



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

NONO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 001/2018-SES/DF

NONO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 001/2018-SES/DF, QUE ENTRE SI FAZEM O DISTRITO FEDERAL, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, E O **INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (IGESDF)** QUE TEM POR OBJETO ATENDER ÀS DISPOSIÇÕES DA LEI Nº 6.270, DE 30 DE JANEIRO DE 2019, E NOS TERMOS DA CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DAS REVISÕES E MODIFICAÇÕES, PARÁGRAFO PRIMEIRO, PROMOVER ALTERAÇÃO TOTAL O PRESENTE CONTRATO DE GESTÃO.

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS PARTES

1.1. O DISTRITO FEDERAL, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº **00.394.700/0001-08**, denominada CONTRATANTE, com sede no SRTVN Quadra 701 Conjunto C, S/N, 1ª e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70723-040 - DF, representada neste ato por **OSNEI OKUMOTO**, na qualidade de Secretário de Estado, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Decreto de 17 de setembro de 2020, publicado na Edição nº 178 do DODF, de 18 de setembro de 2020, pg. 13, e o **INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº **28.481.233/0001-72**, entidade civil sem fins lucrativos, qualificada como Serviço Social Autônomo, doravante denominada **IGESDF**, com sede na ST SMHS Área Especial – Quadra 101 – Asa Sul- Brasília, neste ato representado por seu Diretor-Presidente Interino, **Sr. MARCELO OLIVEIRA BARBOSA**, brasileiro, casado, administrador, residente e domiciliado nesta Capital, portador da Célula de Identidade nº 091318568 SEPC-RJ, e inscrito no CPF sob o nº 014.755.007-69, têm entre si justo e avençado e celebram por força do presente instrumento, o Nono Termo Aditivo ao **Contrato nº 001/2018-SES/DF**, de acordo com as seguintes cláusulas e condições:

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1. O presente termo aditivo tem por objeto as alterações no Contrato nº 001/2018, conforme segue:

2.1.1. Alterar a Cláusula Décima - Da Administração do Pessoal Cedido:

"Tornar sem efeito as alterações efetuadas pelo 3º Termo Aditivo (23790480) CLÁUSULA OITAVA, ITEM 8.1, REDAÇÃO DO INCISO V E XI, retornando os efeitos do inciso V, conforme CG n.º 01/2018 (4487652).

Acrescentar ao inciso V, conforme CG n.º 01/2018 (4487652):

V - é permitido à CONTRATADA o pagamento de vantagem pecuniária temporária ou eventual a servidor cedido, com recursos provenientes deste CONTRATO DE GESTÃO, por adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia e assessoramento, na forma do § 3º do art. 3º da Lei nº 5.899, de 2017;

a) o pagamento da vantagem pecuniária será feito por meio de uma rubrica específica na folha de pagamento do IGESDF incidindo tão somente o imposto de renda feito na fonte, tendo em vista que o servidor público cedido já tem o regime jurídico próprio;

- b) o servidor público cedido ao IGESDF que vier a exercer função temporária terá formalização de sua responsabilidade naquela função mediante a celebração de um termo próprio, sendo vedado o regime de contratação via Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT;
- c) o servidor público cedido ao IGESDF que estiver em desacordo com as alíneas deste item, até a data de publicação deste Aditivo, devem ser revistas de forma a aplicar as disposições deste."

2.1.2. Incluir na Cláusula Décima Primeira - Dos Recursos Financeiros:

"Parágrafo Terceiro. É facultado à SSA buscar outras fontes de recursos para custeio ou investimento, tais como doações, contrapartidas, patrocínio, parceria, segundo regulamento próprio, desde que revertidos às unidades assistenciais geridas:

I. Além da Secretaria de Estado de Saúde, outros órgãos ou entidades públicas ou privadas, nacionais ou internacionais e entidades governamentais são autorizados a repassar recursos ao IGESDF, mediante contratos, convênios e termos de parceria, fomento ou cooperação, para custear a prestação de assistência médica qualificada e gratuita à população e de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e gestão no campo da saúde, conforme previsto na Lei 5.899/2017;

II. Essa captação de recursos direta ou indiretamente de Projetos de Instituições Públicas ou Privadas, Emendas Parlamentares Federais, Distritais, Estaduais e/ou Municipais, Recursos do Senado Federal, Congresso Nacional, Câmaras Legislativas, Parcerias Fundações Nacionais e Internacionais, bem como outras fontes de recurso;

III. Os bens adquiridos com recursos provenientes de outras fontes deverão, da mesma forma, ser transferidos ao patrimônio da SES/DF, nos termos do Contrato de Gestão;

IV. O valor previsto para Investimento será apresentado no Orçamento-Programa Anual do IGESDF, apartado do montante pactuado para custeio das unidades;

V. Os recursos de investimentos serão repassados mediante aprovação de Plano de Trabalho pela CONTRATANTE, mediante disponibilidade orçamentária.

Parágrafo Quarto. Os recursos captados na forma acima descrita serão considerados recursos extraordinários para utilização nos objetivos previstos na Lei de instituição do IGESDF. Todos os recursos extraordinários devem constar na prestação de contas mensal e anual. A não prestação de contas da utilização desses recursos será caracterizada como desvio de recurso e enviada ao Ministério Público para providências."

2.1.3. Alteração da Cláusula Décima Terceira - Do Patrimônio Público Administrado:

2.1.3.1. O caput passa a vigorar com a seguinte redação: Os bens móveis e imóveis serão disponibilizados à Entidade mediante Termo de Permissão de Uso específico, elaborado nos termos da legislação vigente.

2.1.3.2. Incluir os seguintes parágrafos:

"Parágrafo Terceiro. Em caso de extinção da Entidade sem fins lucrativos os respectivos Termos de Permissão serão automaticamente revogados, retornando o patrimônio de forma imediata à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, ou transferido para outra Entidade qualificada na forma da Lei, que venha a substituir a primeira mediante assinatura de Contrato de Gestão com a SES/DF.

Parágrafo Quarto. Quanto aos equipamentos e mobiliário que venham a ser adquiridos pelo Serviço Social Autônomo com recursos do Contrato de Gestão, ao longo do período de vigência deste, assim que tomar conhecimento por meio dos Relatórios de Prestação de Contas da Entidade, a CGCSS/GAB/SES deverá comunicar à área técnica responsável pela gestão do patrimônio da SES/DF, que deverá adotar todas as providências para incorporação do bem, em conformidade com a legislação vigente.

Parágrafo Quinto. Após concluídos os procedimentos administrativos de incorporação do bem, a área técnica da SES/DF, responsável pelo patrimônio, deverá comunicar à CGCSS/GAB/SES, que adotará as providências para formalização do respectivo Termo de Permissão de Uso.

Parágrafo Sexto. A manutenção de todos os equipamentos e mobiliário utilizados nas Unidades de Saúde, assim como do imóvel, é responsabilidade da Entidade, que utilizará para isso os recursos destinados ao Contrato de Gestão.

Parágrafo Sétimo. Os bens adquiridos com recursos provenientes de outras fontes deverão, da mesma forma, ser transferidos ao patrimônio da SES/DF.

Parágrafo Oitavo. A CONTRATANTE deve adotar as providências necessárias à incorporação dos bens adquiridos pela Entidade Contratada com recursos do Contrato de Gestão ao patrimônio da SES/DF, no prazo de 90 (noventa) dias a contar do recebimento da informação de aquisição."

2.1.4. Incluir na Cláusula Décima Quarta - Da Administração do Patrimônio:

"V. A CONTRATADA deve realizar, as trocas/substituições de equipamentos antes do prazo estipulado (vida útil determinada pelo fabricante). Os equipamentos trocados/substituídos serão incorporados ao patrimônio da SES-DF;

VI. A CONTRATADA deve ao adquirir ou locar computadores, sistemas operacionais, impressoras, licenças de softwares, ativos de rede e outros necessários, observada a legislação vigente aplicável às aquisições e contratações por ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS no âmbito do Distrito Federal, devendo informar à SES/DF no prazo de 30 (trinta) dias, o recebimento desses para adoção das providências necessárias à incorporação do patrimônio pela SES-DF;

VIII. A CONTRATADA deve informar mensalmente (relatório mensal), à CGCSS da SESDF, a lista de bens adquiridos com recursos do Contrato de Gestão para que realize os trâmites para transferência do patrimônio à SES-DF;"

2.1.5. Alterar a Cláusula Vigésima Segunda - Dos Relatórios de Acompanhamento e Avaliação:

2.1.5.1. Alterar a redação do texto "CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DOS RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO", para "CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS".

2.1.5.2. O caput da Cláusula passa a vigorar com a seguinte redação:

Os Relatórios Mensais e Anuais de Prestação de Contas constituem instrumentos de acompanhamento e avaliação da atuação do IGESDF, relativos à execução dos programas de atividades previstos no Plano de Trabalho Anual, e serão elaborados e apresentados em conformidade com as seguintes diretrizes:

I – os Relatórios Mensais de Prestação de Contas:

a) enfatizarão os resultados alcançados, apresentando análise sobre as razões de eventual não cumprimento de metas ou outros compromissos pactuados no CONTRATO DE GESTÃO, informações e demais dados que julgue necessários;

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

- Certidões Negativas de débitos;
- Controle Financeiro e Patrimonial;
- Plano de contas próprio do IGESDF em PDF, emitido no último dia do mês de referência e evidenciando alterações de "DE/PARA";

- Extrato bancário de todas as contas, do primeiro ao último dia do mês de referência;
- Saldos das contas correntes e aplicações;
- Relatório gerencial: extrato financeiro de todas as contas bancárias conciliadas e contas caixa movimentadas pelo instituto, do primeiro ao último dia do mês de referência;
- Demonstrativo de Despesas;
- Demonstrativo de notas;
- DFC, do primeiro ao último dia do mês de referência;
- Os dados serão enviados considerando o 1º ao 30º do mês de referência;
- Pessoal, por unidade;
- GFIP – SEFIP; (Completa e mensal);
- GRF – Guia de recolhimento de FGTS e comprovante de pagamento;
- GPS – 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;
- Relação de bens adquiridos no período com nota fiscal estratificado por unidade;
- Relação das Comissões e Comitês descritos no Plano de Trabalho apresentando a periodicidade das reuniões;
- Avaliação do cumprimento da produção contratada, ressaltando a produção das habilitações por unidade;
- Avaliação do cumprimento das metas qualitativas pactuadas, com memória de cálculo por unidade;
- Alcance dos indicadores do Acordo de Gestão Regionalizada (AGR) , conforme anexo (54878681) e das metas de monitoramento por unidade;
- Alcance do Índice de Monitoramento de Desempenho (IMD) vinculado ao APURASUS por unidade.

c) Os relatórios mensais deverão ser entregues pela CONTRATADA até o décimo quinto dia útil do mês subsequente.

II - o Relatório Anual de Prestação de Contas:

a) conterá os resultados alcançados com aqueles pactuados, enfatizando a comparação destes, apresentando as razões de eventual não cumprimento de metas ou outros compromissos pactuados no CONTRATO DE GESTÃO;

b) conterá informações referentes à execução orçamentária no exercício encerrado, bem como os extratos e saldos das contas correntes e aplicações, o inventário patrimonial e, ainda, a variação mês a mês do número de empregados em atividade por categoria profissional e Demonstração do Resultado do Exercício - DRE;

- c) conterà atualização no 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;
- d) conterà relação atualizada das Habilitações e credenciamentos legais existentes;
- e) conterà relação atualizada das Comissões e Comitês descritos no Plano de Trabalho, a relação com a composição de cada Comissão e comitê precisa estar descrita no relatório anual;
- f) conterà relatório dos resultados anuais dos indicadores do AGR;
- g) conterà análise baseada na variação efetiva dos custos (APURASUS) operacionais da unidade assistencial, de forma a demonstrar a capacidade operacional da instituição, para fins de cumprimento das metas;
- h) conterà CARTEIRA DE SERVIÇO atualizada;
- i) será submetido, até 31 de março do ano posterior ao exercício de competência, à apreciação da CONTRATANTE, que deverá analisar e emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento das cláusulas do CONTRATO DE GESTÃO pelo CONTRATADO, para envio ao TCDF nos termos da legislação vigente.

2.1.6. Alterar a Cláusula Vigésima Terceira - Do Acompanhamento e Avaliação a Cargo da Contratante:

2.1.6.1. O caput da Cláusula passa a vigorar com a seguinte redação:

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

2.1.6.2. Tornar sem efeito os parágrafos primeiro e segundo.

2.1.6.3. Os parágrafo Terceiro a Quinto da Cláusula passam a vigorar com a seguinte redação:

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 Segundo. A CONTRATANTE emitirá, em até 30 (trinta) dias do recebimento, parecer conclusivo sobre o Relatório Anual de Prestação de Contas para encaminhamento ao TCDF.

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

I - 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;

II - análises decorrentes das atividades de acompanhamento da execução do CONTRATO DE GESTÃO;

III - avaliação do cumprimento dos Planos de Trabalho.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DA GARANTIA

3.1. Não será exigido garantia contratual, conforme previsto no Art. 56, caput, Lei 8.666/1993.

4. CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA

4.1. O presente Termo Aditivo terá vigência a partir do 1º dia do mês subseqüente ao da assinatura do respectivo Termo Aditivo.

5. CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO

5.1. Permanecem inalteradas as demais cláusulas do Contrato a que se refere o presente ajuste.

6. CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO E DO REGISTRO

6.1. A eficácia do presente Termo Aditivo fica condicionada à publicação resumida do instrumento pela CONTRATANTE na Imprensa Oficial, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias do prazo daquela data, após o que deverá ser providenciado o registro do instrumento pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

6.2. Havendo irregularidade neste instrumento, entre em contato com a Ouvidoria de Combate à corrupção, no telefone 0800-644 90 60, nos termos do Decreto nº 34.031 de 12 de dezembro de 2012.

7. ANEXO I – HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL – HBDF

ITEM I – Serviços Fomentados

A atividade assistencial do HBDF subdivide-se nas seguintes modalidades:

- a) Assistência Hospitalar;
- b) Atendimento Ambulatorial;
- c) Atendimento a Urgências e Emergências;
- d) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT; e
- e) Assistência multiprofissional.

I.1 – Assistência Hospitalar

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente, desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

No processo de hospitalização, estão incluídos:

- Tratamento de todas as situações de saúde que requerem internação e se enquadram na Carteira de Serviços do HBDF;
- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;

- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Assistência à vítima de violência;
- Serviço de captação de córneas;
- Fornecimento de medicamentos;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante a internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, enfermeiros e equipe técnica e auxiliar e demais membros da equipe multiprofissional;
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, bem como direito à presença de acompanhante, de acordo com a legislação que regulamenta o SUS;
- Internação em UTI;
- Transfusão de sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Realização de exames complementares, tanto laboratoriais quanto de imagem, além das propedêuticas possíveis;
- Fornecimento órteses e próteses;
- Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do HBDF.

I.1.1 – Especialidades da unidade

Bucomaxilofacial	Gastroenterologia	Oncologia
Cardiologia e Cirurgia cardíaca	Ginecologia Oncológica	Ortopedia
Cabeça e pescoço	Hematologia	Pneumologia
Cirurgia geral	Mastologia	Proctologia
Cirurgia oncológica	Nefrologia	Psiquiatria
Cirurgia torácica	Transplante	Reumatologia
Vascular	Neurocirurgia	Urologia
Endocrinologia	Neurologia	Iodoterapia
Cirurgia de trauma	Cuidados oncológicos continuados	Sistema prisional
Infectologia	---	---

I.I.II – Estrutura física

A Estrutura física da Assistência hospitalar deve estar registrada no CNES. A estrutura física e o registro no CNES devem constar no relatório anual. Se houver qualquer alteração, esta alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato.

I.II – Atendimento ambulatorial

O atendimento ambulatorial compreende os atendimentos médicos e não médicos, sendo constituídos por:

- Primeira consulta - Entende-se por primeira consulta a visita inicial do paciente ao HBDF, para atendimento a uma determinada especialidade;
- Interconsulta; - Entende-se por interconsulta a primeira consulta realizada por outro profissional, em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição;
- Consultas subsequentes (retornos); - Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, médica e não-médicas;
- Cirurgias ambulatoriais – serão consideradas cirurgias ambulatoriais aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas de pequenas cirurgias do hospital que não requeiram hospitalização. Salienta-se que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial – SAI/SUS
- Egressos
- Procedimentos terapêuticos realizados por especializadas médicas e não médicas

O HBDF emitirá parecer de especialidade para outras unidades de saúde, conforme norma e rotina de fluxo de assistência regionalizada das coordenações de especialidades, e também para outras unidades do IGES, sempre que necessário.

I.II.I – Especialidades médicas da unidade

Radiologia	Broncoesofagologia	Cirurgia vascular
Patologia clínica/medicina laboratorial	Anestesiologia e medicina perioperatória	Endoscopia (digestiva e respiratória)
Patologia	Cardiologia	Gastroenterologia
Medicina nuclear	Cirurgia bucomaxilofacial	Endocrinologia e metabologia
Medicina intensiva	Cirurgia cardiovascular	Hematologia e hemoterapia
Hepatologia	Cirurgia de cabeça e pescoço	Infectologia
Geriatría	Cirurgia do trauma	Mastologia
Cuidados paliativos	Cirurgia geral	Medicina física/reabilitação
Alergia e imunologia	Cirurgia oncológica	Nefrologia

Acupuntura	Cirurgia torácica	Neurocirurgia
Neurologia	Oftalmologia	Oncologia
Ginecologia oncológica	Urologia	Ginecologia oncológica
Otorrinolaringologia	Pneumologia	Coloproctologia
Reumatologia	Psiquiatria	Transplante renal e hemodiálise
Ortopedia e traumatologia	---	---

I.II.II – Especialidades não médicas da unidade

Enfermagem	Ortodontia
Farmácia	Psicologia
Fisioterapia;	Radioterapia;
Fonoaudiologia	Serviço social
Nutrição	Terapia Ocupacional.

