



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 Regional - AGR Regiões/URDs

Caro Gestor,

Apresentamos o Caderno de Orientações do Acordo de Gestão Regional (AGR), firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com as Superintendências Regionais de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Nele você encontrará a matriz de indicadores e metas definidas para o ano vigente, o fluxo de coleta e registro dos dados, as fichas e o procedimento operacional padrão (POP), orientando a extração e coleta dos dados de cada indicador.

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

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

Os indicadores e metas definidas na matriz referem-se ao acordo assinado em 2019, com vigência estendida, via termo aditivo, até 31 de dezembro de 2027, com o objetivo exposto na 1ª Cláusula do Acordo:

O AGR tem por objeto a contratualização de metas entre a Administração Central da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (ADMC-SES DF) e a Superintendência da Região de Saúde de modo a estabelecer um modelo de gestão por resultados.

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.

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

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

Equipe da Gerência de Contratualização Regionalizada.

Índice

Matriz de Responsabilidade.....	9
Fluxo de Coleta e Registro de Dados.....	12
Descrição do Fluxo de Coleta e Registro dos Dados.....	13
Anexo 1.....	20
Orientações para realizar análise dos resultados.....	20
Anexo 2.....	22
Modelo de Notificação.....	22
Matriz de Indicadores e Metas Regiões de Saúde e URDs.....	23
Matriz de Indicadores e Metas - HMIB 2025.....	28
Matriz de Indicadores e Metas – HAB 2025.....	30
Matriz de Indicadores e Metas – HSVP 2025.....	31
Matriz de Indicadores e Metas - CRDF 2025.....	32
Ficha dos Indicadores e Orientações de Coleta.....	34
Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI.....	35
Indicador 1: Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.....	35
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	36
Indicador 2: Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.....	38
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	39
Indicador 3: Percentual de recém-nascidos com baixo peso ao nascer.....	40
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	41
Indicador 4: Percentual de recém-nascidos com idade gestacional < 37 semanas.....	45
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	46
Indicador 5: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.....	49
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	50
Indicador 6: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.....	55
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	56
Indicador 7: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.....	62
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	63
Indicador 8: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.....	67
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	69
Rede de Urgência e Emergência - RUE.....	74
Indicador 9: Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).....	74
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	75

Indicador 10: Taxa de ocupação mensal de leitos de UTI e UCI em panorama 1 por Hospital.....	76
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	78
Indicador 11: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis para a especialidade ORTOPEDIA nas emergências hospitalares.....	79
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	80
Indicador 12: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis para a especialidade CLÍNICA MÉDICA nas emergências hospitalares.....	81
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	82
Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência - RAV.....	83
Indicador 13: Taxa de notificação de violência.....	83
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	84
Indicador 14: Percentual de partos de meninas de 10 a 14 anos com notificação de violência por RA de residência - Sobrestado Temporariamente.....	87
Percentual de partos de meninas de 10 a 14 anos com notificação de violência por RA de residência.....	87
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	88
Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência - PCD.....	89
Indicador 15: Percentual de amputações de membros por complicação do Diabetes Mellitus.....	89
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	90
Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT.....	92
Indicador 16: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e na população da mesma faixa etária.....	92
POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional / Local - AGR / AGL.....	94
*O POP é um documento que visa oferecer de forma simples e direta todas as medidas necessárias para a execução de um determinado processo. Visa a padronização e consistência na execução das tarefas, garantindo que qualquer pessoa consiga realizá-lo...	94
Indicador 17: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.....	96
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	97
Indicador 18: Percentual de adultos (18 a 60 anos) acompanhados pela Atenção Primária à Saúde com obesidade.....	100
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	101
Indicador 19: Percentual de crianças (2 a 10 anos) acompanhados pela Atenção Primária à Saúde com obesidade.....	102
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	103
Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.....	104
Indicador 20: Percentual de pessoas que retornam ao atendimento em até 30 dias após acolhimento inicial no CAPS.....	104
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	105

Indicador 21: Número de altas de internações por demanda de saúde mental nos hospitais regionais.....	106
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	107
Sistema de Apoio e Logística.....	108
Indicador 22: Índice de Fechamento de Chave da Região/URD.....	108
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	108
Indicador 23: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar.....	112
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	113
Indicador 24: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC.....	117
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	118
Indicador 25: Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD.....	119
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	120
Indicador 26: Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas.....	121
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	123
Indicador 27: Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.....	124
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	125
Indicador 28: Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde.....	127
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	128
Indicador 29: Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.....	129
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	130
Indicador 30: Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde.....	134
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	135
Indicador 31: Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde.....	136
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	137
Indicador 32: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho.....	139
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	142
Indicador 33: Número de implementação de ações de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.....	147
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	151
Indicador 34: Média de participantes por ações educativas realizadas.....	153
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	154
Indicador 35: Percentual de leitos hospitalares com sistema de distribuição de medicamentos por dose individualizada implantado.....	155
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	156

Indicador 36: Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica.....	157
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	158
Indicadores Específicos AGR HMIB.....	159
Indicador 1 - HMIB: Número de acessos para 1ª consulta em reprodução humana - Alta Complexidade.....	159
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	160
Indicador 2 - HMIB: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral.....	161
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	162
Indicador 3 - HMIB: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neo.....	163
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	164
Indicador 4 - HMIB: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Pediátrica.....	165
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	166
Indicador 5 - HMIB: Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura.....	167
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	168
Indicador 6 - HMIB: Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias.....	169
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	170
Indicador 7- HMIB: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês.....	171
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	173
Indicador 8 - HMIB: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI por NEO mês.....	174
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	176
Indicador 9 - HMIB: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês.....	177
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	179
Indicador 10 - HMIB: Taxa de Reintubação em 48 horas na UTI Neonatal do HMIB..	180
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	181
Indicador 11- HMIB Percentual de partos normais por ocorrência.....	182
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	183
Indicador 12 -HMIB Proporção de recém nascidos com Apgar de 5º minuto maior que 7 segundos no local de ocorrência.....	184
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	185
Indicador 13-HMIB/HSVP Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.....	187
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	188
Indicador 14-HMIB Tempo médio de permanência em leitos de UTI Geral.....	191
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	192
Indicador 15- HMIB Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica.....	193
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	194

Indicador 16- HMIB Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.....	195
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	196
Indicador 17- HMIB Percentual de nascidos vivos que realizaram triagem auditiva neonatal.	198
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	199
Indicadores Específicos AGR HAB.....	200
Indicador 1 - HAB: Taxa de Quedas de Pacientes internados.....	200
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	201
Indicador 2 - HAB: Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes das unidades hospitalares, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP.....	202
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	203
Indicador 3 - HAB: Percentual de pacientes que faleceram aguardando consulta em cuidados paliativos oncológicos agendados pela Regulação Central no HAB.....	204
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	205
Indicador 4 - HAB: Consumo da preparação alcoólica líquida ou gel (mL) para higiene de mãos nas unidades de internação por mês.....	206
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	207
Indicador 5 - HAB: Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação.....	208
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	209
Indicador 6 - HAB: Taxa de absenteísmo às consultas reguladas de triagem da genética.....	210
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	211
Indicadores Específicos AGR HSVP.....	212
Indicador 1 - HSVP: Percentual de pacientes internados na emergência e enfermaria/Ala incluídos nas atividades terapêuticas.....	212
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	213
Indicador 2 - HSVP: Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar.....	216
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	217
Indicador 3 - HSVP: Número de pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias.....	220
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	221
Indicador 4 - HSVP: Percentual de procedência dos pacientes atendidos no HSVP (por região de saúde).....	223
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	224
Indicador 5 - HSVP: Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Ala Internação-Enfermaria.....	226
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	228
Indicador 6 - HSVP: Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Pronto Socorro.....	229
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	230
Indicador 13- HMIB/HSVP Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.....	231

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	232
Indicadores Específicos AGR - CRDF.....	234
Indicador 1 - CRDF: Número absoluto de doadores de tecidos oculares.....	234
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	235
Indicador 2 - CRDF: Número absoluto de doadores de órgão sólido.....	236
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	237
Indicador 3 - CRDF: Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares.....	238
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	239
Indicador 4 - CRDF: Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF.....	240
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	241
Indicador 5 - CRDF: Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que estão judicializados.....	242
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	243
Indicador 6 - CRDF: Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG.....	244
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	246
Indicador 7 - CRDF: Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação.....	247
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	248
Indicador 8 - CRDF: Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que não estão judicializados.....	249
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	250
Indicador 9 - CRDF: Percentual de Efetivação da Doação de Órgãos.....	251
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	252
Indicador 10 - Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES	253
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	254
Indicador 11 - Taxa de agendamento de solicitações de consulta em oncologia clínica por determinação/mandado judicial.....	255
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	256
Indicador 12 - Taxa de agendamento de solicitações de consulta em Radioterapia por determinação/mandado judicial.....	261
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado.....	262
Revisão e Atualização do Caderno de Orientações AGR Regiões e URDs 2025.....	265

Matriz de Responsabilidade

O modelo da regionalização da saúde no DF foi institucionalizado pelo decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016, o qual institui o Programa de Gestão Regional da Saúde – PRS. Nele é preconizado que a operacionalização do PRS será realizada por meio de Acordos de Gestão Regional (AGR) entre a SES-DF e as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. E também os Acordos de Gestão Local (AGL), que é a formalização de acordos entre as Regiões de Saúde e suas unidades de saúde subordinadas.

Nesses documentos estarão o planejamento das necessidades locais, o que dará eficiência à utilização de recursos, melhora nos resultados assistenciais e transparência de informações, além dos indicadores e metas personalizadas para cada acordo.

O Acordo de Gestão Regional - AGR foi conceituado no inciso V, do parágrafo 2º, do Decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016:

V - Acordo de Gestão Regional - AGR: instrumento a ser celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde - SES-DF e as Superintendências das Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital;

A coordenação central do processo de implantação dos Acordos de Gestão é realizada pela Diretoria de Planejamento, Orçamento e Contratualização em Saúde - DIPLAN e por 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 por 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 (NPMA).

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

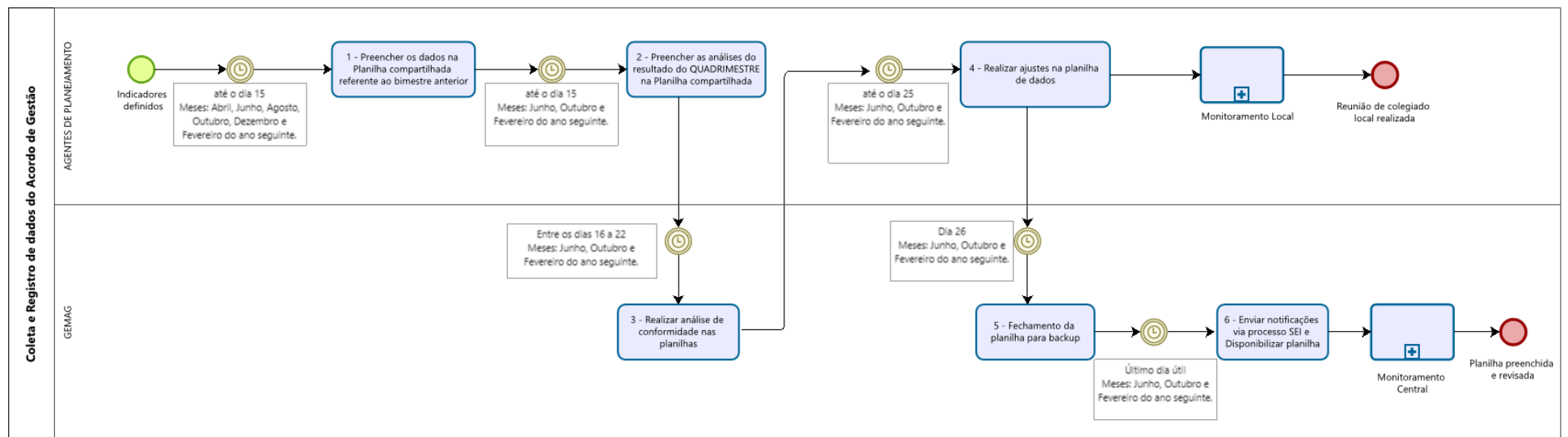
Gerência de Contratualização Regionalizada - GCR SUPLANS/CPLAN/DIPLAN	Quanto à implantação: • Elaborar e atualizar a matriz de indicadores e metas; • Elaborar e atualizar o caderno de orientações anual; • Apoiar na realização dos cursos de capacitação; • Apoiar na realização de oficinas para definição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

ASPLAN (GPMA/NPMA)	Quanto à implantação: • Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em conjunto com os gestores e servidores das unidades contratualizadas. Quanto ao monitoramento: • Coletar os dados periodicamente e manter a planilha atualizada; • Apoiar as unidades na elaboração dos planos de ação, consolidar e disponibilizar à Gerência de Monitoramento e Avaliação; • Apresentar resultados nos colegiados regionais e colegiados quadrimestrais.
URDs (GPMA/NPMA)	Quanto à implantação: • Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em conjunto com os gestores e servidores das suas áreas técnicas Quanto ao monitoramento: • Estabelecer fluxo com GPMA para alimentação periódica dos dados e apresentação nos colegiados quadrimestrais.
Gestor da Unidade Contratualizada	Quanto à implantação: • Participar do processo de implantação até a elaboração do plano de ação em conjunto com a GPMA. Quanto ao monitoramento: • Disponibilizar dados dos indicadores para o GPMA incluir nas ferramentas de monitoramento; • Elaborar planos de ação.

Fluxo de Coleta e Registro de Dados

O fluxo de Coleta e Registro de Dados faz parte do macroprocesso de operacionalização do AGR e ocorrerá após a definição da matriz de indicadores e metas vigentes.

A inclusão dos dados dos indicadores no instrumento de coleta definido pela GEMAG será realizada bimestralmente pelas Regiões de Saúde e URDs. Já a análise e monitoramento, será realizada de forma quadrimestral no mesmo instrumento. 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 no preenchimento, pelos Agentes de Planejamento, do Numerador e do Denominador de cada indicador pactuado no AGR.

2. Ator (es) da atividade:

- 3. ASPLANs em caso de Regiões;
- 4. NPMA's e GPMA (HMIB) em caso de URDs.

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 AGR do ano vigente;
- b) Preencher o numerador e denominador de todos os indicadores na planilha compartilhada;

4. Documentação/ ferramenta necessária:

- a) Caderno de orientações do AGR do ano vigente;
- b) Planilha disponibilizada no drive;

5. Documentação/ação gerada:

- a) Planilha preenchida.

Obs.: Fluxo aplicado ao registro de dados do AGR, conforme o [Fluxo de Coleta e Registro de Dados](#).

Passo 2: Preencher a análise dos resultados na planilha compartilhada referente ao quadrimestre anterior

1. Descrição:

Consiste no preenchimento, pelos Agentes de Planejamento, da análise dos resultados de cada indicador pactuado no AGR.

2. Ator (es) da atividade:

ASPLANs em caso de Regiões;

NPMA's e GPMA (HMIB) em caso de URDs.

3. Tarefas:

Até o dia 15, nos meses de junho, outubro e fevereiro do ano seguinte, preencher 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 quadrimestre anterior, devem ser colocadas ações realizadas, ações que serão implantadas para a melhoria do indicador, situações atípicas que interferiram no resultado do indicador, entre outros. O [Anexo 1 - Orientações para realizar análise do resultado](#) traz um texto auxiliando a forma de registro da análise dos resultados.

5. Documentação/ ferramenta necessária:

- c) Caderno de orientações do AGR do ano vigente;
- d) Planilha disponibilizada no drive;
- e) [Anexo 1 – Orientações para realizar análise do resultado](#).

6. Documentação/ação gerada:

- b) Planilha preenchida.

Obs.: Fluxo aplicado ao registro de dados do AGR, conforme o [Fluxo de Coleta e Registro de Dados](#).

Passo 3: Fazer análise de conformidade nas planilhas

1. Descrição:

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

2. Ator (es) da atividade:

- a) GEMAG

3. Tarefas:

- a) Entre os dias 16 a 22, nos meses de junho, outubro e fevereiro do ano seguinte, analisar os dados trimestrais 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) Se as análises estiverem somente com o número do Processo SEI, notificar sobre a importância de informar o teor do processo a que se refere os dados.

4. Documentação/ ferramenta necessária:

- a) Planilha disponibilizada no drive;
- b) Caderno de orientações do AGR do ano vigente.

5. Documentação/ação gerada:

- a) Comentários incluídos nas planilhas

Passo 4: 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) ASPLAN's em caso de Regiões;
- b) NPMA's e GPMA (HMIB).

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 AGR do ano vigente.

5. Documentação/ação gerada:

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

Passo 5: 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 6: 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 6.1: Enviar Notificações via Processo SEI

1. Descrição:

A notificação às Regiões e URDs consiste em informá-las sobre o não preenchimento dos campos Numerador, Denominador ou Análise dos Resultados da planilha de monitoramento 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 AGR;

- c) Incluir memorando com a minuta da notificação, conforme modelo do [Anexo 2](#) - Modelo de Notificação em Processo SEI anual de cada Região;
- d) Solicitar assinatura da Diretoria de Monitoramento, Avaliação e Custos em Saúde (DIMOAS) e da Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional (CPLAN) e encaminhar para a Subsecretaria de Planejamento em Saúde (SUPLANS), que irá proceder com o envio da notificação à Região/URD.
- e) Fazer o lançamento da pontuação 0 (zero) na planilha de pontuação do ano correspondente para a Região/URD que não tenha realizado o preenchimento dos dados ou justificado a ausência dos dados.

4. Documentação/Ferramenta necessária:

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

5. Documentação/Ação gerada:

- a) Notificação elaborada;
- b) Memorando preenchido e encaminhado.
- c) [Anexo 2](#) - Modelo de Notificação.

Anexo 1

Orientações para realizar análise dos resultados

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

1) O que é a análise dos dados do indicador:

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

Comparando os resultados ao longo do ano, houve uma queda de 50% com tendência decrescente, melhorando ainda mais o resultado do indicador. (Polaridade menor melhor)

Ao longo do ano, não houve muita diferença entre os resultados de janeiro a dezembro, mantendo-se sempre próximo dos 50% (Polaridade menor melhor)

Resultado positivo, com leve aumento nos últimos meses do ano, com tendência crescente.

Manteve média anual de 60% com desvio padrão de até + 27% e - 13%.

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

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

Comparado ao ano anterior, caiu o número de internações, bem como também o número de óbitos. Na desagregação dos resultados dos dois prontos socorros da região, observa-se que ambos os hospitais conseguiram superar a meta pactuada, dado as devidas ressalvas anteriores.

Os Processos de trabalho foram fortalecidos e aperfeiçoados durante todo o ano para uma melhoria na assistência e qualificação da equipe. Dificuldades com equipamentos, estrutura física e RH ainda são fatores limitantes.

Houve melhora significativa dos processos de trabalho e aumento de RH no setor responsável na unidade X, unidade que mais impactava no indicador, sendo possível melhoria dos índices a partir de então até o fim do ano e com perspectivas de estabilidade.

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

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

Para auxiliar na elaboração da análise crítica do indicador, orientamos seguir o script abaixo, elaborado pela Amanda Vieira Especialista em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde, disponível em: <https://blogdaqualidade.com.br/analisar-criticamente-os-resultados-dos-indicadores/>

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

- a) **Relato da tendência do indicador no mês analisado com o mês posterior** – (Este resultado é bom? É adequado para alcançar a meta?);
- b) **Quais ações foram realizadas durante o mês para alcançar o resultado** – (O que resultou neste número? Houve alguma melhoria e/ou ação preventiva? Foi preciso intervenção de outro processo? Qual intervenção? Qual processo?);
- c) **Quais as ações a serem realizadas para melhorar o resultado desejado?** – (Que ações devemos tomar para chegar ao resultado que queremos no próximo ciclo? Vamos precisar da intervenção de outro processo? Qual intervenção? Qual processo?);
- d) **Fato** – Apresentar por escrito o que representa o resultado; analisar se as ações propostas anteriormente tiveram impacto no resultado e evidenciar o objetivo estratégico da organização, relacionado ao resultado;
- e) **Causa** - Realizar o levantamento de causas que estão contribuindo para o resultado; quantificá-los sempre que possível; destacar se há algum outro indicador relacionado com o resultado; destacar se o resultado é fruto de interação de processos. Analisar a causa de maior impacto e/ou gravidade (se necessário utilizar as ferramentas da qualidade – Diagrama de Ishikawa e 5 porquês, para identificar a causa raiz);
- f) **Oportunidades e/ou Ameaças** – Descrever quais as oportunidades e ameaças o resultado do indicador poderá trazer para a organização.
- g) **Ações de Seguimento** – A ação planejada deve correlacionar com a causa raiz identificada.

Anexo 2

Modelo de Notificação

À SUPLANS,

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

Respeitosamente,

Minuta para Notificação de Regiões e URDs

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 Região/URD** pelo não preenchimento dos dados dos **indicadores AGR** abaixo, referente à análise de conformidade do **xº bimestre** de 2024:

INDICADOR	MÊS	SITUAÇÃO

Considerando que está previsto na cláusula 5.2.3 do Acordo de Gestão Regional, quanto às Obrigações da Região de Saúde e URDs: **Manter atualizados os sistemas de informação em saúde de base nacional e local adotados pela SES-DF;**

Considerando que a Região de Saúde deverá apresentar as razões de circunstâncias excepcionais para o não cumprimento das metas pactuados, conforme previsto na cláusula 6.5 do referido Acordo de Gestão;

Considerando que, conforme os critérios para pontuação do ano de 202x (xxxxxx), só serão aceitas, para a ausência de preenchimento no prazo devido, as justificativas por indisponibilidade de acesso ou dados no mês em análise,

Ante o exposto, informamos a atribuição de **pontuação 0 (zero)** à **Região/URD** no critério nº 2, que avalia sobre o não recebimento de notificação por ausência de registro de dados ou de justificativa por indisponibilidade de acesso ou dados, no monitoramento dos indicadores AGR para os meses de **xxxxx e xxxxx de 20xx**.

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

Matriz de Indicadores e Metas Regiões de Saúde e URDs

Matriz de Metas Regiões - 2025									
Nº	TEMA	INDICADOR	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL
1	RAMI	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	2,3	4,8	11,6	10,1	15,8	9,0	23,8
2	RAMI	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	RAMI	Percentual de recém-nascidos com Baixo Peso ao Nascer < 2500 g.	10,1%	10,1%	10,1%	10,1%	10,1%	10,1%	10,1%
4	RAMI	Percentual de recém-nascidos com idade gestacional < 37 semanas.	11,5%	11,5%	11,5%	11,5%	11,5%	11,5%	11,5%
5	RAMI	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
6	RAMI	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
7	RAMI	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
8	RAMI	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%

Matriz de Metas Regiões - 2025									
Nº	TEMA	INDICADOR	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL
9	RUE	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).	2025= 57% 2026= 62% 2027= 67%	2025= 57% 2026= 62% 2027= 67%	2025= 57% 2026= 62% 2027= 67%	2025= 57% 2026= 62% 2027= 67%	2025= 57% 2026= 62% 2027= 67%	2025= 57% 2026= 62% 2027= 67%	2025= 57% 2026= 62% 2027= 67%
10	RUE	Taxa de ocupação mensal de leitos de UTI e UCI em panorama 1 por Hospital.	2025= >70% 2026= >70% 2027= >70%	Não se aplica	2025= >70% 2026= >70% 2027= >70%	2025= >70% 2026= >70% 2027= >70%	2025= >70% 2026= >70% 2027= >70%	2025= >70% 2026= >70% 2027= >70%	2025= >70% 2026= >70% 2027= >70%
11	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis para a especialidade ORTOPEDIA nas emergências hospitalares.	Não se aplica	Não se aplica	HRL - 42,79%	HRPL - 40,92% HRS - 51,44%	HRC - 53,13%	HRSAM - 49,84% HRT - 50,60%	HRG - 68,33%
12	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis para a especialidade CLÍNICA MÉDICA nas emergências hospitalares.	HRAN - 11,33%	HRGU - 19,59%	HRL - 20,46%	HRPL - 30,64% HRS - 22,84	HRC - 36,05% HRBZ - 48,44%	HRSAM - 52,68% HRT - 8,55%	HRG - 50,61%
13	RAV	Taxa de notificação de violência.	51,59%	33,12%	39,37%	37,12%	19,53%	23,45%	14,85%
14	RAV	Percentual de partos de meninas de 10 a 14 anos que sofreram violência, por RA de residência*.	Sobrestado Temporariamente						
15	PCD	Percentual de amputações de membros por complicação do Diabetes Mellitus.	2025= 24,23% 2026= 21,81% 2027= 19,63%	Não se aplica	2025= 33,33% 2026= 30% 2027= 27%	2025= 39,08% 2026= 35,17% 2027= 31,65%	2025= 15,43% 2026= 13,89% 2027= 12,50%	2025= 72,91% 2026= 65,62% 2027= 59,06%	2025= 45% 2026= 40,50% 2027= 36,45%
16	DCNT	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e na população da mesma faixa etária.	2025= 0,14 2026= 0,20 2027= 0,26	2025= 0,22 2026= 0,24 2027= 0,26	2025= 0,18 2026= 0,22 2027= 0,26	2025= 0,22 2026= 0,24 2027= 0,26	2025= 0,22 2026= 0,24 2027= 0,26	2025= 0,16 2026= 0,22 2027= 0,26	2025= 0,22 2026= 0,24 2027= 0,26

Matriz de Metas Regiões - 2025									
Nº	TEMA	INDICADOR	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL
17	DCNT	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	2025= 0,10 2026= 0,16 2027= 0,22	2025= 0,10 2026= 0,16 2027= 0,22	2025= 0,12 2026= 0,18 2027= 0,22	2025= 0,08 2026= 0,15 2027= 0,22	2025= 0,13 2026= 0,20 2027= 0,22	2025= 0,14 2026= 0,20 2027= 0,22	2025= 0,18 2026= 0,20 2027= 0,22
18	DCNT	Percentual de adultos (18 a 60 anos) acompanhados pela Atenção Primária à Saúde com obesidade.	Até 25,3%	Até 29,4%	Até 29,23%	Até 31,08	Até 33,47%	Até 30,27%	Até 30,49%
19	DCNT	Percentual de crianças (2 a 10 anos) acompanhados pela Atenção Primária à Saúde com obesidade.	Até 9,01%	Até 8,83%	Até 8,68%	Até 10,54%	Até 11,73%	Até 10,03%	Até 10,59%
20	RAPS	Percentual de pessoas que retornam ao atendimento em até 30 dias após acolhimento inicial no CAPS.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.
21	RAPS	Número de altas de internações por demanda de saúde mental nos hospitais regionais.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.
22	Sist. de Apoio e Logíst.	Índice de fechamento de chave da Região/URD.	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
23	Sist. de Apoio e Logíst.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar.	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%
24	Sist. de Apoio e Logíst.	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Matriz de Metas Regiões - 2025									
Nº	TEMA	INDICADOR	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL
25	Sist. de Apoio e Logíst.	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
26	Sist. de Apoio e Logíst.	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
27	Sist. de Apoio e Logíst.	Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.	60%	64%	68%	75%	69%	77%	75%
28	Sist. de Apoio e Logíst.	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde.	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
29	Sist. de Apoio e Logíst.	Percentual de cura dos casos de tuberculose.	62,8%	74,9%	56,8%	56,7%	54,7%	78,8%	50%
30	Sist. de Apoio e Logíst.	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde.	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%
31	Sist. de Apoio e Logíst.	Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde.	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

Matriz de Metas Regiões - 2025									
Nº	TEMA	INDICADOR	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL
32	Sist. de Apoio e Logíst.	Número de notificações por acidente de trabalho / agravos relacionados ao trabalho com o campo ocupação preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).	2104	107	993	1054	1785	1485	3049
33	Sist. de Apoio e Logíst.	Número de implementação de ações de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	45 ações (anual)	45 ações (anual)	45 ações (anual)	45 ações (anual)	45 ações (anual)	45 ações (anual)	45 ações (anual)
34	Sist. de Apoio e Logíst.	Média de participantes por ações educativas realizadas.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.

Matriz de Indicadores e Metas - HMIB 2025

Matriz de Metas HMIB - 2025			
Nº IND.	TEMA	INDICADOR	META
1 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Número de acessos para 1ª consulta em reprodução humana - Alta Complexidade.	40
2 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral.	4
3 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neo.	9,5
4 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Pediátrica.	2,94
5 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura.	100%
6 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Razão de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias.	70%
7 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês.	0,7%
8 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI NEO mês.	4%
9 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês.	1,6%
10 - HMIB	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de Reintubação em 48 horas na UTI Neonatal do HMIB.	Monitoramento
11	RAMI	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	54%
12	RAMI	Proporção de recém nascidos com Apgar de 5º minuto maior que 7 segundos no local de ocorrência	4%
13	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.	100%
14	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	10 dias
15	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica.	10 dias
16	RUE	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.	18%
17	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.	100%
22	SIST. APOIO. e LOGÍST	Índice de fechamento de chave.	75%

Matriz de Metas HMIB - 2025

Nº IND.	TEMA	INDICADOR	META
24	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC.	100%
25	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD.	100%
26	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas.	100%
27	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.	65%
33	SIST. APOIO. e LOGÍST	Número de implementação de ações de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	29 ações (ano)
34	SIST. APOIO. e LOGÍST	Média de participantes por ações educativas realizadas.	Monit.
35	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de leitos hospitalares com sistema de distribuição de medicamentos por dose individualizada implantado.	100%
36	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de pacientes dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica.	15%

Matriz de Indicadores e Metas – HAB 2025

Matriz de Metas HAB - 2025			
Nº IND.	TEMA	INDICADOR	META
1-HAB	ESPECÍFICOS HAB	Taxa de Quedas de Pacientes internados.	1,6
2-HAB	ESPECÍFICOS HAB	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes das unidades hospitalares, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP.	60%
3-HAB	ESPECÍFICOS HAB	Percentual de pacientes que faleceram aguardando consulta em cuidados paliativos oncológicos agendados pela Regulação Central no HAB.	36%
4-HAB	ESPECÍFICOS HAB	Consumo da preparação alcoólica líquida ou gel (mL) para higiene de mãos nas unidades de internação por mês.	20 ml
5-HAB	ESPECÍFICOS HAB	Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação.	57%
6-HAB	ESPECÍFICOS HAB	Taxa de absenteísmo às consultas reguladas de triagem da genética.	32%
24	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC.	100%
25	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD.	100%
33	SIST. APOIO. e LOGÍST	Número de implementação de ações de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	29 ações (ano)
34	SIST. APOIO. e LOGÍST	Média de participantes por ações educativas realizadas.	Monit.
35	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de leitos hospitalares com sistema de distribuição de medicamentos por dose individualizada implantado.	100%
36	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica.	20%

Matriz de Indicadores e Metas – HSVP 2025

Matriz de Metas HSVP - 2025			
Nº IND.	TEMA	INDICADOR	META
1 - HSVP	ESPECÍFICOS HSVP	Percentual de pacientes internados na Emergência e Enfermaria/ALA incluídos nas atividades terapêuticas.	70%
2 - HSVP	ESPECÍFICOS HSVP	Percentual de reinternações em até 60 dias após alta.	7%
3 - HSVP	ESPECÍFICOS HSVP	Número de pacientes com alta médica que permanecem internados por questão social por mais de 30 dias.	12
4 - HSVP	ESPECÍFICOS HSVP	Percentual de procedência dos pacientes atendidos no HSVP (por região de saúde).	Monit.
5 - HSVP	ESPECÍFICOS HSVP	Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Enfermaria.	28 dias
6 - HSVP	ESPECÍFICOS HSVP	Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Pronto Socorro.	10 dias
13	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.	100%
24	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC.	100%
25	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde /URD.	100%
33	SIST. APOIO. e LOGÍST	Número de implementação de ações de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	29 ações (ano)
34	SIST. APOIO. e LOGÍST	Média de participantes por ações educativas realizadas.	Monit.
35	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de leitos hospitalares com sistema de distribuição de medicamentos por dose individualizada implantado	100%
36	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica.	60%

Matriz de Indicadores e Metas - CRDF 2025

Matriz de Metas CRDF - 2025			
Nº IND.	TEMA	INDICADOR	META
1 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Número absoluto de doadores de tecidos oculares.	30 (mensal) 360 (ano)
2 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Número absoluto de doadores de órgãos sólidos.	6 (mensal) 77 (ano)
3 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares.	12%
4 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF.	00:33 (Média Aritmética)
			40% (Percentual de ocorrências atendidas)
			00:19 Moda (tempo-resposta mais frequente no serviço)
5 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que estão judicializados.	Monit.
6 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG.	15%
7 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação.	20%
8 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que NÃO estão judicializados.	Monit.

9 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de Efetivação da Doação de Órgãos.	15%
10 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES.	60%
11 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Taxa de agendamento de solicitações de Consulta em Oncologia Clínica por determinação/mandado judicial.	Monitoramento
12 - CRDF	ESPECÍFICOS CRDF	Taxa de agendamento de solicitações de Consulta em Radioterapia por determinação/mandado judicial.	Monitoramento
27	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.	64%
33	SIST. APOIO. e LOGÍST	Número de implementação de ações de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.	29 ações (ano)
34	SIST. APOIO. e LOGÍST	Média de participantes por ações educativas realizadas.	Monit.

Ficha dos Indicadores e Orientações de Coleta

As fichas dos indicadores estão organizadas por temas: **Rede de Atenção Materno Infantil, Rede de Atenção à Urgência e Emergência, Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência, Rede de Atenção das Pessoas com Deficiência, Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis, Rede Psicossocial e Sistema de Apoio Logístico.**

Os indicadores exclusivos das URDs, seguirão na ordem: **HMIB, HAB, HSVP E CRDF**. 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	<i>Número do indicador na matriz de metas</i>
Pactuações	<i>Instrumentos de planejamento em que o indicador está pactuado, tanto em nível estratégico quanto em nível regional.</i>
Indicador	<i>Título do indicador.</i>
Conceituação	<i>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.</i>
Usos	<i>Principais finalidades de utilização do indicador. Diz respeito ao “para que serve”, o objetivo do indicador.</i>
Limitações	<i>Fatores que restringem a interpretação do indicador referente ao conceito e fontes utilizados.</i>
Fonte	<i>Bases de dados, sistemas informatizados ou instituições/unidades responsáveis pela produção de dados.</i>
Metodologia de Cálculo	<i>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.</i>
Periodicidade de Monitoramento	<i>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.</i>
Periodicidade de Avaliação	<i>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.</i>
Unidade de Medida	<i>Convenção usada para descrever dimensões: Percentual, Número absoluto, índice, etc.</i>
Parâmetro	<i>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.</i>
Polaridade	<i>Revela o sentido do indicador, sinalizando “maior melhor” ou “menor melhor”</i>
Acumulativo Anual	<i>Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou denominadores mês a mês) ao longo do ano.</i>
Acumulativo para Pactuação	<i>Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou denominadores ano a ano) ao longo do período de pactuação (4 anos).</i>
Estratificação	<i>Níveis de desagregação (categorias) definidos de acordo com recorte espacial / serviço / especialidade de referência do indicador. Ex: por policlínica ou por hospital</i>
Responsável Técnico	<i>Área responsável pelo monitoramento e análise do indicador. Área responsável pela elaboração ou validação da Ficha do indicador e POP, na ADMC.</i>
Coordenador da Pactuação	<i>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.</i>
Descrição da Meta	<i>Descrição do objetivo que se deseja alcançar. A meta está expressa na matriz de indicadores e metas, nesse campo deve ser expresso qual o propósito da meta estabelecida.</i>



Indicador 1: Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES																					
Código SESPLAN	Indicador nº 1																				
Pactuações	AGR																				
Indicador	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade																				
Conceituação	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano residentes em determinada Região de Saúde por nascidos vivos de mães residentes da mesma Região de Saúde, no período considerado.																				
Usos	Contribuir para a avaliação e orientação das ações de controle da sífilis congênita; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à assistência, diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis congênita. Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos de sífilis congênita, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.																				
Limitações	A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica da sífilis em gestantes e recém-nascidos. A análise de séries temporais deve ser cautelosa, levando em conta o processo de implantação do sistema de notificação na rede de serviços, a evolução dos recursos de diagnóstico (sensibilidade e especificidade das técnicas laboratoriais utilizadas) e o rigor na aplicação dos critérios de definição de caso de sífilis.																				
Fonte	Numerador: Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação –SINAN/ Denominador: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC																				
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência. Denominador: Nº total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no ano considerado. Multiplicador: 1.000																				
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).																				
Periodicidade de Avaliação	Anual																				
Unidade de Medida	Taxa de incidência																				
Parâmetro	Redução de 10% em relação ao número de casos do ano anterior.																				
Polaridade	Menor, melhor																				
Acumulativo Anual	Sim (a alimentação deve ser acumulativa dos resultados mensais).																				
Acumulativo para Pactuação	Não																				
Estratificação	Por Região de Saúde																				
Responsável Técnico	SES/SVS/DIVEP/GEVIST																				
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)																				
Descrição da Meta	<table><tr><td>CENTRAL</td><td>CENTRO-SUL</td><td>LESTE</td><td>NORTE</td><td>OESTE</td><td>SUDOESTE</td><td>SUL</td></tr><tr><td>2,3</td><td>4,8</td><td>11,6</td><td>10,1</td><td>15,8</td><td>9,0</td><td>23,8</td></tr></table>							CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	2,3	4,8	11,6	10,1	15,8	9,0	23,8
CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL															
2,3	4,8	11,6	10,1	15,8	9,0	23,8															

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção Materno Infantil (RMI)
INDICADOR	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acesse a Sala de Situação do DF > opção “Vigilância em Saúde”.  
2	Vigilância em Saúde > Doenças e Agravos” > Sífilis Congênita – Monitoramento de Sífilis Congênita em Menores de 1 anos de Idade”.

Vigilância em Saúde

Doenças e Agravos

AIDS

HIV

Hepatites Virais

Notificações Dengue

Atendimentos Dengue

Sífilis Adquirida

Sífilis Congênita

O painel traz o número de casos de sífilis congênita, número de casos de sífilis em gestantes, total de nascidos-vivos e coeficiente de incidência por região de saúde e região administrativa. É possível realizar a busca por ano, mês e região de saúde. Selecione o mês de referência, colha o dado de número de casos de sífilis congênita e total de nascidos vivos.

Para o **NUMERADOR**, utilizar o número do **total de casos de sífilis em menores de 1 ano**.

Para o **DENOMINADOR**, utilizar o número do **total de nascidos vivos**.

OBS: Para múltiplas seleções, manter a tecla Ctrl ativada.

3



OBSERVAÇÕES

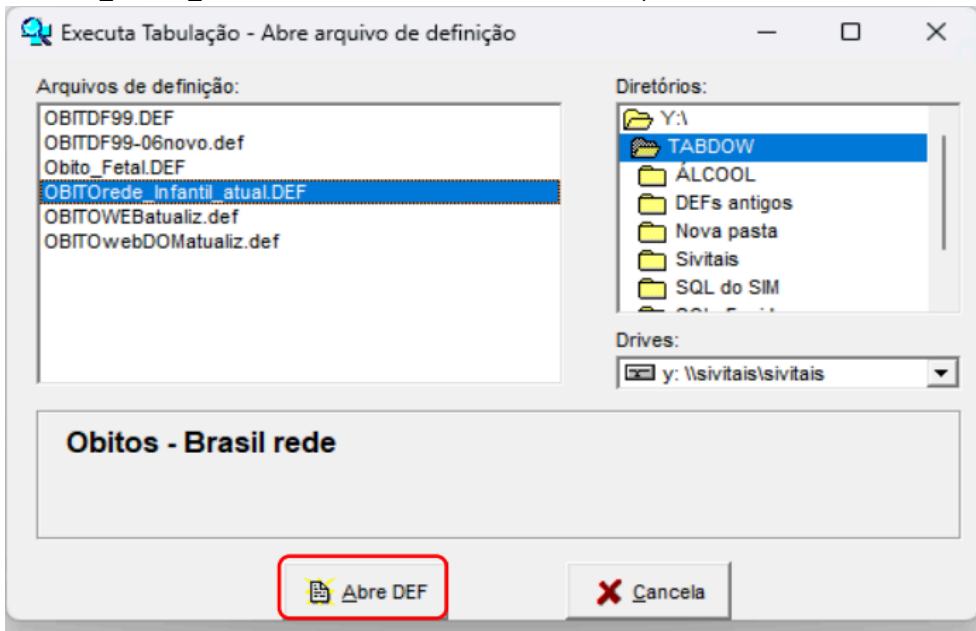
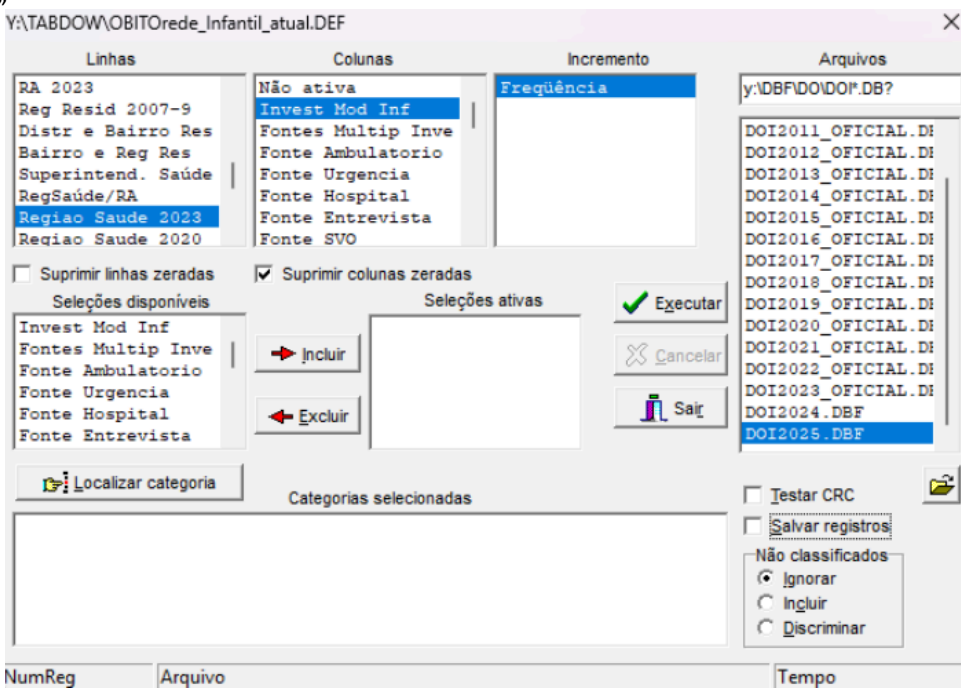
1. O indicador é cumulativo, portanto, deve-se monitorar meses acumulados e não separadamente. Por exemplo: em fevereiro, monitorar dados acumulados de janeiro e fevereiro; em março monitorar dados acumulados de janeiro a março e, assim, sucessivamente. O monitoramento de meses separados levará a análises equivocadas dos dados.
2. O número de nascidos vivos inclui todos os nascidos no Distrito Federal, seja em estabelecimentos públicos ou privados. Cabe ressaltar que a notificação da sífilis congênita, assim como todas as doenças e agravos de notificação compulsória, é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente.

Indicador 2: Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 2
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano
Conceituação	Óbito infantil investigado é todo aquele no qual os passos da investigação foram seguidos, foi feita a discussão no comitê de mortalidade e digitado no módulo de investigação do SIM Federal.
Usos	A investigação de óbito permite identificar fatores determinantes com o objetivo de apoiar os gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver problemas que possam evitar a ocorrência de eventos similares. Auxilia na organização da rede de atenção à saúde materna e infantil.
Limitações	O atraso na investigação dos óbitos pode dificultar a localização dos familiares para realizar a investigação domiciliar e atrasar a implementação de medidas preventivas de outros eventos similares.
Fonte	SIM- Sistema de Informação sobre mortalidade.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de óbitos infantis residentes investigados e cadastrados no Módulo de investigação do SIM. Denominador: Total de óbitos infantis residentes no mesmo local e período. Multiplicador: 100

Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	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	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)
Descrição da Meta	100%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção Materno Infantil (RMI)
INDICADOR	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Para iniciar, clique duas vezes no link do Tabwin que está na área de trabalho do seu computador. Em seguida, clique no ícone com um ponto de interrogação (executar tabulação), conforme indicado.
2	Em DRIVES escolha y: \\sivitais\sivitais. Em DIRETÓRIOS escolha Y:\TABDOW. Em ARQUIVOS DE DEFINIÇÃO escolha OBITorede_infantil_atual.DEF, conforme indicado abaixo. Clique no botão Abre DEF 
3	Na nova janela, em ARQUIVOS escolha DOI2023.DBF para tabular os dados de mortalidade de 2023 (ou selecione o arquivo do ano desejado). Em LINHAS escolha Região Saúde 2023. Em COLUNAS, escolha “Invest Mod Inf” 

4

No painel SELEÇÕES DISPONÍVEIS, clique sobre Tipo Óbito e, após, no botão Incluir. Em CATEGORIAS SELECIONADAS, clique sobre Não fetal.

5

Em SELEÇÕES DISPONÍVEIS, clique sobre UF Resid e em seguida, no botão Incluir. Em CATEGORIAS SELECIONADAS, clique sobre Distrito Federal.

6

Novamente, em SELEÇÕES DISPONÍVEIS, clique em Faixa Etária (13) e, depois, no botão Incluir. Em CATEGORIAS SELECIONADAS, selecione a opção <1.

Y:\TABDOW\OBITOrede_Infantil_atual.DEF

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
RA 2023	Não ativa	Frequência	y:\DBF\DOIDOI*.DB?
Reg Resid 2007-9	Invest Mod Inf		DOI2011_OFICIAL.DI
Distr e Bairro Res	Fontes Multip Inve		DOI2012_OFICIAL.DI
Bairro e Reg Res	Fonte Ambulatorio		DOI2013_OFICIAL.DI
Superintend. Saúde	Fonte Urgencia		DOI2014_OFICIAL.DI
RegSaúde/RA	Fonte Hospital		DOI2015_OFICIAL.DI
Regiao Saude 2023	Fonte Entrevista		DOI2016_OFICIAL.DI
Regiao Saude 2020	Fonte SVO		DOI2017_OFICIAL.DI
			DOI2018_OFICIAL.DI
			DOI2019_OFICIAL.DI
			DOI2020_OFICIAL.DI
			DOI2021_OFICIAL.DI
			DOI2022_OFICIAL.DI
			DOI2023_OFICIAL.DI
			DOI2024.DBF
			DOI2025.DBF

☐ Suprimir linhas zeradas
 ☒ Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis:

Munic Ocorr - GO

Sexo

Idade Detalhada

Faixa Etaria (5)

Faixa Etaria (9)

Faixa Etaria OMS

Seleções ativas:

Tipo Obito

UF Resid

Faixa Etaria (13)

Categorias selecionadas

☐ Testar CRC

☐ Salvar registros

 Não classificados:

☒ Ignorar

☐ Incluir

☐ Discriminar

NumReg Arquivo Tempo

Em NÃO CLASSIFICADOS escolha incluir. Clique no botão EXECUTAR.

Y:\TABDOW\OBITOrede_Infantil_atual.DEF

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
RA 2023	Não ativa	Frequência	y:\DBF\DOIDOI*.DB?
Reg Resid 2007-9	Invest Mod Inf		DOI2011_OFICIAL.DI
Distr e Bairro Res	Fontes Multip Inve		DOI2012_OFICIAL.DI
Bairro e Reg Res	Fonte Ambulatorio		DOI2013_OFICIAL.DI
Superintend. Saúde	Fonte Urgencia		DOI2014_OFICIAL.DI
RegSaúde/RA	Fonte Hospital		DOI2015_OFICIAL.DI
Regiao Saude 2023	Fonte Entrevista		DOI2016_OFICIAL.DI
Regiao Saude 2020	Fonte SVO		DOI2017_OFICIAL.DI
			DOI2018_OFICIAL.DI
			DOI2019_OFICIAL.DI
			DOI2020_OFICIAL.DI
			DOI2021_OFICIAL.DI
			DOI2022_OFICIAL.DI
			DOI2023_OFICIAL.DI
			DOI2024.DBF
			DOI2025.DBF

☐ Suprimir linhas zeradas
 ☒ Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis:

Munic Ocorr - GO

Sexo

Idade Detalhada

Faixa Etaria (5)

Faixa Etaria (9)

Faixa Etaria OMS

Seleções ativas:

Tipo Obito

UF Resid

Faixa Etaria (13)

Categorias selecionadas

☐ Testar CRC

☐ Salvar registros

 Não classificados:

☐ Ignorar

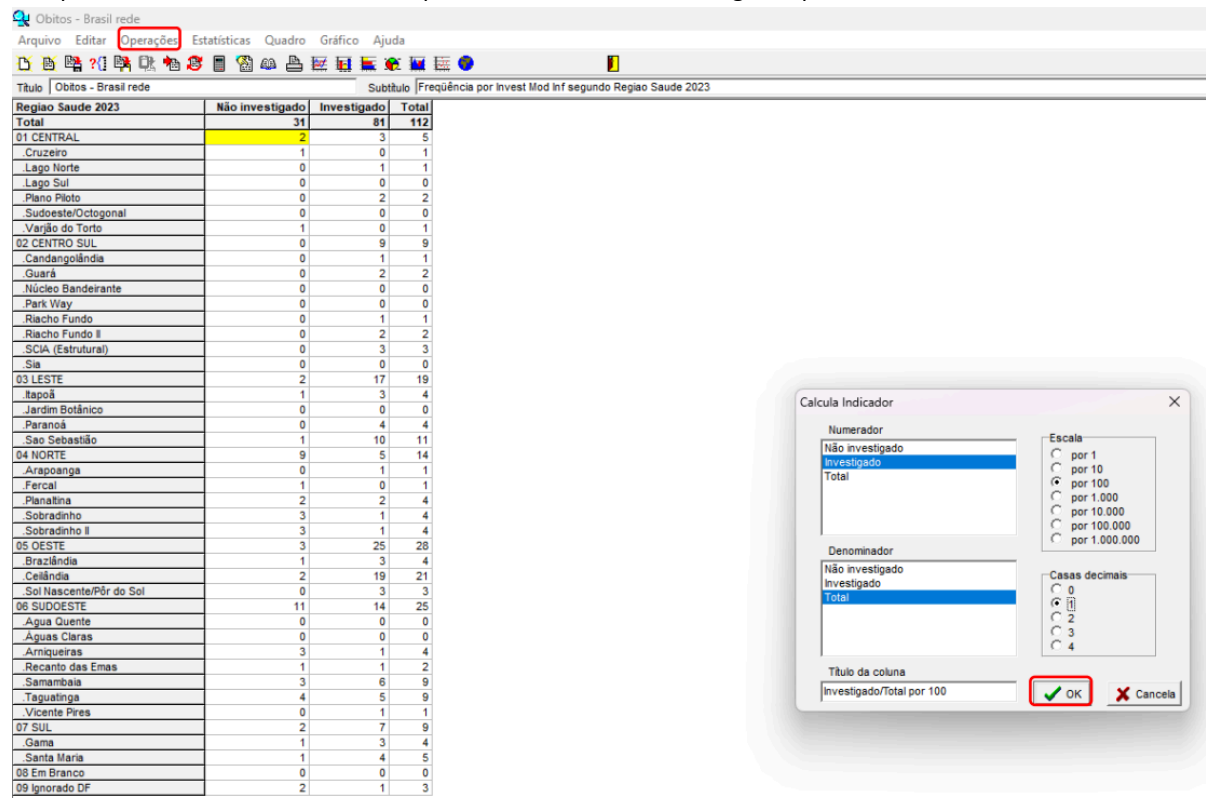
☒ Incluir

☐ Discriminar

NumReg Arquivo Tempo

8

Para obter o percentual de óbitos investigados, clique em OPERAÇÕES (1ª linha da tela do tabwin) e escolha calcular indicador (vide abaixo). Na nova janela, em Numerador, escolha investigado. Em denominador, escolha Total. Em escala, marque por 100 e em casas decimais marque 1. Clique no botão OK. Pronto! Vai aparecer uma nova coluna com os percentuais de óbitos investigados por local de residência.



Obitos - Brasil rede

Arquivo Editar **Operações** Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título | Obitos - Brasil rede Subtítulo | Frequência por Invest Mod Inf segundo Região Saúde 2023

Região Saúde 2023	Não investigado	Investigado	Total
Total	31	81	112
01 CENTRAL	2	3	5
Cruzeiro	1	0	1
Lago Norte	0	1	1
Lago Sul	0	0	0
Plano Piloto	0	2	2
Sudoeste/Octogonal	0	0	0
Varão do Torto	1	0	1
02 CENTRO SUL	0	9	9
Candangolândia	0	1	1
Guará	0	2	2
Núcleo Bandeirante	0	0	0
Park Way	0	0	0
Riacho Fundo	0	1	1
Riacho Fundo II	0	2	2
SCIA (Estrutural)	0	3	3
Sia	0	0	0
03 LESTE	2	17	19
Itapoá	1	3	4
Jardim Botânico	0	0	0
Paranoá	0	4	4
São Sebastião	1	10	11
04 NORTE	9	5	14
Arapoanga	0	1	1
Fercal	1	0	1
Planaltina	2	2	4
Sobradinho	3	1	4
Sobradinho II	3	1	4
05 OESTE	3	25	28
Brazlândia	1	3	4
Cellândia	2	19	21
Sol Nascente/Pôr do Sol	0	3	3
06 SUDOESTE	11	14	25
Água Quente	0	0	0
Águas Claras	0	0	0
Arnieiras	3	1	4
Recanto das Emas	1	1	2
Samambaia	3	6	9
Taguatinga	4	5	9
Vicente Pires	0	1	1
07 SUL	2	7	9
Gama	1	3	4
Santa Maria	1	4	5
08 Em Branco	0	0	0
09 Ignorado DF	2	1	3

Calcula Indicador

Numerador

Não investigado

Investigado

Total

Denominador

Não investigado

Investigado

Total

Escala

por 1

por 10

por 100

por 1.000

por 10.000

por 100.000

por 1.000.000

Casas decimais

0

1

2

3

4

Título da coluna

Investigado/Total por 100

OK

Cancela

9

Para copiar a tabela para o Excel, clique no 5º ícone após o ícone do ponto de interrogação chamado “Copiar para Clipboard”. Em seguida, abra o Excel e cole o conteúdo.

