



**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 20/2023 - SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG

Brasília-DF, 23 de fevereiro de 2023

**RELATÓRIO ANALÍTICO QUADRIMESTRAL – UPA RIACHO FUNDO II**  
**3º Quadrimestre de 2022**

**DADOS DO CONTRATO**

<b>Nº DO CONTRATO DE GESTÃO:</b> 045028/2021 (id. <a href="#">73023983</a> )	<b>Nº SIGGO:</b> 045028 (id. <a href="#">72992144</a> )
<b>OBJETO CONTRATADO</b> ( <a href="#">04016-00065258/2021-76</a> ): Formação de parceria com vistas ao fomento, ao gerenciamento, à operacionalização e à execução da atividades de serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento do Riacho Fundo II.	
<b>UNIDADE DE SAÚDE:</b> Unidade de Pronto Atendimento do Riacho Fundo II, Porte I — Opção III, situada em QN 31 Conjunto 3 Lote 1, Riacho Fundo II/DF.	
<b>PERÍODO DE VIGÊNCIA:</b> 20 anos	<b>INÍCIO:</b> 27/10/2021 <b>FIM:</b> 27/10/2041

**DADOS DA CONTRATADO**

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

**DADOS DE MONITORAMENTO**

<b>PERÍODO:</b> 1º de setembro a 31 de dezembro de 2022.	
<b>PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2020-2023:</b> <a href="https://igesdf.org.br/plano-estrategico-2020-2023/">https://igesdf.org.br/plano-estrategico-2020-2023/</a> e Anexo IV do Contrato de Gestão.	
<b>PLANO DE TRABALHO:</b> id. <a href="#">72505874</a> e Anexo I do Contrato de Gestão.	
<b>PLANO DE AÇÃO:</b> id. <a href="#">69805200</a> Anexo II do Contrato de Gestão.	
<b>PROCESSOS REGULARES DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONTRATADO:</b>	<b>Setembro/2022:</b> <a href="#">04016-00099237/2022-35</a> e <a href="#">04016-00096214/2022-79</a> ; <b>Outubro/2022:</b> <a href="#">04016-00108590/2022-13</a> e <a href="#">04016-00106355/2022-15</a> ; <b>Novembro/2022:</b> <a href="#">04016-00118075/2022-41</a> e <a href="#">04016-00116735/2022-50</a> ; e <b>Dezembro/2022:</b> <a href="#">04016-00006348/2023-97</a> e <a href="#">04016-00004031/2023-16</a> .

**FUNDAMENTAÇÃO DO RELATÓRIO**

O presente Relatório, elaborado pela Gerência de Avaliação Técnica-Assistencial dos Contratos de Gestão e de Resultados (GATCG/DAQUA/CGCSS/GAB/SES), refere-se à **análise do desempenho assistencial do Contratado, Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), no âmbito da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DO RIACHO FUNDO II, no período de 1º de setembro a 31 de dezembro de 2022**, tendo em vista a Cláusula Décima Nona do **Contrato de Gestão SES-DF nº 045028/2021 (id. [73023983](#))**, celebrado entre o Instituto e o Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF):

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

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

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

- I - Indicação das metas com tendência de cumprimento ou superação, com análise das razões da eventual superação;
- II - Indicação das metas com tendência de não cumprimento, com análise das razões de avaliação do impacto do não cumprimento;
- III - Obrigações não cumpridas por qualquer das partes e análise do impacto do não cumprimento sobre a execução do CONTRATO DE GESTÃO;
- IV - Ações que possam ser tomadas para auxiliar a execução do CONTRATO DE GESTÃO
- V - Recomendações gerais que julgue necessário para a boa execução do CONTRATO DE GESTÃO.

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

- 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;
- análises decorrentes das atividades de acompanhamento da execução do CONTRATO DE GESTÃO;
- avaliação do cumprimento dos Planos de Trabalho.

[Grifado]

Importante destacar que, além do Contrato de Gestão SES/DF nº 045028/2021, 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 as alterações e os acréscimos da Lei nº 6.270/2019; e do Decreto Distrital nº 39.674/2019, que regulamenta o Instituto; da Portaria SES/DF nº 637/2022, que disciplina a formação e a atuação das Comissões de Acompanhamento e Avaliação, as competências das Unidades Orgânicas e áreas técnicas da SES/DF relativas ao acompanhamento dos Contratos de Gestão e Resultados, bem como orienta mecanismos de repasses financeiros dos Contratos de Gestão e Resultados celebrados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.

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

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

Assim, o presente Relatório contempla os seguintes temas:

- Indicadores de Produção;
- Indicadores de Qualidade;
- Outras Produções SIA/SUS;
- Comissões;
- Pessoal;
- Considerações Finais; e
- Lista de Anexos.

## 1. INDICADORES DE PRODUÇÃO

No que se refere aos indicadores de produção, a cláusula Décima Nona do Contrato de Gestão nº 045028/2021 ([73023983](#)) previu Relatório Analítico Quadrimestral emitido com a tendência de cumprimento/descumprimento das metas, ao passo que os Anexos I - Plano de Trabalho e II - Plano de Ação trouxeram tabela com metas mensais, quadrimestrais e anuais:

ANEXO II - PLANO DE AÇÃO (...)

Tabela 4 - Quadro de Metas e Indicadores Quantitativos

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

As produções do período foram consultadas na [Sala de Situação/InfoSaúde-DF](#), ferramenta que disponibiliza dados validados do SIA/SUS e SIH/SUS.

Os dados extraídos do DATASUS referem-se à produção faturada por mês de processamento, considerando o período de três meses disponíveis para a correção das críticas identificadas (descontos). Diante disso, mensalmente, parte da produção faturada pode contemplar informações de meses anteriores, refletindo alguns picos na série histórica apresentada.

Cabe ressaltar que as metas lineares não consideram as particularidades, eventos e tendências sazonais, as quais podem interferir no desempenho durante o período analisado.

Tendo em vista que o Indicador 1 se refere à soma dos quantitativos de dois procedimentos (códigos 03.01.06.002-9 e 03.01.06.009-6), apresenta-se, abaixo, o detalhamento das produções de ATENDIMENTO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (03.01.06.002-9) e ATENDIMENTO MÉDICO EM UPA (03.01.06.009-6), isoladamente, por mês.

Quadro 1.1: Produção em atendimentos — UPA RIACHO FUNDO II

Procedimento	Código SIGTAP	setembro	outubro	novembro	dezembro
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada	301060029	2.989	2.892	3.248	3.791
Atendimento Médico em UPA	301060096	3.213	3.331	3.675	4.340
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA	0301060029 + 0301060096	6.202	6.223	6.923	8.131

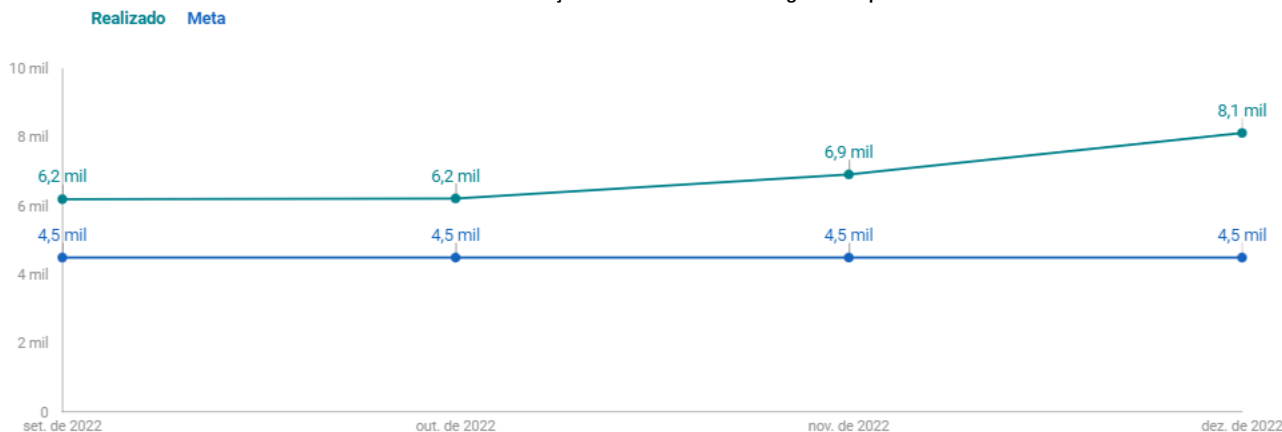
No Quadro 1.2, são apresentadas as produções e percentagens de alcance das metas quantitativas quadrimestrais, tendo em vista a tabela 4 do Anexo II do Contrato de Gestão; incluindo (1) a produção de atendimentos (Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada + Atendimento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

Quadro 1.2: Indicadores de Produção — UPA RIACHO FUNDO II

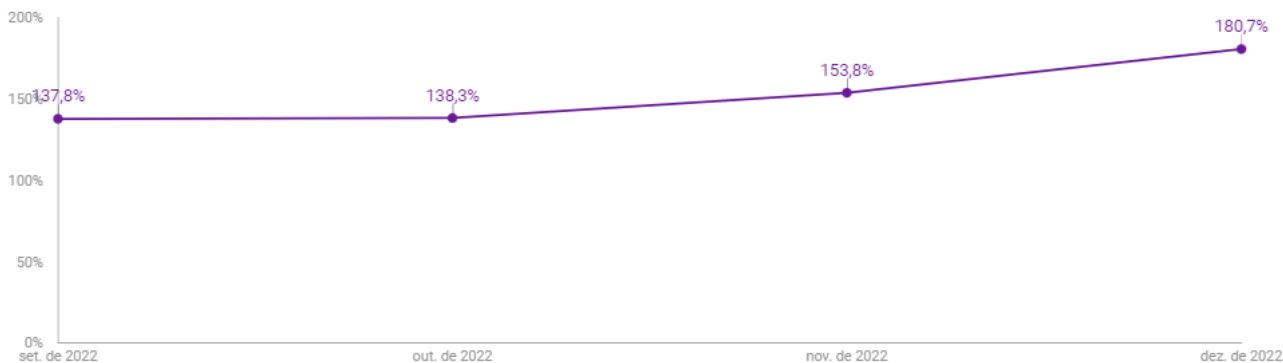
Indicador	Código SIGTAP	Meta Quadrimestral	setembro	outubro	novembro	dezembro	Total Quadrimestre	% Cumprimento da Meta Quadrimestral	% Cumprimento da Meta Anual
Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA	0301060029 + 0301060096	18.000	6.202	6.223	6.923	8.131	27.479	152,7%	50,89%
Acolhimento com Classificação de Risco	301060118	18.000	3.514	3.629	3.911	4.641	15.695	87,2%	29,06%

