



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
Diretoria de Avaliação e Qualificação da Assistência  
Gerência de Avaliação Técnica-Assistencial dos Contratos de Gestão e de Resultados

Relatório SEI-GDF n.º 56/2023 - SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG

Brasília-DF, 31 de maio de 2023

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL — UPA CEILÂNDIA II**  
**1º Quadrimestre de 2023**

**DADOS DO CONTRATO**

<b>Nº DO CONTRATO DE GESTÃO:</b> 021011/2021 ( <a href="#">70531100</a> )	<b>Nº SIGGO:</b> 044868 ( <a href="#">72043415</a> )
<b>OBJETO CONTRATADO</b> ( <a href="#">04016-00065258/2021-76</a> ): Formação de parceria com vistas ao fomento, ao gerenciamento, à operacionalização e à execução das atividades de serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento de Ceilândia II.	
<b>UNIDADE DE SAÚDE:</b> Unidade de Pronto Atendimento de Ceilândia II, Porte I — Opção III, situada em QNO 21, AE D, CEP 71587-086, Ceilândia/DF.	
<b>PERÍODO DE VIGÊNCIA:</b> 20 anos	<b>INÍCIO:</b> 22/09/2021 <b>FIM:</b> 22/09/2041

**DADOS DO CONTRATADO**

<b>ENTIDADE:</b> INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (IGESDF)	
<b>CNPJ:</b> 28.481.233/0001-72	
<b>AUTORIZAÇÃO LEGAL:</b> Lei nº 5.899/2017, alterada pela Lei nº 6.270/2019.	
<b>REGULAMENTAÇÃO:</b> Decreto nº 39.674/2019.	
<b>HOMOLOGAÇÃO DO ESTATUTO:</b> Decreto Distrital nº 40.395/2020.	
<b>ENDEREÇO DA SEDE:</b> ST SMHS Área Especial – Quadra 101 – Asa Sul — Brasília	<b>TELEFONE:</b> (61) 3550-8900

**DADOS DE MONITORAMENTO**

<b>PERÍODO:</b> 1º de janeiro a 30 de abril de 2023.	
<b>PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2020-2023:</b> <a href="https://igesdf.org.br/plano-estrategico-2020-2023/">https://igesdf.org.br/plano-estrategico-2020-2023/</a> e Anexo IV do Contrato de Gestão.	
<b>PLANO DE TRABALHO:</b> <a href="#">66854599</a> e Anexo I do Contrato de Gestão.	
<b>PLANO DE AÇÃO:</b> <a href="#">69805200</a> e Anexo II do Contrato de Gestão.	
<b>PROCESSOS REGULARES DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONTRATADO:</b>	<b>Janeiro/2023:</b> <a href="#">04016-00015322/2023-30</a> ; <b>Fevereiro/2023:</b> <a href="#">04016-00025850/2023-05</a> ; <b>Março/2023:</b> <a href="#">04016-00038659/2023-15</a> ; <b>Abril/2023:</b> <a href="#">04016-00048988/2023-74</a> .

**FUNDAMENTAÇÃO DO RELATÓRIO**

O presente Relatório refere-se à avaliação do desempenho assistencial do Contratado, Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), no âmbito da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE CEILÂNDIA II**, no período de 1º de janeiro a 30 de abril de 2023, em consonância com as competências regimentais estabelecidas à Gerência [https://sei.df.gov.br/sei/controlador.php?acao=procedimento\\_trabalhar&acao\\_origem=rel\\_bloco\\_protocolo\\_listar&acao\\_retorno=rel\\_bloco\\_protoc...](https://sei.df.gov.br/sei/controlador.php?acao=procedimento_trabalhar&acao_origem=rel_bloco_protocolo_listar&acao_retorno=rel_bloco_protoc...) 1/22

de Avaliação Técnico-Assistencial de Contratos de Gestão e de Resultados por meio do Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018, tendo em vista o Contrato de Gestão SES/DF nº 0021011/2021 ([70531100](#)), celebrado entre o Instituto e o Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF.

Importante destacar que, além do Contrato de Gestão nº 045549/2021, ao IGESDF, entidade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 28.481.233/0001-72, aplicam-se as disposições da Lei Distrital nº 5.899/2017, que o instituiu, na forma de Serviço Social Autônomo, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita à população e de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e gestão no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público, com os acréscimos da Lei Distrital nº 6.270/2019 e do Decreto Distrital nº 39.674/2019, que regulamenta o Instituto.

Respeitando as competências regimentais estabelecidas à GATCG, não estão contempladas no presente Relatório análises acerca da execução orçamentária e financeira (incluindo qualquer documento de natureza contábil), da incorporação pela SES/DF de bens adquiridos pelo IGESDF ou da variação efetiva dos custos (APURASUS) operacionais da unidade gerida.

Também não cabe a este Relatório examinar o atendimento aos princípios da legalidade, moralidade, conveniência e oportunidade nos procedimentos que antecederam à contratualização em questão, tendo sido matéria de elaboração, execução e apreciação de outras unidades/autoridades competentes.

A Lei Distrital nº 5.899/2017 determina que "*o contrato de gestão (...) deve ser aditivado anualmente para repactuação dos recursos de fomento destinados, das metas e dos indicadores de desempenho*". Neste aspecto, registra-se que, considerando que não houve publicação de Termo Aditivo para formalização de Plano de Trabalho contendo indicadores e metas a serem monitoradas no ano de 2023, os resultados apresentados nas Prestações de Contas do Contratado, assim como as análises contidas neste Relatório, referem-se àqueles indicadores e metas estipulados no Contrato de Gestão.

Assim, o presente Relatório contempla os seguintes temas:

1. **Indicadores Quantitativos;**
2. **Indicadores Qualitativos;**
3. **Produção SIA/SUS;**
4. **comissões;**
5. **Pessoal;**
6. **Considerações Finais; e**
7. **Lista de Anexos.**

## 1. INDICADORES QUANTITATIVOS

Dispõe o Contrato de Gestão nº 0021011/2021 ([70531100](#)):

### ANEXO II - PLANO DE AÇÃO INDICADORES QUANTITATIVOS

Neste item apresentamos os indicadores e metas quantitativas e qualitativas pactuados para as novas Unidades de Pronto Atendimento. As metas quantitativas de produção foram estipuladas para facilitar a mensuração e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade.

Tabela 4 - Quadro de Metas e Indicadores Quantitativos

Meta	Mensal	Quadrimestral	Anual
Atendimento de urgência c/ observação até 24h em atenção especializada- 0301060029 + Atendimento médico em UPA 24h de pronto atendimento - 0301060096	4.500	18.000	54.000
Acolhimento Com Classificação de Risco - 0301060018	4.500	18.000	54.000
<b>TOTAL</b>	<b>9.000</b>	<b>36.000</b>	<b>108.000</b>

No que se refere aos indicadores quantitativos, a cláusula Décima Nona do Contrato de Gestão previu Relatório Analítico Quadrimestral emitido com a tendência de cumprimento/descumprimento das metas, ao passo que os Anexos I - Plano de Trabalho e II - Plano de Ação trouxeram Tabela com metas mensais, quadrimestrais e anuais.

As produções do período foram consultadas na [Sala de Situação/InfoSaúde-DF](#), ferramenta que disponibiliza dados validados do SIA/SUS. Os dados extraídos do DATASUS referem-se à produção faturada por mês de processamento, considerando o período de três meses disponíveis para a correção das críticas identificadas (descontos). Diante disso, mensalmente, parte da produção faturada pode contemplar informações de meses anteriores, refletindo alguns picos na série histórica apresentada. Cabe ressaltar que as metas lineares não consideram as particularidades, eventos e tendências sazonais, as quais podem interferir no desempenho durante o período analisado.

Tendo em vista que o Indicador 1 se refere à soma dos quantitativos de dois procedimentos (códigos 03.01.06.002-9 e 03.01.06.009-6), o Quadro 1.1 apresenta o detalhamento das produções de Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas em Atenção Especializada (03.01.06.002-9) e de Atendimento Médico em UPA (03.01.06.009-6), isoladamente, por mês.

**Quadro 1.1: Produção em Atendimentos — UPA CEILÂNDIA II**

Procedimento	Código SIGTAP	janeiro	fevereiro	março	abril
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada	301060029	3.544	3.626	4.228	4.162
Atendimento Médico em UPA	301060096	3.916	3.715	4.246	4.166
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA	0301060029 + 0301060096	7.460	7.341	8.474	8.328

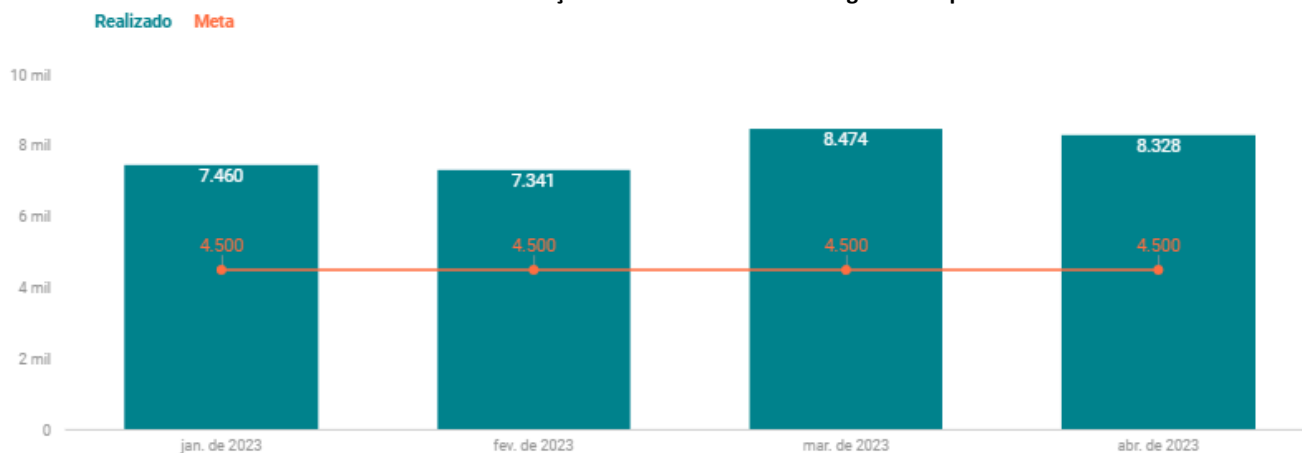
No Quadro 1.2, são apresentadas as produções e percentagens de alcance das metas quantitativas quadrimestrais, tendo em vista a tabela 4 do Anexo II do Contrato de Gestão, incluindo: (1) a produção de Atendimentos (Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA), conforme o Quadro 1.1 acima; (2) a quantidade de Acolhimentos com Classificação de Risco; e (3) a soma de todos os Atendimentos (Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA) com os Acolhimentos.

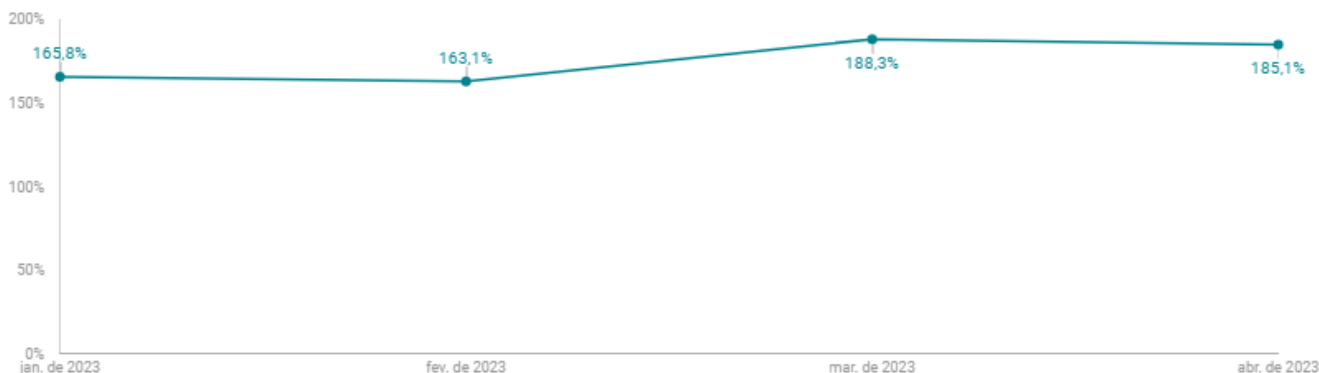
**Quadro 1.2: Indicadores Quantitativos — UPA CEILÂNDIA II**

Indicador	Código SIGTAP	Meta Quadrimestral	janeiro	fevereiro	março	abril	Total Quadrimestre	% Cumprimento da Meta Quadrimestral	% Cumprimento da Meta Anual
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA	0301060029 + 0301060096	18.000	7.460	7.341	8.474	8.328	31.603	175,6%	58,52%
Acolhimento com Classificação de Risco	301060118	18.000	5.042	4.847	5.605	5.467	20.961	116,5%	38,82%
Atendimentos + Acolhimento	301060029 + 301060096 + 301060118	36.000	12.502	12.188	14.079	13.795	52.564	146,0%	97,34%

Abaixo, apresentam-se gráficos representando as produções validadas em Atendimentos (códigos 03.01.06.002-9 e 03.01.06.009-6), em Acolhimento com Classificação de Risco (código 03.01.06.011-8), e o somatório total dos Atendimentos e Acolhimentos, conforme previsão contratual.

