Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Secretaria Executiva de Gestão Administrativa
Subsecretaria de Planejamento em Saúde
Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional
Diretoria de Planejamento, Orçamento e Contratualização em Saúde
Gerência de Planejamento e Programação em Saúde

CATÁLOGO DE INDICADORES **PDS 2024-2027**

Versão 2.0 (2025)
Dezembro/2025

Ibaneis Rocha Barros Junior
Governo do Distrito Federal - GDF
Celina Leão Hizim Ferreira
Vice-Governo do Distrito Federal - GDF

Juracy Cavalcante Lacerda Júnior
Secretaria de Estado de Saúde - SESDF

Edna Maria Marques de Oliveira
Secretaria Executiva de Assistência à Saúde - SEAS

Wanderson Silva de Menezes
Secretaria Executiva de Compras, Contratos e Instrumentos Congêneres – SECCIS

Valmir Lemos de Oliveira
Secretaria Executiva de Gestão Administrativa - SEGEA

Deilton Lopes da Silva
Secretaria Executiva de Tecnologia de Informação em Saúde – SETIS

José Ricardo Baitello
Secretaria-Adjunta de Governança em Saúde – SAGOV

Rodrigo Vidal da Costa
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS

Robinson Capucho Parpinelli
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde - SAIS

Rodrigo de Assis Republicano Silva
Subsecretaria de Vigilância à Saúde - SVS

Eliete Santana de Souza
Subsecretaria de Gestão de Pessoas - SUGEP

Leonídio Pinto Neto
Subsecretaria de Infraestrutura em Saúde - SINFRA

Matheus de Moura Carvalho
Subsecretaria de Logística em Saúde - SULOG

Gláucia Maria Menezes da Silveira
Subsecretaria de Administração Geral - SUAG

Ana Maria de Faria Nunes
Subsecretaria de Compras e Contratações - SUCOMP

Kátia Ferreira de Castro (substituta)
Subsecretaria de Tecnologia de Informação em Saúde – SUTIS

Marília Gabriela Silva Brandão Braga de Melo
Subsecretaria de Serviços Complementares e Contratualizações Assistenciais – SUCOAS

Samuel Barbosa dos Santos Júnior
Subsecretaria de Convênios e Parcerias – SUCONV

Fernanda Figueiredo Falcomer
Subsecretaria de Saúde Mental – SUSAM

Mônica Iassanã dos Reis Lopes Santana
Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal - CRDF

Marcelo Vinicio Rodrigues
Controladoria Setorial da Saúde - CONT

Raphael Gama de Rezende
Fundo de Saúde do Distrito Federal - FSDF

Osnei Okumoto
Fundação Hemocentro de Brasília - FHB

Inocência Rocha da Cunha Fernandes
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS

Domingos de Brito Filho
Conselho de Saúde do Distrito Federal - CSDF

Equipe Organizadora:

Rodrigo Vidal da Costa
Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS

Lucas Marani Bahia Duca
Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional - CPLAN/SUPLANS/SEGEA

Denise Salviano da Silva
Diretoria de Planejamento, Orçamento e Contratualização em Saúde - DIPLAN/CPLAN/SUPLANS/SEGEA

Laércio Lima Luz
Gerência de Planejamento e Programação em Saúde - GPLAN/DIPLAN/CPLAN/SUPLANS/SEGEA

Apoio Técnico:

Elaboração
Laércio Lima Luz
Osmanda Ferreira de Araújo
Jady Ane Pereira da Silva

Revisão:
Denise Salviano da Silva
Laércio Lima Luz
Lucas Marani Bahia Duca
Rodrigo Vidal da Costa

Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS
SRTVN 701, Via W5 Norte, Lt D - Edifício PO 700, 1º Andar
CEP: 70.719-040
Telefone: (61) 3449-4125/4126
E-mail: gabsuplans@saude.df.gov.br

INFORMAÇÕES:
Gerência de Planejamento e Programação em Saúde
Telefone: (61) 3449-4145
E-mail: geplan.diplan@saude.df.gov.br

Elaboração e Créditos Técnicos

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Secretaria Executiva de Gestão Administrativa
Subsecretaria de Planejamento em Saúde – SUPLANS
Diretoria de Planejamento, Orçamento e Contratualização em Saúde
Gerência de Planejamento e Programação em Saúde

Créditos Técnicos

A elaboração da **primeira versão** do *Catálogo de Indicadores do Plano Distrital de Saúde (PDS) 2024–2027* foi realizada em **2024** pela equipe técnica da Subsecretaria de Planejamento em Saúde (SUPLANS/SES-DF).

A **presente versão** corresponde à atualização e consolidação do catálogo, desenvolvida em **2025** pela equipe técnica da SUPLANS, no âmbito do processo de aprimoramento contínuo dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.

Versão 1.0 (2024):

Equipe Técnica da SUPLANS/SES-DF

Adriana da Luz de Sousa

Ana Vitória Conceição Ribeiro de Menezes

Cynthia Rodovalho Rosa

Fábio Costa Feitosa

Rodrigo De Oliveira Stuckert

Viviane Cristina de Lima Gusmão

Misael Junior Souza Magalhães

Versão 2.0 (2025):

Equipe Técnica da SUPLANS/SES-DF

Jady Ane Pereira Da Silva

Laercio Lima Luz

Osmanda Ferreira de Araújo

Sumário

Apresentação 9

Figura 2. Modelo de Ficha de Qualificação do Indicador 11

Matriz DOMI (Eixos, Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores) 13

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde. 15

Indicador 01.Cobertura Potencial das equipes de Saúde da Família (eSF) financiadas pelo Ministério da Saúde ou Distrito Federal. 15

Indicador 01.1.Cobertura Potencial da Atenção Primária à Saúde no SUS do Distrito Federal. 17

Indicador 02.Cobertura Potencial das equipes de Saúde Bucal Modalidade I de 40h (eSB) em todo o território do DF 19

Indicador 03.Percentual de Unidades Básicas de Saúde com cobertura de serviços de telediagnóstico implantados* 21

Indicador 04. Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) Modalidade III do Distrito Federal. 23

Indicador 04.1.Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) Modalidade III do Distrito Federal. 25

Indicador 04.1.1.Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) Modalidade 3 do Distrito Federal*. 27

Indicador 05. Percentual de Equipes da APS (eSF, eSB, eMulti, eCR, eAPP) que realizaram o processo avaliativo do Programa Qualis-APS. 29

Indicador 06. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial. 31

Indicador 06.1. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo II que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial*. 32

Indicador 06.2. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo I que realizam mais de 100 coletas/mês de material para exame laboratorial*. 35

Indicador 07. Cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti). 38

Indicador 07.1.Cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti). 40

Indicador 07.2.Cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti). 43

Indicador 08. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF). 46

Indicador 09. Proporção de serviços de saúde da Rede SES-DF que ofertam as Práticas Integrativas em Saúde (PIS). 48

Indicador 09.1. Proporção de estabelecimentos assistenciais da APS da Rede SES-DF que ofertam Práticas Integrativas em Saúde (PIS)*. 50

Indicador 10. Tempo-resposta de chamado ao SAMU 192 DF. 53

Indicador 10.1. Tempo-resposta de chamado ao SAMU 192 55

Indicador 11. Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) 60

Indicador 12. Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE) 62

Indicador 13. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial. 66

Indicador 14. Percentual de CAPS que realizam ações de matriciamento com equipes da APS. 68

Indicador 15. Proporção de investigações de óbitos infantis e fetais concluídas no SIM em relação ao total dos óbitos, recebidos na base federal em até 120 dias após a data do óbito. 70

Indicador 16. Proporção de investigações de óbitos de MIF (Mulheres em Idade Fértil) 72

Indicador 17.Taxa de mortalidade Infantil 74

Indicador 18.Razão de mortalidade materna do Distrito Federal. 76

Indicador 19. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. 78
Indicador 20. Volume (litros) de leite humano doado aos Bancos de Leite Humano do DF. 81
Indicador 21. Percentual de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos. 83
Indicador 22. Percentual de parto normal no SUS e na saúde suplementar. 85
Indicador 23. 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. 87
Indicador 23.1. 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. 89
Indicador 24. 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
Indicador 24.1.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. 94
Indicador 25.Taxa de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações. 96
Indicador 26. Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações. 98
Indicador 27. Taxa de notificação de violência do DF 100
Indicador 28.Percentual de modalidades (subespecialidades) referentes as especialidades sob o escopo da Saúde Funcional reguladas no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária – Policlínicas, das Superintendências das Regiões de Saúde do DF. 102
Indicador 28.1. Percentual de subespecialidades das especialidades sob o escopo da Saúde Funcional reguladas no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária nas Superintendências das Regiões de Saúde e das Unidades de Referência Distrital do DF. 104
Indicador 28.2. Percentual de subespecialidades das especialidades sob o escopo da Saúde Funcional reguladas no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária nas Superintendências das Regiões de Saúde e das Unidades de Referência Distrital do DF*. 106
Indicador 29. Percentual de vagas reguladas para reabilitação em Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista nos Centros Especializados de Reabilitação - CER II habilitados 108
Indicador 29.1. Percentual de vagas de acesso aos Centros Especializados de Reabilitação - CER II habilitados no DF, reguladas para "consulta em reabilitação intelectual - adulto" e "consulta em reabilitação intelectual - infantil" 110
Indicador 30. Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (pentavalente – 3ª dose, poliomielite – 3ª dose, pneumocócica 10-valente – 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral – 1ª dose) com coberturas vacinais preconizadas. 112
Indicador 31. Taxa de incidência mensal de dengue na população do DF. 114
Indicador 31.1. Controle da taxa de incidência de dengue na população do Distrito Federal *. 116
Indicador 32. Percentual de monitorização de vetores de arbovirose por armadilhas ovitrampas. 120
Indicador 32.1 .Percentual de monitoramento de vetores de arboviroses por armadilhas ovitrampas*. 122
Indicador 33. Percentual de amostras coletadas por semana nas unidades sentinela de Síndrome Gripal no Distrito Federal. 124
Indicador 33.1. Percentual de unidades sentinelas de síndrome gripal com 10 ou mais[1] amostras coletadas semanalmente no Distrito Federal*. 126
Indicador 34. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 (cinco) anos. 129
Indicador 35. Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. 130
Indicador 36.Coeficiente de detecção anual de hepatite B e C (por 100.000 habitantes) 132
Indicador 36.1. Coeficiente de detecção anual de hepatite B (por 100.000 habitantes)*. 134
Indicador 36.2. Coeficiente de detecção anual de hepatite C (por 100.000 habitantes)* 137

Indicador 37. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias). . 139

Indicador 37.1 Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias)*. 141

Indicador 38. Percentual de hospitais com leito de UTI classificados como de Alta Conformidade na Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente. 143

Indicador 39.Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho. 145

Indicador 39.1. Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho*. 147

Indicador 40. Proporção da população de cães e gatos vacinados no DF. 149

Indicador 40.1. Proporção da população de cães e gatos vacinados no DF. 151

Indicador 41. Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera. 153

Indicador 42. Proporção de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C, realizados na população igual ou maior a 15 anos. 155

Indicador 42.1 Proporção de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C, realizados na população igual ou maior a 15 anos. 157

Indicador 43. Percentual de ações de vigilância em fatores não biológicos na qualidade da água para consumo humano. 159

Indicador 44. Proporção de preenchimento dos campos “Ocupação (CBO)” e “Atividade Econômica (CNAE)” nas notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho. 161

Indicador 45. Percentual de usuários do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) procedentes de serviços de internação e de urgência/emergência. 163

Indicador 46. Percentual de desenvolvimento e implementação da teleconsulta na Atenção Especializada Ambulatorial 165

Indicador 46.1 Percentual de desenvolvimento e implementação da telessaúde na Atenção Especializada Ambulatorial*atorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços. 167

Indicador 47. Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES. 169

Indicador 48. Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação à fila de espera na rede SES-DF. 171

Indicador 49. Número de transplantes de córneas realizados no Distrito Federal. 173

Indicador 50. Taxa de pacientes com hemofilia grave em adesão ao protocolo de realização de exames laboratoriais do Ministério da Saúde. 175

Indicador 51. Taxa de Fidelização de doadores de sangue na FHB. 177

Indicador 52. Número de consultas em atenção especializada (média e alta complexidade) realizadas. 179

Indicador 53. Número de exames em atenção especializada (média e alta complexidade) realizados 182

Indicador 54. Percentual de farmácias com farmacêutico como responsável técnico. 185

Indicador 55. Percentual de unidades que disponibilizam o cuidado farmacêutico dentre as farmácias das UBS tipo 2 e da atenção secundária. 186

Indicador 56. Percentual de medicamentos padronizados da Atenção Primária em Saúde com cobertura de estoque superior a 30 dias na rede SES. 188

Indicador 57. Percentual de medicamentos padronizados da Atenção especializada ambulatorial e hospitalar com cobertura de estoque superior a 30 dias na rede SES. 190

Indicador 58. Percentual de medicamentos padronizados do componente especializado, de aquisição SES, com cobertura de estoque superior a 30 dias na rede SES DF até 2027. 192

Indicador 59. Percentual de implantação do controle de estoque, com lote e validade, nos hospitais da rede SES. 194

Indicador 59.1 Percentual de implantação da escrituração e do controle de estoque informatizados de medicamentos sujeitos a controle especial no Núcleo de Farmácia Judicial (NUFAJ/DIASF). 197

Indicador 60. Percentual de grupos de OPME padronizados da especialidade ortopedia fornecidos por regime de consignação. 199

Indicador 60.1 Percentual de grupos de OPME padronizados da especialidade ortopedia fornecidos por regime de consignação. 201

Eixo 2. Gestão do SUS 203

Indicador 61. Percentual de implementação da gestão de risco nos processos de trabalho priorizados. 203

Indicador 61.1 Percentual de implementação da gestão de risco nos processos de trabalho priorizados. ... 205

Indicador 62. Quantidade de conselheiros regionais de saúde capacitados no período. 207

Indicador 62.1 Número de Regiões de Saúde capacitadas em Transparência e Controle Social. 209

Indicador 63. Percentual de resultados classificados como “superado” ou “satisfatório” nos Acordos de Gestão Regionais - AGR. 211

Indicador 64. Valor do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC). 213

Indicador 64.1 Valor do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC). 215

Indicador 65. Percentual da despesa executada em até 60 dias corridos para as aquisições realizadas por nota de empenho. 217

Indicador 65.1 Tempo médio de pagamento de despesas de Serviços Comuns. 219

Indicador 66. Percentual acumulado de itens executados do PCA. 221

Indicador 67. Índice de Desempenho da Gestão de Custos (IDGC) nas Unidades de Saúde da SES/DF. 223

Indicador 68. Índice de Resolutividade das manifestações de Ouvidoria recebidas. 225

Indicador 69. Percentual de Ações Estruturantes do Escritórios de Processos implementadas. 227

Indicador 70. Percentual de desenvolvimento da política de comunicação organizacional. 229

Indicador 71. Percentual de ações executadas do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC). 231

Indicador 72. Percentual de Equipamentos Priorizados pela Assistência, de Baixa Complexidade e Média Complexidade, que estão com contrato vigente de manutenção preventiva e corretiva. 233

Indicador 73. Percentual de Equipamentos Priorizados pela Assistência, de Alta Complexidade, que estão com contrato vigente de manutenção preventiva e corretiva. 235

Indicador 74. Percentual de desenvolvimento do plano de educação permanente 2024-2027. 237

Indicador 75. Percentual de desenvolvimento da Política de Gestão de Pessoas. 240

Indicador 76. Percentual de desenvolvimento do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho. 242

Indicador 77. Taxa[1] de Absenteísmo. 245

Indicador 78. Percentual de ações educativas executadas pela EAPSUS previstas no Plano de Educação Permanente da SES-DF. 249

Indicador 78.1 Percentual de ações educativas executadas pela CESES/ESPDF pactuadas do Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS) da SES-DF. 251

Indicador 79. Taxa de ocupação dos cenários de atividades práticas curriculares da SES-DF. 253

Indicador 79.1 Número de vagas ofertadas nos cenários de ensino da SES-DF para a realização de atividades práticas curriculares ao ano 255

Indicador 80. Número de turmas simultâneas nos Cursos Técnicos ofertados pela CETEC. 257

Indicador 81. Número de vagas de residência médica e residências em áreas profissionais de saúde ofertadas pela ESPDF/FEPECS 259

Indicador 82. Número de vagas de pós-graduação lato sensu ofertadas pela ESPDF/FEPECS 261

Alterações na Ficha de Qualificação do Indicador – Vigência 2026 263
Controle de Versões do Catálogo de Indicadores PDS 2024-2027 276

Apresentação

Este Catálogo de Indicadores tem por objetivo publicizar as fichas de qualificação dos indicadores presentes no Plano Distrital de Saúde (PDS), correspondentes aos anos de 2024 a 2027.

Considerando que o planejamento da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal SES-DF possui ciclos de quatro anos, este documento deverá ser submetido à revisão anualmente ao longo do quadriênio. Além disso, ajustes periódicos poderão ser realizados ao longo do tempo, sendo de responsabilidade dos elaboradores a sua atualização, assim como dos leitores, a observância acerca da vigência de cada indicador.

É importante enfatizar que este material é um complemento ao Plano Distrital de Saúde. Portanto, a leitura deste documento se faz necessária para a total compreensão do conteúdo do Catálogo de Indicadores.

O processo de definição das metas do PDS teve como pressuposto o método *SMART* (Figura 1).

Figura 1 - Atributos das metas pactuadas, segundo a Metodologia SMART

Elaborado por SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP, 2024.

O processo de estruturação dos indicadores levou em consideração os seguintes critérios:

a) Confiabilidade: reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares, ter origem em fontes confiáveis, que utilizem metodologias reconhecidas e transparentes de coleta, processamento e divulgação;
b) Comparabilidade: indicadores devem ser facilmente comparáveis com referências internas e externas e ter série histórica;
c) Desagregabilidade: capacidade de representação regionalizada de grupos sociodemográficos, considerando que a dimensão territorial se apresenta como um componente essencial na implementação de políticas públicas.

Após a análise de viabilidade, os indicadores foram estruturados em um modelo padronizado de ficha de qualificação, conforme demonstrado a seguir (Figura 2).

A padronização da ficha assegura a uniformização sobre o entendimento de todos os atributos, pertinência, estabilidade e confiabilidade de mensuração ao longo de todo o processo avaliativo, além de trazer transparência ao processo de monitoramento.

Destaca-se que as fichas técnicas de qualificação dos indicadores ficam também disponíveis no Sistema Estratégico de Planejamento (SESPlan), cujo acesso é ofertado à equipe técnica que realiza o monitoramento.

Cabe ressaltar que algumas fichas receberam campos adicionais para complementar informações relacionadas à metodologia de cálculo (Descritivo da Metodologia de Cálculo) e ao método de apuração (Método de Apuração e Critérios para a Apuração) do indicador.

As fichas de qualificação dos indicadores estão organizadas em dois eixos: Eixo 1. Redes de Atenção a Saúde e Eixo 2. Gestão do SUS, estruturadas segundo o modelo DOMI (Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores).

Figura 2. Modelo de Ficha de Qualificação do Indicador

Indicador: nome completo do indicador	
Vigência	Legenda: ■2024 ■ 2025 ■ 2026 ■2027: o indicador está vigente desde 2024, não tendo sido revisado nos anos susequentes. ■2024 □ 2025 □ 2026 □ 2027: o indicador esteve vigente apenas em 2024, tendo sido excluído ou atualizado para os anos subsequentes. □2024 ■ 2025 □ 2026 □ 2027: o indicador esteve vigente apenas em 2025, tendo sido excluído ou atualizado para os anos subsequentes. □2024 ■ 2025 ■ 2026 ■2027: o indicador está vigente desde 2025, não tendo sido revisado nos anos subsequentes. □2024 □ 2025 ■ 2026 ■2027: o indicador estará vigente a partir e 2026.
Conceituação	Aquilo que tem importância ou relevo num contexto determinado. Engloba a Definição e Interpretação.
Usos	Principais finalidades de utilização do indicador.
Limitações	Fatores que restringem a interpretação do indicador referentes ao conceito e fontes utilizados.
Fonte	Bases de dados, sistemas informatizados ou instituições/unidades responsáveis pela produção de dados.
Metodologia de Cálculo	Como calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem.
Descritivo da Metodologia de Cálculo	Este campo é destinado às informações complementares do método de cálculo e poderá ser utilizado quando for necessário detalhar cada um dos componentes da fórmula de cálculo.
Método de Apuração	A depender do grau de complexidade da metodologia de cálculo, este campo poderá ser preenchido com as etapas que devem ser executadas para a apuração do resultado do indicador.
Critérios para a Apuração	Este campo poderá ser utilizado quando for necessário estabelecer critérios de temporalidade para a apuração dos resultados do indicador. Cabe ressaltar que alguns indicadores possuem periodicidade mensal e, para estes, devem ser estabelecidas regras para o monitoramento quadrimestral e anual.
Periodicidade de Monitoramento	Frequência de acompanhamento do resultado (parcial ou total) no Sistema de Monitoramento.
Periodicidade de Avaliação	Frequência de julgamento dos efeitos do resultado.
Unidade de Medida	Convenção usada para descrever dimensões.
Parâmetro	Valor de referência nacional e/ou distrital.
Polaridade	Revela o sentido do indicador.
Acumulativo Anual	Quando o resultado apurado para um determinado período é a soma dos resultados (numeradores e/ou denominadores) apurados no período anterior. Cabe ressaltar que esta característica de cumulatividade anual não se aplica a todos os tipos de indicadores.
Acumulativo para Pactuação	Quando o resultado apurado para um determinado ano é a soma dos resultados (numeradores e/ou denominadores) apurados no ano anterior. Cabe ressaltar que esta característica de cumulatividade anual não se aplica a todos os tipos de indicadores.
Estratificação	Níveis de desagregação (categorias) definidos de acordo com recorte espacial/serviço/ especialidade de referência do indicador.
Responsável Técnico	Área responsável pelo monitoramento/prestação de contas do indicador.
Coordenador da Pactuação	Área responsável pela pactuação metodológica do indicador junto à área técnica.
Descrição da Meta	Descrição do objetivo que se deseja alcançar. Deve conter em seu escopo o objeto que se pretende melhorar, a expressão numérica que se deseja alcançar e o prazo para sua conclusão.

Meta de Avaliação (Anual)	Representatividade numérica do objetivo anual.

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual				

Alterações	Histórico de formalização do indicador e de suas atualizações.

Elaborado por SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP, 2024. Atualizado por SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN, 2

Matriz DOMI (Eixos, Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores)

No âmbito do Planejamento do SUS-DF, o Plano Distrital de Saúde 2024–2027 constitui o principal instrumento de planejamento estratégico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), orientando as intenções, prioridades e os resultados a serem alcançados no período quadrienal. Esses compromissos de gestão são expressos por meio da formulação de **Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI)**, que organizam e conferem coerência às estratégias de intervenção no território distrital.

A formulação desses componentes deve contemplar todo o período de vigência do Plano Distrital de Saúde, assegurando a articulação entre diagnóstico, planejamento, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde.

O quadro a seguir apresenta a estrutura consolidda da matriz DOMI do PDS 2024–2027, que orienta o acompanhamento, monitoramento e a avaliação dos resultados pactuados pela SES/DF, em consonância com as bases legais que regem o planejamento no âmbito do SUS:

Figura 3. Estrutura do PDS 2024-2027

Elaborado por SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP, 2024. Atualizado por SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN, 2025

EIXO 1 **Rede de Atenção à Saúde**	**EIXO 2** **Gestão Do Sus**
D1. Atenção Primária à Saúde OE1.Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades **D2. Redes de Atenção à Saúde** OE2 Fortalecer a Rede de Urgência e Emergência com foco nas linhas de cuidado e ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde	**D6. Governança** OE12 Implementar a sistemática de governança e compliance OE13 Aprimorar o processo de contratualização em saúde OE14 Aprimorar estratégias para o incremento da captação e execução de recursos OE15 Aperfeiçoar a qualidade do gasto público com ênfase na racionalização de recursos e na sustentabilidade do sistema de saúde

OE3 Promover a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, com foco na ansiedade, depressão e uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas OE4 Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças OE5 Reduzir as mortes prematuras por complicações de doenças respiratórias, cardiovasculares, câncer e diabetes. OE6 Organizar a rede de atenção às pessoas em situação de violência, promovendo atenção integral. OE7 Ampliar e Fortalecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência **D3. Vigilancia à Saúde** OE8 Reduzir o adoecimento e mortes por doenças imunopreveníveis e por arboviroses OE9 Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada **D4. Atenção Especializada** OE10 Estruturar e reorganizar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços **D5. Assistência Farmacêutica** OE11 Estruturar a rede de assistência farmacêutica com foco na melhoria da cadeia de suprimentos	OE16 Garantir a humanização do atendimento e promover e avaliar a satisfação da população em relação ao SUS OE17 Fortalecer a gestão orientada por processos, com foco na melhoria contínua e entrega de melhores resultados OE18 Fortalecer e ampliar a gestão da comunicação **D7. Gestão e Infraestrutura de TIC** OE19 Promover a modernização, integração e desburocratização da gestão em saúde OE20 Promover a melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde e do transporte sanitário. **D8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde** OE21 Desenvolver as estratégias da gestão do trabalho e da educação em saúde OE22 Aperfeiçoar a educação profissional técnica e superior em saúde e qualificar os profissionais da SES e a comunidade por meio da educação permanente e educação em saúde

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.

Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.
Objetivo 1: Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.

Indicador 01.Cobertura Potencial das equipes de Saúde da Família (eSF) financiadas pelo Ministério da Saúde ou Distrito Federal.

Indicador 01.Cobertura Potencial das equipes de Saúde da Família (eSF) financiadas pelo Ministério da Saúde ou Distrito Federal.	
Vigência	■ 2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador mede a cobertura das equipes de Saúde da Família (eSF) para a população residente a nível distrital e regional. A ampliação da cobertura de eSF traduz em aumento da capacidade instalada com maior oferta de ações e serviços básicos para a população, como também, maior acesso a Atenção Primária à Saúde (APS).
Usos	O indicador possibilita: - Mensurar a disponibilidade de Recursos Humanos da APS para a população residente em um determinado território, identificando áreas em que há maior e menor cobertura. - Auxiliar na busca por ampliação do repasse financeiro do Ministério da Saúde para o Distrito Federal por meio de constituição de novas equipes, tendo em vista que o recurso está diretamente relacionado ao número de equipes implantadas. - Analisar variações geográficas e temporais da distribuição de profissionais de saúde da APS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. - Subsidiar processos de planejamento e gestão do SUS para a tomada de decisão em relação à alocação de recursos humanos da APS, em especial para os locais que apresentam cobertura abaixo do padrão desejável.
Limitações	Não considera os vazios assistenciais que existem nos territórios. Não mensura o trabalho efetivamente realizado pelas equipes da APS.
Fonte	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS APS); Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de eSF completas com INE cadastradas no SISUBS x 3.500, em determinado local e período. **DENOMINADOR:** Estimativa populacional IPEDF do ano corrente. **MULTIPLICADOR:** 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	65,82% (DF, 2022).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.

Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GEQUALI.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Ampliar de 65,8% para 80% a cobertura potencial das Equipes de Saúde da Família (eSF) financiadas pelo Ministério da Saúde ou pelo Distrito Federal, em todo território do DF até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	72%	75%	78%	80%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.
Objetivo 1: Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.

Indicador 01.1.Cobertura Potencial da Atenção Primária à Saúde no SUS do Distrito Federal.

Indicador 01.1.Cobertura Potencial da Atenção Primária à Saúde no SUS do Distrito Federal.	
Vigência	☐2024 ■ 2025 ■ 2026 ■2027
Conceituação	O indicador mede a cobertura das equipes de Saúde da Família (eSF) para a população residente a nível distrital e regional. A ampliação da cobertura de eSF traduz em aumento da capacidade instalada com maior oferta de ações e serviços básicos para a população, como também, maior acesso a Atenção Primária à Saúde (APS).
Usos	O indicador possibilita: - Mensurar a disponibilidade de Recursos Humanos da APS para a população residente em um determinado território, identificando áreas em que há maior e menor cobertura. - Auxiliar na busca por ampliação do repasse financeiro do Ministério da Saúde para o Distrito Federal por meio de constituição de novas equipes, tendo em vista que o recurso está diretamente relacionado ao número de equipes implantadas. - Analisar variações geográficas e temporais da distribuição de profissionais de saúde da APS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. - Subsidiar processos de planejamento e gestão do SUS para a tomada de decisão em relação à alocação de recursos humanos da APS, em especial para os locais que apresentam cobertura abaixo do padrão desejável.
Limitações	Não considera os vazios assistenciais que existem nos territórios; Não mensura o trabalho efetivamente realizado pelas equipes da APS.
Fonte	Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS APS); Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES).
Metodologia de Cálculo	Numerador: (Número de eSF x 3.500) + (população informada no SISAB eCR e eAPP) Denominador: Estimativa populacional do IBGE Multiplicador: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	79,77 (Valor de base - Resultado de 01/2024).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.

Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Ampliar para 85% a cobertura potencial das Equipes de Saúde da Família (eSF) financiadas pelo Ministério da Saúde ou pelo Distrito Federal, em todo território do DF até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	82,37%	83,67%	85%

Alterações	Processos SEI Pactuação: 00060-00213508/2023-57 – (id. 129318507) Revisão: 00060-00416017/2024-47 - (id. 153473178) Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.
Objetivo 1. : Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.

Indicador 02.Cobertura Potencial das equipes de Saúde Bucal Modalidade I de 40h (eSB) em todo o território do DF

Indicador 02.Cobertura Potencial das equipes de Saúde Bucal Modalidade I de 40h (eSB) em todo o território do DF	
Vigência	■2024 ■ 2025 ■ 2026 ■2027
Conceituação	As equipes de Saúde Bucal (eSB) são vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e representam a possibilidade de expansão, consolidação e reorientação do trabalho para a garantia da Atenção Integral a partir de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos em saúde bucal mediante o estabelecimento de vínculo territorial. O indicador deverá seguir as modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como a Modalidade 1: Composta por 1 Cirurgião-Dentista (CD) + 1 Técnico em Saúde Bucal (TSB) ou Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) por eSB. Nessa modalidade, todos os profissionais devem estar cadastrados com carga horária mínima individual de 40 (quarenta) horas semanais para validação do Identificador Nacional de Equipes (INE). O indicador propõe a consolidação do modelo de Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) do DF, com a expansão do acesso a partir da ampliação de composição no modelo prioritário - equipes de Saúde Bucal Modalidade I de 40 horas - organizadas segundo diretrizes e atributos da APS. De acordo com a Nota Técnica Nº 301/2022-CGESF/DESF/SAPS/MS, há a descrição do método de cálculo da Cobertura Potencial da APS, que considera os parâmetros de população coberta por equipes que atuam na APS recomendados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Dessa forma, em equivalência às equipes de Saúde da Família (eSF), utiliza-se o parâmetro de 3.500 pessoas/equipe para equipes de Saúde Bucal Modalidade I de 40 horas.
Usos	O indicador possibilita: - Monitorar o repasse financeiro de eSB Modalidade 1 de 40h do Ministério da Saúde para o Distrito Federal por meio de implantação de novas eSB, tendo em vista que o recurso está diretamente relacionado ao número de equipes implantadas. - Acompanhar a ampliação de eSB Modalidade 1 de 40h comparada às outras tipologias de eSB.
Limitações	Tramitação do Plano diretor da APS do DF que trará parâmetros diferentes a partir do indice de vulnerabilidade na qual a eSB atua. Necessidade de contratação de recursos humanos das categorias: "cirugião-dentista e técnico de saúde bucal". Infraestrutura, necessidade de reformas nas UBS já existentes e construção e entrega de novas UBS para atuação das equipes.
Fonte	NUMERADOR: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) https://elasticnes.saude.gov.br/profissionais DENOMINADOR: Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (IPEDF)
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de eSB de 40h com INE cadastradas, multiplicado por 3.500 **DENOMINADOR:** Projeção Populacional do Distrito Federal para o ano corrente. **MULTIPLICADOR:** 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.

Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	23,93% (DF, 2022).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COASIS/DASIS/GEO SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GEQUALI
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Ampliar para 34% a cobertura potencial das Equipes de Saúde Bucal de 40H (eSB 40H) até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	25%	28%	31%	34%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 124832862- Ata reunião para validação da ficha) (id. 129318507- Ficha validada (p.19) Mudança de responsável pelo indicador: 00060-00449387/2024-61

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.
Objetivo 1. : Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.

Indicador 03.Percentual de Unidades Básicas de Saúde com cobertura de serviços de telediagnóstico implantados*

Indicador 03.Percentual de Unidades Básicas de Saúde com cobertura de serviços de telediagnóstico implantados*	
Vigência	■2024 ■ 2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	Este indicador mede a porcentagem de UBS que oferta serviços de telediagnóstico na perspectiva de melhoria do acesso aos métodos diagnósticos essenciais à atenção à saúde. Sendo possível os diagnósticos com menor custo, também diminuindo/evitando gastos com tratamentos de alta complexidade para complicações preveníeis com o diagnóstico precoce. É considerado como telediagnóstico o exposto na Portaria GM/MS nº3.691, de 23 de maio de 2024, Art. 448, item IV: "serviço prestado à distância, geográfica ou temporal, mediado por TDIC, com transmissão de gráficos, imagens e dados para emissão de laudo ou parecer por profissional de saúde;"
Usos	Integrar atendimento e matriciamento. Promover uma maior resolutividade das demandas assistenciais, repercutindo na diminuição dos encaminhamentos desnecessários para a atenção especializada, além da redução do tempo para o diagnóstico e tratamento. Diminuir a demanda reprimida das filas da principais especialidades e exames.
Limitações	Estrutura apropriada, as adequações estruturais necessárias para a instalação dos equipamentos e mobiliário, para a realização do serviço de telediagnóstico.
Fonte	Sistema de Informatização das Unidades Básicas de Saúde - SISUBS.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de UBS com cobertura de serviços de telediagnóstico (eletrocardiograma, holter, MAPA retinografia, dermatocospia e estomatoscopia) implantados. **DENOMINADOR**: Número total de UBS. **MULTIPLICADOR:** 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	100% das UBS realizando ECG, MAPA e HOLTER. 15 UBS realizam Retinografia, Espirometria e Dermatoscopia, distribuídas da seguinte forma: 3 pontos na RS Sudoeste e 2 pontos nas demais RS.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Sim.
Estratificação	Região de Saúde | UBS.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/DESF/GESFAM
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP

<table>
<tr><td>Descrição da Meta</td><td>Implementar a cobertura de exames diagnósticos via telessaúde em 40% das unidades básicas de saúde até 2027.</td></tr>
<tr><td>Meta de Avaliação (Anual)</td><td>
<table>
<tr><th>Ano</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th></tr>
<tr><td>Meta Anual</td><td>10%</td><td>20%</td><td>30%</td><td>40%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Alterações</td><td>Processo SEI: 00060-00213508/2023-57
(id.129318507 -ficha)
(id.130657380 – validação)
SEI de solicitação da exclusão do indicador para a vigência 2026: 00060-00447774/2025-43; Memorando 176 (181541981).</td></tr>
</table>

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.
Objetivo 1. : Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.

Indicador 04. Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) Modalidade III do Distrito Federal.

Indicador 04. Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) Modalidade III do Distrito Federal.	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	Mensura o número de Equipes de Consultório na Rua (eCR) modalidade III recém habilitadas. As eCR são constituídas por profissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente a grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados realizando suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das UBS do território. São organizadas em três modalidades: Modalidade I: equipe formada minimamente por 4 profissionais, entre os quais 2 destes obrigatoriamente deverão aqueles descritos nas letas A e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B; Modalidade II: equipe formada minimamente por 6 profissionais, entre os quais 3 destes obrigatoriamente deverão aqueles descritos nas letas A e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B; Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. A: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; B: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação.
Usos	Monitoramento da implantação da Politica Nacional de Saúde de Pessoas em Situação de Rua.
Limitações	Depende da priorização de lotação de novos servidores em equipes de Consultório na Rua e ampliação de espaço físico nas UBS.
Fonte	EGestor - Informação e Gestão da Atenção Básica Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES);
Metodologia de Cálculo	**Número Absoluto de eCR modalidade III habilitadas e implantadas no DF.**
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	5 (2022, DF).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Sim.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DAEAP/GASPVP

Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Implantar sete novas equipes de Consultório na Rua (eCR) na modalidade 3 até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	7	8	10	12

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57

Indicador 04.1.Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) Modalidade III do Distrito Federal.

Indicador 04.1.Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) Modalidade III do Distrito Federal.	
Vigência	☐2024 ■2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	Mensura o número de Equipes de Consultório na Rua (eCR) modalidade III recém habilitadas. As eCR são constituídas por profissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente a grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados realizando suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das UBS do território. São organizadas em três modalidades: - Modalidade I: equipe formada minimamente por 4 profissionais, entre os quais 2 destes obrigatoriamente deverão aqueles descritos nas letras A e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B; - Modalidade II: equipe formada minimamente por 6 profissionais, entre os quais 3 destes obrigatoriamente deverão aqueles descritos nas letras A e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B; - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. A: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; B: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação.
Usos	Monitoramento da implantação da Política Nacional para a População em Situação de Rua.
Limitações	Depende da priorização de lotação de novos servidores em equipes de Consultório na Rua e ampliação de espaço físico nas UBS.
Fonte	EGestor - Informação e Gestão da Atenção Básica Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES);
Metodologia de Cálculo	**Número Absoluto de novas eCR modalidade III habilitadas e implantadas no DF.**
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número Absoluto
Parâmetro	3 (2022, DF).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Sim.
Estratificação	Região de Saúde.

Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DAEAP/GASPVP
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Implantar nove novas equipes de Consultório na Rua (eCR) na modalidade 3 até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2025	2026	2027
Meta Anual	3	6	9

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 Revisão: 00060-00416017/2024-47

Indicador 04.1.1.Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) Modalidade 3 do Distrito Federal*.

Indicador 04.1.1.Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) Modalidade 3 do Distrito Federal*.	
Vigência	☐ 2024 ☐ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	Mensura o número de Equipes de Consultório na Rua (eCR) modalidade III habilitadas**.** As eCR são constituídas por profissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente a grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados realizando suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das UBS do território. São organizadas em três modalidades: Modalidade I: equipe formada minimamente por 4 profissionais, entre os quais 2 destes obrigatoriamente deverão aqueles descritos nas letras A e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B; Modalidade II: equipe formada minimamente por 6 profissionais, entre os quais 3 destes obrigatoriamente deverão aqueles descritos nas letras A e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B; Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. A: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; B: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação.
Usos	Monitoramento da implantação da Política Nacional de Saúde de Pessoas em Situação de Rua.
Limitações	Mede apenas o número absoluto de equipes habilitadas na modalidade III, sem avaliar aspectos qualitativos, como a resolutividade, a continuidade do cuidado ou o impacto real sobre os desfechos de saúde da população em situação de rua (PSR).- Não há relação entre o número de equipes e a dimensão da população em situação de rua atendida. Dessa forma, pode haver regiões com equipes habilitadas, mas com cobertura insuficiente diante da demanda local.
Fonte	EGestor - Informação e Gestão da Atenção Básica Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES);
Metodologia de Cálculo	Número Absoluto de eCR modalidade III habilitadas no DF.
Descritivo da Metodologia de Cálculo	eCR = Equipe de Consultório na Rua eCR modalidade III = Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número Absoluto
Parâmetro	3 (2024, DF) 3 equipes na modalidade III implantadas e habilitadas. *Nota:* atualmente existem 3 equipes na modalidade I implantadas e habilitadas e 3 equipes na modalidade I implantadas e não habilitadas.
Polaridade	Maior-Melhor.

Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Sim.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DAEAP/GASPVP.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Ampliar para nove (9) o número de equipes de Consultório na Rua (eCR) habilitadas na modalidade III até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	**Ano** | **2026** | **2027** **Meta Anual** | 6 | 9
Alterações	Processos SEI Pacutação: 00060-00213508/2023-57 Revisão: 00060-00416017/2024-47 (id. 152903201) Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99 Ficha de Cadastro do Indicador - Vigência 2026 (190732603)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado
Objetivo 1. : Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.

Indicador 05. Percentual de Equipes da APS (eSF, eSB, eMulti, eCR, eAPP) que realizaram o processo avaliativo do Programa Qualis-APS.

Indicador 05. Percentual de Equipes da APS (eSF, eSB, eMulti, eCR, eAPP) que realizaram o processo avaliativo do Programa Qualis-APS.	
Vigência	■2024 ■2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	Os processos avaliativos visam produzir informações destinadas à construção de julgamentos capazes de serem traduzidos em ações relacionadas não apenas à melhoria das políticas públicas, mas também ao auxílio de grupos sociais na compreensão e na modificação de seus problemas. O Qualis-APS é o programa de qualificação da APS do DF, que avalia a estrutura física das UBS, processos de trabalho, resultado dos indicadores de saúde das equipes e satisfação dos usuários, assim como viabiliza apoio institucional e EPS para as equipes e gestão. O indicador visa avaliar o percentual de equipes da APS que realizaram o processo avaliativo do programa Qualis-APS. O processo avaliativo é composto por 4 fases: 1. Autoavaliação; 2. Elaboração e execução do Plano de Ação para Qualidade (PAQ); 3. Avaliação in loco; 4. Certificação. O fechamento de todo o ciclo avaliativo (autoavaliação, PAQ, avaliação in loco e certificação) terá duração de 18 meses. Contudo, esse indicador visa medir o percentual de equipes que realizaram cada fase do processo avaliativo.
Usos	Medir o percentual de equipes da APS que realizaram o processo avaliativo do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.
Limitações	Não mede a evolução do resultado das certificações das equipes de APS (eSF, eSB, eCR, eAPP).
Fonte	SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica Lista de equipes que passaram pelas fases do processo avaliativo do Qualis-APS (planilha) disponibilizada pela instituição de ensino e pesquisa parceira.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de equipes (eSF, eSB, eCR, eAPP) que foram certificadas no Qualis-APS. **DENOMINADOR**: Número total de equipes (eSF, eSB, eCR, eAPP) no período de início de cada ciclo. **MULTIPLICADOR**: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	-

Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Equipes APS (eSF, eSB, eMulti, eCR, eAPP) .
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Alcançar 100% das equipes da APS com processo avaliativo realizado do programa QualisAPS, anualmente, até o ano de 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	95%	97%	99%	100%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 153887774- Ficha validada pela área, conforme ciência ao despacho id. 153887532) Mudança de responsável pelo indicador: 00060-00449387/2024-61 Recomendação de exclusão do indicador 00060-00213508/2023-57; Memorando 76 (179779950) **Aguarda deliberação do Colegiado de Gestão acerca da exclusão do indicador.**

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado
Objetivo 1. : Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.

Indicador 06. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial.

Indicador 06. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial.	
Vigência	■ 2024 ■ 2025 ☐ 2026 ☐ 2027
Conceituação	Mensura o número de UBS que dispõem do serviço de coleta de exames laboratoriais. Segundo a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, a oferta de pontos de coleta de exames em estabelecimentos de saúde próximos às residências propiciam melhoria da assistência à saúde em sua integralidade.
Usos	Analisar a ampliação da oferta de exames laboratoriais na Atenção Primária a Saúde para aumentar a resolutividade na UBS e diminuir a locomoção dos usuários para os laboratórios regionais.
Limitações	Desafios na estrutura física e recursos humanos das UBS. Dificuldades na logística de abastecimento e transporte das amostras.
Fonte	SISAB (Procedimentos realizados na APS: Coleta de Material para Exame Laboratorial) Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES);
Metodologia de Cálculo	Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número absoluto.
Parâmetro	22 (2022, DF).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Atingir 58% do número de UBS que realizam acima de 200 coletas laboratoriais ao mês.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	42	62	82	102

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57

	(id. 129317219) – Pedido Validação (id. 130699348) - Validação SAIS/ARAS

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado
Objetivo 1. : Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.

Indicador 06.1. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo II que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial*.

Indicador 06.1. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo II que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial*.	
Vigência	☐ 2024 ☐ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	Exames laboratoriais são definidos como um conjunto de procedimentos técnicos realizados em amostras biológicas — como sangue, urina, fezes, secreções e tecidos — com a finalidade de fornecer informações úteis para a prevenção, o diagnóstico, o acompanhamento e o prognóstico de doenças. Além disso, esses exames auxiliam na avaliação do estado geral de saúde do indivíduo e na verificação da eficácia de tratamentos. Nesse sentido, constituem uma ferramenta essencial de apoio à prática clínica, pois permitem que os profissionais de saúde obtenham dados objetivos que complementam a anamnese e o exame físico. Entre os principais tipos de exames laboratoriais destacam-se os hematológicos, bioquímicos, imunológicos e microbiológicos. São consideradas UBS tipo II àquelas que possuem acima de 3 equipes de saúde da família (eSF). Este indicador reflete a capacidade da Atenção Primária em Saúde (APS) de disponibilizar pontos de coleta próximos às residências dos usuários, ampliando o acesso a exames necessários para diagnóstico, monitoramento e prevenção de doenças. A adequada oferta desse serviço contribui para a efetivação dos princípios da integralidade e da qualidade da assistência. O procedimento de coleta segue protocolos padronizados, conforme descrito no SIGTAP (Procedimento 02.01.02.004-1), e está alinhado à Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde. Destaca-se que esse código SIGTAP corresponde a um código único para exames laboratoriais realizados nas unidades básicas de saúde, não havendo diferenciação por tipo de exame.
Usos	Analisar a ampliação da oferta de exames laboratoriais na Atenção Primária a Saúde para aumentar a resolutividade na UBS e diminuir a locomoção dos usuários para os laboratórios regionais.
Limitações	Desafios de estrutura física e recursos humanos das UBS. Dificuldades no abastecimento regular dos materiais necessários para coleta. Limitações de transporte e envio das amostras, restringindo dias e horários para coleta. Complexidade e duplicidade na alimentação em sistemas não interoperáveis. Desafios enfrentados pelos profissionais para registrar corretamente as coletas, podendo omifcasionar registro incompleto ou não realizado.
Fonte	SISAB (Procedimentos realizados na APS: Coleta de Material para Exame Laboratorial) Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES);
Metodologia de Cálculo	Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo II que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial.

