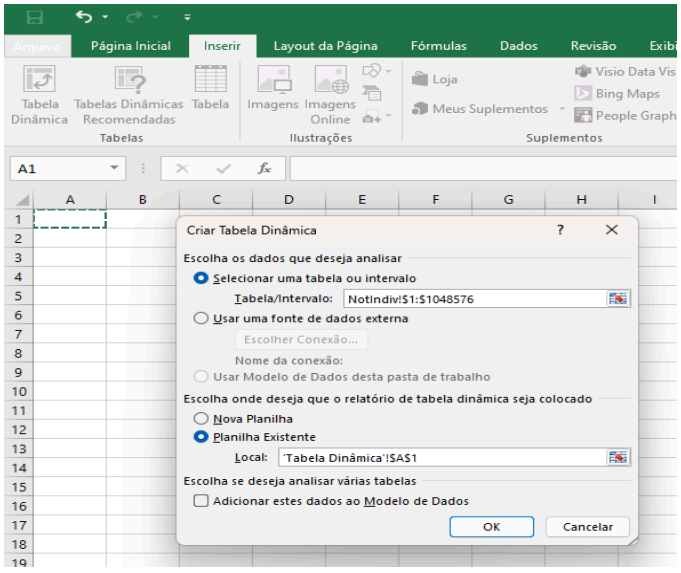
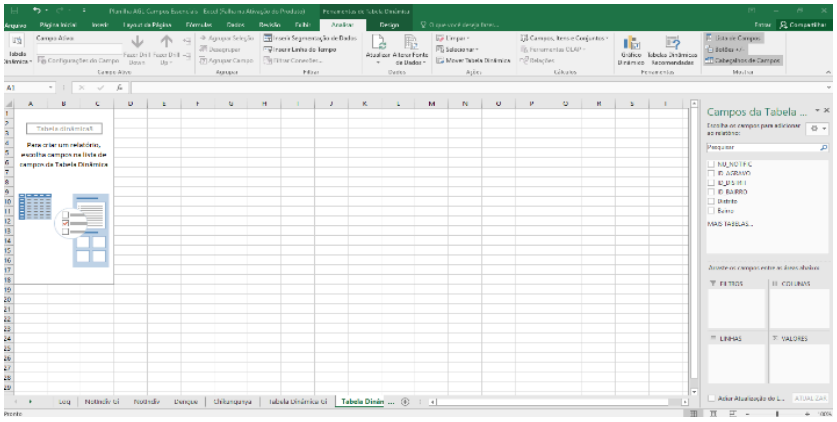
**1** Abra uma nova aba na planilha com o nome “Tabela Dinâmica”

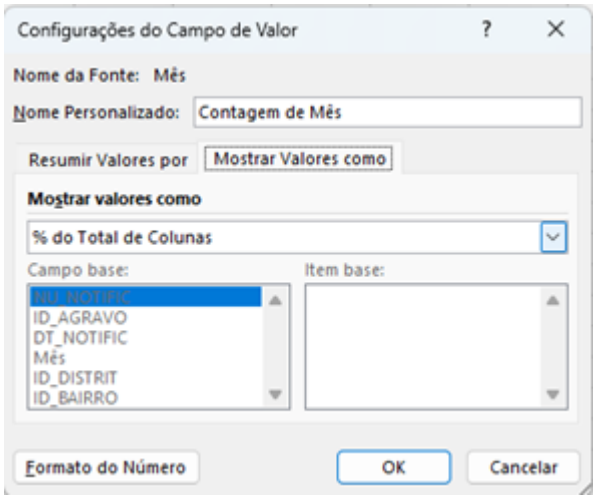
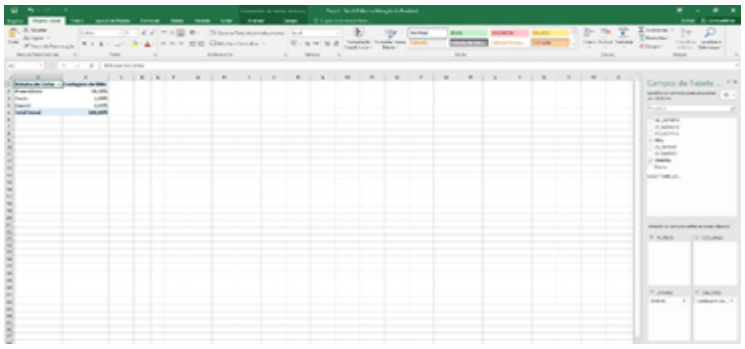
**2** Na planilha dos dados, selecione toda a tabela e depois clique em “Inserir” e depois clique em “Tabela Dinâmica”

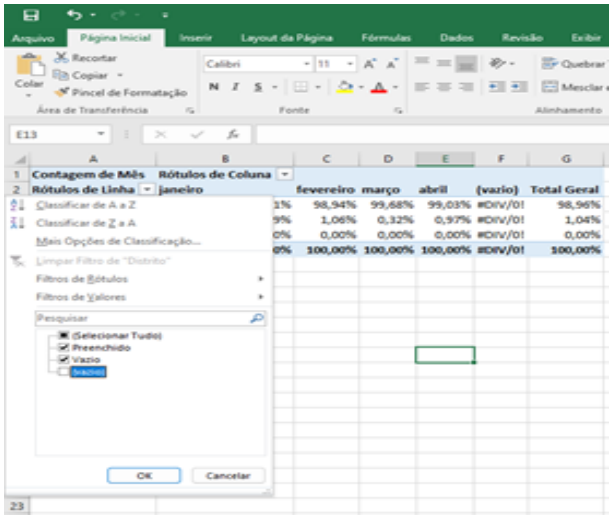
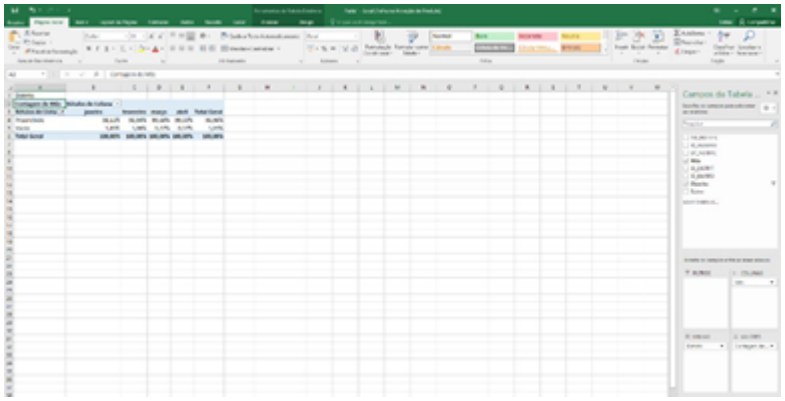
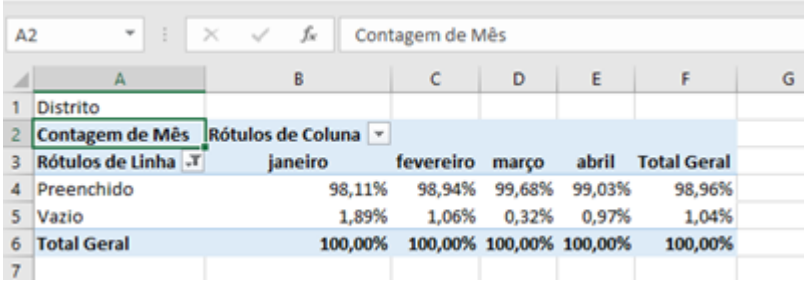


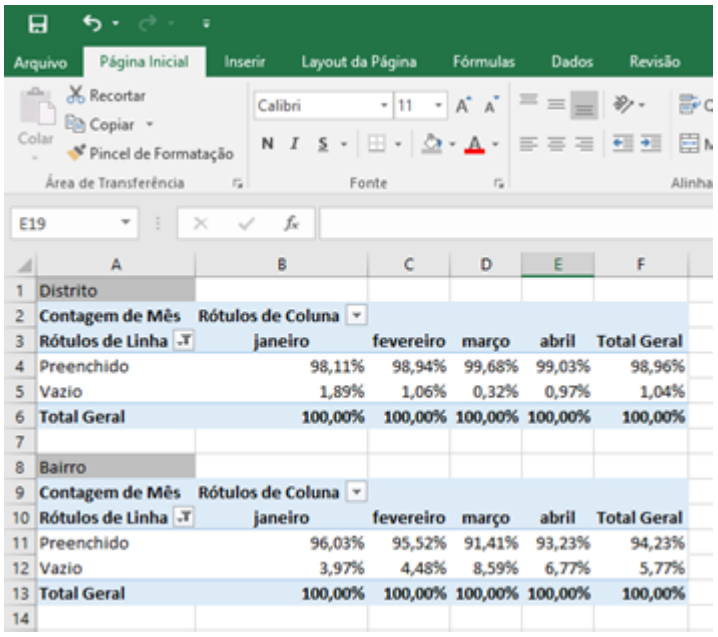
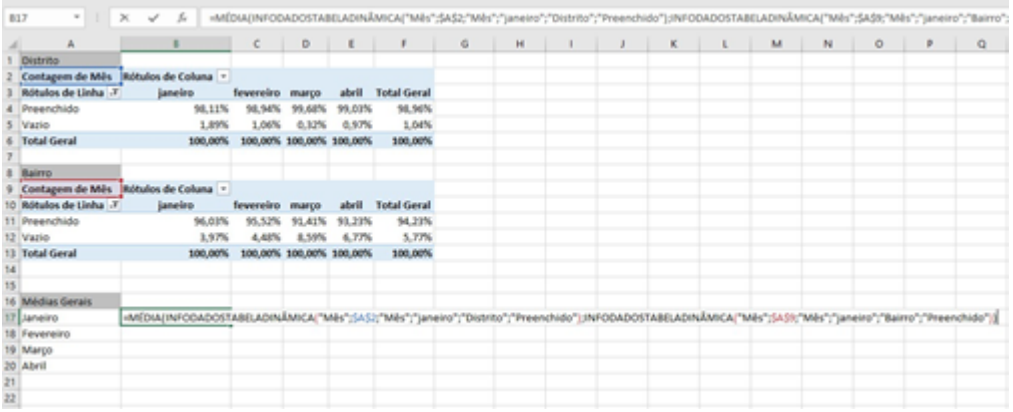

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 1421177 | A92.0 | 06/03/2024 | março | 17 | 6999 | Preenchido | Preenchido |
| 5 | 859703 | A92.0 | 08/03/2024 | março | 1 | | Preenchido | Vazio |
| 6 | 859720 | A92.0 | 11/03/2024 | março | 10 | 2030 | Preenchido | Preenchido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

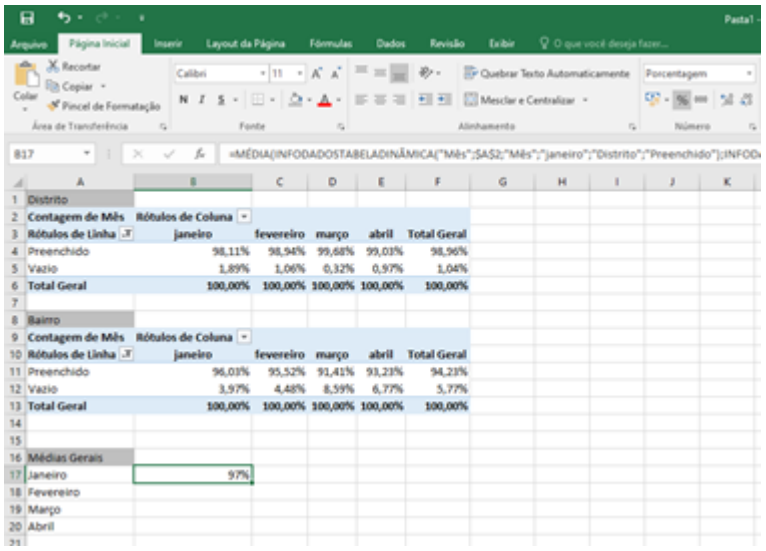
**3** Uma caixa de “Criar Tabela Dinâmica” irá aparecer