I.II.III – Estrutura física

A Estrutura física do Atendimento Ambulatorial deve estar registrada no CNES. A estrutura física e o registro no CNES devem constar no relatório anual. Se houver qualquer alteração, esta alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato.

I.III. – Atendimento de Urgência e Emergência Hospitalares

- Será considerado atendimento de urgência, a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, mas que não implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso.
- Será considerado atendimento de emergência, a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, em razão de risco iminente de morte ou sofrimento intenso.
- Os serviços hospitalares de urgência e emergência serão guiados pelos seguintes princípios:
 - Universalidade, equidade e integridade no atendimento;
 - Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
 - Atendimento priorizado, mediante utilização de protocolo de classificação de risco, com avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e/ou grau de sofrimento. Pacientes classificados como “verde” poderão ser referenciados para atendimento em outro serviço, conforme

pactuação regional. E pacientes classificados como “azul” serão encaminhados para atendimento nos serviços de atenção primária;

- Regionalização do atendimento às urgências e emergências, com articulação dos diversos níveis de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
 - Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linha de cuidado;
 - O hospital deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população em Trauma, assim como os encaminhamentos regulados, de acordo com o seu perfil assistencial, durante 24 (vinte e quatro) horas do dia, nos 7 (sete) dias da semana e em todos os dias do ano;
 - Após o atendimento médico, o paciente poderá ser referenciado a outro serviço, para internação e/ou acompanhamento ambulatorial, para continuidade do tratamento, de acordo com as pactuações de fluxo de atendimento regional.
- Para efeito de produção contratada e realizada deverão ser evoluídos em prontuários eletrônicos do paciente – PEP todos os atendimentos realizados no setor de urgência e emergência, independente de gerar ou não uma hospitalização.
 - Se, em consequência do atendimento por urgência/emergência o paciente é colocado em regime de “observação” (leitos de observação), por um período até 24 horas, e não ocorrer internação ao final deste, somente será registrado o atendimento da urgência/emergência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.
 - Em caso de permanência superior a 24 horas, o paciente na condição de espera por leito geral de internação ou de terapia intensiva, ou internado, passa aos cuidados da unidade da especialidade clínica ou cirúrgica indicada pelo médico do serviço hospitalar de emergência, presente na carteira de serviço do hospital.
 - Os encaminhamentos de pacientes e a gestão de leitos observarão as diretrizes, fluxos e protocolos e estarão condicionados à regulação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito federal.
 - O HBDF poderá emitir parecer de especialidade para outras unidades de saúde, conforme norma e rotina de fluxo de assistência regionalizada das coordenações de especialidade, e também para outras unidades do próprio IGESDF, sempre que necessário.
 - O serviço Hospitalar de Urgência e Emergência do HBDF deverá observar e estar em consonância com o disposto na Portaria nº 386, de 7 de julho de 2017, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal, ou outra que a substitua.
 - O serviço de Emergência deverá ter capacidade técnica e estrutural para atendimento a desastres e acidentes, sendo a referência no âmbito do Distrito Federal, conforme Plano Distrital de Atendimento a Desastres. Para tanto, deverá dispor de plano de contingência para resposta a tais eventos.

I.III.I – Especialidades médicas da unidade

Clínica médica	Neurologia	Cirurgia vascular/angiologia
Cardiologia	Psiquiatria	Cirurgia cardiovascular
Cirurgia cardíaca	Endoscopia	Cirurgia geral

Neurocirurgia	Oftalmologia	Otorrinolaringologia
Traumato-ortopedia	Trauma	Urologia
Cirurgia bucomaxilofacial	Oncologia clínica	Hematologia

I.III.II – Estrutura física

A Estrutura física do Atendimento de Urgência e Emergência Hospitalares deve estar registrada no CNES. A estrutura física e o registro no CNES devem constar no relatório anual. Se houver qualquer alteração, está alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato.

I.IV – Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico – SADT

Esta atividade se refere a todos os procedimentos diagnósticos e de apoio ao tratamento de doenças que serão oferecidos aos pacientes regulados e internos do hospital. Deve-se, aqui, incluir os serviços prestados aos pacientes internados, tanto em atendimento de urgência/emergência quanto em atendimento ambulatorial.

Os Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico – SADT se organizam da seguinte forma:

- Citopatologia e Anatomia Patológica;
- Diagnóstico por Imagem;
- Endoscopia;
- Hemodinâmica;
- Hemoterapia;
- Medicina Nuclear;
- Métodos gráficos e eletrofisiologia;
- Patologia clínica;
- Quimioterapia;
- Radioterapia;

Depois de calculada a capacidade instalada do hospital e excluída a demanda interna, o excedente será oferecido para suprir a demanda a ser regulada pela SES/DF.

O acesso aos SADT regulado realizar-se-á de acordo com o fluxo e parâmetros estabelecidos pela SES/DF.

I.V – Ensino e Pesquisa

A unidade desenvolve atividades de ensino e pesquisa ofertando programas de residência médica e em área profissional ou multiprofissional de saúde credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários SUS pela unidade.

As atividades relacionadas à educação em saúde, tais como docência preceptoria e orientação, poderão ser realizadas por profissionais de todas as carreiras e especialidades de saúde, sendo obrigação de todos os trabalhadores acolher, incentivar e orientar as pessoas em formação na rede de saúde do Distrito Federal, dentro de sua área de conhecimento em conformidade com as funções de seu cargo.

O HBDF precisa ser certificado de acordo com a portaria MEC/MS nº 285 de 24 de março de 2015. Essa certificação precisa constar no relatório anual.

O Núcleo de Avaliação em Tecnologias em Saúde – NATS, do HBDF, é credenciado junto à Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – REBRATS, desde 2010. O HBDF deve manter está credencial. Esta informação precisa constar no relatório anual.

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP teve seu registro expirado em 26 de abril de 2020. O IGESDF precisa obter novo registro e isso deve constar no relatório anual.

I.VI – Requisitos Gerais Para a Execução do Contrato de Gestão

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

1. Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde aos usuários do SUS;
2. Manter o serviço de urgência e emergência em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana;
3. Dispor de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível com o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Dever-se-á obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e às resoluções dos Conselhos profissionais;
4. Dispor de responsável técnico, médico e de enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe;
5. Dispor de prontuário médico único para cada usuário, contendo as informações completas e corretas de seu quadro clínico e evolução, intervenções e exames realizados, redigidas de forma clara e precisa, datadas, assinadas (e carimbadas, no caso de prontuário em papel) pelo profissional responsável pelo atendimento médico, com seu respectivo número de CRM, e demais profissionais de saúde que o assistam. Deverá estar em estrita observância ao preconizado pela Resolução CFM 1638/2002 ou outra que a substitua. O prontuário deverá estar acessível, a qualquer momento, ao usuário e às autoridades sanitárias, e devidamente organizado/armazenado em serviço de arquivo destinado exclusivamente a este fim. O prontuário médico deverá estar lançado em plataforma cujo acesso deve ser garantido por qualquer unidade da rede de saúde da SES/DF;
6. Manter sempre atualizado e preservado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico. Os prontuários dos pacientes que estiverem em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente, em meio óptico, microfilmado ou digitalizados, deverão ser preservados pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, em conformidade com a Resolução CFM nº 1.821/2007;
7. Administrar e manter, em boas condições de uso, os equipamentos médico-hospitalares, os de imagens e exames laboratoriais, e o instrumental necessário para a realização dos serviços contratados;
8. Administrar e manter, em boas condições de uso, os bens móveis e imóveis integrantes do patrimônio do HBDF ou do Distrito Federal que lhe forem confiados;
9. Cumprir as regras de alimentação e processamento dos sistemas oficiais de registro e de notificação compulsória em saúde, bem como os sistemas administrativos e assistenciais oficiais disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, independentemente de aquisição de sistemas próprios pelo HBDF;
10. Manter rotinas administrativas de funcionamento e protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor ou Responsável Técnico;
11. Manter em pleno funcionamento os serviços de Ouvidoria, nas modalidades: presencial e não presencial;
12. Dispor de Plano de contingência e evacuação em caso de sinistros, em conformidade com as normas dos órgãos de segurança;

13. Dispor e manter estrutura física e parque tecnológico adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores;

14. Constituir legalmente e manter em pleno funcionamento as Comissões e Comitês descritos abaixo, a relação com a composição de cada Comissão e comitê precisa estar descrita no relatório anual. A periodicidade das reuniões deve estar nos relatórios mensais.

A. Comissão de Acompanhamento do Processo de Certificação e Contratualização do Hospital de Base como Hospital de Ensino;

B. Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias;

C. Comissão de Biossegurança;

D. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

E. Comissão de Documentação Médica e Estatística;

F. Comissão de Ética em Enfermagem;

G. Comissão de Ética Médica;

H. Comissão de Farmácia e Terapêutica;

I. Comissão de Proteção Radiológica;

J. Comissão de Revisão de Prontuários;

K. Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho;

L. Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes;

M. Comissão de Residências Médicas;

N. Comissão de Residências Multiprofissionais;

O. Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde – PGRSS;

P. Comissão Regional de Sistema de Informação do Câncer.

Q. Comitê de Ética em Pesquisa;

R. Comitê Transfusional;

S. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

T. Comissão de Hemotransfusão;

U. Conselho Científico;

V. Comissão de Incorporação de Produtos para Saúde;

W. Comissão de Incorporação de Equipamentos de Saúde;

X. Comissão Gestora Multidisciplinar (NR32).

16. Manter Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em funcionamento, em conformidade com a RDC ANVISA nº 36/2013 ou outra que a substitua;

17. Manter a integração das práticas ensino-serviço à realidade da rede de atenção à saúde, bem como manter a oferta de vagas para estágio e residências médicas, uni e multiprofissional, nas especialidades prioritárias para o HBDF;

18. Manter e informar no relatório anual todas as habilitações e credenciamentos legais existentes, quais sejam:

a. Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular (Nacional);

- b. Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista e Eletrofisiologia (Nacional);
- c. Cirurgia Cardiovascular Pediátrica (Nacional);
- d. Cirurgia Vascular (Nacional);
- e. Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos (Nacional);
- f. Cuidados Prolongados – Enfermidades Cardiovasculares (Local);
- g. Cuidados Prolongados – Enfermidades Pneumológicas (Local);
- h. Cuidados Prolongados – Enfermidades Neurológicas (Local);
- i. Cuidados Prolongados – Enfermidades Oncológicas (Local);
- j. Cuidados Prolongados – Enfermidades devido a Causas Externas (Local);
- k. Serviço Hospitalar para Tratamento de AIDS (Nacional);
- l. Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (Serviço de Nefrologia) (Nacional);
- m. Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurologia e Neurocirurgia (Nacional);
- n. Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC (Nacional);
- o. CACON (Nacional);
- p. Oncologia Cirúrgica Hospital Porte A (Nacional);
- q. Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional (Nacional) e Enteral (Nacional);
- r. Córnea/Esclera (Nacional) – Centro Público de Transplante;
- s. Rim (Nacional) – Centro Público de Transplante;
- t. Retirada de Órgãos e tecidos (Nacional) – Centro Público de Transplante;
- u. Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia (Nacional);
- v. UTI II Adulto (Nacional);
- w. UTI III Adulto (Nacional);
- x. UTI III Pediátrica (Nacional);
- y. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo III – UTIN III (Nacional);
- z. Hospital Tipo III em Urgência (Nacional);
- aa. Videocirurgias (Local);
- bb. Centro de Trauma Tipo III (Nacional);
- cc. Hospital de Ensino Tipo I (HE-I) (Nacional);
- dd. Internação domiciliar;
- ee. Laboratório de eletrofisiologia, cirurgia cardiovascular e procedimentos de cardiologia;
- ff. Centro de referência de Tratamento de *Osteogênese imperfecta*;
- gg. CACON com serviço de oncologia pediátrica;
- hh. UTI II – Pediátrica;
- ii. Cuidados prolongados – enfermidades osteomuscular e do tecido conjuntivo;
- jj. Unidade de assistência de alta complexidade em nefrologia com hemodiálise;
- kk. Unidade de assistência de alta complexidade em nefrologia com diálise peritoneal.

ITEM II – Metas Quantitativas

Neste item são apresentadas as metas quantitativas contratualizadas com o HBDF para o período de 2021.

Aferição por meio do somatório dos procedimentos constantes na Tabela Unificada SUS, dos códigos correspondentes.

As metas quantitativas definidas para os serviços contratados foram traçadas levando em consideração, no mínimo:

1. As políticas, normas e diretrizes de saúde do Distrito federal e do Ministério da Saúde;
2. A missão, a visão e os valores institucionais do HBDF;
3. O quadro epidemiológico e nosológico do Distrito Federal, em consonância com a Portaria MS nº 1.631/2015;
4. As características, as especificidades, o perfil assistencial e áreas de atuação;
5. O papel do HBDF na Rede de Atenção à Saúde, da SES/DF;
6. A capacidade instalada, tecnológica e de produção de serviços do HBDF;

II.1 – Quadro de metas e quantitativos para 2021

GRUPO	INDICADOR	META
Internações hospitalares (SIH)	Internações cirúrgicas (grupo 04)	10.267 (grupo 04)
		≥ 15 % em cirurgias cardíacas e vasculares na produção apresentada (grupo 04, subgrupo 06)
		≥ 20% em cirurgias do sistema osteomuscular (subgrupo 08)
		≥ 15% em cirurgias do sistema nervoso central e periférico (subgrupo 03)
		≥ 7% em cirurgias em oncologia na produção apresentada (grupo 04, subgrupo 16)
	Internações clínicas (grupo 03)	16.741 (grupo 03)
		≥ 25% da produção apresentada em tratamento de doenças cardiovasculares (subgrupo 03, forma de organização 06)
		≥ 30% da produção apresentada em tratamento de doenças no sistema nervoso central e periférico (subgrupo 03, forma de organização 04)
	≥ 20% em neoplasia (subgrupo 04)	
Transplantes (SIH)	Transplante de órgão e tecido	60 procedimentos (grupo 05, subgrupo 05)

Atendimentos ambulatoriais (SIA)	Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	32.106 (cód. 0301010048)
	Consulta médica na atenção especializada (cód. 0301010072)	264.924 (cód. 0301010072)
		≥ 10% neurologia e neurocirurgia (categoria profissional: Médico neurologista e Médico neurocirurgião)
		≥ 6% oncologia clínica (categoria profissional: Médico oncologista clínico)
		≥ 7% ortopedia e traumatologia (categoria profissional: médico ortopedista e traumatologista)
		≥ 5% nefrologia (categoria profissional: Médico nefrologista)
	≥ 10% cardiologia (categoria profissional: Médico cardiologista; Médico cirurgião Intervencionista e Médico cirurgião cardiovascular)	
Procedimentos MAC	2.383.590 (média e alta complexidade)	
Atendimentos hospitalares de urgência e emergência (SIA)	Acolhimento de classificação de risco	220.897 (cód. 0301060118)
	Atendimento de urgência na atenção especializada	220.897 (cód. 0301060061)

II.II – Descritivo das metas quantitativas

1. Internações Hospitalares

A unidade hospitalar deverá realizar um número de internações hospitalares anual, em especialidades clínicas e cirúrgicas, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS.

A unidade deverá informar mensalmente (relatório mensal) os dados quantitativos de internações. As internações serão divididas em Internações Cirúrgicas (Grupo 04) e Internações Clínicas (Grupo 03).

Do total apresentado para as Internações Cirúrgicas, é essencial que o HBDF mantenha:

≥ 15% das internações dentro da especialidade de cirurgias cardíacas e vasculares;

≥7% de cirurgias em oncologia;

≥20% de cirurgias em osteomolecular;

≥ 15% de cirurgias em sistema nervoso central e periférico;

Do total apresentado para as Internações Clínicas, é essencial que o HBDF mantenha:

≥ 25% das internações dentro da especialidade de cardiologia;

≥ 30% de internações em sistema nervoso central e periférico;

≥ 20% de clínica em oncologia;

2. Transplantes

O HBDF deverá realizar um número anual de transplantes de órgãos e tecidos (grupo 05, subgrupo 05).

A unidade deverá informar mensalmente (relatório mensal) os dados.

3. Atendimentos Ambulatoriais

O HBDF deverá realizar um número anual de consultas médicas, não-médicas e procedimentos ambulatoriais, de acordo com os critérios de regionalização e seu papel na rede de saúde do Distrito federal.

A unidade deverá informar mensalmente (relatório mensal) os dados quantitativos de Consultas de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico), Consultas médicas na atenção especializada e procedimentos MAC.

Do total apresentado para as consultas médicas na atenção especializada é essencial que o HBDF mantenha:

≥ 10% das consultas dentro da especialidade em neurologia e neurocirurgia;

≥ 6% especialidade em oncologia clínica;

≥ 5% especialidade em nefrologia;

≥ 10% especialidade em cardiologia;

≥ 7% das consultas dentro da especialidade em ortopedia e traumatologia;

4. Atendimento a Urgência e Emergenciais hospitalares

O HBDF deverá realizar um número anual de atendimentos, de acordo com os critérios de regionalização e seu papel na rede de saúde do Distrito Federal. São eles Atendimentos de Urgência na Atenção Especializada e Acolhimento com classificação de risco.

A unidade deverá informar mensalmente (relatório mensal) os dados quantitativos.

II.III – Avaliação das metas quantitativas

Metas de produção	Pontos por % de Cumprimento por Meta no Mês					
	120% ou +	110 a 119%	100 a 109%	90 a 99%	80 a 89%	70 a 79%
Internações Cirúrgicas *	240	220	200	175	150	125
Internações Clínicas **	220	220	200	175	150	125
Transplante	130	110	100	90	80	70
Consulta de profissional de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	60	55	50	45	40	35
	220	210	200	175	150	125

Consulta médica na atenção especializada ***						
Procedimentos MAC	60	55	50	45	40	35
Acolhimento com classificação de risco	130	110	100	90	80	70
Atendimento de urgência na atenção especializada	130	110	100	90	80	70

* No cumprimento da meta de Internações Cirúrgicas, se $\geq 15\%$ não for referente a cirurgias cardíacas e vasculares, 25 pontos deverão ser descontados da pontuação total. Ainda, se $\geq 7\%$ não for referente a cirurgias em oncologia, 25 pontos deverão ser descontados da pontuação total. Se $\geq 20\%$ não for referente a cirurgia em osteomolecular, 25 pontos deverão ser descontados da pontuação total. Se $\geq 15\%$ não for em cirurgias do sistema nervoso central e periférico, 25 pontos deverão ser descontados.