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

**Gráfico 1 — Produção em Atendimentos ao longo do tempo**



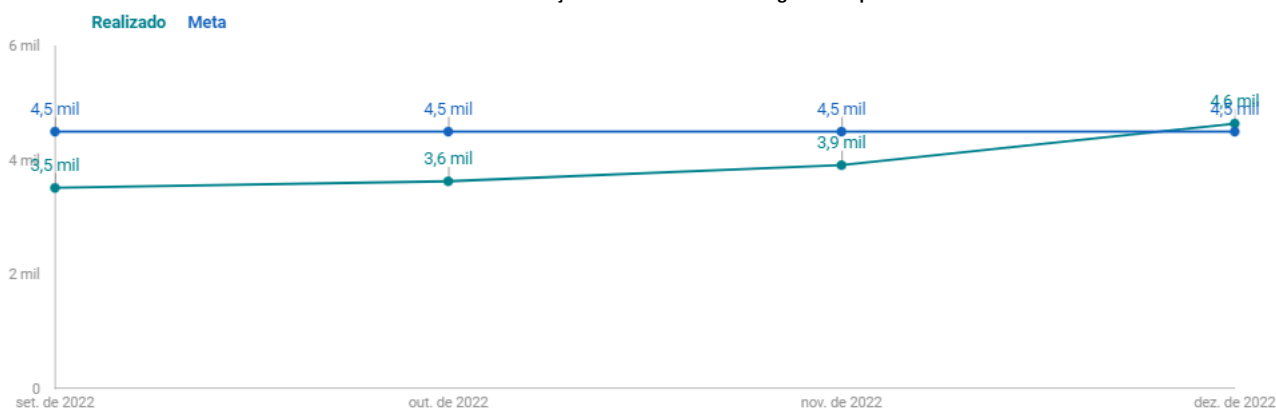
**Gráfico 2 — Percentagem de Cumprimento da Meta de Atendimentos ao longo do tempo**



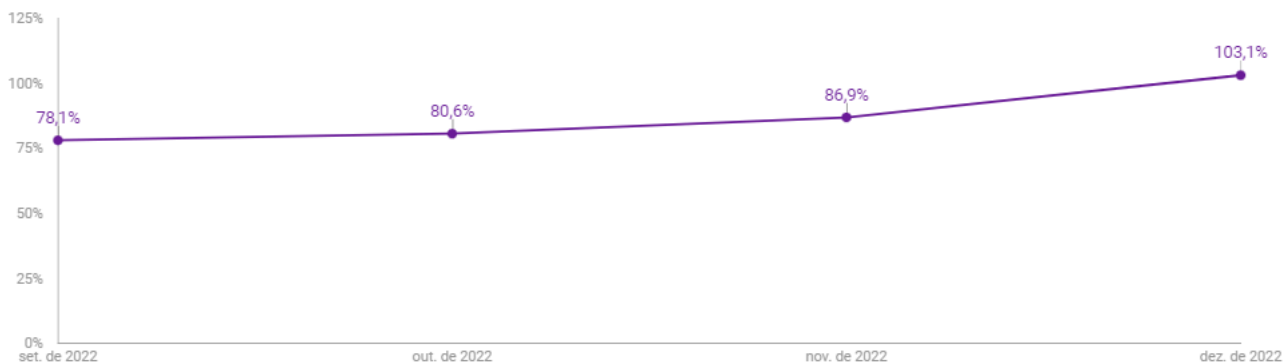
A média de produção de **Atendimentos de Urgência c/ Observação até 24h em Atenção Especializada + Atendimento Médico em UPA 24h de Pronto Atendimento** foi de **152,66%** da meta quadrimestral, desempenho superior ao observado no 1º quadrimestre/2022 (quando a média quadrimestral foi de 104,67% – id. [89387494](#)) e no 2º quadrimestre/2022 (quando a média foi de 121,33% – id. [97972069](#)).

**INDICADOR 2: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**Gráfico 3 — Produção em Acolhimento ao longo do tempo**



**Gráfico 4 — Percentagem de Cumprimento da Meta de Acolhimento ao longo do tempo**



A média da produção de **Acolhimento com classificação de risco** no quadrimestre foi de **87%** da meta quadrimestral; melhor que a do 1º quadrimestre (55% – id. [89387494](#)) e a do 2º quadrimestre (70,39% – id. [97972069](#)).

Constata-se, todavia, que a quantidade de Acolhimento com Classificação de Risco (15.695) representa somente 57,11% dos 27.479 Atendimentos registrados no período.

Discrepâncias substanciais entre as quantidades de ATENDIMENTOS (03.01.06.002-9 + 03.01.06.009-6) e de ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (03.01.06.001-8) registradas nos sistemas de informação têm sido observadas nos Relatórios Analíticos de 2021 e 2022 relativos a todas as UPAs. No Relatório do 2º Quadrimestre ([00060-00486293/2022-19](#)), 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. [87561434](#):

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

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

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

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

[Grifado]

Após ser comunicado, via Ofício (id. [103078581](#)), o Instituto reforçou seu entendimento divergente ([106926511](#)), informando que compreende ser aceitável o lançamento de dois atendimentos para o mesmo 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 entres os códigos em questão, diferentemente do que diz a Gerência de Apoio aos Serviços de Urgência e Emergências, quando afirma que "dentro de um mesmo dia, o atendimento médico realizado não deve ser registrado em duplicidade", aceitando como exceção à regra, [...] "apenas o caso em que, de fato, o paciente atendido e liberado retorne à UPA no mesmo dia para novo atendimento", "Sic".

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

[Grifado]

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

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

Em suas Prestações de Contas Mensais, o Contratado apresentou as seguintes análises/justificativas para as produtividades referentes à meta de Acolhimento com Classificação de Risco:

- Setembro, id. [98183792](#):

"Aumento de mais de 700 pacientes classificados em relação ao mês anterior. Além disso, foi intensificado o monitoramento dos colaboradores e recepcionistas para o preenchimento de fichas e classificação de todos os usuários."

- Outubro, id. [100477797](#):

"Aumento de 115 pacientes classificados, porém a meta ainda não foi atingida. Por esse motivo, a unidade vem trabalhando com um Plano de Ação."

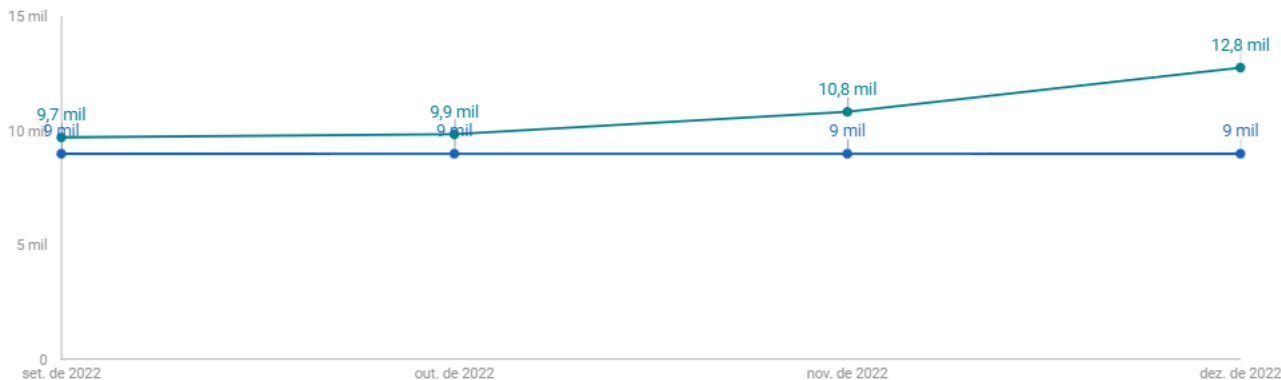
- Novembro, id. [102048538](#) :

"Em comparação ao mês de outubro, houve um aumento de 282 pacientes classificados, considerado um aumento significativo em vista aos meses anteriores. A unidade está elaborando um plano de Ação para garantir o alcance da meta estabelecida."

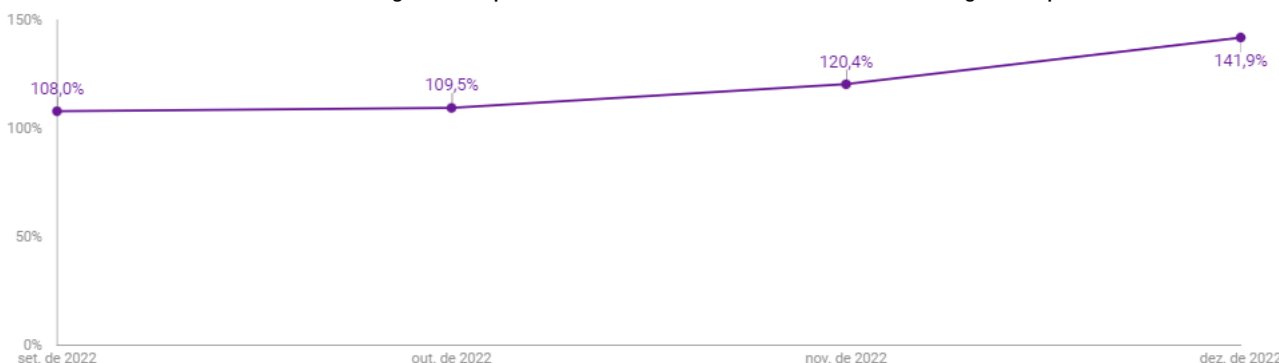
Em atenção à meta mensal de 9.000 procedimentos estipulada na Tabela 4 do Anexo II do Contrato de Gestão, apresenta-se, a seguir, representação gráfica do total de procedimentos faturados por mês e do percentual de cumprimento da meta.