<table>
<tr><td></td><td> 
</td></tr>
<tr><td>4</td><td>No campo “Escolha onde deseja que o relatório de tabela dinâmica seja colocado” selecione a opção “Planilha Existente”</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Abra a aba “Tabela Dinâmica” e selecione a primeira célula da planilha<br> 
</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Depois clique em ok<br> 
</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **7** | No quadro “Campos da Tabela” selecione “Mês” e arraste para o quadro “Valores”, clique na seta ao lado do nome “Contagem de...” e selecione “Configurações do campo de valor”. Na caixa que irá abrir vá em “Mostrar valores como” e selecione a opção “% do Total de Colunas” e clique em “OK”;   |
| **8** | No quadro “Campos da Tabela” selecione “Distrito” e arraste para o quadro “Linhas”;  |
| **9** | Selecione novamente o item “Mês” e puxe para o quadro “Colunas”; |

| | |
|---|---|
| **10** | Se aparecer a palavra “(vazio)” na tabela e ela estiver zerada, vá em rótulos de linha e clique na seta ao lado e desmarque essa opção para que ela não apareça na tabela. Como ela não representa nenhum número ela não irá influenciar no cálculo. Se ela aparecer seguida de algum número significa que existem linhas em branco na aba dos dados e esse erro precisa ser corrigido;  |
| **11** | Ao final do processo irá aparecer o valor percentual dos campos preenchidos e vazios por mês;  |
| **12** | Coloque um título para essa primeira tabela;  |

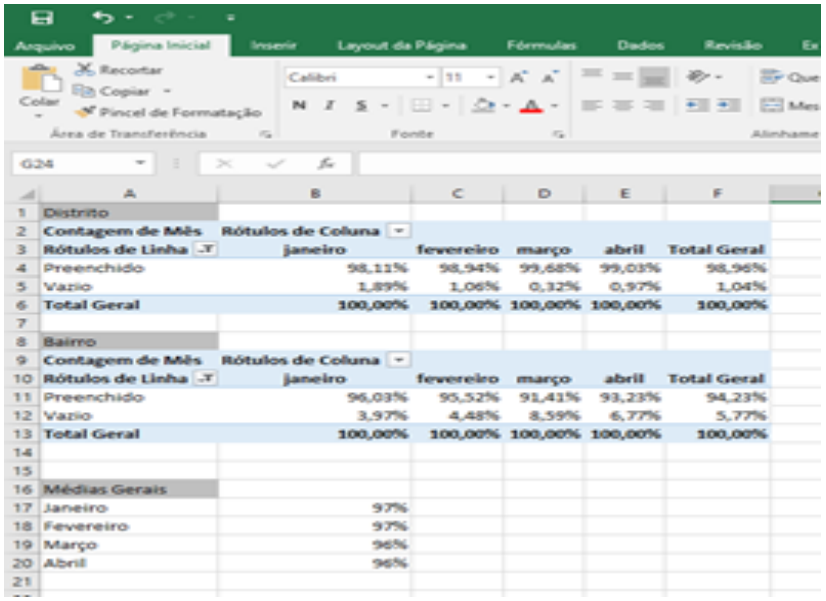
| | |
|---|---|
| **13** | Repita o processo para “Bairro”;<br>  <br>Distrito<br>Contagem de Mês / Rótulos de Coluna<br>Rótulos de Linha / janeiro / fevereiro / março / abril / Total Geral<br>Preenchido 98,11% 98,94% 99,68% 99,03% 98,96%<br>Vazio 1,89% 1,06% 0,32% 0,97% 1,04%<br>Total Geral 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00%<br>Bairro<br>Contagem de Mês / Rótulos de Coluna<br>Rótulos de Linha / janeiro / fevereiro / março / abril / Total Geral<br>Preenchido 96,03% 95,52% 91,41% 93,23% 94,23%<br>Vazio 3,97% 4,48% 8,59% 6,77% 5,77%<br>Total Geral 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% |
| **14** | Calcule a média dos percentuais dos campos “Preenchidos” do Distrito e Bairro por mês com a seguinte fórmula: digite “=” seguido da palavra “média” e o parêntese “(“. Em seguida, selecione o percentual preenchido do Distrito, depois “;” selecione o percentual preenchido do Bairro. Feche o parêntese “)” e clique em “Enter”. Faça esse processo para cada mês. Nesse exemplo a fórmula ficará da seguinte forma:<br>  <br>=MÉDIA(INFODADOSTABELADINÂMICA("Mês";$A$2;"Mês";"janeiro";"Distrito";"Preenchido");INFODADOSTABELADINÂMICA("Mês";$A$9;"Mês";"janeiro";"Bairro";"Preenchido"); |
| **15** | Se o valor da média não aparecer em percentual vá em “Página Inicial”, “Número” e clique em “%”; |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Distrito | | | | | |
| 2 | Contagem de Mês | Rótulos de Coluna | | | | |
| 3 | Rótulos de Linha | janeiro | fevereiro | março | abril | Total Geral |
| 4 | Preenchido | 98,11% | 98,94% | 99,68% | 99,03% | 98,96% |
| 5 | Vazio | 1,89% | 1,06% | 0,32% | 0,97% | 1,04% |
| 6 | Total Geral | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| 7 | | | | | | |
| 8 | Bairro | | | | | |
| 9 | Contagem de Mês | Rótulos de Coluna | | | | |
| 10 | Rótulos de Linha | janeiro | fevereiro | março | abril | Total Geral |
| 11 | Preenchido | 96,03% | 95,52% | 91,41% | 93,23% | 94,23% |
| 12 | Vazio | 3,97% | 4,48% | 8,59% | 6,77% | 5,77% |
| 13 | Total Geral | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | Médias Gerais | | | | | |
| 17 | Janeiro | 97% | | | | |
| 18 | Fevereiro | | | | | |
| 19 | Março | | | | | |
| 20 | Abril | | | | | |

**16**

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



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Distrito | | | | | |
| 2 | Contagem de Mês | Rótulos de Coluna | | | | |
| 3 | Rótulos de Linha | janeiro | fevereiro | março | abril | Total Geral |
| 4 | Preenchido | 98,11% | 98,94% | 99,68% | 99,03% | 98,96% |
| 5 | Vazio | 1,89% | 1,06% | 0,32% | 0,97% | 1,04% |
| 6 | Total Geral | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| 7 | | | | | | |
| 8 | Bairro | | | | | |
| 9 | Contagem de Mês | Rótulos de Coluna | | | | |
| 10 | Rótulos de Linha | janeiro | fevereiro | março | abril | Total Geral |
| 11 | Preenchido | 96,03% | 95,52% | 91,41% | 93,23% | 94,23% |
| 12 | Vazio | 3,97% | 4,48% | 8,59% | 6,77% | 5,77% |
| 13 | Total Geral | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | Médias Gerais | | | | | |
| 17 | Janeiro | 97% | | | | |
| 18 | Fevereiro | 97% | | | | |
| 19 | Março | 96% | | | | |
| 20 | Abril | 96% | | | | |
| 21 | | | | | | |

## OBSERVAÇÕES

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

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

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

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

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

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

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

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

| Acordo de Gestão Regional - AGR | |
|---|---|
| **TEMA** | Gestão da qualidade e segurança do paciente |
| **INDICADOR** | Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação na unidade. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR** | |
| **1** | Realizar busca ativa em prontuários; |
| **2** | Considerar o número de prontuários de pacientes com registro de avaliação de risco de queda realizada nas últimas 24 horas de internação por ala da unidade hospitalar, de acordo com a amostra. Ao final, somar os prontuários que estavam com avaliação de risco de queda nas últimas 24 horas de internação, em relação ao dia da coleta, de cada setor avaliado. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR** | |
| **1** | O total de prontuários avaliados na amostra deve ser necessariamente múltiplo de 17. Isso significa que cada ala de internação (clínica, cirúrgica, intensiva, conforme o perfil do hospital) deve ter exatamente 17 prontuários avaliados. No final, somam-se os 17 prontuários de cada unidade avaliada. Caso o dia escolhido aleatoriamente não alcance os 17 prontuários com pacientes internados com tempo superior a 24 horas, escolher outro dia a fim de completar os 17 prontuários por ala |
| **PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO** | |
| **1** | Somar o número de prontuários de paciente com avaliação do risco de queda nas últimas 24 horas de internação, conforme orientação para coleta do numerador; |
| **2** | Dividir o valor encontrado pelo número de prontuários avaliados; |
| **3** | Multiplicar o valor encontrado por 100. |
| **OBSERVAÇÕES:** | |
| - Paciente neonato considerar o Instrumento de Avaliação de Risco para Quedas em Neonatos;<br>- Considerar escala adequada para paciente pediátrico;<br>- Pacientes adultos Escala de Morse;<br>- Considerar internação, sendo as alas tanto das Enfermarias, quanto das UTIs;<br>- Considerar pacientes internados com tempo superior de 24 horas, presentes no dia da coleta de dados;<br>- Para cálculo da amostra: sortear aleatoriamente 17 prontuários mensalmente, por unidade de internação.Nos casos em que o dia escolhido não alcançar os 17 prontuários necessários para a análise, respeitando o tempo de internação superior há 24 horas, escolher mais uma data de forma aleatória, a fim de completar os 17 prontuários necessários por ala de internação;<br>- Informar nas análises dos resultados o (s) dia (s) escolhido (s) e qual número de alas de internação existentes na unidade hospitalar.<br>* Nos casos de unidades com baixo giro de leitos, onde não houve a avaliação de pelo menos 17 pacientes durante o mês, é necessário justificar essa situação ao enviar as informações. | |

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

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

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

| Acordo de Gestão Regional - AGR | |
|---|---|
| **TEMA** | Gestão da qualidade e segurança do paciente |
| **INDICADOR** | Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR** | |
| **1** | Considerar as listas de verificação que foram aplicadas completas (todos os itens preenchidos/verificados) pela equipe cirúrgica. |
| **2** | Definir número de procedimentos cirúrgicos por amostragem |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR** | |
| **1** | Total de cirurgias avaliadas por amostragem. |
| **PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO** | |
| **1** | Dividir o número de cirurgias que aplicaram o checklist de cirurgia segura pelo total de cirurgias avaliadas na amostra. |
| **2** | Multiplicar o resultado por 100. |
| **OBSERVAÇÕES:** | |

Total de procedimentos cirúrgicos realizados (amostra)/Amostra mínima para procedimentos por quinzena.

| Procedimentos cirúrgicos por mês | Amostra por quinzena |
|---|---|
| Até 50 procedimentos | 12 |
| De 51 a 100 procedimentos | 28 |
| De 101 a 150 procedimentos | 39 |
| De 151 a 200 procedimentos | 47 |
| De 201 a 250 procedimentos | 53 |
| De 251 a 300 procedimentos | 58 |
| De 301 a 350 procedimentos | 62 |
| De 351 a 400 procedimentos | 65 |
| De 401 a 450 procedimentos | 68 |
| De 451 a 500 procedimentos | 70 |
| De 501 a 550 procedimentos | 72 |
| Mais de 551 procedimentos | 74 |