Descritivo da Metodologia de Cálculo	Selecionar, no sistema PEC e-SUS, o código SIGTAP 02.01.02.004-1, correspondente às coletas de material para exames laboratoriais realizadas nas Unidades Básicas de Saúde. Somar o total de coletas registradas mensalmente e consolidar os resultados para o período do quadrimestre. Ressalta-se que este é um código único para registro de todas as coletas laboratoriais, não havendo diferenciação por tipo de exame. Referência: junho/2025 — Nº de UBS tipo II N° de USB que não realizaram nenhuma coleta no mês — 0 Nº de UBS que coletam entre 1 e 100 ao mês — 39 Nº de UBS que coletam entre 101 e 200 ao mês — 11 Nº de UBS que fazem acima de 200 coletas. — 26 Amplitude UBS que realizam mais de 200 coletas. — 23 UBS, média 443 coletas.
Método de Apuração	1. Somar o total de coletas realizadas por cada UBS durante os quatro meses do quadrimestre: 2. Para UBS Tipo 2, verificar se o total acumulado ultrapassa 800 coletas, para o mensal ser equivalente a média de 200 coletas/mês. Para extrair os dados, acessar o Painel Infosaúde, selecionar a opção "Sala de Situação" e, em seguida, clicar em "Painel de Procedimentos". Aplicar os seguintes filtros: região de saúde, procedimento "Coleta de material para exame laboratoriais (SIGTAP 02.01.02.004-1)" e quadrimestre a ser avaliado. Somar o total de coletas realizadas por cada UBS durante os quatro meses do quadrimestre. Para as UBS Tipo II, verificar se o total acumulado ultrapassa 800 coletas, correspondendo a uma média mínima de 200 coletas/mês.
Critérios para a Apuração	Apuração mensal: será considerado o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo 2 que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial. Apuração quadrimestral: serão consideradas para apuração apenas as Unidades Básicas de Saúde tipo 2 que realizaram média superior a 200 coletas/mês para o quadrimestre. Apuração anual: serão consideradas para apuração apenas as Unidades Básicas de Saúde tipo 2 que realizaram média superior a 200 coletas no ano.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número absoluto.
Parâmetro	N/A (indicador novo)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM

Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Atingir o número de 55 UBS tipo II que realizam acima de 200 coletas laboratoriais ao mês até 2027.
Meta da Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	-	-	40	55

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 Ficha de Cadastro do Indicador - Vigência 2026 - 200 coletas (190734119)

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Indicador 06.2. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo I que realizam mais de 100 coletas/mês de material para exame laboratorial*.

Indicador 06.2. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo I que realizam mais de 100 coletas/mês de material para exame laboratorial*.	
Vigência	☐ 2024 ☐ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	Exames laboratoriais são definidos como um conjunto de procedimentos técnicos realizados em amostras biológicas — como sangue, urina, fezes, secreções e tecidos — com a finalidade de fornecer informações úteis para a prevenção, o diagnóstico, o acompanhamento e o prognóstico de doenças. Além disso, esses exames auxiliam na avaliação do estado geral de saúde do indivíduo e na verificação da eficácia de tratamentos. Nesse sentido, constituem uma ferramenta essencial de apoio à prática clínica, pois permitem que os profissionais de saúde obtenham dados objetivos que complementam a anamnese e o exame físico. Entre os principais tipos de exames laboratoriais destacam-se os hematológicos, bioquímicos, imunológicos e microbiológicos. São consideradas UBS tipo I àquelas que possuem até 3 equipes de saúde da família (eSF) e UBS rurais. O indicador em questão mensura a quantidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que oferecem o serviço de coleta de material para exames laboratoriais, considerando como parâmetro mínimo a realização de mais de 100 coletas/mês nas UBS Tipo I (até 3 Equipes de Saúde da Família – eSF) /UBS rurais. Esse indicador reflete a capacidade da Atenção Primária em Saúde (APS) de disponibilizar pontos de coleta próximos às residências dos usuários, ampliando o acesso a exames necessários para diagnóstico, monitoramento e prevenção de doenças. A adequada oferta desse serviço contribui para a efetivação dos princípios da integralidade e da qualidade da assistência. O procedimento de coleta segue protocolos padronizados, conforme descrito no SIGTAP (Procedimento 02.01.02.004-1), e está alinhado à Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde. Destaca-se que esse código SIGTAP corresponde a um código único para exames laboratoriais realizados nas unidades básicas de saúde, não havendo diferenciação por tipo de exame.
Usos	Analisar a ampliação da oferta de exames laboratoriais na Atenção Primária a Saúde para aumentar a resolutividade na UBS e diminuir a locomoção dos usuários para os laboratórios regionais.
Limitações	Desafios de estrutura física e recursos humanos das UBS. Dificuldades no abastecimento regular dos materiais necessários para coleta. Limitações de transporte e envio das amostras, restringindo dias e horários para coleta. Complexidade e duplicidade na alimentação em sistemas não interoperáveis. Desafios enfrentados pelos profissionais para registrar corretamente as coletas, podendo ocasionar registro incompleto ou não realizado.
Fonte	SISAB (Procedimentos realizados na APS: Coleta de Material para Exame Laboratorial) Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES);
Metodologia de Cálculo	Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo I que realizam mais de 100 coletas/mês de material para exame laboratorial.

Descritivo da Metodologia de Cálculo	Selecionar, no sistema PEC e-SUS, o código SIGTAP 02.01.02.004-1, correspondente às coletas de material para exames laboratoriais realizadas nas Unidades Básicas de Saúde. Somar o total de coletas registradas mensalmente e consolidar os resultados para o período do quadrimestre. Ressalta-se que este é um código único para registro de todas as coletas laboratoriais, não havendo diferenciação por tipo de exame. Referência: junho/2025 — Nº de UBS tipo I N° de USB que não realizaram nenhuma coleta no mês — 0 Nº de UBS que coletam entre 1 e 100 ao mês — 67 Nº de UBS que coletam entre 101 e 200 ao mês — 14 Nº de UBS que fazem acima de 200 coletas. — 3 Amplitude UBS que realizam mais de 200 coletas. — 3 UBS, média 337 coletas.
Método de Apuração	1. Somar o total de coletas realizadas por cada UBS durante os quatro meses do quadrimestre. 2. Para UBS Tipo 1 e rural, verificar se o total acumulado ultrapassa 400 coletas, para o mensal ser equivalente a 100 coletas. Para extrair os dados, acessar o Painel Infosaúde, selecionar a opção "Sala de Situação" e, em seguida, clicar em "Painel de Procedimentos". Aplicar os seguintes filtros: região de saúde, procedimento "Coleta de material para exame laboratoriais (SIGTAP 02.01.02.004-1)" e quadrimestre a ser avaliado. Somar o total de coletas realizadas por cada UBS durante os quatro meses do quadrimestre. Para as UBS Tipo I e rurais, verificar se o total acumulado ultrapassa 400 coletas, correspondendo a uma média mínima de 100 coletas/mês.
Critérios para a Apuração	Apuração mensal: será considerado o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo 1 e rural que realizam mais de 100 coletas/mês de material para exame laboratorial. Apuração quadrimestral: serão consideradas para apuração apenas as Unidades Básicas de Saúde tipo 1 e rural que realizaram média superior a 100 coletas/mês para o quadrimestre. Apuração anual: serão consideradas para apuração apenas as Unidades Básicas de Saúde 1 e rural que realizaram média superior a 100 coletas no ano.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número absoluto.
Parâmetro	Não se aplica (indicador novo)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.

Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Atingir o número de 40 Unidades Básicas de Saúde tipo I que realizam acima de 100 coletas/mês.
Meta da Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	-	-	30	40

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 Ficha de Cadastro do Indicador - Vigência 2026 - 100 coletas (190734130)

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.
Objetivo 1. Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.

Indicador 07. Cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti).

Indicador 07. Cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti).	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador mensura a cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária – eMulti para a população vinculada às equipes de Saúde da Família (eSF) e às equipes de Consultório de Rua (eCR). A ampliação da cobertura do eMulti indica uma maior oferta de cuidado e resolutividade na APS.
Usos	O indicador possibilita: - Mensurar a disponibilidade de Recursos Humanos da APS para a população vínculadas as eSF e eCR, identificando áreas em que há maior e menor cobertura; - Analisar variações geográficas e temporais da distribuição de profissionais de saúde da APS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; - Subsidiar processos de planejamento e gestão do SUS para a tomada de decisão em relação à alocação de recursos humanos da APS, em especial para os locais que apresentam cobertura abaixo do padrão desejável.
Limitações	Não considera os vazios assistenciais que existem nos territórios, isto é, territórios que ainda não possuí coberturas de eSF; Não mensura o trabalho efetivamente realizado pelas equipes da APS. Mede de forma aproximada a cobertura das eMulti, uma vez que se escolheu como multiplicador o nº máximo de equipes que cada tipo de eMulti pode ser vinculado, mas na prática temos equipes cobrindo 1 ou 2 equipes a menos que o determinado no indicador.
Fonte	Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** (Número de eMulti Ampliadas multiplicado por 12) + (Número de eMulti Complementar multiplicado por 9) + (Número de eMulti Estratégica multiplicado por 4). **DENOMINADOR:** Número total de equipes de Saúde da Família (eSF) + Número total de equipes de Consultório na Rua (eCR). **MULTIPLICADOR**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	NA (indicador novo).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.

Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GASF SAIS/COAPS/DESF/GEQUALI
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Alcançar 57% de cobertura das equipes multiprofissionais na atenção primária (eMulti) até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	43,4%	47,9%	52,3%	57,0%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.
Objetivo 1. : Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.

Indicador 07.1.Cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti).

07.1.Cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti).	
Vigência	☐ 2024 ■ 2025 ☐ 2026 ☐ 2027
Conceituação	O indicador mensura a cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária – eMulti para a população vinculada às equipes de Saúde da Família (eSF) e às equipes de Consultório de Rua (eCR). A ampliação da cobertura da eMulti indica a ampliação do acesso da população aos cuidados em saúde, a ampliação do escopo de práticas em saúde no âmbito da APS e do território, a integração de práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde, vigilância e formação em saúde na APS, a continuidade de fluxos assistenciais por meio da comunicação, integração e articulação da APS com os outros serviços da RAS, o aprimoramento da resolubilidade da APS e a qualificação da longitudinalidade do cuidado. Conforme Portaria GM/MS 635 de 22 de maio de 2023, as eMultis são classificadas em 03 (três) modalidades de acordo com a carga horária de equipe, vinculação e composição profissional: I - equipe Multiprofissional Ampliada - eMulti Ampliada, vinculada a, no mínimo 10 (dez) e no máximo 12 (doze), equipes; II - equipe Multiprofissional Complementar - eMulti Complementar, vinculada a no mínimo 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes; III - equipe Multiprofissional Estratégica - eMulti Estratégica, vinculada a no mínimo 1 (uma) e no máximo 4 (quatro) equipes.
Usos	O indicador possibilita: - Mensurar a disponibilidade de Recursos Humanos da APS para a população vinculadas as eSF e eCR, identificando áreas em que há maior e menor cobertura; - Analisar variações geográficas e temporais da distribuição de profissionais de saúde da APS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; - Subsidiar processos de planejamento e gestão do SUS para a tomada de decisão em relação à alocação de recursos humanos da APS, em especial para os locais que apresentam cobertura abaixo do padrão desejável.
Limitações	- Não considera os territórios que ainda não possuí coberturas de eSF; - Não considera o número de usuários vinculados a cada equipe eSF/eCR; - Não evidencia a baixa diversidade de saberes associada à eMulti Estratégica. - A saída de um profissional, pode causar a alteração da classificação da eMulti em questão, pois diferentes categorias de equipe eMulti (ampliada, complementar e estratégica) possuem diferentes cargas horárias para a sua classificação.
Fonte	Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES). *Nota: Para fins de cálculo deste indicador os dados serão extraídos do Portal InfoSaúde.*
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** (Número de eMulti Ampliadas multiplicado por 12) + (Número de eMulti Complementar multiplicado por 9) + (Número de eMulti Estratégica multiplicado por 4). **DENOMINADOR:** Número total de equipes de Saúde da Família (eSF) + Número total de equipes de Consultório na Rua (eCR).

	MULTIPLICADOR: 100
Descritivo da Metodologia de Cálculo	O universo total deste indicador é de 654 equipes (de Saúde da Família e Consultório na Rua). Os valores fora dos parâmetros da Portaria GM/MS 635 de 22 de maio de 2023 não poderão ser contabilizados.
Método de Apuração	1. Acessar site CNES; 2. No campo "Consulta estabelecimento" pesquisar por UBS de vinculação; 3. No campo detalhes, clicar no ícone "Ficha estabelecimento"; 4. No módulo equipe pesquisar no campo "Nome da Equipe" por "eMulti"; 5. No campo "Detalhes" selecionar o ícone de "Informações complementares (+)"; 6. Analisar e fazer a contagem do número de equipes ao qual a eMulti está vinculada; 7. Realizar os passos de 1 a 6 para todas as equipes eMulti; 8. Realização do cálculo conforme metodologia de cálculo.
Critérios para a Apuração	Mensal: Verificação no CNES do status de vinculação das equipes no final do mês de interesse. Quadrimestral: Verificação no CNES do status de vinculação das equipes no final do último mês do quadrimestre de interesse. Anual: Verificação no CNES de como se encontra o status de vinculação das equipes no final do último mês do ano de interesse.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	68,58% (2024)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo anual	Não. (Resultado do indicador depende da apuração realizada no CNES)
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Alcançar 80% a cobertura das equipes multiprofissionais na atenção primária (eMulti), até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2025	2026	2027

		Meta Anual	74,25%	78,16 %	80,00 %
Alterações	Processos SEI Pactuação: 00060-00213508/2023-57. Revisão: 00060-00416017/2024-47 (id. 154378312). Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99.				

Indicador 07.2.Cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti).

Indicador 07.2.Cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti)*.	
Vigência	□ 2024 □ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	O indicador mensura a cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária – eMulti para a população vinculada às equipes de Saúde da Família (eSF) e às equipes de Consultório de Rua (eCR). A ampliação da cobertura da eMulti indica a ampliação do acesso da população aos cuidados em saúde, a ampliação do escopo de práticas em saúde no âmbito da APS e do território, a integração de práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde, vigilância e formação em saúde na APS, a continuidade de fluxos assistenciais por meio da comunicação, integração e articulação da APS com os outros serviços da RAS, o aprimoramento da resolubilidade da APS e a qualificação da longitudinalidade do cuidado. Conforme Portaria GM/MS 635 de 22 de maio de 2023, as eMultis são classificadas em 03 (três) modalidades de acordo com a carga horária de equipe, vinculação e composição profissional: I - equipe Multiprofissional Ampliada - eMulti Ampliada, vinculada a, no mínimo 10 (dez) e no máximo 12 (doze), equipes; II - equipe Multiprofissional Complementar - eMulti Complementar, vinculada a no mínimo 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes; III - equipe Multiprofissional Estratégica - eMulti Estratégica, vinculada a no mínimo 1 (uma) e no máximo 4 (quatro) equipes.
Usos	O indicador possibilita: - Mensurar a disponibilidade de Recursos Humanos da APS para a população vinculadas as eSF e eCR, identificando áreas em que há maior e menor cobertura; - Analisar variações geográficas e temporais da distribuição de profissionais de saúde da APS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; - Subsidiar processos de planejamento e gestão do SUS para a tomada de decisão em relação à alocação de recursos humanos da APS, em especial para os locais que apresentam cobertura abaixo do padrão desejável.
Limitações	- Não considera os territórios que ainda não possuí coberturas de eSF; - Não considera o número de usuários vinculados a cada equipe eSF/eCR; - Não evidencia a baixa diversidade de saberes associada à eMulti Estratégica. - A saída de um profissional, pode causar a alteração da classificação da eMulti em questão, pois diferentes categorias de equipe eMulti (ampliada, complementar e estratégica) possuem diferentes cargas horárias para a sua classificação.
Fonte	Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES). *Nota: Para fins de cálculo deste indicador os dados serão extraídos do Portal InfoSaúde.*

Metodologia de Cálculo	$$\frac{\left[\begin{array}{l}\text{E-Multi Estratégica * 1}\\ +\\ \text{E-Multi Estratégica * 2}\\ +\\ \text{E-Multi Estratégica * 3}\\ +\\ \text{E-Multi Estratégica * 4}\end{array}\right] + \left[\begin{array}{l}\text{E-Multi Complementar * 5}\\ +\\ \text{E-Multi Complementar * 6}\\ +\\ \text{E-Multi Complementar * 7}\\ +\\ \text{E-Multi Complementar * 8}\\ +\\ \text{E-Multi Complementar * 9}\end{array}\right] + \left[\begin{array}{l}\text{E-Multi Ampliada *10}\\ +\\ \text{E-Multi Ampliada *11}\\ +\\ \text{E-Multi Ampliada *12}\end{array}\right]}{\text{Total eSF e eCR}}$$ **MULTIPLICADOR**: 100
Descritivo da Metodologia de Cálculo	O universo total deste indicador é de 654 equipes (de Saúde da Família e Consultório na Rua). Os valores fora dos parâmetros da Portaria GM/MS 635 de 22 de maio de 2023 não poderão ser contabilizados.
Método de Apuração	1. Acessar site CNES 2. No campo “Consulta estabelecimento” pesquisar por UBS de vinculação 3. No campo detalhes, clicar no ícone “Ficha estabelecimento” 4. No módulo equipe pesquisar no campo “Nome da Equipe” por “eMulti” 5. No campo “Detalhes” selecionar o ícone de “Informações complementares (+)” 6. Analisar e fazer a contagem do número de equipes ao qual a eMulti está vinculada 7. Realizar os passos de 1 a 6 para todas as equipes eMulti 8. Realização do cálculo conforme metodologia de cálculo
Critérios para a Apuração	Mensal*: Verificação no CNES do status de vinculação das equipes no final do mês de interesse.* Quadrimestral: *Verificação no CNES do status de vinculação das equipes no final do último mês do quadrimestre de interesse.* Anual: *Verificação no CNES de como se encontra o status de vinculação das equipes no final do último mês do ano de interesse.*
Periodicidade de Monitoramen to	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	NA (indicador novo).
Polaridade	Maior-Melhor.

Acumulativo anual	Não. (Resultado do indicador depende da apuração realizada no CNES)
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GESFAM
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Alcançar 80% a cobertura das equipes multiprofissionais na atenção primária (eMulti), até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	74,25%	78,16 %	80,00 %

Alterações	Processos SEI Pactuação: 00060-00213508/2023-57 Revisão: 00060-00416017/2024-47 (id. 154378312) Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99 Ficha de Cadastro do Indicador - Vigência 2026 (190733867)

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.
Objetivo 1. : Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.

Indicador 08. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).

Indicador 08. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O Programa Bolsa Família, instituído pela MP nº. 1.164 de 02/03/2023, destina-se à transferência direta e condicionada de renda à população de maior vulnerabilidade social mediante o acompanhamento de condicionalidades que serão acompanhadas pelas equipes de atenção básicas. As condicionalidades acompanhadas serão relativas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pela vigilância nutricional, a vacinação para crianças menores de sete anos e a assistência pré-natal e pós-parto.
Usos	Monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.
Limitações	Nem todas as famílias vulneráveis são beneficiadas pelo Programa Bolsa Família; Nem todos os beneficiários são perfil de acompanhamento da saúde. Uma parte dos cadastros encontram-se desatualizados, ocorrem constantes alterações de endereços; O indicador não reflete a baixa capacidade de mobilização e articulação intersetorial (saúde, educação e assistência social); Embora haja duas vigências por ano, deve-se considerar como o resultado do ano o percentual de acompanhamento da segunda vigência.
Fonte	Sistema Programa de Bolsa Família; Site: https://egestorab.saude.gov.br/ https://bfa.saude.gov.br/ (para identificação dos usuários)
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de beneficiários do PBF com condicionalidades de saúde acompanhadas pela APS por um determinado período. **DENOMINADOR:** Número total de beneficiários do Programa Bolsa Família no mesmo período. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	70,06% (2022, DF).
Polaridade	Maior-Melhor.

Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DAEAP/GASPVP
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Ampliar para 76% o acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	71,5%	73,0%	74,5%	76,0%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 121609671 – Ficha ratificada) (id. 121733192- Correção metas anuais) (id. 130657380 – Ficha validada)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado
Objetivo 1. : Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades.

Indicador 09. Proporção de serviços de saúde da Rede SES-DF que ofertam as Práticas Integrativas em Saúde (PIS).

Indicador 09. Proporção de serviços de saúde da Rede SES-DF que ofertam as Práticas Integrativas em Saúde (PIS).	
Vigência	■2024 ■2025 □2026 □2027
Conceituação	Mede a proporção de Estabelecimentos de Saúde que ofertam as Práticas Integrativas em Saúde (PIS), permitindo a definição de estratégias para ampliação do acesso às PIS nos serviços de Atenção Primária, Especializada Ambulatorial e Hospitalar.
Usos	Monitorar a oferta das PIS à população nos estabelecimentos de saúde da rede SES-DF.
Limitações	O indicador exprime apenas a existência ou não de PIS nos Serviços, sem qualificação do resultado por prática ofertada; Vulnerabilidade dos Serviços que ofertam apenas uma prática, quando a responsabilidade de ofertá-la é de apenas um facilitador, ficando suscetíveis a não oferecê-la, quando o servidor apresenta algum afastamento legal (licenças, férias) e/ou remoção do setor; O acompanhamento da oferta de PIS é realizado apenas nos estabelecimentos de saúde descritos no método de cálculo do indicador.
Fonte	Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES); Planilha interna da GERPIS sobre a oferta de PIS; - Unidades Básicas de Saúde (e-SUS, Processo SEI de oferta de PIS - Planilha Google Forms e Formulário de Produção de PIS do Google Forms); - CAPS, Hospitais Policlínicas (Trakcare, Processo SEI de oferta de PIS - Planilha Google Forms e Formulário de Produção de PIS do Google Forms); - Sistema de Informação e-SUS; - Sistema SIS-Saúde (Trakcare); - Sistema Eletrônico de Informações - SEI/GDF; Nota: Para fins de cálculo deste indicador os dados serão extraídos do Portal InfoSaúde.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR**= Nº de unidades que ofertam ao menos uma Prática Integrativa em Saúde; **DENOMINADOR**= Nº total de Unidades próprias da Rede SES DF; Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	47,5% (2022, DF).
Polaridade	Maior-Melhor.

Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pacutação	Não.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DAEAP/GERPIS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Aumentar para 75% a oferta das práticas integrativas em saúde nos serviços de saúde até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	60%	65%	70%	75%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 114024180 – Ficha inicial apresentada pela área técnica. (id. 121598739- Ficha aprovada) (id. 129318507 - Ficha Versão Final (p.5) , conforme mem. id.129317219) (id. 135046503 – Validação da Ficha pela área técnica)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 1. Atenção Primária à Saúde - Fortalecimento da Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado
Objetivo 1. : Ampliar e qualificar a Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (eSF, eSB, eAPP, eCR, eMULTI e eCERPIS), considerando as vulnerabilidades

Indicador 09.1. Proporção de estabelecimentos assistenciais da APS da Rede SES-DF que ofertam Práticas Integrativas em Saúde (PIS)*.

Indicador 09.1. Proporção de estabelecimentos assistenciais da APS da Rede SES-DF que ofertam Práticas Integrativas em Saúde (PIS)*.	
Vigência	□ 2024 □ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	Mede a proporção de estabelecimentos assistenciais da APS que ofertaram pelo menos uma Prática Integrativa em Saúde (PIS), permitindo a definição de estratégias para ampliação da oferta das PIS nos estabelecimentos assistenciais da APS do Sistema Único de Saúde doa SES- DF.
Usos	Monitorar a presença de oferta de PIS nos estabelecimentos de saúde da rede SES-DF.
Limitações	O indicador exprime apenas a existência ou não de PIS nos estabalecimentos assistenciais da APS, sem qualificação do resultado por quantidade e variedade das ofertas, por tipo de prática ofertada, por acesso real/número de usuários atendidos ou mudança em desfechos pela oferta da prático no estabelecimento; Não há código SIGTAP individual para todas as 17 (dezessete) práticas previstas na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, ficando algumas práticas acolpladas em um mesmo código, não há código para a práticas relacionadas à Técnica de Redução de Estresse (T.R.E.); Além disso, a a ausência de registro da prática, bem como os registros inadequados podem enviesar os dados.
Fonte	Paineis Infosaúde: "Atividade Coletiva na APS" e "Procedimentos realizados na APS" Painel Infosaúde: "Mapa Estabelecimentos de Saúde SES-DF"
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de estabelecimentos assistenciais da APS que ofertam ao menos uma PIS, a partir dos dados coletados no Infosaúde. DENOMINADOR: Número de estabelecimentos assistenciais da APS da SES-DF, a partir de dados retirados do Infosaúde. MULTIPLICADOR: 100.
Descritivo da Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: todos os estabelecimentos assistenciais da APS, que registraram pelo menos 1 (uma) oferta de PIS, com algum dos códigos abaixo, nos sistemas oficiais, no período avaliado. DENOMINADOR: estabelecimentos assistenciais da APS, no período avaliado.
Método de Apuração	Acessar o Infosaúde; • Critério de inclusão: estabelecimento assistencial da APS que registrou pelo menos uma oferta de PIS no e-SUS, no período determinado; • Códigos e filtros – PAINEL "Procedimentos APS": 1) 0309050022 - ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS 2) 0101050054 - OFICINA DE MASSAGEM/AUTO-MASSAGEM 3) 0101050011 - PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA 4) 0309050014 - SESSÃO DE ACUPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSASS/MOXA 5) 0101050097 - SESSÃO DE ANTROPOSOFIA APLICADA À SAÚDE 6) 0101050062 - SESSÃO DE ARTETERAPIA 7) 0309050049 - SESSÃO DE AURICULOTERAPIA 8) 0309050162 - SESSÃO DE IMPOSIÇÃO DE MÃOS

	9) 0101050070 - SESSÃO DE MEDITAÇÃO 10) 0101050089 - SESSÃO DE MUSICOTERAPIA 11) 0101050020- TERAPIA COMUNITÁRIA 12) 0309050219 - TRATAMENTO ANTROPOSÓFICO 13) 0309050227 - TRATAMENTO AYURVÉDICO 14) 0309050227 - TRATAMENTO FITOTERÁPICO 15) 0101050046 - YOGA • Códigos e filtros – Atividades Coletivas APS 1) 0101050054 - OFICINA DE MASSAGEM/AUTO-MASSAGEM 2) 0101050011 - PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA 3) 0101050097 - SESSÃO DE ANTROPOSOFIA APLICADA À SAÚDE 4) 0101050062 - SESSÃO DE ARTETERAPIA 5) 0101050070 - SESSÃO DE MEDITAÇÃO 6) 0101050089 - SESSÃO DE MUSICOTERAPIA 7) 0101050020 - TERAPIA COMUNITÁRIA 8) 2367009 e 0101050046 - YOGA Acessar o Infosaúde: Estabelecimentos assistenciais da APS, no período avaliado. • Painel Infosaúde: "Mapa Estabelecimentos de Saúde SES/DF" • Camadas: "Unidade Básica de Saúde" • Obs.1: reduza o *zoom* até total visualização do Distrito Federal para obter o número total correto de estabelecimentos • Obs.2: Já inclui a UBS-PIS (CERPIS Planaltina). Segue abaixo o detalhamento: Para apurar os estabelecimentos assistenciais da APS que registraram pelo menos 1 (um) atendimento individual ou coletivo de PIS, a partir de pesquisa realizada conforme descrito abaixo: 1) Portal Infosaúde-DF > Sala de Situação > Atenção Primária > Atividade Coletiva na APS > Painel "Atividade Coletiva na APS" 2) Sala de Situação > Atenção Primária > Painel "Procedimentos realizados na APS" 3) Filtros: Ano corrente; Meses do quadrimestre em avaliação; Procedimentos (descritos nos critérios de apuração) Para apurar o número de estabelecimentos assistenciais da APS da SES-DF, a partir de dados retirados do CNES. Segue abaixo o detalhamento: 1) Portal Infosaúde-DF > Busca Saúde > Estabelecimentos de Saúde SES/DF > Painel "Mapa Estabelecimentos de Saúde SES/DF" Camadas: Unidade Básica de Saúde
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral

Periodicidade de Avaliação	Anual.				
Unidade de Medida	Percentual (%).				
Parâmetro	Não de aplica; Indicador novo.				
Polaridade	Maior-Melhor.				
Acumulativo Anual	Sim.				
Acumulativo para Pactuação	Não.				
Estratificação	Região de Saúde.				
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DAEAP/GERPIS.				
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN				
Descrição da Meta	Aumentar para 75% a oferta das práticas integrativas em saúde nos serviços de saúde até 2027.				
Meta de Avaliação (Anual)	2024	2025	2026	2027	
	n/a	n/a	70%	75%	
Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 114024180 – Ficha inicial apresentada pela área técnica. (id. 121598739- Ficha aprovada) (id. 129318507 - Ficha Versão Final (p.5) , conforme mem. id.129317219) (id. 135046503 – Validação da Ficha pela área técnica) Ficha de Cadastro do Indicador - Vigência 2026 - PIS (190734203)				

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 2. Fortalecer a Rede de Urgência e Emergência com foco nas linhas de cuidado e ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde.

Indicador 10. Tempo-resposta de chamado ao SAMU 192 DF.

Indicador 10. Tempo-resposta de chamado ao SAMU 192 DF.	
Vigência	■2024 ■2025 ☐ 2026 ☐ 2027
Conceituação	Estima a capacidade do serviço em chegar de forma rápida à vítima em situação de 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. Ao mesmo tempo reflete direta e indiretamente todos os processos de trabalho, e limitações, não somente em nível local, mas dentro do contexto da Rede de Urgência e Emergência da SES-DF no qual o SAMU está incluído.
Usos	Possibilita avaliar de forma sensível a eficiência do atendimento realizado pelo SAMU. Representa ferramenta estratégica para a organização do serviço, podendo subsidiar o planejamento das ações gestoras.
Limitações	Tecnologias e instrumentos aplicados dependem do registro manual dos servidores no Sistema de Regulação (aplicativo móvel) da chegada da equipe no local da ocorrência, gerando um viés de registro; Ausência de Sistema de Monitoramento Estatístico automatizado capaz de consolidar e analisar os dados; Erros na finalização de ocorrências podem gerar intervalos exagerador até a retirada manual das ocorrências pendentes em tela;
Fonte	Banco de Dados do Sistema de Regulação SAU (Sistema de Atendimento a Urgências) do SAMU 192 DF.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Somatório do intervalo total entre o acolhimento da chamada na Central 192 até a chegada da Unidade Móvel no local, de todas as ocorrências registradas durante o mês vigente, que receberam a classificação "necessária e possível" pelo médico regulador, e que culminaram no acionamento de alguma Unidade Móvel. **DENOMINADOR**: Quantidade total de ocorrências durante o mês vigente, que receberam a classificação "necessária e possível" pelo médico regulador, e que culminaram no acionamento de alguma Unidade Móvel até o local. Obs.: Para a análise do indicador no PPA 2024-2027, será utilizada a média dos resultados anuais.
Periodicidade de Monitoramento	Bimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Minutos.
Parâmetro	-
Polaridade	Menor-Melhor.

Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	-
Responsável Técnico	SES/CRDF/SAMU.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Reduzir o tempo de resposta ao chamado do SAMU/DF para 25 min até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

2024	2025	2026	2027
28	27	26	25

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 ; e 00060-00219244/2023-45.

Indicador 10.1. Tempo-resposta de chamado ao SAMU 192

Indicador 10.1. Tempo-resposta de chamado ao SAMU 192 DF.	
Vigência	☐ 2024 ☐ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	O indicador mensura a média do tempo-resposta das ocorrências registradas pela Central de Regulação de Urgência do SAMU 192 que receberam a classificação "necessária e possível" pelo médico regulador e que culminaram no acionamento de alguma unidade móvel. O resultado expressa o tempo médio decorrido entre o contato do solicitante e a chegada da equipe de intervenção no local da ocorrência.
Usos	Possibilita avaliar a capacidade de resposta do atendimento pré-hospitalar do SAMU mediante a necessidade de intervenção. A análise detalhada das informações viabiliza a organização do serviço e permite avaliar a necessidade de ampliação de bases descentralizadas, remanejamento de recursos humanos, atualização dos processos de trabalho para aprimorar a cobertura territorial e ampliação da capacidade instalada.
Limitações	O tempo-resposta pode ser impactado pela indisponibilidade ou falta de recursos, uma vez que um número menor de unidades móveis disponíveis pode aumentar o tempo necessário para a chegada da equipe de intervenção no local da ocorrência. Considerando que o indicador representa a média aritmética do tempo de atendimento (tempo decorrido entre a recepção da chamada no sistema telefônico do SAMU e a chegada da equipe ao local de intervenção) de todas as ocorrências, a análise isolada do tempo médio poderá resultar em um dado enviesado matematicamente pelos extremos, ou seja, as ocorrências com maior tempo de atendimento ou com menor tempo de atendimento influenciam a média resultante. Por isso, é recomendado que a análise do resultado do indicador seja realizada de forma conjunta com outros parâmetros, tais como o cálculo do percentual de ocorrências atendidas e o cálculo da moda. O sistema de atendimento pré-hospitalar móvel é dinâmico e, nas situações nas quais há indisponibilidade temporária de uma unidade móvel em uma determinada região, pode ser necessário o deslocamento de uma viatura de uma outra região, aumentando a média do tempo-resposta das ocorrências. As tecnologias e os instrumentos utiizados atualmente dependem do registro manual dos servidores envolvidos no atendimento no Sistema de Regulação (aplicativo móvel). Ausência de Sistema de Monitoramento Estatístico automatizado capaz de consolidar e analisar os dados. A ausência de registro adequado dos tempos pode inviabilizar a análise do tempo-resposta de parte das ocorrências. Erros na finalização de ocorrências podem gerar intervalos exagerador até a retirada manual das ocorrências pendentes em tela. O tempo de deslocamento é influenciado pelo tipo de deslocamento, se rural ou urbano. A realização de transportes inter-hospitalares pelo SAMU pode limitar o número de unidades disponíveis para o atendimento pré-hospitlar móvel e impactar no tempo-resposta das ocorrências analisadas. A retenção de macas nas unidades de urgência e emergência e o sub-dimensionamento das Unidades Móveis disponíveis para a cobertura territorial do Distrito Federal podem influenciar no resultado do indicador.
Fonte	Sistema Atendimento de Urgências (SAU) /SAMU- DF

Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Somatório do intervalo total entre o acolhimento da chamada na Central 192 até a chegada da unidade móvel no local, de todas as ocorrências registradas durante o mês vigente, que receberam a classificação "necessária e possível" pelo médico regulador, e que culminaram no acionamento de alguma unidade móvel. **DENOMINADOR:** Quantidade total de ocorrências durante o mês vigente, que receberam a classificação "necessária e possível" pelo médico regulador, e que culminaram no acionamento de alguma unidade móvel até o local.
Descritivo da Metodologia de Cálculo	O tempo compreendido entre o acolhimento da chamada na Central 192 e a chegada da unidade móvel no local de atendimento é calculado a partir do somatório de sete intervalos de tempo: tempo de recebimento do chamado, tempo de 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. Ao mesmo tempo reflete direta e indiretamente todos os processos de trabalho, e limitações, não somente em nível local, mas dentro do contexto da Rede de Urgência e Emergência da SES-DF no qual o SAMU está incluído. Considerando que atualmente a contabilização dos intervalos de tempo depende do registro manual dos servidores envolvidos no atendimento no Sistema de Regulação (aplicativo móvel), é esperado que parte das ocorrências possa conter erros na finalização de ocorrências, gerando intervalos de tempo superiores ao tempo real da ocorrência, ocasionando a superestimação da média do tempo-resposta. **Além do cálculo do indicador que considera o total de ocorrências que culminaram no acionamento de alguma unidade móvel, *deverão ser calculados*:** a) <u>a média aritmética do tempo-resposta apenas das intervenções consideradas válidas</u>, ou seja, após o tratamento dos dados com a eliminação de entradas de dados de tempo incompletas, erros de registro e outliers (chamadas com tempo-resposta superior a 60 minutos. Neste caso, deve ser apresentado também a proporção de chamados com tempo-resposta superior a 60 minutos em relação ao total de ocorrências que culminaram no acionamento de unidade móvel. **Fórmula da média aritmética do tempo-resposta das Intervenções válidas** = *Σ (hora de chegada da equipe no local de atendimento - hora de entrada do chamado no tronco 192)/ quantidade de intervenções válidas*. Serão consideradas como intervenções válidas aquelas submetidas ao refinamento da análise de dados: eliminação dos chamados com pelo menos 1 intervalo de tempo com entrada de dados incompleta; eliminação de registros com erros de preenchimento; eliminação das ocorrências com tempo superior a 60 minutos. Desde a condução dos estudos orientados para a elaboração do Relatório de Monitoramento do Tempo Resposta aos Chamados do SAMU e análises dos dados de 2024 foi ponderado que, conforme destacado pela literatura internacional focada em análises de *Dispatch Time* e *Response Time* em serviços de emergência pré-hospitalar, a média aritmética é uma métrica particularmente sensível a valores extremos que não correspondem aos valores de maior incidência no banco de dados. Dessa forma, incluir tempos muito elevados distorce a estimativa central e compromete a comparabilidade do indicador ao longo do tempo. A exclusão de *outliers* e de registros inválidos é prática estatística consagrada para preservar validade e utilidade gerencial do indicador. A exemplo de revisões sistemáticas como a "*Response time in the emergency services*" (Acta Cir. Bras., 2018) consolidam que o tempo de resposta é indicador básico de EMS (serviços médicos de emergência), usualmente avaliado por estatística descritiva, e reporta faixas típicas de desempenho em países/regiões. Nessas bases, tempos muito acima do padrão operacional refletem situações excepcionais (trânsito extremo, clima, indisponibilidade de recursos, barreiras de acesso) e não representam o funcionamento habitual do sistema — devendo ser analisados em separado.

De forma semelhante estudos europeus (EUROCALL) mostram que atrasos de acesso ao despacho variam com a organização local e podem amplificar tempos totais; por isso, observações extremas são guias para melhoria sistêmica, mas não devem conduzir a métrica central de desempenho.
À luz da literatura que situa o desempenho típico de EMS adotar 60 min como ponto de corte:
(a) protege a fidedignidade estatística da média (remoção de *outliers* grossos),
(b) mantém a comparabilidade com referências internacionais e séries históricas, e
(c) direciona a gestão dos casos extremos para um relatório situacional próprio (análise causal e ações corretivas), sem ocultação de dados.
Adicionalmente as exclusões são reprodutíveis e auditáveis (regras claras: inconsistência de campos e TR>60min). Todos os casos excluídos permanecem registrados e analisados em documento específico, preservando transparência, rastreabilidade e aprendizado organizacional.
Dessa forma, o corte em 60 minutos é medida técnica de qualificação do indicador, alinhada à literatura e às boas práticas de mensuração de EMS: fortalece a média como estimativa do desempenho real, enquanto canaliza os eventos excepcionais para gestão focalizada.

b) a proporção de chamados com tempo-resposta superior a 60 minutos.

Fórmula da proporção de chamados com tempo-resposta superior a 60 minutos = *(número de ocorrências com tempo-resposta superior a 60 minutos/ total de ocorrências durante o mês vigente que ensejaram no acionamento de alguma unidade móvel) x 100*

c) o percentual de ocorrências classificadas como necessárias e possíveis com acionamento de unidade móvel.

Deverá ser calculada a proporção das ocorrências atendidas em relação ao total de chamados recebidos no tronco 192 com a necessidade de acionamento de alguma unidade móvel.
Fórmula do percentual de ocorrências atendidas = *número de ocorrências classificadas como necessárias e possíveis com acionamento de unidade móvel / número total de chamados recebidos no tronco 192 com a necessidade de acionamento de alguma unidade móvel.* O resultado apurado representará o percentual de ocorrências efetivamente atendidas por uma unidade móvel dentre o total de chamados recebidos pelo 192 com necessidade de acionamento de unidades móveis.

d) a moda do tempo-resposta.

Deverão ser alocados em histogramas (com intervalos de 60 segundos, de 1 minuto até 60 minutos) as ocorrências com tempo-resposta inferior ou igual a 60 minutos. Posteriormente, deverá ser identificada a coluna com o intervalo de tempo-resposta que concentra o maior número de intervenções válidas.
Fórmula da moda do tempo-resposta = *intervalo de tempo-resposta com maior concentração de intervenções pré-hospitalares válidas (aquelas submetidas ao refinamento da análise de dados, ou seja, com a eliminação das ocorrências com pelo menos 1 intervalo de tempo com entrada de dados incompleta, com a eliminação de registros com erros de preenchimento e com a eliminação das ocorrências com tempo superior a 60 minutos)*

e) o percentual de ocorrências atendidas dentro da meta anual estabelecida para o tempo-resposta.

Fórmula do percentual de ocorrências atendidas dentro da meta anual = *número de ocorrências com tempo-resposta menor ou igual ao valor da meta estabelecida para o ano corrente/ número total de ocorrências com tempo-resposta inferior ou igual a 60 minutos*

	Além das análises complementares citadas acima, os dados poderão ser estratificados por gravidade e/ou por tipos de urgências e emergências (cardiológicas; acidente vascular encefálico; traumas).
Método de Apuração	Descrever toda a sequência de extração e análise dos dados.
Critérios para a Apuração	**Apuração mensal:** serão considerados o somatório dos intervalos de tempo e a quantidade total de ocorrências no mês de interesse. **Apuração quadrimestral:** serão considerados o somatório dos intervalos de tempo e a quantidade total de ocorrências no quadrimestre de interesse. **Apuração anual:** serão considerados o somatório dos intervalos de tempo e a quantidade total de ocorrências nos 12 meses do exercício.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número abosoluto (n). A variável resultante será quantificada como o tempo em minutos e segundos.
Parâmetro	Os valores de referência foram apresentados considerando os dados para os anos de 2022, 2023 e 2024. **Valores de referência do indicador e das fórmulas de cálculo complementares** — **2022**: Média do tempo-resposta de todas as ocorrências: 36 min; Média aritmética do tempo-resposta das intervenções válidas: ---; Percentual de ocorrências com alguma intervenção móvel de urgência[1]: 62,8%[2]; Moda do tempo-resposta: --- **2023**: Média do tempo-resposta de todas as ocorrências: 34:01 min; Média aritmética do tempo-resposta das intervenções válidas: 25:37 min; Percentual de ocorrências com alguma intervenção móvel de urgência[1]: 59,9%[2]; Moda do tempo-resposta: 19 min **2024**: Média do tempo-resposta de todas as ocorrências: 34:33 min; Média aritmética do tempo-resposta das intervenções válidas: 25:55 min; Percentual de ocorrências com alguma intervenção móvel de urgência[1]: 48,4%[2]; Moda do tempo-resposta: 20 min **Nota[1] — Classificação inicial pelo médico regulador:** Ao receber uma chamada telefônica pelo tronco 192, o médico regulador realiza a classificação inicial da ocorrência na tela de primeira decisão, conforme quatro estratos definidos pelo protocolo operacional do SAMU-192: -Intervenção necessária e possível: quando há necessidade de envio de unidade móvel e existem recursos disponíveis para o atendimento do chamado; -Intervenção necessária e sem meios: quando há necessidade de envio de unidade móvel, porém não há recursos disponíveis no momento para atendimento; -Intervenção não pertinente: quando, após avaliação técnica, não há necessidade de acionamento de unidade móvel, sendo possível ao médico regulador orientar a conduta de forma remota ou encaminhar o solicitante a outro serviço adequado; -Sem dados para decidir: quando não há informações suficientes na chamada para permitir a definição imediata da conduta regulatória, exigindo complementação de dados ou novo contato. Entre o total de chamados recebidos no tronco 192 que demandam acionamento de unidades móveis, destacam-se as ocorrências classificadas como intervenção necessária e possível e intervenção necessária e sem meios, por representarem o universo de chamadas em que há necessidade confirmada de deslocamento de recurso móvel e, portanto, constituírem a base de cálculo para o indicador de Tempo Resposta. **Nota[2] — Interpretação do indicador:**

	O resultado deste indicador expressa o percentual de ocorrências efetivamente atendidas por uma unidade móvel em relação ao total de chamados recebidos pelo tronco 192 que apresentaram necessidade de envio de recurso móvel (classificações “intervenção necessária e possível” e “intervenção necessária e sem meios”). Entre os anos de 2022 e 2024, observou-se redução progressiva desse percentual, atribuída principalmente ao aumento expressivo da demanda, com crescimento do número total de ocorrências recebidas, e à limitação da capacidade de resposta operacional, influenciada por fatores como disponibilidade de frota, dimensionamento de equipes, manutenção de viaturas e tempo médio de reposição de recursos.
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Não se aplica. O somatório dos tempos-resposta dos chamados e o número total de ocorrências que ensejaram o deslocamento de uma unidade móvel serão quantificados conforme o período de apuração: mensal, quadrimestral ou anual.
Acumulativo para Pactuação	Não. O resultado apurado para um determinado ano não levará em consideração o resultado apurado para o(s) ano(s) anterior(es).
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/CRDF/SAMU
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Reduzir o tempo de resposta ao chamado do SAMU/DF para 25 min até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	28	27	26	25

Alterações	Processo SEI: 00060-00219244/2023-45. (id. 125105686 - ficha pactuação p.7). (id. 143160382 - Pedido GEMAP- esclarecimentos sobre ficha). (id. 143999872 - Resposta SAMU). (id.) – Revisão para a vigência 2026).

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 2. Fortalecer a Rede de Urgência e Emergência com foco nas linhas de cuidado e ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde.