** No cumprimento da meta de Internações Clínicas, se $\geq 25\%$ não for referente a cardiologia, 25 pontos deverão ser descontados da pontuação total. Ainda se $>20\%$ não for referente a neoplasia, 25 pontos deverão ser descontados da pontuação total. Se $\geq 30\%$ não for referente em sistema nervoso central e periférico, 25 pontos deverão ser descontados da pontuação total.

*** No cumprimento da meta de Consulta médica na atenção especializada, se $\geq 10\%$ não for referente a neurologia e neurocirurgia, 20 pontos deverão ser descontados da pontuação total. Se $\geq 6\%$ não for referente a oncologia clínica, 20 pontos deverão ser descontados da pontuação total. Se $\geq 7\%$ não for referente a ortopedia e traumatologia, 20 pontos deverão ser descontados na pontuação total. Se $\geq 5\%$ não for referente a em nefrologia, 20 pontos deverão ser descontados da pontuação total. Se $>10\%$ não for referente a cardiologia, 20 pontos deverão ser descontados na pontuação total.

II.IV – Quadro de desconto das metas de quantitativa.

Pontuação total no cumprimento das metas de produção	% de desconto em 80% do valor do repasse de custeio
900 ou mais pontos	Sem desconto
De 800 a 899 pontos	10% de desconto
De 700 a 799 pontos	15% de desconto
De 600 a 699 pontos	20% de desconto
De 500 a 599 pontos	25% de desconto
Abaixo de 500 pontos	30% de desconto

ITEM III – Metas Qualitativas

Nesse item são apresentados os indicadores das metas de qualitativas para o HBDF.

Todos os indicadores deverão ser apurados mensalmente (relatório mensal).

III.I – Descritivo das Metas de Qualitativas

a. Taxa de ocupação operacional de leitos

Avaliação do grau de utilização dos leitos operacionais no hospital como um todo. O indicador mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional no hospital. Está relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência.

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

Meta: manter índice $\geq 75\%$.

b. Tempo de permanência para leitos de clínica médica

Avaliação do tempo que em média um paciente permanece internado no hospital em leito de clínica médica. Está relacionado a boas práticas clínicas. Está relacionado à gestão eficiente do leito operacional.

A média de permanência em hospitais agudos acima de sete dias está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar.

Meta: manter índice ≤ 14 dias

c. Tempo de permanência para leitos cirúrgicos

Avaliação do tempo que em média um paciente permanece internado no hospital em leito cirúrgico. Está relacionado a boas práticas clínicas. Está relacionado à gestão eficiente do leito operacional.

A média de permanência em hospitais agudos acima de sete dias está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar.

Meta: manter índice ≤ 10 dias

d. Taxa de mortalidade institucional

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

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

Meta: Manter indicador $\leq 5\%$

e. Taxa de ocupação de leitos de UTI

Avaliação do grau de utilização de leitos operacionais na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no hospital. O indicador mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional na UTI. Está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência na UTI.

Meta: manter a taxa de ocupação $\geq 80\%$

f. Cirurgias programadas

A unidade hospitalar deverá realizar uma quantidade anual de cirurgias programadas, de acordo com os critérios de regionalização e seu papel na rede de saúde do Distrito Federal.

Cirurgias programadas são todos os procedimentos cirúrgicos eletivos realizados no estabelecimento.

O indicador informa a quantidade de cirurgias programadas, realizadas no estabelecimento, em determinado período de tempo.

O acompanhamento deve ser realizado mensalmente (relatório mensal).

Meta: As cirurgia programadas e realizadas deverão ser ≥ 5.744 ao ano e compreender:

$\geq 15\%$ das cirurgias eletivas em cirurgias cardíacas e vasculares;

$\geq 15\%$ das cirurgias eletivas em cirurgias em oncologia; e

$\geq 25\%$ das cirurgias eletivas na especialidade de ortopedia e traumatologia.

g. Taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC), cirurgias limpas

O indicador avalia o percentual de pacientes que após serem submetidos à cirurgia limpa apresentaram infecção de sítio cirúrgico (ISC) relacionada ao procedimento.

As cirurgias limpas são realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta, cirurgias em que não ocorrem penetrações do trato digestivo, respiratório e urinário.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente (relatório mensal)

Meta: Manter taxa de ISC cirurgias limpas dos últimos 12 meses $\leq 1\%$.

III.II – Quadro de pontuação das metas de desempenho

INDICADOR	META	PONTUAÇÃO
a) Taxa de ocupação de leitos	Manter a taxa $\geq 75\%$	75% ou mais: 100 PONTOS
		60 a 74%: 75 PONTOS
		50 a 59%: 50 pontos
		Inferior a 50%: Não pontua
b) Tempo de permanência para leitos de clínica médica	Manter média ≤ 14 dias	≤ 14 dias: 100 pontos
		>14 a 17 dias: 75 pontos
		> 17 a 20 dias: 50 pontos
		superior a 20 dias: não pontua
c) Tempo de permanência para leitos cirúrgicos	Manter média ≤ 10 dias	≤ 10 : 100 pontos
		>10 a 13: 75 pontos

INDICADOR	META	PONTUAÇÃO
		> 13 a 15: 50 pontos
		superior a 15: não pontua
d) Taxa de mortalidade institucional	Manter taxa \leq 5%	\leq 5%: 100 pontos
		> 5 a 7%: 75 pontos
		> 7 a 10%: 50 pontos
		> 10%: não pontua.
e) Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC)	Manter média \leq percentil 60%	\leq percentil 60%: 100 pontos
		>percentil 60 a 75%: 75 pontos
		>percentil 75 a 90%: 50 pontos
		>percentil 90% não pontua
f) Cirurgias eletivas	Fazer \geq 5.744 cirurgias no ano	\leq 90% : 100 pontos
		\geq 80 a 90%: 75 pontos
		\geq 70 a 75%: 50 pontos
		menos de 70%: não pontua
g) Taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC), cirurgias limpas	Manter média \leq 1%	\leq 1%: 100 pontos
		>1%: 75 pontos
		>2%: 50 pontos
		>3%: não pontua

* Nas cirurgias eletivas se \geq 8% não for em cirurgias cardíacas e vasculares, 25 pontos deverão ser descontados da pontuação total. Se \geq 5% não for em cirurgias oncológicas, 25 pontos deverão ser descontados da pontuação total. Se \geq 12% não for na especialidade de ortopedia e traumatologia, 25 pontos deverão ser descontados da pontuação total.

III.III – Quadro de desconto das metas de desempenho

--

Pontuação total no cumprimento das metas de desempenho	% de desconto em 20% do valor do repasse de custeio
De 601 a 700 pontos	Sem desconto
De 501 a 600 pontos	10% de desconto
De 401 a 500 pontos	20% de desconto
De 301 a 400 pontos	30% de desconto
De 201 a 300 pontos	40% de desconto
De 101 a 200 pontos	50% de desconto
De 0 a 100 pontos	60% de desconto

ITEM IV - Metas de Monitoramento

1. Ensino, pesquisa e residência

Todo o processo seletivo para o preenchimento das vagas assim como o acompanhamento da residência deve constar no relatório mensal.

Meta: Vagas ofertadas conforme quadro abaixo e preenchimento de pelo menos 75% das vagas.

1.1 – Especialidades e vagas da residência

Programa	Área profissionais	Total de residentes
Enfermagem em Centro Cirúrgico	Enfermagem	30
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	Odontologia	2
Multiprofissional em Atenção em Oncologia	Enfermagem	4
Multiprofissional em Atenção em Oncologia	Farmácia	4
Multiprofissional em Atenção em Oncologia	Fisioterapia	4
Multiprofissional em Atenção em Oncologia	Nutrição	4
Multiprofissional em Atenção em Oncologia	Psicologia	2
Multiprofissional em Atenção em Oncologia	Serviço Social	4
Multiprofissional em Atenção Cardíaca	Enfermagem	2
Multiprofissional em Atenção Cardíaca	Nutrição	2

Programa	Área profissionais	Total de residentes
Multiprofissional em Atenção Cardíaca	Psicologia	2
Multiprofissional em Terapia Intensiva	Enfermagem	10
Multiprofissional em Terapia Intensiva	Farmácia	5
Multiprofissional em Terapia Intensiva	Fisioterapia	5
Multiprofissional em Terapia Intensiva	Nutrição	5
Multiprofissional em Terapia Intensiva	Odontologia	5
Multiprofissional em Terapia Intensiva	Psicologia	5
Multiprofissional em Urgência/Trauma	Enfermagem	10
Multiprofissional em Urgência/Trauma	Fisioterapia	5
Multiprofissional em Urgência/Trauma	Nutrição	5
Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso	Enfermagem	16
Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso	Fisioterapia	8
Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso	Nutrição	8
Total		147

1.2 – Especialidades e vagas para a residência médica

Programa de residência	Total de residentes
Acupuntura	2
Anestesiologia	6
Área Cirúrgica Básica	7
Cirurgia Geral	2
Cancerologia Clínica	4
Cardiologia	8
Cirurgia do Trauma	2
Cirurgia Torácica	2

Programa de residência	Total de residentes
Cirurgia Vascular	4
Clínica Médica	15
Coloproctologia	2
Ecocardiografia	1
Eletrofisiologia Clínica Invasiva	1
Endocrinologia	2
Endoscopia Digestiva	1
Endoscopia Respiratória I	1
Endoscopia Respiratória II	1
Gastroenterologia	4
Hematologia e Hemoterapia	2
Hepatologia	1
Infectologia	2
Mastologia	2
Medicina Intensiva Pediátrica	2
Nefrologia	4
Neurocirurgia	3
Neurofisiologia Clínica	4
Neurologia	6
Oftalmologia	6
Ortopedia e Traumatologia	5
Otorrinolaringologia	2
Patologia	3
Pneumologia	2
Psiquiatria	3

Programa de residência	Total de residentes
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	5
Reumatologia	3
Transplante Renal	2
Urologia	2
Total	124

2. Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC)

Taxa de densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) - IPCSL, associada à utilização de CVC em pacientes internados em UTI, por 1.000 cateteres-dia. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para infecção.

O indicador deve ser monitorado mensalmente e informado no relatório mensal.

ITEM V – Farmácia Ambulatorial

Para melhor adequação do contrato é necessário que a Farmácia Ambulatorial continue funcionando dentro do HBDF assim sugere-se o seguinte texto para o Termo Aditivo:

I. A CONTRATADA deverá manter infraestrutura e recursos humanos para a dispensação externa dos medicamentos fornecidos pela SES/DF ou adquiridos pelo IGESDF em formato de Farmácia Ambulatorial no HBDF.

II. A CONTRATADA deverá utilizar os sistemas informatizados da SES/DF relacionados à assistência farmacêutica e observar normas estabelecidas pela SES/DF;

III. A CONTRATADA deverá dispensar todos os medicamentos citados na tabela abaixo e garantir o suprimento dos medicamentos que em fonte estiver indicado IGESDF;

IV - A CONTRATANTE deverá por meio de sua DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA selecionar o rol de medicamentos que serão distribuídos com base na legislação vigente e demais protocolos estipulados e atualizar a relação anualmente, ou sempre que for necessário.

V - RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

	MEDICAMENTO	FONTE
1	ACIDO ZOLEDRONICO SOLUÇÃO INJETAVEL 5MG/100ML FRASCO 100ML	SES DF
2	ALFAINTERFERONA 2A INJETAVEL 3.000.000 UI FRASCO AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA	IGESDF
3	ALFAINTERFERONA 2B INJETAVEL 5.000.000 UI FRASCO AMPOLA	SES DF e IGESDF

4	ALFATIROTROPINA PO LIOFILO INJETAVEL 1,1 MG FRASCO AMPOLA	SES DF
5	ANAGRELIDA (CLORIDRATO) CAPSULA 0,5 MG	IGESDF
6	ANASTROZOL COMPRIMIDO 1 MG	SES DF e IGESDF
7	BACLOFENO COMPRIMIDO 10 MG	SES DF
8	BICALUTAMIDA COMPRIMIDO 50MG	SES DF e IGESDF
9	CAPECITABINA COMPRIMIDO REVESTIDO 500 MG	SES DF e IGESDF
10	CICLOFOSFAMIDA COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERACAO RETARDADA 50 MG	SES DF e IGESDF
11	CIPROTERONA (ACETATO) COMPRIMIDO 50MG	SES DF
12	CITRATO DE CALCIO + COLECALCIFEROL PO PARA SUSPENSAO ORAL (500MG + 200UI) SACHE	SES DF
13	CLOPIDOGREL COMPRIMIDO 75 MG	SES DF
14	CLORAMBUCILA COMPRIMIDO 2 MG	IGESDF
15	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 40 MG SERINGA PREENCHIDA 0,4 ML	SES DF
16	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 60 MG SERINGA PREENCHIDA 0,6 ML	SES DF
17	ENOXAPARINA SODICA SOLUCAO INJETAVEL 80 MG SERINGA PREENCHIDA 0,8 ML	SES DF
18	FENTANILA ADESIVO TRANSDERMICO 100 MCG/HORA	SES DF
19	FENTANILA ADESIVO TRANSDERMICO 25 MCG/HORA	SES DF
20	FENTANILA ADESIVO TRANSDERMICO 50 MCG/HORA	SES DF
21	FILGRASTIM SOLUCAO INJETAVEL 300MCG SERINGA PREENCHIDA OU FRASCO-AMPOLA	SES DF e IGESDF
22	FULVESTRANTO SOLUCAO INJETAVEL 50 MG/ML SERINGA PREENCHIDA 5 ML	SES DF e IGESDF
23	GOSSERRELINA (ACETATO) 10,80 MG INJETÁVEL DE LIBERAÇÃO PROLONGADA (SERINDA PREENCHIDA)	SES DF e IGESDF
24	GOSSERRELINA (ACETATO) 3,6 MG INJETÁVEL (SERINDA PREENCHIDA)	SES DF e IGESDF
25	HIDROXIUREIA (HIDROXICARBAMIDA) CAPSULA 500MG (FRASCO OU BLISTER)	SES DF e IGESDF

26	IMIQUIMODE CREME 50 MG/G SACHE 250 MG	SES DF
27	MELFALANO COMPRIMIDO 2 MG	IGESDF
28	METOTREXATO COMPRIMIDO 2,5MG	SES DF
29	MERCAPTOPURINA COMPRIMIDO 50 MG	IGESDF
30	OCTREOTIDA PO PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL 20 MG FRASCO-AMPOLA + DILUENTE + SISTEMA DE APLICAÇÃO	SES DF
31	OCTREOTIDA PO PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL 30 MG FRASCO-AMPOLA + DILUENTE + SISTEMA DE APLICAÇÃO	SES DF
32	PAZOPANIBE COMPRIMIDO 400 MG	SES DF
33	SORAFENIBE (TOSILATO) COMPRIMIDO REVESTIDO 200MG	SES DF
34	TAMOXIFENO COMPRIMIDO 20 MG	SES DF
35	TERIPARATIDA SOLUÇÃO INJETÁVEL 250 MCG/ML CARPULE 2,4 A 3,0 ML + SISTEMA DE APLICAÇÃO	SES DF
36	TRETINOINA (ACIDO TRANS-RETINOICO) CAPSULA 10 MG	IGESDF
37	URSODESOXICOLICO (ACIDO) COMPRIMIDO 300 MG	SES DF
38	NILOTINIBE CAPSULA GELATINOSA DURA 200MG	Fornecido pelo Ministério da Saúde
39	DASATINIBE COMPRIMIDO REVESTIDO 20 MG	Fornecido pelo Ministério da Saúde
40	DASATINIBE COMPRIMIDO REVESTIDO 100 MG	Fornecido pelo Ministério da Saúde
41	IMATINIBE (MESILATO) COMPRIMIDO REVESTIDO OU CAPSULA 400 MG	Fornecido pelo Ministério da Saúde
42	IMATINIBE (MESILATO) COMPRIMIDO REVESTIDO OU CAPSULA 100MG	Fornecido pelo Ministério da Saúde
43	MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS	Fornecido pelo Ministério da Saúde
44	TALIDOMIDA	Fornecido pelo Ministério da Saúde

ITEM I – Serviços fomentados

A atividade assistencial do HRSM subdivide-se nas seguintes modalidades:

- a) Assistência Hospitalar;
- b) Atendimento Ambulatorial;
- c) Atendimento a Urgências e Emergências;
- d) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT; e
- e) Assistência multiprofissional;

I.1 – Assistência Hospitalar

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente, desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar. No processo de hospitalização, estão incluídos:

- Tratamento de todas as situações de saúde que requerem internação e se enquadram na Carteira de Serviços do HRSM;
- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Assistência à vítima de violência;
- Serviço de verificação de óbitos;
- Serviço de captação de córneas;
- Fornecimento de medicamentos;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante a internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, enfermeiros e equipe técnica e auxiliar e demais membros da equipe multiprofissional;
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, bem como direito à presença de acompanhante, de acordo com a legislação que regulamenta o SUS;
- Internação em UTI;
- Transfusão de sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;

- Realização de exames complementares, tanto laboratoriais quanto de imagem, além das propedêuticas possíveis;
- Fornecimento órteses e próteses;
- Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do HRSM.

I.1.1 – Especialidades da unidade

Anestesiologia	Cirurgia Geral	Cirurgia vascular
Ginecologia	Mastologia	Odontologia
Cirurgia Bucomaxilofacial	Traumatologia	Ortopedia
Plástica reparadora	Urologia	Gineco-Obstetrícia
Clínica médica	Pediatria	Nefrologia

I.1.1.II – Estrutura física

A Estrutura física da Assistência hospitalar deve estar registrada no CNES. A estrutura física e o registro no CNES devem constar no relatório anual. Se houver qualquer alteração, está alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato.