# Atenção a Saúde

## Indicador 6: Taxa de tomografias pendentes de confirmação

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES | |
|---|---|
| **Código** | 6 |
| **Pactuações** | AGL HOSPITALAR |
| **Indicador** | Taxa de tomografias pendentes de confirmação. |
| **Conceituação** | A taxa de absenteísmo de pacientes de tomografia refere-se à proporção de pacientes que faltam às suas consultas ou exames de tomografia agendados em relação ao total de agendamentos. Essa métrica é utilizada para avaliar a adesão dos pacientes aos seus compromissos e pode indicar problemas de acesso aos serviços de tomografia, deficiências de comunicação ou falta de conscientização sobre a importância do exame. |
| **Usos** | O conceito de taxa de absenteísmo de pacientes de tomografia é relevante para as unidades executantes do exame, pois pode afetar a eficiência operacional, a utilização dos recursos e a qualidade do atendimento. Quando os pacientes faltam aos seus exames, pode haver desperdício de tempo, recursos e equipamentos, além de atrasos no diagnóstico e tratamento adequados. A mensuração desse indicador pode demonstrar avanços, estabilização ou retrocessos nesse fluxo. |
| **Limitações** | -Manuseio do Sistema de regulação;<br>-Pacientes portando o código de chave para confirmação do atendimento;<br>-Necessidade de fechamento de chave por parte das unidades executantes;<br>-Instabilidade do sistema. |
| **Fonte** | SISREG |
| **Metodologia de Cálculo** | **Numerador:** Total exames de tomografia não confirmados<br>**Denominador:**Total de exames de Tomografia agendados.<br>**Multiplicador:** 100 |
| **Periodicidade de Monitoramento** | Mensal (Coleta dos dados)<br>Bimestral (Região/Unidade)<br>Quadrimestral (Colegiado) |
| **Periodicidade de Avaliação** | Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual |
| **Unidade de Medida** | Percentual. |
| **Parâmetro** | Ainda não há parâmetros disponíveis para esse dado específico |
| **Polaridade** | Menor melhor |
| **Acumulativo Anual** | Não |
| **Acumulativo para Pactuação** | O resultado anual é a média mensal durante o ano. |
| **Estratificação** | Comparativos entre as unidades da SES (CRDF), Unidades contratadas e conveniadas (HBDF, HUB, HCB e ICDF) |
| **Responsável Técnico** | SES/CRDF/DIRAAH/CERA |
| **Coordenador da Pactuação** | SES/CRDF/DIRAAH |
| **Descrição da Meta** | Meta: 20% |

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

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

# Indicador 7: Taxa de Ocupação Operacional

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

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

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

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

# Indicador 8: Índice de giro de leitos

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

| | |
|---|---|
| **Acumulativo Anual** | Não |
| **Acumulativo para Pactuação** | Não |
| **Estratificação** | Enfermaria Clínica Médica, por hospital. |
| **Responsável Técnico** | SES/SAIS/CATES/DSINT/GESINT |
| **Coordenador da Pactuação** | SES/SAIS/CATES |
| **Descrição da Meta** | A meta para o ano de 2025 é de 1,5. O perfil de utilização de leitos de clínica médica, na rede SES-DF, tem sido principalmente para a retaguarda de egressos de UTI, UPAs e Pronto Socorro, relacionados a cuidados de alta dependência e semi-intensivos. Para tanto sugere-se periodicamente a utilização da Escala de Fugulin, nas unidades de internação clínica, conjuntamente às Gerências de Enfermagem, visando o melhor delineamento desse perfil assistencial. O valor esperado é que quanto maior seja a média total de pontos de Fugulin, menor será o Giro de Leitos, maior o Tempo Médio de Permanência e maior a Taxa de Ocupação Hospitalar. Esses valores podem oscilar de um período para o outro devido a admissão de um número de pacientes crônicos, com variadas comorbidades, altamente dependentes e que necessitem de serviços de alta complexidade, tais como Terapia Renal Substitutiva (TRS), ou que dependam de condições para a saída, tais como a necessidade oxigenoterapia, entre outras condicionantes para alta hospitalar. Além disso, externalidades podem afetar esse indicador, tais como pacientes em condição social, aguardando leito em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), moradores de outras localidades, entre outras situações que impactam a saída dos pacientes, mesmo após alta médica. |

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

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

# Indicador 9: Percentual de partos normais por ocorrência

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

| HRAN | HRGU | HRL | HRPL | HRS | HRC | HRBZ | HRSAM | HRT | HRG |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 48% | N/A | 47,50% | 62% | 52% | 57% | 55% | 60% | 49% | 57% |

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

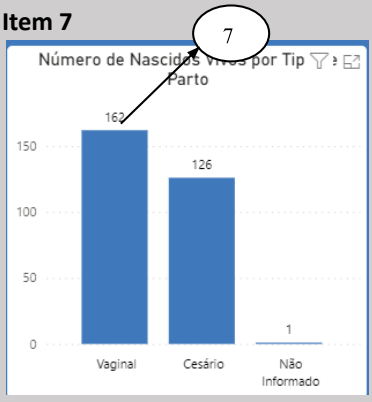
| Acordo de Gestão Regional - AGR | |
|---|---|
| **TEMA** | Rede Cegonha |
| **INDICADOR** | Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos). |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR** | |
| **1** | Acesse o link : https://info.saude.df.gov.br/nascidosvivosdfsalasit/ (InfoSaúde (https://info.saude.df.gov.br/) > Sala de situação> Vigilância em saúde> Nascimentos e óbitos> Nascidos vivos no DF> Recorte Inicial: nascidos vivos no DF por UF de residência da mãe. |
| **2** | Em UF de Residência da mãe selecione "TODOS" |
| **3** | Selecione o Ano de Nascimento |
| **4** | Selecione os Meses do Nascimento |
| **5** | Selecione o Estabelecimento do Nascimento |
| **6** | O denominador será o valor que aparecerá em "Número de nascidos Vivos por ano" |
| **7** | O numerador será o valor que aparecerá em "Número de nascidos vivos por tipo de parto" na opção "parto vaginal" |
| **8** | Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar por 100 |

**OBSERVAÇÕES:**

Não é necessário selecionar: UF de residência da mãe, Sexo do RN, Tipo de estabelecimento e Região administrativa de residência da mãe.

**Item 2 a 6.**

**Item 7**




Ex:( Numerador 162) / (Denominador 289) * (multiplicador 100) = 85,71%

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

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES | |
|---|---|
| **Código** | 10 |
| **Pactuações** | AGL HOSPITALAR |
| **Indicador** | Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). |
| **Conceituação** | Proporção de pacientes que foram a óbito após internação com o CID de Infarto Agudo do Miocárdio, frente ao total de pacientes com este CID. Diagnóstico CID-10 (categorias): I21, I210, I211, I212, I213,I214,I219, I22, I220, I221, I228, I229, I23, I230, I231, I232, I233, I234, I235, I236 e I238. |
| **Usos** | Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade das internações por infarto agudo do miocárdio em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. |
| **Limitações** | Em alguns casos o CID não é incluído corretamente, o que faz com que alguns casos se percam e não entrem no indicador, entretanto esta limitação tende a ser menos relevante à medida que se aprimoram os sistemas de informação. |
| **Fonte** | Sala de Situação. |
| **Metodologia de Cálculo** | **NUMERADOR:** Óbitos nas internações por IAM em determinado local e período na população acima de 20 anos<br>**DENOMINADOR:** Total das internações por IAM, em determinado local e período na população acima de 20 anos<br>**MULTIPLICADOR: 100**<br>Tipo de AIH: Normal Diagnóstico CID-10 (categorias): I21 Infarto agudo do miocárdio I22 Infarto do miocárdio recorrente I23 Algumas complicações atuais subsequentes infarto agudo do miocárdio |
| **Periodicidade de Monitoramento** | Mensal (Coleta dos dados)<br>Bimestral (Região/Unidade)<br>Quadrimestral (Colegiado) |
| **Periodicidade de Avaliação** | Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual. |
| **Unidade de Medida** | Percentual |
| **Parâmetro** | 4,5% |
| **Polaridade** | Menor melhor |
| **Acumulativo Anual** | Não |
| **Acumulativo para Pactuação** | Não |
| **Estratificação** | Distrito Federal, Região de Saúde, Unidade Hospitalar. |
| **Responsável Técnico** | SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE<br>SES/SAIS/COASIS/DIENF/GENFH |
| **Coordenador da Pactuação** | SES/SAIS/CATES |
| **Descrição da Meta** | HRAN: 6,50%; HRGU: 10%; HRL: 6,50%; HRPL: 6,50%; HRS: 6,50%; HRBZ: 6,50%; HRSAM: 6,50%; HRT: 6,50%; HRG: 6,50% |

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

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

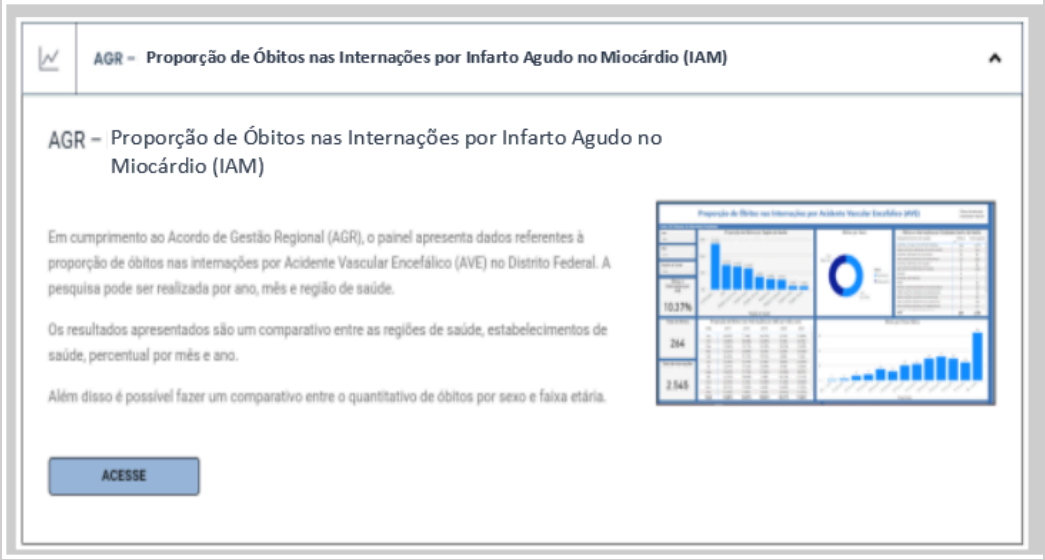
**1.** Acesse https://info.saude.df.gov.br/ e selecione “Gestão da Saúde”.

