



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 10/2023 - SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG

Brasília-DF, 22 de fevereiro de 2023

RELATÓRIO ANALÍTICO QUADRIMESTRAL – UPA NÚCLEO BANDEIRANTE
3º Quadrimestre de 2022

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
CONTATO: Telefone: (61) 3550-8900	ENDEREÇO: SRTVN Quadra 701 Lote D, 3º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - DF — CEP: 70719-040

DADOS DA UNIDADE

Unidade de Pronto Atendimento do Núcleo Bandeirante – UPA NB	
ENDEREÇO DA UNIDADE: DF-075, KM 180, Área Especial, EPNB — Núcleo Bandeirante — DF	CONTATO: (61) 3550-8817

DADOS DO MONITORAMENTO

Trata-se da 5ª parte do Relatório Analítico Quadrimestral do Contrato de Gestão nº 001/2018, referente à UPA Núcleo Bandeirante. O Relatório completo é composto por:	
1ª parte — RELATÓRIO 6 — GERAL — 106534992 ;	
2ª parte — RELATÓRIO 7 — HBDF — 106538069 ;	
3ª parte — RELATÓRIO 8 — HRSM — 106539033 ;	
4ª parte — RELATÓRIO 9 — UPA CEILÂNDIA I — 106539658 ;	
5ª parte — RELATÓRIO 10 — UPA NÚCLEO BANDEIRANTE — 106540216;	
6ª parte — RELATÓRIO 11 — UPA RECANTO DAS EMAS — 106540858 ;	
7ª parte — RELATÓRIO 12 — UPA SAMAMBAIA — 106541548 ;	
8ª parte — RELATÓRIO 13 — UPA SÃO SEBASTIÃO — 106542148 ; e	
9ª parte — RELATÓRIO 14 — UPA SOBRADINHO II — 106542732 .	
PERÍODO DAS ATIVIDADES MONITORADAS DESCRITAS NESTES RELATÓRIOS:	1º de setembro a 31 de dezembro de 2022
PROCESSOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSIS DO CONTRATADO:	Setembro/22: 04016-00099785/2022-65 ; Outubro/22: 04016-00108545/2022-69 ; Novembro/22: 04016-00117035/2022-82 ; e Dezembro/22: 04016-00006368/2023-68 .

FUNDAMENTAÇÃO DO RELATÓRIO

O presente Relatório, elaborado pela Gerência de Avaliação Técnico-Assistencial de 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) DO NÚCLEO BANDEIRANTE**, no período de 1º de setembro a 31 de dezembro de 2022, tendo em vista o texto vigente da Cláusula Vigésima Terceira do Contrato de Gestão SES/DF nº 001/2018, celebrado entre o Instituto e o Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF (id. [4487652](#) atualizado pelo id. [56085441](#)):

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA- DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO A CARGO DA CONTRATANTE

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 001/2018 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 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; da Lei Distrital nº 6.270/2019, que fez acréscimos à Lei 5.899/2017; 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 de bens adquiridos pelo IGESDF pela SES-DF ou da variação efetiva dos custos (APURASUS) operacionais da unidade gerida.

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

A Lei Distrital nº 5.899/2017 determina que "o contrato de gestão (...) deve ser aditivado anualmente para repactuação dos recursos de fomento destinados, das metas e dos indicadores de desempenho". Neste aspecto, registra-se que, considerando que não houve publicação de Termo Aditivo para formalização de Plano de Trabalho contendo indicadores e metas a serem monitoradas no ano de 2022, conforme apontado nos Relatórios do 1º e do 2º quadrimestres de 2022 (id. [90050716](#) e [98027918](#)), os resultados apresentados nas Prestações de Contas do Contratado, assim como as análises contidas neste Relatório, referem-se àqueles indicadores e metas estipulados no 9º Termo Aditivo, de 12/02/2021 (id. [56085441](#)).

Assim, esta 5ª parte do Relatório contempla os seguintes temas:

1. Indicadores de produção;
2. Indicadores de qualidade;
3. Comissões;
4. Habilitação;
5. Pessoal;
6. Considerações finais; e
7. Lista de anexos.

1. INDICADORES DE PRODUÇÃO

Dispõe o 9º Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018:

ANEXO IV – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO NÚCLEO BANDEIRANTE – UPA-NB

(...) ITEM II - Metas Quantitativas

Neste item são apresentados os indicadores e metas quantitativas pactuados para a UPA-NB.

As metas qualitativas produção foram estipuladas para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade.

De acordo com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde, em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde.

Para o acompanhamento do Contrato de Gestão, os indicadores de produção deverão ser apurados mensalmente e esta informação deve constar no Relatório mensal para a avaliação do instrumento contratual.

As metas foram definidas pela Portaria 10 de 03 de janeiro de 2017 observando o opção III.

a. Atendimento de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada.

Total de atendimentos de Urgência e Emergência com Observação até 24 horas, realizados no estabelecimento.

O indicador informa a quantidade de atendimentos de urgência e emergência realizados na UPA, de acordo com os critérios de regionalização e seu papel na rede de saúde do Distrito Federal.

O acompanhamento desse indicador deve ser realizado mensalmente e a informação deverá constar no Relatório mensal.

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), é a base oficial de extração dos dados, por meio do aplicativo TABWIN (Código SIGTAP: 0301060029).

b. Atendimento médico em UPA 24 horas de pronto atendimento.

Total de atendimentos médicos, realizados no estabelecimento.

Informa a quantidade de atendimentos médicos realizados na UPA, de acordo com os critérios de regionalização e seu papel na rede de saúde do Distrito Federal.

O acompanhamento desse indicador deve ser realizado mensalmente e a informação deve constar no Relatório mensal.

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), é a base oficial de extração dos dados, por meio do aplicativo TABWIN (Código SIGTAP: 0301060096).

c. Acolhimento com classificação de risco.

Relação percentual entre o número de pacientes submetidos à classificação de risco por cor de classificação de acordo com o sistema implantado no serviço de urgência e emergência da UPA e o total de pacientes classificados no serviço de urgência e emergência, em determinado período.

O indicador monitora a implantação, nos prestadores de serviços, de escalas e protocolos de estratificação de risco dos pacientes que procuram o serviço de urgência e emergência (ANS,2012).

O acompanhamento do indicador será realizado mensalmente e informado no Relatório mensal.

II.II - Quadro de metas quantitativas

Meta	Mensal	Quadrimestral	Anual
Atendimento de urgência c/ observação até 24h em atenção especializada.	4.500	18.000	54.000
Atendimento médico em UPA 24h de pronto atendimento			
Acolhimento com classificação de risco	4.500	18.000	54.000

II.III - Quadro de avaliação de metas quantitativas

Metas de produção	Pontos por % de Cumprimento por Meta no Mês					
	120% ou +	110 a 119%	100 a 109%	90 a 99%	80 a 89%	70 a 79%
Atendimento de urgência c/ observação até 24h em atenção especializada.	250	225	200	175	150	125
Atendimento médico em UPA 24h de pronto atendimento						
Acolhimento com classificação de risco	250	225	200	175	150	125

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.

Os gráficos apresentados mostram a produção mensal, cujos resultados são comparados à meta linear, obtida ao dividir o valor da meta anual em igual proporção para cada mês. São apresentados também os resultados acumulados do período, os quais são comparados à meta acumulada.

Tendo em vista que o Indicador 1 refere-se à soma das produções referentes a atendimentos (códigos 03.01.06.002-9 e 03.01.06.009-6), apresenta-se, no Quadro 1.1, o detalhamento das produções dos procedimentos 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 Núcleo Bandeirante

Procedimento	Código SIGTAP	setembro	outubro	novembro	dezembro
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA	0301060029 + 0301060096	6.485	6.876	6.663	7.616
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada	301060029	3.312	3.444	3.258	3.753
Atendimento Médico em UPA	301060096	3.173	3.432	3.405	3.863

No Quadro 1.2, são apresentadas as produções e percentagens de alcance das metas quantitativas quadrimestrais, incluindo (1) a produção de Atendimentos (de Urgência e Médico), conforme o Quadro 1.1 acima, e (2) a quantidade de Acolhimentos com Classificação de Risco, tendo em vista o quadro II.II do Anexo IV do 9º Termo Aditivo.

Quadro 1.2: Indicadores de Produção — UPA Núcleo Bandeirante

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	6.485	6.876	6.663	7.616	27.640	153,6%	51,19%
Acolhimento com Classificação de Risco	301060118	18.000	4.092	4.308	1.998	4.920	15.318	85,1%	28,37%

Abaixo, apresentam-se gráficos representando as produções validadas em Atendimentos (de urgência e médico) e em Acolhimento com Classificação de Risco, por mês, em relação a suas metas mensais; e acumuladas, em relação às metas acumuladas no período.

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

Gráfico 1.1 — Produção em Atendimentos, por mês, em relação à meta mensal

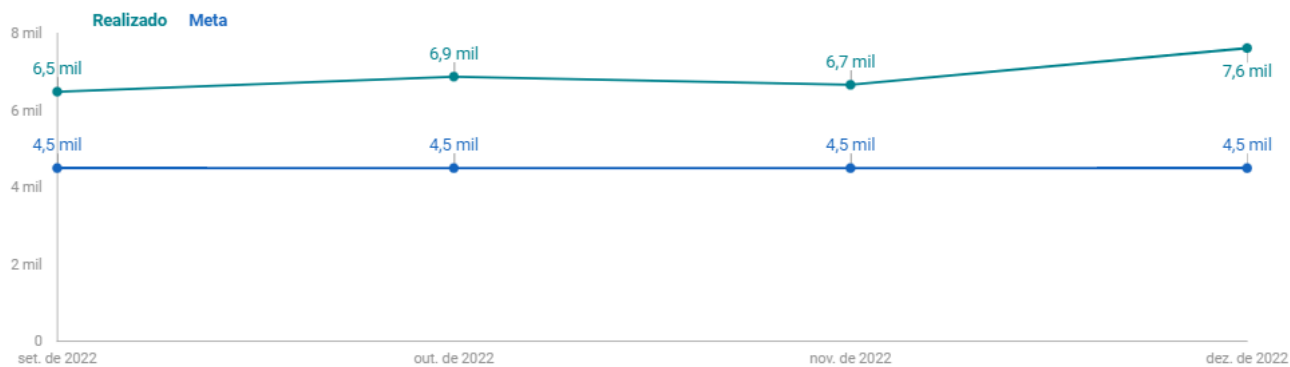
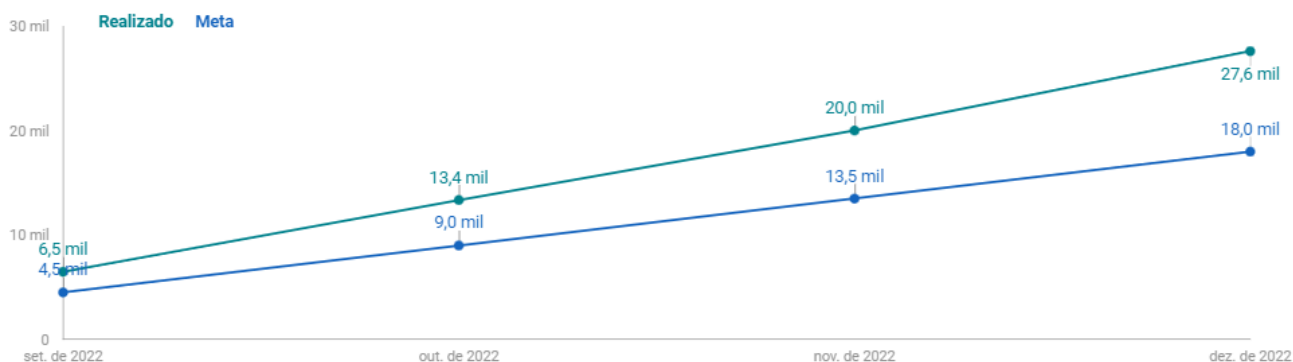


Gráfico 1.2 — Produção acumulada em Atendimentos, em relação às metas acumuladas no período



- Na UPA-NB, a produção em Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada somada à produção de Atendimento Médico em UPA superou a meta em todos os meses em análise, alcançando **153,6%** da meta quadrimestral.
- Pontuação em Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada e Atendimento Médico em UPA: **250 pontos**.

A produção em ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24H EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA + ATENDIMENTO MÉDICO EM UPA 24H DE PRONTO ATENDIMENTO ultrapassou a meta quadrimestral, com produção de 27.640 de atendimentos (03.01.06.002-9 + 03.01.06.009-6), equivalendo a **153,6%** da meta. Infere-se que a meta estipulada no 9º Termo Aditivo está subestimada.

1.2. **Acolhimento com Classificação de Risco**

Gráfico 1.3 — Produção em Acolhimento, por mês, em relação à meta mensal

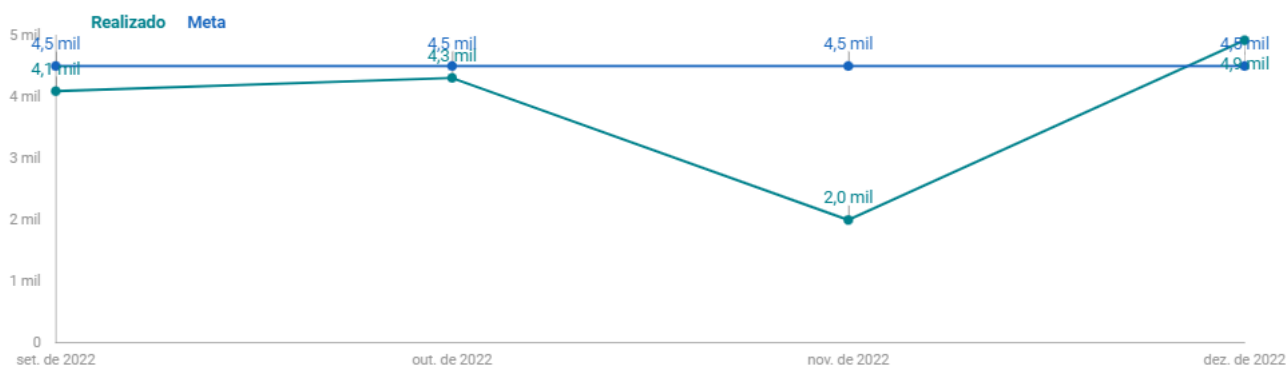
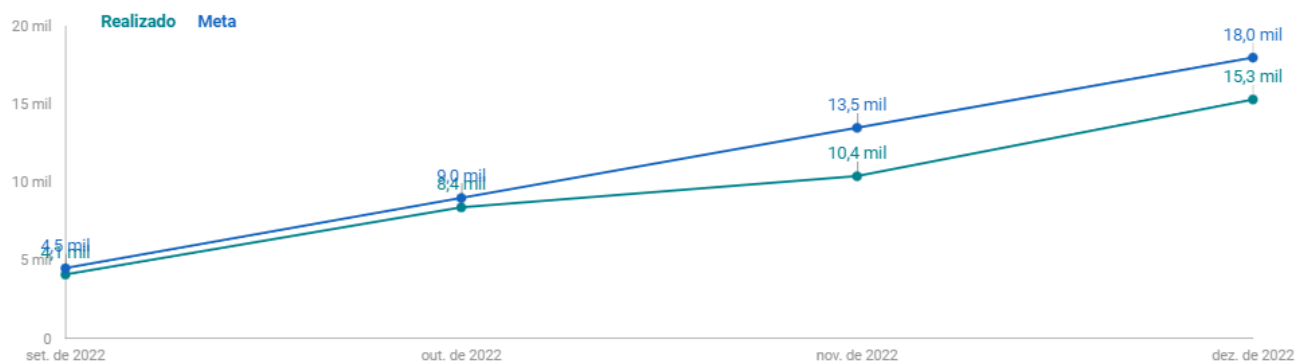


Gráfico 1.4 — Produção acumulada em Acolhimento, em relação às metas acumuladas no período



- A produção em Acolhimento com Classificação de Risco na UPA-NB foi de **85,1%** da meta quadrimestral.
- Pontuação em Acolhimento com Classificação de Risco: **150 pontos**.

O indicador ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ficou inferior à meta quadrimestral, com produção de 15.318 procedimentos, correspondendo a **85,1%** da meta. Ainda, a quantidade de ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO representou somente 55,42% dos 27.640 Atendimentos (03.01.06.002-9 + 03.01.06.009-6) realizados no mesmo período.

1.3. Análises

O Contratado registrou uma produção em Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) abaixo da meta quadrimestral, com ênfase na redução ocorrida no mês de novembro (1.998 Acolhimentos). Em suas Prestações de Contas Mensais, apresentou as seguintes justificativas:

— **Setembro** (id. [98282772](#)):

"Destaca-se melhora na quantidade de classificações, contudo reiteramos a falta de apoio do hospital de referência, o que prejudica o Índice de renovação de leitos e consequentemente o recebimento de novos pacientes na unidade."

— **Outubro** (id. [100127746](#)):

"Aumento de 216 pacientes a mais em relação ao resultado apurado no mês anterior. Destacamos treinamentos com a equipe de enfermagem, bem como reuniões com enfermeiros e gestores para análise situacional e definição de estratégias para a melhora do indicador."

— **Novembro** (id. [101741500](#)):

"A falta de apoio do hospital de referência dificulta o giro de leitos, o que impacta negativamente no recebimento de novos pacientes na unidade."

As justificativas apresentadas nos meses de setembro, outubro e novembro para o não atingimento da meta parecem estar mais relacionadas a um cenário em que não se tivesse atingido a meta de Atendimentos, o que não foi o notado. Destaca-se que com os treinamentos com a equipe de enfermagem e com as reuniões com enfermeiros e gestores para análise situacional e definição de estratégias para a melhora do indicador, indicadas no mês de outubro pelo Contratado, esperava-se uma melhora do resultado do indicador, porém, o que se percebe no mês seguinte é uma redução no alcance da meta, com um percentual 44% abaixo da previsão.

No mês de dezembro, verifica-se que o Contratado ultrapassou o valor da meta mensal (4.920 Acolhimentos), no entanto, sem justificar se ocorreu ou não a melhora do cenário da falta de leitos nos hospital de referência.

Cabe ressaltar que o não alcance da meta de Acolhimento resulta dos pacientes não classificados ou não registrados, e a "ACR deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado", assim, "nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma unidade de saúde de referência". (PROT. MANCHESTER)

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 de todas as UPAs. No Relatório do 2º Quadrimestre ([00060-00486296/2022-44](#)), 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 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, através do Despacho SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE ([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 seu Sistema 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.

Após ser comunicado via Ofício 5 (id. [103078581](#)), o Instituto apresentou entendimento divergente, informando que compreende ser aceitável o lançamento de dois atendimentos para o mesmo paciente no mesmo dia, em tempo que solicitou consulta junto 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.

Após ser comunicado via Ofício 5 (id. [103078581](#)), o Instituto apresentou entendimento divergente (id. [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.

No dia 02/03/2023, foi realizada reunião entre 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. 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.

1.4. Pontuação

Considerando-se as metas quantitativas quadrimestrais estipuladas no Quadro II.II, Item II do Anexo IV do 9º Termo Aditivo do Contrato (id. [56085441](#)), a pontuação referente aos indicadores de produção da UPA NÚCLEO BANDEIRANTE, no 3º quadrimestre de 2022, é de **400 pontos**, conforme detalhamento a seguir.

Quadro 1.3: Produção e pontuação Metas quantitativas — UPA Núcleo Bandeirante

META	Produção	Pontuação
Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada	153,6%	250
Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento		
Acolhimento com Classificação de Risco	85,1%	150
PONTUAÇÃO — 3º QUADRIMESTRE/2022		400 pontos

Destaca-se que, diferentemente dos Anexos I e II do 9º Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018, em que foram estipuladas apenas metas quantitativas anuais para os hospitais, os anexos que se referem às UPAS explicitaram metas mensais, quadrimestrais e anuais. Ora, a pontuação calculada tendo-se como base a meta quantitativa mensal pode ser diferente da pontuação calculada tendo-se como base a meta quantitativa quadrimestral, que, por sua vez, pode ser diferente da pontuação calculada tendo-se como base a meta anual. Desta feita, cumpre destacar a falta de clareza no texto contratual vigente, que pode impactar a avaliação da pontuação referente aos indicadores de produção das UPAs.

1.5. Recomendações

Esta Gerência reitera a indispensabilidade da revisão das metas quantitativas, de forma a refletir a real capacidade da Unidade de Pronto Atendimento e a atender aos parâmetros previstos nos normativos vigentes, definindo adequadas e efetivas condições ao monitoramento do Contrato de Gestão. Ainda, sustenta-se a posição de que falta clareza ao texto contratual vigente para o cálculo da pontuação. Diante o exposto, sugere-se:

a) Encaminhamento da demanda às Instâncias Superiores desta SES/DF com a finalidade de elaboração e formalização de Termo Aditivo para repactuação da meta; e

b) Estabelecimento de metas quantitativas quadrimestrais, com texto claro e objetivo que especifique que a pontuação deverá ser calculada quadrimestralmente, com o intuito de viabilizar o trabalho de avaliação e acompanhamento contratual pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação (CAC-IGESDF) e pela GATCG, além de oportunizar tomada de decisão com maior tempestividade, pelas autoridades competentes, em período inferior a um ano.

2. INDICADORES DE QUALIDADE

Dispõe o 9º Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018:

ANEXO IV – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO NÚCLEO BANDEIRANTE – UPA-NB

(...) ITEM III - Metas Qualitativas

Nesse item são apresentados os indicadores das metas qualitativas que deverão ser sistematizados e medidos para a UPA-NB, e acompanhados e monitorados pelo IGESDF.

Para o acompanhamento do Contrato de Gestão, os indicadores de desempenho deverão ser apurados mensalmente e esta informação deve constar no Relatório mensal para avaliação do instrumento contratual.

III.I - Descrição das metas de desempenho

a. Taxa de ocupação em sala amarela

Avaliação do grau de utilização dos leitos operacionais na sala amarela da UPA. O indicador mede o perfil de utilização e gestão do leito da UPA. Está relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência.

A gestão eficiente do leito operacional aumenta a oferta de leitos para o sistema de saúde.

Meta: manter índice $\geq 75\%$.

b. Taxa de mortalidade institucional

Relação percentual entre o número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente e o número de pacientes que tiveram saída do hospital (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito). Considerando a resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, entende-se que 24 horas é tempo suficiente, para que a ação terapêutica e consequente responsabilidade do hospital sejam efetivadas.

O indicador avalia a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar, incluindo somente os óbitos decorridos pelo menos 24 horas da admissão. Nesse sentido, a Taxa de Mortalidade Institucional será sempre menor que a Taxa de Mortalidade Hospitalar. Uma baixa taxa de mortalidade hospitalar reflete um padrão de excelência na assistência à saúde a ser seguido e mantido no hospital. É desejável atingir valores baixos de Taxa de Mortalidade Institucional, entretanto altas taxas de mortalidade não necessariamente refletem problemas na qualidade da assistência hospitalar e podem se relacionar ao conjunto de serviços disponibilizados e distintos perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos no hospital (ANS, 2012).

Meta: Manter indicador $\leq 1\%$

III.II - Avaliação das metas qualitativas

INDICADOR	META	PONTUAÇÃO
a) Taxa de ocupação em sala amarela	Manter índice $\geq 75\%$	$\geq 75\%$: 100 PONTOS
		≥ 60 a 74% : 75 PONTOS
		≥ 50 a 59% : 50 pontos
		Menor que 50% : Não pontua
b) Taxa de mortalidade institucional	Manter taxa $\leq 1\%$	$\leq 1\%$: 100 pontos
		> 1 a 2% : 75 pontos
		> 2 a 3% : 50 pontos
		$> 3\%$: não pontua.

III.III - Quadro de descontos das metas qualitativas

Pontuação total no cumprimento das metas qualitativas	% de desconto em 20% do valor do repasse de custeio
De 151 a 200 pontos	Sem desconto
De 101 a 150 pontos	10% de desconto
De 51 a 100 pontos	20% de desconto
De 00 a 50 pontos	30% de desconto

2.1. Resultados

No 9º Termo Aditivo do Contrato de Gestão, foram pactuadas metas qualitativas a serem apuradas mensalmente com vistas à avaliação da qualidade e da efetividade dos serviços prestados.

Diferentemente dos Indicadores de Produção, os dados abaixo registrados são aqueles disponibilizados mensalmente pelo Contratado, devido à ausência de bases oficiais.

Em seus processos de Prestações de Contas Mensais - PCMs, o Contratado apresentou os valores apurados de ambos indicadores e a memória de cálculo na forma "numerador" e "denominador", sem especificar a que se referem tais valores e sem apresentar comprovantes.

Abaixo, apresentam-se as taxas e as pontuações com base nos dados disponibilizados pelo Contratado.

Quadro 2.1: Produção e pontuação, por mês, Metas qualitativas — UPA Núcleo Bandeirante

INDICADORES DE QUALIDADE	Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro	
	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos
Taxa de ocupação em sala amarela	220,4%	100	228,7%	100	244,8%	100	245,5%	100
Taxa de mortalidade institucional	0,4%	100	0,3%	100	0,2%	100	0,4%	100

[Fonte: Base de dados interna da UPA]

A seguir, apresentam-se gráficos representando as produções apuradas pelo Contratado em TAXA DE OCUPAÇÃO EM SALA AMARELA e em TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL, por mês, frente a suas metas mensais:

Gráfico 2.1 — Taxa de Ocupação em Sala Amarela, por mês, em relação à meta mensal

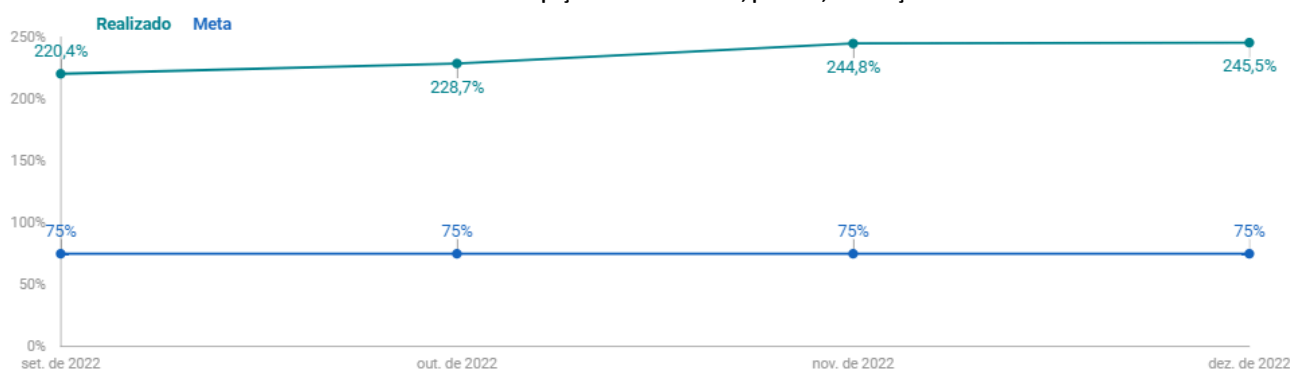
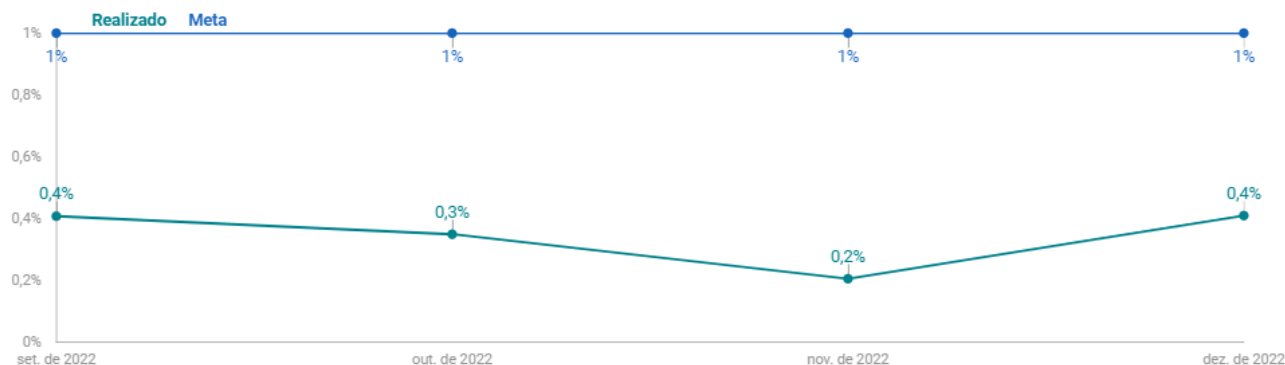


Gráfico 2.2 — Taxa de Mortalidade Institucional, por mês, em relação à meta mensal



2.2. Análises

Segundo os dados informados pelo Contratado, a TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL foi mantida abaixo de 1% em todos os meses, atendendo à meta; enquanto as TAXAS DE OCUPAÇÃO DA SALA AMARELA foram muito superiores à meta contratual, não tendo sido apresentadas justificativas, assim, sugere-se que o Contratado seja instado a se justificar.

É pertinente enfatizar que esta Gerência tem sinalizado, em Relatórios anteriores, que considera a atual forma de apresentação dos dados inviável para a adequada análise dos indicadores qualitativos, uma vez que não são apresentados comprovantes, tampouco exposição dos valores indicando especificamente a que se referem.

Nos Relatórios do 1º Quadrimestre/2022 ([00060-00318540/2022-47](#)) e do 2º Quadrimestre/2022 ([00060-00486296/2022-44](#)), foi solicitado que o Instituto enviasse mensalmente as memórias de cálculo e os comprovantes transcritos a seguir:

(...) Dessa forma, a fim de adequar o atendimento da demanda contratual, assim como possibilitar análises apropriadas, sugere-se reiterar ao Contratado que o envio mensal dos dados apurados seja acompanhado da memória de cálculo e comprovantes a seguir relacionados, por indicador:

Indicador	Meta	Fórmula de cálculo	Dados e comprovantes a serem encaminhados
Taxa de ocupação em sala amarela	≥ 75%	$\frac{\text{Nº de Pacientes-dia em sala amarela}}{\text{Nº de Leitos-dia em sala amarela} \times 100}$	1- Total de pacientes-dia atendidos em sala amarela no mês; 2- Total de leitos-dia em sala amarela disponíveis no mês; 3- Relatório de consolidação do censo realizado a 00:00 diariamente, informando situação dos leitos dia a dia.
Taxa de mortalidade institucional	≤ 1%	$\frac{\text{Nº de óbitos que ocorreram após admissão dos pacientes na UPA}}{\text{Nº de pacientes que tiveram saída da UPA (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito)} \times 100}$	1- Relação de Pacientes que vieram a óbitos após admissão no mês; 2- Total de Pacientes que vieram a óbitos após admissão no mês; 3- Relação de pacientes que tiveram saída da UPA no mês (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito); 4- Total de pacientes que tiveram saída da UPA no mês (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito).

Naqueles comprovantes em que constam informações pessoais dos pacientes (nome, CPF, ...), solicita-se o uso de ferramentas de sigilo para tais dados.

2.3. Pontuação

Levando em consideração os dados informados pelo Contratado mensalmente e os parâmetros estipulados no 9º Termo Aditivo do Contrato (id. [56085441](#)), as pontuações mensais apuradas para a UPA NÚCLEO BANDEIRANTE relativas ao 3º quadrimestre e os percentuais de desconto correspondentes a cada uma delas seguem abaixo:

Quadro 2.2: Pontuação e % desconto, por mês, Metas qualitativas — UPA Núcleo Bandeirante

Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Pontuação	200 pontos	200 pontos	200 pontos	200 pontos
% desconto	Sem desconto	Sem desconto	Sem desconto	Sem desconto

2.4. Recomendações

Por todo o exposto, reitera-se sugestão de adequação no formato de disponibilização dos dados, contendo (1) informações relativas a que se referem os valores apresentados como memória de cálculo e (2) comprovantes conforme solicitado no item 2 do presente Relatório, reforçando ao Instituto a relevância destes documentos tanto para a compreensão, como para a avaliação dos resultados alcançados.

Além disso, considerando que as Taxas de Ocupação da Sala Amarela foram muito superiores à meta contratual, não tendo sido apresentadas justificativas, sugere-se que o Contratado seja instado a apresentá-las.

3. COMISSÕES

3.1. Do Contrato de Gestão

9º Termo Aditivo ([56085441](#)), anexo IV:

I.IV - REQUISITOS GERAIS PARA A EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

12. Constituir legalmente e manter em pleno funcionamento as seguintes Comissões e Comitês:

- a. Comissão de Óbitos;
- b. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- c. Comissão de Revisão de Prontuários;
- d. Comissão de Ética Médica;
- e. Comissão de Ética em enfermagem.

[Grifado]

3.2. Da Legislação

a) **Comissão de Avaliação de Óbitos** é regulamentada e normatizada pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da [Resolução nº 2.171 de 30 de outubro de 2017](#), (id. [64139892](#)), a qual determina que é obrigatória a presença de uma comissão de óbitos em cada unidade de saúde.

b) **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar** foi instituída pela [Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998](#) do Ministério da Saúde (id. [64141161](#)) para assessorar a autoridade máxima da instituição na execução de ações de controle de infecção.

c) **Comissão de Revisão de Prontuários**: Consoante a [Resolução do CFM nº 1.638 de 09 de agosto de 2002](#) (id. [64146105](#)), é obrigatória a criação da comissão em instituição de saúde.

d) **Comissão de Ética Médica**: De acordo com a [Resolução CFM nº 2.152 de 30 de setembro de 2016](#) (id. [64146978](#)):

(...) todos os estabelecimentos de assistência a saúde e outras pessoas jurídicas onde se exerça a medicina, (...) devem eleger, entre os membros de seu corpo clínico, Comissões de Ética Médica (...).

e) **Comissão de Ética de Enfermagem**: Regulamentada pela [Resolução COFEN nº 593, de 05 de novembro de 2018](#) (id. [64147898](#)), *in*

verbis:

Art. 4º Tornar obrigatória a criação e funcionamento de Comissão de Ética em instituições com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem.

3.3. Análise dos Dados Apresentados

Com as informações disponibilizadas e encontradas sobre as Comissões atuando na UPA NÚCLEO BANDEIRANTE comprovou-se que:

Quadro 3.1: Resumo do funcionamento das Comissões da UPA NB — 3º quadrimestre 2022

Comissão	Regimento interno	Composição	Periodicidade das reuniões	Análise
Comissão de Análise de Óbitos	Doc. 83292607 p. 9 a 14 Publicado: 21/06/2021	Doc. 83292607 p. 68 a 69 Em: 03/11/2021	Mensal Reunião: 21/09/22, 19/10/22, 16/11/22	Documentação satisfatória.
Comissão de Controle de Infecção	Doc. 83292607 p. 15 a 21 Publicado: 21/06/2021	Doc. 83292607 p. 70 a 71 Em: 27/10/2021	Semestral Reunião: 08/11/22	Documentação satisfatória.
Comissão de Revisão de Prontuários	Doc. 83292607 p. 37 a 43 Publicado: 21/06/2021	Doc. 83292607 p. 74 a 75 Em: 27/10/2021	Mensal Reunião: não informado	Documentação insatisfatória.
Comissão de Ética Médica	Doc. 83292607 p. 29 a 36 Publicado: 23/06/2021	Não informado	Bimestral Reunião: não informado	Documentação insatisfatória.
Comissão de Ética em Enfermagem	Doc. 107856958 Publicado: 23/06/2021	Doc. 90703645 Em: 13/05/2022	Mensal Reuniões: 22/09/22, 09/10/22, 16/11/22	Documentação satisfatória.

A formação e o funcionamento de Comissões são exigências tanto contratuais quanto da legislação vigente. De forma a facilitar o tráfego das informações, foi sugerido que o Instituto instrísse um processo para cada Comissão/Comitê, onde seriam registrados os dados de funcionamento, e que este fosse disponibilizado à Gerência para monitoramento.

No que tange a UPA-NB, foram recebidos nesta GATCG os processos relativos a prestação de contas das seguintes comissões:

- Comissão de Análise de Óbitos — [04016-00030102/2022-55](#);
- Comissão de Controle de Infecção — [04016-00120655/2022-07](#); e
- Comissão de Ética de Enfermagem — [04016-00067166/2022-10](#).

3.4. Recomendações

- a) Recomenda-se que a Unidade seja instada a pronunciar-se sobre a ausência de dados apontada no Quadro 3.1;
- b) Que os processos referentes as Comissões de Revisão de Prontuários e de Ética Médica sejam encaminhados à GATCG; e
- c) Que o Contratado mantenha o pleno funcionamento das Comissões conforme estabelecido contratualmente.

4. HABILITAÇÃO

De acordo com as opções de custeio, o número mínimo de procedimentos a serem faturados mensalmente por cada UPA está definido nas Portarias de Consolidação GM/MS nº [03/2017](#) e nº [06/2017](#), as quais corroboram com as disposições da [Portaria GM/MS nº 10/2017](#):

CAPÍTULO VII

I DO MONITORAMENTO

Art. 37. A UPA 24h habilitada ou qualificada para custeio deverá ser monitorada, após o primeiro repasse do incentivo de custeio, e deverá ser avaliada de acordo com os critérios descritos neste Capítulo.

Art. 38. A produção mínima para a UPA 24h, registrada no SIA/SUS, deverá ser de:

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o	Nº de atendimentos / mês (03.01.06.010-	Nº de acolhimento classificação de risco /
--------	--	---	--

	funcionamento da Unidade	0 03.01.06.009-6 03.01.06.002-9)	mês (03.01.06.011-8)
I	2	2250	2250
II	3	3375	3375
III	4	4500	4500
IV	5	5625	5625
V	6	6750	6750
VI	7	7875	7875
VII	8	9000	9000
VIII	9	10125	10125

[Grifado e Adaptado]

A Portaria GM/MS nº 3.821, de 29 de dezembro de 2020 (id. [102038033](#)), promoveu alteração na habilitação da UPA NÚCLEO BANDEIRANTE, tornando-a **opção de custeio I**.

4.1. Produção

O quadro a seguir apresenta as produções de Atendimento e de Classificação de Risco na Unidade, indicando também as percentagens de cumprimento ou não cumprimento do exigido nas normas supracitadas, no 3º quadrimestre de 2022.

Quadro 4.1: Resumo da produção exigida para a manutenção da habilitação da UPA NB

UPA Núcleo Bandeirante		3º Quadrimestre							
Indicador	Código SIGTAP	setembro		outubro		novembro		dezembro	
Soma de atendimentos	0301060029 + 0301060096	6.485	288,22%	6.876	305,60%	6.663	296,13%	7.616	338,49%
Acolhimento com Classificação de Risco	301060118	4.092	181,87%	4.308	191,47%	1.998	88,80%	4.920	218,67%

Observam-se nos gráficos abaixo as produções mensais no período em relação às metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, conforme habilitação da Unidade:

Gráfico 4.1 — Produção em Atendimentos/mês em relação à produção mínima conforme habilitação (meta) para a UPA Núcleo Bandeirante, 3º quadrimestre 2022.

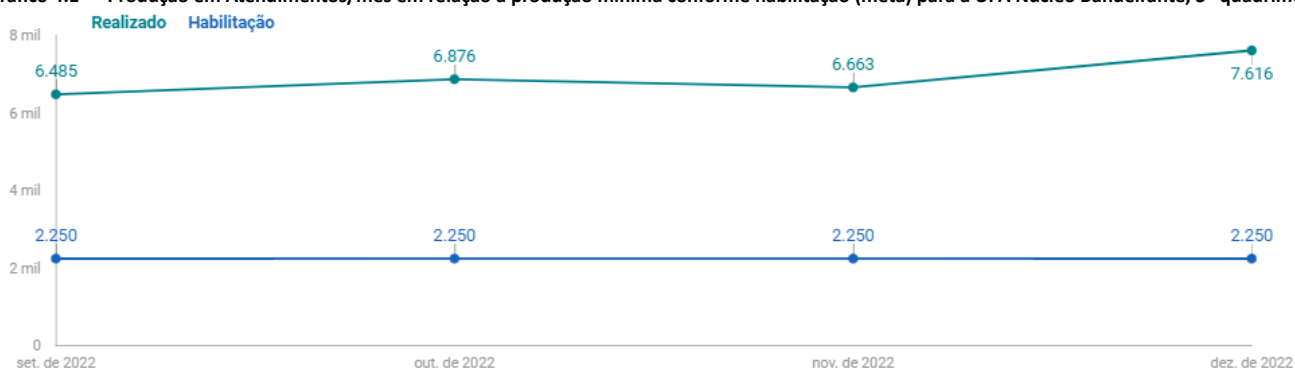
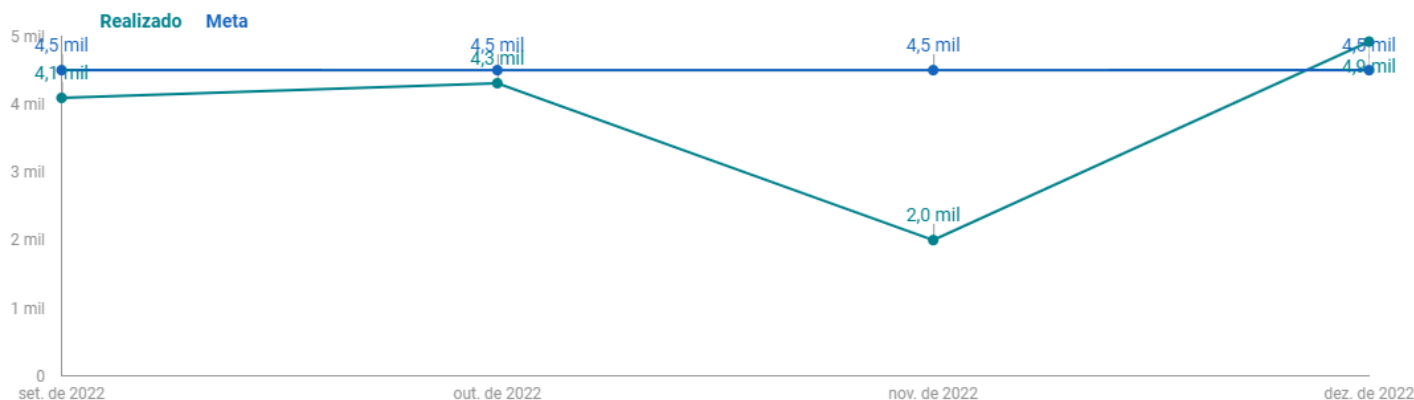


Gráfico 4.2 — Produção em Classificação de risco/mês em relação à produção mínima conforme habilitação (meta) para a UPA Núcleo Bandeirante, 3º quadrimestre 2022.



4.2. Análise

Embora o desempenho se mostre acima do exigido para a atual opção de custeio da UPA-NB (opção I), o ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, em novembro, não alcançou o mínimo estipulado pelas normas do Ministério da Saúde (MS), o que a expõe ao risco de perda da habilitação, conforme também reportado pela SUPLANS/SES no processo [00060-00073054/2023-75](#), *in verbis*:

No escopo das competências da SUPLANS/DICS/GCCH, encaminhamos os dados de produção das **Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)**, habilitadas conforme Portaria GM/MS nº 3.820, 3.821 e 3.930/2020, referentes às competências de Janeiro à Dezembro/2022.

A presente análise tratou dos seguintes procedimentos registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/MS);

- 03.01.06.009-6 - Atendimento médico em Unidade de Pronto Atendimento;
- 03.01.06.002-9 - Atendimento de Urgência c/ Observação até 24 h em Atenção Especializada;
- 03.01.06.011-8 - Acolhimento com classificação de Risco.

A produção das Unidades está evidenciada nas planilhas abaixo:

UPA NUCLEO BANDEIRANTE, CNES 7111924 - Opção de Custeio I – 2022

MÊS	ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (03.01.06.009-6)	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (03.01.06.002-9)	META Nº ATENDIMENTOS	Nº DE ATENDIMENTOS	META ATENDIMENTOS CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (03.01.06.011-8)
JANEIRO	4.720	3.339	2250	8.659	2250	4.722
FEVEREIRO	3.473	3.002	2250	6.475	2250	3.474
MARÇO	4.067	3.583	2250	7.650	2250	4.071
ABRIL	3.985	3.238	2250	7.213	2250	3.991
MAIO	3300	3373	2250	6.673	2250	4.203
JUNHO	2.851	3.569	2250	6.420	2250	4.806
JULHO	2.629	3.029	2250	5.658	2250	3.550
AGOSTO	2.589	2.791	2250	5.380	2250	1.013
SETEMBRO	3173	3312	2250	6.485	2250	4.092
OUTUBRO	3432	3444	2250	6.876	2250	4.308
NOVEMBRO	3405	3258	2250	6.663	2250	1.998
DEZEMBRO	3863	3753	2250	7.616	2250	4.920

Além disso, cabe destacar que a quantidade de atendimentos realizados na UPA-NB, no ano de 2022, conforme demonstrado acima, foi demasiadamente superior à meta estabelecida para a opção de custeio I. Por este motivo, reitera-se a sugestão de que as áreas técnicas competentes da SAIS/SESDF e da SUPLANS/SESDF avaliem a pertinência de pleitear nova alteração de opção de custeio que viabilize transferência de incentivo financeiro ao Fundo de Saúde do DF mais adequada à produção da Unidade.

4.3. Recomendação

Nesta oportunidade, recomenda-se que o Contratado apresente os motivos pelos quais não se alcançou o mínimo de procedimentos em ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO estipulado pelas normas do Ministério da Saúde (MS) na UPA NÚCLEO BANDEIRANTE bem como que medidas serão adotadas para sanar a problemática, indicando prazos e responsáveis.

Ainda, reitera-se a sugestão de que as áreas técnicas competentes da SAIS/SESDF e da SUPLANS/SESDF avaliem a pertinência de pleitear nova alteração de opção de custeio que viabilize transferência de incentivo financeiro ao Fundo de Saúde do DF mais adequada à produção de atendimentos da Unidade.

5. PESSOAL

O Contrato de Gestão nº 001/2018, alterado pelo 9º Termo Aditivo, no que diz respeito à pessoal, dispõe:

1 – os Relatórios Mensais de Prestação de Contas:

b) conterão dados referentes à execução orçamentária do mês encerrado:

Pessoal, por unidade;

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;

[Adaptamos]

5.1. Pessoal em "Cessão Especial"

No quadrimestre em análise, dois servidores em "cessão especial" deixaram a unidade da UPA Núcleo Bandeirante, diminuindo o quantitativo total de 11 para 9 profissionais. A saber, em dezembro/2022, a equipe dos cedidos era composta por: 1 Assistente Administrativo, 5 Técnicos de Enfermagem e 3 Técnicos em Radiologia. Registra-se que não há mais farmacêuticos lotados na unidade.

5.2. Dimensionamento de Pessoal

No Contrato de Gestão (Anexo I - item I.VII), o dimensionamento de pessoal é descrito como:

3. Dispor de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível com o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Dever-se-á obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e às resoluções dos Conselhos profissionais;

[Fonte: Anexo I - item I.VII]

A habilitação técnica e legal determina que, na opção de custeio I, a UPA deverá contar com 2 profissionais médicos/24h sendo 4 diurnos e 3 noturnos.

A Carteira de Serviços UPA id. [65021444](#) trouxe:

O Núcleo de Pessoas da Unidade de Atenção Pré-Hospitalar é responsável por toda gestão das 06 Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h, e parte burocrática de cada colaborador. Desde a contratação do funcionário, pagamento de salários, transporte, refeição, controle do sistema de ponto, férias, licença médica, 13º salário, organização dos horários de trabalho e rescisão contratual dos funcionários. As Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h apresentam o seguinte quadro funcional, necessário para a prestação de seus serviços à comunidade.

5.3. Dados Fornecidos nos Processos de Prestação de Contas e Análises

Houve uma alteração nos dados apresentados pelo Contratado a partir da prestação de contas de novembro/2022, a qual seguiu orientações desta Gerência, possibilitando um melhor monitoramento de dados de pessoal. Todavia, ainda não é possível verificar se o funcionamento da Unidade já atende plenamente às normas dos conselhos de classes profissionais e das legislações sanitárias, uma vez que não foi informado em qual turno as horas contratadas se deram (dia e/ou noite).

Abaixo, apresenta-se o comparativo entre o quantitativo previsto na Carteira de Serviços e o somatório dos servidores cedidos (setembro — [96366635](#); outubro — [98550997](#); novembro — [100604903](#); e dezembro — [102476553](#)) com o demonstrado nas Prestações de Contas Mensais do IGESDF (setembro — [98282759](#); outubro — [100125798](#); novembro — [101737977](#); e dezembro — [104134799](#)). As divergências foram destacadas em vermelho quando apresentadas em quantitativo menor em comparação à Carteira de Serviços; e em azul quando maior que a referência.

Quadro 5.1: Quantidade de Profissionais — UPA Núcleo Bandeirante

Cargo	Carteira de serviço		Setembro	Outubro	Novembro		Dezembro	
	Quantitativo	Horas			Quantitativo	Horas	Quantitativo	Horas
Analista de laboratório	10	360	8	8	8	288	8	288
Analista de RH	1	40	zero	zero	1	40	1	40
Aprendiz	zero		zero	zero	zero		1	20
Artífice de Manutenção	1	44	zero	zero	zero		zero	
Assistente Administrativo	10	400	5	5	8	320	6	240
Assistente Social	2	60	3	3	3	90	3	90
Auxiliar Administrativo	2	80	zero	zero	zero		zero	
Auxiliar de Farmácia	6	240	5	5	5	196	5	196
Coordenador Administrativo	1	40	zero	zero	1	40	1	40
Coordenador Enfermagem	1	40	1	1	1	40	1	40
Coordenador Médico	1	40	1	1	1	40	1	40
Coordenador Multiprofissional	1	40	1	1	1	40	1	40
Dentista	1	40	zero	zero	zero		zero	
Enfermeiro	47	1.692	35	34	34	1.208	37	1.316
Farmacêutico	6	240	7	7	6	224	6	224
Fisioterapeuta	1	30	zero	zero	zero		zero	
Fonoaudiólogo	2	80	zero	zero	zero		zero	
Gerente	1	40	1	1	1	40	2	80
Médico Plantonista	38	912	38	39	38	912	39	948
Motorista	2	80	zero	zero	zero		zero	
Nutricionista	4	160	3	3	3	112	3	112
Superintendente	zero		zero	zero	zero		1	40
Técnico de Enfermagem	99	3.564	66	66	65	2.280	65	2.280
Técnico de Higiene Dental	1	40	zero	zero	zero		zero	
Técnico de Laboratório	14	504	9	9	9	324	10	360
Técnico de Necropsia	2	72	zero	zero	zero		zero	
Técnico em Radiologia	6	144	3	3	3	80	3	80
TOTAL	260	8.982	186	186	188	6.274	193	6.434

Importante frisar que o IGESDF deve manter o quadro de profissionais sempre completo, com, no mínimo, os quantitativos estipulados na Carteira de Serviços. No entanto, conforme os dados apresentados nas PCMs - Prestação de Contas Mensal, houve déficit no 3º quadrimestre, conforme apresentado a seguir.

Quadro 5.2: Quantidade de profissionais deficitários

Cargo	Déficit			
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Analista de Laboratório	-2	-2	-2/-72h	-2/-72h
Analista de RH	-1	-1	—	—
Artífice de Manutenção	-1	-1	-1/-44h	-1/-44h
Assistente Administrativo	-5	-5	-2/-80h	-4/-160h
Auxiliar Administrativo	-2	-2	-2/-80h	-2/-80h
Auxiliar de Farmácia	-1	-1	-1/-44h	-1/-44h
Coordenador Administrativo	-1	-1	—	—
Dentista	-1	-1	-1/-40h	-1/-40h
Enfermeiro	-12	-13	-13/-484h	-10/-376h
Farmacêutico	—	—	0/-16h	0/-16h
Fisioterapeuta	-1	-1	-1/-30h	-1/-30h
Fonoaudiólogo	-2	-2	-2/-80h	-2/-80h
Motorista	-2	-2	-2/-80h	-2/-80h
Nutricionista	-1	-1	-1/-48h	-1/-48h
Técnico de Enfermagem	-33	-33	-34/-1284h	-34/-1.284h
Técnico de Higiene Dental	-1	-1	-1/-40h	-1/-40h
Técnico de Laboratório	-5	-5	-5/-180h	-4/-144h
Técnico de Necropsia	-2	-2	-2/-72h	-2/-72h
Técnico em Radiologia	-3	-3	-3/-64h	-3/-64h

5.4. Acesso às Informações Complementares

Como demonstra o trecho colacionado na parte introdutória deste item 5.PESSOAL, o texto vigente da cláusula contratual destinada a informar quais documentos de execução orçamentária devem ser enviados mensalmente pelo IGESDF inclui diversos dados relativos à gestão de https://sei.df.gov.br/sei/controlador.php?acao=procedimento_trabalhar&acao_origem=rel_bloco_protocolo_listar&acao_retorno=rel_bloco_prot... 12/15

peçoal.

O IGESDF dividiu as informações de peçoal da PCM em duas, sendo um anexo na PCM e um processo complementar que é citado no Memorando de apresentação da Prestação de Contas, contudo, o processo 04016-00106758/2022-56 não foi disponibilizado à esta Gerência.

5.5. **Recomendações**

a) Reiterar ao Contratado que o quadro de profissionais deve ser mantido sempre completo, realizando-se, sempre que necessário, as devidas contratações e/ou o remanejamento do peçoal que no período estava lotado no UCAD/IGESDF.

b) Incluir nos Relatórios de peçoal apresentados nas PCMs:

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

c) Que o Contratado conceda acesso ao processo 04016-00106758/2022-56, bem como continue tramitando os processos de prestação de contas complementares (com dados de administração de peçoal) futuros à esta GATCG.

6. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Lei Distrital nº 5.899/2017 determina que "o contrato de gestão (...) deve ser aditivado anualmente para repactuação dos recursos de fomento destinados, das metas e dos indicadores de desempenho". Neste aspecto, registra-se que não houve publicação de Termo Aditivo para formalização de Plano de Trabalho contendo indicadores e metas a serem monitoradas no ano de 2022, conforme apontado nos Relatórios do 1º Quadrimestre/2022 ([00060-00318540/2022-47](#)) e do 2º Quadrimestre/2022 ([00060-00486296/2022-44](#)). Assim, os resultados apresentados nas Prestações de Contas do Contratado, assim como as análises contidas neste Relatório, referem-se àqueles indicadores e metas estipulados no 9º Termo Aditivo, de 12/02/2021 (id. [56085441](#)).

