



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 17/2023 - SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG

Brasília-DF, 23 de fevereiro de 2023

RELATÓRIO ANALÍTICO QUADRIMESTRAL – UPA CEILÂNDIA II
3º Quadrimestre de 2022

DADOS DO CONTRATO

Nº DO CONTRATO DE GESTÃO: 021011/2021 (id. 70531100)	Nº SIGGO: 044868 (id. 72043415)
OBJETO (04016-00065258/2021-76): 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.	
UNIDADE DE SAÚDE: Unidade de Pronto Atendimento de Ceilândia II, Porte I — Opção III, situada em Expansão do Setor O, QNO 21, AE D, Ceilândia/DF.	
PERÍODO DE VIGÊNCIA: 20 anos	INÍCIO: 22/09/2021 FIM: 22/09/2041

DADOS DO CONTRATADO

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

DADOS DO MONITORAMENTO

PERÍODO: 1º de setembro a 31 de dezembro de 2022.	
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2020-2023: https://igesdf.org.br/plano-estrategico-2020-2023/ e Anexo IV do Contrato de Gestão.	
PLANO DE TRABALHO: 70141257 e Anexo I do Contrato de Gestão.	
PLANO DE AÇÃO: 69805200 e Anexo II do Contrato de Gestão.	
PROCESSOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONTRATADO:	Setembro/2022: 04016-00100093/2022-77 e 04016-00096173/2022-11 ; Outubro/2022: 04016-00108559/2022-82 e 04016-00105647/2022-22 ; Novembro/2022: 04016-00118068/2022-40 e 04016-00116727/2022-11 ; e Dezembro/2022: 04016-00005212/2023-60 e 04016-00003871/2023-61 .

FUNDAMENTAÇÃO DO RELATÓRIO

O presente Relatório, elaborado pela Gerência de Avaliação Técnica-Assistencial dos Contratos de Gestão e de Resultados (GATCG/DAQUA/CGCSS/GAB/SES), refere-se à **análise do desempenho assistencial do Contratado, Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), no âmbito da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) CEILÂNDIA II, no período de 1º de setembro a 31 de dezembro de 2022**, tendo em vista a Cláusula Décima Nona do Contrato de Gestão SES-DF nº 021011/2021 (id. [70531100](#)), celebrado entre o Instituto e o Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF):

19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO A CARGO DA CONTRATANTE

19.1. A CONTRATANTE, **por meio das unidades orgânicas da SES/DF, respeitadas suas competências**, é responsável pelo acompanhamento e pela avaliação da execução do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATANTE apresentará, em até 60 (sessenta) dias após a validação dos dados de produção, **relatório analítico quadrimestral no qual deverão constar análises dos seguintes aspectos:**

I - Indicação das metas com tendência de cumprimento ou superação, com análise das razões da eventual superação;

II - Indicação das metas com tendência de não cumprimento, com análise das razões de avaliação do impacto do não cumprimento;

III - Obrigações não cumpridas por qualquer das partes e análise do impacto do não cumprimento sobre a execução do CONTRATO DE

GESTÃO;

IV - Ações que possam ser tomadas para auxiliar a execução do CONTRATO DE GESTÃO

V - Recomendações gerais que julgue necessário para a boa execução do CONTRATO DE GESTÃO.

(...) Parágrafo Terceiro. O acompanhamento e a avaliação de execução do presente CONTRATO DE GESTÃO serão realizados com base em:

- a) análise de relatórios elaborados pelo CONTRATADO relativos à execução do Plano de Trabalho Anual com comparativos entre os resultados alcançados e as metas e compromissos acordados;
- b) análises decorrentes das atividades de acompanhamento da execução do CONTRATO DE GESTÃO;
- c) avaliação do cumprimento dos Planos de Trabalho.

[Grifado]

Importante destacar que, além do Contrato de Gestão nº 021011/2021 e seus termos aditivos, 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; do Decreto Distrital nº 39.674/2019, que regulamenta o Instituto; da Portaria SES/DF nº 637/2022, que disciplina a formação e a atuação das Comissões de Acompanhamento e Avaliação, as competências das Unidades Orgânicas e áreas técnicas da SES/DF relativas ao acompanhamento dos Contratos de Gestão e Resultados, bem como orienta mecanismos de repasses financeiros dos Contratos de Gestão e Resultados celebrados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.

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.

Assim, o presente Relatório contempla os seguintes temas:

1. Indicadores de Produção;
2. Indicadores de Qualidade;
3. Outras Produções registradas no SIA/SUS;
4. Comissões;
5. Pessoal;
6. Considerações Finais; e
9. Lista de Anexos.

1. INDICADORES DE PRODUÇÃO

No que se refere aos indicadores de produção, a cláusula Décima Nona do Contrato de Gestão nº 021011/2021 ([70531100](#)) 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:

ANEXO II - PLANO DE AÇÃO (...)

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
TOTAL	9.000	36.000	108.000

[Grifado]

As produções do período foram consultadas na [Sala de Situação/InfoSaúde-DF](#), ferramenta que disponibiliza dados validados do SIA/SUS e SIH/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), apresenta-se, abaixo, 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	setembro	outubro	novembro	dezembro
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada	301060029	3.371	3.351	3.867	3.539
Atendimento Médico em UPA	301060096	3.755	3.585	4.170	3.784
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA	0301060029 + 0301060096	7.126	6.936	8.037	7.323

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, e (2) a quantidade de Acolhimentos com Classificação de Risco.

Quadro 1.2 - Indicadores de Produção - UPA CEILÂNDIA II

Indicador	Código SIGTAP	Meta Quadrimestral	setembro	outubro	novembro	dezembro	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	7.126	6.936	8.037	7.323	29.422	163,46%	54,49%
Acolhimento com Classificação de Risco	301060118	18.000	4.569	4.702	4.894	4.901	19.066	105,92%	35,31%

INDICADOR 1: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA + ATENDIMENTO MÉDICO EM UPA

UPA

Gráfico 1 - Produção em Atendimentos ao longo do tempo

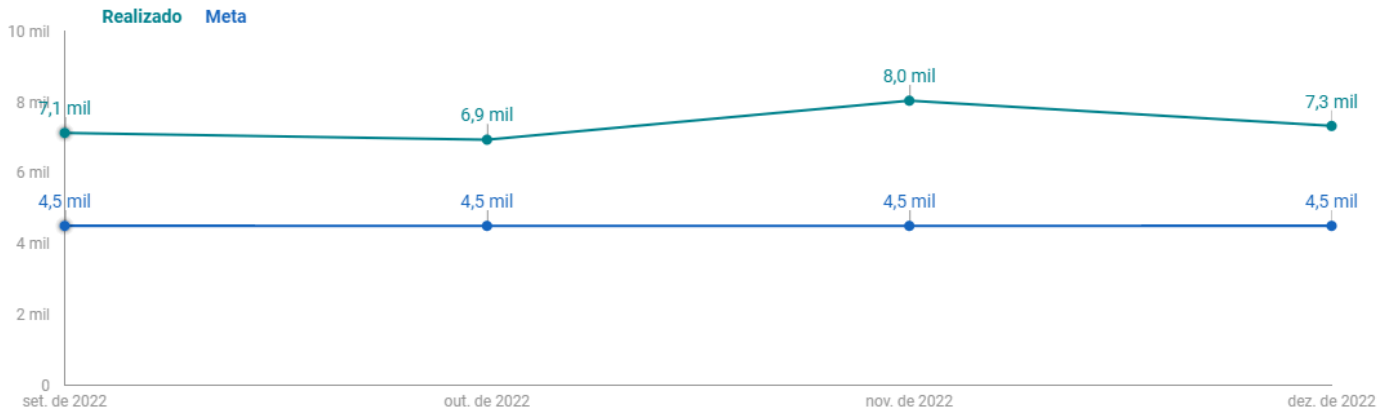
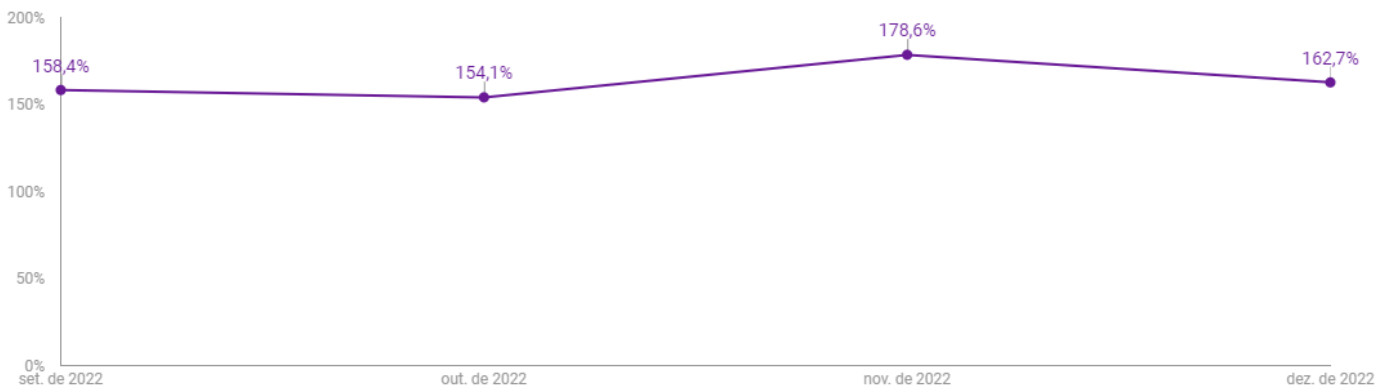


Gráfico 2 - Percentagem de Cumprimento da Meta de Atendimentos ao longo do tempo



A média de produção em **Atendimentos de Urgência c/ Observação até 24h em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA 24h de Pronto Atendimento** no 3º quadrimestre/2022 foi de **163,46%** da meta quadrimestral, desempenho superior ao observado no 1º quadrimestre/2022 (quando a média quadrimestral foi de 144% – [88324746](#)) e semelhante ao observado no 2º quadrimestre/2022 (quando a média foi de 164,25% – 96545130).

INDICADOR 2: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Gráfico 3 - Produção em Acolhimento com Classificação de Risco ao longo do tempo

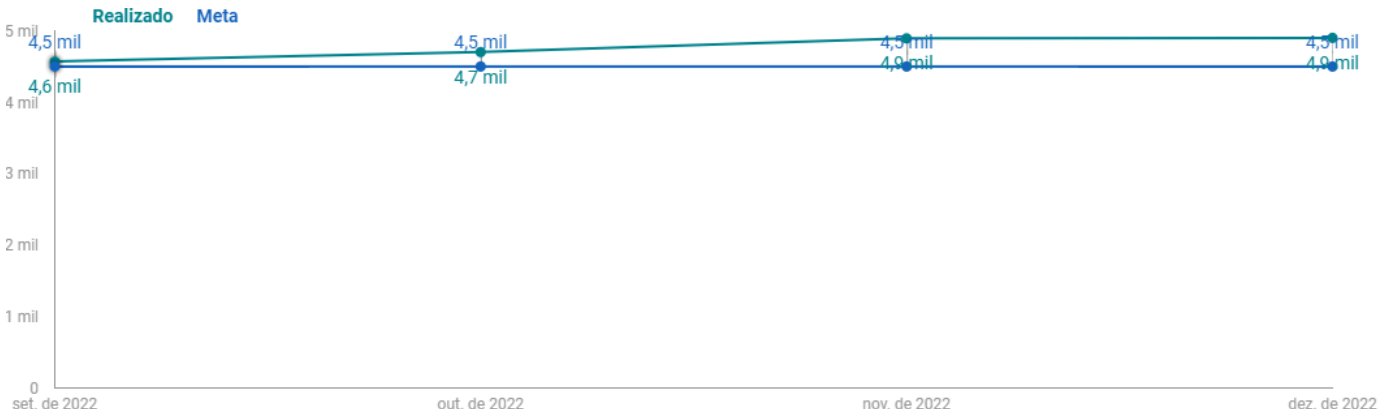
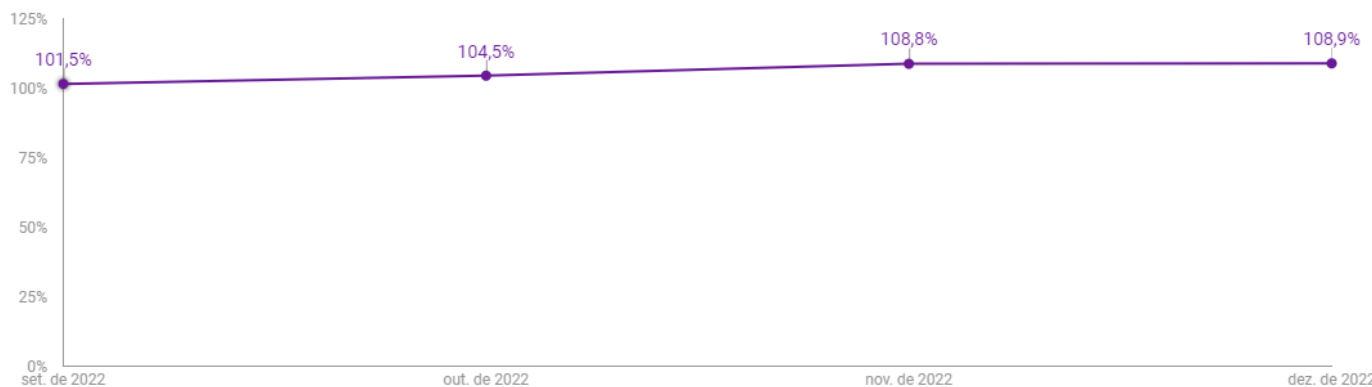


Gráfico 4 - Percentagem de Cumprimento da Meta de Acolhimento com Classificação de Risco ao longo do tempo



A média de produção em **Acolhimento com Classificação de Risco** no quadrimestre foi de **105,92%** da meta quadrimestral; desempenho superior ao observado no 1º quadrimestre (94% – id. [88324746](#)) e semelhante ao do 2º quadrimestre (106,96% – [97965411](#)).

Constata-se, todavia, que a quantidade de Acolhimento com Classificação de Risco (19.066) representa somente 64,80% dos 29.422 Atendimentos registrados no período.