**2**. Acesse o “Menu Gestor”

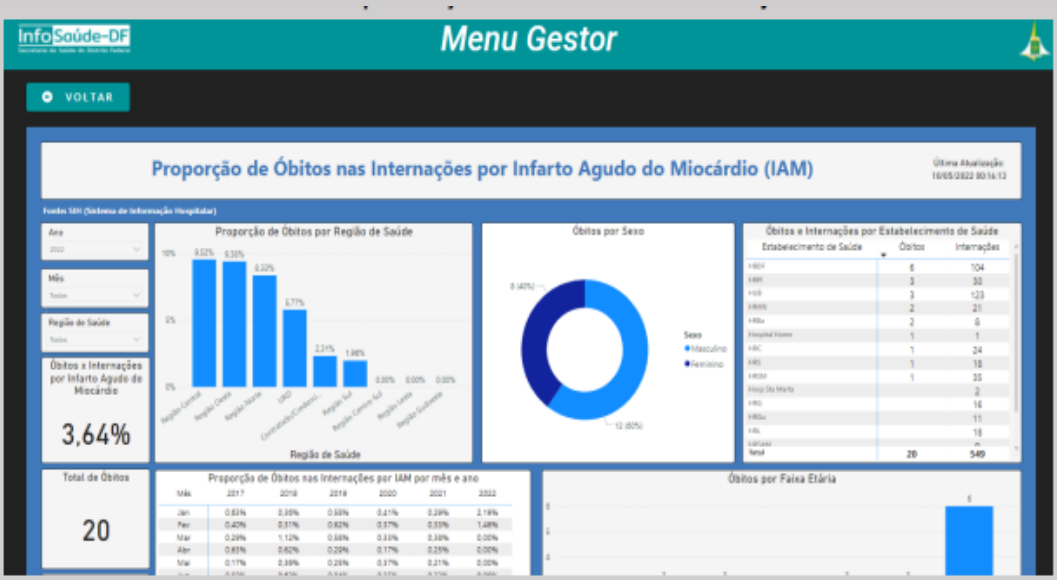
**3**. Informe o login e senha.

**4.** Acesse o botão “Indicadores”.

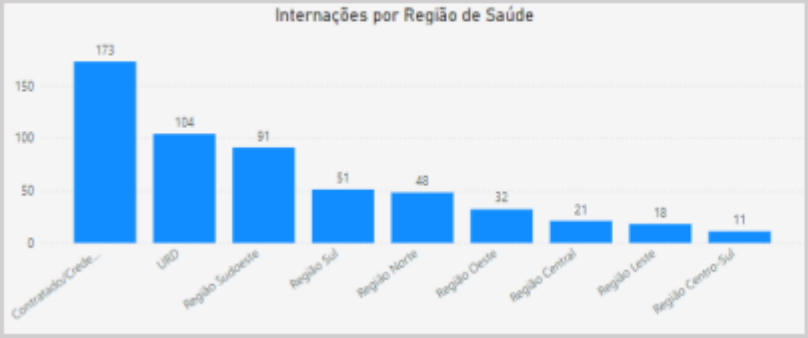
**5**. Localize o painel “AGR – Proporção de Óbitos nas Internações por Infarto Agudo no Miocárdio (IAM)".




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




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




Óbitos e Internações por Estabelecimento de Saúde

| Estabelecimento de Saúde | Óbitos | Internações |
|---|---|---|
| HBDF | 6 | 104 |
| HRPI | 3 | 30 |
| HUB | 3 | 123 |
| HRAN | 2 | 21 |
| HRBz | 2 | 8 |
| Hospital Home | 1 | 1 |
| HRC | 1 | 24 |
| HRS | 1 | 18 |
| HRSM | 1 | 35 |
| Hosp Sta Marta | | 2 |
| HRG | | 16 |
| HRGu | | 11 |
| HRL | | 18 |
| HBCAM | | 0 |
| **Total** | **20** | **549** |

# Indicador 11: Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)

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

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

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

**OBSERVAÇÕES:**

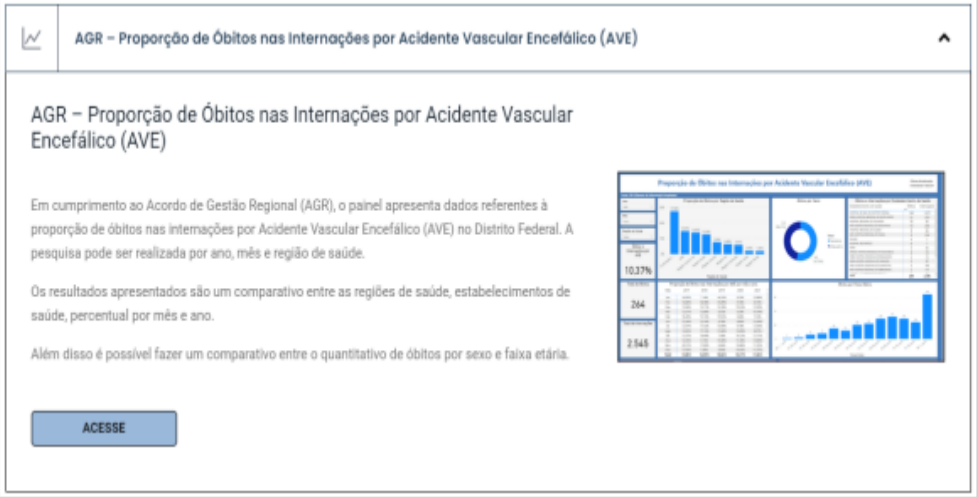
**1.** Acesse https://info.saude.df.gov.br/ e selecione “Gestão da Saúde”.

**2**. Acesse o “Menu Gestor”

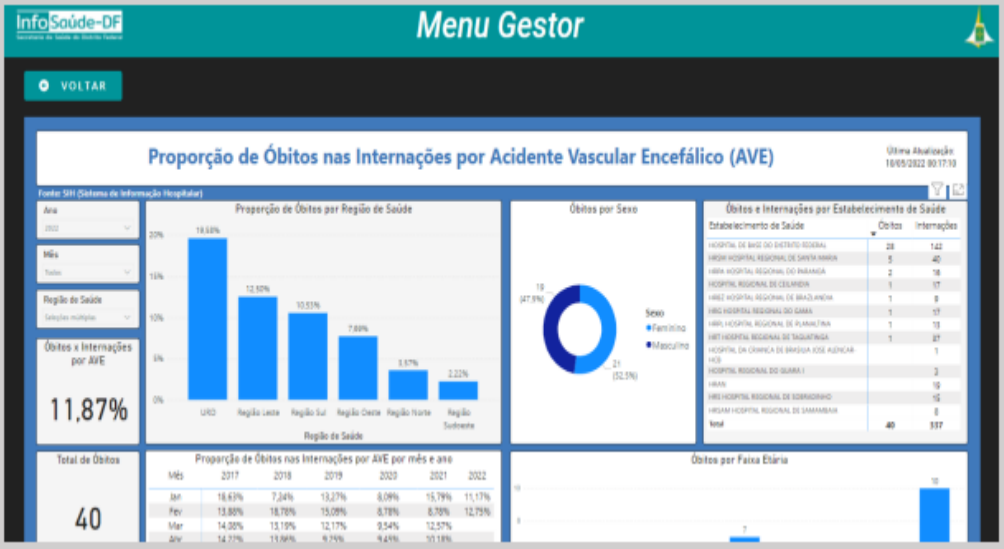
**3**. Informe o login e senha.

**4.** Acesse o botão “Indicadores”.

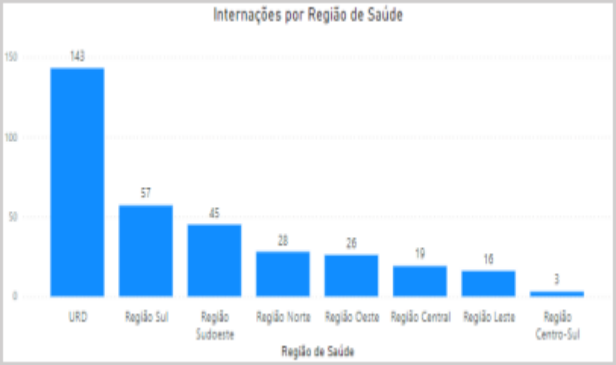
**5**. Localize o painel “AGR – Proporção de Óbitos nas Internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)".



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




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




Óbitos e Internações por Estabelecimento de Saúde

| Estabelecimento de Saúde | Óbitos | Internações |
|---|---|---|
| HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL | 28 | 142 |
| HRSM HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA | 5 | 40 |
| HRPA HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ | 2 | 16 |
| HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA | 1 | 17 |
| HRBZ HOSPITAL REGIONAL DE BRAZLANDIA | 1 | 9 |
| HRG HOSPITAL REGIONAL DO GAMA | 1 | 17 |
| HRPL HOSPITAL REGIONAL DE PLANALTINA | 1 | 13 |
| HRT HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA | 1 | 37 |
| HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR-HCB | | 1 |
| HOSPITAL REGIONAL DO GUARA I | | 3 |
| HRAN | | 19 |
| HRS HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO | | 15 |
| HRSAM HOSPITAL REGIONAL DE SAMAMBAIA | | 8 |
| **Total** | **40** | **337** |

# Indicador 12.0.1: Tempo Médio de Permanência em leitos de UTI Geral adulto até a alta médica

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES | |
|---|---|
| **Código SEPLAN** | 12.0.1 |
| **Pactuações** | AGL |
| **Indicador** | Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral Adulto até a alta médica. |
| **Conceituação** | Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto Geral (UTI-A) do hospital até receberem alta médica. Entende-se por alta médica a sinalização em prontuário contendo relatório de alta indicando condições clínicas de transferência do paciente para cuidados de menor complexidade ou diretamente para o domicílio. É a decisão que encerra o tratamento de um paciente em um ambiente de saúde, neste caso, na UTI-A, seja por apresentar condições clínicas de transferência interna ou externa e/ou óbito. NÃO considerar a alta administrativa. |
| **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. |
| **Limitações** | Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. A mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, a gravidade do quadro à admissão, disponibilidade de insumos, a agilidade na realização de exames e procedimentos. A alimentação do sistema ou a coleta de dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para que as informações de paciente-dia e saídas reflitam de forma precisa a média de permanência. O TrakCare e o mesmo não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador. |
| **Fonte** | Censo diário da unidade |
| **Metodologia de Cálculo** | **Numerador:** Somatório do nº de paciente-dia no leito de UTI-A até a obtenção de alta médica, no período de um mês.<br>**Denominador:** É o número de pacientes que obtiveram alta médica da UTI Adulto, no período de um mês. |
| **Periodicidade de Monitoramento** | Mensal (Coleta dos dados)<br>Bimestral (Região/Unidade)<br>Quadrimestral (Colegiado) |
| **Periodicidade de Avaliação** | Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual. |
| **Unidade de Medida** | Número de dias. |
| **Parâmetro** | N/A |
| **Polaridade** | Menor, melhor. |
| **Acumulativo Anual** | Não |
| **Acumulativo para Pactuação** | Não |
| **Estratificação** | Por unidade hospitalar |
| **Responsável Técnico** | SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI |
| **Coordenador da Pactuação** | SES/SAIS/ARAS/GCDRUE |

| | |
|---|---|
| **Descrição da Meta** | 10 dias |

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

| **Acordo de Gestão Local- AGL** | |
|---|---|
| **TEMA** | Atenção à Saúde |
| **INDICADOR** | Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral Adulto até a alta médica. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR** | |
| **Passo a passo para coletar o *Numerador*:**<br>**Numerador:** Número do somatório de pacientes-dia no leito de UTI-A até a obtenção de alta médica, no período de um mês. | |
| **1** | Identificar o período de tempo: Determine o período para o qual deseja calcular o número de paciente-dia (por exemplo, um mês). |
| **2** | Contar o número de pacientes que estão internados na UTI-A em cada dia: Para cada dia do período escolhido, registre o número de pacientes que permaneceram internados naquele dia, considerando os pacientes internados até às 23:59 do dia. |
| **3** | Somar os números diários: Ao final do mês, resgate todos os resultados obtidos de pacientes-dias e some estes valores, para obter o total de pacientes-dia no período de um mês. |
| **Passo a passo para coletar o *Denominador*:**<br>**Denominador:** É o número de pacientes que obtiveram alta médica da UTI Adulto, no período de um mês. | |
| **1** | Identificar o período de tempo: Determine o período para o qual deseja calcular o número de altas médicas (por exemplo, um mês). |
| **2** | Contar o número de altas médicas a cada dia: Para cada dia do período escolhido, registre o número de pacientes que receberam alta médica (condições de transferências e/ou óbito) naquele dia. Considerar os pacientes que saíram até às 23:59 do dia. |
| **3** | Somar os números diários: Para se obter o número total de altas médicas, some os resultados de cada dia, no período de um mês. |
| **Passo a passo para fazer o *cálculo do resultado*** | |
| **1** | Realizar a operação matemática de divisão utilizando os dois valores numéricos obtidos do Numerador pelo Denominador para obter o tempo de permanência em dias. |

