



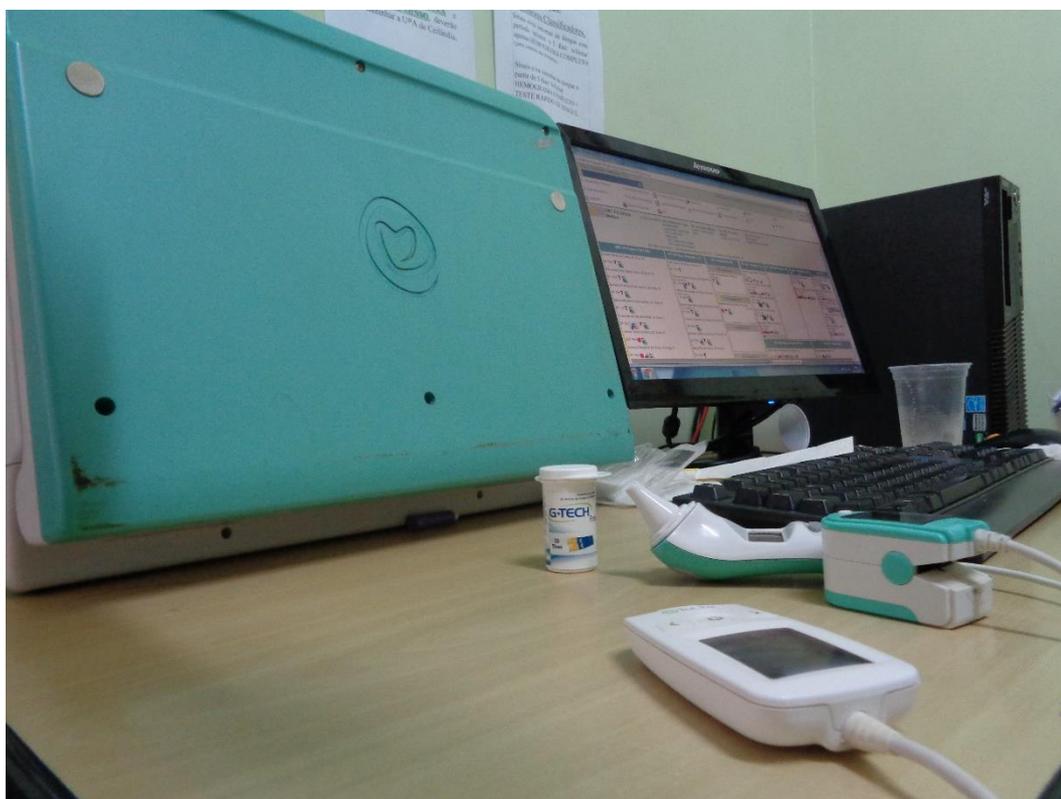
TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

AUDITORIA OPERACIONAL

RELATÓRIO FINAL

Acolhimento com Classificação de Risco nas Urgências e Emergências da Rede Pública de Saúde do DF

Processo nº 1778/2016-e



Brasília, 2017



RESUMO EXECUTIVO

A presente auditoria operacional foi realizada no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, tendo como objeto a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco para atendimento à população nas unidades de Atendimento às Urgências e Emergências na Rede Pública de Saúde Distrital.

No atual cenário em que se encontram os serviços de urgência e emergência das unidades hospitalares distritais – caracterizados pela sobrecarregada demanda em contraposição à oferta insuficiente, é imprescindível que a ordem de atendimento observe a gravidade clínica dos pacientes, sendo os casos mais graves socorridos mais precocemente. Nesse sentido, torna-se essencial um sistema de classificação de risco implementado para assegurar que esses doentes sejam observados por ordem de necessidade clínica, e não simplesmente por ordem de chegada.

Nesse contexto, a Secretaria de Saúde adota o Protocolo Manchester, que consiste na padronização do fluxo de atendimento dos pacientes, atribuindo a cada um deles uma das seguintes cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, respectivamente do mais grave ao menos urgente.

Assim, o Acolhimento com Classificação de Risco consiste na recepção humanizada do usuário nos serviços de urgência e emergência utilizando uma ferramenta empregada para priorizar o atendimento nos casos de maior gravidade.

O que o Tribunal buscou avaliar?

A auditoria teve como objetivo avaliar a implementação, a utilização e a tempestividade do Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de Atendimento às Urgências e Emergências na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal.

Para alcançar esse objetivo, foram propostas duas questões de auditoria:

1. A SES/DF implementou adequadamente, conforme a Portaria SES 69/2014, o Acolhimento com Classificação de Risco nas portas de acesso à Rede de Atenção às Urgências e Emergências?



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

2. O tempo decorrido entre a Classificação de Risco e o atendimento médico nas Emergências está de acordo com o preconizado pelo Protocolo Manchester?

O que o Tribunal encontrou?

No tocante à primeira questão, constatou-se que a SES/DF não implementou integralmente o Acolhimento com Classificação de Risco. Diversas unidades hospitalares do Distrito Federal avaliadas apresentaram: percentual reduzido de pacientes classificados clinicamente; intermitência na prestação do serviço; e inconsistência na inserção dos dados no Sistema informatizado. Ademais, as informações prestadas pela SES/DF e por alguns hospitais demonstram um acompanhamento desorganizado e impreciso em relação à demanda e à realização do Acolhimento nas portas de Urgência e Emergência do DF. Nessa senda, verificou-se que a SES/DF e as unidades hospitalares possuem registros inconsistentes e não dispõem de indicadores quantitativos e qualitativos, o que impõe óbices à adoção de melhorias na prestação de serviços.

Em relação à segunda questão, apurou-se que a tempestividade no atendimento de acordo com a priorização clínica não está adequada e suficiente, tendo sido identificado atraso na realização da classificação de risco, com demora acima do preconizado pelo Protocolo Manchester. Além disso, o trabalho demonstrou a não implantação pela SES/DF da Auditoria Interna, requisito necessário para o sucesso da implementação do referido protocolo.

Quais foram as proposições formuladas pela equipe de auditoria?

Entre as proposições formuladas à SES, destacam-se:

- definir a unidade administrativa responsável pela Política Nacional de Humanização, incluindo a gestão do Acolhimento com Classificação de Risco, promovendo a devida atualização da Portaria SES nº 69/2014;
- adotar medidas com vistas a adequar a estrutura de recursos humanos, a fim de que o Acolhimento com Classificação de Risco não dependa exclusivamente da disponibilidade de horas extras de servidores;



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

- realizar a capacitação dos recursos humanos para o Acolhimento com Classificação de Risco nas funções de: Classificador, Auditor Interno e Multiplicador;
- instituir indicadores que permitam o acompanhamento da implementação do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, de modo a permitir a avaliação da eficácia da política pública;
- estabelecer um protocolo padrão para o referenciamento de pacientes que não possam ser atendidos na unidade demandada;
- regulamentar a sistemática de inserção de dados dos usuários da Rede de Urgência e Emergência, de modo a garantir informações completas e fidedignas no sistema informatizado de gestão hospitalar hospitalar;

Cabe ressaltar que tais proposições ainda carecem de deliberação do Plenário.

Quais os benefícios alcançados e esperados com a atuação do Tribunal?

Espera-se, com a adoção das medidas propostas pelo Tribunal, melhorias no grau de implementação e na tempestividade do Acolhimento com Classificação de Risco, o conhecimento, por parte da SES/DF e da sociedade, das reais condições de atendimento das unidades de Urgência e Emergência no Distrito Federal, bem como o emprego periódico e frequente de medidas corretivas com base em indicadores gerenciais. Almeja-se, ainda, o máximo aproveitamento dos recursos humanos e materiais disponíveis na SES/DF.