Discrepâncias substanciais entre as quantidades de ATENDIMENTOS (03.01.06.002-9 + 03.01.06.009-6) e de ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (03.01.06.001-8) registradas nos sistemas de informação têm sido observadas nos Relatórios Analíticos de 2021 e 2022 relativos a todas as UPAs. No Relatório do 2º Quadrimestre ([00060-00455012/2022-78](#)), foram listadas as principais causas para tal, dentre elas, o registro de dois atendimentos para o mesmo paciente em um único dia, sendo um de ATENDIMENTO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS (03.01.06.002-9) e um de ATENDIMENTO MÉDICO EM UPA (03.01.06.009-6), conforme informado pelo Instituto por meio do Despacho da COESI/IGESDF id. [87672721](#):

(...) A depender da situação clínica do paciente, além do lançamento do código 03.01.06.009-6, poderá ser exigido também o lançamento do código 03.01.06.002-9. Nesse caso, o paciente será inicialmente classificado, seguirá para o Atendimento Médico e, não sendo possível a sua alta após consulta, permanecerá em observação para a realização de exames e/ou medicação, sendo registrado consequentemente o Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas.

Entretanto, a necessidade de lançamento do código 03.01.06.002-9 procedente do lançamento inicial do código 03.01.06.009-6 não provoca a reclassificação do paciente, fazendo com que o sistema Soul MV registre apenas 01 (uma) classificação para os 02 (dois) possíveis procedimentos realizados na UPA.

Visando esclarecimentos acerca do modo adequado de se contabilizar/registrar os Atendimentos Médicos no âmbito das Unidades de Pronto Atendimento, foi encaminhado o Despacho SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG (id. [98998247](#)) à DICS/SUPLANS e à DUAEC/CATES. A Gerência de Apoio aos Serviços de Urgência e Emergências — GASFURE/DUAEC retornou, por meio do Despacho SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE (id. [102321991](#)), com a orientação de que não devem ser registrados atendimentos duplicados dentro de um mesmo dia, conforme transcrição a seguir:

(...) Assim, informamos que, dentro de um mesmo dia, o atendimento médico realizado não deve ser registrado em duplicidade, cabendo à Unidade de Saúde realizar os ajustes dos registros efetuados em seus Sistemas de Informação de Saúde (MVSoul e BPA-I), para que reste apenas um atendimento registrado para o paciente: OU 03.01.06.009-6 OU 03.01.06.002-9. Excetua-se desta regra apenas o caso em que, de fato, o paciente atendido e liberado retorne à UPA no mesmo dia para novo atendimento.

[Grifado]

Após ser comunicado, via Ofício (id. [103078581](#)), o Instituto reforçou seu entendimento divergente ([106926511](#)), informando que compreende ser aceitável o lançamento de dois atendimentos para o paciente no mesmo dia, em tempo que solicitou consulta ao Ministério da Saúde para sanar a problemática:

(...) Portanto, é aceitável a compreensão quanto à possibilidade dos dois lançamentos para o mesmo paciente no mesmo dia, dentro do mesmo atendimento (passagem), até pelo fato de não haver, segundo o SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, incompatibilidade entre os códigos em questão, diferentemente do que diz a Gerência de Apoio aos Serviços de Urgência e Emergências, quando afirma que “dentro de um mesmo dia, o atendimento médico realizado não deve ser registrado em duplicidade”, aceitando como exceção à regra, [...] “apenas o caso em que, de fato, o paciente atendido e liberado retorne à UPA no mesmo dia para novo atendimento”, “Sic”.

Diante o exposto, encaminha-se para conhecimento e demais providências junto ao Ministério da Saúde.

[Grifado]

No dia 02/03/2023, foi realizada reunião entre as áreas técnicas desta SES/DF e do Contratado (lista de presença id. [107332120](#)), na qual houve a ratificação do posicionamento já manifestado pelas partes nos despachos citados anteriormente, sem que houvesse convergência quanto à problemática. Assim, a GASFURE/DUAEC/CATES/SAIS/SES comprometeu-se a proceder com consulta ao Ministério da Saúde, o que fora realizado por meio do Processo SEI: [00060-00119678/2023-46](#), conforme apresentado no Despacho SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE (id. [107755802](#)).

Portanto, esta GATCG aguardará os esclarecimentos daquele órgão para prosseguir com as tratativas, que poderão incluir a retificação de Relatórios anteriores, caso seja necessário.

Em atenção à meta mensal de 9.000 procedimentos estipulada na Tabela 4 do Anexo II do Contrato de Gestão, apresenta-se, a seguir, representação gráfica do total de procedimentos faturados por mês e do percentual de cumprimento da meta.

INDICADOR 3: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA + ATENDIMENTO MÉDICO EM UPA + ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Gráfico 5 - Produção em Atendimentos & Acolhimento ao longo do tempo

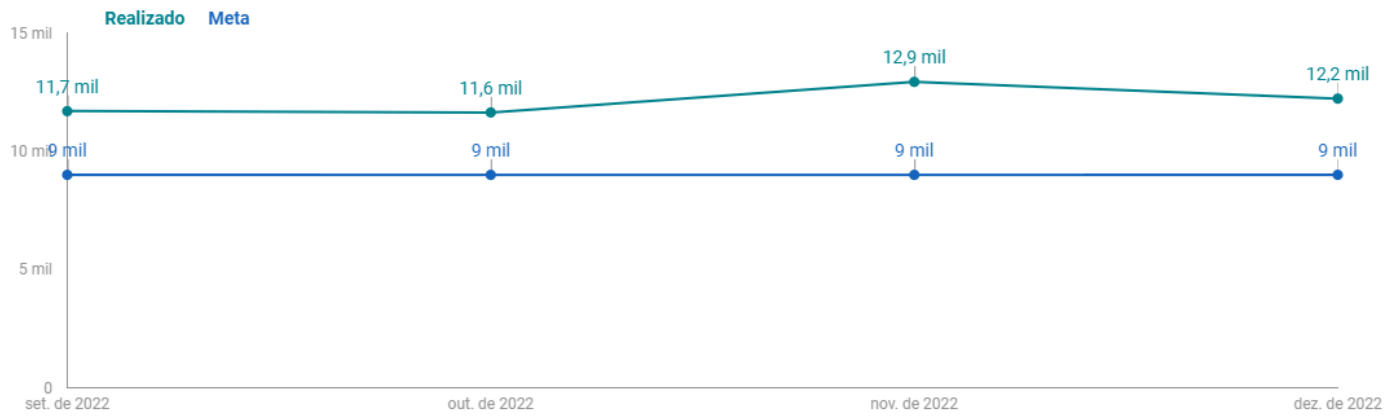
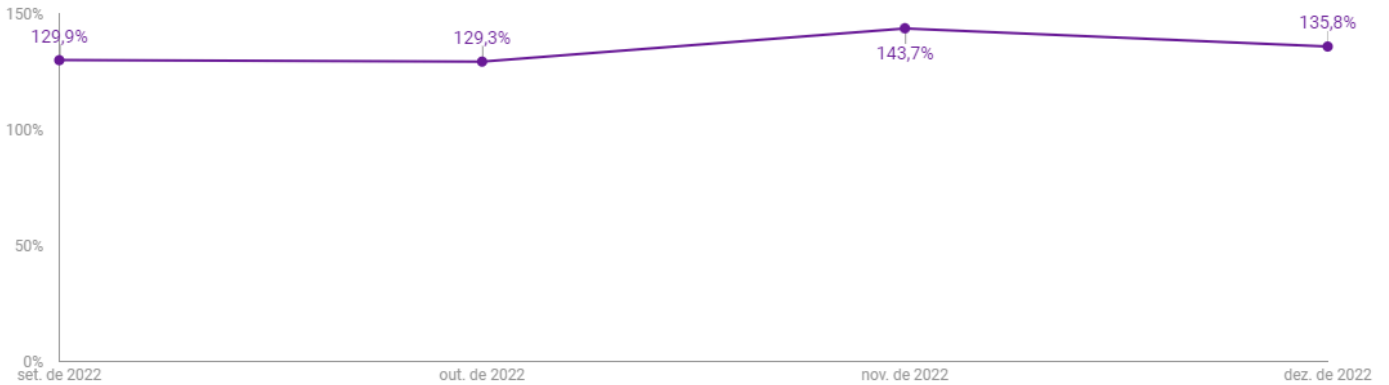


Gráfico 6 - Percentagem de Cumprimento da Meta de Atendimentos & Acolhimento ao longo do tempo



1.1. **Glosas**

O Anexo I - Plano de Trabalho do Contrato de Gestão da UPA CEI II contém apenas um parágrafo com disposições relativas a descontos por não cumprimento de metas, lá chamadas de glosas:

ANEXO I - PLANO DE AÇÃO

(...) 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.

Tal disposição é idêntica à contida no Anexo II - Plano de Ação. O Anexo II, adicionalmente, possui uma tabela com "percentual de glosas conforme produtividade" e outros dois parágrafos. Inicialmente versa:

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%

Como nas tabelas do Contrato há **três metas mensais** (meta 1: 4.500 atendimentos; meta 2: 4.500 acolhimentos com classificação de risco; meta 3: 9.000 procedimentos), poder-se-ia concluir pela possibilidade de aplicação de glosa em função do não atingimento de qualquer uma das 3 metas.

No entanto, passando-se ao parágrafo seguinte do Anexo II em busca de mais esclarecimentos, verifica-se um texto que parece ter como objetivo estipular que as glosas devam ser aplicadas somente em caso de realização de 95% ou menos dos 9.000 procedimentos (ou seja, ≤ 8.500 procedimentos), desde que se trate de erro material a menção à tabela 8 (indicadores e metas qualitativos), em vez da tabela 4 (indicadores e metas quantitativos):

Anexo II - Plano de Ação, Indicadores Quantitativos:

(...) Em que pese, a glosa supracitada refere ao **somatório** dos indicadores citados na **tabela 8**, não estando os indicadores qualitativos contemplados neste momento.

[Grifado]

Já o último parágrafo acerca do tema dispõe sobre um percentual de glosa limite que se refere à produção de Atendimentos Médicos, que sequer possui metas próprias contratualizadas (porquanto as tabelas estabelecem a meta englobando os atendimentos de urgência com observação):

Anexo II - Plano de Ação, Indicadores Quantitativos:

(...) Caso a produção de **atendimento médico mensal da unidade por atividade** situe-se abaixo de 80% da meta pactuada contratada para o mês, o Valor de Transferência referente à produtividade mensal será limitado à glosa máxima de 10%.

[Grifado]

Diante da falta de clareza do texto contratual, e, uma vez que a Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão - CAC aguarda a publicação da ordem de serviço exigida pela Portaria SES-DF nº 637/2022 (102385947) para iniciar suas atividades, apresenta-se, a seguir, cálculo de glosas considerando os parâmetros estabelecidos na Tabela 5 do Anexo II e a produtividade mensal aferida frente à meta de 9.000 procedimentos:

Quadro 1.3 - Percentuais de produtividade mensal e de glosa - UPA CEILÂNDIA II

Procedimentos	Meta mensal	Produção			
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Atendimentos + Acolhimento com classificação de risco	9.000	11.695	11.638	12.931	12.224
	100%	129,9%	129,3%	143,7%	135,8%
% GLOSA	-	Sem glosa	Sem glosa	Sem glosa	Sem glosa

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.

Há ainda outras inconsistências e problemas no texto do Contrato quanto aos cálculos para aplicação de glosas por não cumprimento de metas:

- Necessário que o Contrato seja corrigido para informar claramente se as glosas incidem sobre o valor total do repasse ou apenas sobre o valor de custeio do Contrato;
- Segundo a Tabela 5 do Anexo II, a glosa de 2% seria aplicável apenas ao intervalo $\geq 94\%$ e $\leq 95\%$, o que não segue o padrão de intervalos do restante da tabela, os quais abrangem pelo menos 3,99 pontos percentuais cada. Por fim, nas duas tabelas há intervalos não contemplados, como, por exemplo, entre 83,99% e 85%. Sugere-se a correção da tabela de glosas presente no Contrato:

ANEXO II - PLANO DE AÇÃO UPA 24H CEILANDIA

Tabela 5 - Percentual de glosa conforme produtividade

Produção $\leq 95\%$	Produção $<94\%$ e $\geq 90\%$	Produção $< 89\%$ e $\geq 85\%$	Produção $<84\%$ e $\geq 79\%$	Produção $<79\%$
Glosa de 2%	Glosa de 4%	Glosa de 6%	Glosa de 8%	Glosa de 10%

Alguns desses apontamentos já foram registrados em Relatórios Analíticos anteriores (Anual 2021 — [80875751](#), 1º quadrimestre/2022 — [88324746](#) e 2º quadrimestre/2022 — [97965411](#)), assim como nos Relatórios das demais UPAs, os quais foram apresentados ao Gabinete da SES/DF e à Secretaria-Adjunta de Gestão da SES/DF ([84689051](#) e [94429960](#)). Foram reportados também de forma detalhada à CGCSS no Despacho [80851884](#). Porém, até o presente momento, os Contratos de Gestão permanecem sem as devidas correções.

Assim sendo, são exaradas as seguintes recomendações:

a) Roga-se por celeridade na correção dos erros materiais e da ausência de informações apontadas nos Relatórios supramencionados, pelas instâncias superiores desta SES/DF, visando a correta compreensão e aplicação das disposições contratuais no tocante às glosas aferidas para 2022;

b) Sugere-se que haja uniformização nas condições de acompanhamento e avaliação de todos os Contratos de Gestão firmados com o IGESDF para operacionalização de Unidades de Pronto Atendimento; incluindo indicadores de produção e de qualidade equivalentes para todas as UPAs (que coadunem com a atual opção de custeio delas), assim como o sistema de pontuação e a periodicidade de apuração; e

c) Considerando que a esta Gerência cabe tão somente avaliar a produção dos serviços executados pelo Contratado para que os setores competentes procedam com eventual glosa, recomenda-se encaminhamento das problemáticas aqui abordadas para conhecimento da DCGCA/CGCSS.

2. INDICADORES DE QUALIDADE

No que se refere aos indicadores e às metas de qualidade, 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 altíssima 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	$\geq 90\%$	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	$\geq 90\%$	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)	$\leq 1\%$	10
6.	Resolubilidade da Ouvidoria	Soma de manifestações resolvidas ÷ Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas X 100	$\geq 90\%$	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.

Ademais, as informações necessárias para a apuração destes indicadores (dados referentes ao numerador e ao denominador) devem ser extraídas pelo IGESDF e apresentadas à SES/DF em processos de prestação de contas mensais, pois a maior parte delas não são disponibilizadas em bases de dados públicas.