# Indicador 12.0.2: Tempo Médio de Permanência em leitos de UTI Geral adulto até a alta administrativa

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES | |
|---|---|
| **Código SEPLAN** | 12.0.2 |
| **Pactuações** | AGL |
| **Indicador** | Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral Adulto até a alta administrativa. |
| **Conceituação** | Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto Geral (UTI-A) do hospital, até o dia em que ocorre de fato a sua transferência para outro local. A padronização preconizada baseia-se na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de paciente-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando na UTI Adulto Geral a cada dia. O número de paciente-dia no mês será o somatório de paciente-dia de cada dia do mês (Sipageh, 2006; Schout e Novaes, 2007; CQG, 2009). Considerar como alta administrativa a efetiva saída do paciente do leito de UTI-A, seja por transferência interna para unidades de menor complexidade, como enfermarias, transferências externas, como para outros serviços hospitalares, domicílio e óbitos. |
| **Usos** | Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Adulto Geral; avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Adulto Geral até a alta administrativa (visando comparar com o indicador 12.0.1, para entender o tempo excedente de permanência entre a alta médica e a alta administrativa daqueles pacientes que já deveriam ter sido realocados em outros setores do hospital, ou fora da unidade hospitalar, aos cuidados do NRAD ou Home Care). Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Adulto Geral. |
| **Limitações** | Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. A mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, a gravidade do quadro à admissão, disponibilidade de insumos, a agilidade na realização de exames e procedimentos, a disponibilização de leitos de retaguarda e de transporte quando da alta médica do paciente. A alimentação do sistema ou a coleta de dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para que as informações de paciente-dia e saídas reflitam de forma precisa a média de permanência.O TrakCare não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador. |
| **Fonte** | Censo diário da unidade. |
| **Metodologia de Cálculo** | **Numerador:** Somatório do nº de paciente-dia na UTI-A, no período de um mês.<br>**Denominador:** Número de pacientes que tiveram alta administrativa na UTI-A, no período de um mês, considerando os pacientes internados até às 23:59 do dia. |
| **Periodicidade de Monitoramento** | Mensal (Coleta dos dados)<br>Bimestral (Região/Unidade)<br>Quadrimestral (Colegiado) |
| **Periodicidade de Avaliação** | Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual. |
| **Unidade de Medida** | Dias |
| **Parâmetro** | N/A |
| **Polaridade** | Menor, melhor. |
| **Acumulativo Anual** | Não |
| **Acumulativo para Pactuação** | Não |
| **Estratificação** | Por Hospital |

| | |
|---|---|
| **Responsável Técnico** | SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI |
| **Coordenador da Pactuação** | SES/SAIS/ARAS/GCDRUE |
| **Descrição da Meta** | 12 dias. |

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

| **Acordo de Gestão Local- AGL** | |
|---|---|
| **TEMA** | Atenção à Saúde |
| **INDICADOR** | Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral Adulto até a alta administrativa. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR** | |
| **Passo a passo para coletar o *Numerador***<br>**Numerador:** Número do somatório de pacientes-dia na UTI Adulto no período de um mês; | |
| **1** | Identificar o período de tempo: Determine o período para o qual deseja calcular o número de paciente-dia (por exemplo, um mês). |
| **2** | **Contar o número de pacientes que estão internados na UTI-A em cada dia:** Para cada dia do período escolhido, registre o número de pacientes que permaneceram internados naquele dia, considerando os pacientes internados até às 23:59 do dia. |
| **3** | **Somar os números diários:** Ao final do mês, resgate todos os resultados obtidos de paciente-dia e some esses valores, para obter o total de pacientes-dia no período de um mês. |
| **Passo a passo para coletar o *Denominador***<br>**Denominador:** Número de pacientes que tiveram alta administrativa na UTI-A, no período de um mês. | |
| **1** | **Identificar o período de tempo**: Determine o período para o qual deseja calcular o número de altas administrativas (por exemplo, um mês). |
| **2** | **Contar o número de saídas a cada dia**: Para cada dia do período escolhido, registre o número de pacientes que receberam alta administrativa (transferências e/ou óbito) naquele dia. Considerar os pacientes que saíram até às 23:59 do dia. |
| **3** | Somar os números diários: Para se obter o número total de saídas, some os resultados de cada dia, no período de um mês. |
| **Passo a passo para fazer o *cálculo do resultado*** | |
| **1** | Realizar a operação matemática de divisão utilizando os dois valores numéricos obtidos do Numerador pelo Denominador para obter o tempo de permanência em dias. |

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

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES | |
|---|---|
| **Código SEPLAN** | 12.1 |
| **Pactuações** | AGL |
| **Indicador** | Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica. |
| **Conceituação** | Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do hospital. |
| **Usos** | Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Pediátrica; avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Pediátrica; boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Pediátrica; Avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI pediátrica. |
| **Limitações** | Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. As comorbidades e complicações do quadro da paciente, a gravidade do quadro à admissão, a agilidade na realização de exames e procedimentos, disponibilidade de insumos, a disponibilização de leitos de retaguarda e de transporte quando da alta médica do paciente. A alimentação do sistema ou a coleta de dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para que as informações de paciente-dias e saídas reflitam de forma precisa a média de permanência. Nossa fonte de informação é o TrakCare e o mesmo não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador. |
| **Fonte** | Censo diário da unidade |
| **Metodologia de Cálculo** | **Numerador:** Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Pediátrica no período de um mês;<br>**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 para outros hospitais e serviços hospitalares e óbitos) da UTI Pediátrica no período de um mês.<br><br>Como referência utilizar o censo à 00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente pediátrico internado durante um dia hospitalar. O número de paciente-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando na UTI Pediátrica a cada dia. O número de paciente-dia no mês será o somatório de paciente-dia de cada dia do mês. Saídas: Nº de transferências internas da UTI Pediátrica para as unidades menos intensivas (ex.: intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos (saídas internas) mais as saídas hospitalares (altas para a casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de um mês. |
| **Periodicidade de Monitoramento** | Mensal (Coleta dos dados)<br>Bimestral (Região/Unidade)<br>Quadrimestral (Colegiado) |
| **Periodicidade de Avaliação** | Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual. |
| **Unidade de Medida** | Dias |
| **Parâmetro** | N/A |
| **Polaridade** | Menor, melhor. |
| **Acumulativo Anual** | Não |
| **Acumulativo para Pactuação** | Não |
| **Estratificação** | Por Hospital |
| **Responsável Técnico** | SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI |
| **Coordenador da Pactuação** | SES/SAIS/ARAS/GCDRUE |
| **Descrição da Meta** | 10 dias |

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

| Acordo de Gestão Local- AGL | |
|---|---|
| **TEMA** | Atenção à Saúde |
| **INDICADOR** | Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral Adulto até a alta administrativa. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR** | |
| **Passo a passo para coletar o Numerador**<br>**Numerador:** Número de paciente-dia (somatório de paciente-dia na UTI Ped no período de um mês) | |
| **1** | **Identificar o período de tempo: Determine o período para o qual deseja calcular o número de paciente-dia (por exemplo, um mês).** |
| **2** | **Contar o número de pacientes que permanecem internados em cada dia**: Para cada dia do período escolhido, registre o número de pacientes que permanecem internados naquele dia. Considerar os pacientes internados até às 23:59 do dia. |
| **3** | **Somar os números diários**: Realizar a somatória do número de pacientes internados de cada dia do período para obter o número total de paciente-dia do mês. |
| **Passo a passo para coletar o Denominador**<br>**Denominador:** É o número total de saídas da UTI-Ped (evasão, desistência do tratamento, transferência interna ou externa, alta médica ou óbito), em um período de um mês. | |
| **1** | **Identificar o período de tempo**: Determine o período para o qual deseja calcular o número de saídas (por exemplo, um mês). |
| **2** | **Contar o número de saídas a cada dia**: Para cada dia do período escolhido, registre o número de pacientes que saíram da unidade. |
| **3** | **Somar os números diários**: Para se obter o número total de saídas, somar os resultados obtidos de cada dia do número de saídas registrados no decorrer do mês, para obter o número total. |
| **Passo a passo para fazer o cálculo do resultado** | |
| **1** | Realizar a operação matemática de divisão utilizando os dois valores numéricos obtidos do Numerador pelo Denominador para obter o tempo de permanência em dias. |

# Indicador 13: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas

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

| HRAN | HRL | HRS | HRPL | HRC | HRBZ | HRSAM | HRT | HRG |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9% | 2% | 18% | 14% | 6% | 21% | 11% | 12% | 8% |

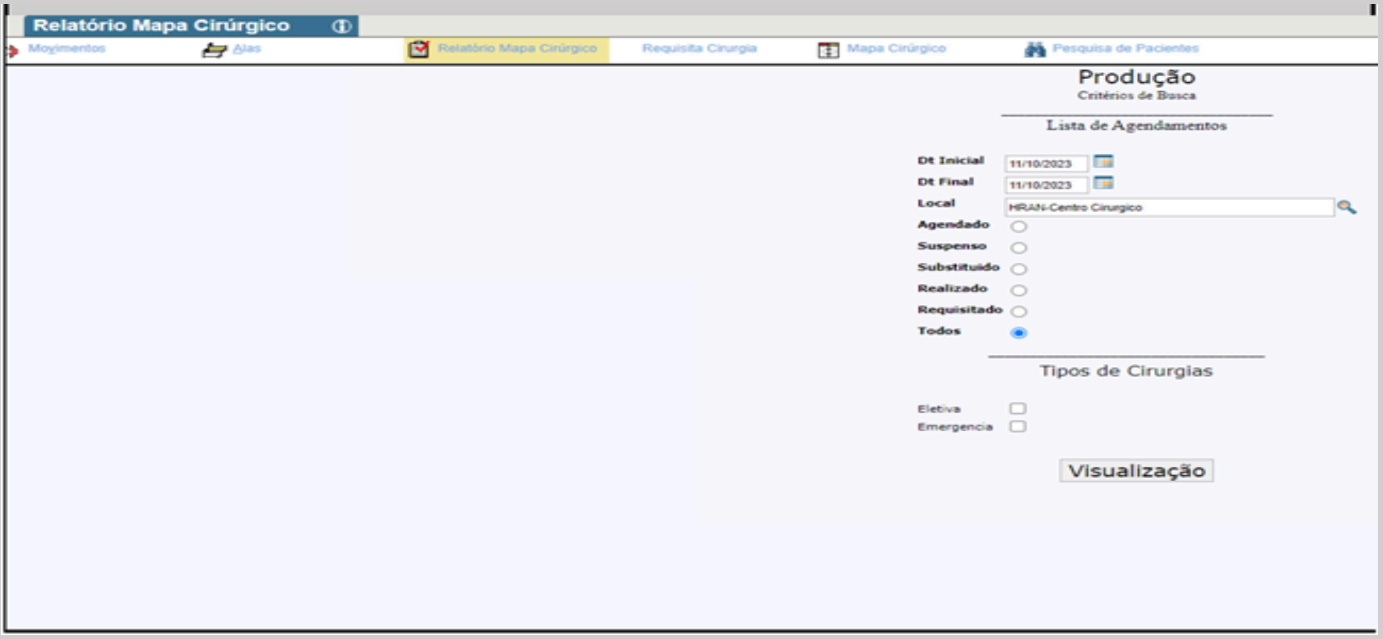
## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