Sumário

1	Introdução	6
1.1	Apresentação	6
1.2	Identificação do Objeto.....	6
1.3	Contextualização.....	11
1.4	Objetivos	14
1.4.1	Objetivo Geral.....	14
1.4.2	Objetivos Específicos	15
1.5	Escopo	15
1.6	Montante Fiscalizado	16
1.7	Metodologia.....	16
1.8	Critérios de auditoria	18
1.9	Avaliação de Controle Interno	18
2	Resultados da Auditoria	19
2.1	QA 1 – A SES/DF implementou adequadamente, conforme a Portaria 69/2014, o Acolhimento com Classificação de Risco nas portas de acesso à Rede de Atenção às Urgências e Emergências?	19
2.1.1	Achado 1 – Baixo nível de implementação do Acolhimento com Classificação de Risco pelo Protocolo Manchester.....	20
2.1.2	Achado 2 – Ausência de controle e baixa confiabilidade dos dados provenientes da Classificação de Risco pelo Protocolo Manchester	31
2.2	QA 2 – O tempo decorrido entre a Classificação de Risco e o atendimento médico nas Emergências está de acordo com o preconizado pelo Protocolo Manchester?	36
2.2.1	Achado 3: Intempestividade na realização da Classificação de Risco ..	36
2.2.2	Achado 4 – Intempestividade no atendimento aos usuários.....	39
2.2.3	Achado 5 – Não realização de Auditorias Interna e Externa no Protocolo Manchester de Classificação de Risco	46
2.3	Boas Práticas	49
3	Conclusão	51
4	Proposições	52
	ANEXO I - PLANO DE AÇÃO	55



1 Introdução

1.1 Apresentação

1. Trata-se de auditoria para avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR no atendimento à população nas unidades de Urgências e Emergências na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, realizada na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), conforme determinado na Decisão Plenária nº 6.062/2015 (Fiscalização 1.0009.16).
2. A execução da presente auditoria compreendeu o período de janeiro a setembro de 2016.

1.2 Identificação do Objeto

3. O objeto da auditoria foi a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR nas unidades de Atendimento às Urgências e Emergências na Rede Pública de Saúde Distrital, assim como sua utilização e tempestividade.
4. No atual cenário em que se encontram os serviços de urgência e emergência das unidades hospitalares distritais – caracterizados pela sobrecarregada demanda em contraposição à oferta insuficiente –, é imprescindível que a ordem de atendimento observe a gravidade clínica dos pacientes, sendo os casos mais graves socorridos mais precocemente. Nesse sentido, torna-se essencial um sistema de classificação de risco implementado para assegurar que os doentes sejam observados por ordem de necessidade clínica, e não simplesmente por ordem de chegada.
5. Nesse contexto surge o Protocolo Manchester, uma metodologia de triagem desenvolvida pelo hospital britânico *Manchester Royal Infirmary*, nos anos 1990 – na época, recomendada para todo o Reino Unido e, posteriormente, difundida internacionalmente.
6. Em linhas gerais, o Protocolo Manchester consiste na adoção de uma padronização na organização do fluxo de atendimento dos pacientes, atribuindo a cada paciente que chega às portas de atendimento uma das seguintes cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, respectivamente do mais grave ao menos urgente. O referido protocolo será detalhado mais adiante.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

7. No Brasil, a observância dos sistemas de triagem de pacientes foi estabelecida pela primeira vez em 2002, na Portaria 2048, do Ministério da Saúde, sobre a organização dos sistemas de urgência. Já no âmbito do Distrito Federal, a implantação do Protocolo Manchester ocorreu por meio da Portaria 69/2014, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF.

8. Para tanto, contrato de fornecimento de *solução* (denominada TRIUS) foi celebrado com a empresa TOLIFE IMPORTAÇÃO, EXPORTAÇÃO E COMÉRCIO DE PRODUTOS MÉDICOS LTDA., para classificação de risco clínico e organização de fluxo de pacientes. O termo “solução”, no presente contexto, refere-se à combinação de um equipamento computadorizado com um software instalado, cuja finalidade é auxiliar o profissional de saúde na classificação de risco e no registro de informações.

Figura 01: “Solução” TRIUS



Fonte: Equipe de Auditoria

9. Esta “solução” contratada viabilizaria a realização de auditorias (tanto interna quanto externa), uma vez que os dados relativos à classificação de risco são arquivados e organizados em relatórios na base de dados que compõe o TRIUS. O sistema informatizado de administração hospitalar da SES, chamado TRAKCARE, também foi adaptado para funcionar em conjunto com o TRIUS.

10. Com a extinção do contrato com a empresa TOLIFE e diante da falta de manutenção do TRIUS, a auditoria consistiu na análise de planilhas eletrônicas encaminhadas pela SES, obtidas do TRAKCARE, com os registros relativos à classificação de risco efetuados nas unidades hospitalares que constam da amostra.



Estrutura da Secretaria de Estado de Saúde – SES/DF

11. A estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal foi reformulada recentemente pelos Decretos Distritais 36.918/2015¹, 37.057/2016² e 37.581/2016³.

12. O Decreto Distrital 36.918/2015 dispõe sobre a composição da Administração Central da referida pasta⁴. Posteriormente, este normativo foi alterado pelo Decreto Distrital 37.581/2016.

13. Já o Decreto Distrital 37.057/2016 estabelece, no âmbito da SES/DF, as Superintendências de Regiões de Saúde, as Unidades de Referência Assistencial e as Unidades de Referência Distrital.

14. Com base na nova estrutura organizacional traçada pelos normativos citados e tendo em vista o objeto da presente auditoria, os trabalhos foram desenvolvidos nas seguintes unidades: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Coordenação de Redes e Integração de Serviços (CORIS), Diretoria de Assistência de Enfermagem (DIENF)⁵, Gerência de Assistência de Enfermagem (GENF), Diretoria de Urgência e Emergência (DIURE), bem como as Urgências e Emergências do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), dos Hospitais Regionais do Gama (HRG), de Ceilândia (HRC), de Taguatinga (HRT) e de Sobradinho (HRS).

¹ DISTRITO FEDERAL. Decreto Distrital 36.918, de 26 de novembro de 2015. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/18d4937a92aa49eba6b56ecc14a31b76/Decreto_36918_26_11_2015.html>. Acesso em 19 fev. 2017.

² DISTRITO FEDERAL. Decreto Distrital 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em <http://www.tc.df.gov.br/sinj/BaixarArquivoNorma.aspx?id_file=1ffda413-ebdb-3edf-bd6e-87db841389d8>. Acesso em 03 fev. 2016.

³ DISTRITO FEDERAL. Decreto Distrital 37.581, de 29 de agosto de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/b97397d6d3244459a983412b4e075eb5/Decreto_37581_29_08_2016.html>. Acesso em 08 mar. 2016.

⁴ A Administração Central da SES/DF é composta pelas seguintes estruturas: Gabinete; Ouvidoria; Assessoria Jurídico-Legislativa; Diretoria Executiva do Fundo de Saúde do Distrito Federal; Corregedoria da Saúde; Subsecretaria de Vigilância à Saúde; Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde; Subsecretaria de Planejamento em Saúde; Subsecretaria de Administração Geral; Subsecretaria de Gestão de Pessoas; e Subsecretaria de Logística e Infraestrutura da Saúde (Anexo I do Decreto Distrital 36.918/2015).

⁵ A DIENF foi criada pelo Decreto Distrital 37.851, de 29/08/2016. A partir desse mesmo normativo, a Gerência de Assistência de Enfermagem (GENF) passou a integrar essa Diretoria – anteriormente, tal Gerência pertencia à estrutura da Diretoria de Assistência Multidisciplinar (DIAM).