I.1.II – Atendimento ambulatorial

O atendimento ambulatorial compreende os atendimentos médicos e não médicos, sendo constituídos por:

- Primeira consulta - Entende-se por primeira consulta a visita inicial do paciente ao HRSM, para atendimento a uma determinada especialidade;
- Interconsulta; - Entende-se por interconsulta a primeira consulta realizada por outro profissional, em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição;
- Consultas subsequentes (retornos); - Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, médica e não-médicas;
- Cirurgias ambulatoriais – serão consideradas cirurgias ambulatoriais aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas de pequenas cirurgias do hospital que não requeiram hospitalização. Salienta-se que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial – SAI/SUS
- Egressos
- Procedimentos terapêuticos realizados por especializadas médicas e não médicas

O HRSM emitirá parecer de especialidade para outras unidades de saúde, conforme norma e rotina de fluxo de assistência regionalizada das coordenações de especialidades, e também para outras unidades do IGES, sempre que necessário.

I.II.I – Especialidades médicas da unidade

Gineco-obstetrícia	Plástica reparadora	Vascular
Gastroenterologia	Endocrinologia	Ortopedia
Geriatrics	Cardiologia	Ortopedia geral e infantil
Reumatologia	Urologia	Cirurgia Geral
Endocrinologia	Mastologia	Dermatologia
Acupuntura	Hematologia	Psiquiatria

I.II.II – Especialidades não médicas da unidade

Enfermagem	Fisioterapia
Terapia Ocupacional	Nutrição
Odontologia	Farmácia
Serviço social	Psicologia
Fonoaudiologia	Cirurgia bucomaxilofacial

I.II.III – Estrutura física

A Estrutura física do Atendimento Ambulatorial deve estar registrada no CNES. A estrutura física e o registro no CNES devem constar no relatório anual. Se houver qualquer alteração, esta alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato.

I.III. – Atendimento de Urgência e Emergência Hospitalares

- Será considerado atendimento de urgência, a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, mas que não implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso.
- Será considerado atendimento de emergência, a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, em razão de risco iminente de morte ou sofrimento intenso.
- Os serviços hospitalares de urgência e emergência serão guiados pelos seguintes princípios:
 - Universalidade, equidade e integridade no atendimento;
 - Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

- Atendimento priorizado, mediante utilização de protocolo de classificação de risco, com avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e/ou grau de sofrimento. Pacientes classificados como “verde” poderão ser referenciados para atendimento em outro serviço, conforme pactuação regional. E pacientes classificados como “azul” serão encaminhados para atendimento nos serviços de atenção primária;
 - Regionalização do atendimento às urgências e emergências, com articulação dos diversos níveis de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
 - Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linha de cuidado;
 - O hospital deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população em Trauma, assim como os encaminhamentos regulados, de acordo com o seu perfil assistencial, durante 24 (vinte e quatro) horas do dia, nos 7(sete) dias da semana e em todos os dias do ano;
 - Após o atendimento médico, o paciente poderá ser referenciado a outro serviço, para internação e/ou acompanhamento ambulatorial, para continuidade do tratamento, de acordo com as pactuações de fluxo de atendimento regional.
- Para efeito de produção contratada e realizada deverão ser evoluídos em prontuários eletrônicos do paciente – PEP todos os atendimentos realizados no setor de urgência e emergência, independente de gerar ou não uma hospitalização.
 - Se, em consequência do atendimento por urgência/emergência o paciente é colocado em regime de “observação” (leitos de observação), por um período até 24 horas, e não ocorrer internação ao final deste, somente será registrado o atendimento da urgência/emergência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.
 - Em caso de permanência superior a 24 horas, o paciente na condição de espera por leito geral de internação ou de terapia intensiva, ou internado, passa aos cuidados da unidade da especialidade clínica ou cirúrgica indicada pelo médico do serviço hospitalar de emergência, presente na carteira de serviço do hospital.
 - Os encaminhamentos de pacientes e a gestão de leitos observarão as diretrizes, fluxos e protocolos e estarão condicionados à regulação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito federal.
 - O HRSM poderá emitir parecer de especialidade para outras unidades de saúde, conforme norma e rotina de fluxo de assistência regionalizada das coordenações de especialidade, e também para outras unidades do próprio IGESDF, sempre que necessário.
 - O serviço Hospitalar de Urgência e Emergência do HRSM deverá observar e estar em consonância com o disposto na Portaria nº 386, de 7 de julho de 2017, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal, ou outra que a substitua.
 - O serviço de Emergência deverá ter capacidade técnica e estrutural para atendimento a desastres e acidentes, sendo a referência no âmbito do Distrito Federal, conforme Plano Distrital de Atendimento a Desastres. Para tanto, deverá dispor de plano de contingência para resposta a tais eventos.

I.III.I – Especialidades médicas da unidade

Clínica médica	Cirurgia geral	Ginecologia e Obstetrícia
Pediatria	Traumatologia	Ortopedia

I.III.II – Estrutura física

A Estrutura física do Atendimento de Urgência e Emergência Hospitalares deve estar registrada no CNES. A estrutura física e o registro no CNES devem constar no relatório anual. Se houver qualquer alteração, está alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato.

I.IV – Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico – SADT

Esta atividade se refere a todos os procedimentos diagnósticos e de apoio ao tratamento de doenças que serão oferecidos aos pacientes regulados e internos do hospital. Deve-se, aqui, incluir os serviços prestados aos pacientes internados, tanto em atendimento de urgência/emergência quanto em atendimento ambulatorial.

Os Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico – SADT se organizam da seguinte forma:

- Patologia Clínica:
 - exames de bioquímica;
 - hematologia;
 - sorologia e imunologia;
 - uroanálise;
 - microbiológico;
 - líquidos biológicos;
 - hemoterapia;
- Anatomia Patologia;
 - diversos tipos de biópsias;
- Diagnóstico por imagem:
 - radiografias;
 - ultrassonografias;
 - ecodoppler;
 - tomografias computadorizadas;
 - mamografias;

Depois de calculada a capacidade instalada do hospital e excluída a demanda interna, o excedente será oferecido para suprir a demanda a ser regulada pela SES/DF.

O acesso aos SADT regulado realizar-se-á de acordo com o fluxo e parâmetros estabelecidos pela SES/DF.

I.V – Ensino e Pesquisa

A unidade desenvolve atividades de ensino e pesquisa ofertando programas de residência médica e em área profissional ou multiprofissional de saúde credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários SUS pela unidade.

Os estágios curriculares, treinamentos em serviço e visitas técnicas serão ofertados nas áreas de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Técnico de Radiologia, Técnico de Patologia Clínica e Técnico de Enfermagem, entre outras, além de áreas não- assistenciais, conforme necessidade do HRSM.

O HRSM garantirá o acompanhamento diário por docente ou preceptor para o as atividades de ensino de gestão própria, observando-se o quantitativo mínimo e o preconizado pela Portaria Interministerial nº 285/2015.

Estágio curricular, residência médica, residência multiprofissional *lato sensu* e residência profissional *lato sensu*.

I.VI – Requisitos Gerais Para a Execução do Contrato de Gestão

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

1. Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde aos usuários do SUS;
2. Manter o serviço de urgência e emergência em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana;
3. Dispor de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível com o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Dever-se-á obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e às resoluções dos Conselhos profissionais;
4. Dispor de responsável técnico, médico e de enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe;
5. Dispor de prontuário médico único para cada usuário, contendo as informações completas e corretas de seu quadro clínico e evolução, intervenções e exames realizados, redigidas de forma clara e precisa, datadas, assinadas (e carimbadas, no caso de prontuário em papel) pelo profissional responsável pelo atendimento médico, com seu respectivo número de CRM, e demais profissionais de saúde que o assistam. Deverá estar em estrita observância ao preconizado pela Resolução CFM 1638/2002 ou outra que a substitua. O prontuário deverá estar acessível, a qualquer momento, ao usuário e às autoridades sanitárias, e devidamente organizado/armazenado em serviço de arquivo destinado exclusivamente a este fim. O prontuário médico deverá estar lançado em plataforma cujo acesso deve ser garantido por qualquer unidade da rede de saúde da SES/DF;
6. Manter sempre atualizado e preservado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico. Os prontuários dos pacientes que estiverem em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente, em meio óptico, microfilmado ou digitalizados, deverão ser preservados pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, em conformidade com a Resolução CFM nº 1.821/2007;
7. Administrar e manter, em boas condições de uso, os equipamentos médico-hospitalares, os de imagens e exames laboratoriais, e o instrumental necessário para a realização dos serviços contratados;
8. Administrar e manter, em boas condições de uso, os bens móveis e imóveis integrantes do patrimônio do HRSM ou do Distrito Federal que lhe forem confiados;
9. Cumprir as regras de alimentação e processamento dos sistemas oficiais de registro e de notificação compulsória em saúde, bem como os sistemas administrativos e assistenciais oficiais disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, independentemente de aquisição de sistemas próprios pelo HRSM;
10. Manter rotinas administrativas de funcionamento e protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor ou Responsável Técnico;
11. Manter em pleno funcionamento os serviços de Ouvidoria, nas modalidades: presencial e não presencial;

12. Dispor de Plano de contingência e evacuação em caso de sinistros, em conformidade com as normas dos órgãos de segurança;

13. Dispor e manter estrutura física e parque tecnológico adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores;

14. Constituir legalmente e manter em pleno funcionamento as Comissões e Comitês descritos abaixo, a relação com a composição de cada Comissão e comitê precisa estar descrita no relatório anual. A periodicidade das reuniões deve estar nos relatórios mensais.

A. Comissão de Óbitos

B. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

C. Comissão de Documentação Médica e Estatística;

D. Comissão de Proteção Radiológica;

E. Comissão de Revisão de Prontuários;

F. Comissão de Residências Médicas;

G. Comissão de Residências Multiprofissionais;

H. Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;

I. Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde – PGRSS;

J. Comissão de Ética Médica;

K. Comissão de Ética em Enfermagem;

L. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

M. Comissão de Farmácia e Terapêutica;

N. Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho;

15. Manter Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em funcionamento, em conformidade com a RDC ANVISA nº 36/2013 ou outra que a substitua;

16. Manter a integração das práticas ensino-serviço à realidade da rede de atenção à saúde, bem como manter a oferta de vagas para estágio e residências médicas, uni e multiprofissional, nas especialidades prioritárias para o HRSM;

17. Manter todas as habilitações e credenciamentos legais existentes, quais sejam:

a. UTI II - adulto;

b. UTI II - Pediátrica;

c. Unidade de Cuidados Intermediários neonatal convencional (UCINCO);

d. UTI Neonatal II;

e. Centro de especialidade odontológica (CEO I);

f. Atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrentes de álcool e outras drogas;

g. Laqueadura;

h. Videocirurgia;

i. Vasectomia;

j. Cuidados Prolongados – Enfermidades devido a Causas Externas (Local);

k. Cuidados Prolongados – enfermidades cardiovasculares;

- l. Cuidados Prolongados – enfermidades decorrentes da AIDS;
- m. Cuidados Prolongados – enfermidades oncológicas;
- n. Cuidados Prolongados – enfermidades osteomusculares e do tecido conjuntivo;
- o. Cuidados Prolongados – enfermidades pneumológicas;
- p. Cuidados Prolongados – enfermidades neurológicas.

ITEM II – Metas Quantitativas

Neste item são apresentadas as metas quantitativas contratualizadas com o HRSM para o período de 2021.

As metas quantitativas definidas para os serviços contratados foram traçadas levando em consideração, no mínimo:

1. As políticas, normas e diretrizes de saúde do Distrito federal e do Ministério da Saúde;
2. A missão, a visão e os valores institucionais do HRSM;
3. O quadro epidemiológico e nosológico do Distrito Federal, em consonância com a Portaria MS nº 1.631/2015;
4. As características, as especificidades, o perfil assistencial e áreas de atuação;
5. O papel do HRSM na Rede de Atenção à Saúde, da SES/DF;
6. A capacidade instalada, tecnológica e de produção de serviços do HRSM.

II.1 – Quadro de metas e quantitativos para 2021

GRUPO	INDICADOR	META
Internações hospitalares (SIH)	Internações cirúrgicas	4.088 (grupo 04), sendo $\geq 50\%$ da produção apresentada em cirurgia obstétrica (subgrupo 11)
	Internações clínicas	11.123 (grupo 03)
Diárias de UTI (SIH)	Total de diárias de UTI	UTI adulto - tipo II ≥ 7.765
		UTI infantil - tipo II ≥ 1.915
		UTI neonatal - tipo II ≥ 2.860
Partos (SIH)	Porcentagem de partos normais e de cesarianos	$\leq 60\%$ de partos cesarianos (Parto Normal: cód 310010039; Parto Cesariano: cód 411010034)
Atendimentos ambulatoriais (SIA)	Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	36.250 (cód. 0301010048)
	Consulta médica na atenção especializada	48.714 (cód. 0301010072)

		≥ 10% Urologia (categoria profissional: médico urologista)
		≥ 30% ortopedia e traumatologia (categoria profissional: médico ortopedista e traumatologista)
		≥ 5% gineco-obstetrícia
	Procedimentos MAC	435.936 (média e alta complexidade)
Atendimentos hospitalares de urgência e emergência (SIA)	Acolhimento de classificação de risco	99.913 (cód. 0301060118)
	Atendimento de urgência na atenção especializada	99.913 (cód. 0301060061)

II.II – Descritivo das metas quantitativas

Todas as metas descritas abaixo devem ser monitoradas mensalmente e reportadas no relatório mensal.

1. Internações Hospitalares

A unidade hospitalar deverá realizar um número de internações hospitalares anual, em especialidades clínicas e cirúrgicas, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS.

A unidade deverá informar mensalmente (relatório mensal) os dados quantitativos de internações. As internações serão divididas em Internações Cirúrgicas (Grupo 04) e Internações Clínicas (Grupo 03).

Nas metas de internações cirúrgicas pelo menos 50% devem ser dentro da especialidade obstetrícia.

2. UTI

A unidade deverá no ano alcançar o total de diárias de UTI nas especificações habilitadas.

As diárias serão registradas de acordo com sua especialização (adulto, infantil e neonatal).

3. Partos

Relação percentual entre o total de partos realizados por cirurgia cesárea em relação ao número total de partos realizados em determinado período.

O parto cesáreo é o procedimento cirúrgico no qual o conceito é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina (ANS, 2018).

Neste indicador, são excluídos os nascimentos que ocorreram fora do hospital e abortos.

O resultado deste indicador pode refletir um acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.

4. atendimentos Ambulatoriais

O HRSM deverá realizar um número anual de consultas médicas, não-médicas e procedimentos ambulatoriais, de acordo com os critérios de regionalização e seu papel na rede de saúde do Distrito federal.

A unidade deverá informar mensalmente (relatório mensal) os dados quantitativos de Consultas de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico), Consultas médicas na atenção especializada e procedimentos MAC.

Do total apresentado para as consultas médicas na atenção especializada é essencial que o HRSM mantenha:

≥10% das consultas na especialidade em neurologia;

≥ 30% das consultas na especialidade em ortopedia e traumatologia; e

≥ 5% das consultas na especialidade em gineco-obstetrícia.

5. Atendimento a Urgência e Emergenciais hospitalares

O HRSM deverá realizar um número anual de atendimentos, de acordo com os critérios de regionalização e seu papel na rede de saúde do Distrito Federal. São eles Atendimentos de Urgência na Atenção Especializada e Acolhimento com classificação de risco.

II.III – Avaliação das metas de produção

Metas de produção *	Pontos por % de Cumprimento por Meta no Mês					
	120% ou +	110 a 119%	100 a 109%	90 a 99%	80 a 89%	70 a 79%
Internações Cirúrgicas**	120	110	100	80	70	60
Internações Clínicas	120	110	100	80	70	60
UTI adulto	120	110	100	80	70	60
UTI infantil	120	110	100	80	70	60
UTI neonatal	120	110	100	80	70	60
Consulta de profissional de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	120	110	100	80	70	60
Consulta médica na atenção especializada ***	120	110	100	80	70	60
Procedimentos MAC	120	110	100	80	70	60
Acolhimento com classificação de risco	120	110	100	80	70	60
Atendimento de urgência na atenção especializada	120	110	100	80	70	60

* No cumprimento da meta o percentual de partos cesáreos deverá ser ≤ 60% do total de partos, se não for 100 pontos deverão ser descontados da pontuação total.

** No cumprimento da meta de Internações cirúrgicas se pelo a produção apresentada não for ≥ 50% em obstetrícia, 50 pontos devem ser descontados da pontuação geral.

*** No cumprimento da meta se ≥ 10% não for utilizado em urologia 25 pontos deverão ser descontados da pontuação total, se ≥ 5% não for utilizado para gineco-obstetrícia, 25 pontos deverão ser descontados da pontuação total, e se ≥ 30% não for utilizado em ortopedia e traumatologia 30 pontos deverão ser descontados na pontuação total.

II.IV – Quadro de desconto das metas de produção (metas quantitativas)

Pontuação total no cumprimento das metas de produção	% de desconto em 80% do valor do repasse de custeio
900 ou mais pontos	Sem desconto
De 800 a 899 pontos	10% de desconto
De 700 a 799 pontos	15% de desconto
De 600 a 699 pontos	20% de desconto
De 500 a 599 pontos	25% de desconto
Abaixo de 500 pontos	30% de desconto

ITEM III – Metas de Qualitativas

Nesse item III são apresentados os indicadores das metas qualitativas para o HRSM.

Todos os indicadores deverão ser apurados mensalmente (relatório mensal).

III.I – Descritivo das metas qualitativas

a. Taxa de ocupação operacional de leitos

Avaliação do grau de utilização dos leitos operacionais no hospital como um todo. O indicador mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional no hospital. Está relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência.

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

Meta: manter índice $\geq 75\%$.

b. Tempo de permanência para leitos de clínica médica

Avaliação do tempo que em média um paciente permanece internado no hospital em leito de clínica médica. Está relacionado a boas práticas clínicas. Está relacionado à gestão eficiente do leito operacional.