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

Ademais, em observância aos princípios da Publicidade, Transparência, Indisponibilidade do Interesse Público e Motivação, objetivando avaliar corretamente a execução contratual de modo a viabilizar tomada de decisão pelas autoridades competentes por elaborar as políticas de saúde do Distrito Federal, por meio do Documento SEI [89160441](#), esta Gerência solicitou a apresentação de comprovantes dos dados relatados em Prestação de Contas Mensais (PCMs).

Nos processos de Prestação de Contas Mensal, o Contratado registrou ([103622848](#), [104998482](#), [105850883](#) e [105588037](#)):

(...) informamos que a demanda relativa aos comprovantes dos indicadores está em construção, tendo em vista a necessidade de validação de todos as respostas encaminhadas pelas áreas técnicas. Cabe ressaltar que nem todos os comprovantes foram entregues e que a análise dos materiais solicitados requer tempo considerável, em razão das características e especificidades da demanda e disponibilidade de pessoal na atual equipe da COESI.

Contudo, até o momento da emissão deste Relatório, não haviam sido disponibilizados nos moldes solicitados os comprovantes relativos a **Taxa de Mortalidade, Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciado da UBSs, Solicitação de Regulação de Paciente de Sala Vermelha, Resolubilidade da Ouvidoria, Percentual de GAEs Abertas Classificadas e Percentual de Pacientes Classificados Atendidos.**

Recomenda-se que, mais uma vez, o Contratado seja instado a apresentar os comprovantes conforme solicitado.

Não obstante, tendo em vista não extrapolar os prazos contratuais definidos para a confecção do presente Relatório, apresenta-se a seguir quadro preenchido com os dados informados pelo IGESDF nas Prestações de Contas Mensais, ressalvando-se que, após apresentação de comprovante, os resultados apurados (e consequentemente a pontuação) poderão sofrer alterações.

Quadro 2.1 - Indicadores Qualitativos da Tabela 6 do Anexo II do Contrato de Gestão - UPA CEILÂNDIA II

Mês		setembro		outubro		novembro		dezembro		
Indicador		Meta	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos
Tabela 6 do Anexo II do CG	Tempo de espera na Urgência e Emergência com Classificação Amarela	≤ 60 minutos	106	0	120	0	79	0	144	0
	Tempo de espera na Urgência e Emergência com Classificação Verde	≤ 120 minutos	239	0	256	0	153	0	262	0
	Taxa de Mortalidade	≤ 1%	0,37%	10	0,17%	10	0,12%	10	0,21%	10
	Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados das UBSs	≥ 90%	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15
	Solicitação de Regulação de Paciente da Sala Vermelha	≥ 90%	20,00%	0	18,00%	0	41,00%	0	38,00%	0
	Resolubilidade da Ouvidoria	≥ 90%	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0
	Pontuação Total / Conceito			25 pontos - Conceito E		25 pontos - Conceito E		25 pontos - Conceito E		25 pontos - Conceito E
Tabela 8 do Anexo II do CG	Percentual de GAEs Classificadas	100%	96,46%	N/A	96,01%	N/A	95,99%	N/A	93,66%	N/A
	Percentual de Pacientes Classificados Atendidos	90%	82,74%	N/A	82,98%	N/A	88,73%	N/A	81,10%	N/A

*Dados de novembro para Percentual de GAEs Abertas Classificadas e Percentual de Pacientes Classificados Atendidos apresentados no [105850883](#).

2.1. Indicadores de Qualidade

Gráfico 7 - Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação AMARELA ao longo do tempo

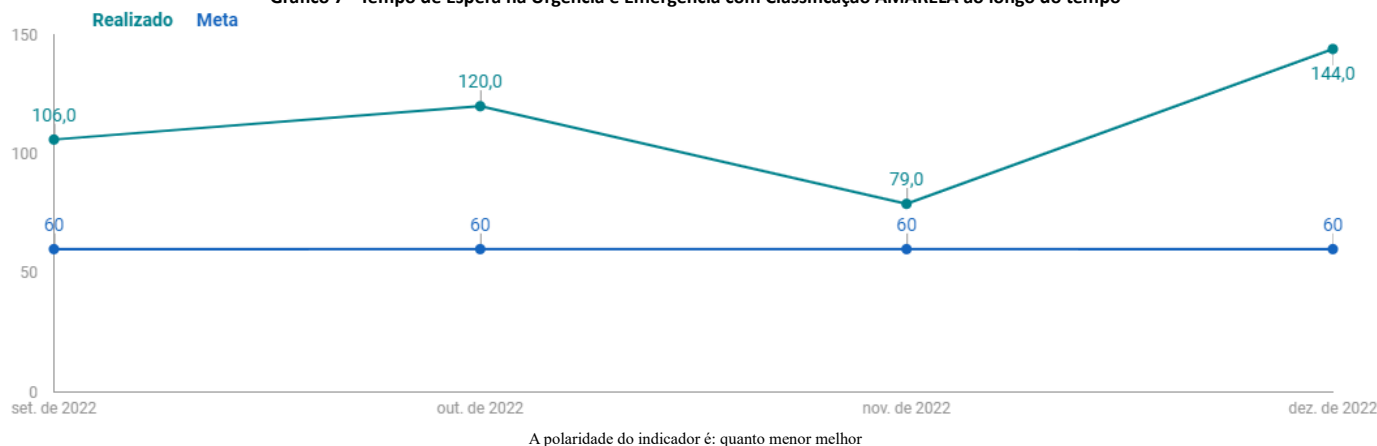
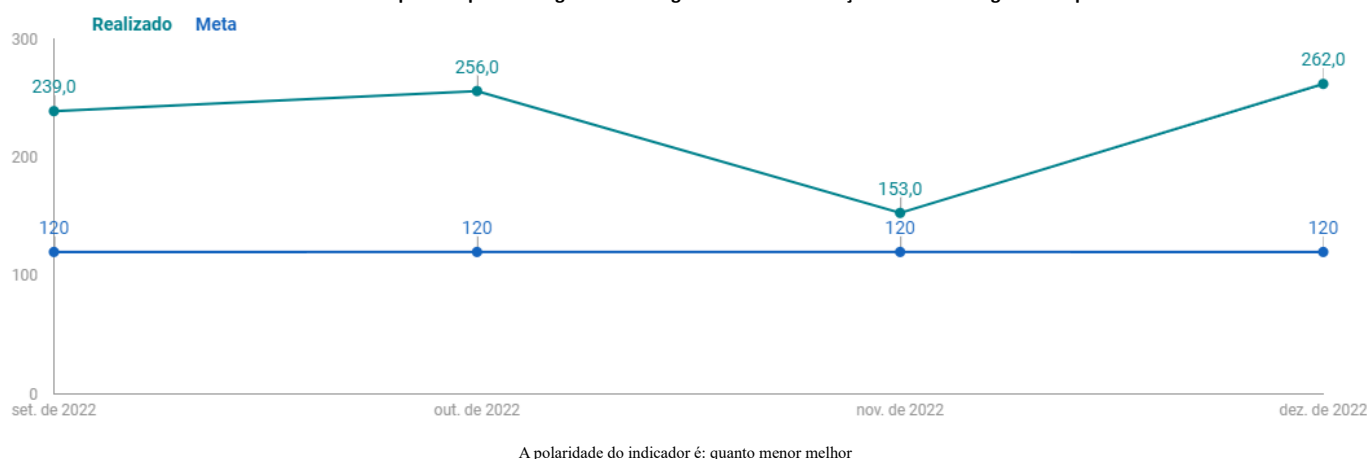


Gráfico 8 - Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação VERDE ao longo do tempo



As metas referentes aos indicadores **Tempo de Espera de Urgência com Classificação Amarela** e **Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Verde** não foram alcançadas em todos os meses do quadrimestre em análise (do mesmo modo que aconteceu no 1º e no 2º quadrimestres), tendo o Contratado apresentado em suas PCMs as seguintes justificativas:

- Setembro, id. [98352121](#):

Classificação Amarela:

"Redução de aproximadamente 5% no quantitativo de pacientes acolhidos e classificados em amarelo e redução de 6% no número de pacientes atendidos em Sala Vermelha, totalizando assim 74 pacientes atendidos em Sala Vermelha.

3% de aumento no número de pacientes classificados em laranja, aumento de 2% no número de pacientes classificados como azul e uma leve redução de 2% dos pacientes acima de 24h na unidade (internados).

O tempo de permanência em Sala Vermelha consolidado no mês de Setembro foi de 2,0 dias, mantendo a Taxa de Ocupação da Sala Vermelha em 135%. Destaca-se aumento expressivo na Taxa de Ocupação em todas as salas, devido à falta de leito de retaguarda.

Aumento de 16% no número de colaboradores afastados com atestado médico, totalizando 17 profissionais e redução de 8% no número de dias de afastamento (66 dias). Redução de 10% nas solicitações de exames de dengue e aproximadamente 24% de aumento na solicitação de exame COVID (quando comparado ao mês passado) e de 11% no número de exames de RX realizados na unidade.

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 aproximadamente 29% do total de atendimentos. A unidade mantém uma média mensal de 1h43m durante o ano.

Houve 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 ficaram ocupadas com pacientes que aguardam transferência, parecer, medicação ou exame de imagem.

Aumento de 23% no número de casos psiquiátricos. A ausência de leito em hospital de retaguarda para esse perfil impacta na assistência prestada, visto a demanda dispensada pela equipe, sendo necessário aguardar o leito na UPA.

A UPA Ceilândia II atendeu aproximadamente 59% a mais de pacientes que a meta mensal definida.

Em relação ao tempo de atendimento, o impacto direto é relacionado ao quadro de profissionais de enfermagem (Turnover e Absenteísmo) e a ausência do leito de retaguarda, os quais impactam na assistência prestada dentro da unidade e no atendimento de porta, visto que o leito, poltronas e cadeiras ficam ocupadas com pacientes aguardando transferência, parecer, medicação ou exame de imagem.

A unidade soma diariamente esforços para garantir o atendimento humanizado pautado na segurança do paciente e integralidade dos familiares e acompanhantes."

Classificação Verde:

"No mês de Setembro, o tempo de permanência dentro da sala vermelha foi de 2,0 dias, da sala amarela foi de 2,8 dias e da sala verde foi de 2,5 dias, impactando na assistência e Índice de Renovação de Leitos na unidade.

A assistência aos pacientes amarelo, laranja e vermelho demanda tempo de espera para desfecho clínico, resultado laboratorial, medicação de média e/ou longa duração, procedimentos invasivos e transferência ao hospital de referência/retaguarda.

Em relação ao mês anterior, destaca-se redução de 4% de pacientes recebidos via SAMU/BOMBEIRO, totalizando 137 pacientes.

O paciente VERDE contabilizou 36% no total de atendimentos na unidade no mês de setembro. A UPA Ceilândia II atendeu aproximadamente 59% a mais de pacientes que a meta mensal definida.

Em relação ao tempo de atendimento, o impacto direto é relacionado ao quadro de profissionais de enfermagem (Turnover e Absenteísmo) e a ausência do leito de retaguarda, impactando na assistência prestada e no atendimento de porta, pois leito, poltronas e cadeiras ficaram ocupados com pacientes que aguardavam transferência, parecer, medicação ou exame de imagem.

A unidade soma diariamente esforços para garantir o atendimento humanizado pautado na segurança do paciente e integralidade dos familiares e acompanhantes."

- Outubro, id. [100099761](#):

Classificação Amarela:

"Houve aumento no número de pacientes classificados: verde (2%), azul (120%), bem como aumento de 6% dos pacientes acima de 24h na unidade ('internados').

A unidade atendeu 54% a mais de pacientes que a meta definida pelo porte e opção e foram acolhidos/classificados 4% a mais que a meta definida.

Em relação ao tempo de permanência, o mês finalizou com os seguintes resultados: Sala Vermelha (2,1 dias), Sala Amarela (4,3 dias) e Sala Verde (1,8 dias).

Em resumo, no mês de outubro, houve aumento expressivo em todas as salas, devido à ausência de leito de retaguarda. Ocorreram somente 39 transferências no mês.

Também observou-se aumento de aproximadamente 9% no número de solicitação de exames, quando comparado ao resultado apurado no mês anterior.

Destaca-se que 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 28% do total de atendimentos e a unidade mantém uma média de 1h45min durante o ano.

Além disso, é importante considerar o aumento na gravidade dos pacientes dentro da unidade, bem como ausência do leito de retaguarda, que impactam na assistência prestada no atendimento de porta, pois leitos/cadeiras/poltronas ficam ocupadas com pacientes que aguardam transferência, parecer, medicação ou exame de imagem.

No mês de outubro, o link de internet apresentou instabilidade, sendo necessário iniciar contigência manual, o que contribuiu para o aumento do tempo de espera.

Por fim, a unidade soma diariamente esforços para garantir o atendimento humanizado pautado na segurança do paciente e integralidade dos familiares e acompanhantes."

Classificação Verde:

"O paciente VERDE contabilizou 35% do total de atendimentos na unidade.

Identificou-se piora no tempo de atendimento (quando comparado ao mês anterior).

Vale lembrar 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.

No mês de outubro, o link de internet apresentou instabilidade, sendo necessário iniciar contigência manual, contribuindo para o aumento do tempo de espera.

Por fim, a unidade soma diariamente esforços para garantir o atendimento humanizado pautado na segurança do paciente e integralidade dos familiares e acompanhantes."

Novembro, id. [102033009](#):

Classificação Amarela:

"Em relação ao mês anterior, foi evidenciado um aumento de aproximadamente 8% no número de pacientes acolhidos e classificados em amarelo, apresentando uma redução de 40 minutos em relação ao mês anterior no tempo de atendimento. Destacam-se aumento comparado ao mês anterior no número de pacientes classificados em verde 5%, azul 58%, Laranja 31%, Vermelho 22% e 13% de pacientes internados. Ressaltamos que unidade atendeu 79% a mais de pacientes que a meta definida pelo porte e opção e acolhemos e classificamos aproximadamente 9% a mais que a meta definida. O paciente AMARELO contabilizou 28% do total de atendimentos.

A unidade mantém uma média de 1h43m no acumulado do ano de 2022 em relação ao tempo de espera, evidenciado um aumento de 13% de pacientes encaminhados via SAMU/BOMBEIRO, e aumento de 48% no quantitativo de pacientes psiquiátricos em relação ao mês anterior.

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"

Classificação Verde:

"Vale lembrar 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.

Por fim, a unidade soma diariamente esforços para garantir o atendimento humanizado pautado na segurança do paciente e integralidade dos familiares e acompanhantes."