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

**Gráfico 5 — Produção em Atendimentos & Acolhimento ao longo do tempo**



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



**1.1. Glosas**

O Contrato de Gestão contém (replicadas nos Anexos I e II) confusas disposições relativas a descontos por não cumprimento de metas, lá chamadas de glosas:

**ANEXO II - PLANO DE AÇÃO**

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

(...) DESCRIÇÃO DOS INDICADORES (...)

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

Tabela 5 - Percentual de glosa conforme produtividade

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

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

No entanto, passando-se ao parágrafo seguinte do Anexo II em busca de mais esclarecimentos, verifica-se um texto que parece ter como objetivo estipular que as glosas devam ser aplicadas somente em caso de realização de 95%, ou menos, dos 9.000 procedimentos (ou seja, ≤ 8.550 procedimentos), desde que se trate de erro material a menção à tabela 8 (indicadores e metas qualitativos), ao invés da tabela 4 (indicadores e metas quantitativos):

Anexo II — Plano de Ação, Indicadores Quantitativos:

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

[Grifado]

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

Anexo II — Plano de Ação, Indicadores Quantitativos:

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

[Grifado]

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

**Quadro 1.3: Percentuais de produtividade mensal e de glosa — UPA RIACHO FUNDO II**

Procedimentos	Meta mensal	Produção			
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
<b>Atendimentos + Acolhimento com Classificação de Risco</b>	9.000	9.716	9.852	10.834	12.772
	100%	108%	109%	120%	142%
<b>% GLOSA</b>		<b>Sem glosa</b>	<b>Sem glosa</b>	<b>Sem glosa</b>	<b>Sem glosa</b>

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. Desta maneira, mesmo não cumprindo a meta definida para Acolhimento com Classificação de risco em setembro, outubro e novembro, a aferição de produtividade realizada segundo o Plano de Ação contido no Contrato de Gestão acabou por indicar cumprimento de meta após o somatório em todos os meses do período.

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

i. Necessário que o Contrato seja corrigido para informar claramente se as glosas incidem sobre o valor total do repasse ou apenas sobre o valor de custeio do contrato;

ii. Há divergências entre as informações do Plano de Trabalho e do Plano de Ação. Além disso, segundo a Tabela 6 do Anexo I, seria aplicável glosa de 2% quando a produção apurada for acima de 95%, de forma que o Contratado teria seu repasse diminuído/descontado mesmo que atingisse 100% (ou mais) da meta estipulada no Contrato. Ainda, segundo a Tabela 5 do Anexo II, a glosa de 2% seria aplicável apenas ao intervalo  $\geq 94\%$  e  $\leq 95\%$ , o que não segue o padrão de intervalos do restante tabela, os quais abrangem pelo menos 3,99 pontos percentuais cada. Por fim, nas duas tabelas há intervalos não contemplados, como, por exemplo, entre 83,99% e 85%. Faz-se necessária a correção da tabela de glosas presente no contrato:

#### ANEXO I - PLANO DE TRABALHO

Tabela 6 - Quadro de percentual de Glosas

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

#### ANEXO II - PLANO DE AÇÃO

Tabela 5 - Percentual de glosa conforme produtividade

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

Alguns desses apontamentos já foram registrados em Relatórios Analíticos anteriores (Anual 2021 - [80899748](#), 1º quadrimestre/2022 - [89387494](#) e 2º quadrimestre/2022 - [97972069](#)), assim como nos Relatórios das demais UPAs, os quais foram apresentados ao Gabinete da SES/DF e à Secretaria-Adjunta de Gestão da SES/DF ([84477484](#), [94377868](#) e [103458221](#)). Foram reportados também de forma detalhada à CGCSS no Despacho [80851884](#). Porém, até o presente momento, os Contratos de Gestão permanecem sem as devidas correções.

Assim sendo, são exaradas as seguintes recomendações:

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

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

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

## 2. INDICADORES DE QUALIDADE

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

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

#### ANEXO II - PLANO DE AÇÃO

(...)

Tabela 6 - Indicadores Qualitativos

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

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

Tabela 7 - Conceito Qualitativo Mensal

Conceito Mensal	Faixa de Índice de Nota Final (INF)
A	100 a 96
B	95 a 90

C	89 a 80
D	79 a 70
E	Inferior a 70

Tabela 8 - Quadro de Metas e Indicadores Qualitativos

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

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

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

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

Ademais, em observância aos princípios da Publicidade, Transparência, Indisponibilidade do Interesse Público e Motivação, objetivando avaliar corretamente a execução contratual de modo a viabilizar tomada de decisão pelas autoridades competentes por elaborar as políticas de saúde do Distrito Federal, em 03/11/2022, por meio do Documento SEI [89160441](#), esta Gerência solicitou a apresentação de comprovantes dos dados relatados em Prestação de Contas Mensais (PCMs).

Nos processos de Prestação de Contas Mensal, o Contratado registrou ([103596728](#), [103534374](#), [105900206](#) e [105791339](#)):

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

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

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

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

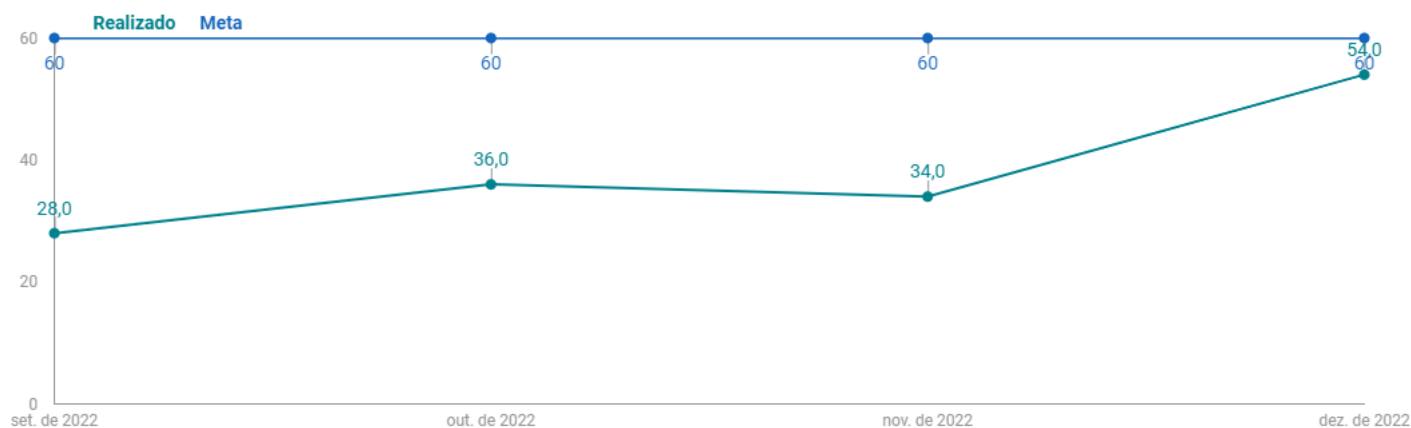
Quadro 2.1: Indicadores Qualitativos (Tabela 6 do Anexo II do Contrato de Gestão) - UPA RIACHO FUNDO II

Mês		setembro		outubro		novembro		dezembro		
Indicador	Meta	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	Alcançado	Pontos	
Tabela 6 do Anexo II do CG	Tempo de espera na Urgência e Emergência com Classificação Amarela	≤ 60 minutos	28	20	36	20	34	20	54	20
	Tempo de espera na Urgência e Emergência com Classificação Verde	≤ 120 minutos	62	20	97	20	77	20	100	20
	Taxa de Mortalidade	≤ 1%	0,02%	10	0,03%	10	0,03%	10	0,07%	10
	Taxa de Atendimento de Pacientes Referenciados das UBSs	≥ 90%	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15
	Solicitação de Regulação de Paciente da Sala Vermelha	≥ 90%	54,76%	0	100,00%	15	100,00%	15	100,00%	15
	Resolubilidade da Ouvidoria	≥ 90%	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	5,56%	0
	Pontuação Total / Conceito		65 pontos - Conceito E		80 pontos - Conceito C		80 pontos - Conceito C		80 pontos - Conceito C	
Tabela 8 do Anexo II do CG	Percentual de GAEs Classificadas	100%	90,45%	N/A	90,07%	N/A	91,97%	N/A	90,30%	N/A
	Percentual de Pacientes Classificados Atendidos	90%	87,91%	N/A	82,55%	N/A	85,24%	N/A	85,87%	N/A

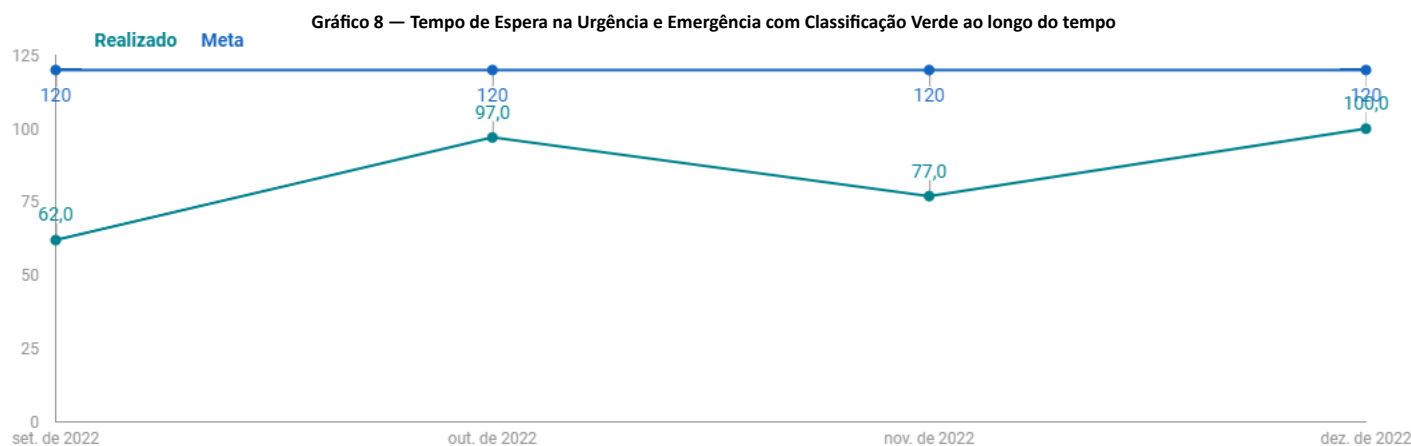
\* Dados de novembro para Percentual de GAEs Abertas Classificadas e Percentual de Pacientes Classificados Atendidos apresentados no [105900206](#).