Indicador 11. Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

Indicador 11. Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador expressa a mortalidade proporcional de óbitos por infarto agudo do miocárdio (IAM) entre usuários internados com esta doença. O resultado do indicador permite considerar a capacidade dos serviços em disponibilizar acesso oportuno para diagnóstico e terapêutica no âmbito hospitalar. Pode direcionar condutas em hospitais para a melhoria do acesso e qualidade da assistência em intervalo de tempo máximo para revascularização miocárdica.
Usos	O indicador contribui para: - Apontar a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção pré- hospitalar, diagnóstico por imagem e acesso a especialistas em cardiologia/hemodinâmica; - Apontar a necessidade de capacitação e implantação de Protocolos Clínicos e Linha de Cuidado Cardiovascular/Infarto Agudo do Miocárdio.
Limitações	O resultado não permite avaliar qual ponto crítico da assistência pode ter contribuído para o óbito (se promoção e prevenção, acesso à serviços de urgência e emergência, transporte entre serviços, equipamentos de diagnóstico e terapia, qualidade da conduta dos profissionais, aplicação de protocolo clínico); Não contém dados acerca de idade, sexo e comorbidades dos usuários que faleceram.
Fonte	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/ SUS); Portal InfoSaúde.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de Óbitos das internações por IAM, em determinado local e período, na população acima de 20 anos. **DENOMINADOR:** Total de internações por IAM, em determinado local e período, na população acima de 20 anos. **MULTIPLICADOR:** 100. Códigos da CID-10 nas AIH do SIA/SUS e no SIM das internações e óbitos considerados na fórmula: I21 - Infarto agudo do miocárdio; I210 - Infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio; I211 - Infarto agudo transmural da parede inferior do miocárdio; I212 - Infarto agudo transmural do miocárdio de outras localizações; I213 - Infarto agudo transmural do miocárdio, de localização não especificada; I214 - Infarto agudo subendocárdico do miocárdio; I219 - Infarto agudo do miocárdio não especificado; I22 - Infarto do miocárdio recorrente; I220 - Infarto do miocárdio recorrente da parede anterior; I221 - Infarto do miocárdio recorrente da parede inferior; I228 - Infarto do miocárdio recorrente de outras localizações; I229 - Infarto do miocárdio recorrente de localização não especificada; I23 - Algumas complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio; I230 - Hemopericárdio como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio; I231 -

	Comunicação interatrial como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio; I232 - Comunicação interventricular como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio; I233 - Ruptura da parede do coração sem ocorrência de hemopericárdio como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio; I234 - Ruptura de cordoalhas tendíneas como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio; I235 - Ruptura de músculos papilares como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio; I236 - Trombose de átrio, aurícula e ventrículo como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio; I238 - Outras complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio; I248 - Outras formas de doença isquêmica aguda do coração; I249 - Doença isquêmica aguda do coração não especificada.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	4,49% (DF, 2022).
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Estabelecimento de Saúde (hospitais).
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/CATES/DSINT/GESINT SEAS/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Reduzir em 5% ao ano os óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
Meta de Avaliação (Anual)	**Ano** / **2024** / **2025** / **2026** / **2027** **Meta Anual** / 4,74% / 4,50% / 4,28% / 4,07 %
Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 124832862- Ata reunião com validação da ficha) (id. 125927194 -Validação do indicador pela área) (id. 129318507- Ficha validada p. 30) Mudança de responsável pelo indicador: 00060-00593091/2023-03 (Despacho: 146339019)

Eixo 1. Redes de Atenão à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 2. Fortalecer a Rede de Urgência e Emergência com foco nas linhas de cuidado e ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde.

Indicador 12. Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Indicador 12. Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador expressa a mortalidade proporcional de óbitos por Acidente Vascular Encefálica (AVE) entre usuários internados com esta doença. O resultado do indicador permite considerar a capacidade dos serviços em disponibilizar acesso oportuno para diagnóstico e terapêutica no âmbito hospitalar. Pode direcionar condutas em hospitais para a melhoria do acesso e qualidade da assitência em intervalo de tempo máximo para trombólise.
Usos	O indicador contribui para: - Apontar a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção pré- hospitalar, diagnóstico por imagem e acesso aos profissionais especialistas - Apontar a necessidade de capacitação e implantação de Protocolos Clínicos e Linha de Cuidado do Acidente Vascular Encefálico
Limitações	O resultado não permite avaliar qual ponto crítico da assistência pode ter contribuído para o óbito (se promoção e prevenção, acesso à serviços de urgência e emergência, transporte entre serviços, equipamentos de diagnóstico e terapia, qualidade da conduta dos profissionais, aplicação de protocolo clínico). Não contém dados acerca de idade, sexo e comorbidades dos usuários que faleceram.
Fonte	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/ SUS); Portal InfoSaúde.

Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de Óbitos das internações por AVE, em determinador local e período, na população total, conforme CID específico. **DENOMINADOR:** Total de internações por AVE, em determinador local e período, na população total, conforme CID específico. **MULTIPLICADOR:** 100 **CID-10 (categorias):** I60 Hemorragia subaracnóide I60.0 Hemorragia subaracnóide proveniente do sifão e da bifurcação da carótida I60.1 Hemorragia subaracnóide proveniente da artéria cerebral média I60.2 Hemorragia subaracnóide proveniente da artéria comunicante anterior I60.3 Hemorragia subaracnóide proveniente da artéria comunicante posterior I60.4 Hemorragia subaracnóide proveniente da artéria basilar I60.5 Hemorragia subaracnóide proveniente da artéria vertebral I60.6 Hemorragia subaracnóide proveniente de outras artérias intracranianas I60.7 Hemorragia subaracnóide proveniente de artéria intracraniana não especificada I60.8 Outras hemorragias subaracnóides I60.9 Hemorragia subaracnóide não especificada I61 Hemorragia intracerebral I61.0 Hemorragia intracerebral hemisférica subcortical I61.1 Hemorragia intracerebral hemisférica cortical I61.2 Hemorragia intracerebral hemisférica não especificada I61.3 Hemorragia intracerebral do tronco cerebral I61.4 Hemorragia intracerebral cerebelar I61.5 Hemorragia intracerebral intraventricular I61.6 Hemorragia intracerebral de múltiplas localizações I61.8 Outras hemorragias intracerebrais I61.9 Hemorragia intracerebral não especificada I62 Outras hemorragias intracranianas não-traumáticas I62.0 Hemorragia subdural (aguda) (não-traumática) I62.1 Hemorragia extradural não-traumática I62.9 Hemorragia intracraniana (não-traumática) não especificada I63 Infarto cerebral I63.0 Infarto cerebral devido a trombose de artérias pré-cerebrais I63.1 Infarto cerebral devido a embolia de artérias pré-cerebrais I63.2 Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificadas de artérias pré-cerebrais I63.3 Infarto cerebral devido a trombose de artérias cerebrais I63.4 Infarto cerebral devido a embolia de artérias cerebrais I63.5 Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificadas de artérias cerebrais I63.6 Infarto cerebral devido a trombose venosa cerebral não-piogênica; I63.8 Outros infartos cerebrais I63.9 Infarto cerebral não especificado I64 Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico I65 Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais que não resultam em infarto cerebral I65.0 Oclusão e estenose da artéria vertebral I65.1 Oclusão e estenose da artéria basilar I65.2 Oclusão e estenose da artéria carótida I65.3 Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais múltiplas e bilaterais I65.8 Oclusão e estenose de outra artéria pré-cerebral I65.9 Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais não especificadas

	I66 Oclusão e estenose de artérias cerebrais que não resultam em infarto cerebral I66.0 Oclusão e estenose da artéria cerebral média I66.1 Oclusão e estenose da artéria cerebral anterior I66.2 Oclusão e estenose da artéria cerebral posterior I66.3 Oclusão e estenose de artérias cerebelares I66.4 Oclusão e estenose de artérias cerebrais, múltiplas e bilaterais I66.8 Oclusão e estenose de outra artéria cerebral I66.9 Oclusão e estenose de artéria cerebral não especificada I67 Outras doenças cerebrovasculares I67.0 Dissecção de artérias cerebrais, sem ruptura I67.1 Aneurisma cerebral não-roto I67.2 Aterosclerose cerebral I67.3 Leucoencefalopatia vascular progressiva I67.4 Encefalopatia hipertensiva I67.5 Doença de Moyamoya I67.6 Trombose não-piogênica do sistema venoso intracraniano I67.7 Arterite cerebral não classificada em outra parte I67.8 Outras doenças cerebrovasculares especificadas I67.9 Doença cerebrovascular não especificada I68 Transtornos cerebrovasculares em doenças classificadas em outra parte I68.0 Angiopatia cerebral amiloidótica I68.1 Arterite cerebral em doenças infecciosas e parasitárias I68.2 Arterite cerebral em outras doenças classificadas em outra parte I68.8 Outros transtornos cerebrovasculares em doenças classificadas em outra parte I69 Sequelas de doenças cerebrovasculares I69.0 Sequelas de hemorragia subaracnóidea I69.1 Sequelas de hemorragia intracerebral I69.2 Sequelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas I69.3 Sequelas de infarto cerebral I69.4 Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico I69.8 Sequelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Bimestral.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	15,77% (DF, 2022).
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	SIM.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Reduzir em 4% ao ano os óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Ano	2024	2025	2026	2027

Meta de Avaliação (Anual)	<table><tr><td>**Meta Anual**</td><td>15,14%</td><td>14,53%</td><td>13,95%</td><td>13,39%</td></tr></table>
Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 124832862 Ata reunião para validação da ficha) (id. 125927194 -Validação do indicador) (id. 129318507- Ficha validada em reunião p. 16) Mudança de responsável pelo indicador: 00060-00179935/2022-18

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 3. Promover a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, com foco na ansiedade, depressão e uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas.

Indicador 13. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial.

Indicador 13. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial. O indicador expressa a evolução da implantação de CAPS, dispositivo estratégico da Rede de Atenção Psicossocial, e a ampliação do acesso ao tratamento das pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas nesses serviços.
Usos	O indicador contribui para o planejamento e monitoramento da ampliação de cobertura e acesso ao tratamento da população com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial.
Limitações	O indicador representa a cobertura apenas dos CAPS habilitados junto ao Ministério da Saúde, não contemplando todos os serviços em funcionamento.
Fonte	CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Projeção populacional IPEDF.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:**(NºCAPSI*0,5) + (NºCAPSII) + (NºCAPSIII*1,5) + (NºCAPSi) + (NºCAPSAD) + (NºCAPSADIII*1,5) **DENOMINADOR:** Projeção populacional IPEDF do ano corrente. **MULTIPLICADOR**: 100.000
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Razão (por 100 mil habitantes)
Parâmetro	0,46 (DF, 2022).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COASIS/DISSAM/GESSAM.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP

Descrição da Meta	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial para 0,75 até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	0,55	0,65	0,69	0,75

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 124832862 Ata reunião para validação da ficha) (id. 129318507- Ficha validada em reunião p. 21) Mudança de responsável pelo indicador: 00060-00179935/2022-18

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 3. Promover a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, com foco na ansiedade, depressão e uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas.

Indicador 14. Percentual de CAPS que realizam ações de matriciamento com equipes da APS

Indicador 14. Percentual de CAPS que realizam ações de matriciamento com equipes da APS.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador expressa o percentual de CAPS habilitados que realizam, no mínimo, uma ação de matriciamento de equipes eSF mensalmente. A integração da Atenção Primária no cuidado em Saúde Mental constitui uma diretriz internacional para reorganização dos sistemas de saúde, além de constituir uma tarefa imprescindível para alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Na legislação brasileira vigente, a Atenção Básica em Saúde constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais; ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma compartilhada, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Port. nº- 3.088/ 2011). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), a Atenção Básica já constitui o principal ponto de atenção utilizado pelas pessoas com transtornos mentais leves, como a depressão.
Usos	O indicador contribui para gestão local, regional e central do planejamento para ampliação e qualificação da porta de entrada, acesso e assistência em Saúde Mental na Atenção Básica à população do DF.
Limitações	O indicador não expressa a efetividade das ações de matriciamento realizadas nas equipes de Atenção Básica.
Fonte	DATASUS: BPAC/S.I.A-SUS (Procedimento: 03.01.08.030-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica); CNES (Cadastro Nacional dos Estebelceimentos de Saúde: número de CAPS habilitadas).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de CAPS habilitados com pelo menos 5 (cinco) registros de matriciamento de Equipes da Atenção Básica por mês **DENOMINADOR:** Número total de CAPS habilitados. **MULTIPLICADOR**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	Indicador Novo.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não

<table>
<tr><td>Acumulativo para Pactuação</td><td>Não</td></tr>
<tr><td>Estratificação</td><td>Região de Saúde | CAPS</td></tr>
<tr><td>Responsável Técnico</td><td>SEAS/SAIS/COASIS/DISSAM/GESSAM</td></tr>
<tr><td>Coordenador da Pactuação</td><td>SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP</td></tr>
<tr><td>Descrição da Meta</td><td>Aumentar em 10% ao ano os CAPS que realizam ao menos 5 (cinco) ações mensais de matriciamento em saúde mental com equipes de Atenção Primária à Saúde.</td></tr>
<tr><td>Meta de Avaliação (Anual)</td><td>
<table>
<tr><th>Ano</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th></tr>
<tr><td>Meta Anual</td><td>53%</td><td>63%</td><td>73%</td><td>83%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Alterações</td><td>Processo SEI: 00060-00213508/2023-57
(id. 124832862 Ata reunião para validação da ficha)
(id. 129318507- Ficha validada em reunião)
Mudança de responsável pelo indicador: 00060-00179935/2022-18</td></tr>
</table>

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 4. Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.

Indicador 15. Proporção de investigações de óbitos infantis e fetais concluídas no SIM em relação ao total dos óbitos, recebidos na base federal em até 120 dias após a data do óbito.

Indicador 15. Proporção de investigações de óbitos infantis e fetais concluídas no SIM em relação ao total dos óbitos, recebidos na base federal em até 120 dias após a data do óbito.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador demonstra o percentual de investigação de óbitos infantis e fetais realizada pelo Comitê de mortalidade materno infantil, com a finalidade de esclarecer as causas de morte e identificar eventuais problemas na assistência materno-infantil. Óbito infantil: é a morte de criança nascida viva desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias. Óbito fetal: é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe. Considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. A investigação oportuna é aquela recebida na base federal do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em até 120 dias após a data do óbito. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça calcanhar ou mais.
Usos	O indicador contribui para: - Apoiar os gestores na adoção de medidas direcionadas a resolver os problemas que possam evitar a ocorrência de eventos similares; - Organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil, para redução de óbitos infantis e fetais.
Limitações	O fechamento do banco de dados do SIM.
Fonte	SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de investigações de óbitos infantis e fetais de mães residentes no Distrito Federal, concluídas no SIM no período considerado. **DENOMINADOR:** Total de óbitos infantis e fetais de mães residentes no Distrito Federal no período considerado. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	74,36% (DF, 2022)
Polaridade	Maior-Melhor.

Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GIASS SEAS/SAIS/ARAS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Investigar 90% de registros de óbitos infantis e fetais com investigação concluída no SIM, até 120 dias após a ocorrência, em 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	75%	80%	85%	90%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56 (id. 129323849- Ficha validada (p. 19), conforme ciências ao despacho id. 130263343)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 4. Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.

Indicador 16. Proporção de investigações de óbitos de MIF (Mulheres em Idade Fértil)

Indicador 16. Proporção de investigações de óbitos de MIF (Mulheres em Idade Fértil)	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador demonstra o percentual de óbitos de mulher em idade fértil investigados pelo Comitê de mortalidade materna e infantil, com a finalidade de identificar óbitos maternos subnotificados. Óbito de Mulher em Idade Fértil (MIF) corresponde aos óbitos de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos. A investigação oportuna é aquela recebida na base federal do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em até 120 dias após a data do óbito.
Usos	O indicador permite identificar casos de óbito materno não declarado, ou descartar após a investigação, a possibilidade de os óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original de óbito.
Limitações	O indicador é quantitativo e não reflete a qualidade da investigação; O fechamento do banco de dados do SIM.
Fonte	SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de investigações de óbitos de mulheres em idade fértil residentes no Distrito Federal concluídas no SIM no período considerado. **DENOMINADOR:** Total de óbitos de mulheres em idade fértil residentes no Distrito Federal no período considerado. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	75% (agosto 2023)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GIASS SEAS/SAIS/ARAS

Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Investigar 90% de registros de óbitos de MIF com investigação concluída no SIM, até 120 dias após a ocorrência, em 2027
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	75%	80%	85%	90%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56 (id. 129323849- Ficha validada (p. 18), conforme ciências ao despacho id. 130263343) – ***Parâmetro: a validação em Ata de Reunião e na ficha do processo está em desconformidade com esta ficha e com a Versão Final da Ficha dos Indicadores GEMAP Despacho SEI 169485913\Matriz de Indicadores Oficial 2024-2027 (1).xlsm)***

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 4. Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.

Indicador 17.Taxa de mortalidade Infantil

Indicador 17.Taxa de mortalidade Infantil	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais). Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade da atenção à saúde materna e infantil. As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em altas (50 ou mais), médias (20-49) e baixas (menos de 20). Esses parâmetros devem ser periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico. Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. Taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos.
Usos	O indicador possibilita: - Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade infantil; - Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população; - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.
Limitações	Fechamento dos bancos de dados do SINASC e SIM.
Fonte	SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos); SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano. **DENOMINADOR:** Número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano. **MULTIPLICADOR:** 1.000
Periodicidade de Monitoramento	Anual
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa (por 1000 nascidos vivos).
Parâmetro	DF, em 2022 : 10,04.
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim

Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/ARAS SEAS/SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Reduzir para 9,7 a mortalidade infantil até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	10,0	9,9	9,8	9,7

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 124832862 -Ata reunião para validação da ficha) (id. 129318507- Ficha validada em reunião (p. 3), conforme ciências ao despacho id. 130699348))

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 4. Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.

Indicador 18.Razão de mortalidade materna do Distrito Federal.

Indicador 18.Razão de mortalidade materna do Distrito Federal.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador aponta a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos às causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Óbito materno: é o risco de morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, excluindo-se as causas acidentais e ou incidentais. Considera-se ainda as mortes maternas aquelas que ocorrem como consequências de acidentes e violências durante o ciclo gravídico puerperal, desde que se comprove que essas causas interferiram na evolução normal da gravidez, parto ou puerpério. Estabelece também como conceito de morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica, as ocorridas após 42 dias e menos de um ano depois do parto e morte materna por sequela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais do parto.
Usos	Avaliar a assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério, reduzindo o número de óbitos maternos; Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção ao pré-natal e ao parto.
Limitações	- Exige conhecimento preciso das definições de morte materna e das circunstâncias em que ocorrem os óbitos, para que sejam classificados corretamente; - Imprecisões no registro geram subdeclaração de mortes maternas, o que demanda, em todos os países, a adoção de um “fator de correção”; - - Requer estudos especiais para determinar esse fator de correção, que é obtido pela razão entre o número de mortes maternas conhecido por investigação e o número informado em atestados de óbito originais, nos quais a morte materna foi efetivamente declarada pelo médico; - Impõe cuidados na aplicação de fator de correção, pois em algumas regiões os dados obtidos diretamente do sistema de informação sobre mortalidade podem já estar corrigidos por investigação sistemática dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva; - Fechamento do banco de dados do SIM.
Fonte	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de óbitos maternos de residentes no Distrito Federal no período determinado. **DENOMINADOR:** Número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e período. **MULTIPLICADOR:** 100.000
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.

Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Razão.
Parâmetro	DF, 2022: 28,07.
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Regiões de saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/ARAS SEAS/SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Manter a razão de mortalidade materna do Distrito Federal abaixo de 30 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	30	30	30	30

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 124832862 -Ata reunião para validação da ficha) (id. 129318507- Ficha validada em reunião (p. 8), conforme ciências ao despacho id. 130699348))

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 4. Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.

Indicador 19. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.

Indicador 19. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador tem como objetivo mensurar e monitorar os novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e contribuir para análise da qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e durante o parto. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, consequentemente, a sífilis congênita. Sífilis congênita é consequência da infecção do feto pelo Treponema pallidum, por via placentária. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença, com probabilidades de 50% a 100% na sífilis primária e secundária, 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis latente tardia. É possível transmissão direta no canal do parto. Ocorrendo a transmissão da sífilis congênita, cerca de 40 % dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal. Quando as manifestações clínicas se apresentam logo após o nascimento ou pelo menos durante os primeiros 2 anos é denominada de sífilis congênita precoce. Após esse período é denominada de sífilis congênita tardia.
Usos	O indicador contribui para: - Avaliar e orientar 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	Está sujeita às condições técnico-operacionais do sistema de saúde em cada área geográfica para a detecção, notificação, investigação e confirmação laboratorial de casos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade. Considerando as dificuldades de diagnóstico da sífilis congênita, casos oligossintomáticos e com sorologia não reagente podem ser sub-representados. 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. Segundo Carderno de Diretrizes e Indicadores 2013-2015 do Ministério da Saúde a razão nº de casos novos de sífilis congenita/1000 NV, tendo como base em 2024 o total de 232 casos novos, e assim sucessivamente. O registro inadequado da informação no prontuário eletrônico acerca do tratamento materno pode influenciar a notificação de casos de sífilis congência, em especial em abortos, natimortos e nascidos vivos com VDRL não reagente.

	As crianças nascidas de gestantes que são submetidas ao tratamento adequado para sífilis podem ser acompanhadas até os 18 meses de vida, ou seja, o resultado do indicador pode ser atualizado ao longo do tempo. O funcionamento dos Comitês Regionais de Investigação de Transmissão Vertical pode impactar o processo de atualização dos casos notificados, ou seja, o funcionamento inadequado dos comitês pode causar a superestimação dos casos notificados de sífilis congênita.
Fonte	SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
Metodologia de Cálculo	**Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.**
Descritivo da Metodologia de Cálculo	Este indicador avalia o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano. Serão computados os casos novos de sífilis congênita em menores de um ano, cuja UF de residência é o Distrito Federal/DF. Os casos não residentes dos DF não serão contabilizados.
Método de Apuração	Extração dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), utilizando o Tabwin para tabulação. Para o numerador serão tabulados no Tabwin os casos de sífilis congênita em menores de um ano e residentes no Distrito Federal. Para o denominador serão tabulados os nascidos vivos no mesmo período, com UF de residência DF. Por fim, o indicador será calculado dividindo-se, no Excel, o numerador pelo denominador e multiplicando por 1000. Há procedimento operacional padrão estabelecido pela área técnica para a extração e análise dos dados.
Critérios para a Apuração	São considerados apenas os casos novos de sífilis congênita notificados no Sinan e residentes no DF.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número Absoluto
Parâmetro	DF, 2022 (atualizado): 314. Nota: cabe destacar que o valor apresentado no RAG 2022 foi de 414 casos. Entretanto, após a publicação da Portaria SES nº 503 que estabelece os Comitês Regionais de Investigação da Transmissão Vertical e que, ao longo do ano de 2023 realizou a investigação dos casos de 2022 e 2023, este valor foi atualizado para 314 casos.
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico pelo Indicador	SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GASF SEAS/SVS/DIVEP/GEVIST
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Reduzir 25% ao ano o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.
Meta de Avaliação (Anual)	**Ano** / **2024** / **2025** / **2026** / **2027** **Meta Anual** / 310 / 232 / 174 / 130

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 124832862 -Ata reunião para validação da ficha) (id. 129318507 - Ficha validada em reunião (p. 11), conforme ciências ao despacho id.130657380)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 4. Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.

Indicador 20. Volume (litros) de leite humano doado aos Bancos de Leite Humano do DF.

Indicador 20. Volume (litros) de leite humano doado aos Bancos de Leite Humano do DF.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O leite humano recebido pelos bancos de leite da SES-DF é pasteurizado e ofertado para crianças internadas em unidades neonatais da rede SES-DF. O Leite Humano é o melhor alimento que qualquer criança pode receber. Algumas por motivos de serem prematuras, de baixo peso ou hospitalizadas em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal, não podem ser amamentados por suas mães e necessitam de aporte de leite humano pasteurizado. Quanto maior o volume maior será o número de crianças internadas beneficiadas.
Usos	Avaliar a capacidade de captação de doadoras. Avaliar a proporção entre estoque e demanda de leite materno nos BLH. Avaliar ações de promoção e incentivo da amamentação e doação de leite materno realizadas durante o pré-natal.
Limitações	Possíveis falhas na alimentação da informação no sistema. Não registra a necessidade de leite humano doado para suprir todas as prescrições na rede SES.
Fonte	Sistema de Produção da Rede de Banco de Leite Humano. Link: http://www.redeblh.fiocruz.br
Metodologia de Cálculo	**Somatório dos números de litros de leite recebidos nos BLH do DF.**
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número Absoluto (n)
Parâmetro	18.353,4 litros (DF, 2022).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/ARAS.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Aumentar o volume de leite humano doado aos Bancos de Leite Humano do DF para 21.000 litros em 2027

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**

Meta de Avaliação (Anual)	**Meta Anual** 19.400 20.000 20.500 21.000
Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 124832862 -Ata reunião para validação da ficha) (id. 129318507 - Ficha validada em reunião (p. 13), conforme ciências ao despacho id. 130699348)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 4. Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.

Indicador 21. Percentual de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.

Indicador 21. Percentual de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador monitora a tendência da gravidez de adolescentes no Distrito Federal com o objetivo de nortear as ações de saúde na Atenção Primária à Saúde, Escolas (Programa Saúde na Escola) e maternidades no território. Entende-se por gravidez na adolescência a ocorrência de gestação em mulheres na faixa etária entre 10 a 19 anos. Portanto, apresenta o percentual de mulheres de 10 a 19 anos de idade que tiveram filhos em relação ao número total de partos, de determinado período/localidade. A gestação na adolescência é um fenômeno que pode estar relacionado com a probabilidade de violações aos direitos da adolescente, evasão escolar, comprometimento de seu desenvolvimento pessoal e social. Além disso, a idade materna pode estar associada a condições de risco o que pode implicar diretamente nos desfechos maternos e neonatais; por essa razão, o ideal é que esse percentual de mães adolescentes seja baixo e, se possível, decrescente.
Usos	O indicador possibilita: - Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da distribuição dos nascidos vivos de mães adolescentes nas Regiões de Saúde; - Contribuir na avaliação dos níveis de saúde infantil e dos fatores socioeconômicos e culturais que intervêm na ocorrência da gravidez; - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.
Limitações	- O indicador reflete o percentual de gravidez na adolescência da região de saúde não sendo possível, portanto avaliar separadamente as distintas realidades socioeconômicas e de vulnerabilidade existentes numa mesma região, além de não refletir as desigualdades e especificidades territoriais. Desta forma, é esperado que as Regiões de Saúde possam organizar as ofertas em saúde considerando como norte as áreas com maior vulnerabilidade de forma a garantir o principio da equidade. Recomenda-se análise adicional local do percentual por RA para elaboração de ações direcionadas; - Este indicador não inclui a gravidez que não resultou em nascimento; - Tempo de fechamento do SINASC: 18 meses.
Fonte	SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos)

Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** número de nascidos vivos de mães residentes de 10 a 19 anos, residentes em determinado local e período. **DENOMINADOR:** número total de nascidos vivos de mães residentes, em determinado local e período. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	8,31% (DF, 2022)
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GASF
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Reduzir para 5,93% a gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	7,35%	6,87%	6,40%	5,93 %

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 124832862 -Ata reunião para validação da ficha) (id. 129318507 - Ficha validada em reunião (p.28), conforme ciências ao despacho (id. 130657380)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 4. Reduzir o adoecimento e mortes por causas evitáveis em mulheres em idade fértil, gestante e crianças.

Indicador 22. Percentual de parto normal no SUS e na saúde suplementar.

Indicador 22. Percentual de parto normal no SUS e na saúde suplementar.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador mede o percentual de partos normais (vaginal) em relação ao total dos partos ocorridos nos serviços do SUS e rede suplementar, entre os residentes no DF.
Usos	O indicador permite: - Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais; - Analisar variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; - Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado; - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança.
Limitações	- O indicador mostra somente o percentual de partos normais em relação ao total de partos ocorridos, não mostra os tipos de indicações para partos cirúrgicos, nem o número de cirúrgicos que poderiam ter sido normais; - Tempo de fechamento do SINASC: 18 meses.
Fonte	SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR**: Número de nascidos vivos por parto normal de mães residentes no ano corrente de nascidos vivos de todos os tipos de partos ocorridos no mesmo período. **MULTIPLICADOR**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (n).
Parâmetro	44% (DF, 2022).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COASIS/DIENF/GEON

	SEAS/SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Aumentar para 48% o total de parto normal no SUS e na saúde suplementar até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	45%	46%	47%	48%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 124832862 -Ata reunião para validação da ficha) (id. 151598595- Ficha alterada (p. 3) conforme solicitado no Despacho 150609287. E conforme ciência da área ao despacho 151598120.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 5. Reduzir as mortes prematuras por complicações de doenças respiratórias, cardiovasculares, câncer e diabetes.

Indicador 23. 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.

Indicador 23. 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.	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador faz relação entre o número de exames de mamografia de rastreamento realizadas e pagas 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 nº13, 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 mamógrafo 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 para a população alvo; - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.
Limitações	O SISCAN não permite a extração de relatórios. O indicador refere-se apenas à população que realiza a mamografia no SUS. O TABNET é atualizado mensalmente no 15° dia 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. Cabe ressaltar que 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. Os filtros a serem utilizados no site

	TABNET/DATASUS (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?siscan/mamografia_atenddf.def) são: Linha: “unidade de saúde”; Coluna: “mês/ano competência”; Medidas: “exames”; Ano: “2024”; Faixa etária: “50 a 69 anos”; Indicação clínica: “mamografia de rastreamento.
Fonte	SISCAN - Sistama de Informação do Câncer; Projeção populacional IPEDF.
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de mamografias realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento. DENOMINADOR: População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano/2. Procedimento considerado: 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Razão.
Parâmetro	0,05 (DF, 2022).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Macrorregião | Região de Saúde | Região Administrativa.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/ASCCAN SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GASF SEAS/SAIS/CATES/DUAEC/GEDIAG *Obs: As informações de responsabildade da ASCCAN deverão ser preenchidas no espaço referente ao encaminhamento, conforme Despacho nº 151413185 (18/09/2024)
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Ampliar as ações da saúde da mulher melhorando o acesso aos exames de mamografia na razão de 0,22 até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	0,16	0,18	0,20	0,22

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 e 00060-00246501/2024-01.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 5. Reduzir as mortes prematuras por complicações de doenças respiratórias, cardiovasculares, câncer e diabetes.

Indicador 23.1. 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.

Indicador 23.1. 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.	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador faz relação entre o número de exames de mamografia de rastreamento realizadas e pagas 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 nº13, 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 mamógrafo 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 para a população alvo; - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.
Limitações	O SISCAN não permite a extração de relatórios. O indicador refere-se apenas à população que realiza a mamografia no SUS. O TABNET é atualizado mensalmente no 15° dia 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.

	Cabe ressaltar que 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. Os filtros a serem utilizados no site TABNET/DATASUS (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?siscan/mamografia_atenddf.def) são: Linha:
	"unidade de saúde"; Coluna: "mês/ano competência"; Medidas: "exames"; Ano: "2024"; Faixa etária: "50 a 69 anos"; Indicação clínica: "mamografia de rastreamento.
Fonte	TABNET/DATASUS/MS-SISCAN: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?siscanmamografia_atenddf.def Filtros a serem utilizados no site: Linha: "unidade de saúde"; Coluna: "mês/ano competência"; Medidas: "exames"; Períodos Disponíveis: "2024"; Faixa etária: "50 a 69 anos"; Indicação clínica: "Mamografia de rastreamento. Projeção populacional IPEDF.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de mamografias realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento. **DENOMINADOR:** População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano/2. Procedimento considerado: *0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento.*
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Razão.
Parâmetro	0,05 (DF, 2022)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Sim.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/ASCCAN SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GASF SEAS/SAIS/CATES/DUAEC/GEDIAG **Obs: As informações de responsabildade da ASCCAN deverão ser preenchidas no espaço referente ao encaminhamento, conforme Despacho nº 151413185 (18/09/2024)*
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP

<table>
<tr><td>Descrição da Meta</td><td>Ampliar as ações da saúde da mulher melhorando o acesso aos exames de mamografia na razão de 0,23 até 2027.</td></tr>
<tr><td>Meta de Avaliação (Anual)</td><td>
<table>
<tr><th>Ano</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th></tr>
<tr><td>Meta Anual</td><td>0,16</td><td>0,18</td><td>0,20</td><td>0,23</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Alterações</td><td>Pactuação: 00060-00213508/2023-57 (id. 146958891)
Repactuação: 00060-00416017/2024-47 (id. 164898966 e id.165013382) Revisão: 00060-00246501/2024-01 (Reunião ONCO 360)
Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99</td></tr>
</table>

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 5. Reduzir as mortes prematuras por complicações de doenças respiratórias, cardiovasculares, câncer e diabetes.

Indicador 24. 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.

Indicador 24. 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.	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador faz relação entre o número de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolau) realizados e pagos pelo SUS em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária, em três anos, no Distrito Federal. Portanto, expressa a produção de exames realizados a partir da capacidade instalada 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 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, 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 permite a extração de relatórios. - O indicador refere-se apenas à população que realiza o exame citopatológico no SUS. - O TABNET é atualizado mensalmente no 15° dia do mês. - O numerador inclui exames realizados e não mulheres examinadas, podendo ser contabilizado mais de uma vez, a mesma mulher que tenha realizado mais de um exame citopatológico no período de três anos.
Fonte	SISCAN - Sistama de Informação do Câncer; SIA/SUS - Sistema de informação ambulatorial do SUS (SIA-SUS); Projeção populacional IPEDF.
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, por município de residência 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.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Razão.
Parâmetro	0,22 (2023).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Macrorregião | Região de Saúde | Região Administrativa.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/ASCCAN SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GASF SEAS/SAIS/CATES/DUAEC/GEDIAG
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP *Obs: As informações de responsabildade da ASCCAN deverão ser preenchidas no espaço referente ao encaminhamento, conforme Despacho nº 151413185 (18/09/2024)
Descrição da Meta	Ampliar as ações da saúde da mulher melhorando o acesso aos exames de citopatologia na razão de 0,24.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	0,18	0,20	0,22	0,24

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 e 00060-00246501/2024-01.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 5. Reduzir as mortes prematuras por complicações de doenças respiratórias, cardiovasculares, câncer e diabetes.

Indicador 24.1.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.

Indicador 24.1.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.	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
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). Por isso, este indicador expressa a realização de um exame a cada três anos, segundo as Diretrizes Nacionais.
Usos	O indicador contribui para: - 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, 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 permite a extração de relatórios. - O indicador refere-se apenas à população que realiza o exame citopatológico no SUS. - O TABNET é atualizado mensalmente no 15° dia do mês. - O numerador inclui exames realizados e não mulheres examinadas, podendo ser contabilizado mais de uma vez, a mesma mulher que tenha realizado mais de um exame citopatológico no período de três anos.
Fonte	SISCAN - Sistema de Informação do Câncer; SIA/SUS - Sistema de informação ambulatorial do SUS (SIA-SUS); Projeção populacional IPEDF.
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, por município de residência 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.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Razão.
Parâmetro	0,22 (2023).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/ASCCAN SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GASF SEAS/SAIS/CATES/DUAEC/GEDIAG *Obs: As informações de responsabilidade da ASCCAN deverão ser preenchidas no espaço referente ao encaminhamento, conforme Despacho nº 151413185 (18/09/2024).
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	**Ampliar as ações da saúde da mulher melhorando o acesso aos exames de citopatologia na razão de 0,26 até 2027.**
Meta de Avaliação (Anual)	**Ano** / **2024** / **2025** / **2026** / **2027** **Meta Anual** / 0,18 / 0,22 / 0,24 / 0,26
Alterações	Pactuação: 00060-00213508/2023-57 (id. 132473369) Repactuação: 00060-00416017/2024-47 (id. 164898966 e id.165013382) Revisão: 00060-00246501/2024-01 (Reunião ONCO 360) Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 5. Reduzir as mortes prematuras por complicações de doenças respiratórias, cardiovasculares, câncer e diabetes.

Indicador 25.Taxa de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações.

Indicador 25.Taxa de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador exprime o percentual de casos de internações hospitalares por Diabetes Mellitus e suas complicações pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco da ocorrência de casos que motivaram internação hospitalar, e dimensiona sua magnitude como problema de saúde pública. Observa-se que taxas de internações mais elevadas para determinada causa sugere correlações com os contextos econômicos e sociais. A ocorrência dessa doença está relacionada à exposição a fatores de risco e determinantes da morbidade específica, que varia por faixa etária e sexo.
Usos	O indicador possibilita: - Apresentar o reflexo das condições de acesso aos serviços hospitalares que por sua vez guarda relação com a oferta desses serviços no SUS. E expressa, parcialmente, o quadro nosológico da população residente para a causa considerada - Revelar o resultado das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de riscos, do diagnóstico e tratamento precoces - Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição das taxas de internações hospitalares, por Diabetes Mellitus, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos - Contribuir na realização de análises comparativas da necessidade e concentração de recursos - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, ações de prevenção e da assistência na Atenção Primária.
Limitações	A oferta de serviços reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento de internações hospitalares adotados no âmbito do SUS; Não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, as quais podem concentrar atendimento em determinadas especialidades assistenciais, influenciando o padrão de atendimento no SUS; O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de internação registrada; Falhas na codificação da causa de internação podem interferir nos resultados do indicador e exigem cautela na interpretação; A ocorrência eventual de múltiplas internações por pessoa em uma área e período considerado pode superestimar o valor do indicador; As taxas de incidência não padronizadas por idade estão sujeitas à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas e para períodos distintos; Há diferenças importantes na ocorrência das causas selecionadas de morbidade por sexo em uma faixa etária definida. Portanto, recomenda-se que a análise deste indicador seja feita levando-se em conta estas variáveis. (essa parte provavelmente vai no campo de limitações)
Fonte	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Projeção da População IPEDF.

Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de internações hospitalares por diabetes, de residentes na região, faturáveis pelo SUS, por CID selecionados. **DENOMINADOR:** Projeção populacional de residentes na região do ano anterior. **MULTIPLICADOR:** 10.000 **CID-10 considerados:** Com coma ou cetoacidose: E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0,E12.1;E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; Com complicações renais, oftálmicas, neurológicas, múltiplas, outras e não especificadas: E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 aE12.8;E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; Sem complicações específicas: E10.9, E11.9; E12.9; E13.9; E14.9.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Taxa (por 10.000 habitantes).
Parâmetro	5,25 (DF, 2022)
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GASF
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Reduzir em 5% ao ano a taxa de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	4,99	4,74	4,50	4,28

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 124832862 -Ata reunião para validação da ficha) (id. 129318507 - Ficha validada em reunião (p. 26).

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 5. Reduzir as mortes prematuras por complicações de doenças respiratórias, cardiovasculares, câncer e diabetes.

Indicador 26. Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações.

Indicador 26. Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador exprime o percentual de casos de internações hospitalares por doenças hipertensivas, em maiores de 18 anos, pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco da ocorrência de casos que motivaram internação hospitalar, e dimensiona sua magnitude como problema de saúde pública. Observa-se que taxas de internações mais elevadas para determinada causa sugere correlações com os contextos econômicos e sociais. A ocorrência dessa doença está relacionada à exposição a fatores de risco e determinantes da morbidade específica, que varia por faixa etária e sexo.
Usos	O indicador possibilita: - Apresentar o reflexo das condições de acesso aos serviços hospitalares que por sua vez guarda relação com a oferta desses serviços no SUS. E expressa, parcialmente, o quadro nosológico da população residente para a causa considerada; Revelar o resultado das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de riscos, do diagnóstico e tratamento precoces; - Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição das taxas de internações hospitalares, por Diabetes Mellitus, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; - Contribuir na realização de análises comparativas da necessidade e concentração de recursos; - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, ações de prevenção e da assistência na Atenção Primária.
Limitações	A oferta de serviços reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento de internações hospitalares adotados no âmbito do SUS; Não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, as quais podem concentrar atendimento em determinadas especialidades assistenciais, influenciando o padrão de atendimento no SUS; O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de internação registrada; Falhas na codificação da causa de internação podem interferir nos resultados do indicador e exigem cautela na interpretação; A ocorrência eventual de múltiplas internações por pessoa em uma área e período considerado pode superestimar o valor do indicador; As taxas de incidência não padronizadas por idade estão sujeitas à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas e para períodos distintos; Há diferenças importantes na ocorrência das causas selecionadas de morbidade por sexo em uma faixa etária definida. Portanto, recomenda-se que a análise deste indicador seja feita levando-se em conta estas variáveis.
Fonte	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Projeção da População IPEDF.

Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de internações hospitalares por doenças hipertensivas considerando a faixa etária de 18 anos ou mais de residentes do Distrito Federal, faturáveis pelo SUS, por CID selecionados. **DENOMINADOR**: Projeção populacionais 18 anos e mais residente no ano anterior. **MULTIPLICADOR:** 10.000 CID-10 considerados: Hipertensão essencial: I10; Doença cardíaca hipertensiva: I11; I11.9.
Periodicidade de Monitoramento	Bimestral. Quadrimestral no SESPLAN
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Taxa (por 10.000 habitantes com 18 anos ou mais)
Parâmetro	2,33 (DF, 2022)
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COAPS/DESF/GASF
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Reduzir 11% ao ano a taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações em maiores de 18 anos.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	1,91	1,70	1,52	1,35

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 124832862 -Ata reunião para validação da ficha) (id. 129318507 - Ficha validada em reunião (p. 29))

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 6. Organizar a rede de atenção às pessoas em situação de violência, promovendo atenção integral.

Indicador 27. Taxa de notificação de violência do DF

Indicador 27. Taxa de notificação de violência do DF.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
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 casos de violência.
Fonte	NUMERADOR: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). DENOMINADOR: Projeção Populacional da IPEDF.
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.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Taxa (por 100.000 hab).
Parâmetro	DF, 2022: 341,15.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SVS/GVDANT/NEPAV SEAS/SAIS/ARAS.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GEMAP

<table>
<tr><th>Descrição da Meta</th><td>Aumentar a taxa de notificação de violências para 12,5% ao ano, no Distrito Federal, até 2027.</td></tr>
<tr><th rowspan="2">Meta de Avaliação (Anual)</th><td>
<table>
<tr><th>Ano</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th></tr>
<tr><th>Meta Anual</th><td>432</td><td>486</td><td>546</td><td>615</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><th>Alterações</th><td>Processo SEI: 00060-00567633/2023-84.
(id. 127628731 – Ficha indicador)
Alterações: 00060-00213392/2023-56
(id. 113885903 – Sugestão nova meta do indicador)
(id. 129323849 – Ficha validada (p. 31) conforme ciência ao despacho id. 130263343)</td></tr>
</table>

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 7. Ampliar e Fortalecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Indicador 28.Percentual de modalidades (subespecialidades) referentes as especialidades sob o escopo da Saúde Funcional reguladas no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária – Policlínicas, das Superintendências das Regiões de Saúde do DF.

Indicador 28.Percentual de modalidades (subespecialidades) referentes as especialidades sob o escopo da Saúde Funcional reguladas no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária – Policlínicas, das Superintendências das Regiões de Saúde do DF.	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador demonstra o percentual de modalidades (subespecialidades) relativas às especialidades sob atribuições gerenciais da Saúde Funcional no âmbito da SES, disponibilizadas pelas Policlínicas (ambulatórios de Saúde Funcional) nas Regiões Administrativas de Saúde/Superintendências das Regiões de Saúde, reguladas em panorama I e III. O processo de regulação das especialidades em questão iniciou no segundo semestre/2021. Majoritariamente, o acesso ocorre em Panorama I. No entanto, condições clínicas menos prevalentes da fisioterapia foram reguladas em Panorama III. Atendendo à preconização do Centro Regulador do DF (CRDF), a Gerência de Serviços de Saúde Funcional (GESSF) prevê regulação, em Panorama III, de Serviços escassos da fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia. Contudo, diálogo mais aprofundado com os serviços são necessários para que o processo seja efetivado. Outrossim, situação similar é vivenciada no HMIB, HUB e IGES. Descompasso organizacional modular entre os envolvidos carece de discussões adicionais para equacionar divergências. Por esse motivo, sugere-se que as consultas de acesso ambulatorial a esses locais não sejam incluídas, inicialmente, no escopo de monitoramento.
Usos	Oportunizar e qualificar o acesso a atenção ambulatorial secundária (Consulta/Admissão) atinente à Saúde Funcional na SES-DF, com transparência e de maneira equânime.
Limitações	A realização das consultas de admissão (acesso) depende: - Da oferta de vagas pelos serviços, nos Estabelecimentos de Saúde (Policlínicas); - Da manutenção das atividades programadas e pactuadas com a Gestão Central, pelos serviços executores nas Regiões de Saúde.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação – SISREGIII
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** modalidades de atendimento de atividades da saúde funcional nos pontos de atenção, regulados pelo CRDF. **DENOMINADOR:** modalidades de atendimento de atividades da saúde funcional nos pontos de atenção. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	73% (DF, março/2023)

Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde | Estabelecimento de Saúde (Policlínicas)
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COASIS/DASIS/GESSF
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Regular 95% do acesso às modalidades (subespecialidades) referentes ao campo de atuação da saúde funcional, nos pontos de atenção da Rede SESDF, até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	75%	80%	85%	95%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 7. Ampliar e Fortalecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Indicador 28.1. Percentual de subespecialidades das especialidades sob o escopo da Saúde Funcional reguladas no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária nas Superintendências das Regiões de Saúde e das Unidades de Referência Distrital do DF.

