



Secretaria de Estado de Saúde do DF
Coordenação Especial de Gestão de Contratos e Serviços de Saúde
Diretoria de Gestão Regionalizada
Gerência de Contratualização Regionalizada

CADERNO DE ORIENTAÇÕES AGR (REGIÕES E URDs) 2022/23

Versão 1 – Maio/2022
AGR – VIGÊNCIA JULHO/2022 A DEZEMBRO/2023

Caro Gestor,

Apresentamos o Caderno de Orientações do Acordo de Gestão Regional (AGR) 2022, nele você encontrará o fluxo de coleta e registro dos dados, a matriz de indicadores e metas definidas para 2022/2023, as fichas de cada indicador bem como o pop orientado a coleta dos dados. Informamos que alguns POP's ainda estão em construção, mas ao longo do período de vigência da matriz o caderno será atualizado com versões mais completas.

Destacamos que o Caderno busca possibilitar aos senhores um apoio para cumprimento do PRS (Programa de Gestão Regional da Saúde) previsto no decreto nº decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016:

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

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

Destacamos que os indicadores e metas definidas na matriz referem-se ao acordo assinado em 2019, com vigência de 2020 até 2023, com o objetivo exposto na 1º Cláusula do Acordo:

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

Assim essa Gerência, disponibiliza esse material tendo em vista a responsabilidade regimental de “acompanhar e analisar os resultados dos Acordos de Gestão para qualificação das ações e serviços da Secretaria de Saúde; e consolidar as informações e prestar contas das ações, serviços e resultados relacionados aos Acordos de Gestão”, conforme previsto no Regimento Interno, decreto nº 39546 de 19/12/2018, artigo 27.

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

Equipe da Gerência de Contratualização Regionalizada

Sumário

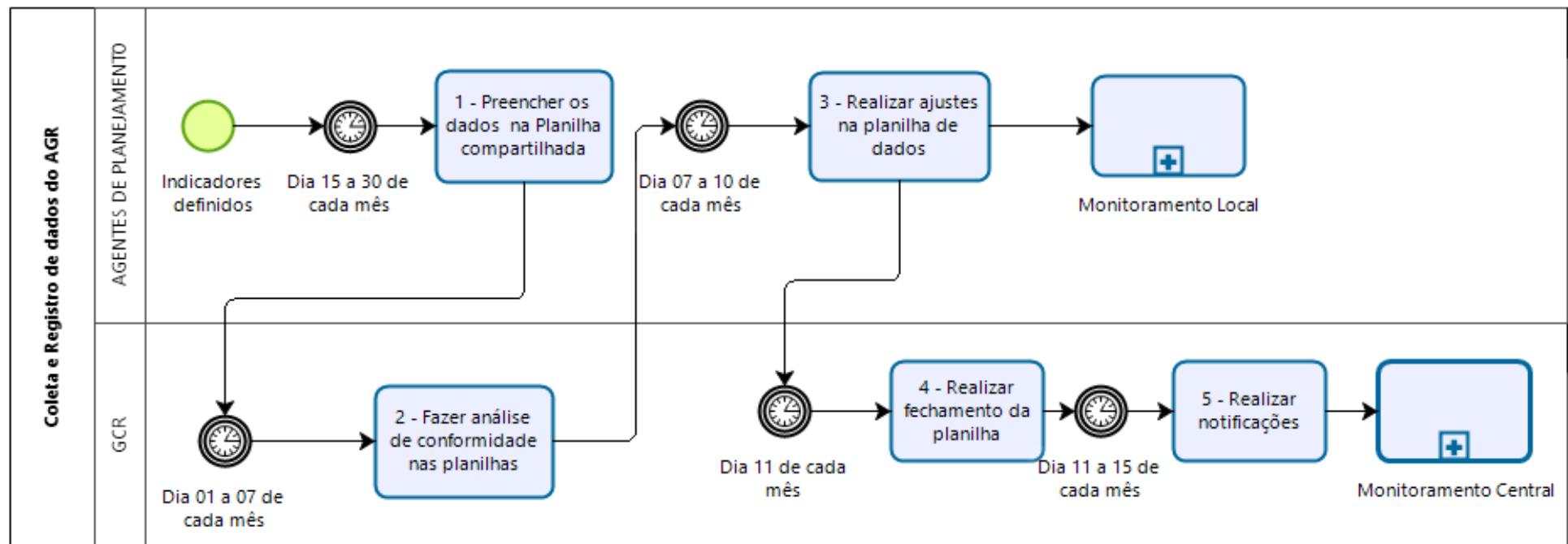
Fluxo de Coleta e Registro de Dados	6
Matriz de Indicadores e Metas Regiões de Saúde e URD's	15
Matriz de Indicadores e Metas - HMIB.....	19
Matriz de Indicadores e Metas - HAB.....	20
Matriz de Indicadores e Metas - HSVP	21
Matriz de Indicadores e Metas - CRDF	22
Orientações quanto aos itens da ficha de qualificação dos Indicadores	23
Rede Cegonha	24
Indicador 1: Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	24
Indicador 2: Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos).....	27
Indicador 3: Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência.....	29
Indicador 4: Percentual de óbitos maternos investigados	31
Indicador 5: Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	33
Indicador 6: Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	35
Indicador 7: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade	36
Indicador 8: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice Viral para crianças de 15 meses de idade.....	42
Indicador 10: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina injetável contra Poliomielite (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade	52
Indicador 11: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade	57
Rede de Urgência e Emergência - RUE	62
Indicador 12: Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.	62
Indicador 13: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas. ..	66
Indicador 14: Proporção de atendimentos de urgências e emergências hipertensivas.....	71
Indicador 15: Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).....	74
Indicador 16: Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)....	78
Indicador 17: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral.....	82
Indicador 18: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica.....	84
Indicador 19: Tempo médio de permanência em leitos de Clínica Médica	86
Indicador 20: Tempo de retenção de maca por unidade de Urgência/Emergência fixa.	89
Indicador 21: Percentual de admissão no Serviço Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e UPAS.....	91
Pop em construção	91
Indicador 22: Taxa de notificação de violência.....	92
Indicador 23: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.	95
Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência (PCD).....	97
Indicador 24: Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.	97
Indicador 25: Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde.....	99
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	100
Indicador 26: Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde.....	100
Indicador 27: Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais.....	101
Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)	107
Indicador 28: Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações	107
Indicador 29: Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações	111

Indicador 30: Percentual de consultas de primeira vez em nefrologia.	114
Indicador 31: Percentual de registo de dados antropométricos preenchidos nos cadastros realizados na APS.....	118
Indicador 32 : Percentual de registo de dados do consumo alimentar preenchidos nos cadastros realizados na APS.....	124
Sistema de Apoio e Logística.....	130
Indicador 33: Índice de Fechamento de Chave	130
Indicador 34: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária.....	132
Indicador 35: Percentual de leitos de enfermaria sob regulação no Panorama III na Região.....	134
Indicador 36: Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.....	135
Indicador 37: Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica..	137
Indicador 38: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	139
Indicador 39: Percentual de desempenho de Gestão de Custos	140
Indicador 40: Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	142
Indicador 41: Percentual de manifestações de reclamação e solicitação na ouvidoria sobre “Agendamento de Consultas”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF.....	146
Indicador 42: Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Exames”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF.....	147
Indicador 43: Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Cirurgias”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF.....	148
Indicador 44: Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de afastamentos da Região/URD.	151
Indicador 45: Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde.....	153
Indicador 46: Proporção de cura dos casos novos de tuberculose	156
Indicador 47: Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde	158
Indicador 48: Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde.....	160
Indicador 49: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionado ao trabalho	164
Indicadores Específicos AGR HMIB	166
Indicador 24: Número de acessos para 1 ^a consulta em reprodução humana	166
Indicador 25: Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal.....	168
Indicador 26: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral.....	171
Indicador 27: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neo	173
Indicador 28: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Ped.	175
Indicador 29: Percentual de adesão ao Checklist de Cirurgia Segura.....	177
Indicadores Específicos AGR HAB	179
Indicadores Específicos AGR HSVP	193
Indicador 12: Percentual de pacientes internados na emergência e enfermaria/Ala incluídos nas atividades terapêuticas.	193
Indicador 13: Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar.....	200
Indicador 14: Número de Pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias.....	204
Indicador 15: Percentual de procedência dos pacientes atendidos no PS do HSVP.	208

Indicadores Específicos AGR - CRDF.....	212
Indicador: 05 – Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF.....	212
Indicador 06: Percentual de procedimentos autorizadas pelo CRDF, que foram ofertados.....	214

Fluxo de Coleta e Registro de Dados

O fluxo de Coleta e Registro de Dados faz parte do macroprocesso de operacionalização do AGR. Após a definição da matriz de indicadores e metas vigentes o fluxo é realizado mensalmente a fim de garantir a inclusão dos dados dos indicadores no sistema definido pela GCR, pelas Regiões de Saúde e URD's, possibilitando as ações do fluxo de monitoramento dos indicadores pactuados.



1 preencher os dados na Planilha compartilhada

1. Descrição:

Consiste em preencher o numerador, denominador e análise dos resultados de cada indicador pactuado no AGR.

2. Ator (es) da atividade:

- a) ASPLAN's em caso de Regiões;
- b) NPMA's/GPMA (HMIB) em caso de URD's.

3. Tarefas:

- a) Entre os dias 15 e 30 de cada mês coletar os dados de cada indicador, referente ao mês anterior, conforme orientação no Caderno de Orientações AGR do ano vigente;
- b) Preencher o numerador, denominador e análise do resultado de todos os indicadores na planilha compartilhada;

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

4. Documentação/ ferramenta necessária:

- a) Caderno de orientações do AGR do ano vigente;
- b) Planilha disponibilizada no drive;
- c) Anexo 1 – Orientações para realizar análise do resultado.

5. Documentação/ação gerada:

- a) Planilha preenchida.

Obs.: Fluxo aplicado somente ao registro de dados do AGR, quanto o AGL o fluxo deve ser definido em cada região de saúde.

2 Fazer análise de conformidade nas planilhas

1. Descrição:

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

2. Ator(es) da atividade:

- b) GCR;

3. Tarefas:

- a) Entre os dias 01 e 07 de cada mês analisar os dados preenchidos no mês anterior nas planilhas das Regiões e URD's buscando identificar inconsistência de dados ou ausência de registro nas células: Numerador, denominador e Análise do Resultado;
- b) Incluir comentário na planilha solicitando o ajuste necessários.
- c) Verificar se os dados estão alimentados nos meses previstos para alimentação (com exceção dos indicadores com delay) se não estiver justificado na Análise do Resultado, incluir comentário solicitando o preenchimento;
- d) Em caso de indicadores acumulativos verificar se estão alimentados de forma correta;
- e) Analisar se a “análise do resultado” preenchida expressa informações quanto ao comportamento do resultado, de forma que seja informado dificuldades, avanços e ações que estão sendo realizadas e não apenas a descrição do resultado;
- f) Análises que estiverem só o número do processo SEI, notificar sobre a importância de informar o teor do processo que se refere aos dados.

4. Documentação/ferramenta necessária:

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

5. Documentação/ação gerada:

- a) Comentários incluídos nas planilhas

3 Realizar ajustes na planilha de dados

1. Descrição:

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

2. Ator (es) da atividade:

- a) ASPLAN's em caso de Regiões;
- b) NPMA's/GPMA (HMIB).

3. Tarefas:

- a) Entre os dias 07 e 10 de cada mês analisar os comentários solicitando ajustes nas planilhas, realizando os ajustes necessários.

4. Documentação/ ferramenta necessária:

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

5. Documentação/ação gerada:

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

4 Realizar fechamento da planilha

1. Descrição:

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

2. Ator(es) da atividade:

- a) GCR.

3. Tarefas:

- a) No dia 11 de cada mês realizar bloqueio de edição nas planilhas compartilhadas;
- b) Fazer backup de todas as planilhas;
- c) Liberar o acesso no mesmo dia;

Obs.: Caso o dia 11 não seja dia útil considerar o próximo dia útil.

4. Documentação/ ferramenta necessária:

- a) Planilha disponibilizada no drive.

5. Documentação/ação gerada:

- a) Backup das planilhas realizado.

5 Realizar notificações

1. Descrição:

Consiste em notificar as Regiões, URD's ou áreas técnicas pelo não preenchimento dos campos numerador, denominador e análise dos resultados conforme atividade 1, deixando as células em branco.

2. Ator(es) da atividade:

- a) GCR.

3. Tarefas:

- a) Entre os dias 11 e 15 de cada mês identificar as células que não foram preenchidas na planilha compartilhada de preenchimento do AGR;
- b) Incluir despacho com a minuta da notificação, no processo único com a CGCSS.
- c) Solicitar assinatura da Diretoria de Gestão Regionalizada (DGR) e encaminha para a Coordenação Especial de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS).

4. Documentação/ferramenta necessária:

- a) Planilha disponibilizada no drive;
- b) Anexo 1 - Modelo de despacho com a minuta da notificação.

5. Documentação/ação gerada:

- a) Notificação elaborada;
- b) Despacho preenchido e encaminhado.

Anexo 1

Orientações para realizar análise dos resultados

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

O que é a análise dos dados do indicador:

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

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

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

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

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

O que é a análise crítica dos resultados do indicador:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 2

Modelo de Notificação

À CGCSS,
Senhora Coordenadora,

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

Respeitosamente,

Minuta para Notificação de regiões e URD's

Notificamos a _____ pelo não preenchimento dos dados do (s) indicador (es) abaixo, referente ao mês _____:

- Indicador n°xxxxxx – Título xxxxxxxxxxxx
- xxxxxxxxxxxxxxx

Salientamos que está previsto na cláusula 5.2.3 das Obrigações da Região de Saúde e URD'S do Acordo assinado: Manter atualizados os sistemas de informação em saúde de base nacional e local adotados pela SES-DF;

Destacamos que a ausência dos dados impactará no Monitoramento Central do indicador dessa forma solicitamos o registro do dado no próximo mês.

Minuta para Notificação de área técnica

Notificamos a _____ pelo não preenchimento dos dados do (s) indicador (es) abaixo, referente ao mês _____:

- Indicador n°xxxxxx – Título xxxxxxxxxxxx

Salientamos que foi estabelecido o fluxo de envio dos dados do indicador por meio do processo SEI xxxxxxxxxxx mensalmente.

Destacamos que a ausência dos dados impactará no Monitoramento Central do indicador dessa forma solicitamos o registro do dado no próximo mês.

Matriz de Indicadores e Metas Regiões de Saúde e URD's

Matriz de Metas - 2022/2023

Nº	TEMA	INDICADOR	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	HAB	HMIB	HSPV	CRDF
1	CEGONHA	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	2,03	5,78	3,08	15,86	10,92	8,8	14,95	*	*	*	*
2	CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	HRAN 51,1%	*	HRL 50,58%	HRLP 65,7% HRS 50,1%	HRBZ 55,4% HRC 66,8%	HRSAM 66,1% HRT 53,5%	HRG 64,5%	*	60%	*	*
3	CEGONHA	Proporção de recém-nascidos com Apgar < que 7 no 5º minuto de vida segundo local de ocorrência	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	Monit.	*	*
4	CEGONHA	Percentual de óbitos maternos investigados	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*	100%	*	*
5	CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*	100%	*	*
6	CEGONHA	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	*	*	*	*
7	CEGONHA	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*	*	*	*
8	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice Viral para crianças de 15 meses de idade.	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	*	*	*	*
9	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	*	*	*	*
10	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina injetável contra Poliomielite (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	*	*	*	*
11	CEGONHA	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	*	*	*	*
12	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	*	80%	80%	*
13	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares.	20%	20%	20%	20%	20%	HRSAM 25% HRT 30%	HRG 45%	*	Monit.	60%	*
14	RUE	Proporção de atendimentos de urgências e emergências hipertensivas	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	Monit.	*	*

Matriz de Metas - 2022/2023

Nº	TEMA	INDICADOR	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	HAB	HMIB	HSPV	CRDF
15	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	18%	6%	20%	40%	48%	17%	19%	*	*	*	*
16	RUE	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)	11,10%	9%	7%	13%	22%	25%	13%	*	*	*	*
17	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	10	N/A	12	10	10	10	10	*	10	*	*
18	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	10	N/A	*	10	*	*
19	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de clínica médica	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*
20	RUE	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*
21	RUE	Percentual de admissão no Serviço Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e UPAS	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*
22	RUE	Taxa de notificação de violência	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*
23	RUE	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas	15%	N/A	15%	15%	15%	15%	15%	*	15%	*	*
24	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	95%	95%	100%	95%	95%	95%	95%	*	80%	*	*
25	PCD	Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*
26	PSICOSSOCIAL	Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*
27	PSICOSSOCIAL	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*
28	DCNT	Taxa de internações relacionadas a Diabetes Mellitus e suas complicações	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	*	*	*	*
29	DCNT	Taxa de internações relacionadas a Hipertensão e suas complicações	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	*	*	*	*
30	DCNT	Percentual de consultas de Nefrologia	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*
31	DCNT	Percentual de registo de dados antropométricos preenchidos nos cadastros realizados na APS	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*

Matriz de Metas - 2022/2023													
Nº	TEMA	INDICADOR	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	HAB	HMIB	HSPV	CRDF
32	DCNT	Percentual de registo de dados do consumo alimentar preenchidos nos cadastros realizados na APS	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*
33	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Índice de fechamento de chave	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	*
34	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	*
35	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de leitos de enfermaria sob regulação no Panorama III na Região	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	*
36	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*
37	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	60%	*
38	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	*
39	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de desempenho de gestão de custos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	*
40	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	Monit.	*	*
41	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre "Agendamento de Consultas", na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.
42	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre "Agendamento de Exames", na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	Monit.
43	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre "Agendamento de Cirurgias", na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	Monit.	*	Monit.
44	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.
45	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	*	*	*	*
46	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Percentual de cura dos casos de tuberculose	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*

Matriz de Metas - 2022/2023

Nº	TEMA	INDICADOR	CENTRAL	CENTRO-SUL	LESTE	NORTE	OESTE	SUDOESTE	SUL	HAB	HMIB	HSPV	CRDF
47	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*
48	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*
49	SIST. APOIO. e LOGÍST.	Nº de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	Monit.	*	*	*	*

Obs.: * = Indicador não se aplica à unidade

Obs2.: Monit. = Monitoramento

Matriz de Indicadores e Metas - HMIB

Matriz de metas HMIB

Nº	TEMA	INDICADOR	META HMIB
1	CEGONHA	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano	100%
2	CEGONHA	Percentual de óbitos maternos investigados	100%
3	CEGONHA	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)	60%
4	CEGONHA	Proporção de recém-nascidos com Apgar < que 7 no 5º minuto de vida segundo local de ocorrência	
5	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.	100%
6	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências hospitalares.	20%
7	RUE	Proporção de atendimento de urgências e emergências hipertensivas	Mont.
8	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral	10 dias
9	RUE	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica	10 dias
10	RUE	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas	15%
11	PCD	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal	80%
12	SIST. APOIO. e LOGÍST	Índice de fechamento de chave	70%
13	SIST. APOIO. e LOGÍST	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária	30%
14	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de leitos de enfermaria sob regulação no Panorama III na Região	5%
15	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	100%
16	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	15%
17	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%
18	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de desempenho de gestão de custos	100%
19	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas	Monit.
20	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Consultas”, na RS/URD, com relação ao total da SES/DF	Monit.
21	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Exames”, na RS/URD, com relação ao total da SES/DF	Monit.
22	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Cirurgias”, na RS/URD, com relação ao total da SES/DF	Monit.
23	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Monit.
24	ESPECÍFICOS HMIB	Percentual de acessos para 1ª consulta para reprodução humana	40
25	ESPECÍFICOS HMIB	Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal	25 dias
26	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Geral	5,7
27	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Neonatal	10,3
28	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica	5,9
29	ESPECÍFICOS HMIB	Taxa de adesão ao Check List de Cirurgia Segura	Monit.

Matriz de Indicadores e Metas - HAB

Matriz de metas HAB			
Nº	TEMA	INDICADOR	META HAB
1	SIST. APOIO. e LOGÍST	Índice de fechamento de chave	70%
2	SIST. APOIO. e LOGÍST	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária	30%
3	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de leitos de enfermaria sob regulação no Panorama III na Região	5%
4	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	100%
5	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	15%
6	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%
7	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de desempenho de gestão de custos	100%
8	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de reclamações e solic na ouvidoria sobre “Agendamento de Consultas”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	Monit.
9	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Exames”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	Monit.
10	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Monit.
11	ESPECÍFICOS HAB	Percentual de Cabeceira Elevada em Pacientes com Risco de Broncoaspiração	99%
12	ESPECÍFICOS HAB	Taxa de Quedas de Pacientes internados	2
13	ESPECÍFICOS HAB	Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Citogenética, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras	95%
14	ESPECÍFICOS HAB	Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Biologia Molecular, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras	85%
15	ESPECÍFICOS HAB	Percentual de procedência das sol de int, provenientes da atenção terciária, dos pacientes para a Un de Reabi e Cuidados Prolongados - URCP"	55%
16	ESPECÍFICOS HAB	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, dos pacientes para a Unidade de Cuidados Paliativos - UCPA	Monit.
17	ESPECÍFICOS HAB	Percentual de recoletas de exames alterados (triagem neonatal)	Monit.

Matriz de Indicadores e Metas - HSVP

Matriz de metas HSVP

Nº	TEMA	INDICADOR	META HSVP
1	RUE	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.	80%
2	RUE	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas	60%
3	SIST. APOIO. e LOGÍST	Índice de fechamento de chave	70%
4	SIST. APOIO. e LOGÍST	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária	30%
5	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de leitos de enfermaria sob regulação no Panorama III na Região	5%
6	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	100%
7	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica	60%
8	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC	5%
9	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de desempenho de gestão de custos	100%
10	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Consultas”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF	Monit.
11	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Monit.
12	ESPECÍFICOS HSVP	Percentual de pacientes internados na Emergência e Enfermaria/ALA incluídos nas atividades terapêuticas.	65%
13	ESPECÍFICOS HSVP	Percentual de reinternações em até 60 dias após alta	8%
14	ESPECÍFICOS HSVP	Número de pacientes com alta médica que permanecem internados por questão social por mais de 30 dias	9
15	ESPECÍFICOS HSVP	Percentual de procedência dos pacientes atendidos no HSVP	100%

Matriz de Indicadores e Metas - CRDF

Matriz de metas

Nº	TEMA	INDICADOR	META CRDF
1	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Consultas”, na RS/URD, com relação ao total da SES/DF	Monit.
2	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Exames”, na RS/URD, com relação ao total da SES/DF	Monit.
3	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Cirurgias”, na RS/URD, com relação ao total da SES/DF	Monit.
4	SIST. APOIO. e LOGÍST	Percentual de licenças médicas na Região/URD, com relação ao total de afastamento da Região/URD	Monit.
5	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF	90%
6	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF, que foram ofertados	100%
7	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de cirurgias eletivas faturadas que foram autorizadas pelo CRDF	85%
8	ESPECÍFICOS CRDF	Número médio de diárias de alta de UTI por paciente regulado	48hs/2 dias
9	ESPECÍFICOS CRDF	Tempo médio de espera para primeira regulação	Monitoramento
10	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de remoções eletivas reguladas	Monitoramento
11	ESPECÍFICOS CRDF	Número absoluto de doadores de tecidos oculares	Meta por mês: 30 / Meta por ano: 350
12	ESPECÍFICOS CRDF	Número absoluto de doadores de órgão sólido	Meta por mês: 5 /Meta por ano: 60
13	ESPECÍFICOS CRDF	Demandas Reprimidas de Atendimentos Pré-hospitalares	Monitoramento
14	ESPECÍFICOS CRDF	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF	28 minutos
15	ESPECÍFICOS CRDF	Percentual de recursos captados pela unidade em relação aos incentivos de custeio estabelecidos em lei	90%

Orientações quanto aos itens da ficha de qualificação dos Indicadores

As fichas dos indicadores estão organizadas por temas: **Rede Cegonha, Rede de Atenção a Urgência e Emergência, Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência, Rede Psicossocial, Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis e Sistema de Apoio Logístico.**

Os indicadores exclusivos das URD's, seguirão na ordem: **HMIB, HAB, HSVP E CRDF.**

Para cada indicador haverá a ficha do indicador e o POP com o passo a passo para coleta dos dados.

A ficha do indicador é construída com base no modelo abaixo:

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código	<i>Número do indicador na matriz de metas</i>
Pactuações	<i>Identificação dos instrumentos de planejamento em que o indicador está pactuado, tanto em nível estratégico quanto em nível regional.</i>
Indicador	<i>Título do indicador.</i>
Conceituação	<i>Aquilo que tem importância ou relevo num contexto determinado. Engloba a Definição e Interpretação. Diz respeito ao “o que mede”.</i>
Usos	<i>Principais finalidades de utilização do indicador. Diz respeito ao “para que serve”.</i>
Limitações	<i>Fatores que restringem a interpretação do indicador referente ao conceito e fontes utilizados.</i>
Fonte	<i>Bases de dados, sistemas informatizados ou instituições/unidades responsáveis pela produção de dados.</i>
Metodologia de Cálculo	<i>Como calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem.</i>
Periodicidade de Monitoramento	<i>Frequência de acompanhamento do resultado (parcial ou total) no Sistema de Monitoramento.</i>
Periodicidade de Avaliação	<i>Frequência de julgamento dos efeitos do resultado.</i>
Unidade de Medida	<i>Convenção usada para descrever dimensões.</i>
Parâmetro	<i>Valor de referência nacional e/ou distrital.</i>
Polaridade	<i>Revela o sentido do indicador.</i>
Acumulativo Anual	<i>Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou numeradores e denominadores mês a mês) ao longo do ano.</i>
Acumulativo para Pactuação	<i>Refere-se ao somatório dos resultados (numeradores ou numeradores e denominadores ano a ano) ao longo do período de pactuação (4 anos).</i>
Estratificação	<i>Níveis de desagregação (categorias) definidos de acordo com recorte espacial / serviço / especialidade de referência do indicador.</i>
Responsável Técnico	<i>Área responsável pelo monitoramento e análise do indicador.</i>
Coordenador da Pactuação	<i>Área responsável pelo monitoramento e avaliação da pactuação.</i>
Descrição da Meta	<i>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.</i>

Rede Cegonha

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

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

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

TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Numerador: número de casos de sífilis congênita	
<p>Considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano <u>ou</u> mês de diagnóstico a ser analisado • UF de residência o Diagnóstico final (excluir os descartados) • Superintendência de Saúde 2020 (escolher a Superintendência a ser analisada) • Faixa etária 	
1	Abra o Tabwin e clique na opção “executar tabulação”.
2	Em seguida, procure pela pasta Z:\sivitais\basedbf.
3	Encontre o arquivo de definição SifilisNetAtual.def
4	Abra o DEF
5	Na linha, deve ser selecionada a variável, uma para cada análise: utilizar a opção superintendência Saúde 2020
6	Em coluna, escolha a opção “Ano ou mês de Notificação” (aqui depende da periodicidade da análise).
7	Incremento manter marcado “Frequência”
8	Nas seleções disponíveis, deve ser selecionada e incluída
9	Para seleções ativas: – Ano Diagnóstico: marcar nas categorias selecionadas o ano ou o mês que se deseja analisar; – UF Residência: marcar Distrito Federal na categoria selecionada; – Superintendência de saúde 2020 (escolher a superintendência a ser analisada); – Diagnóstico Final (incluir todos, à exceção do “descartado”); – Faixa Etária SC (< 7 dias a 364 dias); – Caso queira incluir outras variáveis, selecione-as e marque as categorias desejadas para análise.
10	Selecione os bancos em DBF que deseja rodar na análise (ano de análise)
11	Execute a tabulação
12	Caso deseje manter o log para futuras consultas, copie e salve em outro arquivo
13	Feche
14	Clique para copiar. Abra o Excel e cole para analisar
Denominador: Número de nascidos vivos do Distrito Federal	
1	Abra o Tabwin e clique na opção “executar tabulação”.
2	Em seguida, procure pela pasta Y:\sivitais\sivitais - TABDNW
3	Encontre o arquivo de definição NASCIDOWebATUALIZ.def
4	Abra o DEF.
5	Na linha, deve ser selecionada a variável “Região Saúde 2020”.
6	Em coluna, escolha a opção “Ano ou mês de nascimento” (aqui depende da periodicidade da análise)
7	Incremento manter marcado “Frequência”.
8	Caso deseje manter o log para futuras consultas, copie, salve em outro arquivo e feche.
9	Nas seleções disponíveis, deve ser selecionada e incluída.
10	Para as seleções ativas: - Ano/mês de nascimento: marcar nas categorias selecionadas o ano ou o mês que se

deseja analisar - UF Residência: marcar Distrito Federal na categoria selecionada - Região de Saúde 2020
(escolher a região a ser analisada)

11 Caso deseje manter o log para futuras consultas, copie, salve em outro arquivo e feche.

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

OBSERVAÇÕES

1. O indicador é cumulativo, portanto, deve-se monitorar meses acumulados e não separadamente. Por exemplo: em fevereiro, monitorar dados acumulados de janeiro e fevereiro; em março monitorar dados acumulados de janeiro a março e, assim, sucessivamente. O monitoramento de meses separados levará a análises equivocadas dos dados.

2. O número de nascidos vivos inclui todos os nascidos no Distrito Federal, seja em estabelecimentos públicos ou privados. Cabe ressaltar que a notificação da sífilis congênita, assim como todas as doenças e agravos de notificação compulsória, é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente.

3. Caso não tenha acesso à rede, fazer o mapeamento:

Este computador

Clica com o botão direito do mouse

Mapear unidade de rede

Z: \\sivitais\\basedbf

Indicador 2: Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos)

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 2 Regiões e nº 1 HMIB
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos).
Conceituação	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos),em determinado período.
Usos	Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais. Analisar variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.
Limitações	O preenchimento inadequado/incompleto da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e o atraso do lançamento das DNV no SINASC prejudicam substancialmente a qualidade deste indicador.
Fonte	SINASC – Sistema de informação sobre nascidos vivos
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de nascidos vivos por parto normal por ocorrência (nos hospitais públicos) em determinado período. Denominador: número total de nascidos vivos por ocorrência (nos hospitais públicos) no mesmo período. Multiplicador: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por região de saúde
Responsável Técnico	NVE/DIRAPS
Coordenador da Pactuação	NVE/DIRAPS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de partos normais por ocorrência (nos hospitais públicos).
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Execute o Tabwin
2	Em arquivos de seleção, marque o diretório “NASCIDOWeATUALIZ.def”
	Após executar o diretório, marque as seguintes seleções: Linha: Estab Publ/Priv Colunas: Tipo de parto Incremento: Frequência Arquivos: DN 2021.dbf Seleções Disponíveis: UF de ocorrência e Estab Publ/Priv Não classificados: Incluir Categorias selecionadas: Distrito Federal

Por fim, clique em EXECUTAR.

4

OBSERVAÇÕES

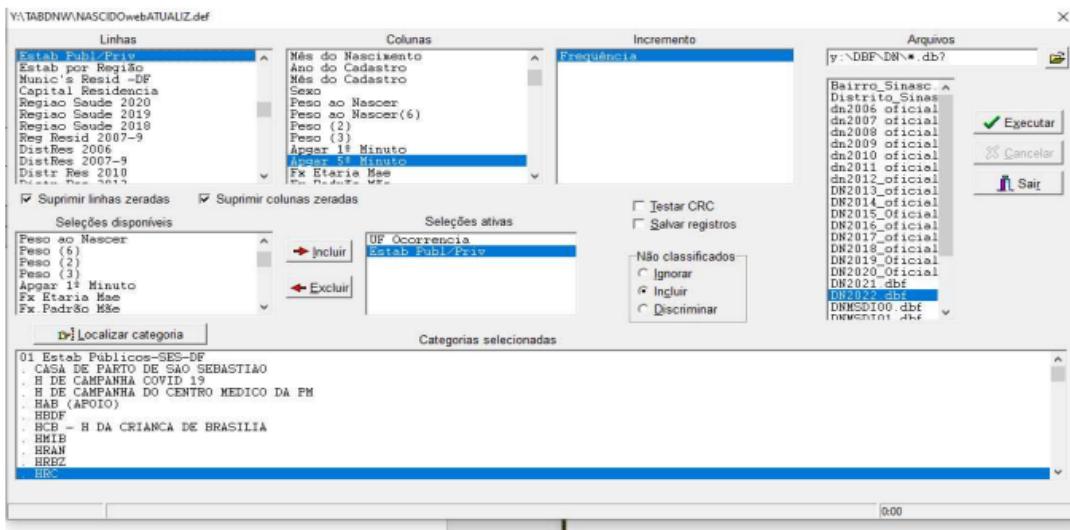
Indicador 3: Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 3 e nº 2 HMIB
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência
Conceituação	Mede a Ocorrência de asfixia no recém-nascido no quinto minuto de Vida. Contribui na análise das condições de parto e nascimento
Usos	Avaliar o acesso aos serviços de nascimentos quanto à oferta de vagas: leitos, equipe e equipamentos para o atendimento aos recém-nascidos que necessitam de cuidados nos primeiros minutos de vida: identificar barreiras de acesso da gestante ao local do parto previamente estabelecido por meio do plano de vinculação.
Limitações	O preenchimento inadequado/incompleto da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e o atraso do lançamento das DNV no SINASC prejudicam substancialmente a qualidade deste indicador.
Fonte	SINASC
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de recém-nascidos com Apgar <7 no 5º minuto de vida em um determinado local (hospital/maternidade/outro) do nascimento o ano Denominador: Número total de recém-nascidos no mesmo local e ano Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo Anual	Menor, melhor
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GIASS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Execute o Tabwin
2	Em arquivos de seleção, marque o diretório “NASCIDOweATUALIZ.def”
	Após executar o diretório, marque as seguintes seleções: Linha: Estab Publ/Priv Colunas: Apgar 5º Minuto Incremento: Frequência 3 Arquivos: DN 2022.dbf / DN 2023.dbf Seleções Disponíveis: UF de ocorrência e Estab Publ/Priv (selecionar Estabelecimento de saúde do Indicador) Não classificados: Incluir Categorias selecionadas: Distrito Federa

Por fim, clique em EXECUTAR.



OBSERVAÇÕES

Indicador 4: Percentual de óbitos maternos investigados

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 4 Regiões e nº 3 HMIB
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de óbitos maternos investigados.
Conceituação	O óbito materno é a morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após o parto, causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Óbito materno investigado é todo aquele no qual os passos da investigação foram seguidos, foi feita a discussão no comitê de mortalidade e digitado no módulo de investigação do SIM Federal.
Usos	A investigação de óbitos permite aprimorar a causa do óbito materno e identificar fatores determinantes que a originaram, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Limitações	O atraso na investigação dos óbitos pode dificultar a localização dos familiares para realizar a investigação domiciliar e atrasar a implementação de medidas preventivas de outros eventos similares.
Fonte	SIM- Sistema de Informação sobre mortalidade
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de óbitos maternos investigados residentes na região em determinado período Denominador: Total de óbitos maternos residentes na mesma região e período Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GIASS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de óbitos maternos investigados
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Vamos fazer nova tabulação: Clique no ícone de ponto de interrogação. Em DRIVES escolha y:\\sivitais\\sivitais. Em DIRETÓRIOS escolha Y:TABDOW. Em ARQUIVOS DE DEFINIÇÃO escolha OBITOwebDOMatualiz. DEF Clique no botão ABRE DEF. Salvar tabela: NÃO
2	Na nova janela, em ARQUIVOS escolha DOM2021. DBF, para tabular os dados de mortalidade de 2021. Em LINHAS escolha Região Saúde 2020, não marque suprimir linhas zeradas. Em COLUNAS escolha Invest Mod Mat.
3	Em SELEÇÕES DISPONÍVEIS: - TIPO ÓBITO = NÃO fetal - UF RESID = DISTRITO FEDERAL - FAIXA ETARIA (13) = 11 a 49 - SEXO = FEM - CAUSA MATERNA = selecione todos menos exceto HIV e NEC da Hip. pós parto. f. MOM OB NOVO = Seleccione todos, exceto No puerpério de 43 a 365 dias e Óbito não ocorreu em nda.
4	Em NÃO CLASSIFICADOS escolha incluir. Execute a tabela e salve no Excel.
5	Faça nova tabulação selecionando em Causa Materna HIV/ Aids e Nec da Hip pós parto e em Mom ob novo deixe marcados: na Gravidez, no Parto, no Abortamento e no Puerpério até 42 dias
6	Execute a tabela e salve no Excel
7	Some o resultado das duas tabelas
OBSERVAÇÕES	

Indicador 5: Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES

Código SESPLAN	Indicador nº 5 Regiões e nº 4 HMIB
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano.
Conceituação	Óbito infantil investigado é todo aquele no qual os passos da investigação foram seguidos, foi feita a discussão no comitê de mortalidade e digitado no módulo de investigação do SIM Federal.
Usos	A investigação de óbito permite identificar fatores determinantes com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver problemas que possam evitar a ocorrência de eventos similares. Auxilia na organização da rede de atenção à saúde materna e infantil.
Limitações	O atraso na investigação dos óbitos pode dificultar a localização dos familiares para realizar a investigação domiciliar e atrasar a implementação de medidas preventivas de outros eventos similares.
Fonte	SIM- Sistema de Informação sobre mortalidade
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de óbitos infantis residentes investigados e cadastrados no Módulo de investigação do SIM Denominador: Total de óbitos infantis residentes no mesmo local e período. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GIASS
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

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

TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de óbitos investigados em menores de 1 ano
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Para iniciar clique duas vezes no link do Tabwin que está na área de trabalho do seu micro. Clique no ícone que tem um ponto de interrogação (Executar tabulação) conforme indicado
2	Em DRIVES escolha y: \\sivitais\sivitais. Em DIRETÓRIOS escolha Y:\TABDOW. Em ARQUIVOS DE DEFINIÇÃO escolha OBITOrede_infantil_atual. DEF, conforme indicado abaixo. Clique no botão Abre DEF
3	Na nova janela, em ARQUIVOS escolha DOI2021.DBF, para tabular os dados de mortalidade de 2021. Em LINHAS escolha Região Saúde 2020. Em COLUNAS escolha Invest Mod Inf.
4	Em SELEÇÕES DISPONÍVEIS clique sobre Tipo Óbito e após no botão Incluir. Em CATEGORIAS SELECIONADAS clique sobre Não fetal.
5	Novamente em SELEÇÕES DISPONÍVEIS clique sobre UF Resid e após no botão Incluir. Em CATEGORIAS SELECIONADAS clique sobre Distrito Federal.
6	Mais uma vez em SELEÇÕES DISPONÍVEIS clique sobre Faixa Etária (13) e após no botão Incluir. Em CATEGORIAS SELECIONADAS clique sobre
7	Em NÃO CLASSIFICADOS escolha incluir. Clique no botão EXECUTAR.
8	Para obter o percentual de óbitos investigados clique em OPERAÇÕES (1ª linha da tela do tabwin) e escolha calcular indicador (vide abaixo). Na nova janela em Numerador escolha investigado. Em denominador escolha Total. Em escala marque por 100 e em casas decimais marque 1. Clique no botão OK. Pronto! Vai aparecer uma nova coluna, com os percentuais de óbitos investigados por local de residência.
9	Para copiar esta tabela para o Excel clique no 5º ícone, logo após o ícone do ponto de interrogação. Abra o Excel e cole.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 6: Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 6 Regiões
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.
Conceituação	Uma das estratégias para a ampliação da captação (notificação) de óbitos maternos é a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), com o intuito de resgatar mortes maternas não declaradas.
Usos	Propor políticas públicas para a redução de óbitos de mulheres em idade fértil, realizar estudos sobre a mortalidade de mulheres em idade fértil, promover ações de educação permanente no âmbito do Distrito Federal.
Limitações	Falhas na alimentação da informação no SIM e em especial do módulo de investigação deste sistema podem interferir nos resultados e exigem cautela na interpretação
Fonte	Sala de situação
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de óbitos de MIF investigados Denominador: Total de óbitos de MIF Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GIASS
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GIASS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado

Acordo de Gestão Regional – AGR

TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados (MIF)
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Vamos iniciar nova tabulação. Clique no ícone de ponto de interrogação. Em DRIVES escolha y:\svitais\svitais. Em DIRETÓRIOS escolha Y:TABDOW. Em ARQUIVOS DE DEFINIÇÃO escolha OBITOwebDOMatualiz.DEF Clique no botão ABRE DEF. Salvar tabela: NÃO
2	Na nova janela, em ARQUIVOS escolha DOM2021.DBF, para tabular os dados de mortalidade de 2021. Em LINHAS escolha Região Saúde 2020. Em COLUNAS escolha Invest Mod Mat.
3	Em SELEÇÕES DISPONÍVEIS: - UF Resid = Distrito Federal - Tipo Óbito = Não fetal - Faixa Etária (13) = 10 a 49 - Sexo = Fem
4	Em NÃO CLASSIFICADOS escolha incluir. Clique no botão EXECUTAR.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 7: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES

Código SESPLAN	Indicador nº 7 Regiões
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade.
Conceituação	Número de vacinas selecionadas do calendário Nacional de vacinação que atingiram a cobertura vacinal preconizada pelo Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde no ano corrente.
Usos	Analizar a cobertura vacinal para controlar e manter eliminadas as doenças imunopreveníveis em crianças menores de 2 anos de idade, considerando as metas estipuladas para cada vacina que é de 95%.
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende do lançamento no sistema- SIPNI das vacinas realizadas pelas salas de vacina das regiões de saúde.
Fonte	SIPNI- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização SINASC- Sistema de Nascidos Vivos
Metodologia de Cálculo	Numerador: o número de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação que atingiram a cobertura preconizada pelo Programa Nacional de Imunização Denominador: número total de vacinas selecionadas. Multiplicador: 100 Vacina Pentavalente: Numerador = n° de terceiras doses aplicadas em menores de 1 ano. Denominador= população de nascidos vivos do SINASC menor de 1 ano de idade. Fator de multiplicação=100; Vacina contra a Poliomielite: Numerador=n° de terceiras doses aplicadas em menores de 1 ano Denominador= população de nascidos vivos do SINASC menor de 1 ano de idade. Fator multiplicação=100 Vacina Pneumocócica Conjugada: Numerador= n° de segundas doses aplicadas em menores de 1 ano de idade. Denominador=população de nascidos vivos do SINASC menor de 1 ano de idade. Fator de multiplicação=100 Vacina Tríplice Viral: Numerador =nº de primeiras doses aplicadas em crianças de 1 ano a menores de 2 anos. Denominador= população de nascidos vivos do SINASC de 1 ano de idade a menor de 2anos de idade (1ano 11 meses e 29 dias). Fator multiplicador=100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim (resultado mensal não acumulado e resultado anual acumulado)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Responsável Técnico	SESDF/SVS/DIVEP/GEVITHA
Coordenador da Pactuação	SESDF/SVS/DIVEP
Descrição da Meta	SESDF/SVS/DIVEP
Alterações	Vide matriz de metas

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

TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
OBSERVAÇÕES	

PASSO A PASSO PARA OBTER O INDICADOR DE IMUNIZAÇÃO DO AGR DISPONÍVEL EM PROCESSO SEI: 00060-00309691/2021-23,
DOCUMENTO: 67419883.