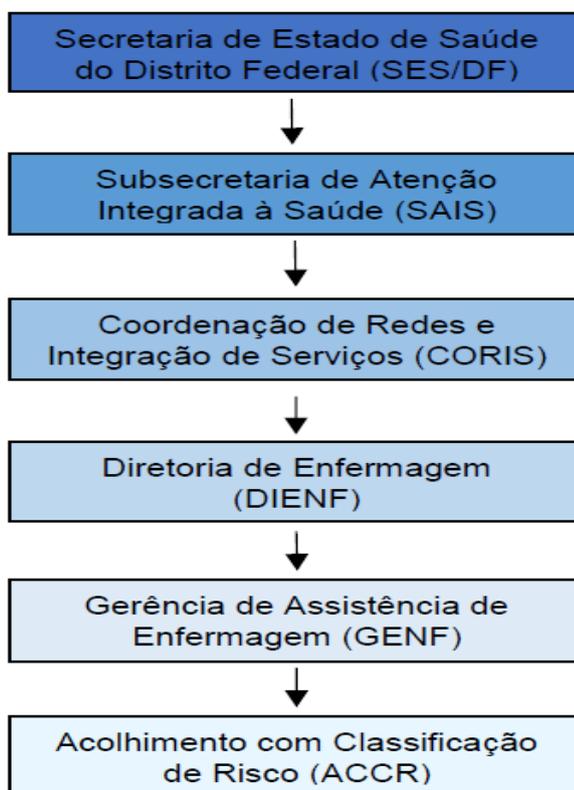


TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

15. Com a supracitada alteração da estrutura administrativa realizada em 26 de novembro de 2015, a Coordenação responsável pela gestão da Política de Humanização – e, conseqüentemente, pela gestão da Classificação de Risco – foi extinta.

16. Desse modo, a competência para implementar o ACCR foi deslocada para a Gerência de Assistência de Enfermagem (GENF), inserida na seguinte estrutura a seguir representada:

Figura 02: Gestão da Classificação de Risco



Fonte: Decretos Distritais 36.918/2015 e 37.581/2016

17. A seguir são elencados os principais gestores da SES/DF vinculados ao objeto da fiscalização:

Quadro 1: Principais gestores vinculados ao objeto da fiscalização⁶

Identificação do Gestor	Cargo/Função	Período
Humberto Lucena Pereira da Fonseca	Secretário de Estado de Saúde	02/03/2016 até a data de conclusão deste trabalho
Eliene Ancelmo Berg	Secretário Adjunto de Saúde	24/07/2015 até a data de conclusão deste trabalho

⁶ Posição em 07/11/2016.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Daniel Seabra	Subsecretário de Atenção Integral à Saúde – SAIS	10/03/2016 até a data de conclusão deste trabalho
Martha Gonçalves Vieira	Coordenador de Redes e Integração de Serviços – CORIS	29/02/2016 até a data de conclusão deste trabalho
Fernando Henrique de Paula Uzzuelli	Diretor de Urgência e Emergência – DIURE	29/09/2016 até a data de conclusão deste trabalho
Josete Mendonça Mesquita dos Anjos	Diretoria de Enfermagem	30/08/2016 até a data de conclusão deste trabalho

Legislação Aplicável

18. A Portaria SES 69/2014⁷ definiu critérios para implantação, implementação e monitoramento do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção de urgência e emergência fixos na Rede de Saúde do Distrito Federal.

19. A seguir, são elencados os marcos normativos relacionados ao tema, os quais foram utilizados como parâmetro ao objeto da fiscalização:

Quadro 2: Legislação e Normas Aplicáveis

Norma	Objeto
Constituição Federal	Estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado.
Lei nº 8.080/1990	Lei Orgânica da Saúde.
Anexo da Portaria GM/MS nº 2.048/2002	Estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
Anexo da Portaria GM/MS nº 4.279/2010	Estabelece diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria GM/MS nº 1.600/2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria GM/MS nº 2.395/2011	Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria GM/MS nº 1.663/2012	Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede

⁷ DISTRITO FEDERAL. Portaria 69, de 11 de abril de 2014. Define critérios para implantação, implementação e monitoramento do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção de urgência e emergência fixos da Rede de Saúde do Distrito Federal. Disponível em <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2014/Abr/15/portaria-no-69-de-11-de-abril-de-2014-define>>. Acesso em 03 fev. 2016.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

	de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).
Portaria GM/MS nº 3.390/2013	Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
Portaria GM/MS nº 354/2014	Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Urgência e Emergência”.
Portaria SES/DF nº 69/2014	Define critérios para implantação, implementação e monitoramento do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção de urgência e emergência fixos da Rede de Saúde do Distrito Federal.

Fonte: Diário Oficial do Distrito Federal – DODF

1.3 Contextualização

20. Os serviços de atendimento às Urgências possuem alguns desafios a serem superados: superlotação, processos de trabalho fragmentados, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito ao direito do cidadão, falta de articulação com os demais serviços da rede, entre outros. A necessidade de estabelecer processos que melhorem o acesso da população às Rede de Atenção às Urgências e Emergências justifica a realização deste trabalho.

21. Assim, em consonância com a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) – criada para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, almejando a qualificação da saúde pública no Brasil e o incentivo das trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários –, a estratégia de acolhimento dos usuários dos serviços de saúde deve ser orientada pela **classificação de risco**. Esse procedimento consiste na recepção do usuário por um profissional habilitado, que deve escutar a queixa, os medos, as expectativas; analisar a situação de saúde do indivíduo; identificar o risco e a vulnerabilidade; e, assim, definir as prioridades e os fluxos ideais de atendimento⁸.

22. A classificação de risco é uma ferramenta que:

- organiza a fila de espera;
- propõe outra ordem de atendimento que não a de chegada;

⁸ A ausência de definição de riscos ou de graus de sofrimento, além de possibilitar a piora do quadro clínico do cidadão, pode levar o cidadão a óbito.



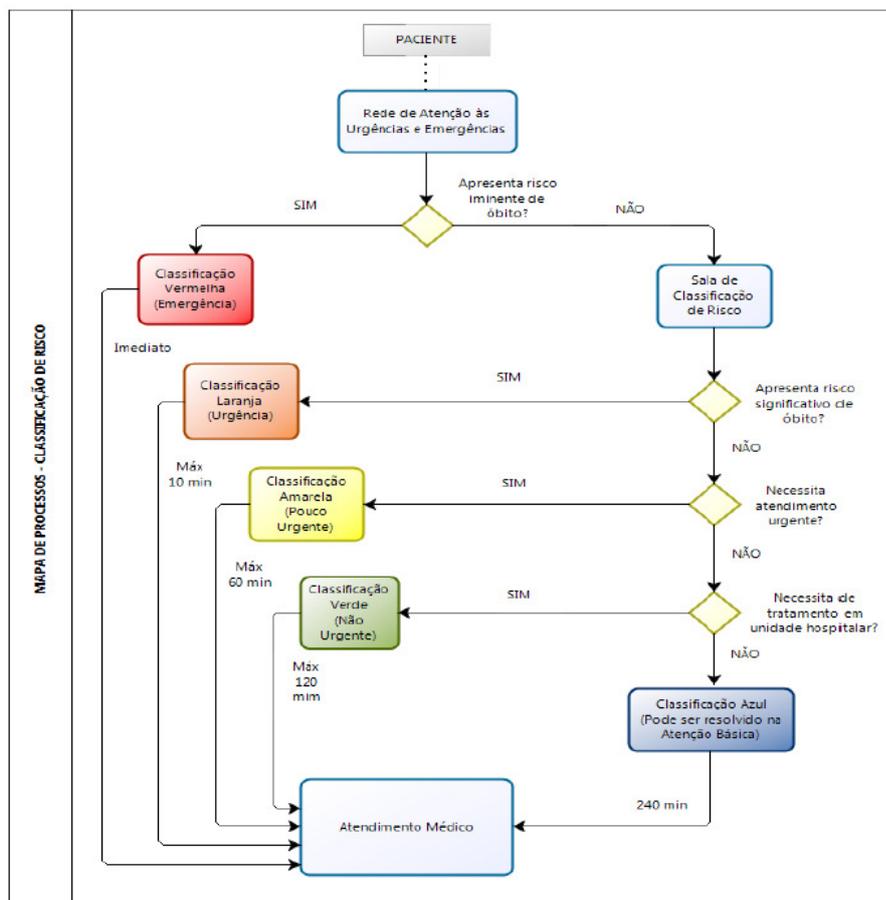
TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