6.1. **Indicadores de Produção**

Esta Gerência reitera a indispensabilidade da revisão das metas quantitativas, de forma a refletir a real capacidade da Unidade de Pronto Atendimento e a atender aos parâmetros previstos nos normativos vigentes, definindo adequadas e efetivas condições ao monitoramento do Contrato de Gestão. Ainda, sustenta-se a posição de que falta clareza ao texto contratual vigente para o cálculo da pontuação. Diante do exposto, sugere-se:

a) Encaminhamento da demanda às Instâncias Superiores desta SES/DF com a finalidade de elaboração e formalização de Termo Aditivo para repactuação da meta; e

b) Estabelecimento de metas quantitativas quadrimestrais, com texto claro e objetivo que especifique que a pontuação deverá ser calculada quadrimestralmente, com o intuito de viabilizar o trabalho de avaliação e acompanhamento contratual pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação (CAC-IGESDF) e pela GATCG, além de oportunizar tomada de decisão com maior tempestividade, pelas autoridades competentes, em período inferior a um ano.

6.2. **Indicadores de Qualidade**

Não há bases oficiais para apuração dos indicadores de qualidade. Assim, os dados encaminhados mensalmente pelo Contratado são os utilizados na análise. Apesar da previsão imposta no 9º Termo Aditivo de apresentação de memória de cálculo dos indicadores, estes não foram adequadamente disponibilizados. Além disso, não foram apresentados os comprovantes solicitados nos Relatórios do 1º Quadrimestre/2022 ([00060-00318540/2022-47](#)) e do 2º Quadrimestre/2022 ([00060-00486296/2022-44](#)), inviabilizando a validação dos dados.

Desta forma, reitera-se sugestão de adequação no formato de disponibilização dos dados, contendo (1) informações relativas a que se referem os valores apresentados como memória de cálculo e (2) comprovantes conforme solicitado no item 2 do presente Relatório, reforçando ao Instituto a relevância destes documentos tanto para a compreensão, como para a avaliação dos resultados alcançados.

Além disso, considerando que as Taxas de Ocupação da Sala Amarela foram muito superiores à meta contratual, não tendo sido apresentadas justificativas, sugere-se que o Contratado seja instado a apresentá-las.

6.3. **Comissões**

Apesar das reiteradas solicitações, o IGESDF não apresentou os dados necessários para o monitoramento das Comissões, assim recomenda-se:

- a) Que a unidade seja instada a pronunciar-se sobre a ausência de dados apontada no Quadro 3.1;
- b) Que os processos referentes as Comissões de Revisão de Prontuários e de Ética Médica sejam encaminhados à GATCG; e
- c) Que o Contratado mantenha o pleno funcionamento das Comissões conforme estabelecido contratualmente.

6.4. **Habilitação**

Em novembro de 2022, não foi realizado, na UPA NÚCLEO DO BANDEIRANTE, o mínimo de procedimentos em Classificação de Risco estipulado pelas normas do Ministério da Saúde (MS), o que a expõe ao risco de perda da habilitação. Nesta oportunidade, recomenda-se que o Contratado apresente os motivos pelos quais não se alcançou o mínimo de procedimentos em ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO estipulado pelas normas do Ministério da Saúde (MS) na UPA NÚCLEO DO BANDEIRANTE, bem como que medidas serão adotadas para sanar a problemática, indicando prazos e responsáveis.

Além disso, cabe destacar que a quantidade de atendimentos realizados na UPA-NB, no ano de 2022 (vide item 4. HABILITAÇÃO), foi demasiadamente superior à meta estabelecida para a opção de custeio I. Por este motivo, reitera-se a sugestão de que as áreas técnicas competentes da SAIS/SESDF e da SUPPLANS/SESDF avaliem a pertinência de pleitear nova alteração de opção de custeio que viabilize transferência de incentivo financeiro ao Fundo de Saúde do DF mais adequada à produção da Unidade.

6.5. **Pessoal**

Houve uma alteração nos dados apresentados pelo Contrato a partir da prestação de contas de novembro/2022. A alteração seguiu orientações desta Gerência e possibilitou um melhor monitoramento de dados de pessoal. Todavia, ainda não é possível verificar se o funcionamento atende plenamente (7 dias por semana, 24 horas por dia) às normas dos conselhos de classes profissionais e das legislações sanitárias, uma vez que as PCMs encaminhadas não especificam em qual turno as horas contratadas se deram (dia e/ou noite) e não trouxeram as escalas e as folhas de ponto.

O déficit de pessoal, já identificado no 2º quadrimestre, permanece no 3º quadrimestre, com aumento de ausências, conforme descrito no Quadro 5.2.

Assim, foram feitas recomendações no subitem 5.5:

a) Reiterar ao Contratado que o quadro de profissionais deve ser mantido sempre completo, realizando-se, sempre que necessário, as devidas contratações e/ou o remanejamento do pessoal que no período estava lotado no UCAD/IGESDF.

b) Incluir nos Relatórios de pessoal apresentados nas PCMs:

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

c) Que o Contratado conceda acesso ao processo 04016-00106758/2022-56.

7. LISTA DE ANEXOS

- 7.1. Processo Original — [00060-00000123/2018-64](#);
 - 7.1.1. Contrato — [4487652](#);
 - 7.1.2. 9º Termo Aditivo — [56085441](#);
- 7.2. Prestação de Contas Setembro/22 — [04016-00099785/2022-65](#);
- 7.3. Prestação de Contas Outubro/22 — [04016-00108545/2022-69](#);
- 7.4. Prestação de Contas Novembro/22 — [04016-00117035/2022-82](#);
- 7.5. Prestação de Contas Dezembro/22 — [04016-00006368/2023-68](#);
- 7.6. Relatório de Avaliação do 1º quadrimestre/2022 — [00060-00318540/2022-47](#)
 - 7.6.1. Relatório nº 39 — [90050716](#);
- 7.7. Relatório de Avaliação do 2º quadrimestre/2022 — [00060-00486296/2022-44](#);
 - 7.7.1. Relatório nº 60 — [98027918](#);
- 7.8. [Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017](#);
- 7.9. [Portaria GM/MS nº 3820, de 29/12/2020](#) — [85371466](#);
- 7.10. [Portaria GM/MS nº 10/2017](#);
- 7.11. [Resolução nº 2.171 de 30 de outubro de 2017](#) — [64139892](#);
- 7.12. [Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998](#) do Ministério da Saúde — [64141161](#);
- 7.13. [Resolução do CFM nº 1.638 de 09 de agosto de 2002](#) — [64146105](#);
- 7.14. [Resolução CFM nº 2.152 de 30 de setembro de 2016](#) — [64146978](#);
- 7.15. [Resolução COFEN nº 593, de 05 de novembro de 2018](#) — [64147898](#);
- 7.16. Prestação de Contas Comissão de Avaliação de Óbitos — UPA NB — [04016-00030102/2022-55](#);
- 7.17. Prestação de Contas Comissão de Ética em Enfermagem — UPA NB — [04016-00067166/2022-10](#);
- 7.18. Prestação de Contas Comissão de Controle de Infecção — UPA NB - [04016-00120655/2022-07](#);
- 7.19. Carteira de Serviços da UPA — [65021444](#);
- 7.20. Processo de Pessoal em "cessão especial" — [00060-00067905/2018-83](#);
 - 7.20.1. Relação de cargos — Setembro/22 — [96366635](#);
 - 7.20.2. Relação de cargos — Outubro/22 — [98550997](#);
 - 7.20.3. Relação de cargos — Novembro/22 — [100604903](#); e
 - 7.20.4. Relação de cargos — Dezembro/22 — [102476553](#).

É o Relatório.

Elaboração:

Carolina Pradera Resende — Farmacêutica — matrícula: 196.758-4;
Jadelma Machado Figueiredo Menezes — Enfermeira — matrícula: 1.440.298-X;
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 12/04/2023, às 14:24, 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 14/04/2023, às 07:34, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=106540216)
verificador= **106540216** código CRC= **0C9CE96A**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

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

00060-00091751/2023-16

Doc. SEI/GDF 106540216

Criado por [55201967584](#), versão 109 por [55217049946](#) em 12/04/2023 14:04:48.