Objetivo: Responder o indicador: “Proporção de vacinas selecionadas que alcançaram acobertura pactuada em crianças menores de dois anos de idade”

Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas das vacinas selecionadas para determinada região e o total da população para a mesma região.

ETAPAS:

1. OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO

1.1. Obter os dados de doses aplicadas no SIPNI Web das vacinas solicitadas:

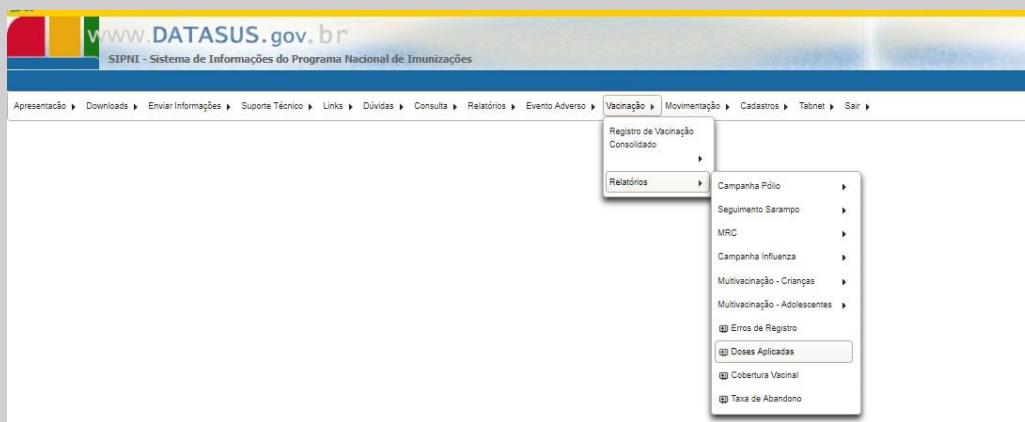
- Pentavalente - 3ª dose
- Pneumocócica 10 valente - 2ª dose
- Poliomielite - 3ª dose
- Tríplice Viral - 1ª dose

1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome

1.3. Entre na página: si-pni-web/faces/inicio.jsf

1.4. Digite seu login e senha

1.5. Posicione o cursor na janela: vacinação/relatórios/doses aplicadas



1.6. Clicar em Doses Aplicadas

1.7. Preencher os campos até sua Regional Municipal, conforme figura abaixo

Dados Aplicadas

Instâncias

UF: DISTRITO FEDERAL Macro Regional: MR-DF Regional: DISTRITO FEDERAL Município: BRASÍLIA

Regional Municipal: CENTRAL Distrito Sanitário: Selecionar Unidade de Saúde: Selecionar

Outras Informações

1.8. Selecionar:

- 1.8.1. Estratégia: Todos
- 1.8.2. Imunobiológico: Penta
- 1.8.3. Dose: 3^adose
- 1.8.4. Faixa Etária: <1 ano

1.9. Digitar o período desejado.

Exemplo: estamos fazendo o primeiro bimestre de 01/2021 até 02/2021. Clicar em pesquisar

1.10.

Visualizar Por: Hospital, Estado, Regional, Municipio, Estabelecimento de Saúde

Relatório Por: Instância, Faixa Etária, Imunobiológico, Dose, Estratégia

Sistema de Origem: Individualizado, Comunitário, Campesina, Multivacinação, UNIC, SIPNI-WEB, APIWEB, SIPNI DESKTOP, SI-SUS-e-SUS AB

Estratégia: Todas, 3^adose

Período: Anuidade Inicial: 00/03/2021, Anuidade Tássima: 20/01/2021

1.11. Observar a tabela que o sistema apresenta. Conferir a localidade, a dose, o imuno e o período.

Consolidado de Doses Aplicadas

Visualizar Por Região

Relatório Por Instância, Faixa Etária, Imunobiológico, Dose, Estratégia

Sistema: SIPNI WEB, APIWEB, SIPNI DESKTOP, SI-SUS-e-SUS AB

Período: 01-2021 até 02-2021

DISTRITO FEDERAL - MR-DISTRITO FEDERAL - DISTRITO FEDERAL - BRASÍLIA - CENTRAL

Região	Imunobiológico	Dose	Estratégia	TOTAL	Total	Data / Hora
Centro/Cidade	Penta	3 ^a Dose	Brincadeira	100	100	29/01/2021 05:00:00
Total				100	100	

Fonte: SIPNI/CADA/SUS/SMS.

(*) Dados originários de imunizadores no site não atualizados a cada 1 hora e 30 minutos.

(**) Dados originários de imunizadores no SIPNI Desktop não serão validados para a Campanha.

** As doses da campanha de Poliomielite validadas para a rotina devem ser informadas também no Incidim da Campanha de Multivacinação.

** Não registrar doses de VIP como doses válidas da campanha de poliomielite.

1.12. Criar uma planilha de excel, salvar com o nome “indicador de imunização”, nomear a aba com o período da

análise (1 bimestre) e digitar as doses informadas pelo sistema, em uma tabela como a apresentada na figura abaixo:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1			PENTA (D3)	PNEUMO 10 (D2)		PÓLIO (D3)		TV (D1)			
2	REGIÃO	POPULAÇÃO	n	CV	n	CV	n	CV	n	CV	
3	CENTRAL										
4											

1.13. Na mesma tela, repetir a tabulação, selecionando a vacina e a dose. Depois clicar em pesquisar

- VIP (pólio) – selecionar 3ª dose
- Penta (DTP+Hib+Hep B) – selecionar 3ª dose
- Pncc10V(pneumococo 10 valente) – selecionar 2ª dose
- SCR (tríplice viral – sarampo, caxumba, rubéola)

1.14. Observar a tabela que o sistema apresenta. Conferir a localidade, a dose, o imunoe o período e preencher a tabela criada com os resultados informados no sistema:

1.15. Ao final das tabulações você deve ter construído uma tabela como a da figura abaixo:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1			PENTA (D3)	PNEUMO 10 (D2)		PÓLIO (D3)		TV (D1)			
2	REGIÃO	POPULAÇÃO	n	CV	n	CV	n	CV	n	CV	
3	CENTRAL		335		307		315		317		
4											
5											

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

2.1. Para todas as vacinas listadas anteriormente utilizamos a população de menores de 1ano. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC.

- Para o cálculo das coberturas mensais, divide-se o total da população por 12
- Para o cálculo das coberturas bimestrais, divide-se o total da população por 6
- Para o cálculo das coberturas trimestre, divide-se o total da população por 4
- Para o cálculo das coberturas quadrimestrais, divide-se o total da população por 3

2.2. Preencher a população do período e localidade

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1			PENTA (D3)	PNEUMO 10 (D2)		PÓLIO (D3)		TV (D1)			
2	REGIÃO	POPULAÇÃO	n	CV	n	CV	n	CV	n	CV	
3	CENTRAL		707	335	307		315		317		
4											
5											

3. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL PARA CADA VACINA

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

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

No Excel, podemos fazer o cálculo de forma automática, através de uma fórmula, como exemplificado abaixo.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1			PENTA (D3)	PNEUMO 10 (D2)	PÓLIO (D3)	TV (D1)					
2	REGIÃO	POPULAÇÃO	n	CV	n	CV	n	CV	n	CV	
3	CENTRAL	707	335	47,4	307		315		317		
4											

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

Para o cálculo do indicador, devemos verificar o quantitativo de vacinas que alcançaram a metade 95%.

$$INDICADOR = \frac{\text{TOTAL DE VACINAS QUE ALCANÇARAM A META}}{4} \times 100$$

No exemplo, para a Região Central nenhuma vacina alcançou a meta de 95%

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1			PENTA (D3)	PNEUMO 10 (D2)	PÓLIO (D3)	TV (D1)				
2	REGIÃO	POPULAÇÃO	n	CV	n	CV	n	CV	n	CV
3	CENTRAL	707	335	47,4	307	43,4	315	44,6	317	44,8
4										
5										

Portanto, temos:

$$INDICADOR \text{ REGIÃO CENTRAL} = \frac{0}{4} \times 100 = 0$$

Observem, que para este indicador os valores possíveis são 0 (no caso de nenhuma das 4 vacinas terem alcançado a meta), 25% (no caso de 1 das 4 vacinas terem alcançado a meta), 50% (no caso de 2 das 4 vacinas terem alcançado a meta), 75% (no caso de todas as 4 vacinas terem alcançado a meta).

Elaboração

Priscilleyne Ouverney ReisEnfermeira

Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar –

GEVITHA/DIVEP/SVS/SESDF

Atualização

Milena Fontes Lima Pereira - Enfermeira

Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar –

GEVITHA/DIVEP/SVS/SESDF

Sugestões de alteração: imunizadf@gmail.com

Indicador 8: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice Viral para crianças de 15 meses de idade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 8 Regiões
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice Viral para crianças de 15 meses de idade.
Conceituação	Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice Viral, preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente
Usos	Analizar o cumprimento do esquema básico de vacinação de Tríplice Viral em crianças de 15 meses de idade e estimular a vigilância de coberturas vacinais para manter a população protegida contra doenças imunopreveníveis (sarampo, caxumba e rubéola), considerando a meta estipulada de 95% de cobertura vacinal.
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende da migração dos registros de doses aplicadas, pelas salas de vacina das regiões de saúde, do sistema e-SUS APS para o sistema SI-PNI.
Fonte	SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)
Metodologia de Cálculo	<p>Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Tríplice Viral $\geq 95\% = 100\%$ Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Tríplice Viral $< 95\% = 0$</p> <p>Numerador = nº de segundas doses aplicadas em crianças de 15 meses de idade. Denominador = população de nascidos vivos do SINASC de 1 ano a menores de 2 anos. Fator de multiplicação=100.</p> <p style="text-align: right;">CV de Tríplice Viral: nº de segundas doses aplicadas em crianças de 15 meses de idade/ população de nascidos vivos do SINASC de 1 ano a menores de 2 anos x 100</p>
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Responsável Técnico	SESDF/SVS/DIVEP/GEVITHA
Coordenador da Pactuação	SESDF/SVS/DIVEP
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice Viral para crianças de 15 meses de idade.

PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR

Objetivo: Responder o indicador: “Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Tríplice Viral para crianças de 15 meses de idade”.

Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas da vacina selecionada para determinada região e o total da população para a mesma região.

ETAPAS: 1.

OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO

1.1. Obter os dados de doses aplicadas no SIPNI Web da vacina selecionada:

- Tríplice Viral - 2ª dose

1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome

1.3. Entre na página: <http://sipni.datasus.gov.br>

1.4. Digite seu login e senha da regional que pretende iniciar a avaliação

1.5. Posicione o cursor na janela: vacinação/relatórios/doses aplicadas

1.6. Clicar em Doses Aplicadas:



The screenshot shows the SIPNI web interface with a yellow header bar. Below it, there's a navigation menu with items like 'Apresentação', 'Downloads', 'Enviar Informações', etc. On the right side, there's a dropdown menu for 'Relatórios'. Under 'Relatórios', several options are listed: 'Campanha Pólio - Sarampo', 'Campanha Pólio', 'Campanha Pólio - 2015', 'Sarampo/Sarampo', 'MRIO', 'Campanha Influenza', 'Multivacinação - Crianças', 'Multivacinação - Adolescentes', 'Emissor de Registro', 'Doses Aplicadas' (which is highlighted with a red box), and 'Cobertura Vacinal'.

1

1.7. Preencher os campos até sua Regional Municipal, conforme figura abaixo



The screenshot shows the 'Doses Aplicadas' page. At the top, there's a header with the DATASUS logo and 'www.DATASUS.gov.br'. Below it, a navigation bar with links like 'Apresentação', 'Downloads', 'Enviar Informações', etc. The main area has a title 'Doses Aplicadas' with a sub-section 'Instâncias'. It contains several dropdown menus: 'UF' (set to 'DISTRITO FEDERAL'), 'Macro Regional' (set to 'MR-DF'), 'Regional' (set to 'DISTRITO FEDERAL'), 'Município' (set to 'BRASILIA'). Below these, there are more dropdowns for 'Regional Municipal' (set to 'CENTRAL'), 'Distrito Sanitário' (set to 'Selezione'), and 'Unidade de Saúde' (set to 'Selezione'). The entire 'Instâncias' section is highlighted with a large red box.

1.8. Selecionar:

- Estratégia: Todos
- Imunobiológico: SCR
- Dose: 2ª dose
- • Faixa Etária: 1 ano

1.9. Digitar o período desejado, no exemplo estamos fazendo de janeiro de 2020 a dezembro de 2020. Clicar em pesquisar

Doses Aplicadas

Instâncias

UF: DISTRITO FEDERAL Macro Regional: MR-DF Regional: DISTRITO FEDERAL Município: BRASILIA

Regional Municipal: CENTRAL Distrito Sanitário: Seleção Unidade de Saúde: Seleção

Outras Informações

Visualizar Por: Região (selected), Estado, Regional, Municipio, Estabelecimento de Saúde
Tipo de Unidade de Saúde: Seleção

Relatório Por: Instância (checked), Faixa Etária (checked), Imunobiológico (checked), Dose (checked), Estratégia (checked)
Situação: Gestante, Comunicantes de transmissão, Puerpera

Sistema de Origem: Individualizado, Consolidado, Campanha, Multivacinação, NRC, SIPNI WEB, APIWEB, SPNI DESKTOP, SISABV-SUS AB
Origem da Informação: Residência, Vacinação

Estratégia: Todos, Imunobiológico: Triplex viral, Dose: 2ª Dose, Faixa Etária: 1 ANO
Período: Ano/Mês Inicial: 202001, Ano/Mês Término: 202012, Ano/Mês (AAAAMM): 202012

Pesquisar, Limpar, Informações Adicionais

1.10. Observar a tabela que o sistema apresenta. Conferir a localidade, a dose, o Imunobiológico e o período.

Consolidado de Doses Aplicadas
Visualizar Por Região
Relatório Por Instância, Faixa Etária, Imunobiológico, Dose, Estratégia
Sistema: SIPNI WEB, APIWEB, SPNI DESKTOP, SISAB/e-SUS AB
Período: 01-2020 até 12-2020
DISTRITO FEDERAL - MR-DISTRITO FEDERAL - DISTRITO FEDERAL - BRASILIA - CENTRAL

Região	Imunobiológico	Dose	Estratégia	1 ANO	Total	Data / Hora
Centro-Oeste	SCR	2ª Dose	Rotina	800	800	19/02/2021 10:54:23
			Campanha indiscriminada	1	1	14/08/2020 00:00:00
Total				801	801	
[Página: 1 de 1]						
Exportar para o formato abaixo						

1.11. Criar uma planilha de Excel, salvar com o nome “indicador de imunização”, nomear a aba com o período

da análise e digitar as doses informadas pelo sistema, em uma tabela como a apresentada na figura abaixo:

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

1.12. Ao final das tabulações você deve ter construído uma tabela como a da figura abaixo:

	A	B	C	D
1				SCR (D2)
2	Região	População	n	CV
3	Central		801	

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

2.1. Para a vacina listada anteriormente utilizamos a população de crianças de 1 ano a menores de 2 anos. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC

No exemplo em questão, o SINASC utilizado é o de 2018.

Atenção!

A cobertura vacinal é calculada com **dados acumulados**. Dessa forma, é preciso aplicar a seguinte proporcionalidade na população:

$$\text{Jan} = \frac{\text{População total} \times 1}{12}$$

$$\text{Jan a Jul} = \frac{\text{População total} \times 7}{12}$$

$$\text{Jan a Fev} = \frac{\text{População total} \times 2}{12}$$

$$\text{Jan a Ago} = \frac{\text{População total} \times 8}{12}$$

$$\text{Jan a Mar} = \frac{\text{População total} \times 3}{12}$$

$$\text{Jan a Set} = \frac{\text{População total} \times 9}{12}$$

$$\text{Jan a Abr} = \frac{\text{População total} \times 4}{12}$$

$$\text{Jan a Out} = \frac{\text{População total} \times 10}{12}$$

$$\text{Jan a Mai} = \frac{\text{População total} \times 5}{12}$$

$$\text{Jan a Nov} = \frac{\text{População total} \times 11}{12}$$

$$\text{Jan a Jun} = \frac{\text{População total} \times 6}{12}$$

$$\text{Jan a Dez} = \text{População total}$$

2.2. Preencher a população do período e localidade equivalente ao da seleção das vacinas na tabela de Excel.

	A	B	C	D
1				SCR (D2)
2	Região	População	n	CV
3	Central	4657	801	

3. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL PARA CADA VACINA

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

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

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

A screenshot of a Microsoft Excel spreadsheet. The ribbon at the top shows tabs for Arquivo, Página Inicial, Inserir, Layout da Página, Fórmulas, Dados, Revisão, and Exibir. The Página Inicial tab is selected. The formula bar shows the formula =C3/B3*100. The spreadsheet has four columns labeled A, B, C, and D. Row 1 contains the header SCR (D2). Row 2 contains the labels Região, População, n, and CV. Row 3 contains the values Central, 4657, 801, and the result =C3/B3*100.

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

	A	B	C	D
1			SCR (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	4657	801	=C3/B3*100

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

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



OBSERVAÇÕES

Indicador 9: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 9
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.
Conceituação	Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente, preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente.
Usos	Analizar o cumprimento do esquema básico de vacinação de Penta em crianças menores de 1 ano de idade e estimular a vigilância de coberturas vacinais para manter a população protegida contra doenças imunopreveníveis (difteria, tétano, coqueluche (DTP) e infecções por Haemophilus influenza tipo B e hepatite B), considerando a meta estipulada de 95% de cobertura vacinal.
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende da migração dos registros de doses aplicadas, pelas salas de vacina das regiões de saúde, do sistema e-SUS APS para o sistema SI-PNI.
Fonte	SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos).
Metodologia de Cálculo	Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $\geq 95\% = 100\%$ Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Penta $<95\% = 0$ Numerador = nº de terceiras doses aplicadas em menores de 1 ano. Denominador = população de nascidos vivos do SINASC menores de 1 ano de idade. Fator de multiplicação=100. CV de Penta: nº de terceiras doses aplicadas em menores de 1 ano população de nascidos vivos do SINASC menores de 1 ano de idade x 10
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Responsável Técnico	SESDF/SVS/DIVEP/GEVITHA
Coordenador da Pactuação	SESDF/SVS/DIVEP
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
<p>Objetivo: Responder o indicador: “Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da Pentavalente para crianças menores de 1 ano de idade”.</p> <p>Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas da vacina selecionada para determinada região e o total da população para a mesma região.</p>	
<p>ETAPAS: 1.</p> <p>OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO</p> <p>1.1. Obter os dados de doses aplicadas no SIPNI Web da vacina selecionada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tríplice Viral - 2ª dose <p>1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome</p> <p>1.3. Entre na página: http://sipni.datasus.gov.br</p> <p>1.4. Digite seu login e senha da regional que pretende iniciar a avaliação</p> <p>1.5. Posicione o cursor na janela: vacinação/relatórios/doses aplicadas</p> <p>1.6. Clicar em Doses Aplicadas:</p>	

1



1.7. Preencher os campos até sua Regional Municipal, conforme figura abaixo



1.8. Selecionar:

- Estratégia: Todos
- Imunobiológico: Penta
- Dose: 3^a dose
- Faixa Etária: <1 ano

1.9. Digitar o período desejado, no exemplo estamos fazendo de janeiro de 2020 a dezembro de 2020. Clicar em pesquisar

Ministério da Saúde
www.DATASUS.gov.br
SIPNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações

Apresentação ▶ Download ▶ Enviar Informações ▶ Suporte Técnico ▶ Links ▶ Dúvidas ▶ Consulta ▶ Relatórios ▶ Evento Adverso ▶ Vacinação ▶ Movimentação ▶ Cadastros ▶ Tablet ▶ Sair ▶

Doses Aplicadas

Instâncias

UF: Macro Regional: Regional: Município:
DISTRITO FEDERAL MR-DF DISTRITO FEDERAL BRASILIA

Regional Municipal: Distrito Sanitário: Unidade de Saúde:
CENTRAL Seleção Seleção

Outras Informações

Visualizar Por: Região, Estado, Regional, Município, Estabelecimento de Saúde
Relatório Por: Instância, Faixa Etária, Imunobiológico, Dose, Estratégia
Sistema de Origem: Individualizado, Consolidado, Campanha, Multivacinação, MRC, SIPNI WEB, APIWEB, SIPNI DESKTOP, SISAB/e-SUS AB

Estratégia: Todos, Imunobiológico: Tríplice viral, Dose: 2ª Dose, Faixa Etária: 1 ANO, Período: Ano/Mês Inicial: 202001, Ano/Mês Término: 202012

Pesquisar Limpar Informações Adicionais

1.10. Observar a tabela que o sistema apresenta. Conferir a localidade, a dose, o Imunobiológico e o período.

Consolidado de Doses Aplicadas
Visualizar Por Região
Relatório Por Instância, Faixa Etária, Imunobiológico, Dose, Estratégia
Sistema: SIPNI WEB, APIWEB, SIPNI DESKTOP, SISAB/e-SUS AB
Período: 01-2020 até 12-2020
DISTRITO FEDERAL - MR-DISTRITO FEDERAL - DISTRITO FEDERAL - BRASILIA - CENTRAL

Região	Imunobiológico	Dose	Estratégia	1 ANO	Total	Data / Hora
Centro-Oeste	SCR	2ª Dose	Rotina	800	800	19/02/2021 10:54:23
			Campanha indiscriminada	1	1	14/08/2020 00:00:00
Total				801	801	

[Página: 1 de 1]

Exportar para o formato abaixo

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

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

1.12. Ao final das tabulações você deve ter construído uma tabela como a da figura abaixo:

	A	B	C	D
1			SCR (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central		801	

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

2.1. Para a vacina listada anteriormente utilizamos a população de crianças de 1 ano a menores de 2 anos. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC

No exemplo em questão, o SINASC utilizado é o de 2018.

Atenção!

A cobertura vacinal é calculada com **dados acumulados**. Dessa forma, é preciso aplicar a seguinte proporcionalidade na população:

$$\text{Jan} = \frac{\text{População total} \times 1}{12}$$

$$\text{Jan a Jul} = \frac{\text{População total} \times 7}{12}$$

$$\text{Jan a Fev} = \frac{\text{População total} \times 2}{12}$$

$$\text{Jan a Ago} = \frac{\text{População total} \times 8}{12}$$

$$\text{Jan a Mar} = \frac{\text{População total} \times 3}{12}$$

$$\text{Jan a Set} = \frac{\text{População total} \times 9}{12}$$

$$\text{Jan a Abr} = \frac{\text{População total} \times 4}{12}$$

$$\text{Jan a Out} = \frac{\text{População total} \times 10}{12}$$

$$\text{Jan a Mai} = \frac{\text{População total} \times 5}{12}$$

$$\text{Jan a Nov} = \frac{\text{População total} \times 11}{12}$$

$$\text{Jan a Jun} = \frac{\text{População total} \times 6}{12}$$

$$\text{Jan a Dez} = \text{População total}$$

2.2. Preencher a população do período e localidade equivalente ao da seleção das vacinas na tabela de Excel.

	A	B	C	D
1			Penta (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	4657	2540	

3. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL PARA CADA VACINA

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

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

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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1			Penta (D3)		Pneumo 10 (D2)		Pólio (D3)		TV (D1)	
2	Região	População	n	CV	n	CV	n	CV	n	CV
3	Central	4657	2540	=C3/B3*100	2866		2415		3582	
4										

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

	A	B	C	D
1			Penta (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	4657	2540	54,5

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

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



OBSERVAÇÕES

Indicador 10: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina injetável contra Poliomielite (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 10
Pactuações	AGR
Indicador	Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina injetável contra Poliomielite (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.
Conceituação	Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina injetável contra Poliomielite (VIP), preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente
Usos	Analizar o cumprimento do esquema básico de vacinação de VIP em crianças menores de 1 ano de idade e estimular a vigilância de coberturas vacinais para manter a população protegida contra doenças imunopreveníveis (poliomielite), considerando a meta estipulada de 95% de cobertura vacinal
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende da migração dos registros de doses aplicadas, pelas salas de vacina das regiões de saúde, do sistema e-SUS APS para o sistema SI-PNI
Fonte	SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos).
Metodologia de Cálculo	Cobertura vacinal para o esquema básico completo de VIP $\geq 95\% = 100\%$ Cobertura vacinal para o esquema básico completo de VIP $<95\% = 0$ Numerador = nº de terceiras doses aplicadas em menores de 1 ano. Denominador = população de nascidos vivos do SINASC menores de 1 ano de idade. Fator de multiplicação=100. CV de VIP: nº de terceiras doses aplicadas em menores de 1 ano população de nascidos vivos do SINASC menores de 1 ano de idade x 10
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Responsável Técnico	SESDF/SVS/DIVEP/GEVITHA
Coordenador da Pactuação	SESDF/SVS/DIVEP
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina injetável contra Poliomielite (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade.

PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR

Objetivo:

Responder o indicador: “Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da Vacina Injetável contra Poliomielite (VIP) para crianças menores de 1 ano de idade”.

Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas da vacina selecionada para determinada região e o total da população para a mesma região.

ETAPAS: 1.

OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO

1.1. Obter os dados de doses aplicadas no SIPNI Web da vacina selecionada:

- Tríplice Viral - 2ª dose

1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome

1.3. Entre na página: <http://sipni.datasus.gov.br>

1.4. Digite seu login e senha da regional que pretende iniciar a avaliação

1.5. Posicione o cursor na janela: vacinação/relatórios/doses aplicadas

1.6. Clicar em Doses Aplicadas:



1

1.7. Preencher os campos até sua Regional Municipal, conforme figura abaixo

The screenshot shows the 'Doses Aplicadas' search form. It has fields for 'UF', 'Macro Regional', 'Regional', and 'Município'. Under 'UF', 'DISTRITO FEDERAL' is selected. Under 'Macro Regional', 'MR-DF' is selected. Under 'Regional', 'DISTRITO FEDERAL' is selected. Under 'Município', 'BRASILIA' is selected. Below these, there are fields for 'Regional Municipal', 'Distrito Sanitário', and 'Unidade de Saúde'. 'CENTRAL' is selected in the 'Regional Municipal' dropdown, and 'Selezione' is selected in both 'Distrito Sanitário' and 'Unidade de Saúde' dropdowns. A red box highlights the entire search form area.

1.8. Selecionar:

- Estratégia: Todos

- Imunobiológico: VIP
- Dose: 3ª dose
- Faixa Etária: <1 ano

1.9. Digitar o período desejado, no exemplo estamos fazendo de janeiro de 2020 a dezembro de 2020. Clicar em pesquisar

The screenshot shows the SIPNI website interface for searching vaccination doses. The search parameters are highlighted with red boxes:

- Instâncias:** DISTRITO FEDERAL, MR-DF, DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA.
- Outras Informações:**
 - Visualizar Por:** Região (selected), Estado, Regional, Municipio, Estabelecimento de Saúde.
 - Relatório Por:** Instância (checked), Faixa Etária (checked), Imunobiológico (checked), Dose (checked), Estratégia (checked).
 - Sistema de Origem:** Individualizado, Consolidado, Campanha, Multivacinação, NRC, SIPNI WEB, APIWEB, SPNI DESKTOP, SISABV-SUS AB.
 - Estratégia:** Todos, Imunobiológico: Tríplice viral, Dose: 2ª Dose.
 - Periodo:** Ano/Mês Inicial: 202001, Ano/Mês Término: 202012, Ano/Mês(XAAXABA).

1.10. Observar a tabela que o sistema apresenta. Conferir a localidade, a dose, o Imunobiológico e o período.

Consolidado de Doses Aplicadas
Visualizar Por Região

Relatório Por Instância, Faixa Etária, Imunobiológico, Dose, Estratégia
Sistema: SIPNI WEB, APIWEB, SPNI DESKTOP, SISAB/e-SUS AB
Período: 01-2020 até 12-2020

DISTRITO FEDERAL - MR-DISTRITO FEDERAL - DISTRITO FEDERAL - BRASILIA - CENTRAL

Região	Imunobiológico	Dose	Estratégia	1 ANO	Total	Data / Hora
Centro-Oeste	SCR	2ª Dose	Rotina	800	800	19/02/2021 10:54:23
			Campanha indiscriminada	1	1	14/08/2020 00:00:00
Total				801	801	

[Página: 1 de 1]

Exportar para o formato abaixo:

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

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

1.12. Ao final das tabulações você deve ter construído uma tabela como a da figura abaixo:

	A	B	C	D
1			VIP (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central		2417	

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

2.1. Para a vacina listada anteriormente utilizamos a população de crianças de 1 ano a menores de 2 anos. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC

No exemplo em questão, o SINASC utilizado é o de 2018.

Atenção!

A cobertura vacinal é calculada com **dados acumulados**. Dessa forma, é preciso aplicar a seguinte proporcionalidade na população:

$$\text{Jan} = \frac{\text{População total} \times 1}{12}$$

$$\text{Jan a Jul} = \frac{\text{População total} \times 7}{12}$$

$$\text{Jan a Fev} = \frac{\text{População total} \times 2}{12}$$

$$\text{Jan a Ago} = \frac{\text{População total} \times 8}{12}$$

$$\text{Jan a Mar} = \frac{\text{População total} \times 3}{12}$$

$$\text{Jan a Set} = \frac{\text{População total} \times 9}{12}$$

$$\text{Jan a Abr} = \frac{\text{População total} \times 4}{12}$$

$$\text{Jan a Out} = \frac{\text{População total} \times 10}{12}$$

$$\text{Jan a Mai} = \frac{\text{População total} \times 5}{12}$$

$$\text{Jan a Nov} = \frac{\text{População total} \times 11}{12}$$

$$\text{Jan a Jun} = \frac{\text{População total} \times 6}{12}$$

$$\text{Jan a Dez} = \text{População total}$$

2.2. Preencher a população do período e localidade equivalente ao da seleção das vacinas na tabela de Excel.

	A	B	C	D
1			VIP (D3)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	4657	2417	

3. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL PARA CADA VACINA

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

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

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

A screenshot of the Microsoft Excel ribbon. The 'Fórmulas' tab is selected. In the formula bar, the formula $=C3/B3*100$ is entered. Below the ribbon, a table is displayed:

	A	B	C	D	E	F	G	H
1				SCR (D2)				
2	Região	População	n	CV				
3	Central	4657	801	=C3/B3*100				

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

	A	B	C	D
1				VIP (D3)
2	Região	População	n	CV
3	Central	4657	2417	51,9

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

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



Indicador 11: Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 11
Pactuações	AGR
Indicador	Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade.
Conceituação	Alcance da meta de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V, preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde no ano corrente
Usos	Analisar o cumprimento do esquema básico de vacinação de Pnemo-10V em crianças menores de 1 ano de idade e estimular a vigilância de coberturas vacinais para manter a população protegida contra doenças imunopreveníveis (doença pneumocócica), considerando a meta estipulada de 95% de cobertura vacinal.
Limitações	A análise da cobertura vacinal depende da migração dos registros de doses aplicadas, pelas salas de vacina das regiões de saúde, do sistema e-SUS APS para o sistema SI-PNI
Fonte	SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos).
Metodologia de Cálculo	<p>Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Pnemo-10V $\geq 95\% = 100\%$ Cobertura vacinal para o esquema básico completo de Pnemo-10V $<95\% = 0$</p> <p>Numerador = nº de segundas doses aplicadas em menores de 1 ano. Denominador = população de nascidos vivos do SINASC menores de 1 ano de idade. Fator de multiplicação=100.</p> <p>CV de Pnemo-10V: nº de segundas doses aplicadas em menores de 1 ano/ população de nascidos vivos do SINASC menores de 1 ano de idade x 100</p>
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	NÃO
Estratificação	Por região de saúde, por RA
Responsável Técnico	SESDF/SVS/DIVEP/GEVITHA
Coordenador da Pactuação	SESDF/SVS/DIVEP
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Rede Cegonha
INDICADOR	Percentual de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade

PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR

Objetivo: Responder o indicador: “Meta preconizada de 95% de cobertura vacinal do esquema básico completo da vacina Pneumocócica 10V para crianças menores de 1 ano de idade”.

Para obtenção deste indicador é necessário dispor do total de doses aplicadas da vacina selecionada para determinada região e o total da população para a mesma região.

ETAPAS: 1.

OBTER DADOS DE DOSES APLICADAS PELO PERÍODO DESEJADO

1.1. Obter os dados de doses aplicadas no SIPNI Web da vacina selecionada:

- Tríplice Viral - 2ª dose

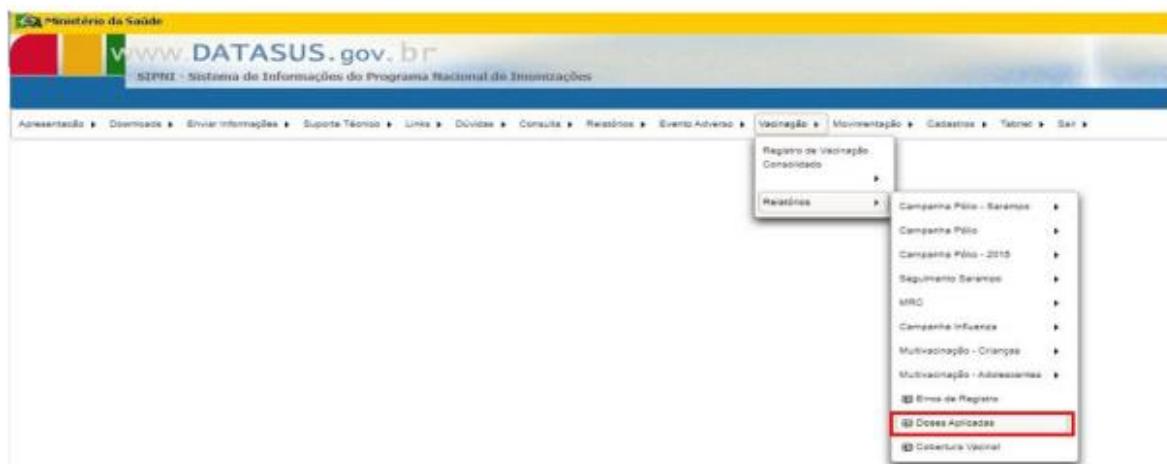
1.2. Acesse a internet, preferencialmente pelo Google Chrome

1.3. Entre na página: <http://sipni.datasus.gov.br>

1.4. Digite seu login e senha da regional que pretende iniciar a avaliação

1.5. Posicione o cursor na janela: vacinação/relatórios/doses aplicadas

1.6. Clicar em Doses Aplicadas:



1.7. Preencher os campos até sua Regional Municipal, conforme figura abaixo

The screenshot shows the 'Doses Aplicadas' form. At the top left, there's a small icon and the text 'Doses Aplicadas'. Below that is a section titled 'Instâncias' with four dropdown menus. The first dropdown 'UF:' has 'CENTRAL' selected. The second 'Macro Regional:' dropdown has 'Selezione' selected. The third 'Regional:' dropdown also has 'Selezione' selected. The fourth 'Município:' dropdown has 'BRASILIA' selected. All four dropdowns are highlighted with a red box.

1.8. Selecionar:

- Estratégia: Todos

- Imunobiológico: Pneumo-10V (Pncc10V)
- Dose: 2ª dose
- Faixa Etária: <1 ano

1.9. Digitar o período desejado, no exemplo estamos fazendo de janeiro de 2020 a dezembro de 2020. Clicar em pesquisar

1.10. Observar a tabela que o sistema apresenta. Conferir a localidade, a dose, o Imunobiológico e o período.

Consolidado de Doses Aplicadas
Visualizar Por Região
Relatório Por Instância, Faixa Etária, Imunobiológico, Dose, Estratégia
Sistema: SIPNI WEB, APIWEB, SIPNI DESKTOP, SISAB/e-SUS AB
Período: 01-2020 até 12-2020

DISTRITO FEDERAL - MR-DISTRITO FEDERAL - DISTRITO FEDERAL - BRASILIA - CENTRAL

Região	Imunobiológico	Dose	Estratégia	1 ANO	Total	Data / Hora
Centro-Oeste	SCR	2ª Dose	Rotina	800	800	19/02/2021 10:54:23
			Campanha indiscriminada	1	1	14/08/2020 00:00:00
Total				801	801	
[Página: 1 de 1]						
Exportar para o formato abaixo 						

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

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

1.12. Ao final das tabulações você deve ter construído uma tabela como a da figura abaixo:

	A	B	C	D
1			Pneumo 10 (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central		2866	

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

2.1. Para a vacina listada anteriormente utilizamos a população de crianças de 1 ano a menores de 2 anos. De acordo com recomendação do Ministério da Saúde, utiliza-se dos dados de população do SINASC

No exemplo em questão, o SINASC utilizado é o de 2018.

Atenção!

A cobertura vacinal é calculada com **dados acumulados**. Dessa forma, é preciso aplicar a seguinte proporcionalidade na população:

$$\text{Jan} = \frac{\text{População total} \times 1}{12}$$

$$\text{Jan a Jul} = \frac{\text{População total} \times 7}{12}$$

$$\text{Jan a Fev} = \frac{\text{População total} \times 2}{12}$$

$$\text{Jan a Ago} = \frac{\text{População total} \times 8}{12}$$

$$\text{Jan a Mar} = \frac{\text{População total} \times 3}{12}$$

$$\text{Jan a Set} = \frac{\text{População total} \times 9}{12}$$

$$\text{Jan a Abr} = \frac{\text{População total} \times 4}{12}$$

$$\text{Jan a Out} = \frac{\text{População total} \times 10}{12}$$

$$\text{Jan a Mai} = \frac{\text{População total} \times 5}{12}$$

$$\text{Jan a Nov} = \frac{\text{População total} \times 11}{12}$$

$$\text{Jan a Jun} = \frac{\text{População total} \times 6}{12}$$

$$\text{Jan a Dez} = \text{População total}$$

2.2. Preencher a população do período e localidade equivalente ao da seleção das vacinas na tabela de Excel.

	A	B	C	D
1			Pneumo 10 (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	4657	2866	

3. REALIZAR O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL PARA CADA VACINA

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

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

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

	A	B	C	D	E	F	G	H
1			Pneumo 10 (D2)					
2	Região	População	n	CV				
3	Central	4657	2866	=C3/B3*100				

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

	A	B	C	D
1			Pneumo 10 (D2)	
2	Região	População	n	CV
3	Central	4657	2866	61,5

4. REALIZAR O CÁLCULO DO INDICADOR

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



OBSERVAÇÕES

Rede de Urgência e Emergência - RUE

Indicador 12: Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 12 , nº 5 HMIB, Nº 01 HSPV
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de classificação das guias de atendimento de emergência (GAE) abertas nas emergências hospitalares.
Conceituação	<p>Este indicador terá como função mensurar por unidade de pronto socorro o número de usuários que procuram o serviço de pronto atendimento registrado com abertura e registro no Guia de Atendimento de Emergência (GAE) e submetidos a Classificação de Risco. O GAE possui uma ficha de atendimento da esfera administrativa aberta sempre que o paciente busca atendimento em unidades de Pronto Socorro e UPA.</p> <p>A Classificação de Risco tem por finalidade definição da ordem do atendimento em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada, sendo uma atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência em serviço de urgência, e após capacitação específica para a atividade proposta;</p>
Usos	Garantir o atendimento aos pacientes que buscam os serviços de urgência e emergência por ordem do atendimento em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada.
Limitações	O déficit de RH de enfermeiro para suprir a necessidade de funcionamento da classificação de risco 24h poderá prejudicar a análise do indicador.
Fonte	Sala de situação
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número total de pacientes submetidos a classificação de risco por dia; Denominador: Número total de GAE por Unidade de atendimento por dia; Multiplicador: 100.
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	CNES (Serviço hospitalar de emergência - SHE e UPA)
Responsável Técnico	GENFH/GASFURE
Coordenador da Pactuação	GENFH/GASFURE
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

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

OBSERVAÇÕES

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



Acesse o “Menu Gestor”.



Informe o login e senha.

Menu Gestor

[Login](#) [Solicitar Acesso](#)

Nome de usuário

Senha

INICIAR SESSÃO

[Redefinir senha](#)

Acesse o botão “Emergências”.



ACesso TEMPORÁRIO AO ANTIGO MENU GESTOR

Dia! Como você já sabe, esse é o novo portal InfraSaúde!
Para você que já possui acesso ao antigo Menu Gestor, a boa notícia é que em breve sarà disponivel para você se visualizar, mas apenas para fins de treinamento.
Aqui se mostra só os menus de login, não se preocupe! Essa área só é destinada por enquanto, Testadores e Treinadores.

⚠ Pode haver risco prestando atenção nesse menu, que são importantes para as suas atividades diárias. É muito simples: Compare as assinaturas desse menu com o antigo com sa o novo, mire sua nota e faça a verificação de diferenças na SEI.

DESENVOLVIMENTO: O acesso à pesquisa só ficará disponível por 30 dias a partir da data de lançamento do novo Portal InfraSaúde, ou seja, dia 12/04/2023.