OBSERVAÇÕES

Indicador 3: Percentual de recém-nascidos com baixo peso ao nascer.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 3
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de recém-nascidos com Baixo Peso ao Nascer < 2500g
Conceituação	Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Sendo a primeira medida de peso dos recém-nascidos, devendo ser feita, preferencialmente, durante a primeira hora de vida.
Usos	O baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intra-uterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbi-mortalidade neonatal e infantil. Dessa forma, o indicador é essencial para avaliar a saúde neonatal e as condições gestacionais. Ele apoia gestores no planejamento de políticas públicas para melhorar o cuidado pré-natal e a assistência ao parto, além de orientar intervenções que reduzam fatores de risco, como tabagismo e alcoolismo, promovendo a saúde materno-infantil e prevenindo complicações neonatais.
Limitações	O indicador pode apresentar limitações devido à variação na aferição do peso, falta de padronização e capacitação dos profissionais, além de possíveis omissões em partos não-hospitalares ou recém-nascidos que faleceram logo após o nascimento
Fonte	SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nascidos vivos, por residência, da Região de Saúde, com menos de 2.500g ao nascer (baixo peso), no período considerado. Denominador: Total de nascidos vivos, por residência, da Região de Saúde, considerando o total de Declarações de Nascido Vivo, independentemente do tipo de parto (vaginal, cesáreo ou ignorado), no período considerado. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)
Descrição da Meta	10,1%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção Materno Infantil (RMI)
INDICADOR	Percentual de recém-nascidos com Baixo Peso ao Nascer < 2500g
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Abra o Tabwin e clique na opção “executar tabulação”.
2	Em seguida, procure pela pasta Y:\sivitalis\sivitalis - TABDNW.
3	Encontre o arquivo de definição NASCIDOwebATUALIZ.def..
4	Cálculo do Numerador: ● Abra o DEF; ● Na linha, deve ser selecionada a variável "Região Saúde 2023"; ● Em coluna, escolha a opção “Mês do nascimento”; ● Incremento manter marcado “Frequência”; ● Em arquivos selecionar o referente ao ano que deseja analisar; ● Selecionar: Suprimir linhas zeradas e Suprimir Colunas zeradas; ● Nas seleções disponíveis, deve ser selecionada e incluída: ○ UF Residência: marcar Distrito Federal na categoria selecionada ○ Região de Saúde 2023: escolher a região a ser analisada (com suas respectivas regiões administrativas) ○ Peso ao nascer: Selecionar peso (1g a < 100g, 101g a 500g, 501g < 1kg, 1kg a 1,4kg, 1,5Kg a 2,4Kg). Pressionar tecla “Ctrl “ para marcar as 4 seleções simultaneamente. ● Clique em “Executar”; ● Clique para copiar. Abra o Excel e cole para analisar. ● Anotar a soma dos meses analisados da Região de Saúde (Peso <2500g).
5	Cálculo do Denominador: ● Abra o DEF; ● Na linha, deve ser selecionada a variável "Região Saúde 2023.”; ● Em coluna, escolha a opção “mês de nascimento”; ● Incremento manter marcado “Frequência”; ● Em arquivos selecionar o referente ao ano que deseja analisar; ● Selecionar: Suprimir linhas zeradas e Suprimir Colunas zeradas; ● Nas seleções disponíveis, deve ser selecionada e incluída: ○ UF Residência: marcar Distrito Federal na categoria selecionada ○ Região de Saúde 2023 (escolher a região a ser analisada) Clique em “Executar”; Clique para copiar. Abra o Excel e cole para analisar.
6	Para cálculo do “Percentual de recém-nascidos com Baixo Peso ao Nascer < 2500g”, dividir o denominador pelo numerador e multiplicar por 100.
OBSERVAÇÕES	

Anexo:

Cálculo do Numerador

Y:\TABDNW\NASCIDOwebATUALIZ.def

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
Mês Inic PN	Não ativa	Frequência	y:\DBF\DN*.dbf
UF/Região	Local Ocorrência		dn2006_oficial
UF/Residência	Ano do Nascimento		dn2007_oficial
Município RIDE	Mês do Nascimento		dn2008_oficial
Estab Publ/Priv	Ano do Cadastro		dn2009_oficial
Estab por Região	Mês do Cadastro		dn2010_oficial
Unidade de Notificação	Sexo		dn2011_oficial
Estab RIDE	Peso ao Nascer		dn2012_oficial
Munic's Resid -DF	Peso ao Nascer(6)		dn2013_oficial
Capital Residência	Peso (2)		DN2014_oficial
Região Saúde 2023	Peso (3)		DN2015_oficial
Região Saúde 2023			DN2016_oficial
			DN2017_oficial
			DN2018_oficial
			DN2019_oficial
			DN2020_oficial
			DN2021_oficial
			DN2022_oficial
			DN2023_DEF
			DN2024_DEF
			DNMSD100.dbf
			DNMSD101.dbf

☒ Suprimir linhas zeradas ☒ Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis: Sexo, Peso (6), Peso (2), Peso (3), Apgar 1º Minuto, Apgar 5º Minuto, Fx. Padrão Mãe

Seleções ativas: UF/Residência, Região Saúde 2023, Peso ao Nascer

☐ Testar CRC ☐ Salvar registros

Não classificados: ☐ Ignorar ☒ Incluir ☐ Discriminar

Localizar categoria

Categorias selecionadas:

- Minas Gerais
- Espírito Santo
- Rio de Janeiro
- São Paulo
- Paraná
- Santa Catarina
- Rio Grande do Sul
- Mato Grosso do Sul
- Mato Grosso
- Goiás
- Distrito Federal

0:05

Y:\TABDNW\NASCIDOwebATUALIZ.def

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
Mês Inic PN	Não ativa	Frequência	y:\DBF\DN*.dbf
UF/Região	Local Ocorrência		dn2006_oficial
UF/Residência	Ano do Nascimento		dn2007_oficial
Município RIDE	Mês do Nascimento		dn2008_oficial
Estab Publ/Priv	Ano do Cadastro		dn2009_oficial
Estab por Região	Mês do Cadastro		dn2010_oficial
Unidade de Notificação	Sexo		dn2011_oficial
Estab RIDE	Peso ao Nascer		dn2012_oficial
Munic's Resid -DF	Peso ao Nascer(6)		dn2013_oficial
Capital Residência	Peso (2)		DN2014_oficial
Região Saúde 2023	Peso (3)		DN2015_oficial
Região Saúde 2023			DN2016_oficial
			DN2017_oficial
			DN2018_oficial
			DN2019_oficial
			DN2020_oficial
			DN2021_oficial
			DN2022_oficial
			DN2023_DEF
			DN2024_DEF
			DNMSD100.dbf
			DNMSD101.dbf

☒ Suprimir linhas zeradas ☒ Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis: Sexo, Peso (6), Peso (2), Peso (3), Apgar 1º Minuto, Apgar 5º Minuto, Fx. Padrão Mãe

Seleções ativas: UF/Residência, Região Saúde 2023, Peso ao Nascer

☐ Testar CRC ☐ Salvar registros

Não classificados: ☐ Ignorar ☒ Incluir ☐ Discriminar

Localizar categoria

Categorias selecionadas:

- 01 CENTRAL
 - .Cruzeiro
 - .Lago Norte
 - .Lago Sul
 - .Plano Piloto
 - .Sudoeste/Octogonal
 - .Várzea do Torto
- 02 CENTRO SUL
 - .Candangolândia
 - .Guará
 - .Núcleo Bandeirante

0:05

Y:\TABDNW\NASCIDOWebATUALIZ.def

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
UF/Regiao UF Residencia Município RIDE Estab Publ/Priv Estab por Região Unidade de Notificação Estab RIDE Munic's Resid -DF Capital Residencia Regiao Saude 2023 Regiao Saude 2020	Não ativa Local Ocorrencia Ano do Nascimento Mês do Nascimento Ano do Cadastro Mês do Cadastro Sexo Peso ao Nascer Peso ao Nascer(6) Peso (2) Peso (3) Ano do Minuto	Frequência	y:\DBF\DN*.db? dn2009_oficial dn2010_oficial dn2011_oficial dn2012_oficial DN2013_oficial DN2014_oficial DN2015_oficial DN2016_oficial DN2017_oficial DN2018_oficial DN2019_oficial DN2020_oficial DN2021_oficial DN2022_oficial DN2023_DBF DN2024_DBF DNMSDI00.dbf DNMSDI01.dbf DNMSDI02.dbf DNMSDI03.dbf DNMSDI04.dbf

☒ Suprimir linhas zeradas ☒ Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis: Ano do Cadastro, Mês do Cadastro, Sexo, Peso (6), Peso (2), Peso (3), Apper 1º Minuto

Seleções ativas: UF Residencia, Regiao Saude 2023, **Peso ao Nascer**

☐ Testar CRC ☐ Salvar registros

Não classificados: ☒ Ignorar, ☐ Incluir, ☐ Discriminar

Categorias selecionadas

1g a <100g
101g a <500g
501g a <1kg
1kg a 1.4kg
1.5kg a 2.4kg
2.5kg a 2.9kg
3kg a 3.9kg
4kg e +
ignorado

NumReg | Arquivo | Tempo

Cálculo do Denominador:

Y:\TABDNW\NASCIDOWebATUALIZ.def

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
Mês Inic PN UF/Regiao UF Residencia Município RIDE Estab Publ/Priv Estab por Região Unidade de Notificação Estab RIDE Estab's Resid -DF Capital Residencia Regiao Saude 2023 Regiao Saude 2020	Não ativa Local Ocorrencia Ano do Nascimento Mês do Nascimento Ano do Cadastro Mês do Cadastro Sexo Peso ao Nascer Peso ao Nascer(6) Peso (2) Peso (3) Ano do Minuto	Frequência	y:\DBF\DN*.db? dn2006_oficial dn2007_oficial dn2008_oficial dn2009_oficial dn2010_oficial dn2011_oficial dn2012_oficial DN2013_oficial DN2014_oficial DN2015_oficial DN2016_oficial DN2017_oficial DN2018_oficial DN2019_oficial DN2020_oficial DN2021_oficial DN2022_oficial DN2023_DBF DN2024_DBF DNMSDI00.dbf DNMSDI01.dbf

☒ Suprimir linhas zeradas ☒ Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis: Trab Parto Induzido, Cesarea Ocorr TParto, Nasc Assistido, Idade do Pai, Monitor cesarea, Duracao Gestação, Duracao Gestação

Seleções ativas: UF Residencia, **Regiao Saude 2023**

☐ Testar CRC ☐ Salvar registros

Não classificados: ☐ Ignorar, ☒ Incluir, ☐ Discriminar

Categorias selecionadas

01 CENTRAL
.Cruzeiro
.Lago Norte
.Lago Sul
.Plano Piloto
.Sudoeste/Octogonal
.Varião do Torto
02 CENTRO SUL
.Candangolândia
.Guará
.Núcleo Bandeirante

0:05

Indicador 4: Percentual de recém-nascidos com idade gestacional < 37 semanas.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 4
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de recém-nascidos com idade gestacional < 37 semanas
Conceituação	Percentual de nascidos vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A idade gestacional é calculada a partir da data da última menstruação ou por métodos clínicos e ultrassonográficos, devendo ser registrada com precisão na Declaração de Nascido Vivo (DNV).
Usos	O indicador Percentual de recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas é fundamental para monitorar a prematuridade, orientar políticas de prevenção e fortalecer o cuidado pré-natal, além de auxiliar no planejamento de serviços neonatais adequados.
Limitações	As limitações incluem imprecisão na estimativa da idade gestacional, variabilidade na qualidade dos registros e possíveis falhas em partos fora de unidades de saúde ou sem acompanhamento adequado.
Fonte	SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nascidos vivos, por residência, da Região de Saúde, com idade gestacional inferior a 37 semanas, no período considerado. Denominador: Total de nascidos vivos, por residência, da Região de Saúde, considerando o total de Declarações de Nascido Vivo, independentemente do tipo de parto (vaginal, cesáreo ou ignorado), no período considerado. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)
Descrição da Meta	11,5%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção Materno Infantil (RMI)
INDICADOR	Percentual de recém-nascidos com idade gestacional < 37 semanas.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Abra o Tabwin e clique na opção “executar tabulação”.
2	Em seguida, procure pela pasta Y:\sivitaís\sivitaís - TABDNW.
3	Encontre o arquivo de definição NASCIDOwebATUALIZ.def..
4	Cálculo do Numerador: • Abra o DEF; • Na linha, deve ser selecionada a variável "Região Saúde 2023"; • Em coluna, escolha a opção “Mês do nascimento”; • Incremento manter marcado “Frequência”; • Em arquivos selecionar o referente ao ano que deseja analisar; • Selecionar: Suprimir linhas zeradas e Suprimir Colunas zeradas; • Nas seleções disponíveis, deve ser selecionada e incluída: ○ UF Residência: marcar Distrito Federal na categoria selecionada ○ Duração da gestação : selecionar (Menos de 22 semanas; 22-27 semanas; 28-31 semanas, 32-36 semanas). Pressionar tecla “Ctrl “ para selecionar as 4 idades gestacionais simultaneamente. ○ Região de Saúde 2023 (escolher a região a ser analisada, selecionando todas as regiões administrativas) • Clique em “Executar”; • Clique para copiar. Abra o Excel e cole para analisar. Anotar a soma dos meses analisados da Região de Saúde (IG<37)
5	Cálculo do Denominador: • Abra o DEF; • Na linha, deve ser selecionada a variável "Região Saúde 2023.”; • Em coluna, escolha a opção “mês de nascimento”; • Incremento manter marcado “Frequência”; • Em arquivos selecionar o referente ao ano que deseja analisar; • Selecionar: Suprimir linhas zeradas e Suprimir Colunas zeradas; • Nas seleções disponíveis, deve ser selecionada e incluída: ○ UF Residência: marcar Distrito Federal na categoria selecionada ○ Região de Saúde 2023 (escolher a região a ser analisada) • Clique em “Executar”;

- Clique para copiar. Abra o Excel e cole para analisar.

Anotar a soma dos meses analisados da Região de Saúde. (Total de Nascidos vivos)

OBSERVAÇÕES

Anexo:

Cálculo do Numerador

Y:\TABDNW\NASCIDOwebATUALIZ.def

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
Mês Inic PN	Não ativa	Frequência	y:\DBF\DN*.dbf
UF/Região	Local Ocorrência		dn2006_oficial
UF Residência	Ano do Nascimento		dn2007_oficial
Município RIDE	Mês do Nascimento		dn2008_oficial
Estab Publ/Priv	Ano do Cadastro		dn2009_oficial
Estab por Região	Mês do Cadastro		dn2010_oficial
Unidade de Notificação	Sexo		dn2011_oficial
Estab RIDE	Peso ao Nascer		dn2012_oficial
Munic's Resid -DF	Peso ao Nascer(6)		DN2013_oficial
Capital Residência	Peso (2)		DN2014_oficial
Região Saúde 2023	Peso (3)		DN2015_oficial
			DN2016_oficial
			DN2017_oficial
			DN2018_oficial
			DN2019_oficial
			DN2020_oficial
			DN2021_oficial
			DN2022_oficial
			DN2023_DBF
			DN2024_DBF
			DNMSD100.dbf
			DNMSD101.dbf

☒ Suprimir linhas zeradas ☒ Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis

Trab Parto Induzido
Cesarea Ocorr TParto
Nasc Assistido
Idade do Pai
Monitor cesarea
Duracao Gestação

Seleções ativas

UF Residência
Região Saúde 2023
Duracao Gestação

☐ Testar CRC
☐ Salvar registros

Não classificados

☐ Ignorar
☒ Incluir
☐ Discriminar

Localizar categoria

Categorias selecionadas

Mines Gerais
Espírito Santo
Rio de Janeiro
São Paulo
Paraná
Santa Catarina
Rio Grande do Sul
Mato Grosso do Sul
Mato Grosso
Goiás
Distrito Federal

0:05

Y:\TABDNW\NASCIDOwebATUALIZ.def

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
Mês Inic PN	Não ativa	Frequência	y:\DBF\DN*.dbf
UF/Região	Local Ocorrência		dn2006_oficial
UF Residência	Ano do Nascimento		dn2007_oficial
Município RIDE	Mês do Nascimento		dn2008_oficial
Estab Publ/Priv	Ano do Cadastro		dn2009_oficial
Estab por Região	Mês do Cadastro		dn2010_oficial
Unidade de Notificação	Sexo		dn2011_oficial
Estab RIDE	Peso ao Nascer		dn2012_oficial
Munic's Resid -DF	Peso ao Nascer(6)		DN2013_oficial
Capital Residência	Peso (2)		DN2014_oficial
Região Saúde 2023	Peso (3)		DN2015_oficial
			DN2016_oficial
			DN2017_oficial
			DN2018_oficial
			DN2019_oficial
			DN2020_oficial
			DN2021_oficial
			DN2022_oficial
			DN2023_DBF
			DN2024_DBF
			DNMSD100.dbf
			DNMSD101.dbf

☒ Suprimir linhas zeradas ☒ Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis

Gest Anteriores
Partos Vag Anter
N Cesareas Anter
Semanas Gest Detalh
Metodo Estimar
Mes 1ª Consulta
Parto Apresentacao

Seleções ativas

UF Residência
Região Saúde 2023
Duracao Gestação

☐ Testar CRC
☐ Salvar registros

Não classificados

☐ Ignorar
☒ Incluir
☐ Discriminar

Localizar categoria

Categorias selecionadas

01 CENTRAL
Cruzeiro
Lago Norte
Lago Sul
Plano Piloto
Sudoeste/Octogonal
Variação do Torto

02 CENTRO SUL
Candangolândia
Guará
Núcleo Bandeirante

0:01

Y:\TABDNW\NASCIDOWebATUALIZ.def

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
Mês Inic PN	Não ativa	Frequência	y:\DBF\DN*.dbf
UF/Região	Local Ocorrência		dn2006_oficial
UF/Residência	Ano do Nascimento		dn2007_oficial
Município RIDE	Mês do Nascimento		dn2008_oficial
Estab Publ/Priv	Ano do Cadastro		dn2009_oficial
Estab por Região	Mês do Cadastro		dn2010_oficial
Unidade de Notificação	Sexo		dn2011_oficial
Estab RIDE	Peso ao Nascer		dn2012_oficial
Munic's Resid -DF	Peso ao Nascer(6)		dn2013_oficial
Capital Residência	Peso (2)		dn2014_oficial
Região Saúde 2023	Peso (3)		dn2015_oficial
Região Saúde 2020			dn2016_oficial
			dn2017_oficial
			dn2018_oficial
			dn2019_oficial
			dn2020_oficial
			dn2021_oficial
			dn2022_oficial
			DN2023.DBF
			DNMSDI00.dbf
			DNMSDI01.dbf

☒ Suprimir linhas zeradas ☒ Suprimir colunas zeradas

Selecções disponíveis: Trab Parto Induzido, Cesarea Ocorr TParto, Nasc Assistido, Idade do Pai, Monitor cesarea, Duracao Gestação

Selecções ativas: UF Residência, Região Saúde 2023, Duracao Gestação

Categorias seleccionadas: Ignorado, Menos 22 sem, 22 a 27 sem, 28 a 31 sem, 32 a 35 sem, 37 a 41 sem, 42 e mais sem, Não informado

0:05

Cálculo do Denominador

Y:\TABDNW\NASCIDOWebATUALIZ.def

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
Mês Inic PN	Não ativa	Frequência	y:\DBF\DN*.dbf
UF/Região	Local Ocorrência		dn2006_oficial
UF/Residência	Ano do Nascimento		dn2007_oficial
Município RIDE	Mês do Nascimento		dn2008_oficial
Estab Publ/Priv	Ano do Cadastro		dn2009_oficial
Estab por Região	Mês do Cadastro		dn2010_oficial
Unidade de Notificação	Sexo		dn2011_oficial
Estab RIDE	Peso ao Nascer		dn2012_oficial
Munic's Resid -DF	Peso ao Nascer(6)		dn2013_oficial
Capital Residência	Peso (2)		dn2014_oficial
Região Saúde 2023	Peso (3)		dn2015_oficial
Região Saúde 2020			dn2016_oficial
			dn2017_oficial
			dn2018_oficial
			dn2019_oficial
			dn2020_oficial
			dn2021_oficial
			dn2022_oficial
			DN2023.DBF
			DNMSDI00.dbf
			DNMSDI01.dbf

☒ Suprimir linhas zeradas ☒ Suprimir colunas zeradas

Selecções disponíveis: Trab Parto Induzido, Cesarea Ocorr TParto, Nasc Assistido, Idade do Pai, Monitor cesarea, Duracao Gestação

Selecções ativas: UF Residência, Região Saúde 2023

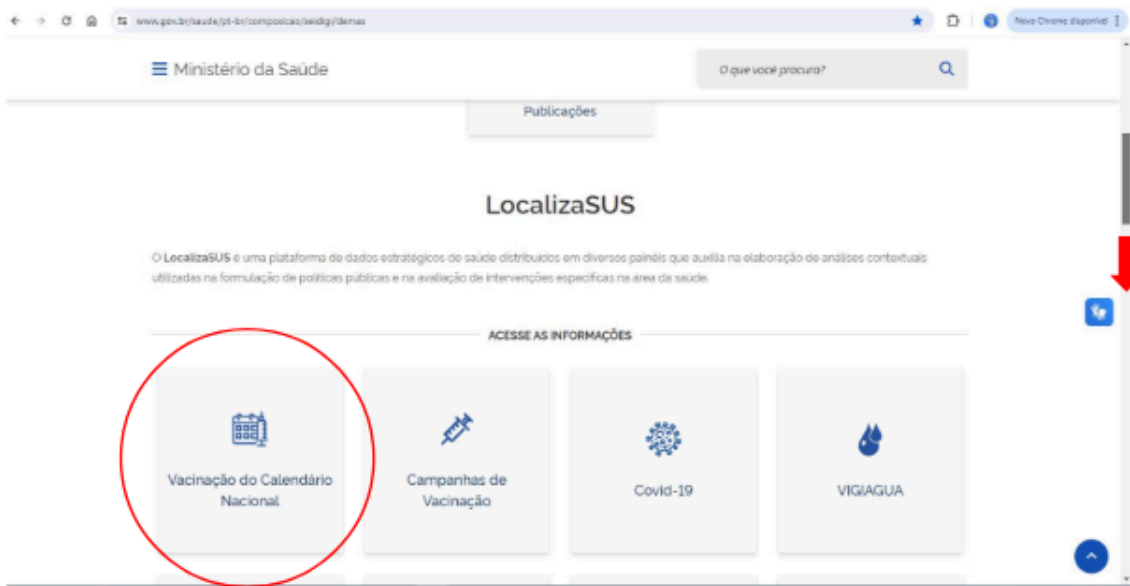
Categorias seleccionadas: 01 CENTRAL, .Cruzeiro, .Lago Norte, .Lago Sul, .Plano Piloto, .Sudoeste/Octogonal, .Varição do Tórto, 02 CENTRO SUL, .Candangolândia, .Guará, .Núcleo Bandeirante

0:05

Indicador 5: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 5
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.
Conceituação	Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice Viral (SCR), preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente.
Usos	Analisar o cumprimento do esquema básico de vacinação de Tríplice Viral (SCR) em crianças de 1 ano de idade e estimular a vigilância de coberturas vacinais para manter a população protegida contra doenças imunopreveníveis (sarampo, caxumba e rubéola), considerando a meta estipulada de 95% de cobertura vacinal.
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende da migração dos registros de doses aplicadas, pelas salas de vacina das regiões de saúde, do sistema e-SUS APS para o sistema SI-PNI
Fonte	SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos).
Metodologia de Cálculo	Cobertura vacinal para o esquema básico completo de SCR $\geq 95\% = 100\%$ Cobertura vacinal para o esquema básico completo de SCR $< 95\% = 0$ Numerador = D2 tríplice viral + DU tetraviral (SCR + VZ). Denominador = população SINASC. Fator de multiplicação=100. CV de Tríplice Viral: $\frac{D2\ SCR + DU\ tetraviral}{população\ SINASC} \times 100$
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Por região de saúde
Responsável Técnico	SES/SVS/DIVEP/GRF
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)
Descrição da Meta	95%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção Materno Infantil (RMI)
INDICADOR	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Objetivo: Responder o indicador: “Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice Viral (SCR) para crianças de 1 ano de idade”. Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas das vacinas selecionadas para determinada região e o total da população para a mesma região. ETAPAS: 1. OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO 1.1. Obter os dados de doses aplicadas no SIPNI Web das vacinas selecionadas: • Tríplice Viral - 2ª dose 3. • Tetraviral – Dose única 1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome 1.3. Entre na página: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas 1.4. Rolar o cursor da página para baixo e clicar em Vacinação do Calendário Nacional:  1.5. Posicione o cursor na janela: vacinação/relatórios/doses aplicadas



1.6. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde



1.7. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde por local de Ocorrência



1.8. Selecionar os filtros:

- UF ocorrência: DF
- Ano vacina: 2024
- Mês vacina: Os meses que compõe o quadrimestre analisado
- Idade: 1 ano
- Imunobiológicos: Vacina sarampo, caxumba e rubéola (24) e Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (56)
- Dose: 2ª dose e única

Filtros

Região Ocorrência: UF Ocorrência: Macroregião Saúde: Região de Saúde: Município Ocorrência:

Estabelecimento de Saúde: Ano Vacina: Mês Vacina: Transcrição de Caderneta: Idade:

Sexo: Raça/Cor: Estratégia Vacinação: Imunobiológicos: Doses:

Ano Vacina: 2024 X Mês Vacina: jan, fev, mar, abr X Idade: 1 X Transcrição de Caderneta: Não X Tipo de Dose: 0 - Única, 2 - 2ª Dose X

Imunobiológicos: 24 - Vacina sarampo\, casumba\, rubéola, 56 - Vacina sarampo\, casumba\, rubéola e varicela X UF Ocorrência: DF X

Limpar filtros

1.9. Digitar o período desejado, no exemplo, estamos fazendo de janeiro de 2024 a abril de 2024. Clicar em Tabelas.

1.10. Na tabela, selecionar “estabelecimentos de saúde” e abrir todas as colunas de DF, Brasília e o imunobiológico. Para abrir, só clicar no ícone do + que está circulado.

Gráficos Tabelas

Selecione os filtros para inserir na tabela:

Dimensão

UF Ocorrência: DF Município Ocorrência: Brasília Abreviação Vac.: HEXA Estabelecimento de Saúde: 0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE 0010499 - HRT HOSPITAL REGIONAL DE 0010529 - HRPL 0010537 - HOSPITAL MATERNO 0010723 - UBS 2 ASA NORTE

Mês Vacina	jan	fev	mar	abr
0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE	15	7	6	8
0010499 - HRT HOSPITAL REGIONAL DE	8	17	17	10
0010529 - HRPL	6	7	1	-
0010537 - HOSPITAL MATERNO	23	23	20	22
0010723 - UBS 2 ASA NORTE	1	-	-	-

1.11. Rolar o cursor até o final da página e clicar em Baixar dados.

Ano Vacina: 2024 X Mês Vacina: jan, fev, mar, abr X Idade: < 1 ano X Transcrição de Caderneta: Não X Tipo de Dose: 3 - 3ª Dose X

Imunobiológicos: 43 - Vacina hexa (DTPw/1epB/VP/11b), 42 - Vacina pentá (DTP/1epB/11b) X UF Ocorrência: DF X Dimensão: Estabelecimento de Saúde X

Limpar filtros

Idade	País Estado	Tipo de Dose	Sistema de Origem	UBS 3 ASA NORTE VILA 0011363 - UBS 5 NOVA BETANIA SAO 0011517 - UBS 2 CATINGUEIRO 0011568 - UBS 3 NOVA COLINA 0011576 - UBS 11 RAJADINHA 0011584 - UBS 14 TABATINGA 0011592 - UBS 16 PIPIRIPAU 0011606 -	11	7	12	11
4	2	4	2	2	2	3	1	-
24	17	22	29	3	3	1	1	1
1	-	1	1	1	1	1	1	1

Baixar Dados

1.12. Abrir os dados baixados e selecionar no filtro os serviços de vacinação que compõe a região de saúde ou utilizar a função PROCV para com base na planilha de estabelecimentos, selecionar os da região.

1.13. Além disso, criar uma coluna de total para somar as colunas.

UF Ocorrência	Município Oco	Abreviação Vac	Estabelecimen	jan	fev	mar	abr	Total
			0010480 - HOSPIT,	3	1	1	-	5
			0010537 - HOSPIT,-		3	-	-	3
			0010707 - UBS 1 A	18	3	-	-	21
			0010723 - UBS 2 A	43	32	-	2	77
			0010731 - UBS 1 C	12	3	-	1	16
			0010758 - UBS 2 C	18	9	-	1	28
			0011150 - UBS 1 A	44	29	1	2	76
			0011177 - UBS 1 L	20	2	-	1	23
			0011355 - UBS 3 A	16	5	-	-	21
			0316954 - BEEP SE	6	9	-	-	15
			0913405 - APLIQU	1	1	-	-	2
			2617358 - UBS 1 V	17	4	-	-	21
		SCR	2811227 - EXAME	2	2	-	1	5
			0010480 - HOSPIT,-		2	3	6	11
			0010537 - HOSPIT,-	-		5	3	8
			0010707 - UBS 1 A -		1	18	12	31
			0010723 - UBS 2 A -		2	35	40	77
			0010731 - UBS 1 C	1	3	21	27	52
			0010758 - UBS 2 C		2	14	12	28
			0011150 - UBS 1 A -		6	38	41	85
			0011177 - UBS 1 L -		5	16	25	46
			0011355 - UBS 3 A -		3	6	16	25
			0844047 - NEOCEM	1	-	-	2	3
			0913405 - APLIQU	1	3	10	3	17
			2617358 - UBS 1 V -		2	11	10	23
			2811227 - EXAME	8	2	-	9	19
			3027740 - SABIN M	5	2	5	2	14
DF	Brasília	SCRV	3509664 - ASA SUI-	-		4	-	4

1.14. Criar uma planilha de Excel, salvar com o nome “indicador de imunização”, nomear a aba com o período da análise e digitar as doses informadas pelo sistema, em uma tabela como a apresentada na figura abaixo:

	A	B	C	D
1			SCR (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central			

1.15. Para preencher o n, utilizar o total obtido na planilha anterior.

	A	B	C	D
1			SCR (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central		=920+13	

2. OBTER OS DADOS DE POPULAÇÃO ALVO PARA CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

2.1. Para a vacina listada anteriormente utilizamos a população de menores de 1 ano. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC do ano vigente. No exemplo em questão, o SINASC utilizado é o de 2024.

Atenção!

A cobertura vacina é calculada com dados acumulados. Dessa forma, é preciso somar as populações referentes a cada mês. Exemplo: O cálculo será do primeiro quadrimestre, janeiro a abril. Será somada a população do SINASC vigente, para a região de saúde da seguinte forma:

Pop Janeiro + pop Fevereiro + pop Março + pop Abril = população do denominador.

2.2. Preencher a população do período (no caso do exemplo, população proporcional de jan a abr, cálculo realizado conforme tabela acima) e localidade equivalente ao da seleção das vacinas na tabela de Excel.

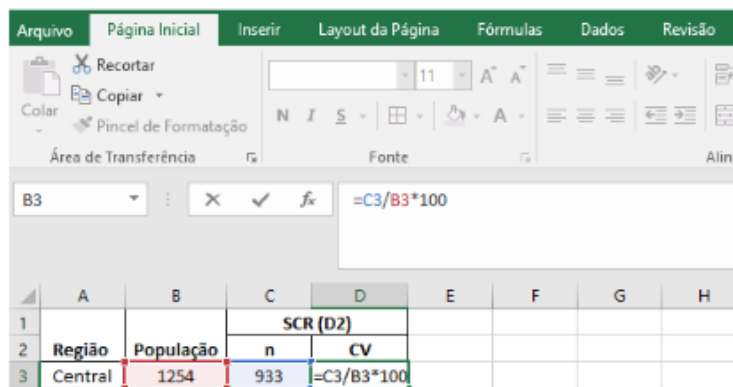
	A	B	C	D
1			SCR (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	933	

3. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

3.1. Para o cálculo da cobertura vacinal, devemos utilizar a seguinte fórmula

$$CV \text{ DO PERÍODO} = \frac{\text{DOSES APLICADAS NO PERÍODO}}{\text{POPULAÇÃO DO MESMO PERÍODO}} \times 100$$

3.2. No Excel, podemos fazer o cálculo de forma automática através da função



	A	B	C	D	E	F	G	H
1			SCR (D2)					
2	Região	População	n	CV				
3	Central	1254	933	=C3/B3*100				

3.3. A tabela com a cobertura vacinal calculada ficará como a figura abaixo

	A	B	C	D
1			SCR (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	933	74,4

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $\geq 95\%$ = 100%
 Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $< 95\%$ = 0



Gerência de Rede de Frio
Tereza Luiza Pereira

Elaboração
 Laís de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e
 imunização/GRF/DIVEP
 Leilane de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e
 imunização/GRF/DIVEP

Dúvidas e Sugestões
 SGAP, Lote 06, Bloco G, Parque de Apoio da Secretaria de Saúde
 CEP: 71.200-010
 Brasília-DF
 E-mail: grf.divep@saude.df.gov.br
 Brasília-DF

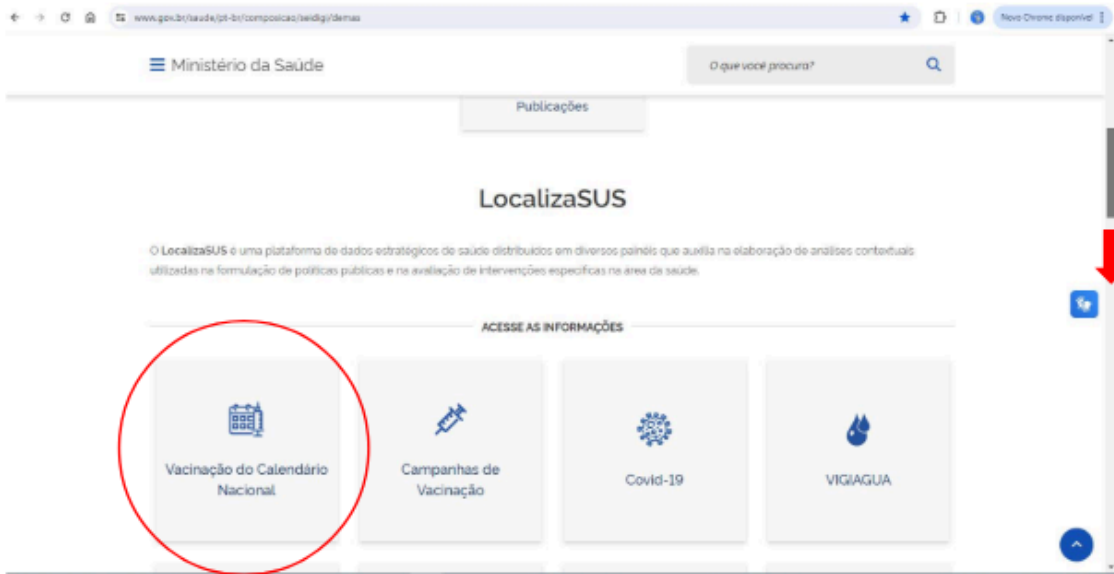
OBSERVAÇÕES

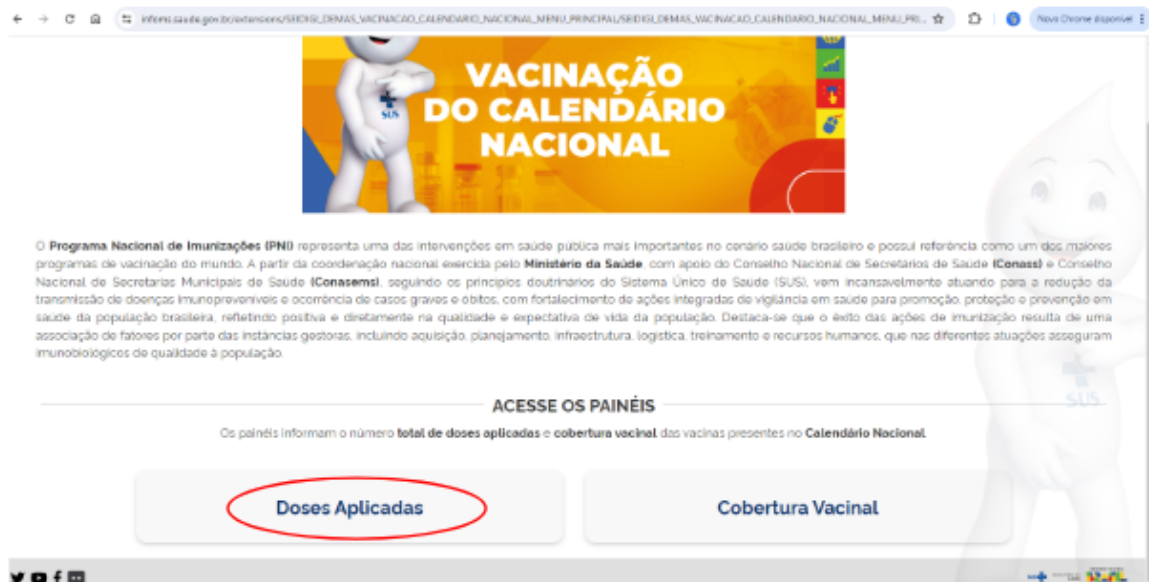
A ÁREA TÉCNICA ENVIARÁ OS DADOS MENSALMENTE, VIA SEI, PARA AS REGIÕES.

Indicador 6: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 6
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade
Conceituação	Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente, preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente.
Usos	Analisar o cumprimento do esquema básico de vacinação de Penta em crianças menores de 1 ano de idade e estimular a vigilância de coberturas vacinais para manter a população protegida contra doenças imunopreveníveis (difteria, tétano, coqueluche (DTP) e infecções por Haemophilus influenzae tipo B e hepatite B), considerando a meta estipulada de 95% de cobertura vacinal.
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende da migração dos registros de doses aplicadas, pelas salas de vacina das regiões de saúde, do sistema e-SUS APS para o sistema SI-PNI
Fonte	Localiza SUS e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos).
Metodologia de Cálculo	Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $\geq 95\% = 100\%$ Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $< 95\% = 0$ Numerador = D3 penta (DTP + HB + Hib) + D3 hexavalente (DTP + HB + Hib + VIP), em menores de 1 ano. Denominador = população SINASC do ano corrente. Fator de multiplicação=100 CV de Penta: $\frac{D3 \text{ de penta} + D3 \text{ de hexa}}{\text{população SINASC}} \times 100$
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Por região de saúde
Responsável Técnico	SES/SVS/DIVP/GRF
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)
Descrição da Meta	95%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção Materno Infantil (RMI)
INDICADOR	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Objetivo: Responder o indicador: “Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade”. Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas das vacinas selecionadas para determinada região e o total da população para a mesma região. ETAPAS: 1. OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO 1.1. Obter os dados de doses aplicadas no painel do Localiza SUS das vacinas selecionadas: ● Penta - 3ª dose ● Hexa – 3ª dose 1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome 1.3. Entre na página: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas 1.4. Rolar o cursor da página para baixo e clicar em Vacinação do Calendário Nacional:  1.5. Na aba de “acesse os painéis” clicar em Doses aplicadas:



1.6. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde



1.7. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde por local de Ocorrência



1.8. Selecionar os filtros:

- UF ocorrência: DF
- Ano vacina: 2024
- Mês vacina: Os meses que compõe o quadrimestre analisado
- Idade: <1 ano
- Imunobiológicos: Vacina Penta (42) e Vacina Hexa (43)
- Dose: 3ª dose

Filtros

Região Ocorrência	UF Ocorrência	Macrorregião Saúde	Região de Saúde	Município Ocorrência
Estabelecimento de Saúde	Ano Vacina	Mês Vacina	Transcrição de Caderneta	Idade
Sexo	Raça/Cor	Estratégia Vacinação	Imunobiológicos	Doses

Ano Vacina: 2024 X
 Mês Vacina: jan, fev, mar, abr X
 Idade: <1 ano X
 Transcrição de Caderneta: Não X
 Tipo de Dose: 3 - 3ª Dose X
 Limpar filtros

Imunobiológicos: 43 - Vacina hexa (DTPa/HepB/VR18a, 42 - Vacina penta (DTPa/HepB/Hib) X
 UF Ocorrência: DF X

1.9. Digitar o período desejado, no exemplo estamos fazendo de janeiro de 2024 a abril de 2024. Clicar em Tabelas.

1.10. Na tabela, selecionar “estabelecimentos de saúde” e abrir todas as colunas de DF, Brasília e o imunobiológico. Para abrir, só clicar no ícone do + que está circulado.

Gráficos Tabelas

Selecione os filtros para inserir na tabela:					Mês Vacina			
Dimensão	UF Ocorrência	Município Ocorrência	Abreviação Vac.	Estabelecimento	jan	fev	mar	abr
Código Município Ano Vacina Estabelecimento de Saúde Idade Raça/Etnia Tipo de Dose Sistema de Origem	DF	Brasília	HEXA	0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE	15	7	6	8
				0010499 - HRT HOSPITAL REGIONAL DE	8	17	17	10
				0010529 - HRPL	6	7	1	-
				0010537 - HOSPITAL MATERNO	23	23	20	22
				0010723 - UBS 2 ASA NORTE	1	-	-	-

1.11. Rolar o cursor até o final da página e clicar em Baixar dados.

Ano Vacina: 2024 X
 Mês Vacina: jan, fev, mar, abr X
 Idade: < 1 ano X
 Transcrição de Caderneta: Não X
 Tipo de Dose: 3 - 3ª Dose X
 Limpar filtros

Imunobiológicos: 43 - Vacina hexa (DTPa/1epB/VP/1Bb) X
 UF Ocorrência: DF X
 Dimensão: Estabelecimento de Saúde X

Estado	Fluxo Etário	Tipo de Dose	Sistema de Origem	UBS 3 ASA NORTE VILA 0011363 - UBS 5 NOVA BETANIA SAO 0011517 - UBS 2 CATINGUEIRO 0011588 - UBS 3 NOVA COLINA 0011576 - UBS 11 RAJADINHA 0011584 - UBS 14 TABATINGA 0011592 - UBS 16 PIPIRIPAU 0011606 -	11	7	12	11
					4	2	4	2
					2	3	1	-
					24	17	22	29
					-	3	1	3
					3	1	2	-
					1	-	1	1

Salvar Dados

1.12. Abrir os dados baixados e selecionar no filtro os serviços de vacinação que compõe a região de saúde ou utilizar a função PROCV para com base na planilha de estabelecimentos, selecionar os da região.

1.13. Além disso, criar uma coluna de total para somar as colunas.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	UF Ocorrência	Município Oco	Abreviação Vai	Estabelecimento de Saúde	Mês Vacin	jan	fev	mar	abr	Total
2	DF	Brasília	PENTA	0010537 - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR -				1	-	2
10	DF	Brasília	PENTA	0010707 - UBS 1 ASA NORTE		17	15	14	9	55
11	DF	Brasília	PENTA	0010723 - UBS 2 ASA NORTE		31	15	28	29	103
12	DF	Brasília	PENTA	0010731 - UBS 1 CRUZEIRO		24	17	17	10	68
13	DF	Brasília	PENTA	0010758 - UBS 2 CRUZEIRO		15	6	13	14	48
40	DF	Brasília	PENTA	0011150 - UBS 1 ASA SUL		36	14	17	27	94
42	DF	Brasília	PENTA	0011177 - UBS 1 LAGO NORTE		10	14	11	19	54
51	DF	Brasília	PENTA	0011355 - UBS 3 ASA NORTE VILA PLANALTO		11	7	12	11	41
69	DF	Brasília	PENTA	2617358 - UBS 1 VARJAO		14	5	8	12	39
100	DF	Brasília	PENTA	4431618 - UBS 1 LAGO SUL		-	-	-	7	18
105	DF	Brasília	PENTA	5927579 - HOSPITAL DE FORÇA AEREA DE BR		3	3	-	4	10
139	DF	Brasília	PENTA	9578277 - POLICLINICA LAGO SUL		14	12	6	-	32

1.14. Salvar em uma planilha de Excel, com o nome “indicador de imunização”, nomear a aba com o período da análise e digitar as doses informadas pelo sistema, em uma tabela como a apresentada na figura abaixo:

	A	B	C	D
1			Penta (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central			

1.15. Para preencher o n, utilizar o total obtido na planilha anterior.

	A	B	C	D
1			Penta (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central		998	

2. OBTER OS DADOS DE POPULAÇÃO ALVO PARA CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

2.1. Para a vacina listada anteriormente utilizamos a população de menores de 1 ano. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC do ano vigente. No exemplo em questão, o SINASC utilizado é o de 2024.

Atenção!

A cobertura vacinal é calculada com dados acumulados. Dessa forma, é preciso somar as populações referentes a cada mês. Exemplo: O cálculo será do primeiro quadrimestre, janeiro a abril. Será somada a população do SINASC vigente, para a região de saúde da seguinte forma:

Pop Janeiro + pop Fevereiro + pop Março + pop Abril = população do denominador.

2.2. Preencher a população do período (no caso do exemplo, população proporcional de jan a abr, cálculo realizado conforme tabela acima) e localidade equivalente ao da seleção das vacinas na tabela de Excel.

	A	B	C	D
1			Penta (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	998	

4. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

3.1. Para o cálculo da cobertura vacinal, devemos utilizar a seguinte fórmula

$$\text{CV DO PERÍODO} = \frac{\text{DOSES APLICADAS NO PERÍODO}}{\text{POPULAÇÃO DO MESMO PERÍODO}} \times 100$$

3.2. No Excel, podemos fazer o cálculo de forma automática através da função

SOMA					X					✓					fx					=C3/B3*100				
	A	B	C	D	E																			
1			Penta (D3)																					
2	Região	População	n	CV																				
3	Central	1254	998	=C3/B3*100																				
4																								

3.3. A tabela com a cobertura vacinal calculada ficará como a figura abaixo

Região	População	Penta (D3)	
		n	CV
Central	1254	998	79,6

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $\geq 95\%$ = 100%
Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $< 95\%$ = 0



Gerência de Rede de Frio
Tereza Luiza Pereira

Elaboração

Lais de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e
imunização/GRF/DIVEP

Leilane de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e
imunização/GRF/DIVEP

Dúvidas e Sugestões

SGAP, Lote 06, Bloco G, Parque de Apoio da Secretaria de Saúde

CEP: 71.200-010

Brasília-DF

E-mail: grf.divep@saude.df.gov.br

Brasília-DF

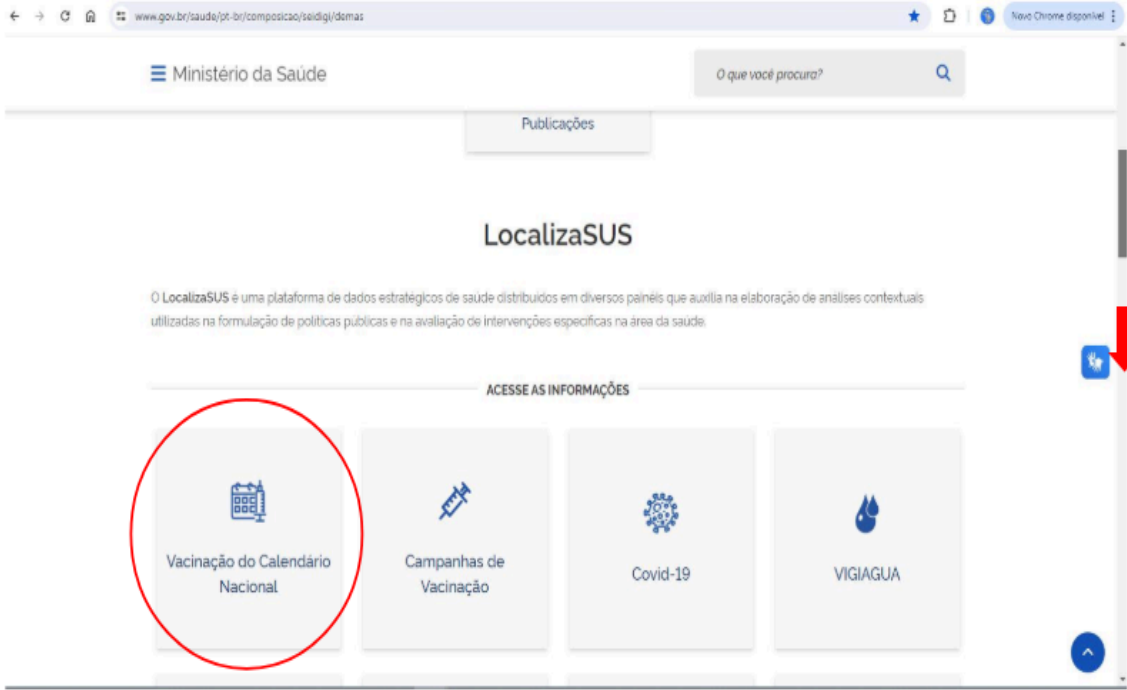
OBSERVAÇÕES

A ÁREA TÉCNICA ENVIARÁ OS DADOS MENSALMENTE, VIA SEI, PARA AS REGIÕES.

Indicador 7: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 7
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade
Conceituação	Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP), preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente
Usos	Analisar o cumprimento do esquema básico de vacinação de VIP em crianças menores de 1 ano de idade e estimular a vigilância de coberturas vacinais para manter a população protegida contra doenças imunopreveníveis (poliomielite), considerando a meta estipulada de 95% de cobertura vacinal.
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende da migração dos registros de doses aplicadas, pelas salas de vacina das regiões de saúde, do sistema e-SUS APS para o sistema SI-PNI
Fonte	SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)
Metodologia de Cálculo	Cobertura vacinal para o esquema básico completo de VIP $\geq 95\% = 100\%$ Cobertura vacinal para o esquema básico completo de VIP $< 95\% = 0$ Numerador = D3 VIP + D3 Hexavalente (DTP + HB + Hib + VIP) + D3 penta inativada (DTPa + Hib + VIP), em menores de 1 ano. Denominador = população SINASC. Fator de multiplicação=100. $CV \text{ de VIP: } \frac{D3 \text{ VIP} + D3 \text{ hexa} + D3 \text{ penta inativada}}{\text{população SINASC}} \times 100$
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Responsável Técnico	SES/SVS/DIVEP/GRF
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)
Descrição da Meta	95%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção Materno Infantil (RMI)
INDICADOR	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Objetivo: Responder o indicador: “Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina poliomielite 1, 2 e 3 – inativada (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade”. Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas das vacinas selecionadas para determinada região e o total da população para a mesma região. ETAPAS: 1. OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO 1.1. Obter os dados de doses aplicadas no SIPNI Web das vacinas selecionadas: • VIP - 3ª dose • Hexa - 3ª dose • Penta inativada - 3ª dose 1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome 1.3. Entre na página: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas 1.4. Rolar o cursor da página para baixo e clicar em Vacinação do Calendário Nacional:  The screenshot shows the 'LocalizaSUS' website interface. At the top, there's a search bar and a 'Publicações' button. Below, the 'LocalizaSUS' logo is followed by a description of the platform. Under the heading 'ACESSE AS INFORMAÇÕES', there are four tiles: 'Vacinação do Calendário Nacional' (which is circled in red), 'Campanhas de Vacinação', 'Covid-19', and 'VIGIAGUA'. A red arrow points to a blue button in the bottom right corner of the page. 1.5. Na aba de “acesse os painéis” clicar em Doses aplicadas:



1.6. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde



1.7. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde por local de Ocorrência



1.8. Selecionar os filtros:

- UF ocorrência: DF
- Ano vacina: 2024
- Mês vacina: Os meses que compõe o quadrimestre analisado
- Idade: <1 ano
- Imunobiológicos: Vacina Polio injetável (22), Vacina Penta acelular (29) e Vacina Hexa (43)
- Dose: 3ª dose

Filtros

Região Ocorrência: UF Ocorrência: Macrorregião Saúde: Região de Saúde: Município Ocorrência:

Estabelecimento de Saúde: Ano Vacina: Mês Vacina: Transcrição de Cademeta: Idade:

Sexo: Raça/Cor: Estratégia Vacinação: Imunobiológicos: Doses:

Ano Vacina: 2024 X Mês Vacina: jan, fev, mar, abr X Idade: < 1 ano X Transcrição de Cademeta: Não X Tipo de Dose: 3 - 3ª Dose X

Imunobiológicos: 43 - Vacina hexa (DTPa/HepB/VIP/Hib), 22 - Vacina polio injetável, 29 - Vacina penta acelular (DTPa/VIP/Hib) X UF Ocorrência: DF X

[Limpar filtros](#)

1.9. Digitar o período desejado, no exemplo, estamos fazendo de janeiro de 2024 a abril de 2024. Clicar em Tabelas.

1.10. Na tabela, selecionar “estabelecimentos de saúde” e abrir todas as colunas de DF, Brasília e o imunobiológico. Para abrir, só clicar no ícone do + que está circulado.

Gráficos Tabelas

Selecione os filtros para inserir na tabela:

Dimensão

Código Município

Ano Vacina

Estabelecimento de Saúde

Idade

Plano Clínica

Tipo de Dose

Sistema de Origem

UF Ocorrência	Município Ocorrência	Abreviação Vacina	Estabelecimento	Mês Vacina	jan	fev	mar	abr
DF	Brasília	HEXA	0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE		15	7	6	8
			0010499 - HRT		8	17	17	10
			0010529 - HRPL		6	7	1	
			0010537 -					

1.11. Rolar o cursor até o final da página e clicar em Baixar dados.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.12. Abrir os dados baixados e selecionar no filtro os serviços de vacinação que compõem a região de saúde ou utilizar a função PROCV para com base na planilha de estabelecimentos, selecionar os da região.

1.13. Além disso, criar uma coluna de total para somar as colunas.

UF Ocorrência	Município Oco	Abreviação Vac	Estabelecimento de Saúde	jan	fev	mar	abr	Total
			0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE CELANDIA	15	7	6	8	36
			0010499 - HRT HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	8	17	17	10	52
			0010529 - HRPL	6	7	1		14
			0010537 - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LISBOA	23	23	20	22	88
			0010723 - UBS 2 ASA NORTE	1	-	-	-	1
			0116954 - BEEP SERVICOS BSB	75	64	-	-	139
			084047 - NEOCENTRO CLINICA	7	-	8	3	18
			0964809 - SABIN DIAGNOSTICA E SAUDE SETOR DE MANOES DOM BOSCO	1	-	-	-	1
			2811227 - EXAME MEDICINA DIAGNOSTICA 716 SUL	3	-	6	12	21
			3027694 - SABIN DIAGNOSTICA E SAUDE MATRIZ SAAN	11	3	4	4	22
			3027740 - SABIN MEDICINA DIAGNOSTICA 516 NORTE	1	2	2	1	6
			3071359 - EXAME MEDICINA DIAGNOSTICA LAGO SUL	-	-	-	1	1
			3263312 - IMUNOLIFE	1	-	-	-	1
			3521990 - SABIN MEDICINA DIAGNOSTICA L2 SUL	1	2	2	4	9
			3792119 - IMUNOCENTRO	4	-	1	-	5
			4272331 - SABIN DIAGNOSTICA E SAUDE IGUATEMI	1	6	1	2	10
			0116954 - BEEP SERVICOS BSB	1	-	-	-	1
			3027694 - SABIN DIAGNOSTICA E SAUDE MATRIZ SAAN	-	-	1	-	1
			0010537 - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LISBOA	-	-	1	2	3
			0010707 - UBS 1 ASA NORTE	17	15	13	9	54
			0010723 - UBS 2 ASA NORTE	31	14	28	29	102
			0010731 - UBS 1 CRUZEIRO	23	17	17	10	67
			0010758 - UBS 2 CRUZEIRO	15	6	13	14	48
			0011150 - UBS 1 ASA SUL	36	14	17	29	96
			0011177 - UBS 1 LAGO NORTE	10	14	11	15	54
			0011353 - UBS 3 ASA NORTE VILA PLANALTO	11	7	12	10	40
			4411618 - UBS 1 LAGO SUL	-	-	7	11	18
			5927579 - HOSPITAL DE FORÇA AEREA DE BRASILIA HFAB	3	2	-	4	9
DF	Brasília	VIP	9576777 - POLICLINICA LAGO SUL	17	17	6	-	30

1.14. Criar uma planilha de Excel, salvar com o nome “indicador de imunização”, nomear a aba com o período da análise e digitar as doses informadas pelo sistema, em uma tabela como a apresentada na figura abaixo:

	A	B	C	D
1			VIP (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central			

1.15. Para preencher o n, utilizar o total obtido na planilha anterior.

	A	B	C	D
1			VIP (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central		992	

2. OBTER OS DADOS DE POPULAÇÃO ALVO PARA CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

2.1. Para a vacina listada anteriormente utilizamos a população de menores de 1 ano. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC do ano vigente.

No exemplo em questão, o SINASC utilizado é o de 2024.

Atenção!

A cobertura vacina é calculada com dados acumulados. Dessa forma, é preciso somar as populações referentes a cada mês. Exemplo: O cálculo será do primeiro quadrimestre, janeiro a abril. Será somada a população do SINASC vigente, para a região de saúde da seguinte forma:
Pop Janeiro + pop Fevereiro + pop Março + pop Abril = população do denominador.

2.2. Preencher a população do período (no caso do exemplo, população proporcional de jan a abr, cálculo realizado conforme tabela acima) e localidade equivalente ao da seleção das vacinas na tabela de Excel.

	A	B	C	D
1			VIP (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	992	

3. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

3.1. Para o cálculo da cobertura vacinal, devemos utilizar a seguinte fórmula

$$CV \text{ DO PERÍODO} = \frac{\text{DOSES APLICADAS NO PERÍODO}}{\text{POPULAÇÃO DO MESMO PERÍODO}} \times 100$$

3.2. No Excel, podemos fazer o cálculo de forma automática através da função

	A	B	C	D	E	F	G	H
1				VIP (D3)				
2	Região	População	n	CV				
3	Central	1254	992	=C3/B3*100				

3.3. A tabela com a cobertura vacinal calculada ficará como a figura abaixo:

	A	B	C	D
1			VIP (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	992	79,1

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

Cobertura vacinal para o esquema básico completo de VIP $\geq 95\%$ = 100%

Cobertura vacinal para o esquema básico completo de VIP $< 95\%$ = 0



Gerência de Rede de Frio
Tereza Luiza Pereira

Elaboração
Laís de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e
imunização/GRF/DIVEP
Leilane de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e
imunização/GRF/DIVEP

Dúvidas e Sugestões
SGAP, Lote 06, Bloco G, Parque de Apoio da Secretaria de Saúde
CEP: 71.200-010
Brasília-DF
E-mail: grf.divep@saude.df.gov.br

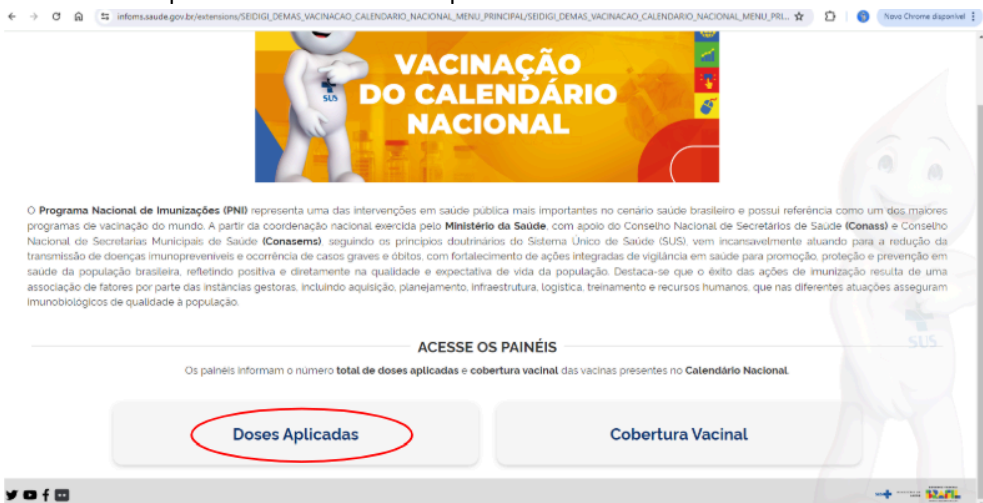
OBSERVAÇÕES

A ÁREA TÉCNICA ENVIARÁ OS DADOS MENSALMENTE, VIA SEI, PARA AS REGIÕES.

Indicador 8: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 8
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.
Conceituação	Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V, preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente.
Usos	Analisar o cumprimento do esquema básico de vacinação de Pnemo 10V em crianças menores de 1 ano de idade e estimular a vigilância de coberturas vacinais para manter a população protegida contra doenças imunopreveníveis (doença pneumocócica), considerando a meta estipulada de 95% de cobertura vacinal
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende da migração dos registros de doses aplicadas, pelas salas de vacina das regiões de saúde, do sistema e-SUS APS para o sistema SI-PNI
Fonte	SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos).
Metodologia de Cálculo	Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Pnemo 10V $\geq 95\%$ = 100% Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Pnemo 10V $< 95\%$ = 0 Numerador = D2 pneumocócica 10V + D2 pneumocócica 13V, em menores de 1 ano. Denominador = população SINASC. Fator de multiplicação=100 CV de Pnemo 10V: $\frac{D2 \text{ de pneumo } 10V + D2 \text{ de pneumo } 13V}{\text{população SINASC}} \times 100$
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Responsável Técnico	SES/SVS/DIVEP/GRF
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)
Descrição da Meta	95%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção Materno Infantil (RMI)
INDICADOR	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Objetivo: Responder o indicador: “Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade”. Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas das vacinas selecionadas para determinada região e o total da população para a mesma região. ETAPAS: 1. OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO 1.1. Obter os dados de doses aplicadas no SIPNI Web das vacinas selecionadas: ● Pncc10V - 2ª dose ● Pncc13V - 2ª dose 1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome 1.3. Entre na página: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas 1.4. Rolar o cursor da página para baixo e clicar em Vacinação do Calendário Nacional:  1.5. Na aba de “acesse os painéis” clicar em Doses aplicadas: 

1.6. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde



1.7. Clicar em Doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde por local de Ocorrência



1.8. Selecionar:

- UF ocorrência: DF
- Ano vacina: 2024
- Mês vacina: Os meses que compõe o quadrimestre analisado
- Idade: <1 ano
- Imunobiológicos: Vacina Pneumo 10 (26) e Vacina Pneumo 13 (59)
- Dose: 2ª dose

Filtros

Região Ocorrência	UF Ocorrência	Macrorregião Saúde	Região de Saúde	Município Ocorrência
Estabelecimento de Saúde	Ano Vacina	Mês Vacina	Transcrição de Caderneta	Idade
Sexo	Raça/Cor	Estratégia Vacinação	Imunobiológicos	Doses

Ano Vacina: 2024 X Mês Vacina: jan, fev, mar, abr X Idade: < 1 ano X Transcrição de Caderneta: Não X Tipo de Dose: 2 - 2ª Dose X

Imunobiológicos: 26 - Vacina pneumo 10, 59 - Vacina pneumo 13 X UF Ocorrência: DF X

Limpar filtros

1.9. Digitar o período desejado, no exemplo, estamos fazendo de janeiro de 2024 a abril de 2024. Clicar em Tabelas.

1.10. Na tabela, selecionar "estabelecimentos de saúde" e abrir todas as colunas de DF, Brasília e o imunobiológico. Para abrir, só clicar no ícone do + que está circulado

Gráficos

Tabelas

Selecione os filtros para inserir na tabela:

Dimensao

Código Município

Ano Vacina

Estabelecimento de Saúde

Idade

Raza Étnica

Tipo de Dose

Sistema de Origem

UF Ocorrência

Município Ocorr.