A média de permanência em hospitais agudos acima de sete dias está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar.

Meta: manter índice \leq a 14 dias

c. Tempo de permanência para leitos cirúrgicos

Avaliação do tempo que em média um paciente permanece internado no hospital em leito cirúrgico. Está relacionado a boas práticas clínicas. Está relacionado à gestão eficiente do leito operacional.

A média de permanência em hospitais agudos acima de sete dias está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar.

Meta: manter índice \leq a 14 dias.

d. Taxa de mortalidade institucional

Relação percentual entre o número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente e o número de pacientes que tiveram saída do hospital (por alta, evasão,

desistência do tratamento, transferência externa ou óbito). Considerando a resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, entende-se que 24 horas é tempo suficiente, para que a ação terapêutica e consequente responsabilidade do hospital sejam efetivadas.

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

Meta: Manter indicador $\leq 5\%$

e. Taxa de ocupação de leitos de UTI

Avaliação do grau de utilização de leitos operacionais na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no hospital. O indicador mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional na UTI. Está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência na UTI.

Meta: manter a taxa de ocupação $\geq 80\%$

f. Taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC), cirurgias limpas

O indicador avalia o percentual de pacientes que após serem submetidos à cirurgia limpa apresentaram infecção de sítio cirúrgico (ISC) relacionada ao procedimento.

As cirurgias limpas são realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta, cirurgias em que não ocorrem penetrações do trato digestivo, respiratório e urinário.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente (relatório mensal)

Meta: Manter taxa de ISC cirurgias limpas dos últimos 12 meses $\leq 1\%$.

III.II – Quadro de pontuação das metas de desempenho

INDICADOR	META	PONTUAÇÃO
a) Taxa de ocupação de leitos	Manter a taxa $\geq 75\%$	75% ou mais: 100 PONTOS
		60 a 74%: 75 PONTOS
		50 a 59%: 50 pontos
		Inferior a 50%: Não pontua
b) Tempo de permanência para leitos de clínica médica	Manter média ≤ 10 dias	≤ 10 dias: 100 pontos
		> 10 a 13 dias: 75 pontos
		> 14 a 15 dias: 50 pontos

INDICADOR	META	PONTUAÇÃO
		superior a 15 dias: não pontua
c) Tempo de permanência para leitos cirúrgicos	Manter média ≤ 10	≤ 10 : 100 pontos
		>10 a 13: 75 pontos
		>13 a 15: 50 pontos
		superior a 15: não pontua
d) Taxa de mortalidade institucional	Manter taxa $\leq 5\%$	$\leq 5\%$: 100 pontos
		> 5 a 6%: 75 pontos
		> 6 a 7%: 50 pontos
		$> 7\%$: não pontua.
e) Taxa de ocupação de leitos de UTI	Manter taxa $\geq 80\%$	$\geq 80\%$: 100 pontos
		de 70 a 79%: 75 pontos
		de 60 a 69%: 50 pontos
		inferior a 60%: não pontua
f) Taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC), cirurgias limpas	Manter média $\leq 1\%$	$\leq 1\%$: 100 pontos
		$>1\%$: 75 pontos
		$>2\%$: 50 pontos
		$>3\%$: não pontua

III.III – Quadro de desconto das metas de desempenho

Pontuação total no cumprimento das metas de desempenho	% de desconto em 20% do valor do repasse de custeio
De 501 a 600 pontos	Sem desconto
De 401 a 500 pontos	10% de desconto
De 301 a 400 pontos	20% de desconto
De 201 a 300 pontos	30% de desconto

Pontuação total no cumprimento das metas de desempenho	% de desconto em 20% do valor do repasse de custeio
De 101 a 200 pontos	40% de desconto
De 00 a 100 pontos	50% de desconto

ITEM IV – Indicadores de monitoramento

1. Ensino, pesquisa e residência

Vagas ofertadas conforme quadro abaixo e preenchimento de 75% das vagas. Todo o processo seletivo para o preenchimento das vagas assim como o acompanhamento da residência deve constar no relatório mensal.

1.1 – Especialidades e vagas da residência

Programa	Área profissionais	Total de residentes
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Uniprofissional, em Rede	Odontologia	8
Terapia Intensiva - multiprofissional, em Rede	Enfermagem	4
Terapia Intensiva - multiprofissional, em Rede	Farmácia	3
Terapia Intensiva - multiprofissional, em Rede	Fisioterapia	1
Terapia Intensiva - multiprofissional, em Rede	Odontologia	3
Total		21

1.2 – Especialidades e vagas para a residência médica

Programa de residência	Total de residentes
Cirurgia Geral	7
Ortopedia e Traumatologia	8
Total	15

2. Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC)

Taxa de densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) - IPCSL, associada à utilização de CVC em pacientes internados em UTI, por 1.000 cateteres-dia. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para infecção.

O indicador deve ser monitorado mensalmente e informado no relatório mensal.

ITEM V – Centro de Especialidade Odontológica tipo I (CEO I)

De acordo com o item I.IV - Requisitos gerais para a execução do Contrato de Gestão subitem 17. Manter todas as habilitações e credenciamentos legais existentes, quais sejam: e. Centro de Especialidade Odontológica tipo I.

A habilitação foi adquirida com a Portaria nº 1.091 de 03 de outubro de 2012 e em seu parágrafo único lemos:

Parágrafo único. O não atendimento às condições e características definidas nas Portarias nº 599/GM/MS, nº 600/GM/MS, ambas de 23 de março de 2006 e Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011, pelos Municípios pleiteantes, implica, a qualquer tempo, no descredenciamento da(s) Unidade(s) de Saúde.

Assim ratifica-se que se o HRSM não mantiver sua habilitação está incorrendo em quebra de contrato.

ITEM VI - Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD)

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, à humanização da atenção, à desinstitucionalização e à ampliação da autonomia dos usuários.

O Programa de Internação Domiciliar (PID) atua com equipes multiprofissionais localizadas em todas as 15 Coordenações Gerais de Saúde da SES-DF. Essas equipes são formadas, prioritariamente, por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta e/ou assistente social. Outros profissionais como fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, odontólogo, psicólogo e farmacêutico, além de fisioterapeuta e assistente social poderão compor as equipes de apoio. Essas equipes são coordenadas pela Gerência de Atenção Domiciliar.

A solicitação de internação domiciliar sempre será realizada por meio de Relatório Médico detalhado, proveniente tanto dos serviços da Rede de Saúde como Clínica da Família, Centros de Saúde, Hospitais (Fluxo de desospitalização) e UPA, quanto dos próprios familiares e/ou responsáveis pelo paciente. Dentre os critérios de admissão estão: residência e domicílio comprovado no Distrito Federal; cuidador identificado e quadro clínico compatível com o perfil do serviço.

A saber esse serviço é regido pelas seguintes leis:

- Portaria 2416 de 23/03/1998 que estabeleceu critérios para credenciamento de hospitais para a realização de Internação Domiciliar no SUS.
- Lei nº 10.424/2002 da SAS/MS que acrescentou à Lei 8.080 (Lei Org. de Saúde) o cap. VI – Do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar.
- RDC nº 11 da ANVISA de 26/01/2006 que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.
- Portaria nº 20 da SES/DF de 02/05/2006 que implanta o Subsistema de Assistência Domiciliar no âmbito do Distrito Federal.
- Portaria nº 2.529 do MS de 19/10/2006 que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.

O HRSM como um hospital regional deve fazer parte da rede e prestar o de Serviço de Atenção Domiciliar, com participação da Diretoria de Atenção à Saúde, a Superintendência do Hospital Regional de Santa Maria, a Assessoria de Planejamento, do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal e

a Gerência de Atenção Domiciliar, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a partir de 2021, da seguinte forma:

- a) Serviço de Atenção Domiciliar no HRSM funcionará conforme estabelecido na Portaria nº 55, de 16 de janeiro de 2018 nas modalidades AD2 e AD3 dispendo de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), com capacidade de atendimento de até 60 (sessenta) pacientes sobre os cuidados domiciliares;
- b) quanto aos insumos e demais matérias dispensados aos pacientes ficará a cargo da Diretoria Administrativa da Região de Saúde ou Atenção Primária da Região;
- c) quanto ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar - POD/DF, o Serviço de Atenção Domiciliar do HRSM será responsável pela análise e avaliação dos critérios de elegibilidade, encaminhando-os para seus devidos executores para dispensação ou não de oxigênio domiciliar pela Região de Saúde. Além disso, foi informado nessa reunião que a dispensação de insumos e matérias para o referido programa ficará a cargo da SES/DF;
- d) o Hospital Regional de Santa Maria será responsável pela implementação de 1 (uma) equipe de EMAD, com o fornecimento dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI's, bem como demais insumos e equipamentos para o desenvolvimento pleno das atividades pela equipe daquela Unidade Hospitalar;
- e) a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) do Hospital Regional do Gama - HRG, prestará apoio a EMAD do HRSM;
- f) a produção do serviço será realizada conforme ficha de indicador - em anexo, vide o documento (54868456).

9. ANEXO III – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA CEILÂNDIA – UPA-CEI

ITEM I – Serviços Fomentados

A atividade assistencial da Unidade de Pronto Atendimento de Ceilândia se concentra em atendimentos de saúde de complexidade intermediária, em que cabe ressaltar que, esta unidade compõem a rede assistencial da Região Oeste em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar e o serviço de Atendimento Móvel de Urgência das regiões as quais estão situadas.

Esta unidade observa os critérios estabelecidos na Portaria Ministerial de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. A UPA-CEI realiza serviço de urgência e emergência, devendo funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana. Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento.

Deve manter os pacientes em observação, se necessário, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e deve ser garantido, pela SES/DF, o acolhimento do encaminhamento para internação daqueles pacientes que não tiveram suas queixas resolvidas para continuidade do cuidado em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

I.1 - Atendimento

A assistência é prestada, em regime de plantão, pelas equipes: médica, de enfermagem, de nutrição, de farmacêuticos, técnicos administrativos, técnicos de radiologia e técnicos de laboratório. O atendimento é realizado a demanda espontânea, a pacientes trazidos pelo SAMU e Corpo de Bombeiros. A assistência prestada compreende:

- Acolhimento;
- Classificação de risco;

- Consulta médica;
- Exames laboratoriais;
- Exames radiológicos;
- Administração medicamentosa;
- Observação na Sala Amarela ou Sala Vermelha, caso necessário.

Algumas considerações:

1. Será considerado atendimento de emergência a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, em razão de risco iminente de morte ou sofrimento intenso.
2. Será considerado atendimento de urgência a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, mas que não implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso.

Os serviços na unidade de pronto atendimento serão guiados pelos seguintes princípios:

- a. Universalidade, equidade e integralidade no atendimento;
- b. Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- c. Atendimento priorizado, mediante utilização de protocolo de classificação de risco (MANCHESTER), com avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e/ou grau de sofrimento;
- d. Regionalização do atendimento às urgências e emergências, com articulação dos diversos níveis de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e
- e. Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

I.II - Estrutura Física

A Estrutura física da UPA deve estar registrada no CNES. A estrutura física e o registro no CNES devem constar no relatório anual. Se houver qualquer alteração, esta alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato.

I.III - Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico - SADT

Na UPA-CEI são realizados exames de Raio X, exames laboratoriais de rotina e eletrocardiograma.

Nos casos em que são necessários outros exames, o IGESDF em articulação com a SES/DF deverá garantir o atendimento destes encaminhamentos na unidade de retaguarda de maior complexidade ou de acordo com regulação estadual.

Exames Bioquímicos	
Dosagem de Ácido Úrico	Dosagem de Fosforo
Dosagem de Amilase	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)
Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	Dosagem de Glicose

Exames Bioquímicos	
Dosagem de Cálcio	Dosagem de Magnésio
Dosagem de Cloreto	Dosagem de Potássio
Dosagem de Colesterol total	Dosagem de Proteínas totais e frações
Dosagem de Creatinina	Dosagem de sódio
Dosagem de Cretinofosfoquinase (CPK)	Dosagem de Transaminase Glutamico-Oxalacetica (TGO)
Dosagem de Cretinofosfoquinase fração MB	Dosagem de Transaminase Glutamico-Piruvica (TGP)
Dosagem de Desidrogenase Láctica	Dosagem de Ureia
Dosagem de Fosfatase alcalina	---

Exames Hematológicos e Hemostasia
Determinação de Tempo e Atividade de Protrombina (TAP)
Hemograma completo
Exames Sorológicos e Imunológicos
Dosagem de troponina
Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (Anti-HCV)
Pesquisa de antígenos de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG)
Teste Treponêmico para Detecção de sífilis
Exame de Uroanálise
Análise de Carateres Físicos, elementos e sedimento da Urina
Exames Hormonais
Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (HCB, BETA HCG)
Exames microbiológicos
Cultura de bactérias para identificação
Exames em outros líquidos biológicos
Dosagem de Glicose no líquido sinovial e derrames

Raio-X		
Crânio	Tórax	Abdômen
Osso da face	Articulação Acrômio-Clavicular	Articulação Coxo-Femoral
Seios da face	Braço	Bacia
Coluna Cervical	Cotovelo	Calcâneo
Coluna lombo sacra	Escapula/ombro	Coxa
Coluna torácica	Mão	Joelho
Coluna Tóraco-Lombar	Punho	Pé

I.IV - Requisitos Gerais para a Execução do Contrato de Gestão

São condições mínimas necessárias para a execução do Contrato de Gestão pela UPA-CEI:

1. A UPA-CEI deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população de acordo com o seu perfil assistencial, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, nos 7 (sete) dias da semana e em todos os dias do ano.
2. Dispor de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível com o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e às resoluções dos Conselhos profissionais;
3. Dispor de responsável técnico, médico e de enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe;
4. Dispor de prontuário médico único para cada usuário, contendo as informações completas e corretas de seu quadro clínico e evolução, intervenções e exames realizados, redigidas de forma clara e precisa, datadas, assinadas (e carimbadas, no caso de prontuário em papel) pelo profissional responsável pelo atendimento médico, com seu respectivo número de CRM, e demais profissionais de saúde que o assistam. Deverá estar em estrita observância ao preconizado pela Resolução CFM 1638/2002. O prontuário deverá estar acessível, a qualquer momento, ao usuário e às autoridades sanitárias, e devidamente organizado/armazenado em serviço de arquivo destinado exclusivamente a este fim;
5. Manter sempre atualizado e preservado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, de todos os atendimentos realizados para efeito de comprovação da produção contratada;
6. Administrar e manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos médico-hospitalares, os de imagens e exames laboratoriais, e o instrumental necessário para a realização dos serviços contratados;
7. Administrar e manter, em perfeitas condições de uso, os bens móveis e imóveis integrantes do patrimônio da SES-DF que lhe forem confiados;
8. Alimentar e cumprir as regras de alimentação e processamento dos sistemas oficiais de registro e de notificação compulsória em saúde, bem como os sistemas administrativos e assistenciais oficiais disponibilizados pela SES/DF, independentemente de aquisição de sistemas próprios pelo IGESDF;
9. Manter rotinas administrativas de funcionamento e protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor ou Responsável Técnico;
10. Manter em pleno funcionamento os serviços de Ouvidoria presencial e não-presencial;

11. Dispor e manter estrutura física e parque tecnológico adequados ao perfil assistencial, com ambiente humanizado e seguro para os usuários, acompanhantes e trabalhadores;
12. Constituir legalmente e manter em pleno funcionamento as seguintes Comissões e Comitês:
 - a. Comissão de Óbitos;
 - b. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar –CCIH;
 - c. Comissão de Revisão de Prontuários;
 - d. Comissão de Ética Médica
 - e. Comissão de Ética de Enfermagem
13. Inscrever ou manter inscrição da UPA-CEI no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito;
14. Registrar obrigatoriamente em prontuário eletrônico do paciente todos os procedimentos realizados na UPA-CEI;
15. Executar atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
16. Manter efetivo funcionamento da grade de referência (compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade) e contrarreferência (compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade), instituída nas Centrais de Regulação da SES-DF;
17. Implantar e manter protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos;
18. Manter a notificação de doenças e agravos de Notificação Compulsória no SINAN e demais órgãos de Vigilância Epidemiológica que se fizerem necessários;
19. Desenvolver atividades de Qualidade e Segurança do Paciente. São realizados os registros de ocorrência no NOTIVISA.
20. A SES-DF deverá garantir a internação de pacientes encaminhados pela UPA-CEI para continuidade do cuidado em serviços hospitalares de retaguarda e/ou permanência superior a 24 horas, após atendimento médico, se necessário, para internação e/ou acompanhamento ambulatorial, para continuidade do seu tratamento, de acordo com as pactuações de fluxo de atendimento regional.

ITEM II - Metas Quantitativas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Total de atendimentos médicos, realizados no estabelecimento.

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

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

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

c. Acolhimento com classificação de risco.

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

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

Na UPA, a classificação de risco adota o Modelo de Manchester (Manchester Triage System – MTS), que trabalha com algoritmos e discriminadores associados a tempos de espera simbolizados por cores. Esse modelo está sistematizado em vários países da Europa, cujo mecanismo de entrada é uma queixa ou situação de apresentação do paciente (JUNIOR,W. C et al, 2014).

Cada cor de classificação determina um tempo máximo para o atendimento ao paciente de forma a não comprometer a sua saúde:

- A classificação **vermelho**: representa o paciente que necessita de paciente imediato (emergência).
- A classificação **laranja**: representa o paciente que necessita de atendimento prontamente possível (muito urgente), sendo atendido em tempo máximo de 10 (dez) minutos.
- A classificação **amarelo**: refere-se ao paciente que precisa de avaliação, não sendo considerado um atendimento de emergência, já que possui condições clínicas para aguardar. Esse paciente é atendido em tempo máximo de 60 (sessenta) minutos.
- A classificação **verde**: representa o caso menos grave, que exige atendimento médico, mas pode ser assistido no consultório médico ambulatorialmente (pouco urgente). Essa paciente é atendido em tempo máximo de 120 (cento e vinte) minutos.
- A classificação **azul**: representa o caso de menor complexidade e sem problemas recentes, cujo paciente deve ser acompanhado no ambulatório médico ambulatorialmente. Esse paciente é atendido em tempo máximo de 240 (duzentos e quarenta) minutos.