Dezembro, id. [103888023](#)

Classificação Amarela:

"Redução de aproximadamente 10% no número de pacientes acolhidos e classificados em amarelo. Também houve aumento de 01 hora em relação ao mês anterior no tempo de atendimento. A justificativa ocorreu devido à taxa de absenteísmo e turnover (total 15 profissionais afastados de atestado médico), totalizando 118 dias de afastamento (27% relacionado ao profissional médico e 03 pedidos de desligamentos médicos sem cumprimento de aviso). Sem dúvida, esse cenário impactou no tempo de atendimento de porta.

Em relação ao mês anterior, houve aumento no número de pacientes classificados em laranja (1%) e vermelho (45%).

Ressaltamos que unidade superou 63% da meta definida segundo porte e opção da unidade, classificando 9% a mais da meta de classificação de risco.

Em relação ao tempo de permanência: sala vermelha (2,9 dias), sala amarela (4,3 dias), sala verde (1,8 dias).

No mês de Dezembro, todas as salas apresentaram ocupação máxima, devido à ausência de leito de retaguarda (33% transferências no mês).

Evidenciou-se aumento no número de solicitação de exames de dengue (aproximadamente de 80% e evidenciado aumento aproximado de 100% na solicitação de exames para COVID. Aumento de 30% no quantitativo de exames de RX realizados (quando comparado ao mês passado) e aumento de 10% no número de pareceres. 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 26% do total de atendimentos. A unidade mantém uma média de 1h46min no acumulado do ano de 2022.

Destaca-se também aumento de 31% dos pacientes encaminhados via SAMU/BOMBEIRO.

Aumento na gravidade dos pacientes dentro da unidade, bem como ausência do leito de retaguarda, inferindo na assistência prestada no atendimento de porta, pois 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 e acompanhantes."

Classificação Verde:

"O paciente VERDE contabilizou 36% do total de atendimentos na unidade.

Identificou-se um aumento no tempo de atendimento (quando comparado ao mês anterior), de 1h:49m. A justificativa ocorreu devido a taxa de absenteísmo e turnover, total 15 profissionais afastados de atestado médico, totalizando 118 dias de afastamento, em relação a este número, 27% relacionado ao profissional médico, e três pedidos de desligamentos médicos sem cumprimento de aviso, impactando no tempo de atendimento de porta. Destacam-se aumento comparado ao mês anterior no número de pacientes classificados em Laranja 1% e Vermelho 45%. Ressaltamos que unidade atendeu 63% a mais de pacientes que a meta definida pelo porte e opção e acolhemos e classificamos aproximadamente 9% a mais que a meta definida.

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."

O tempo médio de espera pode dar importantes indícios sobre o desempenho do Contratado quanto à prestação do serviço de saúde na unidade gerida. Cabe ressaltar, no entanto, que diversos fatores podem interferir no tempo de atendimento em saúde e, conseqüentemente, na formação de filas.

Dentre as principais justificativas apresentadas pelo Contratado estão a falta de leitos de retaguarda e a dificuldade com o quadro de pessoal em virtude de afastamentos.

Neste aspecto, cabe salientar que são obrigações do Contratado "*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*", bem como "*Promover a seleção e contratação de pessoal efetivo mediante processo de seleção para admissão de pessoal*", sendo os recursos financeiros repassados por força do Contrato de Gestão destinados às despesas com manutenção e funcionamento das Unidades, incluindo o pagamento de pessoal e de seus respectivos encargos.

Desta feita, recomenda-se que o Instituto seja instado a apresentar Plano de Ação para melhoria dos índices de *turnover* e de absenteísmo na Unidade, com responsáveis e prazos para sanar a problemática.

Além disso, registra-se que, nos autos do processo em que foi emitido o Relatório Analítico do 2º quadrimestre/2022 ([00060-00455012/2022-78](#)), em 06/03/2023, a Superintendência da Unidade de Atenção Pré-Hospitalar do IGESDF acostou o seguinte Plano de Ação ([106189854](#)) para Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação VERDE e Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação AMARELA:

Nº	O que fazer?	Por que fazer?	Como fazer?	Quando fazer?	Onde Fazer?	Quanto Custa?	Quem vai fazer?	Situação	PRAZOS	
	(What?)	(Why?)	(How?)	(When?)	(Where?)	(How Much?)	(Who?)	(Status)	INÍCIO	FIM
1	Implantação do Projeto Humanizar 24 horas.	Acolhimento humanizado, promover a qualidade e segurança na informação dos atendimentos junto ao usuário.	1- Orientar o usuário na chegada a UPA em relação a retirada da senha, quadra de profissionais escalados, direcionar em caso de dúvidas a rede credenciada. 2- Orientar sobre a para chamada em painel eletrônico para abertura de GAE, classificação e atendimento médico	Durante todo o horário de funcionamento da unidade	Recepção	A calcular	IGESDF/ SUPPH / Gerência de Atendimento	Aguardando validação para contratação e preenchimento do quadro de profissionais	01/03/2023	CONTÍNUO
2	Realizar o contrarreferenciamento dos usuários para os serviços da rede, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe de atenção básica ou de referência	Aumento do giro de leitos e diminuição do tempo de permanência na unidade	Levantamento precoce das necessidades e inserção dos pacientes no sisleitos	Sempre que houver critérios clínicos de necessidade de investigação clínica e/ou tratamento prolongado	SISLEITOS	A calcular	Médicos e Enfermeiros	Implementado	01/03/2023	Diariamente

3	Rever protocolos, fluxos e instrumentos de registros, para melhorar a capacidade de comunicação e garantir a reavaliação e/ou alta qualificada em menor tempo	Aumento do giro de leitos e diminuição do tempo de permanência na unidade	Discussão no Round diário e atualização do campo de pendências do KANBAN	Todos os dias às 14:00	Espaço de Ensino	A calcular	Equipe Multiprofissional	Implementado	01/03/2023	01/06/2023
4	Dimensionar recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço	Garantir a qualidade na assistência.	Realizar melhor dimensionamento de recursos humanos e equipamentos em geral de acordo com necessidade de atendimento / demanda	Diariamente	Escala de Serviço e Distribuição Diária	Sem custo fora o previsto em folha	Gerente e Coordenações	CONTÍNUO	MENSALMENTE	Mensal
5	Recapacitar Enfermeiros conforme o Protocolo Manchester	Recapacitar 28 enfermeiros	1- Recapacitar à equipe assistencial com o Protocolo de Classificação de Risco Manchester.	Periodicidade trimestral	UPA Ceilândia II	Sem custo fora o previsto em folha	Coordenação de Enfermagem e Gerente	Aguardando	01/04/2023	Trimestral
6	Taxa de assertividade na classificação	Avaliar a assertividade na classificação do usuário atendido.	1- Avaliação de 5% no total de classificações no sistema MV, o processo será avaliado pela comissão de prontuário visando alcançar uma meta > 95%.	Mensal	UPA Ceilândia II	Sem custo fora o previsto em folha	Comissão de Prontuários	Aguardando	01/04/2023	Trimestral
7	Monitorar a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração via comunicação com a engenharia clínica.	Evitar problemas de comunicação das unidades relacionados ao mau funcionamento de equipamentos, bem como calibração e problemas com instalações.	Planejamento realizado com a equipe de engenharia clínica. Encontra-se pendente a contratação de um técnico de enfermagem de 36H já requisitado pela COENF.	Mensalmente conforme cronograma de manutenção predial e sempre que houver necessidade	UPA CEI II	A calcular	Equipe da engenharia clínica.	Em andamento	01/01/2023	31/12/2023
8	Cumprir protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia medicamentosa.	Garantir a administração segura do medicamento (dupla checagem, identificação de medicamentos de alta vigilância, controles de temperatura e umidade, calibração e validação da geladeira). Assegurar o uso racional de antimicrobianos. Farmácia realizará o controle do uso e rastreabilidade de psicotrópicos.	Elaborar POPs, rotinas multidisciplinares não existentes nas Unidades de Pronto Atendimento de segurança medicamentosa Implementar POPS e rotinas de segurança da cadeia medicamentosa nas emergências	CONTÍNUO	Revisar e elaborar POP e rotinas de enfermagem existentes na pasta da qualidade	A calcular	Enfermagem e equipe multidisciplinar	Em andamento	01/01/2023	01/06/2023
9	Reunião Mensal com a Superintendência Região Oeste	Apresentação dos dados de atendimentos e	Reunir on-line ou presencial	Mensal	UPA Ceilândia II ou HRC	Sem custo fora o	SUPPH e Gerentes e	Aguardando	01/04/2023	Mensal

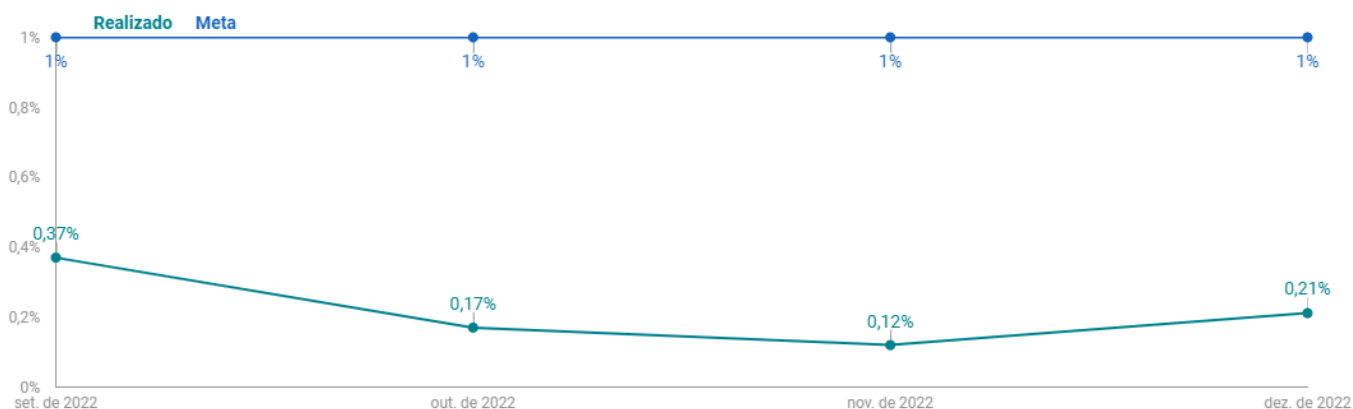
		principais dificuldades para o direcionamento ao Hospital de Retaguarda e solicitar o apoio sobre a pactuação de leitos.				previsto em folha	Superintência Região Oeste			
10	Conscientizar a população sobre o protocolo de classificação de risco adotado na UPA. Protocolo de Manchester	Desenvolver ações para o conhecimento da população protocolo adotado na UPA.	Anexar cartazes com explicação de cada prioridade de classificação por cores para facilitar o entendimento do usuários.	CONTÍNUO	UPA Ceilândia II	A calcular	SUPPH, Coordenadores de Enfermagem, Gerente UPA, DIEP e ASCON	Aguardando	01/06/2023	01/12/2023
11	LINK INTERNET	Quedas constantes no link, impactando na utilização do sistema de prontuário eletrônico MV	Estudo de viabilidade para mudança ou expansão/multiplicação do sinal	CONTÍNUO	UPA Ceilândia II	A calcular	SUPPH, Gerentes da UPA, TI	Aguardando	01/06/2023	01/12/2023
12	Criar Painel de Indicadores tempo real atendimento em todos os setores na UPA	Avaliar o tempo de espera/desfecho em cada setor da UPA, afim de mitigar e mapear processos de melhoria contínua	Criar painel no sistema MV	CONTÍNUO	UPA Ceilândia II	A calcular	SUPPH, Gerentes da UPA, TI	Em andamento	01/01/2023	01/06/2023

*PLANO DE AÇÃO ENCAMINHADO PELA GERÊNCIA DA UPA CEILÂNDIA II EM 06/03/2023

Sugere-se, portanto, que o Plano de Ação ([106189854](#)) seja analisado pelas áreas técnicas competentes da SAIS/SES, de forma a contribuir com outras possíveis ações que, porventura, possam ser implementadas para melhoria dos indicadores.

Ademais, registra-se que esta Gerência permanecerá acompanhando a situação de forma a verificar o impacto das ações que forem efetivamente realizadas no resultado dos indicadores em questão.

Gráfico 9 - Taxa de Mortalidade ao longo do tempo



A polaridade do indicador é: quanto menor melhor

Gráfico 10 - Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados das Unidade Básicas de Saúde ao longo do tempo