### 1.1. Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA

**Gráfico 1.1 — Produção em Atendimentos ao longo do tempo****Gráfico 1.2 — Percentagem de Cumprimento da Meta de Atendimentos ao longo do tempo**



- A produção em Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada somada à produção de Atendimento Médico em UPA superou a meta em todos os meses em análise, alcançando **175,6%** da meta projetada para um quadrimestre.

1.2. **Acolhimento com Classificação de Risco**

Gráfico 1.3 — Produção em Acolhimento ao longo do tempo

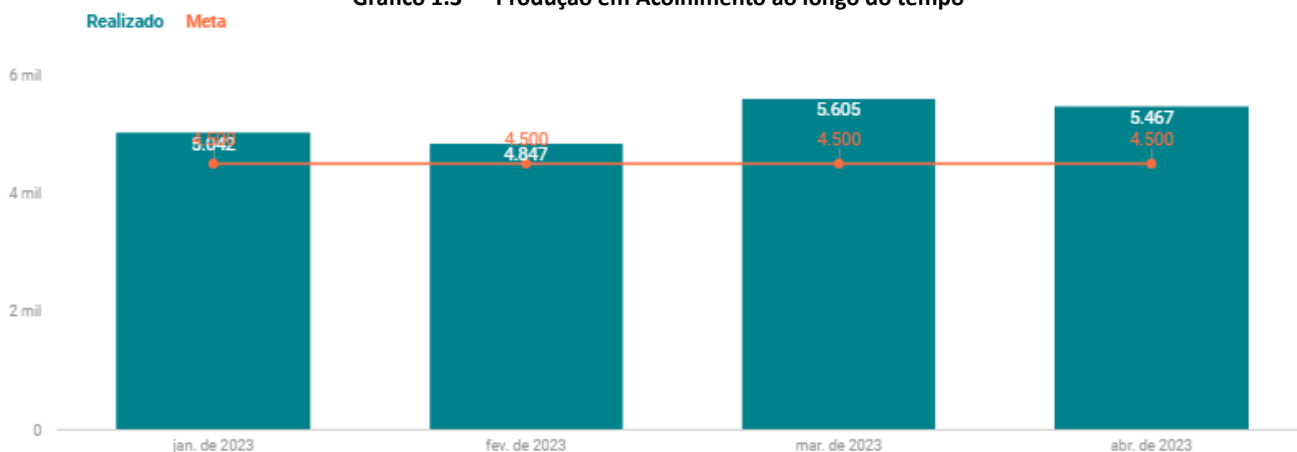
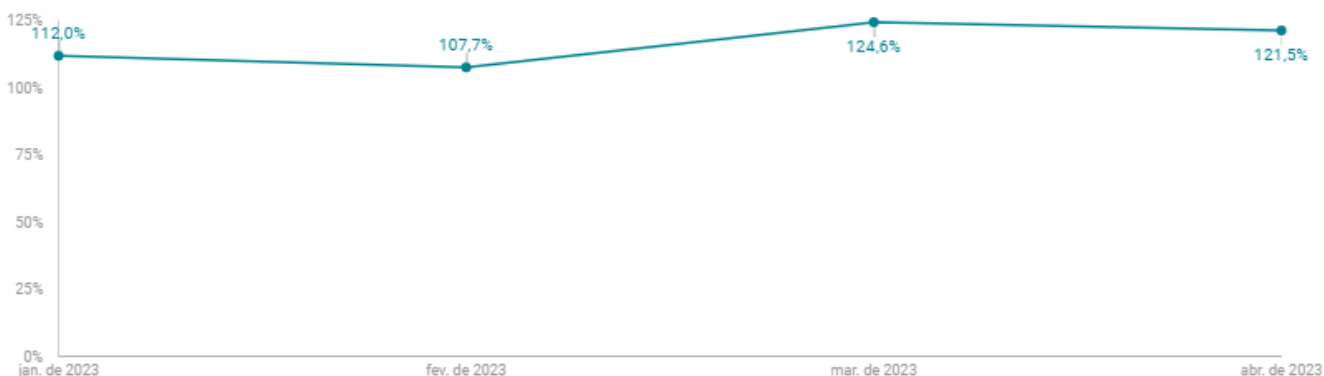


Gráfico 1.4 — Percentagem de Cumprimento da Meta de Acolhimento ao longo do tempo



- A produção em Acolhimento com Classificação de Risco foi de **116,5%** da meta projetada para um quadrimestre.

1.3. **Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA + Acolhimento com Classificação de Risco**

Gráfico 1.5 — Produção em atendimentos & acolhimento ao longo do tempo

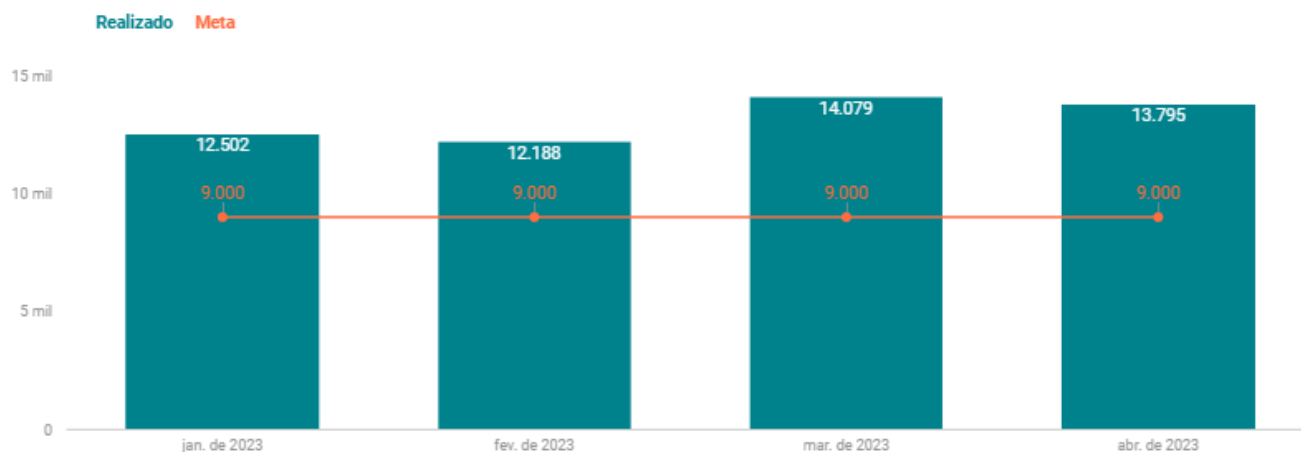
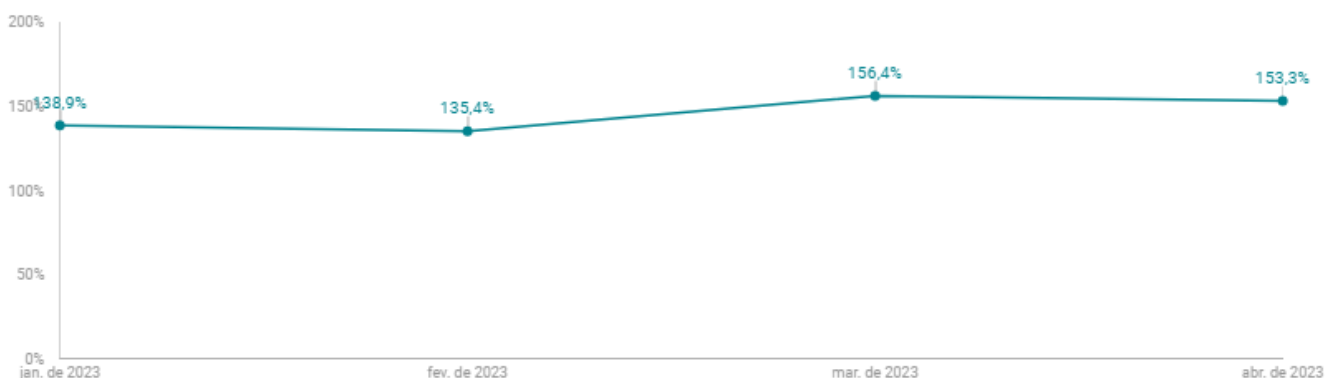


Gráfico 1.6 — Percentagem de Cumprimento da Meta de Atendimentos & Acolhimento ao longo do tempo



- A produção do indicador 3 (somatório de todos os Atendimentos e Acolhimentos) foi de **146,0%** da meta projetada para um quadrimestre.

#### 1.4. Análise

A produção em Atendimento com Observação até 24h em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA, ultrapassou a meta quadrimestral, com produção de 31.603 atendimentos (03.01.06.002-9 + 03.01.06.009-6), equivalendo a **175,6%** da meta. Esta Gerência entende que há um subdimensionamento da meta, visto o número de atendimentos apresentado todos os meses pelo Contratado.

Além disso, a quantidade de Acolhimento com Classificação de Risco representou somente 66% dos Atendimentos (03.01.06.002-9 + 03.01.06.009-6) realizados no mesmo período. Este é um importante dado, não só do ponto de vista quantitativo, mas também da qualidade do serviço prestado, uma vez que indica que não há acolhimento com classificação de risco para todos os pacientes atendidos na Unidade. A questão tem se mostrado complexa e as justificativas apresentadas ainda não foram suficientes para sanar todas as dúvidas geradas por este indicador.

Segundo o Ministério da Saúde ([https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)), o atendimento médico em urgências e emergências não deve ser realizado apenas por ordem de chegada. O Acolhimento Com Classificação de Risco serve para minimizar agravos que possam ocorrer com o paciente enquanto o mesmo aguarda. Atendimentos baseados apenas em ordem de chegada priorizam a quantidade de procedimentos e não a análise de resultados e efeitos para quem está na espera. Ainda de acordo com a publicação do MS, a avaliação de risco vai além de ser uma organização de fila e tem como objetivos:

Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Um dos motivos que podem elevar a produção de Atendimentos acima da produção de Acolhimentos é o registro de dois ou mais Atendimentos para o mesmo paciente, seja porque:

1 - Há o lançamento de dois códigos no mesmo dia para o paciente que fica em observação na Unidade, ou seja, tanto o código 03.01.06.002-9 (Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas em Atenção Especializada) como

o 03.01.06.009-6 (Atendimento Médico em UPA), contrariamente à orientação da área técnica da SES/DF ([102321991](#)), sendo que só há um registro de Acolhimento com Classificação de Risco;

2 - Além dos códigos lançados em duplicidade no mesmo dia, há pacientes que ficam internados na UPA por mais de 24 horas, ainda que seja contrário ao preconizado pela Portaria GM/MS nº 10, de 03 de janeiro de 2017, em virtude, dentre outros fatores alegados pelo Instituto, da falta de leitos na Rede SES/DF para direcionar o paciente após as 24 horas, que geram registros diários de Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas em Atenção Especializada (além dos dois que foram lançados no primeiro dia), sendo que só é feita uma Classificação de Risco.

Cabe destacar que o Acolhimento com Classificação de Risco é feito somente uma vez pela sua própria definição, que foi exarada pela Portaria GM/MS nº 3.390 de dezembro de 2013 e transcrita abaixo, o que também é seguido pelo Instituto.