Abreviação Vacin.

Estabelecim.

Mês Vacina

jan	fev	mar	abr
14	11	11	8
13	15	17	26
25	16	24	20
44	38	34	40
31	24	22	21

1.11. Rolar o cursor até o final da página e clicar em Baixar dados:

Dimensão Código Município Ano Vacina Estabelecimento de Saúde Idade Raza Étnica Tipo de Dose Sistema de Origem					jan	fev	mar	abr	
• DF • Brasília • VPC13									
6820123 - SABIN DIAGNOSTICA					-	-	-	-	2
7059992 - UBS 06 RECANITO					1	-	-	-	
7775628 - SABIN MEDICINA					-	-	-	-	1
7899096 - NEOCENTRO VACINAS					6	11	2	1	
9119361 - SABIN DIAGNOSTICA					2	1	1	-	
9257395 - SABIN DIAGNOSTICA					5	1	1	2	
9385738 - EXAME MEDICINA					-	-	1	-	
9843744 - ATOS SAUDE INTEGRADA					1	-	-	-	

1.12. Abrir os dados baixados e selecionar no filtro os serviços de vacinação que compõe a região de saúde ou utilizar a função PROCV para com base na planilha de estabelecimentos, selecionar os da região.

1.13. Além disso, criar uma coluna de total para somar as colunas

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	UF Ocorrência	Município Oco	Abreviação Vacin	Estabelecimento de Saúde	jan	fev	mar	abr	Total
1				0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA		14	11	11	44
2				0010537 - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LISBOA		13	15	17	71
3				0010707 - UBS 1 ASA NORTE		15	11	9	46
11				0010723 - UBS 2 ASA NORTE		22	22	20	75
12				0010731 - UBS 1 CRUZEIRO		22	13	16	64
13				0010758 - UBS 2 CRUZEIRO		14	13	9	46
14				0011150 - UBS 1 ASA SUL		24	26	21	97
11				0011177 - UBS 1 LAGO NORTE		18	11	14	58
13				0011355 - UBS 3 ASA NORTE VILA PLANALTO		10	11	3	36
32				2617358 - UBS 1 VARJAO		11	13	13	53
71				4431618 - UBS 1 LAGO SUL	-	-	6	12	18
03				5717515 - HRSM	-	2	-	-	2
08				5927579 - HOSPITAL DE FORCA AEREA DE BRASILIA HFAB	-	2	1	-	4
09				6770665 - UBS 4 SETOR DE MANOES SOBRADINHO II	-	-	-	1	1
15				9578277 - POLICLINICA LAGO SUL	-	19	7	5	31
41			VPC10	0010464 - HRAN	-	-	-	1	1
43				0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA	-	-	-	1	1
44				0010537 - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LISBOA	-	3	4	1	13
45				0316954 - BEEP SERVICOS BSB	-	13	12	-	25
47				0984809 - SABIN DIAGNOSTICA E SAUDE SETOR DE MANOES DOM BOSCO	-	1	-	-	2
49				3027740 - SABIN MEDICINA DIAGNOSTICA 516 NORTE	-	-	3	1	5
52				3071316 - IMUNOLIFE FILIAL	-	-	1	-	1
53				3263312 - IMUNOLIFE	-	1	1	-	2
55				3521990 - SABIN MEDICINA DIAGNOSTICA L2 SUL	-	2	-	-	2
56				3792110 - IMUNOCENTRO	-	1	-	-	1
57				6820123 - SABIN DIAGNOSTICA E SAUDE CENTRO CLINICO SUL	-	-	-	2	2
69	DF	Brasilia	VPC13						

1.14. Criar uma planilha de Excel, salvar com o nome “indicador de imunização”, nomear a aba com o período da análise e digitar as doses informadas pelo sistema, em uma tabela como a apresentada na figura abaixo:

	A	B	C	D
1			Pneumo 10V (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central			

1.15. Para preencher o n, utilizar o total obtido na planilha anterior.

	A	B	C	D
1			Pneumo 10V (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central		1130	

2. OBTER OS DADOS DE POPULAÇÃO ALVO PARA CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

2.1. Para a vacina listada anteriormente utilizamos a população de menores de 1 ano. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC do ano vigente.

No exemplo em questão, o SINASC utilizado é o de 2024.

Atenção!

A cobertura vacina é calculada com dados acumulados. Dessa forma, é preciso somar as populações referentes a cada mês. Exemplo: O cálculo será do primeiro quadrimestre, janeiro a abril. Será somada a população do SINASC vigente, para a região de saúde da seguinte forma:
Pop Janeiro + pop Fevereiro + pop Março + pop Abril = população do denominador.

2.2. Preencher a população do período (no caso do exemplo, população proporcional de jan a abr, cálculo realizado conforme tabela acima) e localidade equivalente ao da seleção das vacinas na tabela de Excel.

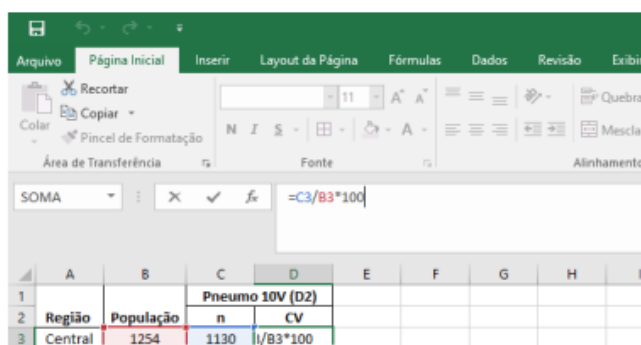
	A	B	C	D
1			Pneumo 10V (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	1130	

3. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

3.1. Para o cálculo da cobertura vacinal, devemos utilizar a seguinte fórmula

$$CV \text{ DO PERÍODO} = \frac{\text{DOSES APLICADAS NO PERÍODO}}{\text{POPULAÇÃO DO MESMO PERÍODO}} \times 100$$

3.2. No Excel, podemos fazer o cálculo de forma automática através da função



	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1			Pneumo 10V (D2)						
2	Região	População	n	CV					
3	Central	1254	1130	=C3/B3*100					

3.3. A tabela com a cobertura vacinal calculada ficará como a figura abaixo

	A	B	C	D
1			Pneumo 10V (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	1254	1130	90,1

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Pnemo 10V $\geq 95\%$ = 100%
Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Pnemo 10V $< 95\%$ = 0



Gerência de Rede de Frio
Tereza Luíza Pereira

Elaboração

Laís de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e
imunização/GRF/DIVEP
Leilane de Moraes Soares - Área técnica de Rede de Frio e
imunização/GRF/DIVEP

Dúvidas e Sugestões

SGAP, Lote 06, Bloco G, Parque de Apoio da Secretaria de Saúde
CEP: 71.200-010
Brasília-DF
E-mail: grf.divep@saude.df.gov.br

OBSERVAÇÕES

A ÁREA TÉCNICA ENVIARÁ OS DADOS MENSALMENTE, VIA SEI, PARA AS REGIÕES.

Rede de Urgência e Emergência - RUE



Indicador 9: Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 9
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)
Conceituação	Este indicador terá como função mensurar o percentual de elegibilidade ao SAD, proporcionalmente aos encaminhados pelos hospitais e UPAS.
Usos	Avaliar o quantitativo de admissão de pacientes elegíveis ao SAD pelo quantitativo total dos encaminhados pelos hospitais e UPAS. Esta informação pode ser essencial para qualificar a integralidade da assistência oferecida ao usuário do SUS, além disto, pode sinalizar o alinhamento do entendimento dos critérios de desospitalização entre as Redes de Atenção à Saúde.
Limitações	Risco de falha humana no preenchimento dos dados.
Fonte	Painel de Situação da Atenção Domiciliar disponível em InfoSaúde - DF --> Produção - atendimentos Domiciliares - DF no painel Avaliação de Elegibilidade e Admissão.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de Admissões na Própria EMAD de Procedência Internação hospitalar + Número de Admissões na Própria EMAD de Procedência Urgência e Emergência Denominador: Número de Admissões na Própria EMAD Multiplicador: 100 *Para consolidação por período, utilizar os filtros Ano, Mês, Região de Saúde, Estabelecimento, Procedência (marcar Internação Hospitalar e Urgência e Emergência).
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Monitoramento
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Núcleo Regional de Atenção Domiciliar - NRAD e NURAD
Responsável Técnico	Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar - GESAD
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	2025= 57%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Percentual de elegibilidade no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), proveniente de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o Painel de Situação da Atenção Domiciliar https://info.saude.df.gov.br/ --> Sala de Situação --> Atenção Especializada --> Atenção Hospitalar --> Atendimentos Domiciliares
2	Ao chegar à página "PRODUÇÃO - ATENDIMENTOS DOMICILIARES - DF" clicar em "Avaliação de Elegibilidade e Admissão"
3	Ir em Filtros e aplicar os filtros Ano, Mês, Região de Saúde, Estabelecimento e em procedência marcar o filtro Internação Hospitalar *Só serão mostradas no filtro as opções de procedência existentes no estabelecimento selecionado para o período da pesquisa
4	Coletar o número referente a "Admissão na Própria EMAD" no gráfico "por tipo de elegibilidade"
5	Ir em Filtros e aplicar os filtros Ano, Mês, Região de Saúde, Estabelecimento e em procedência marcar o filtro Urgência e Emergência *Só serão mostradas no filtro as opções de procedência existentes no estabelecimento selecionado para o período da pesquisa
6	Coletar o número referente a "Admissão na Própria EMAD"
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o Painel de Situação da Atenção Domiciliar https://info.saude.df.gov.br/ --> Sala de Situação --> Atenção Especializada --> Atenção Hospitalar --> Atendimentos Domiciliares
2	Ao chegar à página "PRODUÇÃO - ATENDIMENTOS DOMICILIARES - DF" clicar em "Avaliação de Elegibilidade e Admissão"
3	Ir em Filtros e aplicar os filtros Ano, Mês, Região de Saúde e Estabelecimento
4	Coletar o valor referente a "Admissão na Própria EMAD"
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Some o resultado da pesquisa com aplicação do filtro de procedência Internação Hospitalar ao resultado com aplicação do filtro de procedência Urgência e Emergência
2	Divida o valor do passo anterior pelo valor coletado com filtro Ano, Mês, Região de Saúde e Estabelecimento referente a "Admissão na Própria EMAD"
3	Multiplique o resultado por 100
OBSERVAÇÕES	
Indicador = $\frac{\text{Admissão na Própria EMAD de procedência Internação Hospitalar} + \text{Admissão na Própria EMAD de procedência Urgência e Emergência}}{\text{Admissão na Própria EMAD}} \times 100$	

Indicador 10: Taxa de ocupação mensal de leitos de UTI e UCI em panorama 1 por Hospital.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 10
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de ocupação mensal de leitos de UTI e UCI em panorama 1 por Hospital
Conceituação	Regulação - Panorama 1 ou Regulação Regional: refere-se ao quadro de oferta de serviços que está presente em todas as regiões de saúde do Distrito Federal, ou seja, ocorre quando o território/região de saúde tem condições de gerenciar sua própria distribuição de oferta e a alocação da demanda dos pacientes, conforme sua capacidade instalada. Além disso, o território ou região de saúde torna-se responsável pela qualificação das solicitações (consultas/procedimentos/internações), de acordo com os fluxos e protocolos vigentes. Portanto, esse indicador mede a taxa de ocupação dos leitos de UTI (adulto, pediátrico e neonatal) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) em um panorama específico em todas as Regiões de Saúde, considerando leitos instalados (leitos ativos + leitos bloqueados).
Usos	Este indicador é essencial para monitorar a capacidade de atendimento crítico, para avaliar a disponibilidade de leitos e para orientar a alocação de recursos humanos e a gestão hospitalar. Auxilia na identificação de gargalos que podem impactar a oferta de cuidados intensivos e semi-intensivos e contribui para o planejamento de intervenções com intuito de otimizar o uso desses leitos.
Limitações	Podem ocorrer limitações relacionadas à precisão dos registros de leitos instalados disponibilizados para regulação em Panorama 1.
Fonte	Sistema de Prontuário Eletrônico - TRAKCARE.
Metodologia de Cálculo	Para cálculo de Leitos de UTI regulados em panorama 1 (adulto, pediátrico e neonatal): Numerador (Número de leitos ocupados-dia): Somatório dos leitos ocupados-dia de UTI regulados em panorama 1 da Região de Saúde, no período de um mês. Denominador(Número de leitos instalados-dia): Somatório dos leitos instalados-dia de UTI da Região de Saúde regulados em panorama 1, no período de um mês. Multiplicador: 100 Para o cálculo de Leitos de UCIN regulados em panorama 1 Numerador (Número de leitos ocupados-dia): Somatório dos leitos ocupados-dia de UCIN regulados em panorama 1 de cada Hospital, no período de um mês. Denominador(Número de leitos instalados-dia): Somatório dos leitos instalados-dia de UCIN regulados em panorama 1 de cada Hospital, no período de um mês. Multiplicador: 100

	1. Número de leitos INSTALADOS de UTI/UCI regulados em panorama 1 por Região de Saúde				
	REGIÃO DE SAÚDE	UTI ADULTO	UTI PEDIÁTRICA	UTI NEONATAL	UCI NEONATAL (Convencional e Canguru)
	NORTE	HRS	-	-	HRPL HRS
	CENTRAL	HRAN	-	-	HRAN
	SUL	HRG	-	-	HRG
	LESTE	HRL	-	-	HRL
	OESTE	HRC	-	-	HRC
	SUDOESTE	HRT HRSam	-	-	HRT
	URD	HMIB	HMIB	HMIB	HMIB
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).				
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral				
Unidade de Medida	Percentual (%)				
Parâmetro	N/A				
Polaridade	Maior, melhor (até o limite da capacidade ideal, sem sobrecarga)				
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)				
Acumulativo para Pactuação	Sim				
Estratificação	Por Região de Saúde				
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI				
Coordenador da Pactuação	Grupo Condutor Distrital da Rede de Urgência e Emergência				
Descrição da Meta	2025= >70%				

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Taxa de ocupação mensal de leitos de UTI e UCI em panorama 1 por Hospital
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o sistema de prontuário eletrônico - TRAKCARE
2	Selecionar o Hospital para a qual a coleta de dados será feita.
3	Selecionar a Ala desejada, quais sejam: UTI (adulto, pediátrica e neonatal) e UCIN (Convencional e Canguru) regulados em Panorama 1, isto é, leitos eletivos/não regulados.
4	Verificar o número de leitos ocupados diariamente na ala selecionada.
5	Somar o quantitativo de leitos ocupados-dia no período de um mês.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o sistema de prontuário eletrônico - TRAKCARE
2	Selecionar o Hospital para a qual a coleta de dados será feita.
3	Selecionar a Ala desejada, quais sejam: UTI (adulto, pediátrica e neonatal) e UCIN (Convencional e Canguru) regulados em Panorama 1, isto é, leitos eletivos/não regulados.
4	Verificar o número de leitos instalados diariamente na Ala selecionada.
5	Somar o quantitativo de leitos instalados-dia no período de um mês.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Aplicar a fórmula: Dividir o somatório de leitos ocupados-dia, no período de um mês, pelo somatório de leitos instalados-dia, no período do mesmo mês e multiplicar o resultado por 100 para obter a taxa de ocupação mensal em percentual. Fórmula: $(\text{Somatório de leitos ocupados-dia do mês} / \text{Somatório de leitos instalados-dia do mês}) \times 100$
2	Analisar o resultado: Verificar se a taxa de ocupação está dentro dos parâmetros aceitáveis ou se apresenta alguma anomalia que exija investigação ou intervenção.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 11: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis para a especialidade ORTOPEDIA nas emergências hospitalares.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES																					
Código SESPLAN	Indicador nº 11																				
Pactuações	AGR																				
Indicador	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis para a especialidade ORTOPEDIA nas emergências hospitalares.																				
Conceituação	Número de pacientes classificados como baixo risco (verdes e azuis) que buscam atendimento para a especialidade Ortopedia nas emergências hospitalares																				
Usos	Reduzir o índice de pacientes classificados como baixo risco nas emergências hospitalares																				
Limitações	Diferentes manuais de classificação de risco na APS e Especializada.																				
Fonte	Painel Portas de Emergência - histórico (InfoSaúde - CIEGES)																				
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de pacientes classificados com critério de prioridade (verde e azul), por especialidade ORTOPEDIA no mês. DENOMINADOR: Número total de pacientes classificados no mês . MULTIPLICADOR: 100																				
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025)																				
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral																				
Unidade de Medida	Percentual (%)																				
Parâmetro	N/A																				
Polaridade	Menor, melhor																				
Acumulativo Anual	Não																				
Acumulativo para Pactuação	Não																				
Estratificação	Por unidade de saúde hospitalar que possua a especialidade																				
Responsável Técnico	GENFH/GASFURE																				
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)																				
Descrição da Meta	<table><tr><td>HRL</td><td>HRPL</td><td>HRS</td><td>HRC</td><td>HRSAM</td><td>HRT</td><td>HRG</td></tr><tr><td>42,79%</td><td>40,92%</td><td>51,44%</td><td>53,13%</td><td>49,84%</td><td>50,60%</td><td>68,33%</td></tr></table>							HRL	HRPL	HRS	HRC	HRSAM	HRT	HRG	42,79%	40,92%	51,44%	53,13%	49,84%	50,60%	68,33%
	HRL	HRPL	HRS	HRC	HRSAM	HRT	HRG														
42,79%	40,92%	51,44%	53,13%	49,84%	50,60%	68,33%															

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis para a especialidade ORTOPEDIA nas emergências hospitalares.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acesse o InfoSaúde-DF > opção “CIEGES-DF”.
2	Menu Gestor > Atenção Especializada > Atenção Hospitalar > Portas de Emergência-Histórico.
3	Selecione o Ano, o mês e a Unidade Hospitalar. Para mais de uma opção recorra ao atalho Ctrl em cada filtro.
4	Busque o gráfico "Percentual GAE's Classificadas Tipo de Risco".
5	Recorra ao atalho Ctrl e selecione as opções "verde" e "azul"
6	Busque o gráfico "Total de GAE's Classificadas por Especialidade". Verifique o número de GAE's do gráfico de barras da Ortopedia.
7	O numerador é dado pelo número identificado na especialidade Ortopedia.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Limpe a seleção feita pela cor da classificação. Basta clicar fora do gráfico "Percentual GAE's Classificadas Tipo de Risco".
2	Busque a tabela "Total de GAE's Classificadas por Especialidade". Selecione Ortopedia.
3	O denominador é dado pelo número identificado na especialidade Ortopedia.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar por 100
OBSERVAÇÕES	

Indicador 12: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis para a especialidade CLÍNICA MÉDICA nas emergências hospitalares.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES										
Código SESPLAN	Indicador nº 12									
Pactuações	AGR									
Indicador	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis para a especialidade CLÍNICA MÉDICA nas emergências hospitalares.									
Conceituação	Número de pacientes classificados como baixo risco (verdes e azuis) que buscam atendimento para a especialidade Clínica Médica nas emergências hospitalares									
Usos	Reduzir o índice de pacientes classificados como baixo risco nas emergências hospitalares									
Limitações	Diferentes manuais de classificação de risco na APS e Especializada.									
Fonte	Painel Portas de Emergência - histórico (InfoSaúde - CIEGES)									
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de pacientes classificados com critério de prioridade (verde e azul), por especialidade CLÍNICA MÉDICA no mês. DENOMINADOR: Número total de pacientes classificados no mês. MULTIPLICADOR: 100									
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).									
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral									
Unidade de Medida	Percentual (%)									
Parâmetro	N/A									
Polaridade	Menor, melhor									
Acumulativo Anual	Não									
Acumulativo para Pactuação	Não									
Estratificação	Por unidade de saúde hospitalar que possua a especialidade									
Responsável Técnico	GENFH/GASFURE									
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)									
Descrição da Meta										
	HRAN	HRGU	HRL	HRPL	HRS	HRC	HRBZ	HRSAM	HRT	HRG
	11,33%	19,59%	20,46%	30,64%	22,84%	36,05%	48,44%	52,68%	8,55%	50,61%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis para a especialidade CLÍNICA MÉDICA nas emergências hospitalares.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acesse o InfoSaúde-DF > opção “CIEGES-DF”.
2	Menu Gestor > Atenção Especializada > Atenção Hospitalar > Portas de Emergência-Histórico.
3	Selecione o Ano, o mês e a Unidade Hospitalar. Para mais de uma opção recorra ao atalho Ctrl em cada filtro.
4	Busque o gráfico "Percentual GAE's Classificadas Tipo de Risco".
5	Recorra ao atalho Ctrl e selecione as opções "verde" e "azul"
6	Busque o gráfico "Total de GAE's Classificadas por Especialidade". Verifique o número de GAE's do gráfico de barras da CLÍNICA MÉDICA.
7	O numerador é dado pelo número identificado na especialidade CLÍNICA MÉDICA.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Limpe a seleção feita pela cor da classificação. Basta clicar fora do gráfico "Percentual GAE's Classificadas Tipo de Risco".
2	Busque a tabela "Total de GAE's Classificadas por Especialidade". Selecione CLÍNICA MÉDICA.
3	O denominador é dado pelo número identificado na especialidade CLÍNICA MÉDICA.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar por 100
OBSERVAÇÕES	

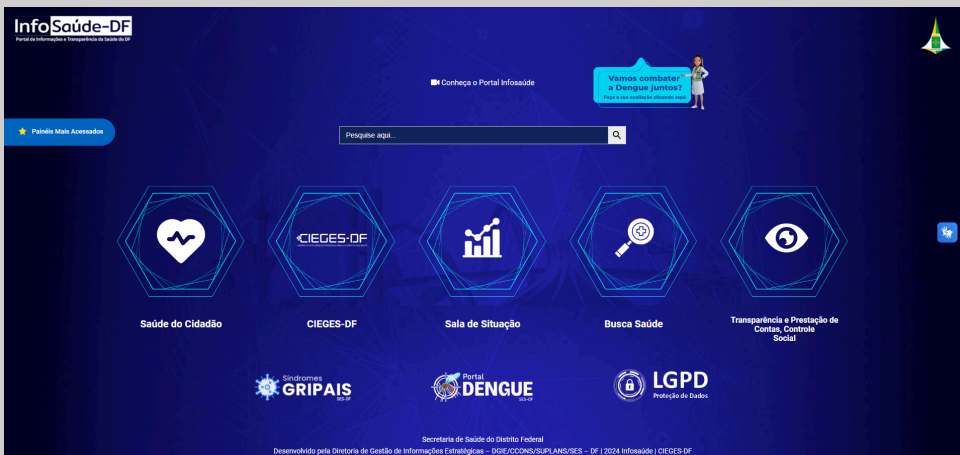
Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência - RAV



Indicador 13: Taxa de notificação de violência.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES																						
Código SEPLAN	Indicador nº 13																					
Pactuações	AGR																					
Indicador	Taxa de notificação de violência																					
Conceituação	A taxa de notificação é um indicador epidemiológico que informa o número de casos de uma doença ou agravo em relação à população em risco, em um determinado período. Na temática da violência, considera-se população em risco toda aquela que reside numa mesma região geográfica. Assim, a taxa de notificação de violência é o número de notificações em relação à população de uma mesma Superintendência Regional de Saúde, considerando dados de um mesmo período para ambas as informações.																					
Usos	Monitorar a violência por meio da taxa de notificação, fornecendo informação do nível de sensibilidade da rede de atenção à saúde em identificar usuários vivenciando situações de violência, sinaliza o cumprimento da legislação pelos profissionais de saúde em notificar, orienta a gestão no planejamento de ações de prevenção à violência em comunidades específicas, agrega informação no dimensionamento de equipes e na adequação de espaço físico destinados às pessoas em situação de violência.																					
Limitações	A subnotificação de notificação.																					
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e CODEPLAN. A informação de população utilizada deve ser a oficial para o GDF, CODEPLAN, visto que os dados do IBGE consideram o Distrito Federal como município único, não discriminando a população por região administrativa ou de saúde. Dados disponíveis em: https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/12/Estudo-Projecoes-populacionais-para-as-Regioes-Administrativas-do-Distrito-Federal-2020-2030-Resultados.pdf																					
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número absoluto de notificações de violência segundo a lógica da região de saúde no contexto da residência do usuário, em um determinado período para análise; DENOMINADOR: População relativa à mesma região de saúde no mesmo período analisado; MULTIPLICADOR: 100.000																					
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).																					
Periodicidade de Avaliação	Anual																					
Unidade de Medida	Notificações por 100.000 habitantes (da região de saúde)																					
Parâmetro	N/A																					
Polaridade	Maior, melhor																					
Acumulativo Anual	Não																					
Acumulativo para Pactuação	Não																					
Estratificação	Por Região de Saúde																					
Responsável Técnico	NEPAV/GVDANT/DIVEP/SVS/SES																					
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção a Violência (RAV)																					
Descrição da Meta	<table><tr><td>Central</td><td>Centro-Sul</td><td>Leste</td><td>Norte</td><td>Oeste</td><td>Sudoeste</td><td>Sul</td></tr><tr><td>51,59%</td><td>33,12%</td><td>39,37%</td><td>37,12%</td><td>19,53%</td><td>23,45%</td><td>14,85%</td></tr></table>								Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	51,59%	33,12%	39,37%	37,12%	19,53%	23,45%	14,85%
Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul																
51,59%	33,12%	39,37%	37,12%	19,53%	23,45%	14,85%																

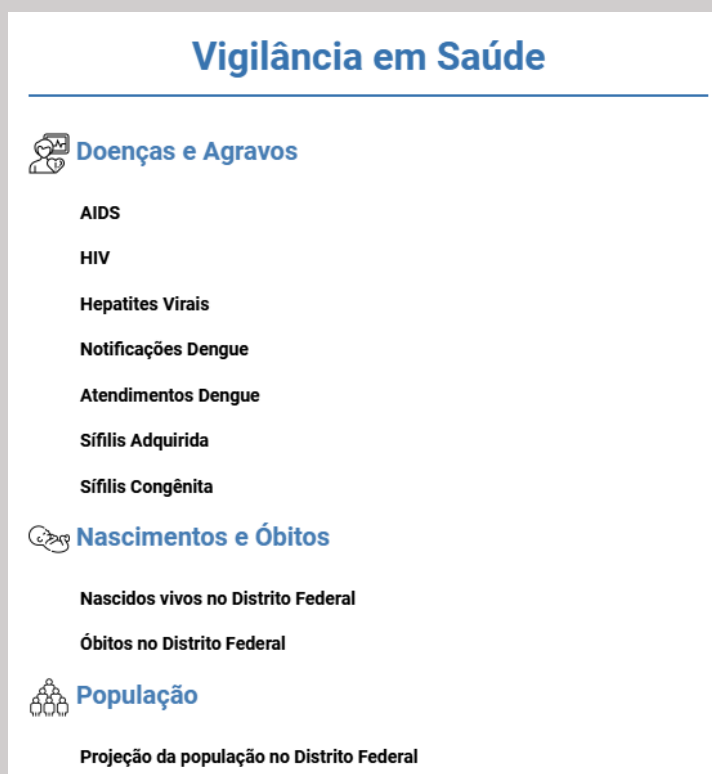
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção a Violência (RAV)
INDICADOR	Taxa de notificação de violência
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
COLETA DO NUMERADOR	
1	Utilizar o tabulador TabWin, versão 32 (Caso não seja esta a versão, solicitar ao suporte de TI da CTINF a atualização do software)
2	O arquivo de definição da violência pode ser localizado no Driver Z:\sivitais\basedbf Caso não tenha acesso a este drive, entrar em contato com a GIAS/DIVEP solicitando acesso e realizar o mapeamento de rede
3	Selecionar o arquivo referente ao ano em análise. O arquivo referente ao ano corrente é o primeiro da lista e não tem número VIOLENET.DBF ;
4	Coluna Mês da notificação , suprimir colunas zeradas
5	Linha Região de saúde Atual , suprimir linhas zeradas (Caso não tenha esta opção, deve entrar em contato com a GIAS para atualização dos arquivos de definição local)
6	Incluir Região de Saúde Atual em seleção ativa e selecionar a SRS com todas as RA que a compõem
7	Incluir não classificados e ;
8	Executar
OBSERVAÇÕES	
A Taxa de Notificação reflete a vulnerabilidade de uma determinada população em relação a um agravo específico em um determinado intervalo de tempo. A unidade de medida é a notificação por 100.000 habitantes. Para se ter acesso ao banco de dados específico de cada região de saúde, deve-se fazer a extração de dados através do TabWin. Passo a passo para DENOMINADOR: 1. Acesse https://info.saude.df.gov.br/ e selecione “Sala de Situação”.	
	

2. Selecione “Vigilância em Saúde”.



3. Selecione “População” e depois “Projeção da População do DF”.



4. No painel filtre por região de saúde.

PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DO DF

Mulheres
1.663.154



População Total

3.204.070

Ano
2024



Homens
1.540.916

Nota Técnica

Selecione o Ano

2024

Selecione a Faixa Etária

Todos

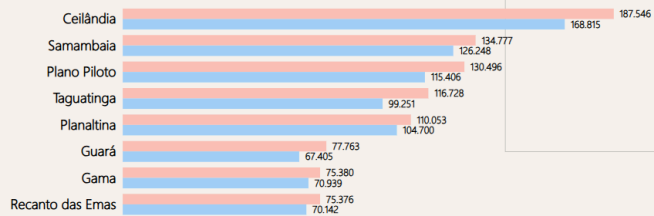
Selecione a Região de Saúde

Todos

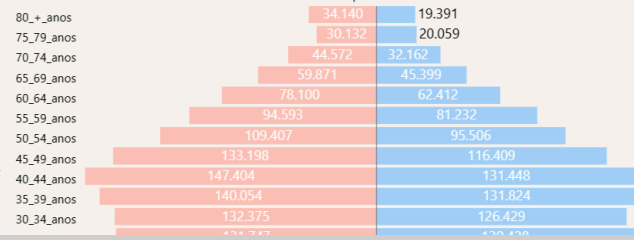
Selecione a Região Administrativa

Todos

População por Região Administrativa



Pirâmide Populacional



Indicador 14: Percentual de partos de meninas de 10 a 14 anos com notificação de violência por RA de residência - **Sobrestado Temporariamente**

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 14
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de partos de meninas de 10 a 14 anos com notificação de violência por RA de residência
Conceituação	Percentual de partos de meninas de 10 a 14 anos, em determinado espaço geográfico.
Usos	O indicador Percentual de partos de meninas de 10 a 14 anos é essencial para avaliar a dimensão e os impactos das ações da Política da Saúde na prevenção de situações de abusos e violências sexuais contra crianças e adolescentes, em especial menores de 14 anos, o que configura estupro de vulnerável, conforme Artigo 217 do Código Penal. Este indicador apoia e norteia gestores no planejamento de políticas públicas para melhorar as ações de prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes.
Limitações	O indicador pode apresentar limitações devido à subnotificação, pelo registro de endereço de domicílio diferente da realidade e pela possibilidade de mudança de domicílio ocorrida após a violência e antes do parto.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) InfoSaúde-DF - Sala de Situação (https://info.saude.df.gov.br/)
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de notificações de violência interpessoal e ou autoprovocada em meninas gestantes com idade de 10 a 14 anos em determinado período e espaço geográfico. Denominador: número de partos de meninas com idade de 10 a 14 anos no mesmo espaço geográfico e período considerado no numerador. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção a Violência (RAV)
Descrição da Meta	70%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta de dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção a Violência (RAV)
INDICADOR	Percentual de partos de meninas de 10 a 14 anos que sofreram violência, por RA de residência
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
COLETA DO NUMERADOR	
1	Numerador: Abra o TabWin; • Selecionar o Drive Z:\sivitais\basedbf e o arquivo de definição: ViolenciaNetAtual.def. • Abrir o DEF • Em arquivos, selecionar VIOLENET.DBF (arquivo do ano corrente) • Linha: Região de saúde Atual • Coluna: Mês da notificação • Incremento: Frequência • Não suprimir linhas zeradas • Seleções disponíveis: selecionar Fx Etária (5) e incluir em seleções ativas. Em categorias selecionadas, escolher 10-14 • Seleções disponíveis: selecionar Gestante e incluir em seleções ativas. Em categorias selecionadas escolher 1º Trimestre, 2º Trimestre, 3º Trimestre e Idade gestacional Ignorada • Seleções disponíveis: selecionar mês da notificação e incluir em seleções ativas. Em categorias selecionadas, escolher os meses do quadrimestre em análise • Clicar em Executar • Copie e cole em aplicativo de planilha eletrônica para analisar. • Cada Região deverá analisar os dados referentes à sua Região de Saúde.
COLETA DO DENOMINADOR	
2	Denominador: Abrir a sala de situação através do link: https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-nascidos-vivos-no-df/ • Ano de nascimento: selecionar o ano corrente • Mês do nascimento: selecionar os meses do quadrimestre em análise • RA de residência da mãe: cada região deverá selecionar todas (seleção múltipla) as RA que compõe a Região de Saúde • A informação a ser coletada é o número de nascidos vivos por faixa etária da mãe, de 10 a 14 anos
OBSERVAÇÕES	
Em alguns casos o indicador pode ultrapassar o percentual de 100% em razão de diferentes fatores: • devido a registros de endereço de domicílio diferente da realidade, ou • pela possibilidade de mudança de domicílio ocorrida após a violência e antes do parto. *Possibilidade de não chegar ao 100% justificada: • por perda gestacional(ocorrida após a notificação. • Adolescente que sofreu a violência com 14 anos e teve o RN com 15 anos	



Indicador 15: Percentual de amputações de membros por complicação do Diabetes Mellitus.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 15
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de amputações de membros por complicações do diabetes mellitus.
Conceituação	Este indicador mede a proporção de amputações de membros decorrentes de complicações do diabetes mellitus em relação ao total de amputações realizadas nos hospitais de uma determinada região de saúde durante um período definido.
Usos	- Identificar o impacto do diabetes como causa de amputações. - Estabelecer prioridades para ações de saúde
Limitações	- Dependência da qualidade e atualização dos registros de prontuários médicos e hospitalares. - Subnotificação ou inconsistência nos registros. - Dificuldade em atribuir diretamente a amputação ao manejo inadequado do diabetes.
Fonte	SIH - Sala de Situação
Metodologia de Cálculo	Percentual de amputações de membros por complicações do diabetes mellitus = (nº de amputações de membros relacionadas aos CID-10 diabetes mellitus / nº total de amputações de membros realizadas no período) x 100 Numerador: Total de amputações de membros relacionadas a diabetes mellitus durante o período. Denominador: Total de amputações de membros realizadas (independentemente da causa) no mesmo período.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem (%)
Parâmetro	Indicador novo. Sugere-se a redução de 10% ao ano. Dados obtidos junto ao painel InfoSaude demonstram que o percentual observado em 2023 por Região de Saúde foram: - Central: 26,9% - Leste: 37,0% - Norte: 43,4% - Oeste: 17,1% - Sudoeste: 81,0% - Sul: 50,0% - Centro sul: não se aplica
Polaridade	Menor, melhor *Quanto menor o número de amputações, melhor o desempenho, indicando sucesso nas intervenções preventivas e no manejo do diabetes.
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)

Acumulativo para Pactuação	N/A					
Estratificação	por Região de Saúde					
Responsável Técnico	GESSF/DASIS					
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência - PCD					
Descrição da Meta	Reduzir 10% ao ano a proporção de amputações relacionadas a complicações do diabetes mellitus sobre o total de amputações realizadas até 2027, por meio do fortalecimento das ações de prevenção, manejo precoce e educação em saúde para pacientes com diabetes.					
	Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudoeste
	2025= 24,23%	Não aplica	2025= 33,33%	2025= 39,08%	2025= 15,43%	2025= 72,91%
						Sul
						2025= 45%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência - PCD
INDICADOR	Percentual de amputações de membros por complicações do diabetes mellitus.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Abrir Painei Infosaúde
2	Selecionar "Sala de situação"
3	Selecionar "Atenção Especializada" - "Outros procedimentos" - "Procedimentos cirúrgicos"
4	Selecionar: "Ano de competência", "Mês de competência" e o Hospital da Região de Saúde em "Estabelecimento de Saúde".
5	No campo "procedimento", selecionar: • 0408020016 - AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MÃO E PUNHO • 0408050012 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES • 0408050020 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE PE E TARSO • 0408060042 - AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO • 0408020024 - AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES
6	No campos CID-10, selecionar: • E105 - Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações circulatórias periféricas; • E107 - Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações múltiplas; • E115 - Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com complicações circulatórias periféricas; • E125 - Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição - com complicações circulatórias periféricas; • E126 - Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição - com outras complicações especificadas; • E135 - Outros tipos especificados de diabetes mellitus - com complicações circulatórias periféricas; • E145 - Diabetes mellitus não especificado - com complicações circulatórias periféricas.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Abrir Painei Infosaúde.
2	Selecionar "Atenção Especializada" - "Outros procedimentos" - "Procedimentos cirúrgicos".
3	No campo "procedimento", selecionar: • 0408020016 - AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MÃO E PUNHO; • 0408050012 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES; • 0408050020 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE PE E TARSO; • 0408060042 - AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO; • 0408020024 - AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES.
4	No campo CID-10, selecionar "selecionar tudo".
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Obter o número de amputações de membros relacionadas aos CID-10 diabetes mellitus
2	Dividir pelo número total de amputações de membros realizadas no período
3	Multiplicar por 100
OBSERVAÇÕES	



Indicador 16: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e na população da mesma faixa etária.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 16
Pactuações	AGR
Indicador	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária.
Conceituação	O indicador faz relação entre o número total de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolau), realizados e pagos pelo SUS, em mulheres de 25 a 64 anos, e um terço das mulheres, na mesma faixa etária, residentes no Distrito Federal, no mesmo período. Portanto, expressa a produção de exames realizados a partir da capacidade instalada da SES DF, de oferecer exames citopatológicos para a população alvo (população feminina de 25 a 64 anos). Após dois exames seguidos (com um intervalo de um ano), caso apresentem resultado normal, o preventivo deve ser feito a cada três anos, segundo a publicação "Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer Colo do Útero" (MS, 2011).
Usos	O indicador contribui para: - Avaliar o alcance da população alvo às ações de prevenção do câncer do colo do útero por meio de seu rastreamento; - Avaliar o acesso aos exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos; - Avaliar a oferta de exames citopatológicos do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos; - Avaliar as variações geográficas e temporais no acesso ao exame, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.
Limitações	O SISCAN não emite relatórios com os dados de local de residência das pacientes da faixa etária alvo. - O indicador refere-se apenas à população que realiza o exame citopatológico no SUS. - O TABNET é atualizado mensalmente, no dia 20 do mês. - O numerador inclui exames realizados e não mulheres examinadas, podendo ser contabilizada, mais de uma vez, a mesma mulher que tenha realizado mais de um exame citopatológico no período de três anos. - O site do TABNET/DATASUS/MS, apesar de permitir nacionalmente a estratificação dos dados pelo município de residência da paciente, exibe apenas "Brasília" como município cadastrado no Distrito Federal. Com esta limitação, para regionalizar o cálculo do indicador, foi utilizado o local do atendimento, ou seja, o estabelecimento de saúde solicitante do exame da paciente. - O denominador contempla toda a população feminina, na faixa etária alvo (25 a 64 anos), dividida por 3, incluindo o percentual das mulheres com cobertura de saúde suplementar, que corresponde ao percentual de 34,97% no Distrito Federal (https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html).

Fonte	-TABNET/DATASUS/MS - SISCAN: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?SISCAN/cito_colo_atenddf.def > Filtros a serem utilizados no site TABNET/DATASUS/MS - SISCAN: Linha: “unidade de saúde”; Coluna: “mês/ano competência”; Medidas: “exames”; Períodos Disponíveis: “2025”; Faixa etária: “25-64 anos”; Motivo do exame: "Rastreamento". - Projeção populacional Codeplan - disponível no Portal Infosaúde > Sala de Situação em: < https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-projecao-da-populacao-no-df/ >																																																								
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, na Região de Saúde solicitante e ano de atendimento. DENOMINADOR: População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano ÷ 3 Procedimentos considerados: 02.03.01.001-9 - Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora; 02.03.01.008-6 - Exame citopatológico cervico vaginal/microflora rastreamento																																																								
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral. Conforme Portaria nº 1066, de 25/10/2021.																																																								
Periodicidade de Avaliação	Anual																																																								
Unidade de Medida	Razão																																																								
Parâmetro	CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO PARÂMETRO <table><thead><tr><th>2024</th><th>CENTRAL</th><th>CENTRO SUL</th><th>LESTE</th><th>NORTE</th><th>OESTE</th><th>SUDOESTE</th><th>SUL</th></tr></thead><tbody><tr><td>População Feminina 25 a 64 anos</td><td>133.869</td><td>115.924</td><td>100.028</td><td>110.060</td><td>153.242</td><td>269.690</td><td>84.065</td></tr><tr><td>1/3 da popul. feminina 25 a 64 anos</td><td>44.623</td><td>38.641</td><td>33.343</td><td>36.687</td><td>51.081</td><td>89.897</td><td>28.022</td></tr><tr><td>Indicador anual pactuado DF</td><td>0,23</td><td>0,23</td><td>0,23</td><td>0,23</td><td>0,23</td><td>0,23</td><td>0,23</td></tr><tr><td>Meta de exames pactuados (25-64a)</td><td>10.263</td><td>8.888</td><td>7.669</td><td>8.438</td><td>11.749</td><td>20.676</td><td>6.445</td></tr><tr><td>Cito Colo rastream. realizados na faixa de risco (25-64a)</td><td>4.364</td><td>7.472</td><td>4.904</td><td>6.672</td><td>10.928</td><td>9.338</td><td>5.397</td></tr><tr><td>Resultado alcançado em 2024 (Parâmetro)</td><td>0,10</td><td>0,19</td><td>0,15</td><td>0,18</td><td>0,21</td><td>0,10</td><td>0,19</td></tr></tbody></table> FONTES: IBGE (Dados Populacionais da Sala de Situação do SES-DF): <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-projecao-da-populacao-no-df/> e SISCAN - TABNET/DATASUS (cito de colo por local de atendimento - DF): <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?SISCAN/cito_colo_atenddf.def> (FILTROS - linha: “unidade de saúde”; coluna: “mês/ano competência”; medida: “exames; período: “2024”; ind.clinica: “rastreamento”; faixa etária: “25 a 64 anos).	2024	CENTRAL	CENTRO SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	População Feminina 25 a 64 anos	133.869	115.924	100.028	110.060	153.242	269.690	84.065	1/3 da popul. feminina 25 a 64 anos	44.623	38.641	33.343	36.687	51.081	89.897	28.022	Indicador anual pactuado DF	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	Meta de exames pactuados (25-64a)	10.263	8.888	7.669	8.438	11.749	20.676	6.445	Cito Colo rastream. realizados na faixa de risco (25-64a)	4.364	7.472	4.904	6.672	10.928	9.338	5.397	Resultado alcançado em 2024 (Parâmetro)	0,10	0,19	0,15	0,18	0,21	0,10	0,19
2024	CENTRAL	CENTRO SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL																																																		
População Feminina 25 a 64 anos	133.869	115.924	100.028	110.060	153.242	269.690	84.065																																																		
1/3 da popul. feminina 25 a 64 anos	44.623	38.641	33.343	36.687	51.081	89.897	28.022																																																		
Indicador anual pactuado DF	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23																																																		
Meta de exames pactuados (25-64a)	10.263	8.888	7.669	8.438	11.749	20.676	6.445																																																		
Cito Colo rastream. realizados na faixa de risco (25-64a)	4.364	7.472	4.904	6.672	10.928	9.338	5.397																																																		
Resultado alcançado em 2024 (Parâmetro)	0,10	0,19	0,15	0,18	0,21	0,10	0,19																																																		
Polaridade	Maior-Melhor																																																								
Acumulativo Anual	Sim (a alimentação deve ser acumulativa dos resultados mensais).																																																								
Acumulativo para Pactuação	Não																																																								
Estratificação	Região de Saúde, RA, por CNES																																																								
Responsável Técnico	Assessoria de Política de Prevenção e Controle do Câncer																																																								
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT																																																								
Descrição da Meta	Ampliar as ações da saúde da mulher melhorando o acesso aos exames de citopatologia na razão de 0,26 até o ano de 2027. <table><thead><tr><th>METAS PARA 2025</th><th>CENTRAL</th><th>CENTRO-SUL</th><th>LESTE</th><th>NORTE</th><th>OESTE</th><th>SUDOESTE</th><th>SUL</th></tr></thead><tbody><tr><td>Meta do Indicador Pactuado</td><td>0,14</td><td>0,22</td><td>0,18</td><td>0,22</td><td>0,22</td><td>0,16</td><td>0,22</td></tr><tr><td>Meta de Exames</td><td>6.247</td><td>8.501</td><td>6.002</td><td>8.071</td><td>11.238</td><td>14.383</td><td>6.165</td></tr></tbody></table>	METAS PARA 2025	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	Meta do Indicador Pactuado	0,14	0,22	0,18	0,22	0,22	0,16	0,22	Meta de Exames	6.247	8.501	6.002	8.071	11.238	14.383	6.165																																
METAS PARA 2025	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL																																																		
Meta do Indicador Pactuado	0,14	0,22	0,18	0,22	0,22	0,16	0,22																																																		
Meta de Exames	6.247	8.501	6.002	8.071	11.238	14.383	6.165																																																		

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado

*O POP é um documento que visa oferecer de forma simples e direta todas as medidas necessárias para a execução de um determinado processo. Visa a padronização e consistência na execução das tarefas, garantindo que qualquer pessoa consiga realizá-lo.

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT
INDICADOR	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o endereço eletrônico do TABNET/DATASUS/MS-SISCAN: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?SISCAN/cito_colo_atenddf.def
2	Escolher os seguintes filtros no campo denominado " SISCAN - Cito do Colo - Por local de Atendimento - Distrito Federal ":
3	Campo " Linha ": escolher a opção " Unidade de Saúde ".
4	Campo " Coluna ": escolher a opção " Mês/Ano competência ".
5	Campo " Medidas ": escolher a opção " Exames ".
6	Campo " Períodos Disponíveis ": escolher o ano " 2025 ".
7	No campo denominado " Seleções Disponíveis ", na opção " Faixa etária " marcar as opções: (segurando a tecla CTRL) : 1 - Entre 25 a 29 anos; 2 - Entre 30 a 34 anos; 3 - Entre 35 a 39 anos; 4 - Entre 40 a 44 anos; 5 - Entre 45 a 49 anos; 6 - Entre 50 a 54 anos; 7 - Entre 55 a 59 anos; 8 - Entre 60 a 64 anos.
8	Campo " Motivo do exame ": escolher a opção " Rastreamento ".
9	No item " Gráfico ": escolher a opção " Nenhum ".
10	Clicar no ícone " Mostra ".
11	No final da nova tela, clicar em " Copia para Excel " e escolher o local onde o arquivo será salvo.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o endereço eletrônico Portal Infosaúde > Sala de Situação em: < https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-projecao-da-populacao-no-df >
2	Campo "Selecione o ano": escolher a opção 2025 .

3	Campo "Selecione a faixa etária", marcar (segurando a tecla "CTRL") as opções: 1. 25_29_anos; 2. 30_34_anos; 3. 35_39_anos; 4. 40_44_anos; 5. 45_49_anos; 6. 50_54_anos; 7. 55_59_anos; 8. 60_64_anos.
4	Campo "Selecione a Região de Saúde", selecione a Região a ser pesquisada.
5	Na tabela "Faixa Etária por Região de Saúde", na coluna "Mulheres", estará o quantitativo da população feminina da Região de Saúde pesquisada, na faixa etária alvo de 25 a 64 anos, no ano de 2025. Dividir por 3 este quantitativo da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Dividir o numerador pelo denominador.
01. OBSERVAÇÕES Para o cálculo do indicador são utilizados os procedimentos 02.03.01.008-6 - Exame citopatológico cérvico vaginal/microflora-rastreamento (consiste na análise microscópica de material coletado do colo do útero em mulheres com idade entre 25 a 64 anos e vida sexual ativa para o rastreio das lesões pré-neoplásicas e câncer de colo do útero) e 02.03.01.001-9 - Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora (consiste na análise microscópica de material coletado do colo do útero em todas as mulheres com vida sexual ativa para diagnóstico das lesões pré-neoplásicas e câncer do colo do útero). Estes procedimentos são cadastrados, laudados e faturados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e seus dados estatísticos são fornecidos, de forma conjunta, no site do TABNET/DATASUS/MS - SISCAN: https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-colo-do-utero-e-mama/. Infelizmente, no TABNET/DATASUS, a única forma de obter informações possíveis de serem estratificadas em Regiões e Regionais de Saúde no Distrito Federal, para o cálculo do indicador, é utilizando o filtro "Cito do colo - Por local de atendimento". Os outros dois filtros ("Cito do colo - Por local de residência" e "Cito do colo - Por pacientes") apresentam como escolha geográfica apenas a opção município ("Brasília"). Assim, as tabulações são realizadas levando-se em consideração os estabelecimentos de determinada Região de Saúde que atenderam a paciente e solicitaram o exame no SISCAN e não por mulheres residentes daquela Região de Saúde. Esta demanda foi levada ao Ministério da Saúde quando houve a atualização dos endereçamentos dos Estabelecimentos de Saúde no CADSUS, mas foi informado que, como o Distrito Federal possui apenas Brasília como município, não foi possível manter os cadastros como anteriormente, que utilizavam as Regiões Administrativas como municípios. Os dados serão enviados pela área técnica, via processo SEI.	

Indicador 17: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 17
Pactuações	AGR
Indicador	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.
Conceituação	O indicador faz relação entre a razão do número de exames de mamografia de rastreamento realizados e pagos pelo SUS, em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina da mesma faixa etária, no Distrito Federal. Recomenda-se realizar 01 mamografia, em mulheres de 50 a 69 anos de idade a cada 02 anos (MS, Caderno de Atenção Básica nº 13, 2013). Os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que quando a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada 02 anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23% (MS, Caderno de Atenção Básica nº 13, 2013). São considerados, para fins de cálculos, os exames de mamografia bilateral para rastreamento. Em geral, a sensibilidade do rastreamento mamográfico varia de 77% a 95% e depende de fatores como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário, qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade do rastreamento mamográfico varia entre 94% a 97% e é igualmente dependente da qualidade do exame (MS, Caderno de Atenção Básica nº13, 2013). Observa-se que razões reduzidas podem refletir dificuldade de sensibilização e captação da população para o rastreamento de câncer de mama ou dificuldades de acesso ao serviço.
Usos	O indicador contribui para: - Avaliar o acesso à mamografia de rastreamento entre as mulheres de 50 a 69 anos; - Analisar variações geográficas e temporais, no acesso às mamografias, da população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; - Mostrar a capacidade da Rede SES de ofertar exames de mamografias de rastreamento para a população alvo; - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.
Limitações	- O SISCAN não emite relatórios com os dados de local de residência das pacientes da faixa etária alvo. - O indicador refere-se apenas à população que realiza a mamografia no SUS. - O TABNET é atualizado mensalmente, no dia 20 do mês. - O numerador inclui exames realizados e não mulheres examinadas, podendo ser contabilizada, mais de uma vez, a mesma mulher que tenha realizado mais de uma mamografia no período de dois anos. - O site do TABNET/DATASUS/MS, apesar de permitir nacionalmente a estratificação dos dados pelo município de residência da paciente, exibe apenas "Brasília" como município cadastrado no Distrito Federal. Com esta limitação, para regionalizar o cálculo do indicador, foi utilizado o local do atendimento, ou seja, o estabelecimento de saúde solicitante do exame da paciente. - O denominador contempla toda a população feminina, na faixa etária alvo (50 a 69 anos), dividida por 2, incluindo o percentual das mulheres com cobertura de saúde suplementar, que corresponde ao percentual de 34,97% no Distrito Federal
Fonte	- TABNET/DATASUS/MS - SISCAN: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?siscan/mamografia_atenddf.def> Filtros a serem utilizados no site TABNET/DATASUS/MS - SISCAN: Linha: "unidade de saúde"; Coluna: "mês/ano competência"; Medidas: "exames"; Períodos Disponíveis: "2025"; Faixa etária: "50 a 69 anos";

	Indicação clínica: “Mamografia de rastreamento”. - Projeção populacional Codeplan - disponível no Portal Infosaúde > Sala de Situação em: < https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-projecao-da-populacao-no-df >																																																								
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Soma da frequência do número de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, na Região de Saúde solicitante e ano de atendimento. DENOMINADOR: População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos anos, no mesmo local e ano ÷ 2 Procedimento considerado: 02.04.03.018-8 - Mamografia Bilateral para Rastreamento.																																																								
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).																																																								
Periodicidade de Avaliação	Anual																																																								
Unidade de Medida	Razão																																																								
Parâmetro	<table><tr><th>2024</th><th>CENTRAL</th><th>CENTRO SUL</th><th>LESTE</th><th>NORTE</th><th>OESTE</th><th>SUDOESTE</th><th>SUL</th></tr><tr><td>População Feminina 50 a 69 anos</td><td>56.788</td><td>37.411</td><td>30.809</td><td>42.002</td><td>50.701</td><td>93.763</td><td>30.497</td></tr><tr><td>1/2 da popul. feminina 50 a 69 anos</td><td>28.394</td><td>18.706</td><td>15.405</td><td>21.001</td><td>25.351</td><td>46.882</td><td>15.249</td></tr><tr><td>Indicador anual pactuado DF</td><td>0,17</td><td>0,17</td><td>0,17</td><td>0,17</td><td>0,17</td><td>0,17</td><td>0,17</td></tr><tr><td>Meta de exames pactuados (50-69a)</td><td>4.827</td><td>3.180</td><td>2.619</td><td>3.570</td><td>4.310</td><td>7.970</td><td>2.592</td></tr><tr><td>Mmg. rastream. realizadas na faixa de risco (50-69a)</td><td>1.535</td><td>1.004</td><td>1.056</td><td>303</td><td>1.878</td><td>3.660</td><td>2.252</td></tr><tr><td>Resultado alcançado em 2024 (Parâmetro)</td><td>0,05</td><td>0,05</td><td>0,07</td><td>0,01</td><td>0,07</td><td>0,08</td><td>0,15</td></tr></table> FONTES: IBGE (Dados Populacionais da Sala de Situação do SES-DF): <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-projecao-da-populacao-no-df> e SISCAN - TABNET/DATASUS (mamografia por local de atendimento - DF): <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?siscan/mamografia_atenddf.def> (FILTROS - linha: “unidade de saúde”; coluna: “mês/ano competência”; medida: “exames; período: “2024”; ind.clínica: “rastreamento”; faixa etária: “50 a 69 anos).	2024	CENTRAL	CENTRO SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	População Feminina 50 a 69 anos	56.788	37.411	30.809	42.002	50.701	93.763	30.497	1/2 da popul. feminina 50 a 69 anos	28.394	18.706	15.405	21.001	25.351	46.882	15.249	Indicador anual pactuado DF	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	Meta de exames pactuados (50-69a)	4.827	3.180	2.619	3.570	4.310	7.970	2.592	Mmg. rastream. realizadas na faixa de risco (50-69a)	1.535	1.004	1.056	303	1.878	3.660	2.252	Resultado alcançado em 2024 (Parâmetro)	0,05	0,05	0,07	0,01	0,07	0,08	0,15
2024	CENTRAL	CENTRO SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL																																																		
População Feminina 50 a 69 anos	56.788	37.411	30.809	42.002	50.701	93.763	30.497																																																		
1/2 da popul. feminina 50 a 69 anos	28.394	18.706	15.405	21.001	25.351	46.882	15.249																																																		
Indicador anual pactuado DF	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17																																																		
Meta de exames pactuados (50-69a)	4.827	3.180	2.619	3.570	4.310	7.970	2.592																																																		
Mmg. rastream. realizadas na faixa de risco (50-69a)	1.535	1.004	1.056	303	1.878	3.660	2.252																																																		
Resultado alcançado em 2024 (Parâmetro)	0,05	0,05	0,07	0,01	0,07	0,08	0,15																																																		
Polaridade	Maior, melhor																																																								
Acumulativo Anual	Sim (a alimentação deve ser acumulativa dos resultados mensais).																																																								
Acumulativo para Pactuação	Não																																																								
Estratificação	Região de Saúde, RA, por CNES																																																								
Responsável Técnico	Assessoria de Política de Prevenção e Controle do Câncer																																																								
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT																																																								
Descrição da Meta	Ampliar as ações de saúde da mulher melhorando o acesso aos exames de mamografia na razão de 0,22 até 2027. <table><tr><th>METAS PARA 2025</th><th>CENTRAL</th><th>CENTRO-SUL</th><th>LESTE</th><th>NORTE</th><th>OESTE</th><th>SUDOESTE</th><th>SUL</th></tr><tr><td>Meta do Indicador Pactuado</td><td>0,10</td><td>0,10</td><td>0,12</td><td>0,08</td><td>0,13</td><td>0,14</td><td>0,18</td></tr><tr><td>Meta de Exames</td><td>2.839</td><td>1.871</td><td>1.849</td><td>1.680</td><td>3.296</td><td>6.563</td><td>2.745</td></tr></table>	METAS PARA 2025	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	Meta do Indicador Pactuado	0,10	0,10	0,12	0,08	0,13	0,14	0,18	Meta de Exames	2.839	1.871	1.849	1.680	3.296	6.563	2.745																																
METAS PARA 2025	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL																																																		
Meta do Indicador Pactuado	0,10	0,10	0,12	0,08	0,13	0,14	0,18																																																		
Meta de Exames	2.839	1.871	1.849	1.680	3.296	6.563	2.745																																																		

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

*O POP é um documento que visa oferecer de forma simples e direta todas as medidas necessárias para a execução de um determinado processo. Visa a padronização e consistência na execução das tarefas, garantindo que qualquer pessoa consiga realizá-lo.