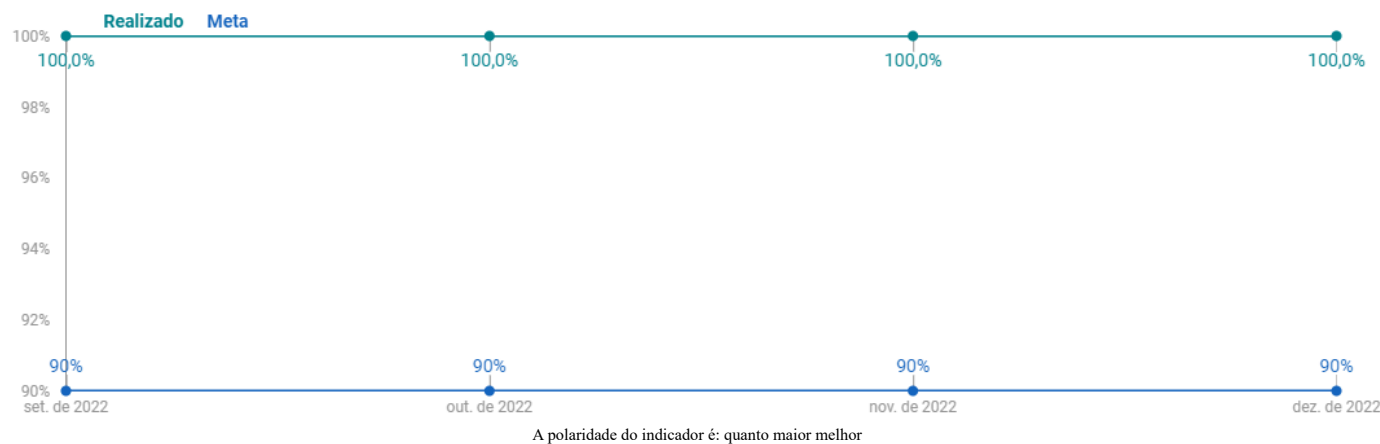
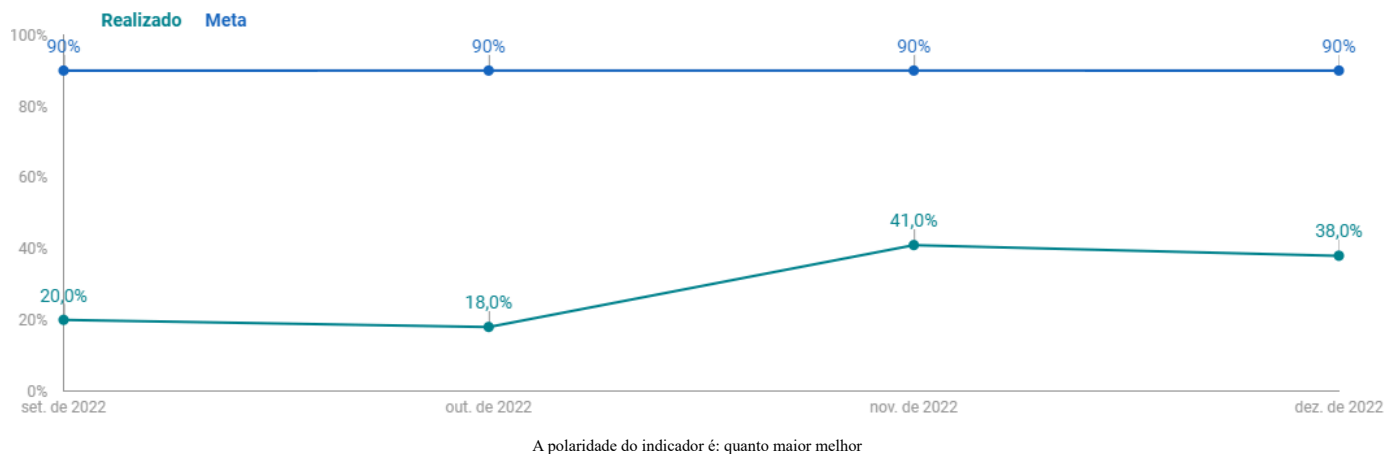


Gráfico 11 - Solicitação de Regulação de Paciente da Sala Vermelha ao longo do tempo



O Contratado apresentou em suas PCMs as seguintes justificativas sobre o indicador **Solicitação de Regulação de Paciente da Sala Vermelha**:

- Setembro, id. [98352121](#): "Destaca-se redução de aproximadamente 35% no número de pacientes classificados como vermelho: realizados 74 atendimentos em Sala Vermelha, promovendo assim 45 altas, 14 óbitos e 15 regulados (Hospital São Francisco, Hospital das Clínicas, Hospital Regional de Ceilândia, Hospital do Sol, Hospital Home). Total de 45 pacientes de alta da Sala Vermelha não regulados no prazo de 24 horas, necessitando de tratamento na unidade de pronto atendimento. Média de Permanência de 3,0 dias, mantendo o índice de ocupação em setembro, ou seja, 1,25% a mais que o mês passado."
- Outubro, id. [100099761](#): "A unidade manteve a média de atendimentos no número de pacientes atendidos em Sala Vermelha: 72 pacientes na sala vermelha (52 altas, 06 óbitos, 1 evasão e 14 regulados para Hospital Daher, Hospital das Clínicas, Hospital do Sol, Hospital Home, Hospital Santa Marta, Hospital de Santa Maria). Total de 52 pacientes de alta da Sala Vermelha não regulados no prazo de 24 horas, necessitando de tratamento na unidade de pronto atendimento. Média de Permanência na Sala Vermelha: 2,1 dias."
- Novembro, id. [102033009](#): "Em relação ao tempo de permanência em sala vermelha finalizamos o mês com 1,7 dias, sala amarela consolidado de 4,8 dias, sala verde com permanência de 3,6 dias. No mês de Novembro, evidenciado aumento expressivo em todas as salas, devido à ausência de leito de retaguarda, totalizando somente 34 transferências no mês, entre 39 realizadas no mês de Outubro. Evidenciou-se aumento no número de solicitação de exames de dengue aproximadamente de 15% (quando comparado ao mês passado). Evidenciado aumento de 58% na solicitação de exames para COVID. Aumento de 88% no número de exames de Laboratório realizados e 58% aumento no quantitativo de exames de RX realizados (quando comparado ao mês passado). Aumento de 32% no número de pareceres, impactando no número de solicitação de ambulância para deslocamento de 16% em relação ao mês anterior. 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".
- Dezembro, id. [103888023](#): "Pacientes atendidos em sala vermelha que permaneceram com internação superior a 24 horas: 60 pacientes na sala vermelha (23 altas, 08 óbitos, 03 evasões, 03 permanecem aguardando vaga e 23 pacientes direcionados à rede). Taxa de permanência de sala vermelha de 2,9 dias, Sala Amarela de 4,3 dias e Sala Verde de 1,8 dias."

Cabe lembrar que foram encaminhadas, para análise e manifestação da SES/SAIS/CATES/DUAEC e da SES/CRDF/DIRAAH, as justificativas apresentadas pelo Contratado no 1º quadrimestre de 2022 para todas as UPAs novas, que, de modo semelhante às do 2º e do 3º quadrimestres, apontam para diversos fatores da rotina assistencial, sobretudo na alegada falta de retaguarda/transferência dos pacientes para os hospitais. A falta de retaguarda foi citada também nas manifestações relativas ao não cumprimento das metas de Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação AMARELA e VERDE.

Logo, registra-se que não houve manifestação da DUAEC, e que a SES/CRDF/DIRAAH informou que a solicitação de transferência é conduzida pela equipe do NGINT hospitalar e que o CRDF não participa efetivamente deste processo de trabalho ([96306449](#)). Por conseguinte, nos autos do processo em que foi emitido o Relatório Analítico Quadrimestral do 2º quadrimestre/2022 ([00060-00455012/2022-78](#)), esta Gerência reiterou o pedido de manifestação da SES/SAIS/DUAEC e, se possível, participação na elaboração de um plano de ação que vise solucionar a problemática ([102583256](#)). No entanto, até o momento da emissão do presente Relatório, não constava naqueles autos manifestação daquela Diretoria. Diante do exposto, registra-se no presente nova reiteração do pedido de manifestação à SES/SAIS/DUAEC.

A DIRAAH/CRDF alertou, ainda, acerca dos possíveis prejuízos relativos à falta de clareza quanto ao indicador ([96306449](#)):

No que se refere a análise a respeito do indicador "Solicitação de Regulação de paciente da sala Vermelha", percebe-se, na "Tabela 6 - Indicadores Qualitativos", que este é calculado por meio da razão entre a soma de pacientes da sala vermelha regulados e a soma de pacientes da sala vermelha, multiplicando-se o resultado por 100 para se ter a porcentagem.

Cabe, aqui, uma interpretação de cada um dos dois itens que compõem este cálculo. Por "soma de pacientes da sala vermelha regulados", entende-se que é a soma dos pacientes que necessitaram de transferência da UPA (seja para UTI ou enfermaria) e foram

efetivamente inseridos nos sistemas regulatórios, ação esta que deve ser realizada pela contratada. De modo semelhante, por "soma de pacientes da sala vermelha", entende-se pela soma de pacientes que se encontravam no período específico na sala vermelha da UPA.

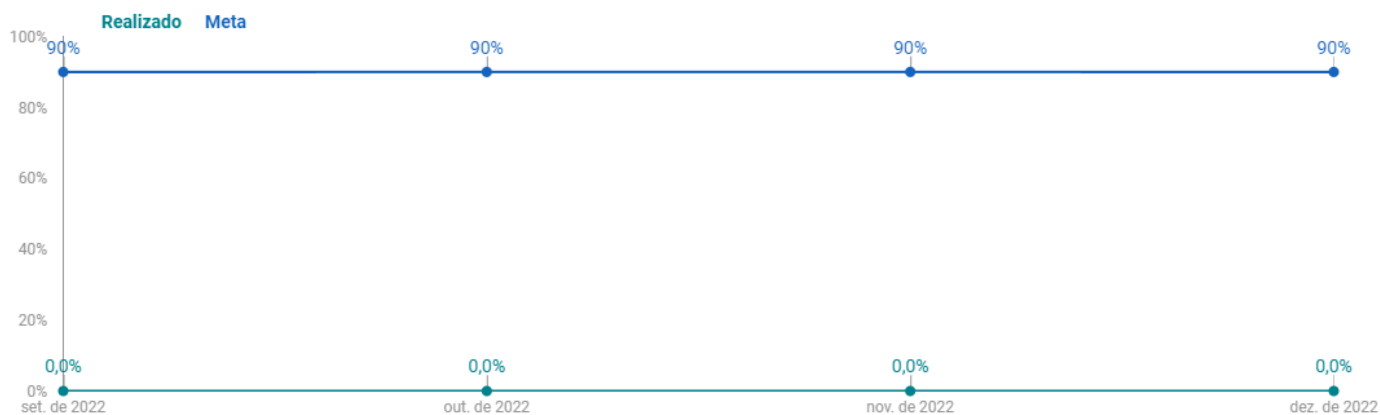
Assim, caso os dados utilizados estejam em consonância com esta forma de interpretação dos itens que compõem o referido indicador, entende-se que este reflita a atuação da contratada. Da mesma forma, caso no numerador (soma de pacientes da sala vermelha regulados) a contratada utilize o número de pacientes inseridos no TRAKCARE ou SISLEITOS até a efetiva transferência para uma unidade hospitalar, este irá realmente refletir o processo regulatório da Rede SES/DF.

Talvez uma outra análise que pode ser feita é a pertinência e importância do referido indicador, considerando que sua única ação será apenas a solicitação via sistema, como já apresentado, considerando, inclusive, o peso de 15% no total de pontuação dos indicadores de qualidade. A este respeito, entendemos não ser de competência desta Diretoria a referida análise.

Isto posto, encaminhamos o presente para ciência e encaminhamento à CGCSS/GAB/SES, caso esteja de acordo.

Em atenção à sugestão da DIRAAH/CRDF de que seja reavaliada a pertinência deste indicador, e considerando que o IGESDF não apresentou os comprovantes dos dados relatados, sugere-se encaminhamento às autoridades competentes, para eventuais correções contratuais que viabilizem a avaliação adequada do desempenho do Contratado durante o ano de 2022 (no iminente Relatório de Avaliação Anual de 2022).

Gráfico 12 - Resolubilidade da Ouvidoria ao longo do tempo



A polaridade do indicador é: quanto maior melhor

Conforme evidenciado na parte inicial desta seção do Relatório, a fórmula do indicador **Resolubilidade da Ouvidoria** adotada na Tabela 6 do Anexo II do Contrato de Gestão foi "Soma de manifestações resolvidas ÷ Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas X 100".

Uma vez que o Contrato não contém ficha técnica do indicador esclarecendo os conceitos e as interpretações aplicáveis, solicitou-se à Unidade Setorial de Ouvidoria da SES/DF esclarecimentos acerca de qual é a forma correta de mensuração do alcance do indicador "Resolubilidade de Ouvidoria" (id. [106901290](#)). Em atendimento à solicitação, aquela área técnica respondeu (Despacho - SES/CONT/OUV [110109071](#)): "informamos que devem ser contabilizados como "manifestações resolvidas", aquelas resolvidas, e as resolvidas após resposta complementar, divididas pelo total de manifestações avaliadas.". Por conseguinte, esta Gerência sugeriu solicitar ao IGESDF relatório retificador contendo o resultado segundo a fórmula apresentada pela área técnica da SES/DF ([110345895](#)). Pelo exposto, enquanto são aguardados os resultados corrigidos, seguem os dados informados anteriormente pelo Contratado em suas PCMs:

Quadro 2.2 - Resolubilidade da Ouvidoria - UPA CEILÂNDIA II

Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Resultado Informado pelo Contratado	0%	0%	0%	0%
Doc. SEI	98352121	100099761	102033009	103888023
Considerações do Contratado	"Foram recebidas 8 ouvidorias, todas foram respondidas, mas nenhuma ouvidoria foi avaliada como Resolvida."	"Foram recebidas 15 manifestações (reclamações, solicitações, denúncias e elogios), todas foram respondidas, 14 não foram avaliadas."	"Foram recebidas 03 manifestações, todas foram respondidas, mas nenhuma foi avaliada."	"Foram recebidas 11 ouvidorias, todas foram respondidas, mas nenhuma houve avaliação."

Percentual de Guias de Atendimento de Emergência (GAEs) Classificadas

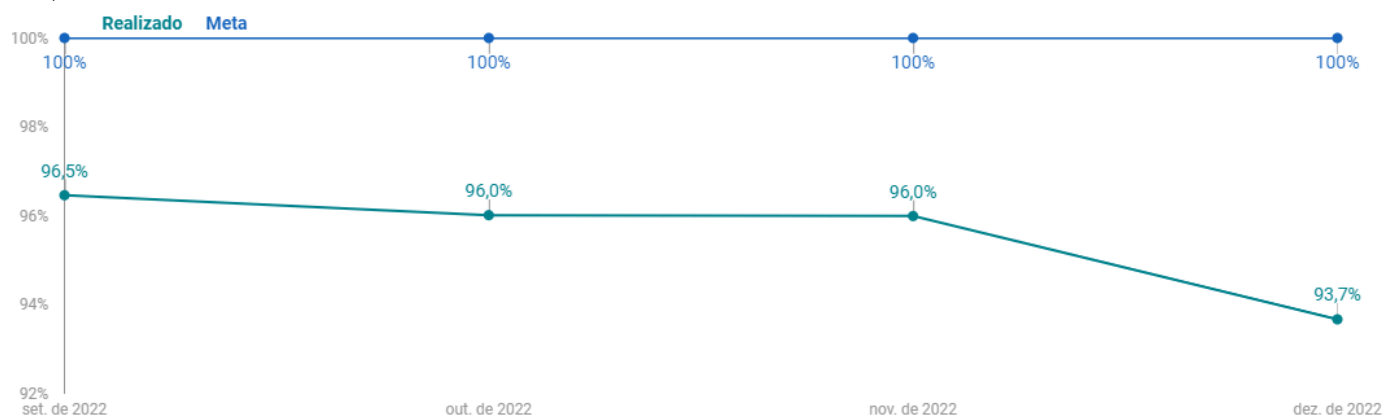
Dispõe o Anexo II do Contrato de Gestão:

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 13 - Percentual de Guias de Atendimentos de Emergência (GAEs) Classificadas ao longo do tempo



A polaridade do indicador é: quanto maior melhor

Verifica-se que a meta não foi alcançada durante o período, o que, por definição contratual, reflete baixa eficiência do serviço de classificação e do fluxo de porta preconizado. Foram apresentadas justificativas somente nas PCMs de outubro e dezembro:

- Outubro, id. [100099761](#): "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. A unidade soma diariamente esforços para atingir a meta definida, fortalecendo com a equipe interna a orientação e importância do usuário aguardar a classificação e atendimento, para garantir um acolhimento e classificação rápida e segura."