Acolhimento: a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no **momento de procura ao serviço de saúde** e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade;

[Grifado]

Este fato já foi discutido em relatórios anteriores, onde o entendimento sobre a possibilidade do registro de duplicidade para o mesmo paciente foi citada como aceitável pelo Contratado. Devido o impasse, a GASFURE se comprometeu a pedir um posicionamento do Ministério da Saúde ([107755802](#)). Até a conclusão deste Relatório, o órgão ainda não havia se posicionado.

Em relação ao segundo item, a falta de retaguarda têm sido uma justificativa constante nos relatórios do Contratado, já que com a dificuldade de transferência de pacientes graves, estes são obrigados a ficar internados por mais de 24h na UPA. Verifica-se que a SAIS montou um cronograma para implantação de leitos de retaguarda em todos os hospitais regionais do DF, conforme documento [113213042](#).

Além disso, em 04/04/2023, foi publicado o 28º Termo Aditivo ([108389068](#)) ao Contrato de Gestão nº 001/2018, o qual tem por objeto a modificação do valor contratual em decorrência do acréscimo de 26 (vinte e seis) Leitos de Enfermaria de Clínica Médica, no HRSM, sendo 21 deles destinados como retaguarda clínica às UPA 24h. Assim sendo, espera-se que haja melhoria no resultado de diversos indicadores das UPAs, nos próximos meses, o que será monitorado pela Gerência por meio da avaliação da produção do Contratado e da qualidade dos serviços prestados, segundo os parâmetros estabelecidos contratualmente.

#### 1.5. Glosas

O Contrato de Gestão, Anexo II - Plano de Ação, dispõe que a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização - CAC deverá realizar o cálculo da produtividade mensal, frente aos indicadores estabelecidos, bem como do percentual de glosa em casos de não atingimento das metas, conforme transcrito a seguir:

##### ANEXO II - PLANO DE AÇÃO

(...) INDICADORES QUANTITATIVOS (...)

(...) DESCRIÇÃO DOS INDICADORES (...)

(...) A análise do Indicador Quantitativo permitirá cálculo pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do valor referente à produtividade mensal. Este valor será aplicado determinado percentual de glosa em transferências posteriores de recursos, quando for verificado o não atingimento das metas previstas.

Tabela 5 - Percentual de glosa conforme produtividade

Produção ≤95%	Produção <94% e ≥90%	Produção < 89% e ≥85%	Produção <84% e ≥79%	Produção <79%
Glosa de 2%	Glosa de 4%	Glosa de 6%	Glosa de 8%	Glosa de 10%

Em virtude da ausência de Comissão de Acompanhamento e Avaliação - CAC designada, esta Gerência apresenta abaixo uma possibilidade de cálculo para os descontos, considerando os parâmetros previstos no Contrato de Gestão, apenas para fins de contribuir com o processo de trabalho, ressaltando que estes não têm qualquer força decisória, em razão de o cálculo e a aplicação de descontos extrapolarem o escopo de competências da GATCG.

Registra-se também que o Contrato de Gestão apresenta confusas disposições relativas aos descontos por não cumprimento de metas, que foram listadas em relatórios precedentes emitidos pela Gerência (como, por exemplo, no Relatório 39 [111442093](#), e reportados de forma detalhada à CGCSS no Despacho [80851884](#), de forma a permitir deliberação pelos setores competentes.

Quadro 1.3: Percentuais de produtividade mensal e de glosa — UPA CEILÂNDIA II

Procedimentos	Meta mensal	Produção			
		Janeiro	Fevereiro	Março	Abril

<b>Atendimentos + Acolhimento com Classificação de Risco</b>	9.000	12.502	12.188	14.079	13.795
	<b>100%</b>	138,9%	135,4%	156,4	153,3%
<b>% GLOSA</b>		<b>Sem glosa</b>	<b>Sem glosa</b>	<b>Sem glosa</b>	<b>Sem glosa</b>

## 1.6. Recomendações

a) Ao adotar o somatório "Atendimentos + Acolhimentos" como parâmetro para aferir a produtividade de uma UPA, o Contrato permite que um alto número de Atendimento "mascare" uma baixa realização de Acolhimento com Classificação de Risco. Ainda, registra-se que tal formato não é o mesmo exigido pelo Ministério da Saúde para a habilitação da Unidade e, por isso, recomenda-se que os indicadores sejam remodelados.

b) Sugere-se estabelecimento de metas que possam monitoradas mensalmente e avaliadas, quanto à pontuação e descontos, quadrimestralmente, com o intuito de uniformizar o acompanhamento de todas as Unidades contratualizadas.

c) Roga-se por celeridade na instituição da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização - CAC visando o cumprimento das cláusulas contratuais, bem como a adequada avaliação do Contrato de Gestão.

d) Solicita-se que o Contratado apresente justificativas para cumprir apenas pouco mais da metade de Acolhimentos com Classificação de Risco em relação ao total de Atendimento e Plano de Ação, com data de início e fim, para melhoraria do panorama.

## 2. INDICADORES QUALITATIVOS

No que se refere aos indicadores e às metas qualitativas, o Contrato de Gestão trouxe duas tabelas, sendo que apenas uma delas contém fórmula de cálculo e pontuação. Ainda assim, não há previsão de pontuação por cumprimento parcial (por proporcionalidade, por intervalo alcançado), levando a entender que o não atingimento da meta exata acarreta pontuação igual a ZERO.

Ademais, nesta seção, o Contrato não apresenta metodologia de cálculo de glosas, indicando que o descumprimento das metas estipuladas para indicadores qualitativos não acarreta descontos financeiros. Esta Gerência julga tal estratégia inadequada por não valorizar de maneira justa indicadores de alta relevância.

### ANEXO II - PLANO DE AÇÃO

(...)

Tabela 6 - Indicadores Qualitativos

	Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Pontos
1.	Tempo de espera na Urgência e Emergência com classificação AMARELA	Soma do tempo em minutos entre a Classificação de Risco até o Início do Atendimento médico de pacientes ADULTO com risco AMARELO ÷ Soma de atendimentos médicos de pacientes ADULTO com risco AMARELO	≤60 minutos	20
2.	Tempo de espera na Urgência e Emergência com classificação VERDE	Soma do tempo em minutos entre a Classificação de Risco até o Início do Atendimento médico de pacientes ADULTO com risco VERDE ÷ Soma de atendimentos médicos de pacientes ADULTO com risco VERDE	≤120 minutos	20
3.	Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados das Unidades Básicas de Saúde	Soma de pacientes referenciados atendidos ÷ Soma de pacientes referenciados x 100	≥ 90 %	15
4.	Solicitação de Regulação de paciente da sala vermelha	Soma de pacientes da sala vermelha regulados ÷ Soma de pacientes da sala vermelha x 100	≥ 90 %	15
5.	Taxa de mortalidade Institucional menor ou igual a 24h	Percentual entre o número de óbitos que ocorreram após admissão dos pacientes na UPA e o número de pacientes que tiveram saída da UPA (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito)	≤1 %	10
6.	Resolubilidade da Ouvidoria	Soma de manifestações resolvidas ÷ Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas X 100	≥ 90%	20
TOTAL DE PONTOS				100

O Conceito Mensal Qualitativo está situado em 5 faixas, conforme o quadro a seguir:

Tabela 7 - Conceito Qualitativo Mensal

Conceito Mensal	Faixa de Índice de Nota Final (INF)
A	100 a 96
B	95 a 90
C	89 a 80
D	79 a 70

E	Inferior a 70
---	---------------

Tabela 8 - Quadro de Metas e Indicadores Qualitativos

Indicador	Meta mensal	Meta anual
Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados pelas UBS	≥90%	≥90%
Taxa de Mortalidade	≤ 1%	≤ 1%
Percentual de Guias de Atendimento de Emergência (GAE) Classificadas	100%	100%
Percentual de Pacientes Classificados Atendidos	90%	90%

Verifica-se que, além de substituir o indicador "Taxa de mortalidade institucional" pelo indicador "Taxa de mortalidade", a Tabela 8 contém dois indicadores diferentes daqueles elencados na Tabela 6 do Anexo II do Contrato de Gestão, "Percentual de GAEs Classificadas" e "Percentual de Pacientes Classificados Atendidos", sem fórmula de cálculo.

No Documento SEI [80851884](#), esta Gerência registrou a necessidade de que os Contratos de Gestão tenham apenas uma relação de indicadores qualitativos, com suas respectivas fichas técnicas, e fórmulas de cálculo. No entanto, até o presente momento, não houve alteração no Contrato de Gestão.

Diferentemente dos indicadores quantitativos, os dados abaixo registrados são aqueles disponibilizados mensalmente pelo Contratado, devido à ausência de bases oficiais. Por isso, foi solicitada a apresentação de comprovantes dos dados relatados em Prestação de Contas Mensais (PCMs), por meio dos seguintes documentos:

— Memorando Nº 43/2022 - SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG ([89160441](#)): Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Amarela; Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Verde; Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados das Unidades Básicas de Saúde; e Percentual de Guias de Atendimento de Emergência Classificadas; Taxa de Mortalidade;

— Despacho - SES/CRDF/DIRAAH [96306350](#): Solicitação de Regulação de Paciente da Sala Vermelha;

— Despacho - SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE [98791798](#): Percentual de Pacientes Classificados Atendidos;

— Despacho - SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG [110345895](#): Resolubilidade da Ouvidoria.

Contudo, até o momento da emissão deste Relatório, nenhum dos comprovantes solicitados havia sido apresentado. Desta feita, os resultados mensais informados não puderam ser auditados por esta Gerência.

Apresenta-se a seguir quadro com os dados informados pelo IGESDF nas Prestações de Contas Mensais, ressalvando-se que, após a apresentação de comprovantes, os resultados apurados e pontuações relacionadas poderão sofrer alterações.

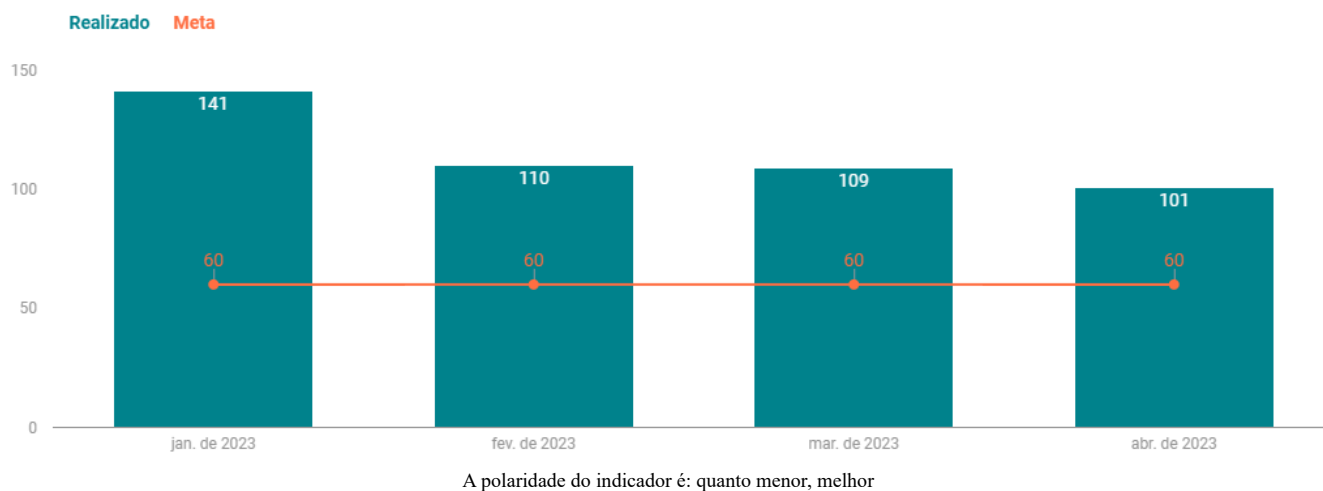
Quadro 2.1: Indicadores Qualitativos — UPA CEILÂNDIA II