## 2.1. Indicadores de Qualidade

Gráfico 7 — Tempo de Espera na Urgência e Emergência com Classificação Amarela ao longo do tempo



A polaridade do indicador é: quanto menor melhor



A polaridade do indicador é: quanto menor melhor

As metas referente aos indicadores **Tempo de Espera de Urgência com Classificação Amarela e Tempo de Espera de Urgência com Classificação Verde** foram atingidas em todo o 3º Quadrimestre.

Registra-se que, nos autos do processo em que foi emitido o Relatório Analítico do 2º quadrimestre/2022 ([00060-00486293/2022-19](#)), a Superintendência da Unidade de Atenção Pré-Hospitalar do IGESDF acostou o seguinte Plano de Ação ([106202635](#)) para Tempo de espera na Urgência e Emergência com Classificação VERDE e Tempo de espera na Urgência e Emergência com Classificação AMARELA:

Nome da Meta: Tempo de espera para atendimento com classificação verde, amarela e atendimentos de pacientes referenciados de UBS							
MOTIVO (POR QUÊ?)	AÇÃO (O QUÊ?)	ATIVIDADES DE AÇÃO (COMO?)	RESPONSÁVEL (QUEM?)	ONDE?	PRAZO (QUANDO?)		OBSERVAÇÕES
					INÍCIO	FIM	
Aumentar o número de atendimento na Classificação de Risco	Capacitar equipe de enfermagem no protocolo de acolhimento e classificação de risco da SES.	Realizado contato com a DEP para nova disponibilização contínua do curso online protocolo SES de classificação de risco para toda a equipe.	Coordenação de enfermagem, Gerentes, SUPPH E DEP	UPA RFII	Imediato	Contínuo	UPA RFII, porte 01, funciona com 01 sala de Acolhimento e Classificação de risco e enfermeiro exclusivo para função.
Tempo de espera para atendimento em Urgência e Emergência com classificação Verde e Amarela	Orientar equipe sobre importância do giro de leitos	Orientações <i>in loco</i> com toda a equipe de enfermagem, medicina, farmácia, serviço social e laboratório sobre: fluxo dos pacientes dentro da unidade, necessidade de celeridade e cautela nas ações.	Coordenador de Enfermagem, Coordenador médico e Gerentes da UPA RFII	UPA RFII	01/03/2023	Contínuo	Foram dadas novas orientações para equipe do laboratório, enfermagem e médicos, como por exemplo: informações mais ágeis para os pacientes sobre resultados de exames, orientações sobre para onde ir após medicações e reforço com a equipe médica sobre priorizar reavaliações. Melhorando assim o giro de leitos.
Percentual de Pacientes Classificados Atendidos	Orientar equipe sobre importância do giro de leitos para aumentar os atendimentos de porta	Trabalhar em conjunto com a gestão de leitos a fim de otimizar a transferências dos pacientes para serviços especializados e assim liberar leitos	Coordenador médico, Coordenador de enfermagem, SUPPH e Gerência.	UPA RFII	01/03/2023	Contínuo	Contato direto de todos os gestores com a gestão de leitos da unidade afim de trabalharmos juntos em busca resolutividade dos nossos casos



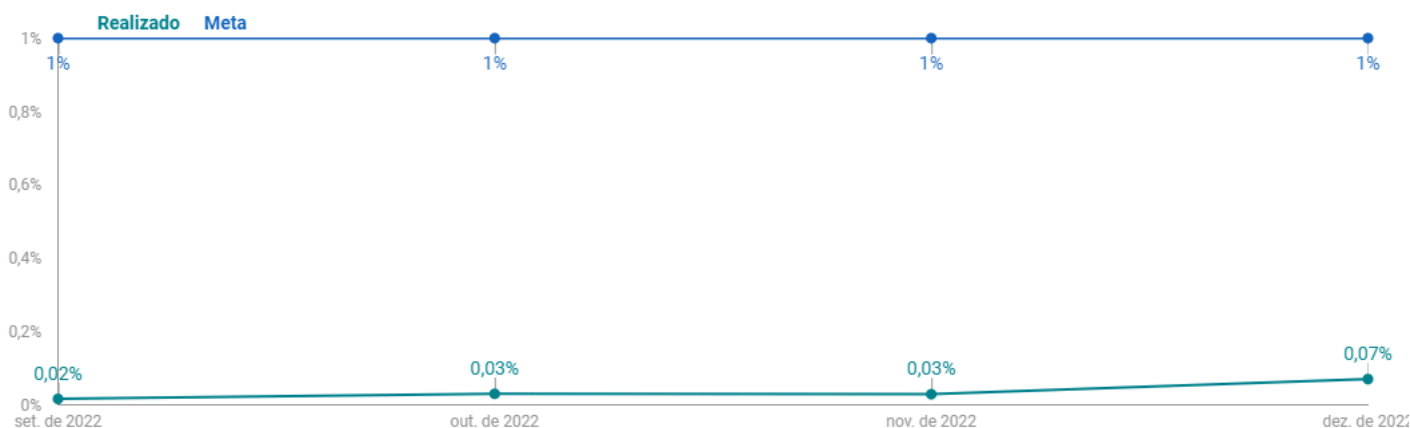
		da sala verde para melhorar o atendimento de porta					
Percentual de Guias de Atendimento de Emergência (GAE) Classificadas	Orientações contínuas in loco realizadas com equipe multidisciplinar	Orientações à equipe de recepção, humanizar e equipe de enfermagem acerca da necessidade de classificação de risco de todos os pacientes que abrirem GAE na unidade.	Coordenação de enfermagem, Andromeda, Visan, projeto humanizar e Gerência.	UPA RFII	08/03/2023	Contínuo	Orientações in loco contínuas com as equipes do projeto humanizar, recepção, enfermagem e segurança para melhor acolhimento e orientação dos pacientes.
Solicitação de regulação de pacientes da sala vermelha	Implantar o round diário	Realização do round diário com equipe multidisciplinar e incentivar a inserção dos pacientes de sala vermelha nos sistemas de regulação de vaga.	Coordenador médico, coordenador de enfermagem, coordenadora multidisciplinar e Gerência	UPA RFII	01/03/2023	Contínuo	Foram realizadas orientações a toda a equipe médica quanto a real necessidade de inserção dos pacientes nos sistemas de regulação
Atendimento de pacientes referenciados de UBS	Melhorar giro de leitos a fim de evitar superlotação da unidade. Trabalhar em conjunto com a rede de retaguarda para melhor destinação dos pacientes e liberação de leitos para dar suporte à rede primária.	Realização diária do round com presença dos gestores e equipe assistencial Empenho de toda a equipe multiprofissional para facilitar a melhora/destinação para serviço especializado do paciente. Treinamento com a equipe de gestão de leitos	SUPPH/ Coordenador de Enfermagem, Coordenador médico, Gerente da UPA RFII	UPA RFII	Imediato	Contínuo	A realização do round deve ser feita diariamente com presença dos médicos assistenciais, enfermeiros de sala e gestores. Comunicação imediata da gestão de leitos com os gestores da unidade para marcação de pareceres/transferências/exames que tiverem negativa.

\*PLANO DE AÇÃO ENCAMINHADO PELA GERÊNCIA DA UPA RIACHO FUNDO II EM 06/03/2022

Sugere-se, portanto, que o Plano de Ação ([106202635](#)) seja analisado pelas áreas técnicas competentes da SAIS/SES, de forma a obter contribuição com outras possíveis ações que, porventura, possam ser implementadas para melhoria contínua destes indicadores.

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

Gráfico 9 — Taxa de Mortalidade ao longo do tempo



A polaridade do indicador é: quanto menor melhor

Gráfico 10 — Taxa de atendimento de pacientes referenciados das Unidade Básicas de Saúde ao longo do tempo

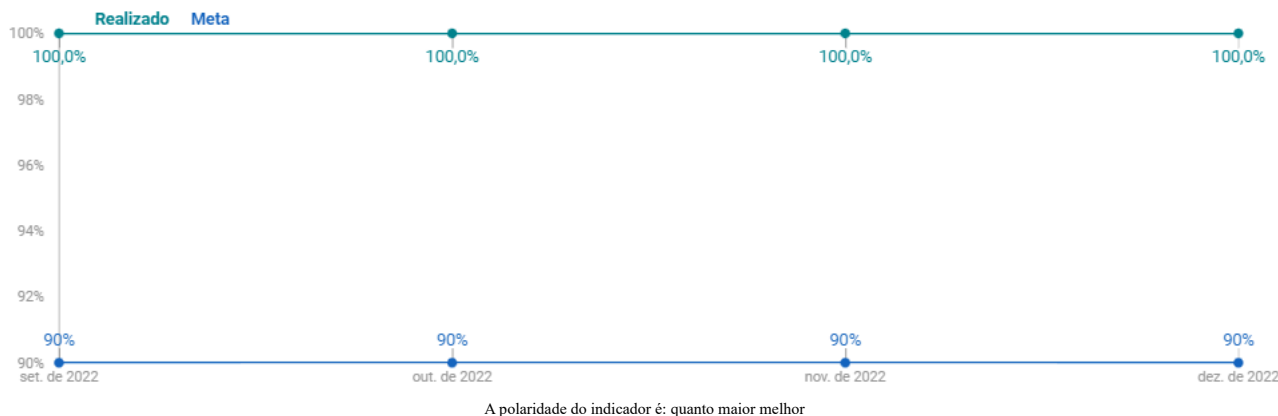
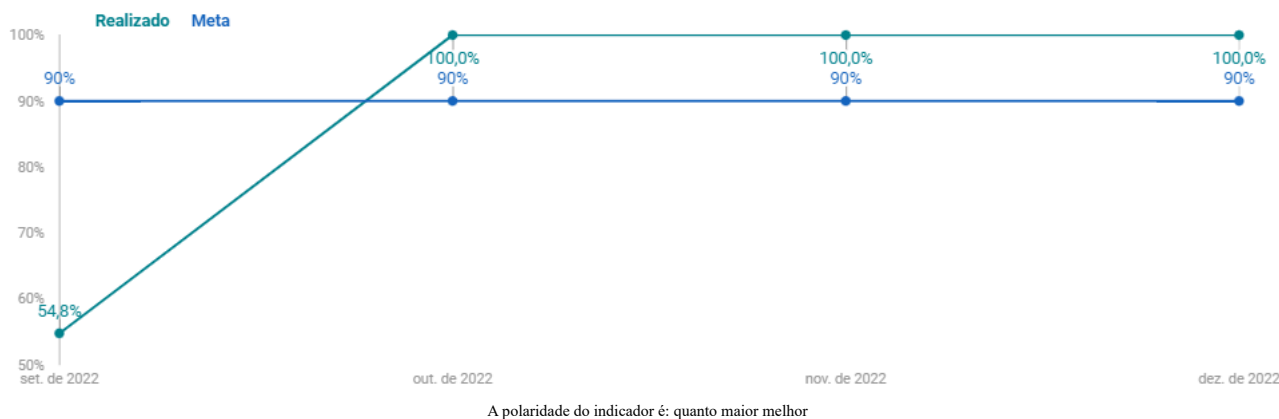