| Acordo de Gestão Regional – AGR | |
|---|---|
| **TEMA** | Rede de Urgência e Emergência (RUE) |
| **INDICADOR** | Percentual de suspensão de cirurgias eletivas. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR** | |
| **Passo a passo para coletar o Numerador** | |
| **1** | Acessar o sistema de lançamento dos procedimentos cirúrgicos (TrakCare)1,2 |
| **2** | Acessar no TrakCare perfil do Centro Cirúrgico definido para unidade |
| **3** | Clicar na parte superior em RELATÓRIO MAPA CIRÚRGICO* |
| **4** | Preencher a tela PRODUÇÃO |
| **5** | Definir data inicial e data final |
| **6** | Confirmar o local (regional a ser analisada) |
| **7** | Marcar a opção: TODOS |
| **8** | Marcar os pós de cirurgias e solicitar visualização |
| **9** | Considerar os procedimentos cirúrgicos que estavam planejados e foram suspensos |
| **10** | Identificar o motivo da suspensão;<br>Exemplos de motivos de suspensão:<br>1-Paciente com pré-operatório incompleto<br>2-Condições clínicas do paciente, desfavoráveis à operação<br>3-Paciente não internou<br>4-Avanço de horário<br>5-Dano em equipamento ou mobiliário cirúrgico<br>6-Falta de recursos materiais (Insumos em geral ou Órtese, Prótese e Materiais Especiais - OPME)<br>7-A pedido do cirurgião<br>8-A cirurgia foi realizada de urgência<br>9-Desistência do paciente<br>10-Falta de recursos humanos (Enfermagem, Médico cirurgião, Anestesiologista, outros)<br>11-Falta de leito de internação e Unidade de Terapia Intensiva (UTI)<br>12-Ausência de jejum pré-operatório<br>13- Dano estrutural em sala cirúrgica (sala com comprometimento da rede de gases, teto comprometido, entre outros) 14-Motivo não especificado (Ex:Ausência de servidor da limpeza, dificultando intervalo e substituição). |
| **Passo a passo para coletar o Denominador** | |
| **1** | Acessar o sistema de lançamento dos procedimentos cirúrgicos (TrakCare)1,2 |
| **2** | Considerar os procedimentos cirúrgicos que estavam planejados e estavam em mapa cirúrgico (TrakCare) |
| **3** | Seguir as orientações no Numerador (acima descrito) do item 1 ao 9 |
| **Passo a passo para fazer o cálculo do resultado** | |

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

**OBSERVAÇÕES**

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




***Tela de: Relatório Mapa Cirúrgico**

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

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

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

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

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

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

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

| Acordo de Gestão Local- AGL | |
|---|---|
| **TEMA** | Atenção a Saúde |
| **INDICADOR** | Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR** | |
| **1** | A área técnica (GAFAE) possui o gerenciamento da conta de e-mail gafae.saude.df@gmail.com, a qual utiliza o aplicativo Google Drive para organização de arquivos em pastas. Para melhor organização das planilhas mensais do "Indicador da Farmácia Clínica", foram criadas pastas individuais para cada um dos hospitais, as quais estão alocadas nas pastas de caminho "Farmácia Clínica – GAFAE/DIASF" > "00. INDICADOR NFC". A pasta de cada hospital está compartilhada com o e-mail de referência do NFC do hospital correspondente. |
| **2** | Fica sob responsabilidade dos chefes dos NFC (ou colaborador representante) a criação mensal da planilha do "Indicador da Farmácia Clínica", com base na planilha modelo (alocada na pasta de caminho "Farmácia Clínica – GAFAE/DIASF" > "00. INDICADOR NFC" > "Planilha modelo") e organiza dentro da pasta correspondente ao seu hospital. |
| **3** | Os farmacêuticos e colaboradores dos Núcleos de Farmácia Clínica deverão preencher diariamente esta planilha descrevendo o dado quantitativo (número absoluto) correspondente ao numerador deste indicador **"Pacientes-dia atendidos pelo NFC".** |
| **4** | Após a finalização do mês e preenchimento completo da planilha o chefe do NFC (ou representante) deve marcar o checkbox de "Planilha finalizada" para que a área técnica responsável (GAFAE) faça o compilado dos dados em uma planilha paralela. |
| **5** | Além disso, os farmacêuticos devem fazer o registro dos serviços prestados no sistema Trakcare, por meio de pedido e execução de procedimentos. Neste caso deve-se registrar todos os serviços farmacêuticos prestados no dia, diretamente no prontuário eletrônico do paciente.<br>Segue orientativo:<br>- No sistema trakcare deve-se selecionar o paciente e clicar na aba "Pedido";<br>- Selecionar um dos procedimentos cadastrados ("descritivo do procedimento – Farmacêutico", por exemplo: "Revisão da farmacoterapia - Farmacêutico");<br>- Ao aparecer o procedimento selecionado na aba inferior de pedido clique sobre o nome do procedimento;<br>- Aparecerá uma tela de detalhes sobre o procedimento. Altere o campo "Status": de "Confirmado C" para "Executado E";<br>- Clique em "Atualiza";<br>- Voltará para a tela do pedido e clique novamente em "Atualiza".<br>- Estes pedidos podem ser visualizados na aba "PEP > PROCEDIMENTOS MULTIPROFISSIONAIS > Farmácia";<br>Posteriormente a gestão fará uma avaliação dos dados registrados por meio de relatórios. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR** | |
| **1** | O dado de "Pacientes-dia internados no hospital" é levantado pela Gestão de Leitos local (do hospital). Portanto, o chefe (ou representante) do NFC deve estabelecer contato mensal com este setor para envio dos dados. |
| **2** | Este dado deve ser alimentado na mesma planilha "Indicador da Farmácia Clínica" |
| **3** | Após a finalização do mês e preenchimento completo da planilha o chefe do NFC (ou representante) deve marcar o checkbox de "Planilha finalizada" para que a área técnica responsável (GAFAE) faça o compilado dos dados em uma planilha paralela. |
| **PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO** | |
| **1** | A área técnica (GAFAE) faz o levantamento dos dados de todos os hospitais e compila em uma planilha própria da gestão. |
| **2** | Após a inserção dos dados nesta planilha, o cálculo é realizado automaticamente por fórmulas cadastradas. Em caso de cálculo manual, é realizada a divisão entre o numerador ("Pacientes Dia atendidos pelo NFC") e o denominador ("Pacientes-dia internados no hospital"), o valor final é multiplicado por 100, tendo-se assim um valor percentual do indicador. |
| **OBSERVAÇÕES:** | |
| Destaca-se que cada paciente atendido por dia pelo Núcleo de Farmácia Clínica deverá ser contabilizado. Considera-se paciente atendido aquele o qual foi prestado qualquer um dos serviços farmacêuticos estabelecidos. Vale ressaltar que, caso o farmacêutico/colaborador tenha prestado mais de um serviço ao paciente em um mesmo dia, este deve ser contabilizado apenas uma vez ao dia. Porém, caso tenha sido prestado dois diferentes serviços, um em cada dia, este mesmo paciente deve ser contabilizado uma vez em cada um dos dias, ou seja, ao mês contabilizado duas vezes. | |

# Gestão do trabalho e Educação em Saúde

## Indicador 17: Número de ações educativas promovidas pelos NEPS na Unidade Hospitalar

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES | |
|---|---|
| **Código** | 17 |
| **Pactuações** | AGL HOSPITALAR |
| **Indicador** | Número de ações educativas promovidas pelos NEPS na Unidade Hospitalar. |
| **Conceituação** | Este indicador tem como função mensurar o quantitativo de ações educativas promovidas no âmbito do Hospital pelos NEPS, certificadas ou não. |
| **Usos** | Monitorar a adesão das áreas demandantes das ações educativas em conjunto com os NEPS dando visibilidade e alinhamento ao PEPS da SES-DF |
| **Limitações** | Não proporciona a avaliação da qualidade das ações de capacitação. |
| **Fonte** | Planilha de controle de registro NEPS. |
| **Metodologia de Cálculo** | Número absoluto de ações educativas promovidas pelos NEPS ou em conjunto com os NEPS nas unidades hospitalares. |
| **Periodicidade de Monitoramento** | Mensal (Coleta dos dados)<br>Bimestral (Região/Unidade)<br>Quadrimestral (Colegiado) |
| **Periodicidade de Avaliação** | Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual. |
| **Unidade de Medida** | Número absoluto |
| **Parâmetro** | Não se aplica |
| **Polaridade** | Maior melhor |
| **Acumulativo Anual** | Sim |
| **Acumulativo para Pactuação** | Somatório dos resultados (numeradores) ao longo do período de pactuação |
| **Estratificação** | Por ação educativa |
| **Responsável Técnico** | SES/SUGEP/CIGEC/DIDEP/GES |
| **Coordenador da Pactuação** | SES/SUGEP/CIGEC |
| **Descrição da Meta** | Em monitoramento |

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

| Acordo de Gestão Local- AGL | |
|---|---|
| **TEMA** | Gestão do trabalho e Educação em saúde |
| **INDICADOR** | Número de ações educativas promovidas pelos NEPS na Unidade Hospitalar. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR** | |
| **1** | Somar o quantitativo de ações educativas realizadas e/ou informadas aos NEPS pelos servidores da unidade hospitalar. Este dado deve ser captado através da planilha preenchida a partir de ações certificadas ou não. |
| **Passo a passo para fazer o cálculo do resultado** | |
| Soma do número de ações educativas (certificadas ou não) de cada Unidade Hospitalar. | |
| **OBSERVAÇÕES** | |

# Indicador 18: Número de projetos de pesquisa na Unidade Hospitalar

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES | |
|---|---|
| **Código** | 18 |
| **Pactuações** | AGL HOSPITALAR |
| **Indicador** | Número de projetos de pesquisa na Unidade Hospitalar. |
| **Conceituação** | Este indicador tem o objetivo de mensurar a quantidade de projetos de pesquisa submetidos ao NUEP, oriundos da Unidade Hospitalar. |
| **Usos** | Dar visibilidade ao volume de pesquisas produzidas na Unidade Hospitalar, demonstrando a origem do pesquisador, fornecendo insights sobre o incentivo à pesquisa, a qualificação da equipe e o potencial impacto na melhoria da assistência em saúde e nos avanços tecnológicos. Monitorar a produção científica e a inovação na instituição de saúde. Além disso, auxilia na definição de estratégias para fomentar a pesquisa, captar recursos e fortalecer parcerias acadêmicas |
| **Limitações** | Não mensura a qualidade das pesquisas e não demonstra se as pesquisas foram concluídas. |
| **Fonte** | Planilha de controle de registros de pesquisas do NUEP, conforme fluxo pré definido em Portaria. |
| **Metodologia de Cálculo** | Número absoluto de atividades de pesquisa registradas no NUEP. |
| **Periodicidade de Monitoramento** | Mensal (Coleta dos dados)<br>Bimestral (Região/Unidade)<br>Quadrimestral (Colegiado) |
| **Periodicidade de Avaliação** | Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual. |
| **Unidade de Medida** | Número absoluto |
| **Parâmetro** | Não se aplica |
| **Polaridade** | Maior melhor |
| **Acumulativo Anual** | Sim |
| **Acumulativo para Pactuação** | Refere-se ao somatório dos resultados ao longo do período de pactuação. |
| **Estratificação** | Por hospital |
| **Responsável Técnico** | SES/SAIS/CATES/AAH |
| **Coordenador da Pactuação** | SES/SUGEP/CIGEC |
| **Descrição da Meta** | Em Monitoramento. |