- garante o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado;
- informa o paciente que não corre risco imediato;
- estima um tempo de espera;
- promove o trabalho em equipe;
- estimula o comprometimento com a qualidade no cuidado ao paciente, zelando pelo seu bem-estar;
- aumenta a satisfação dos usuários; e
- fortalece a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

23. O ACCR configura-se como uma intervenção decisiva na reorganização das portas de atendimento às urgências e emergências, extrapolando a gestão hospitalar local e interferindo no cotidiano das práticas de saúde. O ACCR foi implementado no Distrito Federal utilizando o Protocolo Campinas (quatro cores) e posteriormente substituído pelo Protocolo Manchester (cinco cores) em 2013⁹.

24. O Protocolo Manchester estabelece os processos de tomada de decisão, definindo as prioridades de atendimento nas portas da Urgência e Emergência, a classificação destas prioridades por cores (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho – em ordem crescente de gravidade da enfermidade que acomete o usuário) e a indicação dos tempos máximos de atendimento respectivos para cada cor.

⁹ Relatório Final de Auditoria - Processo TCDF nº 1.836/2013.


Figura 03: Mapa de Processos – Classificação de Risco


Fonte: Equipe de Auditoria

25. Conforme dito anteriormente, este protocolo tem por objetivo disponibilizar um atendimento mais célere aos casos de maior gravidade, tendo sido inicialmente implantado no sistema de saúde do Distrito Federal por meio de solução denominada TRIUS, que consiste na combinação de um equipamento com um software nele instalado, cujo intuito seria auxiliar o profissional na avaliação do risco, bem como armazenar os dados da referida classificação (a serem utilizados em futuras auditorias).

26. Vale destacar que o TRIUS e o TRAKCARE são instrumentos distintos. O TRIUS é uma ferramenta completa que consolida hardware, software e equipamentos clínicos¹⁰ necessários à classificação de risco. Já o TRAKCARE corresponde a um sistema unificado de informação utilizado pela Secretaria de Saúde, onde são registrados os dados dos serviços médico-hospitalares.

¹⁰ Equipamento possui acoplado aferidor de pressão e outros parâmetros clínicos.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

27. Por se tratar de equipamento locado, após a extinção do contrato (no início de 2015) e diante da falta de manutenção do TRIUS, os registros passaram a ser feitos diretamente no TRAKCARE.

28. A Secretaria de Estado de Saúde, por meio da Portaria SES 69, de 11 de abril de 2014, estabeleceu os critérios para implementação e monitoramento do Protocolo Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção de urgência e emergência fixos na Rede de Saúde do Distrito Federal. A seguir, transcrevem-se trechos da referida Portaria:

*“Art. 1º Define o Sistema¹¹ Manchester de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência como **instrumento de ordenamento da demanda porta das urgências e emergências por priorização de risco e de gestão de urgência hospitalar.***

Parágrafo único: Que o Sistema Manchester de Classificação de Risco é ferramenta única de organização dos fluxos de atendimento e manejo clínico de risco priorizando os casos mais graves em todos os setores de urgência e emergência fixas da rede de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;

(...)

Art. 2º § 7º Garantir o atendimento médico dos usuários classificados como prioridades clínicas: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul dentro do tempo-alvo ou tempo-resposta máximo preconizado pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco;

(...)

§ 11º Garantir a utilização da Solução de Classificação de Risco nas salas de classificação de risco de forma a assegurar o registro de todos os dados necessários para realização de auditorias internas e elaboração fidedigna de relatórios gerenciais;” (grifou-se)

29. Assim, a efetividade da implementação e utilização e, ainda, o atendimento ao cidadão dentro do tempo-resposta preconizado no protocolo adotado foram os objetos desta fiscalização.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

30. A presente auditoria teve como objetivo geral avaliar a implementação, a utilização e a tempestividade do Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de Atendimento às Urgências e Emergências na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal.

¹¹ Nesta Fiscalização, optou-se por utilizar a expressão “Protocolo Manchester” para facilitar a compreensão, visto não se tratar de sistema informatizado.



1.4.2 Objetivos Específicos

31. As questões de auditoria foram assim definidas:

1. A SES/DF implementou adequadamente, conforme a Portaria SES 69/2014, o Acolhimento com Classificação de Risco nas portas de acesso à Rede de Atenção às Urgências e Emergências?
2. O tempo decorrido entre a Classificação de Risco e o atendimento médico nas Emergências está de acordo com o preconizado pelo Protocolo Manchester?

1.5 Escopo

32. O escopo desta fiscalização alcançou as unidades hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e os relatórios gerenciais e de controle da Classificação de Risco disponibilizados no Sistema TRAKCARE.

33. A Rede Pública de Saúde do DF está constituída por 16 Hospitais¹², tendo sido selecionadas para visitas e aplicação de procedimentos de auditoria as seguintes portas de Urgência e Emergência:

- Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF);
- Hospital Regional da Asa Norte (HRAN);
- Hospital Regional de Taguatinga (HRT);
- Hospital Regional de Ceilândia (HRC);
- Hospital Regional do Gama (HRG);
- Hospital Regional de Sobradinho (HRS).

34. As referidas unidades hospitalares foram escolhidas em razão de seu grande porte e de sua representatividade¹³ no atendimento às Urgências e Emergências na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal.

¹² Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital Materno-Infantil de Brasília, Hospital Regional da Asa Norte, Hospital Regional de Samambaia, Hospital Regional de Santa Maria, Hospital Regional do Paranoá, Hospital Regional de Brazlândia, Hospital Regional de Ceilândia, Hospital Regional de Taguatinga, Hospital Regional do Gama, Hospital Regional de Planaltina, Hospital Regional de Sobradinho, Hospital Regional do Guarã, Hospital São Vicente de Paula, Hospital de Apoio de Brasília e Instituto de Saúde Mental.

¹³ Os seis hospitais a serem fiscalizados correspondem a 44,27% dos pacientes atendidos em consultas nas atividades de Emergência do Distrito Federal, conforme dados retirados do “Relatório dos Serviços Médico-Hospitalares e Consultas”, emitido pela SES, referente ao exercício de 2014. Disponível em:



1.6 Montante Fiscalizado

35. O montante empenhado para custeio da contratação do TRIUS, de acordo com o Sistema Integrado de Gestão Governamental – SIGGO, consta do Quadro a seguir:

Quadro 03: Montante Empenhado

Exercício	NE	Valor (R\$)
2013	2013NE00042	633.477,75
	2013NE02049	1.407.728,32
	2013NE09808	850.000,00
	2013NE00025	110.258,75
	2013NE03958	166.299,39
	2013NE10236	64329,88
2014	2014NE01805	82.381,29
	2014NE00050	351.932,08
	2014NE02873	134.976,15
	2014NE04321	447.876,06
	2014NE04452	203.946,36
	2014NE07976	746.135,03
2015	2015NE06993	67.100,14
Total (R\$)		5.266.441,20

Fonte: SIGGO. UO 23901. Consulta em 04/02/2016.