INDICADORES		janeiro		fevereiro		março		abril	
Indicador	Meta	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos
Tempo de espera na Urgência e Emergência com Classificação Amarela	≤ 60 minutos	141	0	110	0	109	0	101	0
Tempo de espera na Urgência e Emergência com Classificação Verde	≤ 120 minutos	219	0	213	0	194	0	215	0
Taxa de Mortalidade	≤ 1%	0,28%	10	0,16%	10	0,28%	10	0,19%	10
Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados das UBSs	≥ 90%	90,0%	15	90,0%	15	91,0%	15	97,0%	15
Solicitação de Regulação de Paciente da Sala Vermelha	≥ 90%	44,0%	0	36,0%	0	37,0%	0	31,0%	0
Resolubilidade da Ouvidoria	≥ 90%	Indeterminado	20	Indeterminado	20	Indeterminado	20	Indeterminado	20
PONTUAÇÃO MENSAL		45		45		45		45	
CONCEITO MENSAL		E		E		E		E	
Indicador	Meta	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos
Percentual de GAEs Classificadas	100,00%	91,5%	N/A	94,3%	N/A	94,4%	N/A	94,6%	N/A
Percentual de Pacientes Classificados Atendidos	90,00%	81,4%	N/A	82,0%	N/A	85,6%	N/A	84,6%	N/A

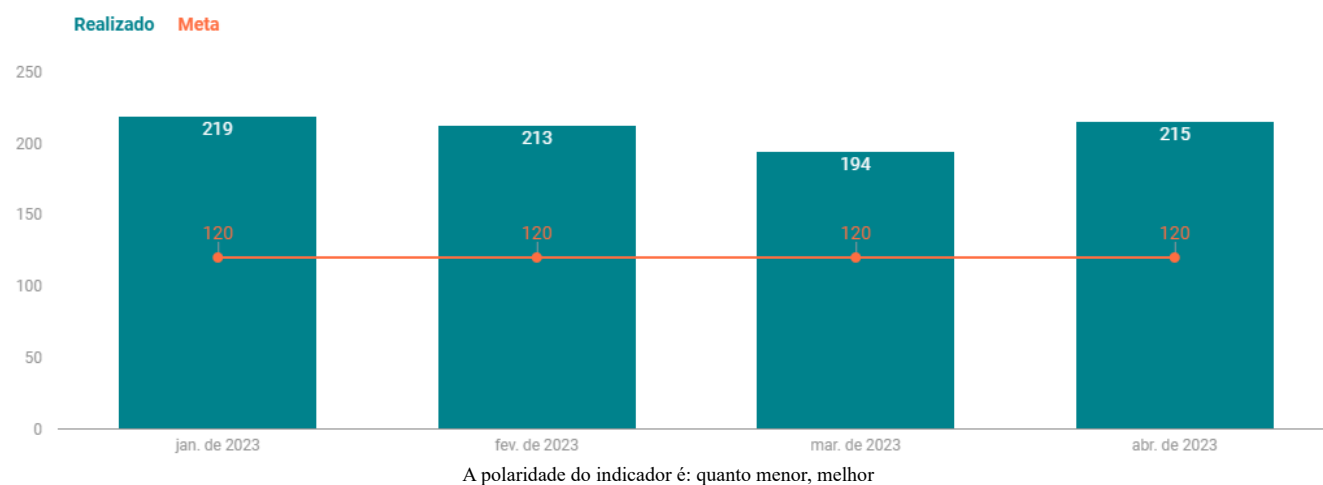
## 2.1. Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Amarela e Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Verde

Gráfico 2.1 — Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Amarela, em relação à meta





**Gráfico 2.2 — Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Verde, em relação à meta**



Segundo os dados informados pelo Contratado, as metas dos indicadores de Tempo de Espera com Classificação Verde e Amarela não foram atingidas em nenhum mês

O Contratado apresentou, em suas PCMs, as seguintes justificativas para os resultados observados:

— Janeiro ([105957012](#)):

Aumento de 17% no número de pacientes acolhidos e classificados em amarelo. Contudo redução de 6 minutos em relação ao mês anterior no tempo de atendimento. O não cumprimento de meta está relacionado à taxa de absenteísmo: total 16 profissionais afastados de atestado médico (9% a mais que o mês anterior), totalizando 99 dias de afastamento, que impactam no atendimento de porta. Em relação ao sistema MV de prontuário eletrônico, destaca-se instabilidade/lentidão ao longo do mês e em alguns dias teve ausência total do sinal de internet pelo provedor GDFNET. Em relação ao mês anterior, houve aumento no número de pacientes classificados em Vermelho (5%), azul (3%) e internados (6%). Ressaltamos que unidade atendeu 66% a mais de pacientes que a meta definida pelo porte e opção e acolhemos e classificamos aproximadamente 2% a mais que a meta definida. Em relação ao tempo de permanência em sala vermelha, a unidade finalizou o mês com 1,9 dias, enquanto a sala amarela finalizou com 3,5 dias e a sala verde com 2,2 dias. No mês de Janeiro 2023, mantivemos em todas as salas ocupação máxima, devido à ausência de leito de retaguarda. Isso totalizou somente 30% transferências no mês de pacientes acima de 24 horas dentro da unidade. Aumento de 17% no atendimento a pacientes em sala vermelha. Aumento de 8% no número de exames externos, sendo necessário o acionamento terceirizado da empresa de remoção, aumentando 25% a mais de acionamentos. Redução no número de solicitação de exames de dengue de aproximadamente 17% (quando comparado ao mês passado) e redução aproximadamente de 54% na solicitação de exames para COVID. A assistência aos pacientes amarelo, laranja e vermelho demanda tempo de espera para o desfecho clínico, resultado laboratorial, medicação de média e/ou longa duração, procedimentos invasivos e transferência ao hospital de referência/retaguarda. O paciente AMARELO contabilizou 30% no total de atendimentos. A unidade mantém uma média de 1h46min no acumulado do ano de 2022 em relação ao tempo de espera. Evidencia-se o encaminhamento SAMU/BOMBEIRO de 172 casos para atendimento. Destaca-se também aumento na gravidade dos pacientes dentro da unidade, bem como ausência do leito de retaguarda, impactando na assistência prestada no atendimento de porta, pois leitos/cadeiras/poltronas ficam ocupadas com pacientes que aguardam transferência, parecer, medicação ou exame de imagem e a quantidade atendida acima da meta definida pelo porte da

unidade, mantendo uma média acumulada anual de 7mil atendimentos/mês. Por fim, a unidade soma diariamente esforços para garantir o atendimento humanizado pautado na segurança do paciente e integralidade dos familiares e acompanhantes.

— Fevereiro ([108210437](#)):

Em relação ao mês anterior, foi evidenciado uma redução de 31 minutos no tempo de espera, salientando que a análise é relacionado ao mês de 28 dias. Quando comparado a média do mês anterior, o número de classificações estaria próxima ao número de pacientes acolhidos e classificados em amarelo. Ressaltamos que unidade atendeu 63% a mais de pacientes que a meta definida pelo porte e opção e acolhemos e classificamos aproximadamente 8% a mais que a meta definida. O paciente classificado como VERDE contabilizou 40% no total de atendimentos na unidade no mês de Fevereiro de 2023. Identificou-se uma redução no tempo de atendimento (quando comparado ao mês anterior) de 00:03m. O sistema MV de prontuário eletrônico apresentou instabilidade/lentidão ao longo do mês e em alguns dias sofreu com ausência total do sinal de internet pelo provedor GDFNET. Salienta-se que sala verde não possui leito de internação. É constituída por 10 poltronas para realização de medicação rápida e reavaliação de pacientes em até 24 horas, contudo, a sala verde acumulou 177 pacientes internados acima de 24horas no mês de Fevereiro, uma média diária 6 pacientes internados, equivalente a aproximadamente 42% de internados em toda unidade, comprometendo o atendimento de porta, visto que a sala fica impossibilitada de realizar medicamentos e procedimentos, sendo necessário, em alguns períodos, realizar o atendimento em cadeira fixa e consultórios médico. Reforçamos que a ausência do leito de retaguarda impacta significativamente na assistência e atendimento de porta, pois os leitos, poltronas e cadeiras ficam ocupadas com pacientes que aguardam transferência, parecer, medicação ou exame de imagem e a quantidade atendida acima da meta definida pelo porte da unidade. A unidade soma diariamente esforços para garantir o atendimento humanizado, pautado na segurança do paciente e integralidade dos familiares e acompanhantes.

— Março ([110660647](#)):

Aumento de 02 minutos no tempo de espera. O não alcance de meta pode estar correlacionado a alguns fatores: a) a taxa de absenteísmo (total 12 profissionais afastados de atestado médico, totalizando 87 dias de afastamento), o que impacta consideravelmente no atendimento de porta e b) instabilidade e lentidão do sistema MV de Prontuário Eletrônico, em que vários momentos ficou com ausência total do sinal de internet pelo provedor GDFNET. Destaca-se aumento em relação ao mês anterior no número de pacientes classificados em azul (38%), verde (16%), amarelo (8%), laranja (16%) e 21% de pacientes internados, bem como aumento de 17% no quantitativo de pacientes atendidos em sala vermelha, evidenciado assim a gravidade e ausência de leito de retaguarda. Ressaltamos que unidade atendeu 89% a mais de pacientes que a meta definida conforme porte e opção e acolhemos/classificamos aproximadamente 25% a mais que a meta. Em relação ao tempo de permanência em sala vermelha, o mês finalizou com 1,9 dias (uma redução de aproximadamente 31% em relação ao mês anterior). Contudo, a sala amarela obteve 3,7 dias aproximadamente (3% a mais que o mês anterior), sala verde com permanência de 1,5 dias aproximadamente (5% a mais que o mês anterior). Ressalta-se que sala verde não possui leito de internação e que a sala é constituída de 10 poltronas para realização de medicação rápida e reavaliação de pacientes em até 24 horas. Contudo, a sala verde acumulou 152 pacientes internados acima de 24horas (uma média diária 05 pacientes internados). Isso compromete o atendimento de porta, uma vez que a sala fica impossibilitada de realizar medicamentos e procedimentos, sendo necessário realizar o atendimento em cadeira fixa e consultórios médico em alguns períodos. No mês, houve ocupação máxima em todas as salas, devido à falta de retaguarda. Cabe lembrar que a assistência aos pacientes amarelo, laranja e vermelho demandam tempo de espera para o desfecho clínico, resultado laboratorial, medicação de média e/ou longa duração, procedimentos invasivos e transferência ao hospital de referência/retaguarda. O paciente AMARELO contabilizou 25,7% no total de atendimentos, VERMELHO (0,4%), LARANJA (12,5%), VERDE (39,2%), AZUL (10,9%) e BRANCO (11,4%). Destaca-se também aumento na gravidade dos pacientes dentro da unidade, impactando na assistência prestada no atendimento de porta, pois leitos/cadeiras/poltronas ficam ocupadas com pacientes que aguardam transferência, parecer, medicação ou exame de imagem.