Fonte: SUPLAIS/DOE

[Acesso ao Antigo Menu Gestor](#)

PACC – Plano Anual de Compras e Contratações

 A Secretaria de Saúde do DF possui um Plano Anual de Compras e Contratações (PACC) e este portal apresenta, de forma transparente, este planejamento por ano. Toda a transparência é garantida e o programa da InfraSaúde, além da forma de recursos financeiros para compras.

[ACESSO](#)

Modelo Organizacional SES-DF

 Sobre mais da estrutura organizacional, assuntos como o Regimento Interno, os Organogramas e os normativos da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Além de como solicitar a criação ou alteração da estrutura ou/é o Regimento Interno.

Localize o painel “Classificação de Risco”.

 **Classificação de Risco**

Classificação de Risco

Após o primeiro contato do paciente no atendimento do Pronto-Socorro hospitalar, será aberta uma Guia de Atendimento de Emergência (GAE) que será classificada segundo os critérios de classificação de risco. O painel disponibiliza a consulta sobre a GAE's com a utilização dos seguintes filtros de pesquisa: mês, ano, unidade hospitalar e motivo da alta.

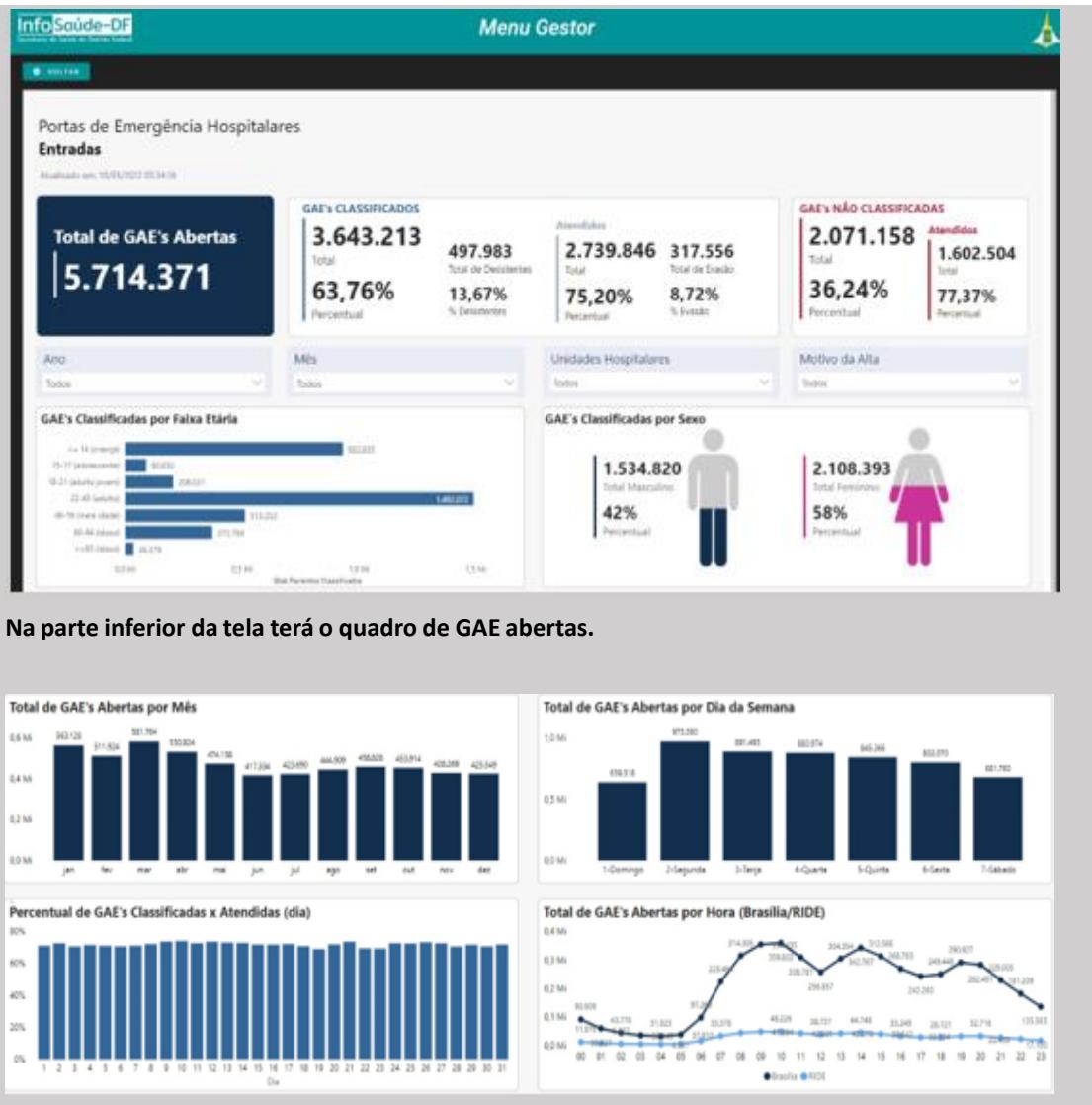
As informações apresentadas como resultado da busca são sobre a quantidade de GAE's abertas, GAE's classificadas e não classificadas, pacientes atendidos, GAE's classificadas por faixa etária e sexo, percentual por tipo de risco, especialidade, CID e GAE's abertas por hora.

Além disso, é possível fazer um comparativo entre mês, ano e dia da semana, atendidos classificados, atendidos não classificados por CID e por região administrativa.

[ACESSO](#)



No painel faça a busca conforme o filtro desejado.



Indicador 13: Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 13, nº 6 HMIB E Nº 02 HSVF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas.
Conceituação	Número de pacientes classificados como verdes e azuis nas emergências fixas do Distrito Federal por período, exceto as unidades que estão sob gestão do IGESDF.
Usos	Reducir o índice de pacientes classificados como verdes e azuis nas emergências fixas.
Limitações	O indicador não mensura os outros níveis de classificação (amarelo, laranja e vermelho).
Fonte	Sala de Situação
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de pacientes classificados com critério de prioridade (verde e azul) DENOMINADOR: Número total de pacientes classificados MULTIPLICADOR: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Distrital
Responsável Técnico	GENFH/GASFURE
Coordenador da Pactuação	GENFH/GASFURE
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Percentual de usuários classificados como verdes e azuis nas emergências fixas
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acesse a Sala de Situação do DF > opção “Gestão da Saúde”. Atenção: O acesso ao menu gestor requer solicitação prévia via SES
2	Menu Gestor > Emergências > Classificação de Risco.
3	Certifique-se de que estão selecionadas apenas Unidades Hospitalares.
4	Atribua Ano, para selecionar mais de uma opção recorra ao atalho Ctrl.
5	Atribua Mês, para selecionar mais de uma opção recorra ao atalho Ctrl.
6	Busque o gráfico Percentual GAE's Classificadas Tipo de Risco.
7	Para evidenciar a cor, clique nela; para selecionar mais de uma opção recorra ao atalho Ctrl.
8	O percentual é fornecido ao selecionar no Gráfico a cor desejada.
OBSERVAÇÕES	
Acesse https://info.saude.df.gov.br/ e selecione “Gestão da Saúde”.	
	
Acesse o “Menu Gestor”.	
	
Informe o login e senha.	

Menu Gestor

Login Solicitar Acesso

Nome de usuário

Senha

INICIAR SESSÃO

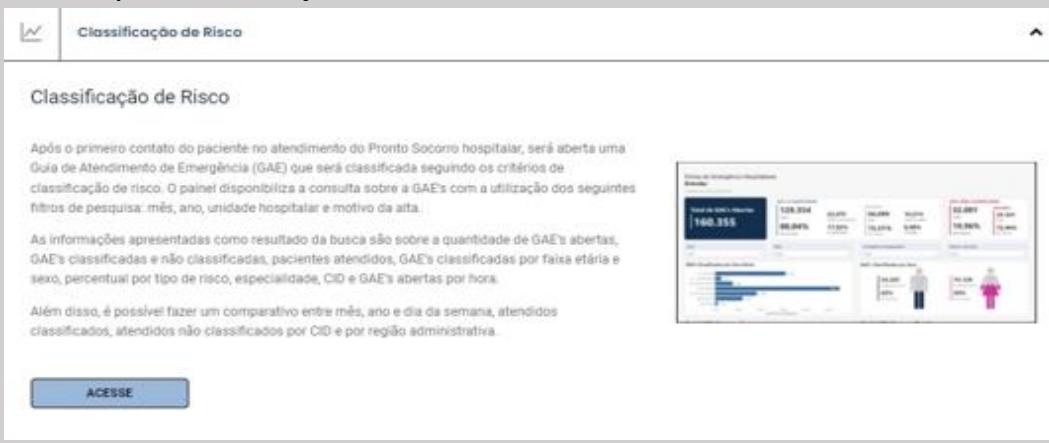
[Redefinir senha](#)

Acesse o botão “Emergências”



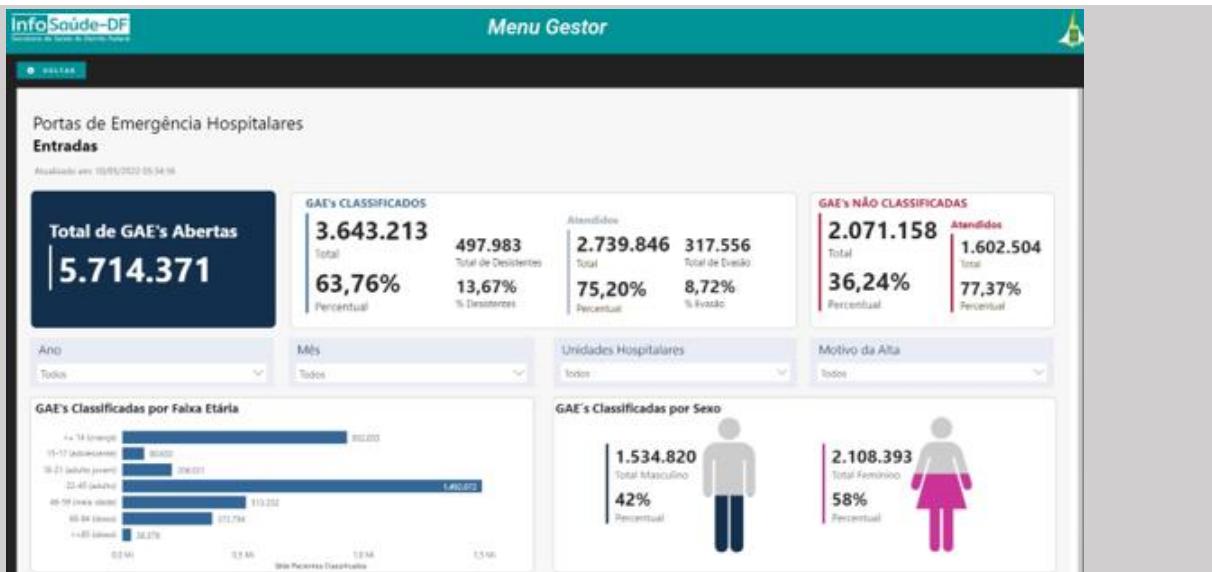
The screenshot shows the SES-DF website's homepage. On the left, there is a sidebar with various menu items: ATENÇÃO PRIMÁRIA, ATENÇÃO HOSPITALAR, CNES, CONTRATOS E CONVENIÊNCIAS, CONTROLEADORIA, CRAS/ - 18, EMERGÊNCIAS, ESTATÍSTICAS, FINANCIERO, GESTÃO DE PESSOAS, HABILITAÇÕES, and INDICADORES. The 'EMERGÊNCIAS' button is highlighted with a red oval. To the right of the sidebar, there is a large text block about temporary access to the old Menu Gestor, followed by sections for 'PACC – Plano Anual de Compras e Contratações' and 'Modelo Organizacional SES-DF'. At the bottom right of the main content area, there is a blue 'ACESSO' button.

Localize o painel “Classificação de Risco”.



The screenshot shows the 'Classificação de Risco' dashboard. At the top, there is a header with a search bar and a 'Classificação de Risco' button. Below the header, there is a section titled 'Classificação de Risco' with descriptive text and a note about the GAE (Guia de Atendimento de Emergência). To the right of this text is a large, detailed dashboard with various charts and graphs. The dashboard includes a summary table at the top right with columns like 'Total de GAEs Abertas' (160.315), 'Porcentagem' (98.04%), and 'Mês' (Maio). Below this are several other charts showing data categorized by month, sex, age group, and risk type. At the bottom of the dashboard, there is a blue 'ACESSO' button.

No painel faça a busca conforme o filtro desejado.



Certifique-se de que estão selecionadas apenas Unidades Hospitalares

Unidades Hospitalares

Todos

- HBOF
- HMIB
- HRAN
- HRBz
- HRC
- HRG
- HRGu
- HRL
- HRPI
- HRPI

Atribua ano e mês.

Determine o ano e o mês da busca, use a função Ctrl se precisar selecionar mais de um.

Ano

Seleções múltiplas

- 2018
- 2019
- 2020
- 2021
- 2022

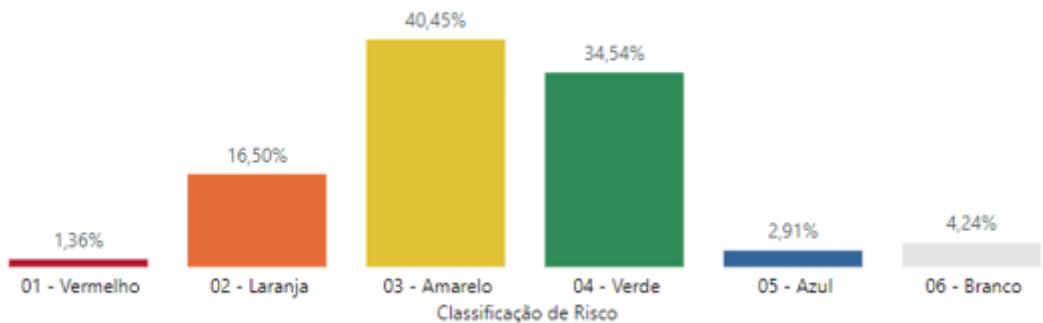
Mês

Seleções múltiplas

- abr
- ago
- dez
- fev
- jan
- jul
- jun
- mai
- mar
- nov

Busque o gráfico Percentual GAE's Classificadas Tipo de Risco.

Percentual GAE's Classificadas Tipo de Risco



Caso precise dar evidência em alguma classificação, basta clicar na cor ou passar o mouse por cima (serão fornecidos os dados de % e valor bruto).

Indicador 14: Proporção de atendimentos de urgências e emergências hipertensivas.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador 14
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de atendimentos de urgências e emergências hipertensivas
Conceituação	Mede a proporção de atendimentos de pacientes com os CIDs de urgências e emergências hipertensivas (CID I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I251, I252, I255, I256, I258, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, I679, I674, I678, I270, I272, I64, O10, O100, O101, O102, O103, O104, O109, O11) atendidos na portas de urgência hospitalares, frente ao total de pacientes hipertensos cadastrados no e-SUS em regiões com 85% ou mais do parâmetro de cadastro da região ou da estimativa de pacientes hipertensos considerando a estimativa populacional da CODEPLAN/2020
Usos	Analizar por meio da comparação com o indicador do Previne Brasil no Acordo de Gestão Local: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre e do indicador da PAS: Proporção de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), se a melhora do resultado do indicador no AGL melhora os resultados do indicador proposto no AGR e na PAS.
Limitações	Em alguns casos o CID não é incluído corretamente, o que faz com que alguns casos se percam e não entrem no indicador, entretanto esta limitação tende a ser menos relevante à medida que se aprimoram os sistemas de informação.
Fonte	Painel Gestor InfoSaúde
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de atendimentos de urgências e emergências hipertensivas em determinado local e período. DENOMINADOR: total de pacientes hipertensos cadastrados no e-SUS em regiões com 85% ou mais do parâmetro de cadastro da região ou da estimativa de pacientes hipertensos considerando a estimativa populacional da CODEPLAN/2020. Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual(%)
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Distrito Federal, Região de Saúde, Região Administrativa
Responsável Técnico	GPMA Hospitalar (Numerador) e Primária (Denominador)
Coordenador da Pactuação	REDE DE Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP - OBTENÇÃO DO INDICADOR DE ATENDIMENTOS EM HIPERTENSÃO NAS EMERGÊNCIAS																									
Indicador: Proporção de atendimentos de urgências e emergências hipertensivas nas portas dos Serviços Hospitalares de Emergência (SHE)																									
Tema: Rede de Urgência e Emergência																									
Obter numerador	1º passo	Acessar o painel gestor do sítio https://info.saude.df.gov.br/gestao-da-saude/login/																							
	2º passo	Acessar o item EMERGÊNCIA/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO																							
	3º passo	Aplicar filtro "Ano"																							
	4º passo	Aplicar filtro "Mês" - Use "Ctrl" para selecionar mais de um mês.																							
	5º passo	Aplicar filtro "Unidades Hospitalares" - Use "Ctrl" para selecionar todas as unidades da sua região de saúde.																							
	6º passo	Selecione as CID (CID I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I251, I252, I255, I256, I258, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, I679, I674, I678, I270, I272, I64, O10, O100, O101, O102, O103, O104, O109, O11)																							
Obter denominador	Se a região tiver mais de 85% da população cadastrada	1º passo	Acessar o painel gestor do sítio https://info.saude.df.gov.br/gestao-da-saude/login/																						
		2º passo	Acessar o item ATENÇÃO PRIMÁRIA/CADASTROS INDIVIDUAIS NA APS																						
		3º passo	Aplicar filtro "Região de Saúde"																						
		4º passo	Coletar o nº de hipertensos.																						
	Se a região não tiver 85% da população cadastrada	1º passo	Identificar a sua região de saúde no APÊNDICE I																						
		2º passo	Utilizar as estimativas contidas no APÊNDICE I																						
Calcular indicador	Único passo	Após obtenção de numerador e de denominador, dividir o primeiro pelo segundo e multiplicar por 100 para obtenção do percentual.																							
OBSERVAÇÕES																									
APÊNDICE I - ESTIMATIVA DE PACIENTES HIPERTENSOS NO DISTRITO FEDERAL																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Estimativa de pacientes diabéticos e hipertensos no DF, 2022.</th> </tr> <tr> <th>Região de Saúde</th> <th>Região Administrativa</th> <th>HAS</th> <th>DENOMINADOR REGIONAL (HAS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">Central</td> <td>Cruzeiro</td> <td>7.686</td> <td rowspan="6">97.875</td> </tr> <tr> <td>Lago Sul</td> <td>7.556</td> </tr> <tr> <td>Lago Norte</td> <td>9.261</td> </tr> <tr> <td>Plano Piloto</td> <td>57.342</td> </tr> <tr> <td>Sudoeste</td> <td>13.800</td> </tr> <tr> <td>Varjão</td> <td>2.230</td> </tr> </tbody> </table>				Estimativa de pacientes diabéticos e hipertensos no DF, 2022.				Região de Saúde	Região Administrativa	HAS	DENOMINADOR REGIONAL (HAS)	Central	Cruzeiro	7.686	97.875	Lago Sul	7.556	Lago Norte	9.261	Plano Piloto	57.342	Sudoeste	13.800	Varjão	2.230
Estimativa de pacientes diabéticos e hipertensos no DF, 2022.																									
Região de Saúde	Região Administrativa	HAS	DENOMINADOR REGIONAL (HAS)																						
Central	Cruzeiro	7.686	97.875																						
	Lago Sul	7.556																							
	Lago Norte	9.261																							
	Plano Piloto	57.342																							
	Sudoeste	13.800																							
	Varjão	2.230																							

		Candangolândia	4.091	95.450	
		Guará	35.155		
		Núcleo Bandeirante	6.009		
		Park Way	5.758		
		Riacho Fundo	10.982		
		Riacho Fundo II	23.487		
		SCIA/Estrutural	9.320		
		S.I.A	648		
		Itapoã	16.367	79.059	
		Jardim Botânico	14.560		
		Paranoá	18.830		
		São Sebastião	29.302		
		Fercal	2.397	89.279	
		Planaltina	49.365		
		Sobradinho I	17.827		
		Sobradinho II	19.690		
		Brazlândia	16.135	106.676	
		Ceilândia	71.850		
		Pôr do Sol/CSN	18.691		
		Águas Claras	25.300	200.259	
		Arriqueira	9.510		
		Recanto das Emas	33.313		
		Samambaia	61.673		
		Taguatinga	52.062		
		Vicente Pires	18.401		
		Gama	35.996	68.513	
		Santa Maria	32.517		
		TOTAL	737.111		737.111
			1		

Indicador 15: Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador 15
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
Conceituação	Proporção de pacientes que foram a óbito após internação com o CID de Infarto Agudo do Miocárdio, frente ao total de pacientes com este CID. Diagnóstico CID-10 (categorias): I21, I210, I211, I212, I213, I214, I219, I22, I220, I221, I228, I229, I23, I230, I231, I232, I233, I234, I235, I236, I238, I248, I249.
Usos	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade das internações por infarto agudo do miocárdio em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
Limitações	Em alguns casos o CID não é incluído corretamente, o que faz com que alguns casos se percam e não entrem no indicador, entretanto esta limitação tende a ser menos relevante à medida que se aprimoram os sistemas de informação.
Fonte	Sala de Situação
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Óbitos nas internações por IAM em determinado local e período na população acima de 20 anos DENOMINADOR: Total das internações por IAM, em determinado local e período na população acima de 20 anos MULTIPLICADOR: 100 Tipo de AIH: Normal Diagnóstico CID-10 (categorias): <ul style="list-style-type: none">• I21 Infarto agudo do miocárdio• I22 Infarto do miocárdio recorrente• I23 Algumas complicações atuais subsequentes infarto agudo do miocárdio
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	3,92%
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Distrito Federal, Região de Saúde, Região Administrativa
Responsável Técnico	GPMA Hospitalar
Coordenador da Pactuação	GPMA Hospitalar
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acesse a Sala de Situação do DF > opção “Gestão da Saúde”.
2	Menu Gestor > aba “Indicadores” > painel “AGR - Proporção de Óbitos nas Internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)”. O painel traz a proporção de óbitos nas internações por IAM. É possível realizar a busca por ano, mês e região de saúde. Selecione o mês de referência, colha o dado de percentual de óbitos e total de internações. Atenção: O acesso ao menu gestor requer solicitação prévia via SEI.
3	O painel traz a proporção de óbitos nas internações por IAM. É possível realizar a busca por ano, mês e região de saúde. Selecione o mês de referência, colha o dado de percentual de óbitos e total de internações. Atenção: O acesso ao menu gestor requer solicitação prévia via SEI.
4	Acesse o SESPLAN e preencha a ficha do indicador conforme orientações.
5	Considere que: É necessário evidenciar os indicadores das URDs, contratados e IGES no campo Análise
6	Considere que o valor é acumulativo, portanto o sistema fará o somatório.

OBSERVAÇÕES

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



Acesse o “Menu Gestor”.



Informe o login e senha.

Menu Gestor

Login
Solicitar Acesso

INICIAR SESSÃO

[Redefinir senha](#)

Acesse o botão “Indicadores”.



Portal Infraestrutura

Alterar foto

[Sair do Menu Gestor](#)

- [ATENÇÃO PRIMÁRIA](#)
- [ATENÇÃO HOSPITALAR](#)
- CNES**
- [CONTRATOS E CONVÉNIOS](#)
- [CONTROLAÇÃO](#)
- [COVID - 19](#)
- EMERGÊNCIAS**
- [ESTOQUES](#)
- [FINANCEIRO](#)
- GESTÃO DE PESSOAS**
- [HABILITADES](#)
- [INDICADORES](#)

ACesso TEMPORÁRIO AO ANTIGO MENU GESTOR

Dia! Como você já sabe, esse é o novo portal Infraestrutura. Para você que já possui acesso ao antigo menu Gestor, a boa notícia é que ele ainda está disponível para você se divertir, mas agora para efeito de prazer!

Aliás, se perdeu as mudanças de hoje, não se preocupe! Elas agora estão descriptivadas no assunto, Testando a novidade.

⚠️ Porém, atenção! Você precisará solicitar acesso aos painéis que são importantes para as suas atividades diárias. É muito simples: compare os assuntos dos painéis do antigo com os do novo site, mire na foto e faça a solicitação de acesso via SIS.

DESCRIÇÃO: O acesso à pesquisa de fatores disponibilizado por 30 dias a partir da data de lançamento do novo Portal Infraestrutura, ou seja, dia 13/04/2022.

[Escrever SUPLANS/DIFE](#)

[Acessar o Antigo Menu Gestor](#)

PACC – Plano Anual de Compras e Contratações

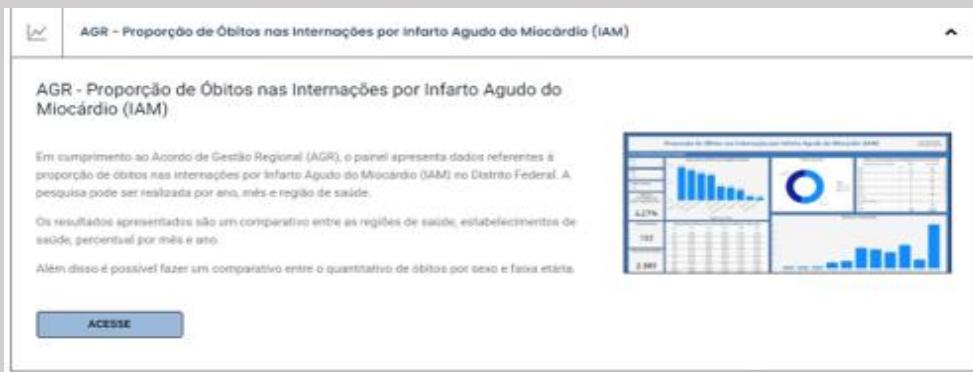
A Secretaria de Saúde do DF possui um Plano Anual de Compras e Contratações (PACC) e este portal apresenta, de forma transparente, seu planejamento por ano, tipo de despesa e o cronograma de trabalho, além da fonte de recursos financeiros para compra.

[ACESSO](#)

Modelo Organizacional SES-DF

Sobre mais da Estrutura Organizacional, assuntos como o Regimento Interno, os Organogramas e os normativos da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Além de como emitir a criação ou alteração de estrutura ou/ou de Regimento Interno...

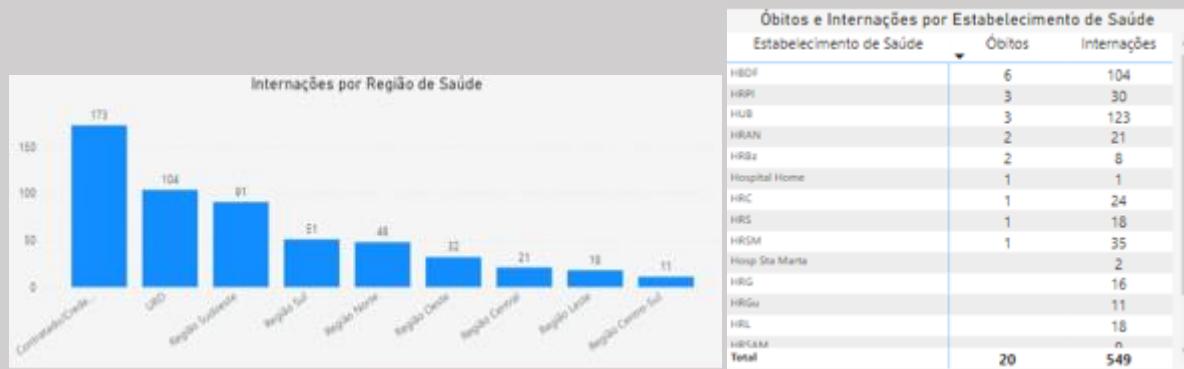
Localize o painel “AGR - Proporção de Óbitos nas Internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)”.



No painel faça a busca conforme o filtro desejado.



Consulta de Internações por regiões de saúde e consulta de óbitos e internações por IAM.



Indicador 16: Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE).

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº16
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)
Conceituação	Proporção de pacientes que foram a óbito após internação com o CID de Acidente Vascular Encefálico, frente ao total de pacientes com este CID. Diagnóstico CID-10 (categorias): I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64.
Usos	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade das internações por Acidente Vascular Encefálico em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Apontar a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção pré-hospitalar. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às doenças do aparelho circulatório.
Limitações	Em alguns casos o CID não é incluído corretamente, o que faz com que alguns casos se percam e não entrem no indicador, entretanto esta limitação tende a ser menos relevante à medida que se aprimoram os sistemas de informação
Fonte	Sala de Situação
Metodologia de Cálculo	<p>NUMERADOR: Óbitos nas internações por AVE, em determinado local e período na população total conforme CID específico</p> <p>DENOMINADOR: Total de internações por AVE, em determinado local e período na população total conforme CID específico</p> <p>MULTIPLICADOR: 100</p> <p>Tipo de AIH: Normal, Diagnóstico CID-10 (categorias):</p> <ul style="list-style-type: none"> • I60 Hemorragia Subaracnóide • I61 Hemorragia Intracerebral • I62 Outras hemorragias intracranianas não traumática • I63 Infarto cerebral • I64 Acidente Vascular cerebral não especificado como hemorrágico e isquêmico • I65 Oclusão e estenose de artérias pré cerebrais que não resultam em infarto cerebral • I66 Oclusão e estenose de artérias pré cerebrais que não resultam em infarto cerebral • I67 Outras doenças cerebrais vasculares • I68 Transtornos cérebros vasculares em doenças classificadas em outra parte • I69 Sequelas de doenças cérebro vasculares.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Distrito Federal, Região de Saúde, Região Administrativa
Responsável Técnico	GPMA Hospitalar
Coordenador da Pactuação	GPMA Hospitalar
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acesse a Sala de Situação do DF > opção “Gestão da Saúde”.
2	Menu Gestor > aba “Indicadores” > painel “AGR – Proporção de Óbitos nas Internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)”.
3	O painel traz a proporção de óbitos nas internações por AVE. É possível realizar a busca por ano, mês e região de saúde. Selecione o mês de referência, colha o dado de percentual de óbitos e total de internações.
4	Atenção: O acesso ao menu gestor requer solicitação prévia via SEI.
5	Acesse o SEPLAN e preencha a ficha do indicador conforme orientações.
6	Considere que: É necessário evidenciar os indicadores das URDs, contratados e IGES no campo Análise

OBSERVAÇÕES

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



Acesse o “Menu Gestor”.



Informe o login e senha.

Menu Gestor

[Login](#) [Solicitar Acesso](#)

Nome de usuário

Senha

INICIAR SESSÃO

[Redefinir senha](#)

Acesse o botão “Indicadores”.



Portal Infobrasil 

[Acessar tudo](#) 

[Sair do Menu Gestor](#) 

[ATENÇÃO PESSOAL](#)[ATENÇÃO HOSPITALAR](#)[CNS](#)[CONTRATOS E CONVÊNIOS](#)[CONTROLDADIA](#)[COVID - 19](#)[EMERGÊNCIAS](#)[ESTOQUES](#)[FINANCEIRO](#)[GESTÃO DE PESSOAS](#)[HABILITAÇÕES](#)[INDICADORES](#)

ACesso TEMPORÁRIO AO ANTIGO MENU GESTOR

Dia! Como você já sabe, esse é o novo portal InfoBrasil! Para você que já possui acesso ao antigo Menu Gestor, a boa notícia é que ele ainda está disponível para você se achar mais adequado ao seu trabalho.

Ali separamos os links que não se encaixam dentro da estrutura do novo Portal Infobrasil, mas que continuam sendo úteis para o seu dia a dia.

O acesso à pesquisa só ficará disponível por 30 dias a partir da data de lançamento do novo Portal Infobrasil, ou seja, dia 13/04/2022.

Educa. Sist. Plano. Desenv.

[Acesso ao Antigo Menu Gestor](#) 

PACC – Plano Anual de Compras e Contratações

A Secretaria de Saúde do DF possui um Plano Anual de Compras e Contratações (PACC) e este portal apresenta, de forma transparente, este planejamento por ano, tipo de despesa e o cronograma da liberação, além da fonte de recursos financeira para compra.

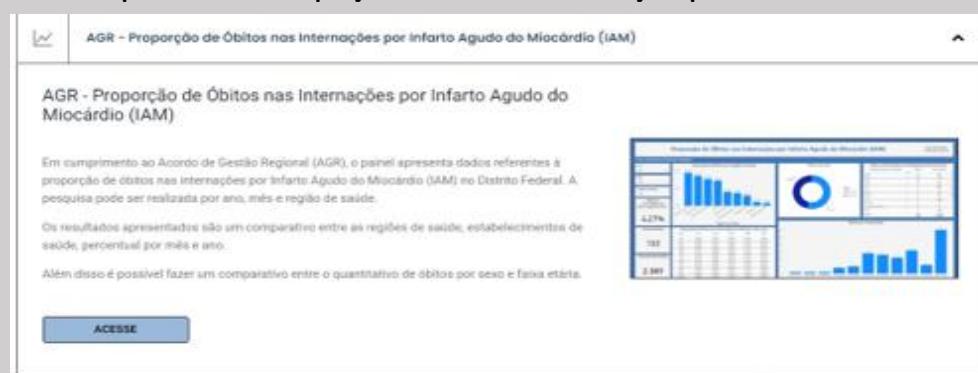
ACESSE

Modelo Organizacional SES-DF

Saiba mais da Estrutura Organizacional, assim como o Regimento Interno, os Organogramas e os normativos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Além de como assistir e criar ou alterar a estrutura da sua Região Interna.

ACESSE

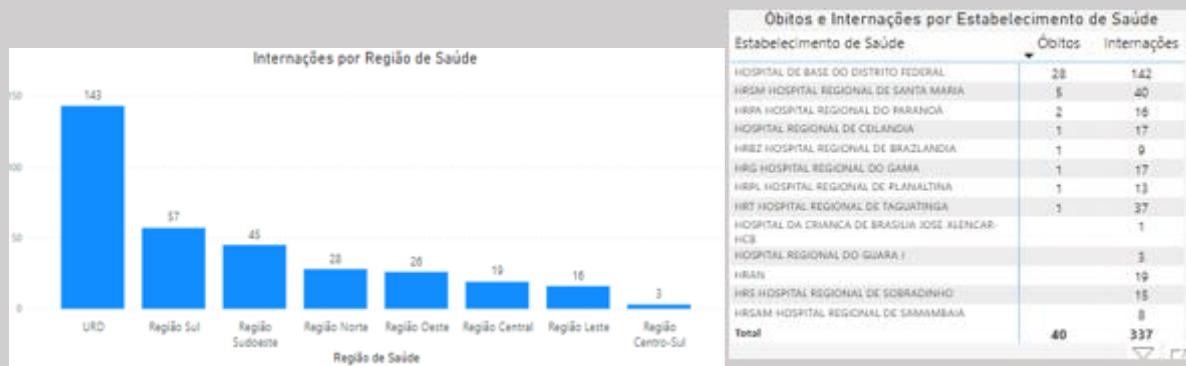
Localize o painel “AGR – Proporção de Óbitos nas Internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE)”.



No painel faça a busca conforme o filtro desejado.



Consulta de Internações por regiões de saúde e consulta de óbitos e internações por AVE.



Indicador 17: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 17 e nº 8 HMIB
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Geral
Conceituação	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto Geral (UTI-A) do hospital
Usos	Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Adulto Geral; avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Adulto Geral; Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Adulto Geral; Avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI Adulto.
Limitações	Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. A mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, a gravidade do quadro à admissão, disponibilidade de insumos, a agilidade na realização de exames e procedimentos, a disponibilização de leitos de retaguarda e de transporte quando da alta médica do paciente. A alimentação do sistema ou a coleta de dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para que as informações de paciente-dia e saídas reflitam de forma precisa a média de permanência. Nossa fonte de informação é o TrakCare e o mesmo não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador.
Fonte	TrakCare (alguns hospitais também se utilizam do Epimed – um sistema confiável de gestão de indicadores, especialmente os de UTI)
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Adulto Geral no período de um mês; Denominador: Nº de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Adulto para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas para outros hospitais e serviços hospitalares e óbitos) da UTI no período de um mês. Como referência utilizar o censo da 00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de paciente-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando na UTI Adulto Geral a cada dia. O número de paciente-dia no mês será o somatório de paciente-dia de cada dia do mês (Sipageh,2006; Schout e Novaes,2007; CQG,2009). Saídas: Nº de transferências internas da UTI Adulto Geral para as unidades menos intensivas (ex.: intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos (saídas internas) mais as saídas hospitalares (altas para a casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de um mês. (Sipageh,2006; Schout e Novaes 2007; CQG,2009).
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	CNES
Responsável Técnico	RTD UTI Adulto
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Indicador 18: Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº18 e nº 9 HMIB
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo Médio de permanência em leitos de UTI Pediátrica
Conceituação	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do hospital
Usos	Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Pediátrica; avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Pediátrica; boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Pediátrica; Avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI pediátrica.
Limitações	Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. As comorbidades e Complicações do quadro do paciente, a gravidade do quadro à admissão, a agilidade na realização de exames e procedimentos, disponibilidade de insumos, a disponibilização de leitos de retaguarda e de transporte quando da alta médica do paciente. A alimentação do sistema ou a coleta de dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para que as informações de paciente-dias e saídas reflitam de forma precisa a média de permanência. Nossa fonte de informação é o TrakCare e o mesmo não gera vários relatórios gerenciais, dificultando assim o cálculo do indicador.
Fonte	TrakCare
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia na UTI Pediátrica no período de um mês; Denominador: Nº de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Pediátrica para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas para outros hospitais e serviços hospitalares e óbitos) da UTI Pediátrica no período de um mês. Como referência utilizar o censo a 00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente pediátrico internado durante um dia hospitalar. O número de paciente-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando na UTI Pediátrica a cada dia. O número de paciente-dia no mês será o somatório de paciente-dia de cada dia do mês. Saídas: Nº de transferências internas da UTI Pediátrica para as unidades menos intensivas (ex.: intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos (saídas internas) mais as saídas hospitalares (altas para a casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de um mês.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Menor, melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	CNES
Responsável Técnico	RTD de UTI pediátrica
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Indicador 19: Tempo médio de permanência em leitos de Clínica Médica.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 19
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo médio de permanência em leitos de Clínica Médica.
Conceituação	Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital.
Usos	Eficiência da gestão de leito operacional nos hospitais. Avaliar o tempo de permanência dos pacientes no hospital. Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional.
Limitações	Não qualifica os motivos pelos quais a média de permanência varia.
Fonte	Trakcare
Metodologia de Cálculo	<p>Numerador: Número de paciente-dia – somatório de paciente-dia do hospital no período de um mês.</p> <p>Denominador: Número de saídas (somatório das altas), transferências externas e óbitos do hospital no período de um mês.</p> <p>Como referência utilizar o censo da 00h de cada dia.</p> <p>Paciente-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de paciente-dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando no hospital a cada dia. O número de paciente-dia no mês será o somatório de paciente-dia de cada dia do mês.</p> <p>Saídas: Número de saídas hospitalares registradas no período de um mês. Somatório de número de altas (independente do motivo de alta), óbitos e transferências externas ocorridas no hospital no período de um mês.</p>
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Dias
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SAIS/CATES/DSINT/GESINT
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	RUE
INDICADOR	Tempo médio de permanência em leitos de Clínica Médica.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Numerador : Acessar o sistema Trakcare > opção Ferramentas
2	Relatórios > Lista de pacientes internados NIA
3	Selecionar data inicial e final referente ao mês desejado, Hospital
4	Verificar e anotar o quantitativo de pacientes internados no mês de referência, da unidade de internação de Clínica Médica (Enfermaria)
5	Denominador: Acessar o sistema Trakcare > opção Ferramentas
6	Relatórios > Pacientes com Alta
7	Selecionar , a data inicial e final referente ao mês desejado, Ala (selecionar a opção “incluir passagens de emergência)
8	Verificar e anotar o quantitativo de pacientes com alta (óbitos e altas) no mês de referência, da unidade de internação de Clínica Médica (Enfermaria)

OBSERVAÇÕES

1. Acessar o sistema Trackare > Ferramentas> Relatórios > Lista de pacientes internados NIA

2. Verificar e anotar o quantitativo de pacientes internados no mês de referência, da unidade de internação de Clínica Médica (Enfermaria)

Lista de Pacientes Internados
HRC-Hospital Regional de Ceilandia
Período: 01/04/2022 até 30/04/2022

Admissão	Data	Hora	SES	Dt.Alta	Hr.Alta	hr
Local: HRC INT ANEXO Clínica Medica						
Enfermaria:	CM B 2					
18/04/2022	21:29			26/04/2022	14:51	7.72 17:22
25/04/2022	12:38			27/04/2022	11:45	1.96 23:07
25/04/2022	16:01					
27/04/2022	03:10					

Enfermaria: CM B 5									
01/04/2022	16:12					20/04/2022	10:43	18.77	18:31
01/04/2022	0:16					14/04/2022	23:11	7.41	08:55
12/04/2022	20:58					20/04/2022	11:15	7.61	14:37
15/04/2022	16:48					16/04/2022	15:17	0.94	22:29
18/04/2022	16:48								
18/04/2022	20:53					26/04/2022	18:14	6.03	06:45
20/04/2022	7:49								
25/04/2022	20:22								
26/04/2022	22:21					05/05/2022	17:16	8.75	18:55
Enfermaria: CM B ISD									
21/04/2022	7:08					27/04/2022	15:19	5.93	22:21
28/04/2022	7:21					04/05/2022	10:13	5.72	12:32
Total de Internados:						56			

3. Acessar o sistema Trakcare > opção Ferramentas Relatórios > Pacientes com Alta

4. Verificar e anotar o quantitativo de pacientes com alta (óbitos e altas) no mês de referência, da unidade de internação de Clínica Médica (Enfermaria)