Gráfico 11 — Solicitação de regulação de paciente da Sala Vermelha ao longo do tempo



Constata-se que a meta contratual para o indicador **Solicitação de Regulação de Paciente da Sala Vermelha** não foi atingida no mês de setembro, tendo o Contratado apresentado a seguinte informação (id. [98183792](#)):

"Dos 42 pacientes atendidos na sala vermelha inseridos para a regulação, foram aceitos apenas 23. O restante foi transferido à sala amarela ou teve alta. É necessário melhorar a retaguarda nesta região de saúde".

Cabe lembrar que foram encaminhadas, para análise e manifestação da SES/SAIS/CATES/DUAEC e da SES/CRDF/DIRAAH, as justificativas apresentadas pelo Contratado no 1º quadrimestre de 2022 para todas as UPAs novas, que, de modo semelhante às do 2º e do 3º quadrimestres, apontam para diversos fatores da rotina assistencial, sobretudo a alegada falta de retaguarda/transferência dos pacientes para os hospitais. Não houve manifestação da DUAEC, e a SES/CRDF/DIRAAH informou que a solicitação de transferência é conduzida pela equipe do NGINT hospitalar e que o CRDF não participa efetivamente deste processo de trabalho ([96306449](#)). Por conseguinte, nos autos do processo em que foi emitido o Relatório Analítico Quadrimestral do 2º quadrimestre/2022 ([00060-00486293/2022-19](#)), esta Gerência reiterou o pedido de manifestação da SES/SAIS/DUAEC e, se possível, participação na elaboração de um plano de ação que vise solucionar a problemática. No entanto, até o momento da emissão do presente Relatório, não constava naqueles autos manifestação daquela Diretoria. Diante do exposto, registra-se no presente nova reiteração do pedido de manifestação à SES/SAIS/DUAEC.

A DIRAAH/CRDF alertou, ainda, acerca dos possíveis prejuízos relativos à falta de clareza quanto ao indicador ([96306062](#)):

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

Cabe, aqui, uma interpretação de cada um dos dois itens que compõem este cálculo. Por "soma de pacientes da sala vermelha regulados", entende-se que é a soma dos pacientes que necessitaram de transferência da UPA (seja para UTI ou enfermaria) e foram efetivamente inseridos nos sistemas regulatórios, ação esta que deve ser realizada pela contratada. De modo semelhante, por "soma de pacientes da sala vermelha", entende-se pela soma de pacientes que se encontravam no período específico na sala vermelha da UPA.

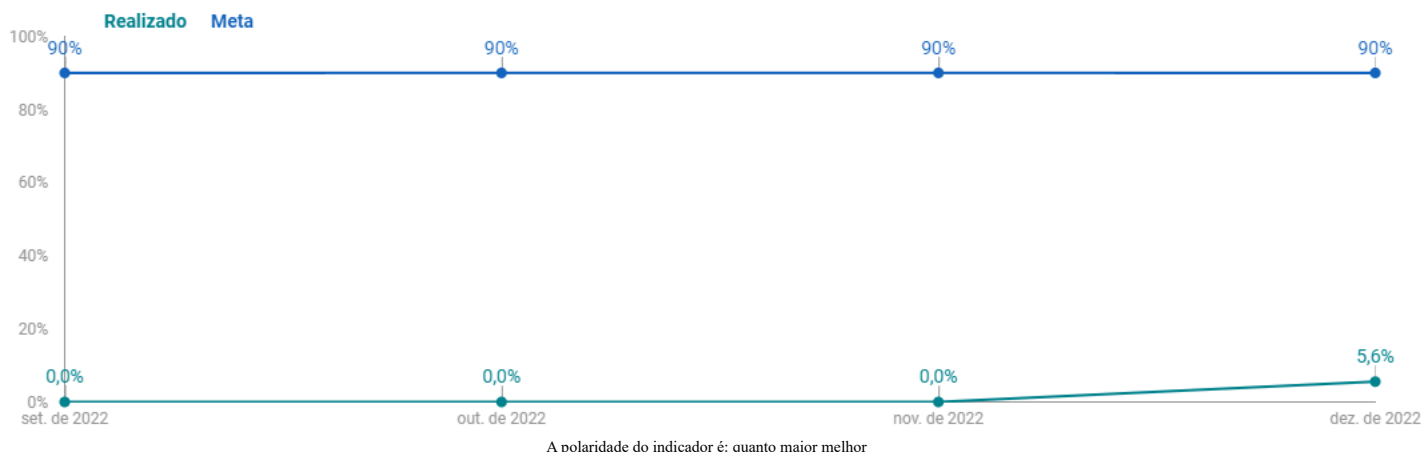
Assim, caso os dados utilizados estejam em consonância com esta forma de interpretação dos itens que compõem o referido indicador, entende-se que este reflita a atuação da contratada. Da mesma forma, caso no numerador (soma de pacientes da sala vermelha regulados) a contratada utilize o número de pacientes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

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

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

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

Gráfico 12 — Resolubilidade da Ouvidoria ao longo do tempo



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

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

Quadro 2.2: Resolubilidade da Ouvidoria — UPA RIACHO FUNDO II

Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Resultado Informado pelo Contratado	0%	0%	0%	5,56%
Doc. SEI	<a href="#">98183792</a>	<a href="#">100477797</a>	<a href="#">102048538</a>	<a href="#">104130917</a>
Considerações do Contratado	"Foram recebidas 9 ouvidorias, todas foram respondidas, mas nenhuma ouvidoria foi avaliada como Resolvida."	"Foram recebidas 12 manifestações (reclamações, solicitações, denúncias e elogios), todas foram respondidas, 11 não foram avaliadas."	"Foram recebidas 05 manifestações, todas foram respondidas, mas nenhuma foi avaliada."	Foram recebidas 18 ouvidorias, todas foram respondidas, mas nenhuma houve avaliação

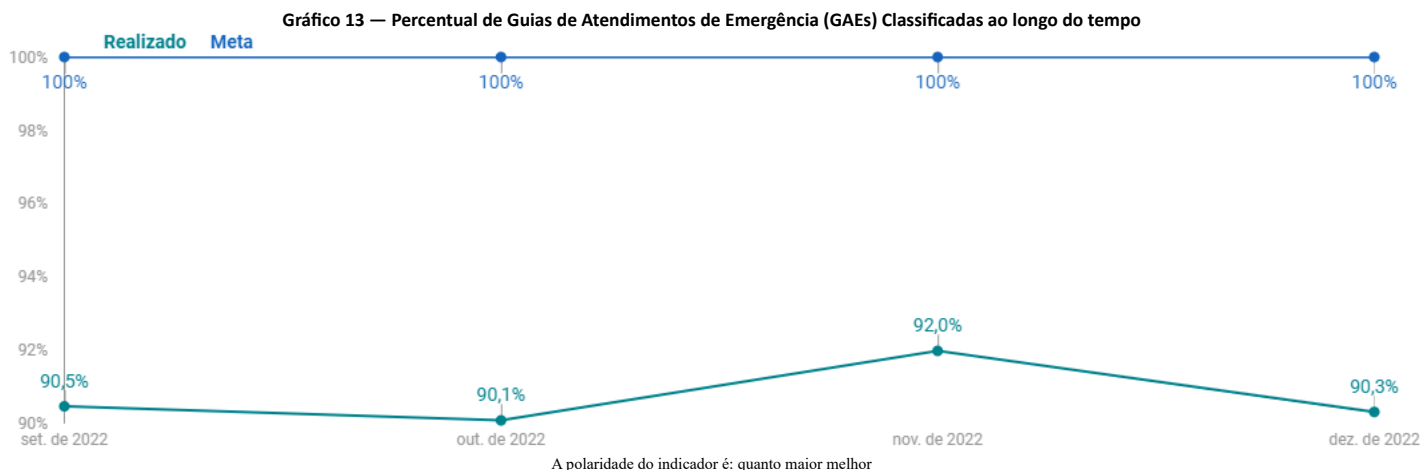
**Percentual de Guias de Atendimento de Emergência (GAEs) Classificadas**

Dispõe o Anexo II do Contrato de Gestão:

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

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

Número de acolhimentos com classificação de risco.



Verifica-se que a meta não foi alcançada durante o período, o que, por definição contratual, reflete baixa eficiência do serviço de classificação e do fluxo de porta preconizado.

O contratado não apresentou justificativas para os resultados observados, razão porque sugere-se solicitá-las.