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT
INDICADOR	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	

1	Acessar o endereço eletrônico do TABNET/DATASUS/MS-SISCAN: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?siscan/mamografia_atenddf.def
2	Escolher os seguintes filtros no campo denominado " SISCAN - Mamografia - Por local de Atendimento - Distrito Federal ":
3	Campo " Linha ": escolher a opção " Unidade de Saúde ".
4	Campo " Coluna ": escolher a opção " Mês/Ano competência ".
5	Campo " Medidas ": escolher a opção " Exames ".
6	Campo " Períodos Disponíveis ": escolher o ano " 2025 ".
7	No campo denominado " Seleções Disponíveis ", na opção " Faixa etária " marcar as opções: (segurando a tecla CTRL): 1 - Entre 50 a 54 anos; 2 - Entre 55 a 59 anos; 3 - Entre 60 a 64 anos; 4 - Entre 65 a 69 anos.
8	Campo " Indicação Clínica ": escolher a opção " Mamog. Rastreamento ".
9	No item " Gráfico ": escolher a opção " Nenhum ".
10	Clicar no ícone " Mostra ".
11	No final da nova tela, clicar em " Copia para Excel " e escolher o local onde o arquivo será salvo.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o endereço eletrônico Portal Infosaúde > Sala de Situação em: < https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-projecao-da-populacao-no-df >
2	Campo "Selecione o ano": escolher a opção 2025 .
3	Campo "Selecione a faixa etária", marcar (segurando a tecla "CTRL") as opções: 1. 50_54_anos ; 2. 55_59_anos ; 3. 60_64_anos . 4. 65_69_anos .
4	Campo "Selecione a Região de Saúde", selecione a Região a ser pesquisada.
5	Na tabela " Faixa Etária por Região de Saúde ", na coluna " Mulheres ", estará o quantitativo da população feminina da Região de Saúde pesquisada, na faixa etária alvo de 50 a 69 anos, no ano de 2025. Dividir por 2 este quantitativo da população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Dividir o numerador pelo denominador.
OBSERVAÇÕES O indicador universal "Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária" é utilizado nacionalmente pelo MS e INCA para avaliar as ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Ele serviu como modelo para a criação do indicador "Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária" a ser utilizado no DF para o acompanhamento regional das ações de rastreamento da SES-DF. O indicador visa medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos e apontar a capacidade de captação dessas mulheres pelas unidades básicas de saúde. O cálculo do indicador é realizado pela razão entre o número de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres na faixa etária alvo (50 a 69 anos) em determinado local e período e metade da estimativa da população na faixa etária alvo (50 a 69 anos) no mesmo local e período. Ou seja, assim como o indicador nacional, tem como denominador a divisão da população na faixa etária alvo por dois, pois é a periodicidade recomendada pelo MS para a realização do exame de	

mamografia de rastreamento.

Cabe ressaltar que os procedimentos 02.04.03.018-8 (Mamografia Bilateral para Rastreamento) são cadastrados, laudados e faturados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e seus dados estatísticos são fornecidos no site do TABNET/DATASUS/MS - SISCAN:

<https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-colo-do-utero-e-mama/>.

Infelizmente, no TABNET/DATASUS, a única forma de obter informações possíveis de serem estratificadas em Regiões e Regionais de Saúde no Distrito Federal, para o cálculo do indicador, é utilizando o filtro “Mamografia - Por local de atendimento”. Os outros dois filtros (“Mamografia - Por local de residência” e “Mamografia - Por pacientes”) apresentam como escolha geográfica apenas a opção município (“Brasília”). Assim, as tabulações são realizadas levando-se em consideração os estabelecimentos de determinada Região de Saúde que atenderam a paciente e solicitaram o exame no SISCAN e não por mulheres residentes daquela Região de Saúde.

Esta demanda foi levada ao Ministério da Saúde quando houve a atualização dos endereçamentos dos Estabelecimentos de Saúde no CADSUS, mas nos foi informado que, como o Distrito Federal possui apenas Brasília como município, não foi possível manter os cadastros como anteriormente, que utilizavam as Regiões Administrativas como municípios.

Os dados serão enviados pela área técnica, via processo SEI.

Indicador 18: Percentual de adultos (18 a 60 anos) acompanhados pela Atenção Primária à Saúde com obesidade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES							
Código SESPLAN	Indicador nº 18						
Pactuações	AGR						
Indicador	Percentual de adultos (18 a 60 anos) acompanhados com obesidade						
Conceituação	Percentual de adultos (18 a 60 anos) acompanhados com obesidade entre os adultos acompanhados pela APS no ano corrente						
Usos	Monitorar a prevalência de obesidade na população adulta (18 a 60 anos) entre os adultos acompanhados pela APS do Distrito Federal e sua correlação com as Doenças Crônicas não transmissíveis						
Limitações	Baixo registro dos dados antropométricos no e-SUS, registros desqualificados, migração dos dados do e-SUS para o Sisvan.						
Fonte	Sisvan						
Metodologia de Cálculo	(Número de pessoas adultas (18 a 60 anos) acompanhadas com obesidade/Número de pessoas adultas acompanhadas na APS por período) x 100						
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).						
Periodicidade de Avaliação	Anual						
Unidade de Medida	Percentual (%)						
Parâmetro	Percentual de adultos com obesidade em 2023 no Distrito Federal: Região Norte: 31,08% Região Sul: 30,49% Região Leste: 29,23% Região Oeste: 33,47% Região Sudoeste: 30,27% Região Central: 25,3% Região Centro-Sul: 29,4%						
Polaridade	Menor, melhor						
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)						
Acumulativo para Pactuação	Não						
Estratificação	Por Região de Saúde						
Responsável Técnico	GASF e GESNUT						
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT						
Descrição da Meta	Deter o avanço da obesidade em adultos do Distrito Federal.						
	Central	Centro- Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul
	Até 25,3%	Até 29,4%	Até 29,23%	Até 31,8%	Até 33,47%	Até 30,27%	Até 30,49%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT
INDICADOR	Percentual de adultos (18 a 60 anos) acompanhados pela Atenção Primária à Saúde com obesidade
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o endereço eletrônico: https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index ;
2	Clicar em Relatórios e, em seguida, em Consolidados;
3	Selecionar o tipo de Relatório: Estado Nutricional;
4	Em seguida, no campo Ano e Mês de Referência/ Unidade Geográfica, preencher os filtros de ano e mês conforme desejado;
5	No campo "Agrupar por:" clicar em "Município", "Estado" clicar em DF e "Município " selecionar "Brasília" e posteriormente clicar em "Relatório por Estabelecimento de Saúde";
6	No campo " Outros Filtros" em "Região de Cobertura " , "Sexo:", "Raça/cor:" , "Acompanhamentos registrados:", "Povo e comunidade:" e "Escolaridade:", selecionar a opção "TODAS";
7	Na opção " Fases da vida" selecionar "ADULTO";
8	Por fim, no campo "VISUALIZAR" clicar em " Ver em tela";
9	Organizar uma planilha a parte agrupando as UBS por Região de Saúde;
10	Somar a quantidade de pessoas com obesidade grau 1, 2 e 3 atendidas por Região de Saúde.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Na mesma planilha gerada para extrair o numerador, após a etapa 9 para se obter o numerador, somar a quantidade de pessoas atendidas por Região de Saúde.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Dividir o numerador pelo denominador;
2	Multiplicar o resultado obtido no item 1 por 100.
OBSERVAÇÕES	
Todos os profissionais lotados nas Unidades Básicas de Saúde que registrarem os dados de peso e altura em conformidade com o preconizado no e-SUS terão essas informações migradas para o SISVAN, ficando disponíveis para serem visualizadas nos relatórios extraídos no SISVAN. Os dados referentes ao indicador <i>Percentual de adultos (18 a 60 anos) acompanhados com obesidade</i> serão gerados pela área técnica (GESNUT) e enviados via SEI para as regiões, consolidados com o extrato das UBS e da região correspondente.	

Indicador 19: Percentual de crianças (2 a 10 anos) acompanhados pela Atenção Primária à Saúde com obesidade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES																				
Código SESPLAN	Indicador nº 19																			
Pactuações	AGR																			
Indicador	Percentual de crianças (2 a 10 anos) acompanhadas com obesidade																			
Conceituação	Percentual de crianças (2 a 10 anos) acompanhadas com obesidade entre as crianças (2 a 10 anos) acompanhadas pela APS no ano corrente																			
Usos	Monitorar a prevalência de obesidade em crianças (2 a 10 anos) entre as crianças (2 a 10 anos) acompanhadas pela APS do Distrito Federal e sua correlação com as Doenças Crônicas não transmissíveis																			
Limitações	Baixo registro dos dados antropométricos no e-SUS, registros desqualificados, migração dos dados do e-SUS para o Sisvan.																			
Fonte	Sisvan																			
Metodologia de Cálculo	(Número de crianças (2 a 10 anos) acompanhadas com obesidade/Número de crianças de 2 a 10 anos acompanhadas pela APS no Distrito Federal por período) x100																			
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025)																			
Periodicidade de Avaliação	Anual																			
Unidade de Medida	Percentual (%)																			
Parâmetro	Percentual de crianças de 2 a 10 anos com obesidade em 2023 no Distrito Federal: Região Norte: 12,54% Região Sul: 12,59% Região Leste: 10,68% Região Oeste: 13,73% Região Sudoeste: 12,03% Região Central: 11,01% Região Centro-Sul: 10,83%																			
Polaridade	Menor, melhor																			
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)																			
Acumulativo para Pactuação	Não																			
Estratificação	Por Região de Saúde																			
Responsável Técnico	GASF e GESNUT																			
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT																			
Descrição da Meta	Reduzir em 2% a obesidade entre as crianças de 2 a 10 anos do Distrito Federal.																			
	<table><tr><td>Central</td><td>Centro- Sul</td><td>Leste</td><td>Norte</td><td>Oeste</td><td>Sudoeste</td><td>Sul</td></tr><tr><td>Até 9,01%</td><td>Até 8,83%</td><td>Até 8,68%</td><td>Até 10,54</td><td>Até 11,73%</td><td>Até 10,03%</td><td>Até 10,59%</td></tr></table>						Central	Centro- Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	Até 9,01%	Até 8,83%	Até 8,68%	Até 10,54	Até 11,73%	Até 10,03%	Até 10,59%
	Central	Centro- Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul													
Até 9,01%	Até 8,83%	Até 8,68%	Até 10,54	Até 11,73%	Até 10,03%	Até 10,59%														

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT
INDICADOR	Percentual de crianças (2 a 10 anos) acompanhadas com obesidade
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o endereço eletrônico: https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index
2	Clicar em Relatórios e, em seguida, em Consolidados;
3	Selecionar o tipo de Relatório: Estado Nutricional;
4	Em seguida, no campo Ano e Mês de Referência/ Unidade Geográfica, preencher os filtros de ano e mês conforme desejado;
5	o campo "Agrupar por:" clicar em "Município", "Estado" clicar em DF e "Município " selecionar "Brasília" e posteriormente clicar em "Relatório por Estabelecimento de Saúde"
6	No campo " Outros Filtros" em "Região de Cobertura ", "Sexo:", "Raça/cor:", "Acompanhamentos registrados:", "Povo e comunidade:" e "Escolaridade:", selecionar a opção "TODAS".
7	Na opção " Fases da vida" selecionar "CRIANÇA" e posteriormente definir a "Idade" e o "Índice" que deseja avaliar (IMC/idade). Nesta etapa será necessário gerar 2 planilhas para as faixas etárias: 2 a <5 anos e 5 a <10 anos;
8	Por fim, no campo "VISUALIZAR" clicar em " Ver em tela"
9	Somar a quantidade de crianças de 2 a <5 anos e 5 a <10 anos por UBS e por estado nutricional;
10	Organizar uma planilha a parte agrupando as UBS por Região de Saúde;
11	Somar a quantidade de crianças com obesidade e obesidade grave atendidas por Região de Saúde.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Na mesma planilha gerada para extrair o numerador, após a etapa 10 para se obter o numerador, somar a quantidade de crianças de 2 a <5 anos e 5 a <10 anos atendidas por Região de Saúde.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Dividir o numerador pelo denominador;
2	Multiplicar o resultado obtido no item 1 por 100.
OBSERVAÇÕES	
Todos os profissionais lotados nas Unidades Básicas de Saúde que registrarem os dados de peso e altura em conformidade com o preconizado no e-SUS terão essas informações migradas para o SISVAN, ficando disponíveis para serem visualizadas nos relatórios extraídos no SISVAN. Os dados referentes ao indicador <i>Percentual de crianças (2 a 10 anos) com obesidade</i> serão gerados pela área técnica (GESNUT) e enviados via SEI para as regiões, consolidados com o extrato das UBS e da região correspondente.	



Indicador 20: Percentual de pessoas que retornam ao atendimento em até 30 dias após acolhimento inicial no CAPS.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 20
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de pessoas que retornam ao atendimento em até 30 dias após acolhimento inicial no CAPS.
Conceituação	Esse indicador visa identificar a proporção das pessoas que foram acolhidas nos CAPS e que retornaram ao serviço no período de 30 dias posteriores, aderindo à proposta inicial de atendimento. O monitoramento deste indicador é de grande relevância para a reflexão sobre a real abertura dos serviços a novos usuários, identificação de barreiras de acesso e fatores que interferem na adesão ao tratamento. Inspira melhorias na organização da unidade, fluxos e processos. O período de 30 dias foi definido como referência por considerarmos que os CAPS contemplam necessidades de cuidados agudos e situações de crise. O cuidado em portas abertas e não ambulatorizado. A transversalidade desse indicador está em permitir a análise dos pacientes que foram inseridos no CAPS e os que foram encaminhados para outros pontos de atenção da rede, como a atenção primária. Além disso, a proposta desse indicador está alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: 3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.
Usos	É um indicador relevante para o monitoramento dos novos usuários dos serviços, subsidiando reflexões sobre os processos de trabalho desenvolvidos na unidade, iniciativas de gestão de casos e atenção em rede.
Limitações	Não permite análises longitudinais, nem reflexões profundas sobre adesão ao tratamento e efetividade assistencial.
Fonte	Trackcare
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de pacientes acolhidos no serviço que retornaram ao serviço em um mês Denominador: número de pacientes acolhidos Observação: a base de dados comparativa será pelo CNS do usuário, pois buscaremos a especificidade dos casos
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Não há.
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Acumulativo do ano todo
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por CAPS e por Região de Saúde
Responsável Técnico	Diretoria de Serviços de Saúde Mental - DISSAM
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção Psicossocial - RAPS
Descrição da Meta	A calcular a partir da série histórica, por serviço. Sugestão: 10% de incremento. (Monitoramento)

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção Psicossocial - RAPS
INDICADOR	Percentual de pessoas que retornam ao atendimento em até 30 dias após acolhimento inicial no CAPS.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Relacionar os usuários com primeiro atendimento ou atendimento de retorno realizado no mês de referência (mês de monitoramento)
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Relacionar os usuários que foram acolhidos no CAPS no mês-base (mês anterior)
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Comparar a extração de usuários que foram atendidos no mês base com a de usuários atendidos no mês de referência, identificando quantas pessoas foram atendidas novamente na unidade até 30 dias após o acolhimento inicial
2	Calcular o percentual dos usuários que retornaram ao atendimento em até 30 dias após acolhimento inicial nos CAPS
OBSERVAÇÕES	

Indicador 21: Número de altas de internações por demanda de saúde mental nos hospitais regionais.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 21
Pactuações	AGR
Indicador	Número de altas de internações por demanda de saúde mental nos hospitais regionais
Conceituação	Na promoção de um cuidado humanizado e integrado, é necessário investir no monitoramento das estratégias de desinstitucionalização e nas intervenções com base territorial e comunitária. A Rede de Atenção Psicossocial é composta por 18 dispositivos, sendo que os hospitais gerais compõem essa rede, em interface com a Rede de Urgência e Emergência. As internações hospitalares devem ser uma medida excepcional, utilizadas em situações específicas, quando outras formas de cuidado não forem suficientes para garantir a saúde e segurança do paciente. Os CAPS são os ordenadores do cuidado em saúde mental no seu território, de modo que a interface com a atenção hospitalar está contemplada nas atividades a serem desenvolvidas regularmente pelos serviços e esse compartilhamento de cuidado é uma construção contínua com a rede. Segundo o fluxo proposto para a RAPS, o seguimento da internação hospitalar é ofertado pelo CAPS de referência territorial do paciente. Desse modo, a proposta desse indicador incentiva o monitoramento dessa articulação, que é uma medida que favorece a aproximação entre os serviços e a integralidade do cuidado em saúde mental. Para além disso, a proposta desse indicador está alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: 3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.
Usos	A proposta deste indicador permite a mobilização de recursos e estratégias que promovam a construção/fortalecimento de fluxos para o seguimento dos atendimentos na rede. É um indicador estratégico para a definição de cuidado em liberdade e para as estratégias de desinstitucionalização. Esse indicador pode ser discutido nos serviços, na região e com a rede, além dos grupos condutores regionais e central.
Limitações	Os pacientes que permanecem internados e, em especial, os que têm longa permanência, não são identificados.
Fonte	SIH/SUS
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de pacientes que receberam alta, no mês, por demandas de saúde mental (CID's "F")
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Número de leitos de saúde mental em hospitais gerais habilitados no âmbito da SES/DF.
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado).
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por serviço de saúde mental
Responsável Técnico	Diretoria de Serviços de Saúde Mental - DISSAM
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção Psicossocial - RAPS
Descrição da Meta	Definida a partir de linha de base a ser apurada junto aos hospitais. (Monitoramento)

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

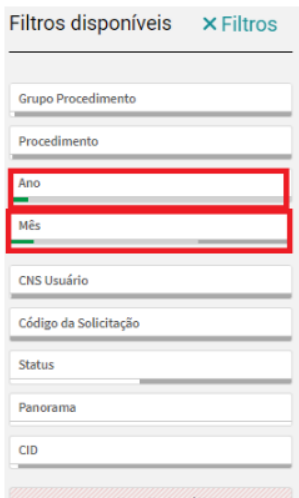
POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado do Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Atenção Psicossocial - RAPS
INDICADOR	Número de altas de internações por demanda de saúde mental nos hospitais regionais
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o painel INFOSAÚDE referente às internações hospitalares por procedimento principal, disponível em https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-producao-de-servicos-procedimento-principal/
2	No campo "Internações por CID-10", selecionar "Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais"
3	Com a tecla "Ctrl" apertada, no campo "Ano", selecionar o ano de referência
4	Com a tecla "Ctrl" apertada, no campo "Estabelecimento de saúde", selecionar o hospital objeto da pesquisa
5	Com a tecla "Ctrl" apertada, no campo "Internações por mês e ano", selecionar o mês de referência
6	Coletar o número indicado no campo "Quantidade de AIHs"
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Não se aplica
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Não se aplica, visto tratar-se de um número absoluto.
OBSERVAÇÕES	
As AIHs disponibilizadas neste painel são aquelas fechadas na alta dos pacientes, de modo que refletem o número de pacientes que receberam alta na unidade hospitalar, no mês. Visto considerarmos as AIHs processadas haverá sempre um delay de cerca de dois meses	

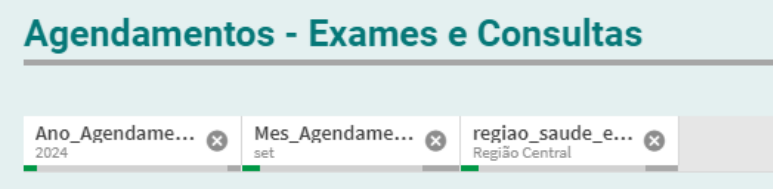
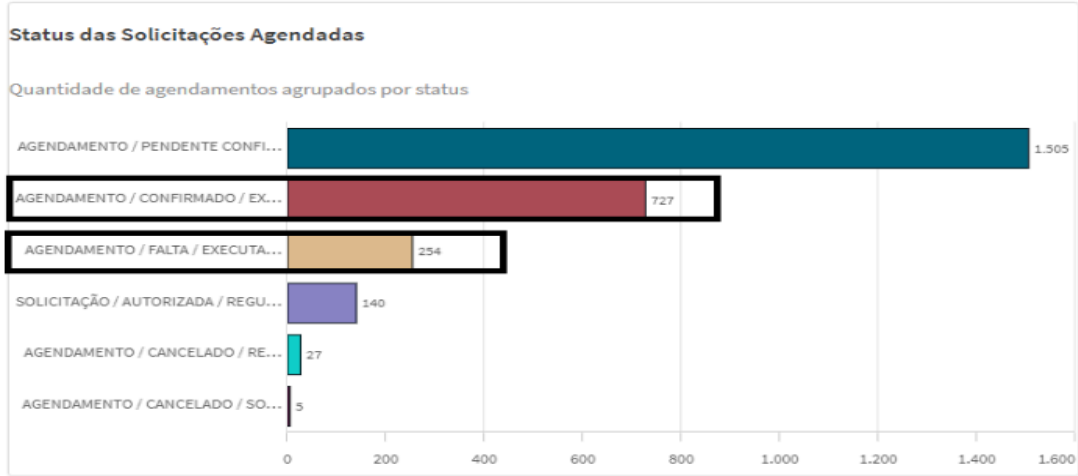


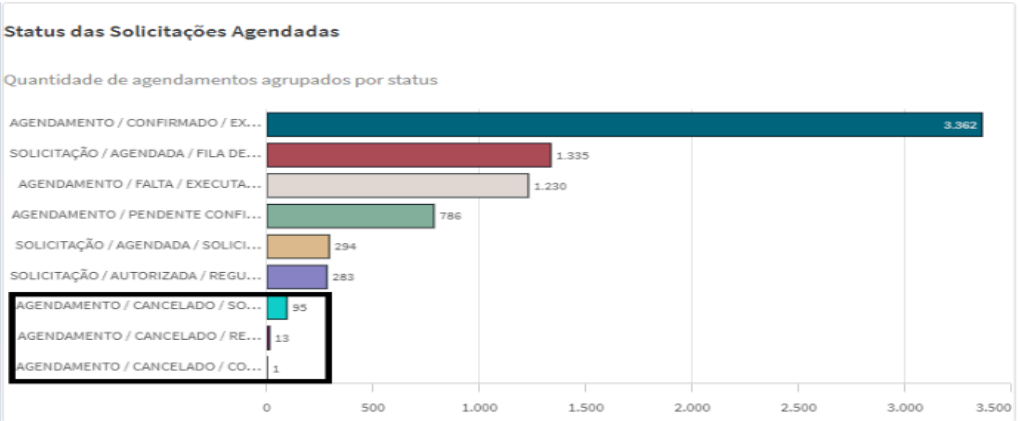
Indicador 22: Índice de Fechamento de Chave da Região/URD.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 22
Pactuações	AGR
Indicador	Índice de Fechamento de Chave da Região/URD
Conceituação	Verificar a eficiência no processo de conclusão do agendamento, seja pela informação de comparecimento/execução ou falta, para fins de atualização da capacidade instalada.
Usos	Melhoria do processo de trabalho da equipe e da eficiência nos agendamentos
Limitações	Morosidade e instabilidade do SISREG III e falta de RH
Fonte	SISREG III
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais realizados regulados que tiveram suas chaves fechadas, na Região/URD + faltas marcadas no SISREGIII no período Denominador: Número de agendamentos autorizados pela regulação por região de saúde no período Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por região de saúde ou por URD
Responsável Técnico	DIRA AH/CRDF
Coordenador da Pactuação	DIRA AH/CRDF
Descrição da Meta	75%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Índice de fechamento de chave
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
EXTRAÇÃO DO DENOMINADOR E 1ª PARTE DO NUMERADOR (chaves fechadas como “Confirmado”)	
1	Acessar o " MAPA SOCIAL DO DF " por meio do link https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/mapa-social-do-df
2	clicar no botão "SAÚDE"  ou utilizar o link https://paineis-ext.mpdft.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html para acessar o "Mapa Social da Saúde".
3	No canto superior esquerdo clicar em "Agendamentos" e depois em "Exames e Consultas": 
4	No canto superior direito clicar em "Filtros"  Filtros . Selecionar os filtros "Ano" e "Mês": 

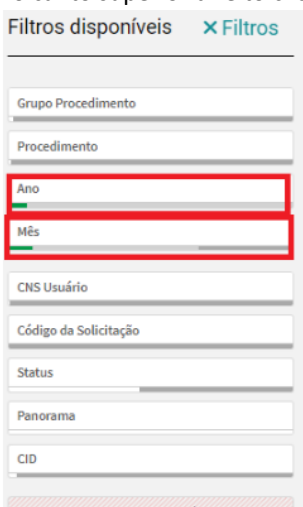
5	No lado direito do painel, no gráfico "Região de Saúde\Unidade Executante" selecionar a Região de Saúde/URD:  Região de Saúde\Unidade Executante Quantidade de agendamentos por Região de Saúde/Unidade Executante <table border="1"> <thead> <tr> <th>Região de Saúde/Unidade Executante</th> <th>Quantidade de agendamentos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>URD</td> <td>10.000</td> </tr> <tr> <td>Contratado/Credenciado</td> <td>2.000</td> </tr> <tr> <td>Região Sudoeste</td> <td>2.000</td> </tr> <tr> <td>Região Oeste</td> <td>2.000</td> </tr> <tr> <td>Região Sul</td> <td>2.000</td> </tr> <tr> <td>Região Norte</td> <td>1.000</td> </tr> <tr> <td>Região Central</td> <td>1.000</td> </tr> <tr> <td>Região Centro-Sul</td> <td>1.000</td> </tr> <tr> <td>Região Leste</td> <td>1.000</td> </tr> </tbody> </table>	Região de Saúde/Unidade Executante	Quantidade de agendamentos	URD	10.000	Contratado/Credenciado	2.000	Região Sudoeste	2.000	Região Oeste	2.000	Região Sul	2.000	Região Norte	1.000	Região Central	1.000	Região Centro-Sul	1.000	Região Leste	1.000
Região de Saúde/Unidade Executante	Quantidade de agendamentos																				
URD	10.000																				
Contratado/Credenciado	2.000																				
Região Sudoeste	2.000																				
Região Oeste	2.000																				
Região Sul	2.000																				
Região Norte	1.000																				
Região Central	1.000																				
Região Centro-Sul	1.000																				
Região Leste	1.000																				
6	Após os filtros inseridos o cabeçalho apresentar-se-á conforme a seguir:  Agendamentos - Exames e Consultas Ano_Agendame... 2024 Mes_Agendame... set regioao_saude_e... Região Central																				
7	No lado esquerdo do painel, no gráfico "Status das Solicitações Agendadas" anotar os Agendados ("AGENDAMENTO/CONFIRMADO EXECUTANTE") e as Faltas ("AGENDAMENTO/FALTA/EXECUTANTE").  Status das Solicitações Agendadas Quantidade de agendamentos agrupados por status <table border="1"> <thead> <tr> <th>Status</th> <th>Quantidade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AGENDAMENTO / PENDENTE CONFIRMADO</td> <td>1.505</td> </tr> <tr> <td>AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE</td> <td>727</td> </tr> <tr> <td>AGENDAMENTO / FALTA / EXECUTANTE</td> <td>254</td> </tr> <tr> <td>SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGULADA</td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>AGENDAMENTO / CANCELADO / REAGENDADO</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>AGENDAMENTO / CANCELADO / SOLICITADO</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Status	Quantidade	AGENDAMENTO / PENDENTE CONFIRMADO	1.505	AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE	727	AGENDAMENTO / FALTA / EXECUTANTE	254	SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGULADA	140	AGENDAMENTO / CANCELADO / REAGENDADO	27	AGENDAMENTO / CANCELADO / SOLICITADO	5						
Status	Quantidade																				
AGENDAMENTO / PENDENTE CONFIRMADO	1.505																				
AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE	727																				
AGENDAMENTO / FALTA / EXECUTANTE	254																				
SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGULADA	140																				
AGENDAMENTO / CANCELADO / REAGENDADO	27																				
AGENDAMENTO / CANCELADO / SOLICITADO	5																				
EXTRAÇÃO DA 2ª PARTE DO NUMERADOR (Faltas)																					
1	Seguir os passos de 1 a 6 para extração do Numerador.																				
2	Anotar os número de "Agendamentos" apresentado no canto superior esquerdo:  Agendamentos 2.658																				

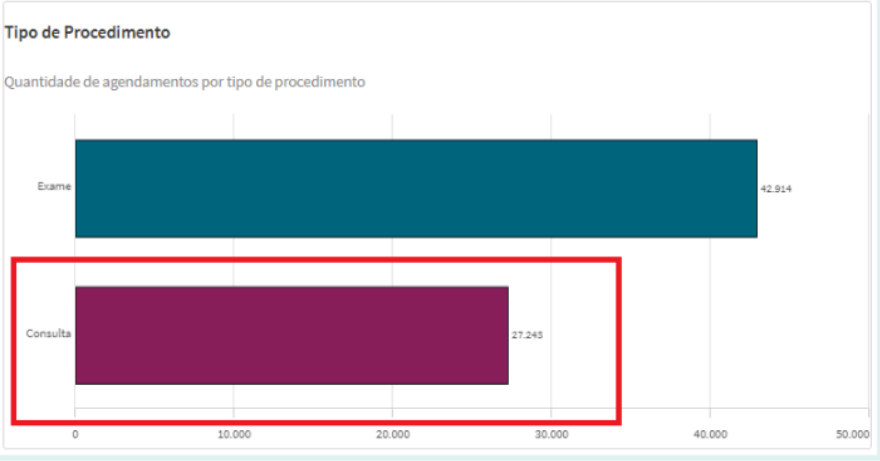
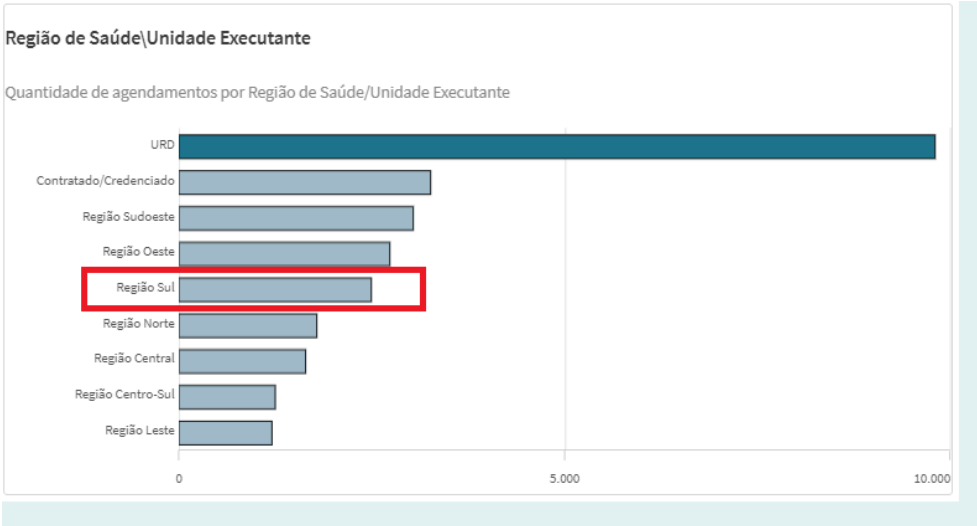
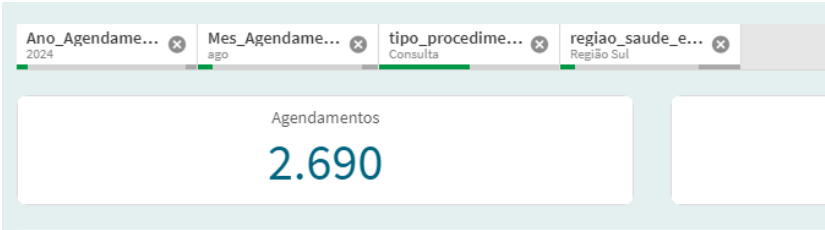
3	No lado esquerdo do painel, no gráfico "Status das Solicitações Agendadas" anotar e somar os Cancelados ("AGENDAMENTO/CANCELADO/SOLCITANTE +AGENDAMENTO/CANCELADO/REGULADOR+AGENDAMENTO/CANCELADO/COORDENADOR"):  <table border="1"> <caption>Status das Solicitações Agendadas</caption> <thead> <tr> <th>Status</th> <th>Quantidade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EX...</td> <td>3.362</td> </tr> <tr> <td>SOLICITAÇÃO / AGENDADA / FILA DE...</td> <td>1.335</td> </tr> <tr> <td>AGENDAMENTO / FALTA / EXECUTA...</td> <td>1.230</td> </tr> <tr> <td>AGENDAMENTO / PENDENTE CONFI...</td> <td>786</td> </tr> <tr> <td>SOLICITAÇÃO / AGENDADA / SOLICI...</td> <td>294</td> </tr> <tr> <td>SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGU...</td> <td>283</td> </tr> <tr> <td>AGENDAMENTO / CANCELADO / SO...</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>AGENDAMENTO / CANCELADO / RE...</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>AGENDAMENTO / CANCELADO / CO...</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Status	Quantidade	AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EX...	3.362	SOLICITAÇÃO / AGENDADA / FILA DE...	1.335	AGENDAMENTO / FALTA / EXECUTA...	1.230	AGENDAMENTO / PENDENTE CONFI...	786	SOLICITAÇÃO / AGENDADA / SOLICI...	294	SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGU...	283	AGENDAMENTO / CANCELADO / SO...	85	AGENDAMENTO / CANCELADO / RE...	13	AGENDAMENTO / CANCELADO / CO...	1
Status	Quantidade																				
AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EX...	3.362																				
SOLICITAÇÃO / AGENDADA / FILA DE...	1.335																				
AGENDAMENTO / FALTA / EXECUTA...	1.230																				
AGENDAMENTO / PENDENTE CONFI...	786																				
SOLICITAÇÃO / AGENDADA / SOLICI...	294																				
SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGU...	283																				
AGENDAMENTO / CANCELADO / SO...	85																				
AGENDAMENTO / CANCELADO / RE...	13																				
AGENDAMENTO / CANCELADO / CO...	1																				
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado																					
1	Dividir a soma de Confirmados + Faltas pela Diferença entre os Agendados - Cancelados e depois multiplicar por cem.																				
2	Índice fechamento de chaves = $[(\text{Confirmados} + \text{Faltas})]/[(\text{Agendados} - \text{cancelados})] \times 100$.																				
OBSERVAÇÕES																					
Sugerimos que os responsáveis pela extração dos dados do indicador assista ao vídeo Tutorial Mapa Social da Saúde elaborado pelo MPDFT. No gráfico "Região de Saúde\Unidade Executante" é possível filtrar por unidade executante (Hospital, Policlínica etc.) Orientamos realizar a extração dos dados a cada mês e sempre após o dia 10 do mês corrente para o indicador do mês anterior.																					

Indicador 23: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 23
Pactuações	AGR
Indicador	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção hospitalar
Conceituação	A definição de absenteísmo ambulatorial é o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação.
Usos	Avalia o absenteísmo de usuários às consultas ambulatoriais
Limitações	Não ter rastreabilidade do comparecimento às consultas ambulatoriais para panorama III; Não diferenciar o absenteísmo do paciente daquele provocado pelas ausências do servidor. Instabilidade do SISREG III/API SISREGIII, Mapa Social da Saúde e falta de RH.
Fonte	Mapa Social da Saúde (via API SISREG III/MS); Homologação SES e MPDFT
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de consultas ambulatoriais agendadas no período no SISREG III (que tiveram as chaves fechadas como Faltas, na Região/URD + os pendentes de confirmação). Denominador: Número de agendamentos de consultas ambulatoriais feitos pela regulação por região de saúde no período menos os cancelados. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por região de saúde ou por URD
Responsável Técnico	DIRA AH/CRDF
Coordenador da Pactuação	DIRA AH/CRDF
Descrição da Meta	45%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II).
PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR	
1	Acessar o "MAPA SOCIAL DO DF" por meio do link https://www.mpdf.mp.br/portal/index.php/mapa-social-do-df
2	Clicar no botão "SAÚDE"  ou utilizar o link https://painéis-ext.mpdf.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html para acessar o "Mapa Social da Saúde".
3	No canto superior esquerdo clicar em "Agendamentos" e depois em "Exames e Consultas": 
4	No canto superior direito clicar em "Filtros"  Filtros . Selecionar os filtros "Ano" e "Mês": 

5	No lado direito do painel, no gráfico "Tipo de procedimento" Consultas:  Tipo de Procedimento Quantidade de agendamentos por tipo de procedimento <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de Procedimento</th> <th>Quantidade de agendamentos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Exame</td> <td>42.914</td> </tr> <tr> <td>Consulta</td> <td>27.243</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de Procedimento	Quantidade de agendamentos	Exame	42.914	Consulta	27.243														
Tipo de Procedimento	Quantidade de agendamentos																				
Exame	42.914																				
Consulta	27.243																				
6	No lado direito do painel, no gráfico "Região de Saúde\Unidade Executante" selecionar a Região de Saúde/URD:  Região de Saúde\Unidade Executante Quantidade de agendamentos por Região de Saúde/Unidade Executante <table border="1"> <thead> <tr> <th>Região de Saúde/Unidade Executante</th> <th>Quantidade de agendamentos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>URD</td> <td>10.000</td> </tr> <tr> <td>Contratado/Credenciado</td> <td>3.500</td> </tr> <tr> <td>Região Sudoeste</td> <td>3.000</td> </tr> <tr> <td>Região Oeste</td> <td>2.500</td> </tr> <tr> <td>Região Sul</td> <td>2.500</td> </tr> <tr> <td>Região Norte</td> <td>1.500</td> </tr> <tr> <td>Região Central</td> <td>1.000</td> </tr> <tr> <td>Região Centro-Sul</td> <td>1.000</td> </tr> <tr> <td>Região Leste</td> <td>1.000</td> </tr> </tbody> </table>	Região de Saúde/Unidade Executante	Quantidade de agendamentos	URD	10.000	Contratado/Credenciado	3.500	Região Sudoeste	3.000	Região Oeste	2.500	Região Sul	2.500	Região Norte	1.500	Região Central	1.000	Região Centro-Sul	1.000	Região Leste	1.000
Região de Saúde/Unidade Executante	Quantidade de agendamentos																				
URD	10.000																				
Contratado/Credenciado	3.500																				
Região Sudoeste	3.000																				
Região Oeste	2.500																				
Região Sul	2.500																				
Região Norte	1.500																				
Região Central	1.000																				
Região Centro-Sul	1.000																				
Região Leste	1.000																				
7	Após os filtros inseridos o cabeçalho apresentar-se-á conforme a seguir:  Após os filtros inseridos o cabeçalho apresentar-se-á conforme a seguir: Agendamentos 2.690																				

8

No lado esquerdo do painel, no gráfico "Status das Solicitações Agendadas" anotar as Faltas ("AGENDAMENTO/FALTA/EXECUTANTE") e os Pendentes de Confirmação ("AGENDAMENTO/PENDENTE CONFIRMAÇÃO/EXECUTANTE"):

Status das Solicitações Agendadas

Quantidade de agendamentos agrupados por status

AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EX...	3.362
SOLICITAÇÃO / AGENDADA / FILA DE...	1.335
AGENDAMENTO / FALTA / EXECUTA...	1.230
AGENDAMENTO / PENDENTE CONFIR...	786
SOLICITAÇÃO / AGENDADA / SOLICI...	294
SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGU...	283
AGENDAMENTO / CANCELADO / SO...	95
AGENDAMENTO / CANCELADO / RE...	13
AGENDAMENTO / CANCELADO / CO...	1

PASSO A PASSO PARA COLETA DO DENOMINADOR

1

Seguir os passos de 1 a 6 para extração do Numerador.

2

Anotar os número de "Agendamentos" apresentado no canto superior esquerdo:

Ano_Agendame...
2024

Mes_Agendame...
ago

tipo_procedime...
Consulta

regiao_saude_e...
Região Sul

Agendamentos

2.690

3

No lado esquerdo do painel, no gráfico "Status das Solicitações Agendadas" anotar e somar os Cancelados ("AGENDAMENTO/CANCELADO/SOLICITANTE +AGENDAMENTO/CANCELADO/REGULADOR+AGENDAMENTO/CANCELADO/COORDENADOR"):

Status das Solicitações Agendadas

Quantidade de agendamentos agrupados por status

AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EX...	3.362
SOLICITAÇÃO / AGENDADA / FILA DE...	1.335
AGENDAMENTO / FALTA / EXECUTA...	1.230
AGENDAMENTO / PENDENTE CONFIR...	786
SOLICITAÇÃO / AGENDADA / SOLICI...	294
SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGU...	283
AGENDAMENTO / CANCELADO / SO...	95
AGENDAMENTO / CANCELADO / RE...	13
AGENDAMENTO / CANCELADO / CO...	1

119

PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Dividir a soma de Pendentes de Confirmação + Faltas pela Diferença entre os Agendados - Cancelados e depois multiplicar por cem.
2	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) = $[(\text{Pendientes de Confirmação} + \text{faltas})]/[(\text{Agendados-cancelados})] \times 100$.
OBSERVAÇÕES	
Sugerimos que os responsáveis pela extração dos dados do indicador assistam ao vídeo Tutorial Mapa Social da Saúde elaborado pelo MPDFT. No gráfico "Região de Saúde\Unidade Executante" é possível filtrar por unidade executante (Hospital, Policlínica etc.) Orientamos realizar a extração dos dados a cada mês e sempre após o dia 10 do mês corrente para o indicador do mês anterior.	

Indicador 24: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 24
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC
Conceituação	Destina-se ao monitoramento dos valores faturados no componente MAC visando superar o teto Distrital
Usos	Monitorar os valores apresentados e aprovados no tipo de financiamento MAC, Média e Alta Complexidade
Limitações	N/A
Fonte	SIA e SIH/DATASUS
Metodologia de Cálculo	O resultado do indicador deverá ser obtido por meio do quantitativo de procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC) aprovados na competência atual, ambulatoriais e hospitalares, em relação à média do ano anterior. O Numerador do Indicador será composto pela produção de Média e Alta Complexidade (MAC) da respectiva competência de processamento, considerando a estratificação por Região de Saúde/URD/IGES DF. O Denominador será composto pela média da produção MAC do ano anterior. O resultado da divisão (Numerador/Denominador) deverá ser multiplicado por 100. Por exemplo, se uma determinada Região de Saúde obteve uma média de 3.000 procedimentos (SIA e SIH) faturados no ano de 2024 (Produção anual/12), espera-se que a produção mensal no ano de 2025 seja igual ou superior a 3.000 (100% ou >100%).
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Média do quantitativo de procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC) do ano anterior
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde/URD/IGES DF e por tipo de sistema SIA/SIH
Responsável Técnico	Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares SUPLANS/CCONS/DICS/GEPI
Coordenador da Pactuação	Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares SUPLANS/CCONS/DICS/GEPI
Descrição da Meta	Alcance de 100% no quantitativo de procedimentos MAC aprovados na competência atual em relação à média do ano anterior Meta 2025: 100%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado
Acordo de Gestão Regional – AGR

TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR

1

A partir do dia 26/04/2024, conforme Memorando SEI nº 139458858, os dados serão disponibilizados por Região e URD na página WEB da GEPI, no menu INDICADORES, por meio do link: <https://info.saude.df.gov.br/indicadores-gepi/> . Na página acessar a Região/URDS na página:

Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares

POTENCIAL DE FATURAMENTO POR ESTABELECIMENTO

CORREIO ELETRÔNICO

ORIENTAÇÕES AOS CONTRATADOS

BOM DE PRODUÇÃO POR TIPO DE SISTEMA

PROCEDIMENTOS SUS/SP

INDICADORES

EXERCÍCIOS

NOTAS TÉCNICAS

CONTATO

INDICADORES

ACORDO DE GESTÃO REGIONAL (AGR) - Indicador 01 - Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

De acordo com as parâmetros estabelecidos em reuniões técnicas, entre as áreas competentes, formalizados por meio do Processo 000-000000000000000000, no âmbito da GEPI e o indicador "Percentual de Atribuição de Interação Hospitalar (AIH) gerado pelo processamento de dados consolidados de saúde do paciente", conforme lista anexa abaixo.

- Fonte do indicador
- POP para coleta de informações do indicador
- Fluxograma de implementação do indicador

ACORDO DE GESTÃO REGIONAL (AGR) - Indicador 01 - Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

O AGR tem por objetivo a consolidação de metas entre a Administração Central da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (ASIS-SESA) e a Superintendência da Região de Saúde Central de modo a estabelecer um modelo de gestão por resultados.

Assim, através do monitoramento do indicador 01, organizado por Região de Saúde e por Estabelecimento de Saúde.

- Fonte do indicador

Resultados dos indicadores em Região e URD

Região Central

Região Centro-Oeste

Região Leste

Região Norte

Região Oeste

Região Sudeste

Região Sul

URD - HIAH

URD - HIAH

URD - HIAH

2

No Dashboard selecionar o mês, e o numerador será Produção (-) Linha de Base em (amarelo) e denominador Linha de Base (2023) em (laranjado). O resultado será o informado no INDICADOR.

AGR - REGIÃO CENTRAL

Ano: 2024

SIG: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

Produção SIA e SIH (2024)

1.621.817,95

INDICADOR

-12,55%

Produção (-) Linha de Base

-232.671,09

INDICADOR / META

5%

-12,55%

CRÍTICO ALERTA ESPERADO / SUPERADO

CENTRAL

Meta INDICADOR CENTRAL

0% -5,23% -12,55%

01 02

Mês

Estab. Saúde	Valor SIA	Valor SIH	Valor Total
Hiran	649.137,55	779.722,29	1.428.859,84
Policlínica Asa Norte	52.555,94	52.555,94	105.111,88
Cent. Espec. Doenças Infecciosas	30.421,66	30.421,66	60.843,32
Adolescentia	28.362,15	28.362,15	56.724,30
Compo	23.344,61	23.344,61	46.689,22
CEDON Asa Norte	15.790,74	15.790,74	31.581,48
Cent. Espec. Saúde Mulher	13.253,08	13.253,08	26.506,16
Policlínica Lago Sul	10.140,18	10.140,18	20.280,36
NTA-DF	7.131,65	7.131,65	14.263,30
CED - Asa Norte	6.369,61	6.369,61	12.739,22
CEPAS - Flores de Central	5.002,91	5.002,91	10.005,82
CAPS AD Candeia	383,58	383,58	767,16
CAPS Asa Norte	0,00	0,00	0,00
Total	842.095,66	779.722,29	1.621.817,95

OBSERVAÇÕES

Os dados dos indicadores serão monitorados por meio de painéis desenvolvidos pela Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (GEPI), disponibilizados no portal (link acima), com os cálculos já desenvolvidos. Assim, não haverá necessidade da busca manual, pelas regiões de saúde, dos dados pertinentes ao Numerador e Denominador, para obtenção dos resultados.

122

Indicador 25: Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 25
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de desempenho de gestão de custos da Região de Saúde/URD
Conceituação	Entende-se por desempenho como um conjunto de características ou capacidades de comportamento e rendimento, que permite a passagem de um estado crítico para satisfatório. Consoante ao Programa Nacional de Gestão de Custos - PNGC, entendemos a gestão de custos na saúde, tem como objetivo conhecer os custos dos serviços prestados, bem como demonstrar os processos de trabalho que compõem esses serviços de modo a auxiliar os gestores na tomada de decisão, visando à melhoria na gestão dos recursos.
Usos	É possível expressar o desempenho ou performance que se pretende avaliar utilizando-se uma métrica, ou índice de desempenho em relação às metas previamente definidas. Com isso, é possível acompanhar de forma tempestiva o cumprimento do preenchimento adequado dos custos apurados na unidade de saúde, o que implica na integração sistêmica da organização. Os requisitos definidos previamente compreendem a inserção de dados de custos no Sistema ApuraSUS, referente aos itens de custos e produção mensal.
Limitações	Alinhamento conceitual, e execução manual do Instrumento de Monitoramento do Desempenho - IMD
Fonte	Instrumento de Monitoramento de Desempenho - IMD (planilha em <i>Excel</i> .)
Metodologia de Cálculo	O método de cálculo compreende as 4 (quatro) etapas, subdivididas em critérios, e cada critério pode obter os valores (0 – nenhum, 1 – parcial, e 2 – completo), conforme o preenchimento das informações mínimas de cada etapa, a saber: 1ª Alinhamento Conceitual (capacitações, reuniões, gestores e servidores); 2ª Diagnóstico da Unidade (mapeamento de dados, mapa de relacionamento); 3ª Sistematização da Informação (pessoal, material de consumo, terceiros, e despesas gerais); e, 4ª Análise Crítica (matriz, validação, e relatórios gerais). Para o cômputo do desempenho da unidade considera-se as duas últimas etapas do processo de gestão de custos: 3ª etapa - Preenchimento do ApuraSUS; e, 4ª etapa - Análise Crítica. Esta fórmula é aplicada para cada unidade de saúde, e o resultado alcançado de cada unidade comporá o valor da região, que será ponderado pelo peso de cada uma das unidades dos níveis de atenção. O desempenho só será acompanhado caso a unidade já tenha o custo total apurado em algum momento.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região
Responsável Técnico	DIMOAS/GEMAC
Coordenador da Pactuação	DIMOAS/GEMAC
Descrição da Meta	100%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de desempenho de gestão de custos
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Os NGCs das unidades têm até o dia 15 de cada mês (ou dia útil seguinte), para preencher e atualizar os dados no sistema ApuraSUS/MS. O preenchimento dos dados deve ser realizado no máximo, em média, a 45 dias após o encerramento do mês a ser analisado.
2	Um dia após a data limite concedida ao NGC (ou dia útil seguinte), os relatórios de cada unidade são extraídos do ApuraSUS e exportados para planilhas eletrônicas.
3	Cada estabelecimento é analisado pela equipe GEMAC, tendo como referência os critérios estabelecidos e particularizados
4	Avaliamos os relatórios do ApuraSUS retroagindo aos meses anteriores daquele ano analisado
5	Preenchemos a planilha “Critérios Análise do IMD 2021” que contém todos os valores anteriores fazendo a atualização para cada unidade.
6	Após o preenchimento da planilha “Critérios Análise do IMD 2021” as informações são processadas em outra planilha chamada “IMD 2021”, já informando o percentual de cada região e URD.
7	O percentual informado de cada região na Planilha “IMD 2021” é copiado e colado na planilha “Recorte IMD”.
8	Disponibilização do resultado – o processo é concluído com a atualização do IMD, de cada região, na pasta compartilhada na rede SES, o que permite a unidade conhecer seu resultado para informar no AGR.
OBSERVAÇÕES	
Os dados mensais serão encaminhados pela GEMAC via processo SEI.	

Indicador 26: Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas.

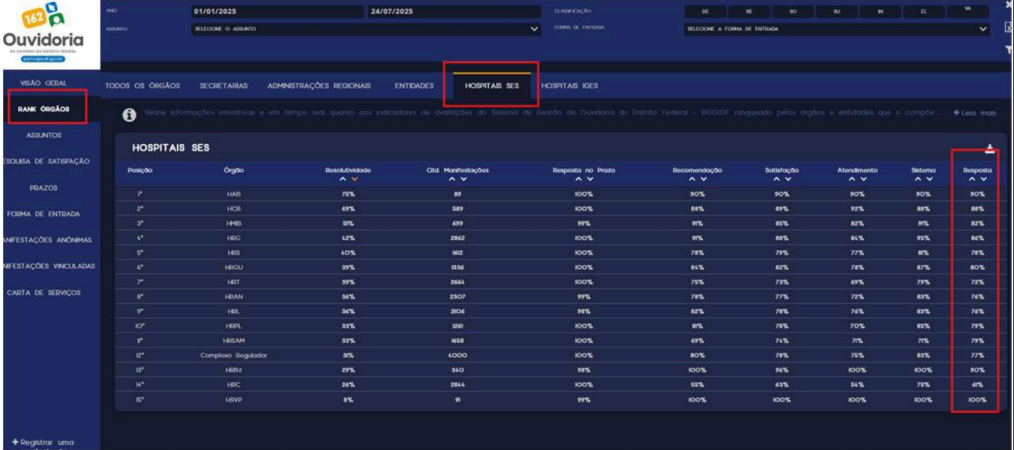
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 26
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de Vagas Ofertadas para Primeira Consulta Odontológica Especializada em Relação ao Parâmetro Técnico descrito em Nota Técnica.
Conceituação	Mede a relação entre o total de vagas ofertadas pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) à primeira consulta odontológica especializada e a quantidade mínima de vagas estabelecida em notas técnicas. Cada especialidade possui um fator multiplicador que define essa quantidade mínima de vagas, e os dentistas dos CEOs devem ofertá-las ao Complexo Regulador (CRDF) para garantir o acesso dos pacientes ao serviço.
Usos	Monitorar se a quantidade de vagas ofertadas para a primeira consulta odontológica especializada está alinhada com o que é preconizado pelas Notas Técnicas de cada especialidade. Além disso, o indicador serve como uma ferramenta de gestão para avaliar a capacidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em atender a demanda existente, permitindo uma análise comparativa entre o número de solicitações em fila de espera e a oferta de vagas disponível, facilitando o ajuste e planejamento das ações para otimizar o atendimento.
Limitações	A variação na oferta de vagas pode ser impactada por fatores como afastamentos legais de profissionais, falhas técnicas de equipamentos e outros imprevistos. Além disso, o indicador mensura apenas a oferta de vagas para a primeira consulta, sem avaliar a continuidade ou a resolutividade do atendimento prestado ao usuário, nem a capacidade de atender à demanda geral por saúde bucal. Portanto, ele não reflete integralmente a qualidade ou a eficácia dos serviços oferecidos.
Fonte	Processo SEI número 00060-00191400/2023-04 com a quantidade de oferta de vagas extraída do SISREG. Notas Técnicas de Regulação das Especialidades Odontológicas - Endodontia, Periodontia, PCD, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia, Prótese, Odontopediatria, DTM - disponíveis no sítio eletrônico https://www.saude.df.gov.br/notas-tecnicas. Região NORTE - Processo SEI número 00060-00412662/2023-18 e 00060-00412763/2023-81 Região SUL - Processo SEI número 00060-00412827/2023-43 Região OESTE - Processo SEI número 00060-00413278/2023-24 e 00060-00413363/2023-92 Região LESTE - Processo SEI número 00060-00411282/2023-58 Região SUDOESTE - Processo SEI número 00060-00413423/2023-77 e 00060-00413471/2023-65 Região CENTRAL - Processo SEI número 00060-00413199/2023-13 e 00060-00413145/2023-58 Região CENTRO-SUL - Processo SEI número 00060-00413023/2023-61 URD - HMIB - Processo SEI número 00060-00413086/2023-18
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Soma do número total de vagas efetivamente ofertadas para a primeira consulta odontológica em cada especialidade na Região de Saúde durante um mês. DENOMINADOR: Soma do número total da quantidade mínima de vagas que a Região de Saúde deve ofertar em um mês, conforme os Parâmetros Mínimos descritos em Nota Técnica. MULTIPLICADOR: 100 Endodontia e Cirurgia Oral Menor Fator multiplicador: 0,25 paciente novo/hora disponível na especialidade/mês. A = Carga horária total da especialidade multiplicado por 4 semanas B = Total de vagas a serem ofertadas: 0,25 x A Cálculo: Cirurgião Dentista 20h: A= 20h semanais X 4 semanais = 80h mensais. B= 0,25 X 80 = 20 vagas por mês. (quantidade mínima) Cirurgião Dentista 40h::

	A= 40h semanais X 4 semanais = 160h mensais. B= 0,25 X 160 = 40 vagas por mês. (quantidade mínima) Periodontia Fator multiplicador: 0,3 paciente novo/hora disponível na especialidade/mês. Cálculo: Cirurgião Dentista 20h: A= 20h semanais X 4h semanais = 80h mensais. B= 0,3 X 80 = 24 vagas por mês. (quantidade mínima) Cirurgião Dentista 40h: A= 40h semanais X 4h semanais = 160h mensais. B= 0,3 X 160 = 48 vagas por mês. (quantidade mínima) Estomatologia, Odontologia para a Pessoa com Deficiência e Pacientes com Necessidades Especiais (PCD), Prótese, Odontopediatria, DTM. Fator multiplicador: 0,2 paciente novo/hora disponível na especialidade/mês. Cálculo: Cirurgião Dentista 20h: A= 20h semanais X 4h semanais = 80h mensais. B= 0,2 X 80 = 16 vagas por mês. (quantidade mínima) Cirurgião Dentista 40h: A= 40h semanais X 4h semanais = 160h mensais. B= 0,2 X 160 = 32 vagas por mês. (quantidade mínima)
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Nota Técnica de Regulação de cada especialidade
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	GEO/DASIS/COASIS/SAIS
Coordenador da Pactuação	GEO/DASIS/COASIS/SAIS
Descrição da Meta	100%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

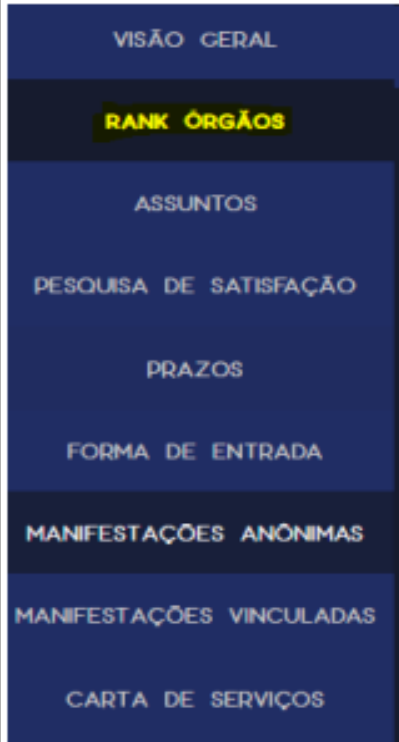
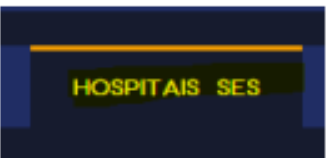
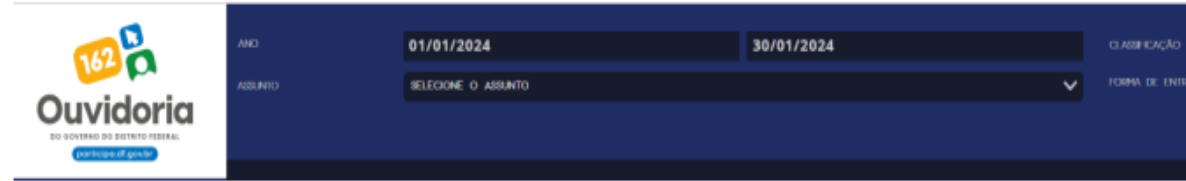
POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de vagas ofertadas como primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
<i>Passo a passo para coletar o Numerador:</i>	
1	Acesse o Processo SEI número 00060-00191400/2023-04
2	Verifique e registre o número total de vagas ofertadas na Região.
<i>Passo a passo para coletar o Denominador</i>	
1	Elabore uma tabela em excel com 5 colunas..
2	Na coluna 1, insira os nomes dos cirurgiões-dentistas que atuam nos CEOs da Região
3	Na coluna 2, insira a especialidade odontológica de cada profissional.
4	Na coluna 3, insira a carga horária mensal de cada profissional, - Para profissionais com carga horas de 20 horas semanais: 20h x 4 semanas = 80 horas/mês. - Para profissionais com carga horas de 40 horas semanais: 40h x 4 semanas = 160 horas/mês.
5	Na coluna 4, insira o parâmetro mínimo de vagas a serem ofertadas por especialidade, conforme Nota Técnica. (0,2 ; 0,25 ou 0,3 a depender da especialidade)
6	Na coluna 5, calcule a quantidade de vagas a serem ofertadas por cada profissional , multiplicando o valor da Coluna 3 (carga horária mensal) pelo valor da Coluna 4 (parâmetro mínimo da especialidade).
7	O valor obtido em cada linha da coluna 5 representa o número mínimo de vagas que deve ser ofertado por cada profissional.
8	Para obter o denominador - some todos os valores da Coluna 5 , que representará o total mínimo de vagas a serem ofertadas na Região.
9	Para as Regiões que possuem dois CEOs (Norte, Oeste, Sudoeste e Central), some os valores das duas unidades.
Extração do RESULTADO:	
1	Número de vagas ofertadas pela Região/ Número mínimo de vagas que a Região deve ofertar.
9	Multiplicar o resultado por 100.
OBSERVAÇÕES	
A área técnica disponibiliza nos processos SEIs que envia às Regiões de Saúde trimestralmente o resultado do Indicador para que os gestores possam conferir, auditar e sinalizar em caso de divergência de dados.	