Pacientes com Alta										
HRS - Hospital Regional de Sobradinho Período: 01/04/2022 até 20/04/2022										
Nº	Nome	Sexo	Data/Nasc.	Enfermaria	Lato	Possessor	Data Alta	Hora Alta	Data Óbito	Hora Óbito
	Diagnósticos: ADD-I Diarreia dissenterica						13/04/2022	12:52:00	26/04/2022	08:49:00
	Diagnósticos: A56.2 Infecção por clamídias do trato genital/unário, localização não especificada						13/04/2022	18:00:00	22/04/2022	08:14:00
	Diagnósticos: 200.0 Exame médico geral						13/04/2022	22:42:00	21/04/2022	08:41:00
	Diagnósticos: I21.0-0 Infarto transmural (agudo) da parede anterior SOE			HRS - UCM 4			19/04/2022	00:46:00	26/04/2022	10:22:00
	Diagnósticos: K10.4-c Doenças do estômago SOE						19/04/2022	01:29:00	26/04/2022	07:31:00
	Diagnósticos: S80.1 Contusão de outras partes e de partes não especificadas da perna			HRS - UCM 4			20/04/2022	01:29:00	26/04/2022	07:31:00
	Diagnósticos: C00.3-c Neoplasia maligna (de(s)c) labio superior oral			HRS - UCM 2			20/04/2022	15:48:00	26/04/2022	20:37:00
Sub-total: 41										Total: 41

Indicador 20: Tempo de retenção de maca por unidade de Urgência/Emergência fixa.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 20
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa
Conceituação	<p>Denomina-se maca retida a situação onde a maca de transporte do SAMU precisa permanecer com o paciente na Unidade de urgência/emergência fixa de destino, em decorrência da ausência de macas disponíveis na Unidade para a qual o paciente foi encaminhado. A viatura do SAMU, com maca retida, permanece indisponível para novos atendimentos, até que o recurso seja liberado pela impossibilidade de transportar com segurança o paciente. O registro de retenção e de liberação da maca é realizado através do Sistema de Atendimento em Urgências (SAU) pela equipe da Central de Regulação de Urgências do SAMU (CERU).</p> <p>Obs.: Unidade de urgência/emergência fixa correspondem às Unidades de Pronto Atendimento(UPA) e emergências hospitalares.</p>
Usos	Informar à ADMC o tempo total em que as Unidades de Saúde retiveram as macas do SAMU e, por conseguinte, o tempo total de indisponibilidade das ambulâncias. Também sinaliza locais de maior contingenciamento de atendimento e necessidade de ações para promoção de acesso. Pactuar tempo mínimo aceitável para retenção de macas.
Limitações	O registro depende da comunicação das equipes móveis ou da gestão local das unidades e urgência/emergência fixa.
Fonte	SAU e Planilha Google Drive da SES/CRDF/SAMU/CERU
Metodologia de Cálculo	Somatória dos tempos decorridos entre a data e a hora de retenção e a data e a hora de liberação, por cada maca retida.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Duração de tempo total em horas
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Distrital/Regiões de saúde/CNES
Responsável Técnico	SES/CRDF/SAMU
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	RUE
INDICADOR	Tempo de retenção de maca por unidade de urgência/emergência fixa
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o Sistema SAU Relatórios: Atualmente o Banco de Dados do SAMU 192 DF é armazenado e suportado através do Sistema SAU Relatórios acessível de forma local e remota.
2	Logar: Somente servidores autorizados pela Diretoria do SAMU podem auditar e extrair dados de atendimento envolvendo informações gerais registradas pelo sistema e informações de prontuário médico. O cadastro deve ser autorizado previamente pela Diretoria do SAMU 192 DF e é feito com nome de usuário e senha.
3	No menu principal clique em “Outros relatórios”, em seguida clique em “Macas Retidas”
4	Selecionar os Filtros: Ao abrir a janela em terceiro plano identificada como “Relatório de Macas Retidas”, especificar o filtro da extração: 1. Equipes do Núcleo: Selecionar Todos os Núcleos; 2. Mês: Selecionar o mês vigente; 3. Ano: Selecionar o ano vigente Obs.: NAPH (Núcleo de Atendimento Pré-hospitalar)
5	Ao selecionar a opção “filtrar” os dados são demonstrados na forma de tabela onde cada entrada é apresentada em uma linha em ordem cronológica. Para cada registro são especificados os dados: Equipe, Núcleo, Unidade, Especialidade, Retenção, Liberação, e Tempo de Retenção.
6	No canto superior direito, selecionar “Exportar tabelas para .CSV (Excel)”
7	Acessar o Projeto de Monitoramento Estatístico do SAMU 192 DF atualmente situado na Conta do Google Drive da Central de Regulação de Urgências do SAMU 192 DF: regsamudf@gmail.com. Acessar em sequência as Pastas: 1. PROJETO - MONITORAMENTO ESTATÍSTICO; 2. 18 - MACAS RETIDAS; 3. MACAS RETIDAS 2022.
8	Fazer o Upload do arquivo .CSV (Excel) extraído na etapa 6.
9	Acessar a Planilha “MACAS RETIDAS - MONITORAMENTO 2022”
10	Abrir o arquivo .CSV (Excel) extraído do SAU Relatórios, copiar e transferir os dados do intervalo A2: F da Planilha extraída do SAU Relatórios e transferir (ctrl+shift+v) para a Planilha “MACAS RETIDAS - MONITORAMENTO 2022” dentro da aba do mês correspondente, sempre na célula A2. Selecionar o intervalo de células G2:M2 (células preparadas com fórmulas) e extender na forma de preenchimento automático.
11	O Relatório realizará a análise e a atualização do relatório e dos gráficos de forma automatizada. Acessar a aba trancada “ANÁLISE” e gerar o PDF acessando os menus: Arquivo - Fazer Download - Documento PDF (.PDF) para relatório.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 21: Percentual de admissão no Serviço Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e UPAS

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº21
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de admissão no Serviço Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e UPAS
Conceituação	Este indicador terá como função mensurar por NRAD o percentual de admissão de usuários provenientes de hospitais e UPAS.
Usos	Avaliar a proporção de admissão pelo SAD procedente dos hospitais e UPAS. A informação sobre os serviços de admissão ao SAD é essencial para dar continuidade à assistência ao usuário bem como para a sua desospitalização, sinalizando assim a interação com as Redes de Atenção à Saúde.
Limitações	As solicitações referem-se a todos os FAADs preenchidos e não somente os elegíveis
Fonte	E-SUS
Metodologia de Cálculo	Solicitações de admissão no SAD no período por hospital e UPA/ total de solicitações (FAAD's) no período.
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	Por NRAD
Responsável Técnico	GESAD
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

Pop em construção

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Percentual de admissão no Serviço Atenção Domiciliar (SAD) proveniente de hospitais e UPAS
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Atualmente, os dados são extraídos pelo E-SUS através do preenchimento realizado pelos NRADs. Devido a limitação da extração desses dados pelo sistema que é utilizado pela SES – TRAKCARE, a sistematização da extração dessa informação permanece em processo de estudo e construção.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 22: Taxa de notificação de violência.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 22
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de notificação de violência
Conceituação	A taxa de notificação é um indicador epidemiológico que informa o número de casos de uma doença ou agravo em relação à população em risco, em um determinado período. Na temática da violência, considera-se população em risco toda aquela que reside numa mesma região geográfica. Assim, a taxa de notificação de violência é o número de notificações em relação à população de uma mesma Superintendência Regional de Saúde, considerando dados de um mesmo período para ambas as informações.
Usos	Monitorar a violência através 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, agrupa informação no dimensionamento de equipes e na adequação de espaço físico destinados ao atendimento às pessoas em situação de violência
Limitações	A subnotificação de notificação.
Fonte	Sinan/Net, Codeplan e Sala de Situação
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número absoluto de notificações de violência considerando todas as unidades notificadoras da região de saúde Denominador: População relativa à mesma região de saúde Multiplicador: 100.000
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Notificações por 100.000 habitantes (da região de saúde)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	GVDANT
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados	
Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	RUE
INDICADOR	Taxa de notificação de violência
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o TabWin e solicitar tabulação selecionando “?”
2	Na janela “Executa Tabulação” > Selecionar Drive: z:\\sivitais\\basedbf > Em seguida selecionar “Arquivo de definição” - ViolenciaNetAtual.def e abrir “DEF”
3	Na janela “Z:ViolenciaNETAtual.def”; selecionar Arquivos: VIOLENET.DBF (arquivo referente ao ano corrente). Selecionar Linhas: Unid e Reg Not > Em seguida selecionar “Suprimir linhas zeradas” > Selecionar Colunas: Mês da Notific. Selecionar Seleções disponíveis: Unid e Reg Not e “INCLUIR”. Selecionar Categorias selecionadas: a região de saúde com todas as unidades de saúde da região (01 Região Central, 02 Região Centro Sul, 03 Região Leste, 04 Região Norte, 05 Região Oeste, 06 Região Sudoeste, 07 Região Sul) e Executar.
4	Fechar a janela Log e anotar o total de notificações por mês ou salvar a tabela em arquivo Excel.
5	Acessar a Sala de Situação no site https://info.saude.df.gov.br/ ; selecione “Sala de Situação” em seguida “Vigilância em Saúde” > “População” e “Projeção da População do DF”, e selecionar a região de saúde. A informação é exibida em tabela organizada por faixa etária. Anotar o valor referente ao último ano disponível.
OBSERVAÇÕES	
<p>A Taxa de Notificação reflete a vulnerabilidade de uma determinada população em relação a um agravo específico em um determinado intervalo de tempo. A unidade de medida é a notificação por 100.000 habitantes.</p> <p>Para se ter acesso ao banco de dados específico de cada região de saúde, deve-se fazer a extração de dados através do TabWin.</p>	
<p style="text-align: center;">Passo a passo para a Sala de Situação</p> <p>1. Acesse https://info.saude.df.gov.br/ e selecione “Sala de Situação”.</p> 	

2. Selecione “Vigilância em Saúde”.

Sala de Situação



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

Vigilância em Saúde

Doenças e Agravos

- AIDS
- HIV
- Hepatites Virais
- Dengue
- Sífilis

Nascimentos e Óbitos

- Nascidos Vivos no DF
- Óbitos no DF

População

- Projeção da População do DF

4. No painel filtre por região de saúde.



Indicador 23: Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SEPLAN	Indicador nº 23, nº 10 HMIB
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.
Conceituação	<p>Relação porcentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês.</p> <p>Número de cirurgias suspensas: É o total de cirurgias suspensas dentro do período analisado, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambiente cirúrgico.</p> <p>Ex.: cirurgias suspensas por falta de material, ausência do cirurgião, ausência do anestesista, falta de salas, falta de acomodações, falta de hemocomponentes, erro de agendamento. Quando a suspensão ocorre antes da internação, por motivos extra-pacientes, o dado não deve ser contabilizado. Porém, se a suspensão ocorrer no dia da cirurgia, mesmo que antes da internação, o dado deve ser contabilizado.</p>
Usos	A análise do indicador da taxa de suspensão das cirurgias eletivas permite o mapeamento deste processo, o monitoramento do mesmo, que auxiliado por ferramentas de gestão, possibilita o entendimento da corresponsabilidade de todos os envolvidos na resolução de eventos indesejáveis e na prevenção de eventos adversos, promovendo o planejamento contínuo de melhorias e aumento da segurança dos pacientes.
Limitações	Dado depende da correta informação inserida nos relatórios pelos responsáveis técnicos em cada centro cirúrgico de cada hospital regional.
Fonte	Relatório emitido pelo Centro Cirúrgico local contendo os números totais de cirurgias agendadas bem como as cirurgias suspensas. Esses dados deverão ser repassados mensalmente pelo Gerente de Assistência Cirúrgica.
Metodologia de Cálculo	<p>NUMERADOR: Número de cirurgias suspensas</p> <p>DENOMINADOR: número de cirurgias agendadas no mesmo período</p> <p>MULTIPLICADOR: Percentual (x100) Como referência utilizar o censo da 00h de cada dia.</p>
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Distrital/por região de saúde/por hospital
Responsável Técnico	GESCIR/CATES
Coordenador da Pactuação	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Rede de Urgência e Emergência (RUE)
INDICADOR	Percentual de suspensão de cirurgias eletivas.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
<p>Atualmente, os dados são extraídos de forma heterogênea entre as regionais devido a não padronização de perfil de Centro Cirúrgico entre todos os hospitais, além da limitação da extração desses dados pelo sistema que é utilizado pela SES – TRAKCARE.</p> <p>A sistematização da extração dessa informação permanece em processo de estudo e construção.</p> <p>Tem regionais cuja informação de cirurgias agendadas e suspensas são planilhadas internamente, sem passar pelo TRAKCARE.</p> <p>Em outras, o mapa cirúrgico é construído dentro do TRAKCARE e então a informação do número de cirurgias consegue ser extraída, mas não necessariamente diferenciação entre realizadas e suspensas, sendo o dado estratificado comparado com formulários de suspensão de cirurgias preenchidos.</p> <p>É considerada cirurgia eletiva suspensa, toda cirurgia que passou pelo mapa cirúrgico, mas precisou ser retirada.</p> <p>A sistematização da extração dessa informação está em processo de estudo e construção.</p>	
OBSERVAÇÕES	

Rede de Atenção das Pessoa Com Deficiência (PCD)

Indicador 24: Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 24 e nº 11 HMIB
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal.
Conceituação	Triagem auditiva neonatal é o programa que tem por objetivo identificar a população infantil com suspeita de perda auditiva.
Usos	Gerenciamento, a nível Regional e Central, do programa de Triagem auditiva neonatal no que se refere a sua cobertura e melhoria
Limitações	Por ser um programa de grande varredura, não identifica, nominalmente, os usuários com suspeita de perda auditiva; Confiabilidade do dado fornecido pelo SIH/SAI
Fonte	SINASC, SIA/SUS e SIH/SUS
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de exames de triagem auditiva realizado por Hospital da SES-DF Denominador: Número total de NV mês por Hospital da SES-DF Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto maior melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	CNES
Responsável Técnico	Referência Técnica Distrital de Triagem Neonatal/Referência Técnica Distrital de Fonoaudiologia
Coordenador da Pactuação	REDE PCD
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Indicador 25: Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 25
Pactuações	AGR
Indicador	Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde.
Conceituação	O Indicador mede o número de usuários com deficiência cadastrados na APS da região de saúde.
Usos	O indicador servirá para identificar a população com deficiência no DF, visando o planejamento de políticas voltadas para essa população.
Limitações	Nem todos os usuários estão cadastrados no e-sus; A deficiência é auto declarada, portanto o profissional deve formular o questionamento ao usuário.
Fonte	Info Saúde
Metodologia de Cálculo	Número de usuários identificados com deficiência na Região de Saúde.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Dados IBGE
Polaridade	Maior, Melhor
Acumulativo Anual	N/A
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por Região de Saúde, por UBS
Responsável Técnico	COAPS
Coordenador da Pactuação	Rede PCD
Descrição da Meta	Vide matriz de metas.

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	PCD
INDICADOR	Número de pessoas com deficiência cadastradas na APS da Região de Saúde.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Abrir o InfoSaúde
2	Clicar em Gestão da Saúde
3	Clicar em Menu Gestor
4	Clicar em Efetuar Login
5	Selecionar Menu Atenção Primária
6	Selecionar o painel “Cadastros individuais na APS”
7	Selecionar em Filtro Personalizado o item “Região de Saúde”
OBSERVAÇÕES	

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Indicador 26: Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 26 Regiões
Pactuações	AGR
Indicador	Número de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos por Região de Saúde.
Conceituação	Mensura a quantidade de solicitações de transferência para internação em leitos psiquiátricos em Unidades de Referência Hospitalar em Psiquiatria (HSVP, HBDF, HCB, HUB) por cada Região de Saúde.
Usos	Verificar o índice de procura de leitos psiquiátricos no DF, analisando as variações por regiões de saúde e as tendências que demandam ações específicas.
Limitações	O indicador não contempla as solicitações de internações que forem realizadas sem passar pela regulação (Sisleitos).
Fonte	Sisleitos
Metodologia de Cálculo	Número de solicitações de transferência para leitos psiquiátricos realizadas no Sisleitos por cada Região de Saúde
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SAIS/COASIS/DISSAM
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção Psicossocial
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

POP Indicador: Em construção

Indicador 27: Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 27
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais
Conceituação	Estima a proporção de pacientes atendidos com CIDs de saúde mental (transtornos mentais e comportamentais - CID F00-F99 e lesões autoprovocadas - CID X60-X84) nas portas de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais em relação ao total de atendimentos realizados no mesmo local e período
Usos	Verificar a proporção de atendimentos e monitorar as demandas de urgência e emergência em saúde mental. Subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores para qualificação do registro e manejo das demandas de saúde mental nas emergências dos Hospitalares Gerais.
Limitações	Serão utilizados códigos CIDs relacionados às demandas de saúde mental (CID F00-F99 e CID X60-X84) para a pesquisa do indicador, no entanto, em alguns casos a inserção desses códigos não é realizada corretamente, de forma que os dados do indicador podem não refletir a realidade
Fonte	Painel Gestor Infosaúde
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de atendimentos de urgência e emergência em saúde mental no período de um mês Denominador: Total de atendimentos de urgência e emergência no período de um mês Multiplicador: 100
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	Por Região de Saúde, por hospital
Responsável Técnico	SAIS/COASIS/DISSAM
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção Psicossocial
Descrição da Meta	Vide Matriz de Metas

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DOS DADOS
ACORDO DE GESTÃO REGIONAL - AGR

TEMA	Rede de Atenção Psicossocial - RAPS
INDICADOR	Proporção de atendimentos de saúde mental nos serviços de urgência e emergência dos Hospitalares Gerais

PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR

- 1.** Acessar o painel Gestão da Saúde: <https://info.saude.df.gov.br/gestao-dasaude/login/>



- 2.** Clicar em “Menu Gestor”



- 3.** Acessar o item “Emergências”

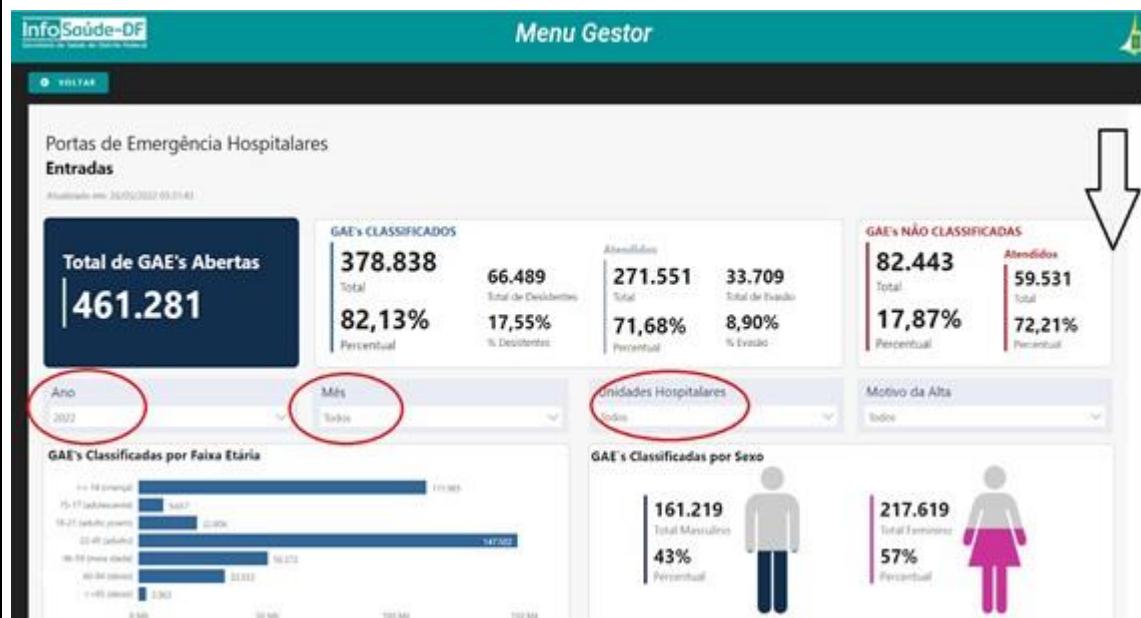
4. Acessar “Classificação de Risco”

The screenshot shows a sub-section titled 'Classificação de Risco'. It includes a descriptive text about risk classification, a chart showing the distribution of open emergency cases by age group, and a button labeled 'ACESSAR' (Access). Below this is another section titled 'Portas de Emergência'.

5. Aplicar filtro "Ano"

6. Aplicar filtro "Mês"

7. Aplicar filtro "Unidades Hospitalares" - Use "Ctrl" para selecionar todas as unidades (Hospitais Gerais) da sua Região de Saúde



DENOMINADOR

8. Para o dado do denominador, contabilizar o “Total de GAE’s Abertas” após aplicar os filtros “Ano”, “Mês” e “Unidades Hospitalares”

Portas de Emergência Hospitalares

Entradas

Atualizado em: 27/05/2022 05:37:14



NUMERADOR

9. Para os dados do numerador, selecionar os códigos CID referentes às demandas de saúde mental (CID F00-F99 e CID X60-X84). A seleção deverá ocorrer de forma individualizada.

Não será necessário incluir todos os códigos F e X, basta digitar a letra com o primeiro algarismo do código que o filtro irá incluir os outros códigos relacionados. Por exemplo, ao digitar F0 na “Pesquisa por CID”, serão automaticamente identificados os códigos F00, F01, F02, F03, F04, F05, F06, F07, F09 e suas respectivas subcategorias.



10. Contabilizar o “Total de GAE’s abertas” após aplicação do filtro. Segue abaixo imagem com exemplo do resultado após aplicação do filtro CID F0.



11. Repetir a operação incluindo os seguintes códigos em “Pesquisa por CID”:F0, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, X6, X7, X81, X82, X83 e X84

12. Somar “Total de GAE’s abertas” após aplicação do filtros dos códigos CID F0, F1, F2, F3 , F4, F5, F6, F7, F8, F9, X6, X7, X81, X82, X83 e X84

OBSERVAÇÕES

Segue para conhecimento a relação de códigos CID ligados às demandas de saúde mental:

- F00 - Demência
- F01 - Demência Vascular
- F02 - Demência em Outras Doenças Classificadas em Outra Parte
- F03 - Demência Não Especificada
- F04 - Síndrome Amnésica Orgânica Não Induzida Pelo Álcool ou Por Outras Substâncias Psicoativas
- F05 - Delirium Não Induzido Pelo Álcool ou Por Outras Substâncias Psicoativas
- F06 - Outros Transtornos Mentais Devidos a Lesão e Disfunção Cerebral e a Doença Física
- F07 - Transtornos de Personalidade e do Comportamento Devidos a Doença, a Lesão e a Disfunção Cerebral
- F09 - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático Não Especificado
- F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Álcool
- F11 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos
- F12 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Canabinóides
- F13 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Sedativos e Hipnóticos
- F14 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso da Cocaína
- F15 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Outros Estimulantes, Inclusive a Cafeína
- F16 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Alucinógenos
- F17 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Fumo
- F18 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Solventes Voláteis
- F19 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Múltiplas Drogas e ao Uso de Outras Substâncias Psicoativas
- F20 - Esquizofrenia
- F21 - Transtorno Esquizotípico
- F22 - Transtornos Delirantes Persistentes
- F23 - Transtornos Psicóticos Agudos e ransitórios
- F24 - Transtorno Delirante Induzido
- F25 - Transtornos Esquizoafetivos
- F28 - Outros Transtornos Psicóticos Não-rgânicos
- F29 - Psicose Não-orgânica Não Especificada
- F30 - Episódio Maníaco
- F31 - Transtorno Afetivo Bipolar
- F32 - Episódios depressivos
- F33 - Transtorno Depressivo Recorrente
- F34 - Transtornos de Humor (afetivos) persistentes
- F38 - Outros Transtornos do Humor (afetivos)
- F39 - Transtorno do Humor (afetivo) Não especificado
- F40 - Transtornos Fóbico-ansiosos
- F41 - Outros Transtornos Ansiosos
- F42 - Transtorno Obsessivo-compulsivo
- F43 - "Reações ao ""stress"" Grave e Transtornos de Adaptação"
- F44 - Transtornos Dissociativos (de Conversão)
- F45 - Transtornos Somatoformes
- F48 - Outros Transtornos Neuróticos
- F50 - Transtornos da Alimentação
- F51 - Transtornos Não-orgânicos do Sono Devidos a Fatores Emocionais
- F52 - Disfunção Sexual, Não Causada Por Transtorno ou Doença

Orgânica

- F53 - Transtornos Mentais e Comportamentais Associados ao Puerpério, Não Classificados em Outra Parte
F54 - Fatores Psicológicos ou Comportamentais Associados a Doença ou a Transtornos Classificados em Outra Parte F55 - Abuso de Substâncias Que Não Produzem Dependência
F59 - Síndromes Comportamentais Associados a Transtornos Das Funções Fisiológicas e a Fatores Físicos, Não Especificadas
F60 - Transtornos Específicos da Personalidade
F61 - Transtornos Mistos da Personalidade e Outros Transtornos da Personalidade
F62 - Modificações Duradouras da Personalidade Não Atribuíveis a Lesão ou Doença Cerebral F63 - Transtornos Dos Hábitos e Dos Impulsos
F64 - Transtornos da Identidade Sexual F65 - Transtornos da Preferência Sexual
F66 - Transtornos Psicológicos e Comportamentais Associados ao Desenvolvimento Sexual e à Sua Orientação F68 - Outros Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto
F69 - Transtorno da Personalidade e do Comportamento do Adulto, Não Especificado F70 - Retardo Mental Leve
F71 - Retardo Mental Moderado F72 - Retardo Mental Grave F73 - Retardo Mental Profundo F78 - Outro Retardo Mental
F79 - Retardo Mental Não Especificado
F80 - Transtornos Específicos do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem F81 - Transtornos Específicos do Desenvolvimento Das Habilidades Escolares F82 - Transtorno Específico do Desenvolvimento Motor
F83 - Transtornos Específicos Misto do Desenvolvimento F84 - Transtornos Globais do Desenvolvimento
F88 - Outros Transtornos do Desenvolvimento Psicológico
F89 - Transtorno do Desenvolvimento Psicológico Não Especificado F90 - Transtornos Hipercinéticos
F91 - Distúrbios de Conduta
F92 - Transtornos Mistos de Conduta e Das Emoções
F93 - Transtornos Emocionais Com Início Especificamente na Infância
F94 - Transtornos do Funcionamento Social Com Início Especificamente Durante a Infância ou a Adolescência F95 - Tiques
F98 - Outros Transtornos Comportamentais e Emocionais Com Início Habitualmente Durante a Infância ou a Adolescência
F99 - Transtorno Mental Não Especificado em Outra Parte
X60 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Analgésicos, Antipiréticos e Anti-reumáticos, Não-opiáceos
X61 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Drogas Anticonvulsivantes (antiepilepticos) Sedativos, Hipnóticos, Antiparkinsonianos e Psicotrópicos Não Classificados em Outra Parte
X62 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Narcóticos e Psicodislépticos (alucinógenos) Não Classificados em Outra Parte
X63 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Outras Substâncias Farmacológicas de Ação Sobre o Sistema Nervoso Autônomo
X64 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Outras Drogas, Medicamentos e Substâncias Biológicas e às Não Especificadas
X65 - Auto-intoxicação Voluntária Por Álcool
X66 - Auto-intoxicação Intencional Por Solventes Orgânicos, Hidrocarbonetos Halogenados e Seus Vapores X67 - Auto-intoxicação Intencional Por Outros Gases e Vapores
X68 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Pesticidas
X69 - Auto-intoxicação Por e Exposição, Intencional, a Outros Produtos Químicos e Substâncias Nocivas Não Especificadas
X70 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Enforcamento, Estrangulamento e Sufocação X71 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Afogamento e Submersão
X72 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Disparo de Arma de Fogo de Mão
X73 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Disparo de Espingarda, Carabina, ou Arma de Fogo de Maior Calibre X74 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Disparo de Outra Arma de Fogo e de Arma de Fogo Não Especificada X75 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Dispositivos Explosivos
X76 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Pela Fumaça, Pelo Fogo e Por Chamas
X77 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Vapor de Água, Gases ou Objetos Quentes X78 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Objeto Cortante ou Penetrante
X79 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Objeto Contundente
X80 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Precipitação de um Lugar Elevado
X81 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Precipitação ou Permanência Diante de um Objeto em Movimento X82 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Impacto de um Veículo a Motor
X83 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Outros Meios Especificados X84 - Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Meios Não Especificados

Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

Indicador 28: Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 28 Regiões
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações
Conceituação	Número de casos de internações hospitalares por diabetes pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes, na população residente em determinada região de saúde e intervalo de tempo.
Usos	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 esta variável.
Fonte	Numerador: Sistema de Internação Hospitalar (SIH) Denominador: DIVEP – 2020
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de internações hospitalares por DM e suas complicações, de usuários atendidos em serviços de saúde do DF, faturáveis pelo SUS, por CID-10 selecionados em determinado período. Denominador: População total residente da região de saúde do período anterior. Multiplicador: 10.000
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim (Apresentar os dados por mês e o acumulado anual)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Faixa etária e sexo
Responsável Técnico	COAPS/DESF/GASF GCCDCNT-DF
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

**POP - Procedimento operacional padrão para coleta dos dados
Acordo de Gestão Local - AGL**

TEMA - DCNT

INDICADOR: Taxa de internações relacionadas a Diabetes Mellitus e suas complicações

PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR

1. OBTENÇÃO DO NUMERADOR (SALA DE SITUAÇÃO): Acessar a Sala de situação (<https://info.saude.df.gov.br/>) > Gestão da Saúde:



2. Acessar Menu Gestor:



3. Acessar AGR- Taxa de Internações Relacionadas a Diabetes Melitus e suas Complicações:



4. Acessar Indicadores:

info.saude.df.gov.br/menu-gestor/



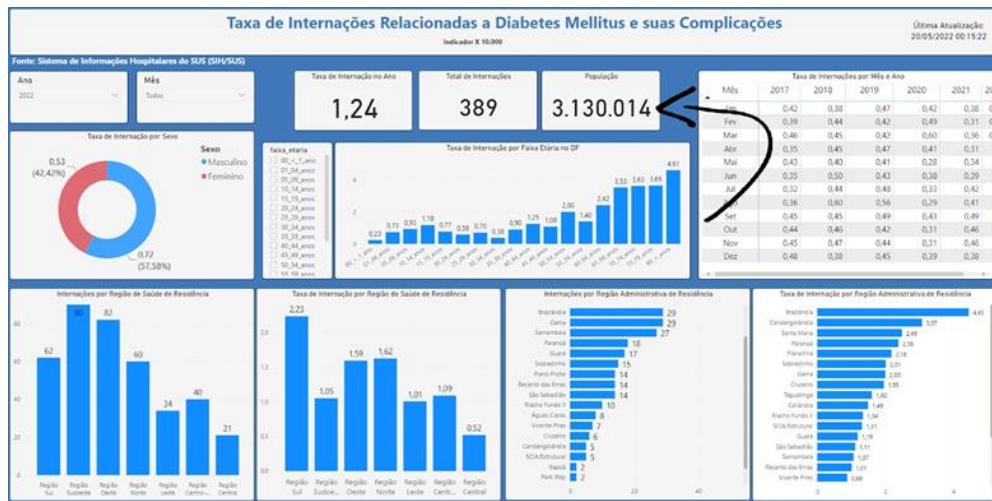
5. Selecionar ano de competência e mês de competência:



6. PASSO 1) Para estratificação da população por região de saúde: Selecionar os respectivos filtros e o valor será apresentado no quadrado “População”:



PASSO 2) Para estratificação da população total: O valor será apresentado no quadrado “População”:



A metodologia do cálculo deverá ser:

Numerador: Número de internações hospitalares por DM e suas complicações, de usuários atendidos em serviços de saúde do DF, faturáveis pelo SUS, por CID-10 selecionados em determinado período.

Denominador: População total residente da região de saúde do período anterior.

Multiplicador: 10.000

Indicador 29: Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES

Código SESPLAN	Indicador nº 29
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações
Conceituação	Número de casos de internações hospitalares por hipertensão arterial e suas complicações, com AIH pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 10 mil habitantes, na população adulta de 18 anos a mais em um determinado espaço geográfico e período.
Usos	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição das taxas de internações hospitalares, por doenças hipertensivas, 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 à Saúde.
Limitações	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. Não mensura a efetividade e nem a eficácia das equipes de saúde da APS, pois há regiões de saúde em que o serviço hospitalar admite pessoas de outras localidades (RIDE) em virtude da desatualização do endereço do domicílio.
Fonte	Numerador: Sistema de Internação Hospitalar (SIH) Denominador: DIVEP - 2020
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº de internações hospitalares por hipertensão arterial e suas complicações, de usuários na faixa etária de 18 anos a mais, atendidos em serviços de saúde do DF, faturáveis pelo SUS, por CID-10 selecionados em determinado período. Denominador: População total, de usuários na faixa etária de 18 anos a mais, residente da região de saúde do período anterior. Multiplicador: 10.000
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim (Apresentar os dados por mês e o acumulado anual)
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Faixa etária e sexo
Responsável Técnico	COAPS/DESF/GASF GCCDCNT
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado

Acordo de Gestão Regional – AGR

TEMA	DCNT
INDICADOR	Taxa de internações relacionadas a Hipertensão e suas complicações
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
OBTENÇÃO DO NUMERADOR (SALA DE SITUAÇÃO): Acessar a Sala de situação (https://info.saude.df.gov.br/) > Gestão da Saúde:	
1	
Acessar Menu Gestor:	
2	
Acessar AGR- Taxa de Internações Relacionadas a Hipertensão e suas Complicações:	
3	
Acessar Indicadores:	
4	

Selecionar ano de competência e mês de competência:



PASSO 1) Para Estratificação da população por região de saúde: Selecionar os respectivos filtros e o valor será apresentado no quadro “População”:



PASSO 2) Para Estratificação da população total: O valor será apresentado no quadro “População”:



OBSERVAÇÕES

A metodologia do cálculo deverá ser:

Numerador: Nº de internações hospitalares por hipertensão arterial e suas complicações, de usuários na faixa etária de 18 anos a mais, atendidos em serviços de saúde do DF, faturáveis pelo SUS, por CID-10 selecionados em determinado período.

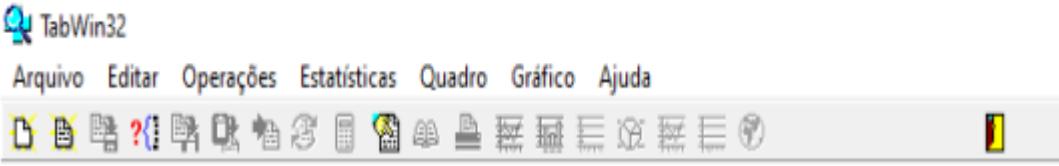
Denominador: População total, de usuários na faixa etária de 18 anos a mais, residente da região de saúde do período anterior.

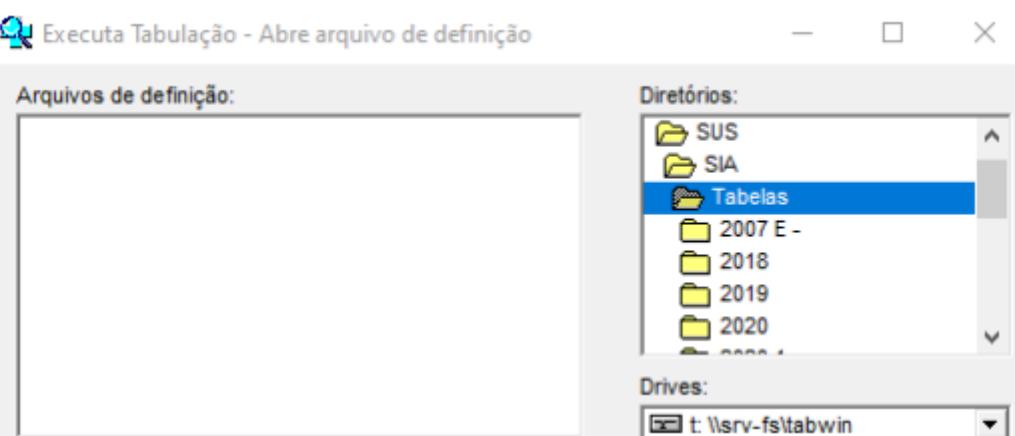
Multiplicador: 10.000

Indicador 30: Percentual de consultas de primeira vez em nefrologia.

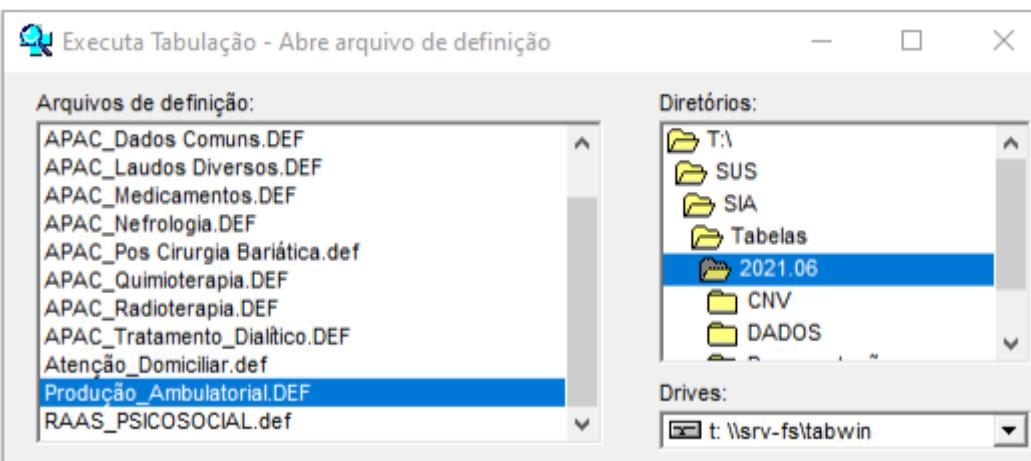
FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 30
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de consultas de primeira vez em nefrologia.
Conceituação	A planificação do cuidado individualizado, interdisciplinar e compartilhado com a atenção primária à saúde reduziriam as altas taxas de morbimortalidade e os custos associados. A atenção primária na otimização da gestão desse agravão, delineando como uma das atribuições da equipe de saúde a realização de diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde são de grande importância. Esse indicador expressa o primeiro atendimento regulado em uma determinada especialidade médica .
Usos	Avalia a disponibilidade atual de vagas para consulta de primeira vez pela especialidade médica de Nefrologia e programar a necessidade de ampliação da oferta devido ao aumento do compartilhamento do cuidado das equipes da APS. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, ações de prevenção e da assistência na Atenção Primária à Saúde.
Limitações	Fontes de dados diferentes e instabilidade do SISREG
Fonte	NUMERADOR: SISREG (consultas reguladas pelo CRDF: primeira vez) DENOMINADOR: SIA SUS
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de consultas médicas de primeira vez da especialidade Nefrologia no mês, panorama 3. DENOMINADOR: Número total de consultas médicas da especialidade Nefrologia no mês, panorama 3. MULTIPLICADOR: 100
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	Região de Saúde, unidade ambulatorial
Responsável Técnico	COAPS/DESF/GASF GCCDCNT
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados
Acordo de Gestão Regional – AGR

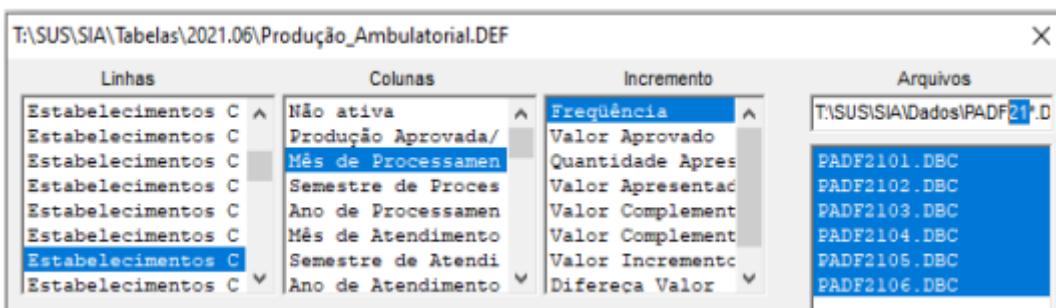
TEMA	DCNT
INDICADOR	Percentual de consultas de primeira vez em nefrologia.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
OBTENÇÃO DO NUMERADOR (SISREGIII) Acessar o SISREGIII com login e senha de administrador/regulador. Selecionar no menu: “RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO > AMBULATORIAL > PROCEDIMENTO/UNIDADE SOLICITANTE”.	
1	
Selecionar o procedimento desejado “CONSULTA EM NEFROLOGIA – GERAL” e o “PERÍODO” pretendido. Clicar em OK.	
2	
3	Automaticamente será mostrado o número de consultas de primeira vez que foram agendadas (MARCADO) e o número de consultas que efetivamente foram realizadas (CONFIRMADO). Para fins de alimentação do numerador, utilizar o dado “CONFIRMADO”.
OBTENÇÃO DO DENOMINADOR (SIA/SUS-TABWIN) Acessar o TABWIN e clicar no ícone “?”.	
4	
5	Em DRIVES, selecionar a opção: “t:\\\\srv-fs\\tabwin”. Em diretório, na pasta “T”, clicar na subpasta “SUS” e posteriormente em “SIA.” Cicar em “TABELAS”.



Selecionar o período desejado e clicar na opção “Produção_Ambulatorial.DEF”.