36. Além desses valores, a parcela do orçamento referente à Rede de Urgências e Emergências que é destinada ao Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR também deveria compor o montante fiscalizado. No entanto, como a SES não dispõe de gerenciamento de custos e, conseqüentemente, o valor direcionado ao ACCR é desconhecido, fica impossibilitada a definição exata dos valores que financiam o funcionamento do presente objeto de auditoria.

1.7 Metodologia

37. A presente auditoria buscou atuar de forma concomitante, por meio de procedimentos de controle efetuados no momento da prática da conduta administrativa, visando fortalecer o caráter preventivo e promover melhorias tempestivamente.

38. Assim, a metodologia efetivou-se por meio de visitas mensais às unidades hospitalares, em conjunto com o exame de relatórios emitidos pelo sistema TRAKCARE. As avaliações tiveram o objetivo de evidenciar a situação encontrada e informar aos

<http://www.saude.df.gov.br/images/Dados%20Estatisticos/Relatorio_dos_Serv_Hosp_e_Consultas_2014.pdf>. Acesso em: 08 mar.2016.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

gestores da SES os resultados da classificação de risco observados *in loco* e os registrados no sistema informatizado da Secretaria para que pudessem adotar medidas com vistas ao aperfeiçoamento da prestação de serviço à população.

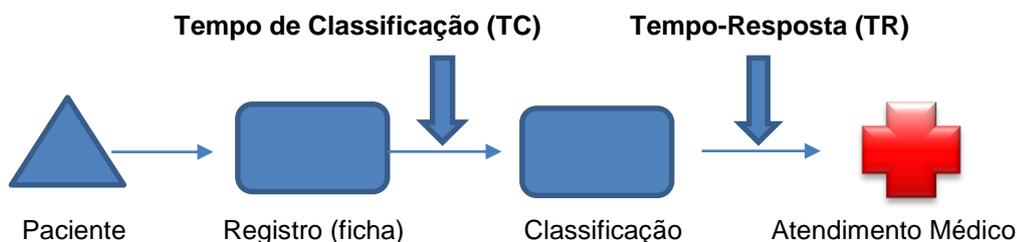
39. Foram realizadas avaliações durante o período de 8 (oito) meses. Os resultados foram objeto de análises bimestrais, as quais foram comparadas com os dados obtidos anteriormente, a fim de verificar se houve progressão e melhorias.

40. Os resultados de cada uma das avaliações foram formalizados por meio de Informações¹⁴ que foram encaminhadas pelo Plenário do Tribunal aos gestores e unidades hospitalares avaliadas, cujos resultados encontram-se consolidados no presente relatório, que inclui a proposição de medidas para o aperfeiçoamento da gestão.

41. Denominou-se “**tempo de classificação**” o período transcorrido entre o registro da presença do paciente na unidade hospitalar, realizado na recepção, e a classificação, efetivada na sala de classificação de risco por um enfermeiro capacitado. Conforme o Protocolo Manchester, o intervalo máximo de espera é de 10 minutos. Este intervalo foi avaliado mensalmente considerando o horário de registro do paciente no sistema e o horário do registro da “cor” proveniente da Classificação de Risco.

42. Para exame da tempestividade na realização do atendimento médico, foi considerado o “**tempo-resposta**”, que é o intervalo entre a classificação de risco e o primeiro atendimento médico, por meio da primeira evolução clínica registrada no sistema. O “tempo-resposta” foi comparado com o tempo preconizado pelo Protocolo Manchester de classificação de risco.

Figura 4 - Fluxo de Acolhimento



Fonte: Equipe de Auditoria

¹⁴ Informações nºs 09/2016-DIAUD2 (e-DOC C8C84C85-e), 14/2016-DIAUD2 (e-DOC D753D0FB-e) e 23/2016-DIAUD2 (e-DOC 751DB19B-e).



43. Por fim, vale mencionar que a versão prévia do presente Relatório de Auditoria foi encaminhada à SES, por meio do Despacho Singular nº 354/2016 – GC/MA e do Ofício nº 11.443/2016-GP, de 17/11/2016 (e-DOC 6D70A04D-e, Peça 175), para conhecimento e manifestação, conforme dispõe o Capítulo 6 do Manual de Auditoria do TCDF.

44. O HBDF, por meio do Ofício 2050/2016 (e-DOC A81C1155-c, Peça 204) informou que o fluxo do Acolhimento com Classificação de Risco permanece em avaliação interna com o objetivo de aperfeiçoar o Sistema.

45. A Superintendência da Região de Saúde Norte, por meio do Ofício 70/2016 (e-DOC B89AE058-c, Peça 206) apresentou informações parciais, as quais foram reiteradas por meio do Ofício nº 2.945/2016 – GAB/SES, 26/12/2016 (e-DOC 7651C1F0-c, Peça 207). Neste último, também com informações parciais, a Secretaria de Saúde solicitou a prorrogação do prazo, por 30 (trinta) dias, para encaminhamento das manifestações pendentes. No entanto, o pedido formulado pela jurisdicionada foi indeferido pela Decisão nº 39/2017, de 19/01/2017, em razão da Resolução TCDF nº 271/2014.

46. A SES encaminhou informações complementares a esta Corte de Contas por meio do Ofício nº 241/2017 – GAB/SES, de 03/02/2017, contendo esclarecimentos prestados pelas Superintendências das Regiões de Saúde Oeste, Centro-Norte e Leste.

1.8 Critérios de auditoria

47. Os critérios utilizados na presente auditoria foram extraídos da Portaria SES 69/14 e das Portarias do Ministério da Saúde mencionadas no Quadro 2.

1.9 Avaliação de Controle Interno

48. A unidade administrativa responsável pela gestão da Política de Humanização – e, conseqüentemente, pelo ACCR – era a Coordenação Central da Política de Humanização¹⁵, conforme constatado em consulta ao processo 060.007.922/2012¹⁶, instaurado no âmbito da SES/DF.

¹⁵ Na antiga estrutura da Secretaria de Saúde, a referida Coordenação estava inscrita no Escritório de Projetos Estratégicos, do Gabinete da SES/DF, nos termos da Portaria SES nº 16/2012.

¹⁶ O Processo nº 060-007922/2012 teve como objeto a contratação de empresa especializada para o



49. No entanto, com a recente reforma da estrutura administrativa da SES, estabelecida por meio do Decreto Distrital 36.918/2015 – posteriormente alterado pelo Decreto Distrital 37.581/2016 –, tal unidade coordenadora foi extinta. Assim, a competência para implementar o ACCR foi deslocada para a Diretoria de Enfermagem (DIENF/CORIS/SAIS), com apoio da Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências (DIURE/CATES/SAIS), segundo a Coordenadora de Redes e Integração de Serviços. (PT_24).

50. Todavia, ocorre que até o início desta fiscalização a atribuição seria da Gerência de Assistência de Enfermagem, sendo que o cargo de Gerente da GENF não havia sido ocupado. Isso inviabilizou a Avaliação do Controle Interno na gestão da Política de ACCR, e ainda, nas unidades hospitalares do Distrito Federal, tendo em vista que não há procedimentos de controle interno implementados para serem avaliados, diante da ausência de gestor responsável.