Indicador 27: Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 27
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.
Conceituação	A atividade de ouvidoria é regulamentada pela Lei 4.896/2012, Lei 6.519/2020, Decretos 36.462/2015 e 39.723/2019. As ouvidorias do GDF são monitoradas pela Ouvidoria-Geral do Distrito Federal e possuem indicadores de desempenho. Dentre esses indicadores, temos a satisfação com a resposta entregue ao usuário que é avaliada por ele nas tipologias reclamação, solicitação e denúncia.
Usos	Ao melhorar a qualidade da resposta reduzimos a insatisfação dos usuários dos serviços públicos da SES-DF, inclusive, apresentando melhorias nesses serviços, pois, ao se avaliar uma resposta também existe a preocupação com a qualidade dos serviços prestado, principalmente pela ótica desse cidadão que apontou o problema.
Limitações	Para se avaliar corretamente uma resposta a uma manifestação faz-se necessário conhecer o serviço envolvido, no entanto, isso não é uma tarefa fácil, pois são muitos serviços e a SESDF, com políticas públicas de saúde de estado e município, é muito complexa. Além disso, para a Unidade Setorial Ouvidoria na ADMC, só é possível a análise da qualidade da resposta por amostragem, por conta do volume de manifestações.
Fonte	A principal fonte de dados é o sistema ParticipaDF (https://www.participa.df.gov.br/), sistema informatizado de ouvidoria do Governo do Distrito Federal. Além dele, faz-se uso do Painel Público de Ouvidoria (http://www.painel.ouv.df.gov.br/dashboard).
Metodologia de Cálculo	O resultado do indicador é obtido por meio do painel da ouvidoria. Para isso, utiliza-se o percentual e o total de manifestações avaliadas disponibilizado no painel de Ouvidoria (escolha a opção Rank Órgãos e depois Hospitais SES para identificar o indicador.  O resultado acima consiste em um numerador com o número de respostas avaliadas como “satisfeitas”. O denominador é o número de manifestações avaliadas. Já o fator multiplicador é 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	N/A

Polaridade	Maior melhor																	
Acumulativo Anual	Não																	
Acumulativo para Pactuação	Não																	
Estratificação	Por Região de Saúde																	
Responsável Técnico	SES/CONT/OUVIDORIA																	
Coordenador da Pactuação	SES/CONT/OUVIDORIA																	
Descrição da Meta	Ao buscar aprimorar a satisfação do usuário em relação às respostas às suas manifestações na ouvidoria, almeja-se estabelecer uma mediação entre esse cidadão e a SES-DF, visando oferecer soluções para os problemas por ele apresentados. Essa abordagem permite inovar na administração pública, promovendo uma maior eficiência dos serviços públicos com ênfase no bem-estar coletivo.																	
	Meta 2025:																	
	<table><tr><td>Central</td><td>Centro-Sul</td><td>Leste</td><td>Norte</td><td>Oeste</td><td>Sudoeste</td><td>Sul</td><td>HMIB</td><td>CRDF</td></tr><tr><td>60%</td><td>64%</td><td>68%</td><td>75%</td><td>69%</td><td>77%</td><td>75%</td><td>65%</td><td>64%</td></tr></table>	Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	HMIB	CRDF	60%	64%	68%	75%	69%	77%	75%	65%
Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	HMIB	CRDF										
60%	64%	68%	75%	69%	77%	75%	65%	64%										

POP - Procedimento Operacional Padrão para a coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acesse o Painel de Ouvidoria http://www.painel.ouv.df.gov.br/dashboard, escolha no menu à esquerda “Rank órgãos” e, depois, Hospitais SES.  
2	Selecione o período (mês) 01/XX/20XX a XX/XX/20XX de apuração 
3	Clique em filtrar  do lado direito superior do painel.
4	Verifique a última coluna (Resposta) correspondente à satisfação com a resposta onde estará especificada a porcentagem relativa ao desempenho da respectiva ouvidoria com relação à satisfação com a resposta.

HOSPITAIS SES									
Posição	Órgão	Resposta/Total	Ord. Manifestações	Resposta no Prazo	Recomendação	Satisfação	Atendimento	Retorno	Resposta
1ª	Complexo Regulador	23%	88	100%	47%	48%	82%	73%	42%
2ª	HSC	28%	339	100%	47%	47%	47%	47%	47%
3ª	HEAN	38%	385	100%	8%	72%	80%	82%	81%
4ª	HSC	23%	286	100%	57%	42%	57%	71%	57%
5ª	HET	39%	289	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6ª	HES	44%	242	100%	88%	82%	88%	100%	88%
7ª	HECU	38%	384	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8ª	HELAN	50%	385	100%	0%	0%	0%	0%	0%
9ª	HES	40%	389	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10ª	HEPL	75%	344	100%	0%	0%	0%	0%	0%
11ª	HEBO	14%	402	100%	40%	44%	70%	80%	40%
12ª	HEBU	0%	33	100%	0%	0%	0%	0%	0%
13ª	HCB	47%	140	100%	0%	0%	0%	0%	0%
14ª	HEBP	0%	10	100%	0%	0%	0%	0%	0%
15ª	HAB	0%	2	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Na última coluna, também é possível identificar o denominador, que corresponde ao total de manifestações avaliadas pelos usuários. Observe a figura abaixo:

Atendimento	Sistema	Resposta
32%	75%	42%
57%		
10%		
57%		
100%	100%	100%

manifestações avaliadas:
12

Para o Registro do Monitoramento

Use o percentual e o total de manifestações avaliadas disponibilizado no painel de Ouvidoria (escolha a opção Rank Órgãos e depois Hospitais SES para identificar o indicador).

162

Ouvidoria

Corporativa

01/01/2023

24/07/2023

SELECIONE O ASSUNTO

SELECIONE A FORMA DE ENTRADA

CLASSIFICAÇÃO

SESESDI

SE

SE

SD

SI

SI

EL

SA

SELECIONE A FORMA DE ENTRADA

Visão Geral

Rank Órgãos

Assuntos

Todos os Órgãos

Secretarias

Administrações Regionais

Entidades

Hospitais SES

Hospitais IES

1

Receba informações instantâneas e em tempo real quanto aos indicadores de desempenho do Sistema de Ouvidoria do Estado da Paraíba - SIOESP, agrupando pelos órgãos e entidades que o compõem

↳ Mais dados

Assuntos

Forma de Satisfação

Forma de Entrada

Manifestações Anônimas

Manifestações Vinculadas

Capta de Serviços

HOSPITAIS SES

Posição	Órgão	Resposta/Total	Ord. Manifestações	Resposta no Prazo	Recomendação	Satisfação	Atendimento	Retorno	Resposta
1ª	HAB	73%	89	100%	80%	80%	80%	80%	80%
2ª	HCB	47%	339	100%	88%	88%	88%	88%	88%
3ª	HEBO	9%	439	79%	8%	82%	8%	8%	8%
4ª	HECU	42%	282	100%	8%	84%	84%	84%	84%
5ª	HES	40%	383	100%	78%	79%	77%	85%	78%
6ª	HECU	38%	336	100%	84%	82%	78%	87%	80%
7ª	HET	39%	284	100%	73%	72%	69%	79%	72%
8ª	HEAN	36%	2307	91%	78%	77%	72%	82%	74%
9ª	HES	34%	204	98%	82%	74%	74%	89%	74%
10ª	HEPL	33%	338	100%	8%	78%	70%	85%	79%
11ª	HELAN	33%	388	100%	49%	74%	7%	7%	79%
12ª	Complexo Regulador	3%	4000	100%	80%	78%	71%	83%	77%
13ª	HEBU	33%	340	98%	80%	80%	100%	100%	80%
14ª	HCB	28%	2844	100%	88%	88%	84%	79%	8%
15ª	HEBP	8%	9	99%	100%	100%	100%	100%	100%

Selecione um assunto

OBSERVAÇÕES

O resultado do indicador será calculado pela ferramenta de monitoramento disponibilizada e compartilhada pela área encarregada de acompanhar e analisar os resultados dos Acordos de Gestão. Será apresentado, em percentual, o valor correspondente à satisfação com a resposta fornecida, relativo ao universo de manifestações avaliadas.

O objetivo aqui é tanto a promoção da cultura de avaliação dos serviços quanto a melhoria da satisfação da pessoa usuária dos serviços do SUS com a qualidade da resposta. Os objetivos são alcançados a partir das habilidades de comunicação da pessoa responsável pela ouvidoria e sua equipe ao elaborar a resposta às manifestações de ouvidoria, considerando a tempestividade e a suficiência, e no uso de estratégias como o pré-atendimento (comunicação antes da resposta) e o pós-atendimento (comunicação após a resposta).

Indicador 28: Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 28
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde
Conceituação	Número de casos suspeitos/prováveis de arboviroses digitados no SINAN - ONLINE em até 7 dias da data de notificação pela Região de Saúde em relação ao total de casos notificados.
Usos	Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Rede de Atenção à Saúde; Vigilância Epidemiológica investiga e acompanha todos os casos notificados e digitados no SINAN-Online, recomenda medidas de controle, a Vigilância Ambiental implementa ações de manejo ambiental, controle vetorial e preventivas e para a Rede de Atenção direciona demanda assistencial.
Limitações	Subnotificação de casos, erros de digitação e alterações intencionais na data de notificação
Fonte	SINAN ONLINE
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de casos de (dengue + chikungunya + zika) digitados até 7 dias da data de notificação. Denominador: Total de casos digitados de (dengue + chikungunya + zika) Multiplicador: 100 Para finalmente calcular o indicador: Por exemplo: Cálculo do percentual: $19/20 \times 100 = 95\%$. Resultado satisfatório
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Satisfatório $\geq 95\%$ = Verde / Regular 65 a 89,9% = Amarelo / Não satisfatório $\leq 64,9\%$ = Vermelho
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GVDT
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GVDT
Descrição da Meta	90%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta de dados Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Sistema de Apoio e Logística
INDICADOR	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	No banco de dados extraído do Sinan On Line (para dengue e chikungunya) e do Sinan Net (para zika) realizar os seguintes passos no arquivo DBF
2	Abrir o arquivo em Excel ;
3	Selecionar toda a linha 1 e clicar em “Classificar e filtrar Filtro”
4	Para Zika filtrar a coluna referente ao campo ID_AGRAVO selecionando o CID de Zika (A92.8) no banco de dados NOTINDIV;
5	Na coluna a que se refere o campo “SG_UF” filtrar os casos correspondentes ao DF, código 53;
6	Na coluna a que se refere o campo ID_DISTRICT filtrar as Regiões Administrativas de acordo com a região de saúde que está realizando o monitoramento;
7	Na coluna a que se refere o campo ID_DISTRICT filtrar as Regiões Administrativas de acordo com a região de saúde que está realizando o monitoramento;
8	Criar uma coluna no formato NÚMERO com a seguinte fórmula : (= a coluna referente ao campo DT_DIGITA – a coluna referente ao campo DT_NOTIFIC), para que se identifique a quantidade de dias transcorridos entre a notificação e a digitação; clicar no botão ENTER;
9	Clicar duas vezes no canto inferior direito da célula para a fórmula se estender à toda a coluna;
10	Executar filtro nesta coluna marcando apenas os números de 0 a 7. Esse procedimento deverá ser realizado para cada um dos bancos das arboviroses. A quantidade de casos digitados entre 0 e 7 dias de cada arbovirose deve ser somada;
11	O numerador será a soma das quantidades de casos digitados em até 7 dias de dengue, zika e chikungunya e o denominador será a soma da quantidade de total de casos notificados de dengue, zika e chikungunya no período a que se refere o monitoramento, multiplicado por 100.
OBSERVAÇÕES	
O procedimento descrito acima deverá ser realizado com cada um dos 3 bancos (dengue, zika e chikungunya), para que se obtenha um único valor final.	

Indicador 29: Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES							
Código SESPLAN	Indicador nº 29						
Pactuações	AGR						
Indicador	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.						
Conceituação	Proporção de casos novos de TB pulmonar com diagnóstico por critério laboratorial que apresentaram cura como desfecho, dentre todos os casos novos de TB pulmonar com diagnóstico por critério laboratorial, em um determinado espaço geográfico e período. Os casos pulmonares confirmados por exame laboratorial apresentam chance aumentada de transmitir a doença e, portanto, possuem maior interesse epidemiológico. Este indicador demonstra a efetividade do tratamento e o alcance das metas pactuadas visa a redução da transmissão da doença, diminuindo a ocorrência de casos novos de TB.						
Usos	Analisar a efetividade do tratamento, as ações da vigilância epidemiológica e a Rede de Atenção à Saúde à pessoa com tuberculose e de seus contatos, evitando a disseminação da doença.						
Limitações	Depende do constante monitoramento e da avaliação da “situação de encerramento”, ou seja, elevadas proporções de ignorados/em branco ou transferência sem vinculação afetam o desfecho do tratamento. Um número pequeno de eventos pode gerar grandes variações no indicador, dificultando comparações entre localidades ou ao longo do tempo. Nessas situações, sugere-se utilizar estratégias de suavização, como a média de vários pontos da série ou a agregação dos dados de várias localidades. Além disso, ainda que o indicador seja utilizado como via de regra, há momentos em que se pode optar pelas medidas absolutas, especialmente quando não há pretensão de comparar localidades, e sim de visualizar tendências ao longo do tempo.						
Fonte	SINAN Net						
Metodologia de Cálculo	Número de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial que apresentaram situação de encerramento como cura no ano, no local / Número total de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial no ano, no local X 100.						
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025).						
Periodicidade de Avaliação	Anual						
Unidade de Medida	Proporção						
Parâmetro	Bom ≥ 85% Regular 75% a 84,9% Ruim < 74,9%						
Polaridade	Maior melhor						
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)						
Acumulativo para Pactuação	Não						
Estratificação	Por Região de Saúde						
Responsável Técnico	SVS/Divep/Gevist						
Coordenador da Pactuação	SVS/Divep/Gevist						
Descrição da Meta	Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul
	62,8%	74,9%	56,8%	56,7%	54,7%	78,8%	50%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR																									
TEMA	Sistema de apoio e logística																								
INDICADOR	Percentual de cura dos casos de tuberculose																								
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR																									
CÁLCULO DO NUMERADOR																									
1ª Etapa	Número de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial que apresentaram situação de encerramento como cura no período, no local: Realizar a tabulação da situação de encerramento dos casos novos de CURA TB pulmonar. No Tabwin, clicar em "Executar tabulação" Selecionar: • Diretório Z:\ • Drives: z:\sivita\basedbf • Arquivo de definição: TuberculolNET5_0_Atual.def • Clicar em: Abre DBF • 1- Selecionar os campos abaixo e, em seguida, clique no botão “Executar”.																								
	<table border="1"> <tr> <td>ARQUIVO DE DEFINIÇÃO</td> <td>z:\sivita\basedbf - TuberculolNET5_0_Atual.def</td> </tr> <tr> <td>LINHAS</td> <td>Região de Saúde Atual</td> </tr> <tr> <td>COLUNAS</td> <td>Situação Encerra.</td> </tr> <tr> <td>INCREMENTO</td> <td>Frequência</td> </tr> <tr> <td>SELEÇÕES DISPONÍVEIS</td> <td>SELEÇÕES ATIVAS</td> </tr> <tr> <td>*Ano Diagnóstico</td> <td>Selecionar ano de interesse</td> </tr> <tr> <td>*Mês Diagnóstico</td> <td>Selecionar mês de interesse</td> </tr> <tr> <td>UF Residência</td> <td>Distrito Federal</td> </tr> <tr> <td>Tipo de entrada</td> <td>Caso novo, Não sabe e Pós-óbito</td> </tr> <tr> <td>Forma</td> <td>Pulmonar, Pulmonar + Extrapulmonar</td> </tr> <tr> <td>Situação Encerra.</td> <td>Cura</td> </tr> <tr> <td>NÃO CLASSIFICADOS</td> <td>Incluir</td> </tr> </table>	ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	z:\sivita\basedbf - TuberculolNET5_0_Atual.def	LINHAS	Região de Saúde Atual	COLUNAS	Situação Encerra.	INCREMENTO	Frequência	SELEÇÕES DISPONÍVEIS	SELEÇÕES ATIVAS	*Ano Diagnóstico	Selecionar ano de interesse	*Mês Diagnóstico	Selecionar mês de interesse	UF Residência	Distrito Federal	Tipo de entrada	Caso novo, Não sabe e Pós-óbito	Forma	Pulmonar, Pulmonar + Extrapulmonar	Situação Encerra.	Cura	NÃO CLASSIFICADOS	Incluir
	ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	z:\sivita\basedbf - TuberculolNET5_0_Atual.def																							
	LINHAS	Região de Saúde Atual																							
	COLUNAS	Situação Encerra.																							
	INCREMENTO	Frequência																							
	SELEÇÕES DISPONÍVEIS	SELEÇÕES ATIVAS																							
	*Ano Diagnóstico	Selecionar ano de interesse																							
	*Mês Diagnóstico	Selecionar mês de interesse																							
	UF Residência	Distrito Federal																							
Tipo de entrada	Caso novo, Não sabe e Pós-óbito																								
Forma	Pulmonar, Pulmonar + Extrapulmonar																								
Situação Encerra.	Cura																								
NÃO CLASSIFICADOS	Incluir																								
Ver anexo																									
2. Nos ícones, clique em  “Salvar” e salve no Excel como: CURA TB PULMONAR.																									

2ª Etapa	– Realizar a tabulação da situação de encerramento dos casos novos de TB pulmonar SEM confirmação laboratorial. 1. Selecione os campos abaixo e, em seguida, clique no botão “Executar” <table border="1" data-bbox="336 293 1445 963"> <tr> <td>ARQUIVO DE DEFINIÇÃO</td><td>z:\\sivitais\\basedbf - TuberculoINET5_0_Atual.def</td></tr> <tr> <td>LINHAS</td><td>Região de Saúde Atual</td></tr> <tr> <td>COLUNAS</td><td>Situação Encerra.</td></tr> <tr> <td>INCREMENTO</td><td>Frequência</td></tr> <tr> <td>SELEÇÕES DISPONÍVEIS</td><td> SELEÇÕES ATIVAS *Ano Diagnóstico *Mês Diagnóstico Tipo de entrada UF Residência Forma Bacilosc. escarro 2ª Bacilosc. escarro Cultura Escarro Cultura Material Teste rápido TB Situação Encerra. </td></tr> <tr> <td>NÃO CLASSIFICADOS</td><td>Incluir</td></tr> </table> *Ver anexo 2. - Nos ícones, clique em  “Salvar” e salve no Excel como: CURA TB PULMONAR SEM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL.	ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	z:\\sivitais\\basedbf - TuberculoINET5_0_Atual.def	LINHAS	Região de Saúde Atual	COLUNAS	Situação Encerra.	INCREMENTO	Frequência	SELEÇÕES DISPONÍVEIS	SELEÇÕES ATIVAS *Ano Diagnóstico *Mês Diagnóstico Tipo de entrada UF Residência Forma Bacilosc. escarro 2ª Bacilosc. escarro Cultura Escarro Cultura Material Teste rápido TB Situação Encerra.	NÃO CLASSIFICADOS	Incluir
ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	z:\\sivitais\\basedbf - TuberculoINET5_0_Atual.def												
LINHAS	Região de Saúde Atual												
COLUNAS	Situação Encerra.												
INCREMENTO	Frequência												
SELEÇÕES DISPONÍVEIS	SELEÇÕES ATIVAS *Ano Diagnóstico *Mês Diagnóstico Tipo de entrada UF Residência Forma Bacilosc. escarro 2ª Bacilosc. escarro Cultura Escarro Cultura Material Teste rápido TB Situação Encerra.												
NÃO CLASSIFICADOS	Incluir												
3ª Etapa	No Excel, calcule: CURA TB PULMONAR – (subtração) CURA TB PULMONAR SEM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL, que equivale ao numerador (Número de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial que apresentaram situação de encerramento como cura)												
CÁLCULO DO DENOMINADOR													
1ª Etapa	Número total de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial no período, no local Realizar a tabulação do total de casos novos de TB pulmonar. No Tabwin, clicar em "Executar tabulação" Selecionar: • Diretório Z:\ • Drives: z:\\sivitais\\basedbf • Arquivo de definição: TuberculoINET5_0_Atual.def • Clicar em: Abre DBF 1. Selecionar os campos abaixo e, em seguida, clique no botão “Executar”.												

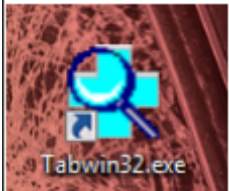
	<table border="1"> <tr> <td>ARQUIVO DE DEFINIÇÃO</td><td>z:\sivitais\basedbf - TuberculolNET5_0_Atual.def</td></tr> <tr> <td>LINHAS</td><td>Regiao Saude Atual</td></tr> <tr> <td>COLUNAS</td><td>Ano Diagnóstico</td></tr> <tr> <td>INCREMENTO</td><td>Frequência</td></tr> <tr> <td>SELEÇÕES DISPONÍVEIS Ano Diagnóstico *Mês Diagnóstico UF Residência Tipo de entrada Situação Encerra. Forma</td><td>SELEÇÕES ATIVAS Ano de interesse Selecionar mês/período de interesse Distrito Federal Caso novo, Não sabe e Pós-óbito Todos, exceto Mudança de diagnóstico Pulmonar e Pulmonar + Extrapulmonar</td></tr> <tr> <td>NÃO CLASSIFICADOS</td><td>Incluir</td></tr> </table> *Ver anexo 2. Nos ícones, clique em “Salvar” e salve no Excel como: CASOS NOVOS PULMONARES	ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	z:\sivitais\basedbf - TuberculolNET5_0_Atual.def	LINHAS	Regiao Saude Atual	COLUNAS	Ano Diagnóstico	INCREMENTO	Frequência	SELEÇÕES DISPONÍVEIS Ano Diagnóstico *Mês Diagnóstico UF Residência Tipo de entrada Situação Encerra. Forma	SELEÇÕES ATIVAS Ano de interesse Selecionar mês/período de interesse Distrito Federal Caso novo, Não sabe e Pós-óbito Todos, exceto Mudança de diagnóstico Pulmonar e Pulmonar + Extrapulmonar	NÃO CLASSIFICADOS	Incluir
ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	z:\sivitais\basedbf - TuberculolNET5_0_Atual.def												
LINHAS	Regiao Saude Atual												
COLUNAS	Ano Diagnóstico												
INCREMENTO	Frequência												
SELEÇÕES DISPONÍVEIS Ano Diagnóstico *Mês Diagnóstico UF Residência Tipo de entrada Situação Encerra. Forma	SELEÇÕES ATIVAS Ano de interesse Selecionar mês/período de interesse Distrito Federal Caso novo, Não sabe e Pós-óbito Todos, exceto Mudança de diagnóstico Pulmonar e Pulmonar + Extrapulmonar												
NÃO CLASSIFICADOS	Incluir												
2ª Etapa	– Executar a segunda tabulação 1. Selecionar os casos novos pulmonares não confirmados laboratorialmente; <table border="1"> <tr> <td>ARQUIVO DE DEFINIÇÃO</td><td>z:\sivitais\basedbf - TuberculolNET5_0_Atual.def</td></tr> <tr> <td>LINHAS</td><td>Regiao Saude Atual</td></tr> <tr> <td>COLUNAS</td><td>Ano Diagnóstico</td></tr> <tr> <td>INCREMENTO</td><td>Frequência</td></tr> <tr> <td>SELEÇÕES DISPONÍVEIS Ano Diagnóstico *Mês Diagnóstico UF Residência Tipo de entrada Situação Encerra. Forma Bacilosc. Escarro 2ª Bacilosc. Escarro Cultura Escarro Teste rápido TB</td><td>SELEÇÕES ATIVAS Ano de interesse Selecionar mês/período de interesse Distrito Federal Caso novo, Não sabe e Pós-óbito Todos, exceto Mudança de diagnóstico Pulmonar e Pulmonar + Extrapulmonar Todos, exceto positivo Todos, exceto positivo Todos, exceto positivo Todos, exceto Detect sensível rifamp, Detect resistente rifamp</td></tr> <tr> <td>NÃO CLASSIFICADOS</td><td>Incluir</td></tr> </table> *Ver anexo 2. Salve a tabela como: CASOS NOVOS PULMONARES NÃO CONF LAB	ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	z:\sivitais\basedbf - TuberculolNET5_0_Atual.def	LINHAS	Regiao Saude Atual	COLUNAS	Ano Diagnóstico	INCREMENTO	Frequência	SELEÇÕES DISPONÍVEIS Ano Diagnóstico *Mês Diagnóstico UF Residência Tipo de entrada Situação Encerra. Forma Bacilosc. Escarro 2ª Bacilosc. Escarro Cultura Escarro Teste rápido TB	SELEÇÕES ATIVAS Ano de interesse Selecionar mês/período de interesse Distrito Federal Caso novo, Não sabe e Pós-óbito Todos, exceto Mudança de diagnóstico Pulmonar e Pulmonar + Extrapulmonar Todos, exceto positivo Todos, exceto positivo Todos, exceto positivo Todos, exceto Detect sensível rifamp, Detect resistente rifamp	NÃO CLASSIFICADOS	Incluir
ARQUIVO DE DEFINIÇÃO	z:\sivitais\basedbf - TuberculolNET5_0_Atual.def												
LINHAS	Regiao Saude Atual												
COLUNAS	Ano Diagnóstico												
INCREMENTO	Frequência												
SELEÇÕES DISPONÍVEIS Ano Diagnóstico *Mês Diagnóstico UF Residência Tipo de entrada Situação Encerra. Forma Bacilosc. Escarro 2ª Bacilosc. Escarro Cultura Escarro Teste rápido TB	SELEÇÕES ATIVAS Ano de interesse Selecionar mês/período de interesse Distrito Federal Caso novo, Não sabe e Pós-óbito Todos, exceto Mudança de diagnóstico Pulmonar e Pulmonar + Extrapulmonar Todos, exceto positivo Todos, exceto positivo Todos, exceto positivo Todos, exceto Detect sensível rifamp, Detect resistente rifamp												
NÃO CLASSIFICADOS	Incluir												
3ª Etapa	No Excel, calcule: CASOS NOVOS PULMONARES – (subtração) CASOS NOVOS PULMONARES NÃO CONF LAB, que equivale ao denominador (Número total de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial no ano, no local) Calcule o indicador												

	Número de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial que apresentaram situação de encerramento como cura no período, no local / Número total de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial no período, no local
OBSERVAÇÕES Dados encaminhado via SEI pela área técnica	
ANEXO QUADRO DE EXTRAÇÃO - DISTRITO FEDERAL	
MÊS MONITORAMENTO (ANO CORRENTE)	Quais casos devo considerar para análise? Considerar NOVE meses anteriores ao mês de monitoramento)
1º ciclo (JAN)	Considera o desfecho dos casos diagnosticados de JAN a ABR do ANO ANTERIOR
2º ciclo (FEV)	Considera o desfecho dos casos diagnosticados de JAN a MAI do ANO ANTERIOR
3º ciclo (MAR)	Considera o desfecho dos casos diagnosticados de JAN a JUN do ANO ANTERIOR
4º ciclo (ABR)	Considera o desfecho dos casos diagnosticados de JAN a JUL do ANO ANTERIOR
5º ciclo (MAI)	Considera o desfecho dos casos diagnosticados de JAN a AGO do ANO ANTERIOR
6º ciclo (JUN)	Considera o desfecho dos casos diagnosticados de JAN a SET do ANO ANTERIOR
7º ciclo (JUL)	Considera o desfecho dos casos diagnosticados de JAN a OUT do ANO ANTERIOR
8º ciclo (AGO)	Considera o desfecho dos casos diagnosticados de JAN a NOV do ANO ANTERIOR
9º ciclo (SET)	Considera o desfecho dos casos diagnosticados de JAN a DEZ do ANO ANTERIOR
10º ciclo (OUT)	Considera o desfecho dos casos diagnosticados em JAN do ANO CORRENTE
11º ciclo (NOV)	Considera o desfecho dos casos diagnosticados de JAN e FEV do ANO CORRENTE
12º ciclo (DEZ)	Considera o desfecho dos casos diagnosticados de JAN a MAR do ANO CORRENTE

Indicador 30: Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 30
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde.
Conceituação	Número de indivíduos examinados entre os contatos intradomiciliares indicados pelo caso confirmado dentro do período da avaliação.
Usos	Vigilância Epidemiológica e Rede de Atenção à Saúde. Indicador importante para avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção precoce e interrupção de transmissão no território.
Limitações	Subnotificações, Incompletudes e inconsistências das fichas, dificuldade quanto ao retorno das informações referentes ao tratamento e acompanhamento da UBS para a Vigilância DIRAPS
Fonte	SINAN Net
Metodologia de Cálculo	Numerador: contatos intradomiciliares examinados referentes aos casos novos residentes em determinada Região de Saúde e diagnosticados no ano de avaliação. Denominador: total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados no ano e no período de avaliação Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Bom $\geq 75\%$ Regular 50% a 74,9% Não satisfatório: $< 50\%$
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GVDT
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GVDT
Descrição da Meta	$\geq 75\%$

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar tabulador de dados tabwin  1ª Etapa: Executar no TabWin a tabulação de contatos intradomiciliares registrados de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano da avaliação.
2	2ª Etapa: LINHAS: Região de Saúde Atual (clicar em suprimir linhas zeradas) COLUNAS: Não ativa- (clicar em suprimir colunas zeradas) INCREMENTO: Marcar Contato registrado e Contato examinado (selecionar os dois campos segurando a tecla Ctrl) SELEÇÕES DISPONÍVEIS: ANO DIAGNÓSTICO: Selecione o ano da avaliação (ex: 2025) MÊS DA NOTIFIC: Selecione o período a ser avaliado (Selecione os meses anteriores cumulativos. Ex: em Março selecione o mês de Janeiro e Fevereiro com a tecla Ctrl) MODO DE ENTRADA: Selecione “ Caso Novo” TIPO DE SAÍDA: Selecione todas, exceto erro diagnóstico, utilizando a tecla “ctrl” e o mouse simultaneamente. OBS: Na opção transferências, selecionar apenas: transf. para o mesmo município. UF RESIDÊNCIA: Distrito Federal REGIÃO DE SAÚDE ATUAL: Selecionar com a tecla Ctrl e as RA's da região a ser avaliada. NÃO CLASSIFICADOS: Marcar “Incluir” Clicar em Executar
3	3ª Etapa: No Menu Operações, escolha a opção: Calcular indicador e selecione: Numerador - Contato Examinado Denominador: Contato Registrado Escala: 100 Casas decimais: 0 ou 1 Título da coluna - % Contatos Examinados
OBSERVAÇÕES	

Indicador 31: Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 31
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, zika e chikungunya) investigadas e encerradas em até 60 dias a partir da data de notificação por região de saúde
Conceituação	Número de casos de arboviroses (dengue, zika e chikungunya) investigados e encerrados em até 60 dias a partir da data de notificação por região de saúde em relação ao total de casos notificados no período monitorado.
Usos	O objetivo deste indicador refere-se à oportunidade de encerramento da notificação afim de garantir a qualidade do banco de dados das arboviroses, além de subsidiar as ações de prevenção e controle das doenças.
Limitações	Data de encerramento em branco, incompletude ou inconsistências dos dados registrados que impeçam a localização do paciente pra investigação do caso e erros de digitação..
Fonte	SINAN On line
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de fichas de notificação de dengue, zika e chikungunya investigadas e encerradas em até 60 dias a partir da data de notificação no período monitorado Denominador: total de fichas de notificação de dengue, zika e chikungunya no período monitorado Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Satisfatório $\geq 95\%$ = Verde Regular: 65 a 94,9% = Amarelo Não satisfatório $\leq 64,9\%$ = Vermelho
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Regional de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVP/GVDT
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVP/GVDT
Descrição da Meta	90%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o banco de dados DENGON, CHIKON e NINDINET na pasta compartilhada BASEDBF (\SIVITAIS);
2	Abrir o arquivo em Excel;
3	Selecionar a linha 1 e clicar em "Classificar e filtrar -> Filtro";
4	Para zika (NINDINET) filtrar a coluna referente ao campo ID_AGRAVO e selecionar o CID de zika: A92.8;
5	Na coluna DT_NOTIFIC selecionar o mês a ser monitorado;
6	Na coluna SG_UF filtrar os casos correspondentes aos residentes do Distrito Federal (código 53);
7	Na coluna ID_DISTRIT filtrar o código das regiões administrativas de acordo com a região de saúde que está realizando o monitoramento;
8	Na coluna DT_INVEST e DT_ENCERRA retirar os campos em branco (células vazias);
9	Criar uma coluna no início da planilha no formato NUMERO com a seguinte fórmula: =DT_ENCERRA-DT_NOTIFIC ;
10	Clicar duas vezes no canto inferior direito da célula para a fórmula se estender a toda coluna;
11	Filtrar os números de 0 a 60;
12	A quantidade de fichas encontradas corresponde ao numerador deste banco;
13	Este procedimento deverá ser realizado para cada um dos bancos das arboviroses;
14	O numerador final será a soma dos resultados de cada banco;
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	O denominador será a soma da quantidade de fichas de notificação no período monitorado, mantendo os filtros de DT_NOTIFIC, SG_UF e ID_DISTRIT, para cada um dos bancos avaliados e incluindo os campos em branco (células vazias) nas colunas DT_INVEST e DT_ENCERRA.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Numerador / Denominador x 100 (o resultado será em percentual)
OBSERVAÇÕES	
- Todo o procedimento descrito acima deverá ser realizado com cada um dos três bancos de arboviroses (dengue, zika e chikungunya) para que se obtenha um único valor final. - Por se tratar de um indicador de encerramento em 60 dias a partir da data de notificação, o monitoramento deverá seguir o seguinte cronograma:	
Mês monitorado	Período para preenchimento

Janeiro	Dias 01 a 15 de abril
Fevereiro	Dias 01 a 15 de maio
Março	Dias 01 a 15 de junho
Abril	Dias 01 a 15 de julho
Maio	Dias 01 a 15 de agosto
Junho	Dias 01 a 15 de setembro
Julho	Dias 01 a 15 de outubro
Agosto	Dias 01 a 15 de novembro
Setembro	Dias 01 a 15 de dezembro
Outubro	Dias 01 a 15 de janeiro do ano subsequente
Novembro	Dias 01 a 15 de fevereiro do ano subsequente
Dezembro	Dias 01 a 15 de março do ano subsequente

Indicador 32: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 32
Pactuações	AGR
Indicador	Número de notificações por acidente de trabalho / agravos relacionados ao trabalho
Conceituação	O indicador monitora o número de notificações por acidente de trabalho /agravos relacionados ao trabalho. De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (2022), a notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à Saúde para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. A partir delas são adotadas ações de promoção, proteção e controle. Diversos estudos apontam que há subnotificação dos casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho. São de notificação compulsória os seguintes agravos relacionados ao trabalho (Portaria nº 508, edição nº 241 do Diário Oficial do Distrito Federal (DODF), página 41): • Acidente de Trabalho • Acidente de Trabalho com Material Biológico • Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho • Câncer relacionado ao Trabalho • Dermatoses Ocupacionais • Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) • Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) • Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho • Pneumoconioses relacionadas ao trabalho • Transtornos mentais relacionados ao trabalho. Ainda é necessário um esforço para que as unidades notificadoras, bem como as respectivas equipes assistenciais, informem todos os casos, implicando em uma atuação mais eficiente e eficaz da vigilância em saúde do trabalhador. De acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, trabalhador é todo homem e mulher, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado. Entretanto, conforme OFÍCIO CIRCULAR Nº 3/2020/DASST/SVS/MS (Assunto: Dúvidas e respostas sobre a Nota Informativa 94/2019 - DSAST/SVS/MS – Definição de novos casos da ficha de agravos e doenças relacionadas ao trabalho), deve-se evitar o registro das seguintes ocupações: Estudante, Dona de Casa, Aposentado/Pensionista, Desempregado Crônico Ou Cuja Habitação Habitual Não Foi Possível Obter e Presidiário, pois não constam na relação da CBO 2002. Agravos e doenças ocorridos com estas classificações, inseridas pelo Sinan, não são ocupacionais. Nas fichas do Sinan o campo OCUPAÇÃO deve ser preenchido com alguma opção da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). A CBO, instituída pela Portaria Ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, do Ministério do Trabalho e Emprego, é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdo das ocupações (profissões) do mercado de trabalho brasileiro (Ver: http://portalfat.mte.gov.br/wpcontent/uploads/2016/04/CBO2002_Liv3.pdf). O campo ocupação (CBO) no Sinan é de preenchimento obrigatório para agravos e doenças relacionadas ao trabalho de notificação compulsória, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 4 e 5. A busca do CBO mais adequado, no Sinan net, é feita nominalmente e não pelo código, digitando o símbolo % na frente do nome da ocupação.

	Com relação às notificações de Doenças e Agravos ocorridos com trabalhadores, na situação de estagiários, todas as doenças e agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória ocorridos com estagiários devem ser notificados. No campo 31-OCUPAÇÃO, deve-se registrar a ocupação relativa ao estágio (ou trabalho) que estava sendo executado e que está associado ao agravo ou doença, por exemplo, Técnico em Enfermagem, Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Fisioterapeuta, Técnico em Agropecuária etc... E no campo 32- Situação no Mercado de Trabalho, registrar o número 12-Outros e escrever ESTAGIÁRIO OU ESTUDANTE. Nos casos de doenças e agravos ocorridos com crianças e adolescentes com até 17 anos de idade, deve-se proceder o registro da seguinte maneira: No caso de menor aprendiz, legalmente comprovado, preencher o campo 31- OCUPAÇÃO com a profissão que o menor está executando, por exemplo, auxiliar de escritório e o campo 32- SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO com a OPÇÃO 01- EMPREGADO REGISTRADO COM CARTEIRA ASSINADA (Figura 2). No caso de trabalho infantil, ilegalmente comprovado, preencher o campo 31- OCUPAÇÃO com a profissão que o menor está executando, por exemplo, vendedor ambulante de doces e o campo 32- SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO com a OPÇÃO 02 – EMPREGADO NÃO REGISTRADO. Os acidentes de trabalho são decorrentes de causas não naturais, ou seja, causas externas de morbimortalidade. Por exemplo, trabalhador levanta peso excessivo e, agudamente, passa a apresentar dor e limitação de mobilidade do tronco, a dor e a limitação de mobilidade do tronco não foram causadas por uma causa externa de morbimortalidade, não se enquadrando como um acidente de trabalho, mas sim, de doença LER/Dort. A Intoxicação exógena (por substâncias químicas incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados), nela compreendidos os relacionados ao trabalho, devem ser sinalizados no campo 56 da ficha de notificação (A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação?) com marcação com campo <1-sim>.
Usos	Atuar mais estratégica e assertivamente na investigação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores em determinado território
Limitações	Subnotificações de casos
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com extração pelo TABWIN.
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de notificações de acidentes de trabalho e agravos relacionados ao Trabalho com campo ocupação preenchido com CBO
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número Absoluto

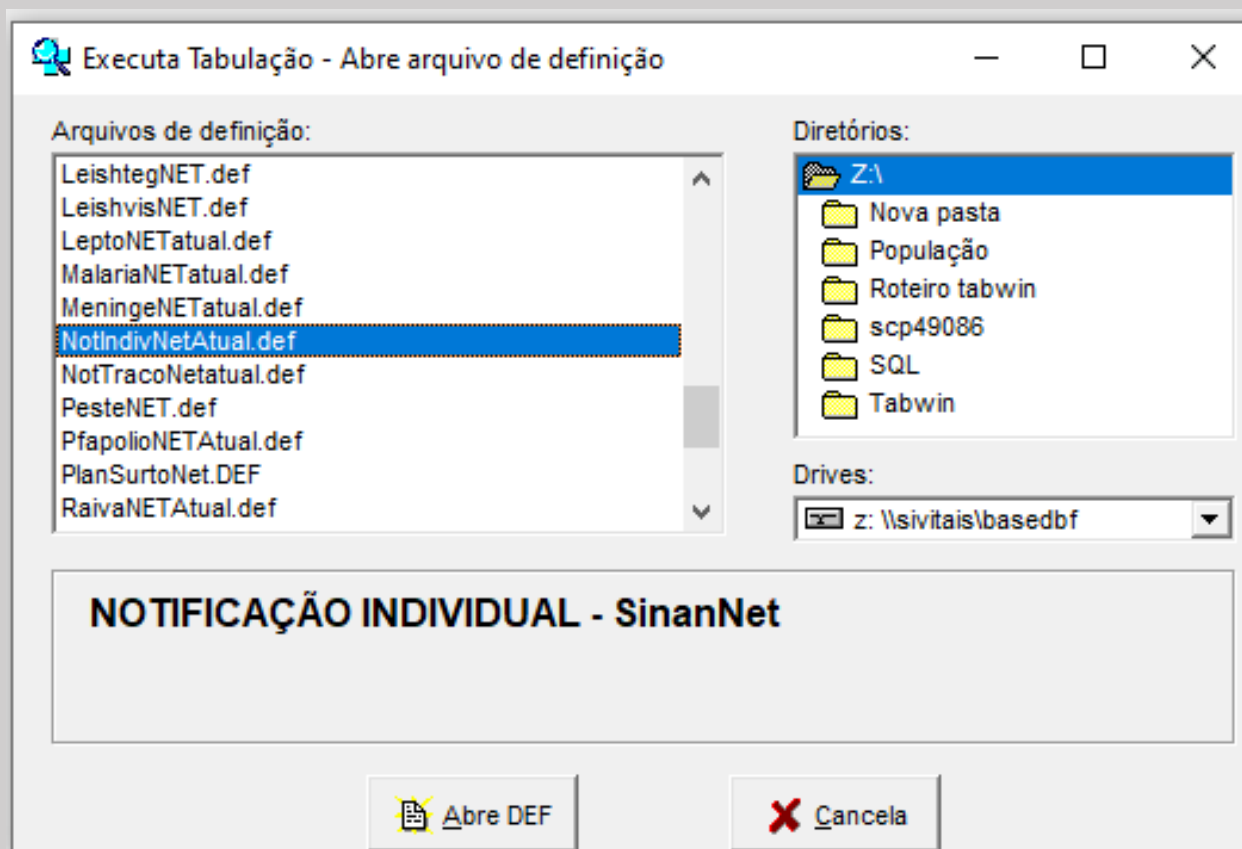
Parâmetro	Série histórica do total de notificações com campo ocupação preenchido com CBO por RAS						
	Unid e Reg Not	2020	2021	2022	2023		
	Região Central	948	1011	1250	1739		
	Região Centro Sul	32	110	85	88		
	Região Leste	73	158	434	821		
	Região Norte	53	714	776	1475		
	Região Oeste	274	172	481	871		
	Região Sudoeste	307	684	837	1227		
	Região Sul	491	484	630	2520		
	Total	2183	3336	4510	8776		
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	CEREST/DISAT/SVS						
Coordenador da Pactuação	CEREST/DISAT/SVS						
Descrição da Meta	Aumentar em 10% o número de notificação por Região de Saúde com campo ocupação preenchido com CBO						
	Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul
	2104	107	993	1054	1785	1485	3049

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Nº de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Abra o Tabwin e clique na opção “Executar tabulação” 
2	Em “Drives:” selecione a pasta Em seguida, procure pela pasta Z:\\sivitais\\basedbf.
3	Encontre o arquivo de definição NotIndivNetAtual.def
4	Clique em “Abra o DEF”.
5	Em “Linhas”, deve ser selecionada a opção “Unid e Reg Not”.
6	Em “Colunas”, deve ser selecionada a opção “Mês da Notific”. Manter selecionada a opção “Suprimir colunas zeradas”.
7	Em “Incremento”, manter marcado “Frequência”.
8	Em “Seleções disponíveis”, deve ser selecionada a opção “Agravos Saúde Trab”. Após, clique em “Incluir”.
9	Em “Categorias selecionadas”, marque todos os agravos, EXCETO “Intoxicações Exógenas”. · Acidente de Trabalho c/ Exposição a Material Biológico · Acidente de Trabalho Grave · Câncer relacionado ao Trabalho · Dermatoses Ocupacionais · LER/DORT · PAIR · Pneumoconiose · Transtorno Mental
10	Em “Seleções disponíveis”, deve ser selecionada a opção “Ocupação”. Após, clique em “Incluir”.
11	Em “Categorias selecionadas”, marque todas as ocupações segurando o shift e clicando na primeira e na última ocupação da lista
12	Clique em “localizar categoria” digite 998999 e clique em direção “acima”; segurando a tecla ctrl selecione as opções 998999 (ignorada), 999991 (estudante), 999992 (dona de casa), 999993 (aposentado/pensionista), 999994 (desempregado crônico)
13	Em localizar digite 999995 e clique em direção “abaixo”; segurando a tecla ctrl selecione as opção 999995 (presidiário)
14	Em localizar digite XXX e clique em direção “abaixo”; segurando a tecla ctrl selecione as opção XXX (não informado)
15	Feche a caixa “localizar”
16	No campo “Não classificados”, deve ser selecionada a opção “Incluir”.
17	Clique no botão “Executar”.
18	Feche o arquivo de "log" clicando no botão “Fechar”.

19	Para transferir as Tabulações do Tabwin para o Excel, clique em Editar e Copiar, ou clique direto no botão que aparece em destaque na barra superior  . Esse comando, copia toda a tabela para a Área de Transferência do Windows. Não é possível selecionar e copiar apenas uma parte da tabela.
20	Refaça os passos 1 e 2.
21	Encontre o arquivo de definição IntoxNETatual.def
22	Clique em “Abra o DEF”.
23	Em “Linhas”, deve ser selecionada a opção “Unid e Reg not”.
24	Em “Colunas”, deve ser selecionada a opção “Mes da Notific”. Manter selecionada a opção “Suprimir colunas zeradas”.
25	Em “Incremento”, manter marcado “Frequência”
26	Em “Seleções disponíveis”, deve ser selecionada a opção “Exposição trabalho”. Após, clique em “Incluir”
27	Em “Categorias selecionadas”, marque “Sim”.
28	Refaça os passos 10 a 19
29	Após gerar a base de dados em formato de planilha Excel, filtrar os dados por Região de Saúde, somando os resultados das duas tabelas dentro do período analisado

OBSERVAÇÕES



Z:\NotIndivNetAtual.def

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
Escolar SinanNET	Não ativa	Frequência	z:\WindiNet*.DBF
Raça	Ano da Notific		NINDINET.DBF
Sexo	Mes da Notific		NINDINET_2007.DBF
Gestante	Trim da Notific		NINDINET_2008.DBF
Unid e Reg Not2019	Sem.Epid Notific		NINDINET_2009.DBF
Unidades ICES 2020	Ano Epid notific		NINDINET_2010.DBF
Unid e Reg Not	Ano In.Sint/Acid/D		NINDINET_2011.DBF
Unid Not DST	Mês In.Sint/Acid/D		NINDINET_2012.DBF

☐ Suprimir linhas zeradas
 ☒ Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis:

Agravos REVEH

Agravos Crônicos

Agravos Inter. Nac

Agravos Not.PQAVS

Agravos Not.Imedia

Fx Etária RIPSA6

Seleções ativas:

Agravos Saúde Tr.b

Categorias selecionadas:

Acidente Trabalho c/Exposição a Material Biológico

Acidente de Trabalho Grave

Câncer Relacionado ao Trabalho

Dermatoses Ocupacionais

Intoxicações Exógenas

LER DORT

☐ Testar CRC

☐ Salvar registros

 Não classificados:

☒ Ignorar

☐ Incluir

☐ Discriminar

NumReg Arquivo Tempo

 Executa Tabulação - Abre arquivo de definição

Arquivos de definição:

- HepavirNETAtual.def
- HivGestNETAtual.def
- InfluenzaNETAtual.def
- IntoxNETAtual.def**
- LeishtegNET.def
- LeishvisNET.def
- LeptoNETAtual.def
- MalariaNETAtual.def
- MeningeNETAtual.def
- NotIndivNetAtual.def
- NotTracoNetAtual.def

Diretórios:

- Z:\
 - Nova pasta
 - População
 - Roteiro tabwin
 - scp49086
 - SQL
 - Tabwin

Drives:

z: \svitais\basedbf

INVESTIGAÇÃO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA - Sinan NET

 **Abre DEF**  **Cancela**

Z:\IntoxNETAtual.def

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
Fx Etaria (13)	Não ativa	Frequência	z:\ExogN*.DBF
Idade detalhada	Ano da Notific		IEXOGNET.DBF
Escolar SinanNET	Mes da Notific		IEXOGNET_2007-2010.D
Raça	Trim da Notific		IEXOGNET_2011-2015.D
Sexo	Ano Pri Sintomas		IEXOGNET_2016-2020.D
Cessante	Mes Pri Sintomas		IEXOGNET_2021.DBF
Unid e Reg Not	Trim.Pri Sintomas		IEXOGNET_2022.DBF
Unidades IGES 2020	Sem.Epid Notific		

☐ Suprimir linhas zeradas ☒ Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis

- Expo. agro. 3
- Via exposic. 1
- Via exposic. 2
- Via exposic. 3
- Contaminação
- Tipo de exposição

 **Incluir**  **Excluir**

Seleções ativas

- Exposição trabalho**

 **Executar**  **Cancelar**  **Sair**

 **Localizar categoria**

Categorias selecionadas

- Ign/Branco
- Sim**
- Não

☐ **Testar CRC** 

☐ **Salvar registros**

Não classificados

- ☒ Ignorar
- ☐ Incluir
- ☐ Discriminar

NumReg Arquivo Tempo

Indicador 33: Número de implementação de ações de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 33
Pactuações	AGR
Indicador primário Indicador secundário	Número de implementação de ações de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.
Conceituação	Intervenções assertivas de Qualidade de Vida no Trabalho são capazes de impactar de forma positiva no bem-estar e na saúde dos servidores, resultando em uma vida mais saudável, tanto na perspectiva profissional quanto pessoal, tornando-se, também, uma ferramenta administrativa para melhorar a produtividade, minimizar os impactos do absenteísmo e dos riscos de acidentes e adoecimentos. O Programa de Qualidade de Vida no Trabalho está dividido em <u>cinco eixos temáticos</u> principais, quais sejam: <u>1. Saúde e Bem-estar</u> - ações que visem à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos; <u>2. Profissional</u> - ações que promovam o desenvolvimento de competências, aperfeiçoamento do conhecimento e o aprimoramento das relações socioprofissionais estabelecidas no ambiente de trabalho; <u>3. Estrutura</u> - ações que contemplem a estruturação do ambiente de trabalho nas dimensões de contexto, condições e organização do trabalho; <u>4. Estima</u> - ações que possibilitem a valorização e o reconhecimento do servidor perante seus pares, superiores hierárquicos e sociedade; <u>5. Pessoal</u> - ações que incentivem a conexão trabalho-vida social.
Usos	A implementação do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho promoverá a atenção integral à saúde e valorização dos servidores em sua totalidade, bem como atenção às condições de trabalho, à satisfação profissional e às relações socioprofissionais na perspectiva de promoção à saúde, bem-estar e qualidade de vida no trabalho.
Limitações	1. Recurso financeiro; 2. Falta de entendimento dos servidores e gestores sobre o que é o Programa de Qualidade de Vida no Trabalho; 3. Fonte do dado do indicador não é oficial.
Fonte	Planilha local padronizada nos Núcleos de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho regionais (NSHMTs).
Metodologia de Cálculo	1. Regiões 2025 Numerador: Número de ações implementadas de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF <i>Na análise, é imprescindível especificar o quantitativo de servidores participantes nas ações.</i> Eixo 1 - Saúde e Bem-Estar: Realizar 01 inspeção de segurança no trabalho e ao menos 02 ações no mês. Ações propostas (cada item equivale a 01 ação): Inspeções de segurança do trabalho: • Alimentação saudável; • Atividade física e comportamento sedentário; • Incentivo à adesão das Práticas Integrativas em Saúde;

- Combate ao tabagismo;
- Sobrepeso/obesidade;
- Hipertensão arterial e doenças cardiovasculares;
- Convocação de servidores para a realização de exames médicos ocupacionais periódicos;
- Realização de consultas referentes aos exames médicos ocupacionais periódicos;
- Prevenção de acidentes de trabalho;
- Prevenção contra as hepatites virais;
- Campanhas de vacinação;
- Combate aos vetores;
- Campanhas de prevenção ao assédio moral e sexual;
- Prevenção de acidentes de trânsito;
- Apoio ao aleitamento materno;
- Promoção à saúde mental;
- Prevenção ao câncer de colo de útero e de mama;
- Prevenção ao câncer de próstata;
- Prevenção aos demais tipos de câncer.

Eixo 2 - Profissional: Realizar ao menos 01 capacitação por bimestre.

Ações propostas (cada capacitação equivale a 01 ação):

- Capacitações utilizando temáticas contidas no Programa de Qualidade de Vida no Trabalho (Acesso ao link: [PQVT](#) - página 55), as quais encontram consonância com o Plano de Educação Permanente em Saúde (Acesso ao link: [PEPS](#)): Trilha do Trabalhador; Trilha da Atenção Primária à Saúde; Trilha da Atenção Secundária à Saúde; Trilha da Atenção Hospitalar; Trilha da Vigilância em Saúde; Trilha do Gestor.

Eixo 4 - Estima: Realizar ao menos 01 ação por quadrimestre.

Ações propostas (cada item equivale a 01 ação):

- Festivais de música;
- Concurso de paródias ou poesias sobre temáticas relacionadas à saúde no trabalho;
- Premiação aos servidores destaques (ativos e aqueles prestes à aposentadoria);
- Promoção de ações inclusivas (conscientização que celebre a diversidade, criação de espaços/canais para feedbacks sobre questões de inclusão, fortalecendo o respeito e a empatia)

Meta anual de ações Regiões: 45

2. URD'S - 2025

Numerador: Número de ações implementadas de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF
Na análise, é imprescindível especificar o quantitativo de servidores participantes nas ações.

Eixo 1 - Saúde e Bem-Estar: Realizar 01 inspeção de segurança no trabalho e ao menos 01 ação no mês.

Ações propostas (cada item equivale a 01 ação):

Inspeções de segurança do trabalho:

- Alimentação saudável;
- Atividade física e comportamento sedentário;
- Incentivo à adesão das Práticas Integrativas em Saúde;

	• Combate ao tabagismo; • Sobrepeso/obesidade; • Hipertensão arterial e doenças cardiovasculares; • Convocação de servidores para a realização de exames médicos ocupacionais periódicos; • Realização de consultas referentes aos exames médicos ocupacionais periódicos; • Prevenção de acidentes de trabalho; • Prevenção contra as hepatites virais; • Campanhas de vacinação; • Combate aos vetores; • Campanhas de prevenção ao assédio moral e sexual; • Prevenção de acidentes de trânsito; • Apoio ao aleitamento materno; • Promoção à saúde mental; • Prevenção ao câncer de colo de útero e de mama; • Prevenção ao câncer de próstata; • Prevenção aos demais tipos de câncer. <u>Eixo 2 - Profissional: Realizar ao menos 01 capacitação por quadrimestre.</u> Ações propostas (cada capacitação equivale a 01 ação): • Capacitações utilizando temáticas contidas no Programa de Qualidade de Vida no Trabalho (Acesso ao link: POVT - página 55), as quais encontram consonância com o Plano de Educação Permanente em Saúde (Acesso ao link: PEPS): Trilha do Trabalhador; Trilha da Atenção Primária à Saúde; Trilha da Atenção Secundária à Saúde; Trilha da Atenção Hospitalar; Trilha da Vigilância em Saúde; Trilha do Gestor. <u>Eixo 4 - Estima: Realizar ao menos 01 ação por semestre.</u> Ações propostas (cada item equivale a 01 ação): • Festivais de música; • Concurso de paródias ou poesias sobre temáticas relacionadas à saúde no trabalho; • Premiação aos servidores destaques (ativos e aqueles prestes à aposentadoria); • Promoção de ações inclusivas (conscientização que celebre a diversidade, criação de espaços/canais para feedbacks sobre questões de inclusão, fortalecendo o respeito e a empatia). Meta anual de ações URDS: 29
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número Absoluto

Parâmetro	Regiões: Satisfatório $\geq$ 34 ações no ano; Regular: 23 a 33 ações no ano; Não satisfatório: $<$ 22 ações no ano. URD'S: Satisfatório: $\geq$ 22 ações ao ano; Regular: 15 a 21 ações ao ano; Não satisfatório: $<$ 14 ações ao ano.
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	SIM (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Serão consideradas as ações implementadas por estabelecimento de saúde.
Responsável Técnico	SES/SUGEP/COAP/GSHMT
Coordenador da Pactuação	SES/SUGEP/CIGEC
Descrição da Meta	Ampliar o número de ações de qualidade de vida no trabalho oferecidas. Meta anual de ações para Regiões: 45 Meta anual de ações para URD'S: 29

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de Apoio e Logística
INDICADOR	Número de implementação de ações de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1. CCQVT	Disponibilizar o link, via SEI e e-mail, à Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação – GPMA e aos Núcleos de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho - NSHMT para preenchimento da planilha "Programação Anual de Saúde e Acordo de Gestão Regionalizada 2025";
2. NSHMT	Acessar o link;
3. NSHMT	Preencher, mensalmente, a planilha “Programação Anual de Saúde e Acordo de Gestão Regionalizada 2025”, inserindo o quantitativo de participantes na análise;
4. GPMA	Filtrar e monitorar as informações por NSHMT;
5. GPMA	Preencher, mensalmente, a planilha disponibilizada pela Gerência de Monitoramento e Avaliação de Acordos de Gestão (SES/SUPLANS/CPLANS/DIMOAS/GEMAG).
Importante	Os Núcleos de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho são os responsáveis pela coordenação organizacional das ações de qualidade de vida no trabalho dos Comitês Regionais de Qualidade de Vida no Trabalho (CRQVT).
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Não se aplica
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Somatório da implementação de ações de Qualidade de Vida no Trabalho em cada mês.
OBSERVAÇÕES	
- O preenchimento da planilha considera cada uma das 07 (sete) Regiões de Saúde, considerando a pactuação.	
- Os dados referentes ao número de participantes em cada ação deverão ser registrados em coluna específica.	
- As ações de qualidade de vida no trabalho propostas são coordenadas pelos Comitês Regionais de Qualidade de Vida no Trabalho.	
- É de competência técnica dos NSHMTs a realização de inspeções de segurança no trabalho e exames médicos ocupacionais periódicos.	