Indicador 28.1. Percentual de subespecialidades das especialidades sob o escopo da Saúde Funcional reguladas no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária nas Superintendências das Regiões de Saúde e das Unidades de Referência Distrital do DF.	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador demonstra o percentual de subespecialidades das especialidades sob atribuições gerenciais da Saúde Funcional no âmbito da SES, disponibilizadas pelos Ambulatórios de Saúde Funcional nas Regiões Administrativas de Saúde/Superintendências das Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distritais, reguladas em panorama I e III. O processo de regulação das especialidades em questão iniciou no segundo semestre/2021. Majoritariamente, o acesso ocorre em Panorama I. No entanto, condições clínicas menos prevalentes da fisioterapia foram reguladas em Panorama III. Em atendimento ao preconizado pelo Complexo Regulador do DF (CRDF), a Gerência de Serviços de Saúde Funcional (GESSF) prevê regulação, em Panorama III, de Serviços escassos da fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia. Contudo, diálogo mais aprofundado com os serviços são necessários para que o processo seja efetivado. Outrossim, situação similar é vivenciada HUB e IGES. Descompasso organizacional modular entre os envolvidos carece de discussões adicionais para equacionar divergências. Por esse motivo, sugere-se que as consultas de acesso ambulatorial a esses locais não sejam incluídas, inicialmente, no escopo de monitoramento.
Usos	Oportunizar e qualificar o acesso a atenção ambulatorial secundária (Consulta/Admissão) atinente à Saúde Funcional na SES-DF, com transparência e de maneira equânime.
Limitações	A realização das consultas de admissão (acesso) depende: - Da oferta de vagas pelos serviços, nos Estabelecimentos de Saúde (Policlínicas); - Da manutenção das atividade programadas e pactuadas com a Gestão Central, pelos serviços executores nas Regiões de Saúde.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação – SISREGIII
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: subespecialidades da saúde funcional nos pontos de atenção que estão regulados (panoramas 1 e 3), por especialidade. DENOMINADOR: subespecialidades da saúde funcional nos pontos de atenção, por especialidade. MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	73% (DF, março/2023)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.

Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde | Estabelecimento de Saúde (Policlínicas)
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COASIS/DASIS/GESSF
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	**Regular 95% do acesso às subespecialidades da saúde funcional, de cada especialidade, nos pontos de atenção da Rede SESDF, até 2027.**
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2025	2026	2027
Meta Anual	80%	85%	95%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 Revisão 2025: 00060-00416017/2024-47 (id. 155477863 e id. 155907023) Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada
Objetivo 7. Ampliar e Fortalecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Indicador 28.2. Percentual de subespecialidades das especialidades sob o escopo da Saúde Funcional reguladas no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária nas Superintendências das Regiões de Saúde e das Unidades de Referência Distrital do DF*.

Indicador 28.2. Percentual de subespecialidades das especialidades sob o escopo da Saúde Funcional reguladas no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária nas Superintendências das Regiões de Saúde e das Unidades de Referência Distrital do DF*.	
Vigência	☐2024 ☐2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador demonstra o percentual de subespecialidades das especialidades sob atribuições gerenciais da Saúde Funcional no âmbito da SES, disponibilizadas pelos Ambulatórios de Saúde Funcional nas Regiões Administrativas de Saúde/Superintendências das Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distritais, reguladas em panorama I e III. O processo de regulação das especialidades em questão iniciou no segundo semestre/2021. Majoritariamente, o acesso ocorre em Panorama I. No entanto, condições clínicas menos prevalentes da fisioterapia foram reguladas em Panorama III. Em atendimento ao preconizado pelo Complexo Regulador do DF (CRDF), a Gerência de Serviços de Saúde Funcional (GESSF) prevê regulação, em Panorama III, de Serviços escassos da fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia. Contudo, diálogo mais aprofundado com os serviços são necessários para que o processo seja efetivado. Outrossim, situação similar é vivenciada HUB e IGES. Descompasso organizacional modular entre os envolvidos carece de discussões adicionais para equacionar divergências. Por esse motivo, sugere-se que as consultas de acesso ambulatorial a esses locais não sejam incluídas, inicialmente, no escopo de monitoramento.
Usos	Oportunizar e qualificar o acesso a atenção ambulatorial secundária (Consulta/Admissão) atinente à Saúde Funcional na SES-DF, com transparência e de maneira equânime.
Limitações	A realização das consultas de admissão (acesso) depende: - Da oferta de vagas pelos serviços, nos Estabelecimentos de Saúde (Policlínicas); - Da manutenção das atividade programadas e pactuadas com a Gestão Central, pelos serviços executores nas Regiões de Saúde.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação – SISREGIII
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: subespecialidades da saúde funcional nos pontos de atenção que estão regulados (panoramas 1 e 3), por especialidade. DENOMINADOR: subespecialidades da saúde funcional nos pontos de atenção, por especialidade. MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual

Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	73% (DF, março/2023)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde | Estabelecimento de Saúde (Policlínicas)
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COASIS/DASIS/GESSF
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	**Regular 100% do acesso às subespecialidades da saúde funcional, de cada especialidade, nos pontos de atenção da Rede SESDF, até 2027.**
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2025	2026	2027
Meta Anual	n/a	100 %	100%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 Revisão 2025: 00060-00416017/2024-47 (id. 155477863 e id. 155907023) Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99 Revisão 2026 solicitada pela área: 00060-00540155/2025-27- 188466493 Ficha de Cadastro do Indicador - Vigência 2026 - Saúde funcional (190734414)

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada.
Objetivo 7. Ampliar e Fortalecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Indicador 29. Percentual de vagas reguladas para reabilitação em Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista nos Centros Especializados de Reabilitação - CER II habilitados

Indicador 29. Percentual de vagas reguladas para reabilitação em Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista nos Centros Especializados de Reabilitação - CER II habilitados.	
Vigência	■ 2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	Indicador que monitora o quantitativo de vagas disponíveis nos CER II para reabilitação de portadores de deficiência intelectual e transtorno do espectro autista.
Usos	Retratar a quantidade de vagas de acesso para reabilitação em deficiência intelectual e transtorno do espectro autista em relação ao quantitativo total de vagas oferecidas para reabilitação, no intuito de promover a ampliação do número de vagas reguladas ofertadas.
Limitações	Depende do envio da disponibilidade de vagas pelos CERII.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação – SISREGIII
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número total de vagas reguladas para o acesso à reabilitação em Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista nos CER II no ano vigente. **DENOMINADOR:** Número total de vagas reguladas para o acesso à reabilitação no CER II da SES-DF no ano vigente. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Indicador novo.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	CER II
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/ARAS SEAS/SAIS/ARAS/GCD-RCPD
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Aumentar em 25% o número de vagas ofertadas para Reabilitação Intelectual Infantil e Transtorno do Espectro Autista até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027

	Meta Anual	5%	10%	15%	25%
Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57				

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 2. Redes de Atenção à Saúde - Fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência do Distrito Federal a fim de promover o cuidado integral e contínuo da população, de forma Regionalizada.
Objetivo 7. Ampliar e Fortalecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Indicador 29.1. Percentual de vagas de acesso aos Centros Especializados de Reabilitação - CER II habilitados no DF, reguladas para "consulta em reabilitação intelectual - adulto" e "consulta em reabilitação intelectual - infantil"

Indicador 29.1. Percentual de vagas de acesso aos Centros Especializados de Reabilitação - CER II habilitados no DF, reguladas para "consulta em reabilitação intelectual - adulto" e "consulta em reabilitação intelectual - infantil"	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Monitora o quantitativo de vagas de acesso (consulta em reabilitação intelectual - adulto e infantil) aos CER II para pessoas com deficiência intelectual e transtorno do espectro autista, em cada um dos serviços habilitados (CER II Taguatinga, CER II HAB e CER II CEAL).
Usos	Retrata o percentual de vagas de acesso para "consulta em reabilitação intelectual - adulto" e "consulta em reabilitação intelectual - infantil" em relação ao quantitativo total de vagas oferecidas para reabilitação pelos CER II.
Limitações	Requer a disponibilidade de vagas para os procedimentos "consulta em reabilitação intelectual - adulto" e "consulta em reabilitação intelectual - infantil" pelos CER II.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação – SISREGIII
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR**: Número total de vagas reguladas para "consulta em reabilitação intelectual - adulto" e "consulta em reabilitação intelectual - infantil" em cada CER II no ano vigente **DENOMINADOR**: Número total de vagas reguladas para o acesso à consulta em reabilitação física - adulto; consulta em reabilitação física - infantil; consulta em reabilitação intelectual - adulto; consulta em reabilitação intelectual - infantil; saúde auditiva em cada CER II da SES-DF, no ano vigente. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Indicador novo.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.

Estratificação	CER II
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/ARAS SEAS/SAIS/ARAS/GCD-RCPD
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	**Ofertar para Reabilitação Intelectual Adulto e Infantil 35% do total de vagas do serviço até 2027.**
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026
Meta Anual	25%	30%	35%

Alterações	Processo SEI Pactuação original: 00060-00213508/2023-57 (1ª Proposta - id. 129318507; 2ª Proposta – id.155377893) Revisão: 00060-00416017/2024-47 Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 8. Reduzir o adoecimento e mortes por doenças imunopreveníveis e por arboviroses.

Indicador 30. Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (pentavalente – 3ª dose, poliomielite – 3ª dose, pneumocócica 10-valente – 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral – 1ª dose) com coberturas vacinais preconizadas.

Indicador 30. Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (pentavalente – 3ª dose, poliomielite – 3ª dose, pneumocócica 10-valente – 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral – 1ª dose) com coberturas vacinais preconizadas.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador evidencia se as vacinas que integram o Calendário Básico de Vacinação da Criança possuem cobertura de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Imunização (PNI). As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e/ou avançar em relação à situação atual: - A vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por Haemophilus influenzae tipo B e hepatite B; - A vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil; - A vacina poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; - A vacina tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.
Usos	O indicador possibilita: - Monitorar a porcentagem de crianças menores de 2 anos vacinadas; - Analisar a situação de saúde de cada Região do Distrito Federal; - Planejar ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde.
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende do lançamento das doses aplicadas no e-SUS AB e no SI-PNI e a migração desses dados para o SI-PNI.
Fonte	- Sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI); - Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR**: Número de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação que atingiram a cobertura preconizada pelo PNI. **DENOMINADOR**: Total de vacinas selecionadas. **MULTIPLICADOR:** 100 **Vacina Pentavalente:** NUMERADOR: Número de terceiras doses aplicadas em < 1 ano. DENOMINADOR: População de nascidos vivos do SINASC < 1 ano.

	MULTIPLICADOR: 100 **Vacina contra a Poliomielite**: NUMERADOR: Número de terceiras doses aplicadas em < 1 ano. DENOMINADOR: População de nascidos vivos do SINASC <1 ano. MULTIPLICADOR: 100 **Vacina Pneumocócica Conjugada:** NUMERADOR: Número de segundas doses aplicadas em < 1 ano. DENOMINADOR: População de nascidos vivos do SINASC < 1 ano. MULTIPLICADOR: 100 **Vacina Tríplice Viral:** NUMERADOR: Número de primeiras doses aplicadas em crianças de 1 ano a menores de 2 anos (1 ano 11 meses e 29 dias). . DENOMINADOR: População de nascidos vivos do SINASC de 1 ano de idade a menor de 2 anos de idade (1 ano 11 meses e 29 dias). MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	DF,2022: 0%.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GRF
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Ter 100% das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade (pentavalente – 3ª dose, poliomielite inativada – 3ª dose, pneumocócica 10-valente – 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral – 1ª dose) com coberturas vacinais de no mínimo 95%, no ano corrente.

Meta de Avaliação (Anual)	**Ano**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
	Meta Anual	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56 (id. 111841278 - Permanência meta e indicador para ciclo 2024-2027) (id. 129323849 – Ficha validada (p.29) conforme ciência ao despacho id.130263343).

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 8. Reduzir o adoecimento e mortes por doenças imunopreveníveis e por arboviroses

Indicador 31. Taxa de incidência mensal de dengue na população do DF.

Indicador 31. Taxa de incidência mensal de dengue na população do DF.	
Vigência	■2024 ■2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador mensura a taxa de incidência de dengue por meio do coeficiente do número de casos novos prováveis de dengue, por 100 mil habitantes, na população residente do Distrito Federal, por Regiões de Saúde e períodos de quatro semanas consecutivas. A intensidade do coeficiente tem como parâmetros os intervalos de incidência por quatro semanas, utilizados pelo Programa Nacional de Controle da Dengue do Brasil: - Baixa incidência (até 100 casos por 100 mil hab.); - Média incidência (101 a 299 casos por 100 mil hab.); - Alta incidência (300 casos ou mais por 100 mil hab.).
Usos	O indicador possibilita: - Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos prováveis de dengue, como parte do conjunto de ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da doença; - Contribuir para a avaliação e orientação das medidas de controle vetorial do Aedes aegypti proporcionando a hierarquização das localidades segundo a intensidade de transmissão; - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle de doenças de transmissão vetorial; - Contribuir para o provisionamento de recursos humanos, insumos terapêuticos e diagnósticos segundo o impacto na demanda de pacientes nos serviços de saúde.
Limitações	- Incluem a instabilidade nas condições técnico-operacionais do sistema de Vigilância Epidemiológica, em cada área geográfica, em especial o registro eletrônico das notificações e investigações. - O diagnóstico diferencial, tanto na fase clínica inicial como em toda a história natural da dengue, pode ser afetada pela existência de outras doenças com elevada incidência na população do Distrito Federal como àquelas agrupadas na síndrome gripal e enteropatias febris agudas; - A formatação dos sistemas eletrônicos comprometem a análise de localidades segundo os territórios adstritos às Unidades Básicas de Saúde.
Fonte	SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação). Projeção Populacional da IPEDF.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de casos prováveis de dengue em residentes no Distrito Federal nas 4 ultimas semanas epidemiológicas **DENOMINADOR:** População total residente no Distrito Federal do período considerado **MULTIPLICADOR:** 100.000
Periodicidade de Monitoramento	Mensal.

Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Numérica (por 100 mil habitantes).
Parâmetro	De 224,18 (semanas 13 a 16) a 232,33 (semanas 17 a 20).
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GVDT SEAS/SAIS/COAPS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Manter a Taxa de Incidência Mensal de Dengue menor que 300 por 100.000 habitantes na população do DF até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	<table><tr><th>Ano</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th></tr><tr><td>**Meta Anual**</td><td>Manter a taxa mensal <300</td><td>Manter a taxa mensal <300</td><td>Manter a taxa mensal <300</td><td>Manter a taxa mensal <300</td></tr></table> Nota[1]: a meta anual será alcançada apenas se a taxa de incidência for mantida menor que 300 casos em todos os 12 meses.
Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56. (id. 129323849- Ficha validada (p. 6), conforme ciências aos despachos id. 130263343 e id. 130526009). Obs.: Para o PPA 2024-2027, a apuração anual do indicador será realizada calculando-se a incidência da dengue para o período de 12 meses.

Indicador 31.1. Controle da taxa de incidência de dengue na população do Distrito Federal *.

Indicador 31.1. Controle da taxa de incidência de dengue na população do Distrito Federal *.	
Vigência	☐ 2024 ☐ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	O indicador mensura a manutenção sustentada da taxa de incidência de dengue (por 100 mil habitantes) por semana epidemiológica, abaixo do limite superior de um diagrama de controle calculado com base em dados dos sete anos anteriores ao ano de apuração, na população residente no Distrito Federal.
Usos	- Monitorar a estabilidade da incidência de casos prováveis de dengue na população do DF, permitindo identificar aumentos sustentados de incidência acima do esperado historicamente. - Contribuir para a avaliação e orientação das medidas de controle vetorial proporcionando a hierarquização das localidades segundo a intensidade de transmissão. - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle da dengue. - Contribuir para o provisionamento de recursos humanos, insumos terapêuticos e diagnósticos segundo o impacto na demanda de pacientes nos serviços de saúde.
Limitações	- Dependência da qualidade dos dados de notificação, principalmente subnotificação e atrasos. - Utiliza como um dos parâmetros o número de casos prováveis de dengue, os quais irão incluir casos que poderão vir a ser descartados em um período de até 60 dias após a notificação. - Não pode ser calculado em tempo real, deve permitir um período de duas semanas epidemiológicas para contemplar o atraso na inserção das notificações no SINAN. As notificações devem ser inseridas no SINAN em até 7 dias.
Fonte	- SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) *Online*. - Projeção (estimativa) Populacional do IPEDF para o Distrito Federal.
Metodologia de Cálculo	- Para cada semana epidemiológica do ano corrente será calculada a taxa de incidência de dengue a partir da seguinte fórmula: - NUMERADOR: Número de casos prováveis de dengue em residentes no Distrito Federal com início de sintomas na respectiva semana epidemiológica de interesse. - DENOMINADOR: População total residente no Distrito Federal no período considerado. - MULTIPLICADOR: 100.000
Descritivo da Metodologia de Cálculo	- Será estruturado um diagrama de controle para determinação do limite superior da taxa de incidência de dengue para cada semana epidemiológica dos últimos sete anos da série histórica, conforme NOTA TÉCNICA Nº 1/2023-CGARB/DEIDT/SVS/MS.
Método de Apuração	- Será realizada a apuração a cada 4 semanas epidemiológicas considerando o número de casos de dengue prováveis em residentes no Distrito Federal com início de sintomas em cada semana epidemiológica. Para o cálculo da taxa de incidência de dengue, deve-se considerar o período de 2 semanas epidemiológicas após a semana de interesse. Por exemplo: o cálculo de incidência para a semana 10 deverá ser realizado a partir da semana 13, para permitir com segurança o atraso na inserção de notificações no SINAN.

Ano	Taxa de incidência de dengue por semana epidemiológica																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	...	52
2019[1]																									
2020[1]																									
2021[1]																									
2022[1]																									

2023[1]

2024[1]

2025[1]

Limite superior[2] da taxa de incidência do diagrama de controle
Apuração da taxa de incidência do ano corrente[3]

Nota[1]: Para cada ano deverá ser registrada a taxa de incidência observado para cada uma das semanas epidemiológicas.
Nota[2]: Deverá ser identificado o limite superior da taxa de incidência observado nos últimos sete anos para cada semana epidemiológica, devendo ser registrado na linha de *"limite superior do diagrama de controle"*.
Nota[3]: Deverá ser registrado para cada semana epidemiológica a taxa de incidência de dengue do ano corrente.

- Para a avaliação do alcance da meta, a taxa de incidência de dengue do ano corrente deverá ser comparada, semana a semana, com o limite superior do diagrama de controle da série histórica dos últimos sete anos.

Critérios para a Apuração

- Por ser uma doença endêmica, será utilizado o diagrama de controle da taxa de incidência da dengue por semana epidemiológica para avaliar o cenário epidêmico da doença.
- Para o monitoramento quadrimestral deverá ser apresentado quadro ou gráfico com o limite superior do diagrama de controle da taxa de incidência de dengue da série histórica dos útlimos sete anos e com a taxa de incidência apurada para cada semana epidemiológica do quadrimestre de interesse.
- Para a avaliação anual deverá ser apresentado quadro ou gráfico com o limite superior do diagrama de controle da taxa de incidência de dengue da série histórica dos útlimos sete anos e com a taxa de incidência apurada para o ano corrente, para cada semana epidemiológica.
- Independentemente da periodicidade de monitoramento e de avaliação, caso a taxa de incidência da dengue observada para o ano corrente ultrapasse de forma sustentada o limite superior da série histórica por mais de 4 semanas consecutivas, a meta anual será considerada como não alcançada.

Periodicidade de Monitoramento

Quadrimestral.

Periodicidade de Avaliação

Anual.

Unidade de Medida

Taxa (por 100 mil habitantes).

Parâmetro

Em função das características sazonais da doença, foi estabelecido um parâmetro de referência para cada semana epidemiológica da série histórica dos últimos 7 anos.

Meta	Série histórica[1]	Semanas epidemiológicas do diagrama de controle da taxa de incidência de dengue																									
	Semanas 1-26	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
2026	Limite superior da taxa de incidência do diagrama de controle da série histórica de 2019 a 2025	23	25	29	37	43	51	49	55	66	82	92	108	123	123	124	151	135	107	101	97	86	61	47	37	31	23
	Semanas 27-52	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48[2]	49[2]	50[2]	51[2]	52[2]
	Limite superior da taxa de incidência	19	15	12	11	10	10	10	11	12	13	13	12	11	11	8	11	8	9	14	13	18	-	-	-	-	-

	do diagrama de controle da série histórica de 2019 a 2025																										
2027	Limite superior do diagrama de controle[3] da série histórica de 2020 a 2026	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota[1]: Para cada ano da meta de interesse deverá ser utilizada uma série histórica dos últimos sete anos com o limite superior do diagrama de controle da taxa de incidência de dengue para cada uma das semanas epidemiológicas.
Nota[2]: O diagrama de controle que servirá de referência para a avaliação da meta de 2026 ainda não está completo, uma vez que os dados de 2025 para as semanas epidemiológicas de 48 a 52 ainda não estão disponíveis.
Nota[3]: O diagrama de controle que servirá de referência para a avaliação da meta de 2027 ainda não está completo, uma vez que ainda não foram apurados os dados das últimas semanas epidemiológicas de 2025 e do ano de 2026.

Polaridade	Menor-melhor.
Acumulativo Anual	Não se aplica. O resultado observado para a taxa de incidência de dengue deverá ser apurado para cada semana epidemiológica.
Acumulativo para Pactuação	Não se aplica. O resultado observado para um determinado ano não é resultado da soma dos resultados apurados nos anos anteriores.
Estratificação	Não se aplica. O resultado será apresentado para o Distrito Federal.
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GVDT SEAS/SAIS/COAPS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Manter a taxa de incidência de dengue, a cada 4 semanas epidemiológicas consecutivas, abaixo do limite superior do diagrama de controle dos últimos 7 anos, até 2027.

Meta de Avaliação (Anual)

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	-	-	≤ 4 semanas; Não ultrapassar, de forma sustentada, por mais de 4 semanas consecutivas, o limite superior do diagrama de controle dos últimos sete anos (2019 a 2025)	≤ 4 semanas Não ultrapassar, de forma sustentada, por mais de 4 semanas consecutivas, o limite superior do diagrama de controle dos últimos sete anos (2020 a 2026)

A meta será alcançada se a taxa de incidência de dengue não ultrapassar, de forma sustentada, por mais de 4 semanas consecutivas, o limite superior do diagrama de controle dos últimos sete anos.

Histórico de Pactuação do Indicador	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56. Revisão para 2026: SEI 00060-00213392/2023-56; Ficha do Indicador 190732395; Despacho de aprovação (xxxxxx).

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência.
Objetivo 8. Reduzir o adoecimento e mortes por doenças imunopreveníveis e por arboviroses.

Indicador 32. Percentual de monitorização de vetores de arbovirose por armadilhas ovitrampas.

Indicador 32. Percentual de monitorização de vetores de arbovirose por armadilhas ovitrampas.	
Vigência	■2024 ■2025 ☐2026 ☐ 2027
Conceituação	O indicador mensura a cobertura espacial alcançada na área urbana de armadilhas de ovitrampas. Esta é uma estratégia que permite o monitoramento contínuo da infestação de vetores das arboviroses Dengue, Chinkungya e Zika Virus, nas regiões administrativas do Distrito Federal. Sua mensuração é importante para fomentar a construção do planejamento estratégico frente as arboviroses apresentadas. Segundo a NOTA TÉCNICA Nº 33/2022- CGARB/DEIDT/SVS/MS, são necessárias 12 armadilhas por quilômetro quadrado por área habitada urbana, o equivalente a 1 armadilha a cada 300 metros, para que a iniciativa seja eficaz.
Usos	- Contribuir para a avaliação das medidas de controle das arboviroses Dengue, Chinkungya e Zika Virus proporcionando a hierarquização das localidades segundo a intensidade de transmissão. - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle de doenças de transmissão vetorial.
Limitações	Utilização de planilha interna de monitoramento.
Fonte	Base de dados GEVAC/DIVAL (Planilhas Internas).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Quantidade de ovitrampas instaladas. **DENOMINADOR:** Quantidade de ovitrampas programadas para o DF. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	DF, 2022: 25%.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVAL/GEVAC
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Ampliar de 25% para 80% o monitoramento entomológico por meio de ovitrampas em áreas urbanas.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027

Meta Anual	25%	50%	65%	80%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56 (id. 129323849- Ficha validada (p. 16), conforme ciências ao despacho id. 130260555)

Indicador 32.1 .Percentual de monitoramento de vetores de arboviroses por armadilhas ovitrampas*.

Indicador 32.1 .Percentual de monitoramento de vetores de arboviroses por armadilhas ovitrampas*.	
Vigência	□ 2024 □ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	O indicador mensura o percentual de monitoramento das armadilhas ovitrampas instaladas em área urbana. Esta é uma estratégia que possibilita o monitoramento contínuo da infestação de vetores das arboviroses Dengue, Chikungunya e Zika Vírus, nas regiões administrativas do Distrito Federal. A avaliação da frequência de monitoramento é importante para avaliar se as ovitrampas estão efetivamente sendo instaladas e tendo o seu material coletado e analisado em tempo oportuno. Para que o monitoramento de vetores seja útil no planejamento de ações de saúde, devem ser observados os critérios de distribuição de ovitrampas estabelecidos na Nota Técnica Nº 3/2025 -CGARB/DEIDT/SVSA/MS, que recomenda que a distribuição das armadilhas no território seja realizada em um raio de 300 ou 400 metros de distância entre uma e outra, dependendo da capacidade operacional local.
Usos	Contribuir para a avaliação das medidas de controle das arboviroses Dengue, Chikungunya e Zika Vírus. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle de doenças de transmissão vetorial. Avaliar se a frequência de análise de material coletado das ovitrampas está sendo realizada semanalmente, conforme a rotina definida pela unidade.
Limitações	A periodicidade semanal estabelecida para a coleta e análise de material das ovitrampas pode ser impactada pela disponibilidade de pessoal qualificado para a instalação das armadilhas ovitrampas, coleta e análise do material. Em função do processo de mapeamento do território, poderá haver variabilidade ao longo do tempo da quantidade teórica de ovitrampas a serem instaladas em todo o território do Distrito Federal.
Fonte	Base de dados SES/SEAS/SVS/DIVAL/GEVAC (Planilhas Internas). Sistema Conta Ovos (sistema desenvolvido pela Fiocruz).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de monitoramentos das armadilhas ovitrampas realizados em tempo oportuno. **DENOMINADOR:** Quantidade teórica de ovitrampas a serem instaladas em todo o território do Distrito Federal (5.356 ovitrampas – Nota Técnica Nº3/2025-CGARB/DEIDT/SVSA/MS) multiplicado pelo número de semanas existentes no ano de interesse (aproximadamente 52 semanas). **MULTIPLICADOR:** 100
Descritivo da Metodologia de Cálculo	Para o cálculo do numerador será considerado o "número de monitoramentos das armadilhas ovitrampas realizados em tempo oportuno", ou seja, refere-se ao número de vezes em que cada ovitrampa foi instalada e teve o seu material coletado para análise dentro do intervalo de uma semana. Para o cálculo do denominador será considerada a quantidade teórica de ovitrampas a serem instaladas em todo o território do Distrito Federal e deve ser calculada a partir do mapeamento do território, de acordo com os critérios da Nota Técnica Nº3/2025-CGARB/DEIDT/SVSA/MS que recomenda que a distribuição das armadilhas no território seja realizada em um raio de 300 ou 400 metros de distância entre uma e outra. Por meio de técnicas de geoprocessamento, foi estimada a quantidade teórica de ovitrampas para cada região administrativa, totalizando 5.356 armadilhas. Para as regiões administrativas Park Way, SIA, Jardim Botânico, Plano Piloto, Sobradinho II e Vicente Pires o distanciamento entre as ovitrampas foi estimado considerando um raio de 400 metros, considerando questões operacionais, enquanto que para as demais RAs foi considerado um raio de 300 metros. O "número de semanas existentes no ano de interesse" deverá ser multiplicado ao "número de monitoramentos das armadilhas ovitrampas realizados em tempo oportuno" pois cada uma das armadilhas deverá idealmente ser monitorada uma vez por semana ao longo do ano de interesse. Conforme rotina de trabalho da unidade responsável, as armadilhas ovitrampas deverão permanecer nos imóveis por tempo indeterminado e receberão visitas semanais para manutenção das ovitrampas e recolhimento dos ovos dos mosquitos.

Método de Apuração	A apuração será realizada através de um script elaborado no software R que gera um boletim automatizado com os dados das planilhas oriundas do Sistema Conta Ovos. Além disso, foi elaborado um Procedimento Operacional Padrão que descreve todo o procedimento desde a coleta dos dados até a criação do boletim informativo.
Critérios para a Apuração	**Apuração mensal:** será considerado o número de monitoramentos das armadilhas ovitrampas realizados no mês de interesse. **Apuração quadrimestral:** será considerado o número de monitoramentos das armadilhas ovitrampas realizados no quadrimestre de interesse. **Apuração anual:** será considerado o número de monitoramentos das armadilhas ovitrampas realizados para o período de 12 meses do ano de interesse.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	O percentual de monitoramento alcançada em 2024 foi de 12% (considerando o denominador de "497.484", produto da multiplicação da "quantidade teórica de ovitrampas a serem instaladas em todo o território do Distrito Federal (9.567 ovitrampas)" pelo "número de semanas do ano de 2024 (52 semanas)", parâmetro válido para a época, conforme a Nota Técnica Nº 33/2022-CGARB/DEIDT/SVS/MS). Em 2025 foi publicada nova Nota Técnica (Nº 3/2025-CGARB/DEIDT/SVSA/MS) que alterou os parâmetros de distribuição das armadilhas no território e, por esta razão, a quantidade teórica de ovitrampas a serem instaladas em todo o território do Distrito Federal foi alterada de 9.567 para 5.356.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim. O número de monitoramentos realizados será acumulativo ao longo do ano e refere-se ao número de vezes que cada ovitrampa será instalada e terá o seu material coletado para análise.
Acumulativo para Pactuação (no quadriênio)	Não. O resultado apurado para um determinado ano não será o somatório do resultado apurado para o ano anterior.
Estratificação	Além do dado apresentado para o Distrito Federal, os dados serão apresentados por Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVAL/GEVAC
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Ampliar para 80% o percentual de monitoramento de vetores de arboviroses por armadilhas ovitrampas.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	n/a	n/a	65%	80%
Detalhamento	n/a	n/a	Será necessário ter 3.462 ovitrampas sendo monitoradas semanalmente ao longo do ano para se obter um percentual de monitoramento de 65%.	Será necessário ter 4.285 ovitrampas sendo monitoradas semanalmente ao longo do ano para se obter uma percentual de monitoramento de 80%.

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56 (id. 129323849 - Ficha validada p. 16, conforme ciências ao Despacho id. 130260555). Revisão do indicador para a vigência 2026: 00060-00213392/2023-56 (id.).

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 8. Reduzir o adoecimento e mortes por doenças imunopreveníveis e por arboviroses

Indicador 33. Percentual de amostras coletadas por semana nas unidades sentinela de Síndrome Gripal no Distrito Federal.

Indicador 33. Percentual de amostras coletadas por semana nas unidades sentinela de Síndrome Gripal no Distrito Federal.	
Vigência	■2024 ■2025 □2026 □2027
Conceituação	O Ministério da Saúde, por meio de suas áreas técnicas e rede laboratorial, juntamente com as vigilâncias em saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, sistematicamente realiza a vigilância epidemiológica e laboratorial, principalmante dos vírus influenza e SARS-CoV-2 e monitora as ações de prevenção e controle. São realizadas coletas de 10 amostras/semana em cada unidade sentinela de síndrome gripal (SG) por região de saúde. Unidades sentinelas por Região de Saúde: • CENTRAL: UBS 02 Asa Norte, HMIB e Hospital Brasilia; • CENTRO SUL: UPA Núcleo Bandeirante; • OESTE: UPA I Ceilândia; • SUL: UBS 1 Santa Maria; • LESTE: UBS 1 São Sebastião; • NORTE: UBS 5 de Planaltina; • SUDOESTE: UBS 11 e UBS 12 de Samambaia O objetivo da estratégia de vigilância sentinela é monitorar casos de síndrome gripal (SG) por vírus respiratórios de importância em saúde pública, em unidades de saúde selecionadas (intituladas unidades sentinelas), para que sirvam como um alerta precoce ao sistema de vigilância. Esta informação produzida é subsídio essencial para a elaboração da fórmula do imunobiológico que será ofertado pelo Ministério da Saúde no ano seguinte. As unidades sentinelas são definidas por características relacionadas ao volume de atendimento, existência de laboratório na unidade e critérios epidemiológicos e que por ser uma vigilância sentinela, preconiza-se a coleta de amostras clínicas de nasofaringe, para realização do diagnóstico (RT-PCR) com registro dos resultados dos diagnósticos laboratoriais inseridos no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe); O Lacen-DF realiza o painel viral ampliado das amostras coletadas nas unidades sentinelas, o que possibilita um melhor monitoramento dos vírus respiratórios circulantes causadores de síndrome gripal no Distrito Federal; Os relatórios epidemiológicos dos dados das unidades sentinelas de SG são muito oportunos para sinalizar início de sazonalidade, epidemias e surtos pelos vírus respiratórios de importância em saúde pública, fortalecendo os gestores na tomada de decisão, para organização da rede de assistência à saúde; O Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por meio da Deliberação nº 27 de 23 de agosto de 2023, aprovou, por consenso, as Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal e que as mesmas cumpram a meta pactuada no Plano Distrital de Saúde (PDS) Quadriênio 2024-2027 (DODF nº 161, de 24 de agosto de 2023). Atualmente o Ministério da Saúde recomenda a coleta de até 20 amostras/semana/unidade sentinela. O indicador é classificado de acordo com o número de coletas semanais: • Excelente (10 a 20); • Muito bom (7 a 9);

	• Bom (4 a 6); • Baixo (1 a 3); • Sem informação (0).
Usos	Monitorar o perfil epidemiológico e a circulação dos vírus respiratórios no Distrito Federal e contribuir com a composição da vacina contra influenza.
Limitações	Número heterogêneo de coletas entre as unidades sentinelas. O número de unidades ativas pode variar, sendo excluída ou incluída nova unidade. O alcance deste indicador depende do profissional que atende o paciente com Síndrome Gripal de coletar o material (swab nasofaringe). Algumas unidades apresentam maior empenho em realizar as coletas.
Fonte	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de amostras coletadas no DF no período (nº coletas/unidade/semana). **DENOMINADOR**: Número esperado de amostras coletadas para DF no período (nº coletas esperadas/unidade/semana). **MULTIPLICADOR:** 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	DF, 2022: 60,6%.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GEVITHA
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Alcançar 100% do parâmetro de coletas estabelecido pelo MS como “excelente” nas unidades sentinela de Síndrome Gripal no DF até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	70%	80%	90%	100%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56 (id. 129323849- Ficha validada (p. 22), conforme ciência ao despacho id.130263343.

Indicador 33.1. Percentual de unidades sentinelas de síndrome gripal com 10 ou mais[1] amostras coletadas semanalmente no Distrito Federal*.

Indicador 33.1. Percentual de unidades sentinelas de síndrome gripal com 10 ou mais[1] amostras coletadas semanalmente no Distrito Federal*.	
Vigência	☐ 2024 ☐ 2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O Ministério da Saúde, por meio de suas áreas técnicas (Nota Técnica Nº 13/2023-CGVDI/DIMU/SVSA/MS) e rede laboratorial, juntamente com as vigilâncias em saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, sistematicamente realiza a vigilância epidemiológica e laboratorial, principalmante dos vírus influenza e SARS-CoV-2 e monitora as ações de prevenção e controle. No Distrito Federal é preconizada a coleta de 10 amostras/semana em cada unidade sentinela de síndrome gripal (SG). Unidades sentinelas por Região de Saúde: • CENTRAL: UBS 02 Asa Norte, HMIB e Hospital Brasilia; • CENTRO SUL: UPA Núcleo Bandeirante; • OESTE: UPA I Ceilândia; • SUL: UBS 1 Santa Maria; • LESTE: UBS 1 São Sebastião; • NORTE: UBS 5 de Planaltina; • SUDOESTE: UBS 11 e UBS 12 de Samambaia O objetivo da estratégia de vigilância sentinela é monitorar casos de síndrome gripal (SG) por vírus respiratórios de importância em saúde pública, em unidades de saúde selecionadas (intituladas unidades sentinelas), para que sirvam como um alerta precoce ao sistema de vigilância. Esta informação produzida é subsídio essencial para a elaboração da fórmula do imunobiológico que será ofertado pelo Ministério da Saúde no ano seguinte. As unidades sentinelas são definidas por características relacionadas ao volume de atendimento, existência de laboratório na unidade e critérios epidemiológicos e que por ser uma vigilância sentinela, preconiza-se a coleta de amostras clínicas de nasofaringe, para realização do diagnóstico (RT-PCR) com registro dos resultados dos diagnósticos laboratoriais inseridos no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe). O Lacen-DF realiza o painel viral ampliado das amostras coletadas nas unidades sentinelas, o que possibilita um melhor monitoramento dos vírus respiratórios circulantes causadores de síndrome gripal no Distrito Federal. Os relatórios epidemiológicos dos dados das unidades sentinelas de SG são muito oportunos para sinalizar início de sazonalidade, epidemias e surtos pelos vírus respiratórios de importância em saúde pública, fortalecendo os gestores na tomada de decisão, para organização da rede de assistência à saúde. O Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por meio da Deliberação nº 27 de 23 de agosto de 2023, aprovou, por consenso, a relação das Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal, assim como as metas pactuadas no Plano Distrital de Saúde (PDS) para o quadriênio 2024-2027 (DODF nº 161, de 24 de agosto de 2023). Atualmente o Ministério da Saúde recomenda a coleta de até 20 amostras/semana/unidade sentinela. O indicador é classificado de acordo com o número de coletas semanais: • Excelente (10 a 20); • Muito bom (7 a 9); • Bom (4 a 6); • Baixo (1 a 3);

	• Sem informação (0). Nota[1]: A partir da publicação da Nota Técnica Nº 13/2023-CGVDI/DIMU/SVSA/MS, passa a ser recomendado a coleta de até vinta amostras semanais, em cada unidade sentinela de SG, conforme capacidade de resposta da vigilância epidemiológica e laboratorial local.
Usos	Monitorar o perfil epidemiológico e a circulação dos vírus respiratórios no Distrito Federal e contribuir com a composição da vacina contra influenza.
Limitações	Número heterogêneo de coletas entre as unidades sentinelas. O número de unidades ativas pode variar, sendo excluída ou incluída nova unidade. O alcance deste indicador depende do profissional que atende o paciente com Síndrome Gripal de coletar o material (swab nasofaringe). Algumas unidades apresentam maior empenho em realizar as coletas.
Fonte	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de unidades sentinelas de síndrome gripal com pelo menos 10 amostras coletadas para todas as semanas epidemiológicas no período avaliado. **DENOMINADOR**: 10 (Número de unidades sentinelas de síndrome gripal no Distrito Federal). **MULTIPLICADOR:** 100
Descritivo da Metodologia de Cálculo	Serão consideradas para o cálculo do numerador apenas as unidades que realizarem 10 ou mais coletas em todas as semanas epidemiológicas do período avaliado.
Método de Apuração	Serão contabilizadas as amostras coletadas em cada uma das 10 unidades sentinelas para cada uma das semanas epidemiológicas do período avaliado.

Unidades Sentinelas	Semanas Epidemiológicas																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	...	52
UBS 02 Asa Norte																									
Hospital Materno Infantil																									
Hospital Brasilia																									
UPA Núcleo Bandeirante																									
UPA I Ceilândia																									
UBS 1 Santa Maria																									
UBS 1 São Sebastião																									
UBS 5 de Planaltina																									
UBS 11 de Samambaia																									
UBS 12 de Samambaia																									

As semanas epidemiológicas de cada unidade sentinela deverão ter as suas amostras coletadas classificadas de acordo com a Nota Tècnica Nº 13/2023-CGVDI/DIMU/SVSA/MS:

Unidades Sentinelas	Número de semanas epidemiológicas com	Número de semanas epidemiológicas com	Número de semanas epidemiológicas com	Número de semanas epidemiológicas com 7 a 9 amostras coletadas	Número de semanas epidemiológicas com

	0 amostras coletadas ou sem informação	**1 a 3 amostras coletadas (baixo)**	**4 a 6 amostras coletadas (bom)**	**(muito bom)**	**10 ou mais amostras coletadas (excelente)**
UBS 02 Asa Norte Hospital Materno Infantil Hospital Brasilia UPA Núcleo Bandeirante UPA I Ceilândia UBS 1 Santa Maria UBS 1 São Sebastião UBS 5 de Planaltina UBS 11 de Samambaia UBS 12 de Samambaia					

Critérios para a Apuração	Serão consideradas para o cálculo do numerador do indicador apenas as unidades que realizarem 10 ou mais coletas em todas as semanas epidemiológicas do período avaliado.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	Indicador novo.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GEVITHA
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Alcançar 100% das unidades sentinela de síndrome gripal com 10 ou mais amostras coletadas semanalmente, até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026[1]**	**2027[2]**
Meta Anual	-	-	90%	100%

Nota[1]: a meta de 2026 será alcançada se 9 unidades sentinelas de síndrome gripal realizarem 10 ou mais coletas em todas as semanas epidemiológicas do ano.
Nota[2]: a meta de 2027 será alcançada se as 10 unidades sentinelas de síndrome gripal realizarem 10 ou mais coletas em todas as semanas epidemiológicas do ano.

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56 (id. 129323849- Ficha validada (p. 22), conforme ciência ao despacho id.130263343. Ficha de Cadastro do Indicador - Vigência 2026 - Síndrome gripal (190734511)

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 34. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 (cinco) anos.

Indicador 34. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 (cinco) anos.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador mede o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos. A AIDS em criança é definida pela evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por teste sorológico ou virológico, de acordo com idade atual da criança, somada ao diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de imunodeficiência e/ou pela contagem de linfócitos T CD4+ menor do que o esperado para a idade atual da criança.
Usos	O indicador possibilita o monitoramento da ocorrência de casos novos de AIDS na faixa etária de 0 a 4 anos, apresentando correlação para medição dos casos de transmissão vertical do HIV (proxy) na população residente no Distrito Federal, no ano corrente, como foco na qualidade dos serviços.
Limitações	Está sujeita às condições técnico-operacionais do sistema de saúde em cada área geográfica para a detecção, notificação, investigação e confirmação laboratorial de casos de AIDS em menores de 5 anos, além do atraso na notificação.
Fonte	Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).
Metodologia de Cálculo	**Somatório dos casos de AIDS em menores de 5 anos notificados no Distrito Federal, em determinado período.**
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Nº absoluto.
Parâmetro	DF, 2022: 1.
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Sim.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GEVIST
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Manter, anualmente, o número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos igual a zero.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	0	0	0	0

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56 (id. 129323849- Ficha validada (p. 3), conforme ciência ao despacho id. 130263343.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 35. Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

Indicador 35. Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador mede o percentual de curados entre os casos novos diagnosticados de seníase, de residentes no Distrito Federal, no período avaliado. Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à soa acometida pela Hanseníase, expressando a efetividade dos serviços, em assegurar desão ao tratamento até a alta. É um indicador de grande relevância, uma vez que a cura refletirá na redução dos focos contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse texto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que ram a gestão, restringindo o investimento em ações preventivas. Observa-se que os dados desse indicador são referentes ao ano anterior ao nitoramento, tendo em vista que o tratamento dos pacientes se prolonga por 6 a 12 ses, sendo 6 meses para os paucibacilares (podendo ser completado em até 9 meses) 2 meses para os multibacilares (podendo ser completado em até 18 meses).
Usos	O indicador possibilita: - Avaliar a efetividade dos esquemas de tratamento de Hanseníase; - Analisar a qualidade de assistência aos pacientes com Hanseníase; - Analisar variações geográficas e temporais no percentual de cura da Hanseníase; - Identificar situações de insuficiência que possam indicar a necessidade de estudos especiais e medidas de intervenção; - Contribuir para a avaliação operacional e de impacto do programa de prevenção e cura da Hanseníase, bem como para o delineamento de estratégias de melhorias; - Subsidiar processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e serviços públicos relativos à atenção e ao controle da Hanseníase.
Limitações	- Depende do grau de adesão do paciente ao tratamento; - Depende da efetividade da política de controle de qualidade dos medicamentos; - Depende da capacidade do serviço de saúde em acompanhar o paciente durante todo o período de tratamento até a sua alta por cura; - Encerramento de casos no SINAN, já que o resultado não se refere aos casos do ano vigente a análise e sim dos anos de coorte, podendo gerar interpretações equivocadas.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de casos novos de Hanseníase residentes e diagnosticados anos das coortes e curados até 31/12 do ano de avaliação. **DENOMINADOR:** Total de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local. **MULTIPLICADOR:** 100 ***Ano da coorte:** -Paucibacilar (PB) diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação. -Multibacilar (MB) diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação.
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	DF, 2022: 50,50%.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GVDT
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Aumentar em 10% ao ano a cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos das coortes até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	56%	62%	68%	75%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56. (id. 129323849- Ficha validada (p. 8), conforme ciência ao despacho id. 130263343)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 36.Coeficiente de detecção anual de hepatite B e C (por 100.000 habitantes)

Indicador 36.Coeficiente de detecção anual de hepatite B e C (por 100.000 habitantes)	
Vigência	■2024 ■2025 ☐ 2026 ☐ 2027
Conceituação	Mede a ocorrência de casos novos confirmados de Hepatite B e C notificados na população geral residente em um determinado local e período. A Hepatite B resulta da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB), transmitido por exposição percutânea (intravenosa, intramuscular, subcutânea e intradérmica) e das mucosas (líquidos corporais infectantes, como a saliva, o sêmen e as secreções vaginais) ou por transmissão vertical. Já a Hepatite C Decorre da infecção pelo vírus da hepatite C (VHC), transmitido por via parenteral, seja através de agulhas, seringas e outros materiais pérfuro-cortantes contaminados, seja pela transfusão de sangue ou hemoderivados contaminados ou através de procedimentos cirúrgicos ou odontológicos sem adequada biossegurança. Deve-se considerar também o risco de transmissão sexual e vertical.
Usos	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de hepatites C e B, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença. Contribuir para a orientação e avaliação das ações de atenção (controle, prevenção e tratamento) às hepatites B e C. Identificar situações que requeiram a realização de estudos especiais ou a adoção de medidas para ampliar o conhecimento sobre a situação epidemiológica das doença no país. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção às hepatites B e, C.
Limitações	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 de hepatite B e C e de outras hepatites virais.
Fonte	Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Projeção Populacional IPEDF.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de casos de hepatite B e C por ano de diagnóstico no Distrito Federal, em determinado período. **DENOMINADOR:** População total do DF, no mesmo período. **MULTIPLICADOR:** 100.000.
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Numérico (por 100.000 habitantes).
Parâmetro	DF, 2022: 4,2.
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.

Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GEVIST
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Reduzir para 2 o coeficiente de detecção anual de hepatite B e C até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	5	4	3	2

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56. (id. 129323849- Ficha validada (p. 10), conforme ciência ao despacho id. 130263343). Pedido de revisão: 00060-00188663/2025-90

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 36.1. Coeficiente de detecção anual de hepatite B (por 100.000 habitantes)*.

Indicador 36.1. Coeficiente de detecção anual de hepatite B (por 100.000 habitantes)*.	
Vigência	☐ 2024 ☐ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	Mede a ocorrência de casos novos confirmados de Hepatite B diagnosticados na população geral residente em um determinado local e período. A Hepatite B resulta da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB), transmitido por exposição percutânea (intravenosa, intramuscular, subcutânea e intradérmica) e das mucosas (líquidos corporais infectantes, como a saliva, o sêmen e as secreções vaginais) ou por transmissão vertical.
Usos	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de hepatites B, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença. - Contribuir para a orientação e avaliação das ações de atenção (controle, prevenção e tratamento) da hepatite B. - Identificar situações que requeiram a realização de estudos especiais ou a adoção de medidas para ampliar o conhecimento sobre a situação epidemiológica da doença no país. - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção à hepatite B.
Limitações	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 de hepatite B e de outras hepatites virais.
Fonte	Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Projeção Populacional IPEDF.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de casos confirmados de hepatite B por ano de diagnóstico, de residentes no Distrito Federal, em determinado período. **DENOMINADOR:** População total do DF, no mesmo período. **MULTIPLICADOR:** 100.000.

Descritivo da Metodologia de Cálculo	**Caso confirmado de hepatite B:** Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B a seguir: . HBsAg reagente . Anti-HBc IgM reagente . HBV-DNA detectável Ou menção de hepatite B em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada. **Ano de diagnóstico:** Ano da coleta da sorologia (campo 45 da ficha de notificação). Na ausência de informação nesse campo, utilizar ano dos primeiros sintomas (campo 07).
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Numérico (por 100.000 habitantes).
Parâmetro	DF, 2022: 3,2
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região Administrativa.
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GEVIST
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Reduzir para 2 o coeficiente de detecção anual de hepatite B até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	2,5	2,2	2,1	2

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56. (id. 129323849- Ficha validada (p. 10), conforme ciência ao despacho id. 130263343) Pedido de revisão: 00060-00188663/2025-90 Ficha de Cadastro do Indicador - Vigência 2026 - Hepatite B (190734559)

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 36.2. Coeficiente de detecção anual de hepatite C (por 100.000 habitantes)*

Indicador 36.2. Coeficiente de detecção anual de hepatite C (por 100.000 habitantes)*	
Vigência	☐ 2024 ☐ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	Mede a ocorrência de casos novos confirmados de Hepatite C diagnosticados na população geral residente em um determinado local e período. A Hepatite C decorre da infecção pelo vírus da hepatite C (VHC), transmitido por via parenteral, seja através de agulhas, seringas e outros materiais pérfuro-cortantes contaminados, seja pela transfusão de sangue ou hemoderivados contaminados ou através de procedimentos cirúrgicos ou odontológicos sem adequada biossegurança. Deve-se considerar também o risco de transmissão sexual e vertical.
Usos	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de hepatite C, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença. - Contribuir para a orientação e avaliação das ações de atenção (controle, prevenção e tratamento) da hepatite C. - Identificar situações que requeiram a realização de estudos especiais ou a adoção de medidas para ampliar o conhecimento sobre a situação epidemiológica da doença no país. - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção à hepatite C.
Limitações	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 de hepatite C e de outras hepatites virais.
Fonte	Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Projeção Populacional IPEDF.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de casos confirmados de hepatite C por ano de diagnóstico, de residentes no Distrito Federal, em determinado período. **DENOMINADOR:** População total do DF, no mesmo período. **MULTIPLICADOR:** 100.000
Descritivo da Metodologia de Cálculo	**Caso confirmado de hepatite C:** Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite C a seguir: . Anti-HCV reagente . HCV-RNA detectável Ou menção de hepatite C em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Numérico (por 100.000 habitantes).
Parâmetro	DF, 2022: 5,3
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região Administrativa.
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GEVIST.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Reduzir para 2 o coeficiente de detecção anual de hepatite C até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	5	4	3	2

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56. (id. 129323849- Ficha validada (p. 10), conforme ciência ao despacho id. 130263343) Pedido de revisão: 00060-00188663/2025-90 Ficha de Cadastro do Indicador - Vigência 2026 - Hepatite C (190734565)

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência.
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 37. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias).

Indicador 37. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias).	
Vigência	■2024 ■ 2025 ☐2026 ☐ 2027
Conceituação	O indicador registra o número de óbitos pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, pela população de indivíduos com idade entre 30 e 69 anos de idade, por 100.000 habitantes, residentes no DF, em determinado ano. Deste modo, estima a mortalidade prematura pelas DCNT. Observa-se que é esperado que um indivíduo venha a falecer por alguma das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) com o avançar da idade, uma vez que essas condições são crônicas e possuem grande período de latência. Entretanto, os óbitos estão acometendo indivíduos jovens, reduzindo a capacidade laboral e produtiva da sociedade.
Usos	O indicador contribui para: - Realização do diagnóstico situacional para a apreensão das tendências e distribuição das 4 principais DCNT, bem como de seus fatores de risco modificáveis e identificação dos condicionantes econômicos, sociais e ambientais; - Subsidiar o planejamento e a pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, refletindo a adequação das ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, diagnóstico oportuno e tratamento adequado.
Limitações	As limitações do indicador são: - Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas. - Como para este indicador o denominador trata da população de uma faixa etária específica, cabe um cuidado especial para a projeção utilizada nos anos intercensitários. Conforme se distancia do ano do censo, estas podem apresentar maior variação em relação às proporções observadas na ocasião do censo populacional.
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Projeção Populacional IPEDF.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Nº de óbitos por DCNT de residentes na faixa etária de 30 a 69 anos. **DENOMINADOR:** População residente na faixa etária de 30 a 69 anos. **MULTIPLICADOR:** 100.000.
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.

Unidade de Medida	Taxa.
Parâmetro	DF, 2022: 189,9
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/GVDANT SEAS/SAIS/ARAS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias) até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	147	144	141	138

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56. (id. 129323849- Ficha validada (p. 12), conforme ciência ao despacho id. 130263343 e id. 130496841) Pedido de ajuste de metas anuais: : 00060-00179693/2025-13 (id. 169610582)

Indicador 37.1 Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias)*.

Indicador 37.1 Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias)*.	
Vigência	☐2024 ☐ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	O indicador registra o número de óbitos pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, pela população de indivíduos com idade entre 30 e 69 anos de idade, por 100.000 habitantes, residentes no DF, em determinado ano. Deste modo, estima a mortalidade prematura pelas DCNT. Observa-se que é esperado que um indivíduo venha a falecer por alguma das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) com o avançar da idade, uma vez que essas condições são crônicas e possuem grande período de latência. Entretanto, os óbitos estão acometendo indivíduos jovens, reduzindo a capacidade laboral e produtiva da sociedade.
Usos	O indicador contribui para: - Realização do diagnóstico situacional para a apreensão das tendências e distribuição das 4 principais DCNT, bem como de seus fatores de risco modificáveis e identificação dos condicionantes econômicos, sociais e ambientais; - Subsidiar o planejamento e a pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, refletindo a adequação das ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, diagnóstico oportuno e tratamento adequado.
Limitações	As limitações do indicador são: - Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas. - Como para este indicador o denominador trata da população de uma faixa etária específica, cabe um cuidado especial para a projeção utilizada nos anos intercensitários. Conforme se distancia do ano do censo, estas podem apresentar maior variação em relação às proporções observadas na ocasião do censo populacional.
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Projeção Populacional IPEDF.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Nº de óbitos por DCNT de residentes na faixa etária de 30 a 69 anos. **DENOMINADOR:** População residente na faixa etária de 30 a 69 anos. **MULTIPLICADOR:** 100.000.
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Taxa.
Parâmetro	DF, 2022: 189,9
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.

Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de saúde
Responsável Técnico	SES/SVS/GVDANT SEAS/SAIS/ARAS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias) até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	181,6	177,6	173,7	169,9

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56. (id. 129323849- Ficha validada (p. 12), conforme ciência ao despacho id. 130263343 e id. 130496841) Pedido de ajuste de metas anuais: : 00060-00179693/2025-13 (id. 169610582) Ficha de Cadastro do Indicador - Vigência 2026 (190734674)

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 38. Percentual de hospitais com leito de UTI classificados como de Alta Conformidade na Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.

Indicador 38. Percentual de hospitais com leito de UTI classificados como de Alta Conformidade na Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Desde 2016, os hospitais (públicos e privados) que dispõem de leitos de Unidade de Terapia Intensiva participam anualmente da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente, que representa uma importante estratégia para a promoção da cultura da segurança, a gestão de riscos, o aprimoramento da qualidade e a aplicação das boas práticas em serviços de saúde preconizados pela RDC nº 63/2011 e pela RDC nº 36/2013. A Avaliação é promovida e coordenada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Na Avaliação são contemplados os temas: presença do Núcleo de Segurança do Paciente instituído nas unidades; Plano de Segurança do Paciente implantado; implantação dos Protocolos relativos as Metas Internacionais de Segurança do Paciente - incluindo Protocolos específicos para o controle de infecções, tais como o Protocolo de Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico; notificação de incidentes/eventos adversos; dentre outros temas importantes para avaliar a conformidade das práticas de segurança do paciente nas instituições avaliadas.
Usos	Definir e executar as medidas sanitárias cabíveis nos hospitais classificados como baixa ou média conformidade nas práticas de segurança do paciente, com vistas à adequação dos serviços à legislação sanitária vigente.
Limitações	Falha na adesão de hospitais na participação da Avaliação Nacional. Falha no sistema Limesurvey.
Fonte	Sistema Limesurvey, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** número de hospitais com leito de UTI no Distrito Federal classificados com alta conformidade na avaliação nacional das práticas de segurança do paciente. **DENOMINADOR:** número de hospitais com leito de UTI no Distrito Federal. **MULTIPLICADOR**: x 100
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	DF, 2022: 43,6%.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.

Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Por hospital com leito de UTI (públicos e privados).
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVISA/GRSS.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Alcançar 60% de hospitais com leitos de UTI do Distrito Federal classificados como de alta conformidade na Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	45%	50%	55%	60%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56. (id. 129323849- Ficha validada (p. 20), conforme ciência ao despacho id. 130311632)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 39.Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho.

Indicador 39.Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho.	
Vigência	■2024 ■2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador monitora o número de notificações por acidente de trabalho /agravos relacionados ao trabalho. Estudos apontam que há subnotificação dos casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho, portanto, o intuito de monitorar o indicador é fomentar o aumento do número de notificações. São agravos realcionados ao trabalho: - Acidente de Trabalho; - Acidente de Trabalho com Material Biológico; - Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho; - Câncer Relacionado ao Trabalho; - Dermatoses Ocupacionais; - 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. Destaca-se que trabalhador é definido como todo homem ou mulher que exerce atividade para sustento próprio e/ou a seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais e informais da economia.
Usos	Atuar 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).
Metodologia de Cálculo	**Somatório do número de notificações de acidentes de trabalho e agravos relacionados ao trabalho.**
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número Absoluto.
Parâmetro	DF, 2022: 4.772.
Polaridade	Maior-Melhor.

Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DISAT/CEREST.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	**Aumentar em 5% ao ano o número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho, até 2027.**
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	5.011	5.261	5.524	5.800

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56. (id. 129323849- Ficha validada (p. 14), conforme ciência ao despacho id. 130248194)

Indicador 39.1. Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho*.

Indicador 39.1. Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho*.	
Vigência	☐ 2024 ☐2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	O indicador monitora o número de notificações por doenças e agravos relacionados ao trabalho. Estudos apontam que há subnotificação dos casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho, portanto, o intuito de monitorar o indicador é fomentar o aumento do número de notificações. São de notificação compulsória os seguintes agravos relacionados ao trabalho (Portaria nº 508, edição nº 241, do Diário Oficial do Distrito Federal, página 41): – Acidente de Trabalho – Acidente de Trabalho com Material Biológico (ATMB) – 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 Destaca-se que trabalhador/a é definido como todo homem ou mulher que exerce atividade para sustento próprio e/ou a seus dependentes, “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” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).
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).
Metodologia de Cálculo	**Somatório do número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho.**
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número Absoluto
Parâmetro	Parâmetro (anterior): DF, 2022: 4.769 Parâmetro (atual): DF, 2024: 12.838 Série histórica: 2018: 1.728 2019: 1.898

	2020: 2.304 2021: 3.421 2022: 4.769 2023: 9.217 2024: 12.838
Polaridade	Maior - Melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DISAT/CEREST
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Aumentar em 5% ao ano o número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho, até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	**Ano** / **2024** / **2025** / **2026** / **2027** **Meta Anual** / - / - / 13.480 / 14.154
Alterações	Processo SEI: 00060-00259902/2025-01 (id. 180488413) Ficha de Cadastro do Indicador - Vigência 2026 - Notificações trab. (190734752)

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 40. Proporção da população de cães e gatos vacinados no DF.

Indicador 40. Proporção da população de cães e gatos vacinados no DF.	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	Número de vacinas aplicadas em cães e gatos do Distrito Federal que atingiram a cobertura vacinal preconizada pelo Programa Nacional Contra a Raiva do Ministério da Saúde no ano corrente.
Usos	Subsidiar o planejamento em saúde no controle da raiva.
Limitações	Fonte de dados limitada a controle por planilha interna. O denominador correto para o indicador, deveria ser o número total estimado de cães e gatos, porém, não existe censo estabelecido para realização dessa contagem, portanto, é utilizado o preconizado pela OMS, que se refere a 10% do total da população humana.
Fonte	- Planilha interna de monitoramento. - Projeção Populacional do Distrito Federal, IPEDF.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Numero de animais vacinados em determinado local e período. **DENOMINADOR:** 10% da população estimada no DF, no mesmo local e período.* **MULTIPLICADOR:** 100. * Estimativa da OMS de população de cães e gatos, representada como pelo quantitativo de 10% da população de humanos em determinado local e período.
Periodicidade de Monit0oramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	DF, 2022: 51%.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVAL/GVAZ

Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	**Aumentar para 80% a vacinação antirrábica da população estimada de cães e gatos do Distrito Federal até 2027.**
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	80%	80%	80%	80 %

Alterações	Processos SEI Pactuação: 00060-00213392/2023-56 Revisão: 00060-00417260/2024-82 (id. 153673308) Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 40.1. Proporção da população de cães e gatos vacinados no DF.

Indicador 40.1. Proporção da população de cães e gatos vacinados no DF.	
Vigência	☐2024 ■2025 ☐ 2026 ☐ 2027
Conceituação	Número de vacinas aplicadas em cães e gatos do Distrito Federal que atingiram a cobertura vacinal preconizada pelo Programa Nacional Contra a Raiva do Ministério da Saúde no ano corrente.
Usos	Subsidiar o planejamento em saúde no controle da raiva.
Limitações	Fonte de dados limitada a controle por planilha interna. O denominador correto para o indicador, deveria ser o número total estimado de cães e gatos, porém, não existe censo estabelecido para realização dessa contagem, portanto, é utilizado o preconizado pela OMS, que se refere a 10% do total da população humana.
Fonte	- Planilha interna de monitoramento. - Projeção Populacional do Distrito Federal, IPEDF.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Numero de animais vacinados em determinado local e período. **DENOMINADOR:** 10% da população estimada no DF, no mesmo local e período.* **MULTIPLICADOR:** 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	DF, 2022: 51%. DF, 2023: 39%
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região Administrativa.
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVAL/GVAZ
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Aumentar para 80% a vacinação antirrábica da população estimada de cães e gatos do Distrito Federal até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	55%	65%	80%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56 Nota[1]: o indicador teve sua meta revisada para 2025; SEI 00060-00417260/2024-82. Nota[2]: em função da inviabilidade de apurar os dados de vacinação realizada na rede privada, será proposta a exclusão do indicador para 2026.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 41. Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera.

Indicador 41. Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera.	
Vigência	■ 2024 ■ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	O indicador mensura o percentual de curados entre os casos novos diagnosticados de Tuberculose Pulmonar bacilífera, em residentes no Distrito Federal, no período avaliado. Representa o êxito no tratamento de Tuberculose, a consequente diminuição da transmissão da doença, além de refletir indiretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes. O tratamento diretamente observado (TDO) contribui para o aumento dos percentuais de cura dos casos de TB. Observa-se que proporções baixas de cura dos casos de TB permitem sinalizar os desafios e as dificuldades, seja no manejo da doença, seja na atualização periódica do SINAN dos casos de tuberculose.
Usos	O indicador possibilita: • Analisar variações no perfil epidemiológico, geográficos e temporais que interferem no percentual de cura de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. • Contribuir para a orientação e avaliação das ações de controle da tuberculose. • Subsidiar processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde relativos à atenção e ao controle da tuberculose. • O indicador avalia a efetividade do tratamento e contribui para a análise das ações de controle da doença.
Limitações	• Falta de regularidade na atualização das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). • Inconsistência dos dados em campos obrigatórios/essenciais (forma clínica, resultados da baciloscopia, cultura, teste rápido, situação de encerramento) comprometem a qualidade da análise dos indicadores da Vigilância da Tuberculose. • Está sujeito à restrição de uso sempre que a variável “situação de encerramento” apresenta elevada proporção de “ignorados/em branco”, o que mostra um desconhecimento do desfecho do tratamento, ou um grande volume de transferências SEM vinculação no sistema. • Encerramentos como “Óbito por outras causas” afetam o denominador e podem refletir no indicador.
Fonte	Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial que apresentaram situação de encerramento como cura no período avaliado, no DF. **DENOMINADOR**: Número total de casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial no período avaliado, no DF. **MULTIPLICADOR**: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.

Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	DF,2022: 36,41%.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GEVIST
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	**Aumentar em 10% ao ano a proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera.**
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	40%	44%	48%	53%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56 (id. 129323849- Ficha validada (p. 14), conforme ciência ao despacho id. 130263343)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 42. Proporção de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C, realizados na população igual ou maior a 15 anos.

Indicador 42. Proporção de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C, realizados na população igual ou maior a 15 anos.	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador tem como objetivo mensurar e monitorar a realização de testes rápidos (TR) para HIV, sífilis e hepatites B e C para a população igual ou maior de 15 anos, e contribuir para a análise da qualidade das ações de prevenção, uma vez que o HIV, sífilis e hepatites B e C podem ser diagnosticadas e tratadas oportunamente, interrompendo a cadeia de transmissão e reduzindo a probabilidade de transmissão vertical. Indica a realização de TR para HIV, sífilis e hepatites B e C para os usuários das unidades básicas de saúde.
Usos	Contribuir para a avaliação e para orientação das estratégias de prevenção e controle do HIV, sífilis, hepatites B e C. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle das infecções de transmissão sexual e vertical.
Limitações	Está sujeito à qualidade dos registros no PEC e-SUS e não considera os testes realizados em outros níveis de atenção.
Fonte	e-SUS (relatório de monitoramento de procedimentos: Infosaúde (Sala de Situação - Menu Gestor da Saúde - Atenção Primária - Procedimento realizados na APS: Cód. SIGTAP: 0214010058 - Teste rápido para HIV Cód. SIGTAP:0214010040 - Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro Cód. SIGTAP: 0214010090 - Teste rápido para Hepatite C Cód. SIGTAP: 0214010074 - Teste rápido para sífilis Cód. SIGTAP: 0214010082 - Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro Cód. SIGTAP: Teste rápido para detecção de infecção pelo HBV
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** nº de Testes Rápidos realizados para HIV, sífilis e hepatites B e C realizados na APS na população igual ou maior a 15 anos. **DENOMINADOR:**população igual ou maior a 15 anos. **MULTIPLICADOR:** 100.000
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Proporção (por 100.000 habitantes maiores de 15 anos)
Parâmetro	DF,2022: 6,4 testes rápidos realizados a cada 100.000 pessoas com idade igual ou maior de 15 anos.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim

Estratificação	APS APS (por meio dos relatórios e do Infosaúde é possível estratificar por equipe, por UBS, por Região Administrativa e por Região de Saúde)
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GEVIST
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Ampliar para 30 a realização de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C na população igual ou maior a 15 anos até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	17	21	26	30

Alterações	Processo SEI: Pactuação: 00060-00290673/2024-11 (id. 143129452) Revisão: 00060-00213392/2023-56 (id. 151550919) e 00060-00417260/2024-82 Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 42.1 Proporção de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C, realizados na população igual ou maior a 15 anos.

Indicador 42.1 Proporção de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C, realizados na população igual ou maior a 15 anos.	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador tem como objetivo mensurar e monitorar a realização de testes rápidos (TR) para HIV, sífilis e hepatites B e C para a população igual ou maior de 15 anos, e contribuir para a análise da qualidade das ações de prevenção, uma vez que o HIV, sífilis e hepatites B e C podem ser diagnosticadas e tratadas oportunamente, interrompendo a cadeia de transmissão e reduzindo a probabilidade de transmissão vertical. Indica a realização de TR para HIV, sífilis e hepatites B e C para os usuários das unidades básicas de saúde.
Usos	Contribuir para a avaliação e para orientação das estratégias de prevenção e controle do HIV, sífilis, hepatites B e C. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle das infecções de transmissão sexual e vertical.
Limitações	Está sujeito à qualidade dos registros no PEC e-SUS e não considera os testes realizados em outros níveis de atenção.
Fonte	e-SUS (relatório de monitoramento de procedimentos: Infosaúde (Sala de Situação - Menu Gestor da Saúde - Atenção Primária - Procedimento realizados na APS: Cód. SIGTAP: 0214010058 - Teste rápido para HIV Cód. SIGTAP:0214010040 - Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro Cód. SIGTAP: 0214010090 - Teste rápido para Hepatite C Cód. SIGTAP: 0214010074 - Teste rápido para sífilis Cód. SIGTAP: 0214010082 - Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro Cód. SIGTAP: Teste rápido para detecção de infecção pelo HBV
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** nº de Testes Rápidos realizados para HIV, sífilis e hepatites B e C realizados na APS na população igual ou maior a 15 anos. **DENOMINADOR:** população igual ou maior a 15 anos. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Proporção (por 100.000 habitantes maiores de 15 anos)
Parâmetro	DF,2022: 6,4 testes rápidos realizados a cada 100.000 pessoas com idade igual ou maior de 15 anos.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim

Estratificação	APS APS (por meio dos relatórios e do Infosaúde é possível estratificar por equipe, por UBS, por Região Administrativa e por Região de Saúde)
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVEP/GEVIST
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Ampliar para 30% a realização de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C na população igual ou maior a 15 anos até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	17	21	26	30

Alterações	Processo SEI: Pactuação: 00060-00290673/2024-11 (id. 143129452) Revisão: 00060-00213392/2023-56 (id. 151550919) Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 43. Percentual de ações de vigilância em fatores não biológicos na qualidade da água para consumo humano.

Indicador 43. Percentual de ações de vigilância em fatores não biológicos na qualidade da água para consumo humano.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Este indicador visa monitorar o percentual de ações de vigilância em fatores não biológicos na qualidade da água para consumo humano, conforme o estabelecido na Portaria GM/MS N° 888/2021, que dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. A qualificação dos resultados consiste em analisar os laudos e fazer a devolutiva nos locais o qual ocorreu a coleta. Em caso de inconformidades, a unidade realizará vigilância ativa, monitoramento e investigação de possíveis causas, em consonância a Portaria. Parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez.
Usos	O indicador permite: - Avaliar a qualidade da água utilizada para consumo humano; - Informar a quantidade de análises realizadas em relação ao número total de amostras de água coletas, em um determinado período; - Verificar se o tratamento está adequado para inativar os organismos patogênicos, subsidiando o planejamento para as adequações necessárias.
Limitações	Período de monitorametno dos sistemas de informação.
Fonte	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA/MS); Gerenciador de ambiente Laboratorial (GAL/MS).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Quantidade de resultados analisados com a qualidade da água conforme o estabelecido na Portaria GM/MS N° 888/2021. **DENOMINADOR:** Quantidade total de análise realizadas. **MULTIPLICADOR:** 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual(%).
Parâmetro	DF,2022: 65%.
Polaridade	Maior-Melhor.

Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SVS/DIVAL/GVAFNB.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAPS
Descrição da Meta	**Promover 95% de qualificação dos resultados das análises de água para consumo humano até 2027**.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	75%	80%	85%	95%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213392/2023-56 (id. 129323849- Ficha validada (p. 14), conforme ciência ao despacho id. 130260555)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 3. Vigilância à Saúde - Fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, redução e eliminação de riscos e agravos, de forma integrada com a assistência
Objetivo 9. Promover e aprimorar as ações de vigilância em saúde em todos níveis de atenção, adequando a infraestrutura e a força de trabalho, de forma regionalizada.

Indicador 44. Proporção de preenchimento dos campos “Ocupação (CBO)” e “Atividade Econômica (CNAE)” nas notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho.

Indicador 44. Proporção de preenchimento dos campos “Ocupação (CBO)” e “Atividade Econômica (CNAE)” nas notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho.	
Vigência	■ 2024 ■ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	Refere-se ao preenchimento dos campos “Ocupação (CBO)” e “Atividade Econômica (CNAE)” nas notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho. Serão identificados pelo profissional de saúde a qualquer momento: Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico, Acidente de Trabalho e Intoxicação Exógena relacionada ao trabalho. Até 2022, o indicador visava apenas o campo "Ocupação", com os resultados abaixo. A partir de 2023, engloba o campo “Atividade Econômica” também, por determinação do Ministério da Saúde, que estabeleceu aumento progressivo da meta até 2025, iniciando em 60% para 2023, até atingir 90% das notificações, por meio da Portaria GM/MS Nº 6.878, de 17 de abril de 2025.
Usos	O indicador identifica as ocupações e atividades econômicas que apresentam maiores incidências de acidentes relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.
Limitações	- Subnotificações de casos na Rede de Saúde do DF; - Preenchimento não qualificado dos campos “Ocupação” e “Atividade Econômica (CNAE)”.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR**: Número de notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido com o Código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo SINAN, em determinado local e período. **DENOMINADOR**: Número total de notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho, em determinado local e período. **MULTIPLICADOR**: 100. **NUMERADOR**: Número de notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho com o campo “Atividade Econômica” preenchido de acordo com os códigos da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) correspondente, na versão disponibilizada pelo SINAN, em determinado local e período. **DENOMINADOR**: Número total de notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho, em determinado local e período. **MULTIPLICADOR**: 100. **Realizar o cálculo da média dos resultados das proporções do preenchimento do campo “ocupação” e “atividade econômica”.**
Periodicidade de	Quadrimestral

Monitoramento	
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Série histórica: 2019: 25,26% 2020: 33,77% 2021: 40,83% **2022: 42,76%** 2023: 52,20%
Polaridade	Maior - Melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEAS/SEAS/SVS/DISAT/CEREST
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Alcançar 90% das notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho com os campos “Ocupação” e “Atividade Econômica” preenchidos, de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), respectivamente até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	**Ano** / **Meta Anual**: **2024** 75%; **2025** 90%; **2026** 90%; **2027** 90%
Alterações	Processo SEI: 00060-00259902/2025-01

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 4. Atenção Especializada - Reestruturação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar assegurando o acesso e contribuindo com o cuidado integral e contínuo
Objetivo 10. Estruturar e reorganizar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços.

Indicador 45. Percentual de usuários do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) procedentes de serviços de internação e de urgência/emergência.

Indicador 45. Percentual de usuários do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) procedentes de serviços de internação e de urgência/emergência.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador sinaliza a procedência dos pacientes admitidos no SAD. O Serviço de Atenção Domiciliar presta assistência a saúde dos usuários originários de diversas portas de entrada da rede: Hospitais, UPAs, Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, o principal objetivo do SAD é atuar na desospitalização dos pacientes que atendem aos critérios para Atendimento Domiciliar. Nesta perspectiva, o indicador mede os usuários que saem dos serviços de internação e urgência/emergência para o SAD.
Usos	O indicador contribuiu para: - Avaliar as formas de acesso ao SAD e se o programa tem cumprido a sua função de desospitalização; - Avaliar o percentual de admissão no SAD de pacientes provenientes dos serviços de internação hospitalar e de urgência e emergência.
Limitações	A alimentação do dado depende do correto preenchimento dos formulários de desospitalização, E-SUS AD e Trakcare.
Fonte	FAD (Formulário de Avaliação Domiciliar); E-SUS AD; Trakcare.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Total de usuários admitidos no SAD procedentes de internação hospitalar + Total de usuários admitidos no SAD procedentes de serviços de urgência/emergência no mês de referência. **DENOMINADOR:** Total de usuários admitidos no SAD no mês de referência. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Bimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	54,05% (DF, 2022).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/CATES/DSINT/GESAD.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP

Descrição da Meta	Alcançar 67% em admissões no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) procedentes de hospitais e de serviços de urgência no Distrito Federal até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	52%	57%	62%	67%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213508/2023-57 (id. 129318507- Ficha Validada (p.14) conforme ciência ao despacho id. 130657380)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 4. Atenção Especializada - Reestruturação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar assegurando o acesso e contribuindo com o cuidado integral e contínuo
Objetivo 10. Estruturar e reorganizar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços.

Indicador 46. Percentual de desenvolvimento e implementação da teleconsulta na Atenção Especializada Ambulatorial

Indicador 46. Percentual de desenvolvimento e implementação da teleconsulta na Atenção Especializada Ambulatorial	
Vigência	■2024 ■2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	Considera-se serviço de teleconsulta , enquanto modalidade de atendimento, o contato entre profissionais de saúde e usuários, realizado por meio de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), com a finalidade de preservar o bem-estar ou auxiliar no diagnóstico e tratamento de enfermidades de forma preventiva, curativa ou paliativa.
Usos	Monitorar a situação atual do desenvolvimento e implementação da teleconsulta, ou seja, mensurar a elaboração do projeto de implementação e a quantidade de unidades ambulatoriais especializadas que oferecem o serviço de teleconsulta de forma a otimizar o acesso da população aos serviços existentes.
Limitações	Lançamento com código errado dos serviços pela unidade de saúde. Falta de Registro adequado pelos profissionais. Falta de tecnologia de informação e comunicação padronizada pela SES-DF. Falta de adesão dos atores envolvidos.
Fonte	SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
Metodologia de Cálculo	**1 ano:** projeto elaborado **2 ao 4 ano**: **NUMERADOR:** Número de Unidades da Atenção especializada ambulatorial com serviço de teleconsulta implementado. **DENOMINADOR:** Número de Unidades totais da Atenção especializada Ambulatorial da SES-DF. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	-
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Sim.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COASIS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Desenvolver e disponibilizar os serviços de teleconsulta em 40% das unidades da atenção especializada ambulatorial.

<table>
<tr><td>Meta de Avaliação (Anual)</td><td>
<table>
<tr><th>Ano</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th></tr>
<tr><td>Meta Anual</td><td>5%</td><td>10%</td><td>20%</td><td>40%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Alterações</td><td>Processo SEI: 00060-00213508/2023-57
(id. 129318507 - Ficha Validada pela Coordenação – COASIS (p.12) conforme ciência ao despacho (id. 130657380) e ata de reunião (id. 124832862)</td></tr>
</table>

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 4. Atenção Especializada - Reestruturação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar assegurando o acesso e contribuindo com o cuidado integral e contínuo
Objetivo 10. Estruturar e reorganizar a Atenção Especializada AmbulIndicador

Indicador 46.1 Percentual de desenvolvimento e implementação da telessaúde na Atenção Especializada Ambulatorial*atorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços.

Indicador 46.1 Percentual de desenvolvimento e implementação da telessaúde na Atenção Especializada Ambulatorial*	
Vigência	☐2024 ☐2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Considera-se serviço de telessaúde, enquanto modalidade de atendimento, o contato entre profissionais de saúde e usuários, realizado por meio de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), com a finalidade de preservar o bem-estar ou auxiliar no diagnóstico e tratamento de enfermidades de forma preventiva, curativa ou paliativa.
Usos	Monitorar a situação atual do desenvolvimento e implementação da telessaúde, ou seja, mensurar a elaboração do projeto de implementação e a quantidade de unidades ambulatoriais especializadas que oferecem o serviço de telessaúde de forma a otimizar o acesso da população aos serviços existentes.
Limitações	Lançamento com código errado dos serviços pela unidade de saúde. Falta de Registro adequado pelos profissionais. Falta de tecnologia de informação e comunicação padronizada pela SES-DF. Falta de adesão dos atores envolvidos.
Fonte	SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de Unidades da Atenção especializada ambulatorial com serviço de telessaúde implementado. **DENOMINADOR:** Número de Unidades totais da Atenção especializada Ambulatorial da SES-DF. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	-
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Sim.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS/COASIS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Desenvolver e disponibilizar os serviços de telessaúde em 40% das unidades da atenção especializada ambulatorial.

<table>
<tr><td>Meta de Avaliação (Anual)</td><td>
<table>
<tr><th>Ano</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th></tr>
<tr><td>Meta Anual</td><td>n/a</td><td>n/a</td><td>20%</td><td>40%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Alterações</td><td>Processo SEI: 00060-00213508/2023-57
Durante o ciclo de elaboração da Programação Anual de Saúde 2026, a área técnica responsável propôs a alteração do nome do indicador de “Percentual de desenvolvimento e implementação da teleconsulta na Atenção Especializada Ambulatorial” para “Percentual de desenvolvimento e implementação da telessaúde na Atenção Especializada Ambulatorial”, conforme SEI 00060-00540164/2025-18; Despacho 188500249.
A atual ficha será submetida à nova atualização para contemplar as diversas modalidades da telessaúde.</td></tr>
</table>

Nota*: a revisão do indicador para a vigência 2026 aguarda deliberação do Colegiado de Gestão da SES-DF.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 4. Atenção Especializada - Reestruturação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar assegurando o acesso e contribuindo com o cuidado integral e contínuo
Objetivo 10. Estruturar e reorganizar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços.

Indicador 47. Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES.

Indicador 47. Percentual de vagas de hemodiálise hospitalar reguladas em panorama 3 na rede SES.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
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 - SEAS/SAIS/CATES/DSINT/GESINT (doc SEI nº 115028225), a CERAC deve controlar e regular 70% das vagas de hemodiálise hospitalar. 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 Hemodiálise hospitalar na rede SES; Aumentar o tournover 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 (processo SEI 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.
Periodicidade de Avaliação	Anual.

Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	Não.
Polaridade	Maior-Melhor* *A meta não deve ser ultrapassada pois se faz necessário manter a reserva de 30% das vagas para regulação local (em panorama 1), de acordo com a Nota Técnica vigente N°1/2023 - SEAS/SAIS/CATES/DSINT/GESINT (doc SEI nº 115028225)
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Distrital | Região de Saúde | Hospitais Regionais e URD.
Responsável Técnico	SEAS/CRDF/DIRAAH/CERAC.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	**Atingir a regulação de 70% das vagas de hemodiálise hospitalar na SES/DF.**
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	40%	50%	60%	70%

Alterações	Processo SEI: 00060-00219244/2023-45 (id. 125105686- Ficha Validada (p.3) e conforme despacho (id. 125014359)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 4. Atenção Especializada - Reestruturação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar assegurando o acesso e contribuindo com o cuidado integral e contínuo
Objetivo 10. Estruturar e reorganizar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços.

Indicador 48. Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação à fila de espera na rede SES-DF.

Indicador 48. Percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação à fila de espera na rede SES-DF.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	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, sendo uma ferramenta aliada da gestão no sentido de demonstrar o resultado das ações criadas para o aumento da execução de cirurgias eletivas em conjunto com a efetividade do processo regulatório.
Usos	Acompanhar o incremento de cirurgias eletivas reguladas e realizadas no período, considerando os Panoramas 1 e 3.
Limitações	Oferta de vagas pelas Unidades Executantes; Falta de higienização das filas pelas Unidades Executantes; Ausência de envio das Planilhas de Monitoramento da Produtividade das Unidades Executantes no prazo estabelecido; Reinserções dos procedimentos não realizados não feitas pelas pelas Unidades Executantes.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação (SISREGIII).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de cirurgias autorizadas pela CERCE no mês. **DENOMINADOR:** Número de cirurgias na fila do SISREG no último dia útil do mês. **MULTIPLICADOR:** 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	9,10% (DF, 2022).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Macrorregião | Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/CRDF/DIRAAH/CERCE.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Ampliar para 25% o percentual de cirurgias eletivas autorizadas em relação a fila de espera até 2027.

Meta de Avaliação (Anual)	<table><tr><th>Ano</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th></tr><tr><td>Meta Anual</td><td>10%</td><td>15%</td><td>20%</td><td>25%</td></tr></table>
Alterações	Processo SEI: 00060-00219244/2023-45 (id. 125105686- Ficha Validada (p.5) e conforme despacho (id. 125014359) *Para o PPA 20204-2027, será considerado o resultado acumulado de cada ano de análise.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 4. Atenção Especializada - Reestruturação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar assegurando o acesso e contribuindo com o cuidado integral e contínuo.
Objetivo 10. Estruturar e reorganizar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços.

Indicador 49. Número de transplantes de córneas realizados no Distrito Federal.

Indicador 49. Número de transplantes de córneas realizados no Distrito Federal.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Indicador que mensura o quantitativo de transplantes de córnea realizados anualmente no DF. Transplante de Córnea (TC) é capaz de restaurar a transparência e a visão, sendo assim, um eficaz tratamento para muitas doenças corneanas graves.
Usos	Melhoria no fluxo de atendimento a população com diagnóstico de doenças corneanas e redução da fila de espera.
Limitações	Desafios na notificação dos potenciais doadores; Insuficiência de equipe captadora; Ausência de recurso humano administrativo; Recessos de final de ano das equipes transplantadoras; Indisponibilidade de insumos de preservação de córneas.
Fonte	Sistema Nacional de Transplantes (SNT).
Metodologia de Cálculo	**Número absoluto de transplante de córneas realizados no DF no período avaliado.**
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número absoluto (n).
Parâmetro	311 (2022, DF).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEAS/CRDF/CET.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Aumentar o número de transplantes de córneas realizados no Distrito Federal em 32% até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	372	384	397	410

Alterações	Processo SEI: 00060-00219244/2023-45 (id. 125105686- Ficha Validada (p.1) e conforme despacho (id. 125014359)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 4. Atenção Especializada - Reestruturação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar assegurando o acesso e contribuindo com o cuidado integral e contínuo
Objetivo 10. Estruturar e reorganizar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços.

Indicador 50. Taxa de pacientes com hemofilia grave em adesão ao protocolo de realização de exames laboratoriais do Ministério da Saúde.

Indicador 50. Taxa de pacientes com hemofilia grave em adesão ao protocolo de realização de exames laboratoriais do Ministério da Saúde.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Verifica o percentual de pacientes com hemofilia grave, cadastrados no programa, que cumpriram as exigências de realização de exame do protocolo da linha de atenção nos últimos 12 meses (exame laboratorial de quantificação de inibidor).
Usos	Analisar adesão dos pacientes ao tratamento.
Limitações	É um indicador indireto da adesão ao tratamento. A oferta da testagem do inibidor acontece no mínimo anualmente, ou até a cada consulta de retorno no ambulatório da FHB. Se o resultado do indicador está baixo, isso significa que o retorno dos pacientes ao ambulatório pode não estar acontecendo da maneira adequada.
Fonte	Sistemas coagulopatia (pesquisa simples por nome> data do último exame> resultado) e sisthemo (módulo de laboratório 2ª amostra > pesquisa simples por nome>data do último exame> resultado)
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** número de pacientes com hemofilia grave atendidos com exame em dia (pesquisa de inibidor). **DENOMINADOR**: total de pacientes com hemofilia grave cadastrados. **MULTIPLICADOR**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Anual
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	73% (2023) 86% (2022) 78% (2021) 76% (2020)
Polaridade	Maior/Melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Não se aplica.
Responsável Técnico	FHB (Diretoria de Ambulatórios).
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GEMAP
Descrição da Meta	**Alcançar a proporção de 94% de pacientes com hemofilia grave em adesão ao Protocolo de Realização de Exames Laboratoriais, do Ministério da Saúde.**

Meta de Avaliação (Anual)					
	Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
	Meta Anual	91%	92%	93%	94%
Alterações	Processo SEI: 00060-00295996/2024-93 - O indicador é monitorado no PPA 2024-2027 da Fundação Hemocentro de Brasília (id. 147551527) – Fichas FHB enviou (id. 147593038) - Ofício validação (id. 148368322) – Ficha GEMAP para nova validação da FHB Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99				

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 4. Atenção Especializada - Reestruturação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar assegurando o acesso e contribuindo com o cuidado integral e contínuo
Objetivo 10. Estruturar e reorganizar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços.

Indicador 51. Taxa de Fidelização de doadores de sangue na FHB.

Indicador 51. Taxa de Fidelização de doadores de sangue na FHB.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Verifica o número de doadores fidelizados em relação ao número total de doadores (Doador fidelizado: doador com pelo menos 2 doações em 12 meses)
Usos	O indicador monitora o retorno regular do doador à FHB. Seus resultados indiretamente medem a conscientização quanto à importância de doar sangue, bem como a sua experiência no processo de doação. Metas não alcançadas ou que necessitem ser superadas podem implicar em realizar aquisições de equipamentos e serviços para melhorias estruturais e de atendimento do ciclo do doador.
Limitações	As motivações para fidelização ou não fidelização podem ser desconhecidas, o que limita a assertividades das ações institucionais. Embora a FHB atue para concientização da população sobre a importância da doação e busque uma melhoria contínua dos processos institucionais para atender às expectativas dos seus clientes, questões intrínsecas do doador (ex.: experiências familiares, rotina, inaptidões à doação, entre outros) podem interferir na fidelização.
Fonte	NUMERADOR: Número de doadores fidelizados aptos = Estatística na triagem clínica por doador apto > frequência de doação (Sisthemo). DENOMINADOR: Número de doadores aptos na triagem clínica (Sisthemo). *dados extraídos diretamente do sistema
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR**:Nº de doadores fidelizados aptos **DENOMINADOR**: nº de doações efetivadas **MULTIPLICADOR**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Anual
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	45% (2023) 44% (2022) 41% (2021) 42,2% (2020)
Polaridade	Maior/Melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Não se aplica.
Responsável Técnico	FHB (Diretoria do Ciclo do Doador).

Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GEMAP				
Descrição da Meta	Manter a taxa de doadores de repetição acima de 50% (FHB) até 2027.				
Meta de Avaliação (Anual)					
	Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
	Meta Anual	50%	52%	54%	56%
Alterações	Processo SEI: 00060-00295996/2024-93 - O indicador é monitorado no PPA 2024-2027 da Fundação Hemocentro de Brasília. As metas foram estabelecidas por Emenda Parlamentar no Plano Plurianual 2024-2027 (Lei n° 7.378 de 29 de dezembro de 2023). (id. 147551527) – Fichas FHB enviou (id. 147593038) - Ofício validação. (id. 148368322) – Ficha GEMAP para nova validação da FHB Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99.				

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 4. Atenção Especializada - Reestruturação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar assegurando o acesso e contribuindo com o cuidado integral e contínuo
Objetivo 10. Estruturar e reorganizar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços.

Indicador 52. Número de consultas em atenção especializada (média e alta complexidade) realizadas.

Indicador 52. Número de consultas em atenção especializada (média e alta complexidade) realizadas.	
Vigência	☐ 2024 ■ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	Este indicador quantifica o total de atendimentos ambulatoriais realizados em unidades de saúde do Distrito Federal no âmbito da atenção especializada, abrangendo especialidades médicas, serviços terapêuticos, e outros atendimentos que ultrapassam o escopo da atenção primária. Engloba tanto consultas presenciais quanto teleconsultas registradas nos sistemas oficiais de informação em saúde.
Usos	Monitorar o acesso da população aos serviços de atenção especializada, identificar gargalos na oferta de especialidades médicas e subsidiar o planejamento e a alocação de recursos, com vistas à ampliação e qualificação da assistência ambulatorial especializada no SUS-DF.
Limitações	Não avalia a qualidade do atendimento prestado. Dependência de registro adequado nos sistemas de informação. Não distingue as primeiras consultas das consultas de retorno. Não mensura o tempo de espera e nem a resolutividade.
Fonte	SIASUS (SIA -Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS).
Metodologia de Cálculo	Soma total de consultas ambulatoriais especializadas registradas no período de interesse.
Descritivo da Metodologia de Cálculo	Para fins de cálculo são considerados os códigos SIGTAP: 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) 0301010056 - CONSULTA MEDICA EM SAUDE DO TRABALHADOR 0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA 0301010161 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA 0301010196 - AVALIAÇÃO CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS RARAS - EIXO I: 1- ANOMALIAS CONGÊNITAS OU DE MANIFESTAÇÃO TARDIA 0301010200 - AVALIAÇÃO CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS RARAS - EIXO I: 2- DEFICIÊNCIA INTELECTUAL 0301010218 - AVALIAÇÃO CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS RARAS EIXO I: 3 - ERROS INATOS DE METABOLISMO 0301010226 - ACONSELHAMENTO GENÉTICO 0301010307 - TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA 0301010315 - TELECONSULTA POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO
Método de apuração	1. Acessar o Portal: https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude- producao-de-servicos-ambulatorial- sia/ 2. Selecionar o Ano: No menu de filtros, selecione o Ano desejado (ex: 2025) no campo correspondente. 3. Selecionar o(s) Mês(es): Escolha o(s) Mês(es) de interesse para o período de análise (ex: jan a dez ou meses específicos).