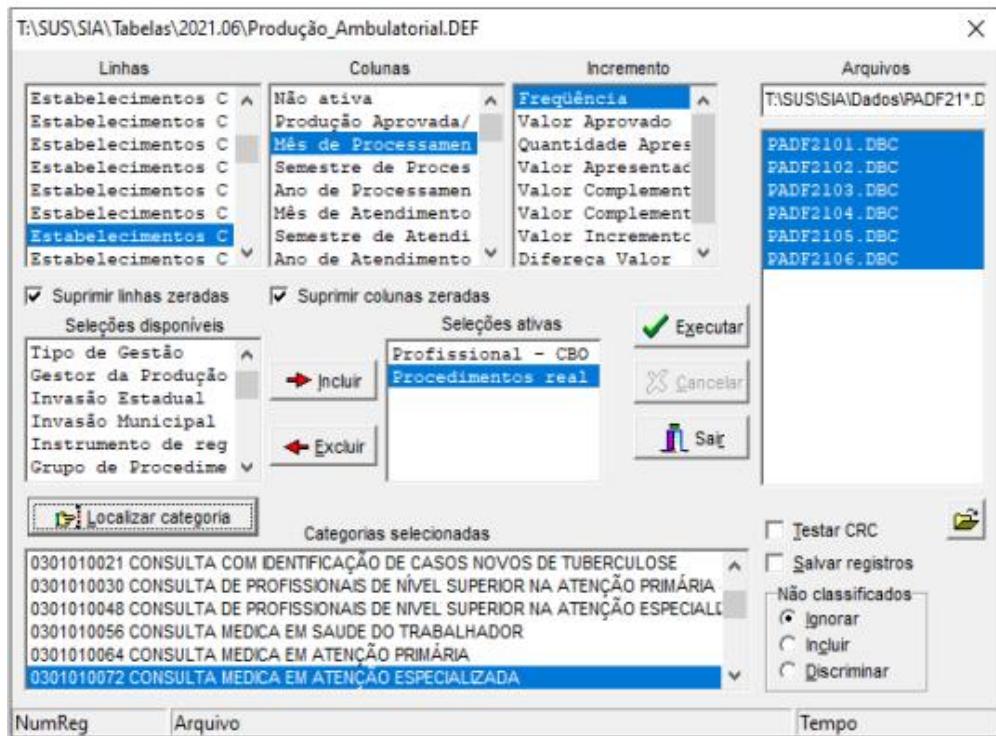
Em linhas, selecionar a opção “Estabelecimento CNES” (8º opção). Em colunas, selecionar a opção “Mês de Processamento”. Em incremento, selecione a opção “Frequência”. Em arquivos, digitar na barra de endereço o ano desejado antes do “*” para facilitar a busca, e em seguida selecionar os meses desejados.



8 Selecionar as opções: “Suprimir linhas zeradas” e “Suprimir colunas zeradas”. Em seleções disponíveis, clicar em “Profissional CBO” e em segunda, “Incluir”. Clicar em “Localizar categoria”. Abrirá uma nova janela. Em localizar deverá ser digitado a especialidade desejada e em seguida clicar em “Localizar Próxima”. A opção digitada será selecionada automaticamente. Após finalizar este o passo, feche a janela que foi aberta anteriormente para poder executar o passo 6.

9 Em seleções disponíveis, clicar em “Procedimento real” e em seguida, Incluir. Clicar em “Localizar categoria”. Abrirá novamente a janela. Em localizar, digite “0301010072” e clique em “Localizar

Próxima". A opção digitada será selecionada automaticamente. Após finalizar este o passo, feche a janela que foi aberta anteriormente e clique em "EXECUTAR".



Selecionar o dado desejado, conforme região de saúde.

Produção Ambulatorial_de Procedimentos da Tabela Unificada

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Frequência por Mês de Processamento segundo Estabelecimentos C

Estabelecimentos C	Jan/2021	Fev/2021	Mar/2021	Abr/2021	Mai/2021	Jun/2021	Total
Total	4.578	4.286	5.449	4.470	5.425	6.371	29.579
0010456 HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	572	624	702	542	801	706	3.947
0010464 HRAN	0	0	0	6	16	5	27
0010499 HRT HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	657	672	852	686	905	0	3.772
0010510 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA	200	295	306	125	333	401	1.660
0010537 HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASILIA HMIB	76	25	64	88	111	86	450
0010588 POLICLINICA DE TAGUATINGA	28	56	15	81	100	69	349
0010596 HOSPITAL DIA	0	33	44	14	57	45	193
0727377 CADH REGIAO LESTE	0	0	0	0	32	261	293
2649527 HOSPITAL DE APOIO DE BRASILIA HAB	24	0	0	69	74	109	278
5598575 POLICLINICA DO GAMA	141	242	347	136	310	156	1.332
5717515 HRSM	91	46	113	102	83	109	544
6876617 HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR HCB	378	484	645	560	608	612	3.287
9414754 POLICLINICA DE SOBRADINHO	398	0	335	605	407	155	1.900
9499725 CEDOH ASA NORTE	914	624	1.021	665	719	721	4.664
9505709 POLICLINICA DE PLANALTINA	118	0	0	233	135	0	486
9516212 POLICLINICA DA ATENCAO SECUNDARIA PARANOA	313	443	454	199	196	0	1.605
9548858 POLICLINICA NUCLEO BANDERANTE	53	37	56	39	67	74	326
9578544 POLICLINICA DA REGIAO OESTE UNIDADE CEILANDIA I	465	561	434	226	259	435	2.380
9580816 CESMU	0	0	0	78	40	92	210
9620311 POLICLINICA GUARA I	150	144	61	16	172	239	782
9621709 POLICLINICA DE TAGUATINGA UNIDADE II	0	0	0	0	0	1.096	1.096

OBSERVAÇÕES

Ao instalar o TabWin é necessário verificar se os dados do SIA já estão no programa para que o passo a passo do denominador consiga ser executado. Caso não esteja, procure na rede (\\\srw-fs) a pasta do Tabwin, clique com o botão direito e selecione a opção mapear unidade de rede. Em unidade, selecione a letra T. Clique em concluir. Caso o programa esteja aberto, feche e abra novamente.

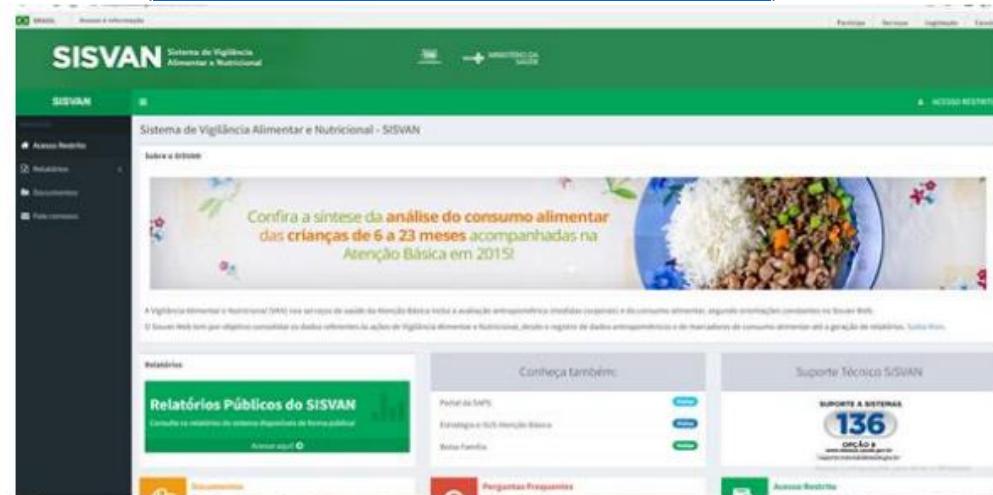
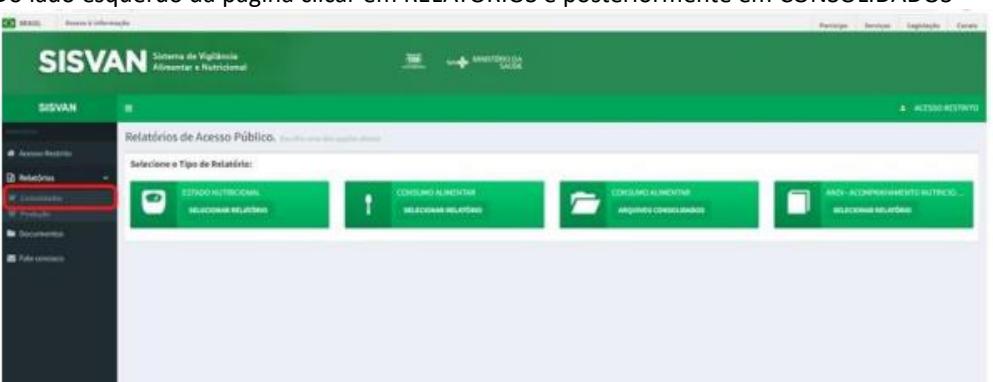
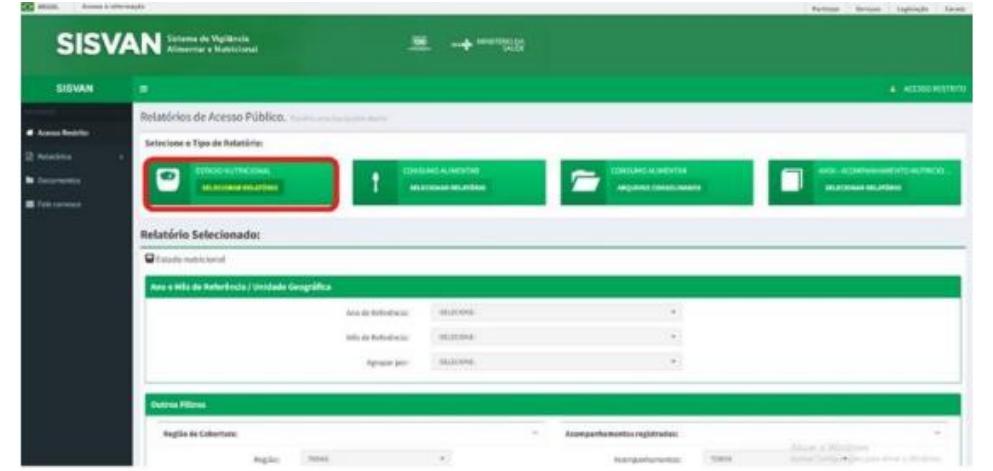
10

Indicador 31: Percentual de registo de dados antropométricos preenchidos nos cadastros realizados na APS.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 31
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de registo de dados antropométricos preenchidos nos cadastros realizados na APS
Conceituação	Número de registros de dados antropométricos dos usuários atendidos pelos profissionais de saúde da APS, por 100 habitantes, na população residente cadastrada em determinada região de saúde e intervalo de tempo.
Usos	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos percentuais de cobertura de dados antropométricos realizado pela APS, 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	O SISVAN em sua área de geração de relatórios não apresenta campo específico para cada Região de Saúde, com isso se faz necessário a análise a partir de todas as Unidades Básicas de Saúde que inseriram dados no sistema e posterior separação destas por Região de Saúde de acordo com a sua Região Administrativa descrita no relatório. Além disso, possíveis instabilidades no SISVAN web podem limitar a avaliação e monitoramento deste indicador.
Fonte	Numerador: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); Denominador: Painel de Cadastro da Sala de Situação.
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de registros de dados antropométricos dos usuários atendidos pela APS, dado extraído do SISVAN; Denominador: Total de cadastros realizados pela Região de Saúde, dado extraído do Painel de Cadastro da Sala de Situação; Multiplicador: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Faixa etária e sexo
Responsável Técnico	COAPS/DESF/GASF GCCDCNT-DF
Coordenador da Pactuação	Rede de Atenção de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados

Acordo de Gestão Regional – AGR

TEMA	DCNT
INDICADOR	Percentual de registo de dados antropométricos preenchidos nos cadastros realizados na APS
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Acessar o site (https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index)	
1	
2	
3	

Do lado esquerdo da página clicar em RELATÓRIOS e posteriormente em CONSOLIDADOS

Escolher Ano e Mês de Referência desejados

4

The screenshot shows the SISVAN system's 'Relatórios de Acesso Público' (Public Access Reports) section. The 'Ano e Mês de Referência / Unidade Geográfica' (Year and Month of Reference / Geographical Unit) panel is highlighted with a red box. It contains dropdown menus for 'Ano de Referência' (Reference Year) set to 2019 and 'Mês de Referência' (Reference Month) set to 05/2019. Below these, the 'Agrupar por' (Group by) dropdown is also highlighted with a red box and set to 'MUNICÍPIO'. The 'Outros Filtros' (Other Filters) section at the bottom includes dropdowns for 'Região de Cobertura' (Coverage Region) set to 'TODAS', 'Acompanhamentos registrados' (Registered Accompaniments) set to 'TODOS', and 'Área de Atividade' (Activity Area) set to 'TODAS'.

No campo AGRUPAR POR, selecionar a opção MUNICÍPIO

5

This screenshot is identical to the one above, showing the SISVAN system interface. The 'Agrupar por' (Group by) dropdown in the 'Ano e Mês de Referência / Unidade Geográfica' panel is highlighted with a red box and set to 'MUNICÍPIO'. The other filter settings remain the same as in step 4.

No campo ESTADO selecionar a opção DF; Em MUNICÍPIO selecionar BRASÍLIA

6

This screenshot shows the SISVAN system interface with the 'Ano e Mês de Referência / Unidade Geográfica' panel highlighted. The 'Município' dropdown in the 'Agrupar por' section is highlighted with a red box and set to 'BRASÍLIA'. The 'Estado' dropdown is also highlighted with a red box and set to 'DF'. The 'Outros Filtros' section at the bottom remains the same as in previous steps.

Clicar em RELATÓRIO POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

7

Escolher a FASE DA VIDA desejada

8

Se for necessário, selecione o SEXO

9

Clicar em VER EM TELA no campo VISUALIZAR

10

The screenshot shows a software interface for generating reports. At the top, there are dropdown menus for 'Agrupar por:' (MUNICÍPIO), 'Estado:' (DF), and 'Município:' (BRASÍLIA). Below these are buttons for 'Relatório por Estabelecimento de Saúde' and 'Outros Filtros'. The 'Outros Filtros' section contains several dropdown menus: 'Região de Cobertura' (Região: TODAS), 'Acompanhamentos registrados' (Acompanhamentos: TODOS), 'Fase da vida' (Fase da Vida: ADULTO), 'Povo e comunidade' (Povo e Comunidade: TODOS), 'Sexo' (Sexo: TODOS), 'Escolaridade' (Escolaridade: TODOS), 'Raça/Cor' (Raça/Cor: TODOS), and 'Raca/Cor' (Raca/Cor: TODOS). At the bottom right of this section is a green button labeled 'VISUALIZAR' with a magnifying glass icon, which has a red arrow pointing to it.

11 Esperar o sistema gerar o relatório

Analisar e separar as Unidades Básicas de Saúde por Região de Saúde desejada

12

The screenshot shows a report titled 'Relatório das Unidades Básicas de Saúde acompanhadas por períodos, fase da vida e índice'. It includes filters for 'Região de Cobertura' (Centro-Sul), 'Fase da Vida' (Adulto), and 'Sexo' (Todos). The report is titled 'Análise' and shows data for various UBS units across different regions. A large red box highlights four specific UBS units in the Centro-Sul region:

Região	UF	CEDETE	Nome	Magnete acionado	Magnete	Entrega	Itens de entrega	Entregues	Omissões	Total
Centro-Sul	DF	0000000	HOSPITAL REGIONAL DE BRASÍLIA	0	0%	0	0	0	0	0
Centro-Sul	DF	3622007	HOSPITAL REGIONAL DE BRASÍLIA	0	0%	0	0	0	0	0
Centro-Sul	DF	7259003	UBS EL NACION CLARIBEL	0	0%	0	0	0	0	0
Centro-Sul	DF	9021209	UBS EL PIRI SUL	1	2%	0	0	0	0	0
Centro-Sul	DF	9021210	UBS EL 2400040000000000	1	2%	0	0	0	0	0
Centro-Sul	DF	27719	UBS SILENTIAL	0	0%	0	0	0	0	0
Centro-Sul	DF	9021211	UBS EL CLARIBEL	1	2%	0	0	0	0	0
Centro-Sul	DF	9021212	UBS EL NUCLEO DANDRENTA	0	0%	0	0	0	0	0
Centro-Sul	DF	9021213	UBS EL PIRI AMBI	0	0%	0	0	0	0	0
Centro-Sul	DF	9021214	UBS EL BRASIL PLUMETI	1	2%	0	0	0	0	0
Centro-Sul	DF	9021215	UBS EL BRASIL PLUMETI II	0	0%	0	0	0	0	0
Centro-Sul	DF	9021216	UBS EL MARABANH	0	0%	0	0	0	0	0
Centro-Sul	DF	9021217	UBS EL TIGUARANGA	1	2%	0	0	0	0	0

A large red box highlights the last three rows of the table. Above the table, the text 'Região Centro-Sul' is displayed in large red letters.

13

Fazer os cálculos necessários, considerando a população cadastrada nas respectivas Regiões de Saúde, e o número de inserções de dados referentes ao estado nutricional que consta no relatório extraído do SISVAN.

OBSERVAÇÕES

Referente ao denominador:

Passo 1: Acessar a página do InfoSaúde e clicar em Gestão da Saúde e em seguida no Menu Gestor.

Passo 2: Fazer login e acessar a aba da Atenção Primária. Ao abrir os painéis, clicar em Cadastros Individuais na APS.

Painéis da Atenção Primária

- [Atendimentos individuais na APS - Categoria Profissional](#)
- [Atendimentos individuais na APS - Condição Avaliada](#)
- [Atendimentos individuais na APS - Tipo de Demanda](#)
- [Atendimentos Odontológicos na APS](#)
- [Atendimentos Odontológicos na APS - Agendados e Demanda Espontânea](#)
- [Cadastrados individuais na APS](#)
- [Informações ISMAP e ISMAD](#)
- [Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICs](#)
- [Práticas Integrativas em Saúde - PIS](#)

Passo 3: Escolher a Região de Saúde de interesse. Visualizar o quantitativo: Número Total de Cadastros Individuais.



Passo 4: Calcular o Indicador.

Indicador 32 : Percentual de registo de dados do consumo alimentar preenchidos nos cadastros realizados na APS.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 32
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de registo de dados do consumo alimentar preenchidos nos cadastros realizados na APS
Conceituação	Número de registros de consumo alimentar dos usuários atendidos pelos profissionais de saúde da APS, por 100 habitantes, na população residente cadastrada em determinada região de saúde e intervalo de tempo.
Usos	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos percentuais de cobertura de registro de consumo alimentar realizado pela APS, 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	O SISVAN em sua área de geração de relatórios não apresenta campos específicos para cada Região de Saúde, com isso se faz necessário a análise a partir de todas as Unidades Básicas de Saúde que inseriram dados no sistema e posterior separação destas por Região de Saúde de acordo com a sua Região Administrativa descrita no relatório. Além disso, possíveis instabilidades no SISVAN web podem limitar a avaliação e monitoramento deste indicador.
Fonte	Numerador: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); Denominador: Painel de Cadastro da Sala de Situação.
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de registros de consumo alimentar dos usuários atendidos pela APS, dado extraído do SISVAN; Denominador: Total de cadastros realizados pela Região de Saúde, dado extraído do Painel de Cadastro da Sala de Situação ; Multiplicador: 100.
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	Faixa etária e sexo
Responsável Técnico	COAPS/DESF/GASF GCCDCNT-DF
Coordenador da Pactuação	COAPS/DESF/GASF GCCDCNT-DF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados

Acordo de Gestão Regional – AGR

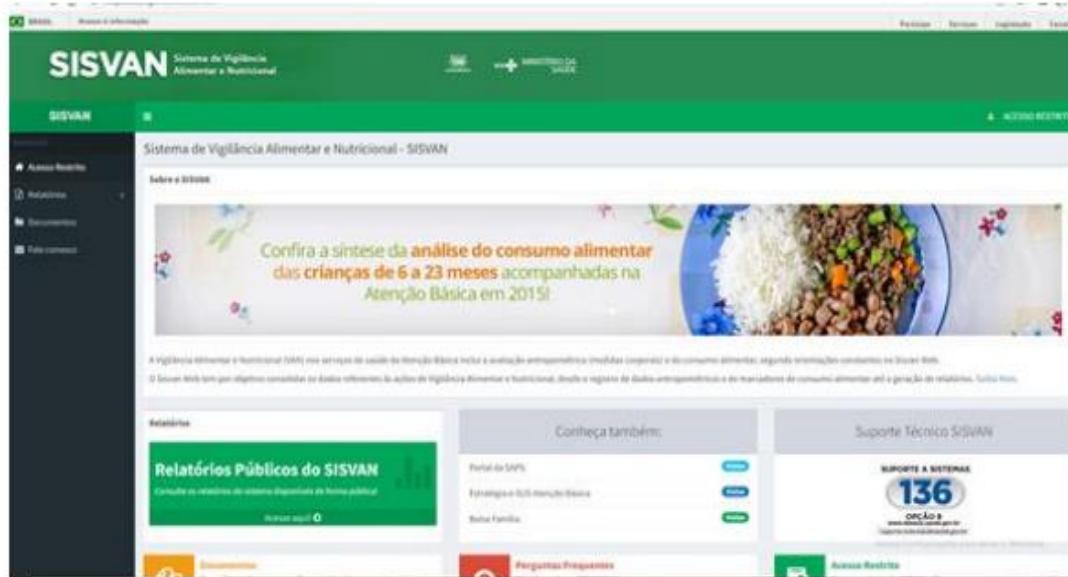
TEMA DCNT

INDICADOR Percentual de registo de dados do consumo alimentar preenchidos nos cadastros realizados na APS

PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR

Acessar o site (<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>)

1



Do lado esquerdo da página clicar em RELATÓRIOS e posteriormente em CONSOLIDADOS

2



Selecionar no tipo de relatório CONSUMO ALIMENTAR

3

SISVAN Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Relatórios de Acesso Público.

Selecione o Tipo de Relatório:

- ESTADO NUTRICIONAL - SELECIONAR RELATÓRIO
- CONSUMO ALIMENTAR - SELECIONAR RELATÓRIO**
- CONSUMO ALIMENTAR - AGREGADOS CONSOLIDADOS
- ANIS - ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL - SELECIONAR RELATÓRIO

Escolher Ano e Mês de Referência desejados

4

SISVAN Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Relatórios de Acesso Público.

Relatório Selecionado:

Ano e Mês de Referência / Unidade Geográfica

Ano de Referência: 2018

Mês de Referência: Todos

Outros Filtros

No campo AGRUPAR POR, selecionar a opção MUNICÍPIO

5

Relatórios de Acesso Público.

Relatório Selecionado:

Estado nutricional

Ano e Mês de Referência / Unidade Geográfica

Agrupar por: **MUNICÍPIO**

Outros Filtros

No campo ESTADO selecionar a opção DF; Em MUNICÍPIO selecionar BRASÍLIA

6

Relatório Selecionado:

Estado nutricional

Ano e Mês de Referência / Unidade Geográfica

Município: **DF**

Outros Filtros

Clicar em RELATÓRIO POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

7

Área e Mês de Referência / Unidade Geográfica

Área de Referência: 2010
Mês de Referência: 100000
Agrupar por: MUNICÍPIO
Estado: DF
Município: BRASÍLIA

Relatório por Estabelecimento de Saúde:

Outros Filtros

Região de Cobertura: Região: TERRAS Acompanhamentos registrados: TERRAS

Fases da Vida: Fase da Vida: Povo e comunidade: Povo e Comunidade: TERRAS Atividade: TERRAS

Escolher a FAIXA ETÁRIA, a FASE DA VIDA e o TIPO DE RELATÓRIO

8

Área e Mês de Referência / Unidade Geográfica

Área de Referência: 2010
Mês de Referência: 100000
Agrupar por: MUNICÍPIO
Estado: DF
Município: BRASÍLIA

Relatório por Estabelecimento de Saúde:

Censo Demográfico (a partir de 2010)

Fase da Vida: Jovem da vida
Povo e comunidade: Povo e Comunidade: TERRAS

Fases da Vida: Fase da Vida: ADULTO Escolaridade: Escolaridade: TERRAS

Sexo: Sexo: TERRAS

Tipo de Relatório: Tipo de Relatório: Número de medicos no sistema de saúde

Visualizar

Se for necessário, selecione o SEXO

9

Agrupar por: MUNICÍPIO
Estado: DF
Município: BRASÍLIA

Relatório por Estabelecimento de Saúde:

Outros Filtros

Região de Cobertura: Região: TERRAS Acompanhamentos registrados: TERRAS

Fases da Vida: Fase da Vida: ADULTO Povo e comunidade: Povo e Comunidade: TERRAS

Sexo: Sexo: TERRAS Escolaridade: Escolaridade: TERRAS

Repartição: Repartição: TERRAS Visualizar

OBSERVAÇÕES

Referente ao Denominador:

Passo 1: Acessar a página do InfoSaúde e clicar em Gestão da Saúde e em seguida no Menu Gestor.

Passo 2: Fazer login e acessar a aba da Atenção Primária. Ao abrir os painéis, clicar em Cadastros

Individuais na APS.

Painéis da Atenção Primária

VOLTAR

- Atendimentos individuais na APS – Categórgia Profissional
- Atendimentos individuais na APS – Categórgia Atividade
- Atendimentos individuais na APS – Tipo de Demanda
- Atendimentos Odontológicos na APS
- Atendimentos Odontológicos na APS - Agendamento e Demanda Especializada
- Cadastramento Individual na APS** (highlighted with a red box)
- Informações SIMAP e SIMAD
- Práticos Integrativos e Complementares em Saúde - PIQS
- Práticos Integrativos em Saúde - PIIS

Passo 3: Escolher a Região de Saúde de interesse. Visualizar o quantitativo: Número Total de Cadastros Individuais.

InfoSaúde-DF
SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE PÚBLICA

Menu Gestor

VOLTAR

SUS CADASTRO INDIVIDUAL

FONTE: e-SUS AB

Número Total de Cadastros Individuais: **238.039**

GÊNERO

44% Masculino | 56% Feminino

DEFICIÊNCIA

- 3.502 Deficiência Visual
- 2.608 Deficiência Física
- 810 Deficiência Auditiva
- 1.168 Deficiência Intelectual/Cognitiva
- 1.800 Deficiência Múltipla

FAIXA ETÁRIA

Idade	Porcentagem
0 a 4 anos	11,98%
5 a 9 anos	16,39%
10 a 14 anos	16,18%
15 a 19 anos	17,74%
20 a 24 anos	20,82%
25 a 29 anos	14,23%
30 a 34 anos	10,17%
35 a 39 anos	10,71%
40 a 44 anos	10,61%
45 a 49 anos	10,43%
50 a 54 anos	14,07%
55 a 59 anos	13,14%
60 a 64 anos	10,23%
65 a 69 anos	7,96%
70 a 74 anos	3,64%

NACIONALIDADE

BRASILEIRA: 237.039

Passo 4: Calcular o Indicador.

Sistema de Apoio e Logística

Indicador 33: Índice de Fechamento de Chave

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 33 Regiões, nº12 HMIB, nº 3 HSVP, nº1 HAB.
Pactuações	AGR
Indicador	Índice de Fechamento de Chave
Conceituação	Verificar o índice de falta dos agendamentos realizados para afins de atualização da capacidade instalada.
Usos	Melhoria do processo de trabalho da equipe e da eficiência nos agendamentos
Limitações	Morosidade e instabilidade do SISREG III e falta de RH
Fonte	SISREG III
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais realizados regulados que tiveram suas chaves fechadas + faltas marcadas no SISREGIII no período Denominador: Número de agendamentos autorizados pela regulação por região de saúde no período
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por região de saúde ou por URD
Responsável Técnico	DIRAAH/CRDF
Coordenador da Pactuação	DIRAAH/CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Índice de fechamento de chave
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Para obter os dados referentes ao Panorama 1/2, fazer login no SISREG com perfil Administrador de Panorama 1/2;
2	Clicar na Aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO>AMBULATORIAL>UNIDADE EXECUTANTE;
3	Colocar o período desejado (o SISREG aceita no máximo 31 dias) e clicar em Ok
4	Anotar os totais “Marcado” (segunda coluna) e “Confirmado” (quarta coluna);
5	Fazer o procedimento acima para cada uma das Centrais Reguladoras Regionais: Norte, Central, Asa Sul, Leste, Centro Sul, Sul, Sudoeste e Oeste;
OBSERVAÇÕES	
O numerador do indicador é o somatório da quantidade de todos os procedimentos da coluna “Confirmado” e o denominador o somatório da quantidade de todos os procedimentos da coluna “Marcado”. Marcado= Número de agendamentos autorizados. Confirmado=agendamentos que tiveram as chaves fechadas como confirmado ou falta.	

Indicador 34: Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 34, nº 13 HMIB, Nº4 HSVP, Nº 2 HAB
Pactuações	AGR
Indicador	Absenteísmo às primeiras consultas médicas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária
Conceituação	A definição de absenteísmo ambulatorial é o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação.
Usos	Avalia o absenteísmo de usuários às consultas médicas ambulatoriais da AASE
Limitações	Não ter rastreabilidade do comparecimento às consultas ambulatoriais da AASE para panorama III; Não diferenciar o absenteísmo do paciente daquele provocado pelas ausências do servidor.
Fonte	Sistema de Informação de Regulação (SISREG)
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de consultas médicas de primeira vez agendadas e não realizadas no âmbito da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) nos panoramas I e II Denominador: Total de consultas médicas de primeira vez agendadas no âmbito da Atenção Secundária Ambulatorial (AASE) nos panoramas I e II
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	CRDF
Coordenador da Pactuação	CRDF
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Absenteísmo às primeiras consultas ambulatoriais (panoramas I e II) no âmbito da Atenção Secundária
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Para obter os dados referentes ao Panorama 1 e 2, fazer login no SISREG com perfil Administrador de Panorama 1 e 2;
2	Clicar na Aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO>AMBULATORIAL>PROCEDIMENTO/UNIDADE EXECUTANTE;
3	Selecionar a especialidade/ procedimento/exame;
4	Colocar o período desejado (o SISREG aceita no máximo 31 dias) e clicar em Ok;
5	Anotar as quantidades “Marcado” (terceira coluna) e “Confirmado” (quinta coluna);
6	Fazer o procedimento acima para cada especialidade/procedimento/exame regulado em Panorama 1 e 2;
7	Fazer o procedimento acima para cada uma das Centrais Reguladoras Regionais: Norte, Central, Asa Sul, Leste, Centro Sul, Sul, Sudoeste e Oeste;
OBSERVAÇÕES	
O numerador do indicador é o somatório da quantidade de todos os procedimentos da coluna “Confirmado” e o denominador o somatório da quantidade de todos os procedimentos da coluna “Marcado”. Marcado=Número de agendamentos autorizados. Confirmado=agendamentos que tiveram as chaves fechadas como confirmado ou falta.	

Indicador 35: Percentual de leitos de enfermaria sob regulação no Panorama III na Região

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 35, Nº 14 HMIB, Nº 5 HSVP, Nº 3 HAB
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de leitos de enfermaria sob regulação na Região
Conceituação	Leito regulado em Panorama III – Leito disponibilizado pelas unidades hospitalares da respectiva Região de Saúde para a regulação em panorama III.
Usos	Transparência da oferta de Leitos para a Regulação
Limitações	Não permite contabilizar os demais tipos de leitos.
Fonte	SISLEITOS
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de leitos de enfermaria em panorama III na Região. Denominador: Número total de leitos de enfermaria na Região. Multiplicador:100
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	Regional
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERIH
Coordenador da Pactuação	SES/CRDF/DIRAAH/CERIH
Descrição da Meta	Vide matriz de metas
POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de leitos de enfermaria sob regulação no Panorama III na Região
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Para obter os dados referentes ao total dos leitos, entrar no site https://info.saude.df.gov.br/leitosenfermariasalasit/ e https://info.saude.df.gov.br/leitosenfermariacovidsalasit/
2	Anotar a quantidade “Total” dos leitos dos referidos hospitais da região;
3	Para obter os dados referentes ao Panorama 3, entrar no site https://info.saude.df.gov.br/leitosenfermariasalasit/ e https://info.saude.df.gov.br/leitosenfermariacovidsalasit/
4	Clicar na Aba Panorama 3;
5	Anotar a quantidade “Total” dos leitos dos referidos hospitais da região.
OBSERVAÇÕES	
O numerador do indicador é o somatório da quantidade de todos os leitos em panorama 3 (passo 5)	
O denominador do indicador é o somatório da quantidade de todos os leitos de enfermaria da região (passo 2)	
Multiplicador 100	

Indicador 36: Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR nº 36, Nº 15 HMIB, Nº 6 HSVP, Nº 4 HAB
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de leitos dos hospitais com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada.
Conceituação	Número de leitos hospitalares passíveis de implementação da dose individualizada. A Dose individualizada é um sistema de distribuição de medicamentos por paciente para 24 horas, conforme prescrição médica, que tem como vantagem maior segurança na distribuição, diminuição dos estoques periféricos e maior controle de estoque. Acompanhamento da implementação da dose individualizada nos hospitais, levantando as dificuldades e necessidades para obtenção de 100% de implementação. Leitos passíveis: leito em utilização e passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado (MS. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. 2002. Brasília-DF).
Usos	Melhor gestão do estoque, economia e uso racional de medicamentos .Acompanhamento da implementação da dose individualizada nos hospitais, levantando as dificuldades e necessidades para obtenção de 100% de implementação.
Limitações	Variação do nº de leitos ativos ao longo do período.
Fonte	Planilha de Excel local
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº de leitos com a dose individualizada implantada. Denominador: Nº total de leitos passíveis de implantação de dose individualizada. Multiplicador: 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	100%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde e URD
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DIASF/GAFAE
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/CATES/DIASF/GAFAE
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de leitos dos hospitais com a implantação do sistema de distribuição por dose individualizada
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	A Farmácia Hospitalar deverá levantar a quantidade de leitos ativos do hospital.
2	Após, deverá analisar a quantidade de leitos ativos passíveis de receber dose individualizada.
3	Contabilizar a quantidade de leitos que recebem o kit com os medicamentos para 24 horas do paciente, após avaliação da prescrição.
4	Calcular a porcentagem de acordo com a fórmula: Nº de leitos com dose individualizada/nº total de leitos passíveis de implementação de dose individualizada x 100.
OBSERVAÇÕES	
- Sistema de distribuição por dose individualizada: O sistema individualizado determina-se geralmente pela elaboração de kit de medicamentos por um período de 24 horas, no qual os pedidos são feitos especificamente para cada paciente. - Leitos passíveis de receber dose individualizada: é o leito no qual o paciente fica internado por mais de 24 horas	

Indicador 37: Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 37, Nº 16 HMIB, Nº 7 HSVP, Nº 5 HAB.
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica
Conceituação	O farmacêutico clínico, profissional lotado nos Núcleos de Farmácia Clínica (NFCs), atua diretamente na assistência ao paciente otimizando a farmacoterapia, reduzindo os problemas relacionados a medicamentos, e evitando racionalizando os custos inerentes. Para tanto o farmacêutico clínico age realizando serviços clínicos, como a conciliação medicamentosa, a revisão da farmacoterapia, a orientação de alta, a promoção de ações educativas com profissionais de saúde e usuários, entre outros. No ambiente hospitalar, considerando que o paciente recebe uma nova prescrição a cada dia, o parâmetro de medida “paciente-dia” é a grandeza que melhor demonstra o universo de demanda do farmacêutico clínico. Por sua vez, é contabilizado como “1 paciente-dia acompanhado” o paciente que é beneficiado por algum serviço prestado pelo farmacêutico clínico num determinado dia. A cada dia, os pacientes que recebem algum serviço são, dessa forma, contabilizados.
Usos	Conhecer o percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica
Limitações	Variação do nº de leitos ativos ao longo do período e escala dos farmacêuticos clínicos nas unidades diariamente.
Fonte	Planilha “Indicadores da Farmácia Clínica” enviada mensalmente por cada NFC
Metodologia de Cálculo	“Pacientes-dia acompanhados pelo NFC (de um determinado mês e hospital) / “pacientes dia internados (para o mesmo mês e hospital) x 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	15%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DIASF/GAFAE
Coordenador da Pactuação	SES/SAIS/CATES/DIASF/GAFAE
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de pacientes-dia acompanhados pelos Núcleos de Farmácia Clínica
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	O Núcleo de Farmácia Clínica preencherá e enviará para a GAFAE, mensalmente, a planilha “Indicador da Farmácia Clínica”, a qual contém, dentre outras informações, o número de pacientes-dia acompanhados pelo NFC e total de pacientes-dia internados em seu hospital.
2	A GAFAE recebe e consolida as informações de cada NFC/hospital e cada mês em uma planilha do ano vigente
3	Os dados de “Paciente-dia acompanhado pelo NFC” e “Paciente-dia internado no hospital” são lançados na aba “paciente dia” da planilha consolidada
4	Os dados são lançados na SESPLAN de forma estratificada por hospital e mês (Atribuições da FAFAE)
5	Os dados deverão ser extraídos mensalmente.
OBSERVAÇÕES	
Para o preenchimento do AGR os dados serão fornecidos mensalmente pela DIASF/GAFAE por meio de processo SEI aos agentes de planejamento.	

Indicador 38: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 38, Nº 17 HMIB, Nº8 HSVP, Nº 6 HAB
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC
Conceituação	Destina-se ao monitoramento dos valores faturados no componente MAC visando superar o teto Distrital
Usos	Monitorar os valores apresentados e aprovados no tipo de financiamento MAC, Média e Alta Complexidade
Limitações	N/A
Fonte	SIA e SIH/DATASUS
Metodologia de Cálculo	Calcula-se a linha de base dos valores faturados no componente MAC da Região (média mensal do ano anterior). Subtrai-se do valor da produção no mês de competência (processada e aprovada no tipo de financiamento MAC) da Região, a linha de base, e, posteriormente, divide-se pela linha de base calculada. Por fim, multiplica-se por 100. OBS: Exclui-se da linha de base (ano anterior) e do resultado (mês e ano vigente) o Procedimento SIGTAP 03.03.01.02-23 (TRATAMENTO DE INFECÇÃO PELO CORONAVIRUS – COVID 19).
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Valor de teto MAC meta 5%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	CNES
Responsável Técnico	Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares SUPPLANS/DICS/GEPI
Coordenador da Pactuação	Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares SUPPLANS/DICS/GEPI
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado

Acordo de Gestão Regional – AGR

TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual faturado no tipo de financiamento MAC
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o portal do InfoSaúde (https://info.saude.df.gov.br/)
2	Acessar o módulo: Gestão da Saúde (https://info.saude.df.gov.br/gestao-da-saude/)
3	Acessar o módulo: Menu Gestor (https://info.saude.df.gov.br/gestao-da-saude/login/)
4	Acessar o link de INDICADORES
5	Acessar o painel denominado: Percentual faturado no tipo de financiamento MAC (SIA e SIH)
OBSERVAÇÕES	
O painel encontra-se em fase de conclusão nesta Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares, devendo, assim, encontrar-se disponível para uso no InfoSaúde apenas a partir da competência de junho de 2022.	