51. Assim, a avaliação do controle interno restou prejudicada pela ausência de gestor responsável pelo ACCR no início dos trabalhos desta auditoria, situação alterada pelo Decreto nº 37.581 de 29/08/2016 que cria a Diretoria de Enfermagem e nomeia sua gestora.

2 Resultados da Auditoria

2.1 QA 1 – A SES/DF implementou adequadamente, conforme a Portaria SES 69/2014, o Acolhimento com Classificação de Risco nas portas de acesso à Rede de Atenção às Urgências e Emergências?

Não, a SES não implementou integralmente o Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal, não realizando a priorização clínica em grande parte de seus pacientes. Ademais, quando o Acolhimento com Classificação de Risco é realizado, este não é tempestivo, verificando-se ainda deficiências no cumprimento dos prazos de atendimento estabelecidos pelo Protocolo Manchester.

fornecimento de Solução para Classificação de Risco realizada nos Pontos de Atenção a Urgência e Emergência da Rede de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.



2.1.1 Achado 1 – Baixo nível de implementação do Acolhimento com Classificação de Risco pelo Protocolo Manchester

Critério

52. Utilização de indicadores para aferição do nível de implementação do ACCR; Atendimento aos indicadores pactuados no PPA (2012-2015) relativos à Classificação de Risco; Utilização do Protocolo Manchester como instrumento de ordenamento da demanda porta das urgências e emergências; Portaria SES 69/2014.

Análises e Evidências

53. A implementação e a utilização do Protocolo Manchester de Classificação de Risco como instrumento de ordenamento da demanda na porta das urgências e emergências por priorização do risco e de gestão da urgência hospitalar foram regulamentadas por meio da Portaria SES nº 69 de 11 de abril de 2014 (PT_20).

54. A licença de uso do Sistema Manchester de Classificação de Risco, assim como a capacitação dos servidores da SES/DF para sua operacionalização, foi fornecida pelo “Grupo Brasileiro de Classificação de Risco” (PT_12 - processo GDF nº 060.008.470/2012) detentor do direito de exclusividade na utilização do *Manchester Triage System (MTS)*.

55. A contratação resultou no fornecimento de material didático e capacitação para 460 (quatrocentos e sessenta) servidores classificadores e 52 (cinquenta e dois) auditores internos (PT_12, fls. 161). Segundo o relatório final de execução do contrato (PT_12, fls. 161/162) foram aprovados 291 (duzentos e noventa e um) classificadores e 42 (quarenta e dois) auditores internos (médicos e enfermeiros). Os potenciais multiplicadores validados totalizaram 15 (quinze) profissionais.

56. Esta implementação contava com a utilização da “Solução”¹⁷ para Classificação de Risco, o Equipamento TRIUS, citado anteriormente (§8º). A contratação celebrada se deu por meio do contrato com a empresa TOLIFE IMPORTAÇÃO, EXPORTAÇÃO E COMÉRCIO DE PRODUTOS MÉDICOS LTDA., fornecedora do citado equipamento, findada em janeiro de 2015, não havendo renovação ou novo aditivo contratual visando o prosseguimento da Política Pública.

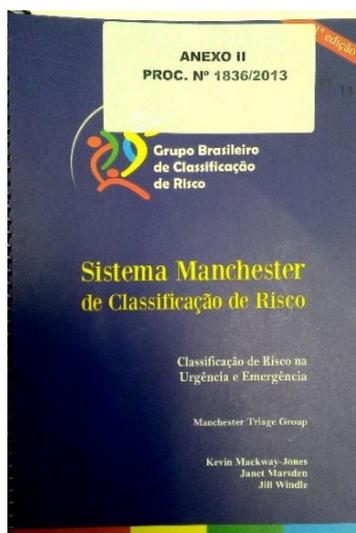
¹⁷ Solução: refere-se à combinação de um equipamento computadorizado com um software nele instalado, cuja finalidade é auxiliar o profissional de saúde na classificação de risco e no registro de informações



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

57. Constatou-se a possibilidade de realização do Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR sem a “Solução” informatizada, embora o intervalo de tempo necessário para realizá-la seja maior, conforme entrevistas com servidores. Tal procedimento depende da utilização do Manual impresso (foto abaixo) e de diversos equipamentos que possam auxiliar no diagnóstico e priorização clínica¹⁸.

Figura 05: Livro: Sistema Manchester de Classificação de Risco.



Fonte: PT_19

58. A Coordenação Central desta Política, ou o setor que estabeleceria as diretrizes para implementação do Protocolo Manchester sem a utilização da referida Solução, seria a Coordenação Central da Política Nacional de Humanização – CCPNH/SES/DF, componente do Escritório de Projetos Estratégicos¹⁹, responsável pela capacitação dos servidores, pelo relacionamento com os gestores para implantação, e pelo registro de dados sobre a implementação.

59. Ocorre que com as alterações da estrutura administrativa da SES/DF ocorridas em 2015 e 2016²⁰, não foi possível localizar a unidade que tenha assumido as atribuições

¹⁸ Como estetoscópio adulto e infantil; esfigmomanômetro adulto e infantil; otoscópio adulto e infantil; oxímetro de pulso; equipamentos para aferição de glicemia capilar; entre outros, conforme Portaria GM/MS nº 354 de 10 de março de 2014.

¹⁹ Portaria SES nº 69 de 15 de abril de 2014 (PT_20).

²⁰ DISTRITO FEDERAL. Decreto Distrital 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em <http://www.tc.df.gov.br/sinj/BaixarArquivoNorma.aspx?id_file=1ffda413-ebdb-3edf-bd6e-87db841389d8>. Acesso em 25 jul. 2016.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

do referido Escritório. Assim, a competência para implementar o ACCR foi deslocada para a Diretoria de Enfermagem (DIENF), com apoio da Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências (DIURE) (PT_21, PT_24).

60. Para a realização desta fiscalização não foi possível a utilização dos relatórios emitidos pelo TRIUS ou mesmo as auditorias internas periódicas que deveriam ser efetuadas pelos gestores locais.

61. Diante da impossibilidade de obtenção de dados por meio da “Solução Informatizada”, foi solicitado à SES/DF a elaboração de uma planilha de dados editável constando informações sobre os pacientes registrados nas unidades hospitalares, a cor de sua classificação, a hora de registro (recepção), a hora da realização da classificação de risco e o registro da primeira evolução clínica do paciente. Segue abaixo amostra da planilha editável enviada pela SES/DF com os dados solicitados (PTs_01 a 08).

Figura 06: Planilha de dados enviada pela SES/DF

Hospital	Passagem	Data Admissão	Hora Admissão	Data Classificacao	Hora Classificacao	Classificacao	Data Atendimento	Hora Atendimento	Tempo Registro x Classificacao	Tempo Registro x Atendimento Medico	Tempo Classificacao x Atendimento Medico
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16438935	01/02/2016	0:06				01/02/2016	0:45		39	
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16438939	01/02/2016	0:11	01/02/2016	0:13	03 - Amarelo	01/02/2016	0:13	2	2	0
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16438945	01/02/2016	0:15	01/02/2016	0:17	02 - Laranja	01/02/2016	0:17	2	2	0
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16438957	01/02/2016	0:25								
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16438977	01/02/2016	0:42	01/02/2016	0:44	04 - Verde	01/02/2016	0:44	2	2	0
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16438988	01/02/2016	0:47	01/02/2016	0:49	02 - Laranja	01/02/2016	0:49	2	2	0
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16438997	01/02/2016	0:54	01/02/2016	0:58	02 - Laranja	01/02/2016	0:58	4	4	0
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16439001	01/02/2016	0:56				01/02/2016	1:45		49	
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16439003	01/02/2016	0:57	01/02/2016	1:01	02 - Laranja	01/02/2016	1:01	4	4	0
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16439007	01/02/2016	1:01				01/02/2016	1:11		10	
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16439057	01/02/2016	1:44								
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16439075	01/02/2016	2:01	01/02/2016	2:03	02 - Laranja	01/02/2016	2:03	2	2	0
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16439163	01/02/2016	4:22	01/02/2016	4:26	02 - Laranja	01/02/2016	4:26	4	4	0
HBDF-Hospital de Base do Distrito Federal	EM-16439203	01/02/2016	5:22	01/02/2016	5:25	03 - Amarelo	01/02/2016	5:25	3	3	0