- Dezembro, id. [103888023](#): "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, ocorre aumento de senhas na classificação. A unidade soma diariamente esforços para atingir a meta definida, fortalecendo com a equipe interna: a orientação e a importância do usuário aguardar a classificação e o atendimento, para garantir um acolhimento/classificação rápido e seguro"

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.

[Grifado]

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, em 29/11/2022, nos seguintes termos ([98791798](#)):

O referido indicador criado para o plano de trabalho das UPAS conforme histórico SEI [04016-00065258/2021-76](#), em razão de um erro material nos contratos de gestão teve seu título alterado no **tópico D** na **descrição das metas de desempenho**, o que prejudica a compreensão do seu significado.

Enfatizamos que o título correto é **Percentual de Pacientes Classificados Atendidos**, sendo corrigida na ficha do indicador abaixo.

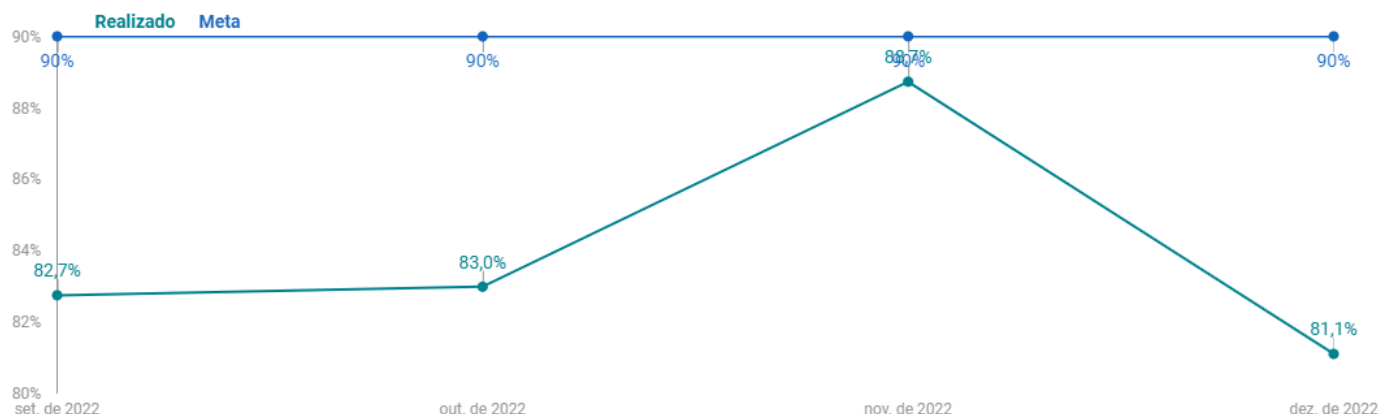
O objetivo do indicador quando incluído à época foi avaliar a desistência do paciente após a classificação durante a espera para o atendimento médico; ressaltamos que esse indicador não foi mantido para 2022/2023, conforme revisão dos planos de trabalho do IGESDF ([04016-00071460/2021-37](#)).

Campo	Especificação	Descrição
Título	Percentual de Pacientes Classificados Atendidos	Título do indicador que é utilizado em gráficos e painéis expressando de forma resumida seu significado.
Conceituação	Relação percentual entre número de pacientes atendidos e número de classificações, avaliando a eficiência do serviço de classificação e o fluxo de porta preconizado	Informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa (se necessário, agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo).
Interpretação	Quantificar o número de atendimentos frente a quantidade pactuada em contrato	Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
Limitações	Atraso de integração de dados entre os sistemas	Fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.
Fonte	Sala de Situação - Info Saúde	Sistema(s) informatizado(s) e nome(s) do(s) órgão(s)/instituição(ões) responsável(is) pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador e pela sua validação.

Fórmula de cálculo	Numerador: Número total de pacientes com atendimento médico realizado Denominador: Número total de pacientes classificados Multiplicador: 100	Fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem.
Meta pactuada	90%	Meta pactuada no instrumento contratual.
Periodicidade da apuração	Mensal	Frequência de atualização do resultado do indicador segundo sua granularidade.
Unidade de medida	Percentual	A unidade de medida utilizada para a apresentação do indicador.
Parâmetro	Controle	Valor de referência nacional ou internacional para o indicador.
Fonte do parâmetro	Não se aplica	Fonte do parâmetro.
Polaridade	Maior, Melhor	Indica o sentido do indicador ("quanto maior melhor" ou "quanto menor melhor").
Indicador acumulativo?	Sim	O resultado do Indicador demonstra o somatório de ocorrências ao longo do período de tempo de sua atualização

[Grifado]

Gráfico 14 - Percentual de Pacientes Classificados Atendidos ao longo do tempo



A polaridade do indicador é: quanto maior melhor

Observa-se não atingimento da meta, 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. Foram apresentadas justificativas somente nas PCMs de outubro e dezembro:

- Outubro, id. [100099761](#): "A unidade atendeu 54% a mais de pacientes que a meta definida pelo porte e opção e foram acolhidos/classificados aproximadamente 4% a mais que a meta definida. Vale lembrar 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. No mês de outubro, o link de internet apresentou instabilidade, sendo necessário iniciar contingência manual, contribuindo assim para o aumento do tempo de espera."
- Dezembro, id. [103888023](#): "Devido à falta de assistência médica das UBS por falta de RH atrelada ao aumento de casos de alta complexidade (em razão da restrição do Hospital Regional Leste), grande parte dos pacientes não aguardaram atendimento médico e evadiram. Devido à alta demanda, vários foram encaminhados às UBS por contrafluxo."

Pelo exposto, sugere-se análise, pela SES/SAIS, das manifestações emitidas pelo Instituto.

3. OUTRAS PRODUÇÕES SIA/SUS

Para fins de registro e acompanhamento das produções da UPA Ceilândia II, segue abaixo **quadro resumido de procedimentos realizados no 3º quadrimestre/2022**, disponível no módulo Produções RAQ — SIA, do Menu Gestor, do InfoSaúde - DF:

Quadro 3 - Outras produções SIA/SUS — UPA Ceilândia II

Grupo	Total
03 - Procedimentos Clínicos	74.898
02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	56.372
01 - Ações de Promoção e Prevenção em Saúde	695
04 - Procedimentos Cirúrgicos	67
Total	132.032

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

4. COMISSÕES

4.1. Termos Contratuais

Dispõe o Contrato de Gestão:

CLÁUSULA 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](#) (id. [64139892](#)).
- **Comissão de Controle de Infecção:** [Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998](#), do Ministério da Saúde (id. [64141161](#)).
- **Comissão de Revisão de Prontuários:** [Resolução do CFM nº 1.638 de 09 de agosto de 2002](#) (id. [64146105](#)).
- **Comissão de Ética Médica:** [Resolução CFM nº 2.152 de 30 de setembro de 2016](#) (id. [64146978](#)).
- **Comissão de Ética de Enfermagem:** [Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 593, de 05 de novembro de 2018](#) (id. [64147898](#)).
- **Comissão de Segurança do Paciente:** [Resolução da Diretoria Colegiada ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013](#) (id. [90653267](#)).

4.3. Documentação referente ao 3º quadrimestre/2022

Os Relatórios de Prestação de Contas dos meses de setembro ([98352117](#) e [104358842](#)), outubro ([100081840](#)), novembro ([102004514](#)) e dezembro ([103887843](#)) não contêm todas as informações necessárias para a análise em tela, faltando, por exemplo: 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.

4.3.1. Comissão de Avaliação de Óbitos

Nº do processo de prestação de contas específico para esta Comissão: [04016-00110410/2022-63](#). Outro documento de prestação de contas: [83292607](#).

a) Regimento: último apresentado, documento INT.RI.004, de 21/06/2021, estava válido durante o 3º quadrimestre/2022, considerando-se a validade informada no rodapé do documento [83292607](#) (folhas 9 a 14).

Periodicidade estipulada para a realização de reuniões no referido regimento:

Art. 6º A Comissão de Avaliação de Óbitos reunir-se a mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

b) Designação de membros: CEII.RES.001, publicada no MVGE em 26/04/2022 ([100467511](#)).

c) Comprovantes do funcionamento no 3º quadrimestre/2022: Foram apresentadas cópias das reuniões realizadas em outubro ([100477218](#) fls. 23 a 25) e dezembro ([102126207](#)). Não foram apresentados comprovantes de reuniões realizadas em setembro e novembro, razão porque se presume que não foram realizadas reuniões em tais meses.

Por meio da documentação apresentada, verifica-se que o Contratado não prestou observância à periodicidade de reuniões estipulada no regimento, portanto não atendeu a exigência contratual de manter em pleno funcionamento a COMOB.

4.3.2. Comissão de Controle de Infecção

Nº do processo de prestação de contas específico para esta Comissão: [04016-00110443/2022-11](#). Outro documento de prestação de contas: [83292607](#).

a) Regimento: último apresentado, documento INT.RI.003, de 21/06/2021, estava válido durante o 3º quadrimestre/2022, considerando-se a validade informada no rodapé do documento [83292607](#) (folhas 16 a 21).

Periodicidade estipulada para realização de reuniões no referido regimento:

Art. 11º A Comissão de Controle de Infecção reunir-se a semestralmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

b) Designação de membros: CEII.RNS.002, publicado no MVGE em 26/04/2022 ([100480130](#)).

c) Comprovante do funcionamento no 3º quadrimestre/2022: Foi apresentada a cópia da reunião semestral realizada em outubro ([100574960](#)).

Por meio da documentação apresentada, verifica-se que o contratado manteve a CCI da CEILÂNDIA II em funcionamento no 3º quadrimestre/2022, prestando observância à periodicidade semestral de realização de reuniões estipulada no INT.RI.003/2021.

4.3.3. Comissão de Revisão de Prontuários

Nº do processo de prestação de contas específico para esta Comissão: [04016-00110445/2022-01](#). Outro documento de prestação de contas: [83292607](#).

a) Regimento: último apresentado, documento INT.RI.005, de 21/06/2021, estava válido durante o 3º quadrimestre/2022, considerando-se a validade informada no rodapé do documento [83292607](#) (folhas 38 a 43).

Periodicidade estipulada para realização de reuniões no referido regimento:

Art. 7º A Comissão de Revisão de Prontuários reunir-se a mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

b) Designação de membros: Foi apresentado o ato de designação CE.RNS.005, publicado no MVGE em 26/04/2022 ([100480326](#)). Porém a maior parte dos participantes das reuniões realizadas no 3º quadrimestre/2022 não constam em tal Resolução, o que indica que ela não fora atualizada no período de referência.

c) Comprovantes do funcionamento no 3º quadrimestre/2022: Foram apresentadas cópias das atas de reunião de outubro ([100480628](#) fls. 3 a 5) e dezembro ([102125934](#)). Não foram apresentadas cópias de ata de reunião de setembro e novembro, razão porque se

presume que não foram realizadas as reuniões estipuladas regimentalmente para aqueles meses (em que pese os membros terem sido designados em agosto).

Por meio da documentação apresentada, verifica-se que o Contratado não prestou observância à periodicidade de reuniões estipulada no regimento, portanto não atendeu a exigência contratual de manter em pleno funcionamento a CRPR.

4.3.4. Comissão de Ética Médica

O Contratado informou ([104358842](#), [100081840](#), [102004514](#), [106443353](#), [103887843](#) e [105898591](#)) que a CEM não foi instituída em razão de a UPA CEILÂNDIA II possuir em seu quadro menos de 31 profissionais. Cabe registrar, no entanto, que o Contrato de Gestão não previu exceções à obrigatoriedade de o Contratado constituir e manter em funcionamento as Comissões elencadas no seu Anexo II.

Nº do processo de prestação de contas específico para esta Comissão: não informado. Outro documento de prestação de contas: [83292607](#).

Periodicidade estipulada para realização de reuniões no referido regimento:

*Art. 21° A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente **bimestralmente** e quantas vezes necessárias extraordinariamente, para o bom andamento dos trabalhos.*

a) Regimento: último apresentado, documento INT.RI.007, de 21/06/2021, estava válido durante o 3º quadrimestre/2022, considerando-se a validade informada no rodapé do documento [83292607](#) (folhas 30 a 36).

b) Designação de membros: Documento não apresentado, porque não houve designação.

c) Comprovantes do funcionamento no 3º quadrimestre/2022: Documentos não apresentados porque as atividades não foram realizadas.

Por meio da documentação apresentada, verifica-se que o Contratado não atendeu a exigência contratual de constituir e manter em pleno funcionamento a CEM.

4.3.5. Comissão de Ética de Enfermagem

Nº do processo de prestação de contas específico para esta Comissão: [04016-00110450/2022-13](#). Outro documento de prestação de contas: [83292607](#).

a) Regimento: último apresentado, documento INT.RI.006, de 21/06/2021, estava válido durante o 3º quadrimestre/2022, considerando-se a validade informada no rodapé do documento [83292607](#) (folhas 23 a 29).

Periodicidade estipulada para realização de reuniões no referido regimento:

*Art. 16° A Comissão de Ética de Enfermagem deverá estabelecer o cronograma de reuniões **mensais**, em caráter ordinário, com dia, hora e local pré-determinado, podendo reunir-se extraordinariamente, quando houver necessidade.*

b) Designação de membros: Documento não apresentado. Consta no [100482019](#) (fls. 28-29) apenas a relação de profissionais de enfermagem indicados pelo Responsável Técnico da UPA para comporem a Comissão, o que, por si só, não constitui documento de designação dos membros efetivos da Comissão.

c) Comprovantes do funcionamento no 3º quadrimestre/2022: Foram apresentadas cópias das atas de reuniões de setembro e outubro ([100482019](#) fls. 16 a 27). Não foram apresentadas cópias das atas de reunião de novembro e dezembro, razão porque se presume que não foram realizadas reuniões em tais meses.

Por meio da documentação apresentada, verifica-se que o Contratado não apresentou ato formal de designação dos membros nem prestou observância à periodicidade de reuniões estipulada no regimento, portanto não atendeu a exigência contratual de manter em pleno funcionamento a CEEEn.