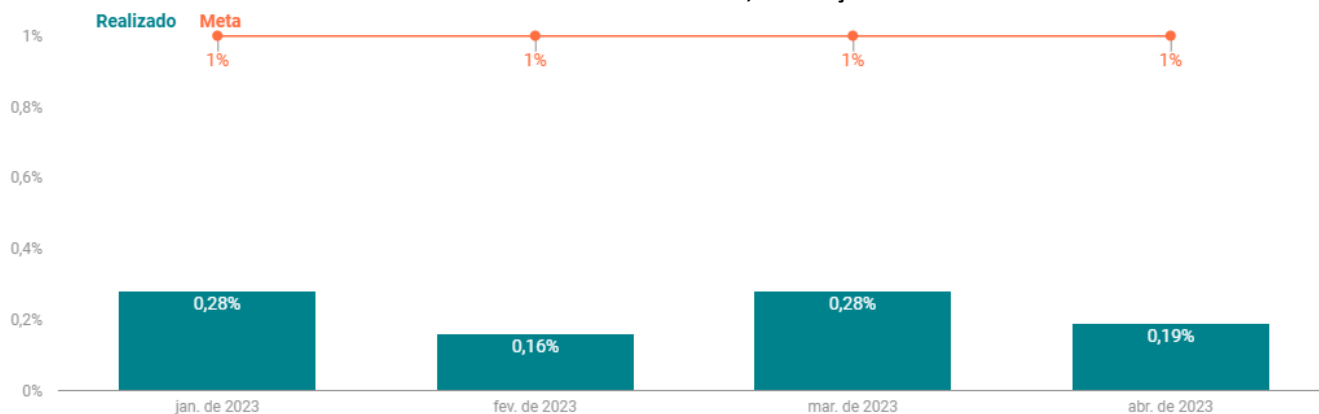
— Abril ([112784246](#)):

O não alcance de metas está correlacionado a alguns fatores: Taxa de Absenteísmo que totaliza 49 dias de afastamento, comprometendo assim o tempo de atendimento de porta e instabilidade/lentidão no sistema Soul MV – prontuário eletrônico (em alguns dias, teve ausência total do sinal de internet pelo provedor GDFNET). Observa-se aumento no número de pacientes classificados: 4% (azul), 3% (amarelo) e 68% (vermelhos). Destaca-se que a unidade atendeu 85% a mais de pacientes, classificando aproximadamente 22% a mais em relação às metas propostas para esses indicadores. Em relação à Média de Permanência, a sala vermelha finalizou com um resultado de 2,2 dias, a sala amarela apresentou um resultado de 5 dias e sala verde obteve um resultado de 1,4 dias. É importante lembrar que a sala verde não possui leitos de internação, sendo composta por 10 poltronas para a realização de medicação rápida e reavaliação de pacientes em até 24 horas. Apesar disso, essa sala apresentou 134 pacientes internados com tempo superior a 24h. Devido à superlotação no mês de abril, a sala ficou impossibilitada de realizar medicamentos e procedimentos, sendo, muitas vezes, o atendimento

realizado em cadeira fixa e consultório médico. Todas as salas mantiveram ocupação máxima, atuando sempre acima de sua capacidade, devido à ausência de leitos de retaguarda. Com isso, ocorreram 23% de transferências de pacientes com tempo superior a 24h, corroborando para aumento de 10% no número de solicitações de pareceres (em relação ao mês anterior). Além disso, houve aumento de 24% no número de solicitação de exames de dengue e 33% em exame COVID, 4% em exames de laboratório, bem como redução de 33% em exames de RX devido à manutenção do aparelho pelo período de 07 dias. A assistência aos pacientes amarelos, laranjas e vermelhos demandam tempo de espera para o desfecho clínico, resultado laboratorial, medicação de média e/ou longa duração, exames externos, pareceres, procedimentos invasivos e transferência ao hospital de referência/retaguarda. Somado a isso, destaca-se aumento na gravidade dos pacientes dentro da unidade, impactando na assistência prestada ao atendimento de porta, uma vez que leitos/cadeiras/poltronas ficam ocupadas com pacientes que aguardam transferência, parecer, medicação ou exame de imagem. Por fim, a unidade soma diariamente esforços para garantir o atendimento humanizado pautado na segurança do paciente e integralidade dos familiares/acompanhantes.

## 2.2. Taxa de Mortalidade

Gráfico 2.3 — Taxa de Mortalidade, em relação à meta

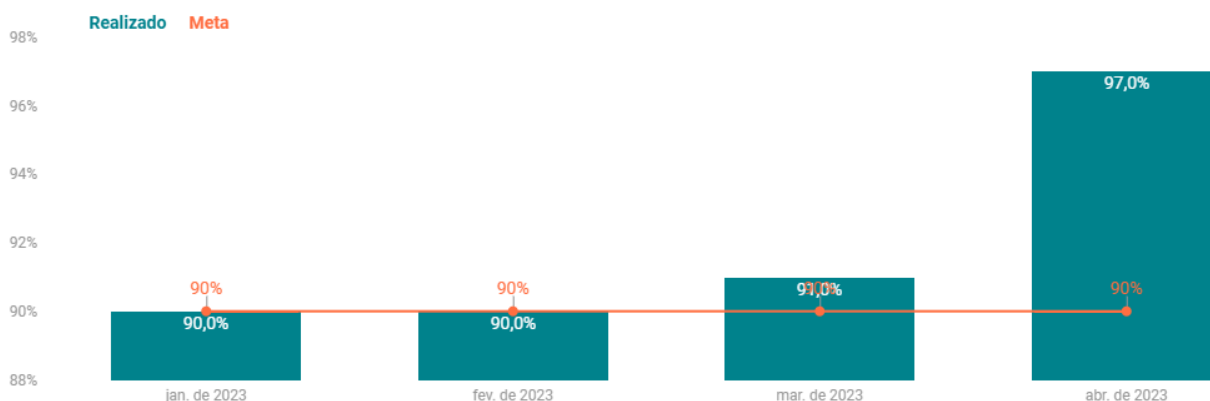


A polaridade do indicador é: quanto menor, melhor

Segundo os dados informados pelo Contratado, a Taxa de Mortalidade foi mantida abaixo de 1,0% em todos os meses.

## 2.3. Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados da Unidades Básicas de Saúde

Gráfico 2.4— Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados da Unidades Básicas de Saúde, em relação à meta

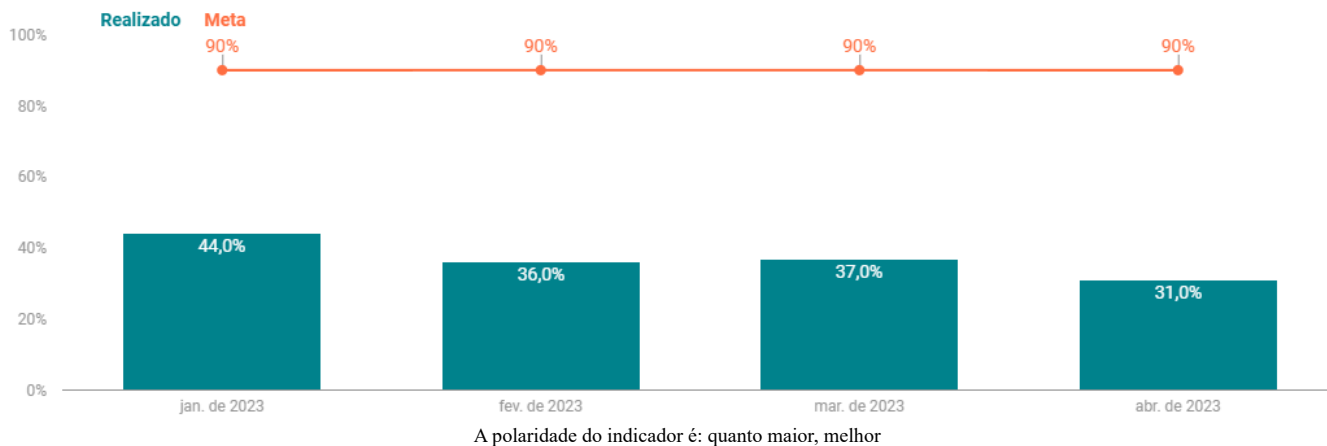


A polaridade do indicador é: quanto maior, melhor

Segundo os dados informados pelo Contratado, todos os pacientes referenciados das UBSs foram atendidos na UPA Ceilândia II, ou seja, a Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados das UBSs foi atendida em todos os meses.

## 2.4. Solicitação de Regulação de Paciente da Sala Vermelha

Gráfico 2.5 — Solicitação de Regulação de Paciente da Sala Vermelha, em relação à meta



A meta de Solicitação de Regulação de Paciente da Sala Vermelha não foi atendida, segundo as prestações de contas mensais, nas quais o Contratado informou:

— Janeiro ([105957012](#)):

70 pacientes atendidos na sala vermelha (24 altas, 11 óbitos e 31 regulados aos Hospitais de Retaguarda, 3 permaneceram aguardando leito e 01 evasão).

— Fevereiro ([108210437](#)):

Atendidos 64 pacientes na sala vermelha; (37 altas, 03 óbitos e 23 regulados para Hospitais de Retaguarda e 1 evasão), reforçamos a ausência de leito de retaguarda impacta negativamente, aumentando a permanência de pacientes acima de 24 horas.

— Março ([110660647](#)):

75 pacientes atendidos na sala vermelha (36 altas, 09 óbitos e 28 regulados para Hospitais de Retaguarda, 02 permanecem aguardando vaga).

— Abril ([112784246](#)):

68 pacientes atendidos na sala vermelha (32 altas, 08 óbitos - 02 enviados ao SVO), 21 regulados para Hospitais de Retaguarda, 05 permanecem aguardando vaga e 02 evasões). Média de Permanência na sala vermelha: 2,2 dias. Destaca-se aumento de aproximadamente 16% em relação ao resultado apurado no mês anterior.

Ademais, registra-se novamente que a DIRAAH/CRDF ([96291856](#)) sugeriu que seja reavaliada a pertinência deste indicador uma vez que objetiva apenas avaliar a solicitação via sistema e, por isso, reitera-se a sugestão de encaminhamento às autoridades competentes para que avaliação quanto à permanência do indicador no Contrato de Gestão de modo a viabilizar adequada e relevante avaliação do desempenho do Contratado.

## 2.5. Resolubilidade da Ouvidoria

Conforme evidenciado na parte inicial desta seção do Relatório, a fórmula do indicador Resolubilidade da Ouvidoria presente na Tabela 6 do Anexo II do Contrato de Gestão é:

$$\left( \frac{\text{Soma de manifestações resolvidas}}{\text{Total de manifestações}} \right) \times 100$$

No entanto, após solicitação desta Gerência frente à falta de definição do que deve ser contabilizado como manifestação resolvida, a área técnica se manifestou, por meio do Despacho - SES/CONT/OUV [110109071](#), informando que "devem ser contabilizados como "manifestações resolvidas" aquelas resolvidas, e as resolvidas após resposta complementar, divididas pelo total de manifestações avaliadas". A partir desta manifestação, infere-se que a fórmula correta seria:

$$\left( \frac{\text{Total de manifestações avaliadas como resolvidas}}{\text{Total de manifestações avaliadas}} \right) \times 100$$

Por conseguinte, esta Gerência, em 31/05/2023, sugeriu solicitar ao Contratado (Despacho SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG [113871042](#)) apresentação dos dados conforme a fórmula acima, bem como os respectivos comprovantes. No entanto, nas prestações de contas mensais do Contratado, os dados não foram encaminhados de acordo com a fórmula solicitada.

O quadro abaixo apresenta, então, o cálculo informado pelo Instituto, bem como o apurado segundo o Despacho - SES/CONT/OUV [110109071](#). Observa-se resultado "indeterminado" (em razão de numerador e denominador informados por extenso nas PCMs serem igual a zero) e resultados "100%" informados nestas mesmas PCMs. Logo, como um

mesmo documento revela diferentes resultados, restou inviabilizada a emissão de gráficos. Ademais, não foram apresentados documentos comprovando que nenhuma das manifestações foi avaliada pelos cidadãos.

**Quadro 2.2: Resolubilidade da Ouvidoria — UPA CEILÂNDIA II**

Mês	Dados Informados por extenso nas PCMs	Resultado apurado conforme <a href="#">110109071</a>	Resultado informado na PCM
Janeiro ( <a href="#">105957012</a> )	Foram recebidas 6 ouvidorias, todas foram respondidas, mas nenhuma houve avaliação	Indeterminado100%	100%
Fevereiro ( <a href="#">108210437</a> )	Foram recebidas 6 ouvidorias, todas foram respondidas, mas nenhuma houve avaliação	Indeterminado100%	100%
Março ( <a href="#">110660647</a> e <a href="#">111971856</a> )	Foram recebidas 11 ouvidorias, todas foram respondidas, mas nenhuma houve avaliação	Indeterminado100%	100%
Abril ( <a href="#">112784246</a> )	Foram recebidas 6 ouvidorias, todas foram respondidas, mas nenhuma houve avaliação.	Indeterminado100%	100%

A polaridade do indicador é: quanto maior, melhor

Reitera-se que, quando houver respostas avaliadas (denominador), o Contratado deverá informar (e comprovar) quantas delas foram avaliadas como resolvidas (numerador), em consonância com o despacho [113871042](#).