	4. Filtrar por Complexidade: No filtro "Complexidade", marque as opções Média e Alta, conforme o escopo da análise. 5. Selecionar ”Filtrar consultas” 6. Filtrar Procedimentos: Localize o filtro “Procedimento” ➤ Digite ou selecione os códigos dos procedimentos (SIGTAP) desejados conforme a Tabela ➤ É possível buscar por nome ou código.
Critérios para a Apuração	Apuração mensal: serão consideradas o número total de consultas realizadas em serviços classificados como especializados no mês. Apuração quadrimestral: serão consideradas o número total de consultas realizadas em serviços classificados como especializados no quadrimestre. Apuração anual: serão consideradas o número total de consultas realizadas em serviços classificados como especializados no ano.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número Absoluto
Parâmetro	2.260.008 (dez/2024).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim. O número de consultas apurado para um determinado ano será a soma das consultas apuradas para cada um dos 12 meses do exercício.
Acumulativo para Pactuação (no quadriênio)	Não. O número de consultas apurado para um ano não será a soma do valor apurado para os anos anteriores.
Estratificação	Regiões de Saúde. UF de residência. Estabelecimento de saúde. Tipo de estabelecimento. Complexidade. Procedimento. Grupo e Subgrupo de procedimento.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS
Descrição da Meta	**Ampliar em 7% ao ano a oferta de consultas em atenção especializada até 2027.**

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual*	n/a	7% ao ano (2.260.008 + 158.200)= **2.418.208**	7% ao ano (2.418.208 + 169.275)= **2.587.483**	7% ao ano (2.587.483 + 181.124)= **2.768.607**

Meta de Avaliação (Anual)	*Meta calculada com base na média de crescimento percentual anual entre 2021 e 2024 (aproximadamente **7,78% ao ano**) **Memória de cálculo:** 1. Dados de entrada (procedimentos por ano) **Ano Procedimentos** 2021 1.815.505 2022 2.036.280 2023 2.292.856 2024 2.260.008 2021 1.815.505
Histórico de Pacutação do Indicador	Pactuação do indicador: Processo SEI 00060-00364259/2025-29

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 4. Atenção Especializada - Reestruturação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar assegurando o acesso e contribuindo com o cuidado integral e contínuo
Objetivo 10. Estruturar e reorganizar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, com foco na qualificação da carteira de serviços.

Indicador 53. Número de exames em atenção especializada (média e alta complexidade) realizados

Indicador 53. Número de exames em atenção especializada (média e alta complexidade) realizados	
Vigência	☐ 2024 ■ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	Este indicador expressa a quantidade total de exames de média e alta complexidade realizados na rede pública e conveniada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal. Inclui exames de diagnóstico por imagem, exames laboratoriais especializados, exames endoscópicos, eletrofisiológicos, anatomopatológicos, entre outros, conforme definidos na Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP).
Usos	Monitorar a oferta e o acesso da população a exames especializados, identificar gargalos na rede de diagnóstico, apoiar o planejamento da capacidade instalada e subsidiar ações de qualificação da atenção ambulatorial especializada no Distrito Federal.
Limitações	Pode haver subregistro ou inconsistência na digitação do BPA. Diferença entre exames ofertados *vs.* realizados. Não mensura tempo de espera e nem a resolutividade.
Fonte	SIASUS (SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS).
Metodologia de Cálculo	Soma total dos exames especializados registrados no período de interesse.
Descritivo da Metodologia de Cálculo	Para fins de cálculo são considerados os códigos SIGTAP relacionados aos grupos de procedimentos clínicos e com finalidade diagnóstica.
Método de apuração	1. Acessar o Portal: https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-producao- de-servicos-ambulatorial-sia/ 2. Selecionar o Ano: No menu de filtros, selecione o **Ano desejado** (ex: 2025) no campo correspondente. 3. Selecionar o(s) Mês(es): Escolha o(s) **Mês(es)** de interesse para o período de análise (ex: jan a dez ou meses específicos). 4. Filtrar por Complexidade: No filtro "Complexidade", marque as opções **Média** e **Alta**, conforme o escopo da análise. 5. Filtrar Grupo do Procedimento: Marque as opções 02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica 03 - Procedimentos Clínicos

Critérios para a Apuração	Apuração mensal: serão consideradas o número total de exames realizados em serviços classificados como especializados no mês. Apuração quadrimestral: serão consideradas o número total de exames realizados em serviços classificados como especializados no quadrimestre. Apuração anual: serão consideradas o número total de exames realizados em serviços classificados como especializados no ano.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número Absoluto
Parâmetro	26.743.160 (dez/2024).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim. O número de exames apurado para um determinado ano será a soma das consultas apuradas para cada um dos 12 meses do exercício.
Acumulativo para Pactuação	Não. O número de exames apurado para um ano não será a soma do valor apurado para os anos anteriores.
Estratificação	Regiões de Saúde. UF de residência. Estabelecimento de saúde. Tipo de estabelecimento. Complexidade. Procedimento. Grupo e Subgrupo de procedimento.
Responsável Técnico	SEAS/SAIS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS
Descrição da Meta	Ampliar em 12% ao ano a oferta de exames em atenção especializada até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual*	n/a	12% ao ano (26.743.160+ 3.209.179) = **29.952.339**	12% ao ano (29.952.339+ 3.594.281)= **33.546.620**	12% ao ano (33.546.620+ 4.025.594)= **37.572.214**

*Meta calculada com base na média de crescimento percentual anual entre 2021 e 2024 (aproximadamente **12,33% ao ano**)

Memória de cálculo:

1. Dados de entrada (procedimentos por ano)

Ano Procedimentos

2021	18.953.944
2022	22.513.139
2023	25.715.688
2024	26.743.160

2.Calcular o crescimento percentual entre os anos

$$\text{Crescimento} = \left(\frac{\text{Valor atual} - \text{Valor anterior}}{\text{Valor anterior}}\right) \times 100$$

3. Calcular a média dos crescimentos

$$18,77\% + 14,23\% + 3,99\% = 36,99\%$$

$$\frac{36,99\%}{3} \approx 12,33\%$$

4. Utilizar a média de crescimento percentual anual resultante para a projeção dos próximos anos.
5. Para programar as metas anuais, multiplicar o resultado do ano anterior por (1 + 12%).

Histórico de Pactuação do Indicador	Pactuação do indicador: Processo SEI 00060-00364259/2025-29

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 5. Assistência Farmacêutica - Promover atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase no acesso e uso racional dos medicamentos
Objetivo 11. Estruturar a rede de assistência farmacêutica com foco na melhoria da cadeia de suprimentos

Indicador 54. Percentual de farmácias com farmacêutico como responsável técnico.

Indicador 54. Percentual de farmácias com farmacêutico como responsável técnico.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Resolução nº 577 de 25 de julho de 2013 do CFF - Dispõe sobre a direção técnica ou responsabilidade técnica de empresas ou estabelecimentos que dispensam, comercializam, fornecem e distribuem produtos farmacêuticos, cosméticos e produtos para a saúde.
Usos	Auxiliar na estruturação da Assistência Farmacêutico no âmbito do Distrito Federal.
Limitações	Depender do profissional farmacêutico realizar o procedimento no site do Conselho Regional de Farmácia.
Fonte	Planilha Interna.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número absoluto de farmácias na Rede SES com responsável técnico registrado no CRF/DF. **DENOMINADOR:** Número total de Farmácias com farmacêutico. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	19,6% (DF, 2022)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	SEGEA/SULOG/DIASF
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Garantir 100% de responsabilidade técnica das farmácias com farmacêutico até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	40%	60%	80%	100%

Alterações	Processo SEI :00060-00217208/2023-47 (id. 130194290 - Ficha (p.2) – Sem validação.

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 5. Assistência Farmacêutica - Promover atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase no acesso e uso racional dos medicamentos
Objetivo 11. Estruturar a rede de assistência farmacêutica com foco na melhoria da cadeia de suprimentos

Indicador 55. Percentual de unidades que disponibilizam o cuidado farmacêutico dentre as farmácias das UBS tipo 2 e da atenção secundária.

Indicador 55. Percentual de unidades que disponibilizam o cuidado farmacêutico dentre as farmácias das UBS tipo 2 e da atenção secundária.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O Cuidado Farmacêutico é área da farmácia voltada à ciência e à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam serviços ao paciente, sua família e comunidade, de forma a otimizar a farmacoterapia, a promover a adesão ao tratamento, a saúde e bem-estar, por meio da ação integrada do farmacêutico com a equipe multiprofissional de saúde. A Resolução Nº. 585 de 29 de agosto de 2013 CFF Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **1º ano** - Definição e planejamento de parâmetros técnicos e documentos basilares para a estruturação do cuidado farmacêutico na SES/DF. **2º ao 4º ano** - Ações de disponibilização do cuidado farmacêutico dentre as farmácias das UBS tipo 2 e da atenção secundária, de acordo com o planejamento realizado no 1º ano.
Usos	Ampliar o cuidado farmacêutico, sistematizar a coleta de dados e monitorar os dados e os avanços da atenção secundária em conjunto com a atenção Primária. Atualmente, das 68 UBS tipo 2 (8 ofertam o serviço) e das 16 farmácias da Atenção Especializada Ambulatorial, nenhuma delas disponibiliza o serviço do cuidado.
Limitações	Registro de atendimentos pelos farmacêuticos das unidades da atenção primária e secundária. Sistema adequado para registro dos atendimentos.
Fonte	ESUS; SIA/SUS; e TrackCare.
Metodologia de Cálculo	**1º ano:** definição e planejamento **NUMERADOR:** quantidade de etapas, do planejamento de parâmetros técnicos e documentos basilares para a estruturação do cuidado farmacêutico na SES/DF, implementadas. **DENOMINADOR**: Total de etapas* determinadas para a realização do planejamento de parâmetros técnicos e documentos basilares para a estruturação do cuidado farmacêutico na SES/DF **MULTIPLICADOR:** 20 **Considerando que o 1º ano de execução da meta representa 20% do valor total, torna-se necessário aplicar peso 20% no resultado. *Etapas: 1. Criação da Câmara Técnica de cuidado farmacêutico no âmbito da SES-DF. 2. Implementação da Câmara Técnica de cuidado farmacêutico no âmbito da SES-

	DF. 3. Estabelecimento da carteira de serviços de cuidado farmacêutico na SES-DF. 4. Definição e implantação de parâmetros para o monitoramento do serviço de cuidado farmacêutico. 5. Organização e promoção de ciclo de capacitações para os farmacêuticos da rede, para qualificar e incentivar a prestação de cuidado farmacêutico de maneira adequada. 6. Elaboração e apresentação de relatório analítico sobre a oferta de serviço de cuidado farmacêutico no Colegiado SULOG, Subsecretários e de Gestão. **2º ao 4º ano:** **NUMERADOR**: Número de UBS Tipo 2 + Farmácias da Atenção Especializada Ambulatorial que disponibilizam o cuidado farmacêutico. **DENOMINADOR:** Número total de UBS tipo 2 e + Farmácias da Atenção Especializada Ambulatorial **MULTIPLICADOR:** 10 **Considerando que do 2º ao 4º ano a execução da meta aumenta 10% do valor total, torna-se necessário aplicar peso de 10% no resultado. Nos anos de 2025, 2026, 2027 o cálculo do resultado da meta deverá considerar o resultados do(s) ano(s) anterior(es).
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	9,5% (DF, 2022)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Sim.
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SEGEA/SULOG/DIASF
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAPSEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Ampliar de 9,5% para 50% as farmácias das UBS tipo 2 e da atenção especializada ambulatorial que ofertam o cuidado farmacêutico.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	20%	30%	40%	50%

Alterações	Processo SEI :00060-00217208/2023-47 (id. 143978046- Ficha validada (p. 2), conforme ciência na própria ficha.)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 5. Assistência Farmacêutica - Promover atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase no acesso e uso racional dos medicamentos
Objetivo 11. Estruturar a rede de assistência farmacêutica com foco na melhoria da cadeia de suprimentos

Indicador 56. Percentual de medicamentos padronizados da Atenção Primária em Saúde com cobertura de estoque superior a 30 dias na rede SES.

Indicador 56. Percentual de medicamentos padronizados da Atenção Primária em Saúde com cobertura de estoque superior a 30 dias na rede SES.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Trata-se de um indicador de monitoramento de abastecimento da Rede SES/DF baseado na quantidade de medicamentos, cuja responsabilidade de aquisição seja da SES/DF, que possuam cobertura de estoque superior a 30 dias em relação ao total de medicamentos padronizados de abastecimento regular para a atenção primária a saúde.
Usos	i) Oferecer uma visão geral às gerências e diretorias de programação da SULOG/SES do nível de abastecimento de medicamentos na rede por nível de atenção; ii) Indicar os medicamentos em que seja necessária a tomada de ações por parte da SULOG/SES junto a outras subsecretarias no sentido de estabelecer o reabastecimento tempestivamente; iii) Aperfeiçoar a programação de medicamentos e produtos para a saúde na SES/DF.
Limitações	A quantidade de medicamentos padronizados pode sofrer alteração durante o período de análise do indicador no ciclo de monitoramento. Os medicamentos recém-padronizados somente serão considerados para efeito de cálculo a partir do momento em que houver o seu primeiro abastecimento central. Além disso, existem produtos com dificuldade histórica de aquisição bem como aqueles em que a compra nunca foi efetivada. O indicador de abastecimento considera apenas aqueles medicamentos cuja aquisição seja responsabilidade da SES/DF.
Fonte	Sistema eletrônico de gestão de estoques SIS - Materiais Alphalinc.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Total de unidades do componente especializado cuja gestão de estoque com lote e validade foi plenamente implementada. **DENOMINADOR:** Total de unidades do componente especializado na rede SES/DF. **MULTIPLICADOR**: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Bimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	81,58% (Maio/2023 - DF).
Polaridade	Maior-Melhor.

Acumulativo Anual	NÃO
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Regiões de Saúde
Responsável Técnico	SEGEA/SULOG/DIPRO
Coordenador da Pactuação	SES/SUPLANS/DIPLAN/GEMAP
Descrição da Meta	**Assegurar 90% do abastecimento médio mensal de medicamentos padronizados da Atenção Primária em Saúde com cobertura de estoque superior a 30 dias na rede SES até 2027.**
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	82%	84%	87%	90%

Alterações	Processo SEI :00060-00217208/2023-47 (id. 125523874 Ficha Validada (p.10) conforme despachos id. 124833986 e id. 125489720)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 5. Assistência Farmacêutica - Promover atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase no acesso e uso racional dos medicamentos
Objetivo 11. Estruturar a rede de assistência farmacêutica com foco na melhoria da cadeia de suprimentos.

Indicador 57. Percentual de medicamentos padronizados da Atenção especializada ambulatorial e hospitalar com cobertura de estoque superior a 30 dias na rede SES.

Indicador 57. Percentual de medicamentos padronizados da Atenção especializada ambulatorial e hospitalar com cobertura de estoque superior a 30 dias na rede SES.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Monitora o abastecimento da Rede baseado na quantidade de medicamentos, cuja responsabilidade de aquisição seja da SES, com cobertura de estoque superior a 30 dias em relação ao total de medicamentos padronizados de abastecimento regular para a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar. Serão considerados os estabelecimentos: Farmácia Ambulatorial do HBDF, Policlínicas, CAPS e Farmácia Escola do HUB, Hospitais Regionais e URDs.
Usos	i) Oferecer uma visão geral às gerências e diretorias de programação da SULOG/SES do nível de abastecimento de medicamentos na rede por nível de atenção; ii) Indicar os medicamentos em que seja necessária a tomada de ações por parte da SULOG/SES junto a outras subsecretarias no sentido de estabelecer o reabastecimento tempestivamente; iii) Aperfeiçoar a programação de medicamentos e produtos para a saúde na SES/DF.
Limitações	A quantidade de hospitais regionais que compõem a Rede SES/DF pode sofrer alterações, com a abertura de novas unidades nas regiões administrativas do Distrito Federal. O grau de dificuldade da implementação do controle de estoque com lote e validade diferirá conforme o porte e complexidade de cada unidade hospitalar, estrutura física e quantidade de servidores. Para fins de cálculo, serão excluídos os recém-padronizados e aqueles que nunca foram abastecidos. Os medicamentos recém-padronizados somente serão considerados para efeito de cálculo a partir do momento em que houver o seu primeiro abastecimento central. Além disso, existem produtos com dificuldade histórica de aquisição bem como aqueles em que a compra nunca foi efetivada.
Fonte	SIS - Materiais (Alphalinc); Painéis no Menu Gestor do InfoSaúde
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Nº de medicamentos de abastecimento regular padronizados na Atenção Especializada Hospitalar, com status "ativo", cuja aquisição seja responsabilidade da SES/DF, que apresente cobertura de estoque superior a 30 dias. **DENOMINADOR:** Total de medicamentos de abastecimento regular padronizados na Atenção Especializada Hospitalar, com status "ativo", cuja aquisição seja responsabilidade da SES/DF. **MULTIPLICADOR:** 100.
Periodicidade de Monitoramento	Bimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.

Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	77,86% (Maio/2023 - DF).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Regiões de Saúde
Responsável Técnico	SEGEA/SULOG/DIPRO
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAPSEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	**Assegurar 88% do abastecimento médio mensal de medicamentos padronizados da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar com cobertura de estoque superior a 30 dias na rede SES até 2027.**
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	78%	81%	84%	88%

Alterações	Processo SEI :00060-00217208/2023-47 (id. 125523874 Ficha Validada (p.8) conforme despachos id. 124833986 e id. 125489720)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 5. Assistência Farmacêutica - Promover atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase no acesso e uso racional dos medicamentos
Objetivo 11. Estruturar a rede de assistência farmacêutica com foco na melhoria da cadeia de suprimentos

Indicador 58. Percentual de medicamentos padronizados do componente especializado, de aquisição SES, com cobertura de estoque superior a 30 dias na rede SES DF até 2027.

Indicador 58. Percentual de medicamentos padronizados do componente especializado, de aquisição SES, com cobertura de estoque superior a 30 dias na rede SES DF até 2027.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Trata-se de indicador que monitora o abastecimento regular dos medicamentos para as Farmácias de Alto Custos adquiridos pela SES/DF. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é composto pelas Farmácias de Alto Custo localizadas na Asa Sul, Gama e Ceilândia.
Usos	i) Oferecer uma visão geral às gerências e diretorias de programação da SULOG/SES do nível de abastecimento de medicamentos na rede por nível de atenção; ii) Indicar os medicamentos em que seja necessária a tomada de ações por parte da SULOG/SES junto a outras subsecretarias no sentido de estabelecer o reabastecimento tempestivamente; iii) Aperfeiçoar a programação de medicamentos e produtos para a saúde na SES/DF.
Limitações	A quantidade de medicamentos padronizados pode sofrer alteração durante o período de análise; Para fins de cálculo, serão excluídos os recém-padronizados e aqueles que nunca foram abastecidos; Os medicamentos recém-padronizados somente serão considerados para efeito de cálculo a partir do momento em que houver o seu primeiro abastecimento central; Além disso, existem produtos com dificuldade histórica de aquisição, bem como aqueles em que a compra nunca foi efetivada; O indicador de abastecimento considera apenas aqueles medicamentos cuja aquisição seja responsabilidade da SES/DF.
Fonte	Sistema eletrônico de gestão de estoques SIS - Materiais Alphalinc; Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmaceutica - HÓRUS; Painéis no Menu Gestor do InfoSaúde.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Nº de medicamentos de abastecimento regular padronizados no Componente Especializado da Asistência Farmacêutica com status "ativo", cuja aquisição seja responsabilidade da SES/DF, que apresente cobertura de estoque superior a 30 dias. **DENOMINADOR:** Total de medicamentos de abastecimento regular padronizados no Componente Especializado da Asistência Farmacêutica, com status "ativo", cuja aquisição seja responsabilidade da SES/DF. **MULTIPLICADOR:** 100.
Periodicidade de Monitoramento	Bimestral

Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	51,37% (Maio/2023 - DF)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Regiões de Saúde
Responsável Técnico	SEGEA/SULOG/DIPRO
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Assegurar 57% do abastecimento médio mensal de medicamentos padronizados do componente especializado, de aquisição SES, com cobertura de estoque superior a 30 dias na rede SES DF até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	51%	53%	55%	57%

Alterações	Processo SEI :00060-00217208/2023-47 (id. 125523874 Ficha Validada (p.6) conforme despachos id. 124833986 e id. 125489720)

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 5. Assistência Farmacêutica - Promover atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase no acesso e uso racional dos medicamentos
Objetivo 11. Estruturar a rede de assistência farmacêutica com foco na melhoria da cadeia de suprimentos.

Indicador 59. Percentual de implantação do controle de estoque, com lote e validade, nos hospitais da rede SES.

Indicador 59. Percentual de implantação do controle de estoque, com lote e validade, nos hospitais da rede SES.	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	Esse indicador mensura a implantação da gestão de estoque baseado no controle de lote e validade por cada unidade hospitalar. A gestão de estoque levando em consideração o controle de lote e validade diz respeito a garantia da rastreabilidade do insumo utilizado e a segurança do paciente, pois permite a identificação da origem do produto desde as matérias-primas utilizadas, processo de produção, distribuição e dispensação na rede SES/DF. No âmbito hospitalar, possibilita monitorar o recebimento, distribuição, dispensação e administração mantendo-se o controle sobre lote e validade dos medicamentos nestes processos. **1º ano - Diagnóstico e planejamento pertinente à estruturação do controle de estoque, com lote e validade;** **2º ao 4º ano - Ações de estruturação e implementação nas unidades, de acordo com o diagnóstico realizado no 1º ano.**
Usos	i) Propiciar uma visão clara da quantidade de cada item em estoque e sua respectiva data de validade permitindo que se evite o acúmulo de produtos, mitigando o risco do vencimento e o melhor uso dos recursos orçamentários; ii) Permite a efetiva rastreabilidade e segurança do paciente pelo conhecimento do rastreio dos produtos desde o momento do recebimento até a sua utilização ou dispensação ao paciente, possibiltando identificar, segregar e recolher lotes interditados com celeridade; iii) Aperfeiçoamento das compras pois com informações precisas sobre os lotes e suas respectivas datas de validade, é possível planejar de forma mais eficiente as compras e a produção, otimizando o uso dos recursos públicos.
Limitações	O indicador não engloba a abertura de novas unidades nas regiões administrativas da Rede/SES.
Fonte	SIS-Materiais (Alphalinc)
Metodologia de Cálculo	**1º ano: Diagnóstico e planejamento elaborados** NUMERADOR: quantidade de etapas, do diagnóstico e planejamento pertinente à estruturação do controle de estoque, com lote e validade, implementadas. DENOMINADOR: Total de etapas* determinadas para a realização do diagnóstico e planejamento pertinente à estruturação do controle de estoque, com lote e validade. MULTIPLICADOR: 25** *As etapas determinadas para a realização do diagnóstico e planejamento foram fomalizadas (SEI 00060-00287631/2024-95) Etapas previstas para o 1º ano: 1. Realização do estudo técnico inicial. 2. Avaliação do sistema existente.

	3. Identificação dos pontos primordiais. 4. Visitas técnicas. 5. Identificação dos gargalos no fluxo atual. 6. Criação de cronograma de implementação. 7. Elaboração de plano de contingência quando o sistema estiver inoperante por mais de 7 (sete) dias. 8. Levantamento dos equipamentos necessários para a implementação do projeto. **2º ao 4º ano:** NUMERADOR: Total de unidades hospitalares cuja gestão de estoque com lote e validade foi plenamente implementada. DENOMINADOR: Total de unidades hospitalares na rede SES/DF. MULTIPLICADOR: 25** **Considerando que no 1º ano a execução da meta representa 25%; no 2º ano, 25% a mais; no 3º ano, 20% a mais; e no 4º ano, 30% a mais. Tem-se como multiplicador o mesm0 percentual de crescimento em cada ano. Logo, os multiplicadores são: 1º ano: 25 2º ano: 25 3º ano: 20 4º ano: 30 Nos anos de 2025, 2026, 2027 o cálculo do resultado da meta deverá considerar o resultados do(s) ano(s) anterior(es).
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	7,69%
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	Regiões de Saúde
Responsável Técnico	SEGEA/SULOG/DIASF SEGEA/SULOG/DLOG SEGEA/SULOG
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Estruturar e implantar em 100% o controle de estoque, com lote e validade, nos hospitais da rede SES até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027	

	Meta Anual	25%	50%	70%	100%
Alterações	Processo SEI :00060-00217208/2023-47				

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde
Diretriz 5. Assistência Farmacêutica - Promover atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase no acesso e uso racional dos medicamentos
Objetivo 11. Estruturar a rede de assistência farmacêutica com foco na melhoria da cadeia de suprimentos.

Indicador 59.1 Percentual de implantação da escrituração e do controle de estoque informatizados de medicamentos sujeitos a controle especial no Núcleo de Farmácia Judicial (NUFAJ/DIASF).

Indicador 59.1 Percentual de implantação da escrituração e do controle de estoque informatizados de medicamentos sujeitos a controle especial no Núcleo de Farmácia Judicial (NUFAJ/DIASF).	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Monitora a implementação da escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial, de maneira informatizada, de acordo com a legislação vigente, no NUFAJ. Dessa maneira busca-se garantir as melhores práticas de controle de estoque e validade para esse grupo de medicamentos, assegurando o cumprimento da lei, o adequado registro, a rastreabilidade dos produtos e a qualidade dos serviços prestados à população. O projeto será composto por 6 etapas distribuídas até 2027, quais sejam: Etapa 1 - Preparatória; Etapa 2 - Operacional; Etapa 3 - Monitoramento; Etapa 4 - Avaliação; Etapa 5 - Relatório Final; e Etapa 6 - Encerramento do Projeto.
Usos	I) Garantir a rastreabilidade dos medicamentos sujeitos a controle especial dispensados no NUFAJ; II) Assegurar o devido o registro informatizado dos medicamentos sujeitos a controle especial no NUFAJ; III) Primar pela segurança dos pacientes, assegurando a rastreabilidade dos medicamentos sujeitos a controle especial no NUFAJ; IV) Permitir análises de consumo e perfil de uso dos dos medicamentos sujeitos a controle especial no NUFAJ; V) Viabilizar análises farmacoepidemiológicas para corroborar na estruturação de políticas de saúde.
Limitações	Sistema utilizado atualmente pode limitar o alcance dos objetivos, considerando que ainda não foi avaliado se o mesmo comporta as etapas de dispensação e seus respectivos registros de forma a garantir a rastreabilidade.
Fonte	Planilha interna; SEI; SISFAJ; ALPHALINK e HORUS
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Nº Etapas concluídas para implementar escrituração informatizada dos medicamentos sujeitos a controle especial do NUFAJ. **DENOMINADOR:** Etapas previstas* para implementar escrituração informatizada dos medicamentos sujeitos a controle especial do NUFAJ. **MULTIPLICADOR:** 100. *Conforme cronograma
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%).

Parâmetro	Não há (indicador novo)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	_
Responsável Técnico	SEGEA/SULOG/DIASF
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Estruturar e implantar em 100% a escrituração informatizada e o controle de estoque de medicamentos sujeitos a controle especial no Núcleo de Farmácia Judicial - P, por lote e validade, até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2025	2026	2027
Meta Anual	12%	48%	100%

Alterações	Processo SEI :00060-00217208/2023-47 Revisão: 00060-00417260/2024-82 (doc. não encontrado) Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 5. Assistência Farmacêutica - Promover atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase no acesso e uso racional dos medicamentos
Objetivo 11. Estruturar a rede de assistência farmacêutica com foco na melhoria da cadeia de suprimentos

Indicador 60. Percentual de grupos de OPME padronizados da especialidade ortopedia fornecidos por regime de consignação.

Indicador 60. Percentual de grupos de OPME padronizados da especialidade ortopedia fornecidos por regime de consignação.	
Vigência	■ 2024 ☐ 2025 ☐ 2026 ☐2027
Conceituação	Representa, do total de Produtos de OPME padronizados na especialidade ortopedia, a porcentagem que tem o fornecimento em regime de consignação. O total engloba as OPME padronizadas sem fornecimento ou aquelas fornecidas de outras formas, como por compra via execução de Ata de Registro de Preços ou por compra local via PDPAS.
Usos	Mensurar o alcance da implantação do regime de fornecimento via consignação para as OPME da especialidade ortopedia.
Limitações	O denominador representa situações diversas como produtos que não estão sendo fornecidos ou que estão sendo fornecidos de outros modos, não sendo capaz de realizar distinção entre essas situações, mostrando quantos (e quais) produtos se enquadram em cada caso.
Fonte	SEI, SIS-Materiais / GEPOP
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** qtd de grupos padronizados (ortopedia) sendo fornecidos via consignação. **DENOMINADOR:** qtd de grupos padronizados (ortopedia). **MULTIPLICADOR:** x 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	0%
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	-
Responsável Técnico	SEGEA/SULOG/DIPRO
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Alcançar 70% dos grupos de OPME padronizados da especialidade ortopedia fornecidos por regime de consignação até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	20%	50%	60%	70%

Alterações	Processos SEI Pactuação: 00060-00217208/2023-47 Revisão: 00060-00417260/2024-82 (id. 153297328 e id. 153471637) Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99

Eixo 1. Redes de Atenção à Saúde.
Diretriz 5. Assistência Farmacêutica - Promover atenção integral à saúde dos usuários, com ênfase no acesso e uso racional dos medicamentos
Objetivo 11. Estruturar a rede de assistência farmacêutica com foco na melhoria da cadeia de suprimentos

Indicador 60.1 Percentual de grupos de OPME padronizados da especialidade ortopedia fornecidos por regime de consignação.

Indicador 60.1 Percentual de grupos de OPME padronizados da especialidade ortopedia fornecidos por regime de consignação.	
Vigência	☐2024 ■ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	Representa, do total de Produtos de OPME padronizados na especialidade ortopedia, a porcentagem que tem o fornecimento em regime de consignação. O total engloba as OPME padronizadas sem fornecimento ou aquelas fornecidas de outras formas, como por compra via execução de Ata de Registro de Preços ou por compra local via PDPAS.
Usos	Mensurar o alcance da implantação do regime de fornecimento via consignação para as OPME da especialidade ortopedia.
Limitações	O denominador representa situações diversas como produtos que não estão sendo fornecidos ou que estão sendo fornecidos de outros modos, não sendo capaz de realizar distinção entre essas situações, mostrando quantos (e quais) produtos se enquadram em cada caso.
Fonte	SEI, SIS-Materiais / GEPOP
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** qtd de produtos padronizados (ortopedia) sendo fornecidos via consignação **DENOMINADOR:** qtd de produtos padronizados (ortopedia) **MULTIPLICADOR:** x 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	0%
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	-
Responsável Técnico	SEGEA/SULOG/DIPRO
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Alcançar 70% dos produtos de OPME padronizados da especialidade ortopedia fornecidos por regime de consignação até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

		Ano	2025	2026	2027
		Meta Anual	50%	60%	70%
Alterações	Processo SEI: 00060-00217208/2023-47 Revisão: 00060-00417260/2024-82

Eixo 2. Gestão do SUS

Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 12. Implementar a sistemática de governança e compliance.

Indicador 61. Percentual de implementação da gestão de risco nos processos de trabalho priorizados.

Indicador 61. Percentual de implementação da gestão de risco nos processos de trabalho priorizados.	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador expressa o percentual de implementação da gestão de risco em relação aos processos de trabalho priorizados. A Gestão de Riscos é um processo permanente, estabelecido, direcionado e monitorado pela alta administração, que contempla as atividades de identificar, avaliar e gerenciar potenciais eventos que possam afetar o órgão ou a entidade. Implementar a gestão de risco nos processos de trabalho consiste em fornecer segurança razoável quanto à realização dos objetivos e de manter o comprometimento de *compliance* da organização.
Usos	Acompanhar o desenvolvimento das ações quanto às atividades planejadas pela Governança da SES DF.
Limitações	Não mede a melhoria contínua do processo após a implantação da gestão de risco.
Fonte	SAIWeb
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de processos de trabalho com gestão de risco implantada. **DENOMINADOR:** Número de processos de trabalho pactuados para implantar a gestão de risco. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	-
Responsável Técnico	SAGOV
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/DIPLAN/GEMAP
Descrição da Meta	Implementar a gestão de risco em 60% dos processos de trabalho priorizados pelo CIG da SES/DF até 2027.

Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	10%	25%	45%	60%

Alterações	Processos SEI Pactuação: 00060-00219803/2023-17 (id. 156359613 e id. 156859724) Revisão: processo de revisão com validação não encontrada. Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 12. Implementar a sistemática de governança e compliance.

Indicador 61.1 Percentual de implementação da gestão de risco nos processos de trabalho priorizados.

Indicador 61.1 Percentual de implementação da gestão de risco nos processos de trabalho priorizados.	
Vigência	☐2024 ■ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	O indicador expressa o percentual de implementação da gestão de risco em relação aos processos de trabalho priorizados. A Gestão de Riscos é um processo permanente, estabelecido, direcionado e monitorado pela alta administração, que contempla as atividades de identificar, avaliar e gerenciar potenciais eventos que possam afetar o órgão ou a entidade. Implementar a gestão de risco nos processos de trabalho consiste em fornecer segurança razoável quanto à realização dos objetivos e de manter o comprometimento de compliace da organização.
Usos	Acompanhar o desenvolvimento das ações quanto às atividades planejadas pela Governança da SES DF.
Limitações	Não mede a melhoria contínua do processo após a implantação da gestão de risco.
Fonte	SAIWeb
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de processos de trabalho com gestão de risco implantada DENOMINADOR: Número de processos de trabalho pactuados para implantar a gestão de risco MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	-
Responsável Técnico	SAGOV
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/DIPLAN/GEMAP
Descrição da Meta	Implementar a gestão de risco em 80% dos processos de trabalho priorizados pelo CIG da SES/DF até 2027.

Meta de Avaliação (Anual)

Ano	**2025**	**2026**	**2027**
Meta anual	70%	75%	80%

Alterações	Processo SEI: 00060-00219803/2023-17

Eixo 2. Gestão do SUS

Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.

Objetivo 12. Implementar a sistemática de governança e compliance.

Indicador 62. Quantidade de conselheiros regionais de saúde capacitados no período.

Indicador 62. Quantidade de conselheiros regionais de saúde capacitados no período.	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador mede o percentual de Capacitação de Conselheiros das Regiões de Saúde em Controle Social. Após cada treinamento, a base de dados é atualizada e é realizado o cruzamento com a meta de avaliação, evidenciando-se o resultado do trabalho até aquele momento.
Usos	A análise do indicador possibilita: - Acompanhamento da execução das metas; - Adequação da velocidade das atividades (caso necessário); - Atualização dos Conselheiros de Saúde quanto ao Controle Social.
Limitações	Interrupção das capacitações devido à troca de gestores.
Fonte	Relatório de Gestão
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de Conselheiros de Saúde Regionais capacitados em Controle Social. DENOMINADOR: Numero total de Conselheiros de Saúde Regionais, a ser revisado semestralmente (jan/jul) MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	86,67% (2022)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim. Refere-se a soma do número de Conselheiros de Saúde capacitados (Numerador), do ano.
Acumulativo para Pactuação	Não. Os Conselheiros serão treinados anualmente.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	CONT/ASTRAC
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Capacitar anualmente 100% dos Conselheiros Regionais de Saúde, nas temáticas de transparência e controle social até 2027.

Meta de Avaliação (Anual)	**Ano**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
	Meta Anual	100%	100%	100%	100%
Alterações	Processo SEI: 00060-00219803/2023-17 Revisão 00060-00416115/2024-84				

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 12. Implementar a sistemática de governança e compliance.

Indicador 62.1 Número de Regiões de Saúde capacitadas em Transparência e Controle Social.

62.1 Número de Regiões de Saúde capacitadas em Transparência e Controle Social.	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador mede o número de Regiões de Saúde que tiveram capacitações em Controle Social para os Conselheiros das Regiões de Saúde. Após cada treinamento, a base de dados é atualizada e é realizado o cruzamento com a meta de avaliação, evidenciando-se o resultado do trabalho até aquele momento. As Regiões de Saúde são unidades que refletem a organização dos serviços de saúde e a articulação das políticas públicas nessa área. Elas são compostas por diferentes localidades e têm suas próprias demandas e características específicas em relação à saúde da população. Ao focar nas Regiões de Saúde, podemos assegurar que as capacitações e as ações de transparência e controle social estejam mais alinhadas às necessidades reais da população, promovendo um atendimento mais eficaz e próximo à comunidade. As Regiões de Saúde são responsáveis pela articulação entre diferentes serviços e políticas, como prevenção, promoção da saúde e atendimento. Capacitar essas regiões em transparência e controle social facilita a integração e a cooperação entre os diversos atores envolvidos.
Usos	A análise do indicador possibilita: - Atualização dos Conselheiros de Saúde quanto ao Controle Social; - Avaliar a aplicabilidade do conhecimento em transparência e controle social nas sete regiões de saúde.
Limitações	Engajamento da população; O indicador não considera mais de uma capacitação em uma mesma Região de saúde.
Fonte	Sistema Eletrônico de Informação - SEI; Lista de inscrição; Lista de presença.
Metodologia de Cálculo	Quantidade de Regiões de Saúde que tiveram capacitações realizadas.
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número Absoluto
Parâmetro	7 Regiões de Saúde
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não. Os Conselheiros serão treinados anualmente.
Estratificação	Região de Saúde.
Responsável Técnico	CONT/ASTRAC

Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Realizar pelo menos uma capacitação em transparência e controle social anualmente em cada Região de Saúde até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	7	7	7

Alterações	Processo SEI: 00060-00219803/2023-17 Revisão 00060-00416115/2024-84 (id. 155072762 e id. 155351575) Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 13. Aprimorar o processo de contratualização em saúde

Indicador 63. Percentual de resultados classificados como “superado” ou “satisfatório” nos Acordos de Gestão Regionais - AGR.

Indicador 63. Percentual de resultados classificados como “superado” ou “satisfatório” nos Acordos de Gestão Regionais - AGR.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Este indicador tem como objetivo mensurar o percentual de indicadores com resultados alcançados que obtiveram status "superado" e "satisfatório" em relação à meta, pactuados no Acordo de Gestão Regional. O AGR é o instrumento central de contratualização interna para definição e pactuação de indicadores e metas firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e as Superintendências Regionais de Saúde - SRS e Unidades de Referência Distrital - URD's. São 7 Regiões e 4 URD's, totalizando 11 acordos pactuados. A metodologia de construção dos acordos se dá com base nos instrumentos orientadores de planejamento. Para tal, são realizadas oficinas e capacitações participativas e ascendentes, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a participação de servidores e gestores das regiões e as áreas técnicas assistenciais, de vigilância e regulação. Nesse sentido, o processo de contratualização interna é dinâmico e progressivo. Os resultados das pactuações realizadas nos Acordos de Gestão são acompanhados pelo Colegiado de Gestão (mensal/ bimestral/ quadrimestral) que tem por finalidade a identificação, a definição de prioridades e a orientação de soluções para a organização de uma Rede de Atenção à Saúde integrada e resolutiva na Região de Saúde. As Regiões e URD's alimentam a ferramenta de monitoramento dos dados (numerador/denominador) de cada indicador mensalmente. O status atualiza à medida que os dados são inseridos. São considerados aptos apenas os indicadores que possuem meta establecida, excluindo-se aqueles que estão "em monitoramento" e "não se aplica". É considerado: Superado - Acima de 100% da meta; Satisfatório - Entre 100% e 75% da meta; Razoável - Entre 75% e 50% da meta Parcial - Entre 50% e 25% da meta; Crítico - Abaixo de 25% da meta.
Usos	A principal finalidade deste indicador é fortalecer a cultura de gestão por resultados na prestação de serviços de saúde. O percentual de indicadores com alcance dos resultados superado e/ou satisfatório em relação à meta reflete que a implementação desse modelo de gestão é capaz de impactar positivamente a vida da população.
Limitações	A coleta e extração de dados do processo de monitoramento dos Acordos de Gestão é manual e são provenientes de diversas fontes, o que pode gerar informações fragmentadas e pouco confiáveis. A alimentação e monitoramento se dá por meio de Planilha Google compartilhada com os agentes de planejamento das regiões, sendo a GCR o setor responsável pela análise e verificação de conformidade de preenchimento. Com isso não há como garantir os pilares da segurança da informação, como confiabilidade, integridade e disponibilidade.
Fonte	Planilha de Monitoramento AGR - Regiões e URD
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Soma dos indicadores com status "superado" + "satisfatório" de todas as regiões e URDs **DENOMINADOR:** Soma dos indicadores aptos/válidos no período de todas as regiões e URDs **MULTIPLICADOR:** 100

Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	77,24% (ano de 2022)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde/URD
Responsável Técnico	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAG
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Alcançar 90% dos resultados classificados como “superado” ou “satisfatório” nos Acordos de Gestão Regionais - AGR até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	75%	80%	85%	90%

Alterações	Processo SEI: 00060-00219781/2023-95 (id. 124905829 Ficha Validada (p.3) conforme despacho id. 124593757)

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 14. Aprimorar estratégias para o incremento da captação e execução de recursos

Indicador 64. Valor do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC).

Indicador 64. Valor do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC).	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador mede o percentual de aumento dos Recursos Federais destinados ao cofinanciamento de ações e serviços Ambulatoriais e Hospitalares de Média e Alta Complexidade, no Componente I, no Grupo de Financiamento de Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), em relação ao Teto do ano anterior decorrentes de novas habilitações de serviços de saúde no Distrito Federal.
Usos	A principal finalidade do monitoramento do indicador é evidenciar o incremento financeiro ao Teto MAC, provenientes de serviços habilitados no período, com consequente aumento do faturamento Ambulatorial e Hospitalar da Média e Alta Complexidade.
Limitações	-
Fonte	Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC).
Metodologia de Cálculo	Número absoluto do Valor do teto MAC do ano corrente
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	R$ 492.002.691,80 (2019); R$ 512.409.109,40 (2020); R$ 541.800.178,57 (2021); R$559.362.388,58 (2022).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim. Refere-se a soma dos valores do teto MAC, mês a mês, durante o ano - (menos) o valor do teto MAC do ano anterior.
Acumulativo para Pactuação	Não. Os resultados não acumulam de um ano para o outro.
Estratificação	-
Responsável Técnico	SEGEA/SUPLANS/CCONS/DICS/GCCH
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Aumentar para R$ 632 milhões teto MAC até 2027.

Meta de Avaliação (Anual)	Ano	2024	2025	2026	2027
	Meta Anual	588.544.721,89	602.899.471,21	617.254.220,52	632.000.000,00
Alterações	Processo SEI: 00060-00219803/2023-17				

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 14. Aprimorar estratégias para o incremento da captação e execução de recursos

Indicador 64.1 Valor do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC).

Indicador 64.1 Valor do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC).	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O Teto da Média e Alta Complexidade é um limite financeiro que estabelece o valor máximo de repasse federal para o financiamento de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade. O aumento do teto pode ser obtido a partir da habilitação de novos serviços, do aumento de produtividade, da redução de glosas e bloqueios administrativos e/ou da ampliação de serviços e leitos especializados e reflete indiretamente a ampliação da oferta de serviços à população.
Usos	A principal finalidade do monitoramento do indicador é evidenciar o incremento financeiro ao Teto MAC, provenientes de serviços habilitados no período, com consequente aumento do faturamento Ambulatorial e Hospitalar da Média e Alta Complexidade.
Limitações	Embora o atributo não retrate diretamente a atividade-fim da entidade, indiretamente reflete a ampliação da oferta aos serviços de saúde para a população.
Fonte	Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC).
Metodologia de Cálculo	Número absoluto do Valor do teto MAC do ano corrente.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	R$ 492.002.691,80 (2019); R$ 512.409.109,40 (2020); R$ 541.800.178,57 (2021); R$559.362.388,58 (2022); R$ 653.906.214,44 (2023). R$ 660.712.944,14 (1º Semestre de 2024, SESPLAN)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim. Refere-se a soma dos valores do teto MAC, mês a mês, durante o ano - (menos) o valor do teto MAC do ano anterior.
Acumulativo para Pactuação	Não. Os resultados não acumulam de um ano para o outro.
Estratificação	-
Responsável Técnico	SEGEA/SUPLANS/CCONS/DICS/GCCH

Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP				
Descrição da Meta	**Aumentar para R$ 690.348.702,16 milhões teto MAC até 2027.**				
Meta de Avaliação (Anual)					
	Ano	**2025**	**2026**	**2027**	
	Meta Anual	R$ 672.177.026,04	R$ 681.262.864,01	R$ 690.348.702,16	
Alterações	Processo SEI: 00060-00219803/2023-17 Revisão: 00060-00444768/2024-53 (id. 152899554- Ficha do Indicador) (id. 152973053- Validação da área). Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99. Ratificação pela manutenção do indicador atual- 0060-00540173/2025-17, considerando a introdução das OCIs.				

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 15. Aperfeiçoar a qualidade do gasto público com ênfase na racionalização de recursos e na sustentabilidade do sistema de saúde

Indicador 65. Percentual da despesa executada em até 60 dias corridos para as aquisições realizadas por nota de empenho.