Indicador 39: Percentual de desempenho de Gestão de Custos

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 39, Nº 18 HMIB, Nº 9 HSVP, Nº 7 HAB
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de desempenho da gestão de custos
Conceituação	Entende-se por desempenho como um conjunto de características ou capacidades de comportamento e rendimento, que permite a passagem de um estado crítico para satisfatório. Consoante ao Programa Nacional de Gestão de Custos - PNGC, entendemos a gestão de custos na saúde, tem como objetivo conhecer os custos dos serviços prestados, bem como demonstrar os processos de trabalho que compõem esses serviços de modo a auxiliar os gestores na tomada de decisão, visando à melhoria na gestão dos recursos.
Usos	É possível expressar o desempenho ou performance que se pretende avaliar utilizando-se uma métrica, ou índice de desempenho em relação às metas, previamente definidas. Com isso, é possível acompanhar de forma tempestiva o cumprimento do preenchimento adequado dos custos apurados na unidade de saúde, o que implica na integração sistémica da organização. Os requisitos definidos previamente compreendem à inserção de dados de custos no Sistema ApuraSUS, referente aos itens de custos e produção mensal.
Limitações	Alinhamento conceitual, e execução manual do Instrumento de Monitoramento do Desempenho - IMD
Fonte	Instrumento de Monitoramento de Desempenho - IMD (planilha em Excel.)
Metodologia de Cálculo	O método de cálculo compreende as 4 (quatro) etapas, subdivididas em critérios, e cada critério pode obter os valores (0 – nenhum, 1 – parcial, e 2 – completo), conforme o preenchimento das informações mínimas de cada etapa, a saber: 1 ^a Alinhamento Conceitual (capacitações, reuniões, gestores e servidores); 2 ^a Diagnóstico da Unidade (mapeamento de dados, mapa de relacionamento); 3 ^a Sistemantização da Informação (pessoal, material de consumo, terceiros, e despesas gerais); e, 4 ^a Análise Crítica (matriz, validação, e relatórios gerais). Para o computo do desempenho da unidade considera-se as duas últimas etapas do processo de gestão de custos: 3 ^a etapa - Preenchimento do ApuraSUS; e, 4 ^a etapa - Análise Crítica. Esta fórmula é aplicada para cada unidade de saúde, e o resultado alcançado de cada unidade comporá o valor da região, que será ponderado pelo peso de cada uma das unidades dos níveis de atenção. O desempenho só será acompanhado caso a unidade já tenham o custo total apurado em algum momento.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região
Responsável Técnico	DGR/GEC
Coordenador da Pactuação	DGR/GEC
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Indicador 40: Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 40 E Nº19 HMIB
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de vagas ofertadas à primeira consulta odontológica especializada em comparação com os parâmetros propostos em notas técnicas.
Conceituação	<p>Este indicador tem como intenção mostrar o quantitativo de vagas ofertadas como “primeira consulta” nas especialidades dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) de PCD, Endodontia, Periodontia, Prótese, DTM, Odontopediatria e Cirurgia Oral Menor/Estomatologia por mês, por Região.</p> <p>Monitoramento do quantitativo de vagas ofertadas por cada especialidade e do percentual de vagas que são ofertadas frente ao parametrizado.</p> <p>As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) inserem os usuários, de acordo com suas necessidades de atendimento especializado em odontologia, em um sistema de regulação eletrônico (SISREG).</p> <p>Cada CEO disponibiliza uma quantidade de vagas para cada especialidade por mês. As vagas podem ser consumidas dentro da sua área de abrangência no panorama 1 ou pactuadas entre As regiões no panorama 2.</p> <p>Deste processo podemos analisar o indicador quantidade de vagas ofertadas à primeira Consulta especializada dentro da especialidade por Região, em função do parâmetro Estabelecido em Nota Técnica de Regulação.</p> <p>Não necessariamente a oferta da vaga significa que o paciente foi atendido (absenteísmo do Paciente ou profissional), ou que todas as vagas foram preenchidas, pois muitas vezes têm mais oferta de vagas do que pacientes em fila de espera.</p>
Usos	A principal finalidade deste indicador é retratar a quantidade de vagas ofertadas pela assistência especializada em odontologia e se essa quantidade está em acordo com o preconizado pelas Notas Técnicas de Regulação de cada especialidade
Limitações	A oferta de vagas é variável e dentro do mesmo mês e pode ser afetada por afastamentos legais de profissionais, quanto por falhas técnicas dos equipamentos, dentre outros. Mensura apenas oferta de vagas para a primeira consulta, mas não avalia a resolutividade da assistência à saúde bucal do referido usuário bem como da demanda geral.
Fonte	<p>SISREG e Notas Técnicas de Regulação das Especialidades de Periodontia, Cirurgia Oral Menor/Estomatologia, Prótese, Odontopediatria, PCD, Endodontia, DTM</p> <p>Endodontia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião Dentista de 20h – 20 vagas ofertadas por mês • Cirurgião Dentista de 40h – 40 vagas ofertadas por mês <p>Parametrização do atendimento: 0,25 paciente novo/hora disponível na Especialidade/mês</p> <p>Ex.: Cirurgião Dentista de 20h semanais x 4 semanas = 80h mensais. 0,25 x 80 = 20 novos Pacientes/mês.</p> <p>Ex.: Cirurgião Dentista de 40h semanais x 4 semanas = 160h mensais. 0,25 x 160 = 40 novos Pacientes/mês.</p> <p>Cirurgia Oral menor/ Estomatologia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião Dentista de 20h – 40 vagas ofertadas por mês • Cirurgião Dentista de 40h – 80 vagas ofertadas por mês <p>Parametrização do Atendimento: 0,50 paciente novo/hora disponível na especialidade/ mês.</p> <p>Ex.: Cirurgião Dentista de 20h semanais x 4 semanas = 80h mensais. 0,50 x 80 = 40 novos Pacientes/mês.</p> <p>Ex.: Cirurgião Dentista de 40h semanais x 4 semanas = 160h mensais. 0,50 x 160 = 80 novos Pacientes/mês.</p> <p>Periodontia</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião Dentista de 20h – 24 vagas ofertadas por mês • Cirurgião Dentista de 40h – 48 vagas ofertadas por mês <p>Parametrização do Atendimento: 0,30 paciente novo/hora disponível na especialidade/mês. Ex.: Cirurgião Dentista de 20h semanais x 4 semanas = 80h mensais. 0,30 x 80 = 24 novos Pacientes/mês. Ex.: Cirurgião Dentista de 40h semanais x 4 semanas = 160h mensais. 0,30 x 160 = 48 novos Pacientes/mês.</p> <p>Odontologia para a Pessoa com Deficiência e Pacientes com Necessidades Especiais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião Dentista de 20h – 16 vagas ofertadas por mês • Cirurgião Dentista de 40h – 32 vagas ofertadas por mês <p>Parametrização do atendimento: 0,20 paciente novo/hora disponível na especialidade/mês. Ex.: Cirurgião Dentista de 20h semanais x 4 semanas = 80h mensais. 0,20 x 80 = 16 novos Pacientes/mês. Ex.: Cirurgião Dentista de 40h semanais x 4 semanas = 160h mensais. 0,20 x 160 = 32 novos Pacientes/mês.</p> <p>Prótese</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião Dentista de 20h – 16 vagas ofertadas por mês • Cirurgião Dentista de 40h – 32 vagas ofertadas por mês <p>Parametrização do Atendimento: 0,20 paciente novo/hora disponível mês. Ex.: Cirurgião Dentista de 20h semanais x 4 semanas = 80h mensais. 0,20 x 80 = 16 novos Pacientes/mês. Ex.: Cirurgião Dentista de 40h semanais x 4 semanas = 160h mensais. 0,20 x 160 = 32 novos Pacientes/mês.</p> <p>Odontopediatria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião Dentista de 20h – 16 vagas ofertadas por mês • Cirurgião Dentista de 40h – 32 vagas ofertadas por mês <p>Parametrização do Atendimento: 0,20 paciente novo/hora disponível na especialidade/ mês. Ex.: Cirurgião Dentista de 20h semanais x 4 semanas = 80h mensais. 0,20 x 80 = 16 novos Pacientes/mês. Ex.: Cirurgião Dentista de 40h semanais x 4 semanas = 160h mensais. 0,20 x 160 = 32 novos Pacientes/mês</p> <p>DTM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião Dentista de 20h – 16 vagas ofertadas por mês • Cirurgião Dentista de 40h – 32 vagas ofertadas por mês <p>Parametrização do Atendimento: 0,20 paciente novo/hora disponível na especialidade/mês. Ex.: Cirurgião Dentista de 20h semanais x 4 semanas = 80h mensais. 0,20 x 80 = 16 novos Pacientes/mês. Ex.: Cirurgião Dentista de 40h semanais x 4 semanas = 160h mensais. 0,20 x 160 = 32 novos pacientes/mês.</p>
Metodologia de Cálculo	<p>Endodontia Fator multiplicador: 0,25 paciente novo/hora disponível na especialidade/mês. Carga horária total da especialidade X (multiplicado) 4 semanas = A. 0,25 x A = B Sendo B a quantidade de vagas a ser ofertadas por mês da especialidade de Endodontia.</p> <p>Periodontia Fator multiplicador 0,30 paciente novo/hora disponível na especialidade/ mês Carga horária total da especialidade X (multiplicado) 4 semanas = A. 0,30 x A = B Sendo B a quantidade de vagas a ser ofertadas por mês da especialidade de Periodontia</p> <p>Odontologia para a Pessoa com Deficiência e Pacientes com Necessidades Especiais</p> <p>Prótese</p> <p>Odontopediatria</p> <p>DTM Fator multiplicador 0,20 paciente novo/hora disponível na especialidade/ mês Carga horária total da especialidade X (multiplicado) 4 semanas = A. 0,20 x A = B Sendo B a quantidade de vagas a ser ofertadas por mês de cada especialidade.</p>

	<p>NUMERADOR: Número mensal de vagas ofertadas nas especialidades odontológicas (PcD, Endodontia, Periodontia, Prótese, DTM, Odontopediatria e Cirurgia Oral Menor/Estomatologia).</p> <p>DENOMINADOR: Número mensal total de consultas odontológicas nas especialidades (PcD, Endodontia, Periodontia, Prótese, DTM, Odontopediatria e Cirurgia Oral Menor/Estomatologia) possíveis de serem agendados de acordo como fator multiplicador e a Carga horária total de cada especialidade.</p> <p>MULTIPLICADOR: 100</p>
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Nota Técnica de Regulação de cada especialidade
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	GEO/DASIS/COASIS
Coordenador da Pactuação	GEO/DASIS/COASIS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de vagas ofertadas como primeira consulta odontológica especializada
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Extração do NUMERADOR :
2	Realizar login no SISREG III da região com o perfil de regulador ou administrador;
3	Acessar no menu CONSULTA AMB;
4	Acessar no menu CONSULTA AMB;
5	Selecionar o período pertinente; (de 01 a 31 de cada mês)
6	Selecionar opção EXECUTANTE
7	Selecionar opção PROFISSIONAL;
8	Selecionar opção PROCEDIMENTO;
9	Clicar em PESQUISAR/ OK;
10	Considerar da tabela ESTATÍSTICA DA PESQUISA a informação "Vagas de 1ª Vez Solicitadas"
11	Somar o dado 9 de cada profissional da mesma especialidade.
12	O dado numerador será a soma de "Vagas de 1ª Vez Solicitadas" (campo 9) de todos os profissionais da região da mesma especialidade.
13	Extração do DENOMINADOR :
14	Somar a quantidade de horas semanais que a Região oferece em todas especialidades.
15	Multiplicar o número obtido na linha 12 pelo fator multiplicador da nota técnica e depois por 4 (que se refere a 4 semanas).
16	Exemplo: O CEO oferece 40 horas da especialidade de Periodontia, multiplicar $40 \times 0,30 = 12$ vagas $\times 4$ semanas = 48 vagas a serem ofertadas por mês.
17	Exemplo: O CEO oferece 60 horas da especialidade de Endodontia, multiplicar $60 \times 0,25 = 15$ vagas $\times 4$ semanas = 60 vagas a serem ofertadas por mês.
OBSERVAÇÕES	
O cálculo proposto acima deve ser feito para cada especialidade de forma separada e depois somado para obter o % total de cada CEO	
NUMERADOR: Número mensal de vagas ofertadas nas especialidades odontológica (PCD, Endodontia, Periodontia, Prótese, DTM, Odontopediatria e Cirurgia Oral Menor/Estomatologia).	
DENOMINADOR: Número mensal total de consultas odontológicas nas especialidades (PCD, Endodontia, Periodontia, Prótese, DTM, Odontopediatria e Cirurgia Oral Menor/Estomatologia) possíveis de serem agendados de acordo com o fator multiplicador e a carga horária total de das especialidades.	
MULTIPLICADOR: 100	

Indicador 41: Percentual de manifestações de reclamação e solicitação na ouvidoria sobre “Agendamento de Consultas”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº41, Nº20 HMIB, Nº 10 HSVP, Nº 8 HAB, Nº1 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de manifestações de reclamação e solicitação na ouvidoria sobre “Agendamento de Consultas”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF.
Conceituação	Este indicador representa um dos 10 principais motivos de manifestações na Ouvidoria da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Por esse motivo, é importante estratificar por região de saúde a fim de identificar os principais fatores que geram as reclamações e solicitações neste assunto. Dito isso, este indicador será uma ótima ferramenta para os gestores, que poderão tomar decisões sobre o assunto monitorado conforme a necessidade da população, evidenciada por meio das manifestações de ouvidoria.
Usos	O indicador possibilitará o desenvolvimento de ações para identificar as principais reclamações e solicitações que envolvem o fluxo de agendamento de consultas.
Limitações	O indicador não detalha em qual parte do processo de agendamento de consultas a Manifestação foi inserida.
Fonte	Sistema de Gestão de Ouvidoria (Painel de Ouvidoria do Distrito Federal)
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número total de reclamações e solicitações sobre “Agendamento de Consultas” na Região de Saúde/ URD Denominador: Número total de reclamações e solicitações sobre “Agendamento de Consultas” na SES/DF. Multiplicador: 100%
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Realizada por Região de Saúde
Responsável Técnico	Unidade Setorial de Ouvidoria - ADMC
Coordenador da Pactuação	Unidade Setorial de Ouvidoria - ADMC
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

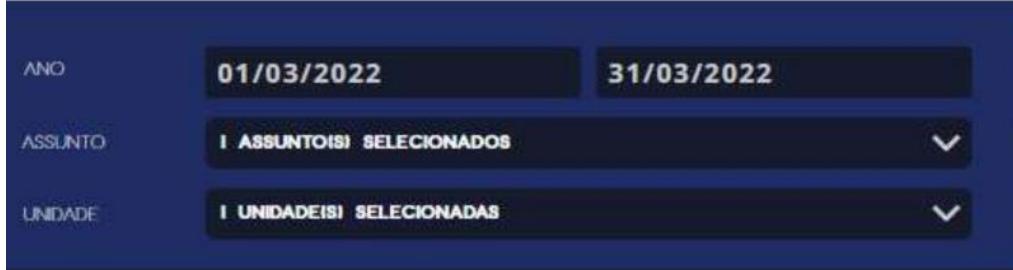
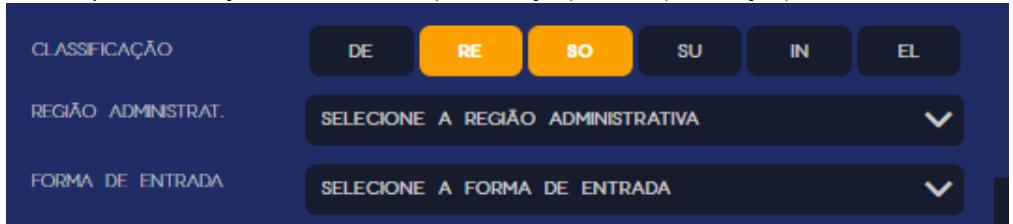
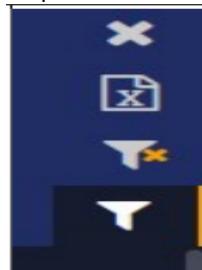
Indicador 42: Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Exames”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº42, Nº21 HMIB, Nº 9 HAB, Nº2 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Exames”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF.
Conceituação	Este indicador representa um dos 10 principais motivos de manifestações na Ouvidoria da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Por esse motivo, é importante estratificar por região de saúde a fim de identificar os principais fatores que geram as reclamações e solicitações neste assunto. Dito isso, este indicador será uma ótima ferramenta para os gestores regionais de saúde, que poderão tomar decisões sobre o assunto monitorado conforme a necessidade da população, evidenciada por meio das manifestações de ouvidoria.
Usos	O indicador possibilitará o desenvolvimento de ações para identificar as principais reclamações e solicitações que envolvem o fluxo de agendamento de exames
Limitações	O indicador não detalha em qual parte do processo de agendamento de exames a manifestação foi inserida.
Fonte	Sistema de Gestão de Ouvidoria (Painel de Ouvidoria do Distrito Federal)
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número total de reclamações e solicitações sobre “Agendamento de Exames” na Região de Saúde/ URD Denominador: Número total de reclamações e solicitações sobre “Agendamento de Exames” na SES/DF. Multiplicador: 100%
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Realizada por Região de Saúde e o URD's
Responsável Técnico	Unidade Setorial de Ouvidoria - ADMC
Coordenador da Pactuação	Unidade Setorial de Ouvidoria - ADMC
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

Indicador 43: Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Cirurgias”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº43, Nº22 HMIB, Nº3 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Cirurgias”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF.
Conceituação	Este indicador representa um dos 10 principais motivos de manifestações na Ouvidoria da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Por esse motivo, é importante estratificar por região de saúde a fim de identificar os principais fatores que geram as reclamações e manifestações neste assunto. Dito isso, este indicador será uma ótima ferramenta para os gestores regionais de saúde, que poderá tomar decisões sobre o assunto monitorado conforme a necessidade da população evidenciada por meio das manifestações de ouvidoria.
Usos	O indicador possibilitará o desenvolvimento de ações para identificar as principais reclamações e solicitações que envolvem o fluxo de agendamento de cirurgias.
Limitações	O indicador não detalha em qual parte do processo de agendamento de cirurgias a manifestação foi inserida
Fonte	Sistema de Gestão de Ouvidoria (Painel de Ouvidoria do Distrito Federal)
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número total de reclamações e solicitações sobre “Agendamento de Cirurgias” na Região de Saúde/ URD Denominador: Número total de reclamações e solicitações sobre “Agendamento de Cirurgias” na SES/DF. Multiplicador: 100%
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Quadrimestral
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	N/A
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Realizada por Região de Saúde e o URD’s
Responsável Técnico	Unidade Setorial de Ouvidoria - ADMC
Coordenador da Pactuação	Unidade Setorial de Ouvidoria - ADMC
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADORES	<ol style="list-style-type: none"> Percentual de manifestações de reclamação e solicitação na ouvidoria sobre “Agendamento de Consultas”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF) Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Exames”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF Percentual de reclamações e solicitações na ouvidoria sobre “Agendamento de Cirurgias”, na Região de Saúde/URD, com relação ao total da SES/DF
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Acessar o Sistema de Gestão de Ouvidoria – OUV-DF (https://www.ouv.df.gov.br)	
1	
<p>No campo “ano” informar o período referente ao mês anterior. Selecione o assunto a ser estratificado: “Agendamento de consultas, agendamento de exames ou agendamento de cirurgias” Selecione a Unidade “SES/DF”</p>	
2	
<p>No Campo Classificação selecione “RE” (Reclamação) e “SO” (Solicitação)</p>	
3	
4	<p>Clique no botão “FILTRAR” no canto superior direito da tela</p> 

Anotar o total de reclamações e solicitações constantes no gráfico abaixo que representa o DENOMINADOR (Número total de reclamações na SES/DF do assunto selecionado).

5



No campo Unidade selecione “Exibir Unidades Subordinadas” e depois selecione as unidades de ouvidoria constantes na Região/URD.

Clique no botão “FILTRAR” no canto superior direito da tela

6



Anotar o total de reclamações e solicitações constantes no gráfico abaixo que representa o NUMERADOR (Número total de reclamações e solicitações da Região/URD do assunto selecionado)

7



CÁLCULO:

8

NUMERADOR = 53

DENOMINADOR = 492

MULTIPLICADOR 100 $(53/492)*100 = 10,77\%$

9

Incluir o numerador e denominador na planilha AGR vigente.

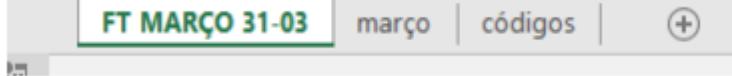
OBSERVAÇÕES

O painel de ouvidoria está disponível para público em geral

Indicador 44: Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de afastamentos da Região/URD.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº44, Nº23 HMIB, Nº 11 HSVP, Nº 10 HAB, Nº 4 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de licenças médicas na Região/URD com relação ao total de afastamentos da Região de Saúde/URD
Conceituação	Explicita a contribuição do motivo 341 - Licença médica do servidor para o total de afastamentos observados na Região/URD. São considerados afastamentos: atestado de comparecimento, atestado médico/odontológico, licenças médicas, faltas injustificadas e atrasos injustificados.
Usos	Uma vez fornecida a participação das licenças médicas para o total de afastamentos, possibilita-se um aprofundamento por meio das regiões/URD quanto aos principais motivos para atestado, possibilitando assim o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde do trabalhador e ampliação da disponibilidade profissional para o desempenho das atividades.
Limitações	Tendo em vista que nem todos os afastamentos são registrados porque alguns servidores não registram a frequência eletronicamente, o indicador não corresponde à totalidade dos afastamentos. Ainda , algumas inconsistências são verificadas na extração visto que o sistema utilizado tem por finalidade primeira o registro de ponto.
Fonte	Relatórios Gerenciais extraídos do ForPonto e SIGRHWeb.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número em horas de afastamentos com o código 341 na Região de Saúde/URD Denominador: Soma em horas de todos os afastamentos na Região de Saúde/URD Multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Sem linha de base definida por hora.
Polaridade	menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/SUGEPE/CIGEC/DIPMAT
Coordenador da Pactuação	SES/SUGEPE/CIGEC/DIPMAT
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

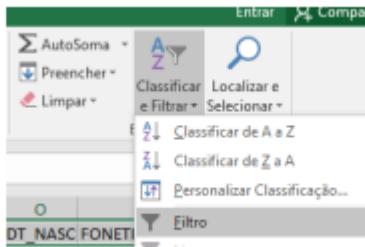
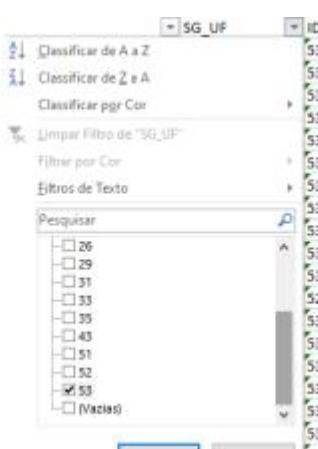
POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado
Acordo de Gestão Regional – AGR

TEMA	Sistema de apoio e logística																		
INDICADOR	Percentual de licenças médicas na Região/URD																		
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR																			
1	Extração dos dados referentes às horas ausentes via ForPonto (Relatórios – Absenteísmo)*.																		
2	Extração dos dados referentes às horas contratadas via SIGRH (Extração Força de Trabalho)																		
3	Tratamento dos dados via Excel. Conforme Passos abaixo																		
4	<p>Após baixar o relatório via ForPonto, Copiar: Matricula, código e horas e colocar em uma nova planilha (pasta nova).</p> <p>No novo documento:</p> <p>Colocar na planilha a Força de trabalho do último dia do mês de referência</p> 																		
5	<p>Criar duas novas colunas – Uma para hora e outra para minutos (extrair horas e minutos dessa coluna inicial de horas). No absenteísmo trabalhamos com horas por isso a necessidade de transformar.</p> <p>PARA HORAS: Usar a formula ESQUERDA e extraír 3 caracteres. (Algumas horas vão sair com ":" utilizar o substituir para retirar)</p> <p>PARA MINUTOS: Usar a formula DIREITA e extraír 2 caracteres. Terminada a fórmula divide o resultado por 60 para o resultado sair em HORAS.</p> <p>Depois disso, criar uma terceira coluna e somar as duas colunas anteriores. Verificar se tudo está formatado como número porque se não a soma resultará em 0.</p>																		
6	<p>Por fim fazer utilizar a fórmula PROCV das matriculas com a Força de Trabalho do mês para verificar a presença de N/D.</p> <p>Para fazer o PROCV - =PROCV(VALOR PROCURADO;MATRIZ TABELA;NÚMERO INDICE COLUNA;PROCURAR INTERVALO) , nos quais Valor procurado = Matrícula ; Matriz Tabela = Força de Trabalho do mês de referência; Número índice de coluna = Coluna Referente a lotação, colocar em número (usar coluna UA/LOTAÇÃO , número 5); Procurar intervalo = 0 (para sair a informação exata)</p>																		
7	Utilização de fórmulas (SOMASES e SOMA) a fim de calcular o % de horas de afastamento decorrentes de licença médica – vide observações.																		
8	<p>Para cálculo das fórmulas SOMASES E SOMA</p> <p>=SOMASES (INTERVALO SOMA; INTERVALO CRITÉRIO; CRITÉRIO) /SOMA DAS HORAS DE AFASTAMENTO; nos quais: Intervalo soma = coluna que apresenta soma dos afastamentos; intervalo critério = coluna com os códigos; critério = digitar o código referente a licença médica = 341</p> <p>Para soma das horas de afastamento usar:</p> <p>=SOMA(SELECIONAR COLUNA REFERENTE ÀS HORAS DE AFASTAMENTO).</p>																		
OBSERVAÇÕES																			
<p>Códigos considerados como afastamento do servidor :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>MOTIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8</td> <td>Atraso</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Atestado médico (até 3 dias)</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>Atestado de comparecimento c/ comp.</td> </tr> <tr> <td>100</td> <td>Atestado de comparecimento s/ comp.</td> </tr> <tr> <td>240</td> <td>Falta injustificada</td> </tr> <tr> <td>341</td> <td>Licença méd. servidor</td> </tr> <tr> <td>345</td> <td>Licença tratamento fora</td> </tr> <tr> <td>348</td> <td>Licença doença pessoa família</td> </tr> </tbody> </table>		CÓDIGO	MOTIVO	8	Atraso	14	Atestado médico (até 3 dias)	16	Atestado de comparecimento c/ comp.	100	Atestado de comparecimento s/ comp.	240	Falta injustificada	341	Licença méd. servidor	345	Licença tratamento fora	348	Licença doença pessoa família
CÓDIGO	MOTIVO																		
8	Atraso																		
14	Atestado médico (até 3 dias)																		
16	Atestado de comparecimento c/ comp.																		
100	Atestado de comparecimento s/ comp.																		
240	Falta injustificada																		
341	Licença méd. servidor																		
345	Licença tratamento fora																		
348	Licença doença pessoa família																		
<p>*Dados serão extraídos e fornecidos mensalmente pela SES/SUGE/CIGEC/DIPMAT.</p>																			

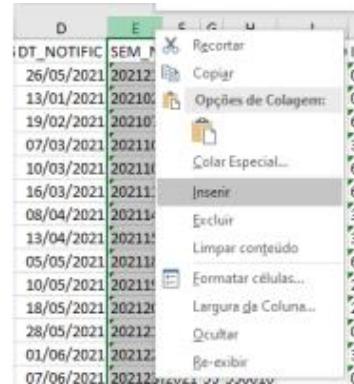
Indicador 45: Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº45 Regiões
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde
Conceituação	Número de casos suspeitos/prováveis de arboviroses digitados no SINAN - ONLINE em até 7 dias da data de notificação pela Região de Saúde em relação ao total de casos notificados.
Usos	Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Rede de Atenção à Saúde; Vigilância Epidemiológica investiga e acompanha todos os casos notificados e digitados no SINAN-Online, recomenda medidas de controle, a Vigilância Ambiental implementa ações de manejo ambiental, controle vetorial e preventivas e para a Rede de Atenção direciona demanda assistencial.
Limitações	Subnotificação de casos, erros de digitação e alterações intencionais na data de notificação
Fonte	SINAN ONLINE
Metodologia de Cálculo	Proporção de casos de (dengue + chikungunya + zika) digitados oportunamente, coloca-se no numerador: Número de casos de (dengue + chikungunya + zika) digitados até 7 dias da data de notificação e no denominador: Total de casos digitados de (dengue + chikungunya + zika) e multiplica o resultado por 100. Para finalmente calcular o indicador: Por exemplo: Cálculo do percentual: $19/20 \times 100 = 95\%$. Resultado satisfatório
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Satisfatório $\geq 95\% =$ Verde / Regular 65 a 89,9% = Amarelo / Não satisfatório $\leq 64,9\% =$ Vermelho
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GVDT
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GVDT
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Sistema de apoio e logística																
INDICADOR	Proporção de casos de arboviroses digitados oportunamente em até 7 dias por Região de Saúde																
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR																	
1	Exportar o banco de dados no SINAN Online;																
2	Abrir o banco de dados baixado no programa Microsoft Excel.																
3	Aplicar “filtro” nos cabeçalhos (linha 1): Selecionar toda a linha “1” e clicar em “Classificar e filtrar -> Filtro”:																
																	
4	Na coluna “X” filtrar os casos residentes no DF (SG_UF), correspondente ao código 53;																
																	
5	Na coluna “AA” (ID_DISTRIT) filtrar os casos residentes nos distritos da área de abrangência da região de saúde, de acordo com os códigos abaixo: Região ID Distritos																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Região</th> <th style="text-align: left;">ID Distritos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Central</td> <td>15, 25, 26, 32, 33, 560</td> </tr> <tr> <td>Centro-Sul</td> <td>12, 16, 20, 21, 22, 29, 30, 31, 96</td> </tr> <tr> <td>Leste</td> <td>23, 24, 35, 97</td> </tr> <tr> <td>Norte</td> <td>11, 17, 34, 435</td> </tr> <tr> <td>Oeste</td> <td>1, 14</td> </tr> <tr> <td>Sudoeste</td> <td>9, 13, 18, 364</td> </tr> <tr> <td>Sul</td> <td>10, 19</td> </tr> </tbody> </table>	Região	ID Distritos	Central	15, 25, 26, 32, 33, 560	Centro-Sul	12, 16, 20, 21, 22, 29, 30, 31, 96	Leste	23, 24, 35, 97	Norte	11, 17, 34, 435	Oeste	1, 14	Sudoeste	9, 13, 18, 364	Sul	10, 19
Região	ID Distritos																
Central	15, 25, 26, 32, 33, 560																
Centro-Sul	12, 16, 20, 21, 22, 29, 30, 31, 96																
Leste	23, 24, 35, 97																
Norte	11, 17, 34, 435																
Oeste	1, 14																
Sudoeste	9, 13, 18, 364																
Sul	10, 19																
6	Copiar os casos filtrados e colar em nova aba para trabalho. Anotar o quantitativo total de casos notificados residentes na respectiva região de saúde (N);																
7	Posicionar o cursor do mouse sobre a coluna “E” (ao lado da coluna referente à data de notificação –																

DT_NOTIFIC), clicar com o botão direito do mouse e inserir nova coluna em branco:



Nomear a nova coluna “E” criada como “Intervalo entre Not e Digit”:

8

D	E	F
DT_NOTIFIC	Intervalo entre Not e Digit	SEM_N
26/05/2021		202121
13/01/2021		202102
19/02/2021		202107
07/03/2021		202110
10/03/2021		202110
16/03/2021		202111
08/04/2021		202114
13/04/2021		202115
05/05/2021		202115
10/05/2021		202120
18/05/2021		202120
28/05/2021		202122
01/06/2021		202122
07/06/2021		202122

Na célula “E2” digitar a fórmula =DATADIF(D2;EQ2;”d”) e clicar em “Enter”

9

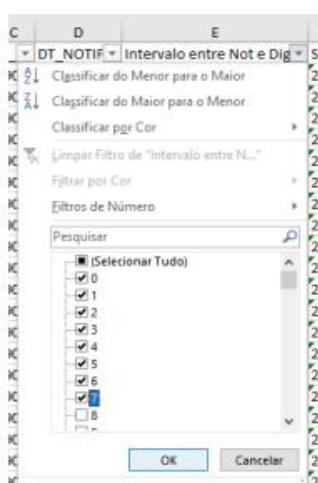
D	E	F
DT_NOTIFIC	Intervalo entre Not e Digit	SEM_N
26/05/2021	=DATADIF(D2;EQ2;"d")	202121
13/01/2021		202102
19/02/2021		202107
07/03/2021		202110
10/03/2021		202110
16/03/2021		202111
08/04/2021		202114
13/04/2021		202115

10 Aplicar a fórmula para todas as outras linhas da coluna “E”. Posicionar o cursor do mouse sobre a coluna “E” e selecionar formatação “Geral”. O resultado apresentado na coluna “E” será o intervalo em dias entre a notificação e a digitação no SINAN Online.

11 Aplicar o “filtro” nos cabeçalhos (linha 1);

Na coluna “E” filtrar os valores “0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7”, que será o total de casos digitados em até 7 dias a partir da notificação. Anotar o total de casos digitados oportunamente (n).

12



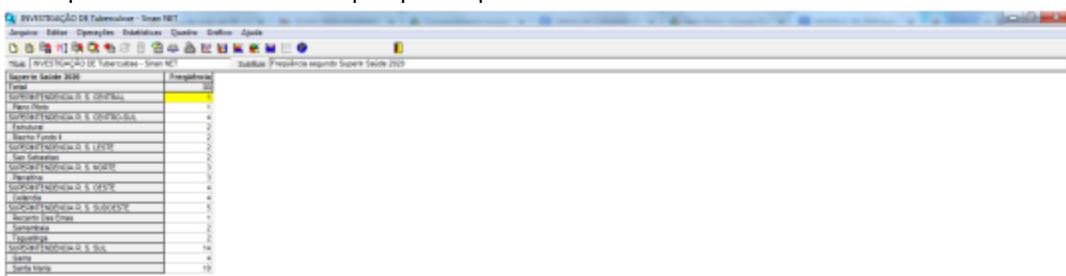
13 Fazer o cálculo da proporção (%) dos casos digitados oportunamente em até 7 dias = n/N X 100

OBSERVAÇÕES

Indicador 46: Proporção de cura dos casos novos de tuberculose

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 46
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de cura dos casos novos de tuberculose
Conceituação	Expressa a efetividade do tratamento. O alcance das metas pactuadas para esse indicador visa a redução da transmissão para novos paciente, diminuindo a ocorrência de casos novos
Usos	Vigilância Epidemiológica e Rede de Atenção à Saúde. Indicador importante para avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento
Limitações	Apresenta restrição no uso sempre que ocorra elevada proporção de registro sem informação do desfecho do tratamento. Subnotificações , Incompletudes e inconsistências das fichas , dificuldade quanto ao retorno das informações referentes ao tratamento e acompanhamento das UBS para a Vigilância DIRAPS
Fonte	SINAN Net
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de casos novos de tuberculose encerrados por cura no ano de diagnóstico em residentes em determinada Região de Saúde. Denominador total de casos novos residentes na mesma Região de Saúde nos anos das Fator multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Bom ≥ 85% Regular 70% a 85% Não satisfatório: < 70%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GVDT
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GVDT
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Percentual de cura dos casos de tuberculose (NOVO)
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Acessar tabulador de dados tabwin	
1	 Tabwin32.exe
<p>1ª Etapa: Executar no TabWin uma tabulação da situação de encerramento dos casos que iniciaram tratamento no ano de diagnóstico de interesse.</p>	
2	<p>LINHAS: Superin Saúde 2020/ COLUNAS Situação Encerramento/ INCREMENTO Frequência SELEÇÕES ATIVAS/ Unidade de Saúde atual: Selecionar a região e Unidades de saúde. Ano Diagnóstico: / Mês de diagnóstico: / Tipo de entrada: Caso Novo, pós-óbito e não sabe Uf de Residência: DF / Situação encerramento: Marcar todos, exceto Mudança de Diagnóstico, TB-DR, Mudança de esquema e Falência / Superin Saúde 2020: Selecionar a região de saúde de interesse Clicar no comando Executar NÃO CLASSIFICADOS Marcar “Ignorar”</p>
3	<p>2ª Etapa - manter apenas as colunas Ign/Branco; Cura, Abandono, Abandono Primário e Total, eliminando as outras. Clicar no menu Quadro, opção eliminar colunas e selecionar As colunas que deseja eliminar.</p>
4	<p>3ª Etapa - Cálculo dos percentuais: Selecione a opção Calcular Indicador no menu Operações:/ Selecione na opção Numerador – Cura Selecione na opção Denominador – Total/ Marque na opção Escala – 100 Marque na opção Casas decimais – 1/ Escreva no Título da coluna – % Cura Mova a coluna “% Cura” para depois da coluna “Cura”</p>
5	<p>4ª Etapa – Clicar no comando copiar para clipboard</p>  <p>Abrir a tabela no Excel</p>
OBSERVAÇÕES	

Indicador 47: Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 47
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde
Conceituação	Número de indivíduos examinados entre os contatos intradomiciliares indicados pelo caso confirmado
Usos	Vigilância Epidemiológica e Rede de Atenção à Saúde. Indicador importante para avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de novos casos e interrupção de transmissão de casos novos no território.
Limitações	Subnotificações , Incompletudes e inconsistências das fichas , dificuldade quanto ao retorno das informações referentes ao tratamento e acompanhamento da UBS para a Vigilância DIRAPS
Fonte	SINAN Ne
Metodologia de Cálculo	Numerador: contatos intradomiciliares examinados referentes aos casos novos residentes em determinada Região de Saúde e diagnosticados no ano de avaliação. Denominador: total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de avaliação. Fator multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Bom ≥ 75% Regular 50% a 74,9% Não satisfatório: < 50%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Região de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GVDT
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GVDT
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

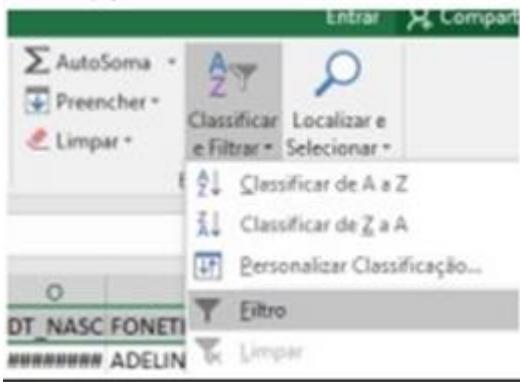
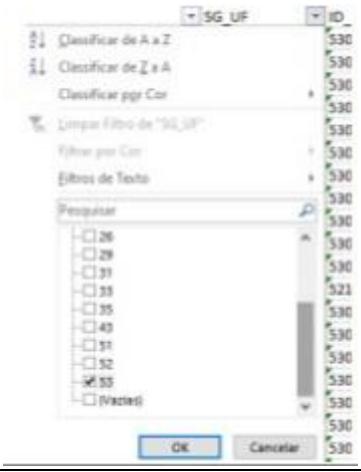
POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado
Acordo de Gestão Regional – AGR

TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano por Região de Saúde (NOVO)
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
Acessar tabulador de dados tabwin	
1	 <p>1ª Etapa: Executar no TabWin a tabulação de contatos intradomiciliares registrados de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano da avaliação.</p>
2	<p>2ª Etapa:</p> <p>LINHAS: Superin Saúde 2020</p> <p>COLUMNAS: Não ativa- não suprimir colunas zeradas</p> <p>INCREMENTO: Marcar Contato registrado e Contato Registrado</p> <p>SELEÇÕES DISPONÍVEIS:</p> <p>ANO DIAGNÓSTICO: Selecione o ano da avaliação</p> <p>MODO DE ENTRADA: Selecione “Caso Novo”</p> <p>TIPO DE SAÍDA: Selecione todas, exceto erro diagnóstico, utilizando a tecla “ctrl” e o mouse simultaneamente.</p> <p>UF RESIDÊNCIA: Distrito Federal</p> <p>NÃO CLASSIFICADOS: Marcar “Incluir”</p> <p>Clicar em Executar</p>
3	<p>3ª Etapa:</p> <p>No Menu Operações, escolha a opção: Calcular indicador e selecione:</p> <p>Numerador - Contato Examinado</p> <p>Denominador: Contato Registrado</p> <p>Escala: 100</p> <p>Casas decimais: 0 ou 1</p> <p>Título da coluna - % Contatos Examinados</p>
OBSERVAÇÕES	

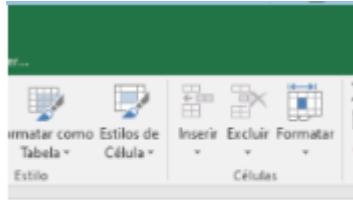
Indicador 48: Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 48
Pactuações	AGR
Indicador	Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, chikungunya e zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde.
Conceituação	Número de fichas de notificação de arboviroses investigadas e encerradas em até 60 dias entre o total de casos notificados de arboviroses.
Usos	Vigilância Epidemiológica e Rede de Atenção à Saúde.
Limitações	Incompletude ou inconsistências dos dados registrados que impeçam a localização do paciente para a investigação do caso.
Fonte	SINAN ONLINE
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de fichas de notificação de dengue, zika e chikungunya investigados e encerrados em até 60 dias da data de notificação Denominador: número total de fichas de notificação de casos suspeitos de dengue, zika e chikungunya notificados no período analisado. Fator multiplicador: 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Bom ≥ 90% Regular 75% a 89,9% Não satisfatório: < 75%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Por Regional de Saúde
Responsável Técnico	SVS/DIVEP/GVDT
Coordenador da Pactuação	SVS/DIVEP/GVDT
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Proporção de fichas de notificação de arboviroses (dengue, Chikungunya e Zika) investigadas e encerradas em até 60 dias por Regional de Saúde
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Exportar o banco de dados no SINAN Online;
2	Abrir o banco de dados baixado no programa Microsoft Excel
3	Aplicar “filtro” nos cabeçalhos (linha 1): Selecionar toda a linha “1” e clicar em “Classificar e filtrar -> Filtro” 
4	Na coluna “X” filtrar os casos residentes no DF (SG_UF), correspondente ao código 53; 
5	Na coluna “X” (ID_DISTRIT) filtrar os casos residentes nos distritos da área de Abrangência da região de saúde, de acordo com os códigos abaixo: <p>Região de Saúde ID Distritos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Central: 15 (Cruzeiro), 25 (Lago Norte), 26 (Lago Sul), 32 (Sudoeste/Octogonal), 33 (Varjão), 560 (Plano Piloto) 2. Centro-Sul: 12 (Candangolândia), 20 (Riacho Fundo I), 21 (Riacho Fundo II), 22 (Guará), 29 (Núcleo Bandeirante), 30 (SIA), 31 (Park Way), 96 (Estrutural) 3. Leste: 23 (São Sebastião), 24 (Paranoá), 35 (Jardim Botânico), 97 (Itapoã) 4. Norte: 11 (Sobradinho), 17 (Planaltina), 34 (Sobradinho II), 435 (Fercal) 5. Oeste: 1 (Ceilândia), 14 (Brazlândia) 6. Sudoeste: 9 (Taguatinga), 13 (Águas Claras), 16 (Recanto das Emas), 18 (Samambaia), 364 (Vicente Pires) 7. Sul: 10 (Gama), 19 (Santa Maria)

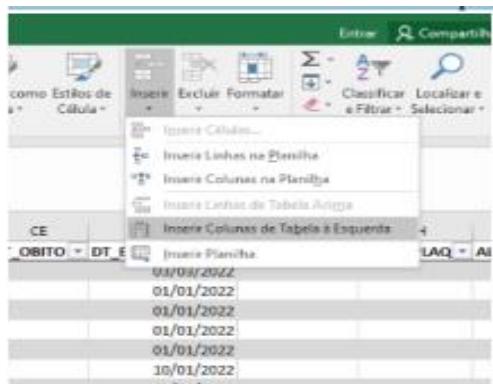
Deve-se localizar a COLUNA dos casos encerrados (DT_ENCERRA)



6

CE	CF	CG
DT_OBITO	DT_ENCERRA	ALRM_HI
	03/03/2022	
	01/01/2022	
	01/01/2022	
	01/01/2022	
	01/01/2022	
	10/01/2022	
	03/01/2022	
	24/01/2022	
	24/01/2022	
	01/01/2022	2
	01/01/2022	

Após a localização da COLUNA (DT_ENCERRA) deve-se inserir uma nova coluna do lado direito da COLUNA (DT-ENCERRA) clicando no ícone “inserir” e em seguida clicar em “Inserir colunas de tabela à esquerda”, conforme abaixo:



7

CD	CE	CF	CG	CH
UCAD	DT_OBITO	DT_ENCERRA	Coluna1	ALRM_HIP
		03/03/2022		
		01/01/2022		
		01/01/2022		
		01/01/2022		
		01/01/2022		
		10/01/2022		
		03/01/2022		
		24/01/2022		
		24/01/2022		
		01/01/2022	2	
		01/01/2022		
		17/01/2022		
		02/01/2022		

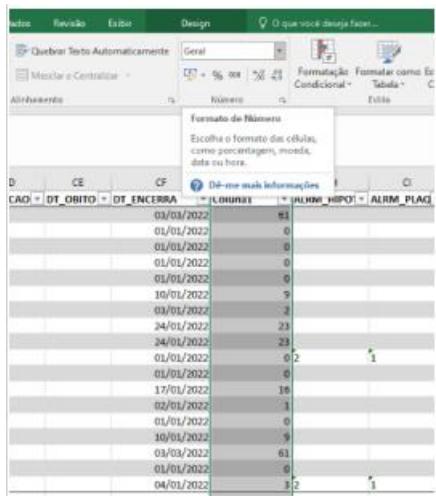
Para conhecer o tempo, em dias, transcorrido entre a data da notificação e a data de encerramento deverá ser realizada a seguinte fórmula na primeira cédula da nova coluna inserida planilha Excel:
 $\{=(\text{Cédula da data de encerramento}-\text{Cédula da data de notificação})\}$ e em seguida dar um ENTER



8

CF	CG	CH
DT_ENCERRA	Coluna1	ALRM_HIPO
03/03/2022	=C2-C1	
01/01/2022		
01/01/2022		
01/01/2022		
10/01/2022		
03/01/2022		
24/01/2022		
24/01/2022		
01/01/2022		
01/01/2022		

Após a realização do cálculo de dias, a coluna dos dias deverá estar no formato GERAL, identificada na barra de ferramentas.