A UPA é o local para atendimento e resolução de problemas descritos pelos pacientes com classificação VERDE.

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

II.II - Quadro de metas quantitativas

Meta	Mensal	Quadrimestral	Anual
Atendimento de urgência c/ observação até 24h em atenção especializada.	5.625	22.500	67.500
Atendimento médico em UPA 24h de pronto atendimento			
Acolhimento com classificação de risco	5.625	22.500	67.500

II.III - Quadro de avaliação de metas quantitativas

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

II.IV - Quadro de descontos

Pontuação total no cumprimento das metas quantitativas	% de desconto em 80% do contrato
De 401 a 500 pontos	Sem desconto
De 301 a 400 pontos	10% de desconto
De 201 a 300 pontos	20% de desconto
De 101 a 200 pontos	30% de desconto
De 00 a 100 pontos	40% de desconto

ITEM III - Metas Qualitativas

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

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

III.I - Descrição das metas de desempenho

a. Taxa de ocupação em sala amarela

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

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

Meta: manter índice $\geq 75\%$.

b. Taxa de mortalidade institucional

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

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

Meta: Manter indicador $\leq 1\%$

III.II - Avaliação das metas qualitativas

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

III.III - Quadro de descontos das metas qualitativas

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

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

ITEM I – Serviços Fomentados

A atividade assistencial da Unidade de Pronto Atendimento no Núcleo Bandeirante se concentra em atendimentos de saúde de complexidade intermediária, em que cabe ressaltar que, esta unidade compõem a rede assistencial da Região Centro-Sul em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar e o serviço de Atendimento Móvel de Urgência das regiões as quais estão situadas.

Esta unidade observa os critérios estabelecidos na Portaria Ministerial de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. A UPA-NB realiza serviço de urgência e emergência, devendo funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana. Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento.

Deve manter os pacientes em observação, se necessário, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e deve ser garantido, pela SES/DF, o acolhimento do encaminhamento para internação daqueles pacientes que não tiveram suas queixas resolvidas para continuidade do cuidado em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

I.1 - Atendimento

A assistência é prestada, em regime de plantão, pelas equipes: médica, de enfermagem, de nutrição, de farmacêuticos, técnicos administrativos, técnicos de radiologia e técnicos de laboratório. O atendimento é realizado a demanda espontânea, a pacientes trazidos pelo SAMU e Corpo de Bombeiros. A assistência prestada compreende:

- Acolhimento;
- Classificação de risco;
- Consulta médica;
- Exames laboratoriais;
- Exames radiológicos;
- Administração medicamentosa;
- Observação na Sala Amarela ou Sala Vermelha, caso necessário.

Algumas considerações:

1. Será considerado atendimento de emergência a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, em razão de risco iminente de morte ou sofrimento intenso.
2. Será considerado atendimento de urgência a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, mas que não implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso.

Os serviços na unidade de pronto atendimento serão guiados pelos seguintes princípios:

- a. Universalidade, equidade e integralidade no atendimento;
- b. Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- c. Atendimento priorizado, mediante utilização de protocolo de classificação de risco (MANCHESTER), com avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e/ou grau de sofrimento;
- d. Regionalização do atendimento às urgências e emergências, com articulação dos diversos níveis de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e
- e. Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

I.II - Estrutura Física

A Estrutura física da UPA deve estar registrada no CNES. A estrutura física e o registro no CNES devem constar no relatório anual. Se houver qualquer alteração, esta alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato.

I.III - Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico - SADT

Na UPA-NB são realizados exames de Raio X, exames laboratoriais de rotina e eletrocardiograma.

Nos casos em que são necessários outros exames, o IGESDF em articulação com a SES/DF deverá garantir o atendimento destes encaminhamentos na unidade de retaguarda de maior complexidade ou de acordo com regulação estadual.

Exames Bioquímicos	
Dosagem de Ácido Úrico	Dosagem de Fosforo
Dosagem de Amilase	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)
Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	Dosagem de Glicose
Dosagem de Cálcio	Dosagem de Magnésio
Dosagem de Cloreto	Dosagem de Potássio
Dosagem de Colesterol total	Dosagem de Proteínas totais e frações

Exames Bioquímicos	
Dosagem de Creatinina	Dosagem de sódio
Dosagem de Cretinofosfoquinase (CPK)	Dosagem de Transaminase Glutamico-Oxalacetica (TGO)
Dosagem de Cretinofosfoquinase fração MB	Dosagem de Transaminase Glutamico-Piruvica (TGP)
Dosagem de Desidrogenase Láctica	Dosagem de Ureia
Dosagem de Fosfatase alcalina	---

Exames Hematológicos e Hemostasia
Determinação de Tempo e Atividade de Protrombina (TAP)
Hemograma completo
Exames Sorológicos e Imunológicos
Dosagem de troponina
Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (Anti-HCV)
Pesquisa de antígenos de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG)
Teste Treponêmico para Detecção de sífilis
Exame de Uroanálise
Análise de Carateres Físicos, elementos e sedimento da Urina
Exames Hormonais
Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (HCB, BETA HCG)
Exames microbiológicos
Cultura de bactérias para identificação
Exames em outros líquidos biológicos
Dosagem de Glicose no líquido sinovial e derrames

Raio-X		
Crânio	Tórax	Abdômen

Osso da face	Articulação Acrômio-Clavicular	Articulação Coxo-Femoral
Seios da face	Braço	Bacia
Coluna Cervical	Cotovelo	Calcâneo
Coluna lombo sacra	Escapula/ombro	Coxa
Coluna torácica	Mão	Joelho
Coluna Tóraco-Lombar	Punho	Pé

I.IV - Requisitos Gerais para a Execução do Contrato de Gestão

São condições mínimas necessárias para a execução do Contrato de Gestão pela UPA-NB:

1. A UPA-NB deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população de acordo com o seu perfil assistencial, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, nos 7 (sete) dias da semana e em todos os dias do ano.
2. Dispor de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível com o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e às resoluções dos Conselhos profissionais;
3. Dispor de responsável técnico, médico e de enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe;
4. Dispor de prontuário médico único para cada usuário, contendo as informações completas e corretas de seu quadro clínico e evolução, intervenções e exames realizados, redigidas de forma clara e precisa, datadas, assinadas (e carimbadas, no caso de prontuário em papel) pelo profissional responsável pelo atendimento médico, com seu respectivo número de CRM, e demais profissionais de saúde que o assistam. Deverá estar em estrita observância ao preconizado pela Resolução CFM 1638/2002. O prontuário deverá estar acessível, a qualquer momento, ao usuário e às autoridades sanitárias, e devidamente organizado/armazenado em serviço de arquivo destinado exclusivamente a este fim;
5. Manter sempre atualizado e preservado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, de todos os atendimentos realizados para efeito de comprovação da produção contratada;
6. Administrar e manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos médico-hospitalares, os de imagens e exames laboratoriais, e o instrumental necessário para a realização dos serviços contratados;
7. Administrar e manter, em perfeitas condições de uso, os bens móveis e imóveis integrantes do patrimônio da SES-DF que lhe forem confiados;
8. Alimentar e cumprir as regras de alimentação e processamento dos sistemas oficiais de registro e de notificação compulsória em saúde, bem como os sistemas administrativos e assistenciais oficiais disponibilizados pela SES/DF, independentemente de aquisição de sistemas próprios pelo IGESDF;
9. Manter rotinas administrativas de funcionamento e protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor ou Responsável Técnico;
10. Manter em pleno funcionamento os serviços de Ouvidoria presencial e não-presencial;
11. Dispor e manter estrutura física e parque tecnológico adequados ao perfil assistencial, com ambiente humanizado e seguro para os usuários, acompanhantes e trabalhadores;
12. Constituir legalmente e manter em pleno funcionamento as seguintes Comissões e Comitês:
 - a. Comissão de Óbitos;

b. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar –CCIH;

c. Comissão de Revisão de Prontuários;

d. Comissão de Ética Médica

e. Comissão de Ética de Enfermagem

13. Inscrever ou manter inscrição da UPA-NB no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito;

14. Registrar obrigatoriamente em prontuário eletrônico do paciente todos os procedimentos realizados na UPA-NB;

15. Executar atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

16. Manter efetivo funcionamento da grade de referência (compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade) e contrarreferência (compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade), instituída nas Centrais de Regulação da SES-DF;

17. Implantar e manter protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos;

18. Manter a notificação de doenças e agravos de Notificação Compulsória no SINAN e demais órgãos de Vigilância Epidemiológica que se fizerem necessários;

19. Desenvolver atividades de Qualidade e Segurança do Paciente. São realizados os registros de ocorrência no NOTIVISA.

20. A SES-DF deverá garantir a internação de pacientes encaminhados pela UPA-NB para continuidade do cuidado em serviços hospitalares de retaguarda e/ou permanência superior a 24 horas, após atendimento médico, se necessário, para internação e/ou acompanhamento ambulatorial, para continuidade do seu tratamento, de acordo com as pactuações de fluxo de atendimento regional.

ITEM II - Metas Quantitativas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Total de atendimentos médicos, realizados no estabelecimento.

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

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

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

c. Acolhimento com classificação de risco.

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

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

Na UPA, a classificação de risco adota o Modelo de Manchester (Manchester Triage System – MTS), que trabalha com algoritmos e discriminadores associados a tempos de espera simbolizados por cores. Esse modelo está sistematizado em vários países da Europa, cujo mecanismo de entrada é uma queixa ou situação de apresentação do paciente (JUNIOR,W. C et al, 2014).

Cada cor de classificação determina um tempo máximo para o atendimento ao paciente de forma a não comprometer a sua saúde:

- A classificação **vermelho**: representa o paciente que necessita de paciente imediato (emergência).
- A classificação **laranja**: representa o paciente que necessita de atendimento prontamente possível (muito urgente), sendo atendido em tempo máximo de 10 (dez) minutos.
- A classificação **amarelo**: refere-se ao paciente que precisa de avaliação, não sendo considerado um atendimento de emergência, já que possui condições clínicas para aguardar. Esse paciente é atendido em tempo máximo de 60 (sessenta) minutos.
- A classificação **verde**: representa o caso menos grave, que exige atendimento médico, mas pode ser assistido no consultório médico ambulatorialmente (pouco urgente). Essa paciente é atendido em tempo máximo de 120 (cento e vinte) minutos.
- A classificação **azul**: representa o caso de menor complexidade e sem problemas recentes, cujo paciente deve ser acompanhado no ambulatório médico ambulatorialmente. Esse paciente é atendido em tempo máximo de 240 (duzentos e quarenta) minutos.

A UPA é o local para atendimento e resolução de problemas descritos pelos pacientes com classificação VERDE.

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

II.II - Quadro de metas quantitativas

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

II.III - Quadro de avaliação de metas quantitativas

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

II.IV - Quadro de descontos

Pontuação total no cumprimento das metas quantitativas	% de desconto em 80% do contrato
De 401 a 500 pontos	Sem desconto
De 301 a 400 pontos	10% de desconto
De 201 a 300 pontos	20% de desconto
De 101 a 200 pontos	30% de desconto
De 00 a 100 pontos	40% de desconto

ITEM III - Metas Qualitativas

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

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

III.I - Descrição das metas de desempenho

a. Taxa de ocupação em sala amarela

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

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

Meta: manter índice $\geq 75\%$.

b. Taxa de mortalidade institucional

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

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

Meta: Manter indicador $\leq 1\%$

III.II - Avaliação das metas qualitativas

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

III.III - Quadro de descontos das metas qualitativas

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

11. ANEXO V – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO RECANTO DAS EMAS – UPA-RE

ITEM I – Serviços Fomentados

A atividade assistencial da Unidade de Pronto Atendimento do Recanto das Emas se concentra em atendimentos de saúde de complexidade intermediária, em que cabe ressaltar que, esta unidade compõem a rede assistencial da Região Sudoeste em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar e o serviço de Atendimento Móvel de Urgência das regiões as quais estão situadas.

Esta unidade observa os critérios estabelecidos na Portaria Ministerial de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. A UPA-RE realiza serviço de urgência e emergência, devendo funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana. Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento.

Deve manter os pacientes em observação, se necessário, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e deve ser garantido, pela SES/DF, o acolhimento do encaminhamento para internação daqueles pacientes que não tiveram suas queixas resolvidas para continuidade do cuidado em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

I.I - Atendimento

A assistência é prestada, em regime de plantão, pelas equipes: médica, de enfermagem, de nutrição, de farmacêuticos, técnicos administrativos, técnicos de radiologia e técnicos de laboratório. O atendimento é realizado a demanda espontânea, a pacientes trazidos pelo SAMU e Corpo de Bombeiros. A assistência prestada compreende:

- Acolhimento;
- Classificação de risco;
- Consulta médica;
- Exames laboratoriais;
- Exames radiológicos;
- Administração medicamentosa;

- Observação na Sala Amarela ou Sala Vermelha, caso necessário.

Algumas considerações:

1. Será considerado atendimento de emergência a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, em razão de risco iminente de morte ou sofrimento intenso.
2. Será considerado atendimento de urgência a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, mas que não implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso.

Os serviços na unidade de pronto atendimento serão guiados pelos seguintes princípios:

- a. Universalidade, equidade e integralidade no atendimento;
- b. Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- c. Atendimento priorizado, mediante utilização de protocolo de classificação de risco (MANCHESTER), com avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e/ou grau de sofrimento;
- d. Regionalização do atendimento às urgências e emergências, com articulação dos diversos níveis de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e
- e. Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

I.II - Estrutura Física

A Estrutura física da UPA deve estar registrada no CNES. A estrutura física e o registro no CNES devem constar no relatório anual. Se houver qualquer alteração, esta alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato.

I.III - Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico - SADT

Na UPA-RE são realizados exames de Raio X, exames laboratoriais de rotina e eletrocardiograma.

Nos casos em que são necessários outros exames, o IGESDF em articulação com a SES/DF deverá garantir o atendimento destes encaminhamentos na unidade de retaguarda de maior complexidade ou de acordo com regulação estadual.

Exames Bioquímicos	
Dosagem de Ácido Úrico	Dosagem de Fosforo
Dosagem de Amilase	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)
Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	Dosagem de Glicose
Dosagem de Cálcio	Dosagem de Magnésio
Dosagem de Cloreto	Dosagem de Potássio
Dosagem de Colesterol total	Dosagem de Proteínas totais e frações

Exames Bioquímicos	
Dosagem de Creatinina	Dosagem de sódio
Dosagem de Cretinofosfoquinase (CPK)	Dosagem de Transaminase Glutamico-Oxalacetica (TGO)
Dosagem de Cretinofosfoquinase fração MB	Dosagem de Transaminase Glutamico-Piruvica (TGP)
Dosagem de Desidrogenase Láctica	Dosagem de Ureia
Dosagem de Fosfatase alcalina	---

Exames Hematológicos e Hemostasia
Determinação de Tempo e Atividade de Protrombina (TAP)
Hemograma completo
Exames Sorológicos e Imunológicos
Dosagem de troponina
Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (Anti-HCV)
Pesquisa de antígenos de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG)
Teste Treponêmico para Detecção de sífilis
Exame de Uroanálise
Análise de Carateres Físicos, elementos e sedimento da Urina
Exames Hormonais
Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (HCB, BETA HCG)
Exames microbiológicos
Cultura de bactérias para identificação
Exames em outros líquidos biológicos
Dosagem de Glicose no líquido sinovial e derrames

Raio-X		
Crânio	Tórax	Abdômen

Osso da face	Articulação Acrômio-Clavicular	Articulação Coxo-Femoral
Seios da face	Braço	Bacia
Coluna Cervical	Cotovelo	Calcâneo
Coluna lombo sacra	Escapula/ombro	Coxa
Coluna torácica	Mão	Joelho
Coluna Tóraco-Lombar	Punho	Pé

I.IV - Requisitos Gerais para a Execução do Contrato de Gestão

São condições mínimas necessárias para a execução do Contrato de Gestão pela UPA-RE:

1. A UPA-RE deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população de acordo com o seu perfil assistencial, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, nos 7 (sete) dias da semana e em todos os dias do ano.
2. Dispor de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível com o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e às resoluções dos Conselhos profissionais;
3. Dispor de responsável técnico, médico e de enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe;
4. Dispor de prontuário médico único para cada usuário, contendo as informações completas e corretas de seu quadro clínico e evolução, intervenções e exames realizados, redigidas de forma clara e precisa, datadas, assinadas (e carimbadas, no caso de prontuário em papel) pelo profissional responsável pelo atendimento médico, com seu respectivo número de CRM, e demais profissionais de saúde que o assistam. Deverá estar em estrita observância ao preconizado pela Resolução CFM 1638/2002. O prontuário deverá estar acessível, a qualquer momento, ao usuário e às autoridades sanitárias, e devidamente organizado/armazenado em serviço de arquivo destinado exclusivamente a este fim;
5. Manter sempre atualizado e preservado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, de todos os atendimentos realizados para efeito de comprovação da produção contratada;
6. Administrar e manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos médico-hospitalares, os de imagens e exames laboratoriais, e o instrumental necessário para a realização dos serviços contratados;
7. Administrar e manter, em perfeitas condições de uso, os bens móveis e imóveis integrantes do patrimônio da SES-DF que lhe forem confiados;
8. Alimentar e cumprir as regras de alimentação e processamento dos sistemas oficiais de registro e de notificação compulsória em saúde, bem como os sistemas administrativos e assistenciais oficiais disponibilizados pela SES/DF, independentemente de aquisição de sistemas próprios pelo IGESDF;
9. Manter rotinas administrativas de funcionamento e protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor ou Responsável Técnico;
10. Manter em pleno funcionamento os serviços de Ouvidoria presencial e não-presencial;
11. Dispor e manter estrutura física e parque tecnológico adequados ao perfil assistencial, com ambiente humanizado e seguro para os usuários, acompanhantes e trabalhadores;
12. Constituir legalmente e manter em pleno funcionamento as seguintes Comissões e Comitês:
 - a. Comissão de Óbitos;

b. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar –CCIH;

c. Comissão de Revisão de Prontuários;

d. Comissão de Ética Médica

e. Comissão de Ética de Enfermagem

13. Inscrever ou manter inscrição da UPA-RE no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito;

14. Registrar obrigatoriamente em prontuário eletrônico do paciente todos os procedimentos realizados na UPA-RE;

15. Executar atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

16. Manter efetivo funcionamento da grade de referência (compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade) e contrarreferência (compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade), instituída nas Centrais de Regulação da SES-DF;

17. Implantar e manter protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos;

18. Manter a notificação de doenças e agravos de Notificação Compulsória no SINAN e demais órgãos de Vigilância Epidemiológica que se fizerem necessários;

19. Desenvolver atividades de Qualidade e Segurança do Paciente. São realizados os registros de ocorrência no NOTIVISA.

20. A SES-DF deverá garantir a internação de pacientes encaminhados pela UPA-RE para continuidade do cuidado em serviços hospitalares de retaguarda e/ou permanência superior a 24 horas, após atendimento médico, se necessário, para internação e/ou acompanhamento ambulatorial, para continuidade do seu tratamento, de acordo com as pactuações de fluxo de atendimento regional.