## 2.6. Percentual de Guias de Atendimento de Emergência Classificadas

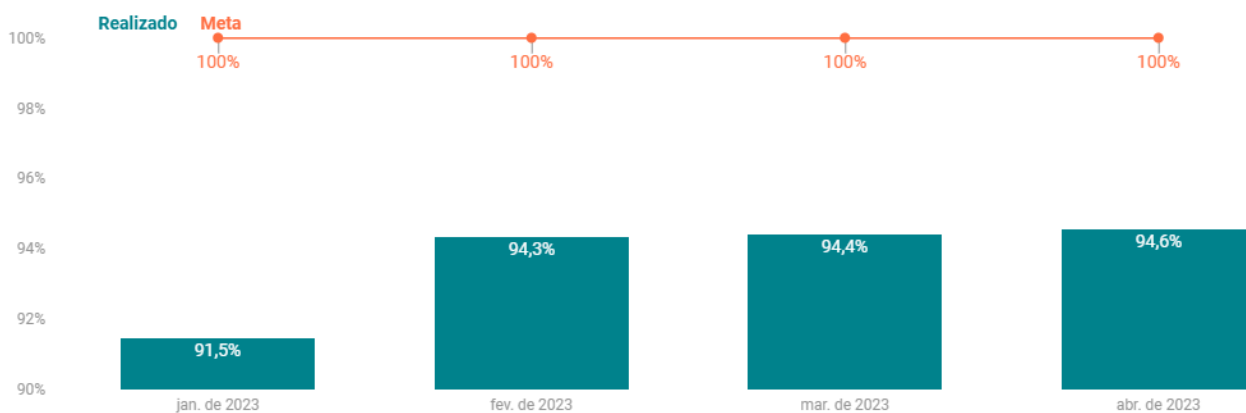
Dispõe o Anexo II do Contrato de Gestão:

c. Percentual de Guias de Atendimento de Emergência (GAE) Classificadas:

Relação percentual entre o número de GAES classificadas e o número de GAES abertas, avaliando a eficiência do serviço de classificação e o fluxo de porta preconizado.

Número de acolhimentos com classificação de risco.

**Gráfico 2.6 — Percentual de Guias de Atendimentos de Emergência Classificadas, em relação à meta**



A polaridade do indicador é: quanto maior, melhor

Segundo os dados informados pelo Contratado, a meta de Percentual de Guias de Atendimento de Emergência Classificadas não foi alcançada em nenhum mês, o que, por definição contratual, reflete baixa eficiência do serviço de classificação e do fluxo de porta preconizado.

As seguintes justificativas foram apresentadas:

— Janeiro ([105957012](#)):

A unidade dispõe de 02 guichês de atendimento para abertura de GAE e somente uma para a classificação de acordo com o porte da unidade. Em alguns períodos do dia, ocorreu aumento de senhas na classificação e instabilidade no sistema MV de prontuário eletrônico, em outros, ainda teve ausência total do sinal de internet pelo provedor GDFNET. A unidade soma diariamente esforço para atingir a meta definida, fortalecendo com a equipe interna a orientação e importância do usuário na espera da classificação e atendimento.

— Fevereiro ([108210437](#)):

Em relação ao mês anterior a unidade apresentou um aumento 4,55%. A unidade dispõe de 2 guichês de atendimento para abertura de GAE e somente uma classificação de acordo com o porte da unidade, em alguns períodos do dia ocorre aumento de senhas na classificação, além sistema MV de prontuário eletrônico apresentando instabilidade/lentidão ao longo do mês e em alguns dias com ausência total

do sinal de internet pelo provedor GDFNET. A unidade soma diariamente esforço para atingir a meta definida, fortalecendo com a equipe interna a orientação e importância do usuário aguardar a classificação e atendimento, garantindo um acolhimento e classificação rápida e segura.

— Março ([110660647](#)):

A unidade dispõe de 02 guichês de atendimento para abertura de GAE e somente uma classificação de acordo com o porte da unidade. Em alguns períodos do dia, ocorre aumento de senhas na classificação, além de sistema MV de prontuário eletrônico, apresentando instabilidade/lentidão ao longo. Além disso, também ocorreu ausência total do sinal de internet pelo provedor GDFNET. Destaca-se que a unidade soma diariamente esforço para atingir a meta definida, fortalecendo a equipe interna para a orientação e importância do usuário em aguardar a classificação e atendimento e garantir assim um acolhimento seguro do paciente na unidade.

— Abril ([112784246](#)):

Foram classificadas na unidade 5.467, conforme indicador de Acolhimento com Classificação de Risco. A unidade dispõe de 02 guichês de atendimento para abertura de GAE e somente 01 sala de classificação, de acordo com o porte da unidade. Em alguns períodos do dia, ocorre aumento significativo de senhas na classificação, bem como problemas de instabilidade no sistema MV - Prontuário Eletrônico, inclusive, em alguns dias, há ausência total do sinal de internet pelo provedor GDFNET. A unidade soma diariamente esforços para alcançar a meta definida, fortalecendo com a equipe interna a importância do usuário de aguardar a classificação e atendimento, para garantir um acolhimento/classificação rápida/segura.

## 2.7. Percentual de Pacientes Classificados Atendidos

Dispõe o Anexo II do Contrato de Gestão:

INDICADORES QUALITATIVOS

(...)

Tabela 8 - Quadro de Metas e Indicadores Qualitativos

Indicador	Meta mensal	Meta anual
Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados pelas UBS	≥90%	≥90%
Taxa de Mortalidade	≤ 1%	≤ 1%
Percentual de Guias de Atendimento de Emergência (GAE) Classificadas	100%	100%
Percentual de Pacientes Classificados Atendidos	90%	90%

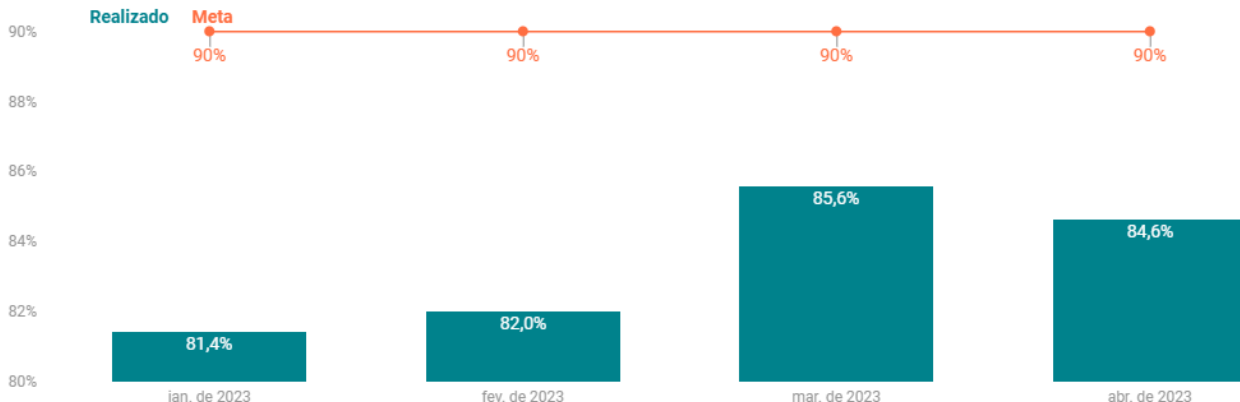
(...) DESCRIÇÃO DAS METAS DE DESEMPENHO:

(...) d. Percentual de Pacientes Atendidos Classificados:

Relação percentual entre o número de pacientes atendidos e o número de classificações, avaliando a eficiência do serviço de classificação e o fluxo de porta preconizado.

Tendo em vista que Percentual de Pacientes Classificados Atendidos é um indicador potencialmente diferente de Percentual de Pacientes Atendidos Classificados e que os Planos de Ação que compõem os Contratos de Gestão das UPAs novas foram objeto de avaliação e aprovação da SES/SAA e da SES/SAIS, esta Gerência solicitou ficha técnica do indicador, por meio do processo [00060-00407092/2022-55](#). Em resposta, a Gerência de Apoio aos Serviços de Urgência e Emergências se manifestou que o primeiro é o correto, ou seja, Percentual de Pacientes Classificados Atendidos, conforme ficha técnica [98791798](#).

Gráfico 2.7 — Percentual de Pacientes Classificados Atendidos, em relação à meta



A polaridade do indicador é: quanto maior, melhor

Segundo os dados informados pelo Contratado, a meta de Percentual de Pacientes Classificados Atendidos não foi atingida em todos os meses, o que, por definição do documento da área técnica GASFURE/SAIS ([98791798](#)), reflete alta taxa de desistência dos pacientes após a classificação, durante a espera para o atendimento médico.

As seguintes justificativas foram apresentadas:

— Janeiro ([105957012](#)):

Ressaltamos que unidade atendeu 66% a mais de pacientes do que a quantidade prevista em meta, bem como foram classificados 2% a mais que o preconizado. Vale ressaltar que a ausência do leito de retaguarda impacta significativamente na assistência e atendimento de porta, pois os leitos, poltronas e cadeiras ficam ocupadas por pacientes que aguardam transferência, parecer, medicação ou exame de imagem.

— Fevereiro ([108210437](#)):

Evidenciado um pequeno aumento de 1,52% em relação ao mês anterior. Ressaltamos que unidade atendeu 63% a mais de pacientes que a meta definida pelo porte e opção e acolhemos e classificamos aproximadamente 8% a mais que a meta definida. Vale salientar que a ausência do leito de retaguarda impacta significativamente na assistência e atendimento de porta, pois os leitos, poltronas e cadeiras ficam ocupadas com pacientes que aguardam transferência, parecer, medicação ou exame de imagem.

— Março ([110660647](#)):

Ressaltamos que unidade atendeu 89% a mais de pacientes que a meta proposta segundo porte e opção e foram acolhidos/classificados aproximadamente 25% a mais que a meta. Vale salientar que a ausência do leito de retaguarda impacta significativamente na assistência e atendimento de porta, pois, leitos, poltronas e cadeiras ficam ocupadas com pacientes que aguardam transferência, parecer, medicação ou exame de imagem.

— Abril ([112784246](#)):

Foram realizados 4.167 atendimentos médicos na unidade. Também foram realizados 85% procedimentos a mais em relação à meta previstas, bem como foram classificados 22% a mais em relação à meta de acolhimento com classificação. A ausência do leito de retaguarda impacta significativamente na assistência e atendimento de porta, pois, leitos, poltronas e cadeiras ficam ocupadas com pacientes que aguardam transferência, parecer, medicação ou exame de imagem. Além disso, o aumento na criticidade dos pacientes atendidos na unidade contribui para a lentidão no atendimento, uma vez que o espaço físico e gravidade aumentam o tempo de assistência de cada paciente.

## 2.8. Das justificativas apresentadas

As justificativas, para o não cumprimento das metas de Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Amarela, Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Verde, Solicitação de Regulação de Pacientes da Sala Vermelha, Percentual de Guias de Atendimento de Emergência Classificadas e de Percentual de Pacientes Classificados Atendidos, transcritas acima, elegem três motivos principais, são eles:

### (1) O déficit e os problemas de escala relacionados com os profissionais:

Destaca-se que, consoante ao Contrato de Gestão 021011/2021 ([70531100](#)), Cláusula Quarta, é obrigação do Contratado a seleção de pessoal para consecução dos objetivos contratuais:

4.1. Para a qualificada, integral e correta execução deste CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATADA se compromete a cumprir, além das determinações constantes da legislação federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes atribuições, responsabilidades e obrigações:

X - Promover a seleção e contratação de pessoal efetivo mediante processo de seleção para admissão de pessoal na forma da Cláusula Vigésima;

Assim, os problemas de pessoal devem ser resolvidos pelo Contratado, não havendo a possibilidade destas manifestações serem acatadas como justificativas para o não cumprimento das metas.

### (2) A lentidão do sistema informatizado utilizado na Unidade:

Acerca da lentidão do sistema MV, informa-se que este foi uma escolha de contratação do próprio IGESDF e que questões internas decorrentes dessa opção não podem prejudicar o cumprimento das metas contratuais, devendo o Instituto proceder às ações necessárias para seu efetivo funcionamento, tais como solicitar reparos, manutenções e atualizações periodicamente e sempre que observado desempenho insatisfatório. Ainda, em tais casos, é imprescindível a realização dos registros de forma manual, para posterior lançamento em sistema, de forma que tal problemática não seja utilizada como justificativa para o baixo desempenho dos indicadores por 3 meses consecutivos.

Dessa forma, reitera-se que são obrigações previstas contratualmente: "Realizar os serviços de saúde fomentados, estabelecidos no Anexo II, para a população usuária do Sistema Único de Saúde - SUS, nos exatos termos da legislação permanente do SUS, alcançando as metas e cumprindo os objetivos estabelecidos neste contrato". Sendo os

recursos financeiros repassados por força do Contrato de Gestão destinados às despesas com manutenção e funcionamento das Unidades.