4.3.6. Comissão de Segurança do Paciente

Nº do processo de prestação de contas específico para esta Comissão: [04016-00120642/2022-20](#). Outro documento de prestação de contas: [83292607](#).

a) Regimento: último apresentado, documento INT.RI.002, de 24/03/2021 (publicado no MVGE em 19/04/2021, estava vigente durante o 3º quadrimestre/2022, considerando-se a validade informada no rodapé do documento [83292607](#) - folhas 45 a 49).

Periodicidade estipulada para realização de reuniões no referido regimento:

*Art. 10° A Comissão de Segurança do Paciente possui programação de reuniões organizadas pelo NUQSP com agenda de encontros **quadrimestrais** e/ou mediante convocação extraordinária, podendo haver convocação de todos os membros ou de forma seletiva, de acordo com o tema tratado.*

b) Designação de membros: Documento não apresentado.

c) Comprovante do funcionamento no 3º quadrimestre/2022: Foi apresentada cópia da ata de reunião quadrimestral ([102593674](#)).

Por meio da documentação apresentada, verifica-se que o Contratado manteve a Comissão de Segurança da UPA CEILÂNDIA II em funcionamento no 3º quadrimestre/2022. Registra-se, no entanto, que, em atendimento ao art. 5º do regimento INT.RI.002, de 21/06/2021, a designação dos membros deverá ser realizada por meio de Resolução Normativa da Superintendência publicada no MVGE.

4.4. Análises

O Contrato de Gestão determina ao Contratado constituir e manter em pleno funcionamento as Comissões elencadas em seus Anexos I (Plano de Trabalho) e II (Plano de Ação). Não obstante, o Instituto deixou de atender sua obrigação contratual conforme demonstrado no subitem 4.3 acima, mesmo depois das reiteradas solicitações/diligências por meio dos Relatórios de Analíticos dos 1º e 2º quadrimestres de 2022 ([88324746](#) e [96545130](#)) e dos Formulários de Conferência das Prestação de Contas Mensais (*Checklists*) da GATCG de setembro ([100146290](#)), outubro ([102849405](#)), novembro ([104732632](#)) e dezembro ([104735187](#)).

Registra-se que, além da quebra contratual, o Contratado incorre em descumprimento de normas do Ministério da Saúde, da ANVISA, e dos Conselhos Federais de Classes Profissionais.

O Contrato de Gestão, no entanto, não dispõe sobre medidas/penalidades a serem adotadas pela Contratante diante dos descumprimentos observados.

4.5. **Recomendações**

Considerando que, após as reiteradas diligências, não caiba solicitar novamente ao Contratado apresentar as documentações comprobatórias do funcionamento das Comissões no 3º quadrimestre/2022, recomenda-se instá-lo a:

- a) Em atendimento ao Anexo I do Contrato de Gestão, constituir e manter em 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 em 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; e
- d) Nos processos de prestação de contas específicos ([04016-00110410/2022-63](#), [04016-00110443/2022-11](#), [04016-00110445/2022-01](#), [04016-00110450/2022-13](#), [04016-00120642/2022-20](#), etc), continuar acostando, tempestiva e continuamente, comprovantes referentes a todas as atividades registradas nos relatórios de que trata o subitem "b" acima, observando a relação de documentos elencados no subitem 4.3 (qual seja: regimento, resolução de designação de membros e cópias das atas de reunião).

5. **PESSOAL**5.1. **Dimensionamento de Pessoal**

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

5. (...) 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

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
TOTAL	145

Além dos cargos apresentados na tabela 4, 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.

[Adaptado e grifado]

5.2. **Dados Fornecidos nos Processos de Prestação de Contas**

Houve uma alteração nos dados apresentados pelo Contratado a partir da prestação de contas de novembro/2022. A alteração seguiu orientações desta Gerência e possibilitou um melhor monitoramento de pessoal. Todavia, ainda não é possível verificar se o funcionamento da Unidade já 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 as PCMs encaminhadas não especificaram em qual turno as horas contratadas se deram (dia e/ou noite) e não trouxeram as escalas e as folhas de ponto.

Segue abaixo o comparativo entre os quantitativos previstos no Plano de Trabalho e os demonstrados nas prestações de contas mensais do IGESDF (setembro — [98352119](#) e [97506645](#); outubro — [100099681](#) e [99413872](#); novembro — [102032925](#) e [101808739](#); e dezembro — [103887935](#) e [103609365](#)), destacadas as divergências encontradas em **vermelho (para menos)** e em **azul (para mais)**.

Quadro 5.1 - Quantidade de Profissionais — UPA Ceilândia II

Cargo	Previsão Contratual		Setembro	Outubro	Novembro		Dezembro	
	Quantitativo	Horas			Quantitativo	Horas	Quantitativo	Horas
Analista de Laboratório	8	288	8	7	7	252	8	288

Cargo	Previsão Contratual		Setembro	Outubro	Novembro		Dezembro	
	Quantitativo	Horas			Quantitativo	Horas	Quantitativo	Horas
Aprendiz	zero		zero	zero	zero		1	20
Artífice de Manutenção	1	44	1	1	zero		zero	
Assistente Administrativo	4	160	3	4	4	160	4	160
Assistente Social	3	90	3	3	3	90	2	60
Auxiliar Administrativo	zero		4	4	4	160	3	120
Auxiliar de Atendimento	zero		2	2	2	80	2	80
Auxiliar de Farmácia	4	160	4	4	4	160	4	160
Coordenador Enfermagem / Gerente de Enfermagem	1	40	1	1	1	40	1	40
Coordenador Médico/ Médico Gestor ou plantonista	1	40	1	zero	1	36	1	40
Coordenador Multiprofissional/ Psicólogo Gestor	1	40	1	1	1	40	1	40
Enfermeiro	28	1.008	25	25	26	936	27	972
Farmacêutico	4	176	6	6	6	216	6	216
Fisioterapeuta	3	90	zero	zero	zero		zero	
Gerente/ Analista Executivo	1	40	1	1	1	40	1	40
Médico Plantonista	21	504	23	23	21	564	23	612
Nutricionista	3	120	3	3	3	112	3	112
Técnico de Enfermagem	43	1.548	43	43	43	1.548	43	1.548
Técnico de Laboratório	11	396	11	11	11	396	11	396
Técnico em Radiologia	8	192	8	8	8	192	8	192
TOTAL	145	4.896	148	147	146	5.022	149	5.096

Cabe destacar, ainda, que o Plano de Trabalho, colacionado no subitem 5.1 acima, especificou que os cargos de Aprendiz, Auxiliar Administrativo e Auxiliares de Atendimento seriam terceirizados, portanto o valor do pagamento destes deveria advir do repasse de custeio e não da forma como foi demonstrada no quadrimestre.

Não obstante, o IGESDF deve manter o quadro de profissionais sempre completo, com, no mínimo, os quantitativos estipulados no Plano do Trabalho. No entanto, houve déficit no 3º quadrimestre/2022 de:

Quadro 5.2 - Déficit de profissionais

Cargo	Déficit			
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Analista de Laboratório	—	-1	-1/-36h	—
Artífice de manutenção	—	—	-1/-44h	-1/-44h
Assistente Social	—	—	—	-1/-30h
Coordenador Médico	—	-1	0/-4h	—
Enfermeiro	-3	-3	-2/-72h	-1/-36h
Fisioterapeuta	-3	-3	-3	-3
Nutricionista	—	—	0/-8h	0/-8h

Comparados aos dados do 2º quadrimestre/2022 (id. [96545130](#)), somente o déficit de Assistente Administrativo foi resolvido.

Os valores contratuais foram definidos considerando-se todas as categorias e quantitativos de profissionais discriminados no Plano de Trabalho, os quais vêm sendo repassados integralmente ao Contratado. Assim sendo, esta Gerência sugere que o presente Relatório seja encaminhado aos setores/autoridades competentes juntamente com os Relatórios da SES/GAB/CGCSS/DCGCA, para análise e providências cabíveis.

A cláusula do Contrato de Gestão destinada a informar quais documentos de execução orçamentária devem ser enviados pelo IGESDF nos processos de prestação de contas inclui diversos documentos de gestão de pessoal:

Os Relatórios Mensais de Prestação de Contas:

(...) conterão dados referentes à execução orçamentária do mês encerrado:

(...) Pessoal, por unidade; GFIP – SEFIP (Completa e mensal); Guia de recolhimento de FGTS e comprovante de pagamento; Guia da previdência social e comprovante de pagamento; Resumo analítico e sintético da folha de pagamento (relação de cálculo) por unidade; Relatório gerencial analítico e sintético, relação de cálculo agrupando os profissionais cedidos, informando número de empregados em atividade por categoria profissional, lotação, proventos, benefícios, gratificações, auxílios, indenizações entre outras verbas pagas a cedidos; Cópias das folhas de controle de frequência dos servidores cedidos; Relatório gerencial analítico e sintético, relação de cálculo agrupando os profissionais celetistas, informando número de empregados em atividade por categoria profissional, lotação, proventos, benefícios, gratificações, auxílios, indenizações entre outras verbas pagas aos celetistas;

É necessário corrigir o Contrato porque não há previsão de cessão de servidores da SES/DF para trabalharem nas novas UPAs.

Ainda, pontua-se que nas Prestações de Contas Mensais, não foi relatado, de forma direta e clara, o número de empregados em atividade por categoria profissional em cada UPA.

Ademais, eventuais dúvidas sobre a composição da força de trabalho estipulada no Plano de Trabalho poderiam ser sanadas pelas cópias das escalas dos profissionais contratados. Por isso, solicita-se que o IGESDF não deixe de disponibilizar mensalmente as informações à SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG.

5.3. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

A cláusula décima oitava do Contrato de Gestão determina que: "O relatório anual de prestação de contas conterá atualização do CNES, acerca da Estrutura física da Assistência hospitalar (capacidade instalada), registro das unidades e se houver qualquer alteração, esta alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato".

A ficha CNES referente a dezembro/22 (id. [107281237](#)) foi comparada àquela presente no Relatório passado (id. [101661210](#)): houve atualizações no sistema durante o período.

Comparando-se também às PCMs enviadas pelo Contratado, verifica-se divergência entre os dados desta e os dados da seção Profissionais do CNES.

Assim, reitera-se que o correto registro de informações no CNES é imprescindível, visto que aquele Sistema disponibiliza diversas informações essenciais para o planejamento, a execução e o monitoramento dos serviços prestados no âmbito das unidades de saúde objeto de contratualizações.

5.4. Recomendações

a) Reiterar ao Contratado que o quadro de profissionais deve ser mantido sempre completo, realizando-se, sempre que necessário, as devidas contratações;

b) Tendo em vista que os valores contratuais foram definidos considerando-se todas as categorias e quantitativos de profissionais discriminados no Plano de Trabalho, os quais vêm sendo repassados integralmente ao Contratado. Somando-se isto à constatação de déficit de pessoal apresentada no item 5.2, sugere-se que o presente Relatório seja encaminhado aos setores/autoridades competentes juntamente com os Relatórios da SES/GAB/CGCSS/DCGCA, para providências cabíveis.

c) Incluir nos relatórios de pessoal apresentados nas PCMs:

- diferenciação de carga horária noturna e diurna;

- cópias das escalas.

d) Reiterar ao Contratado que o correto registro de informações no CNES é imprescindível, visto que aquele sistema disponibiliza diversas informações essenciais para o planejamento, a execução e o monitoramento dos serviços prestados no âmbito das unidades de saúde objeto de contratualizações.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando da elaboração dos primeiros Relatórios Analíticos das UPAs que foram inauguradas ao final de 2021, em fevereiro/2022, por meio do Despacho [80851884](#), esta GATCG reportou às instâncias superiores diversas incoerências presentes no texto dos Contratos de Gestão destas novas UPAs, as quais podem impactar diretamente na avaliação do desempenho assistencial do Contratado, e solicitou providências de correção. No entanto, até o conhecimento desta Gerência, os referidos Contratos permanecem sem termos aditivos, razão porque é necessário reiterar os termos do referido despacho.

Ademais, os Contratos estipularam a emissão de dois relatórios parciais, sendo um trimestral pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão (CAC-IGESDF) e um quadrimestral pelas unidades orgânicas da SES/DF. Todavia, não foi publicada ordem de serviço de designação dos membros da CAC-IGES exigida pela Portaria SES/DF nº 637/2022 ([102385947](#)).

Não obstante, tendo em vista cumprir o prazo contratual, o presente Relatório foi emitido com importantes ressalvas ao longo de todo o texto.

Assim sendo, são exaradas as seguintes recomendações:

a) Roga-se por celeridade na correção dos erros materiais e da ausência de informações apontadas nos Relatórios supramencionados, pelas instâncias superiores desta SES/DF, visando a correta compreensão e aplicação das disposições contratuais no tocante às glosas aferidas para 2022;

b) Sugere-se que haja uniformização nas condições de acompanhamento e avaliação de todos os Contratos de Gestão firmados com o IGESDF para operacionalização de Unidades de Pronto Atendimento; incluindo indicadores de produção e de qualidade equivalentes para todas as UPAs (que coadunem com a atual opção de custeio delas), assim como o sistema de pontuação e a periodicidade de apuração; e

c) Considerando que a esta Gerência cabe tão somente avaliar a produção dos serviços executados pelo Contratado para que os setores competentes procedam com eventual glosa, recomenda-se encaminhamento das problemáticas abordadas no subitem 1.1 deste Relatório, para análise da DCGCA/CGCSS.

6.1. Indicadores de Produção

Considerando-se a meta mensal de realização de 9.000 procedimentos (somada a produção de "Atendimentos" com a de "Acolhimentos com Classificação de Risco"), observou-se o alcance de 11.695 (129,9%) em setembro; 11.638 (129,3%) em outubro; 12.931 (143,7%) em novembro; e 12.224 (135,8%) em dezembro. No entanto, ao adotar o somatório "Atendimentos + Acolhimentos" como parâmetro para aferir a produtividade de uma UPA, o Contrato permite que um alto número de "Atendimentos" mascare uma baixa realização de Acolhimentos com Classificação de Risco. Este é um dentre os vieses que, conforme detalhado no Despacho [80851884](#) e no item 1 deste Relatório, carecem de correção.

A média da produção em Acolhimento com Classificação de Risco no quadrimestre foi de 105,92% da meta quadrimestral, todavia, a quantidade de Acolhimentos (19.066) representou somente 64,80% dos 29.422 Atendimentos registrados no período.