**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 <b>Classificados Atendidos</b>	90%	90%

(...). DESCRIÇÃO DAS METAS DE DESEMPENHO:

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

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

[Grifado]

Tendo em vista que "Percentual de Pacientes Classificados Atendidos" é um indicador potencialmente diferente de "Percentual de Pacientes Atendidos Classificados" e que os Planos de Ação que compõem os Contratos de Gestão das UPAs novas foram objeto de avaliação e aprovação da SES/SAA e da SES/SAIS, esta Gerência solicitou ficha técnica do indicador, por meio do processo [00060-00407092/2022-55](#). Em resposta, a Gerência de Apoio aos Serviços de Urgência e Emergências se manifestou, em 29/11/2022, nos seguintes termos ([98791798](#)):

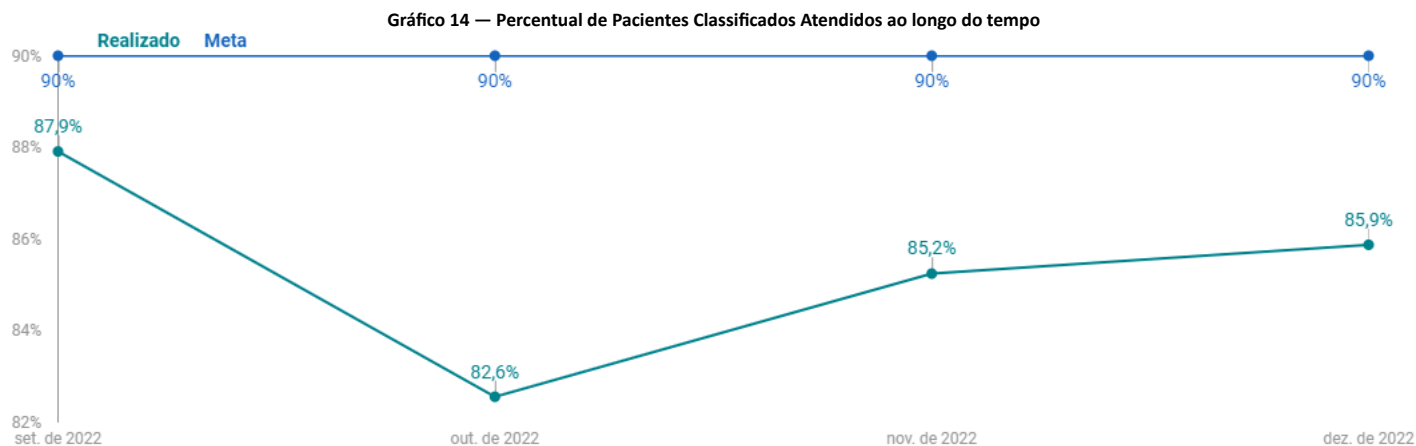
O referido indicador criado para o plano de trabalho das UPAS conforme histórico SEI [04016-00065258/2021-76](#), em razão de um erro material nos contratos de gestão teve seu título alterado no **tópico D** na **descrição das metas de desempenho**, o que prejudica a compreensão do seu significado.

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

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

Campo	Especificação	Descrição
Título	Percentual de Pacientes Classificados Atendidos	Título do indicador que é utilizado em gráficos e painéis expressando de forma resumida seu significado.
Conceituação	Relação percentual entre número de pacientes atendidos e número de classificações, avaliando a eficiência do serviço de classificação e o fluxo de porta preconizado	Informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa (se necessário, agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo).
Interpretação	Quantificar o número de atendimentos frente a quantidade pactuada em Contrato	Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
Limitações	Atraso de integração de dados entre os sistemas	Fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.
Fonte	Sala de Situação - Info Saúde	Sistema(s) informatizado(s) e nome(s) do(s) órgão(s)/instituição(ões) responsável(is) pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador e pela sua validação.
Fórmula de cálculo	Numerador: Número total de pacientes com atendimento médico realizado Denominador: Número total de pacientes classificados Multiplicador: 100	Fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem.
Meta pactuada	90%	Meta pactuada no instrumento contratual.
Periodicidade da apuração	Mensal	Frequência de atualização do resultado do indicador segundo sua granularidade.
Unidade de medida	Percentual	A unidade de medida utilizada para a apresentação do indicador.
Parâmetro	Controle	Valor de referência nacional ou internacional para o indicador.
Fonte do parâmetro	Não se aplica	Fonte do parâmetro.
Polaridade	Maior, Melhor	Indica o sentido do indicador ("quanto maior melhor" ou "quanto menor melhor").
Indicador acumulativo?	Sim	O resultado do Indicador demonstra o somatório de ocorrências ao longo do período de tempo de sua atualização

[Grifado]



Observa-se não atingimento da meta, o que, por definição do documento da área técnica GASFURE/SAIS ([98791798](#)), reflete alta taxa de desistência dos pacientes após a classificação, durante a espera para o atendimento médico.

O contratado não apresentou justificativas para os resultados observados, razão porque sugere-se solicitá-las.

### 3. OUTRAS PRODUÇÕES SIA/SUS

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

**Quadro 3.1: Outras Produções SIA/SUS — UPA RIACHO FUNDO II**

Grupo	Total
03 - Procedimentos Clínicos	40.736
02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	20.345
04 - Procedimentos Cirúrgicos	113
01- Ações de Promoção e Prevenção em Saúde	60
<b>Total</b>	<b>61.254</b>

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

### 4. COMISSÕES

#### 4.1. Termos Contratuais

Dispõe o Contrato de Gestão nº 045028/2021 (id. [73023983](#)):

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

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

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

(...)

ANEXO II - PLANO DE AÇÃO

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

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

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

[Grifado]

#### 4.2. Legislação Vigente

- **Comissão de Avaliação de Óbitos:** [Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.171 de 30 de outubro de 2017](#) (id.: [64139892](#)).
- **Comissão de Controle de Infecção:** [Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998](#), do Ministério da Saúde (id.: [64141161](#)).
- **Comissão de Revisão de Prontuários:** [Resolução do CFM nº 1.638 de 09 de agosto de 2002](#) (id.: [64146105](#)).
- **Comissão de Ética Médica:** [Resolução CFM nº 2.152 de 30 de setembro de 2016](#) (id.: [64146978](#)).
- **Comissão de Ética de Enfermagem:** [Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 593, de 05 de novembro de 2018](#) (id.: [64147898](#)).
- **Comissão de Segurança do Paciente:** [Resolução da Diretoria Colegiada ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013](#) (id.: [90653267](#)).

#### 4.3. Documentação referente ao 3º Quadrimestre/2022

Os Relatórios de prestação de contas dos meses de setembro ([98183790](#) e [104336959](#)), outubro ([100086311](#)), novembro ([102005788](#)) e dezembro ([104130913](#)) não contêm todas as informações necessárias para a análise em tela, pois faltaram informações tais como: se houve alterações no regimento ou na composição/membros; justificativas para inobservância da periodicidade das reuniões estipulada regimentalmente para cada Comissão; justificativas para outros eventuais descumprimentos de legislação ou de cláusula contratual relacionada a Comissões.

##### 4.3.1. Comissão de Avaliação de Óbitos

Nº do processo de prestação de contas específico para esta Comissão: [04016-00110593/2022-17](#). Outro documento de prestação de contas: [83292607](#).

a) Regimento: último apresentado, documento INT.RI.004, de 21/06/2021, estava válido durante o 3º quadrimestre/2022, considerando-se a validade informada no rodapé do documento [83292607](#) (folhas 9 a 14), idem [100506526](#).

Periodicidade estipulada para a realização de reuniões no referido regimento:

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

b) Designação de membros: RF.RNS.001, publicado no MVGE em 03/08/2022 ([100507971](#)).

c) Comprovantes do funcionamento no 3º quadrimestre/2022: Foram apresentadas cópias das atas de reunião de setembro ([100510650](#)), novembro ([103129828](#)) e dezembro ([100860561](#)). Não foi apresentada cópia de ata de reunião de outubro/2022, razão porque se presume que não foi realizada a reunião estipulada regimentalmente para aquele mês.

Por meio da documentação apresentada, verifica-se que o Contratado manteve a COMOB da UPA RIACHO FUNDO 2 em funcionamento no 3º quadrimestre/2022. Registra-se, no entanto, que o Instituto deve observar a periodicidade mensal de realização de reuniões estabelecida no regimento (INT.RI.004, de 21/06/2021) e na Resolução CFM nº 2.171/2017.

##### 4.3.2. Comissão de Controle de Infecção

Nº do processo de prestação de contas específico para esta Comissão: [04016-00110621/2022-04](#). Outro documento de prestação de contas: [83292607](#).

a) Regimento: último apresentado, documento INT.RI.003, de 21/06/2021, estava válido durante o 3º quadrimestre/2022, considerando-se a validade informada no rodapé do documento [83292607](#) (folhas 16 a 21), idem [100513471](#).

Periodicidade estipulada para realização de reuniões no referido regimento:

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

b) Designação de membros: RF.RNS.002, publicado no MVGE em 03/08/2022 ([100513798](#)).

c) Comprovantes do funcionamento no 3º quadrimestre/2022: Foram apresentadas cópias das atas de três reuniões realizadas no semestre ([100513798](#), 100514159 e [102835079](#)).

Por meio da documentação apresentada, verifica-se que o contratado manteve a CCI da UPA RIACHO FUNDO 2 em funcionamento no 3º quadrimestre/2022, prestando observância à periodicidade semestral de realização de reuniões estabelecida no INT.RI.003/2021.

#### 4.3.3. Comissão de Revisão de Prontuários

Nº do processo de prestação de contas específico para esta Comissão: [04016-00110639/2022-06](#). Outro documento de prestação de contas: [83292607](#).

a) Regimento: último apresentado, documento INT.RI.005, de 21/06/2021, estava válido durante o 3º quadrimestre/2022, considerando-se a validade informada no rodapé do documento [83292607](#) (folhas 38 a 43), idem [100516760](#).

Periodicidade estipulada para realização de reuniões no referido regimento:

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

b) Designação de membros: RF.RNS.004, publicado no MVGE em 03/08/2022 ([100517933](#)).

c) Comprovantes do funcionamento no 3º quadrimestre/2022: Foram apresentadas cópias das atas de reunião de novembro ([100557594](#)) e dezembro ([103073624](#)). Não foram apresentadas cópias de ata de reunião de setembro e outubro, razão porque se presume que não foram realizadas as reuniões estipuladas regimentalmente para aqueles meses (em que pese os membros terem sido designados em agosto).