### (3) Falta de leitos de retaguarda

Cabe mencionar que este é um problema crônico na rede SES/DF. Neste ponto, destaca-se que esta Secretaria não tem medido esforços para sanar a problemática, como exemplo, por meio da assinatura do 28º Termo Aditivo ([108389068](#)) ao Contrato de Gestão nº 001/2018 ([4487652](#)), o qual tem por objeto: "(...) a modificação do valor contratual em decorrência do acréscimo de 26 (vinte e seis) Leitos de Enfermaria de Clínica Médica, no Hospital Regional de Santa Maria, sendo 21 deles destinados como retaguarda clínica às UPA 24h", conforme mencionado também no item 1.4 deste Relatório. Assim, considerando que o Termo Aditivo foi assinado em março/2023, espera-se que os resultados sejam perceptíveis nas próximas prestações de contas.

Ademais, foi emitido Plano de Ação ([106189854](#)) para melhoria do Tempo de Espera na Unidade, o qual esta Gerência avaliou como pertinente ([114666840](#)), sugerindo análise complementar pela SAIS, bem como prestação de informações adicionais pelo Contratado, com apresentação de cronograma de forma a tornar claro o que já foi realizado e o que está programado. Assim, cabe pontuar que os dados do 2º quadrimestre/2023 serão monitorados de forma a verificar o impacto das ações, caso implementadas, no alcance da meta.

## 2.9. Recomendações

Apesar da previsão imposta contratualmente de apresentação de memória de cálculo para os indicadores, estes não foram adequadamente disponibilizados, uma vez que não há informações sobre a que se referem os numeradores e os denominadores. Desta forma, reitera-se a necessidade de disponibilização dos dados e dos comprovantes de acordo com os documentos listados no item 2 do presente Relatório.

Sugere-se, ainda, que:

a) Os indicadores qualitativos tenham pontuação passível de desconto pelo não cumprimento das metas pactuadas, com periodicidade de aferição quadrimestral, em alinhamento com a sugestão proposta para as metas quantitativas; e

b) O Instituto apresente os dados relativos ao indicador Resolubilidade da Ouvidoria em alinhamento com a fórmula solicitada pela área técnica no Despacho - SES/CONT/OUV [110109071](#).

## 3. PRODUÇÃO SIA/SUS

Para fins de registro e acompanhamento das produções da UPA CEILÂNDIA II, segue abaixo quadro resumido de procedimentos realizados no 1º quadrimestre/2023, disponível no módulo Produções RAQ — SIA, do Menu Gestor/InfoSaúde - DF:

Quadro 3.1: Produção SIA/SUS — UPA Ceilândia II

Grupo	Total
03 - Procedimentos Clínicos	80.928
02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	60.532
01 - Ações de Promoção e Prevenção em Saúde	589
04 - Procedimentos Cirúrgicos	117
<b>Total</b>	<b>142.166</b>

[Adaptado de: <https://info.saude.df.gov.br/producao/>]

## 4. COMISSÕES

### 4.1. Termos Contratuais

Dispõe o Contrato de Gestão nº 021011/2021 ([70531100](#)):

CLAÚSULA DÉCIMA OITAVA - DOS RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO (PRESTAÇÃO DE CONTAS):

I - Os Relatórios Mensais de Prestação de contas (...) b) conterão dados referentes à execução orçamentária do mês encerrado:

(...) **Relação das Comissões e Comitês descritos no Plano de Trabalho apresentando a periodicidade das reuniões;**

(...) ANEXO II - PLANO DE AÇÃO



(...) REQUISITOS GERAIS PARA A EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

São condições mínimas necessárias para a execução do Contrato de Gestão:

(...) **Constituir legalmente e manter em pleno funcionamento as seguintes Comissões e Comitês: Comissão de Óbitos; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar– CCIH; Comissão de Revisão de Prontuários; Comissão de Ética Médica e Comissão de Ética de Enfermagem.**

[Grifado]

#### 4.2. Legislação Vigente

- **Comissão de Avaliação de Óbitos:** [Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.171 de 30 de outubro de 2017 \(64139892\)](#).
- **Comissão de Controle de Infecção:** [Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998](#), do Ministério da Saúde ([64141161](#)).
- **Comissão de Revisão de Prontuários:** [Resolução do CFM nº 1.638 de 09 de agosto de 2002 \(64146105\)](#).
- **Comissão de Ética Médica:** [Resolução CFM nº 2.152 de 30 de setembro de 2016 \(64146978\)](#).
- **Comissão de Ética de Enfermagem:** [Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 593, de 05 de novembro de 2018 \(64147898\)](#).

#### 4.3. Análise dos dados apresentados

Conforme subitens 4.1 e 4.2 acima, a formação e o funcionamento de comissões são exigências tanto contratuais quanto da legislação vigente.

Os relatórios de prestação de contas de janeiro, fevereiro, março e abril não contêm todas as informações necessárias para uma análise completa. Conforme registrado nos relatórios anteriores, é necessário que o Contratado informe: se houve alterações no regimento ou na composição/membros; justificativas para inobservância da periodicidade das reuniões estipulada regimentalmente para cada Comissão; justificativas para outros eventuais descumprimentos de legislação ou de cláusula contratual relacionada a Comissões.

No que tange a UPA Ceilândia II, foram recebidos nesta GATCG os processo relativos a prestação de contas das seguintes comissões:

- Comissão de Análise de Óbitos — [04016-00110410/2022-63](#);
- Comissão de Controle de Infecção — [04016-00110443/2022-11](#);
- Comissão de Revisão de Prontuários — [04016-00110445/2022-01](#);
- Comissão de Ética de Enfermagem — [04016-00110450/2022-13](#).

Com as informações e comprovantes disponibilizadas, verificou-se:

**Quadro 4.1: Resumo do funcionamento das comissões — UPA CEILÂNDIA II**

Comissão	Regimento	Composição	Reuniões	Análise
Comissão de Análise de Óbitos	Doc. <a href="#">83292607</a> Publicação: 21/06/2021	Doc. <a href="#">100467511</a> Publicação: 26/04/2022	Periodicidade: Mensal Reuniões: 09/01, 08/03, 17/04	<b>Funcionamento irregular:</b> não houve plena observância à periodicidade mensal de realização de reuniões estipulada no regimento.
Comissão de Controle de Infecção	Doc. <a href="#">107698995</a> Publicação: 21/06/2021	Doc. <a href="#">100480130</a> Publicação: 26/04/2022	Periodicidade: Semestral Reunião: não informada	<b>Funcionamento regular.</b>
Comissão de Revisão de Prontuários	Doc. <a href="#">107699999</a> Publicação: 21/06/2021	CE.RNS.004 <a href="#">100480326</a> Publicação: 26/04/2022	Periodicidade: Mensal Reuniões: 08/02, 10/03	<b>Funcionamento irregular:</b> não houve plena observância à periodicidade mensal de realização de reuniões estipulada no regimento.
Comissão de Ética Médica	<b>Doc. não apresentado</b>	<b>Doc. não apresentado</b>	<b>Docs. não apresentados</b>	<b>Não constituída.</b>
Comissão de Ética em Enfermagem	Doc. 107697344 Publicação: 23/06/2021	Minuta <a href="#">100482019</a> Não datado, assinado ou publicado	Periodicidade: Mensal Reuniões: não informadas	<b>Funcionamento irregular:</b> não houve plena observância à periodicidade mensal de realização de reuniões estipulada no regimento.

#### 4.4. **Recomendações**

- a) Constituir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Ética Médica;
- b) Prestar observância à periodicidade de realização de reuniões estipulada para cada Comissão nos regimentos e nas normas regulamentadoras;
- c) Passar a informar no Relatório de Prestação de Contas Mensal: se houve alterações no regimento ou na composição/membros; justificativas para eventual inobservância da periodicidade das reuniões estipulada regimentalmente para cada Comissão; justificativas para outros eventuais descumprimentos de legislação ou de cláusula contratual relacionada a comissões;
- d) Nos processos de prestação de contas específicos acima mencionados, continuar acostando, tempestiva e continuamente, comprovantes referentes às atividades realizadas, quais sejam: regimento, designação de membros e atas de reunião.

### 5. **PESSOAL**

#### 5.1. **Dimensionamento de Pessoal**

O Plano de Trabalho (Anexo I do Contrato de Gestão) trouxe:

5.1 (...) A assistência será prestada, em regime de plantão, pelas equipes: médica, enfermagem, nutrição, farmacêuticos, assistentes sociais, técnicos administrativos, técnicos de radiologia, analistas e técnicos de laboratório dentre outros

(...) 5.3. Dimensionamento de Recursos Humanos

O Dimensionamento de Pessoal a ser contratado, será por categoria profissional, carga horária semanal e quantidades, além das equipes assistenciais mínimas - técnica, administrativa e gerencial - necessárias para a execução das atividades propostas.

De acordo com o levantamento realizado pela Superintendência da Unidade de Atenção Pré-Hospitalar – SUPPH do IGESDF, tem-se abaixo a Tabela de dimensionamento de pessoal idealizado para gestão de uma UPA 24H, PORTE 1, Opção 3.

Tabela 4 - Dimensionamento de Pessoal para UPA 24h Ceilândia II - PORTE I

Cargo	Quantitativo Total
Gerente - Assistência	1
Coordenador - Médico- Assistência Pré-Hospitalar	1
Médico plantonista 24h - dia	14
Médico plantonista 24h - noite	7
Coordenador- Enfermagem - Assistência Pré-Hospitalar	1
Enfermeiro 36h - dia	18
Enfermeiro 36h - noite	10
Técnico de enfermagem 36h - dia	27
Técnico de enfermagem 36h - noite	16
Coordenador - Multiprofissional - Assistência Pré-Hospitalar	1
Analista de laboratório 36h - dia	6
Analista de laboratório 36 - noite	2
Artífice 44h	1
Assistente administrativo	4
Assistente social 30h	3
Auxiliar de farmácia 40h	4
Farmacêutico 44h - dia	2
Farmacêutico 44h - noite	2
Nutricionista 40h	3
Técnico de laboratório 36h - dia	6
Técnico de laboratório 36h - noite	5
Técnico de Radiologia 24h - dia	4
Técnico de Radiologia 24h - noite	4
Fisioterapeuta 30h - dia	3
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>

#### 5.2. **Dados Fornecidos nos Processos de Prestação de Contas e Análise**

A partir da prestação de contas de novembro/2022, o Contratado passou a informar a carga horária contratual de cada colaborador. Todavia, ainda não é possível conferir se o funcionamento atende plenamente (7 dias por semana, 24 horas por dia) a todas as normas dos conselhos de classes profissionais e das legislações sanitárias, uma vez que o documento encaminhado não especifica em qual turno as horas contratadas se deram (dia e/ou noite).

Segue abaixo o comparativo entre o quantitativo previsto no Plano de Trabalho e o demonstrado nas prestações de contas mensais do IGESDF (janeiro — [113771588](#); fevereiro — [107645435](#); março — [110465211](#) e abril — [112579250](#)), destacadas as divergências encontradas.

Quadro 5.1: Quantidade de profissionais — UPA CEILÂNDIA II

CARGO	PLANO DE TRABALHO		Janeiro		Fevereiro		Março		Abril	
	QTD	CH	QTD	CH*	QTD	CH*	QTD	CH*	QTD	CH*
Gerente	1	40	1	40	1	40	1	40	1	40
Coordenador Enfermagem	1	40	1	40	1	40	1	40	zero	zero
Coordenador Multidisciplinar	1	40	1	40	1	40	1	40	1	40
Coordenador Médico	1	40	1	40	1	40	1	40	1	40
Artífice de Manutenção	1	44	zero	zero	zero	zero	zero	zero	zero	zero
Analista de Laboratório	8	288	8	288	8	288	8	288	8	288
Assistente Administrativo	4	160	4	160	4	160	4	160	4	160
Assistente Social	3	90	3	90	3	90	3	90	3	90
Auxiliar de Farmácia	4	160	5	200	5	200	5	200	4	160
Enfermeiro	28	1.008	28	1.008	28	1.008	28	1.008	26	936
Farmacêutico	4	176	6	216	6	216	6	216	6	216
Fisioterapeuta	3	90	zero	zero	zero	zero	zero	zero	zero	zero
Médico Plantonista	21	504	21	552	22	576	22	588	18	448
Nutricionista	3	120	3	112	3	112	3	112	3	112
Técnico de Enfermagem	43	1.548	43	1.548	42	1.512	42	1.512	44	1.584
Técnico de Laboratório	11	396	11	396	12	432	12	432	12	432
Técnico em Radiologia	8	192	8	192	8	192	8	192	8	192
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>4.936</b>	<b>144</b>	<b>4.922</b>	<b>145</b>	<b>4.946</b>	<b>145</b>	<b>4.958</b>	<b>139</b>	<b>4.738</b>

Embora o dimensionamento de pessoal das UPAs novas constantes dos Contratos de Gestão (Tabela 4 do Anexo I) não inclua serviço de auxiliares de atendimentos (que seriam todos terceirizados), as PCMs revelaram alguns auxiliares de atendimento, auxiliares administrativos e humanizar contratados diretamente pelo IGESDF, sem deixar claro se há outros funcionários desta categoria trabalhando na Unidade.