- Para fins de monitoramento das ações implementadas, o preenchimento da planilha "Programação Anual de Saúde e Acordo de Gestão Regionalizada 2025" pelos coordenadores dos CRQVTs deverá ser mensal, seguindo, preferencialmente, o seguinte cronograma:

Mês	Período para preenchimento
Janeiro	Dias 01 a 10 de fevereiro
Fevereiro	Dias 01 a 10 de março
Março	Dias 01 a 10 de abril
Abril	Dias 01 a 10 de maio
Maio	Dias 01 a 10 de junho
Junho	Dias 01 a 10 de julho
Julho	Dias 01 a 10 de agosto
Agosto	Dias 01 a 10 de setembro
Setembro	Dias 01 a 10 de outubro
Outubro	Dias 01 a 10 de novembro
Novembro	Dias 01 a 10 de dezembro
Dezembro	Dias 01 a 10 de janeiro do ano subsequente

Indicador 34: Média de participantes por ações educativas realizadas.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 34
Pactuações	AGR
Indicador	Média de participantes por ações educativas realizadas.
Conceituação	O indicador proposto mede a efetividade das ações educativas através da relação entre o número total de participantes envolvidos e o número total de ações educativas realizadas. Essa proporção oferece uma visão clara sobre o alcance e a distribuição dos esforços educacionais, permitindo avaliar a capacidade de engajamento das iniciativas educativas em relação ao seu público-alvo. Um índice alto pode indicar uma boa adesão e impacto das ações educativas, enquanto um índice baixo pode sinalizar necessidade de ajustes na estratégia de implementação ou na comunicação com o público-alvo.
Usos	Monitorar o cumprimento da execução de ações educativas no contexto de saúde pública, a quantidade de ações ofertadas e a adesão dos profissionais, além de identificar possíveis lacunas e promover melhorias no planejamento e execução. Garantir a observância da PORTARIA Nº 741, DE 30 DE SETEMBRO DE 2020.
Limitações	Pode não refletir a qualidade das ações realizadas, apenas sua quantidade.
Fonte	Relatórios das atividades educativas realizadas pelos NEPS em quantidade de ações e adesão dos servidores.
Metodologia de Cálculo	Dividir o número total de participantes em ações educativas pelo número total de ações educativas realizadas no período (mês).
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Média aritmética simples.
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	SES/SUGEP/CIGEC/DIDEP/GES
Coordenador da Pactuação	SES/SUGEP/CIGEC/DIDEP
Descrição da Meta	Ampliar a oferta de ações educativas, aumentar a participação dos servidores e aprimorar o registro das ações realizadas, visando a melhoria dos serviços de saúde. Meta: 100 %

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de Apoio e Logística
INDICADOR	Média de participantes por ações educativas realizadas
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o formulário compartilhado "Ações Educativas - SES-DF 2025 link
2	Preencher as informações referente à Região de Saúde/URD;
3	Preencher a quantidade de servidores capacitados nas ações educativas realizadas no mês.
4	Ao final do ano, a DIDEP/GES fará o compilado por região.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o formulário compartilhado "Ações Educativas - SES-DF 2025";
2	Preencher as informações referente à Região de Saúde/URD;
3	Preencher a quantidade de ações educativas realizadas no mês;
4	Ao final do ano, a DIDEP/GES fará o compilado por região.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Dividir o valor do numerador (número de total de participantes em ações educativas) pelo denominador (número total de ações educativas realizadas).
OBSERVAÇÕES	

Indicador 35: Percentual de leitos hospitalares com sistema de distribuição de medicamentos por dose individualizada implantado.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	Indicador nº 35
Pactuações	AGR (Apenas para URD'S) e AGL Hospitalar.
Indicador	Percentual de leitos hospitalares com sistema de distribuição de medicamentos por dose individualizada implantado.
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. Denominador: Nº total de leitos passíveis de implantação de dose individualizada. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal (Coleta dos dados) Bimestral (Região/Unidade) 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/GAF AE
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 hospitalares com sistema de distribuição de medicamentos por dose individualizada implantado.
PASSO A PASSO PARA COLETA DO NUMERADOR 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 do NFH (Núcleo de Farmácia Hospitalar)”, foram criadas pastas individuais para cada um dos hospitais, as quais estão alocadas nas pastas de caminho “Farmácia Hospitalar – GAFAE/DIASF” > “0. INDICADOR NFH”. A pasta de cada hospital está compartilhada com o e-mail de referência do NFH do hospital correspondente.
2	Fica sob responsabilidade dos chefes dos NFH (ou colaborador representante) o preenchimento mensal da planilha do “Indicador do NFH”.
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 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: $\text{Nº de leitos com dose individualizada} / \text{nº total de leitos passíveis de implementação de dose individualizada} \times 100$.
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; - Leitos passíveis de receber dose individualizada: é o leito no qual o paciente fica internado por mais de 24 horas	

Indicador 36: Percentual de pacientes-dia atendidos pelos Núcleos de Farmácia Clínica.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	Indicador nº 36
Pactuações	AGR (Apenas URD'S) e 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) Denominador: "Pacientes-dia internados no hospital" (para o mesmo mês e hospital) Multiplicador: x100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	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/GAF AE
Coordenador da Pactuação	SES/SULOG/DIASF
Descrição da Meta	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. Segue orientativo: - No sistema trakcare deve-se selecionar o paciente e clicar na aba “Pedido”; - Selecionar um dos procedimentos cadastrados (“descritivo do procedimento – Farmacêutico”, por exemplo: “Revisão da farmacoterapia - Farmacêutico”); - Ao aparecer o procedimento selecionado na aba inferior de pedido clique sobre o nome do procedimento; - Aparecerá uma tela de detalhes sobre o procedimento. Altere o campo “Status”: de “Confirmado C” para “Executado E”; - Clique em “Atualiza”; - Voltará para a tela do pedido e clique novamente em “Atualiza”. - Estes pedidos podem ser visualizados na aba “PEP > PROCEDIMENTOS MULTIPROFISSIONAIS > Farmácia”; 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.	

Indicadores Específicos AGR HMIB

Indicador 1 - HMIB: Número de acessos para 1ª consulta em reprodução humana - Alta Complexidade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 1
Pactuações	AGR
Indicador	Número de acessos para 1ª consulta para reprodução humana - alta complexidade
Conceituação	Número de acessos à primeira consulta em reprodução humana realizada em nível ambulatorial, por mês. O Serviço de Reprodução Humana é referência no DF, sendo mesmo regulado em panoramas 1 e 2.
Usos	Avaliar se haverá aumento de 20% na oferta mensal, em referência à média de atendimentos do ano de 2021 , que foi de 33 atendimentos.
Limitações	Por ser um indicador quantitativo, não permite avaliar aspectos da qualidade dos procedimentos. Nos meses em que há afastamento de profissionais que prestam o serviço a quantidade de RH cai e o indicador também. O indicador não retrata o desempenho dos servidores do HMIB.
Fonte	SISTEMA SISREG III
Metodologia de Cálculo	<i>Nº de vagas ofertadas em 1a consulta (mês) / 1</i>
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Número Inteiro
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior, melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Indicador não Cumulativo
Estratificação	Não se aplica
Responsável Técnico	URHA /HMIB (Unidade de Reprodução Humana Assistida)
Coordenador da Pactuação	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
Descrição da Meta	40 acessos mensais

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Número de acessos para 1ª consulta em reprodução humana
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Para coleta dos dados do Numerador: “Chaves confirmadas de Atendimento”	
1	1. Login do SISREG → 2. ACESSAR RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO => 3. Ambulatorial => 4. CLICAR EM PROCEDIMENTO/UNIDADE EXECUTANTE 5. Selecionar o Procedimento "1ª consulta para reprodução humana" 6. Preencher o Período e Clicar em OK 7. Contabilizar o registro na coluna de “Confirmadas”
OBSERVAÇÕES	

Indicador 2 - HMIB: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 2
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral
Conceituação	Número de casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC), internados na UTI Geral, conforme definição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
Usos	Avaliar a qualidade da assistência, a adesão às boas práticas em relação à inserção, manutenção e Segurança no manejo do CVC. É indicador de segurança
Limitações	Não define a inconformidade que causou a infecção, se no momento da inserção ou na manutenção do cateter, por exemplo.
Fonte	Dados coletados pelo NCIH de observação direta, em visita multidisciplinar e prontuários médicos.
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de casos novos de IPCS no período Denominador: Cateter venoso central – dia no período X 1000
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Taxa ou número absoluto de casos
Parâmetro	4,0 infecções de corrente sanguínea por 1000 CVC – dia
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	N/A
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	NCIH + Equipe UTI Geral
Coordenador da Pactuação	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
Descrição da Meta	4,0

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Dados coletados diretamente em planilha interna da NCIH/HMIB
OBSERVAÇÕES	

Indicador 3 - HMIB: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neo.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 3
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neonatal
Conceituação	Número de casos novos de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes de cateter venoso central, internados na UTIN, conforme definição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
Usos	Avaliar a qualidade da assistência, a adesão às boas práticas, indicador de segurança
Limitações	Não define a inconformidade que causou a infecção, se no momento da inserção ou manutenção, por exemplo.
Fonte	Dados coletados pelo NCIH de observação direta, em visita multidisciplinar e prontuários médicos.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de casos novos de IPCS no período Denominador: Cateter venoso central – dia no período Multiplicador: 1000
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa
Parâmetro	9,5 infecções de corrente sanguínea por 1000 CVC – dia
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por faixa de peso ao nascer: <750g, 750 - 999 g, 1000 – 1499g, 1500-2499g, >2500g
Responsável Técnico	NCIH + Equipe UTIN
Coordenador da Pactuação	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
Descrição da Meta	9,5

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neo
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Dados coletados diretamente em planilha interna da NCIH/HMIB
OBSERVAÇÕES	

Indicador 4 - HMIB: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Pediátrica.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 4
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica
Conceituação	Número de casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC), internados na UTI Pediátrica, conforme definição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
Usos	Avaliar a qualidade da assistência, a adesão às boas práticas em relação à inserção, manutenção e segurança no manejo do CVC. É indicador de segurança.
Limitações	Não define a inconformidade que causou a infecção, se no momento da inserção ou na manutenção do cateter, por exemplo.
Fonte	Dados coletados pelo NCIH de observação direta, em visita multidisciplinar e prontuários médicos.
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de casos novos de IPCS no período Denominador: Cateter venoso central – dia no período X 1000
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa ou número absoluto de casos
Parâmetro	5,9 infecções de corrente sanguínea por 1000 CVC – dia
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Pacientes internados na UTI Geral
Responsável Técnico	NCIH + Equipe UTI Pediátrica
Coordenador da Pactuação	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
Descrição da Meta	2,94 para 2025

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Ped.
1	Dados coletados diretamente em planilha interna da NCIH/HMIB
OBSERVAÇÕES	

Indicador 5 - HMIB: Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 5
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura
Conceituação	O Check List de Cirurgia Segura contempla medidas adotadas para redução do risco de eventos adversos que podem acontecer antes, durante e depois das cirurgias. Eventos adversos cirúrgicos são incidentes que podem resultar em dano ao paciente. A Instituição utiliza o protocolo de cirurgia segura recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essas ações incluem: - Identificação correta do paciente e presença de toda a equipe cirúrgica; - Confirmação do lado a ser operado; - Confirmação do procedimento a ser realizado e planejamento de acesso respiratório e da necessidade de transfusão de sangue; - Posicionamento correto do paciente na mesa cirúrgica; - Disponibilidade de equipamentos e materiais necessários para a cirurgia.
Usos	A análise do indicador da taxa de adesão ao Check List de cirurgia segura 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	
Fonte	Prontuários eletrônicos; Protocolo Cirurgia Segura SES/DF: https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/PROT._Cirurgia_Segura_9_.pdf
Metodologia de Cálculo	Numerador: Total de prontuários com o Checklist de Cirurgia Segura devidamente preenchido Denominador: Total de prontuários auditados x 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Não informado pela área técnica (2022)
Polaridade	Quanto maior melhor
Acumulativo Anual	N/A
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)
Coordenador da Pactuação	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
Descrição da Meta	100%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Percentual de Adesão ao Check List de Cirurgia Segura
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico disponibilizam lista de pacientes submetidos à cirurgias;
2	NQSP realiza auditoria em todos os prontuários dos pacientes submetidos à cirurgias;
3	NQSP consolida dados coletados;
4	Critério de inclusão: ● Estar na lista de procedimentos do Centro Cirúrgico e/ou Centro Obstétrico, ● Ter realizado procedimento cirúrgico com incisão de pele e/ou outras camadas e, ● Pacientes com dados completos e corretos (Mínimo: nome completo sem abreviaturas, data de nascimento, data da cirurgia) tornando possível de serem encontrados no prontuário eletrônico para a auditoria.
5	Critério de exclusão: ● Não estar na lista de procedimentos do Centro Cirúrgico e/ou Centro Obstétrico, ● Procedimentos de natureza diagnóstica e/ou que não há a necessidade de incisão de pele e/ou outras camadas, ● Pacientes com dados incompletos e/ou incorretos (Mínimo: nome completo sem abreviaturas, data de nascimento, data da cirurgia) tornando impossível de serem encontrados no prontuário eletrônico para a auditoria.
OBSERVAÇÕES	
O Objetivo é realizar auditoria de 100% dos prontuários das cirurgias realizadas. Porém há pacientes registrados na lista de cirurgias realizadas que não são encontrados, seja por inconsistências de escrita ou digitação. Dessa forma, mantivemos o número de prontuários auditados e não o número de cirurgias realizadas no denominador. NQSP/HMIB - janeiro 2025.	

Indicador 6 - HMIB: Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador 06
Pactuações	AGR - Acordo de Gestão Regional
Indicador	Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias.
Conceituação	• A “Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias” é um indicador que avalia a eficiência do sistema de saúde na entrega dos resultados de exames citopatológicos do colo do útero dentro de um prazo adequado. • Especificamente, mede o percentual de exames que foram processados e tiveram seus resultados disponibilizados aos pacientes dentro de 30 dias a partir da data de entrada do material no laboratório. • O objetivo é garantir que as mulheres tenham acesso rápido aos resultados, permitindo intervenções precoces caso sejam necessárias e não perdendo a adesão das usuárias. • A Portaria nº 3388 de 30/12/13 - MS redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Em seu artigo 19, § 4º, inciso VII esclarece que um dos dados aferidos durante o monitoramento é o “tempo médio de liberação dos exames, calculado pela soma dos dias transcorridos entre a entrada dos materiais e a liberação dos laudos, dividido pelo total de exames liberados no período, o qual não deve ultrapassar o limite de 30 (trinta) dias a partir da entrada do material no laboratório.
Usos	1. Mapear o percentual de exames citopatológicos, com entrega no prazo máximo de 30 dias. 2. Avaliação da eficiência do serviço de saúde na entrega de resultados de exames citopatológicos em tempo hábil. 3. Planejamento e gestão de recursos de saúde, permitindo que os gestores identifiquem áreas de melhoria e implementem estratégias para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços. 4. Avaliação do desempenho das equipes de saúde na realização e liberação de exames citopatológicos
Limitações	A eventual falta de insumos e inoperância do SISCAN pode afetar o desempenho do indicador.
Fonte	SISCAN
Metodologia de Cálculo	Numerador (N): número de citologias liberadas dentro do prazo de 30 dias. Denominador (N): número total de citologias realizadas no período Resultado = $N/D \times 100$
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Igual ou maior que 70%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não. O resultado é expresso mês a mês.
Acumulativo para Pactuação	Não. O resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Toda a região do DF
Responsável Técnico	NÚCLEO CENTRAL DE CITOPATOLOGIA - SES/HMIB/DAS/GEAD/NCITO
Coordenador da Pactuação	ASCCAN

Descrição da Meta	70%
-------------------	-----

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado	
Acordo de Gestão	
TEMA	Indicadores Específicos AGR HMIB
INDICADOR	Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Criar uma planilha no Excel baseado nos dados registrados no SISCAN
2	Cadastrar todos os exames Colpocitológicos inserindo a data de entrada e data de liberação do resultado.
3	No Excel, lançar o cálculo: data da liberação do resultado subtraindo da data de entrada do material no Laboratório, onde encontramos em quantos dias o laudo foi liberado.
4	Para encontrar a média dos dias da liberação, realizamos no Excel a fórmula: Somatória dos dias transcorridos entre a data da entrada do material no Laboratório e a data da liberação do laudo, dividindo pelo total de exames liberados no período.
5	Para encontrar o numerador: é a somatória de todos os exames que foram liberados dentro do prazo de 30 dias em um determinado período.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	No Excel teremos o número total de exames realizados dentro de um determinado período de tempo (dentro e fora do prazo de 30 dias).
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Numerador (N): número de citologias liberadas dentro do prazo de 30 dias. Denominador (N): número total de citologias realizadas no período Resultado = $N/D \times 100$ Exemplo: Total de exames colpocitológicos realizados no mês de Fevereiro/2024 = 3694 (denominador). Total de exames liberados dentro do prazo de 30 dias = 3680 (numerador). Multiplicar esse resultado da divisão por 100 para obter o percentual de exames liberados dentro do prazo. Cálculo: $3680 / 3694 \times 100 = 99,6 \%$
OBSERVAÇÕES	

Indicador 7- HMIB: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 7
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês
Conceituação	• A taxa de prevalência desse indicador representa a proporção de casos de infecções causadas por germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos, ocasionando infecções em recém-nascidos internados em UTIs e podem ter impacto significativo na morbidade e mortalidade. • Esse indicador é crucial para a gestão da qualidade e segurança em UTIs neonatais, visando proteger os bebês vulneráveis de infecções graves e promover o uso racional de antimicrobianos • Objetivo : Rastreamento de bactérias MR, monitoramento por coorte de pacientes para evitar comorbidades.
Usos	• Coorte dos pacientes colonizados/infectados • Monitoramento da Resistência Bacteriana: ○ Esse indicador permite acompanhar a prevalência de germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos ○ Ajuda a identificar tendências e variações na resistência ao longo do tempo. • Avaliação da Eficácia das Medidas de Controle: ○ A taxa de prevalência reflete a efetividade das estratégias de prevenção e controle de infecções em UTIs neonatais. ○ Permite avaliar se as medidas adotadas estão reduzindo a disseminação de germes multirresistentes. • Tomada de Decisões Clínicas: ○ Os dados desse indicador auxiliam os profissionais de saúde na escolha adequada de antibióticos para tratar infecções neonatais. ○ Contribui para a gestão de riscos e a segurança dos recém-nascidos, orientando as medidas de controle de disseminação de bactérias MR. • Alerta para Intervenções Precoces: ○ Um aumento na taxa de germes multirresistentes pode indicar a necessidade de revisar protocolos de higiene, uso racional de antimicrobianos e práticas de controle de infecções.
Limitações	• Viés de Seleção: A taxa de prevalência é baseada nos casos identificados em um determinado período (geralmente um mês), podendo haver viés de seleção se os casos não forem representativos de toda a população da UTI neonatal. • Variações Temporais e Sazonais: A prevalência de germes multirresistentes pode variar ao longo do ano ou em diferentes estações. Essas flutuações podem afetar a interpretação dos dados mensais. • Subnotificação: Nem todos os casos de infecção podem ser identificados ou notificados. A subnotificação pode levar a uma estimativa subestimada da verdadeira prevalência. • Heterogeneidade dos Pacientes: A UTI neonatal atende a uma variedade de pacientes, incluindo prematuros, bebês a termo e aqueles com condições médicas diversas. A heterogeneidade dos pacientes pode influenciar a taxa de germes multirresistentes. • Uso de Antibióticos: O uso excessivo ou inadequado de antibióticos pode afetar a prevalência de germes multirresistentes. Essa variável deve ser considerada ao interpretar os resultados.
Fonte	Planilha do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar / HMIB

Metodologia de Cálculo	Numerador (N) : total de recém-nascidos colocado em pele a pele ao nascimento Denominador (D) : total de partos realizados no HMIB; Resultado = $N / D \times 100$
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	-
Polaridade	Quanto menor melhor
Acumulativo Anual	Não. O resultado é expresso mês a mês.
Acumulativo para Pactuação	Não. O resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - SES/HMIB/NCIH
Coordenador da Pactuação	RTD Infectologia
Descrição da Meta	0,7%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI MATERNA por mês
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Vigilância diária dos pacientes por meio de antibiogramas.
2	Contagem do número de bactérias MR pelos antibiogramas dos pacientes internados nas respectivas unidades.
3	Alimentação de planilha interna com esses dados.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Estatística do número de pacientes internados na unidade do mês de vigilância .
2	Alimentação de planilha interna.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Percentual entre: Número de bactérias MR / Número de internações na unidade.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 8 - HMIB: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI por NEO mês.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 8
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI NEONATAL por mês - Meta: "em monitoramento"
Conceituação	• A taxa de prevalência desse indicador representa a proporção de casos de infecções causadas por germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos, ocasionando infecções em recém-nascidos internados em UTIs e podem ter impacto significativo na morbidade e mortalidade. • Esse indicador é crucial para a gestão da qualidade e segurança em UTIs neonatais, visando proteger os bebês vulneráveis de infecções graves e promover o uso racional de antimicrobianos • Objetivo : Rastreamento de bactérias MR, monitoramento por coorte de pacientes para evitar comorbidades.
Usos	• Coorte dos pacientes colonizados/infectados • Monitoramento da Resistência Bacteriana: ○ Esse indicador permite acompanhar a prevalência de germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos ○ Ajuda a identificar tendências e variações na resistência ao longo do tempo. • Avaliação da Eficácia das Medidas de Controle: ○ A taxa de prevalência reflete a efetividade das estratégias de prevenção e controle de infecções em UTIs neonatais. ○ Permite avaliar se as medidas adotadas estão reduzindo a disseminação de germes multirresistentes. • Tomada de Decisões Clínicas: Os dados desse indicador auxiliam os profissionais de saúde na escolha adequada de antibióticos para tratar infecções neonatais. ○ Contribui para a gestão de riscos e a segurança dos recém-nascidos, orientando as medidas de controle de disseminação de bactérias MR. • Alerta para Intervenções Precoces: Um aumento na taxa de germes multirresistentes pode indicar a necessidade de revisar protocolos de higiene, uso racional de antimicrobianos e práticas de controle de infecções.
Limitações	• Viés de Seleção: ○ A taxa de prevalência é baseada nos casos identificados em um determinado período (geralmente um mês), podendo haver viés de seleção se os casos não forem representativos de toda a população da UTI neonatal. • Variações Temporais e Sazonais: ○ A prevalência de germes multirresistentes pode variar ao longo do ano ou em diferentes estações. Essas flutuações podem afetar a interpretação dos dados mensais. • Subnotificação: ○ Nem todos os casos de infecção podem ser identificados ou notificados. A subnotificação pode levar a uma estimativa subestimada da verdadeira prevalência. • Heterogeneidade dos Pacientes: ○ A UTI neonatal atende a uma variedade de pacientes, incluindo prematuros, bebês a termo e aqueles com condições médicas diversas. A heterogeneidade dos pacientes pode influenciar a taxa de germes multirresistentes. • Uso de Antibióticos: ○ O uso excessivo ou inadequado de antibióticos pode afetar a prevalência de germes multirresistentes. Essa variável deve ser considerada ao interpretar os resultados.
Fonte	Planilha do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar / HMIB
Metodologia de Cálculo	Numerador (N) : número de casos de germes gram negativos multirresistentes Denominador (D): número de pacientes internados na UTI R = N/D x 100

Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	-
Polaridade	Quanto menor melhor
Acumulativo Anual	Não. O resultado é expresso mês a mês.
Acumulativo para Pactuação	Não. O resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - SES/HMIB/NCIH
Coordenador da Pactuação	RTD Infectologia
Descrição da Meta	4%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI NEONATAL por mês - Meta: "em monitoramento".
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Vigilância diária dos pacientes por meio de antibiogramas.
2	Contagem do número de bactérias MR pelos antibiogramas dos pacientes internados nas respectivas unidades.
3	Alimentação de planilha interna com esses dados.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Estatística do número de pacientes internados na unidade do mês de vigilância .
2	Alimentação de planilha interna.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Percentual entre: Número de bactérias MR / Número de internações na unidade.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 9 - HMIB: Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 9
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês
Conceituação	• A taxa de prevalência desse indicador representa a proporção de casos de infecções causadas por germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos, ocasionando infecções em recém-nascidos internados em UTIs e podem ter impacto significativo na morbidade e mortalidade. • Esse indicador é crucial para a gestão da qualidade e segurança em UTIs neonatais, visando proteger os bebês vulneráveis de infecções graves e promover o uso racional de antimicrobianos • Objetivo : Rastreamento de bactérias MR, monitoramento por coorte de pacientes para evitar comorbidades.
Usos	• Coorte dos pacientes colonizados/infectados • Monitoramento da Resistência Bacteriana: ○ Esse indicador permite acompanhar a prevalência de germes Gram-negativos que apresentam resistência a carbapenêmicos ○ Ajuda a identificar tendências e variações na resistência ao longo do tempo. • Avaliação da Eficácia das Medidas de Controle: ○ A taxa de prevalência reflete a efetividade das estratégias de prevenção e controle de infecções em UTIs neonatais. ○ Permite avaliar se as medidas adotadas estão reduzindo a disseminação de germes multirresistentes. • Tomada de Decisões Clínicas: ○ Os dados desse indicador auxiliam os profissionais de saúde na escolha adequada de antibióticos para tratar infecções neonatais. ○ Contribui para a gestão de riscos e a segurança dos recém-nascidos, orientando as medidas de controle de disseminação de bactérias MR. • Alerta para Intervenções Precoces: ○ Um aumento na taxa de germes multirresistentes pode indicar a necessidade de revisar protocolos de higiene, uso racional de antimicrobianos e práticas de controle de infecções.
Limitações	• Viés de Seleção: ○ A taxa de prevalência é baseada nos casos identificados em um determinado período (geralmente um mês), podendo haver viés de seleção se os casos não forem representativos de toda a população da UTI neonatal. • Variações Temporais e Sazonais: ○ A prevalência de germes multirresistentes pode variar ao longo do ano ou em diferentes estações. Essas flutuações podem afetar a interpretação dos dados mensais. • Subnotificação: ○ Nem todos os casos de infecção podem ser identificados ou notificados. A subnotificação pode levar a uma estimativa subestimada da verdadeira prevalência. • Heterogeneidade dos Pacientes: ○ A UTI neonatal atende a uma variedade de pacientes, incluindo prematuros, bebês a termo e aqueles com condições médicas diversas. A heterogeneidade dos pacientes pode influenciar a taxa de germes multirresistentes. • Uso de Antibióticos: ○ O uso excessivo ou inadequado de antibióticos pode afetar a prevalência de germes multirresistentes. Essa variável deve ser considerada ao interpretar os resultados.
Fonte	Planilha do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar / HMIB
Metodologia de Cálculo	Numerador (N): número de casos de germes gram negativos multirresistentes Denominador (D): número de pacientes internados na UTI $R = N/D \times 100$

Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	-
Polaridade	Quanto menor melhor
Acumulativo Anual	Não. O resultado é expresso mês a mês.
Acumulativo para Pactuação	Não. O resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - SES/HMIB/NCIH
Coordenador da Pactuação	RTD Infectologia
Descrição da Meta	1,6%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de prevalência de germes Gram-negativos multirresistentes em UTI PEDIÁTRICA por mês
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Vigilância diária dos pacientes por meio de antibiogramas.
2	Contagem do número de bactérias MR pelos antibiogramas dos pacientes internados nas respectivas unidades.
3	Alimentação de planilha interna com esses dados.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Estatística do número de pacientes internados na unidade do mês de vigilância .
2	Alimentação de planilha interna.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Percentual entre: Número de bactérias MR / Número de internações na unidade.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 10 - HMIB: Taxa de Reintubação em 48 horas na UTI Neonatal do HMIB.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 10
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Reintubação em 48 horas na UTI Neonatal do HMIB.
Conceituação	Este indicador mede a frequência de re-intubações realizadas em recém-nascidos na UTI Neonatal dentro de 48 horas após uma extubação planejada ou não planejada. Representa a capacidade da equipe de garantir a estabilidade respiratória após a transição do suporte ventilatório invasivo para métodos não invasivos ou espontâneos.
Usos	Avaliar a eficiência do manejo ventilatório e da decisão de extubação. ○ Identificar falhas no planejamento da extubação ou no suporte pós-extubação. ○ Monitorar a capacitação da equipe multiprofissional no manejo respiratório neonatal. ○ Propor intervenções para reduzir taxas de falha e melhorar os desfechos neonatais, como protocolos de desmame e suporte ventilatório.
Limitações	A taxa de reintubação pode ser influenciada por fatores não relacionados à qualidade assistencial, como a gravidade da condição clínica do recém-nascido ou instabilidade hemodinâmica. ○ Não considera re-intubações realizadas por eventos não previsíveis, como apneia grave relacionada a doenças subjacentes. ○ Pode variar significativamente conforme o perfil da unidade, especialmente em casos de prematuridade extrema ou malformações congênitas.
Fonte	Censo da Fisioterapia da UTI Neonatal. Fórmula: $\text{Taxa de Reintubação em 48 horas (\%)} = \left(\frac{\text{Número de RN reintubados em até 48 horas após extubação}}{\text{Número total de RN extubados no período}} \right) \times 100$ Denominador: Número total de recém-nascidos extubados na UTI Neonatal durante o período avaliado. Numerador: Número de recém-nascidos reintubados em até 48 horas após a extubação.
Metodologia de Cálculo	Numerador (R): Número de RN re-intubados até 48 horas após extubação na UTI Neonatal. Denominador (D): Número total de pacientes extubados na UTI Neonatal Resultado = N / D X 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	até 25%
Polaridade	Quanto menor melhor
Acumulativo Anual	Não. O resultado é expresso mês a mês.
Acumulativo para Pactuação	Não. O resultado anual é a média mensal durante o ano.
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	Unidade de Neonatologia
Coordenador da Pactuação	RTD da Neonatologia
Descrição da Meta	Monitoramento

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB
INDICADOR	Taxa de Reintubação em 48 horas na UTI Neonatal do HMIB
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	No Censo da Fisioterapia da UTI Neonatal , coletar o Numerador (R): Número de RN re-intubados até 48 horas após extubação na UTI Neonatal.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	No Censo da Fisioterapia da UTI Neonatal , coletar o Denominador (D): Número total de pacientes extubados na UTI Neonatal.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Realizar o cálculo Resultado = $N / D \times 100$
OBSERVAÇÕES	

Indicador 11- HMIB Percentual de partos normais por ocorrência

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	Indicador nº 11
Pactuações	AGR
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. Denominador: número total de nascidos vivos por ocorrência (nos hospitais públicos) no mesmo período. Multiplicador: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
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	54%

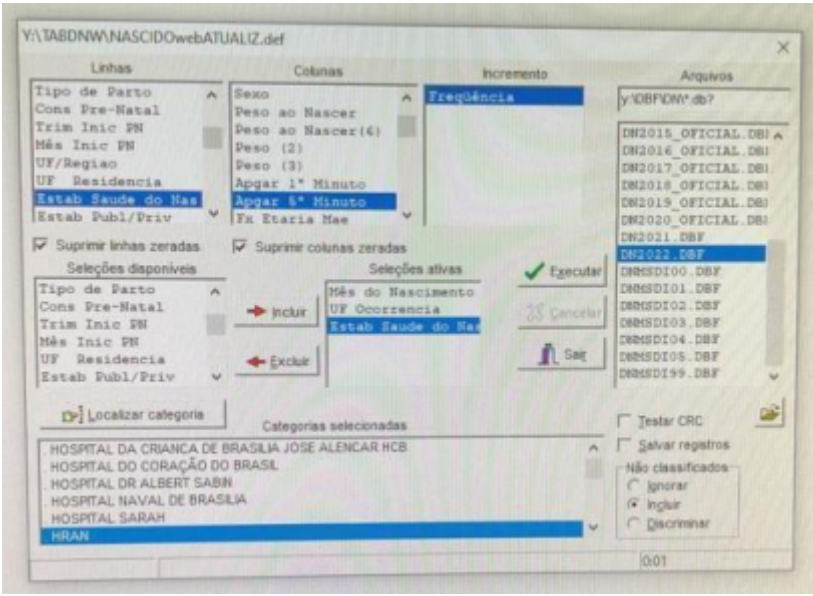
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	RAMI
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	
$\text{Ex:} (\text{Numerador } 162) / (\text{Denominador } 289) * (\text{multiplicador } 100) = 85,71\%$	

Indicador 12 -HMIB Proporção de recém nascidos com Apgar de 5º minuto < que 7 segundos no local de ocorrência.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 12
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência
Conceituação	Mede a ocorrência de asfixia no recém-nascido no quinto minuto de Vida. Contribui na análise das condições de parto e nascimento.
Usos	Avaliar o acesso aos serviços de nascimentos quanto à oferta de vagas: leitos, equipe e equipamentos para o atendimento aos recém-nascidos que necessitam de cuidados nos primeiros minutos de vida: identificar barreiras de acesso da gestante ao local do parto previamente estabelecido por meio do plano de vinculação.
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
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de recém-nascidos com Apgar <7 no 5º minuto de vida em um determinado local (hospital/maternidade/outro) do nascimento o ano. Denominador: Número total de recém-nascidos no mesmo local e ano. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral(vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	RAMI
Descrição da Meta	4%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	RAMI
INDICADOR	Percentual de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Execute o Tabwin
2	Em arquivos de seleção, marque o diretório “NASCIDOWeATUALIZ.def”
3	Cálculo do Numerador: Cálculo do Numerador: etório, marque as seguintes seleções: Linha: Estab Saúde do Nasc. Minuto Incremento: Frequência Arquivos: DN 2022.dbf Seleções Disponíveis: • Mês do Nascimento (selecionar meses do quadrimestre) • UF de ocorrência • Estab Publ/Priv (selecionar Estabelecimento de saúde do indicador) Não classificados: Incluir Categorias selecionadas: Distrito Federal Selecionar: Suprimir linhas zeradas. OBS: Anotar apenas o número referente a Apgar <7  • Selecione em Arquivos conforme tabela acima ano referente a tabulação (2023,2024 etc);
	Cálculo do Denominador: Após executar o diretório, marque as seguintes seleções: Linha: Estab Saúde do Nasc. Colunas: Mês do Nascimento Incremento: Frequência

4

Arquivos: DN 2022.dbf **ou trocar o ano do arquivo conforme mudança do ano Ex. 2023, 2024**
 Seleções Disponíveis: UF de ocorrência e Estab Publ/Priv
 Não classificados: Incluir
 Categorias selecionadas: Distrito Federal

OBSERVAÇÕES

Y:\TABDNW\NASCIDOwebATUALIZ.def

Linhas	Colunas	Incremento	Arquivos
Oc Gr Sist Antigo	Não ativa	Frequência	y:\DBF\DN*.db?
Duracao Gestação	Local Ocorrencia		Bairro_Sinasc
Dur Gest (3)	Ano do Nascimento		Distrito_Sinasc
Tipo de Gravidez	Mês do Nascimento		dn2006_oficial
Tipo de Parto	Ano do Cadastro		dn2007_oficial
Cons Pre-Natal	Mês do Cadastro		dn2008_oficial
Trim Inic PN	Sexo		dn2009_oficial
Mês Inic PN	Peso ao Nascer		dn2010_oficial
UF/Região	Peso ao Nascer(6)		dn2011_oficial
UF Residencia	Peso (2)		dn2012_oficial
Estab Saude do Nasc.	Peso (3)		DN2013_oficial
Estab Publ/Priv			DN2014_oficial

☒ Suprimir linhas zeradas ☒ Suprimir colunas zeradas

Seleções disponíveis: Estab Saude do Nasc., Estab por Região, Munic's Resid -DF, Capital Residencia, Região Saude 2020, Região Saude 2019, Região Saude 2018

Seleções ativas: UF Ocorrencia, Estab Publ/Priv

☐ Testar CRC
☐ Salvar registros

Não classificados:
☐ Ignorar
☒ Incluir
☐ Discriminar

Categorias selecionadas

01 Estab Públicos-SES-DF
 . CASA DE PARTO DE SÃO SEBASTIAO
 . H DE CAMPANHA COVID 19
 . H DE CAMPANHA DO CENTRO MEDICO DA PM
 . HAB (APOIO)
 . HBDF
 . HCB - H DA CRIANÇA DE BRASILIA
 . HMTB
 . HRAN
 . HRBZ
 . HRC

NumReg Arquivo Tempo

Indicador 13-HMIB/HSVP Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 13
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. 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; Denominador: Número total de GAE por Unidade de atendimento no mês; Multiplicador: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
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 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”. 	

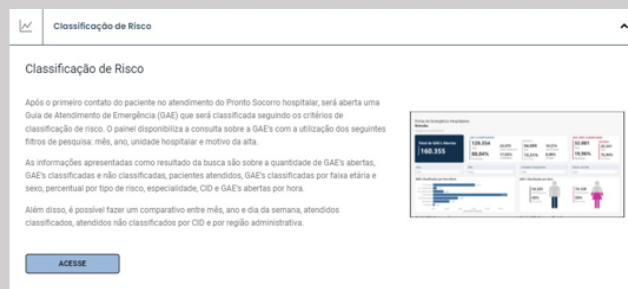
Informe o login e senha.



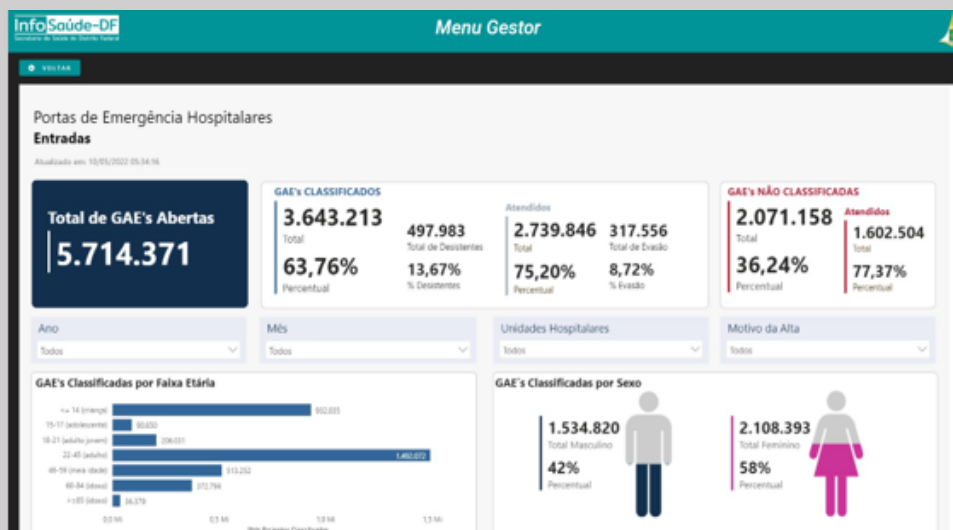
Acesse o botão “Emergências”.



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

Indicador 14-HMIB Tempo médio de permanência em leitos de UTI Geral.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 14
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral
Conceituação	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto Geral (UTI-A) do hospital.
Usos	Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Adulto Geral; avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Adulto Geral; Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Adulto Geral; Avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI Adulto.
Limitações	Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. A mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, a 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. Nossa fonte de informação é o TrakCare e o mesmo não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador.
Fonte	TrakCare (alguns hospitais também se utilizam do Epimed – um sistema confiável de gestão de indicadores, especialmente os de UTI).
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Adulto Geral no período de um mês; Denominador: Nº de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Adulto para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas para outros hospitais e serviços hospitalares e óbitos) da UTI no período de um mês. Como referência utilizar o censo da 00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de 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). Saídas: Nº de transferências internas da UTI Adulto Geral 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. (Sipageh,2006; Schout e Novaes 2007; CQG,2009).
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, 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	10 dias

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Cada Hospital deverá utilizar o sistema de gestão e análise de indicadores em UTI - Epimed como base de cálculo do indicador.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 15- HMIB Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº15
Pactuações	AGR
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	TrakCare
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Pediátrica no período de um mês; 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. 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 pernando 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	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, 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	10 DIAS

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Cada Hospital deverá utilizar o sistema de gestão e análise de indicadores em UTI - Epimed como base de cálculo do indicador.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 16- HMIB Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 16
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.
Conceituação	Relação percentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês. Número de cirurgias suspensas: É o total de cirurgias suspensas dentro do período analisado, inclusive as cirurgias ambulatoriais realizadas em ambiente cirúrgico. Ex.: cirurgias suspensas por falta de material, ausência do cirurgião, ausência do 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 DENOMINADOR: Número de cirurgias agendadas no mesmo período MULTIPLICADOR: Percentual (x100) * Como referência, utilizar o censo da 00h de cada dia.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Hospital
Responsável Técnico	GESCIR/CATES /SAIS
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	18%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

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 Exemplos de motivos de suspensão: 1-Paciente com pré-operatório incompleto 2-Condições clínicas do paciente, desfavoráveis à operação 3-Paciente não internou 4-Avanço de horário 5-Dano em equipamento ou mobiliário cirúrgico 6-Falta de recursos materiais (Insumos em geral ou Órtese, Prótese e Materiais Especiais - OPME) 7-A pedido do cirurgião 8-A cirurgia foi realizada de urgência 9-Desistência do paciente 10-Falta de recursos humanos (Enfermagem, Médico cirurgião, Anestesiologista, outros) 11-Falta de leito de internação e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 12-Ausência de jejum pré-operatório 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 17- HMIB Percentual de nascidos vivos que realizaram triagem auditiva neonatal.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 17
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal
Conceituação	Triagem auditiva neonatal é o programa que tem por objetivo identificar a população infantil com suspeita de perda auditiva.
Usos	Gerenciamento, a nível Regional e Central, do programa de Triagem auditiva neonatal no que se refere a sua cobertura e melhoria
Limitações	Por ser um programa de grande varredura, não identifica, nominalmente, os usuários com suspeita de perda auditiva; Confiabilidade do dado fornecido pelo SIH/SAI.
Fonte	SINASC, SIA/SUS e SIH/SUS
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de exames de triagem auditiva realizado por Hospital da SES-DF Denominador: Número total de NV mês por Hospital da SES-DF Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
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	Referência Técnica Distrital de Triagem Neonatal/Referência Técnica Distrital de Fonoaudiologia
Coordenador da Pactuação	REDE PCD
Descrição da Meta	100%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	PCD
INDICADOR	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Para Identificar o Denominador:	
1	Abrir a sala de situação.
2	Acessar a coluna “Vigilância em saúde”.
3	Selecionar “Nascidos vivos por estabelecimento de saúde”
4	Digitar ano e mês.
5	Identificar os nascidos vivos do mês de referência por estabelecimento (denominador).
Para Identificar o Numerador:	
6	Abrir a sala de situação.
7	Acessar a coluna “Atenção à Saúde”.
8	Selecionar “Produção de Serviços – Ambulatorial (SIA)”.
9	Digitar ano e mês.
10	Identificar os exames (emissões otoacústicas evocadas auditiva para triagem auditiva – teste da orelhinha + potencial evocado auditivo para triagem auditiva – teste da orelhinha) do mês de referência por estabelecimento.
11	Abrir a sala de situação.
12	Acessar a coluna “Atenção à Saúde”
13	Selecionar “Produção de Serviços – Hospitalar (SIH) – Procedimentos secundários”.
14	Digitar ano e mês.
15	Identificar os exames (emissões otoacústicas evocadas auditiva para triagem auditiva – teste da orelhinha + potencial evocado auditivo para triagem auditiva – teste da orelhinha) do mês de referência por estabelecimento.
16	Somar itens 10 e 15 para definir o numerador.
OBSERVAÇÕES	

Indicadores Específicos AGR HAB

Indicador 1 - HAB: Taxa de Quedas de Pacientes internados.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 1
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Quedas de Pacientes internados
Conceituação	QUEDA: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, etc.), incluindo vaso sanitário. Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos deixados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos. Dentre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 60 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos, hipotensão postural e déficit de conhecimento sobre o risco e medidas preventivas. A queda no ambiente hospitalar está relacionada às fraturas, traumatismos e sangramentos, podendo resultar em lesões temporárias, permanentes, demandar tratamentos adicionais, aumentar o tempo de internação e causar óbito.
Usos	O monitoramento da ocorrência de quedas é uma importante estratégia para subsidiar medidas preventivas, permitindo orientar a gestão e as ações de cuidado com foco na redução das taxas do evento.
Limitações	Subnotificação
Fonte	Planilha Excel, alimentada com dados das visitas beira leito, do sistema IPESs, dos prontuários e do caderno de passagem de plantão
Metodologia de Cálculo	Relação entre o número de quedas de pacientes por número de paciente/dia, multiplicado por 1.000
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	SES/HAB/NQSP
Coordenador da Pactuação	Hospital de Apoio de Brasília - HAB

Descrição da Meta	1,6
-------------------	-----

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital de Apoio de Brasília - HAB
INDICADOR	Taxa de Quedas de Pacientes internados
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Realizar visitas beira leito semanalmente; verificar no sistema IPEs se houve notificação de queda; ler prontuários para identificação de quedas e; ler caderno de passagem de plantão para verificar se houve alguma ocorrência de queda;
2	Registrar em livro ata a quantidade de pacientes que sofreram queda no período avaliado;
3	Transcrever essas informações para planilha de controle mensal;
4	Ao final do mês, totalizar os dados, calcular o resultado do indicador e elaborar sua respectiva análise.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 2 - HAB: Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes das unidades hospitalares, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador Nº 2
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes das unidades hospitalares, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP.
Conceituação	Os pacientes candidatos aos procedimentos de reabilitação são aqueles com Lesão Cerebral (AVC, TCE, lesões expansivas benignas), com Lesão Medular (TRM - trauma raquimedular e Polineuropatias do paciente crítico e pós - COVID). Após atendimento inicial na rede hospitalar e estabilidade clínica, espera-se que os pacientes sejam encaminhados diretamente para reabilitação. Entretanto, como o tempo de internação na URCP é longo com retardo na liberação de altas, alguns pacientes em espera de vaga podem ter melhora clínica com alta da unidade de origem e ficam aguardando a vaga em domicílio, sendo nesses casos prioridade em relação aos internados.
Usos	Reorganizar o fluxo do direcionamento dos pacientes na rede SES DF / Orientar a rede SES-DF e IGESDF sobre os critérios de inclusão e acesso para internação na URCP através de folder explicativo.
Limitações	Alcance de levantamento dos dados. Todas as unidades solicitantes têm acesso ao SISLEITOS, porém o sistema ainda não gera os relatórios com os resultados consolidados. Portanto, a coleta de dados é feita através de planilha própria alimentada diariamente pela GIR."
Fonte	Planilha GIR, alimentada com os dados inseridos no SISLEITOS.
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de solicitações de internação provenientes das unidades hospitalares, dividido pelo número total de solicitações de internação, Multiplicado por 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	SES/HAB/DAS/GIR
Coordenador da Pactuação	Hospital de Apoio de Brasília - HAB
Descrição da Meta	60%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital de Apoio de Brasília - HAB
INDICADOR	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes das unidades hospitalares, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Iniciar acesso por meio de computador conectado ao servidor do Hospital de Apoio de Brasília (HAB);
2	Acessar o e-mail da GIR e após o DRIVE;
3	No DRIVE acessar a lista de internações URCP (Ala B) e Indicador GIR - Internações;
4	Verificar todas as vias de chegada das solicitações: SISLEITOS, e-mail, em mãos e via celular funcional com nome completo, data de nascimento, número de SES, relatório médico e PROCEDÊNCIA;
5	Inserir todas as solicitações na planilha Drive URCP (Ala B) diariamente e frequentemente;
6	Inserir todas as solicitações na planilha Indicador GIR - Internações diariamente e frequentemente;
7	Ao final do mês proceder a análise dos dados acessando a planilha Indicador - Internações nas abas MÊS, ALA e PROCEDÊNCIA; > aparecerá o total de solicitações do mês;
8	Na aba ALA filtrar apenas a ala B , excluindo a A e C; > ficará o total de solicitações da B;
9	Na aba PROCEDÊNCIA aparecerá o total (primária/secundária/terciária (X)); > filtrar/excluir as primárias e secundárias (UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio) (Z) > e deixar apenas as Unidades hospitalares (Y) ; e
10	Proceder ao seguinte cálculo: $Y/X \times 100 = A$ resultando o percentual de internação das unidades hospitalares e $Z/X \times 100 = B$ resultando o percentual das demais (primárias/secundárias);
11	Realizar a análise dos resultados obtidos;
12	Enviar os resultados para NPMA.
OBSERVAÇÕES	
1. O Indicador deve ser analisado após o final de cada mês e o documento é disponibilizado/enviado para o NPMA.	

Indicador 3 - HAB: Percentual de pacientes que faleceram aguardando consulta em cuidados paliativos oncológicos agendados pela Regulação Central no HAB.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador Nº 3
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de pacientes que faleceram aguardando consulta em cuidados paliativos oncológicos agendados pela Regulação Central no HAB.
Conceituação	O indicador medirá a quantidade de pacientes que faleceram enquanto aguardavam agendamento de consulta em cuidados paliativos oncológicos pela Regulação Central após ser inserido no sistema SISREGiii pelos médicos solicitantes
Usos	Avalia o percentual de usuários que não conseguiram consultas médicas ambulatoriais nos Cuidados Paliativos e acabaram evoluindo a óbito.
Limitações	Falta de contatos atualizados dos usuários nos sistemas de saúde e ausência de um sistema integrado de consultas/óbitos com o TrakCare
Fonte	SISREGiii, TrakCare, contato com familiares, SOUL MV e sistema Vigilância DF
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de consultas médicas de primeira vez agendadas pela Regulação e não realizadas por óbito dos usuários; Denominador: Total de consultas médicas de primeira vez em oncologia – cuidados paliativos, ofertadas ao sistema SISREGiii no HAB. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Ambulatório Cuidados Paliativos HAB
Responsável Técnico	SES/HAB/DAS/GIR
Coordenador da Pactuação	RTD Cuidados Paliativos GESTI/DSINT/CATES
Descrição da Meta	36%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital de Apoio de Brasília - HAB
INDICADOR	Percentual de pacientes que faleceram aguardando consulta em cuidados paliativos oncológicos agendados pela Regulação Central no HAB
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Abrir o SISREGiii e verificar agendamentos para os médicos dos cuidados paliativos;
2	Preencher arquivo Google Drive da GIR “Pacientes 1ª consulta regulação CP” para comunicação com o paciente;
3	Transcrever as agendas para o TrakCare e verificar se houve mensagem de óbito no TrakCare;
4	Enviar mensagem via Whatsapp aos pacientes confirmando a marcação da consulta;
5	Verificar a confirmação e se houve algum comunicado de óbito;
6	Em caso de óbito verificar no sistema SOUL MV e no Vigilância DF;
7	> Anotar todas as confirmações e óbitos na planilha “Pacientes 1ª consulta regulação CP”
8	> Entrar em contato com o paciente confirmado e que tenha faltado à consulta para verificar se o motivo da falta foi óbito
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO DENOMINADOR	
1	Somar quantas vagas de consultas foram ofertadas para regulação no mês.
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Somatório de óbitos
2	Dividir pelo total de consultas ofertadas;
3	Multiplicar por 100
OBSERVAÇÕES	

Indicador 4 - HAB: Consumo da preparação alcoólica líquida ou gel (mL) para higiene de mãos nas unidades de internação por mês.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador Nº 4
Pactuações	AGR
Indicador	Consumo da preparação alcoólica líquida ou gel (mL) para higiene de mãos nas unidades de internação por mês.
Conceituação	Consumo de preparação alcoólica para mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos. Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde / Programa de Segurança do paciente / Ministério da Saúde; Safety Improvement for Patients in Europe (SIMPATIE).
Usos	Indicador de processo para avaliar a adesão à higiene de mãos utilizando preparação alcoólica.
Limitações	Resultados indiretos, já que o uso da preparação alcoólica contabilizada não é realizado apenas por profissionais da assistência ao paciente. Outra limitação é que não existe referencial teórico de consumo de preparação alcoólica para enfermarias.
Fonte	Planilha Excel, alimentada com dados da empresa de higienização; e planilha nosocomial da GIR/DAS/HAB.
Metodologia de Cálculo	Quantidade de mL de preparação alcoólica utilizada no mês (numerador) / número de pacientes-dia (denominador)
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	mL paciente-dia
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Unidades de internação (enfermarias)
Responsável Técnico	SES/HAB/NCIEPH
Coordenador da Pactuação	RTD Infectologia COASIS
Descrição da Meta	20 ml

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital de Apoio de Brasília - HAB
INDICADOR	Consumo da preparação alcoólica líquida ou gel (mL) para higiene de mãos nas unidades de internação por mês.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
PASSO A PASSO PARA COLETAR O NUMERADOR	
1	Solicitar à empresa de higienização o número de refis de preparação alcoólica utilizados do 1º ao último dia de cada mês;
2	Anotar o número de refis em Planilha Excel.
PASSO A PASSO PARA COLETAR O DENOMINADOR	
1	Aguardar o envio da planilha nosocomial pela Gerência Interna de Regulação;
2	Anotar o número de pacientes-dia em Planilha Excel.
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Multiplicar o número de refis trocados em cada ala de internação no período compreendido entre o 1º e o último dia de cada mês por 800ml;
2	Somar o resultado do cálculo acima de todas as alas de internação (A, B e C) como numerador;
3	Dividir o resultado acima pelo número de pacientes-dia.
OBSERVAÇÕES	
1. O NCIEPH irá manter o levantamento do consumo de preparação alcoólica por ala de internação, objetivando verificar onde há mais necessidade de se aprimorar os processos de trabalho.	

Indicador 5 - HAB: Percentual de pacientes avaliados para risco de queda nas últimas 24 horas de internação.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	Indicador Nº 5
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 Nº 529, de 1º 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. 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	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual: A avaliação se dá por meio da elaboração do relatório anual.
Unidade de Medida	Percentual.
Parâmetro	$\geq 77\%$
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
Descrição da Meta	57%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

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;
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; Considerar escala adequada para paciente pediátrico; Pacientes adultos Escala Morse; Considerar pacientes internados com tempo superior de 24 horas, presentes no dia da coleta de dados; Para cálculo da amostra: sortear aleatoriamente 17 prontuários mensalmente, por unidade de internação. 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 6 - HAB: Taxa de absenteísmo às consultas reguladas de triagem da genética.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	Indicador Nº 6
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de absenteísmo às consultas reguladas de triagem da genética.
Conceituação	A definição de absenteísmo ambulatorial é o não comparecimento dos pacientes a um atendimento previamente agendado para a genética médica, sem nenhuma notificação.
Usos	Avalia o absenteísmo de usuários às primeiras consultas médicas ambulatoriais da genética médica
Limitações	Não ter rastreabilidade do comparecimento às consultas ambulatoriais para panorama III
Fonte	SISREG
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de consultas médicas de 1ª vez agendadas e não realizadas para genética médica; Denominador: Total de consultas médicas de 1ª vez agendadas para genética médica; Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Ambulatório de Genética Médica - UGEN
Responsável Técnico	SES/HAB/DAS/UGEN
Coordenador da Pactuação	RTD Triagem Neonatal ARAS
Descrição da Meta	32%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Hospital de Apoio de Brasília - HAB
INDICADOR	Taxa de absenteísmo às consultas reguladas de triagem da genética
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Fazer login no SISREG com perfil EXECUTANTE/SOLICITANTE;
2	Clicar na Aba CONSULTA AMB > IMPRESSÃO/CONFIRMAÇÃO DE AGENDAS;
3	Preencher o período; (o SISREG aceita no máximo 31 dias);
4	Clicar no campo “Executante” e selecionar a unidade “HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA”;
5	Clicar no campo “Profissional” e selecionar o profissional desejado;
6	Clicar no campo “Procedimento” e selecionar “CONSULTA EM GENÉTICA”;
7	Selecionar em “Tipo de Agenda” a opção “CONSULTA”;
8	Clicar em OK;
9	Verificar no campo resumo denominado “ESTATÍSTICAS DA PESQUISA”, que fica no final da página, os valores constantes da linha “Solicitações com Falta”;
10	Repetir o processo para profissionais diferentes que atendem na mesma especialidade.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Os passos a serem seguidos são os mesmos para coletar o “Numerador”, com exceção do passo 9 em que deve ser verificado os valores constantes da linha “Total de solicitações”.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Somatório de faltas;
2	Dividir pelo total de consultas reguladas;
3	Multiplicar por 100.
OBSERVAÇÕES	
1. O resultado do mês corrente pode ser apurado até o segundo mês subsequente, caso haja consultas pendentes de remarcação pelo HAB.	

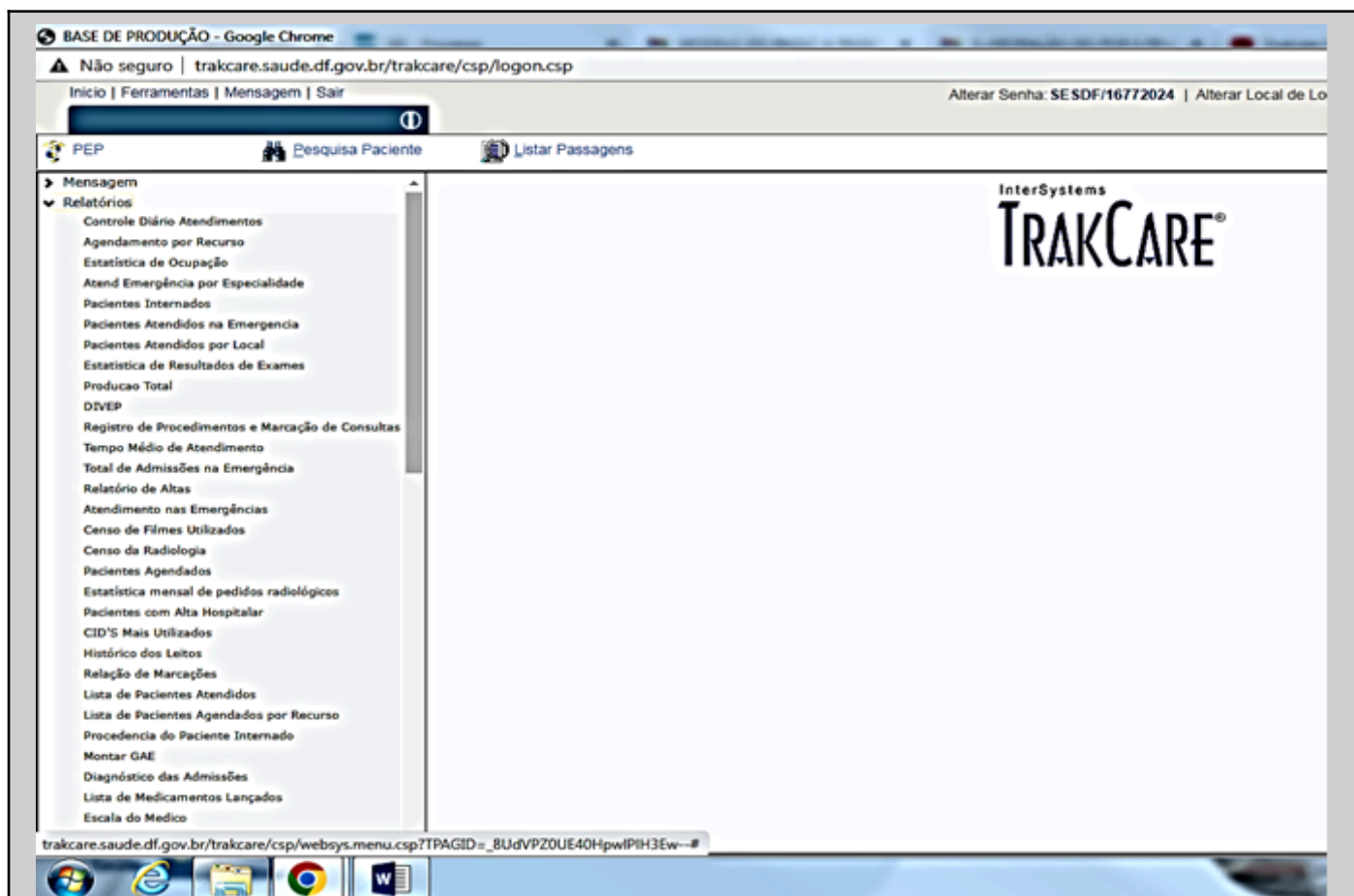
Indicadores Específicos AGR HSVP

Indicador 1 - HSVP: Percentual de pacientes internados na emergência e enfermaria/Ala incluídos nas atividades terapêuticas.

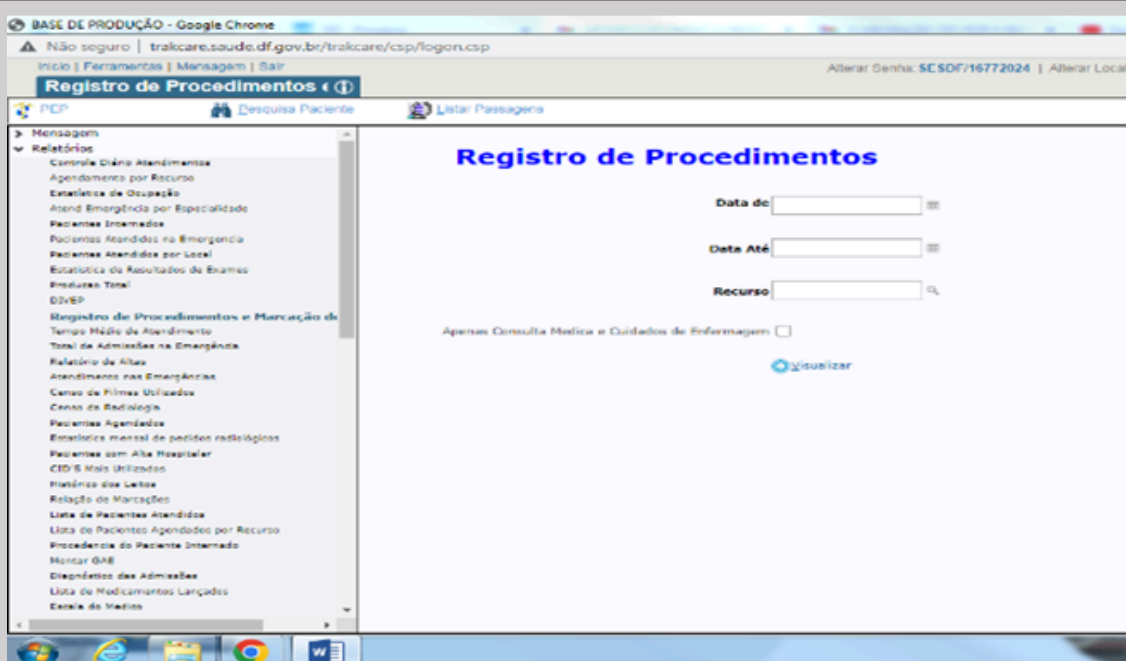
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 1 - HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de pacientes internados na emergência e enfermaria/Ala incluídos nas atividades terapêuticas.
Conceituação	NUAT: Orienta, acompanha, inclui e quantifica os pacientes que estão internados na Emergência e Enfermaria/Ala nas atividades terapêuticas expressivas, corporais, audiovisuais, musicais e de autocuidados, com o objetivo de instrumentalizar o paciente para ressocialização e resgate de sua autonomia e independência.
Usos	Mapear o percentual de pacientes incluídos nas modalidades de atividades terapêuticas
Limitações	Falta de lançamento das atividades realizadas por paciente no sistema TrakCare
Fonte	Trakcare
Metodologia de Cálculo	Trata-se da razão entre o numerador: nº de pacientes inseridos em atividades terapêuticas mês e o denominador: nº total de pacientes internados mês na Emergência e Enfermaria/Ala, multiplicado por 100 para que se obtenha o percentual.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por unidade de internação
Responsável Técnico	DAS/DG/HSVP
Coordenador da Pactuação	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
Descrição da Meta	70%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO																					
Acordo de Gestão Regional – AGR																					
TEMA	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP																				
INDICADOR	Percentual de pacientes internados na emergência e enfermaria/Ala incluídos nas atividades terapêuticas.																				
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR																					
1	Gerar relatório estatístico de atendimentos dos profissionais do setor através do sistema Trak Care (passo a passo nas imagens abaixo)																				
2	Compilar os dados da planilha estatística do sistema TrakCare em uma planilha Excel																				
3	Averiguar e analisar os dados estatísticos obtidos através da planilha																				
4	Corrigir as divergências ou duplicação dos dados obtidos através da planilha																				
5	Transformar a planilha Excel em arquivo PDF e anexar no processo SEI específico para estatística do setor																				
6	Encaminhar o processo, via SEI, para os respectivos setores responsáveis.																				
OBSERVAÇÕES																					
GERAÇÃO DO RELATÓRIO ESTATÍSTICO DAS ATIVIDADES TERAPÊUTICAS – POP:																					
Coleta de dados estatísticos no perfil de estatística no sistema TrakCare; em ferramentas; em relatórios; em registro de procedimentos e marcação de consultas.																					
<table border="1"> <caption>Alterar Local de Logon</caption> <thead> <tr> <th>Grupo de Segurança</th> <th>Perfil de Acesso</th> <th>Local</th> <th>Hospital</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SESDF AMB ENF PADRAO</td> <td>SESDF AMB ENF PADRAO</td> <td>HSVP-AMBULATORIO SAPI</td> <td>HSVP-Hospital S. Vicente d</td> </tr> <tr> <td>SESDF Escala</td> <td>SESDF Escala</td> <td>HSVP-DAS-NUAT</td> <td>HSVP-Hospital S. Vicente d</td> </tr> <tr> <td>SESDF HSVP ENF UNIDADE</td> <td>SESDF HSVP ENF UNIDADE</td> <td>HSVP - PRONTO SOCORRO</td> <td>HSVP-Hospital S. Vicente d</td> </tr> <tr> <td>SESDF HSVP ESTATISTICA</td> <td>SESDF HSVP ESTATISTICA</td> <td>HSVP - PRONTO SOCORRO</td> <td>HSVP-Hospital S. Vicente d</td> </tr> </tbody> </table>		Grupo de Segurança	Perfil de Acesso	Local	Hospital	SESDF AMB ENF PADRAO	SESDF AMB ENF PADRAO	HSVP-AMBULATORIO SAPI	HSVP-Hospital S. Vicente d	SESDF Escala	SESDF Escala	HSVP-DAS-NUAT	HSVP-Hospital S. Vicente d	SESDF HSVP ENF UNIDADE	SESDF HSVP ENF UNIDADE	HSVP - PRONTO SOCORRO	HSVP-Hospital S. Vicente d	SESDF HSVP ESTATISTICA	SESDF HSVP ESTATISTICA	HSVP - PRONTO SOCORRO	HSVP-Hospital S. Vicente d
Grupo de Segurança	Perfil de Acesso	Local	Hospital																		
SESDF AMB ENF PADRAO	SESDF AMB ENF PADRAO	HSVP-AMBULATORIO SAPI	HSVP-Hospital S. Vicente d																		
SESDF Escala	SESDF Escala	HSVP-DAS-NUAT	HSVP-Hospital S. Vicente d																		
SESDF HSVP ENF UNIDADE	SESDF HSVP ENF UNIDADE	HSVP - PRONTO SOCORRO	HSVP-Hospital S. Vicente d																		
SESDF HSVP ESTATISTICA	SESDF HSVP ESTATISTICA	HSVP - PRONTO SOCORRO	HSVP-Hospital S. Vicente d																		



Após clicar nos passos 1, 2 e 3 mostrados na página anterior, irá abrir a seguinte tela no sistema TrakCare:



Nesta tela (REGISTRO DE PROCEDIMENTOS), preenche-se os espaços com as datas pretendidas e o nome do profissional, logo após clica-se em “visualizar” e será gerado o relatório estatístico pelo próprio sistema TrakCare.

Após a coleta dos dados de todos os servidores do setor, os mesmos são inseridos em tabela do tipo xls., programa Excel. Os dados são divididos por servidor e categoria. A pasta com o arquivo Excel encontra-se na área de trabalho do computador. Como mostra-se a seguir:

SERVER	CATEGORIA	JAN	FEB	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEC
ALINE MAYARA AZEVEDO CHAGAS (FISIOTERAPISTA)	INTERNAÇÃO/ OBS. PS / PSOA	148	92	54	19								
	AMBULATORIO	0	0	0	0								
	TOTAL	148	92	54	19								
CARLA DA COSTA BENARDES LINO (FISIOTERAPISTA)	INTERNAÇÃO/ OBS. PS / PSOA	61	149	104	111								
	AMBULATORIO	0	10	17	24								
	TOTAL	61	159	121	135								
BRUNA RAFAELA DE AGUIAR FASSANARO (TERAPISTA OCUPACIONAL)	INTERNAÇÃO/ OBS. PS / PSOA	183	30	53	64								
	AMBULATORIO	4	5	10	2								
	TOTAL	187	35	63	66								

Todas as divergências/duplicações geradas pelo relatório são checadas e retificadas na planilha manualmente conforme as mesmas vão sendo inspecionadas.

Ao término do preenchimento da planilha excel, a planilha é convertida em arquivo PDF e encaminhada ao SES/HSVP/NPMA, via SEI, mensalmente, em processo próprio para essa finalidade

SERVER	CATEGORIA	JAN	FEB	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEC
ALINE MAYARA AZEVEDO CHAGAS (FISIOTERAPISTA)	INTERNAÇÃO/ OBS. PS / PSOA	148	92	54	19								
	AMBULATORIO	0	0	0	0								
	TOTAL	148	92	54	19								
CARLA DA COSTA BENARDES LINO (FISIOTERAPISTA)	INTERNAÇÃO/ OBS. PS / PSOA	61	149	104	111								
	AMBULATORIO	0	10	17	24								
	TOTAL	61	159	121	135								
BRUNA RAFAELA DE AGUIAR FASSANARO (TERAPISTA OCUPACIONAL)	INTERNAÇÃO/ OBS. PS / PSOA	183	30	53	64								
	AMBULATORIO	4	5	10	2								
	TOTAL	187	35	63	66								

Indicador 2 - HSVP: Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 2 - HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar
Conceituação	Evidenciar, de forma fidedigna e relevante, casos de reinternação ocorridos no HSVP durante o período de análise
Usos	Mapear o percentual de pacientes reinternados, de modo a retroalimentar ações de saúde mental na comunidade e promover direitos das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo a família como co participante nesse processo, garantindo, assim, a continuidade do tratamento na rede de suporte e atenção extra-hospitalar, mediante políticas públicas
Limitações	Identificar e estruturar os dados de forma confiável a dar representatividade ao indicador
Fonte	TrakCare
Metodologia de Cálculo	Trata-se da razão entre o numerador: nº de pacientes reinternados no período de até 60 dias após a alta, denominador: nº total de pacientes que tiveram alta no período de 60 dias, multiplicado por 100 para que se obtenha o percentual.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Série histórica de 2021
Polaridade	Quanto menor melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Origem do paciente por Região/Superintendência de Saúde/RAS/RIDE DF/Outras UFs
Responsável Técnico	SES/DISSAM
Coordenador da Pactuação	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
Descrição da Meta	7%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
INDICADOR	Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Coleta de altas diárias, através de relatório gerado no TrakCare(passo a passo nas imagens abaixo)
2	Pesquisa em prontuário eletrônico de cada paciente que saiu de alta, para seleção dos que são reinternação e dos que internaram de 1ª vez no HSVP.
3	Selecionar as reinternações com intervalo de até 60 dias da última internação neste HSVP
4	Calcular o percentual de reinternações com intervalo de até 60 dias da última internação neste HSVP.
5	Compilação das informações em planilha confeccionada pelo SAPI
6	Envio de informações via SEI para o NPMA/DG/HSVP
7	Selecionar os pacientes que reinternaram com menos de 60 dias que saíram de alta deste HSVP e enviar para o CAPS de referência com as devidas informações.
OBSERVAÇÕES	
1-Coleta de altas diárias através de relatório gerado pelo TrackCare	
	

2-Pesquisa em prontuários eletrônicos de cada paciente que saiu de alta, para seleção dos que são reinternação e dos que internaram de primeira vez no HSVP

Não seguro | trakcare.saude.df.gov.br/trakcare/csp/login.csp

Início | Ferramentas | Mensagem (3) | Sair | Alterar Senha: SESDF/014355795 | Alterar Local de Logon: HSVP-NUCLEO DE INTERNAÇÃO E ALTA

Pesquisa de Pacientes

Lista do Pronto Socorro | Pesquisa AIH | Listar Passagens | Alas | Mapa | In

Movimentos | Pesquisa de Pacientes | Exatidão Prontuário | Alta

Pesquisa de Pacientes

Nome:

Data de Nascimento:

Número SES: 3546242

Sexo:

Nº Prontuário Físico:

Cartão Saúde do Cidadão / CNS:

CPF:

Número da Passagem:

Inclui combinação exata: ☐

Pesquisa Fonética: ☐

Pacientes que NÃO tiveram ALTA: ☐

Pesquisa

3-Selecionar as reinternações com intervalo de até 60 dias da última internação neste HSVP.

SADI DE PRODUÇÃO - Google Chrome

Não seguro | trakcare.saude.df.gov.br/trakcare/csp/login.csp

Início | Ferramentas | Mensagem (3) | Sair | Alterar Senha: SESDF/014355795 | Alterar Local de Logon: HSVP-NUCLEO DE INTERNAÇÃO E ALTA

Pesquisa de Pacientes

Lista do Pronto Socorro | Pesquisa AIH | Listar Passagens | Alas | Mapa | In

Movimentos | Pesquisa de Pacientes | Exatidão Prontuário | Alta

SES: 3546242 Paciente: 3546242 Profissional: Sexo: Feminino Nascimento: 02/02/1986 Idade: 36 Anos

Lista de Passagens do Paciente

Cadastro	Passagem	Tipo	Data	Hora	Status	Local	Profissional
3546242	3546242	Interno	17/05/2022	22:40	Fechada	HSVP INT PS Feminino	
EM-26629509	EM-26629509	Emergência	17/05/2022	20:20	Fechada	HSVP - PRONTO SOCORRO	
EM-26092069	EM-26092069	Emergência	07/12/2021	09:59	Fechada	HSVP - PRONTO SOCORRO	
EM-26024028	EM-26024028	Emergência	16/11/2021	16:42	Fechada	HSVP - PRONTO SOCORRO	
EM-23610731	EM-23610731	Emergência	21/03/2021	07:10	Fechada	HRC PS Ortopedia	
EM-15831008	EM-15831008	Emergência	02/10/2015	08:12	Fechada	HRC PS Ortopedia	
EM-15273993	EM-15273993	Emergência	01/07/2015	08:50	Fechada	HRC PS Ortopedia	
E13178777	E13178777	Externo	09/05/2014	09:40	Atual	UBS 10 CEILÂNDIA - Aux. Enfermagem	

Data	Número da Passagem	Hora do Agendamento	Appt Status	Local	Recurso
09/05/2014	E13178777	09:40	Atendido	UBS 10 CEILÂNDIA - Aux. Enfermagem	CIN - UBS 10 Ceilândia

4,5,6,7 - DADOS PARA O AGR – 2022

INDICADOR NENF-SAPI - PERCENTUAL DE REINTERNAÇÕES COM INTERVALO DE ATÉ 60 DIAS APÓS ALTA DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO

FREQUENCIA DE INTERNAÇÃO REFERENTE AS ALTAS												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Internação de 1ª vez	33	32	33	36								
Reinternação	29	48	43	44								
TOTAL	62	80	76	80	0	0	0	0	0	0	0	0

REINTERNAÇÕES COM INTERVALO EM ATÉ 60 DIAS DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº Total	3	5	11	7								
Percentual	5%	6%	14%	9%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

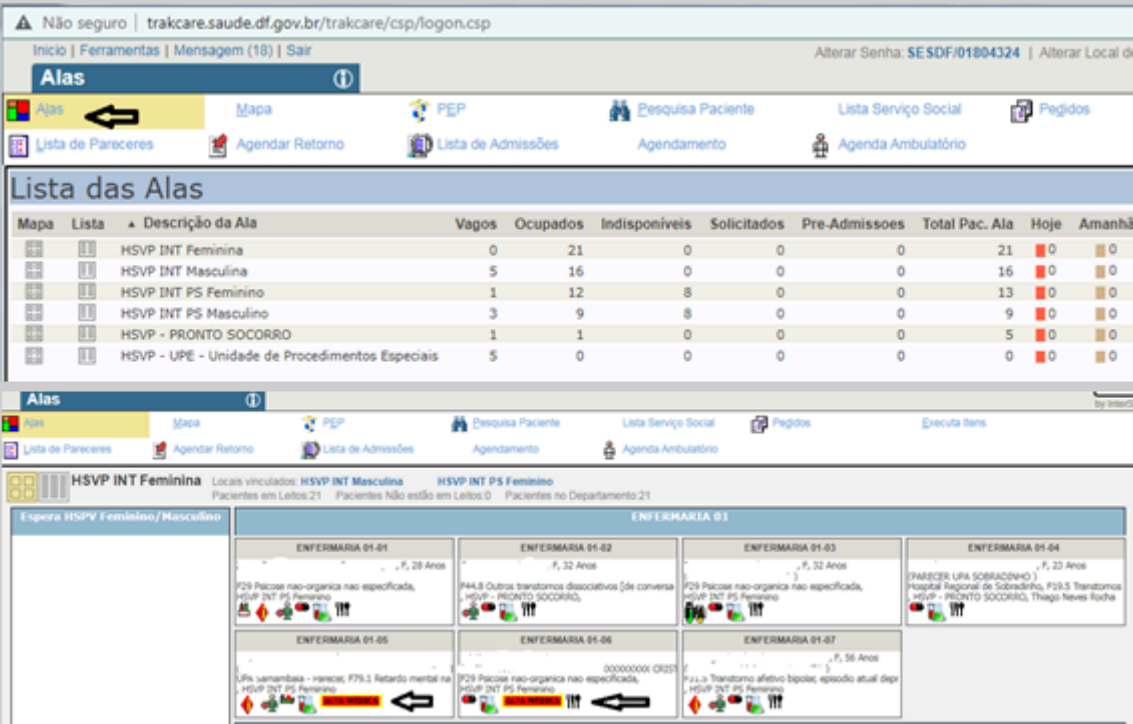
Obs.: Pacientes que internaram com menos de 60 dias após saírem de alta referente ao mês de ABRIL, são da abrangência dos seguintes CAPS:

- CAPS III de Taguatinga - 4 Paciente
- CAPS II Riacho Fundo (CAPS/ISM) - 1 Paciente CAPS I de Brazlândia - 1 Paciente
- CAPS Geral de Planaltina - 1 Paciente

Indicador 3 - HSVP: Número de pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 3 - HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Número de pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias.
Conceituação	Identificar, acompanhar e quantificar o número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização.
Usos	Mapear o número de pacientes que permanecem internados por mais de 30 dias após a alta médica. Fomentar a elaboração de estratégias de atuação conjunta, com vistas à redução do tempo de permanência dos pacientes em condições de alta hospitalar no HSVP.
Limitações	Fragilidade no monitoramento mensal das altas médicas registradas no Trackcare. Dificuldades na liberação dos pacientes que já estão em condições de alta médica (vagas nas instituições de acolhimento), com vistas à redução do tempo de permanência nos leitos do HSVP.
Fonte	Trackcare
Metodologia de Cálculo	Trata-se do número total de pacientes que permaneceram internados no HSVP devido a questões sociais, por mais de 30 dias após a alta no mês de apuração.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Não se aplica.
Polaridade	Menor melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Origem do Paciente por Região/Superintendência de Saúde/ RIDE / Por Estado.
Responsável Técnico	SES/SAIS/ GESS e SES/DISSAM
Coordenador da Pactuação	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
Descrição da Meta	12

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
INDICADOR:	Número de pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Triagem diária dos prontuários pelo Trackcare, com vistas a coleta do número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização;(passo a passo imagens abaixo)
2	Soma mensal do número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização;
3	Inserção mensal dos dados em planilha específica para controle do NSS;
4	Envio mensal da planilha ao NPMA, via SEI, contendo o número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias.
OBSERVAÇÕES	
Procedimentos para coletar os dados do indicador: 1) Triagem diária dos prontuários pelo Trackcare, com vistas a coleta do número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização: 	

Na sequência, são adotados os procedimentos: 2, 3 e 4 do Procedimento Operacional Padrão (POP):

- 2) Soma mensal do número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização;
- 3) Inserção mensal dos dados em planilha específica para controle do NSS;
- 4) Envio mensal da planilha ao NPMA, contendo o número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
ÁREA ESPECIAL N.º 01 - SETOR "C" - TAGUATINGA SUL

Matriz de Metas – 2022 (janeiro a junho)– NSS – HSVP

MÊS	Nº	TEMA	INDICADOR (Nº de pacientes com alta médica que permanecem internados por questão social por mais de 30 dias).	FÓRMULA DE CÁLCULO (Nº total de pacientes no mês que permanecem internados por mais de 30 dias após receberem alta médica).	FONTE DE APURAÇÃO/SISTEMA	METAS HSVP
JANEIRO	10	Atenção Especializada	09 pacientes	09 pacientes	TrackCare	Monitoramento
FEVEREIRO	10	Atenção Especializada	11 pacientes	11 pacientes	TrackCare	Monitoramento
MARÇO	10	Atenção Especializada	11 pacientes	11 pacientes	TrackCare	Monitoramento
ABRIL	10	Atenção Especializada	10 pacientes	10 pacientes	TrackCare	Monitoramento
MAIO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
JUNHO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
JULHO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
AGOSTO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
SETEMBRO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
OUTUBRO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
NOVEMBRO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento
DEZEMBRO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare	Monitoramento

INDICADOR DE MONITORAMENTO : Esse indicador está relacionado com os casos sociais que envolvem abandono de pacientes, rompimento e fragilidade de vínculos familiares e sociais, ocasionados por situações diversas. A equipe do Núcleo de Serviço Social trabalha objetivando diminuir esse número, através do trabalho em rede com os CAPS, CREAS, Promotorias de Justiça, família, com a equipe multiprofissional e direção do HSVP e outros dispositivos da rede. São pacientes que devido ao quadro crônico de saúde mental, não tem perfil para acolhimento nas unidades da Secretaria de Desenvolvimento Social- SEDES e não tem indicação para receberem alta desacompanhados.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
sei.

- Controle de Processos
- Iniciar Processo
- Retorno Programado
- Pesquisa
- Base de Conhecimento
- Textos Padrão
- Modelos Favoritos
- Blocos de Assinatura
- Blocos de Reunião
- Blocos Internos
- Contatos
- Processos Sobrestados
- Acompanhamento Especial
- Marcadores
- Pontos de Controle
- Estatísticas
- Grupos

Para saber+ Menu Pesquisa

00060-00094314/2021-84

- Memorando 18 (56790959)
- Planilha Matriz de Metas - 2021 (56806369)
- Planilha Matriz de Metas /março - 2021 (59585689)
- Planilha Matriz de Metas /abril - 2021 (61355469)
- Planilha Matriz de Metas /maio - 2021 (63160709)
- Planilha Matriz de Metas/ junho - 2021 (65663977)
- Planilha Matriz de Metas/julho-2021 (67583988)
- Planilha Matriz de Metas/agosto-2021 (69818228)
- Planilha Matriz de Metas/ setembro-2021 (70420221)
- Planilha Matriz de Metas / outubro - 2021 (73243344)
- Planilha Matriz de Metas / novembro - 2021 (75310176)
- Planilha Matriz de Metas/ Dezembro - 2021 (77373082)**

Consultar Andamento

Clique aqui para visualizar o conteúdo deste documento em uma nova janela

1 / 1

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
ÁREA ESPECIAL N.º 01 - SETOR "C" - TAGUATINGA SUL

Matriz de Metas – 2021 – NSS – HSVP

MÊS	Nº	TEMA	INDICADOR (Nº de pacientes com alta médica que permanecem internados por questão social por mais de 30 dias).	FÓRMULA DE CÁLCULO (Nº total de pacientes no mês que permanecem internados por mais de 30 dias após receberem alta médica).	FONTE DE APURAÇÃO/SISTEMA
JANEIRO	10	Atenção Especializada	09 pacientes	09 pacientes	TrackCare
FEVEREIRO	10	Atenção Especializada	11 pacientes	11 pacientes	TrackCare
MARÇO	10	Atenção Especializada	11 pacientes	11 pacientes	TrackCare
ABRIL	10	Atenção Especializada	10 pacientes	10 pacientes	TrackCare
MAIO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare
JUNHO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare
JULHO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare
AGOSTO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare
SETEMBRO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare
OUTUBRO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare
NOVEMBRO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare
DEZEMBRO	10	Atenção Especializada	pacientes	pacientes	TrackCare

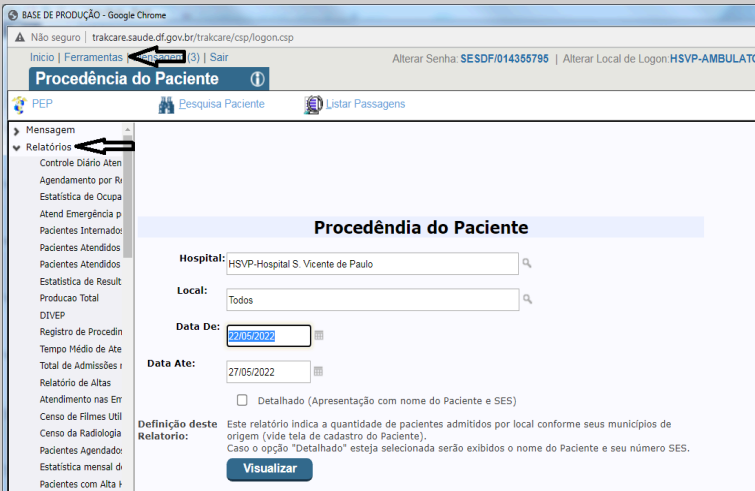
INDICADOR DE MONITORAMENTO : Esse indicador está relacionado com os casos sociais que envolvem abandono de pacientes, rompimento e fragilidade de vínculos familiares e sociais, ocasionados por situações diversas. A equipe do Núcleo de Serviço Social trabalha objetivando diminuir esse número, através do trabalho em rede com os CAPS, CREAS, Promotorias de Justiça, família, com a equipe multiprofissional e direção do HSVP e outros dispositivos da rede. São pacientes que devido ao quadro crônico de saúde mental, não tem perfil para acolhimento nas unidades da Secretaria de Desenvolvimento Social- SEDES e não tem indicação para receberem alta desacompanhados.

Acreditando na missão deste serviço e no interesse de todos em garantir um atendimento em saúde mental, em consonância com a Lei Federal N° 10.2016, e com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, nos colocamos à disposição para fornecer informações adicionais, se necessário, nos telefones: (61) 20171145 – Ramal: 3606; ou no endereço eletrônico: nss.hsvp@saude.df.gov.br

Indicador 4 - HSVP: Percentual de procedência dos pacientes atendidos no HSVP (por região de saúde).

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 4
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de procedência dos pacientes atendidos no PS do HSVP.
Conceituação	Total de pacientes atendidos no PS do HSVP, informados por Região de Saúde da SES/DF e da RIDE mensalmente.
Usos	Pacientes oriundos de outras RAS e RIDE que utilizam os serviços de assistência à saúde no PS do HSVP para planejamento, gestão e avaliação de políticas e processos assistenciais, promovendo uma assistência de maior qualidade para o usuário da SES/DF.
Limitações	Capacidade de atendimento de todos os usuários que buscam esse serviço.
Fonte	Trakcare
Metodologia de Cálculo	Trata-se da razão entre o numerador: nº de Pacientes oriundos das Regiões de Saúde do DF e da RIDE atendidos no PS do HSVP no mês, o denominador: Nº total de Pacientes atendidos no PS do HSVP naquele mês. O número de pacientes de cada RAS e RIDE dividido pelo número de pacientes atendidos no PS multiplicado por 100 para que se tenha o percentual.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal, Bimestral e Quadrimestral. Conforme portaria nº 1066 de 25/10/2021.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Dado em monitoramento
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/DISAM
Coordenador da Pactuação	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
Descrição da Meta	Monitoramento

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
INDICADOR:	Percentual de procedência dos pacientes atendidos no HSVP (por região de saúde)
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Relatório gerado pelo sistema TrackCare (passo a passo conforme imagens abaixo)
2	Compilação dos Dados apresentados
3	Correção de Divergências
4	Envio em processo SEI
OBSERVAÇÕES	
Coleta de dados com perfil de estatística no sistema trackcare; em ferramentas; relatórios; procedência do paciente.	
	
	

Coletado os dados, são inseridos em tabela, programa excel, por regiões de saúde; Centro-Sul, Centro-Norte, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul e em estados e cidades fora do DF.

	A	B	C	D
1	abr/22			
2	REGIÃO SUL	70		
3	GAMA	37		
4	SANTA MARIA	33		
5	REGIÃO CENTRO SUL	99		
6	SAI			
7	ESTRUTURAL			
8	GUARA	37		
9	PARK WAY			
10	CANDOGOLANDIA	10		
11	N. BANDEIRANTE	6		
12	R. FUNDO I E II	46		
13	REGIÃO CENTRAL	53		
14	ASA SUL E NORTE	37		
15	VILA PLANALTO			
16	LAGO NORTE E SUL	10		

Todas divergências geradas pelo relatório são checadas e retificadas na planilha manualmente conforme endereço inserido no cadastro do usuário.

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE	
De 22/05/2022 Até 27/05/2022	
HSVP - PRONTO SOCORRO	166
DISTRITO FEDERAL	151
BRASILIA	7
BRAZILÂNDIA	6
CEILÂNDIA	35
GAMA	6
GUARÁ	4
LAGO NORTE	1
NÚCLEO BANDEIRANTES	1
PARANÓIA	1
PLANALTINA	4
RECANTO DAS EMAS	9

Ao final, a tabela é convertida em PDF e encaminhada ao SES/HSVP/NPMA mensalmente via SEI.

Para saber+ Menu Pesquisa SES/HSVP/DAS/NMCP

Clique [aqui](#) para visualizar o conteúdo deste documento em uma nova janela.

controlador.php 1 / 5 114%

abr/22	
REGIÃO SUL	70
GAMA	37
SANTA MARIA	33
REGIÃO CENTRO SUL	99

Indicador 5 - HSVP: Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Ala Internação-Enfermaria.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 5 - HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo médio em dias de internação Psiquiátrica - Enfermaria
Conceituação	Diminuir o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital Avaliar a duração média da internação de pacientes em unidades de enfermaria psiquiátrica. Essas unidades são destinadas ao tratamento e cuidado de pacientes com transtornos mentais que requerem internação por períodos mais longos, mas que não necessitam de cuidados intensivos como os oferecidos em unidades de terapia intensiva ou em prontos-socorros psiquiátricos. No entanto, em geral, um tempo médio de internação mais curto pode indicar uma abordagem de tratamento mais eficaz, com intervenções adequadas e resultados positivos para os pacientes. Por outro lado, um tempo médio de internação mais longo pode sugerir dificuldades na gestão do caso, necessidade de melhorias nos serviços de saúde mental ou falta de recursos para apoiar a transição dos pacientes de volta à comunidade. Lei Federal nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, estabelece diretrizes para a organização da assistência em saúde mental, incluindo o tempo de internação psiquiátrica.
Usos	Medir os recursos (custo fixo) desperdiçados com o Leito ocupado por tempo de permanência sem indicação. Eficiência da gestão de leito operacional no hospital. Avaliar o tempo de permanência dos pacientes no hospital. Boas práticas no cuidado com o paciente e rotatividade do leito operacional.
Limitações	Longa permanência de pacientes de alta hospitalar, que continuam internados pós alta por questões sociais, ocasionando uma elevação na média de permanência. O tempo médio de internação pode ser influenciado pela gravidade dos casos atendidos na enfermaria psiquiátrica. Fatores externos, como disponibilidade de recursos, capacidade de leitos. Além disso, há uma fragilidade na fonte dos dados, uma vez que são extraídos do Censo Hospitalar em Planilha Excel.
Fonte	Planilha Excel - Relatório local
Metodologia de Cálculo	Fórmula e Cálculo: (Num = $\sum$ Nº de pacientes-dia no período / Denom = $\sum$ Número de saídas no período) a) Numerador: Número de pacientes-dia - somatório de pacientes-dia do hospital no período de um mês. b) Denominador: Nº de saídas - somatório das altas, transferências externas e óbitos do hospital no período de um mês. Como referência utilizar o censo da 00:00h de cada dia. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando no hospital a cada dia. O número de pacientes-dia no mês será o somatório de pacientes-dia de cada dia do mês. Saídas: Nº de saídas hospitalares registradas no período de um mês. Somatório de número de altas (independente do motivo de alta), óbitos e transferências externas ocorridas no hospital no período de um mês.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025). AGR/AGL = Quadrimestral, Local = Coleta de dados mensais, com alimentação da planilha bimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual (relatório), Local = Bimestral
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não, o resultado é expresso mês a mês
Acumulativo para Pactuação	Não, o resultado anual é a média mensal durante o ano
Estratificação	Dados apenas do HSVP
Responsável Técnico	GESSAM/DISSAM/COASIS
Coordenador da Pactuação	COASIS/SAIS
Descrição da Meta	28 dias

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específico Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
INDICADOR:	Tempo médio em dias de internação psiquiátrica – Enfermaria
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO NUMERADOR	
1	Acessar a Planilha "\\srv-fs\GESTAO_LEITOS_HSVP\CENSOS 2022\CENSOS 2023\CENSOS 2024\CENSO 2024 planilhas\CENSO ENFERMARIA 2024 (2).ods" ;
2	Selecionar a aba do mês de apuração dos dados;
3	Verificar a coluna total das linhas “Pac dia anterior” e “Admissão”;
4	Para obter o numerador, somar os valores totais de “Pac dia anterior” e “Admissão”.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO DENOMINADOR	
1	Para obter o denominador, basta anotar o valor total de saídas.
OBSERVAÇÕES	
O resultado do indicador será calculado pela ferramenta de monitoramento disponibilizada e compartilhada pela área encarregada de acompanhar e analisar os resultados dos Acordos de Gestão.	

Indicador 6 - HSVP: Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Pronto Socorro.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 6 - HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo médio em dias de internação Psiquiátrica - Pronto Socorro
Conceituação	Diminuir o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital Avaliar a duração média da estadia de pacientes no pronto-socorro psiquiátrico. Representa a média de tempo que os pacientes passam internados nesse ambiente específico antes de serem transferidos para outras unidades de tratamento, como unidades psiquiátricas de internação prolongada ou serviços ambulatoriais. Lei Federal nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, estabelece diretrizes para a organização da assistência em saúde mental, incluindo o tempo de internação psiquiátrica.
Usos	Medir os recursos (custo fixo) desperdiçados com o leito ocupado por tempo de permanência sem indicação. Eficiência da gestão de leito operacional nos hospitais. Avaliar o tempo de permanência dos pacientes no hospital. Boas práticas no cuidado com o paciente e rotatividade do leito operacional.
Limitações	Longa permanência de pacientes de alta hospitalar, que continuam internados pós alta por questões sociais, ocasionando uma elevação na média permanência. O tempo médio de internação pode ser influenciado pelo tipo e gravidade dos pacientes que procuram o pronto-socorro psiquiátrico. A falta de acesso a serviços ambulatoriais de acompanhamento após a alta. Fatores externos, como disponibilidade de recursos, capacidade de leitos. Além disso, há uma fragilidade na fonte dos dados, uma vez que são extraídos do Censo Hospitalar em Planilha Excel.
Fonte	Planilha Excel - Relatório local
Metodologia de Cálculo	Fórmula de Cálculo: (Num = $\sum$ Nº de pacientes-dia no período / Denom = $\sum$ Número de saídas no período) a) Numerador: Número de pacientes-dia - somatório de pacientes-dia do hospital no período de um mês. b) Denominador: Nº de saídas - somatório das altas, transferências externa e óbitos do hospital no período de um mês. Como referência utilizar o censo da 00:00h de cada dia. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando no hospital a cada dia. O número de pacientes-dia no mês será o somatório de pacientes-dia de cada dia do mês). Saídas: Nº de saídas hospitalares registradas no período de um mês. Somatório de número de altas (independente do motivo de alta), óbitos e transferências externas ocorridas no hospital no período de um mês.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025) AGR/AGL = Quadrimestral, Local = Coleta de dados mensais, com alimentação da planilha bimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual (relatório), Local = Bimestral
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não, o resultado é expresso mês a mês
Acumulativo para Pactuação	Não, o resultado anual é a média mensal durante o ano
Estratificação	Dados apenas do HSVP
Responsável Técnico	GESSAM/DISSAM/COASIS
Coordenador da Pactuação	COASIS/SAIS
Descrição da Meta	10 dias

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específico Hospital São Vicente de Paulo - HSVP
INDICADOR:	Tempo médio em dias de internação psiquiátrica - Pronto Socorro
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO NUMERADOR	
1	Acessar a Planilha "\\srv-fs\GESTAO_LEITOS_HSVP\CENSOS 2022\CENSOS 2023\CENSOS 2024\CENSO 2024 planilhas\CENSO PRONTO SOCORRO 2024 (2).ods" ;
2	Selecionar a aba do mês de apuração dos dados;
3	Verificar a coluna total das linhas “Pac dia anterior” e “Admissão”;
4	Para obter o numerador, somar os valores totais de “Pac dia anterior” e “Admissão”.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO DENOMINADOR	
1	Para obter o denominador, basta anotar o valor total de saídas.
OBSERVAÇÕES	
O resultado do indicador será calculado pela ferramenta de monitoramento disponibilizada e compartilhada pela área encarregada de acompanhar e analisar os resultados dos Acordos de Gestão.	

Indicador 13- HMIB/HSVP Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 13
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. 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; Denominador: Número total de GAE por Unidade de atendimento no mês; Multiplicador: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025)
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 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.	

Indicadores Específicos AGR - CRDF

Indicador 1 - CRDF: Número absoluto de doadores de tecidos oculares.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 1 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Número absoluto de doadores de tecidos oculares no Distrito Federal (DF).
Conceituação	Doador efetivo de tecidos: indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação Nº4/2017). A doação de tecidos oculares pode ocorrer em até 6h após a parada cardiorrespiratória, se o corpo do doador não for mantido sob refrigeração. E em até 12h após a parada cardiorrespiratória, se o corpo do doador for refrigerado dentro de 6h após a parada. É necessária a análise dos critérios de seleção e exclusão, autorização familiar para doação e triagem laboratorial. Esse indicador possibilitará o acompanhamento e monitoramento no número de doações de tecidos oculares efetivadas no Distrito Federal.
Usos	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações direcionadas à viabilização das doações de tecidos oculares. Auxiliar na localização de ineficiências e indicar a direção de intervenções para aumento nos índices de doações.
Limitações	Não identificar os potenciais doadores perdidos devido às subnotificações ou causas de não efetivação.
Fonte	Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes (SIG/SNT) Planilha EXCEL
Metodologia de Cálculo	Número absoluto de doadores de tecidos oculares. Somatório do número de doadores efetivos (indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante).
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Obter um mínimo de 30 doadores efetivos/mês (fonte: SIG/SNT)
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital, CNES, Região de Saúde, Unidade de saúde
Responsável Técnico	SES/CRDF/CET/BOT
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	30 (mensal)

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específico Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Número absoluto de doadores de tecidos oculares no Distrito Federal (DF).
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
PASSO A PASSO PARA COLETAR O NUMERADOR	
1	Acessar os registros dos doadores efetivos: na planilha de gestão, no formato excel, localizada no drive do e-mail: bancodeolhosdf2012@gmail.com ; e/ou no livro Ata de Relatório de Doadores de Tecidos Oculares;
2	Realizar a soma de todos os doadores do referido mês.
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Somatório do número absoluto de doadores efetivos de tecidos oculares humano no mês de referência.
OBSERVAÇÕES 1- A faixa etária para doadores efetivos de tecidos oculares, no Distrito Federal, corresponde ao intervalo de 3 até 75 anos. Situações extremas de necessidade de córneas poderão ser ampliadas para em até 80 anos. 2- Os registros oficiais dos doadores efetivos de tecidos oculares, em Parada Cardiorrespiratória e ou de Morte Encefálica, seguem uma sequência numérica, conforme diretrizes legais, a partir do dia 01/01 até 31/12 de cada ano. 3- O prontuários dos doadores efetivos de tecidos oculares devem ser arquivados por vinte anos.	

Indicador 2 - CRDF: Número absoluto de doadores de órgão sólido.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 2 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Número absoluto de doadores efetivos de órgão sólido no Distrito Federal (DF).
Conceituação	Doador efetivo de órgãos: indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação Nº4/2017). A doação de órgãos é regulamentada por Leis (9.434/1997 e 10.211/2001), Decretos (9.175/2017), Resoluções (CFM 2.173/2017) e Portarias. A Portaria de Consolidação Nº 4/2017 contém o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Esse indicador permitirá monitorar o número de doadores efetivos de órgãos sólidos no Distrito Federal.
Usos	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações direcionadas à promoção e viabilização dos potenciais doadores de múltiplos órgãos (MO). Auxiliar na localização de ineficiências e indicar a direção de intervenções para aumento nos índices de doações.
Limitações	Não identifica os potenciais doadores perdidos (subnotificação e seus motivos) e causas de não efetivação da doação.
Fonte	Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes (SIG/SNT) Planilha EXCEL.
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de doadores efetivos (indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada). Número absoluto de doadores de órgão sólido.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Obter um mínimo de 6 doadores efetivos/mês. Fonte: SIG/SNT, PORTARIA MS Nº 1.262, DE 16 DE JUNHO DE 2006
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital, CNES, Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/CRDF/CET/NOPO
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	6 (mensal)
Observações/Comentários	Número de notificações de potenciais doadores, Número de transplante de órgãos. Lei nº 9.434/1997, Art. 13º: É obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde informar

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específico Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Número absoluto de doadores efetivos de órgão sólido no Distrito Federal (DF).
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Abrir planilha excel “Estatística ME CET” do referido ano (pasta compartilhada – CET – ano de referência – ESTATÍSTICA);
2	Realizar a soma de todos os doadores efetivos (indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada) no DF no mês de referência.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Somatório do número absoluto de doadores efetivos no mês de referência.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 3 - CRDF: Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 3 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares.
Conceituação	Percentual de intervenções necessárias do SAMU 192 sem meios disponíveis no ano corrente. Número de ligações onde o regulador identifica a necessidade de encaminhar recursos para atendimento e não há meios disponíveis no momento. As ligações são classificadas pelo médico regulador que avalia a gravidade da situação e decide por encaminhar ou não o recurso. As ligações reguladas são categorizadas como: intervenção necessária e possível (em que é enviado o recurso mais próximo e adequado ao local onde a vítima/paciente se encontra); não pertinente (avaliados sem qualquer risco de vida, não necessitando de atenção urgente); necessária e sem meios (onde é necessário o atendimento mas não existem meios para enviar no momento da solicitação, e sem dados para decidir (não há informações suficientes que possam subsidiar a avaliação).
Usos	Permite analisar a demanda reprimida e monitorar a capacidade resolutiva do serviço em atender todas as solicitações que chegam à Central de Regulação de Urgências/CERU permitindo traçar estratégias de melhor cobertura do serviço bem como racionalidade na distribuição do recurso enviado.
Limitações	Em relação à assistência o indicador é limitado quando não há recursos disponíveis, por diversos motivos, como retenção de macas, absenteísmo de servidores ou impossibilidade de composição de equipes pela falta de RH.
Fonte	Sistema de Atendimento de Urgências (SAU) / SAMU-DF.
Metodologia de Cálculo	Número de ocorrências reguladas classificadas como necessárias e sem meios / Número total de ocorrências classificadas como intervenção necessária x 100. Numerador: Número de ocorrências reguladas classificadas como necessárias e sem meios de transporte. Denominador: Número total de ocorrências classificadas como intervenção necessária. Multiplicador: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Meta: 12%
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital/Regiões de saúde/CNES.
Responsável Técnico	SES/CRDF/SAMU/CERU
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	12%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o Sistema SAU Relatórios: Atualmente o Banco de Dados do SAMU 192 DF é armazenado e suportado através do Sistema SAU Relatórios acessível de forma local e remota.
2	Logar: Somente servidores autorizados pela Diretoria do SAMU podem auditar e extrair dados de atendimento envolvendo informações gerais registradas pelo sistema e informações de prontuário médico. O cadastro deve ser autorizado previamente pela Diretoria do SAMU 192 DF e é feito com nome de usuário e senha.
3	Menu: No menu principal clique em “ Relatórios SES" (mensal). Submenu: No submenu clicar em “Primeira decisão”.
4	Selecionar os Filtros: Especificar o filtro da extração: 1. Mês: Selecionar o mês vigente; 2. Ano: Selecionar o ano vigente.
5	Demanda Reprimida: A demanda reprimida encontra-se na terceira linha segunda coluna.
OBSERVAÇÕES	
Contém as decisões médicas da primeira regulação e quantas vezes cada decisão foi qualificada no mês selecionado. São consideradas para este relatório somente a primeira regulação de todas as ocorrências entrantes no mês selecionado e que não sejam relativas à homologação do sistema.	

Indicador 4 - CRDF: Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 4 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo-resposta dos chamados ao SAMU 192 DF
Conceituação	Tempo resposta das ocorrências reguladas pela Central de Regulação de Urgência do SAMU 192. Tempo decorrido entre o contato do solicitante com a Central de Regulação de Urgência do SAMU, por meio do número 192, e a chegada da equipe de intervenção no local. Estima a capacidade do serviço em chegar no momento oportuno à vítima que expressa necessidade de atendimento em urgência e emergência, possibilitando conectá-la aos recursos que ela necessita na maior brevidade possível, reduzindo sofrimento, sequelas e mortes evitáveis. Esse indicador envolve várias etapas: tempo de recebimento e atendimento pelo Técnico auxiliar de regulação médica (TARM), tempo de atendimento do médico regulador, tempo de decisão, tempo de acionamento, tempo de partida e tempo de deslocamento da equipe até o local da ocorrência.
Usos	Possibilita avaliar a capacidade de resposta do atendimento pré-hospitalar do SAMU mediante a necessidade de intervenção. Permite orientar ações gestores: ampliação de bases descentralizadas, remanejamento de recursos humanos, processos de trabalho para aprimorar a cobertura territorial, e ampliação da capacidade instalada (reposição de recursos humanos, e criação de novas unidades móveis e postos de trabalho).
Limitações	Em relação ao impacto na prestação do serviço, o tempo resposta é limitado pela indisponibilidade e falta de recursos, causados, entre outras coisas, pela retenção de macas. Em relação ao impacto na avaliação do serviço o indicador limita a análise em relação a eficiência da assistência, podendo levar a entendimentos enviesados quando observado individualmente.
Fonte	Sistema Atendimento de Urgências (SAU) /SAMU- DF
Metodologia de Cálculo	Método de cálculo para a média aritmética: Média Aritmética = $\frac{\sum (\text{hora de chegada da equipe} - \text{hora de entrada no tronco 192})}{\text{Quantidade de intervenções hospitalares válidas}}$ Método de cálculo para o percentual de ocorrências atendidas: Percentual = $\frac{\text{Nº intervenções pré-hospitalares válidas com tempo-resposta} \leq \text{ao parâmetro}}{\text{Nº total de intervenções pré-hospitalares válidas}} \times 100$ Método de cálculo para a moda Moda = Intervalo de tempo-resposta com maior concentração de intervenções pré-hospitalares válidas
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Média aritmética: Minutos e segundos Percentual de ocorrências atendidas: percentual (%) Moda: Minutos e segundos
Parâmetro	Média aritmética: 00:33 Percentual de ocorrências atendidas: 40% Moda: 00:19 Fonte dos parâmetros: Área Técnica do SAMU 192 DF
Polaridade	Média aritmética: Menor, melhor Percentual de ocorrências atendidas: Maior, melhor Moda: Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A

Estratificação	Distrital / Regiões de saúde / CNES.
Responsável Técnico na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
Responsável Técnico na URD	SES/CRDF/SAMU/CERU e SES/CRDF/SAMU
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	Média aritmética: 00:33 Percentual de ocorrências atendidas: 40% Moda: 00:19
Observação	Poderá ser analisado por estratificação da gravidade e por urgências e emergências cardiológicas (PCR, IAM), neurológicas (AVC), traumáticas. Quanto maior a gravidade da ocorrência, menor deverá ser o tempo-resposta, a fim de prevenir os óbitos evitáveis na rua ou no domicílio. Os chamados de maior morbimortalidade devem ser priorizados através de regulação do acesso, como situações de urgências e emergências cardiológicas, neurológicas e traumáticas. O aumento da demanda de ocorrências de maior morbi-mortalidade, ou a falha em regular o acesso conduz ao aumento da demanda reprimida, e ao alargamento do tempo-resposta. Critérios de análise: Após tratamento dos dados com eliminação de entradas incompletas, erros de registro, e outliers a análise é feita por estratificação da distribuição de ocorrências abaixo e acima do parâmetro de 33 minutos, pela média aritmética geral, pela moda, e pela análise de histograma conformidade com a distribuição normal.