Indicador 65. Percentual da despesa executada em até 60 dias corridos para as aquisições realizadas por nota de empenho.	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador mede o percentual da despesa executada dentro do prazo de 60 (sessenta) dias nas aquisições realizadas por nota de empenho (NE). Para tanto, considera-se o início da contagem do tempo a partir da emissão do "Atesto de Recebimento Definitivo" e considera-se concluída a contagem do tempo no momento da liquidação da despesa. Tal indicador tem como objetivo monitorar o tempo de execução da despesa, atentando-se ao disposto nos Arts. 76. e 82. da Portaria nº 170, de 11 de abril de 2018, bem como no § 4º do Art. 40. da Lei nº 8.666/1993 e alterações posteriores.
Usos	O indicador possibilita: - Acompanhamento da execução das metas; - Adequação da velocidade das atividades (caso necessário).
Limitações	Editais podem prever prazos diferentes para a execução da despesa a eles relacionados; Casos fortuitos ou força maior podem ocasionar em atraso de entrega dos bens/serviços objetos das Notas de Empenhos.
Fonte	Sistema Integrado de Gestão Governanmental (SIGGO) e planilhas internas.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** montante em Reais (R$) da despesa liquidada dentro de 60 (sessenta) dias, considerando apenas as aquisições por Nota de Empenho, no período. **DENOMINADOR:** montante em Reais (R$) da despesa cujo Atesto de Recebimento Definitivo tenha sido emitido, considerando apenas as aquisições por Nota de Empenho, no período. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem
Parâmetro	86%
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	-
Responsável Técnico	SEGEA/SUAG/DILP
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP

Descrição da Meta	Aumentar para 98% o volume da despesa executada no prazo de até 60 dias para as aquisições realizadas por nota de empenho até 2027.				
Meta de Avaliação (Anual)					
	Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
	Meta Anual	87,0%	90,0%	94,0%	98,0%
Alterações	Processo SEI: 00060-00219781/2023-95				

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 15. Aperfeiçoar a qualidade do gasto público com ênfase na racionalização de recursos e na sustentabilidade do sistema de saúde

Indicador 65.1 Tempo médio de pagamento de despesas de Serviços Comuns.

Indicador 65.1 **Tempo médio de pagamento de despesas de Serviços Comuns.**	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador mede o tempo entre o envio de processo ao setorial financeiro devidamente instruído para pagamento, até a emissão da Ordem Bancária, contados em dias corridos. O témpo médio igual ou inferior a 7 dias corridos é a contar da recepção do processo apto para pagamento, até a emissão da Ordem Bancária.
Usos	O indicador possibilita adequação na velocidade das etapas do processo de trabalho visando atender os prazos de pagamentos previstos em contratos.
Limitações	- Déficit da força de trabalho; - Incidentes nos serviços de tecnologia; - Dias não úteis incluídos no período apurado.
Fonte	Planilhas internas.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Data de emissão da Ordem Bancária de pagamento ao credor. **DENOMINADOR**: Data de envio do processo à Diretoria de Liquidação e Preparação para Pagamento (SES/DILP) com a devida instrução para pagamento. **Média:** Somatório do conjunto de diferenças obtidas no cálculo anterior, dividido pela quantidade de diferenças, aplicando arredondamento matemático até uma casa decimal.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número Absoluto
Parâmetro	Não há (indicador novo).
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	-
Responsável Técnico	SEGEA/SUAG/DILP
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	**Reduzir o tempo de pagamento de despesas de Serviços Comuns (Ordem Cronológica B2) para 7 dias corridos, até 2027.**

<table>
<tr><td>Meta de Avaliação (Anual)</td><td>
<table>
<tr><th>Ano</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th></tr>
<tr><td>Meta Anual</td><td>10</td><td>8,5</td><td>7</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Alterações</td><td>Processo SEI: 00060-00219781/2023-95;
Revisão PDS: 00060-00417260/2024-82 (id. 152615954 e id. 153471637)
Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99</td></tr>
</table>

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 15. Aperfeiçoar a qualidade do gasto público com ênfase na racionalização de recursos e na sustentabilidade do sistema de saúde

Indicador 66. Percentual acumulado de itens executados do PCA.

Indicador 66. Percentual acumulado de itens executados do PCA.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Este indicador mensura o percentual dos itens executados quadrimestralmente do Plano de Contratações Anual (PCA). Deve-se utilizar como referência para apuração sempre a versão atualizada do PCA, ou seja, com as alterações que porventura ocorrerem ao longo do ano. O Plano de Contratações Anual contém o levantamento de todas as pretensas compras, contratos e renovações. Considera-se o item executado, o item devidamente licitado pela Central de Compras (DAQ), com instrumento contratual assinado.
Usos	Este indicador permite: - Medir a eficiência do planejamento de compras e contratações da SES/DF.
Limitações	Dificuldade da alimentação periódica no Sistema E-Compras/DF pelas áreas competentes. Dificuldades de operacionalização do Sistema E-Compras diante das especificidades dos itens adquiridos na SES/DF.
Fonte	Versão atualizada do PCA vigente, ou seja, com as alterações que porventura ocorrerem ao longo do ano (Sistema SEI e sistema E-compras/DF); Planilha de Controle das Áreas Programadoras (levantamento de necessidades).
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Somatório de itens licitados (empenho emitido e/ou contrato assinado) do PCA; **DENOMINADOR:** Total de itens lançados no PCA; **MULTIPLICADOR:** x100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Não se aplica.
Responsável Técnico	SEGEA/SUCOMP

Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/DIPLAN/GEMAP
Descrição da Meta	Executar 80% dos itens de compras e contratações previstos com base no PCA atualizado até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	65%	70%	75%	80%

Alterações	Processo SEI: 00060-00219781/2023-95 (id. 124967289 Ficha Validada (p.1) conforme despacho id. 124902802)

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 15. Aperfeiçoar a qualidade do gasto público com ênfase na racionalização de recursos e na sustentabilidade do sistema de saúde

Indicador 67. Índice de Desempenho da Gestão de Custos (IDGC) nas Unidades de Saúde da SES/DF.

Indicador 67. Índice de Desempenho da Gestão de Custos (IDGC) nas Unidades de Saúde da SES/DF.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Este indicador busca acompanhar a implantação da gestão de custos nas unidades de saúde, vinculado ao desempenho das unidades já implantadas, permite observar o grau de preenchimento e qualidade dos dados gerados, podendo promover maior confiabilidade no uso das informações para subisidiar a tomada de decisão e a realização de estudos voltados à economia da saúde.
Usos	Expressa o avanço da implantação da gestão de custos e o aprimoramento e qualificação das informações geradas, com isso, possibilita uma gestão eficiente do nível de maturidade das unidades.
Limitações	Não reflete o aporte de novas tecnologias/métodos de apuração de custo.
Fonte	Instumento de Monitoramento de Desempenho - IMD, possibilita obter os dois dados: Implantação da Gestão de Custos (IGC) e o Índice de Monitoramento de Desempenho (IMD). O IMD é obtido por meio de dados do sistema ApuraSUS.
Metodologia de Cálculo	Implantação da Gestão de Custos (IGC): trata-se de um percentual que reflete à quantidade de unidades com a gestão de custos implantada, pela quantidade total de unidades de saúde da SES. Índice de Monitoramento de Desempenho (IMD): refere-se ao desempenho das regiões/unidades de saúde, que reflete o nível de maturidade das unidades com custos implantado, unidades implantadas com dados preenchidos no período avaliado. A sigla IMD pode refere-se tanto o índice quanto ao instrumento, trata-se do mesmo objeto. Índice de Desempenho da Gestão de Custos (IDGC): é resultante da média IGC, multiplicado pelo quadrado do IMD, que expressa tanto o avanço da implantação da gestão de custo quanto o nível de maturidade das unidades. Legenda: IDGC = Percentual de Implantação da Gestão de Custo IGC= Implantação da Gestão de Custos IMD= índice de Monitoramento de Desempenho Fórmula: "IDGC= % IGC x % IMD²"
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).

Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Distrital, Região de Saúde, Região Administrativa
Responsável Técnico	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAC
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Alcançar em 80% o desempenho das unidades de saúde da SES/DF no processo de implementação da Gestão de Custos até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	50%	60%	70%	80%

Alterações	Processo SEI: 00060-00219781/2023-95 (id. 124905829 Ficha Validada (p.1) conforme despacho id. 124593757) (id. 142100401 - Ajuste na ficha- Metodologia de Cálculo)

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 16. Garantir a humanização do atendimento e promover e avaliar a satisfação da população em relação ao SUS

Indicador 68. Índice de Resolutividade das manifestações de Ouvidoria recebidas.

Indicador 68. Índice de Resolutividade das manifestações de Ouvidoria recebidas.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador mensura a resolutividade da Ouvidoria a partir da avaliação do cidadão em relação às respostas de manifestações registradas junto ao Sistema de Ouvidoria do Distrito Federal (OUV-DF). Logo após a resposta definitiva da Ouvidoria, o usuário poderá finalizar o Protocolo de Atendimento classificando-o como Resolvido ou Não Resolvido. Os registros possíveis são: Denúncias, Reclamação, Sugestão e Elogio. As tipologias avaliáveis são: Denúncias, Reclamações e Solicitações de Serviços. Após avaliar a resolutividade (índice diretamente ligado ao serviço do órgão), Também é possível avaliar exclusivamente o serviço de Ouvidoria com o preenchimento opcional da Pesquisa de Satisfação, que poderá ser realizada a qualquer tempo quando o cidadão entrar no sistema. A avaliação da manifestação poderá ser realizada pelo usuário uma vez após o recebimento da resposta definitiva e mais uma vez, caso receba uma resposta complementar. As informações obtidas possibilitam a participação do cidadão em todo o processo de atendimento e auxiliam o órgão na identificação dos serviços que precisam ser melhorados ou aprimorados.
Usos	- Realização de diagnósticos sistêmicos em áreas relevantes da SES-DF; - Melhoria dos serviços de saúde disponibilizados; - Satisfação do cidadão.
Limitações	Dificuldade de obter-se a avaliação do cidadão; Disponibilidade limitada de assuntos disponíveis no sistema OUV-DF; Desconhecimento do usuário em relação às tipologias adequadas no ato do registro da manifestação.
Fonte	Sistema OUV-DF
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de manifestações de ouvidoria resolvidas. **DENOMINADOR:** Total de manifestações avaliadas. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	36,95% (série histórica, dez/2022)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não. Trata-se de um retrato do quadrimestre vigente

Acumulativo para Pactuação	Não. Trata-se de um retrato do quadrimestre vigente
Estratificação	Região de Saúde; Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal.
Responsável Técnico	CONT/OUVIDORIA/GEACO
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Atingir 42% do Índice de Resolutividade das manifestações de Ouvidoria recebidas até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	39%	40%	41%	42%

Alterações	Processo SEI: 00060-00219803/2023-17 (Id.119430185- Lista de indicadores propostos) (id. 113875622- Despacho com link constando outras Fichas de Qualificação) (id. 124786463- Validação do Indicador)

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 17. Fortalecer a gestão orientada por processos, com foco na melhoria contínua e entrega de melhores resultados

Indicador 69. Percentual de Ações Estruturantes do Escritórios de Processos implementadas.

Indicador 69. Percentual de Ações Estruturantes do Escritórios de Processos implementadas.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador expressa o percentual de ações estruturantes implementadas em relação às ações priorizadas. A Gestão de Processos possibilita a implementação de melhorias e transformações nos processos organizacionais para gerar valor e melhores resultados. No ciclo de vida de processos, implementar processos consiste em introduzir na rotina de execução do processo as melhorias ou intervenções elaboradas na etapa de transformação do processo (CBOK, 2021).
Usos	Acompanhar o desenvolvimento das ações estruturantes quanto às atividades previstas e priorizadas pela DIORG.
Limitações	Não mede a melhoria contínua do processo após a implantação
Fonte	Painel BI gerenciado pelo GEMPROC (Controle de Implementação)
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Número de ações estruturantes implantadas. **DENOMINADOR:** Número de ações estruturantes pactuadas e priorizadas pela DIORG. **MULTIPLICADOR:** 100 Obs: considera-se ação estruturante a atividade instituída na GEMPROC para atender a implementação do Escritório de Processos (EP-SES/DF), pactuada junto à DIORG e aprovada pela SUPLANS
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Não se aplica
Responsável Técnico	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIORG/GMPROC
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Implementar 100% das ações estruturantes do escritório de processos da ses/df até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**202**

				7
Meta Anual	20%	50 %	75%	10 0 %

Alterações	Processo SEI: 00060-00219803/2023-17 (id. 124962855 – Ficha validada (p. 1) conforme despacho id. 124634648)

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 6. Governança - Fortalecimento da governança e da integridade por meio da gestão estratégica, da liderança e do controle.
Objetivo 18. Fortalecer e ampliar a gestão da comunicação**.**

Indicador 70. Percentual de desenvolvimento da política de comunicação organizacional.

Indicador 70. Percentual de desenvolvimento da política de comunicação organizacional.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador é relevante para disseminar ações do Planejamento Estratégico a fim de promover os valores da instituição e implementar a Política de comunicação organizacional, facilitando os fluxos de trabalho. Por meio da comunicação se estabelece um elo com os servidores que passam a reconhecer o seu papel e a qualidade dos serviços prestados para a população.
Usos	O indicador possibilita avaliar a elaboração e implementação da política de comunicação da Rede/SES, de forma objetiva, proporcionando a aferição das ações desenvolvidas alinhadas com a transparência organizacional.
Limitações	O indicador dissocia o alcance da meta, em que no primeiro ano tem-se a elaboração da política e nos demais anos a sua implementação.
Fonte	Monitoramento das ações por meio de processo SEI e planilhas internas da SUGEP/CIGEC.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Etapas da política realizadas (elaboração/implementação). **DENOMINADOR:** Total de etapas (elaboração/implementação). **MULTIPLICADOR**: 100 * 25% do primeiro ano corresponde a elaboração da política; * 75% dos demais anos corresponde a implementação da política.
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Sim
Estratificação	Não se aplica
Responsável Técnico	ASCOM
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Desenvolver em 100% a política de comunicação organizacional em todas as áreas da SES até 2027.

<table>
<tr><td>Meta de Avaliação (Anual)</td><td>
<table>
<tr><th>Ano</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th></tr>
<tr><td>Meta Anual</td><td>25%</td><td>50%</td><td>75%</td><td>100%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Alterações</td><td>Processo SEI: 00060-00213481/2023-01
(id. 124512055 – Fichas indicadores SUGEP)
***Houve mudança do responsável técnico deste indicador, à época era de responsabilidade da SUGEP.</td></tr>
</table>

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 7. Gestão de Infraestrutura Predial e Tecnologia da Informação e Comunicação - Promover a melhoria contínua e a modernização da estrutura física e tecnológica da SES-DF
Objetivo 19. Transformação digital - Promover a modernização, integração e desburocratização da gestão em saúde

Indicador 71. Percentual de ações executadas do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC).

Indicador 71. Percentual de ações executadas do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC).	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador mensura o percentual de implantação do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC) que é um instrumento de diagnóstico, planejamento e gestão dos recursos e processos de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), definindo estratégias e ações para uso da TIC de forma estruturada, organizada e sistematizada. Essas estratégias e ações estão estritamente alinhadas com os objetivos estratégicos da Instituição, objetivando gerar convergência e integração de esforços e recursos visando o alcance desses objetivos. O PDTIC tem a vigência da sua execução bianual sendo executado o monitoramento e acompanhamento das ações anualmente.
Usos	O indicador permite monitorar a quantidade de entregas realizadas em comparação as que foram programadas para o período bianual no âmbito da saúde.
Limitações	Está delimitado às unidades da Administração Central, Superintendências das Regiões de Saúde, Unidades de Referência Distrital e Conselho de Saúde, excluindo-se às unidades vinculadas Fundação Hemocentro de Brasília (FHB), Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde (FEPECS) e o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), as quais possuem autonomia administrativa e operacional e, consequentemente, Planos Estratégicos próprios, razão pela qual não estão contemplados.
Fonte	Monitoramento das ações por meio de processo Redmine, SEI e planilhas sob gestão da Diretoria de Governança em Tecnologia da Informação - DGTI/CTINF.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR**: Quantidade de Ações Executadas. **DENOMINADOR:** Quantidade Total de Ações Propostas. **MULTIPLICADOR:** 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	-
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	SIM

Acumulativo para Pactuação	SIM. Cumpre destacar que o PDTIC é BIANUAL, ou seja, em 2026 a contagem reseta.
Estratificação	Não se aplica
Responsável Técnico	SETIS/SUTIS
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/DIPLAN/GEMAP
Descrição da Meta	Executar, a cada biênio, 100% das ações previstas no plano de ações do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC) até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	50%	100%	50%	100%

Alterações	Processo SEI: 00060-00217202/2023-70 (id. 124845601- Validação do Indicador pela área) (id. 124902717- Ficha de Qualificação sem validação)

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 7. Gestão de Infraestrutura Predial e Tecnologia da Informação e Comunicação - Promover a melhoria contínua e a modernização da estrutura física e tecnológica da SES-DF
Objetivo 20. Promover a melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde e do transporte sanitário

Indicador 72. Percentual de Equipamentos Priorizados pela Assistência, de Baixa Complexidade e Média Complexidade, que estão com contrato vigente de manutenção preventiva e corretiva.

Indicador 72. Percentual de Equipamentos Priorizados pela Assistência, de Baixa Complexidade e Média Complexidade, que estão com contrato vigente de manutenção preventiva e corretiva.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Mede a conservação dos contratos de Manutenção para Equipamentos de Baixa e Média Complexidade prioritários para a prestação de serviços na Rede, por marca do equipamento, em um determinado período. - Equipamentos de Baixa Complexidade - os técnicos podem atuar sem especialização em equipamentos médicos e o treinamento é considerado simples (exemplos: esfigmomanômetro, balança mecânica, berço aquecido). Equipamentos de Média Complexidade - é necessário que os técnicos tenham formação básica no serviço e o treinamento é voltado para execução do reparo (exemplos: monitor cardíaco, eletrocardiógrafo, incubadora, centrífuga). Para fins de definição, Equipamentos Médicos-Hospitalares (EMH) são dispositivos médicos que precisam de manutenção, calibração, treinamento de usuário e desativação. São equipamentos empregados para fins específicos de diagnóstico, tratamento ou reabilitação de doença ou lesão, podendo ser manuseado sozinho ou combinado com algum acessório ou peça. Neste caso, são excluídos dispositivos implantáveis e de uso único.
Usos	* Acompanhar o percentual de equipamentos de baixa e média complexidade com cobertura contratual; * Adotar ações que visem garantir o funcionamento e segurança dos equipamentos não prejudicando a assistência; * Cumprir as Normas Legais (ANVISA).
Limitações	- Não indica os equipamentos que estão aguardando a finalização do processo de contratação; - Não mensura os equipamentos que estão funcionando, haja visto que os equipamentos podem ser mantidos de outras formas (PDPAS, por exemplo).
Fonte	Relatório da SINFRA (Planilha Excel), extraído através das informações dos contratos vigentes.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Qtd de Equipamentos de baixa e média complexidade, priorizados, que possui contrato vigente. **DENOMINADOR:** Qtd total de Equipamentos de baixa e média complexidade, priorizados. **MULTIPLICADOR**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	55% (2022)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não. Trata-se de um retrato do período analisado

Acumulativo para Pactuação	Não. Trata-se de um retrato do período analisado
Estratificação	-
Responsável Técnico	SEGEA/SINFRA/DEC/GEMED
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	Ampliar para 60% a cobertura de equipamentos de Baixa e Média complexidade em contratos de manutenção preventiva e corretiva até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	55%	55 %	58%	60 %

Alterações	Processo SEI: 00060-00219247/2023-89 (id. 112585385- 1ª Ficha Qualificação) (id. 124568956- Validação do Indicador) (id. 124906986- Fichas Compiladas- Sinfra (p.5) – em conformidade com esta ficha)

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 7. Gestão de Infraestrutura Predial e Tecnologia da Informação e Comunicação - Promover a melhoria contínua e a modernização da estrutura física e tecnológica da SES-DF
Objetivo 20. Promover a melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde e do transporte sanitário

Indicador 73. Percentual de Equipamentos Priorizados pela Assistência, de Alta Complexidade, que estão com contrato vigente de manutenção preventiva e corretiva.

Indicador 73. Percentual de Equipamentos Priorizados pela Assistência, de Alta Complexidade, que estão com contrato vigente de manutenção preventiva e corretiva.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador mensura a abrangência dos contratos de manutenção para Equipamentos de Alta Complexidade (Arco Cirúrgico, equipamentos para Litotripsia, e equipamentos emissores de radiação ionizante: Acelerador linear, Tomógrafo, Raio X, Ressonância Magnética, Mamógrafo e Densitometria óssea), por marca do equipamento, em um determinado período.
Usos	O indicador permite: - Acompanhar o percentual de equipamentos de alta complexidade com cobertura contratual; - Adotar ações que visem garantir o funcionamento e segurança dos equipamentos, de modo a não prejudicar a assistência; - Cumprir as Normas Legais (ANVISA).
Limitações	O indicador: - Não indica os equipamentos que estão aguardando a finalização do processo de contratação; - Não mensura os equipamentos que estão funcionando, haja visto que os equipamentos podem ser mantidos de outras formas (PDPAS, por exemplo); - Não leva em consideração a cobertura de manutenção daqueles equipamentos que não estão patrimoniados; - Não mensura a necessidade de novos contratos.
Fonte	Relatório da Subsecretaria de Infraestrutura - SINFRA (Planilha Excel), extraído através das informações dos contratos vigentes.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** Qtd de Equipamentos de alta complexidade, priorizados, que possuem contrato de manutenção preventiva e corretiva vigente. **DENOMINADOR:** Qtd total de Equipamentos de alta complexidade. **MULTIPLICADOR**: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	-
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não. Os resultados representam um retrato de cada período.

Acumulativo para Pactuação	Não. Os resultados representam um retrato de cada período.
Estratificação	-
Responsável Técnico	SEGEA/SINFRA/DEC/GFM
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	**Ampliar para 85% a cobertura de equipamentos Priorizados pela Assistência, de Alta Complexidade, que estão com contrato vigente de manutenção preventiva e corretiva até 2027.**
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	65%	70%	80%	85%

Alterações	Processo SEI: 00060-00219247/2023-89. (id. 112585058- 1ª Ficha Qualificação) (id. 124568956- Validação do Indicador). (id. 124906986- Fichas Compiladas- Sinfra (p.1) – em conformidade com esta ficha).

Eixo 2. Gestão do SUSB
Diretriz 8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Desenvolvimento de políticas e ações de gestão do trabalho e fortalecimento da educação e pesquisa em saúde
Objetivo 21. Desenvolver as estratégias da gestão do trabalho e da educação em saúde

Indicador 74. Percentual de desenvolvimento do plano de educação permanente 2024-2027.

Indicador 74. Percentual de desenvolvimento do plano de educação permanente 2024-2027.	
Vigência	■ 2024 ■ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	O plano de educação permanente 2024-2027 é necessário para aprimorar a entrega de serviços de saúde para a sociedade por meio da capacitação/formação dos profissionais da SES/DF. Com o Plano será possível a priorização de problemas que demandam ações de educação permanente em saúde. O Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS) 2024–2027 da SES/DF é uma estratégia voltada à qualificação contínua dos trabalhadores da saúde, com o objetivo de desenvolver competências que otimizem o desempenho profissional e melhorem a atenção à população. Estruturado com base em trilhas de aprendizagem — atenção primária, secundária, hospitalar, vigilância, trabalhador e gestor — o plano organiza inicialmente 379 ações educativas mapeadas para diferentes perfis e contextos de atuação. As trilhas promovem um percurso formativo orientado, favorecendo a prática reflexiva e a aplicação direta no cotidiano de trabalho. A Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP) atuará na implementação das ações, assegurando que estejam disponíveis aos servidores da SES/DF, fortalecendo a cultura de educação permanente e contribuindo para a melhoria contínua dos serviços de saúde. As etapas estarão divididas da seguinte maneira: 1º ano – elaboração e publicização do plano. 2º ao 4º ano – implementação do plano.
Usos	Monitorar a implementação do Plano de Educação Permanente com as execução de ações educativas para os servidores.
Limitações	A ausência de um sistema específico para monitorar a execução das ações educativas limita a identificação real do número de ações executadas, em especial quando a oferta de cursos é realizadas por instituições que não fazem parte da estrutura do GDF. O universo das ações mapeadas podem ser alteradas ao longo do tempo e isso pode alterar o resultado, considerando que o número total de ações mapeadas influenciam o cálculo do denominador da metodologia de cálculo.
Fonte	Painel (*business intelligence*) desenvolvido pela CIGEC com os dados das ações educativas mapeadas e executadas pelo Plano de Educação Permanente, dados das ações educativas disponíveis em instituições vinculadas ao GDF e parceiras e dados das ações educativas realizadas nas regiões monitoradas pelos NEPS

Metodologia de Cálculo	**1º ano:** **NUMERADOR:** Número de etapas de elaboração do Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS) executadas. **DENOMINADOR:** Número total* de etapas de elaboração do PEPS planejadas para o período. **MULTIPLICADOR:** 25%** *Etapas de elaboração do Plano : I - Analisar a situação da Educação Permanente e Continuada no âmbito da SES/DF; II - Elaborar os objetivos estratégicos a serem alcançados, em consonância com o Plano Distrital de Saúde 2024-2027, com o Acordo de Gestão Regional 2024-2027, e com o Plano de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito Estadual e Municipal (PGTES) 2024-2027; III - Propor estratégias em consonância com a realidade dos serviços de saúde, com o desenvolvimento das trilhas educativas; IV - Definir indicadores de monitoramento e avaliação; V - Elaborar a proposta orçamentária a ser executada para alcance dos objetivos estratégicos priorizados. **Considerando que cada ano de execução da meta representa 25% do valor total, torna-se necessário aplicar peso 25% no resultado. Nos anos de 2025, 2026, 2027 o cálculo do resultado da meta deverá considerar o resultados do(s) ano(s) anterior(es). **2º ao 4º ano:** **NUMERADOR:** Número total de ações educativas executadas (ações educativas que constam no Plano e que foram executadas em instituições vinculadas ao GDF, em instituições que ofertam cursos de acesso livre e pelas regiões de Saúde por meio dos NEPS). **DENOMINADOR:** Número total de ações educativas previstas no Plano de Educação Permanente para o ano de interesse (representa o total de ações educativas apontadas como necessárias pelo Plano de Educação Permanente para o ano de interesse). **MULTIPLICADOR**: 25%**. **Fórmula para o 1º ano:** (Número de etapas de elaboração do Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS) executadas**/**Número total* de etapas de elaboração do PEPS planejadas para o ano de 2024)***25% **Fórmula para o 2º ano:** (Número total de ações educativas executadas**/**Número total de ações educativas previstas no Plano de Educação Permanente para o ano de 2025)***25% **Fórmula para o 3º ano:** (Número total de ações educativas executadas**/**Número total de ações educativas previstas no Plano de Educação Permanente para o ano de 2026)***25% **Fórmula para o 4º ano:** (Número total de ações educativas executadas**/**Número total de ações educativas previstas no Plano de Educação Permanente para o ano de 2027)***25%
Critérios para a apuração	Serão consideradas para a apuração anual todas as ações educativas executadas que constem no PEPS.
Periodicidade de Monitoramento	Anual
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual.
Parâmetro	-
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Sim.

Estratificação	-
Responsável Técnico	SEGEA/SUGEP/CIGEC/DIDEP
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GEMAP SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Desenvolver 100% do Plano de Educação Permanente 2024-2027 com foco nas diretrizes estratégicas da SES-DF até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	25%	50%	75%	100%

Histórico de Pactuação do Indicador	Processo SEI: 00060-00213481/2023-01

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Desenvolvimento de políticas e ações de gestão do trabalho e fortalecimento da educação e pesquisa em saúde
Objetivo 21. Desenvolver as estratégias da gestão do trabalho e da educação em saúde

Indicador 75. Percentual de desenvolvimento da Política de Gestão de Pessoas.

Indicador 75. Percentual de desenvolvimento da Política de Gestão de Pessoas.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador demonstra o percentual do desenvolvimento da política de gestão de pessoas, estruturadas em diretrizes, normas e manuais para subsidiar a gestão de pessoas. Para o cálculo são consideradas o percentual de etapas da política de gestão de pessoas elaborado/implantado, sendo: 1° ano: elaboração da política. 2° ao 4° ano: implementação da política.
Usos	A análise dos dados do indicador possibilita: - Orientar os profissionais e gestores sobre as diretrizes a serem seguidas; - Criar condições de trabalho seguras e saudáveis; - Reconhecer e valorizar o servidor; - Padronizar as atividades relacionadas ao gerenciamento de pessoas.
Limitações	- O indicador não corresponde à utilização da política de gestão de pessoas; - Resistência à padronização dos processos de trabalho; - Complexidade na implementação da política por ausência de sistema apropriado.
Fonte	Monitoramento das ações por meio de processo SEI e planilhas internas da SUGEP/CIGEC.
Metodologia de Cálculo	**1º ano:** **NUMERADOR:** quantidade de etapas da política elaboradas **DENOMINADOR:** total de etapas* da elaboração da política **MULTIPLICADOR:** 25** *Etapas da elaboração da política: 1. Comunicar as áreas; 2. Realizar a oficina; 3. Elaborar a Política; e 4. Aprovar a Política. **2º ao 4º ano:** **NUMERADOR:** Número total de ações da política desenvolvidas (nº atividades/ações elaboradas e implantadas da etapa planejada para o período). **DENOMINADOR:** Número total de ações a serem implantadas (nº ações totais da (s) etapa (s) planejada(s) para o período). **MULTIPLICADOR:** 25** **Considerando que cada ano de execução da meta representa 25% do valor total,

	torna-se necessário aplicar peso 25% no resultado. Nos anos de 2025, 2026, 2027 o cálculo do resultado da meta deverá considerar o resultados do(s) ano(s) anterior(es).
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual.
Parâmetro	-
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	**Sim.**Os resultados acumulam ao longo do ano.
Acumulativo para Pactuação	**Sim.**Os resultados acumulam de um ano para o outro.
Estratificação	-
Responsável Técnico	SEGEA/SUGEP/CIGEC.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GEMAP SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	**Desenvolver 100% da Política de Gestão de Pessoas até 2027.**
Meta de Avaliação (Anual)	**Ano** / **2024** / **2025** / **2026** / **2027** **Meta Anual** / 25% / 50% / 75% / 100%
Alterações	Processo SEI: 00060-00213481/2023-01 (id. 146768704- Fichas de Indicadores (p.3)) (id. 147201405- Validação Ficha pela Coordenação)

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Desenvolvimento de políticas e ações de gestão do trabalho e fortalecimento da educação e pesquisa em saúde
Objetivo 21. Desenvolver as estratégias da gestão do trabalho e da educação em saúde

Indicador 76. Percentual de desenvolvimento do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho.

Indicador 76. Percentual de desenvolvimento do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho.	
Vigência	■ 2024 ■ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	O indicador, como ferramenta administrativa, possibilita melhorar a produtividade, minimizar os impactos do absenteísmo e dos riscos de acidentes e adoecimentos. 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. O Programa de Qualidade de Vida no Trabalho está dividido em cinco eixos temáticos principais, quais sejam: 1. Saúde e Bem-estar - ações que visem à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos; 2. Profissional - ações que promovam o desenvolvimento de competências, aperfeiçoamento do conhecimento e o aprimoramento das relações socioprofissionais estabelecidas no ambiente de trabalho; 3. Estrutura - ações que contemplem a estruturação do ambiente de trabalho nas dimensões de contexto, condições e organização do trabalho; 4. Estima - ações que possibilitem a valorização e o reconhecimento do servidor perante seus pares, superiores hierárquicos e sociedade; 5. Pessoal - ações que incentivem a conexão trabalho-vida social. <u>O Programa será implementado de acordo com as seguintes etapas:</u> **1° ano:** Eixo 1. **2° ano:** Eixo 1, Eixo 2 e Eixo 4. **3° ano:** Eixo 1, Eixo 2, Eixo 3 e Eixo 4. **4° ano:** Eixo 1, Eixo 2, Eixo 3, Eixo 4 e Eixo 5.
Usos	O indicador pode ser utilizado para monitorar o grau de implementação do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho no âmbito da SES-DF. Permite acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas ao longo dos quatro anos de execução do Programa e fornece subsídios para o planejamento e avaliação das ações desenvolvidas nos eixos temáticos. Também contribui para mensurar a efetividade das estratégias adotadas na melhoria do ambiente de trabalho e no bem-estar dos servidores.
Limitações	Ausência de sistema informatizado para garantir a segurança das informações e facilitar o registro das ações Dificuldade de apuração dos dados, em decorrência de edições não previstas, culminando com o comprometimento de fórmulas importantes para o correto funcionamento da base de dados. Recurso financeiro – a efetividade do indicador pode ser impactada pela disponibilidade de recursos financeiros, uma vez que a execução das ações planejadas depende de orçamento específico. Eventuais contingenciamentos podem comprometer o cumprimento de metas previstas.
Fonte	Documentos oficiais emitidos no Sistema Eletrônico de Informação (SEI) por cada uma das **7** Regiões de Saúde, **4** Unidades de Referência Distrital e Administração Central.

Metodologia de Cálculo	**Fórmula para o 1º ano:** (número de ações desenvolvidas no ano de 2024/número total de ações planejadas para o ano de 2024)*20%[1] **Fórmula para o 2º ano:** (número de ações desenvolvidas no ano de 2024/número total de ações planejadas para o ano de 2024)*20%[1] **+** (número de ações desenvolvidas no ano de 2024/número total de ações planejadas para o ano de 2025)*27%[1] **Fórmula para o 3º ano:** (número de ações desenvolvidas no ano de 2024/número total de ações planejadas para o ano de 2024)*20%[1] **+** (número de ações desenvolvidas no ano de 2024/número total de ações planejadas para o ano de 2025)*27%[1] **+** (número de ações desenvolvidas no ano de 2024/número total de ações planejadas para o ano de 2026)*26%[1] **Fórmula para o 4º ano:** (número de ações desenvolvidas no ano de 2024/número total de ações planejadas para o ano de 2024)*20%[1] **+** (número de ações desenvolvidas no ano de 2024/número total de ações planejadas para o ano de 2025)*27%[1] **+** (número de ações desenvolvidas no ano de 2024/número total de ações planejadas para o ano de 2026)*26%[1] **+** (número de ações desenvolvidas no ano de 2024/número total de ações planejadas para o ano de 2027)*27%[1] Nota[1]: Considerando que cada ano do Programa possui um número diferente de ações planejadas, torna-se necessário aplicar pesos diferentes ao cálculo para cada ano. Nos anos de 2025, 2026, 2027 o cálculo do resultado do indicador deverá considerar o resultados dos anos anteriores.
Descritivo da Metodologia de Cálculo	Cada ano do Programa está estruturado da seguinte forma: **1° ano:** Eixo 1: 206 ações programadas para o ano de 2024. **Total = 206 ações programadas para o ano de 2024.** **2° ano:** Eixo 1: 372 ações, Eixo 2: 57 ações e Eixo 4: 31 ações. **Total = 460 ações programadas para o ano de 2025.70** **3° ano:** Eixo 1: 372 ações, Eixo 2: 57 ações, Eixo 3: 31 ações e Eixo 4: 12 ações. **Total = 472 ações programadas para o ano de 2026.** **4° ano:** Eixo 1: 372 ações, Eixo 2: 57 ações programadas para o ano de 2025, Eixo 3: 31 ações, Eixo 4: 12 açõese Eixo 5: 24 ações. **Total = 496 ações programadas para o ano de 2027.**
Critérios para a apuração	**Apuração quadrimestral:** [para a apuração quadrimestral, deverão ser consideradas a soma das ações executadas nos 4 meses do quadrimestre de interesse] **Apuração anual:** [para a apuração anual, deverão ser consideradas a soma das ações executadas nos 12 meses do ano de interesse]
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.

Unidade de Medida	Percentual.
Parâmetro	-
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Sim.
Estratificação	Não
Responsável Técnico	SEAS/SUGEP/CIGEC
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GEMAP SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Desenvolver 100% do programa de qualidade de vida no trabalho até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
Meta Anual	20 %	47 %	73%	100%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213481/2023-01

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Desenvolvimento de políticas e ações de gestão do trabalho e fortalecimento da educação e pesquisa em saúde
Objetivo 21. Desenvolver as estratégias da gestão do trabalho e da educação em saúde

Indicador 77. Taxa[1] de Absenteísmo.

Indicador 77. Taxa[1] de Absenteísmo.	
Vigência	■ 2024 ■ 2025 ■ 2026 ■ 2027
Conceituação	O indicador demonstra a relação entre horas de afastamentos observadas e a carga horária contratada, apontando o percentual de ausências por motivos pré-determinados, sendo estes: • Atraso • Atestado médico até três dias • Atestado de comparecimento com compensação • Atestado de comparecimento sem compensação • Banco de Horas Negativo • Banco de Horas Positivo • Falta Justificada • Falta injustificada • Licença médica do servidor • Licença para tratamento fora • Licença doença pessoa família. São desconsideradas as ausências motivadas por férias, licenças e outros afastamentos legais como doação de sangue , abono de ponto, realização de exames periódicos, alistamento eleitoral ou requerimento de transferência de domicílio eleitoral, casamento, falecimento de cônjuge, companheiro, parceiro homoafetivo, pai, mãe, padrasto, madrasta, filho, irmão, enteado ou menor sob guarda ou tutela,licença materinidade/ partenidade, licença para serviço militar, licença para atividade política, licença servidor, licença para tratar de interesses particulares, licença para mandato classita, reunião escolar, com exceção dos afastamentos médicos e odontológicos. São desconsiderados do cálculo servidores cedidos e residentes.
Usos	A análise dos dados do indicador possibilita: • Subsidiar o processo decisório no que tange às políticas para remediar o absenteísmo no trabalho; • Auxiliar na análise da necessidade de Trabalho por Tempo Definido (TPD); • Fornecer subsídios para o dimensionamento da Força de Trabalho.
Limitações	• Dificuldade de monitoramento do dado uma vez que se depende do processamento das folhas de pontos, que demoram entre 60 e 90 dias para serem tratadas em definitivo em função da necessidade de homolgação de atestados e do tempo necessário para o tratamento do ponto pelas chefias imediatas; • O sistema oficial no qual o dado é extraído não disponibiliza ferramenta para a extração do indicador, por esta razão é necessário tratar o banco de dados em outras ferramentas para a devida apuração do indicador.
Fonte	Relatório extraído do Sistema de Registro de Frequência (SISREF), Planilhas Excel e Power BI.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR*:** Número de Horas Ausentes dos Servidores.

DENOMINADOR*: Número de Horas Contratadas, com exceção dos servidores cedidos e residentes. **MULTIPLICADOR:** 100

Códigos considerados:

Código	Motivo
08	Atraso
014	Atestado médico (até 3 dias)
016	Atestado de comparecimento com compensação
021	Banco de Horas Negativo
022	Banco de Horas Positivo
060	Falta Justificada
100	Atestado de comparecimento sem compensação
240	Falta injustificada
341	Licença médica servidor
345	Licença Tratamento fora
348	Licença doença pessoa família

*Em caso de apuração mensal, considera-se o número mensal de horas ausentes. Caso a apuração seja anual, considera-se as horas de afastamento em nível anual.

Códigos desconsiderados:

- 005 - Feriado
- 006 - Ponto Facultativo
- 013 - Reunião Escolar (Bimestral)
- 017 - Abono Anual de Ponto
- 019 - Férias
- 025 - Serviço Externo
- 030 - Folga Convocação Jus Eleitoral
- 031 - Hora Camp. Vacinação
- 034 - Saída de Plantão 18h (-)
- 050 - A Disposição do Cons. de Saúde
- 051 - Paralisação/assembleia
- 060 - Utilização de Banco de horas positivo
- 238 - Falta de Marcação Justificada
- 301 - A Disposição da Justiça
- 303 - CH parcial cedida outro Órgão
- 304 - Afast. Inq Administ/Preventivo
- 309 - Afast. p/ Atividade Desportiva
- 311 - Afast. Sentença Judicial
- 312 - Conv / Alist Justiça Eleitoral
- 313 - Aposentadoria

	• 318 - Congresso/Conferência/Cursos • 320 - Doação de sangue • 321 - Falecimento do Servidor • 326- Folga Anual Exames Prev/Periódico • 328 - Folga Campanha de Vacinação • 329 - Folga compensatória de Feriado • 331 - Folga Convocação Trib. do Júri • 332 - Greve de Profissionais • 333 - Greve de Transporte • 335 - Licença Acidente Serviço/Trab. • 336 - Licença Adoção • 337 - Licença gala / Casamento • 338 - Licença nojo / Falecimento • 340 - Licença Maternidade / Gestante • 346 - Licença Paternidade • 349 - Licença Prêmio por Assiduidade • 352 - Esquecimento Crachá • 356 - Licença-servidor - LC 952/2019 • 359 - Suspensão • 364 - Atividade Ensino / Preceptoria • 376 - Amamentação • 377 - Telemedicina • 550 - Teletrabalho regular • 600 - Disp. p/ Votação-Eleições • 601 - A Disposição da Corregedoria • 604 - A Disposição da SUBSAÚDE • 607 - Conv SEJUS (Dec. 40020/2019) • 608 - Folga SEJUS (Dec. 40020/2019) • 609 - Recesso de Natal e Ano Novo com compensação de horas • 702 - Cedido
Descritivo da Metodologia de Cálculo	Para fins de cálculo do numerador serão consideradas horas ausentes aquelas geradas no Sistema SISREF a partir dos códigos: 08 – Atraso; 14 – Atestado médico até 3 dias; 16 – Atestado de comparecimento c/ compensação; 21- Banco de Horas Negativo; 22 - Banco de Horas Positivo; 60 - Falta Justificada; 100- Atestado de comparecimento s/ compensação; 240 – Falta injustificada; 341 – Licença Médica Servidor; 345 – Licença para tratamento fora; 348 – Licença doença pessoa família. Para cálculo do denominador é considerado a carga horária de todos os servidores com exceção de residentes e servidores cedidos.
Método de apuração	1. Extração do relatório no SISREF;

	2. Tratamento no Excel – tratamento das horas de afastamento, cruzamento com a força de trabalho para exclusão de servidores aposentados, exonerados e demitidos; tratamento de carga horária. 3. Carregamento dos dados no Power BI; 4. Construção das medidas – numerador e denominador; 5. Construção do Painel
Critérios para a apuração	Apuração mensal: serão consideradas o número mensal de horas ausentes dos servidores em relação ao número mensal de horas contratadas; Apuração anual: serão consideradas o somatório das horas ausentes dos servidores nos 12 meses do exercício em relação ao somatório das horas contratadas dos servidores nos 12 meses do exercício.
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	10,61% (2022).
Polaridade	Menor-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Regiões de Saúde.
Responsável Técnico	SEGEA/SUGEP/CIGEC
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GMOAS SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Reduzir para 9% a taxa de absenteísmo até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	10,61%	9,81%	9,41%	9,00%

Histórico de Pactuação do Indicador	Processo SEI: 00060-00213481/2023-01
Nota[1]	Embora a unidade de medida do indicador seja uma proporção, usualmente no contexto da gestão de pessoas, o abscenteísmo é associado à medida do tipo taxa.

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Desenvolvimento de políticas e ações de gestão do trabalho e fortalecimento da educação e pesquisa em saúde
Objetivo 21. Desenvolver as estratégias da gestão do trabalho e da educação em saúde

Indicador 78. Percentual de ações educativas executadas pela EAPSUS previstas no Plano de Educação Permanente da SES-DF.

Indicador 78. Percentual de ações educativas executadas pela EAPSUS previstas no Plano de Educação Permanente da SES-DF.	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	Esse indicador mede a qualificação e o aperfeiçoamento dos profissionais por meio de educação em saúde, com melhorias na entrega de serviços de saúde para a sociedade, mensurando, assim, a proporção de ações educativas executadas pela EAPSUS, de acordo com o Plano de Educação Permanente da SES-DF.
Usos	O indicador consegue mensurar: o desempenho quanto à execução do Plano pactuado; e a capacidade de atendimento das necessidades de ações educativas estabelecidas no Plano de Educação Permanente da SES-DF.
Limitações	O planejamento e a organização da SES-DF quanto ao direcionamento das ações educativas necessárias à EAPSUS; falta de padronização das ações planejadas e programadas.
Fonte	Processos SEI; Relatórios de Gestão da EAPSUS.
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de ações educativas executadas pela EAPSUS de acordo com Plano de Educação Permanente da SES/DF. DENOMINADOR: Número de ações educativas demandadas pela SES- DF, conforme Plano de Educação, em determinado período e tempo. MULTIPLICADOR: x 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	68% (2022).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Cursos EAD, presenciais, webnários, oficinas e seminários.
Responsável Técnico	FEPECS/EAPSUS.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/DIPLAN/GEMAP
Descrição da Meta	Executar 70% das ações educativas previstas no Plano de Educação permanente da SES-DF até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	2024	2025	2026	2027
Meta Anual	70%	70%	70%	70%

Alterações	Processo SEI: 00060-00213574/2023-27

Eixo 2. Gestão do SUS

Diretriz 8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Desenvolvimento de políticas e ações de gestão do trabalho e fortalecimento da educação e pesquisa em saúde

Objetivo 21. Desenvolver as estratégias da gestão do trabalho e da educação em saúde

Indicador 78.1 Percentual de ações educativas executadas pela CESES/ESPDF pactuadas do Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS) da SES-DF.