9

A partir desse passo será possível contabilizar o quantitativo de casos encerrados em até 60 dias. Soma-se o quantitativo de casos encerrados em até 60 dias, no período definido e divide-se pelo quantitativo total de casos notificados no mesmo período e multiplica-se o resultado por 100.

Ex.: Nº de casos encerrados em até 60 dias = 16 Nº de casos encerrados = 18

OBSERVAÇÕES

Indicador 49: Número de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionado ao trabalho

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 49
Pactuações	AGR
Indicador	Número de notificações por acidente de trabalho / agravos relacionados ao trabalho
Conceituação	O indicador monitora o número de notificações por acidente de trabalho /agravos relacionados ao trabalho. De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (2010), notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à Saúde para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. A partir delas são adotadas ações de promoção, proteção e controle. Diversos estudos apontam que há subnotificação dos casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Ainda é necessário um esforço para que as unidades notificadoras, bem como as respectivas equipes assistenciais, informem todos os casos, implicando em uma atuação mais eficiente e eficaz da vigilância em saúde do trabalhador
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 acidentes de trabalho e agravos relacionados ao trabalho determinados na Portaria Distrital 140 de 08/08/2016.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número Absoluto
Parâmetro	1500
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	SIM
Acumulativo para Pactuação	N/A
Estratificação	Por região de saúde
Responsável Técnico	CEREST/DISAT/SVS
Coordenador da Pactuação	CEREST / DISAT / SVS
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – Procedimento operacional padrão para coleta do dado Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	Sistema de apoio e logística
INDICADOR	Nº de notificações por acidente de trabalho/agravos relacionados ao trabalho
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar programa SINAN NET (programa deve ser instalado remotamente e estar conectado a base de dados online)
2	Após logar no sistema, Acessar a aba FERRAMENTAS
3	Clicar na aba EXPORT.DBF
4	<p>Na próxima tela, marcar:</p> <p>TODOS OS AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO: ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO, ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE, CANCER RELACIONADO AO TRABALHO, DERMATOSES OCUPACIONAIS, INTOXICAÇÃO EXÓGENA, PAIR, LER/DORT, PNEUMOCONIOSE, TRANSTORNO MENTAL</p>
5	Definir o período de pesquisa
6	Apertar o botão EXPORTAR
7	Após gerar a base de dados em formato de planilha Excel, filtrar os dados por Região de saúde e/ou RA
OBSERVAÇÕES	

Indicadores Específicos AGR HMIB

Indicador 24: Número de acessos para 1^a consulta em reprodução humana

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 24
Pactuações	AGR
Indicador	Número de acessos para 1 ^a consulta para reprodução humana
Conceituação	Número de acessos à primeira consulta em reprodução humana realizada em nível ambulatorial, por mês. O Serviço de Reprodução Humana é referência no DF, sendo mesmo regulado em panoramas 1 e 2.
Usos	Avaliar se haverá aumento de 20% na oferta mensal, em referência à média de atendimentos do ano de 2021 , que foi de 33 atendimentos.
Limitações	Por ser um indicador quantitativo, não permite avaliar aspectos da qualidade dos procedimentos. Nos meses em que há afastamento de profissionais que prestam o serviço a quantidade de RH cai e o indicador também. O indicador não retrata o desempenho dos servidores do HMIB.
Fonte	SISTEMA SISREG III
Metodologia de Cálculo	<i>Nº de vagas ofertadas em 1a consulta (mês) / 1</i>
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Reuniões Colegiadas - HMIB & DGR)
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Número Inteiro
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Quanto maior, melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Indicador não Cumulativo
Estratificação	Não se aplica
Responsável Técnico	UGO/HMIB e CRH/HMIB (Comissão de Reprodução Humana)
Coordenador da Pactuação	HMIB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Atenção especializada HMIB
INDICADOR	Indicador 13 AGR HMIB: Número de acessos para 1ª consulta em reprodução humana
Para coleta dos dados do Numerador: "Chaves confirmadas de Atendimento"	
Login do SISREG → 1. ACESSAR RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO => 2. Ambulatorial => 3. CLICAR EM PROCEDIMENTO/UNIDADE EXECUTANTE 4. Selecionar o Procedimento "1ª consulta para reprodução humana" 5. Preencher o Período e Clicar em OK 6. Contabilizar o registro na coluna de "Confirmadas"	
Obs:	

Indicador 25: Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 25
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal
Conceituação	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINEO) do hospital
Usos	Eficiência da gestão do leito operacional da UTI Neonatal; Avaliar o tempo de permanência dos pacientes na UTI Neonatal; Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional na UTI Neonatal; Avaliar o acesso no tempo oportuno do paciente que aguarda na fila de leitos de UTI
Limitações	Alguns fatores influenciam diretamente o tempo de permanência. A mediana de idade, as comorbidades e complicações do quadro do paciente, a agilidade na realização de exames e procedimentos, a disponibilização de leitos de retaguarda quando da alta médica do paciente. A alimentação dos sistemas ou a coleta dos dados com censo hospitalar devem estar fidedignas para que as informações de paciente dias e saídas reflitam de forma precisa média de permanência.
Fonte	CENSO HOSPITALAR UTI NEONATAL a) Numerador: Número de pacientes dia – somatório depacientes dia na UTI Neonatal; b) Denominador: Nº de saídas internas + saídas hospitalares – somatório das saídas internas (transferências internas da UTI Neonatal para unidades intermediárias, enfermarias) e das saídas hospitalares (alta para casa, transferências externas e óbitos) da UTI no período de 30 dias. Como referência utilizar o censo da 00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria GM/MS nº 312/2002. Paciente dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes dia corresponde ao número de pacientes que estão pernoitando na UTI Neonatal a cada dia. O número de pacientes dia no mês será o somatório de pacientes dia de cada dia do mês (Sipageh,2006; Schout e Novaes,2007; CQG,2009). Saídas: Nº de transferências internas da UTI Neonatal para as unidades menos intensivas (intermediárias, semi-intensivas), enfermarias ou quartos (saídas internas) mais as saídas hospitalares (altas para a casa, transferências externas e óbitos) registradas no período de 30 dias. (Sipageh,2006; Schout e Novaes 2007; CQG,2009). Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTINEO: (ANVISA 2010) UTI destinada a pacientes recém-nascidos, sendo este limite definido de acordo com a rotina da instituição.
Metodologia de Cálculo	Quadrimestral
Periodicidade de Monitoramento	Anual
Unidade de Medida	Dias

Parâmetro	25 dias OBS: A UTI Neonatal do HMIB é referência para o Distrito Federal e entorno para pacientes neonatais prematuros extremos, cirúrgicos e cardiopatas clínicos. Além disso, a UTI neonatal do HMIB oferece suporte para a Unidade de Obstetrícia de alto risco para gestantes com patologias complexas. Portanto a média de internação na UTI Neonatal do Hospital Dr António Lisboa tende a ser maior que nas demais unidades de neonatologia do GDF (Doc. SEI/GDF 75257941)
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	CNES, Região de Saúde
Responsável Técnico	RTD UTI NEONATAL
Coordenador da Pactuação	HMIB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas (25 dias para 2022/23)

Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Atenção especializada HMIB
INDICADOR	Tempo de permanência em leitos de UTI Neonatal
1	<i>A partir do censo hospitalar da Unidade , controle interno, soma-se os pacientes dias do período</i>
2	<i>A partir do censo hospitalar da Unidade, controle interno, soma-se Saídas internas + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI Neonatal. do período</i>
3	
4	
5	
6	
7	
Obs:	

Indicador 26: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 26
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral
Conceituação	Número de casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC), internados na UTI Geral, com confirmação microbiológica
Usos	Avaliar a qualidade da assistência, a adesão às boas práticas em relação à inserção, manutenção e Segurança no manejo do CVC. É indicador de segurança
Limitações	Não define a inconformidade que causou a infecção, se no momento da inserção ou na manutenção do cateter, por exemplo.
Fonte	Epimed monitor – UTI Geral
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de casos novos de IPCS no período Denominador: Cateter venoso central – dia no período X 1000
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Reuniões Colegiadas - HMIB & DGR)
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Taxa ou número absoluto de casos
Parâmetro	4,7 infecções de corrente sanguínea por 1000 CVC – dia
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	
Responsável Técnico	NCIH + Equipe UTI Geral
Coordenador da Pactuação	HMIB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas (4,7 para 2022/23)

Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Atenção especializada HMIB
INDICADOR	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Geral
1	Dados coletados diretamente em planilha interna da NCIH/HMIB
2	
3	
4	
5	
6	
7	
Obs:	

Indicador 27: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neo

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 27
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neonatal
Conceituação	Número de casos novos de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes de cateter venoso central, internados na UTIN, com confirmação microbiológica
Usos	Avaliar a qualidade da assistência, a adesão às boas práticas, indicador de segurança
Limitações	Não define a inconformidade que causou a infecção, se no momento da inserção ou manutenção, por exemplo.
Fonte	UTI Neo – Avaliação diária das condições do acesso/ inserção, dados laboratoriais
Metodologia de Cálculo	Busca diária das informações, compiladas em um mês
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa
Parâmetro	15,7 infecções de corrente sanguínea por 1000 CVC – dia
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Por faixa de peso ao nascer: <750g, 750 - 999 g, 1000 – 1499g, 1500-2499g, >2500g
Responsável Técnico	NCIH + Equipe UTIN
Coordenador da Pactuação	HMIB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas (15,7 para 2022/23)

Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Atenção especializada HMIB
INDICADOR	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Neo
1	Dados coletados diretamente em planilha interna da NCIH/HMIB
2	
3	
4	
5	
6	
7	
Obs:	

Indicador 28: Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Ped.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 28
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea - IPCS na UTI Pediátrica
Conceituação	Número de casos novos de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC), internados na UTI Pediátrica com confirmação microbiológica.
Usos	Avaliar a qualidade da assistência, a adesão às boas práticas em relação à inserção, manutenção e segurança no manejo do CVC. É indicador de segurança.
Limitações	Não define a inconformidade que causou a infecção, se no momento da inserção ou na manutenção do cateter, por exemplo.
Fonte	UTI Pediátrica
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de casos novos de IPCS no período Denominador: Cateter venoso central – dia no período X 1000
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa ou número absoluto de casos
Parâmetro	5,9 infecções de corrente sanguínea por 1000 CVC – dia
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	
Responsável Técnico	NCIH + Equipe UTI Pediátrica
Coordenador da Pactuação	HMIB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas (5,9 para 2022/23)

Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	Atenção especializada HMIB
INDICADOR	Taxa de Densidade de Infecção Primária de Corrente Sanguínea – IPCS na UTI Ped.
1	Dados coletados diretamente em planilha interna da NCIH/HMIB
2	
3	
4	
5	
6	
7	
Obs:	

Indicador 29: Percentual de adesão ao Checklist de Cirurgia Segura

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 29
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura
Conceituação	<p>O Check list de Cirurgia Segura contempla medidas adotadas para redução do risco de eventos adversos que podem acontecer antes, durante e depois das cirurgias. Eventos adversos cirúrgicos são incidentes que podem resultar em dano ao paciente.</p> <p>A Instituição utiliza o protocolo de cirurgia segura recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essas ações incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação correta do paciente e presença de toda a equipe cirúrgica; • Confirmação do lado a ser operado; • Confirmação do procedimento a ser realizado e planejamento de acesso respiratório e da necessidade de transfusão de sangue; • Posicionamento correto do paciente na mesa cirúrgica; • Disponibilidade de equipamentos e materiais necessários para a cirurgia.
Usos	A análise do indicador da taxa de adesão ao Check List de cirurgia segura permite o mapeamento deste processo, o monitoramento do mesmo, que auxiliado por ferramentas de gestão, possibilita o entendimento da corresponsabilidade de todos os envolvidos na resolução de eventos indesejáveis e na prevenção de eventos adversos, promovendo o planejamento contínuo de melhorias e aumento da segurança dos pacientes.
Limitações	
Fonte	Prontuários eletrônicos; Protocolo Cirurgia Segura SES/DF: https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/PROT._Cirurgia_Segura_9_.pdf
Metodologia de Cálculo	Numerador: Total de Check lists ou escala de avaliação encontrados no prontuário eletrônico Denominador: Total de prontuários auditados x 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral (Reuniões Colegiadas - HMIB & DGR)
Periodicidade de Avaliação	Anual (Relatório Anual)
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Não informado pela área técnica (2022)
Polaridade	Quanto maior melhor
Acumulativo Anual	
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	
Responsável Técnico	NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)
Coordenador da Pactuação	
Descrição da Meta	Média de adesão maior que 85%

Acordo de Gestão Regional - AGR	
TEMA	SEGURANÇA DO PACIENTE
INDICADOR	Percentual de adesão ao Checklist de Cirurgia Segura
1	Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico disponibilizam lista de pacientes submetidos à cirurgias;
2	NQSP realiza auditoria em todos os prontuários dos pacientes submetidos à cirurgias;
3	NQSP consolida dados coletados;
4	Critério de inclusão: <ul style="list-style-type: none">• Estar na lista de procedimentos do Centro Cirúrgico e/ou Centro Obstétrico,• Ter realizado procedimento cirúrgico com incisão de pele e/ou outras camadas e,• Pacientes com dados completos e corretos (Mínimo: nome completo sem abreviaturas, data de nascimento, data da cirurgia) tornando possível de serem encontrados no prontuário eletrônico para a auditoria.
5	Critério de exclusão: <ul style="list-style-type: none">• Não estar na lista de procedimentos do Centro Cirúrgico e/ou Centro Obstétrico,• Procedimentos de natureza diagnóstica e/ou que não há a necessidade de incisão de pele e/ou outras camadas,• Pacientes com dados incompletos e/ou incorretos (Mínimo: nome completo sem abreviaturas, data de nascimento, data da cirurgia) tornando impossível de serem encontrados no prontuário eletrônico para a auditoria.
6	
7	
OBSERVAÇÕES	
O Objetivo é realizar auditoria de 100% dos prontuários das cirurgias realizadas. Porém mensalmente, em média de 2% dos pacientes registrados na lista de cirurgias realizadas não são encontrados, seja por inconsistência de escrita ou digitação. Por esse motivo, por termos algumas perdas no processo de auditoria, mantivemos o número de prontuários auditados e não o número de cirurgias realizadas no denominador. NQSP/HMIB - maio 2022	

Indicadores Específicos AGR HAB

Indicador 11: Percentual de Cabeceira Elevada em Pacientes com Risco de Broncoaspiração

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 11
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de Cabeceira Elevada em Pacientes com Risco de Broncoaspiração
Conceituação	A broncoaspiração é a entrada de conteúdo, endógeno ou exógeno, colonizados por bactérias residentes, ou não, do tubo digestivo para o trato respiratório inferior (tráqueia, brônquios e pulmões), ocasionando alterações inflamatórias e crescimento bacteriano. As substâncias mais comuns são os resíduos gástricos e as secreções colonizadas contidas na cavidade orofaríngea, favorecendo a ocorrência de pneumonite aspirativa e/ou pneumonia; e isto é um evento adverso que deve ser prevenido em pacientes que estão em uso de sonda nasoentérica para fins de nutrição. A cabeceira da cama do paciente deve ser mantida elevada, perfazendo um ângulo de 30º a 45º e não menos do que isso para evitar refluxo do conteúdo do estômago e sua possível aspiração para o pulmão.
Usos	Redução no tempo de internação, uso racional de antimicrobianos e redução do risco de sepse.
Limitações	Alcance de levantamento dos dados. Atualmente sendo realizada coleta de dados através de corte semanal com visita beira leito.
Fonte	Planilha Excel, alimentada com dados das visitas beira leito
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de cabeceiras elevadas entre 30º e 45º, dividido pelo número de pacientes em uso de sonda nasoentérica, multiplicado por 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	SES/HAB/NCIEPH
Coordenador da Pactuação	HAB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA - HAB
INDICADOR	Percentual de Cabeceira Elevada em Pacientes com Risco de Broncoaspiração
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Realizar visitas beira leito semanalmente;
2	Avaliar se o paciente em uso de sonda nasoentérica está em posição adequada;
3	Registar em livro ata a quantidade de pacientes avaliados, discriminando as conformidades e as não conformidades;
4	Transcrever essas informações para planilha de controle mensal;
5	Ao final do mês, totalizar os dados, calcular o resultado do indicador e elaborar sua respectiva análise.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 12: Taxa de Quedas de Pacientes internados

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 12
Pactuações	AGR
Indicador	Taxa de Quedas de Pacientes internados
Conceituação	QUEDA: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, etc.), incluindo vaso sanitário. Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos deixados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos. Dentre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 60 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos, hipotensão postural e déficit de conhecimento sobre o risco e medidas preventivas. A queda no ambiente hospitalar está relacionada às fraturas, traumatismos e sangramentos, podendo resultar em lesões temporárias, permanentes, demandar tratamentos adicionais, aumentar o tempo de internação e causar óbito.
Usos	O monitoramento da ocorrência de quedas é uma importante estratégia para subsidiar medidas preventivas, permitindo orientar a gestão e as ações de cuidado com foco na redução das taxas do evento.
Limitações	Subnotificação
Fonte	Planilha Excel, alimentada com dados das visitas beira leito, do sistema IPESs, dos prontuários e do caderno de passagem de plantão
Metodologia de Cálculo	Relação entre o número de quedas de pacientes por número de paciente/dia, multiplicado por 1.000
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Taxa
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	SES/HAB/NQSP
Coordenador da Pactuação	HAB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Indicador 13: Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Citogenética, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 13
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Citogenética, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras
Conceituação	Doença Rara (DR), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a doença que afeta até 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos, ou seja, 1,3 para cada 2 mil pessoas. Exames laboratoriais liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras compreendem os exames bioquímicos da triagem neonatal ampliada, cariotípico de sangue periférico e medula óssea, pesquisa molecular para a síndrome do X-frágil e outros que ainda serão implantados.
Usos	Avaliação da capacidade técnica de liberação das amostras recebidas. Análise da técnica utilizada em relação à capacidade de liberação. Avaliação da qualidade das amostras recebidas.
Limitações	Quanto à fonte de informação: falta de bases de dados, sistemas e ferramentas adequadas para melhor gerenciamento.
Fonte	Planilhas de Excel
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de exames laboratoriais liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras dividido pela somatória do número de amostras recebidas
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	URD - Unidade de Genética/HAB
Responsável Técnico	SES/HAB/DAS/UGEN
Coordenador da Pactuação	HAB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA - HAB
INDICADOR	Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Citogenética, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Iniciar obtendo as informações relativas ao cariótipo de Sangue Periférico
2	Acessar na rede do HAB a pasta “CITOGENÉTICA”
3	Dentro da pasta “CITOGENÉTICA”, Selecionar as pastas: “LABORATÓRIO DE CITOGENÉTICA” → “REGISTRO - cariótipo” → “REGISTRO SANGUE PERIFÉRICO” → Arquivo do Excel “CARIOTIPOS DE SP DESDE 1995” (a versão mais nova)
4	Na aba “CARIÓTIPOS”, conferir se a planilha foi atualizada de acordo com a ficha “PROCESSODE EMISSÃO DE LAUDO – CHECK LIST” referente ao mês finalizado (último mês)
5	Filtrar “POR DATA DE COLETA” as amostras recebidas no mês de referência e anotar aquantidade recebida e quantas estão com laudo liberado
6	Buscar as informações relativas ao cariótipo de Medula Óssea: acessar na rede do HAB a pasta “CITOGENÉTICA” → “LABORATÓRIO DE CITOGENÉTICA” → “REGISTRO - cariótipo” → “REGISTRO MEDULA ÓSSEA” → Arquivo do Excel “CARIOTIPOS MO” (a versão mais nova)
7	Na aba “CARIÓTIPOS”, conferir se a planilha foi atualizada de acordo com a ficha “PROCESSODE EMISSÃO DE LAUDO – CHECK LIST” referente ao mês finalizado (último mês)
8	Filtrar “POR DATA DE COLETA” as amostras recebidas no mês de referência e anotar aquantidade recebida e quantas estão com laudo liberado
9	Acessar na rede do HAB a pasta “CITOGENÉTICA” → “LABORATÓRIO DE CITOGENÉTICA” → “Produtividade” → “ACORDO DE GESTÃO 2022” → Arquivo do Excel “2022. INDICADOR DO ACORDO DE GESTÃO CITOGENETICA”
10	Consolidar os dados de amostras “LIBERADOS” (total de sangue periférico e medula óssea) eregistrar no campo relacionado ao mês de referência
11	Consolidar os dados de amostras “RECEBIDOS” (total de sangue periférico e medula óssea) eregistrar no campo relacionado ao mês de referência
12	A planilha calculará automaticamente o Resultado do Indicador
13	Realizar análise qualitativa desses dados (pacientes internados, urgências, eletivos, óbitos) no campo relativo ao mês do relatório (mês que o relatório está sendo elaborado)
14	Selecionar na planilha a área relativa ao Relatório e “SALVAR COMO” arquivo PDF
15	Nomear o arquivo identificando o ano e mês do relatório (ex: 2022.4 - ACORDO DE GESTÃO – Citogenética)
OBSERVAÇÕES	
1. O Indicador deve ser preenchido e analisado até o quinto dia útil de cada mês, e o documento disponibilizado no SEI.	
2. É considerado como mês de referência o equivalente a 180 dias anteriores ao relatório.	

Indicador 14: Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Biologia Molecular, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 14
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Biologia Molecular, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras
Conceituação	Doença Rara (DR), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a doença que afeta até 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos, ou seja, 1,3 para cada 2 mil pessoas. Exames laboratoriais liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras compreendem os exames bioquímicos da triagem neonatal ampliada, cariotípico de sangue periférico e medula óssea, pesquisa molecular para a síndrome do X-frágil e outros que ainda serão implantados.
Usos	Avaliação da capacidade técnica de liberação das amostras recebidas. Análise da técnica utilizada em relação à capacidade de liberação. Avaliação da qualidade das amostras recebidas.
Limitações	Quantos à fonte de informação: falta de bases de dados, sistemas e ferramentas adequadas para melhor gerenciamento.
Fonte	Planilhas de Excel
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de exames laboratoriais liberados para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras dividido pela somatória do número de amostras recebidas
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	URD - Unidade de Genética/ HAB
Responsável Técnico	SES/HAB/DAS/UGEN
Coordenador da Pactuação	HAB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

TEMA	HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA - HAB
INDICADOR	Percentual de exames liberados pelo Laboratório de Biologia Molecular, para o diagnóstico das Doenças Genéticas e Doenças Raras
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Iniciar acesso por meio de computador conectado ao servidor do Hospital de Apoio de Brasília(HAB)
2	Acessar a pasta “biomol”
3	Dentro da pasta “biomol”, Selecionar as pastas: “Rotina Exames” → Arquivo do Excel (.xlsx)“LIBERAÇÃO DE LAUDOS DOS LABORATÓRIOS DA UGEN” (versão com a data maisrecente)
5	Na aba “SFX”, conferir se a coluna “Data de Coleta/Extração” está atualizada com os procedimentos realizados ao longo do mês/ano corrente.
6	Clicar CRTL + F para poder filtrar os procedimentos por mês e ano de coleta/extração, colocando no campo de busca “mês de referência/ano de referência”, anotar a quantidade de exames realizados e quantos estão com resultado liberado indicado na coluna “RESULTADO PCR”
7	Acessar na rede do HAB a pasta “biomol” → “Produtividade” → “ACORDO DE GESTÃO” → “2022” → Arquivo do Excel “2022. INDICADOR DO ACORDO DE GESTÃO LAB BIOMOL”
8	Consolidar os dados de exames “LIBERADOS” e registrar no campo relacionado ao mês de referência
9	Consolidar os dados de exames “RECEBIDOS” e registrar no campo relacionado ao mês de referência
10	A planilha calculará automaticamente o Resultado do Indicador apresentando a porcentagem do indicador do mês em relação à meta pactuada
11	Realizar análise qualitativa desses dados (exames encaminhados e exames que necessitam de etapa confirmatória que impede de alcançar o laudo) no campo relativo ao mês do relatório (mês que o relatório está sendo elaborado)
12	Selecionar na planilha a área relativa ao Relatório e salvar como arquivo .PDF Nomear o arquivo identificando o ano e mês do relatório (ex: abr 2022 - INDICADOR DO ACORDO DE GESTÃO LAB BIOMOL)
OBSERVAÇÕES	

Indicador 15: Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes da atenção terciária, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 15
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes da atenção terciária, dos pacientes para a Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados – URCP
Conceituação	Os pacientes candidatos aos procedimentos de reabilitação são aqueles com Lesão Cerebral (AVC, TCE, lesões expansivas benignas), com Lesão Medular (TRM - trauma raquimedular e Polineuropatias do paciente crítico e pós - COVID). Após atendimento inicial na rede hospitalar e estabilidade clínica, espera-se que os pacientes sejam encaminhados diretamente para reabilitação. Entretanto, como o tempo de internação na URCP é longo com retardo na liberação de altas, alguns pacientes em espera de vaga podem ter melhora clínica com alta da unidade de origem e ficam aguardando a vaga em domicílio, sendo nesses casos prioridade em relação aos internados.
Usos	Reorganizar o fluxo do direcionamento dos pacientes na rede SESDF / Orientar a rede SES-DF e IGESDF sobre os critérios de inclusão e acesso para internação na URCP através de folder explicativo.
Limitações	Alcance de levantamento dos dados. Como todas as unidades solicitantes tem acesso ao sistema SISLEITOS, a coleta de dados é feita através de planilha própria alimentada diariamente pela GIR. O sistema SISLEITOS ainda não gera os relatórios com os resultados consolidados.
Fonte	Planilha GIR, alimentada com os dados inseridos no SISLEITOS
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de solicitações de internação provenientes da atenção terciária, dividido pelo número total de solicitações de internação, multiplicado por 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	SES/HAB/DAS/GIR
Coordenador da Pactuação	HAB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Indicador 16: Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, dos pacientes para a Unidade de Cuidados Paliativos – UCPA

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 16
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, dos pacientes para a Unidade de Cuidados Paliativos – UCPA
Conceituação	Os pacientes em cuidados paliativos exclusivos são aqueles que não estão em tratamento modificador de doença. Espera-se que estes sejam acompanhados pela UBS, NRAD, ambulatório especializado e estejam no domicílio e quando for necessária internação hospitalar seja referenciada diretamente ao HAB, pois trata-se de hospital especializado da SES-DF, evitando assim que leitos hospitalares gerais e de urgência sejam ocupados com pacientes com esse perfil.
Usos	Reorganizar o fluxo do direcionamento dos pacientes na rede SESDF / Orientar a rede SESDF sobre os critérios de inclusão e acesso para internação na UCPA.
Limitações	Alcance de levantamento dos dados. Atualmente nem todas as unidades solicitantes têm acesso ao sistema SISLEITOS, sendo realizada coleta de dados através de planilha própria alimentada diariamente pela GIR. O sistema SISLEITOS ainda não gera os relatórios com os resultados consolidados.
Fonte	Planilha GIR, alimentada com os dados inseridos no SISLEITOS
Metodologia de Cálculo	Numerador: é o número de solicitações de internação provenientes de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, dividido pelo número total de solicitações de internação, multiplicado por 100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	N/A
Responsável Técnico	SES/HAB/DAS/GIR
Coordenador da Pactuação	HAB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

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

Indicador 17: Percentual de recoletas de exames alterados (triagem neonatal)

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 17
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de recoletas de exames alterados (triagem neonatal)
Conceituação	O Programa Nacional de Triagem Neonatal é uma política de governo que proporciona acesso a Triagem Neonatal Biológica, a todos os recém-nascidos do Distrito Federal, auxiliando no diagnóstico precoce de doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, auxiliando na possibilidade de tratamento e monitoramento precoce, evitando mortes e sequelas nas crianças.
Usos	Avaliação da flutuação do índice mensal de recoletas necessárias a uma definição detomada de decisão sobre cada caso diagnosticado. Avaliação da qualidade das amostras recebidas.
Limitações	Quantos à fonte de informação: falta de bases de dados, sistemas e ferramentas adequadas para melhor gerenciamento. Morosidade e instabilidade do SISREG III e falta de pessoal.
Fonte	SISREG III (e em situações atípicas podem ser consultados do Sistema VEGA Triagem e planilhas específicas do setor)
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de recoletas de amostras para o diagnóstico das Doenças diagnosticadas na Triagem Neonatal recebidas, dividido pelo somatório do número de amostras solicitadas
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Quanto maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	URD - Unidade de Genética/ HAB
Responsável Técnico	SES/HAB/DAS/UGEN
Coordenador da Pactuação	HAB
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

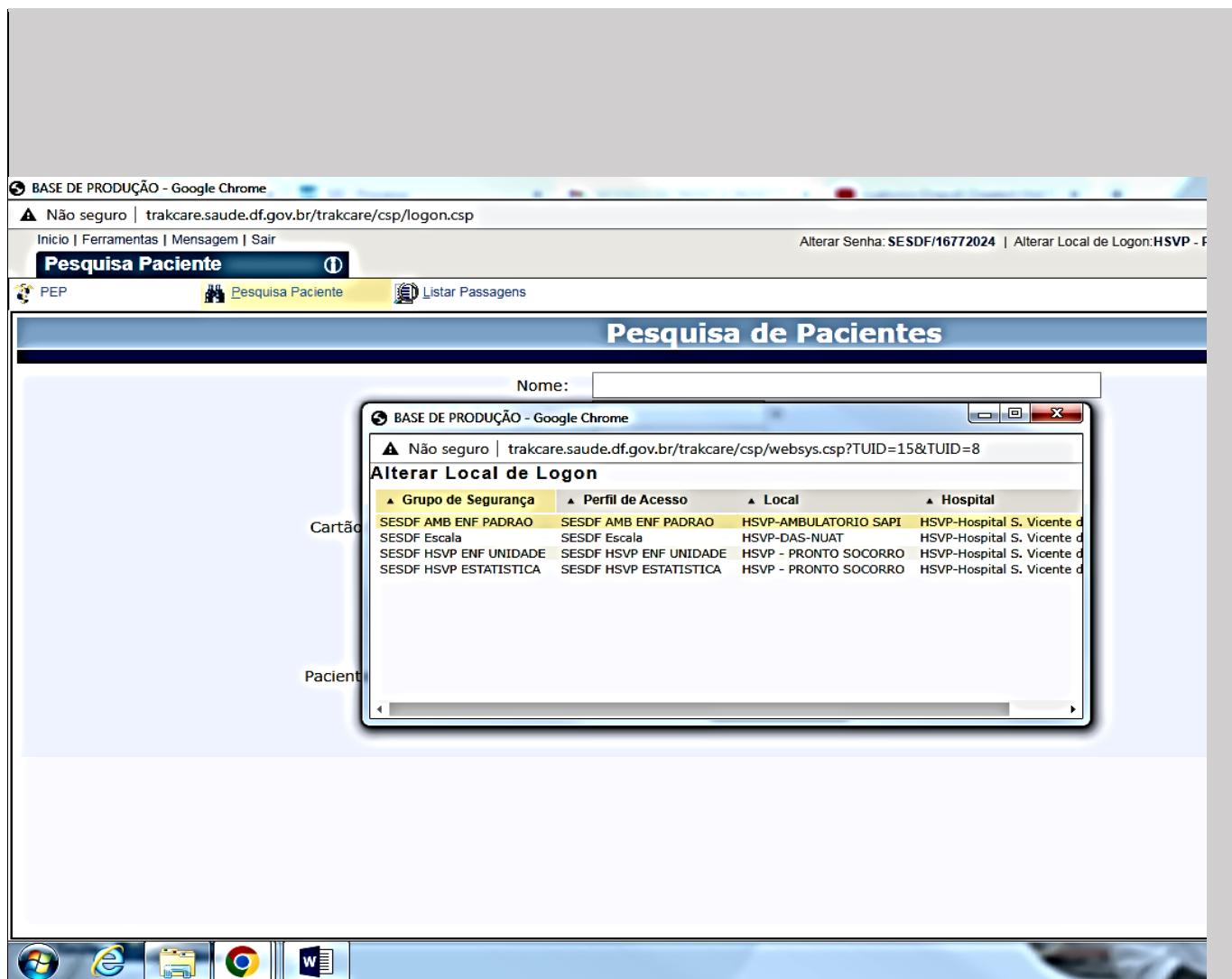
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA - HAB
INDICADOR	Percentual de procedência das solicitações de internação, provenientes de UBS, NRAD, ambulatório especializado e domicílio, dos pacientes para a Unidade de Cuidados Paliativos – UCPA
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Iniciar acesso por meio de computador conectado ao servidor do Hospital de Apoio de Brasília (HAB).
2	Acessar a pasta “Planilha Única 2022” na nuvem, Google Drive, da triagem neonatal.
3	Abrir a planilha específica para cada exame da triagem neonatal; quais sejam: 17OH, Amostras Insuficientes, Biotinidase, G6PD, Galactosemias, Hemoglobina - Casos suspeitos, IRT, MSMS, Toxoplasmose e TSH.
4	Contabilizar, em cada planilha, o número de recoletas solicitadas no mês de referência.
5	Contabilizar, em cada planilha, o número de recoletas realizadas (cor verde bandeira) no mês de referência.
6	Realizar o cálculo.
7	Acessar na rede do HAB a pasta hab-dados → UGEN → UGEN - Triagem → PNTN → ESTATÍSTICAS → INDICADORES DO LABORATÓRIO → INDICADORES LTN PARA ACORDO DE GESTÃO DISTRITAL → 2022 → Abrir Planilha Dados Consolidados
8	Preencher a Planilha Dados Consolidados com os resultados encontrados para o mês de referência.
9	Enviar este arquivo para o SES/HAB/NPMA via SEI.
OBSERVAÇÕES	

Indicadores Específicos AGR HSVP

Indicador 12: Percentual de pacientes internados na emergência e enfermaria/Ala incluídos nas atividades terapêuticas.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 12 HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de pacientes internados na emergência e enfermaria/Ala incluídos nas atividades terapêuticas.
Conceituação	NUAT: Orienta, acompanha, inclue e quantifica os pacientes que estão internados na Emergência e Enfermaria/Ala nas atividades terapêuticas expressivas, corporais, audiovisuais, musicais e de autocuidados, com o objetivo de instrumentalizar o paciente para ressocialização e resgate de sua autonomia e independência.
Usos	Mapear o percentual de pacientes incluídos nas modalidades de atividades terapêuticas
Limitações	Falta de lançamento das atividades realizadas por paciente no sistema trackare
Fonte	Trakcare
Metodologia de Cálculo	Trata-se da razão entre o numerador: nº de pacientes inseridos em atividades terapêuticas mês e o denominador: nº total de pacientes internados mês na Emergência e Enfermaria/Ala, multiplicado por 100 para que se obtenha o percentual.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Por unidade de internação
Responsável Técnico	DAS/DG/HSPV
Coordenador da Pactuação	HSPV
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO HSVP
INDICADOR	Percentual de pacientes internados na emergência e enfermaria/Ala incluídos nas atividades terapêuticas.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Gerar relatório estatístico de atendimentos dos profissionais do setor através do sistema TrakCare(passo a passo nas imagens abaixo)
2	Compilar os dados da planilha estatística do sistema TrakCare em uma planilha excel
3	Averiguar e analisar os dados estatísticos obtidos através da planilha
4	Corrigir as divergências ou duplicação dos dados obtidos através da planilha
5	Transformar a planilha excel em arquivo PDF e anexar no processo SEI específico para estatística do setor
6	Encaminhar o processo, via SEI, para os respectivos setores responsáveis.
OBSERVAÇÕES	
GERAÇÃO DO RELATÓRIO ESTATÍSTICO DAS ATIVIDADES TERAPÊUTICAS – POP: Coleta de dados estatísticos no perfil de estatística no sistema TrakCare; em ferramentas; em relatórios; em registro de procedimentos e marcação de consultas.	



BASE DE PRODUÇÃO – Google Chrome

▲ Não seguro | trakcare.saude.df.gov.br/trakcare/csp/logon.csp

Inicio | Ferramentas | Mensagem | Sair

Alterar Senha: SESDF/16772024 | Alterar Local de Lo

PEP Pesquisa Paciente Listar Passagens

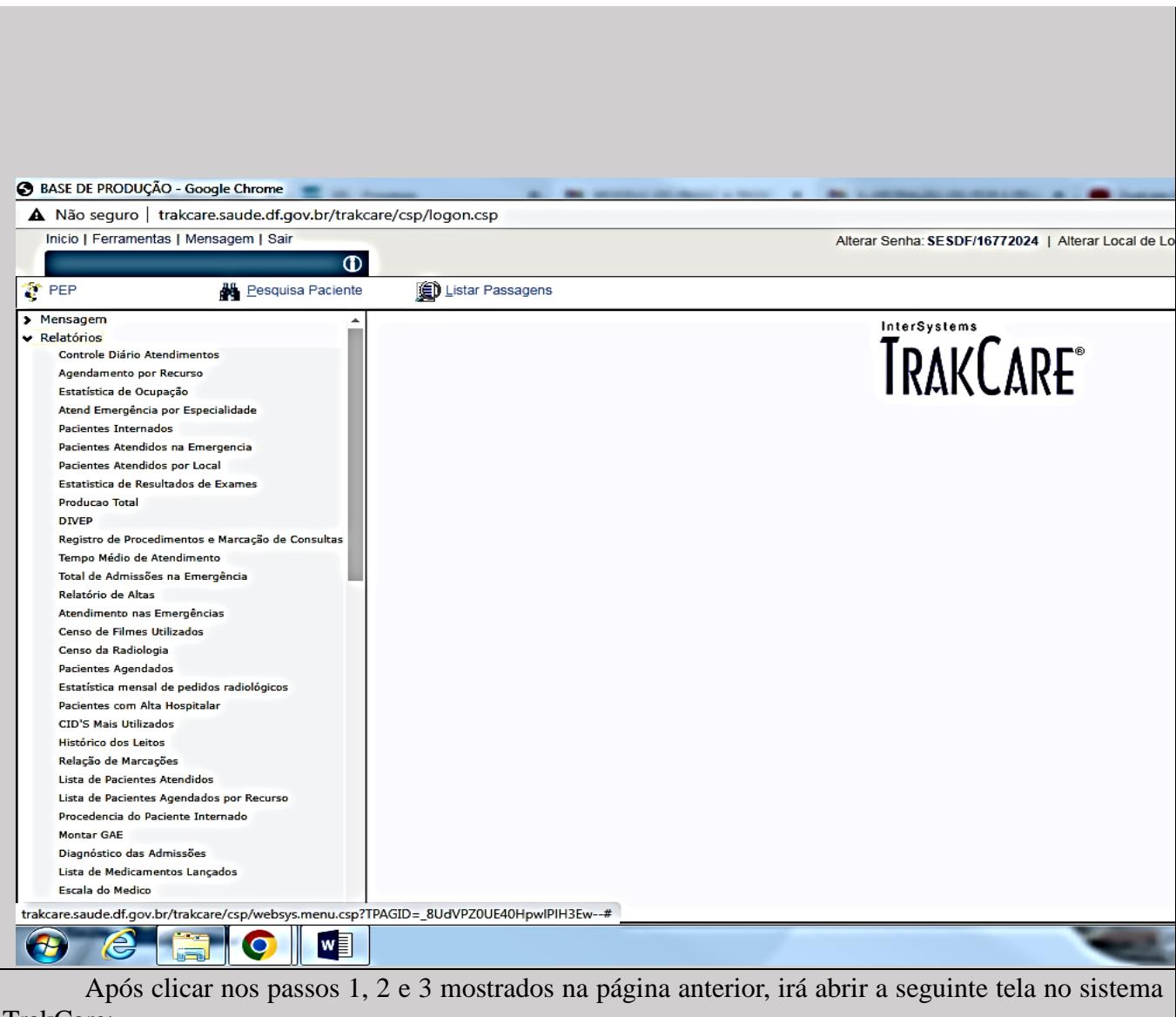
Mensagem

Relatórios

- Controle Diário Atendimentos
- Agendamento por Recurso
- Estatística de Ocupação
- Atend Emergência por Especialidade
- Pacientes Internados
- Pacientes Atendidos na Emergência
- Pacientes Atendidos por Local
- Estatística de Resultados de Exames
- Produção Total
- DIVEP
- Registro de Procedimentos e Marcação de Consultas
- Tempo Médio de Atendimento
- Total de Admissões na Emergência
- Relatório de Altas
- Atendimento nas Emergências
- Censo de Filmes Utilizados
- Censo da Radiologia
- Pacientes Agendados
- Estatística mensal de pedidos radiológicos
- Pacientes com Alta Hospitalar
- CID'S Mais Utilizados
- Histórico dos Leitos
- Relação de Marcações
- Lista de Pacientes Atendidos
- Lista de Pacientes Agendados por Recurso
- Procedência do Paciente Internado
- Montar GAE
- Diagnóstico das Admissões
- Lista de Medicamentos Lançados
- Escala do Médico

trakcare.saude.df.gov.br/trakcare/csp/websys.menu.csp?TPAGID=_8UdVPZ0UE40HpwIPIH3Ew--#

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



Registro de Procedimentos

Registro de Procedimentos

Relatório

Visualizar

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

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

The screenshot shows an Excel spreadsheet titled "NUAT - ABRIL 2022 - Excel". The table structure is as follows:

Nome	Categoría	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
ALINE MAYARA AZEVEDO CHAGAS	INTERNAÇÃO/OBS.PS/PSDIA	148	92	54	19								
	AMBULATÓRIO	0	0	0	0								
	TOTAL	148	92	54	19	0	0	0	0	0	0	0	
CAMILA DA COSTA BENARROS LINO	INTERNAÇÃO/OBS.PS/PSDIA	61	149	104	111								
	AMBULATÓRIO	0	16	17	24								
	TOTAL	61	165	121	135	0	0	0	0	0	0	0	
BRUNA RAFAELA DE AGUIAR FASSANARO	TERAPEUTA OCUPACIONAL	103	30	53	64								
	AMBULATÓRIO	4	5	10	2								
	TOTAL	103	35	63	66	0	0	0	0	0	0	0	

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

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

Para saber+ Menu Pesquisa SES/HSV/P/NPMA

O 2022 - EIRO 2022 - I 2022 - NU

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

controlador.php 1 / 1 - 300% + 🔍

NUAT/DAS - ESTATÍSTICA 2022

ALINE MAYARA AZEVEDO CHAGAS	FIOSITERAPUTA	JANERO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOV
INTERNAÇÃO/DRS PS/PSOM	148	92	54	39								
AMBULATÓRIO	0	0	0	0								
TOTAL	148	92	54	39	0							

CAMILA DA COSTA BENAVIDES LINO	FIOSITERAPUTA	JANERO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOV
INTERNAÇÃO/DRS PS/PSOM	61	149	104	111								
AMBULATÓRIO	0	16	17	24								
TOTAL	61	165	121	135	0							

BRUNNA RUAFAELA DE AQUINO FASSIANARO	TERAPEUTA OCUPACIONAL	JANERO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOV
--------------------------------------	-----------------------	--------	-----------	-------	-------	------	-------	-------	--------	----------	---------	-----

Indicador 13: Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 13 HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar
Conceituação	Evidenciar, de forma fidedigna e relevante, casos de reinternação ocorridos no HSVP durante o período de análise
Usos	Mapear o percentual de pacientes reinternados, de modo a retroalimentar ações de saúde mental na comunidade e promover direitos das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo a família como coparticipante nesse processo, garantindo, assim, a continuidade do tratamento na rede de suporte e atenção extra-hospitalar, mediante políticas públicas
Limitações	Identificar e estruturar os dados de forma confiável a dar representatividade ao indicador
Fonte	TrakCare
Metodologia de Cálculo	Trata-se da razão entre o numerador: nº de pacientes reinternados no período de até 60 dias após a alta, denominador: nº total de pacientes que tiveram alta no período de 60 dias, multiplicado por 100 para que se obtenha o percentual.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual
Parâmetro	Série histórica de 2021
Polaridade	Quanto menor melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	Não
Estratificação	Origem do paciente por Região/Superintendência de Saúde/RAS/RIDE DF/Outras UFs
Responsável Técnico	SES/DISAM
Coordenador da Pactuação	HSVP
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO
Acordo de Gestão Regional – AGR

TEMA HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO HSVP

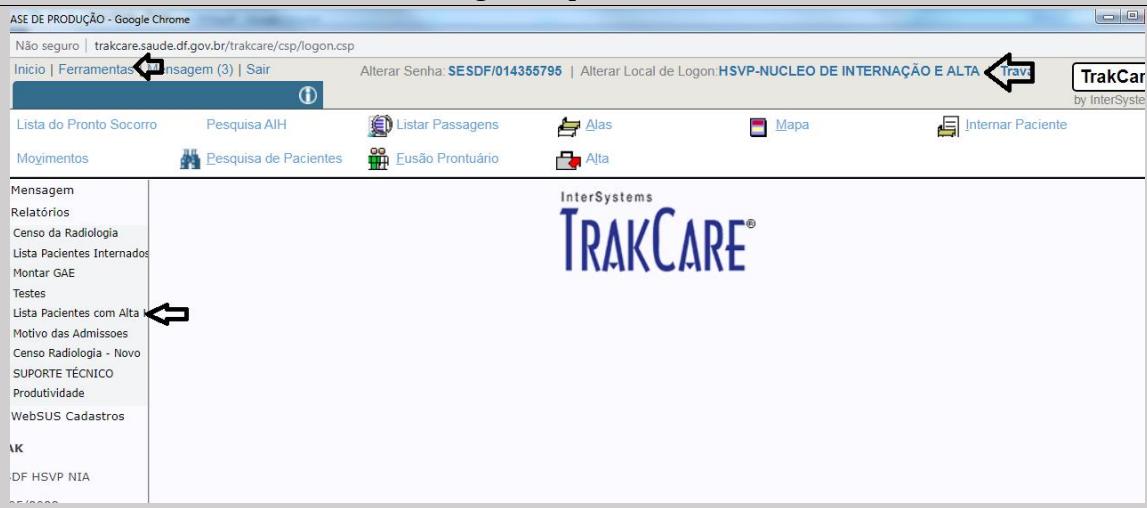
INDICADOR Percentual de reinternações em até 60 dias pós-alta hospitalar

PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR

- 1** Coleta de altas diárias, através de relatório gerado no TrakCare(passo a passo nas imagens abaixo)
- 2** Pesquisa em prontuário eletrônico de cada paciente que saiu de alta, para seleção dos que são reinternação e dos que internaram de 1ª vez no HSVP.
- 3** Selecionar as reinternações com intervalo de até 60 dias da última internação neste HSVP
- 4** Calcular o percentual de reinternações com intervalo de até 60 dias da última internação neste HSVP.
- 5** Compilação das informações em planilha confeccionada pelo SAPI
- 6** Envio de informações via SEI para o NPMA/DG/HSVp
- 7** Selecionar os pacientes que reinternaram com menos de 60 dias que saíram de alta deste HSVp e enviar para o CAPS de referência com as devidas informações.