Fonte: SES/DF

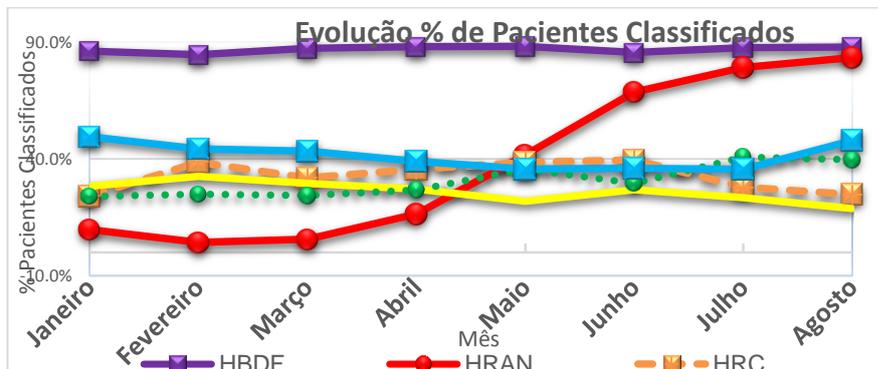
62. A partir da análise destes dados foi possível avaliar o volume de pacientes classificados, a tempestividade da realização da classificação (Tempo de classificação), a tempestividade do atendimento clínico (Tempo-Resposta) e a fidedignidade dos dados inseridos no sistema.

63. O gráfico a seguir demonstra a evolução no número de pacientes classificados em todas as unidades hospitalares, de janeiro a agosto de 2016, período de realização desta fiscalização.

DISTRITO FEDERAL. Decreto Distrital 37.581, de 29 de agosto de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/BaixarArquivoDiario.aspx?id_file=cefe6529-08f2-3966-bfb1-39099e6ccb62>. Acesso em 03 out. 2016.



Gráfico 01: Evolução dos Hospitais avaliados

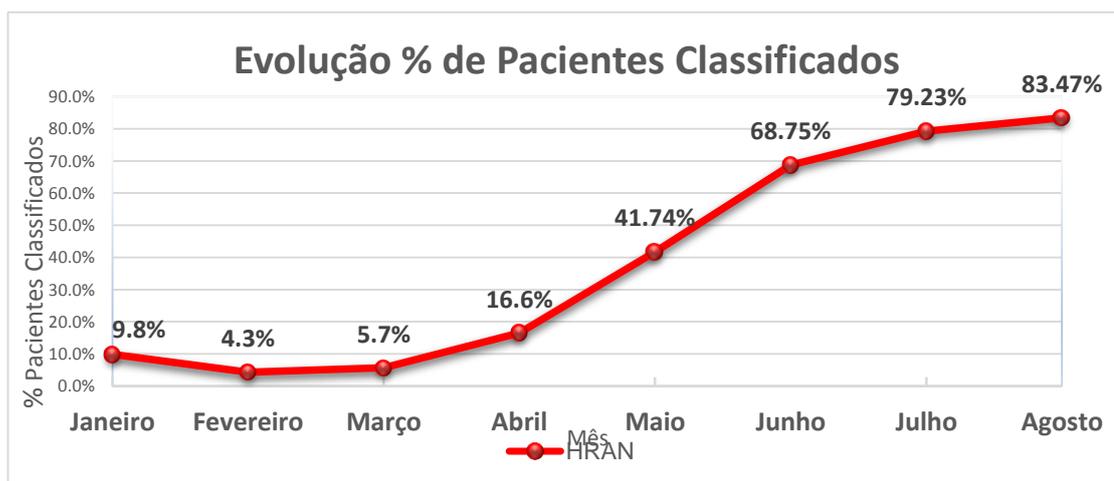


Fonte: PT_09

64. Dos **seis** hospitais objeto da auditoria, **quatro** estão classificando **menos da metade** dos usuários que conseguiam receber atendimento nas unidades hospitalares, o que demonstra, de plano, um baixo nível de implementação do ACCR na rede pública de saúde, conforme impõe a Portaria SES 69/2014.

65. Destaca-se no gráfico acima a relevante alteração do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) em relação ao volume de pacientes classificados. Partindo de uma porcentagem inicial de **9,8%** de pacientes classificados, atingiu, em agosto, o percentual de **83,47%** de classificação dos usuários atendidos pela unidade.

Gráfico 02: Evolução do Percentual de Pacientes Classificados



Fonte: PT_09

66. Esta variação iniciou-se após visita da equipe de auditoria, acompanhada pelo Presidente desta casa, realizada em 19/04/2016, buscando sensibilizar os gestores da unidade para a importância de adotar medidas visando a melhoria da prestação dos



serviços.

67. Questionada acerca das medidas adotadas para tal realização, a Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte manifestou-se por meio do Ofício nº 093/2016-GAB/Superintendência de Saúde Centro-Norte (PT_25), elencando tais providências, sintetizadas abaixo:

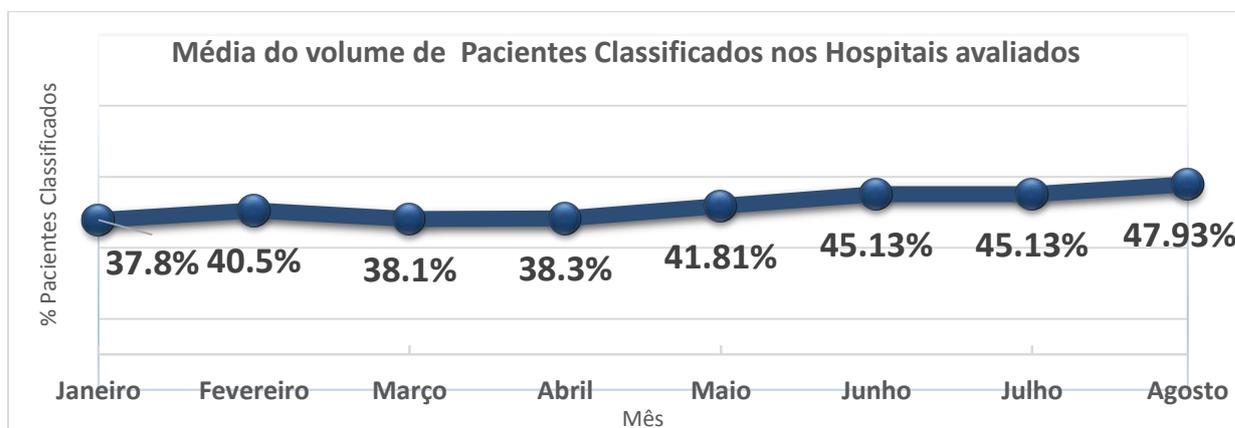
- Unificação da porta de entrada pela Clínica Médica, para posterior distribuição, independente da Clínica demandada;
- Identificação de todos os enfermeiros classificadores de toda Região de Saúde Centro Norte para formação de escalas com horas contratuais e horas-extras.