Indicador 78.1 Percentual de ações educativas executadas pela CESES/ESPDF pactuadas do Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS) da SES-DF.	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	Esse indicador mede a capacidade da CESES/ESPDF em executar as ações educativas pactuadas e previstas no Plano de Educação Permanente da SES-DF que visa o aperfeiçoamento e qualificação dos profissionais de saúde e comunidade acadêmica por meio de educação em saúde com o objetivo de entregar serviços de saúde mais eficientes à sociedade.
Usos	O indicador consegue mensurar o desempenho quanto à execução do PEPS pactuado; e a capacidade de atendimento das necessidades de ações educativas estabelecidas no Plano de Educação Permanente da SES-DF.
Limitações	O planejamento e a organização da SES-DF quanto ao direcionamento das ações educativas necessárias à CESES/ESPDF; Falta de padronização das ações planejadas e programadas; Áreas demandantes direcionando a execução de cursos fora do PEPS; capacidade instalada da CESES/ESPDF; Falta de espaço físico para realização de cursos; Ausência de facilitadores dos temas solicitados.
Fonte	Processos SEI; Relatórios de Gestão da CESES/ESPDF; Plano de Educação Permanente da SES-DF e seu plano de ação.
Metodologia de Cálculo	**Numerador**: Número de ações educativas executadas pela CESES/ESPDF, de acordo com pactuação do Plano de Educação Permanente da SES/DF no ano. **Denominador**: Número de ações educativas pactuadas pela SES-DF, Conforme Plano de Educação no ano. **Multiplicador**: x 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	68% (2022).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Cursos EAD, híbridos, presenciais, webinários, cursos de capacitação e aperfeiçoamento, oficinas e seminários.
Responsável Técnico	FEPECS/ESPDF/CESES/GAEES
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/DIPLAN/GEMAP SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN

<table>
<tr><td>Descrição da Meta</td><td>Executar 70% das ações educativas pactuadas do Plano de Educação permanente da SES- DF até 2027.</td></tr>
<tr><td>Meta de Avaliação (Anual)</td><td>
<table>
<tr><th>Ano</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th></tr>
<tr><td>Meta Anual</td><td>70%</td><td>70%</td><td>70%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Alterações</td><td>Processo SEI: 00060-00213574/2023-27 Revisão: 00060-00417206/2024-37
(id. 154495753) - Ficha proposta;
(id. 155726527) - memória reunião na qual se validou a ficha. Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99</td></tr>
</table>

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Desenvolvimento de políticas e ações de gestão do trabalho e fortalecimento da educação e pesquisa em saúde
Objetivo 21. Desenvolver as estratégias da gestão do trabalho e da educação em saúde

Indicador 79. Taxa de ocupação dos cenários de atividades práticas curriculares da SES-DF.

Indicador 79. Taxa de ocupação dos cenários de atividades práticas curriculares da SES-DF.	
Vigência	■2024 ☐2025 ☐2026 ☐2027
Conceituação	O indicador é relevante para diagnosticar se há falta ou sobra de vagas de estágios na SES-DF. A EAPSUS é muito cobrada pelas Instituições de ensino conveniadas a respeito da falta de vagas de estágios na SES-DF. No entanto, pela experiência, percebe-se que os cenários não são escassos, e sim não atendem exatamente a formatação exigida pelas Instituições (períodos, dias, quantidade de vagas). Cenários de ensino são espaços no interior dos campos de prática onde ocorrem as atividades de ensino-aprendizagem em saúde, nos quais serão disponibilizadas as vagas para realização das atividades práticas curriculares.
Usos	Aplicável para justificativa técnica diante de parecer para novos convênios com Instituições de ensino. O aumento da taxa de ocupação aumentaria a contrapartida financeira recebida pela SES-DF.
Limitações	Apesar de existir um banco de dados, o sistema utilizado para formalização das pactuações de vagas ainda não emite relatórios.
Fonte	Processos no SEI, Relatórios de Gestão da EAPSUS e SIGECAP.
Metodologia de Cálculo	**NUMERADOR:** total de vagas de estágio utilizadas no SIGECAP. **DENOMINADOR**: total de vagas de estágio ofertadas no SIGECAP. **MULTIPLICADOR:** 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Percentual (%).
Parâmetro	DF, 2023: 30%.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Não.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Por Regiões de Saúde e URD's.
Responsável Técnico	GIES/EAPSUS/FEPECS.
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP

Descrição da Meta	Aumentar a ocupação dos cenários de atividades práticas curriculares das vagas ofertadas pelas unidades da SES/DF em 70% até 2027.				
Meta de Avaliação (Anual)		**2024**	**2025**	**2026**	**2027**
		55%	60%	65%	70%
Alterações	Processo SEI: 00060-00213574/2023-27				

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Desenvolvimento de políticas e ações de gestão do trabalho e fortalecimento da educação e pesquisa em saúde
Objetivo 21. Desenvolver as estratégias da gestão do trabalho e da educação em saúde

Indicador 79.1 Número de vagas ofertadas nos cenários de ensino da SES-DF para a realização de atividades práticas curriculares ao ano

Indicador 79.1 Número de vagas ofertadas nos cenários de ensino da SES-DF para a realização de atividades práticas curriculares ao ano	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador é relevante para nortear se há incremento ou redução de vagas nos cenários ofertados para as atividades práticas curriculares na SES-DF. A Coordenação de Ensino Serviço e Educação na Saúde é muito cobrada pelas Instituições de ensino conveniadas a respeito de uma suposta diminuição das vagas e dos cenários de ensino na SES-DF. No entanto, não há um monitoramento dessa métrica para a prestação de contas aos conveniados. Cenários de ensino são espaços no interior dos campos de prática onde ocorrem as atividades de ensino-aprendizagem em saúde, nos quais serão disponibilizadas as vagas para realização das atividades práticas curriculares.
Usos	Aplicável para justificativa técnica diante de parecer para novos convênios com Instituições de ensino. O aumento de vagas ofertadas nos cenários também refleteria no incremento da contrapartida financeira recebida pela SES-DF pelas Instituições de ensino conveniadas.
Limitações	Os dados são retirados de planilha interna de controle dos cenários ofertados via NEPS das Regiões e URD´s.
Fonte	Planilhas internas alimentadas pelos NEPS das Regiões e URDs (por Curso)
Metodologia de Cálculo	Número total de vagas ofertadas nos cenários de ensino da SES-DF para a realização das atividades práticas curriculares ao ano.
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número absoluto.
Parâmetro	49.813 vagas (2024)
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	-
Responsável Técnico	FEPECS/ESPDF/CESES/GIES
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN;
Descrição da Meta	Ampliar o número de vagas ofertadas para atividades práticas curriculares em 5% ao ano até 2027.

Ano	2025	2026	2027	

Meta de Avaliação (Anual)	<table><tr><td>**Meta Anual**</td><td>52.303</td><td>54.918</td><td>57.664</td><td></td></tr></table>
Alterações	Processo SEI: 00060-00213574/2023-27 Revisão: 00060-00417206/2024-37 – (id. (159330157)- Ficha proposta, (id. 160917817)- indicadores FEPECS consolidados Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Desenvolvimento de políticas e ações de gestão do trabalho e fortalecimento da educação e pesquisa em saúde
Objetivo 22. Aperfeiçoar a educação profissional técnica e superior em saúde e qualificar os profissionais da SES e a comunidade por meio da educação permanente e educação em saúde

Indicador 80. Número de turmas simultâneas nos Cursos Técnicos ofertados pela CETEC.

Indicador 80. Número de turmas simultâneas nos Cursos Técnicos ofertados pela CETEC.	
Vigência	■2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador mensura a quantidade de cursos técnicos ofertados pela ETESB para Técnico de Enfermagem, Técnico em Análises Clínicas e Técnico em Saúde Bucal. A meta estimula a criação de novas turmas nos cursos técnicos da escola, visando como entrega para a sociedade o aumento de profissionais qualificados no mercado de trabalho.
Usos	O indicador possibilita quantificar a disponibilização de cursos técnicos fomentando a formação, capacitação e qualificação técnica nos cursos da ETESB.
Limitações	Trata-se de limitações referentes à estrutura da ETESB quanto à recursos humanos, mediante a disponibilização de profissionais com especialidades diferentes das requeridas, dificultando o planejamento e a execução da oferta de cursos.
Fonte	Sistema de gestão de pessoal de controle interno (Planilha Interna).
Metodologia de Cálculo	**Número de cursos técnicos simultâneos ofertados pela ETESB anualmente.**
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número Absoluto (n).
Parâmetro	3 cursos ofertados em 2023.
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Será estratificado por grupo técnico ofertado: - Técnico de Enfermagem; - Técnico em Análises Clínicas; - Técnico em Saúde Bucal.
Responsável Técnico	FEPECS/DE/ESPDF/CETEC
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP
Descrição da Meta	**Aumentar até 05 turmas simultâneas nos cursos técnicos pela ETESB até 2027.**

<table>
<tr><td>Meta de Avaliação (Anual)</td><td>
<table>
<tr><th>Ano</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th></tr>
<tr><td>Meta Anual</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Alterações</td><td>Processo SEI: 00060-00213574/2023-27
(id. 123630932- Ata de Reunião para validação dos indicadores) (id. 124202483- Ficha versão final validada pela FEPECS) (id. 124607515- Ofício de Validação da Ficha do Indicador)</td></tr>
</table>

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Desenvolvimento de políticas e ações de gestão do trabalho e fortalecimento da educação e pesquisa em saúde
Objetivo 22. Aperfeiçoar a educação profissional técnica e superior em saúde e qualificar os profissionais da SES e a comunidade por meio da educação permanente e educação em saúde

Indicador 81. Número de vagas de residência médica e residências em áreas profissionais de saúde ofertadas pela ESPDF/FEPECS

Indicador 81. Número de vagas de residência médica e residências em áreas profissionais de saúde ofertadas pela ESPDF/FEPECS	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador expressa o número de vagas de residência médica e residências em áreas profissionais de saúde da SES-DF, visando a ampliação de vagas e a melhor qualificação dos profissionais de saúde do DF.
Usos	O indicador possibilita: - Analisar o investimento da SES na formação de especialistas; - Contribuir para o fortalecimento da saúde pública do DF.
Limitações	1) O indicador é registrado em números absolutos e não é viável relativizar em relação à população alvo. 2) O indicador pode não inferir diretamente nos profissionais que vão trabalhar na saúde pública; 3) Fragilidade na fonte de extração das informações.
Fonte	Processos SEI; Relatórios do Sistema Informatizado da Comissão Nacional de Residência Médica e SINAR.
Metodologia de Cálculo	Número absoluto de vagas de residência médica e residências em áreas profissionais de saúde ofertadas pela ESPDF/FEPECS
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número Absoluto (n).
Parâmetro	1807 (2024).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo paraPactuação	Não.
Estratificação	Não se aplica
Responsável Técnico	FEPECS/DE/ESPDF/CPLE
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Aumentar 30 vagas de residência médica e residências em áreas profissionais de saúde por ano até 2027.
Meta de Avaliação (Anual)	

Ano	**2025**	**2026**	**2027**

	Meta Anual	1837	1867	1897
Alterações	Processo SEI: 00060-00417206/2024-37 (id. 159834927) – Proposta Indicador; (id. 160917817)- indicadores FEPECS consolidados (id. 161124203)- Pendente de validação pela GPLACI? Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99			

Eixo 2. Gestão do SUS
Diretriz 8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Desenvolvimento de políticas e ações de gestão do trabalho e fortalecimento da educação e pesquisa em saúde
Objetivo 22. Aperfeiçoar a educação profissional técnica e superior em saúde e qualificar os profissionais da SES e a comunidade por meio da educação permanente e educação em saúde

Indicador 82. Número de vagas de pós-graduação lato sensu ofertadas pela ESPDF/FEPECS

Indicador 82. Número de vagas de pós-graduação lato sensu ofertadas pela ESPDF/FEPECS	
Vigência	☐2024 ■2025 ■2026 ■2027
Conceituação	O indicador expressa o número de vagas de pós-graduação *lato sensu* ofertadas, visando a ampliação de vagas e a melhor qualificação dos trabalhadores do SUS
Usos	O indicador possitilita: - Analisar o investimento da SES na formação de especialistas; - Contribuir para o fortalecimento da saúde pública do DF; - Mensurar o desempenho quanto ao cumprimento do Inciso II do Art. 4° do Decreto n° 45.950 de 2024.
Limitações	1) O indicador pode não inferir diretamente profissionais que vão trabalhar na saúde pública; 2) Fragilidade na fonte de extração das informações.
Fonte	Processos SEI; Sistema acadêmico da ESPDF.
Metodologia de Cálculo	Número absoluto de vagas de pós-graduação lato sensu ofertados pela ESPDF/FEPECS
Periodicidade de Monitoramento	Anual.
Periodicidade de Avaliação	Anual.
Unidade de Medida	Número Absoluto (n).
Parâmetro	174 (2024).
Polaridade	Maior-Melhor.
Acumulativo Anual	Sim.
Acumulativo para Pactuação	Não.
Estratificação	Não se aplica
Responsável Técnico	FEPECS/DE/ESPDF/CPLE
Coordenador da Pactuação	SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIMOAS/GEMAP SEGEA/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLAN
Descrição da Meta	Aumentar 30 vagas de pós-graduação *lato sensu*, anualmente, até 2027.

Meta de Avaliação (Anual)	**Ano**	**2025**	**2026**	**2027**	
	Meta Anual	204	234	264	
Alterações	Processo SEI: Revisão: 00060-00417206/2024-37 (id. 159963215)- Ajustes do Indicador; (id. 160917817)- indicadores FEPECS consolidados (id. 161124203)- Pendente de validação pela GPLACI. Fichas revisadas consolidadas: 00060-00502131/2024-99				

Alterações na Ficha de Qualificação do Indicador – Vigência 2026

As Fichas Técnicas disponibilizadas neste caderno poderão sofrer alterações, caso sejam identificadas inconsistências metodológicas do indicador ou quando solicitado pelas áreas responsáveis.

A proposta de revisão dos indicadores e metas para o ano de 2026 será deliberada pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

A seguir, apresentamos o quadro detalhado com as alterações dos indicadores/metas para a vigência 2026 que serão apreciadas pelo Colegiado de Gestão das SES-DF. Além disso, também estão dispostas as alterações nas fichas de indicadores selecionados que não ensejarão em mudanças no método de apuração para 2026. Neste caso, foram realizadas atualizações nas fichas para dar maior clareza aos atributos do indicador, ao método de apuração e à estratégica de monitoramento e de avaliação dos resultados.

Situação Atual (2025) do Indicador	Revisão do Indicador para a vigência 2026	Informações complementares
Indicador: Percentual de Unidades Básicas de Saúde com cobertura de serviços de telediagnóstico implantados. **Parâmetro:**100% das UBS realizando ECG, MAPA e HOLTER.15 UBS realizam Retinografia, Espirometria e Dermatoscopia, distribuídas da seguinte forma: 3 pontos na RS Sudoeste e 2 pontos nas demais RS. **Metodologia de Cálculo:** Número de UBS com cobertura de serviços de telediagnóstico (eletrocardiograma, holter, MAPA retinografia, dermatocospia e estomatoscopia) implantados./ Número total de UBS. MULTIPLICADOR: 100. **Meta**:Implementar a cobertura de exames diagnósticos via telessaúde em 40% das unidades básicas de saúde até 2027. **Metas anuais: 2024:** 10% **; 2025:** 20% **; 2026:** 30% **; 2027:** 40%	**Aguarda deliberação do Colegiado de Gestão acerca da exclusão do indicador.**	- Por não haver a oferta da modalidade de telediagnóstico nas unidades básicas de saúde a área técnica responsável solicitou a exclusão do indicador [(Memorando 176 (181541981)].

Indicador: Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) Modalidade 3 do Distrito Federal. **Parâmetro:** 3 equipes na modalidade III implantadas e habilitadas. **Metodologia de Cálculo:** Número Absoluto de novas eCR modalidade III habilitadas e implantadas no DF. **Meta:** Implantar nove novas equipes de Consultório na Rua (eCR) na modalidade 3 até 2027. **Metas anuais: 2024:** n/a **; 2025:** 3 **; 2026:** 6**; 2027:** 9**.**	**Indicador:** Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) Modalidade 3 do Distrito Federal. **Parâmetro:** 3 equipes na modalidade III implantadas e habilitadas. **Metodologia de Cálculo:** Número Absoluto de eCR modalidade III habilitadas no DF. **Meta:** Ampliar para nove (9) o número de equipes de Consultório na Rua (eCR) habilitadas na modalidade III até 2027. **Metas anuais: 2024:** 1; **2025:** 3; **2026:** 6; **2027:** 9	- Foram identificadas inconsistências na metodologia de cálculo e na meta proposta. Já existem 3 equipes eCR modalidade III implantadas e habilitadas. As outras 6 equipes eCR modalidade I existentes serão transformadas em modalidade III. Por esta razão, a meta para o quadriênio será a ampliação para nove equipes eCR modalidade III, ao invés da implantação de nove novas equipes. - Serão alteradas a metodologia de cálculo e o título da meta.
Indicador: Percentual de Equipes da APS (eSF, eSB, eMulti, eCR, eAPP) que realizaram o processo avaliativo do Programa Qualis-APS**.** **Parâmetro:** n/a. **Metodologia de Cálculo:** Número de equipes (eSF, eSB, eCR, eAPP) que foram certificadas no Qualis-APS/ Número total de equipes (eSF, eSB, eCR, eAPP) no período de início de cada ciclo. MULTIPLICADOR: 100. **Meta:** Alcançar 100% das equipes da APS com processo avaliativo realizado do programa QualisAPS, anualmente, até o ano de 2027**.** **Metas anuais: 2024:** 95% **; 2025:**97% **; 2026:**99% **; 2027:** 100%	**Aguarda deliberação do Colegiado de Gestão acerca da exclusão do indicador.**	- O processo avaliativo do Qualis-APS é realizado por intermédio de Convênio entre a SES-DF e a Fiocruz Brasília. Entretanto, o novo convênio do programa ainda não foi firmado entre as instituições e isso inviabilizou a realização da avaliação das equipes de APS nos anos de 2024 e 2025. Para estes dois anos a prestação de contas foi apresentada com alcance de 0% para a meta anual. - Considerando que o Plano Distrital de Saúde encontra-se na metade de seu curso, que o novo convênio ainda não foi celebrado e que, por esta razão, a meta não atende aos requisitos metodológicos básicos para permanecer nos instrumentos de planejamento, a área de planejamento sugere que o indicador seja excluído do PDS.

Indicador: Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial. **Parâmetro:** 22 (2022, DF). **Metodologia de Cálculo:** Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial. **Meta:** Atingir 58% do número de UBS que realizam acima de 200 coletas laboratoriais ao mês. **Metas anuais: 2024**: 42**; 2025:** 62 **; 2026**: 82**; 2027:** 102	**Indicador:** Indicador 06.1. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo II que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial. **Parâmetro:** N/A (indicador novo) **Metodologia de Cálculo:** Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo II que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial. **Meta:** Atingir o número de 55 UBS tipo II que realizam acima de 200 coletas laboratoriais ao mês até 2027. **Metas anuais: 2024:** n/a**; 2025:** n/a**; 2026:** 40; **2027:** 55 **Indicador:** Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo I que realizam mais de 100 coletas/mês de material para exame laboratorial. **Parâmetro:** N/A (indicador novo) **Metodologia de Cálculo:** Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo I que realizam mais de 100 coletas/mês de material para exame laboratorial **Meta:** Atingir o número de 40 Unidades Básicas de Saúde tipo I que realizam acima de 100 coletas/mês. **Metas anuais: 2024:** n/a**; 2025:** n/a**; 2026:** 30**; 2027:** 40	- Houve recomendação (Parecer 14 (178868247)] do Conselho de Saúde do Distrito Federal para a revisão da metodologia de cálculo do indicador, por ocasião da avaliação do Relatório Anual de Gestão 2024. - A metodologia de cálculo foi revisada de forma a estratificar o porte das UBS em Tipo I e Tipo II, além de especificar quais critérios deverão ser levados em consideração quando o dado for apurado mensalmente, quadrimestralmente e anualmente. - Na análise realizada foi identificada que a capacidade instalada pode influenciar o resultado apurado. Por esta razão, a área técnica optou por desmembrar o indicador, adequando a meta anual ao porte da UBS. - O indicador foi desmembrado, sendo criado dois novos indicadores: a) Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo II que realizam mais de 200 coletas/mês de material para exame laboratorial. b) Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tipo I que realizam mais de 100 coletas/mês de material para exame laboratorial.

Indicador: Cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti). **Parâmetro:** 68,58% (2024) **Metodologia de Cálculo:** (Número de eMulti Ampliadas multiplicado por 12) + (Número de eMulti Complementar multiplicado por 9) + (Número de eMulti Estratégica multiplicado por 4). / Número total de equipes de Saúde da Família (eSF) + Número total de equipes de Consultório na Rua (eCR). **MULTIPLICADOR:** 100 **Meta:** Alcançar 80% a cobertura das equipes multiprofissionais na atenção primária (eMulti), até 2027. **Metas anuais: 2024**: n/a **; 2025:** 74,25%**; 2026**: 78,16 % **; 2027:** 80,00 %	**Indicador:** Cobertura das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti). **Parâmetro:** NA (indicador novo). **Metodologia de Cálculo:** [(E-Multi Estratégica * 1) +(E-Multi Estratégica * 2)+(E-Multi Estratégica * 3) +(E-Multi Estratégica * 4)] + [(E-Multi Complementar * 5)+(E-Multi Complementar * 6) + (E-Multi Complementar * 7) + (E-Multi Complementar * 8) + (E-Multi Complementar * 9)] + [(E-Multi Ampliada *10)+(E-Multi Ampliada *11)+(E-Multi Ampliada *12)] / TOTAL de eSF e eCR **MULTIPLICADOR**: 100 Meta: Alcançar 80% a cobertura das equipes multiprofissionais na atenção primária (eMulti), até 2027. **Metas** anuai**s: 2024**: n/a**; 2025**:74,25%; **2026:** 78,16 % ; 2027: 80,00 %	- Foi identificada a necessidade de alterar a metodologia de cálculo para adequar as modalidades das equipes multiprofissionais ao status de vinculação. A ficha do indicador foi complementada com a alteração na fórmula de cálculo.
Indicador: Proporção de serviços de saúde da Rede SES-DF que ofertam as Práticas Integrativas em Saúde (PIS). **Metodologia de Cálculo:** Nº de unidades que ofertam ao menos uma Prática Integrativa em Saúde/ Nº total de Unidades próprias da Rede SES DF Multiplicador: 100 **Meta:** Aumentar para 75% a oferta das práticas integrativas em saúde nos serviços de saúde até 2027. **Metas anuais: 2024:** 60% **; 2025:** 65% **; 2026:** 70% **; 2027:** 75%	**Indicador:** Proporção de estabelecimentos assitenciais da APS da Rede SES-DF que ofertam Práticas Integrativas em Saúde (PIS) **Parâmetro:** n/a indicador novo **Metodologia de Cálculo:** **NUMERADOR:** Número de estabelecimentos assistenciais da APS que ofertam ao menos uma PIS, a partir dos dados coletados no Infosaúde. **DENOMINADOR:** Número de estabelecimentos assistenciais da APS da SES-DF, a partir de dados retirados do Infosaúde. **MULTIPLICADOR: 100.** **Meta:** Aumentar para 75% a oferta das práticas integrativas em saúde nos serviços de saúde até 2027. **Metas anuais: 2024:** 60%**; 2025:** 65%**; 2026:** 70% **; 2027:** 75%	- Foi identificado que o indicador no formato anterior não permitia a apuração de forma fidedigna das informações para todos os níveis de atenção. - A área técnica propôs novo indicador específico para estabelecimentos de saúde da Atenção Primária com a apuração realizada a partir de dados oficiais de produção de serviços.

Indicador: Percentual de subespecialidades das especialidades sob o escopo da Saúde Funcional reguladas no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária nas Superintendências das Regiões de Saúde e das Unidades de Referência Distrital do DF . **Parâmetro:** 73% (DF, março/2023) **Metodologia de Cálculo:** Subespecialidades da saúde funcional nos pontos de atenção que estão regulados (panoramas 1 e 3), por especialidade/Subespecialidades da saúde funcional nos pontos de atenção, por especialidade. MULTIPLICADOR: 100 **Meta:** Regular 95% do acesso às subespecialidades da saúde funcional, de cada especialidade, nos pontos de atenção da Rede SESDF, até 2027. **Metas anuais: 2024: n/a; 2025: 80%; 2026: 85%; 2027: 95%**	**Indicador:** Percentual de subespecialidades das especialidades sob o escopo da Saúde Funcional reguladas no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária nas Superintendências das Regiões de Saúde e das Unidades de Referência Distrital do DF*. **Parâmetro:** 73% (DF, março/2023) **Metodologia de Cálculo:** Subespecialidades da saúde funcional nos pontos de atenção que estão regulados (panoramas 1 e 3), por especialidade./ Subespecialidades da saúde funcional nos pontos de atenção, por especialidade. MULTIPLICADOR: 100 **Meta:** Regular 100% do acesso às subespecialidades da saúde funcional, de cada especialidade, nos pontos de atenção da Rede SESDF, até 2027. **Metas anuais:2024: n/a; 2025: n/a; 2026: 100%; 2027: 100%**	- Em função da superação no 2º quadrimestre de 2025 da meta prevista para 2026, a área técnica solicitou alteração da meta para o ano de 2027, conforme Despacho 188466493.

Indicador: Taxa de incidência mensal de dengue na população do DF. **Parâmetro:** De 224,18 (semanas 13 a 16) a 232,33 (semanas 17 a 20). **Metodologia de Cálculo:** Número de casos prováveis de dengue em residentes no Distrito Federal nas 4 ultimas semanas epidemiológicas/ População total residente no Distrito Federal do período considerado MULTIPLICADOR: 100.000 **Meta:** Manter a Taxa de Incidência Mensal de Dengue menor que 300 por 100.000 habitantes na população do DF até 2027. **Metas anuais: 2024:** Manter a taxa mensal <300**;** **2025**:Manter a taxa mensal <300**; 2026:** Manter a taxa mensal <300**; 2027**: Manter a taxa mensal <300	**Indicador:** Controle da taxa de incidência de dengue na população do Distrito Federal**.** **Parâmetro**: Diagrama de controle da série dos últimos 7 anos .O diagrama de controle estabelece o maior valor observado da taxa de incidência de dengue para cada semana epidemiológica. **Metodologia de Cálculo:** Para cada semana epidemiológica do ano corrente será calculada a taxa de incidência de dengue a partir da seguinte fórmula: Número de casos prováveis de dengue em residentes no Distrito Federal com início de sintomas na respectiva semana epidemiológica de interesse/População total residente no Distrito Federal no período considerado. MULTIPLICADOR: 100.000 **Meta:** Manter a taxa de incidência de dengue, a cada 4 semanas epidemiológicas consecutivas, abaixo do limite superior do diagrama de controle dos últimos 7 anos, até 2027**.** **Metas anuais: 2024: n/a ; 2025: n/a ; 2026:** ≤ 4 semanas; Não ultrapassar, de forma sustentada, por mais de 4 semanas consecutivas, o limite superior do diagrama de controle dos últimos sete anos (2019 a 2025)**; 2027**: ≤ 4 semanas; Não ultrapassar, de forma sustentada, por mais de 4 semanas consecutivas, o limite superior do diagrama de controle dos últimos sete anos (2020 a 2026)	- O indicador atual avalia a taxa de incidência mensal da dengue. - Em análise junto à área técnica, concluíu-se que o atual formato não é adequado para avaliar uma doença endêmica, uma vez que não parece ser adequado ter uma mesma meta para todos os meses do ano. - Dessa forma, foi discutida com a SVS a substituição do atual indicador por um novo, mais fidedigno e mais adequado para o monitoramento de uma doença endêmica. - Considerando que ao longo do ano as semanas epidemiológicas podem apresentar comportamentos diferentes para a incidência da doença, será mais adequado utilizar um indicador que leve em consideração a série histórica das taxas de incidência de dengue para cada semana epidemiológica. - Para operacionalizar a apuração do indicador será estruturado um diagrama de controle que tem como limite superior os maiores valores das taxas de incidência para cada uma das semanas epidemiológicas dos últimos 7 anos. - O novo indicador terá a seguinte nomenclatura: "*Controle da taxa de incidência de dengue na população do Distrito Federal".* - O novo indicador se propõe a mensurar a manutenção sustentada da taxa de incidência de dengue (por 100 mil habitantes) por semana epidemiológica, abaixo do limite superior de um diagrama de controle calculado com base em dados dos sete anos anteriores ao ano de apuração, na população residente no Distrito Federal. - A nova meta terá a seguinte nomenclatura: "*Manter a taxa de incidência de dengue, a cada 4 semanas epidemiológicas consecutivas, abaixo do limite superior do diagrama de controle dos últimos 7 anos, até 2027".*

Indicador: Percentual de monitorização de vetores de arbovirose por armadilhas ovitrampas. **Parâmetro:** DF,2022: 25%. **Metodologia de Cálculo:** Quantidade de ovitrampas instaladas./ Quantidade de ovitrampas programadas para o DF. MULTIPLICADOR: 100 **Meta**:Ampliar de 25% para 80% o monitoramento entomológico por meio de ovitrampas em áreas urbanas. **Metas anuais: 2024:**25% **; 2025:** 50%; **2026:** 65% **; 2027:**80%	**Indicador:** Percentual de monitorização de vetores de arbovirose por armadilhas ovitrampas. **Parâmetro:** O percentual de monitoramento alcançada em 2024 foi de 12% (considerando o denominador de "497.484", produto da multiplicação da "quantidade teórica de ovitrampas a serem instaladas em todo o território do Distrito Federal (9.567 ovitrampas)" pelo "número de semanas do ano de 2024 (52 semanas)", parâmetro válido para a época, conforme a Nota Técnica Nº 33/2022-CGARB/DEIDT/SVS/MS). Em 2025 foi publicada nova Nota Técnica (Nº 3/2025-CGARB/DEIDT/SVSA/MS) que alterou os parâmetros de distribuição das armadilhas no território e, por esta razão, a quantidade teórica de ovitrampas a serem instaladas em todo o território do Distrito Federal foi alterada de 9.567 para 5.356. **Metodologia de Cálculo:** Número de monitoramentos das armadilhas ovitrampas realizados em tempo oportuno./ Quantidade teórica de ovitrampas a serem instaladas em todo o território do Distrito Federal (5.356 ovitrampas – Nota Técnica Nº3/2025-CGARB/DEIDT/SVSA/MS) multiplicado pelo número de semanas existentes no ano de interesse (aproximadamente 52 semanas). MULTIPLICADOR: 100 **Meta**:Ampliar para 80% o percentual de monitoramento de vetores de arboviroses por armadilhas ovitrampas. **Metas anuais: 2024:**n/a**; 2025: n/a**; **2026:** 65% *Será necessário ter 3.462 ovitrampas sendo monitoradas semanalmente ao longo do ano para se obter um percentual de monitoramento de 65%**; 2027:**80% *Será necessário ter 4.285 ovitrampas sendo monitoradas semanalmente ao longo do ano para se obter uma percentual de monitoramento de 80%.	- Houve recomendação da Controladoria Geral do DF para a revisão do indicador, que deverá considerar a proporção de verificação semanal das ovitrampas, ao invés de avaliar apenas a cobertura das ovitrampas instaladas. - O título do indicador será ajustado para: *"Percentual de monitoramento de vetores de arboviroses por armadilhas ovitrampas"*. - A fórmula de cálculo do indicador será alterada para contemplar o monitoramento do processo de coleta de amostras das ovitrampas que deverá ser realizado semanalmente. - O novo indicador foi validado junto à área técnica, conforme o Despacho 179547137. A CGDF foi comunicada oficialmente acerca do atendimento das recomendações de revisão para o indicador.

Indicador: Percentual de amostras coletadas por semana nas unidades sentinela de Síndrome Gripal no Distrito Federal. **Parâmetro:** DF, 2022: 60,6%**.** **Metodologia de Cálculo:** Número de amostras coletadas no DF no período (nº coletas/unidade/semana)./ Número esperado de amostras coletadas para DF no período (nº coletas esperadas/unidade/semana). MULTIPLICADOR: 100. **Meta:** Alcançar 100% do parâmetro de coletas estabelecido pelo MS como "excelente" nas unidades sentinela de Síndrome Gripal no DF até 2027. **Metas anuais: 2024:** 70%**; 2025:** 80%**; 2026:** 90%**; 2027:** 100%	**Indicador:** Percentual de unidades sentinelas de síndrome gripal com 10 ou mais[1] amostras coletadas semanalmente no Distrito Federal. **Parâmetro:** Indicador novo. **Metodologia de Cálculo:** Número de unidades sentinelas de síndrome gripal com pelo menos 10 amostras coletadas para todas as semanas epidemiológicas no período avaliado/ 10 (Número de unidades sentinelas de síndrome gripal no Distrito Federal). MULTIPLICADOR: 100. **Meta:** Alcançar 100% das unidades sentinela de síndrome gripal com 10 ou mais amostras coletadas semanalmente, até 2027. **Metas anuais: 2024:** n/a**; 2025:** n/a**; 2026:** 90%**; 2027:** 100%	- O indicador atual tem como premissa a coleta de pelo menos 10 amostras em cada unidade sentinela para síndrome gripal, para que critério de excelência seja alcançado. Porém, neste formato, todas as amostras coletadas de cada unidade eram contabilizadas na mesma fórmula de cálculo, fazendo com que os resultados abaixo de 10 amostras fossem somados aos resultados acima de 10 amostras, podendo atenuar o resultado final e induzir à interpretação errônea do resultado. - Para mitigar o problema observado, o novo indicador proposto levará em consideração o número de amostras coletadas em cada uma das semanas epidemiológicas para cada unidade sentinela para síndrome gripal, separadamente. - Somente as unidades que coletarem mais de 10 amostras por cada semana epidemiológica serão consideradas para o cálculo do indicador. A nova meta será alcançar 100% das unidades sentinela de síndrome gripal com 10 ou mais amostras coletadas semanalmente, até 2027.
Indicador: Coeficiente de detecção anual de hepatite B e C (por 100.000 habitantes) **Parâmetro:** DF, 2022: 4,2. **Metodologia de Cálculo:** Número de casos de hepatite B e C por ano de diagnóstico no Distrito Federal, em determinado período/População total do DF, no mesmo período. MULTIPLICADOR: 100.000. **Meta:** Reduzir para 2 o coeficiente de detecção anual de hepatite B e C até 2027. **Metas anuais: 2024:** 5**; 2025:** 4**; 2026**: 3**; 2027:**2	**Indicador**: Coeficiente de detecção anual de hepatite B (por 100.000 habitantes) **Parâmetro**: DF, 2022: 3,2 **Metodologia de Cálculo:** Número de casos confirmados de hepatite B por ano de diagnóstico, de residentes no Distrito Federal, em determinado período/População total do DF, no mesmo período. MULTIPLICADOR: 100.000. **Meta**: Reduzir para 2 o coeficiente de detecção anual de hepatite B até 2027. **Metas anuais**: 2024: 2,5 ; 2025: 2,2 ; 2026: 2,1 ; 2027:2	- Por ocasião da avaliação do Relatório Anual de Gestão 2024, houve recomendação (Parecer 14 (178868247)] do Conselho de Saúde do Distrito Federal para que o indicador seja desmembrado para uma avaliação mais precisa. - Foram criados dois novos indicadores, um para cada patologia. a) Coeficiente de detecção anual de hepatite B (por 100.000 habitantes).

	Indicador:Coeficiente de detecção anual de hepatite C (por 100.000 habitantes) **Parâmetro**: DF, 2022: 5,3 **Metodologia de Cálculo**: Número de casos confirmados de hepatite C por ano de diagnóstico, de residentes no Distrito Federal, em determinado período/População total do DF, no mesmo período. MULTIPLICADOR: 100.000. **Meta**:Reduzir para 2 o coeficiente de detecção anual de hepatite C até 2027. **Metas anuais:** 2024: 5; 2025: 4; 2026: 3; 2027:2	b) Coeficiente de detecção anual de hepatite C (por 100.000 habitantes).
Indicador: Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respirtórias). **Parâmetro**: DF, 2022: 189,9 **Metodologia de Cálculo:** Nº de óbitos por DCNT de residentes na faixa etária de 30 a 69 anos./ População residente na faixa etária de 30 a 69 anos. MULTIPLICADOR: 100.000 **Meta**: Reduzir em 2% ao ano a taxa de leito de UTI classificados pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias) até 2027. **Metas anuais: 2024:** 147**; 2025:** 144**; 2026:** 141**; 2027:** 138	**Indicador:** Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respirtórias). **Parâmetro:** DF, 2022: 189,9 **Metodologia de Cálculo:** Nº de óbitos por DCNT de residentes na faixa etária de 30 a 69 anos./ População residente na faixa etária de 30 a 69 anos. MULTIPLICADOR: 100.000 **Meta:** Reduzir em 2% ao ano a taxa de leito de UTI classificados pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias) até 2027. **Metas anuais: 2024:** 181**; 2025:** 177,6**; 2026:** 173,7**; 2027:** 169,9	- Houve solicitação (SEI 00060-00179693/2025-13; 169610582) da área técnica para a atualização da série histórica dos dados e para a atualização das metas anuais. - A meta será atualizada para adequação à série histórica.

Indicador: Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho. **Parâmetro**: DF, 2022: 4.772. **Metodologia de Cálculo:** Somatório do número de notificações de acidentes de trabalho e agravos relacionados ao trabalho. **Meta**: Aumentar em 5% ao ano o número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho, até 2027. **Metas anuais: 2024:** 5.011**; 2025:** 5.261 **; 2026:** 5.524 **; 2027:** 5800	**Indicador:** Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho. **Parâmetro**: Parâmetro (atual): DF, 2024: 12.838 **Metodologia de Cálculo:** Somatório do número de notificações de acidentes de trabalho e agravos relacionados ao trabalho. **Meta**: Aumentar em 5% ao ano o número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho, até 2027. **Metas anuais: 2024:** n/a**; 2025:** n/a**; 2026:** 13.480**; 2027:** 14.154	- A área técnica solicitou a atualização das metas anuais para 2026 e 2027, conforme processo SEI: 00060-00259902/2025-01 (Despacho. 180488413).
Indicador: Proporção da população de cães e gatos vacinados no DF. **Parâmetro**: DF, 2023: 39% **Metodologia de Cálculo:** Numero de animais vacinados em determinado local e período/ 10% da população estimada no DF, no mesmo local e período.* MULTIPLICADOR: 100. **Meta**: Aumentar para 80% a vacinação antirrábica da população estimada de cães e gatos do Distrito Federal até 2027. **Metas anuais: 2024: n/a ; 2025:** 55% **; 2026:** 65% **; 2027:** 80%	**Aguarda deliberação do Colegiado de Gestão acerca da exclusão do indicador.**	- Sugerida a exclusão pela inviabilidade de apuração do indicador. - Atualmente apenas os dados de vacinação realizado no âmbito da SES-DF são apurados. - A área técnica responsável não tem acesso aos dados da vacinação realizada nos estabelecimentos privados.

Indicador: Percentual de desenvolvimento e implementação da **teleconsulta** na Atenção Especializada Ambulatorial. **Parâmetro:-** **Metodologia de Cálculo:** : 1º ano: projeto elaborado; 02ºao 4º ano: Número de Unidades da Atenção especializada ambulatorial com serviço de teleconsulta implementado/ Número de Unidades totais da Atenção especializada Ambulatorial da SES-DF. MULTIPLICADOR: 100 **Meta:** Desenvolver e disponibilizar os serviços de teleconsulta em 40% das unidades da atenção especializada ambulatorial. **Metas anuais: 2024:** 5% **; 2025:** 10% **; 2026:** 20% **; 2027:** 40%	**Indicador:** Percentual de desenvolvimento e implementação da **telessaúde** na Atenção Especializada Ambulatorial **Parâmetro:-** **Metodologia de Cálculo:** : 1º ano: projeto elaborado; 02ºao 4º ano: Número de Unidades da Atenção especializada ambulatorial com serviço de teleconsulta implementado/ Número de Unidades totais da Atenção especializada Ambulatorial da SES-DF. MULTIPLICADOR: 100 **Meta:** Desenvolver e disponibilizar os serviços de teleconsulta em 40% das unidades da atenção especializada ambulatorial. **Metas anuais: 2024:** n/a **; 2025:** n/a **; 2026:** 20% **; 2027:** 40%	- A área técnica responsável por ocasião das oficinas de elaboração da PAS 2026 propôs a alteração da nomenclatura do indicador. Foi proposta a alteração da modalidade de “teleconsulta” para “telessaúde”, termo mais abrangente que trata de diversas modalidades de oferta de serviços de saúde digital, conforme SEI 00060-00540164/2025-18; Despacho 188500249.

Indicador	Alterações na ficha de qualificação do indicador (sem alteração de método de apuração para a vigência 2026)
Taxa de Absenteísmo.	Foi identificada a necessidade de complementar informações da ficha do indicador tais como: conceituação, limitações, descritivo da fórmula de cálculo e método de apuração. Foram acrescentados os critérios relacionados ao absenteísmo e os códigos utilizados para o tratamento das ocorrências das folhas de ponto. A ficha do indicador foi complementada, sem alterações do título do indicador ou da meta.
Percentual de desenvolvimento do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho.	Foi identificada a necessidade de complementar informações da ficha do indicador tais como: conceituação, limitações, descritivo da fórmula de cálculo e método de apuração. A ficha do indicador foi complementada, sem alterações do título do indicador ou da meta.
Percentual de desenvolvimento do plano de educação permanente 2024-2027.	Foi identificada a necessidade de complementar informações da ficha do indicador tais como: conceituação, limitações, descritivo da fórmula de cálculo e método de apuração. A ficha do indicador foi complementada, sem alterações do título do indicador ou da meta.

Tempo-resposta de chamado ao SAMU 192 DF	Após avaliar o desempenho do indicador ao longo de 2024 e do 1º e 2º quadrimestre de 2025, foi identificado que a fórmula de cálculo atual não é suficiente para apresentar uma análise completa do tempo-resposta do SAMU, o que pode levar a distorções na interpretação do indicador por parte do Conselho de Saúde do Distrito Federal, Câmara Legislativa do Distrito Federal e da sociedade. O resultado apurado do indicador atual é um dado bruto, que considera todos os chamados com indicação de deslocamento de ambulância, o que inclui desde chamados realizados nas condições ideais, até chamados realizados com a necessidade de deslocamento de longas distâncias, inclusive em áreas rurais. As boas práticas relacionadas na literatura recomendam que o indicador seja apresentado sem a interferência de fatores extemporâneos, ou seja, sem considerar tempos-resposta superiores a 60 minutos, uma vez que esses tempos geralmente estão relacionados a tempos de deslocamentos que não são rotineiros. Ou seja, inserir todos os tempos-resposta na mesma fórmula de cálculo pode causar distorções no resultado, uma vez que a média é uma medida que sofre a influência dos valores extremos. Por esta razão, outras fórmulas de cálculo foram avaliadas para complementar a fórmula de cálculo principal (dado bruto). Foram acrescentadas fórmulas de cálculo complementares à fórmula de cálculo principal: a) a média aritmética do tempo-resposta apenas das intervenções consideradas válidas. b) a proporção de chamados com tempo-resposta superior a 60 minutos. c) o percentual de ocorrências classificadas como necessárias e possíveis com acionamento de unidade móvel. d) a moda do tempo-resposta. e) o percentual de ocorrências atendidas dentro da meta anual estabelecida para o tempo-resposta. Além disso, foi recomendado à área técnica que apresente as informações complementares no RDQA, informando o dado bruto (média do tempo-resposta) e os resultados das fórmulas complementares. A ficha do indicador foi complementada, sem alterações do título do indicador ou da meta.
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Foi identificada a necessidade de complementar informações da ficha do indicador tais como: conceituação, limitações, descritivo da fórmula de cálculo e método de apuração. Alem disso, foi identificada a necessidade de atualizar o valor de referência usado para o cálculo do indicador, uma vez que historicamente o trabalho realizado pelos Comitês de Investigação de Transmissão Vertical tem revisado o número de casos de sífilis para baixo. A falta do registro adequado (ausência de informações sobre adesão ao tratamento e cura) em prontuário é um dos fatores que ocasiona a superestimativa das notificações da doença, pois nascidos vivos de gestantes que tiveram sífilis podem ser notificados como casos, mesmo que a gestante tenha concluído o tratamento. Quando o processo de atualização do valor de referência não é realizado, há a possibilidade de interpretação equivocada dos resultados alcançados. É necessário informar no RDQA que o dado que está sendo apresentado poderá sofrer revisão em virtude do trabalho realizado pelos Comitês de Investigação. Foram inseridas as informações complementares para ficar evidenciado que a fórmula de cálculo leva em consideração a população residente no DF. Além disso, foi recomendado que a área técnica apresente no RAG as atualizações causadas pelo processo de revisão dos Comitês de Investigação de Transmissão Vertical. A ficha do indicador foi complementada, sem alterações do título do indicador ou da meta.

Proporção de preenchimento dos campos "Ocupação (CBO)" e "Atividade Econômica (CNAE)" nas notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho	Foi identificada a necessidade de complementar informações da ficha do indicador tais como: conceituação, limitações, descritivo da fórmula de cálculo e método de apuração. A ficha do indicador foi complementada, sem alterações do título do indicador ou da meta.

Controle de Versões do Catálogo de Indicadores PDS 2024-2027

Versão	Mês/Ano	Processo SEI/ Documento SEI	Indicador	Alteração
1.0	2024	NA	NA	Elaboração da **primeira versão** do *Catálogo de Indicadores do Plano Distrital de Saúde (PDS) 2024–2027*
2.0	Dezembro/2025	NA	NA	Atualização e consolidação do *Catálogo de Indicadores do Plano Distrital de Saúde (PDS) 2024–2027*
2.1				

SUPLANS Subsecretaria de Planejamento em Saúde

Escaneie o QR Code e acesse a página do planejamento em saúde para ter mais informações sobre os instrumentos de planejamento e contratualização em saúde.

Para dúvidas ou apoio técnico:

Telefone: 61 3449-4145
E-mail institucional: geplan.diplan@saude.df.gov.br
Gestor Responsável: Laércio Luz – GPLAN/DIPLAN/CPLAN
Equipe Técnica: Jady Silva; Osmanda Araujo.

Site: https://info.saude.df.gov.br/
Endereço: Administração Central (ADMC) – Edifício PO 700 – (1º andar)