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

| Acordo de Gestão Local - AGL | |
|---|---|
| **TEMA** | Gestão do trabalho e Educação em Saúde. |
| **INDICADOR** | Número de projetos de pesquisa na Unidade Hospitalar. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR** | |
| **1** | Somar a quantidade de projetos de pesquisas apresentados ao NUEP via e-mail institucional, conforme fluxo estipulado na Portaria. |
| **OBSERVAÇÕES** | |

# Gestão

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

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES | |
|---|---|
| **Código** | 19 |
| **Pactuações** | AGL HOSPITALAR |
| **Indicador** | Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente. |
| **Conceituação** | O indicador mede o percentual de processamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), no Sistema Informação Hospitalar (SIH) no mês da competência de apresentação, considerando o mês de saída dos pacientes internados nos estabelecimentos hospitalares públicos do Distrito Federal. Por exemplo: AIH com saídas em janeiro/2024 devem ser apresentadas, em sua totalidade, na produção hospitalar, por meio do sistema SISAIH, dentro da mesma competência de processamento (janeiro/2024). |
| **Usos** | O resultado do indicador demonstra o processamento das informações hospitalares realizadas dentro do prazo, potencializando o aumento do faturamento dos estabelecimentos públicos de saúde do DF, diminuindo as ocorrências glosas e possibilitando eventuais ajustes de forma tempestiva. |
| **Limitações** | Para a análise do indicador é necessária a divulgação do banco de dados RDDF para a tabulação dos dados seja no Tabwin, seja no Infosaúde, com isso o prazo para a disponibilização dos dados é de pelo menos 40 dias a contar do último dia do mês de saída. Outra limitação é que o percentual abaixo da meta não significa necessariamente que todas as AIH daquele mês não foram apresentadas, pois se houver um represamento de AIH dos meses anteriores, essas AIH podem aumentar o denominador, diminuindo assim o resultado. Com isso, para a análise do resultado é importante considerar o quantitativo médio das saídas apuradas mensalmente. |
| **Fonte** | SIH/SUS |
| **Metodologia de Cálculo** | **NUMERADOR:** Total de AIHs dos estabelecimentos hospitalares públicos processados com saída hospitalar dentro do mesmo mês de processamento.<br>**DENOMINADOR:** Total de AIH dos estabelecimentos hospitalares públicos apresentados na competência.<br>**MULTIPLICADOR:** 100 |
| **Periodicidade de Monitoramento** | Mensal (Coleta dos dados)<br>Bimestral (Região/Unidade)<br>Quadrimestral (Colegiado) |
| **Periodicidade de Avaliação** | Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual. |
| **Unidade de Medida** | Percentual |
| **Parâmetro** | Percentual de AIH, do ano de 2024, dos estabelecimentos hospitalares públicos com alta hospitalar dentro do mesmo mês de processamento: 72,75%. |
| **Polaridade** | Maior melhor |
| **Acumulativo Anual** | Não |
| **Acumulativo para Pactuação** | Não |

| | |
|---|---|
| **Estratificação** | Não se aplica |
| **Responsável Técnico** | SES/SUPLANS/CCONS/DICS/GEPI |
| **Coordenador da Pactuação** | SES/SUPLANS/CCONS/DICS |
| **Descrição da Meta** | Deseja-se alcançar o resultado de 90% das AIH apresentadas na mesma competência de alta do paciente. Isso permitirá o aumento do faturamento da unidade, evitando a perda de AIH por atraso na entrega. |

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

| Acordo de Gestão Local- AGL | |
|---|---|
| **TEMA** | Gestão |
| **INDICADOR** | Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR E DENOMINADOR** | |
| **1** | Entrar no Infosaúde/Sala de Situação: https://info.saude.df.gov.br/painel-infosaude-gestao-de-recursos-painel-agl-hospitalar/ |
| **2** | Selecionar os Filtros: Ano, Mês, Região de Saúde e Estabelecimento. |
| **PASSO A PASSO PARA CÁLCULO DO RESULTADO** | |
| **1** | O painel já realiza automaticamente o cálculo do indicador. |
| **OBSERVAÇÕES:** | |

# Indicador 20: Percentual de Não Conformidades Resolvidas

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

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

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

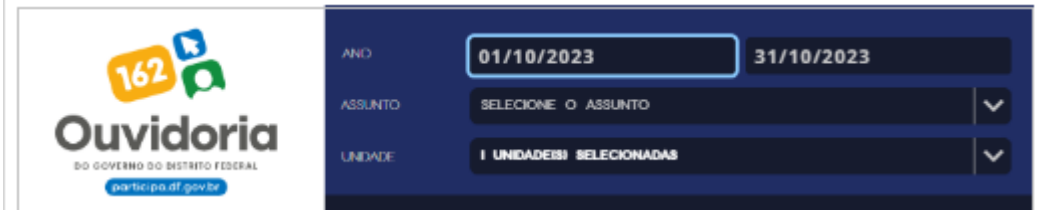
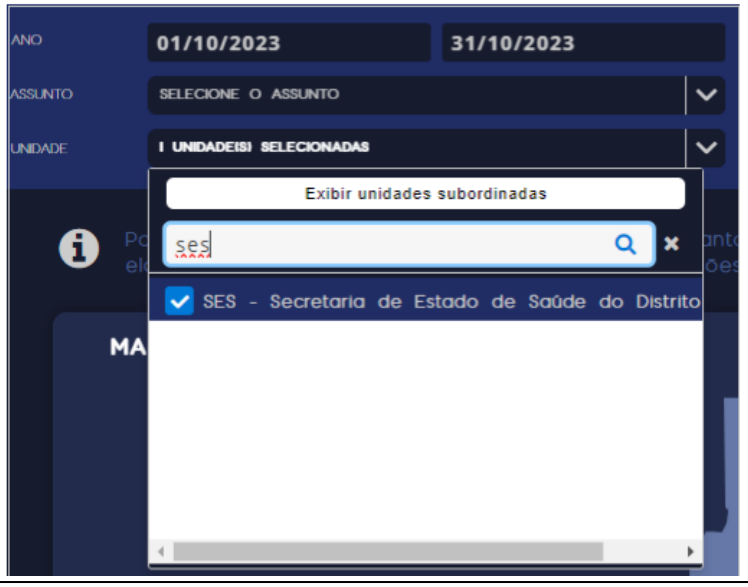
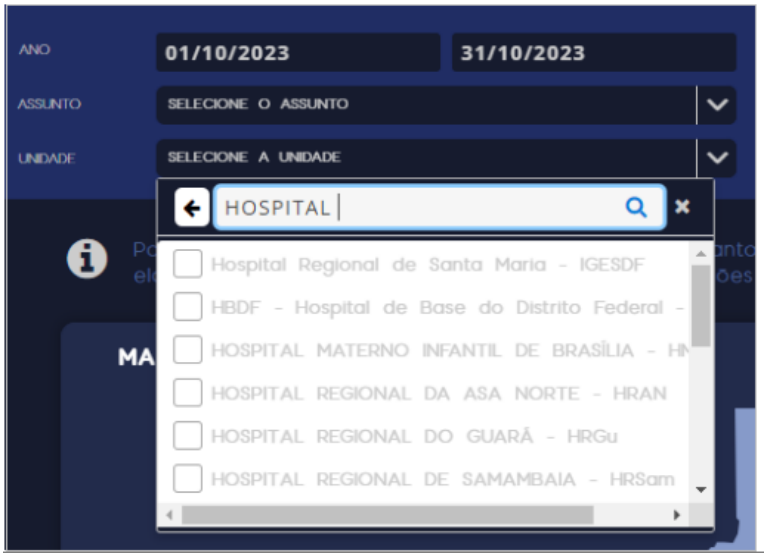
# Indicador 21: Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na unidade hospitalar

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES | |
|---|---|
| **Código** | 21 |
| **Pactuações** | AGL HOSPITALAR |
| **Indicador** | Percentual de resolutividade de manifestação de ouvidoria na Unidade Hospitalar. |
| **Conceituação** | O indicador de resolutividade mede a percepção do cidadão sobre a capacidade das áreas técnicas das unidades de saúde em solucionar as demandas apresentadas. Trata-se de uma avaliação subjetiva do manifestante, independentemente do direito ao serviço ou da disponibilidade de recursos. Em outras palavras, o indicador reflete se o problema relatado foi resolvido ou não resolvido, considerando a experiência do cidadão com o atendimento prestado |
| **Usos** | A resolutividade da ouvidoria é importante para garantir o direito dos cidadãos de serem ouvidos e ter suas demandas atendidas. Ela também é importante para a gestão pública, pois contribui para melhorar a qualidade dos serviços prestados. |
| **Limitações** | A resolutividade da Ouvidoria depende da resposta do cidadão, mas muitos não retornam a avaliação, limitando a representatividade dos dados. Em 2024, apenas uma fração (11 mil de 67 mil manifestações) foi efetivamente medida. Ainda assim, o indicador é um termômetro essencial para o gestor, pois reflete a percepção real de resolução por parte do usuário |
| **Fonte** | Painel de Ouvidoria: http://www.painel.ouv.df.gov.br/. |
| **Metodologia de Cálculo** | **Numerador:** Total de manifestações (Resolvidas + Resolvidas Após Resposta Complementar)<br>**Denominador:** Total de Manifestações Avaliadas (Resolvidas + Resolvidas Após Resposta Complementar + Não Resolvidas + Não Resolvidas após Resposta Complementar)<br>**Multiplicador:** 100 |
| **Periodicidade de Monitoramento** | Mensal (Coleta dos dados)<br>Bimestral (Região/Unidade)<br>Quadrimestral (Colegiado) |
| **Periodicidade de Avaliação** | Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual. |
| **Unidade de Medida** | Percentual |
| **Parâmetro** | Acréscimo 2% em relação ao índice alcançado no ano anterior. |
| **Polaridade** | Maior melhor. |
| **Acumulativo Anual** | Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou numeradores e denominadores mês a mês) ao longo do ano. |
| **Acumulativo para Pactuação** | Média Aritmética Simples Anual. |
| **Estratificação** | Unidade Hospitalar. |
| **Responsável Técnico** | SES/CONT/OUVIDORIA. |
| **Coordenador da Pactuação** | SES/CONT/OUVIDORIA. |

| | |
|---|---|
| **Descrição da Meta** | A meta de resolutividade tem como objetivo qualificar a resposta às manifestações, promovendo a efetiva resolução das demandas sob a ótica do cidadão. Ao estabelecer um parâmetro de desempenho, busca-se incentivar melhorias nos fluxos internos, fortalecer a escuta ativa e orientar a tomada de decisões com base na experiência do usuário. Trata-se de um indicador estratégico que reflete a capacidade da gestão em promover respostas efetivas, resolutivas e centradas no cidadão. |

| HRAN | HRGU | HRL | HRS | HRPL | HRC | HRBZ | HRSAM | HRT | HRG |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 39% | 38% | 38% | 32% | 41% | 35% | 34% | 38% | 33% | 40% |