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

#### 4.3.4. Comissão de Ética Médica

O Contratado informou (100086311, [102005788](#), [104130913](#) e [105843419](#)) que a CEM não foi instituída em razão de a UPA RIACHO FUNDO 2 possuir em seu quadro menos de 31 profissionais. Cabe registrar, no entanto, que o contrato de gestão não previu exceções à obrigatoriedade de o Contratado constituir e manter em funcionamento as Comissões elencadas nos seus Anexos I e II.

Número do processo de prestação de contas específico para esta Comissão: não informado. Outro documento de prestação de contas: [83292607](#).

Periodicidade estipulada para realização de reuniões no referido regimento:

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

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

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

c) Comprovantes do funcionamento no 3º quadrimestre/2022: atas de reunião não apresentadas porque as atividades não foram realizadas.

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

#### 4.3.5. Comissão de Ética de Enfermagem

Nº do processo de prestação de contas específico para esta Comissão: [04016-00110658/2022-24](#). Outro documento de prestação de contas: [83292607](#).

a) Regimento: último apresentado, documento INT.RI.006, de 21/06/2021, estava válido durante o 3º quadrimestre/2022, considerando-se a validade informada no rodapé do documento [83292607](#) (folhas 23 a 29), idem [100519757](#).

Periodicidade estipulada para realização de reuniões no referido regimento:

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

b) Designação de membros: RF.RNS.008, publicado no MVGE 20/07/2022, contendo incorreções onde referencia a UPA de Planaltina ([100520078](#)).

c) Comprovantes do funcionamento no 3º quadrimestre/2022: Foram apresentadas cópias das atas de reuniões de novembro ([100520332](#)) e dezembro ([102838567](#)). Não foram apresentadas cópias das atas de reunião de setembro e outubro (não obstante os membros tenham sido designados em julho, conforme RF.RNS.008). Presume-se que não foram realizadas as reuniões mensais de setembro e outubro.

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

#### 4.3.6. Comissão de Segurança do Paciente

Nº do processo de prestação de contas específico para esta Comissão: [04016-00120677/2022-69](#). Outro documento de prestação de contas: [83292607](#).

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

Periodicidade estipulada para realização de reuniões no referido regimento:

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

b) Designação de membros: documento não apresentado; embora o documento [100570466](#), de 23/11/2022, tenha informado que os nomes dos membros já haviam sido encaminhados para publicação.

c) Comprovantes do funcionamento no 3º quadrimestre/2022: Foi apresentada cópia da ata de reunião quadrimestral ([102587518](#)).

Por meio da documentação apresentada, verifica-se que o Contratado manteve a Comissão de Segurança da UPA RIACHO FUNDO 2 em funcionamento no 3º quadrimestre/2022, prestando a devida observância à periodicidade quadrimestral de realização de reuniões estabelecida no INT.RI.002, de 21/06/2021. Registra-se, no entanto, que, em atendimento ao art. 5º do referido regimento, a designação dos membros deverá ser realizada por meio de Resolução Normativa da Superintendência publicada no MVGE.

#### 4.4. Análises

O Contrato de Gestão determina ao Contratado constituir e manter em pleno funcionamento as Comissões elencadas em seus Anexos I (Plano de Trabalho) e II (Plano de Ação). Não obstante, o Instituto deixou de atender sua obrigação contratual, conforme demonstrado no subitem 4.3 acima, mesmo depois das reiteradas solicitações/diligências por meio dos Relatórios Analíticos dos 1º e 2º quadrimestres de 2022 ([89387494](#) e [97972069](#)) e dos Formulários de Conferência das Prestações de Contas Mensais (*Checklists*) da GATCG de setembro ([100165224](#)), outubro ([102854968](#)), novembro ([104635386](#)) e dezembro ([104641743](#)).

Registra-se que, além da quebra contratual, o Contratado incorre em descumprimento de normas do Ministério da Saúde, da ANVISA, do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Federal de Enfermagem.

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

#### 4.5. Recomendações

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

- Em atendimento ao Anexo I do Contrato de Gestão, constituir e manter em funcionamento a Comissão de Ética Médica.
- Prestar observância à periodicidade de realização de reuniões estipulada para cada Comissão nos regimentos e nas normas regulamentadoras.
- Passar a informar em Prestação de Contas Mensal: se houve alterações no regimento ou na composição/membros; justificativas para eventual inobservância da periodicidade das reuniões estipuladas regimentalmente para cada Comissão; justificativas para outros eventuais descumprimentos de legislação ou de cláusula contratual relacionada a Comissões.
- Nos processos de prestação de contas específicos ([04016-00110593/2022-17](#), [04016-00110621/2022-04](#), [04016-00110639/2022-06](#), [04016-00110658/2022-24](#), [04016-00120677/2022-69](#), etc.), continuar acostando, tempestiva e continuamente, comprovantes referentes a todas as atividades registradas nos Relatórios de que trata o subitem "b" acima, observando a relação de documentos elencados no subitem 4.3 (qual seja: regimento, resolução de designação de membros e cópias das atas de reunião).

### 5. PESSOAL

#### 5.1. Dimensionamento de pessoal

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

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

(...) 5.4 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 III.

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 36h - noite	2
Artífice 44h	1
Assistente administrativo	4
Assistente social 30h	3
Auxiliar de farmácia 40h	4
Farmacêutico 44h - dia	2
Farmacêutico 44h - noite	2
Nutricionista 40h	3
Técnico de laboratório 36h - dia	6
Técnico de laboratório 36h - noite	5
Técnico de Radiologia 24h - dia	4
Técnico de Radiologia 24h - noite	4
Fisioterapeuta 30h - dia	3
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>

Além dos cargos apresentados na tabela 4, todas as Unidades de Pronto Atendimento contarão ainda com apoio técnico-gestor dos profissionais das áreas de Segurança do Trabalho e Unidade Central de Administração do IGESDF - Unidade Central de Administração, e os serviços terceirizados de: Recepcionistas, Auxiliar de Serviços Gerais, Auxiliar de atendimento e Vigilantes.

[Adaptado e grifado]

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

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

Segue abaixo o comparativo entre o quantitativo previsto no Plano de Trabalho e o demonstrado nas prestações de contas mensais do IGESDF (setembro — [97516599](#) e [98183791](#); outubro — [99572904](#) e [100097909](#); novembro — [101814800](#) e [102048345](#); e dezembro — [103634683](#) e [104130916](#)) destacadas as divergências encontradas em **vermelho (para menos)** e em **azul (para mais)**.

Quadro 5.1: Quantidade de profissionais — UPA RIACHO FUNDO II

Cargo	Previsão Contratual		Setembro	Outubro	Novembro		Dezembro	
	Quantitativo	Horas			Quantitativo	Horas	Quantitativo	Horas
Analista de laboratório	8	288	8	8	8	288	8	288
Artífice de manutenção	1	44	zero	zero	1	44	1	44
Assistente administrativo	4	160	4	4	4	160	4	160
Assistente social	3	90	3	3	3	90	3	90
Auxiliar administrativo	zero		2	2	3	120	4	160
Auxiliar de atendimento	zero		1	1	1	40	1	40
Auxiliar de farmácia	4	160	4	3	3	120	3	120
Coordenador Enfermagem/ Enfermeiro Gestor	1	40	1	1	1	40	1	40
Coordenador - Médico/ Médico gestor	1	40	zero	1	1	40	1	40
Coordenador Multiprofissional/ Enfermeiro gestor	1	40	1	1	1	40	1	40
Enfermeiro	28	1.008	27	28	28	1.008	28	1.008
Farmacêutico	4	176	5	5	5	184	6	220
Fisioterapeuta	3	90	zero	zero	zero		zero	
Gerente/ Analista compliance I	1	40	1	1	1	40	1	40
Médico plantonista	21	504	24	23	23	604	23	592
Nutricionista	3	120	3	3	3	116	3	116
Técnico de enfermagem	43	1.548	42	44	43	1.548	44	1.584
Técnico de laboratório	11	396	10	10	9	324	9	324
Técnico em radiologia	8	192	9	9	9	216	9	216
<b>Total:</b>	<b>145</b>	<b>4.896</b>	<b>145</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>5.022</b>	<b>150</b>	<b>5.122</b>

Cabe destacar, ainda, que consoante ao Plano de Trabalho, é de entendimento desta Gerência que os cargos de Analista I e Auxiliar Administrativo deveriam ser, por natureza, terceirizados, alterando-se, desta forma, a fonte de pagamento destes de pessoal para custeio.

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

Quadro 5.2: Déficit de profissionais

Cargo	Déficit			
	Maio	Junho	Julho	Agosto
Artífice de Manutenção	-1	-1	—	—
Auxiliar de farmácia	—	-1	-1/-40h	-1/-40h
Enfermeiro	-1	—	—	—
Fisioterapeuta	-3	-3	-3	-3
Nutricionista	—	—	0/-4h	0/-4h
Técnico de Laboratório	-1	-1	-2/-72	-2/-72h

Ao se comparar os dados do 2º quadrimestre/2022 (id. [97972069](#)), verifica-se que os déficits de Analista de Laboratório, Assistente Social, Coordenador de Enfermagem, Coordenador Médico, Enfermeiro, Médico Plantonista e Técnico de Enfermagem foram sanados durante este 3º quadrimestre/2022.

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

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

Os Relatórios Mensais de Prestação de Contas:

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

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

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

Em descumprimento ao Contrato de Gestão, nas Prestações de Contas Mensais, não foi relatado, de forma direta e clara, o número de empregados em atividade por categoria profissional em cada UPA.

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

5.3. **Dados atualizados e corretos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**

A cláusula décima oitava do Contrato de Gestão determina que

"O Relatório anual de prestação de contas conterá atualização do CNES, acerca da Estrutura física da Assistência hospitalar (capacidade instalada), registro das unidades e se houver qualquer alteração, esta alteração deverá estar no Relatório mensal referente ao fato".



A ficha CNES referente a dezembro/2022 (id. [107162414](#)) foi comparada àquela presente no Relatório passado (id. [102726663](#)): houve atualizações no sistema durante o período.