ITEM II - Metas Quantitativas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Total de atendimentos médicos, realizados no estabelecimento.

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

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

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

c. Acolhimento com classificação de risco.

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

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

Na UPA, a classificação de risco adota o Modelo de Manchester (Manchester Triage System – MTS), que trabalha com algoritmos e discriminadores associados a tempos de espera simbolizados por cores. Esse modelo está sistematizado em vários países da Europa, cujo mecanismo de entrada é uma queixa ou situação de apresentação do paciente (JUNIOR,W. C et al, 2014).

Cada cor de classificação determina um tempo máximo para o atendimento ao paciente de forma a não comprometer a sua saúde:

- A classificação **vermelho**: representa o paciente que necessita de paciente imediato (emergência).
- A classificação **laranja**: representa o paciente que necessita de atendimento prontamente possível (muito urgente), sendo atendido em tempo máximo de 10 (dez) minutos.
- A classificação **amarelo**: refere-se ao paciente que precisa de avaliação, não sendo considerado um atendimento de emergência, já que possui condições clínicas para aguardar. Esse paciente é atendido em tempo máximo de 60 (sessenta) minutos.
- A classificação **verde**: representa o caso menos grave, que exige atendimento médico, mas pode ser assistido no consultório médico ambulatorialmente (pouco urgente). Essa paciente é atendido em tempo máximo de 120 (cento e vinte) minutos.
- A classificação **azul**: representa o caso de menor complexidade e sem problemas recentes, cujo paciente deve ser acompanhado no ambulatório médico ambulatorialmente. Esse paciente é atendido em tempo máximo de 240 (duzentos e quarenta) minutos.

A UPA é o local para atendimento e resolução de problemas descritos pelos pacientes com classificação VERDE.

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

II.II - Quadro de metas quantitativas

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

II.III - Quadro de avaliação de metas quantitativas

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

II.IV - Quadro de descontos

Pontuação total no cumprimento das metas quantitativas	% de desconto em 80% do contrato
De 401 a 500 pontos	Sem desconto
De 301 a 400 pontos	10% de desconto
De 201 a 300 pontos	20% de desconto
De 101 a 200 pontos	30% de desconto
De 00 a 100 pontos	40% de desconto

ITEM III - Metas Qualitativas

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

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

III.I - Descrição das metas de desempenho

a. Taxa de ocupação em sala amarela

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

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

Meta: manter índice $\geq 75\%$.

b. Taxa de mortalidade institucional

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

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

Meta: Manter indicador $\leq 1\%$

III.II - Avaliação das metas qualitativas

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

III.III - Quadro de descontos das metas qualitativas

Pontuação total no cumprimento das metas qualitativas	% de desconto em 20% do valor do repasse de custeio
---	---

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

12. ANEXO VI – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SAMAMBAIA – UPA-SAM

ITEM I – Serviços Fomentados

A atividade assistencial da Unidade de Pronto Atendimento de Samambaia se concentra em atendimentos de saúde de complexidade intermediária, em que cabe ressaltar que, esta unidade compõem a rede assistencial da Região Sudoeste em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar e o serviço de Atendimento Móvel de Urgência das regiões as quais estão situadas.

Esta unidade observa os critérios estabelecidos na Portaria Ministerial de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. A UPA-SAM realiza serviço de urgência e emergência, devendo funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana. Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitarem de atendimento.

Deve manter os pacientes em observação, se necessário, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e deve ser garantido, pela SES/DF, o acolhimento do encaminhamento para internação daqueles pacientes que não tiveram suas queixas resolvidas para continuidade do cuidado em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

I.1 - Atendimento

A assistência é prestada, em regime de plantão, pelas equipes: médica, de enfermagem, de nutrição, de farmacêuticos, técnicos administrativos, técnicos de radiologia e técnicos de laboratório. O atendimento é realizado a demanda espontânea, a pacientes trazidos pelo SAMU e Corpo de Bombeiros. A assistência prestada compreende:

- Acolhimento;
- Classificação de risco;
- Consulta médica;
- Exames laboratoriais;
- Exames radiológicos;
- Administração medicamentosa;
- Observação na Sala Amarela ou Sala Vermelha, caso necessário.

Algumas considerações:

1. Será considerado atendimento de emergência a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, em razão de risco iminente de morte ou sofrimento intenso.
2. Será considerado atendimento de urgência a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, mas que não implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso.

Os serviços na unidade de pronto atendimento serão guiados pelos seguintes princípios:

- a. Universalidade, equidade e integralidade no atendimento;
- b. Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- c. Atendimento priorizado, mediante utilização de protocolo de classificação de risco (MANCHESTER), com avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e/ou grau de sofrimento;
- d. Regionalização do atendimento às urgências e emergências, com articulação dos diversos níveis de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e
- e. Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

I.II - Estrutura Física

A Estrutura física da UPA deve estar registrada no CNES. A estrutura física e o registro no CNES devem constar no relatório anual. Se houver qualquer alteração, esta alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato.

I.III - Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico - SADT

Na UPA-SAM são realizados exames de Raio X, exames laboratoriais de rotina e eletrocardiograma.

Nos casos em que são necessários outros exames, o IGESDF em articulação com a SES/DF deverá garantir o atendimento destes encaminhamentos na unidade de retaguarda de maior complexidade ou de acordo com regulação estadual.

Exames Bioquímicos	
Dosagem de Ácido Úrico	Dosagem de Fosforo
Dosagem de Amilase	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)
Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	Dosagem de Glicose
Dosagem de Cálcio	Dosagem de Magnésio
Dosagem de Cloreto	Dosagem de Potássio
Dosagem de Colesterol total	Dosagem de Proteínas totais e frações
Dosagem de Creatinina	Dosagem de sódio
Dosagem de Cretinofosfoquinase (CPK)	Dosagem de Transaminase Glutamico-Oxalacetica (TGO)

Exames Bioquímicos	
Dosagem de Cretinofosfoquinase fração MB	Dosagem de Transaminase Glutamico-Piruvica (TGP)
Dosagem de Desidrogenase Láctica	Dosagem de Ureia
Dosagem de Fosfatase alcalina	---

Exames Hematológicos e Hemostasia
Determinação de Tempo e Atividade de Protrombina (TAP)
Hemograma completo
Exames Sorológicos e Imunológicos
Dosagem de troponina
Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (Anti-HCV)
Pesquisa de antígenos de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG)
Teste Treponêmico para Detecção de sífilis
Exame de Uroanálise
Análise de Carateres Físicos, elementos e sedimento da Urina
Exames Hormonais
Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (HCB, BETA HCG)
Exames microbiológicos
Cultura de bactérias para identificação
Exames em outros líquidos biológicos
Dosagem de Glicose no líquido sinovial e derrames

Raio-X		
Crânio	Tórax	Abdômen
Osso da face	Articulação Acrômio-Clavicular	Articulação Coxo-Femoral
Seios da face	Braço	Bacia

Coluna Cervical	Cotovelo	Calcâneo
Coluna lombo sacra	Escapula/ombro	Coxa
Coluna torácica	Mão	Joelho
Coluna Tóraco-Lombar	Punho	Pé

I.IV - Requisitos Gerais para a Execução do Contrato de Gestão

São condições mínimas necessárias para a execução do Contrato de Gestão pela UPA-SAM;

1. A UPA-SAM deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população de acordo com o seu perfil assistencial, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, nos 7 (sete) dias da semana e em todos os dias do ano.
2. Dispor de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível com o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e às resoluções dos Conselhos profissionais;
3. Dispor de responsável técnico, médico e de enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe;
4. Dispor de prontuário médico único para cada usuário, contendo as informações completas e corretas de seu quadro clínico e evolução, intervenções e exames realizados, redigidas de forma clara e precisa, datadas, assinadas (e carimbadas, no caso de prontuário em papel) pelo profissional responsável pelo atendimento médico, com seu respectivo número de CRM, e demais profissionais de saúde que o assistam. Deverá estar em estrita observância ao preconizado pela Resolução CFM 1638/2002. O prontuário deverá estar acessível, a qualquer momento, ao usuário e às autoridades sanitárias, e devidamente organizado/armazenado em serviço de arquivo destinado exclusivamente a este fim;
5. Manter sempre atualizado e preservado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, de todos os atendimentos realizados para efeito de comprovação da produção contratada;
6. Administrar e manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos médico-hospitalares, os de imagens e exames laboratoriais, e o instrumental necessário para a realização dos serviços contratados;
7. Administrar e manter, em perfeitas condições de uso, os bens móveis e imóveis integrantes do patrimônio da SES-DF que lhe forem confiados;
8. Alimentar e cumprir as regras de alimentação e processamento dos sistemas oficiais de registro e de notificação compulsória em saúde, bem como os sistemas administrativos e assistenciais oficiais disponibilizados pela SES/DF, independentemente de aquisição de sistemas próprios pelo IGESDF;
9. Manter rotinas administrativas de funcionamento e protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor ou Responsável Técnico;
10. Manter em pleno funcionamento os serviços de Ouvidoria presencial e não-presencial;
11. Dispor e manter estrutura física e parque tecnológico adequados ao perfil assistencial, com ambiente humanizado e seguro para os usuários, acompanhantes e trabalhadores;
12. Constituir legalmente e manter em pleno funcionamento as seguintes Comissões e Comitês:
 - a. Comissão de Óbitos;
 - b. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar –CCIH;
 - c. Comissão de Revisão de Prontuários;
 - d. Comissão de Ética Médica

e. Comissão de Ética de Enfermagem

13. Inscrever ou manter inscrição da UPA-SAM no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito;

14. Registrar obrigatoriamente em prontuário eletrônico do paciente todos os procedimentos realizados na UPA-SAM;

15. Executar atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

16. Manter efetivo funcionamento da grade de referência (compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade) e contrarreferência (compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade), instituída nas Centrais de Regulação da SES-DF;

17. Implantar e manter protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos;

18. Manter a notificação de doenças e agravos de Notificação Compulsória no SINAN e demais órgãos de Vigilância Epidemiológica que se fizerem necessários;

19. Desenvolver atividades de Qualidade e Segurança do Paciente. São realizados os registros de ocorrência no NOTIVISA.

20. A SES-DF deverá garantir a internação de pacientes encaminhados pela UPA-SAM para continuidade do cuidado em serviços hospitalares de retaguarda e/ou permanência superior a 24 horas, após atendimento médico, se necessário, para internação e/ou acompanhamento ambulatorial, para continuidade do seu tratamento, de acordo com as pactuações de fluxo de atendimento regional.

ITEM II - Metas Quantitativas

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

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

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

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

As metas foram definidas pela Portaria nº 10 de 03 de janeiro de 2017 observando o opção III.

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

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

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

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

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

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

Total de atendimentos médicos, realizados no estabelecimento.

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

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

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

c. Acolhimento com classificação de risco.

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

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

Na UPA, a classificação de risco adota o Modelo de Manchester (Manchester Triage System – MTS), que trabalha com algoritmos e discriminadores associados a tempos de espera simbolizados por cores. Esse modelo está sistematizado em vários países da Europa, cujo mecanismo de entrada é uma queixa ou situação de apresentação do paciente (JUNIOR,W. C et al, 2014).

Cada cor de classificação determina um tempo máximo para o atendimento ao paciente de forma a não comprometer a sua saúde:

- A classificação **vermelho**: representa o paciente que necessita de paciente imediato (emergência).
- A classificação **laranja**: representa o paciente que necessita de atendimento prontamente possível (muito urgente), sendo atendido em tempo máximo de 10 (dez) minutos.
- A classificação **amarelo**: refere-se ao paciente que precisa de avaliação, não sendo considerado um atendimento de emergência, já que possui condições clínicas para aguardar. Esse paciente é atendido em tempo máximo de 60 (sessenta) minutos.
- A classificação **verde**: representa o caso menos grave, que exige atendimento médico, mas pode ser assistido no consultório médico ambulatorialmente (pouco urgente). Essa paciente é atendido em tempo máximo de 120 (cento e vinte) minutos.
- A classificação **azul**: representa o caso de menor complexidade e sem problemas recentes, cujo paciente deve ser acompanhado no ambulatório médico ambulatorialmente. Esse paciente é atendido em tempo máximo de 240 (duzentos e quarenta) minutos.

A UPA é o local para atendimento e resolução de problemas descritos pelos pacientes com classificação VERDE.

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

II.II - Quadro de metas quantitativas

--

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

II.III - Quadro de avaliação de metas quantitativas

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

II.IV - Quadro de descontos

Pontuação total no cumprimento das metas quantitativas	% de desconto em 80% do contrato
De 401 a 500 pontos	Sem desconto
De 301 a 400 pontos	10% de desconto
De 201 a 300 pontos	20% de desconto
De 101 a 200 pontos	30% de desconto
De 00 a 100 pontos	40% de desconto

ITEM III - Metas Qualitativas

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

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

III.I - Descrição das metas de desempenho

a. Taxa de ocupação em sala amarela

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

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

Meta: manter índice $\geq 75\%$.

b. Taxa de mortalidade institucional

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

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

Meta: Manter indicador $\leq 1\%$

III.II - Avaliação das metas qualitativas

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

III.III - Quadro de descontos das metas qualitativas

Pontuação total no cumprimento das metas qualitativas	% de desconto em 20% do valor do repasse de custeio

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

13. ANEXO VII – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE SÃO SEBASTIÃO – UPA-SS

ITEM I – Serviços Fomentados

A atividade assistencial da Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião se concentra em atendimentos de saúde de complexidade intermediária, em que cabe ressaltar que, esta unidade compõem a rede assistencial da Região Leste em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar e o serviço de Atendimento Móvel de Urgência das regiões as quais estão situadas.

Esta unidade observa os critérios estabelecidos na Portaria Ministerial de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. A UPA-SS realiza serviço de urgência e emergência, devendo funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana. Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento.

Deve manter os pacientes em observação, se necessário, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e deve ser garantido, pela SES/DF, o acolhimento do encaminhamento para internação daqueles pacientes que não tiveram suas queixas resolvidas para continuidade do cuidado em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

I.1 - Atendimento

A assistência é prestada, em regime de plantão, pelas equipes: médica, de enfermagem, de nutrição, de farmacêuticos, técnicos administrativos, técnicos de radiologia e técnicos de laboratório. O atendimento é realizado a demanda espontânea, a pacientes trazidos pelo SAMU e Corpo de Bombeiros. A assistência prestada compreende:

- Acolhimento;
- Classificação de risco;
- Consulta médica;
- Exames laboratoriais;
- Exames radiológicos;
- Administração medicamentosa;
- Observação na Sala Amarela ou Sala Vermelha, caso necessário.

Algumas considerações:

1. Será considerado atendimento de emergência a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, em razão de risco iminente de morte ou sofrimento intenso.
2. Será considerado atendimento de urgência a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, mas que não implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso.

Os serviços na unidade de pronto atendimento serão guiados pelos seguintes princípios:

- a. Universalidade, equidade e integralidade no atendimento;
- b. Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- c. Atendimento priorizado, mediante utilização de protocolo de classificação de risco (MANCHESTER), com avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e/ou grau de sofrimento;
- d. Regionalização do atendimento às urgências e emergências, com articulação dos diversos níveis de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e
- e. Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

I.II - Estrutura Física

A Estrutura física da UPA deve estar registrada no CNES. A estrutura física e o registro no CNES devem constar no relatório anual. Se houver qualquer alteração, esta alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato.

I.III - Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico - SADT

Na UPA-SS são realizados exames de Raio X, exames laboratoriais de rotina e eletrocardiograma.

Nos casos em que são necessários outros exames, o IGESDF em articulação com a SES/DF deverá garantir o atendimento destes encaminhamentos na unidade de retaguarda de maior complexidade ou de acordo com regulação estadual.