### 5.3. Dos profissionais não-previstos no Plano de Trabalho

O Anexo I dispõe, ainda, que: "*todas as Unidades de Pronto Atendimento contarão ainda com apoio técnico-gestor dos profissionais das áreas de Segurança do Trabalho e Unidade Central de Administração do IGESDF - Unidade Central de Administração, e os serviços terceirizados de: Recepcionistas, Auxiliar de Serviços Gerais, Auxiliar de Atendimento e Vigilantes*".

Embora tenha previsto tal terceirização, o Contratado informou nas Prestações de Contas Mensais:

Quadro 5.2: Profissionais não-previstos no Plano de Trabalho — UPA CEILÂNDIA II

CARGO	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril	
	QTD	CH	QTD	CH	QTD	CH	QTD	CH
Auxiliar administrativo	5	200	—	—	—	—	—	—
Auxiliar de humanização	—	—	3	120	3	120	2	80
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>200</b>	<b>3</b>	<b>120</b>	<b>3</b>	<b>120</b>	<b>2</b>	<b>80</b>

### 5.4. Dos profissionais não-contratados

Conforme demonstrado no subitem 5.1, o Plano de Trabalho determinou que a UPA Ceilândia II possuiria em seu quadro profissional um artífice de manutenção e três fisioterapeutas, mas essas lacunas nunca foram preenchidas, conforme registrado neste e em todos os relatórios analíticos anteriores.

- Artífice de Manutenção

Na Prestação de Contas de Pessoal do Contrato de Gestão nº 001/2018 de abril ([112630461](#)), o IGESDF comprova a existência de 26 (vinte e seis) Artífices de Manutenção lotados no UCAD. Diante deste fato, esta Gerência não entende o motivo que impede a lotação de um desses profissionais na UPA para a resolução da problemática e o cumprimento do plano de trabalho.

- Fisioterapeuta

A presença de fisioterapeutas em uma UPA promove acréscimos tanto à quantidade de procedimentos realizados quanto à Carteira de Serviços ([108985546](#)), o que poderia incorporar alguns dos procedimentos do grupo 03, subgrupo 02, destinados à Atenção Ambulatorial.

**Quadro 5.3: Procedimentos realizados por fisioterapeutas ambulatorialmente**

SIGTAP	PROCEDIMENTO
03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré/pós cirurgias uroginecológicas
03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em pacientes c/ disfunções uroginecológicas
03.02.02.001-2	Atendimento fisioterapêutico em paciente com cuidados paliativos
03.02.02.002-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente oncológico clínico
03.02.03.003-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós cirurgia oncológica
03.02.03.001-8	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com alterações oculomotoras centrais c/ comprometimento sistêmico
03.02.03.002-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras periféricas
03.02.04.001-3	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório com complicações sistêmicas
03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório sem complicação sistêmica
03.02.04.003-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno clínico cardiovascular
03.02.04.004-8	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós cirurgia cardiovascular
03.02.04.005-6	Atendimento fisioterapêutico nas disfunções vasculares periféricas
03.02.04.006-4	Atendimento fisioterapêutico em paciente com síndrome coronariana aguda
03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós-operatório nas disfunções músculo esqueléticas
03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras
03.02.06.001-4	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas
03.02.06.002-2	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas
03.02.06.003-0	Atendimento fisioterapêutico nas desordens do desenvolvimento neuro motor
03.02.06.004-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente c/ comprometimento cognitivo
03.02.06.005-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré/pós operatório de neurocirurgia
03.02.07.001-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente médio queimado
03.02.07.003-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimados)

Vislumbra-se, portanto, um ganho em potencial para a rede SES/DF com a incorporação de fisioterapeutas às UPAs.

#### 5.5. Recomendações

Com exceção dos profissionais citados no subitem 5.4, o quadro profissional apresentado no Contrato de Gestão parece ser suficiente para o cumprimento qualificado, de todas as metas contratuais, assim como das demais obrigações listadas. Assim, recomenda-se:

a) Reiterar ao Contratado que o quadro de profissionais deve ser mantido sempre completo, incluindo artífices e fisioterapeutas, tendo em vista o alcance das metas contratualizadas, o pleno funcionamento das comissões e a prestação de serviço de saúde com qualidade;

b) Incluir na PCM escalas dos médicos, de modo a permitir apurar o cumprimento da exigência de funcionamento ininterrupto 24 horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos, na quantidade estipulada no art. 24 da Portaria GM/MS nº 10/2017, tendo em vista a exigência do Ministério da Saúde para a habilitação e a consequente transferência de recursos para o Fundo de Saúde do Distrito Federal.

#### 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que o Contratado tenha encaminhado proposta de Plano de Trabalho para 2023, por meio do processo [04016-00063917/2022-11](#), registra-se a ausência de Termo Aditivo contendo os indicadores e as metas a serem monitoradas em 2023.

Assim, sugere-se a solicitação de providências, pelas Instâncias Superiores desta SES/DF, no tocante à revisão do instrumento contratual de forma a pactuar indicadores e metas adequadas ao monitoramento do Contrato de Gestão, bem como a corrigir erros materiais e inconsistências no texto contratual. A sugestão é de que as metas quantitativas e qualitativas sejam aferidas quadrimestralmente conforme explanado acima, ambas sendo passíveis de aplicação de descontos em virtude de não cumprimento.

Ainda, merece destaque a ausência de designação de Comissão de Acompanhamento e Avaliação - CAC-IGES para proceder com o devido monitoramento e fiscalização do Contrato de Gestão, fato este para o qual se recomenda providências com a maior celeridade possível.

#### 6.1. Indicadores Quantitativos

A Unidade atendeu as metas contratuais estabelecidas, não sendo passível aplicação de descontos, o que deve ser analisado e deliberado pelas instâncias competentes uma vez que a aplicação de descontos extrapola as competências da GATCG.

O Contratado atingiu a meta para a soma dos Atendimentos e dos Acolhimentos com Classificação de Risco, demonstrando que a UPA Ceilândia II está em condições de realizar mais Atendimentos do que o proposto. No entanto, o baixo percentual de Acolhimento (66%), quando comparado com o Atendimento, suscita a necessidade de apresentação de justificativas, pelo Contratado, e de Plano de Ação, com data de início e fim, para melhoraria do panorama

Além disso, sugere-se uma alteração na forma de cálculo dos indicadores quantitativos para que coincidam com a Portaria MS nº 10, de 3 de janeiro de 2017, de forma que hajam indicadores e metas separadas para Atendimentos e para Acolhimentos com Classificação de Risco.

#### 6.2. Indicadores Qualitativos

O Contrato de Gestão, para os resultados dos indicadores qualitativos, descreve uma tabela de conceitos que não está atrelada a nenhum tipo de sanção ou desconto. Assim, para o 1º quadrimestre de 2023, foram alcançados conceitos E em todos os meses em análise, conforme demonstrado abaixo:

Referência	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Pontuação mensal	45 pontos	45 pontos	45 pontos	45 pontos
Conceito mensal	E	E	E	E

Reitera-se a necessidade de disponibilização dos dados e dos comprovantes, pelo Contratado, de acordo com os documentos listados no item 2 do presente Relatório, bem como do encaminhamento do resultado do indicador Resolubilidade da Ouvidoria em alinhamento com a fórmula solicitada pela área técnica no Despacho - SES/CONT/OUV [110109071](#).

#### 6.3. Comissões

Recomenda-se:

- a) Constituir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Ética Médica;
- b) Prestar observância à periodicidade de realização de reuniões estipulada para cada Comissão nos regimentos e nas normas regulamentadoras;
- c) Passar a informar no Relatório de Prestação de Contas Mensal as informações contidas no item 4.4;
- d) Nos processos de prestação de contas específicos acima mencionados, continuar acostando, tempestiva e continuamente, comprovantes referentes às atividades realizadas, quais sejam: regimento, designação de membros e atas de reunião.

#### 6.4. Pessoal

Recomenda-se:

- a) Reiterar ao Contratado que o quadro de profissionais deve ser mantido sempre completo, incluindo artífices e fisioterapeutas, tendo em vista o alcance das metas contratualizadas, o pleno funcionamento das comissões e a prestação de serviço de saúde com qualidade;
- b) Incluir na PCM escalas dos médicos, de modo a permitir apurar o cumprimento da exigência de funcionamento ininterrupto 24 horas e em todos os dias da semana.

### 7. LISTA DE ANEXOS

7.1. Processo original — [04016-00065258/2021-76](#);

7.1.1. Contrato de Gestão nº 045548/2021 e 1º Apostilamento — [77163372](#) e [77818045](#);

7.1.2. Anexo I - Plano de Trabalho — [66854599](#) ;

- 7.1.3. Plano de Ação — [69805200](#);
- 7.2. Prestação de Contas IGESDF de janeiro/23 — [04016-00015322/2023-30](#);
- 7.3. Prestação de Contas IGESDF de fevereiro/23 — [04016-00025850/2023-05](#) e [107645435](#);
- 7.4. Prestação de Contas IGESDF de março/23 — [04016-00038659/2023-15](#) e [110465211](#);
- 7.5. Prestação de Contas IGESDF de abril/23 — [04016-00048988/2023-74](#);
- 7.6. Processo do relatório analítico do 2º quadrimestre/22 — [00060-00455012/2022-78](#);
- 7.6.1. Plano de Ação — [106189854](#);
- 7.6.2. Despacho SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG — [114666840](#);
- 7.7. Resolução CFM nº 2.171, de 30 de outubro de 2017 — [64139892](#);
- 7.8. Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998 — [64141161](#);
- 7.9. Resolução CFM nº 1.638, de 09 de agosto de 2002 — [64146105](#);
- 7.10. Resolução CFM nº 2.152, de 30 de setembro de 2016 — [64146978](#);
- 7.11. Resolução COFEN nº 593, de 05 de novembro de 2018 — [64147898](#);
- 7.12. Prestação de contas da Comissão de Avaliação de Óbitos — [04016-00110410/2022-63](#);
- 7.13. Prestação de contas da Comissão de Controle de Infecção — [04016-00110443/2022-11](#);
- 7.14. Prestação de contas da Comissão de Revisão de Prontuários — [04016-00110445/2022-01](#);
- 7.15. Prestação de contas da Comissão de Ética de Enfermagem — [04016-00110450/2022-13](#).

### É o Relatório.

#### Elaboração:

Carolina Pradera Resende — Farmacêutica — matrícula: 196.758-4

Línea Caroline da Silva Lima — Farmacêutica — matrícula: 1.672.315-5

Rafaela Melo Silva Monteiro — Biomética — matrícula: 1.686.659-2

#### Aprovação:

Giselle Cassiano Albo — Gerente Substituta GATCG/DAQUA — matrícula: 1.697.390-9

Iara de Sousa Cezário Jardim — Diretora DAQUA/CGCSS — matrícula: 1.443.758-9



Documento assinado eletronicamente por **GISELLE CASSIANO ALBO - Matr.1697390-9, Gerente de Avaliação Técnica-Assistencial dos Contratos de Gestão e de Resultados substituto(a)**, em 18/08/2023, às 10:23, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **IARA DE SOUSA CEZARIO JARDIM - Matr.1443758-9, Diretor(a) de Avaliação e Qualificação da Assistência**, em 18/08/2023, às 13:50, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)  
verificador= **114054550** código CRC= **9E67DA47**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF