



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 53/2023 - SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG

Brasília-DF, 26 de maio de 2023

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL – UPA PARANOÁ
1º Quadrimestre de 2023

DADOS DO CONTRATO

Nº DO CONTRATO DE GESTÃO: 044877/2021 (72158973)	Nº SIGGO: 044877 (72151138)
OBJETO CONTRATADO (04016-00065258/2021-76): Formação de parceria com vistas ao fomento, ao gerenciamento, à operacionalização e à execução da atividades de serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento do Paranoá.	
UNIDADE DE SAÚDE: UPA Paranoá, Porte I - opção III, situada Parque quadra ½ Comercial 1 Área especial 4 EPC, Paranoá/DF.	
PERÍODO DE VIGÊNCIA: 20 anos	INÍCIO: 18/10/2021 FIM: 17/10/2041

DADOS DO CONTRATADO

ENTIDADE PARCEIRA: INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL — IGESDF	
CNPJ: 28.481.233/0001-72	
AUTORIZAÇÃO LEGAL: Lei nº 5.899/2017, alterada pela Lei nº 6.270/2019	
REGULAMENTAÇÃO: Decreto 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 DE MONITORAMENTO

PERÍODO: 1º de janeiro a 30 de abril de 2023.	
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2020-2023: https://igesdf.org.br/plano-estrategico-2020-2023/ e Anexo IV do Contrato de Gestão.	
PLANO DE TRABALHO: 70699461 e Anexo I do Contrato de Gestão.	
PLANO DE AÇÃO: 69805200 Anexo II do Contrato de Gestão.	
PROCESSOS REGULARES DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONTRATADO:	Janeiro/2023: 04016-00015314/2023-93 ; Fevereiro/2023: 04016-00025841/2023-14 ; Março/2023: 04016-00038671/2023-20 ; Abril/2023: 04016-00048997/2023-65 .

FUNDAMENTAÇÃO DO RELATÓRIO

O presente Relatório refere-se à avaliação do desempenho assistencial do Contratado, Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), no âmbito da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) PARANOÁ**, no período de 1º de janeiro a 30 de abril de 2023, em consonância com as competências regimentais estabelecidas à Gerência de Avaliação Técnico-Assistencial de Contratos de Gestão e de Resultados por meio do Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018, tendo em vista o Contrato de Gestão SES/DF nº 044877/2021 ([72158973](#)), celebrado entre o Instituto e o Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF.

Importante destacar que, além do Contrato de Gestão nº 044877/2021, ao IGESDF, entidade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 28.481.233/0001-72, aplicam-se as disposições da Lei Distrital nº 5.899/2017, que o instituiu, na forma de Serviço Social Autônomo, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita à população e de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e gestão no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público, com os acréscimos da Lei Distrital nº 6.270/2019 e do Decreto Distrital nº 39.674/2019, que regulamenta o Instituto.

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

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

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

Assim, o presente Relatório contempla os seguintes temas:

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

1. INDICADORES QUANTITATIVOS

Dispõe o Contrato de Gestão nº 044877/2021 ([72158973](#)):

ANEXO II - PLANO DE AÇÃO (...)

ANEXO II - PLANO DE AÇÃO

INDICADORES QUANTITATIVOS

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

Tabela 4 - Quadro de Metas e Indicadores Quantitativos

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

No que se refere aos indicadores quantitativos, a cláusula Décima Nona do Contrato de Gestão previu Relatório Analítico Quadrimestral emitido com a tendência de cumprimento/descumprimento das metas, ao passo que

os Anexos I - Plano de Trabalho e II - Plano de Ação trouxeram Tabela com metas mensais, trimestrais e anuais.

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), o Quadro 1.1 apresenta o detalhamento das produções de Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas em Atenção Especializada (03.01.06.002-9) e de Atendimento Médico em UPA (03.01.06.009-6), isoladamente, por mês.

Quadro 1.1: Produção em atendimentos — UPA PARANOÁ

Procedimento	Código SIGTAP	janeiro	fevereiro	março	abril
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada	301060029	3.780	3.344	3.870	3.369
Atendimento Médico em UPA	301060096	3.938	3.707	4.331	3.915
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA	0301060029 + 0301060096	7.718	7.051	8.201	7.284

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

Quadro 1.2: Indicadores de Produção — UPA PARANOÁ

Indicador	Código SIGTAP	Meta Quadrimestral	janeiro	fevereiro	março	abril	Total Quadrimestre	% Cumprimento da Meta Quadrimestral	% Cumprimento da Meta Anual
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA	0301060029 + 0301060096	18.000	7.718	7.051	8.201	7.284	30.254	168,1%	56,03%
Acolhimento com Classificação de Risco	301060118	18.000	4.658	4.692	5.282	5.091	19.723	109,6%	36,52%
Atendimentos + Acolhimento	301060029 + 301060096 + 301060118	36.000	12.376	11.743	13.483	12.375	49.977	138,8%	92,55%

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

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

Gráfico 1.1 — Produção em atendimentos ao longo do tempo

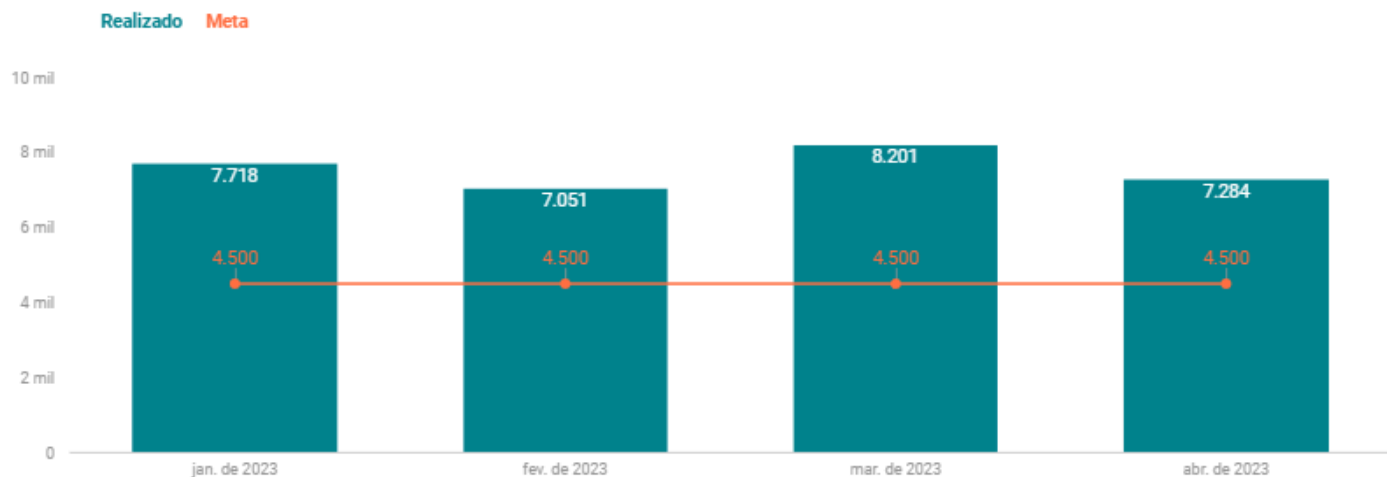
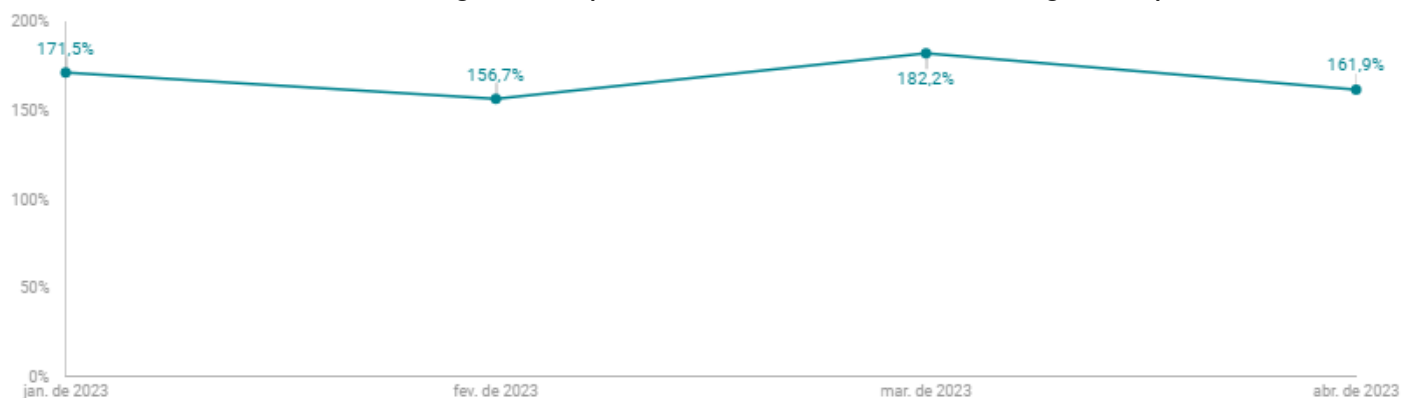


Gráfico 1.2 — Percentagem de Cumprimento da Meta de Atendimentos ao longo do tempo



- A produção em Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada somada à produção de Atendimento Médico em UPA superou a meta em todos os meses em análise, alcançando **168,1%** da meta projetada para um quadrimestre.

1.2. Acolhimento com Classificação de Risco

Gráfico 1.3 — Produção em Acolhimento ao longo do tempo

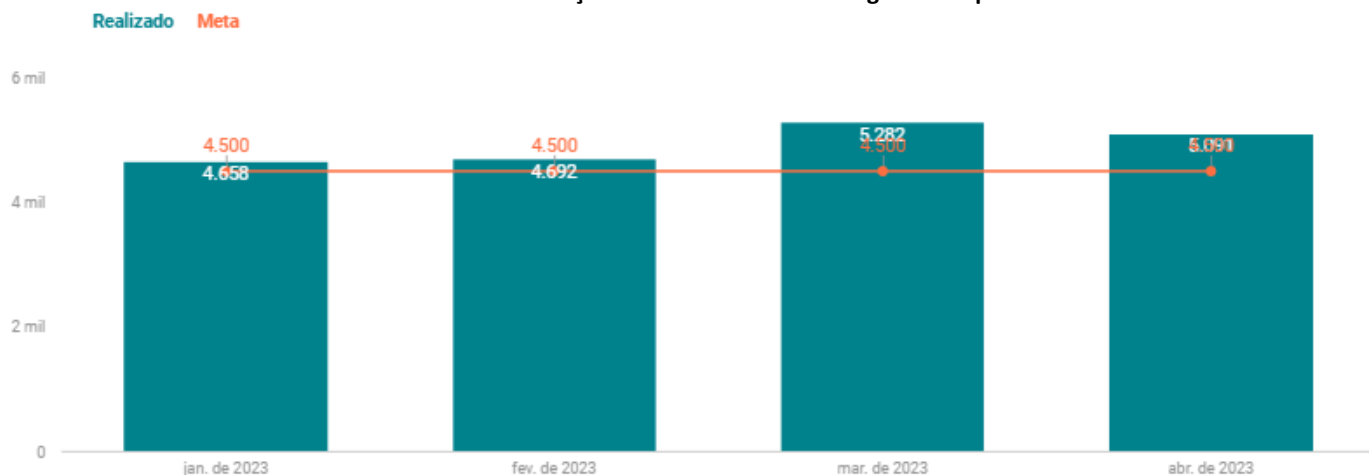
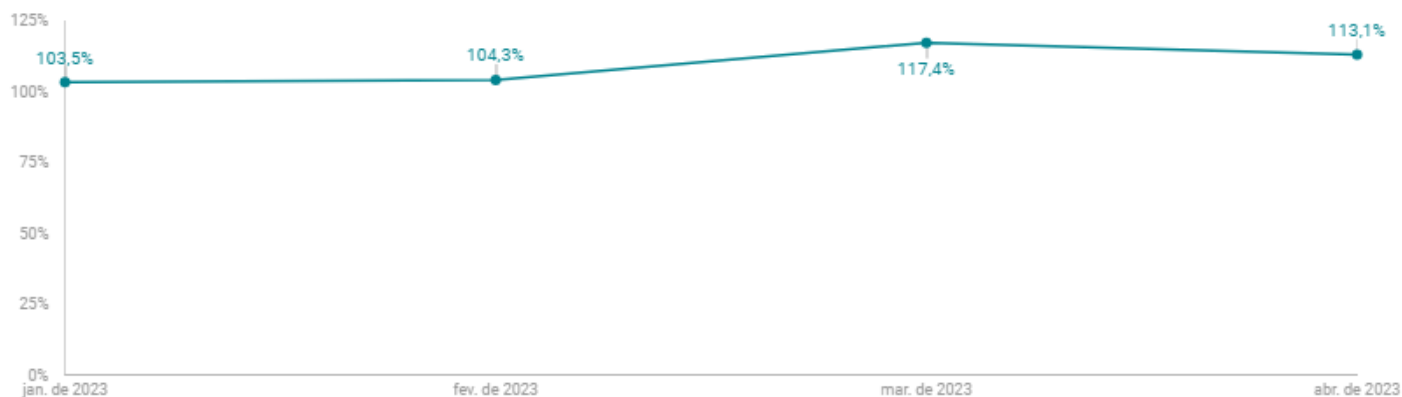


Gráfico 1.4 — Percentagem de Cumprimento da Meta de Acolhimento ao longo do tempo



- A produção em Acolhimento com Classificação de Risco foi de **109,6%** da meta projetada para um quadrimestre.

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

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

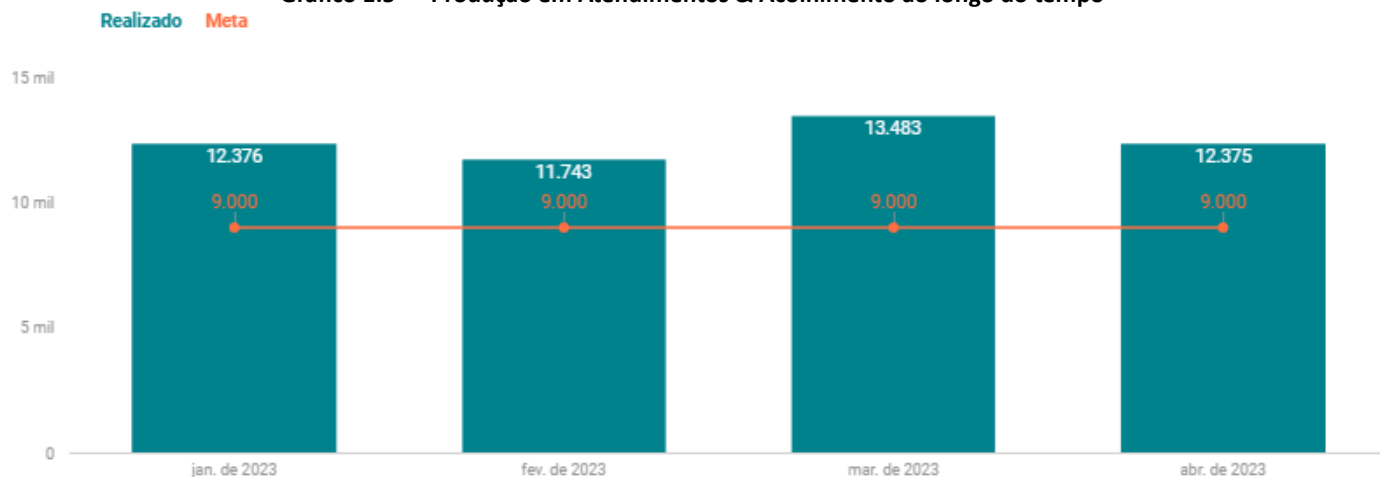
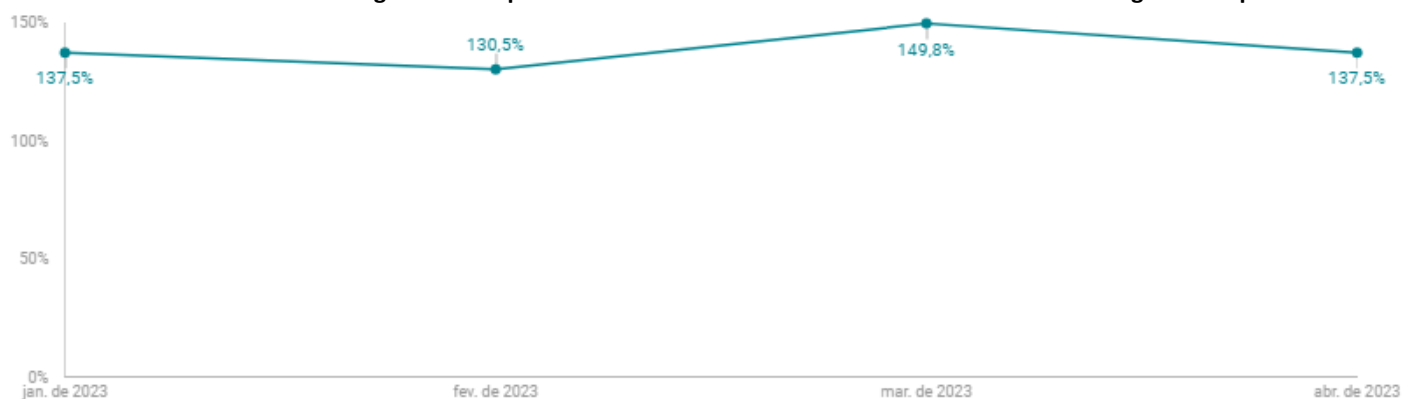


Gráfico 1.6 — Percentagem de Cumprimento da Meta de Atendimentos & Acolhimento ao longo do tempo



- A produção do indicador 3 (somatório de todos os Atendimentos e Acolhimentos) foi de **138,8%** da meta projetada para um quadrimestre.

1.4. Análise

A produção em Atendimento com Observação até 24h em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA ultrapassou a meta quadrimestral, com produção de 30.254 atendimentos (03.01.06.002-9 + 03.01.06.009-6), equivalendo a **168,1%** da meta. Esta Gerência entende que há um subdimensionamento das metas, visto o número de atendimentos apresentado todos os meses pelo Contratado.

Além disso, a quantidade de Acolhimento com Classificação de Risco, ainda que tenha alcançado a meta quadrimestral, representou somente 65,19% dos Atendimentos (03.01.06.002-9 + 03.01.06.009-6) realizados no mesmo período. Este é um importante dado, não só do ponto de vista quantitativo, mas também da qualidade do serviço prestado, uma vez que indica que não há acolhimento com classificação de risco para todos os pacientes atendidos na Unidade. A questão tem se mostrado complexa e as justificativas apresentadas ainda não foram suficientes para sanar todas as dúvidas geradas por este indicador.

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

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

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

1 - Há o lançamento de dois códigos no mesmo dia para o paciente que fica em observação na Unidade, ou seja, tanto o código 03.01.06.002-9 (Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas em Atenção Especializada) como o 03.01.06.009-6 (Atendimento Médico em UPA), contrariamente à orientação da área técnica da SES/DF ([102321991](#)), sendo que só há um registro de Acolhimento com Classificação de Risco;

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

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

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

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

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

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

1.5. Glosas

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

Tabela 5 - Percentual de glosa conforme produtividade

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

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

Registra-se também que o Contrato de Gestão apresenta confusas disposições relativas aos descontos por não cumprimento de metas, que foram listadas em relatórios precedentes emitidos pela Gerência (como, por exemplo, no Relatório 40 [111442942](#)), e reportados de forma detalhada à CGCSS no Despacho [80851884](#), de forma a permitir deliberação pelos setores competentes.

Quadro 1.3: Percentuais de produtividade e de glosa — UPA PARAONÓÁ

Procedimentos	Meta Mensal	Produção			
		Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Atendimentos + Acolhimento com Classificação de Risco	9.000	12.376	11.743	13.483	12.372
	100%	137%	130%	150%	137%
% GLOSA		Sem glosa	Sem glosa	Sem glosa	Sem glosa

1.6. Recomendações

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

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

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

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

2. INDICADORES QUALITATIVOS

No que se refere aos indicadores e às metas 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 alta relevância.

ANEXO II - PLANO DE AÇÃO

(...)

Tabela 6 - Indicadores Qualitativos

	Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Pontos
1.	Tempo de espera na Urgência e Emergência com	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

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

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

Tabela 7 - Conceito Qualitativo Mensal

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

Tabela 8 - Quadro de Metas e Indicadores Qualitativos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

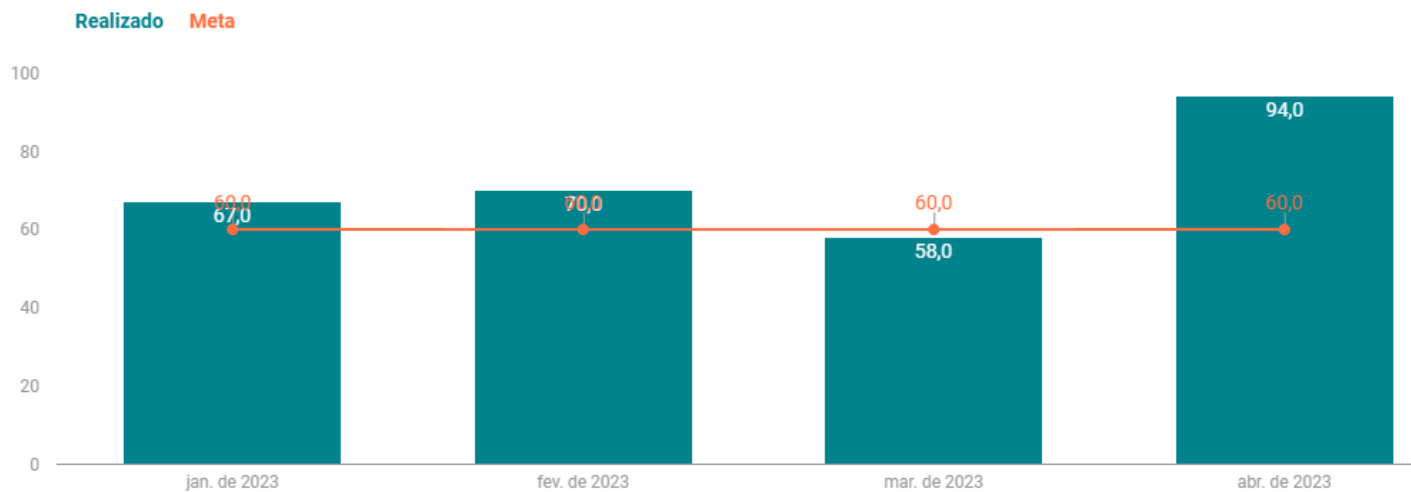
Apresenta-se a seguir quadro com os dados informados pelo IGESDF nas Prestação de Contas Mensais, ressalvando-se que, após a apresentação de comprovantes, os resultados apurados e pontuações relacionadas poderão sofrer alterações.