Exames Bioquímicos	
Dosagem de Ácido Úrico	Dosagem de Fosforo
Dosagem de Amilase	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)
Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	Dosagem de Glicose
Dosagem de Cálcio	Dosagem de Magnésio
Dosagem de Cloreto	Dosagem de Potássio
Dosagem de Colesterol total	Dosagem de Proteínas totais e frações
Dosagem de Creatinina	Dosagem de sódio
Dosagem de Cretinofosfoquinase (CPK)	Dosagem de Transaminase Glutamico-Oxalacetica (TGO)

Exames Bioquímicos	
Dosagem de Cretinofosfoquinase fração MB	Dosagem de Transaminase Glutamico-Piruvica (TGP)
Dosagem de Desidrogenase Láctica	Dosagem de Ureia
Dosagem de Fosfatase alcalina	---

Exames Hematológicos e Hemostasia
Determinação de Tempo e Atividade de Protrombina (TAP)
Hemograma completo
Exames Sorológicos e Imunológicos
Dosagem de troponina
Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (Anti-HCV)
Pesquisa de antígenos de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG)
Teste Treponêmico para Detecção de sífilis
Exame de Uroanálise
Análise de Carateres Físicos, elementos e sedimento da Urina
Exames Hormonais
Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (HCB, BETA HCG)
Exames microbiológicos
Cultura de bactérias para identificação
Exames em outros líquidos biológicos
Dosagem de Glicose no líquido sinovial e derrames

Raio-X		
Crânio	Tórax	Abdômen
Osso da face	Articulação Acrômio-Clavicular	Articulação Coxo-Femoral
Seios da face	Braço	Bacia

Coluna Cervical	Cotovelo	Calcâneo
Coluna lombo sacra	Escapula/ombro	Coxa
Coluna torácica	Mão	Joelho
Coluna Tóraco-Lombar	Punho	Pé

I.IV - Requisitos Gerais para a Execução do Contrato de Gestão

São condições mínimas necessárias para a execução do Contrato de Gestão pela UPA-SS:

1. A UPA-SS deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população de acordo com o seu perfil assistencial, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, nos 7 (sete) dias da semana e em todos os dias do ano.
2. Dispor de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível com o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e às resoluções dos Conselhos profissionais;
3. Dispor de responsável técnico, médico e de enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe;
4. Dispor de prontuário médico único para cada usuário, contendo as informações completas e corretas de seu quadro clínico e evolução, intervenções e exames realizados, redigidas de forma clara e precisa, datadas, assinadas (e carimbadas, no caso de prontuário em papel) pelo profissional responsável pelo atendimento médico, com seu respectivo número de CRM, e demais profissionais de saúde que o assistam. Deverá estar em estrita observância ao preconizado pela Resolução CFM 1638/2002. O prontuário deverá estar acessível, a qualquer momento, ao usuário e às autoridades sanitárias, e devidamente organizado/armazenado em serviço de arquivo destinado exclusivamente a este fim;
5. Manter sempre atualizado e preservado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, de todos os atendimentos realizados para efeito de comprovação da produção contratada;
6. Administrar e manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos médico-hospitalares, os de imagens e exames laboratoriais, e o instrumental necessário para a realização dos serviços contratados;
7. Administrar e manter, em perfeitas condições de uso, os bens móveis e imóveis integrantes do patrimônio da SES-DF que lhe forem confiados;
8. Alimentar e cumprir as regras de alimentação e processamento dos sistemas oficiais de registro e de notificação compulsória em saúde, bem como os sistemas administrativos e assistenciais oficiais disponibilizados pela SES/DF, independentemente de aquisição de sistemas próprios pelo IGESDF;
9. Manter rotinas administrativas de funcionamento e protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor ou Responsável Técnico;
10. Manter em pleno funcionamento os serviços de Ouvidoria presencial e não-presencial;
11. Dispor e manter estrutura física e parque tecnológico adequados ao perfil assistencial, com ambiente humanizado e seguro para os usuários, acompanhantes e trabalhadores;
12. Constituir legalmente e manter em pleno funcionamento as seguintes Comissões e Comitês:
 - a. Comissão de Óbitos;
 - b. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar –CCIH;
 - c. Comissão de Revisão de Prontuários;

d. Comissão de Ética Médica

e. Comissão de Ética de Enfermagem

13. Inscrever ou manter inscrição da UPA-SS no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito;

14. Registrar obrigatoriamente em prontuário eletrônico do paciente todos os procedimentos realizados na UPA-SS;

15. Executar atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

16. Manter efetivo funcionamento da grade de referência (compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade) e contrarreferência (compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade), instituída nas Centrais de Regulação da SES-DF;

17. Implantar e manter protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos;

18. Manter a notificação de doenças e agravos de Notificação Compulsória no SINAN e demais órgãos de Vigilância Epidemiológica que se fizerem necessários;

19. Desenvolver atividades de Qualidade e Segurança do Paciente. São realizados os registros de ocorrência no NOTIVISA.

20. A SES-DF deverá garantir a internação de pacientes encaminhados pela UPA-SS para continuidade do cuidado em serviços hospitalares de retaguarda e/ou permanência superior a 24 horas, após atendimento médico, se necessário, para internação e/ou acompanhamento ambulatorial, para continuidade do seu tratamento, de acordo com as pactuações de fluxo de atendimento regional.

ITEM II - Metas Quantitativas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Total de atendimentos médicos, realizados no estabelecimento.

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

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

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

c. Acolhimento com classificação de risco.

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

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

Na UPA, a classificação de risco adota o Modelo de Manchester (Manchester Triage System – MTS), que trabalha com algoritmos e discriminadores associados a tempos de espera simbolizados por cores. Esse modelo está sistematizado em vários países da Europa, cujo mecanismo de entrada é uma queixa ou situação de apresentação do paciente (JUNIOR,W. C et al, 2014).

Cada cor de classificação determina um tempo máximo para o atendimento ao paciente de forma a não comprometer a sua saúde:

- A classificação **vermelho**: representa o paciente que necessita de paciente imediato (emergência).
- A classificação **laranja**: representa o paciente que necessita de atendimento prontamente possível (muito urgente), sendo atendido em tempo máximo de 10 (dez) minutos.
- A classificação **amarelo**: refere-se ao paciente que precisa de avaliação, não sendo considerado um atendimento de emergência, já que possui condições clínicas para aguardar. Esse paciente é atendido em tempo máximo de 60 (sessenta) minutos.
- A classificação **verde**: representa o caso menos grave, que exige atendimento médico, mas pode ser assistido no consultório médico ambulatorialmente (pouco urgente). Essa paciente é atendido em tempo máximo de 120 (cento e vinte) minutos.
- A classificação **azul**: representa o caso de menor complexidade e sem problemas recentes, cujo paciente deve ser acompanhado no ambulatório médico ambulatorialmente. Esse paciente é atendido em tempo máximo de 240 (duzentos e quarenta) minutos.

A UPA é o local para atendimento e resolução de problemas descritos pelos pacientes com classificação VERDE.

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

II.II - Quadro de metas quantitativas

--

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

II.III - Quadro de avaliação de metas quantitativas

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

II.IV - Quadro de descontos

Pontuação total no cumprimento das metas quantitativas	% de desconto em 80% do contrato
De 401 a 500 pontos	Sem desconto
De 301 a 400 pontos	10% de desconto
De 201 a 300 pontos	20% de desconto
De 101 a 200 pontos	30% de desconto
De 00 a 100 pontos	40% de desconto

ITEM III - Metas Qualitativas

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

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

III.I - Descrição das metas de desempenho

a. Taxa de ocupação em sala amarela

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

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

Meta: manter índice $\geq 75\%$.

b. Taxa de mortalidade institucional

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

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

Meta: Manter indicador $\leq 1\%$

III.II - Avaliação das metas qualitativas

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

III.III - Quadro de descontos das metas qualitativas

Pontuação total no cumprimento das metas qualitativas	% de desconto em 20% do valor do repasse de custeio

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

14. ANEXO VIII – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE SOBRADINHO II – UPA-SOB II

ITEM I – Serviços Fomentados

A atividade assistencial da Unidade de Pronto Atendimento de Sobradinho II se concentra em atendimentos de saúde de complexidade intermediária, em que cabe ressaltar que, esta unidade compõem a rede assistencial da Região Norte em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar e o serviço de Atendimento Móvel de Urgência das regiões as quais estão situadas.

Esta unidade observa os critérios estabelecidos na Portaria Ministerial de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. A UPA-SOB II realiza serviço de urgência e emergência, devendo funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana. Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitarem de atendimento.

Deve manter os pacientes em observação, se necessário, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e deve ser garantido, pela SES/DF, o acolhimento do encaminhamento para internação daqueles pacientes que não tiveram suas queixas resolvidas para continuidade do cuidado em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

I.1 - Atendimento

A assistência é prestada, em regime de plantão, pelas equipes: médica, de enfermagem, de nutrição, de farmacêuticos, técnicos administrativos, técnicos de radiologia e técnicos de laboratório. O atendimento é realizado a demanda espontânea, a pacientes trazidos pelo SAMU e Corpo de Bombeiros. A assistência prestada compreende:

- Acolhimento;
- Classificação de risco;
- Consulta médica;
- Exames laboratoriais;
- Exames radiológicos;
- Administração medicamentosa;
- Observação na Sala Amarela ou Sala Vermelha, caso necessário.

Algumas considerações:

1. Será considerado atendimento de emergência a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, em razão de risco iminente de morte ou sofrimento intenso.
2. Será considerado atendimento de urgência a assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, mas que não implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso.

Os serviços na unidade de pronto atendimento serão guiados pelos seguintes princípios:

- a. Universalidade, equidade e integralidade no atendimento;
- b. Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- c. Atendimento priorizado, mediante utilização de protocolo de classificação de risco (MANCHESTER), com avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e/ou grau de sofrimento;
- d. Regionalização do atendimento às urgências e emergências, com articulação dos diversos níveis de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e
- e. Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

I.II - Estrutura Física

A Estrutura física da UPA deve estar registrada no CNES. A estrutura física e o registro no CNES devem constar no relatório anual. Se houver qualquer alteração, esta alteração deverá estar no relatório mensal referente ao fato.

I.III - Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico - SADT

Na UPA-SOB II são realizados exames de Raio X, exames laboratoriais de rotina e eletrocardiograma.

Nos casos em que são necessários outros exames, o IGESDF em articulação com a SES/DF deverá garantir o atendimento destes encaminhamentos na unidade de retaguarda de maior complexidade ou de acordo com regulação estadual.

Exames Bioquímicos	
Dosagem de Ácido Úrico	Dosagem de Fosforo
Dosagem de Amilase	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)
Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	Dosagem de Glicose
Dosagem de Cálcio	Dosagem de Magnésio
Dosagem de Cloreto	Dosagem de Potássio
Dosagem de Colesterol total	Dosagem de Proteínas totais e frações
Dosagem de Creatinina	Dosagem de sódio
Dosagem de Cretinofosfoquinase (CPK)	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Oxalacética (TGO)

Exames Bioquímicos	
Dosagem de Cretinofosfoquinase fração MB	Dosagem de Transaminase Glutamico-Piruvica (TGP)
Dosagem de Desidrogenase Láctica	Dosagem de Ureia
Dosagem de Fosfatase alcalina	---

Exames Hematológicos e Hemostasia
Determinação de Tempo e Atividade de Protrombina (TAP)
Hemograma completo
Exames Sorológicos e Imunológicos
Dosagem de troponina
Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (Anti-HCV)
Pesquisa de antígenos de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG)
Teste Treponêmico para Detecção de sífilis
Exame de Uroanálise
Análise de Carateres Físicos, elementos e sedimento da Urina
Exames Hormonais
Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (HCB, BETA HCG)
Exames microbiológicos
Cultura de bactérias para identificação
Exames em outros líquidos biológicos
Dosagem de Glicose no líquido sinovial e derrames

Raio-X		
Crânio	Tórax	Abdômen
Osso da face	Articulação Acrômio-Clavicular	Articulação Coxo-Femoral
Seios da face	Braço	Bacia

Coluna Cervical	Cotovelo	Calcâneo
Coluna lombo sacra	Escapula/ombro	Coxa
Coluna torácica	Mão	Joelho
Coluna Tóraco-Lombar	Punho	Pé

I.IV - Requisitos Gerais para a Execução do Contrato de Gestão

São condições mínimas necessárias para a execução do Contrato de Gestão pela UPA-SOB II:

1. A UPA-SOB II deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população de acordo com o seu perfil assistencial, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, nos 7 (sete) dias da semana e em todos os dias do ano.
2. Dispor de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível com o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e às resoluções dos Conselhos profissionais;
3. Dispor de responsável técnico, médico e de enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe;
4. Dispor de prontuário médico único para cada usuário, contendo as informações completas e corretas de seu quadro clínico e evolução, intervenções e exames realizados, redigidas de forma clara e precisa, datadas, assinadas (e carimbadas, no caso de prontuário em papel) pelo profissional responsável pelo atendimento médico, com seu respectivo número de CRM, e demais profissionais de saúde que o assistam. Deverá estar em estrita observância ao preconizado pela Resolução CFM 1638/2002. O prontuário deverá estar acessível, a qualquer momento, ao usuário e às autoridades sanitárias, e devidamente organizado/armazenado em serviço de arquivo destinado exclusivamente a este fim;
5. Manter sempre atualizado e preservado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, de todos os atendimentos realizados para efeito de comprovação da produção contratada;
6. Administrar e manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos médico-hospitalares, os de imagens e exames laboratoriais, e o instrumental necessário para a realização dos serviços contratados;
7. Administrar e manter, em perfeitas condições de uso, os bens móveis e imóveis integrantes do patrimônio da SES-DF que lhe forem confiados;
8. Alimentar e cumprir as regras de alimentação e processamento dos sistemas oficiais de registro e de notificação compulsória em saúde, bem como os sistemas administrativos e assistenciais oficiais disponibilizados pela SES/DF, independentemente de aquisição de sistemas próprios pelo IGESDF;
9. Manter rotinas administrativas de funcionamento e protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor ou Responsável Técnico;
10. Manter em pleno funcionamento os serviços de Ouvidoria presencial e não-presencial;
11. Dispor e manter estrutura física e parque tecnológico adequados ao perfil assistencial, com ambiente humanizado e seguro para os usuários, acompanhantes e trabalhadores;
12. Constituir legalmente e manter em pleno funcionamento as seguintes Comissões e Comitês:
 - a. Comissão de Óbitos;
 - b. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar –CCIH;
 - c. Comissão de Revisão de Prontuários;
 - d. Comissão de Ética Médica

e. Comissão de Ética de Enfermagem

13. Inscrever ou manter inscrição da UPA-SOB II no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito;

14. Registrar obrigatoriamente em prontuário eletrônico do paciente todos os procedimentos realizados na UPA-SOB II;

15. Executar atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

16. Manter efetivo funcionamento da grade de referência (compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade) e contrarreferência (compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade), instituída nas Centrais de Regulação da SES-DF;

17. Implantar e manter protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos;

18. Manter a notificação de doenças e agravos de Notificação Compulsória no SINAN e demais órgãos de Vigilância Epidemiológica que se fizerem necessários;

19. Desenvolver atividades de Qualidade e Segurança do Paciente. São realizados os registros de ocorrência no NOTIVISA.

20. A SES-DF deverá garantir a internação de pacientes encaminhados pela UPA-SOB II para continuidade do cuidado em serviços hospitalares de retaguarda e/ou permanência superior a 24 horas, após atendimento médico, se necessário, para internação e/ou acompanhamento ambulatorial, para continuidade do seu tratamento, de acordo com as pactuações de fluxo de atendimento regional.

ITEM II - Metas Quantitativas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Total de atendimentos médicos, realizados no estabelecimento.

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

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

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

c. Acolhimento com classificação de risco.

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

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

Na UPA, a classificação de risco adota o Modelo de Manchester (Manchester Triage System – MTS), que trabalha com algoritmos e discriminadores associados a tempos de espera simbolizados por cores. Esse modelo está sistematizado em vários países da Europa, cujo mecanismo de entrada é uma queixa ou situação de apresentação do paciente (JUNIOR,W. C et al, 2014).

Cada cor de classificação determina um tempo máximo para o atendimento ao paciente de forma a não comprometer a sua saúde:

- A classificação **vermelho**: representa o paciente que necessita de paciente imediato (emergência).
- A classificação **laranja**: representa o paciente que necessita de atendimento prontamente possível (muito urgente), sendo atendido em tempo máximo de 10 (dez) minutos.
- A classificação **amarelo**: refere-se ao paciente que precisa de avaliação, não sendo considerado um atendimento de emergência, já que possui condições clínicas para aguardar. Esse paciente é atendido em tempo máximo de 60 (sessenta) minutos.
- A classificação **verde**: representa o caso menos grave, que exige atendimento médico, mas pode ser assistido no consultório médico ambulatorialmente (pouco urgente). Essa paciente é atendido em tempo máximo de 120 (cento e vinte) minutos.
- A classificação **azul**: representa o caso de menor complexidade e sem problemas recentes, cujo paciente deve ser acompanhado no ambulatório médico ambulatorialmente. Esse paciente é atendido em tempo máximo de 240 (duzentos e quarenta) minutos.

A UPA é o local para atendimento e resolução de problemas descritos pelos pacientes com classificação VERDE.

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

II.II - Quadro de metas quantitativas

--

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

II.III - Quadro de avaliação de metas quantitativas

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

II.IV - Quadro de descontos

Pontuação total no cumprimento das metas quantitativas	% de desconto em 80% do contrato
De 401 a 500 pontos	Sem desconto
De 301 a 400 pontos	10% de desconto
De 201 a 300 pontos	20% de desconto
De 101 a 200 pontos	30% de desconto
De 00 a 100 pontos	40% de desconto

ITEM III - Metas Qualitativas

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

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

III.I - Descrição das metas de desempenho

a. Taxa de ocupação em sala amarela

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

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

Meta: manter índice $\geq 75\%$.

b. Taxa de mortalidade institucional

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

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

Meta: Manter indicador $\leq 1\%$

III.II - Avaliação das metas qualitativas

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

III.III - Quadro de descontos das metas qualitativas

Pontuação total no cumprimento das metas qualitativas	% de desconto em 20% do valor do repasse de custeio
---	---

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



Documento assinado eletronicamente por **OSNEI OKUMOTO - Matr.1699604-6, Secretário(a) de Estado de Saúde do Distrito Federal**, em 12/02/2021, às 18:02, 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 **MARCELO OLIVEIRA BARBOSA - MATR.0000859-8, Diretor(a)-Presidente-Interino(a)**, em 12/02/2021, às 18:28, 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 **MARCUS PAULO SANTOS GOMES - Matr.1687017-4, Técnico Administrativo**, em 12/02/2021, às 19:31, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA CALVET GUIMARAES - Matr.1693864-X, Testemunha**, em 17/02/2021, às 14:49, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0
 verificador= 56085441 código CRC= B34639C2.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

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