OBSERVAÇÕES

1-Coleta de altas diárias através de relatorio gerado pelo trackCare



The screenshot shows the TrakCare system interface. At the top, there is a navigation bar with links like 'Início', 'Ferramentas', 'Mensagem (3)', 'Sair', 'Alterar Senha: SESDF/014355795', 'Alterar Local de Logon: HSVP-NUCLEO DE INTERNAÇÃO E ALTA', and the 'TrakCare by InterSystems' logo. Below the navigation bar, there are several buttons: 'Lista do Pronto Socorro', 'Pesquisa AIH', 'Listar Passagens', 'Alas', 'Mapa', 'Internar Paciente', 'Movimentos', 'Pesquisa de Pacientes', 'Eusão Prontuário', and 'Alta'. On the left, a sidebar lists various menu items: Mensagem, Relatórios, Censo da Radiologia, Lista Pacientes Internados, Montar GAE, Testes, Lista Pacientes com Alta (which is highlighted), Motivo das Admssões, Censo Radiologia - Novo, SUPORTE TÉCNICO, Produtividade, WebSUS Cadastros, and DF HSVP NIA. At the bottom, there is a footer with the GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE logo, followed by the title 'Lista de Pacientes com Alta Hospitalar', the location 'HSVp-Hospital S. Vicente de Paulo', the period 'Periodo: 22/05/2022 até 5/27/2022', and a table header with columns: Admissão, Data, Hora, SES, Nome, Ala, Quarto/Leito, Dta da Alta, Hora da Alta, CPF, and CID.

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

Pesquisa de Pacientes

Nome:

Data de Nascimento:

Número SES:

Sexo:

Nº Prontuário Físico:

Cartão Saúde do Cidadão / CNS:

CPF:

Número da Passagem:

Inclui combinação exata:

Pesquisa Fonética:

Pacientes que NÃO tiveram ALTA:

Pesquisa

3-Selecionar as reinternações com intervalo de ate 60 dias da ultima internação neste HSVP.

Pesquisa de Pacientes

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

Lista de Passagens do Paciente

Cadastro	Passagem	Tipo	Data	Hora	Status	Local	Profissional
	I3010589	Interno	17/05/2022	22:40	Fechada	HSVP INT PS Feminino	
	EM-26629509	Emergência	17/05/2022	20:20	Fechada	HSVP - PRONTO SOCORRO	
	EM-26092069	Emergência	07/12/2021	09:59	Fechada	HSVP - PRONTO SOCORRO	
	EM-26024028	Emergência	16/11/2021	16:42	Fechada	HSVP - PRONTO SOCORRO	
	EM-25610751	Emergência	21/07/2021	07:10	Fechada	HRG PS Ortopedia	
	EM-15831028	Emergência	02/10/2015	08:12	Fechada	HRC PS Ortopedia	
	EM-15270993	Emergência	01/07/2015	08:50	Fechada	HRC PS Ortopedia	
	E13178777	Externo	09/05/2014	09:40	Atual	UBS 10 CEILANDIA - Aux. Enfermagem	

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

4,5,6,7 - DADOS PARA O AGR – 2022

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

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

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

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

CAPS III de Taguatinga - 4 Paciente

CAPS II Riacho

Fundo

(CAPS/ISM) - 1

PacienteCAPS I

de Brazlândia -

1 Paciente

CAPS Geral de Planaltina - 1 Paciente

Indicador 14: Número de Pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 14 HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Número de Pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias.
Conceituação	Identificar, acompanhar e quantificar o número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização.
Usos	Mapear o número de pacientes que permanecem internados por mais de 30 dias após a alta médica. Fomentar a elaboração de estratégias de atuação conjunta, com vistas a redução do tempo de permanência dos pacientes em condições de alta hospitalar no HSVP.
Limitações	Fragilidade no monitoramento mensal das altas médicas registradas no Trackcare. Dificuldades na liberação dos pacientes que já estão em condições de alta médica (vagas nas instituições de acolhimento), com vistas a redução do tempo de permanência nos leitos do HSVP.
Fonte	Trackcare
Metodologia de Cálculo	Trata-se do número total de pacientes que permaneceram internados no HSVP devido a questões sociais, por mais de 30 dias após a alta no mês de apuração.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Não se aplica.
Polaridade	Menor melhor.
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Origem do Paciente por Região/Superintendência de Saúde/ RIDE / Por Estado.
Responsável Técnico	SES/SAIS/ GESS e SES/DISSAM
Coordenador da Pactuação	HSVp
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO

Acordo de Gestão Regional – AGR

TEMA	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO HSVP
INDICADOR: 8	Número de pacientes com alta médica que permanecem internados no HSVP por questão social por mais de 30 dias.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Triagem diária dos prontuários pelo Trackcare, com vistas a coleta do número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização;(passo a passo imagens abaixo)
2	Soma mensal do número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização;
3	Inserção mensal dos dados em planilha específica para controle do NSS;
4	Envio mensal da planilha ao NPMA, via SEI, contendo o número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias.

OBSERVAÇÕES

Procedimentos para coletar os dados do indicador:

- 1) Triagem diária dos prontuários pelo Trackcare, com vistas a coleta do número de pacientes que estão de alta médica e permanecem internados no HSVP, em função de pendências sociais, por mais de 30 dias, com vistas à desospitalização:

Mapa	Lista	Descrição da Ala	Vagos	Ocupados	Indisponíveis	Solicitados	Pre-Admissões	Total Pac. Ala	Hoje	Amanhã
Mapa	Lista	HSVp INT Feminina	0	21	0	0	0	21	0	0
Mapa	Lista	HSVp INT Masculina	5	16	0	0	0	16	0	0
Mapa	Lista	HSVp INT PS Feminino	1	12	8	0	0	13	0	0
Mapa	Lista	HSVp INT PS Masculino	3	9	8	0	0	9	0	0
Mapa	Lista	HSVp - PRONTO SOCORRO	1	1	0	0	0	5	0	0
Mapa	Lista	HSVp - UPE - Unidade de Procedimentos Especiais	5	0	0	0	0	0	0	0

Alas

Ajuda Mapa PEP Pesquisa Paciente Lista Serviço Social Pedidos Executa Itens

HSPV INT Feminina Locais vinculados: HSPV INT Masculina HSPV INT PS Feminino

Pacientes em Leitos:21 Pacientes Não estão em Leitos:0 Pacientes no Departamento:21

Espera HSPV Feminino/Masculino

ENFERMARIA 01-01 F, 28 Anos F29 Psicose não-organica não especificada, HSPV INT PS Feminino

ENFERMARIA 01-02 F, 32 Anos F44.8 Outros transtornos dissociativos [de conversa, HSPV - PRONTO SOCORRO,

ENFERMARIA 01-03 F, 32 Anos F29 Psicose não-organica não especificada, HSPV INT PS Feminino

ENFERMARIA 01-04 F, 23 Anos (PARECER UPA SOBRADINHO) Hospital Regional de Sobradinho, F19.5 Transtornos HSPV - PRONTO SOCORRO, Thiago Neves Rocha

ENFERMARIA 01-05 UPA samambaiá - recer, F79.1 Retardo mental na HSPV INT PS Feminino DATA:MÉDICA

ENFERMARIA 01-06 00000000 CRIST F29 Psicose não-organica não especificada, HSPV INT PS Feminino DATA:MÉDICA

ENFERMARIA 01-07 F, 56 Anos F31.3 Transtorno efetivo bipolar, episodio atual depr HSPV INT PS Feminino

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

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



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

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

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

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

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
sei.

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

Para saber+ Menu Pesquisa SES/HSP/DAS/NS ▾ ☰ 🔍

The screenshot shows the GOV-SEI platform interface. On the left, there's a sidebar with navigation links like 'Controle de Processos', 'Iniciar Processo', 'Retorno Programado', etc. The main area displays a list of documents with icons and file names. One document is highlighted with a large black arrow pointing to it. To the right, a larger window shows a specific document titled 'Matriz de Metas - 2021 - NSS - HSP'. This window includes a toolbar at the top, a preview area with a magnifying glass icon, and a table below with columns for MÊS, Nº, TEMA, INDICADOR, FÓRMULA DE CÁLCULO, and FONTE DE APURAÇÃO/SISTEMA. The table data is as follows:

MÊS	Nº	TEMA	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE DE APURAÇÃO/SISTEMA
JANEIRO	01	Zerando I especificada	13 pacientes	13 pacientes	Trat& Atv
FEVEREIRO	02	Zerando I especificada	12 pacientes	12 pacientes	Trat& Atv
MARÇO	03	Zerando I especificada	09 pacientes	09 pacientes	Trat& Atv
ABRIL	04	Zerando I especificada	09 pacientes	09 pacientes	Trat& Atv
MAYO	05	Zerando I especificada	09 pacientes	09 pacientes	Trat& Atv
JUNHO	06	Zerando I especificada	07 pacientes	07 pacientes	Trat& Atv
JULHO	07	Zerando I especificada	08 pacientes	08 pacientes	Trat& Atv
AGOSTO	08	Zerando I especificada	08 pacientes	08 pacientes	Trat& Atv
SETEMBRO	09	Zerando I especificada	08 pacientes	08 pacientes	Trat& Atv
OCTUBRO	10	Zerando I especificada	09 pacientes	09 pacientes	Trat& Atv
NOVEMBRO	11	Zerando I especificada	09 pacientes	09 pacientes	Trat& Atv
DEZEMBRO	12	Zerando I especificada	09 pacientes	09 pacientes	Trat& Atv

NOTA: O indicador é calculado com base em pacientes que apresentaram resultado positivo para o exame de rotina e que permanecem internados no período de observação. O resultado é considerado negativo quando o paciente não apresenta sintomas ou manifestações clínicas de infecção.

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

Indicador 15: Percentual de procedência dos pacientes atendidos no PS do HSVP.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 15 HSVP
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de procedência dos pacientes atendidos no PS do HSVP.
Conceituação	Total de pacientes atendidos no PS do HSVP, informados por Região de Saúde da SES/DF e da RIDE mensalmente.
Usos	Analisar a quantidade de pacientes oriundos de outras RAS e RIDE que utilizam os serviços de assistência à saúde no PS do HSVP. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e processos assistenciais, promovendo uma assistência mais segura e consequentemente de maior qualidade para o usuário da SES/DF.
Limitações	Capacidade de atendimento de todos os usuários que buscam esse serviço.
Fonte	TrakCare
Metodologia de Cálculo	Trata-se da razão entre o numerador: nº de Pacientes oriundos das Regiões de Saúde do DF e da Ride atendidos no PS do HSVP no mês, o denominador: Nº total de Pacientes atendidos no PS do HSVP naquele mês. O número de pacientes de cada RAS e RIDE dividido pelo número de pacientes atendidos no PS multiplicado por 100 para que se tenha o percentual.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Dado em monitoramento
Polaridade	Maior melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/DISAM
Coordenador da Pactuação	HSVP
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO

Acordo de Gestão Regional – AGR

TEMA	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO HSVP
INDICADOR:	Percentual de procedência dos pacientes atendidos no PS do HSVP.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Relatório gerado pelo sistema TrackCare(passo a passo conforme imagens abaixo)
2	Compilação dos Dados apresentados
3	Correção de Divergências
4	Envio em processo SEI

OBSERVAÇÕES

Coleta de dados com perfil de estatística no sistema trackcare; em ferramentas; relatórios; procedência do paciente.

Grupo de Segurança	Perfil de Acesso	Local
SESDF AMB ENF PADRAO	SESDF AMB ENF PADRAO	HSV - PRO
SESDF AMB MEDICO PADRAO	SESDF AMB MEDICO PADRAO	HSV-AMBI
SESDF CADASTRO PROFISSIONAIS	SESDF CADASTRO PROFISSIONAIS	HSV-DAS
SESDF Escala	SESDF Escala	HSV-AMBI
SESDF HSV AGENDAMENTO	SESDF HSV AGENDAMENTO	HSV-AMBI
SESDF HSV ESTATISTICA	SESDF HSV ESTATISTICA	HSV-AMBI
SESDF HSV MEDICO	SESDF HSV MEDICO	HSV-AMBI
SESDF HSV NIA	SESDF HSV NIA	HSV-NUCI
SESDF HSV PSICOLOGIA	SESDF HSV PSICOLOGIA	HSV-AMBI
SESDF HSV RECEPCAO EMERGENCIA	SESDF HSV RECEPCAO EMERGENCIA	HSV - PRO
SESDF HSV SERVICO SOCIAL	SESDF HSV SERVICO SOCIAL	HSV-NUCI
SESDF HSV TERAPIA OCUPACIONAL	SESDF HSV TERAPIA OCUPACIONAL	HSV-AMBI
SESDF MARCACAO PADRAO	SESDF MARCACAO PADRAO	HSV-AMBI
SESDF NIA PADRAO	SESDF NIA	HSV-DAS
SESDF WEBSUS AIH	SESDF WEBSUS AIH	HSV - NPF
SESDF WEBSUS AIH GESTOR	SESDF WEBSUS AIH GESTOR	HSV - NPF

BASE DE PRODUÇÃO - Google Chrome

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

Início | Ferramentas | Passagens (3) | Sair

Alterar Senha: SESDF/014355795 | Alterar Local de Logon: HSVP-AMBULATÓRIO

Procedência do Paciente

PEP Pesquisa Paciente Listar Passagens

- ↳ Mensagem
- ↳ Relatórios 
- Controle Diário Atenção
- Agendamento por Região
- Estatística de Ocupação
- Atend Emergência e Consulta
- Pacientes Internados
- Pacientes Atendidos
- Pacientes Atendidos
- Estatística de Resultados
- Produção Total
- DIVEP
- Registro de Procedimentos
- Tempo Médio de Atenção
- Total de Admissões e Alta
- Relatório de Altas
- Atendimento nas Erradas
- Censo de Filmes Utilizados
- Censo da Radiologia
- Pacientes Agendados
- Estatística mensal de alta
- Pacientes com Alta F

Procedência do Paciente

Hospital: HSVP-Hospital S. Vicente de Paulo

Local: Todos

Data De: 22/05/2022

Data Até: 27/05/2022

Detalhado (Apresentação com nome do Paciente e SES)

Definição deste Relatório: Este relatório indica a quantidade de pacientes admitidos por local conforme seus municípios de origem (vide tela de cadastro do Paciente). Caso a opção "Detalhado" esteja selecionada serão exibidos o nome do Paciente e seu número SES.

Visualizar

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

De 22/05/2022 Até 27/05/2022

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE

HSVP - PRONTO SOCORRO		166
DISTRITO FEDERAL		151
BRASÍLIA		7
BRAZLÂNDIA		6
CEILÂNDIA		35
GAMA		6
GUARÁ		4
LAGO NORTE		1
NÚCLEO BANDEIRANTES		1
PARANOÁ		1
PLANALTINA		4
RECANTO DAS EMAS		9

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

PROCEDENCIAS definitiva - Excel

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

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

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

Indicadores Específicos AGR - CRDF

Indicador: 05 – Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 5 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF
Conceituação	Leito regulado: leito ocupado autorizado pelo Complexo Regulador em Saúde da Central de Regulação. Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados. Excetuam-se destes, os leitos gerais de internação hospitalar.
Usos	Transparéncia da oferta do leito, menor tempo de espera.
Limitações	Não permite contabilizar leitos gerais de internação hospitalar
Fonte	Trakcare e site do Info Saúde
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de leitos de UTI da rede própria e contratada disponíveis por Hospital da SES/DF Denominador: número de leitos de UTI existentes na rede SES. Multiplicador:100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	100%
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Distrital/CNES
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DF - CRDF
INDICADOR	Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Para obter os dados referentes ao total dos leitos de UTI regulados, entrar no site https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiN2JmYzNhZjMtY2RjMi00MmJjLTkyMzEtMzBhODYwNDc3Yzdjliwi dCI6IjE2MTMyNTk2LWExMzgtNGM4NS1hYTViLTY0ZDk5YTJIY2U4NyJ9;
2	Clicar na Aba Panorama “Regulado”;
3	Anotar a quantidade “Total” dos leitos;
OBSERVAÇÕES	

Indicador 06: Percentual de procedimentos autorizadas pelo CRDF, que foram ofertados

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 6 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF, que foram ofertados
Conceituação	Número de procedimentos ambulatoriais autorizados baseado em protocolos clínicos previamente regulamentados pelas especialidades e institucionalizados na SES/DF. Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF pelo SISREG III na rede própria, conveniada e contratadas da SES/DF. Esses protocolos são instrumentos de ordenamento dos fluxos de encaminhamentos, sendo facilitadores para o manejo clínico em todos os níveis de atenção. Os procedimentos ambulatoriais aqui compreendem consultas especializadas e exames diagnósticos. O Panorama 1 abrange a regulação regional. O território possui aptidão para gerenciar sua própria distribuição da oferta e a alocação da demanda dos pacientes conforme sua capacidade instalada, além de serem responsáveis pela qualificação das solicitações (consultas/procedimentos/internações), de acordo com os fluxos e protocolos vigentes. O Panorama 2 abrange a regulação pactuada/inter-regional. A região ofertante do recurso deverá ter aptidão para gerenciar, além de sua demanda, também a demanda de outro território/região, mediante pactuação prévia. O Panorama 3 é regulação centralmente pelo CRDF. Refere-se a recursos que não estão presentes na maioria dos territórios, sendo estes escassos e estratégicos, estando concentrados em unidades executantes próprias, contratadas e/ou conveniadas específicas que servem a toda a rede.
Usos	Possibilita o acompanhamento do fluxo de encaminhamento aos serviços ambulatoriais qualificados da SES/DF.
Limitações	Há protocolos implantados sem acompanhamento da comissão de protocolos da SES/DF, pois houve a articulação direta com as coordenações de especialidades. Alteração na capacidade instalada dos ambulatórios das regiões sem que seja comunicado a SAIS/CATES e SAIS/COASIS
Fonte	Protocolos entregues pelas coordenações de especialidades acompanhados pela Comissão de Protocolos da SES/DF para a CERA e SISREG III
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de serviços ambulatoriais autorizados; Denominador: Número de serviços ambulatoriais ofertados referentes a vagas de 1º vez. Multiplicador= 100.
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Porcentagem (%)
Parâmetro	24 protocolos clínicos padronizados e regulados.
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Distrital/Regiões de Saúde
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERA
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DF - CRDF
INDICADOR	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF, que foram ofertados
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o SISREG III (https://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index) com login e senha pessoal (usar operfil ADMINISTRADOR);
2	Para extração do Numerador: clicar na Aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO>AMBULATORIAL>PROCEDIMENTO/UNIDADE EXECUTANTE;
3	Selecionar a especialidade/procedimento/exame;
4	Colocar o período desejado e clicar em Ok (o SISREG aceita no máximo 31 dias);
5	Anotar a quantidade “Marcado” (terceira coluna);
6	Fazer o procedimento acima para cada especialidade/procedimento/exame regulados pela CERA;
7	Para extração do Denominador: clicar na Aba “CONSULTA AMB”;
8	Selecionar a opção “OFERTA DE VAGAS”;
9	Selecionar especialidade/procedimento/exame;
10	Selecionar a Unidade Executante (TODAS);
11	Selecionar a competência: mês e ano;
12	Clicar em "PESQUISAR";
13	Anotar o número de vagas ofertadas (Considerar o número de vagas abertas em "RESERVA").
OBSERVAÇÕES	

Indicador 07: Percentual de cirurgias eletivas realizadas que foram autorizadas pelo CRDF

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 7 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de cirurgias eletivas faturadas que foram autorizadas pelo CRDF
Conceituação	Número de cirurgias eletivas executadas e faturadas que tiveram seu fluxo regulatório seguido adequadamente. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF), autoriza execução baseado na ordenação de filas obedecendo critérios pré-estabelecidos pelas notas técnicas das especialidades cirúrgicas, proporcionando acessibilidade do paciente e transparência à fila de espera do procedimento cirúrgico na rede própria, contratada e conveniada da SES/DF. Cirurgia eletiva é o procedimento cirúrgico terapêutico, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência.
Usos	Fortalecer e ampliar o acesso oportuno, referenciado, integral e equânime, por meio da regulação assistencial, com base nas necessidades do usuário. Transparência da oferta de vagas cirúrgicas reguladas, maior otimização dos recursos da rede e menor tempo de espera para o paciente.
Limitações	O cancelamento de cirurgias eletivas devido à necessidade de uso do centro cirúrgico para cirurgias de urgência, falta de insumos e materiais, bem como falta de RH para realização do procedimento.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação – SISREGIII e relatórios mensais de produtividade enviados pelas unidades executantes.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de cirurgias eletivas reguladas que foram autorizadas pelo CRDF na rede própria, contratada e conveniada da SES/DF. Denominador: Número total de cirurgias eletivas realizadas pela SES/DF. Multiplicador = 100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Distrital/Região de saúde.
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERCE
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DF - CRDF
INDICADOR	Percentual de cirurgias eletivas realizadas que foram autorizadas pelo CRDF
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o SISREG III (https://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index) com login e senha pessoal (usar o perfil ADMINISTRADOR);
2	Para extração do Numerador: clicar na Aba RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO>AMBULATORIAL>PROCEDIMENTO/UNIDADE EXECUTANTE;
3	Selecionar o grupo da especialidade (GRUPO - CE ...)
4	Colocar o período desejado e clicar em Ok (o SISREG aceita no máximo 31 dias);
5	Anotar a quantidade “Marcado” (terceira coluna);
6	Fazer o procedimento acima para cada especialidade/grupo regulados pela CERCE;
7	Para extração Denominador:
8	Preencher no google drive da Central a planilha de produtividade anual das especialidades com os dados recebidos das unidades executantes mensalmente. (Realizado pelas controladoras).
9	Acessar planilha de produtividade anual das especialidades no google drive da Central (https://docs.google.com/spreadsheets/d/18fSoJjkU1RQnmiDq4wz6DDTL4PEE1KIS/edit?rtpof=true#gid=104788571).
10	Anotar número de "Executados" do mês a ser avaliado
OBSERVAÇÕES	

Indicador 08: Número médio de diárias de alta de UTI por paciente regulado

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 8 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Número médio de diárias de alta de UTI por paciente regulado
Conceituação	Diárias de alta: Número de dias que o paciente aguarda no leito de UTI após a sinalização da alta pela equipe assistente, até que se efetue a sua retirada para um leito geral.
Usos	Transparência da oferta do leito, menor tempo de espera.
Limitações	O porte dos hospitais influencia tanto na quantidade de pacientes, quanto no número de diárias.
Fonte	Trackcare e planilhas confeccionadas pela CERIH/DIRAAH/CRDF/SES.
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de diárias de alta de UTI reguladas da rede própria e contratada; Denominador: número total de pacientes regulados que receberam alta de UTI da rede própria e contratada
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Média
Parâmetro	15 dias
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Distrital
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DF - CRDF
INDICADOR	Número médio de diárias de alta de UTI por paciente regulado
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Para obter os dados referentes ao total de diárias de alta dos pacientes, acessar a “PLANILHA ALTAS” no drive do e-mail da Regulação de Leitos Gerais (crdf.leitosgerais@gmail.com);;
2	Clicar o filtro “Alta finalizada” da coluna “A”;
3	Selecionar os pacientes referentes ao mês em que se pretende obter o indicador;
4	Subtrair a “DATA DA ALTA” da “DATA DE DESOCUPAÇÃO DO LEITO” de cada paciente e anotar;
5	Somar todos os resultados do item 4 e anotar;
6	Somar o número de pacientes que obtiveram alta neste período e anotar;
7	Dividir o valor do item 5 pelo item 6.
OBSERVAÇÕES	

Indicador 9: Tempo Médio de Espera para primeira regulação

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 9 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo Médio de Espera para Primeira Regulação
Conceituação	Somatória dos Tempos Decorridos de Espera pela Regulação Médica de todas as Ocorrências classificadas em Ordem 1 (Primeira Regulação), dividido por todas as ocorrências de Ordem 1 registradas dentro do mesmo mês e que não foram classificadas como Testes.
Usos	A análise da Média do Tempo decorrido de espera pela primeira regulação pode refletir na revisão do dimensionamento da mesa reguladora bem como na rediscussão da distribuição de intervalos de descompressão.
Limitações	Isoladamente não permite isolar vieses como: 1. Ocorrências com múltiplas solicitações que uma vez identificadas pelo grupo, acabam permanecendo em tela caso já tenha sido atendida e regulada; 2. Erros no Sistema que uma vez não filtrados no Banco de Dados podem representar números de ocorrência que permanecem em tela registrando um tempo de espera pela primeira regulação muito elevado; 3. As “contrarregulações” concorrem com os “primeiros atendimentos”, uma vez que, são as ligações feitas pelas equipes assistentes uma vez que chegam no local da ocorrência, portanto, representam uma prioridade para o médico regulador, se assemelhando à prioridade de pacientes com ocorrências sinalizadas como graves.
Fonte	Sistema de Regulação do SAMU 192 DF: Sistema SAU (Atualizado em 29/12/2020).
Metodologia de Cálculo	Numerador: Somatória da Duração de Todos os Tempos de Espera das Ocorrências em Primeira Regulação (Ordem 1); Denominador: Quantidade total de Ocorrências em Primeira Regulação (Ordem 1) encaminhadas para a Regulação que não sejam classificadas como Testes do Sistema.
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Semestral
Unidade de Medida	Tempo Decorrido em Minutos e Segundos (mm:ss min)
Parâmetro	60 segundos
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Distrital/Regiões de saúde/CNES.
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP Indicador 05: (Em elaboração pela área técnica. Será encaminhado posteriormente)

Indicador 10: Percentual de remoções eletivas reguladas

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 10 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de remoções eletivas reguladas.
Conceituação	Número de remoções realizadas após processo de regulação sobre o número total de solicitações reguladas.
Usos	O controle do processo de remoção de pacientes, materiais, medicamentos e materiais biológicos busca o atendimento a necessidades dos pacientes, reduzindo a demanda reprimida e consequente redução de custos.
Limitações	A ausência de um sistema operacional, bem como recursos humanos para alimentá-lo.
Fonte	Sistema de Regulação de Transporte Sanitário (em implantação) e relatório de remoções conjunta CERTS/CBM-DF (Quando em atividade).
Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº remoções executadas Denominador: Nº total de remoções reguladas
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	N/A
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Distrital
Responsável Técnico	SES/CRDF/DIRAAH/CERTS
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DF - CRDF
INDICADOR	Percentual de remoções eletivas reguladas.
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o SRTS com login e senha pessoal;
2	Clicar em Relatórios;
3	Selecionar tipo de solicitação;
4	Selecionar as datas do período desejado;
5	Selecionar a situação da transferência;
6	Selecionar o estabelecimento solicitante;
7	Selecionar o estabelecimento de destino;
8	Clicar em gerar relatório;
9	Abrir o arquivo Excel gerado;
10	Com os dados da planilha, os dados podem ser tratados em tabela dinâmica e filtros, contabilizando as respostas às solicitações realizadas entre as atendidas e não atendidas;
11	Registrar no processo SEI a quantidade de registros descrita no relatório.
OBSERVAÇÕES	
1. OBJETIVO: Realizar o controle do processo de remoção de pacientes, materiais, medicamentos e materiais biológicos buscando o atendimento a necessidades dos pacientes, reduzindo a demanda reprimida e consequente redução de custos.	
2. APLICAÇÃO: Aplicável a Central de Regulação de Transporte Sanitário, sendo de responsabilidade da chefia da unidade ou de servidor designado pela chefia para a extração dos dados.	
3. Os dados deverão ser extraídos mensalmente e enviados em data estabelecida para NPMA/CRDF.	

Indicador 11: Número absoluto de doadores de tecidos oculares

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	INDICADOR Nº 11 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Número absoluto de doadores de tecidos oculares
Conceituação	Doador efetivo de tecidos: indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde – Portaria de Consolidação Nº4/2017)
Usos	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações direcionadas à viabilização das doações de tecidos oculares. Auxiliar na localização de ineficiências e indicar a direção de intervenções para aumento nos índices de doações.
Limitações	Não identifica os potenciais doadores perdidos devido subnotificações ou causas de não efetivação.
Fonte	Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes (SIG/SNT) Planilha Excel, Sala de Situação GDF
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de doadores efetivos (indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante).
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Obter um mínimo de 30 doadores efetivos/mês
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Distrital, CNES, Região de Saúde, Unidade de saúde
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO

Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DF - CRDF
INDICADOR	Número absoluto de doadores de tecidos oculares
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o Sistema Nacional de Transplantes com login e senha pessoal;
2	Clicar em Relatórios;
3	Selecionar Listagem de Doadores;
4	Selecionar OPC Captação na lista de opções no campo “OPO/OPC”;
5	Selecionar OPC Distrito Federal na lista de opções no campo “Organização”;
6	Inserir as datas do período desejado;
7	Selecionar a opção doador nas opções do campo “Data de”;
8	Clicar em visualizar;
9	Aguardar abertura de nova janela no navegador de internet com o relatório emitido pelo Sistema;
10	Registrar no processo SEI a quantidade de registros descrita no relatório.
OBSERVAÇÕES	
<p>1. OBJETIVO: Extrair os dados de doadores de tecidos oculares de forma sistematizada a partir do Sistema Nacional de Transplantes (SIG-SNT). Utilizado para monitoramento da meta contratualizada no Acordo de Gestão Regional (AGR) celebrado entre a Administração Central da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (ADMC) e a Central Estadual de Transplantes (CET).</p> <p>2. APLICAÇÃO: Aplicável ao Banco de Órgãos e Tecidos (BOT/CET), sendo de responsabilidade da chefia da unidade ou de servidor designado pela chefia para a extração dos dados.</p> <p>3. NECESSÁRIOS (sistemas, materiais e documentos anexos):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Acesso ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT); b) Acesso ao SEI GDF; c) Processo SEI para prestação das informações solicitadas pelo Núcleo de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (NPMA/CRDF). <p>4. PERIODICIDADE: Os dados deverão ser extraídos mensalmente e enviados em data estabelecida pelo NPMA/CRDF.</p> <p>5. REFERÊNCIAS</p> <p>Portaria do Ministério da Saúde – Portaria de Consolidação Nº4/2017.</p>	

Indicador 12: Número absoluto de doadores de órgão sólido

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 12 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Número absoluto de doadores de órgão sólido.
Conceituação	Doador efetivo de órgãos: indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde – Portaria de Consolidação Nº4/2017)
Usos	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações direcionadas à promoção e viabilização dos potenciais doadores de múltiplos órgãos (MO). Auxiliar na localização de ineficiências e indicar a direção de intervenções para aumento nos índices de doações.
Limitações	Não identifica os potenciais doadores perdidos (subnotificação e seus motivos) e causas de não efetivação da doação.
Fonte	Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes (SIG/SNT) Planilha Excel, Sala de Situação GDF
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de doadores efetivos (indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada)
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Número absoluto
Parâmetro	Obter um mínimo de 6 doadores efetivos/mês
Polaridade	Maior, melhor
Acumulativo Anual	
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Distrital, CNES, Região de Saúde
Responsável Técnico	SES/CRDF/CET
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DO DADO	
Acordo de Gestão Regional – AGR	
TEMA	COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DF - CRDF
INDICADOR	Número absoluto de doadores de órgão sólido
PASSO A PASSO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DO INDICADOR	
1	Acessar o Sistema Nacional de Transplantes com login e senha pessoal;
2	Clicar em Relatórios;
3	Selecionar Listagem de Doadores;
4	Selecionar OPO Dadores viáveis na lista de opções no campo “OPO/OPC”;
5	Selecionar OPO Distrito Federal na lista de opções no campo “Organização”;
6	Inserir as datas do período desejado;
7	Selecionar a opção doador nas opções do campo “Data de”;
8	Clicar em visualizar;
9	Aguardar abertura de nova janela no navegador de internet com o relatório emitido pelo Sistema;
10	Registrar no processo SEI a quantidade de registros descrita no relatório.
OBSERVAÇÕES	
<p>1. OBJETIVO: Extrair os dados de doadores de órgãos sólidos de forma sistematizada a partir do Sistema Nacional de Transplantes (SIG-SNT). Utilizado para monitoramento da meta contratualizada no Acordo de Gestão Regional (AGR) celebrado entre a Administração Central da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (ADMC) e a Central Estadual de Transplantes (CET).</p> <p>2. APLICAÇÃO: Aplicável ao Núcleo de Organização de Procura de Órgãos (NOPO/CET), sendo de responsabilidade da chefia da unidade ou de servidor designado pela chefia para a extração dos dados.</p> <p>3. RECURSOS NECESSÁRIOS (sistemas, materiais e documentos anexos):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Acesso ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT); b) Acesso ao SEI GDF; c) Processo SEI para prestação das informações solicitadas pelo Núcleo de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (NPMA/CRDF). <p>4. PERIODICIDADE: Os dados deverão ser extraídos mensalmente e enviados em data estabelecida pelo NPMA/CRDF.</p> <p>5. REFERÊNCIAS: Portaria do Ministério da Saúde – Portaria de Consolidação Nº4/2017.</p>	

Indicador 13: Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 13 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares
Conceituação	Número de ligações onde o regulador identifica a necessidade de encaminhar recurso para atendimento e não há meios de transporte disponível no momento.
Usos	Permite analisar a demanda reprimida e monitorar a capacidade resolutiva do serviço em atender todas as solicitações que chegam à Central de Regulação de Urgências/CERU permitindo traçar estratégias de melhor cobertura do serviço bem como racionalidade na distribuição do recurso enviado.
Limitações	Em relação à assistência o indicador é limitado quando não há recursos disponíveis, por diversos motivos, como retenção de macas, absenteísmo de servidores ou impossibilidade de composição de equipes pela falta de RH contratado.
Fonte	Sistema Atendimento de Urgências (SAU) /SAMU/DF
Metodologia de Cálculo	Números de ocorrências reguladas classificadas como necessárias e sem meio de transporte / Número total de ocorrências classificadas como intervenção necessária x100
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	5%
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Sim
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Distrital/Regiões de saúde/CNES
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP: Indicador 10 (Em elaboração pela área técnica. Será encaminhado posteriormente)

Indicador 14: Tempo resposta de chamado ao SAMU DF

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 14 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Tempo resposta de chamado ao SAMU DF
Conceituação	Tempo decorrido entre o contato do solicitante com a Central de Regulação de Urgência do SAMU, por meio do número 192, e a chegada da equipe de intervenção no local.
Usos	Possibilita a avaliação do atendimento pelo SAMU em tempo oportuno conforme a necessidade do usuário, constituindo-se em ferramenta para a organização do serviço, podendo subsidiar o planejamento das ações.
Limitações	Em relação ao impacto na prestação do serviço, o tempo resposta é limitado pela indisponibilidade e falta de recursos, causados, entre outras coisas, pela retenção de macas. Em relação ao impacto na avaliação do serviço o indicador limita a análise em relação a eficiência da assistência, podendo levar a entendimentos enviesados quando observado individualmente.
Fonte	Sistema Atendimento de Urgências (SAU) /SAMU- DF
Metodologia de Cálculo	Numerador: Σ (hora de chegada da equipe – hora de recepção de chamada) Denominador: número de atendimentos por USB + USA
Periodicidade de Monitoramento	Mensal
Periodicidade de Avaliação	Bimestral
Unidade de Medida	Minutos e segundos
Parâmetro	28 min
Polaridade	Menor, melhor
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Distrital/Regiões de saúde/CNES
Responsável Técnico	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP Indicador 11: (Em elaboração pela área técnica. Será encaminhado posteriormente)

Indicador 15: Percentual de recursos captados pela unidade em relação aos incentivos de custeio estabelecidos em lei

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES	
Código SESPLAN	Indicador nº 15 CRDF
Pactuações	AGR
Indicador	Percentual de recursos captados pela unidade em relação aos incentivos de custeio estabelecidos em lei.
Conceituação	Avalia a eficiência do órgão em relação a captação de recursos de incentivos destinados para as políticas públicas executadas pela unidade.
Usos	Melhoria na captação e manutenção dos recursos destinados para as políticas públicas de incentivo propostas pelo Ministério da Saúde e outras entidades.
Limitações	Recursos para a implantação dos requisitos que envolva o credenciamento, habilitação e qualificação dos serviços.
Fonte	Legislação referente as políticas públicas desenvolvidas pela unidade; https://consultafns.saude.gov.br/#/repasse-dia
Metodologia de Cálculo	Numerador: Valor do incentivo definido na respectiva legislação Denominador: Multiplicador:100
Periodicidade de Monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de Avaliação	Anual
Unidade de Medida	Percentual (%)
Parâmetro	100%
Polaridade	Integralidade da meta
Acumulativo Anual	Não
Acumulativo para Pactuação	
Estratificação	Distrital
Responsável Técnico	DICS/SUPLANS/SES
Coordenador da Pactuação	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – (CRDF)
Descrição da Meta	Vide matriz de metas

POP Indicador 13: (Em elaboração pela área técnica. Será encaminhado posteriormente)

XXX

Revisão e Atualização do Caderno de Orientações AGR REGIÕES e URD's

2022/2023

Versão	Data	Processo	Alteração
1.0	Junho/2022	00060-00260523/2022-11	Primeira versão para análise dos agentes de planejamento