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

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

| | |
|---|---|
| **5** | Menu Situação: Selecione as opções “RESOLVIDA” e “RESOLVIDA APÓS RESPOSTA COMPLEMENTAR.<br> <br> |
| **6** | Anote o dado apresentado no total no campo do Numerador<br> <br> |
| **Passo a passo para coletar o denominador** | |
| **1** | Menu Situação: Selecione as opções “RESOLVIDA” e “RESOLVIDA APÓS RESPOSTA COMPLEMENTAR” e “NÃO RESOLVIDA” e “NÃO RESOLVIDA APÓS RESPOSTA COMPLEMENTAR”<br> <br> |
| **2** | Anote o dado apresentado no total no campo do Denominador.<br> <br> |
| **Passo a passo para fazer o cálculo do resultado** | |
| **1** | Dividir o Numerador pelo Denominador. |
| **2** | Multiplicar o resultado por 100. |
| **OBSERVAÇÕES:** | |
| | |

# Indicador 22: Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares

| FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES | |
|---|---|
| **Código SEPLAN** | Indicador nº 22 |
| **Pactuações** | AGR |
| **Indicador** | Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares. |
| **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. A GAE possui uma ficha de atendimento da esfera administrativa aberta sempre que o paciente busca atendimento em unidades de Pronto Socorro e UPA.<br>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; |
| **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** | Sistema Trakcare – Espelhado na Sala de situação |
| **Metodologia de Cálculo** | **Numerador:** Número total de pacientes submetidos a classificação de risco por mês;<br>**Denominador:** Número total de GAE por Unidade de atendimento no mês;<br>**Multiplicador:** 100. |
| **Periodicidade de Monitoramento** | Mensal (Coleta dos dados)<br>Bimestral (Região/Unidade)<br>Quadrimestral (Colegiado) |
| **Periodicidade de Avaliação** | Anual |
| **Unidade de Medida** | Percentual (%) |
| **Parâmetro** | N/A |
| **Polaridade** | Maior, melhor |
| **Acumulativo Anual** | Não |
| **Acumulativo para Pactuação** | Não |
| **Estratificação** | Por Hospital |
| **Responsável Técnico** | GENFH/GASFURE |
| **Coordenador da Pactuação** | Rede de Urgência e Emergência (RUE) |
| **Descrição da Meta** | 100% |

## POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

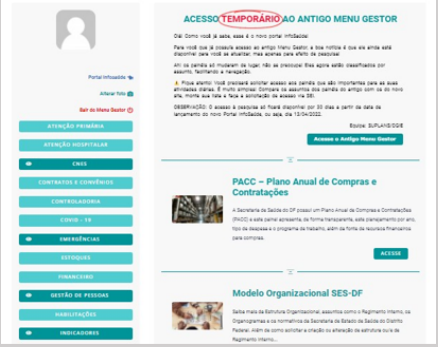
| POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado<br>Acordo de Gestão Regional – AGR | |
|---|---|
| **TEMA** | Rede de Urgência e Emergência (RUE) |
| **INDICADOR** | Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares. |
| **PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR** | |
| **1** | Acesse a Sala de Situação do DF > opção “Gestão da Saúde”. |
| **2** | Menu Gestor > aba “Emergências” > painel “Classificação de Risco”. |
| **3** | Faça a busca conforme o filtro desejado por unidade hospitalar, mês e ano. |
| **4** | Na parte superior da tela terá o quadro de GAE abertas, total de classificados e total de atendimentos |
| **5** | Na parte inferior da sala terão os gráficos pertinentes à busca. |
| **OBSERVAÇÕES** | |

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

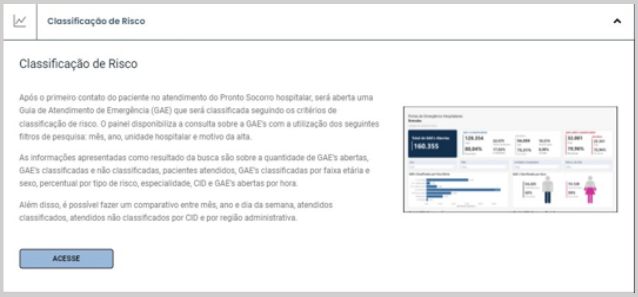
**Acesse o “Menu Gestor”.**

**Informe o login e senha.**

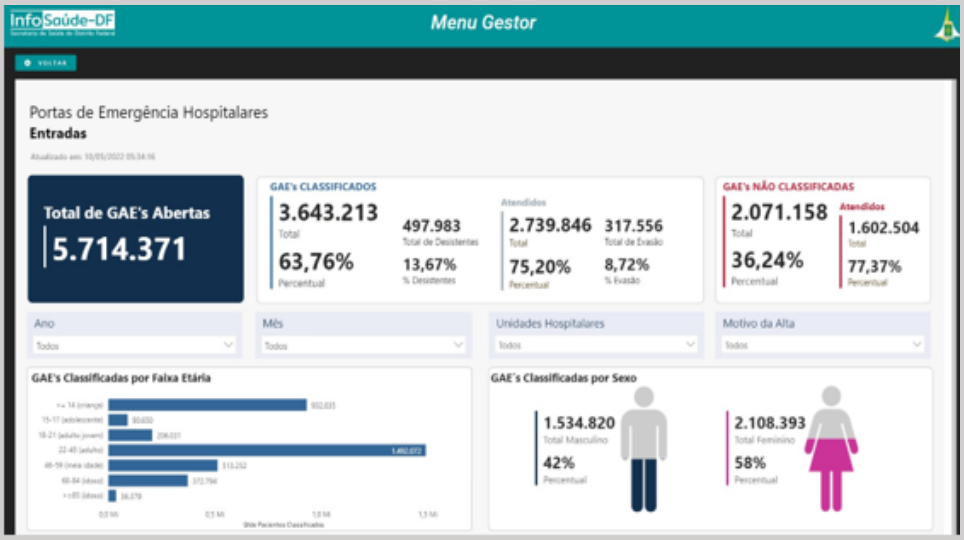
**Acesse o botão “Emergências”.**




**Localize o painel “Classificação de Risco".**




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




**Na parte inferior da tela terá o quadro de GAE abertas.**

# Histórico de Atualizações do Caderno de Orientações AGL Atenção Hospitalar

| Versão | Data | Processo sei | Alteração |
|---|---|---|---|
| **2** | 1/2024 | SEI nº 130389904 | Indicador 1: Alteração no POP;<br>Indicador 2: Alteração no descritivo da ficha e no POP. |
| **3** | 3/2024 | SEI nº 0133459485 | Indicador 20: Alteração no POP; |
| **4** | 3/2024 | SEI nº 00060-00063237/2024-63 | Indicador 6: Os dados (numerador e denominador) serão encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial (CRDF/DIRAAH/CERA) até o dia 20 de cada mês, referente ao mês anterior. |
| **4** | 5/2024 | Sei nº 139785096 | Indicador 1: Alteração na ficha do indicador na Conceituação, Fonte e Periodicidade de Monitoramento e Alteração e alteração do POP; |
| **5** | 5/2025 | Sei nº 139785096 | Alteração do POP do indicador Percentual de doenças de notificação compulsória com os Campos Distrito e Bairro preenchidos com os dados válidos no SINAN |
| **5** | 5/2024 | Sei nº 139574985 | Atualização da Ficha e do POP do indicador Percentual de suspensão de cirurgias eletivas |
| **5** | 06/2024 | SEI nº 144046810 | Atualização do Fluxo de Coleta e Registro de Dados;<br>Ajustes da Matriz de Metas;<br>Descrição do Fluxo de Coletas;<br>Orientações para realizar Análise dos Resultados;<br>Modelo de Notificação. |
| **5** | 07/2024 | SEI nº 00060-00326482/2024-97 | Atualização da ficha e POP referente ao Indicador 4 - Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação |
| **6** | 07/2024 | Sei nº 00060-00356625/2024-95 | Atualização do POP do indicador Índice de giro de leitos (Retirada de multiplicação do resultado por 100). |
| **7** | 11/2024 | SEI nº 00060-00326482/2024-97 | Atualização de ficha e POP do indicador Percentual de pacientes avaliados para risco de lesão por pressão nas últimas 24 horas de internação. |
| **8** | 02/2025 | SEI nº: 125090021 | Ajuste da ficha do indicador Tempo médio de permanência de leitos em UTI Geral. Alterado responsável técnico:<br>SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE<br>para SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI |
| **8** | 02/2025 | SEI nº: 125090021 | Ajuste da ficha do indicador Tempo médio de permanência de leitos em UTI Pediátrico.Alterado responsável técnico:<br>SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE para<br>SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **8** | 04/2025 | | Atualização da matriz de metas com vigência 2025. |
| **8** | 04/3025 | SEI nº: 162664767 | Definida a meta para o indicador Percentual de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas oportunamente no SINAN |
| **8** | 04/3025 | SEI nº: 162664767 | Definida a meta para o indicador Percentual de doenças de notificação compulsória (DNC) com os campos Distrito e Bairro preenchidos com dados válidos no SINAN |
| **8** | 04/2025 | SEI nº:163538173 | Definida a meta para o indicador Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura |
| **8** | 04/2025 | SEI nº: 162942331 | Ajuste da nomenclatura do indicador de Taxa de absenteísmo de tomografia para Taxa de tomografias pendentes de confirmação e definição de meta |
| **8** | 04/2025 | SEI nº:162827868 | Definição da meta para o indicador Taxa de ocupação operacional |
| **8** | 04/2025 | SEI nº: 162827868 | Definição da meta para o indicador Índice de giro de leitos |
| **8** | 04/2025 | SEI nº: 161608783 | Ajuste de meta para o indicador Percentual de partos normais por ocorrência. |
| **8** | 04/2025 | SEI nº: 166156560 | Ajuste de meta para o indicador Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). |
| **8** | 04/2025 | SEI nº: 166156560 | Ajuste de meta para o indicador Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE). |
| **8** | 04/2025 | SEI nº: 164130397 | Exclusão do indicador: Tempo médio de permanência em leitos de UTI geral e Inclusão dos indicadores: Tempo médio de permanência em leitos de UTI Adulto até a alta médica e Tempo médio de permanência em leitos de UTI Adulto até a alta administrativa. |
| **8** | 04/2025 | SEI nº: 162977400 | Ajuste de meta para o indicador Percentual de suspensão de cirurgias eletivas. |
| **8** | 04/2025 | SEI nº: 162425658 | Ajuste de meta para o indicador Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada. |
| **8** | 04/2025 | SEI nº:163295950 | Reformulação do indicador Número de horas de capacitação por servidor na Unidade Hospitalar para Número de ações educativas promovidas pelos NEPS na Unidade Hospitalar. |
| **8** | 04/2025 | SEI nº: 162797192 | Reformulação do indicador Número de atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar para Número de projetos de pesquisa na Unidade Hospitalar. |
| **8** | 04/2025 | SEI nº: 162714051 | Ajuste de meta do indicador Percentual de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) apresentadas/processadas na mesma competência de saída do paciente |
| **8** | 04/2025 | SEI nº: 166175060 | Definição de meta do indicador Percentual de resolutividade de manifestações de ouvidoria na Unidade Hospitalar. |
| **8** | 04/2025 | SEI nº:164424856 | Migração do indicador Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares do AGR para o AGL. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **8** | 04/2025 | SEI nº:167250752 | Ajuste de meta do indicador Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), e ajuste da ficha, alterado o valor do parâmetro e excluído CID´s I24.8 e I24.9. |
| **9** | 06/2025 | SEI nº: 169488426; 173498173 e 173860130 | Realizadas correções na ficha de qualificação dos indicadores e nos POPs dos indicadores 12.1 : Tempo Médio de Permanência em leitos de Unidade de terapia Intensiva Adulto até a alta médica; e 12.2: Tempo Médio de Permanência em leitos de Unidade de terapia Intensiva Adulto até a alta administrativa. |