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF

INDICADOR	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Extração do Banco de Dados: Atualmente o Banco de Dados do SAMU 192 DF é armazenado e suportado através do Sistema SAU Relatórios acessível de forma local e remota. 1. Ordem de Serviço: A extração do Banco destinada para a análise do indicador será solicitada via ordem de serviço para a empresa de tecnologia responsável pela solução SAU conforme as regras apresentadas e padronizadas neste documento.
2	Filtros: O Banco de Dados do SAU será extraído com a aplicação de filtros 1. Ocorrências registradas no SAU dentro do mês vigente; 2. Ocorrências com intervenção de alguma Unidade Móvel; 3. Eliminação de entradas duplicadas; 4. Inclusão de todos os 7 intervalos que compõem o Tempo Resposta desde a entrada da ligação no tronco 192, até a chegada da Unidade Móvel no local da ocorrência; 5. Será incluído o tempo de deslocamento da primeira Unidade Móvel a chegar no local (intervenção com mais de uma equipe).
3	Query: com o intervalo de tempo definido e os filtros aplicados serão selecionados os dados necessários para a análise do tempo resposta. Serão incluídos: 1. chamado: Número de ocorrência; 2. datahora_chamado: Data e hora de entrada da ocorrência; 3. equipe: Número de cadastro SAU da Unidade Móvel 4. equipe_nome: nome da Unidade Móvel; 5. equipe_tipo: tipo de Unidade Móvel (USA, USB, Moto, USA Apoio, UR, entre outras); 6. gravidade_nome: nível de gravidade; 7. diagnostico: natureza presumida; 8. medico_regulador: nome do médico regulador responsável; 9. tempo_espera_tarm: intervalo de espera pelo início do atendimento TARM; 10. tempo_atendimento_tarm: intervalo de duração do atendimento TARM; 11. tempo_espera_medico: Intervalo de tempo de espera pelo médico regulador; 12. tempo_decisao_medica: intervalo de tempo de duração do atendimento do médico regulador; 13. tempo_ciencia_equipe: intervalo de tempo desde a conclusão da decisão médica até a marcação de recebimento do acionamento no aplicativo SAU através do smartphone da equipe móvel; 14. tempo_partida_equipe: intervalo de tempo desde a ciência do acionamento até a marcação de saída da base na tela do smartphone pela equipe móvel através do aplicativo SAU; 15. tempo_deslocamento_equipe: intervalo de tempo desde a saída da base até o registro de chegada da equipe no local do atendimento através do aplicativo SAU; 16. tempo_total: somatória de todos os intervalos anteriores.
4	Ambiente de Análise: o arquivo xlsx será importado dentro do ambiente do Google Drive do SAMU (regsamudf@gmail.com). 1. Pasta: PROJETO - MONITORAMENTO ESTATÍSTICO; 2. Subpasta 1: 19 - TEMPO RESPOSTA; 3. Subpasta 2: TEMPO RESPOSTA - EXTRAÇÃO COMPLETA; 4. Subpasta 3: TEMPO RESPOSTA - EXTRAÇÃO COMPLETA - 2025; 5. Subpasta 4: ARQUIVO - TEMPO RESPOSTA - EXTRAÇÃO COMPLETA - 2025;
5	Planilha de Análise: uma vez que o arquivo de extração original estiver dentro da pasta 5 (etapa anterior) os dados serão copiados e exportados para um arquivo de planilha do Google Sheets 1. Um arquivo Google Planilhas para cada mês; 2. O arquivo será criado dentro da subpasta 3; 3. O arquivo será nomeado conforme o padrão: “TEMPO RESPOSTA - SAMU - 2025 04 ABR” Obs: para cada arquivo será adaptado o número referente ao ano no formato de quatro dígitos, o número referente ao mês no formato de dois dígitos, e a abreviação do mês no formato de três letras. A regra de nomenclatura inclui

	todas as letras em capslock.
6	Aba DADOS: Dentro da planilha de análise (etapa anterior) a primeira aba receberá na integralidade os dados copiados do arquivo de extração. Serão seguidas as seguintes etapas: 1. Aba dados: a primeira aba será nomeada "DADOS"; 2. Cor: a aba dados terá sua cor de identificação alterada para o preto (#000000) conforme regra de padronização para o ambiente de planilhas do Google Drive do SAMU indicando que se trata de um banco de dados; 3. Colar especial: Os dados copiados (na área de transferência) serão colados na célula A1 (somente valores: Ctrl+Shift+V, ou Cmd+Shift+V); 4. Cabeçalho: A linha 1 será congelada (Menu principal - Ver - Congelar - Até a linha 1); 5. Formatação: A linha 1 será formatada com a cor de preenchimento cinza (hexadecimal #d9d9d9), cor do texto preto (padrão), alinhamento horizontal e vertical centralizados, e ajuste de texto em "Ajustar".
7	Tratamento: Os dados serão tratados para a análise que será conduzida de forma automática em outras abas da planilha (próximas etapas). O tratamento será feito por meio de criação de colunas acessórias à direita do banco devidamente colado. As colunas criadas serão: 1. Mes: =MONTH(B2); 2. Ano: =YEAR(B2); 3. 1: número 1 replicado para todas as linhas do banco (será utilizado por fórmulas SUMIFS no momento da análise); 4. tempo_espera_tarm: intervalo de tempo em segundos utilizando a fórmula conforme segue abaixo (explicação na próxima etapa). =IFERROR(SUM(MULTIPLY(INDEX(SPLIT(J2;":"),1);3600);MULTIPLY(INDEX(SPLIT(J2;":"),2);60);DIVIDE(INDEX(SPLIT(J2;":"),3);1000))) 5. tempo_atendimento_tarm: cópia da fórmula detalhada na coluna 4; 6. tempo_espera_medico: cópia da fórmula detalhada na coluna 4; 7. tempo_decisao_medica: cópia da fórmula detalhada na coluna 4; 8. tempo_ciencia_equipe: cópia da fórmula detalhada na coluna 4; 9. tempo_partida_equipe: cópia da fórmula detalhada na coluna 4; 10. tempo_deslocamento_equipe: cópia da fórmula detalhada na coluna 4; 11. Tempo Resposta Total em segundos: tempo resposta total através da somatória dos intervalos medidos em segundo; =SUM(U2:AA2) 12. Tempo Resposta em minutos inteiros: valor do tempo resposta em minutos inteiros; =INT(DIVIDE(AC2;60)) 13. Tempo Resposta em segundos restantes: valor do tempo resposta em segundos restantes uma vez retirado o equivalente aos minutos inteiros; =INT(MINUS(AC3;MULTIPLY(AD3;60))) 14. Tempo Resposta Total (filtro 1); 15. Tempo Resposta em minutos inteiros (filtro 1); 16. Tempo Resposta em segundos restantes (filtro 1); Obs: As colunas 14, 15 e 16 repetem os mesmos valores das tabelas 11 a 13, porém eliminando os erros de registro (filtro 1), ou seja, sempre quando um ou mais dos sete intervalos não estão preenchidos no banco de dados. As entradas com falhas de registro são consideradas inválidas e não aparecem nas novas colunas. 17. Tempo Resposta (segundos) abaixo de 60 min (filtro 2): apresenta o tempo resposta total de cada entrada válida do banco de dados com exclusão do grupo de outliers acima de 60 minutos de duração. =IF(AH2<=3600;AH2;"") 18. Dados Incluídos: registro da quantidade de entradas incluídas para consideração no relatório de extração e tratamento do banco para a análise do indicador que é realizada na sequência. =IF(AM2="";"";"INCLUIDO")
8	Fórmula das colunas 4 - 10: O objetivo foi a conversão de duração de tempo em segundos no Google Sheets. Durante o processo de extração e análise de dados de duração de tempo provenientes do Microsoft Excel no Google Sheets, enfrentamos uma dificuldade técnica: os registros de tempo estavam no formato de texto "hh:mm:ss". Para convertê-los em segundos, utilizamos a seguinte fórmula: =IFERROR(SUM(MULTIPLY(INDEX(SPLIT(J2;":"),1);3600);MULTIPLY(INDEX(SPLIT(J2;":"),2);60);DIVIDE(INDEX(SPLIT(J2;":"),3);1000)))

	● Explicação da fórmula: SPLIT(J2;":"): Divide o conteúdo da célula J2, assumindo que os valores estão no formato de texto "hh:mm:ss", separando as partes de hora, minuto e segundo; INDEX(SPLIT(J2;":");1): Captura a parte correspondente às horas, que é a primeira fração do tempo; INDEX(SPLIT(J2;":");2): Captura os minutos, que é a segunda fração; INDEX(SPLIT(J2;":");3): Captura os segundos (fracionários ou inteiros), que é a terceira fração. Cada fração do tempo é então convertida para segundos: Horas: Multiplicadas por 3600 (segundos em uma hora); Minutos: Multiplicados por 60 (segundos em um minuto); Segundos: Divididos por 1000, no caso de os valores estarem em milissegundos; SUM(): Soma as três frações convertidas para segundos. IFERROR(): Garante que, em caso de erro (como formato de entrada errado ou dados inválidos), a fórmula não resulte em erro explícito, mas sim em uma célula vazia. Essa abordagem resolve o problema de interpretação dos dados importados, garantindo a uniformidade necessária para a análise.
9	Aba TRATADO: A segundo aba será criada com as seguintes regras e etapas 1. Nome: a segunda aba será nomeada "TRATADO"; 2. Cor: a aba terá sua cor de identificação alterada para o vermelho-escuro-1 (hexadecimal #cc0000) conforme regra de padronização para o ambiente de planilhas do Google Drive do SAMU indicando que se trata de uma aba automatizada com fórmulas (somente leitura); 3. Query: Na célula A1 será incluída a fórmula de replicação do Banco de Dados filtrados através de uma query como segue abaixo: =QUERY(DADOS!\$A\$1:\$AO;"select * where A is not null and AO = 'INCLUIDO'";1) 4. Cabeçalho: A linha 1 será congelada (Menu principal - Ver - Congelar - Até a linha 1); 5. Formatação: A linha 1 será formatada com a cor de preenchimento cinza (hexadecimal #d9d9d9), cor do texto preto (padrão), alinhamento horizontal e vertical centralizados, e ajuste de texto em "Ajustar".
10	Aba ANÁLISE: A terceira aba a ser criada tem como objetivo a criação de um relatório de extração e análise na qual serão gerados os dados: 1. Intervalos do tempo resposta com seu resultado final dentro do mês analisado; 2. Dados Gerais - Ano de análise; - Mês de análise; - Total de ocorrências extraídas; - Total de ocorrências pós-filtros 1 e 2 para cálculo final do tempo resposta; 3. Outliers identificados (se houver) a. Quantidade de ocorrências repetidas; b. Quantidade de ocorrências acima de 60 minutos; c. Quantidade de ocorrências com intervalos sem registro; 4. Viés de Registro - quantidade de ausências de registro por intervalo com quantidade e porcentagem; 5. Tempo Resposta calculado com a totalidade das entradas; 6. Tempo Resposta calculado após a aplicação dos filtros; 7. Moda; 8. Desvio Padrão da amostra pós-tratamento; 9. Tempo Resposta Parâmetro; 10. Quantidade de entradas abaixo do parâmetro; 11. Quantidade de entradas entre o parâmetro e 60 minutos; 12. Gráficos: - Distribuição abaixo e acima do parâmetro

	b. Análise de frequência de entradas em intervalos agrupados “bins” minuto a minuto, de 1 a 60 minutos;
11	Aba ANÁLISE 2: A quarta aba a ser criada tem como objetivo a análise da distribuição do tempo resposta conforme a classificação de gravidade gerando: 1. Painel com a quantidade total de entradas por nível de gravidade agrupadas em intervalos de 15 em 15 minutos até 60 minutos, e quantidade total superior a 1 h; 2. Gráficos: a. Distribuição por Nível de Gravidade i. Gráfico de linhas; ii. Gráfico de barras empilhadas. 3. Painel com o tempo resposta total por nível de gravidade antes e após o tratamento dos dados com aplicação dos filtros de erro e outliers.
12	Planilha MODELO: A planilha criada para análise do mês vigente deve ser copiada da planilha modelo de forma que as abas de análise e tratamento não precisem ser criadas e ajustadas a cada mês. Uma vez criado o documento modelo o esforço passa a ser a simples cópia do documento de extração com a importação para a aba DADOS ajustando as abas de tratamento até a quantidade total de linhas (quantidade de entradas varia de um mês para o outro).
OBSERVAÇÕES Contém a estimativa de tempo-resposta, porém não calcula o inicial da chamada do 192 até o término do atendimento do TARM, caracterizando um viés na média do tempo- resposta total. Para qualificar o indicador é necessário a implementação do tempo decorrido que o usuário espera para ser atendido pelo TARM e o tempo que o TARM leva para qualificar a ocorrência. Para todos os casos abaixo, não são contabilizadas ocorrências de transferências e nem de homologação do sistema; Considera-se como "Tempo de atendimento" a duração média entre o momento que o TARM qualifica a ocorrência e o momento que o médico regulador a atende; Considera-se como "Tempo de decisão" a duração média entre o momento que o médico abre a ocorrência e o momento em que ele clica em qualquer uma das decisões possíveis; Considera-se como "Tempo de acionamento" a duração média entre o momento que o médico regulador clica na decisão "Intervenção necessária e possível" e o momento em que o status da equipe selecionada é alterado para "Comunicada". Considera-se como "Tempo de partida" a duração média entre o momento que a equipe tem seu status alterado para "Comunicada" e o momento em que este status é alterado para "Partindo para o atendimento". Considera-se como "Tempo de deslocamento" a duração média entre o momento em que o status da equipe é alterado para "Partindo para o atendimento" e momento de "Chegada no local". Segue abaixo a visualização do primeiro modelo com os dados reais para o mês de janeiro de 2025 conforme as regras apresentadas neste documento para análise:	

	INTERVALOS AFERIDOS	TEMPO	SUM()	AVERAGE	MIN	SEG	TOTAL
1	tempo_espera_tarm	ESPERA TARM	5764	1,220479179	00	01	00:01 min
2	tempo_atendimento_tarm	ATENDIMENTO TARM	449333	98,6272105	01	38	01:38 min
3	tempo_espera_medico	ESPERA MEDICO	301096	64,3243012	01	04	01:04 min
4	tempo_decisao_medica	DECISÃO MEDICA	573327	122,8533942	02	02	02:02 min
5	tempo_ciencia_equipe	CIENCIA EQUIPE	178675	35,67883628	00	35	00:35 min
6	tempo_partida_equipe	PARTIDA EQUIPE	1171593	255,4372504	04	15	04:15 min
7	tempo_deslocamento_equipe	DESLOCAMENTO	6041982	1146,084997	19	06	19:06 min
	TOTAL						28:44 min

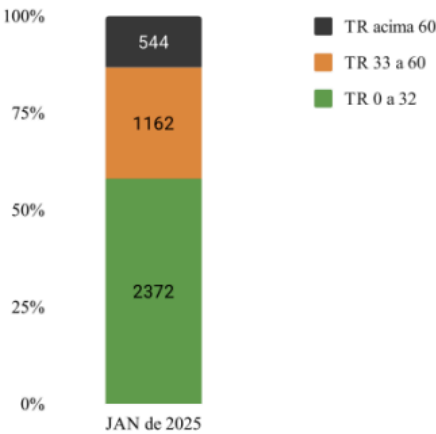
	Dados Gerais		
DADOS	Ano de análise:	2025	
	Mês de análise:	1	JAN
	Total de ocorrências:	4506	100%
	Total de ocorrências pós-filtro para calculo do TR:	3506	78%

	Tipos de Erro Analisados	Resultados	
ERROS	Ocorrências repetidas:	Nenhuma repetida	
	Ocorrências com TR acima de 60 min	544	12,07%
	Ocorrências com intervalos sem algum registro	428	12,21%

	Intervalos do Tempo Resposta	Quantidade sem registro	Total
VIÉS DE REGISTRO	QTD sem Espera TARM	0	0
	QTD sem Atendimento TARM	0	0
	QTD sem Espera Regulador	0	0
	QTD sem Decisão Regulador	0	0
	QTD sem Ciencia Equipe	30	0,67%
	QTD sem Partida Equipe	121	2,69%
	QTD sem Deslocamento	425	9,43%

AGR	
TRT	28:44 min
% Dentro Meta	67,1%
Moda	20 min

2025 - JAN

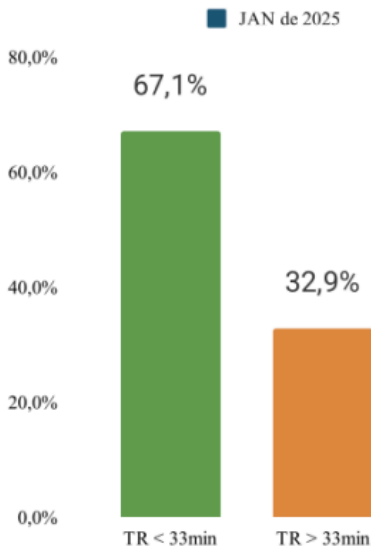


OUTLIERS	Total de Entradas excluídas por ausência de registro integral dos intervalos	428	1000
	Total de Entradas excluídas por ultrapassar 60 minutos de tempo resposta:	572	

	Cálculo	Resultado	Unidade
TEMPO RESPOSTA	TR - extração completa:	32:15 min	
	TR - pós-tratamento:	28:44 min	
	Moda - TR com filtro	20	minutos
	Desvio Padrão	777	segundos
		12,0	minutos

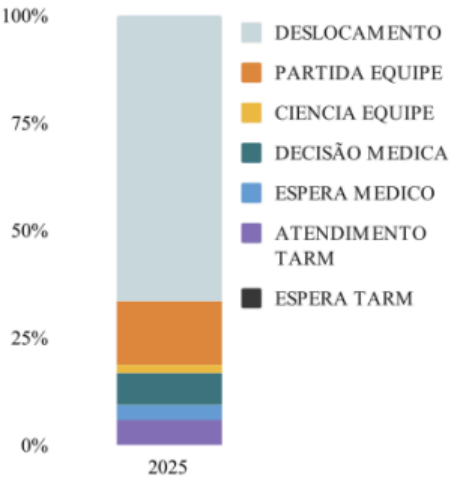
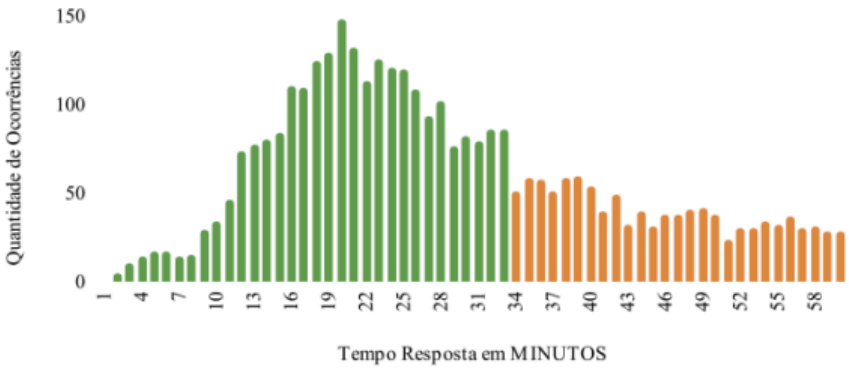
	Distribuição / ponto de corte	Quantidade	%
META	Tempo Resposta Meta:	33 min	
	Quantidade Abaixo de 33 min:	2372	67,1%
	Quantidade de 33 a 60 min:	1162	32,9%
	Quantidade Acima de 60 min:	544	EXCLUIDAS

Percentual em relação Ponto de Corte



Distribuição de Tempos Resposta - 2025

Quantidade Total de Ocorrências por TR



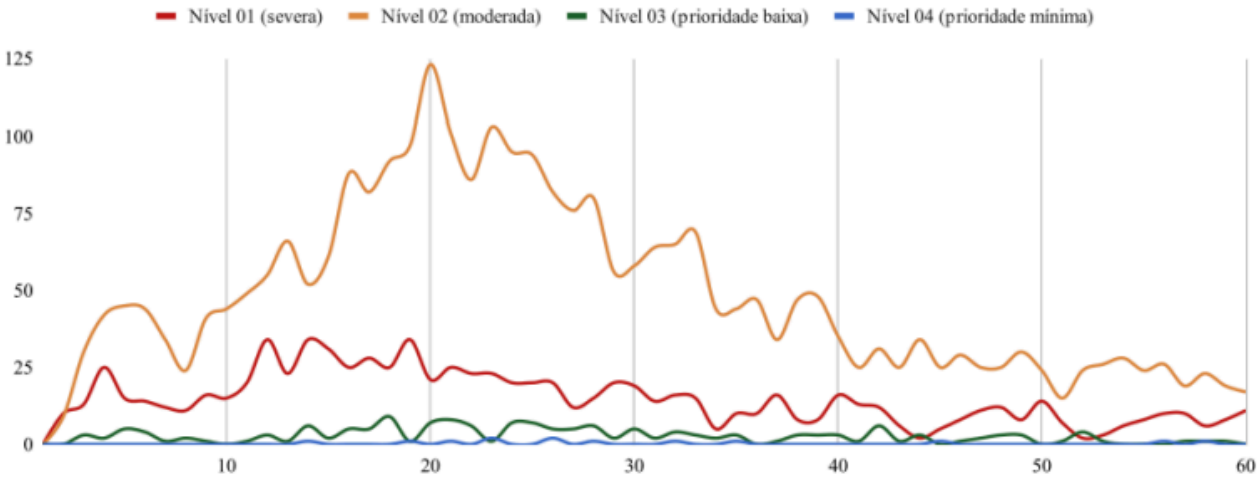
Extração Completa

	Nível de Gravidade	Até 15 min	Até 30 min	Até 45 min	Até 60 min	Superior a 1h	TOTAL
1	(nenhuma)	0	1	1	0	0	2
2	Nível 01 (severa)	140	332	170	118	252	1012
3	Nível 02 (moderada)	283	1282	668	362	697	3292
4	Nível 03 (prioridade baixa)	8	73	39	18	46	184
5	Nível 04 (prioridade mínima)	0	6	2	3	5	16
TOTAL		431	1694	880	501	1000	4506

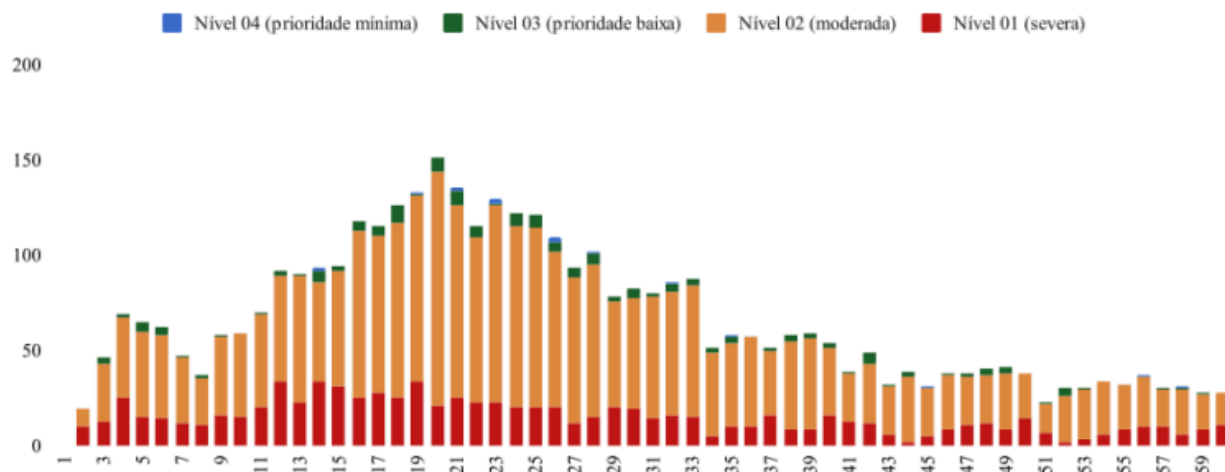
Pós-tratamento dos Dados

	Nível de Gravidade	Até 15 min	Até 30 min	Até 45 min	Até 60 min	Superior a 1h	TOTAL
1	(nenhuma)	0	1	1	0	0	2
2	Nível 01 (severa)	140	332	170	118	0	760
3	Nível 02 (moderada)	283	1282	668	362	0	2595
4	Nível 03 (prioridade baixa)	8	73	39	18	0	138
5	Nível 04 (prioridade mínima)	0	6	2	3	0	11
TOTAL		431	1694	880	501	0	3506

Distribuição por Nível de Gravidade



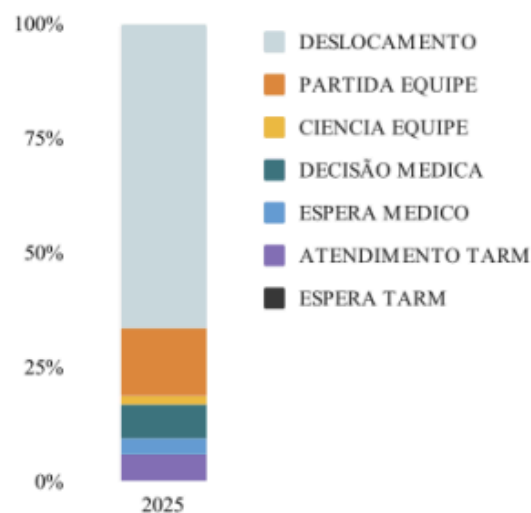
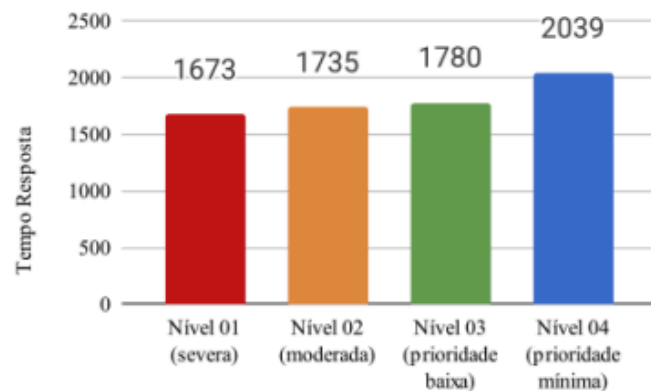
Distribuição por Nível de Gravidade



Nível de Gravidade	Quantidade		Tempo Resposta			
	DADOS	TRATADO	AVG (s)	minutos	segundos	TRT
1 (nenhuma)	2	2	1775	29	34	29:34
2 Nível 01 (severa)	1012	760	1673	27	52	27:52
3 Nível 02 (moderada)	3292	2595	1735	28	55	28:55
4 Nível 03 (prioridade baixa)	184	138	1780	29	39	29:39
5 Nível 04 (prioridade mínima)	16	11	2039	33	58	33:58
TOTAL	4506	3506				

Tempo Resposta / Gravidade

Unidade: segundos decorridos



Indicador 5 - CRDF: Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que estão judicializados.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 5 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que estão judicializados.
Conceituação	Verifica o tempo de espera de pacientes em lista de espera por leitos de UTI frente aos demais que não possuam judicialização.
Usos	Acompanhamento do número de pacientes judicializados que foram direcionados durante o mês de referência.
Limitações	Insuficiência de RH médico e enfermeiro. Indisponibilidade de leitos de UTI com o perfil pretendido do paciente.
Fonte	Prontuário eletrônico TrakCare, planilha de monitoramento de pacientes judicializados, e planilha de direcionamentos de pacientes.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Somatório do tempo (em horas) de espera em fila de UTI (inserção em fila até direcionamento) do primeiro ao último dia do mês de referência dos pacientes judicializados. Denominador: Número total de pacientes direcionados judicializados.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Tempo (em horas)
Parâmetro	Utilizar apenas pacientes judicializados e inseridos em lista de espera.
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Unidade Executante
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERIH
Coordenador da Pactuação	SES/CRDF/DIRAAH
Descrição da Meta	Reduzir o tempo de direcionamento de pacientes judicializados. Em monitoramento

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que estão judicializados.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar a planilha de "Mandados judiciais"
2	Filtrar o mês que deseja realizar a busca
3	Filtrar apenas pacientes direcionados, excluindo óbitos na fila, melhora clínica, evasão e outros.
4	Realizar a contagem do tempo (em horas) entre a inserção e a data de direcionamento do paciente judicializado.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar a planilha de "Mandados judiciais"
2	Filtrar o mês que deseja realizar a busca
3	Filtrar apenas pacientes direcionados, excluindo óbito na fila, melhora clínica, evasão e outros.
4	Realizar a contagem total dos pacientes. Esse será o denominador
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Dividir o número de dias de espera na fila de UTI dos pacientes judicializados, pelo número de pacientes.
OBSERVAÇÕES	
Orienta-se a realização da extração dos dados a cada mês e sempre após o dia 10 do mês corrente para o indicador do mês anterior.	

Indicador 6 - CRDF: Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 6 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG
Conceituação	Avaliar o percentual de cirurgias eletivas autorizadas, em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG, no ano corrente, no DF, mensurando a oferta (número de vagas) em relação à demanda (número de solicitações), evidenciando a vazão das filas. O acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos é um desafio complexo que envolve a gestão de filas crescentes, capacidade de estruturas hospitalares e articulação deficiente da rede. As filas de cirurgias eletivas são dinâmicas e consideram tanto a ordem cronológica de ingresso, quanto a classificação de prioridade baseada em critérios clínicos descritos em protocolos. Cirurgias eletivas são definidas pelo Ministério da Saúde como "todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência." As filas de espera refletem o desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços, sendo passível a sua mensuração em número de solicitações aguardando agendamento, ao que se entende que, quanto maior, mais iminente é a necessidade de estratégias por parte dos gestores em saúde para sua redução. Já o tempo de espera também é um fator a ser considerado, embora não seja um fator passível de mensuração em termos quantitativos no quesito cirurgias eletivas (NT Nº 06/2020 - ANVISA). O indicador tem como proposta a análise da gestão das filas e a criação de estratégias para a redução das filas e do tempo de espera. É uma ferramenta aliada da gestão no sentido de demonstrar o resultado das ações criadas para o aumento da execução de cirurgias eletivas nas redes própria, contratada e conveniada da SES-DF, em conjunto com a efetividade do processo regulatório. Estima a porcentagem de execução de cirurgias eletivas autorizadas de pacientes da SES-DF, em relação ao número de solicitações de procedimentos aguardando em fila autorização para execução, de acordo com a oferta de vagas. Assim, permite a mensuração da oferta (número de vagas) em relação à demanda (número de solicitações) e demonstra a vazão das filas, proporcionando a identificação dos fatores limitadores para direcionamento de ações estratégicas.
Usos	Fortalecer e ampliar o acesso oportuno, referenciado, integral e equânime, através da oferta ideal de vagas para procedimentos cirúrgicos eletivos por meio da regulação assistencial, com base nas necessidades do usuário. Transparência da oferta de vagas cirúrgicas reguladas. Maior otimização dos recursos da rede. Menor tempo de espera para o paciente.
Limitações	Limitações do SISREG III para buscar as informações necessárias (não faz consulta retroativa). Filas superestimadas por falta de higienização
Fonte	Sistema Nacional de Regulação - SISREG III
Metodologia de Cálculo	(Número de cirurgias autorizadas no mês / Número de cirurgias na fila do SISREG no último dia útil do mês) x 100. Número total de cirurgias autorizadas no mês (resultado obtido pelo painel do MPDFT), dividido pelo número de cirurgias na fila do SISREG no último dia do útil do mês (resultado obtido por consulta manual no SISREG, sendo o último dia útil do mês o último dia passível de novas autorizações de cirurgia naquele mês), multiplicado por 100 para se obter o resultado percentual.
Periodicidade de	Quadrimestral (vigência 2025).

Monitoramento	
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital, Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERCE
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	15%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação ao número de procedimentos em fila no SISREG
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o Mapa Social da Saúde por meio do link: https://paineis-ext.mpdft.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html ;
2	No Mapa Social da Saúde, clicar no menu “Agendamentos” e clicar em “Cirurgias Eletivas”;
3	Em “Filtros”, selecionar o mês e o ano a serem analisados e manter sem filtros o “Status”, evidenciando o número total de cirurgias autorizadas no período consultado (como “Agendamentos CE”).
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o SISREG pelo link https://sisregiii.saude.gov.br/ e logar com perfil Regulador;
2	Em “Autorizar”, clicar em Ambulatorial;
3	No campo “Descrição”, digitar o grupo CE a ser pesquisado, gerando o número de solicitações em fila;
4	Transcrever para a planilha de controle da CERCE, com compilado de todas as especialidades;
5	O levantamento será feito pelos médicos reguladores e atualizado no último dia útil do mês (por ser o último dia passível de novas autorizações de cirurgia naquele mês), devendo ser criada cópia da planilha em PDF e anexada no processo Sei 00060-00161401/2022-35 para posterior consulta quando necessário.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Número total de cirurgias autorizadas no mês (resultado obtido pelo painel do MPDFT), dividido pelo número de cirurgias na fila do SISREG no último dia do útil do mês (resultado obtido da planilha por levantamento manual no SISREG), multiplicado por 100 para se obter o resultado percentual.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 7 - CRDF: Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 7- CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação.
Conceituação	Percentual de procedimentos ambulatoriais agendados e pendentes de confirmação pelas unidades de executantes. Número de procedimentos ambulatoriais autorizados baseado em protocolos clínicos previamente regulamentados pelas especialidades e institucionalizados na SES/DF. Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF pelo SISREG III na rede própria, conveniada e contratada da SES-DF. Esses protocolos são instrumentos de ordenamento dos fluxos de encaminhamentos, sendo facilitadores para o manejo clínico em todos os níveis de atenção. Os procedimentos ambulatoriais aqui compreendem consultas especializadas e exames diagnósticos. O Panorama 1 abrange a regulação regional. O território possui aptidão para gerenciar sua própria distribuição da oferta e a alocação da demanda dos pacientes conforme sua capacidade instalada, além de serem responsáveis pela qualificação das solicitações (consultas/procedimentos/internações), de acordo com os fluxos e protocolos vigentes. O Panorama 2 abrange a regulação pactuada/inter-regional. A região ofertante do recurso deverá ter aptidão para gerenciar, além de sua demanda, também a demanda de outro território/região, mediante pactuação prévia. O Panorama 3 é regulado centralmente pelo CRDF. Refere-se a recursos que não estão presentes na maioria dos territórios, sendo estes escassos e estratégicos, estando concentrados em unidades executantes próprias, contratadas e/ou conveniadas específicas que servem a toda a rede. Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF (CERA) no panorama III, a partir de protocolos institucionalizados pendentes de confirmação pelas unidades executantes.
Usos	Possibilita a mensuração da quantidade de procedimentos autorizados pela CERA e pendentes de confirmação. A falta de confirmação impede a avaliação do real absenteísmo de pacientes à procedimentos ambulatoriais. Além disso possibilita o acompanhamento do fluxo de encaminhamento aos serviços ambulatoriais qualificados da SES/DF.
Limitações	Déficit e falta de treinamento de RH para fechamento de chaves. Morosidade e instabilidade do SISREG III/Painel Mapa Social da Saúde.
Fonte	SISREG III, Painel Mapa Social da Saúde - Regulação (Homologação MPDFT e SES-DF)
Metodologia de Cálculo	Total de agendamentos de procedimentos ambulatoriais não confirmados/Total de procedimentos ambulatoriais agendados - (menos) cancelados) x 100 Numerador: Total de agendamentos de procedimentos ambulatoriais não confirmados. Denominador: Total de procedimentos ambulatoriais agendados - (menos) canceladas. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Ter 100% das chaves fechadas
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital/Regiões de saúde
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAHH/CERA
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	20%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pendentes de confirmação
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar o Mapa Social da Saúde por meio do link: https://paineis-ext.mpdft.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html .
2	Clicar no menu “Solicitações Agendadas” ou “Agendamentos”, preencher o Procedimento, selecionar o(s) ano(s) e mês(s).
3	Extrair o número de AGENDAMENTOS/PENDENTES CONFIRMAÇÃO/EXECUTANTE apresentado no quadro “Status das Solicitações Agendadas”.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o Mapa Social da Saúde por meio do link: https://paineis-ext.mpdft.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html ; ou Acessar o SISREG pelo link https://sisregiii.saude.gov.br/ e logar com perfil Administrador.
2	No Mapa Social da Saúde, clicar no menu “Solicitações Agendadas” ou “Agendamentos”, preencher o Procedimento, selecionar o(s) ano(s) e mês(s); ou No SISREG, clicar no menu RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO>AMBULATORIAL>PROCEDIMENTO/UNIDADE EXECUTANTE, escolher o procedimento, o período e clicar em Ok.
3	No Mapa Social da Saúde, extrair o número de agendados apresentado no quadro “Agendamentos” e o número de cancelados no quadro “Status das Solicitações Agendadas”; ou REG, extrair o número de marcados.
4	Dos dados extraídos do Mapa Social da Saúde, subtrair o número de cancelados do número de agendados.
Passo a passo para fazer o cálculo do resultado	
1	Realizar somatório dos AGENDAMENTOS/PENDENTES CONFIRMAÇÃO/EXECUTANTE (Mapa Social da Saúde).
2	Realizar somatório dos Agendados - (menos) os cancelados (Mapa Social da Saúde)/Marcados (SISREG).
3	Dividir o número de AGENDAMENTOS/PENDENTES CONFIRMAÇÃO/EXECUTANTE pelos agendamentos (excluídos os cancelamentos). Multiplicar por 100.
OBSERVAÇÕES	
Os agendamentos podem ser extraídos usando tanto o Mapa Social da Saúde quanto o SISREG.	

Indicador 8 - CRDF: Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que não estão judicializados.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 8 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que NÃO estão judicializados.
Conceituação	Verifica o tempo de espera de pacientes em lista por leitos de UTI frente aos pacientes judicializados.
Usos	Acompanhamento do número de pacientes não judicializados que foram direcionados durante o mês de referência.
Limitações	Insuficiência de RH médico e enfermeiro. Indisponibilidade de leitos de UTI com o perfil pretendido do paciente.
Fonte	Prontuário eletrônico TraKCare, planilha de monitoramento de pacientes direcionados.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Somatório do tempo (em horas) de espera em fila de UTI (inserção em fila até direcionamento) do primeiro ao último dia do mês de referência dos pacientes não judicializados. Denominador: Dividir pelo número total de pacientes direcionados não judicializados.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Tempo médio de dias
Parâmetro	Utilizar apenas pacientes não judicializados e inseridos em lista de espera.
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Unidade Executante
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERIH
Coordenador da Pactuação	SES/CRDF/DIRAAH
Descrição da Meta	Manter o menor tempo de espera em fila, e comparar aos pacientes judicializados.

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específico Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que NÃO estão judicializados.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar a planilha de "Direcionados".
2	Filtrar apenas pacientes direcionados.
3	Realizar o somatório de horas dos pacientes em fila de espera do mês de referência entre o primeiro e último dia do mês.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar a planilha de "Direcionados"
2	Filtrar o mês que deseja realizar a busca
3	Realizar a contagem total dos pacientes direcionados. Esse será o denominador.
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Dividir o número total de horas pelo número de pacientes do mês de referência.
OBSERVAÇÕES	
Orienta-se a realização da extração dos dados a cada mês e sempre após o dia 10 do mês corrente para o indicador do mês anterior.	

Indicador 9 - CRDF: Percentual de Efetivação da Doação de Órgãos

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 9 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de efetivação da doação de órgãos.
Conceituação	Percentual de doação efetivas no Distrito Federal em relação ao número de confirmações de morte encefálica. Doador efetivo de órgãos: indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação Nº4/2017). Estas verificações de informações serão realizadas nas unidades de faturamento das unidades notificantes e na CET (número total de notificações de potenciais doadores de órgãos) por unidade hospitalar. A doação de órgãos é regulamentada por Leis (9.434/1997 e 10.211/2001), Decretos (9.175/2017), Resoluções (CFM 2.173/2017) e Portarias. A Portaria de Consolidação Nº 4/2017 contém o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Esse indicador permitirá monitorar o número de doadores efetivos de órgãos em relação às confirmações de morte encefálicas no Distrito Federal.
Usos	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações direcionadas à melhorias no processo de faturamento da unidades notificantes bem como a promoção da comunicação entre os serviços envolvidos e a viabilização dos potenciais doadores de múltiplos órgãos (MO). Auxiliar na localização de ineficiências na comunicação de mortes encefálicas e indicar a direção de intervenções para aumento nos índices de doações.
Limitações	Não identifica os potenciais doadores perdidos (subnotificação e seus motivos) e causas de não comunicação de morte encefálicas e em consequência na efetivação da doação.
Fonte	Planilha EXCEL, dados do Sistema Nacional de transplante, unidades de Saúde.
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de doadores efetivos de órgãos DENOMINADOR: Número de confirmação de morte encefálica. Resultado deverá ser multiplicado por 100. (Número de doadores efetivos de órgãos / número de confirmações de morte encefálica) X 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Distrito Federal: 100% de AIHs referentes a Ações para Doação de Órgãos Faturadas
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Distrital, Região de Saúde, Unidades de saúde.
Responsável Técnico	SES/CRDF/CET/NOPO
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
Descrição da Meta	15%

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF
INDICADOR	Percentual de efetivação da doação de órgãos.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Abrir planilha excel “Estatística ME CET” do referido ano (pasta compartilhada – CET – ano de referência – ESTATÍSTICA);
2	Realizar a soma de todos os doadores efetivos (indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada) no DF no mês de referência.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Abrir planilha excel “Estatística ME CET” do referido ano (pasta compartilhada – CET – ano de referência – ESTATÍSTICA);
2	Realizar a soma de todas as notificações de morte encefálica no DF no mês de referência.
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Dividir o numerador pelo denominador;
2	Multiplicar o resultado por 100.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 10 - Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES .

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº10 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES
Conceituação	Mede a proporção de vagas de hemodiálise hospitalares reguladas em panorama 3, ou seja, de forma centralizada pelo CRDF, em relação ao total de vagas de hemodiálise hospitalares da rede SES. Conforme Nota Técnica vigente N°1/2023 - SES/SAIS/CATES/DSINT/GESINT (115028225), a CERAC deve controlar e regular 70% das vagas de hemodiálise hospitalar, daí a origem da meta. Esta situação tem impacto direto no giro de leitos, de forma especial os de UTI, que quando necessita de suporte dialítico, possui grande dificuldade na transferência dos pacientes. Dessa forma, o maior controle e a efetivação da regulação dos 70% das vagas de HD nos hospitais trará resultados significativos para a rotatividade de leitos de UTI.
Usos	Avaliar a disponibilidade real de vagas de HD hospitalar na rede SES; Aumentar o turnover de leitos de UTI.
Limitações	Algumas unidades de saúde não informam as vagas com a regularidade solicitada ou informam em número menor. Não há sistema informatizado que permita a CERAC visualizar as vagas disponíveis, a exemplo do que ocorre com leitos no SISLEITOS. A informação é dependente das unidades (processo 00060- 00142529/2024-61). A informação de vagas disponíveis deve vir por meio de planilhas, que não são enviadas na periodicidade acordada (diária) pelas unidades. A gestão dessas planilhas é feita mediante uso da ferramenta Google Drive, a qual não possui autorização para uso, nos termos da PORTARIA N° 256, DE 29 DE MAIO DE 2024.
Fonte	Quantitativo de vagas disponibilizadas pelas unidades da SES com hemodiálise informada pela RTD da Nefrologia (00060-00142529/2024-61). Planilhas diariamente encaminhadas pelas unidades hospitalares à CERAC contendo relação de pacientes em hemodiálise e vagas disponíveis.
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas pelo CRDF. DENOMINADOR: Número total de vagas de hemodiálise hospitalar existentes na rede SES. MULTIPLICADOR: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	60% (meta definida em PDS)
Polaridade	Quanto mais próximo da meta, melhor (*).
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde Hospitais Regionais e URD
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERAC (definido em PDS)
Coordenador da Pactuação	CRDF
Descrição da Meta	Atingir a regulação de 70% (*) das vagas de hemodiálise hospitalar na SES/DF. Meta 2025: 60%

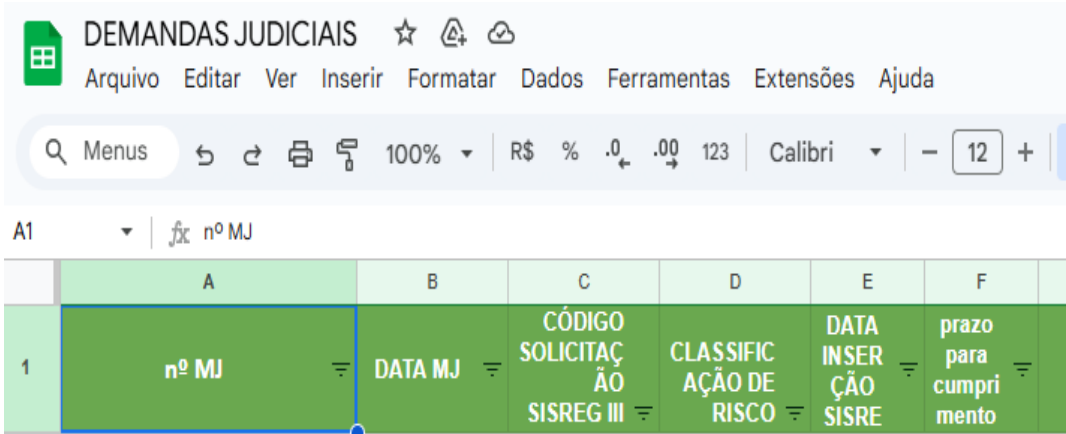
POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF.
INDICADOR	Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Número de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas pelo CRDF
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Número total de vagas de hemodiálise hospitalar existentes na rede SES.
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Multiplicador:100.
OBSERVAÇÕES	
A fonte dos dados, tanto para o numerador quanto para o denominador deste indicador são informações encaminhadas pelas unidades de saúde que disponibilizam as vagas, por meio de processo SEI autuado para este fim (00060-00142529/2024-61).	

Indicador 11 - Taxa de agendamento de solicitações de consulta em oncologia clínica por determinação/mandado judicial.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 11 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de agendamento de solicitações de Consulta em Oncologia Clínica por determinação/mandado judicial
Conceituação	Verifica a quantidade de pacientes agendados por determinação/mandado judicial em comparação aos pacientes agendados seguindo o fluxo regulatório ordinário
Usos	Acompanhamento do número de agendamentos realizados devido à determinação/mandado judicial e suas implicações ao processo regulatório ordinário. Realizar a análise situacional com o objetivo de melhorar o atendimento aos usuários e evitar judicialização.
Limitações	Instabilidade do SISREG III/API SISREG III, Mapa Social da Saúde, falta de RH e preenchimento manual de planilha.
Fonte	Mapa Social da Saúde (via API SISREG III/MS); Homologação SES e MPDFT. Planilha DEMANDAS JUDICIAIS confeccionada pela Central de Regulação Ambulatorial
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de agendamentos de Consultas em Oncologia Clínica por determinação/mandado judicial no mês Denominador: Número total de agendamentos de Consultas em Oncologia Clínica (tanto por determinação/mandado judicial quanto pelo processo regulatório ordinário) no mês Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Ter agendamentos apenas pelo fluxo regulatório ordinário.
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Unidade Executante
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERA
Coordenador da Pactuação	SES/CRDF/DIRAAH
Descrição da Meta	Reduzir 1% por ano a Taxa de agendamento de solicitações de Consulta em Oncologia Clínica por determinação/mandado judicial. Em monitoramento em 2025.

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF.
INDICADOR	Taxa de agendamento de solicitações de Consulta em Oncologia Clínica por determinação/mandado judicial.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar a planilha DEMANDAS JUDICIAIS (https://docs.google.com/spreadsheets/d/1unEIVnrhuscgvPEiX-x5hK5CnpurFlmMr-cIEH9POZk/edit?gid=0#gid=0): 
2	Realizar filtros nas colunas "ESPECIALIDADE SOLICITADA" e "DATA DA CONSULTA"

ESPECIALIDADE SOLICITADA

Classificar A a Z

Classificar Z a A

Ordenar por cor ▶

Filtrar por cor ▶

▶ Filtrar por condição

▼ Filtrar por valores

[Selecionar tudo: 6](#) - [Limpar](#)

Mostrando 6

✓ ONCOLOGIA CLÍNICA

BRAQUITERAPIA

GINECOLOGIA

ONCOLÓGICA

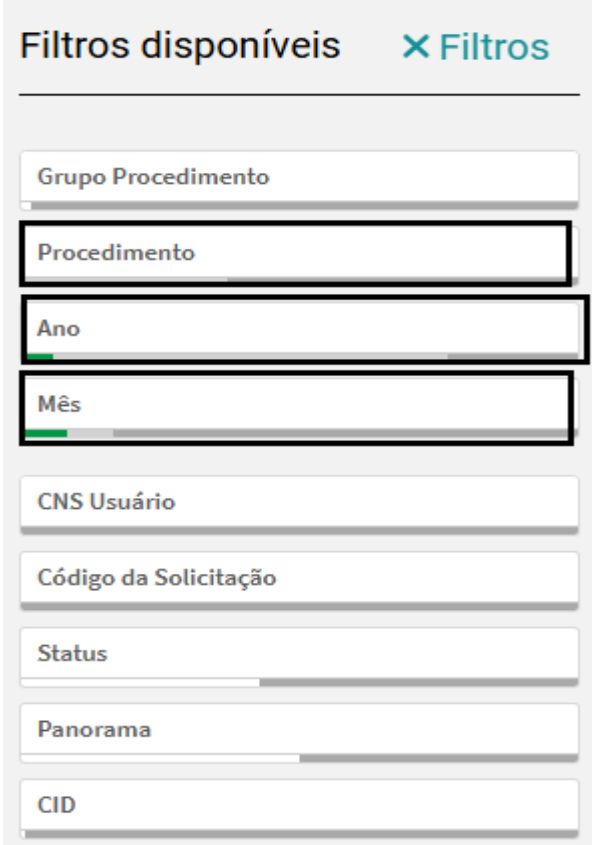
140

Cancelar

OK

ONCOLOGIA CLÍNICA

	ADOR UNIDADE EXECUTAN DATA CONSULTA Classificar A a Z Classificar Z a A Ordenar por cor ▶ Filtrar por cor ▶ ▶ Filtrar por condição ▼ Filtrar por valores Selecionar tudo: 18 - Limpar Mostrando 18 01/2025 ✓ 02/01/2025 ✓ 06/01/2025 ✓ 07/01/2025 ✓ 08/01/2025 Cancelar OK HRT 09/07/2024
3	Anotar o número de agendamentos realizados no mês por determinação/mandado judicial.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o " MAPA SOCIAL DO DF " por meio do link https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/mapa-social-do-df
2	Clicar no botão "SAÚDE"  ou utilizar o link https://paineis-ext.mpdft.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html para acessar o "Mapa Social da Saúde".
3	No canto superior esquerdo clicar em " Agendamentos " e depois em " Exames e Consultas ":

	
4	No canto superior direito clicar em "Filtros". Selecionar os filtros "Procedimento", "Ano" e "Mês": 
5	Clicar em qualquer local fora da área de filtros:

	Fonte: SISREG/DATASUS. Atual Tempo de Es 85,10 Filtros disponíveis × Filtros Grupo Procedimento Procedimento Ano Mês CNS Usuário Código da Solicitação Status
--	--

6	Anotar os número total de "Agendamentos" no mês apresentado no canto superior esquerdo: Agendamentos - Exames e Consultas descrição_proc... CONSULTA EM ONCO... × Ano_Agendame... 2025 × Mes_Agendame... jan × Agendamentos 292
---	--

PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO

1	Dividir o número de agendamentos de Consultas em Oncologia Clínica por determinação/mandado judicial no mês pelo Número total de agendamentos de Consultas em Oncologia Clínica (tanto por determinação/mandado judicial quanto pelo processo regulatório ordinário) no mês e multiplicar por 100.
2	Taxa de agendamento de solicitações de Consulta em Oncologia Clínica por determinação/mandado judicial=(Agendamentos judicializados)/(Total de Agendamentos) x 100.

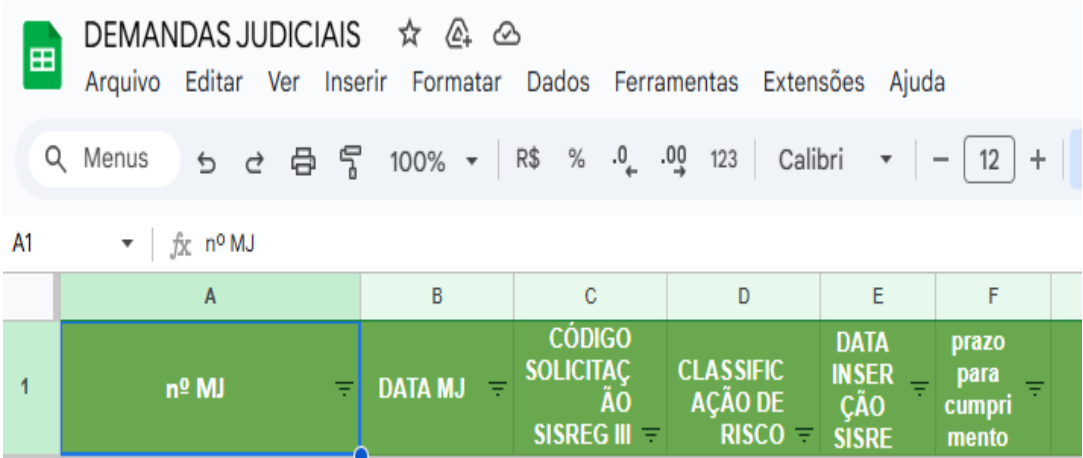
OBSERVAÇÕES

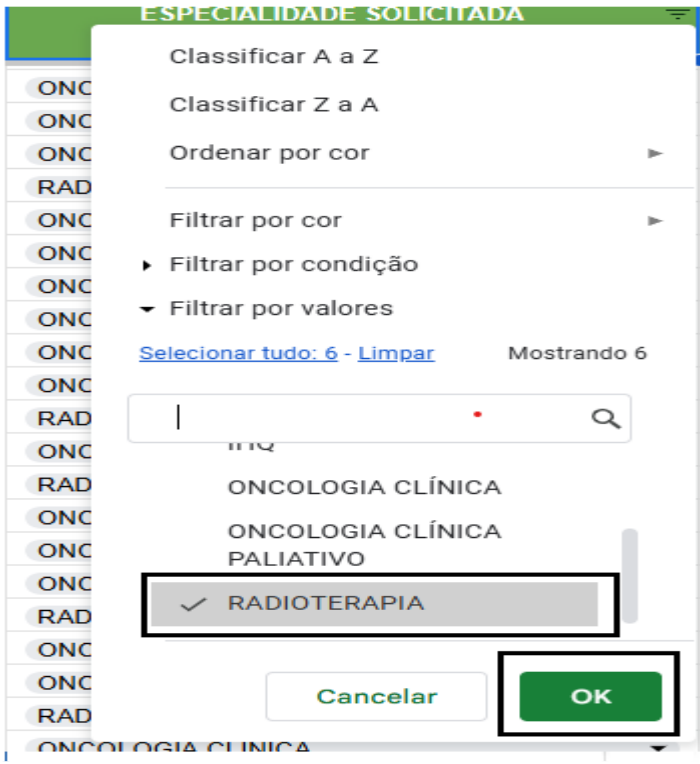
Sugerimos que os responsáveis pela extração dos dados do indicador assistam ao vídeo [Tutorial Mapa Social da Saúde](#) elaborado pelo MPDFT.No gráfico "Região de Saúde\Unidade Executante" é possível filtrar por unidade executante (Hospital, Policlínica etc.) Orientamos realizar a extração dos dados a cada mês e sempre após o dia 10 do mês corrente para o indicador do mês anterior.

Indicador 12 - Taxa de agendamento de solicitações de consulta em Radioterapia por determinação/mandado judicial.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº12 - CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de agendamento de solicitações de Consulta em Radioterapia por determinação/mandado judicial.
Conceituação	Verifica a quantidade de pacientes agendados por determinação/mandado judicial em comparação aos pacientes agendados seguindo o fluxo regulatório ordinario
Usos	Acompanhamento do número da agendamentos realizados devido à determinação/mandado judicial e suas implicações ao processo regulatório ordinário. Análise situacional com o objetivo de melhorar o atendimento aos usuários e evitar judicializações.
Limitações	Instabilidade do SISREG III/API SISREGIII, Mapa Social da Saúde, falta de RH e preenchimento manual de planilha.
Fonte	Mapa Social da Saúde (via API SISREG III/MS); Homologação SES e MPDFT. Planilha DEMANDAS JUDICIAIS confeccionada pela Central de Regulação Ambulatorial
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de agendamentos de Consultas em Radioterapia por determinação/mandado judicial no mês Denominador: Número total de agendamentos de Consultas em Radioterapia (tanto por determinação/mandado judicial quanto pelo processo regulatório ordinário) no mês Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (vigência 2025).
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Ter agendamentos apenas pelo fluxo regulatório ordinario.
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Unidade Executante
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERA
Coordenador da Pactuação	SES/CRDF/DIRAAH
Descrição da Meta	Reduzir 1% por ano a Taxa de agendamento de solicitações de Consulta em Radioterapia por determinação/mandado judicial Em monitoramento em 2025.

POP - Procedimento Operacional Padrão para coleta do dado

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Específicos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF.
INDICADOR	Taxa de agendamento de solicitações de Consulta em Radioterapia por determinação/mandado judicial.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Passo a passo para coletar o Numerador	
1	Acessar a planilha DEMANDAS JUDICIAIS (https://docs.google.com/spreadsheets/d/1unEIVnrhuscgvPEiX-x5hK5CnpurFlmMr-clEH9POZk/edit?gid=0#gid=0): 
2	Realizar filtros nas colunas "ESPECIALIDADE SOLICITADA" e "DATA DA CONSULTA"

	
3	Anotar o número de agendamentos realizados no mês por determinação/mandado judicial.
Passo a passo para coletar o Denominador	
1	Acessar o " MAPA SOCIAL DO DF " por meio do link https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/mapa-social-do-df
2	Clicar no botão "SAÚDE"  ou utilizar o link https://paineis-ext.mpdft.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html para acessar o "Mapa Social da Saúde".
3	No canto superior esquerdo clicar em " Agendamentos " e depois em " Exames e Consultas ":

 Início

 Agendamentos ^

 Exames e Consultas

 Cirurgias Eletivas

 Lista de Espera v

 Tutorial

4

 Filtros

No canto superior direito clicar em "Filtros" . Selecionar os filtros "Procedimento", "Ano" e "Mês":

Filtros disponíveis X Filtros

Grupo Procedimento

Procedimento

Ano

Mês

CNS Usuário

Código da Solicitação

Status

Panorama

CID

5

Clicar em qualquer local fora da área de filtros:

	Fonte: SISREG/DATASUS. Atualizado em 10/01/2025 Tempo de Espera 85,10 Filtros disponíveis X Filtros Grupo Procedimento Procedimento Ano Mês CNS Usuário Código da Solicitação Status
6	Anotar os número total de "Agendamentos" no mês apresentado no canto superior esquerdo: Agendamentos - Exames e Consultas Ano_Agendame... 2025 Mes_Agendame... jan descrição_proc... CONSULTA EM RADIO... Agendamentos 294
PASSO A PASSO PARA FAZER O CÁLCULO DO RESULTADO	
1	Dividir o número de agendamentos de Consultas em Radioterapia por determinação/mandado judicial no mês pelo Número total de agendamentos de Consultas em Radioterapia (tanto por determinação/mandado judicial quanto pelo processo regulatório ordinário) no mês e multiplicar por 100
2	Taxa de agendamento de solicitações de Consulta em Radioterapia por determinação/mandado judicial=(Agendamentos judicializados)/(Total de Agendamentos) x 100.
OBSERVAÇÕES	
Sugerimos que os responsáveis pela extração dos dados do indicador assistam ao vídeo Tutorial Mapa Social da Saúde elaborado pelo MPDFT.No gráfico "Região de Saúde\Unidade Executante" é possível filtrar por unidade executante (Hospital, Policlínica etc.) Orientamos realizar a extração dos dados a cada mês e sempre após o dia 10 do mês corrente para o indicador do mês anterior.	

Revisão e Atualização do Caderno de Orientações AGR Regiões e URDs 2025.

Versão	Data	Processo/ ID documento	Alteração
1	1/2025	Formulário de Ações e Projetos (161094861)	Número de implementação de ações inseridas no Eixo Saúde e Bem-Estar do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho da SES-DF: Atualização da Ficha e POP.
1	2/2025	Formulário de Ações e Projetos (161786827)	"Limitações: Alcance de levantamento dos dados. Todas as unidades solicitantes têm acesso ao SISLEITOS, porém o sistema ainda não gera os relatórios com os resultados consolidados. Portanto, a coleta de dados é feita através de planilha própria alimentada diariamente pela GIR."
2	2/2025	00060-00417826/2024-76	Atualização da matriz de metas dos indicadores do Sistema de Apoio e Logística.
2	2/2025	00060-00580421/2024-73	Atualização da matriz de metas dos indicadores específicos do Hospital de Apoio de Brasília (HAB).
2	2/2025	00060-00580420/2024-29	Atualização da matriz de metas dos indicadores específicos do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP).
2	2/2025	00060-00570066/2024-24	Atualização da matriz de metas dos indicadores específicos do Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF).
2	2/2025	00060-00580400/2024-58	Atualização da matriz de metas dos indicadores específicos do Hospital Materno Infantil Dr. Antonio Lisboa (HMIB).
2	3/2025	00060-00116982/2025-01	Atualização da ficha do indicador 14: Percentual de partos de meninas de 10 a 14 anos que sofreram violência, por RA de residência no período de 4 meses. (Sobrestado Temporariamente)
2	3/2025	00060-00119267/2025-12	Atualização das fichas dos indicadores 18: Percentual de adultos (18 a 60 anos) acompanhados com obesidade 19:Percentual de crianças (2 a 10 anos) acompanhadas com obesidade
2	3/2025	Formulário de Ações e Projetos (160537314)	HMIB- Inserção da ficha e pop do novo indicador, nº 10: Taxa de Reintubação em 48 horas na UTI Neonatal do HMIB.
2	3/2025	Formulário de Ações e Projetos (163319145)	CRDF- Inserção de ficha e pop do indicador 5: Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que estão judicializados.
2	3/2025	Formulário de Ações e Projetos	CRDF- Inserção de ficha e pop do novo indicador 8 : Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que NÃO estão judicializados.
2	3/2025	Formulário de Ações e Projetos (160565817)	CRDF- Inserção de ficha e pop do indicador 10: Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede da SES.

2	3/2025	Formulário de Ações e Projetos (162308413)	CRDF- Inserção de ficha e pop do novo indicador 11: Taxa de agendamento de solicitações de Consulta em Oncologia Clínica por determinação/mandado judicial.
2	3/2025	Formulário de Ações e Projetos (162321135)	CRDF- Inserção de ficha e pop do novo indicador 12: Taxa de agendamento de solicitações de Consulta em Radioterapia por determinação/mandado judicial.
3	3/2025	Formulário de Ações e Projetos (165830026)	Alteração do indicador 34: Proporção entre número total de participantes em ações educativas e o número total de ações educativas realizadas para Média de participantes por ações educativas realizadas Mudança da fórmula de cálculo do mesmo indicador.
4	3/2025	Formulário de Ações e Projeto (166470375)	Atualização ficha do indicador e pop 29. Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial;
4	3/2025		O indicador 34: Média de participantes por ações educativas, encontrava-se com meta de 100% e foi alterado para Monitoramento.
4	3/2025	Formulário de Ações e Projetos (166637057)	Atualização da ficha e pop do indicador 30: Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde.
4	4/2025	Ficha Indicador 168547042, POP 168547613	Atualização das fichas e dos POPs dos indicadores: 16: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária. 17: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.
4	5/2025	Formulário POP 169158340	Atualização da Meta e do POP do indicador 01: Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.
4	5/2025	Formulário de Ações e Projetos 169424123	Atualização das Metas dos indicadores: 11: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis para a ortopedia nas emergências hospitalares 12: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis para a clínica médica nas emergências hospitalares.
4	5/2025	Formulário de Ações e Projetos (169264981)	Atualização do POP do indicador 29: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.
4	5/2025	Formulário de Ações e Projetos (169402146)	Atualização do POP do Indicador 21: Número de altas de internações por demanda de saúde mental nos hospitais regionais.
5	6/2025	Atualização de POP (171938442) e (171658331)	Atualização do Protocolo Operacional Padrão para coleta dos dados do Indicador 2: Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.
5	6/2025	00060-00290980/2025-75 (172517307)	Indicador 4: Tempo-resposta de chamado ao SAMU - Modificações na ficha de qualificação do indicador Atualizados os parâmetros e metas: Média aritmética 00:33; Percentual de ocorrências atendidas: 40%; Moda: 00:19. Fonte dos parâmetros: Área Técnica do SAMU 192 DF. Atualizadas as unidades de medida: Média aritmética: minutos e segundos; Percentual de ocorrências atendidas: percentual (%); Moda: minutos e segundos. Adicionado o responsável técnico na ADMC. Atualização da conceituação, usos, metodologias de cálculo, observação e POP.
5	6/2025	00060-00148029/2025-14 (171496029)	Indicador 5: Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que estão judicializados Atualização do método de cálculo.
5	6/2025	00060-00148029/2025-14 (171496029)	Indicador 8: Tempo de direcionamento de pacientes em lista de espera por leitos de UTI que não estão judicializados Atualização do método de cálculo
5	6/2025	00060-00290980/2025-75 (172517307)	Indicador 11: CRDF: Taxa de agendamento de solicitações de consulta em oncologia clínica por determinação/mandado judicial. Meta modificada para monitoramento.
5	6/2025	00060-00290980/2025-75 (172517307)	Indicador 12: CRDF: Taxa de agendamento de solicitações de consulta em Radioterapia por determinação/mandado judicial. Meta modificada para monitoramento.
6	7/2025	00060-00134474/2025-05 (175045686)	Indicador 35: Percentual de leitos hospitalares com sistema de distribuição de medicamentos por dose individualizada implantado. Modificação do título do indicador e ajustes no POP.
6	8/2025	00060-00320866/2025-87 (176235132)	Indicador 1: Coeficiente da incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano Modificação do POP da coleta de dados do tabwin para o <i>Painel de Incidência de Sífilis Congênita em menores de 1 ano de idade.</i>
6	8/2025	00060-00134474/2025-05 (177031438 e 177031860)	Indicador 27: Percentual de satisfação referente às respostas fornecidas nas manifestações recebidas pela ouvidoria Atualizado a metodologia de cálculo do indicador: <i>“usar o percentual e o total de manifestações avaliadas disponibilizado no painel de Ouvidoria (escolha a opção Rank</i>

			Órgãos e depois Hospitais SES para identificar o indicador)”e o POP para coleta do indicador.
6	9/2025	00060-00417826/2024-76 (179340700 e 179340464)	Indicador 33: Número de ações de Qualidade de Vida no Trabalho implementadas na SES-DF. Atualizadas as fichas de qualificação de indicadores das Regiões de Saúde e URDs.