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

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

#### 5.4. Recomendações

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

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

c) Incluir nos Relatórios de pessoal apresentados nas PCMs:

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

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

#### 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

Assim sendo, são exaradas as seguintes recomendações:

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

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

c) Considerando que a esta Gerência cabe tão somente avaliar a produção dos serviços executados pelo Contratado para que os setores competentes procedam com eventual glosa, recomenda-se encaminhamento das problemáticas abordadas nos subitens 1.1 deste Relatório, para conhecimento e análise da DCGCA/CGCSS.

#### 6.1. Indicadores de Produção

Considerando-se a meta mensal de realização de 9.000 procedimentos (somada a produção de "Atendimentos" com a de "Acolhimentos com classificação de risco"), observou-se a produção de 9.716 (108%) em setembro; 9.852 (109%) em outubro; 10.834 (120%) em novembro; e 12.772 (142%) em dezembro. No entanto, ao adotar o somatório "Atendimentos + Acolhimentos" como parâmetro para aferir a produtividade de uma UPA, o Contrato permite que um alto número de Atendimentos "mascare" uma baixa realização de Acolhimento com classificação de risco. Este é um dentre os vieses que, conforme detalhado no Despacho [80851884](#) e no item 1 deste Relatório, carecem de correção.

A média da produção em Acolhimento com classificação de risco no quadrimestre foi de 87% da meta quadrimestral, todavia, a quantidade total de acolhimentos (15.693) representou somente 57,11% dos 27.479 atendimentos registrados no período.

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

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

#### 6.2. Indicadores de Qualidade

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

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

Referência	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Pontuação mensal	65 pontos	80 pontos	80 pontos	80 pontos
Conceito mensal	E	C	C	C

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

As metas referente aos indicadores **Tempo de Espera de Urgência com Classificação Amarela e Tempo de Espera de Urgência com Classificação Verde** foram atingidas em todos meses do 3º Quadrimestre.

Este resultado satisfatório não foi observado nas demais UPAs que possuem este indicador em seu Plano de Trabalho.

Assim, uma vez que, nos autos do processo em que foi emitido o Relatório Analítico do 2º quadrimestre/2022 ([00060-00486293/2022-19](#)), a Superintendência da Unidade de Atenção Pré-Hospitalar do IGESDF acostou Plano de Ação ([106202635](#)) relativo a estes indicadores, sugere-se ele seja encaminhado para análise pelas áreas técnicas da SES/SAIS, de forma a obter contribuição com outras possíveis ações que, porventura, possam ser implementadas para melhoria contínua destes indicadores.

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

As metas foram alcançadas em outubro, novembro e dezembro do quadrimestre em análise, ficando somente o mês de setembro abaixo da meta estabelecida.

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

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

Quanto aos indicadores da tabela 8 do Anexo II do Contrato de Gestão, observou-se os seguintes resultados:

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

O contratado não apresentou justificativas para os resultados observados, razão porque sugere-se solicitá-las.

### 6.3. Comissões

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

- a) Em atendimento ao Anexo I do Contrato de Gestão, constituir e manter em funcionamento a Comissão de Ética Médica.
- b) Prestar observância à periodicidade de realização de reuniões estipulada para cada Comissão nos regimentos e nas normas regulamentadoras.
- c) Passar a informar em Prestação de Contas Mensal: se houve alterações no regimento ou na composição/membros; justificativas para eventual inobservância da periodicidade das reuniões estipuladas regimentalmente para cada Comissão; justificativas para outros eventuais descumprimentos de legislação ou de cláusula contratual relacionada a Comissões.
- d) Nos processos de prestação de contas específicos ([04016-00110593/2022-17](#), [04016-00110621/2022-04](#), [04016-00110639/2022-06](#), [04016-00110658/2022-24](#), [04016-00120677/2022-69](#), etc.), continuar acostando, tempestiva e continuamente, comprovantes referentes a todas as atividades registradas nos Relatórios de que trata o subitem "b" acima, observando a relação de documentos elencados no subitem 4.3 (qual seja: regimento, resolução de designação de membros e cópias das atas de reunião).

### 6.4. Pessoal

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

Ainda assim, foi possível observar déficit de pessoal, já identificado no 2º quadrimestre, do qual se destacam auxiliares de farmácia, fisioterapeutas e Técnico de laboratório, 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;
- b) Tendo em vista que os valores contratuais foram definidos considerando-se todas as categorias e quantitativos de profissionais discriminados no Plano de Trabalho, os quais vêm sendo repassados integralmente ao Contratado e que há déficit de pessoal apresentado no item 5.2, sugere-se que o presente Relatório seja encaminhado aos setores/autoridades competentes juntamente com os Relatórios da SES/GAB/CGCSS/DCGCA, para providências cabíveis.
- c) Incluir nos Relatórios de pessoal apresentados nas PCMs:
  - diferenciação de carga horária noturna e diurna;
  - cópias das escalas.
- d) Reiterar ao Contratado que o correto registro de informações no CNES é imprescindível, visto que aquele sistema disponibiliza diversas informações essenciais para o planejamento, a execução e o monitoramento dos serviços prestados no âmbito das unidades de saúde objeto de contratualizações.

## 7. LISTA DE ANEXOS

Os seguintes documentos integram este processo na forma de anexos:

- 7.1. Processo original — [04016-00065258/2021-76](#);
  - 7.1.1. Contrato de Gestão nº 045028/2021 — [73023983](#);
- 7.2. Prestação de contas de setembro/2022 — [04016-00099237/2022-35](#);
  - 7.2.1. Memorando de apresentação — [98183790](#);
  - 7.2.2. Indicadores — [98183792](#) e [98854234](#);
  - 7.2.3. Pessoal — [98183791](#) e [97516599](#);
- 7.3. Prestação de contas de outubro/2022 — [04016-00108590/2022-13](#);
  - 7.3.1. Memorando de apresentação — [100086311](#);

- 7.3.2. Indicadores — [100477797](#);
- 7.3.3. Pessoal — [100097909](#) e [99572904](#);
- 7.4. Prestação de contas de novembro/2022 — [04016-00118075/2022-41](#);
- 7.4.1. Memorando de apresentação — [102005788](#);
- 7.4.2. Indicadores — [102048538](#) e [105900206](#);
- 7.4.3. Pessoal — [93503830](#) e [101814800](#);
- 7.5. Prestação de contas de dezembro/2022 — [04016-00006348/2023-97](#);
- 7.5.1. Memorando de apresentação — [104130913](#);
- 7.5.2. Indicadores — [104130917](#);
- 7.5.3. Pessoal — [104130916](#) e [103634683](#);
- 7.6. Prestação de Contas da Comissão de Óbitos — [04016-00110593/2022-17](#);
- 7.7. Prestação de Contas da Comissão de Controle de Infecção — [04016-00110621/2022-04](#);
- 7.8. Prestação de Contas da Comissão de Revisão de Prontuários — [04016-00110639/2022-06](#);
- 7.9. Prestação de Contas da Comissão de Ética de Enfermagem — [04016-00110658/2022-24](#);
- 7.10. Prestação de Contas da Comissão de Segurança do Paciente — [04016-00120677/2022-69](#);
- 7.11. Despacho SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG com solicitação de correção de incoerências no Contrato de Gestão — [80851884](#);
- 7.12. Processo solicitando dados e comprovantes de prestação de contas — [00060-00299650/2022-01](#);
- 7.13. Despachos IGESDF/DVP/SPLAQ/GEPDI/COESI — [87561434](#) e [106926511](#);
- 7.14. Reunião indicador "Atendimentos médico em UPA + Atendimento de urgência com observação até 24h em atenção especializada" — [107332120](#) e [107310037](#);
- 7.15. Ofício de consulta ao Ministério da Saúde — 107764690;
- 7.16. Portaria SES-DF nº 637/2022 — [102385947](#);
- 7.17. Plano de Ação indicadores "Tempo de espera" IGESDF/DP/DIASE/UPH/SUPPH — [106202635](#);
- 7.18. Manifestação indicador "Solicitação de Regulação de Pacientes da Sala Vermelha" SES/CRDF/DIRAAH — [96306062](#);
- 7.19. Solicitação de esclarecimento indicador "Resolubilidade da Ouvidoria" SES/GAB/CGCSS/DAQUA/GATCG — [106901290](#);
- 7.20. Ficha Técnica do indicador "Percentual de Pacientes Classificados Atendidos" emitida pela Gerência de Apoio aos Serviços de Urgência e Emergências — [98791798](#);
- 7.21. Resolução CFM nº 2.171, de 30 de outubro de 2017 — [64139892](#);
- 7.22. Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998 — [64141161](#);
- 7.23. Resolução CFM nº 1.638, de 09 de agosto de 2002 — [64146105](#);
- 7.24. Resolução CFM nº 2.152, de 30 de setembro de 2016 — [64146978](#);
- 7.25. Resolução COFEN nº 593, de 05 de novembro de 2018 — [64147898](#);
- 7.26. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 36, de 25/07/2013 — [90653267](#);
- 7.27. Ficha de cadastro CNES dezembro/2022 — [107251226](#);
- 7.28. Relatório Analítico do 1º trimestre/2022 — [89387494](#);
- 7.29. Relatório Analítico do 2º trimestre/2022 — [97972069](#).

#### É o Relatório.

#### Elaboração:

Carolina Pradera Resende - Farmacêutica - matrícula: 196.758-4  
Fabiana Christina Olimpia Rocha - Enfermeira - matrícula - 1.687.621-0  
Línea Caroline da Silva Lima - Farmacêutica - matrícula: 1.672.315-5  
Marília Gabriela Silva Brandão - Administradora - matrícula: 1.706.883-5

#### Aprovação:

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



Documento assinado eletronicamente por **CAROLINA DE ARAUJO SCHWARTZ - Matr. 1704994-6, Gerente de Avaliação Técnica-Assistencial dos Contratos de Gestão e de Resultados**, em 24/04/2023, às 09:54, 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 24/04/2023, às 10:04, 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?](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)  
[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= **106591917** código CRC= **AE4FEF7C**.

---

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

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

---

00060-00093156/2023-15

Doc. SEI/GDF 106591917

---

Criado por [55201967584](#), versão 232 por [55217049946](#) em 24/04/2023 09:54:03.