Quadro 2.1: Indicadores Qualitativos — UPA PARANOÁ

INDICADORES		janeiro		fevereiro		março		abril	
Indicador	Meta	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos
Tempo de espera na Urgência e Emergência com Classificação Amarela	≤ 60 minutos	67	0	70	0	58	20	94	0
Tempo de espera na Urgência e Emergência com Classificação Verde	≤ 120 minutos	216	0	184	0	197	0	342	0
Taxa de Mortalidade	≤ 1%	0,00%	10	0,05%	10	0,07%	10	0,15%	10
Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados das UBSs	≥ 90%	100,0%	15	100,0%	15	100,0%	15	100,0%	15
Solicitação de Regulação de Paciente da Sala Vermelha	≥ 90%	0,0%	0	52,0%	0	50,0%	0	59,0%	0
Resolubilidade da Ouvidoria	≥ 90%	Indeterminado	20	Indeterminado	20	Indeterminado	20	Indeterminado	20
PONTUAÇÃO MENSAL		45		45		65		45	
CONCEITO MENSAL		E		E		E		E	
Indicador	Meta	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos
Percentual de GAEs Classificadas	100,00%	94,3%	N/A	95,2%	N/A	94,3%	N/A	94,2%	N/A
Percentual de Pacientes Classificados Atendidos	90,00%	83,4%	N/A	83,9%	N/A	85,2%	N/A	78,4%	N/A

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

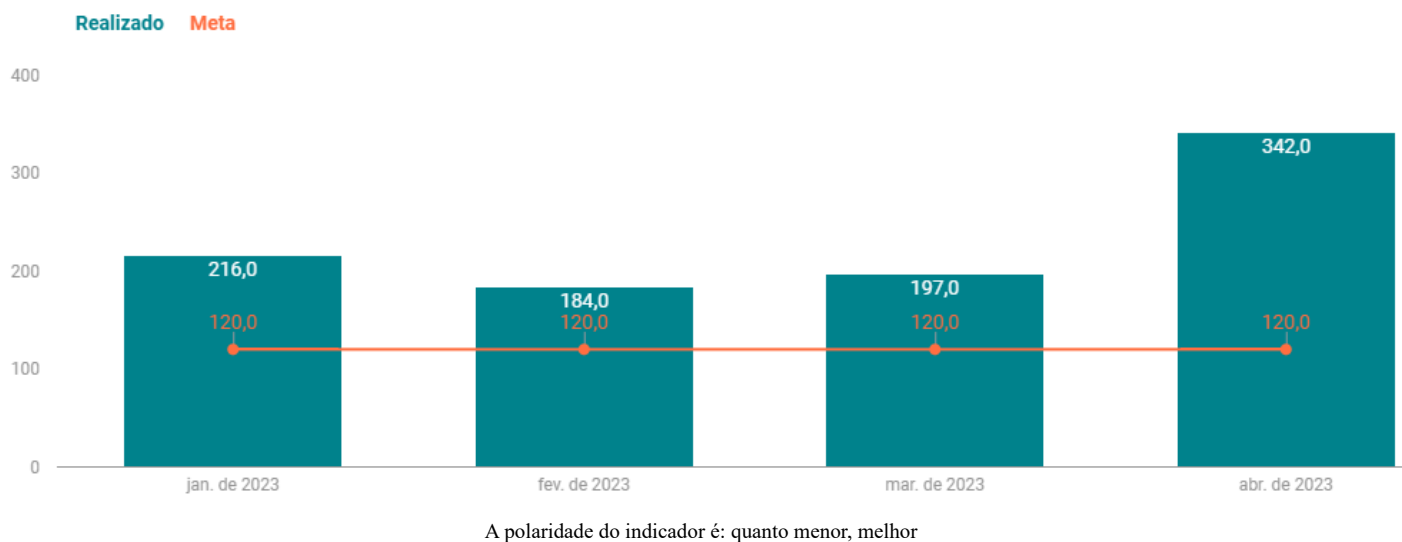
Gráfico 2.1 — Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Amarela, em relação à meta



A polaridade do indicador é: quanto menor, melhor

Segundo os dados informados pelo Contratado, a meta em Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Amarela só foi cumprida em março.

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



Já a meta em Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Verde não foi alcançada em nenhum dos meses do quadrimestre.

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

— Janeiro (105955106):

Classificação Amarela: Considerando 07 minutos acima da meta prevista, a UPA do Paranoá vem mantendo o tempo de espera mínimo descrito no protocolo de Classificação de Risco.

Classificação Verde: No mês de janeiro, ocorreram problemas com queda da internet do GDFNET e do sistema MV, impactando negativamente no tempo de espera para o atendimento dos pacientes. Ainda sim, manteve-se o atendimento normal e sem restrições.

— Fevereiro (108208040):

Classificação Amarela: O contingenciamento de Bandeira Vermelha no Hospital da Região Leste faz com que tenha um aumento de pacientes de alta complexidade dentro da unidade, levando um tempo maior durante o atendimento médico, impactando assim no tempo de espera dos pacientes classificados como amarelo. Levando em consideração também que nos últimos meses houve impacto muito grande e negativo no tempo de espera devido instabilidade e queda do sistema MV, o qual é dependendo do link de internet do GDFNet

Classificação Verde: Por falta de retaguarda por parte das Unidades Básicas de Saúde, os pacientes de baixa complexidade (classificados em azul e verde) acabam entrando como demanda espontânea, o que consequentemente, aumenta as filas de espera no momento em que a demanda existente ultrapassa a capacidade de atendimento do serviço oferecido. A falta de retaguarda para transferência desses pacientes impacta muito no tempo de espera. Houve também lentidão do sistema MV, impactando na maior na espera do paciente. Ressaltando que o sistema MV depende da internet do GDFNet.

— Março (110662674):

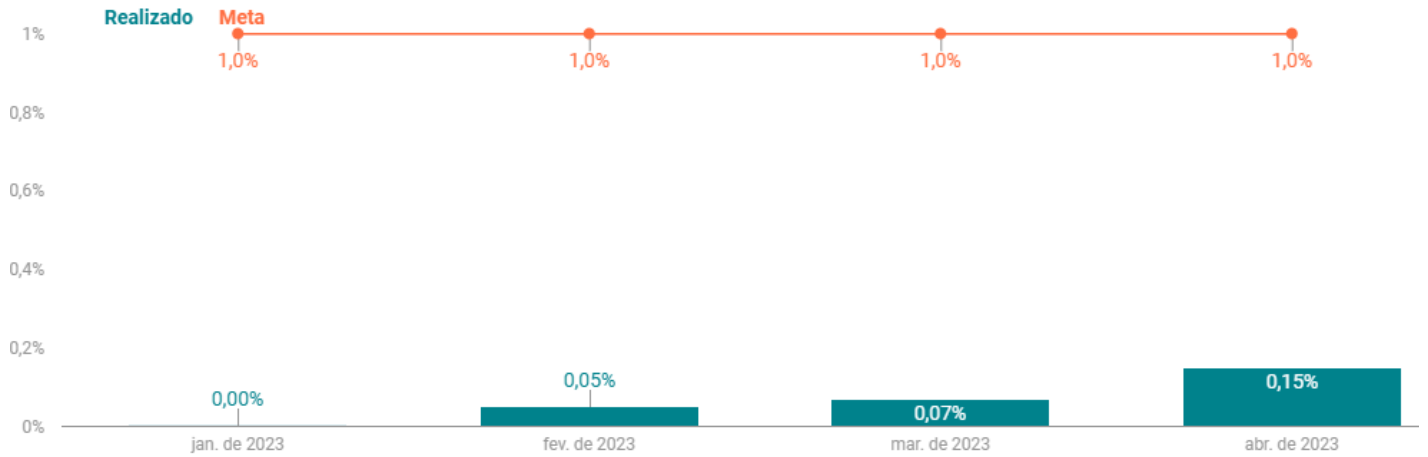
Classificação Verde: Considerando que nos últimos meses temos tido muitos problemas com queda da internet do GDFNET, e muitas vezes com a lentidão do sistema MV, Hospital da Região maioria do tempo bandeirado, onde aumenta muito a demanda e impacta diretamente no tempo de espera para atendimento dos pacientes, contudo viemos mantendo atendimentos normalmente sem restrições.

— Abril (112785815):

Classificação Amarela: O indicador não atingiu a meta por uma diferença de 34 min em relação ao tempo preconizado em protocolo. Contudo, a UPA vem tentando manter o tempo, buscando melhorar a cada mês.

Classificação Verde: Destacam-se os problemas de lentidão no sistema Soul MV. Somado a isso, o Hospital da Região Leste ficou por muito tempo com bandeira vermelha, impactando no tempo de espera para atendimento médico dos pacientes assistidos na UPA. Apesar disso, a unidade vem mantendo atendimento de porta normalmente (sem restrições).

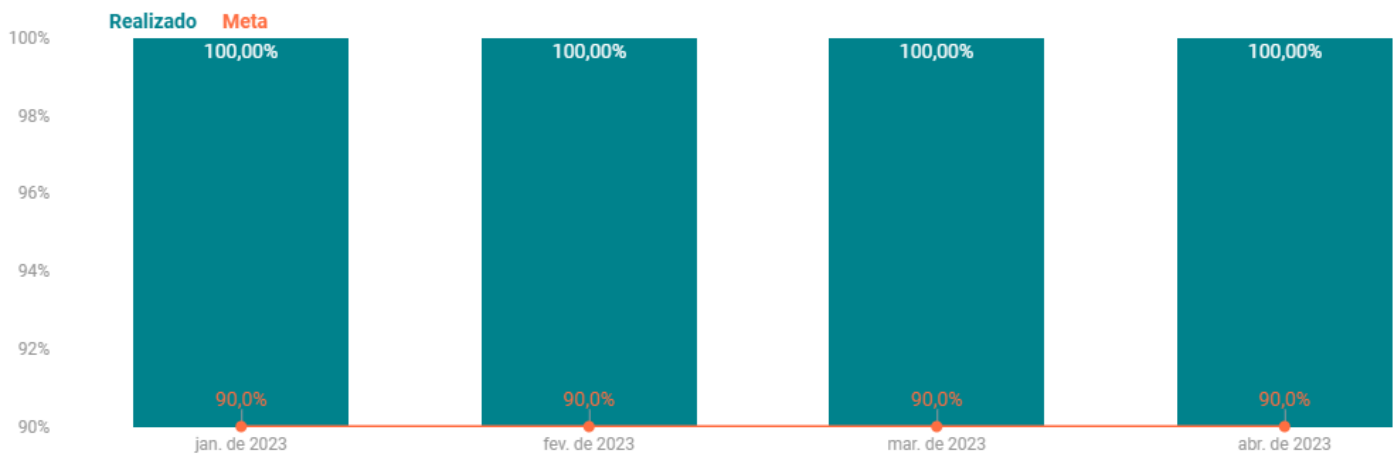
2.2. Taxa de Mortalidade

Gráfico 2.3 — Taxa de Mortalidade, em relação à meta

A polaridade do indicador é: quanto menor, melhor

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

2.3. Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados das Unidades Básicas de Saúde

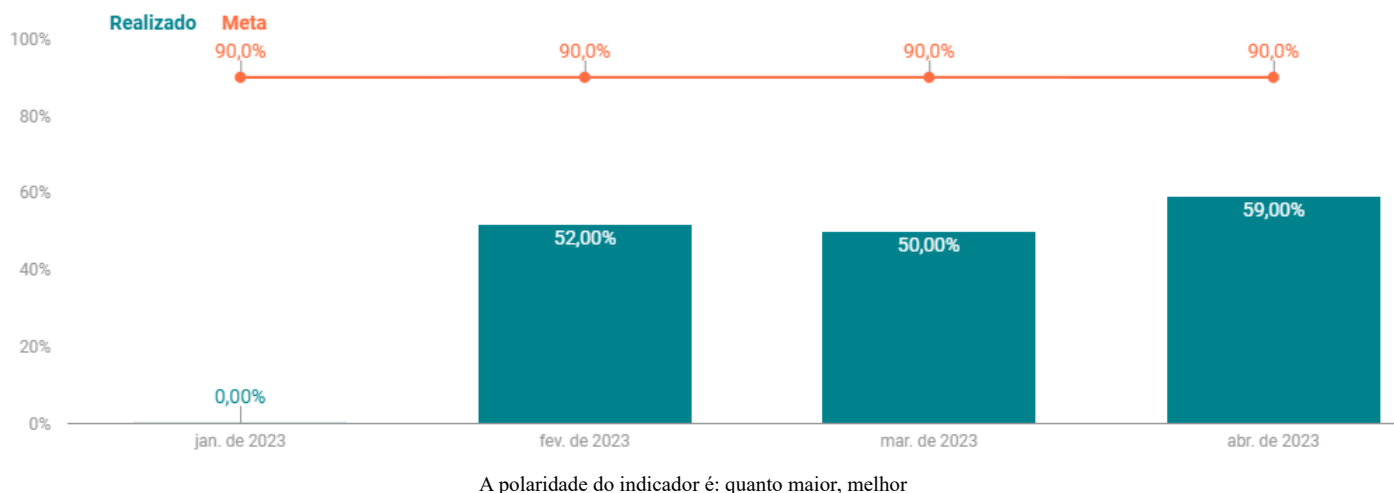
Gráfico 2.4 — Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados das Unidade Básicas de Saúde, em relação à meta

A polaridade do indicador é: quanto maior, melhor

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

2.4. Solicitação de Regulação de Paciente de Sala Vermelha

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



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

— Janeiro (105955106):

62 pacientes atendidos na Sala Vermelha, 30 inseridos na solicitação de vaga de UTI conforme quadro clínico do paciente, 02 aceitos via sisleitos, 03 inseridos e aceitos via track, 13 aceitos por outros meios (telefone e e-mail), 03 óbitos, 41 foram transferidos à sala verde, amarela ou de alta médica, após tratamento na unidade de pronto atendimento devido à falta de retaguarda. Tais pacientes tiveram tempo médio de permanência maior que 2,24 dias, tendo em vista que a maior problemática para as transferências refere-se aos leitos de enfermaria, em especial, psiquiátricos, cujos pacientes tem ficado muitos dias internados e sem possibilidade de dar continuidade ao tratamento em razão da falta de retaguarda.

— Fevereiro (108208040):

Foram atendidos 56 pacientes na sala vermelha, sendo que foram Inseridos 29 pacientes em sistema para solicitação de vagas. Destes, 3 foram aceitos via sisleitos, 9 inseridos e aceitos via track, 7 aceitos por outros meios, como: telefone e e-mail; (2 óbitos, 35 foram transferidos para sala verde, amarela ou de alta médica, após ficarem aguardando vaga de regulação e serem tratados da unidade por falta de retaguarda , os mesmos tiveram tempo média de permanência maior que 1,96 dias. Em síntese, é relativamente baixa a taxa de pacientes que conseguem transferência. Esse indicador reflete a necessidade de melhora da retaguarda regional.

— Março (110662674):

Atendidos 68 pacientes na sala vermelha, 34 Inseridos solicitando vaga, 5 aceitos via sisleitos, 9 inseridos e aceitos via track, 5 aceita por outros meios telefone e e-mail; (3 óbitos, 46 foram transferidos para sala verde, amarela ou de alta médica, após ficarem aguardando vaga de regulação e serem tratados da unidade por falta de retaguarda , os mesmos tiveram tempo média de permanência maior que 1,62 dias. Em síntese, é relativamente baixa a taxa de pacientes que conseguem transferência. Esse indicador reflete a necessidade de melhora da retaguarda regional.

— Abril (112785815):

54 pacientes atendidos na sala vermelha, com 32 inseridos solicitando vaga, dos quais 13 foram inseridos no sisleitos e nenhum aceito, 10 inseridos via track e foram 03 aceitos, 06 correspondem às autorizações de transferências aceitas por outros meios (telefone e e-mail). Ocorreram 06 óbitos e 39 contemplam pacientes transferidos às salas verde, amarela ou tiveram alta médica, após tratamento na unidade por falta de retaguarda. Tais pacientes tiveram Média de Permanência maior que 2,56 dias. Portanto, é relativamente baixa a taxa de pacientes que conseguem transferência. Em resumo, esse indicador reflete a necessidade de melhora na retaguarda regional.

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

2.5. Resolubilidade da Ouvidoria

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

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

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

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

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

O quadro abaixo apresenta, então, o cálculo informado pelo Instituto, bem como o apurado segundo o Despacho - SES/CONT/OUV [110109071](#). Observa-se resultado "indeterminado" (em razão de numerador e denominador informados por extenso nas PCMs serem igual a zero) e resultados "100%" informados nas PCMs. Logo, como um mesmo documento revela diferentes resultados, restou inviabilizada a emissão de gráficos. Ademais, não foram apresentados documentos comprovando que nenhuma das manifestações foi avaliada pelos cidadãos.

Quadro 2.2: Resolubilidade da Ouvidoria — UPA PARONÓÁ

Mês	Dados Informados por extenso nas PCMs	Resultado Apurado conforme 110109071	Resultado informado na PCM
Janeiro (105955106)	Foram recebidas 13 ouvidorias, todas foram respondidas, mas nenhuma houve avaliação	Indeterminado	100%
Fevereiro (108208040)	Foram recebidas 22 ouvidorias, todas foram respondidas, mas nenhuma houve avaliação	Indeterminado	100%
Março (110662674)	Foram recebidas 27 ouvidorias, todas foram respondidas, mas nenhuma houve avaliação	Indeterminado	100%
Abril (112785815)	Foram recebidas 20 ouvidorias, todas foram respondidas, mas nenhuma houve avaliação	Indeterminado	100%

A polaridade do indicador é: quanto maior, melhor

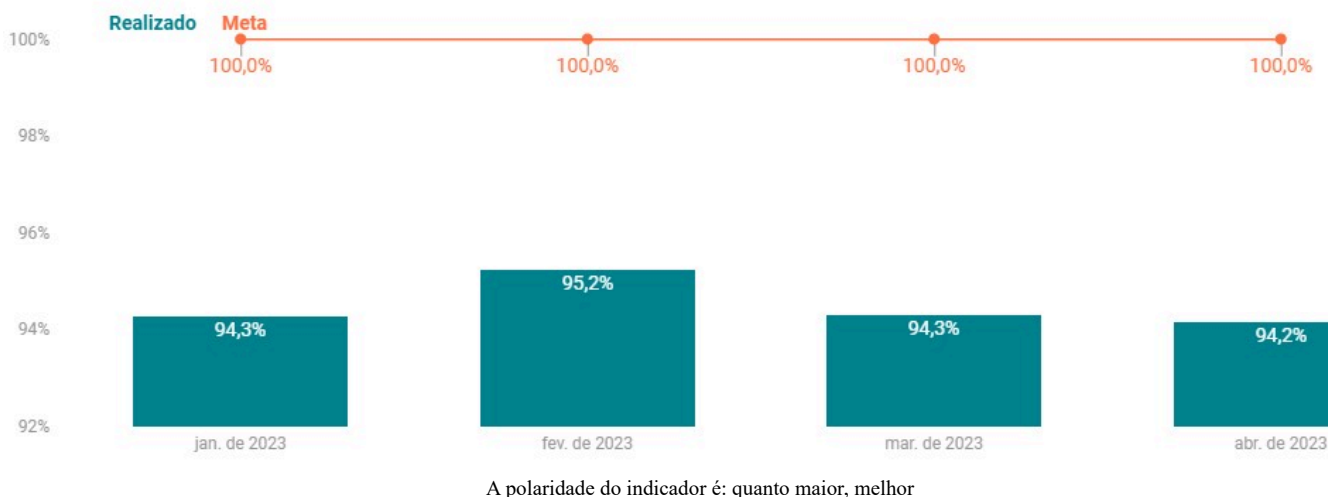
Reitera-se que, quando houver respostas avaliadas (denominador), o Contratado deverá informar (e comprovar) quantas delas foram avaliadas como resolvidas (numerador), em consonância com o despacho [113871042](#).

2.6. Percentual de Guia de Atendimento de Emergência Classificadas

Dispõe o Anexo II do Contrato de Gestão:

- c. Percentual de Guias de Atendimento de Emergência (GAE) Classificadas:
Relação percentual entre o número de GAES classificadas e o número de GAES abertas, avaliando a eficiência do serviço de classificação e o fluxo de porta preconizado.
- Número de acolhimentos com classificação de risco

Gráfico 2.6 — Percentual de Guias de Atendimentos de Emergência (GAEs) Classificadas, em relação à meta



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

As seguintes justificativas foram apresentadas:

— Janeiro ([105955106](#)):

A unidade vem apresentando melhora na produtividade com o aumento da demanda, tendo em vista que foi aberta mais uma sala de Classificação de Risco, visando atender mais rápido e reduzir as evasões, após abertura das GAES. Em janeiro, ocorreram muitos atendimentos registrados manualmente (por conta da instabilidade do MV), não sendo possível fazer lançamento de todos os atendimentos antes do fechamento do mês. A demora do atendimento contribuiu para o aumento no número e evasões.

— Fevereiro ([108208040](#)):

A unidade teve uma melhora significativa nos números de GAE aberta classificados, porém nos últimos meses vem tendo um problema de instabilidade no link do GDFNET onde causa lentidão e queda do sistema MV, além do aumento de demanda devido o Hospital da Região Leste ficar por muitas vezes de bandeira vermelha. A demora no atendimento ocasionada por esses fatores, acaba impactando no índice de evasões.

— Março ([110662674](#)):

A meta executada não atingiu a prevista devido a mudanças na complexidade dos casos atendidos, carregados pela limitação de retaguarda do hospital regional impactando diretamente na absorção desse atendimento prioritário juntamente com aumento do absenteísmo no número de colaboradores disponíveis para atendimento nas unidades básicas de saúde o que aumenta a demanda espontânea em casos de menor complexidade, levando em consideração os extremos de gravidade observa-se a maior procura pelo atendimento na unidade gerando assim maior tempo de espera e automaticamente aumentando assim os pacientes que evadem.

— Abril ([112785815](#)):

Aumento da demanda espontânea na unidade, por ser porta aberta de urgência/emergência, acrescido ao bandeiramento vermelho no Hospital da Região Leste. Esse cenário propiciou a desistência de pacientes que buscaram assistência na UPA, os quais apresentavam quadro menos complexo.

2.7. Percentual de Pacientes Classificados Atendidos

Dispõe o Anexo II do Contrato de Gestão:

INDICADORES QUALITATIVOS

(...)

Tabela 8 - Quadro de Metas e Indicadores Qualitativos

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

Percentual de Pacientes Classificados Atendidos	90%	90%
---	-----	-----

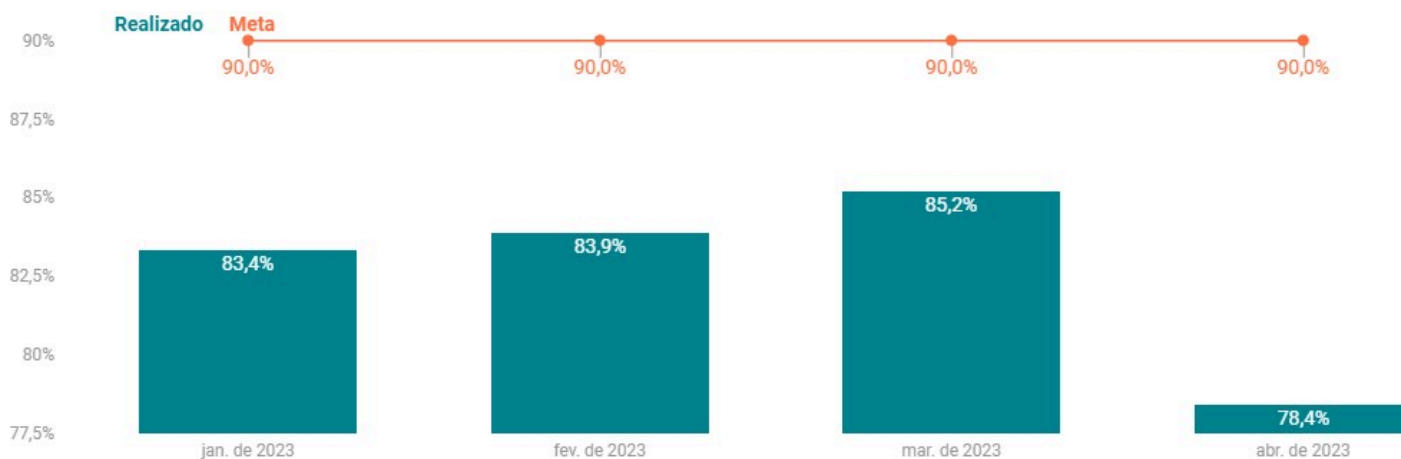
(...) DESCRIÇÃO DAS METAS DE DESEMPENHO:

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

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

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

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



A polaridade do indicador é: quanto maior, melhor

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

As seguintes justificativas foram apresentadas:

— Janeiro ([105955106](#)):

Aumento dos casos de alta complexidade pela restrição do Hospital Regional Leste. Contudo, alguns pacientes não aguardaram atendimento e evadiram. Devido ao aumento do tempo de espera, foram priorizados atendimentos dos pacientes mais complexos. Destaca-se que foram mais de 15 dias seguidos com problemas no sistema MV, prejudicando significativamente o registro do atendimento. Ressalta-se a constante instrução aos colaboradores para evitar a restrição do atendimento médico e fazer orientações aos usuários sobre o período de espera.

— Março ([110662674](#)):

Devido aumento expressivo do número de pacientes de baixíssima complexidade vindo de demanda espontânea principalmente das UBS, atrelado ao aumento de casos de alta complexidade pela restrição do hospital regional leste, grande parte dos pacientes que não tiveram atendimento médico foram encaminhados a ubS por contrafluxo ou não foram atendidos por priorizar os mais complexos.

— Abril ([112785815](#)):

A meta executada não atingiu a prevista devido às mudanças na complexidade dos casos atendidos atrelados à limitação de retaguarda do hospital regional, o que impacta diretamente na absorção do atendimento prioritário somado ao absenteísmo de colaboradores das unidades básicas de saúde. Com isso, aumenta-se a demanda espontânea de casos de menor complexidade nas UPAS, os quais não são compatíveis com atendimento de urgência ou emergência. Logo, levando-se em consideração os extremos de gravidade, observa-se uma maior procura pelo atendimento em UPA com desistência posterior dos pacientes (após abertura de GAE).

2.8. Das justificativas apresentadas

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

(1) A lentidão do sistema informatizado utilizado na Unidade:

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

Dessa forma, reitera-se que são obrigações previstas contratualmente: "*Realizar os serviços de saúde fomentados, estabelecidos no Anexo II, para a população usuária do Sistema Único de Saúde - SUS, nos exatos termos da legislação permanente do SUS, alcançando as metas e cumprindo os objetivos estabelecidos neste contrato*". Sendo os recursos financeiros repassados por força do Contrato de Gestão destinados às despesas com manutenção e funcionamento das Unidades.

(2) Falta de leitos de retaguarda

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

Ademais, foi emitido Plano de Ação ([106196709](#)) para melhoria do Tempo de Espera na Unidade, o qual esta Gerência avaliou como pertinente ([114914836](#)), sugerindo análise complementar pela SAIS, bem como prestação de informações adicionais pelo Contratado, com apresentação de cronograma de forma a tornar claro o que já foi realizado e o que está programado. Assim, cabe pontuar que os dados do 2º quadrimestre/2023 serão monitorados de forma a verificar o impacto das ações, caso implementadas, no alcance da meta.

2.9. Recomendações

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

Sugere-se, ainda, que:

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

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

3. PRODUÇÃO SIA/SUS

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

Quadro 3.1: Produção SIA/SUS — UPA PARANOÁ

Grupo	Total
03 - Procedimentos Clínicos	82.482
02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	59.906
04 - Procedimentos Cirúrgicos	39
01- Ações de Promoção e Prevenção em Saúde	18
Total	142.445

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

4. COMISSÕES

4.1. Termos Contratuais

Dispõe o Contrato de Gestão nº 044877/2021 ([72158973](#)):

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

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

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

(...) ANEXO II - PLANO DE AÇÃO

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

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

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

[Grifado]

4.2. Legislação Vigente

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

4.3. Análise dos dados apresentados

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

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

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

- Comissão de Análise de Óbitos — [04016-00115715/2022-61](#);
- Comissão de Controle de Infecção — [04016-00015837/2023-30](#);
- Comissão de Revisão de Prontuários — [04016-00115675/2022-58](#);

- Comissão de Ética de Enfermagem — [04016-00115730/2022-18](#);

Com as informações e comprovantes disponibilizadas, verificou-se:

Quadro 4.1: Resumo do funcionamento das Comissões — UPA PARANOÁ

Comissão	Regimento	Composição	Reuniões	Análise
Comissão de Análise de Óbitos	Doc. 107862051 Publicação: 21/06/2021	Doc. 107862988 Publicação: 31/01/2022	Periodicidade: Mensal Reuniões: 19/01, 23/02 e 03/03	Funcionamento Irregular: não houve plena observância à periodicidade de realização de reuniões estipulada no regimento.
Comissão de Controle de Infecção	Doc. 107716531 Publicação: 21/06/2021	Doc. 107863133 Publicação: 17/01/2022	Periodicidade: Semestral Reunião: 24/02	Funcionamento Regular
Comissão de Revisão de Prontuários	Doc. 107864379 Publicação: 21/06/2021	Doc. 107865024 Publicação: 31/01/2022	Periodicidade: Mensal Reuniões: 03/01, 03/02, 03/03 e 03/04	Funcionamento Irregular: não houve plena observância à periodicidade de realização de reuniões estipulada no regimento.
Comissão de Ética Médica	Doc. não apresentado	Doc. não apresentado	Docs. não apresentados	Não constituída
Comissão de Ética em Enfermagem	Doc. 107853346 Publicação: 23/06/2021	Doc. 107856459 Publicação: 04/11/2022	Periodicidade: Mensal Reunião: 03/01	Funcionamento Irregular: não houve plena observância à periodicidade de realização de reuniões estipulada no regimento.

4.4. Recomendações

- Constituir e manter em pleno 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 no Relatório de Prestação de Contas Mensal: se houve alterações no regimento ou na composição/membros; justificativas para eventual inobservância da periodicidade das reuniões estipulada regimentalmente para cada Comissão; justificativas para outros eventuais descumprimentos de legislação ou de cláusula contratual relacionada a comissões;
- Nos processos de prestação de contas específicos acima mencionados, continuar acostando, tempestiva e continuamente, comprovantes referentes às atividades realizadas, quais sejam: regimento, designação de membros e atas de reunião.

5. PESSOAL

5.1. Dimensionamento de Pessoal

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

5. (...) 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 (...)

(...) 5.4. 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.