Diversos fatores têm contribuído para discrepâncias substanciais entre as quantidades de Atendimentos (03.01.06.002-9 + 03.01.06.009-6) e as de Acolhimento com Classificação de Risco (03.01.06.001-8) registradas no SIA/SUS, dentre eles, o registro de dois atendimentos em um mesmo dia, sendo um com o código 03.01.06.009-6 e o outro com o código 03.01.06.002-9. As áreas técnicas da SES-DF e do IGESDF possuem entendimentos divergentes: esta defende registros em duplicidade e aquela entende pela impossibilidade, vide Despacho IGESDF/DVP/SPLAQ/GEPDI/COESI ([106926511](#)). Sendo assim, após reunião realizada em 02/03/2023 (lista de presença [107332120](#)), a SES/SAIS/CATES/DUAEC enviou Ofício ao Ministério da Saúde solicitando informar qual a maneira correta de se registrar/contabilizar os Atendimentos nas UPAs ([107310037](#) e [107755802](#)). Portanto esta GATCG aguardará os esclarecimentos daquele órgão para prosseguir com as tratativas, que poderão incluir a retificação de Relatórios anteriores, caso seja necessário.

Ademais, uma vez que se aguarda a publicação da ordem de serviço exigida pela Portaria SES/DF nº 637/2022 para que a Comissão de Avaliação e Acompanhamento dos Contratos de Gestão do IGESDF (CAC-IGESDF) realize os cálculos de glosas decorrentes do não atingimento de metas quantitativas, esta Gerência acostou o Quadro 1.3. referente ao tema, ressaltando que uma das incoerências do texto contratual mencionada acima se refere justamente aos percentuais de glosas. Assim, considerando-se o desempenho da Unidade nos meses em análise e o instrumento contratual vigente, não há glosas a serem aplicadas no período (vide Quadro 1.3.).

6.2. Indicadores de Qualidade

Dentre os problemas reportados no Despacho [80851884](#), figuram: o fato de o Contrato de Gestão ter duas tabelas com indicadores de qualidade, ambas sem a previsão de pontuação por cumprimento parcial (por proporcionalidade, por intervalo alcançado...), levando a entender que o não atingimento de 100% de qualquer uma das cinco primeiras metas qualitativas acarreta pontuação igual a ZERO; o fato de não apresentar metodologia de cálculo de glosas, inviabilizando descontos financeiros em casos de descumprimento das metas qualitativas; e o fato de padecer de falta de clareza quanto às nomenclaturas, fórmulas de cálculo e interpretações possíveis para os resultados; conforme apontado em diversos trechos do item 2 deste Relatório.

Utilizando-se a opção de apuração mensal para os indicadores da tabela 6 do Anexo II do Contrato de Gestão, observaram-se as seguintes pontuações mensais (e decorrentes conceitos):

Referência	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Pontuação mensal	25 pontos	25 pontos	25 pontos	25 pontos
Conceito mensal	E	E	E	E

Em complemento, objetivando avaliar corretamente a execução contratual de modo a viabilizar tomada de decisão pelas autoridades competentes por elaborar as políticas de saúde do Distrito Federal, por meio do Documento SEI [89160441](#), esta Gerência solicitou a apresentação de comprovantes dos dados relatados em Prestação de Contas Mensais (PCMs). Contudo, até o momento da emissão deste Relatório, estes não haviam sido disponibilizados nos moldes solicitados. Por conseguinte, recomenda-se que, mais uma vez, o Contratado seja instado a apresentá-los.

6.2.1. Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação VERDE e Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação AMARELA

As metas não foram alcançadas em nenhum mês do quadrimestre em análise. Esta Gerência reitera o que fora registrado no Relatório do 1º quadrimestre, a respeito da importância de que o Contratado realize os atendimentos conforme tempo médio de espera estabelecido nos protocolos clínicos, implementando, sempre que se fizerem necessários, planos de ação eficazes para evitar os atrasos.

Dentre as principais justificativas apresentadas pelo Contratado estão a falta de leitos de retaguarda e a dificuldade com o quadro de pessoal em virtude de afastamentos, por isso, recomenda-se que o Instituto seja instado a apresentar Plano de Ação para melhoria dos índices de *turnover* e de absenteísmo na Unidade, com responsáveis e prazos para sanar a problemática.

Além disso, recomenda-se que o Plano de Ação ([106189854](#)) elaborado pela Superintendência da Unidade de Atenção Pré-Hospitalar do IGESDF seja analisado pelas áreas técnicas competentes da SAIS/SES, de forma a contribuir com outras possíveis ações que, porventura, possam ser implementadas para melhoria dos indicadores.

6.2.2. Solicitação de Regulação de Paciente da Sala Vermelha

As metas não foram alcançadas em nenhum mês do quadrimestre em análise. Considerando que as justificativas apresentadas pelo Contratado apontam para diversos fatores da rotina assistencial, sobretudo na alegada falta de retaguarda/transfêrencia dos pacientes para os hospitais e que a falta de retaguarda foi citada também nas manifestações relativas ao não cumprimento das metas de Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação AMARELA e VERDE, reitera-se o pedido de manifestação da SES/SAIS/DUAEC e, se possível, participação na elaboração de um plano de ação que vise solucionar a problemática.

Em atenção à sugestão da DIRAAH/CRDF de que seja reavaliada a pertinência deste indicador, e considerando que o IGESDF não apresentou os comprovantes dos dados relatados, sugere-se encaminhamento às autoridades competentes, para eventuais correções contratuais que viabilizem a avaliação adequada do desempenho do Contratado durante o ano de 2022 (no iminente Relatório de Avaliação Anual de 2022).

6.2.3. Percentual de Guias de Atendimento de Emergência (GAEs) Classificadas e Percentual de Pacientes Classificados Atendidos

Quanto aos indicadores da tabela 8 do Anexo II do Contrato de Gestão, os seguintes resultados foram observados:

- a meta de 100% de Guias de Atendimento de Emergência Classificadas não foi alcançada em nenhum mês do 3º quadrimestre/2022, o que, por definição contratual, reflete baixa eficiência do serviço de classificação e do fluxo de porta preconizado.
- a meta de 90% de Pacientes Classificados Atendidos não foi alcançada em nenhum mês do 3º quadrimestre/2022, o que, por definição do Despacho da GASFURE/SAIS [98791798](#), revela alta taxa de desistência dos pacientes após a classificação, durante a espera para o atendimento médico.

Foram apresentadas justificativas somente nas PCMs de outubro e dezembro.

Pelo exposto, sugere-se análise, pela SES/SAIS, da manifestação emitida pelo Instituto para o indicador Percentual de Pacientes Classificados Atendidos.

6.3. Comissões

Considerando que, após as reiteradas diligências, não caiba solicitar novamente ao Contratado apresentar as documentações comprobatórias do funcionamento das Comissões no 3º quadrimestre/2022, recomenda-se instá-lo a:

- Em atendimento ao Anexo I do Contrato de Gestão, constituir e manter em funcionamento a Comissão de Ética Médica;
- Prestar observância à periodicidade de realização de reuniões estipulada para cada Comissão nos regimentos e nas normas regulamentadoras;
- Passar a informar em 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;
- Nos processos de prestação de contas específicos ([04016-00110410/2022-63](#), [04016-00110443/2022-11](#), [04016-00110445/2022-01](#), [04016-00110450/2022-13](#), [04016-00120642/2022-20](#), etc), continuar acostando, tempestiva e continuamente, comprovantes referentes a todas as atividades registradas nos relatórios de que trata o subitem "b" acima, observando a relação de documentos elencados no subitem 4.3 (qual seja: regimento, resolução de designação de membros e cópias das atas de reunião).

6.4. Pessoal

Houve uma alteração nos dados apresentados pelo Contratado a partir da prestação de contas de novembro/2022. A alteração seguiu orientações desta Gerência e possibilitou um melhor monitoramento de pessoal. Todavia, ainda não é possível verificar se o funcionamento da Unidade já 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 as PCMs encaminhadas não especificaram em qual turno as horas contratadas se deram (dia e/ou noite) e não trouxeram as escalas e as folhas de ponto.

Ainda assim, foi possível observar déficit de pessoal, já identificado no 2º quadrimestre, do qual se destacam Analista de Laboratório, Coordenador Médico, Enfermeiros e Fisioterapeutas, conforme descrito no quadro 5.2.

Frente ao exposto, foram feitas recomendações no subitem 5.4:

a) Reiterar ao Contratado que o quadro de profissionais deve ser mantido sempre completo, realizando-se, sempre que necessário, as devidas contratações;

b) Tendo em vista que os valores contratuais foram definidos considerando-se todas as categorias e quantitativos de profissionais discriminados no Plano de Trabalho, os quais vêm sendo repassados integralmente ao Contratado e que há déficit de pessoal apresentado no item 5.2, sugere-se que o presente Relatório seja encaminhado aos setores/autoridades competentes juntamente com os Relatórios da SES/GAB/CGCSS/DCGCA, para providências cabíveis.

c) Incluir nos relatórios de pessoal apresentados nas PCMs:

- diferenciação de carga horária noturna e diurna;
- cópias das escalas.

d) Reiterar ao Contratado que o correto registro de informações no CNES é imprescindível, visto que aquele sistema disponibiliza diversas informações essenciais para o planejamento, a execução e o monitoramento dos serviços prestados no âmbito das unidades de saúde objeto de contratualizações.

7. LISTA DE ANEXOS

Os seguintes documentos integram o presente Relatório na forma de anexos:

- 7.1. Processo original — [04016-00065258/2021-76](#);
 - 7.1.1. Contrato de Gestão nº 21011/2021 — [70531100](#);
- 7.2. Prestação de contas IGESDF de setembro/2022 — [04016-00100093/2022-77](#);
 - 7.2.1. Memorando de apresentação — [98352117](#);
 - 7.2.2. Indicadores — [98352121](#) e [98854881](#);
 - 7.2.3. Pessoal — [98352119](#) e [97506645](#);
- 7.3. Prestação de contas IGESDF de outubro/2022 — [04016-00108559/2022-82](#);
 - 7.3.1. Memorando de apresentação — [100081840](#);
 - 7.3.2. Indicadores — [100099761](#);
 - 7.3.3. Pessoal — [100099681](#) e [99413872](#);
- 7.4. Prestação de contas IGESDF de novembro/2022 — [04016-00118068/2022-40](#);
 - 7.4.1. Memorando de apresentação — [102004514](#);
 - 7.4.2. Indicadores — [102033009](#) e [105850883](#);
 - 7.4.3. Pessoal — [102032925](#) e [101808739](#);
- 7.5. Prestação de contas IGESDF de dezembro/2022 — [04016-00005212/2023-60](#);
 - 7.5.1. Memorando de apresentação — [103887843](#);
 - 7.5.2. Indicadores — [103888023](#);
 - 7.5.3. Pessoal — [103887935](#) e [103609365](#);
- 7.6. Prestação de Contas da Comissão de Avaliação de Óbitos — [04016-00110410/2022-63](#);
- 7.7. Prestação de Contas da Comissão de Controle de Infecção — [04016-00110443/2022-11](#);
- 7.8. Prestação de Contas da Comissão de Revisão de Prontuários — [04016-00110445/2022-01](#);
- 7.9. Prestação de Contas da Comissão de Ética em Enfermagem — [04016-00110450/2022-13](#);
- 7.10. Despacho SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG com solicitação de correção do Contrato de Gestão — [80851884](#);
- 7.11. Processo solicitando dados e comprovantes de prestação de contas — [00060-00299650/2022-01](#);
- 7.12. Despachos IGESDF/DVP/SPLAQ/GEPDI/COESI — [87672721](#) e [106926511](#);
- 7.13. Reunião indicador "Atendimentos médico em UPA + Atendimento de urgência com observação até 24h em atenção especializada" — [107332120](#) e [107310037](#);
- 7.14. Ofício de consulta ao Ministério da Saúde — 107764690;
- 7.15. Portaria SES-DF nº 637/2022 — [102385947](#);
- 7.16. Plano de Ação IGESDF/DP/DIASE/UPH/SUPPH — [106189854](#);
- 7.17. Manifestação indicador "Solicitação de Regulação de Pacientes da Sala Vermelha" SES/CRDF/DIRAAH — [96306449](#);
- 7.18. Manifestação indicador "Resolubilidade da Ouvidoria" SES/CONT/OUV — [110109071](#);
- 7.19. Ficha Técnica do indicador "Percentual de Pacientes Classificados Atendidos" emitida pela Gerência de Apoio aos Serviços de Urgência e Emergências da SES/DF — [98791798](#);
- 7.20. Resolução CFM nº 2.171, de 30 de outubro de 2017 — [64139892](#);
- 7.21. Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998 — [64141161](#);
- 7.22. Resolução CFM nº 1.638, de 09 de agosto de 2002 — [64146105](#);
- 7.23. Resolução CFM nº 2.152, de 30 de setembro de 2016 — [64146978](#);
- 7.24. Resolução COFEN nº 593, de 05 de novembro de 2018 — [64147898](#);
- 7.25. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 36, de 25/07/2013 — [90653267](#);
- 7.26. Ficha de cadastro CNES dezembro/2022 — [107281237](#);
- 7.27. Processo do Relatório analítico anual de 2021 — [00060-00103373/2022-31](#);
- 7.28. Relatório Analítico do 1º quadrimestre/2022 — [88324746](#);
- 7.29. Relatório Analítico do 2º quadrimestre/2022 — [96545130](#).

É o relatório.

Elaboração:

Carolina Pradera Resende — Farmacêutica — matrícula: 196.758-4;
Línea Caroline da Silva Lima — Farmacêutica — matrícula: 1.672.315-5;
Marília Gabriela Silva Brandão — Administradora — matrícula: 1.706.883-5.

Aprovação:

Carolina de Araujo Schwartz — Administradora — matrícula: 1.704.994-6;
Iara de Sousa Cezário Jardim — Fisioterapeuta — matrícula: 1.443.758-9.



Documento assinado eletronicamente por **CAROLINA DE ARAUJO SCHWARTZ - Matr. 1704994-6, Gerente de Avaliação Técnica-Assistencial dos Contratos de Gestão e de Resultados**, em 20/04/2023, às 14:39, 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 20/04/2023, às 18:31, 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&verificador=106585326 código CRC= **F5678158**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

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

00060-00093014/2023-40

Doc. SEI/GDF 106585326

Criado por [55201967584](#), versão 330 por [55217049946](#) em 20/04/2023 14:25:26.