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

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

Segue abaixo o comparativo entre o quantitativo previsto no Plano de Trabalho e o demonstrado nas prestações de contas mensais do IGESDF (janeiro — [113772918](#), fevereiro — [107356459](#), março — [110448914](#) e abril — [112574205](#)), destacadas as divergências encontradas.

Quadro 5.1: Quantidade de profissionais — UPA PARANOÁ

CARGO	PLANO DE TRABALHO		Janeiro		Fevereiro		Março		Abril	
	QTD	CH*	QTD	CH*	QTD	CH*	QTD	CH*	QTD	CH*
Analista de Laboratório	8	288	9	324	9	324	8	288	7	252
Artífice de Manutenção	1	44	zero		zero		zero		zero	
Assistente Administrativo	4	160	3	120	3	120	3	120	3	120
Assistente Social	3	90	3	90	3	90	4	120	2	60
Auxiliar de Farmácia	4	160	5	200	6	240	5	200	5	200
Coordenador Enfermagem	1	40	1	40	1	40	1	40	1	40
Coordenador Médico	1	40	1	40	1	40	1	40	1	40
Coordenador Multiprofissional	1	40	1	40	1	40	1	40	1	40
Enfermeiro	28	1.008	30	1.080	30	1.080	30	1.080	30	1.080
Farmacêutico	4	176	5	184	6	220	6	220	6	220
Fisioterapeuta	3	90	zero		zero		zero		zero	
Gerente	1	40	1	40	1	40	1	40	1	40
Médico	21	504	20	516	22	564	21	528	19	480
Nutricionista	3	120	3	108	3	108	3	108	3	108

Técnico de Enfermagem	43	1.548	45	1.620	45	1.620	44	1.584	44	1.584
Técnico de Laboratório	11	396	11	396	11	396	11	396	11	396
Técnico em radiologia	8	192	8	192	8	192	8	192	8	192
TOTAL	145	4.896	147	5.010	151	4.942	148	5.016	143	4.872

*As colunas de Carga Horária expõem apenas as horas contratuais (sem cômputo de horas-extras), pois estas não foram informadas nas PCMs.

Embora o dimensionamento de pessoal das UPAs novas constante dos contratos de gestão (Tabela 4 do Anexo I) não inclua serviço de auxiliares de atendimentos (que seriam todos terceirizados), as PCMs revelaram alguns auxiliares de atendimento/auxiliares administrativos/humanizar contratados diretamente pelo IGESDF, sem deixar claro se há outros funcionários desta categoria terceirizados trabalhando nestas unidades de saúde

5.3. Dos profissionais não-previstos no Plano de Trabalho

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

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

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

CARGO	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril	
	QTD	CH	QTD	CH	QTD	CH	QTD	CH
Auxiliar administrativo	3	120	—	—	—	—	—	—
Auxiliar de humanização	—	—	3	120	3	120	3	120
TOTAL	3	120	3	120	3	120	3	120

5.4. Dos profissionais não-contratados

Conforme demonstrado no subitem 5.1, o Plano de Trabalho determinou que a UPA PARANOÁ possuiria em seu quadro profissional um artífice de manutenção e três fisioterapeutas, mas como apurado, neste e em todos os relatórios anteriores, essas lacunas nunca formam preenchidas.

- Artífice de Manutenção

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

- Fisioterapeuta

A presença de fisioterapeutas em uma UPA promove acréscimos tanto a quantidade de procedimentos realizados quanto a Carteira de Serviços ([108985546](#)) que pode/deve incorporar os procedimentos do grupo 03, sub-grupo 02, destinados a Atenção Ambulatorial.

Quadro 5.2: Procedimentos realizados por fisioterapeutas na Atenção Ambulatorial

SIGTAP	PROCEDIMENTO
03.02.01.001-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré/pós cirurgias uroginecológicas
03.02.01.002-5	Atendimento fisioterapêutico em pacientes c/ disfunções uroginecológicas
03.02.02.001-2	Atendimento fisioterapêutico em paciente com cuidados paliativos
03.02.02.002-0	Atendimento fisioterapêutico em paciente oncológico clínico
03.02.03.003-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós cirurgia oncológica
03.02.03.001-8	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com alterações oculomotoras centrais c/ comprometimento sistêmico
03.02.03.002-6	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras periféricas

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

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

5.5. Recomendações

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

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

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

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que o Contratado tenha encaminhado proposta de Plano de Trabalho para 2023, por meio do processo [04016-00063917/2022-11](https://sei.df.gov.br/sei/controlador.php?acao=procedimento_trabalhar&acao_origem=rel_bloco_protocolo_listar&acao_retorno=rel_bloco_prot...), registra-se a ausência de Termo Aditivo contendo os indicadores e as metas a serem monitoradas em 2023.

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

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

6.1. Indicadores Quantitativos

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

O Contratado atingiu a meta de soma dos atendimentos e dos acolhimentos com Classificação de Risco, demonstrando que a UPA PARANOÁ está em condições de realizar mais atendimentos do que o proposto. No entanto, o baixo percentual de acolhimento (65%), quando comparado com o atendimento, suscita a necessidade

de apresentação de justificativas, pelo Contratado, e de Plano de Ação, com data de início e fim, para melhoria do panorama.

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

6.2. Indicadores Qualitativos

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

Referência	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Pontuação mensal	45 pontos	45 pontos	65 pontos	45 pontos
Conceito mensal	E	E	E	E

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

6.3. Comissões

Recomenda-se:

- a) Constituir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Ética Médica;
- b) Prestar observância à periodicidade de realização de reuniões estipulada para cada Comissão nos regimentos e nas normas regulamentadoras;
- c) Passar a informar no Relatório de Prestação de Contas Mensal as informações contidas no item 4.4;
- d) Nos processos de prestação de contas específicos das Comissões, continuar acostando, tempestiva e continuamente, comprovantes referentes às atividades realizadas, observando a relação de documentos elencados nos subitens 4.3.

6.4. Pessoal

Recomenda-se:

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

7. LISTA DE ANEXOS

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 044877/2021 – [72158973](#);
- 7.1.2. Plano de Trabalho — [70699461](#);
- 7.1.3. Plano de Ação — [69805200](#);
- 7.2. Prestação de contas IGESDF de janeiro/23 – [04016-00015314/2023-93](#);
- 7.3. Prestação de contas IGESDF de fevereiro/23 – [04016-00025841/2023-14](#);
- 7.4. Prestação de contas IGESDF de março/23 – [04016-00038671/2023-20](#);
- 7.5. Prestação de contas IGESDF de abril/23 – [04016-00048997/2023-65](#);

- 7.6. Processo do relatório analítico do 2º quadrimestre/22 — [00060-00455022/2022-11](#);
- 7.6.1. Plano de ação — [106196709](#);
- 7.6.2. Despacho SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG — [114914836](#);
- 7.7. Resolução CFM nº 2.171, de 30 de outubro de 2017 — [64139892](#);
- 7.8. Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998 — [64141161](#);
- 7.9. Resolução CFM nº 1.638, de 09 de agosto de 2002 — [64146105](#);
- 7.10. Resolução CFM nº 2.152, de 30 de setembro de 2016 — [64146978](#);
- 7.11. Resolução COFEN nº 593, de 05 de novembro de 2018 — [64147898](#);
- 7.12. Prestação de Contas da Comissão de Óbitos — [04016-00115715/2022-61](#);
- 7.13. Prestação de Contas da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Saúde — [04016-00115704/2022-81](#);
- 7.14. Prestação de Contas da Comissão de Revisão de Prontuários — [04016-00115675/2022-58](#);
- 7.15. Prestação de Contas da Comissão de Ética de Enfermagem — [04016-00115730/2022-18](#);

É o Relatório.

Elaboração:

Carolina Pradera Resende — Farmacêutica — matrícula: 196.758-4

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

Aprovação:

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

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



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



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



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0verificador=113764413 código CRC= **A792D98B**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

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