68. Assim, é possível verificar que a adoção de algumas medidas gerenciais pode resultar na prestação de um serviço mais adequado à população.

69. Outra unidade que apresentou melhora no volume de usuários classificados foi o Hospital Regional de Sobradinho. O HRS apresentou aumento de **15,74 pontos percentuais**²¹ na quantidade de pacientes atendidos priorizados clinicamente.

70. De maneira geral, nos 6 (seis) hospitais fiscalizados, o volume de Classificação de Risco aumentou em **10,13 pontos percentuais** no período de realização desta auditoria (PT_11). Em janeiro/2016, apenas **37,8%** dos pacientes dos hospitais visitados eram classificados clinicamente, passando para **47,93%** em agosto/2016.

Gráfico 03: Evolução do volume de pacientes atendidos e classificados



Fonte: PT_11

²¹ Em janeiro/2016 o HRAN classificava 24,0% dos pacientes atendidos na emergência, passando para 39,74% em agosto/2016.



71. Por outro lado, não se pode olvidar que, da totalidade da população que procura assistência da Rede de Urgência e Emergência nas unidades hospitalares, **52% não tem acesso à classificação de risco**. Salienta-se a importância da realização do ACCR (em detrimento do recebimento pela ordem de chegada), tendo em vista que tal metodologia, ao priorizar o atendimento conforme o risco clínico do paciente, busca evitar o agravamento do estado de saúde do usuário.

72. O fator mais destacado pelos gestores para a dificuldade de implementação do ACCR foi a deficiência de Recursos Humanos capacitados. Para suprir tal falha os servidores que possuem capacitação são convidados a realizar horas-extras, especificamente para atividades de classificação de risco.

73. No entanto, o cumprimento de jornada extra de trabalho na SES/DF, neste momento, passa por uma situação delicada uma vez que a Secretaria não efetua regularmente o pagamento da remuneração, o que dificulta a motivação dos servidores para sua realização²².

74. Nesse contexto, segundo a Diretora da DIURE, um dos maiores motivos do sucesso na Implementação do ACCR no Hospital de Base foi a destinação de enfermeiros com horas contratuais para o ACCR, pois a realização da atividade não depende da discricionariedade do servidor (PT_21).

75. No mesmo sentido, a titular da DIENF reafirma a insuficiência de recursos humanos e a necessidade de capacitação dos servidores. Informa, ainda, da sobrecarga da Rede de Atenção às Urgências e Emergências com ocorrências que poderiam ser resolvidas pela Atenção Primária em Saúde (PT_21).

76. Cumpre observar que grande parte dos servidores capacitados anteriormente como Classificadores e Auditores do Sistema Manchester de Classificação de Risco possuíam contrato temporário, no entanto, não se encontram mais prestando serviços à Rede de Saúde do DF.

²² <http://www.politicadistrital.com.br/tag/horas-extras/> - consultado em 29/09/2016;

<http://www.politicadistrital.com.br/2016/09/19/atraso-em-pagamento-de-horas-extras-da-saude-revolta-servidores/> consultado em 29/09/2016;

<http://www.sindatedf.com.br/2016/05/secretaria-de-saude-deve-pagar-horas-extras-nos-proximos-dias.html> consultado em 29/09/2016.



77. Com o intuito de averiguar o alcance das metas do PPA (2012-2015)²³ relacionadas à Classificação de Risco, questionou-se à Diretora de Urgência e Emergência da SES/DF (DIURE) e à Diretoria de Enfermagem (DIENF) sobre a produção ou acompanhamento de indicadores que demonstrem o resultado alcançado na implementação da Classificação de Risco. Ambas as gestoras desconhecem indicadores ou instrumentos que acompanhem o percentual de implementação do Protocolo Manchester na Rede Pública de saúde do DF²⁴ (PT_21).

78. Assim, a falta de indicadores e a deficiência no acompanhamento impossibilitam que os gestores promovam a avaliação do alcance dos objetivos propostos no referido instrumento de planejamento.

79. Nessa senda, com o objetivo de verificar *in loco* a realização do ACCR, foram efetuadas visitas aos hospitais regionais HRC, HRG, HRAN, HRS e HBDF. Conforme os Relatórios de visitas (PT_22), diversas salas de ACCR estavam inoperantes.

Figura 07: Visita realizada ao HRAN: Sala de Classificação de Risco



Fonte: Equipe de Auditoria

80. Com a finalidade de verificar a existência de indicadores locais, solicitamos aos gestores os instrumentos gerenciais utilizados para avaliar o nível de implementação do Protocolo Manchester. Todos os gestores afirmaram que não possuíam dados acerca do nível de implementação, sejam produzidos na unidade hospitalar ou provenientes da

²³ Metas do PPA: 90% das urgências pediátricas classificadas (Meta 157); 40% das urgências da Clínica Médica Classificada (Meta 1258); 40% dos hospitais regionais e do Hospital de Base com ACCR período integral (Meta 1295).

²⁴ A Diretora de Enfermagem afirma que diversas metas são pactuadas com o Ministério da Saúde, mas que desconhece alguma específica para Classificação de Risco.



Secretaria (PT_23).

81. Verificou-se ainda, em razão da recorrente carência de médicos nas Urgências da Rede Pública do DF, por diversas vezes a impossibilidade de realização do atendimento médico necessário. Nesta situação, conforme relatado nas visitas, os usuários que procuram a unidade hospitalar são informados (pelos vigilantes ou recepcionistas) sobre a incapacidade de atendimento.

82. Desse modo, o paciente segue migrando para outras unidades, sem o devido registro no sistema²⁵, o que, além de promover deslocamentos ineficazes, produz uma subnotificação da demanda. Destaca-se que uma condição importante para a construção e utilização de indicadores é a obtenção e o registro de informações fidedignas, resultantes da anotação sistemática das ocorrências e dos eventos pertinentes, o que permite afirmar que tais dados são essenciais mesmo sem a concretização do atendimento médico.

83. A devida regulação da demanda, ou seja, o registro do paciente e o estabelecimento de um protocolo padronizado de medidas a serem adotadas no caso de impossibilidade de atendimento (ausência de médico ou de profissional de determinada especialidade) promoveria uma maior eficácia na atenção à população.

84. Para isso, é necessário configurar uma rede de ações e serviços de saúde capazes de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção à saúde (atenção primária, secundária, terciária²⁶), orientados por um sistema de referência e contrarreferência²⁷.

85. Assim, é possível concluir que a implementação do ACCR não atendeu as determinações da Portaria SES/DF 69, de 11 de abril de 2014, e não há dados suficientes para comprovação do alcance das metas propostas no PPA.

²⁵ Não é realizada a emissão da Guia de Atendimento de Emergência (GAE), o que permitiria o fornecimento de dados mais precisos para controle e planejamento.

²⁶ Respectivamente: unidades direcionadas à prevenção de doenças e da preservação do bem-estar na comunidade; unidades de atendimento especializado ou de média complexidade; e hospitais de grande porte e alta complexidade.

²⁷ Referência consiste no encaminhamento do paciente de um nível menos complexo para o mais complexo. A contrarreferência seria o retorno, do nível mais complexo para o de menor complexidade.



Causas

86. Quantidade insuficiente de Recursos Humanos capacitados para aplicação do Protocolo Manchester; Descontinuidade da Política Pública; Falta de planejamento para a realização da ACCR sem a solução informatizada; Ineficácia no estabelecimento de integração das Redes de Atenção às Urgências e Emergências e a Atenção Primária; Ausência da coordenação centralizada da Política Pública.

Efeitos

87. Ausência de priorização clínica para os usuários que procuram as unidades de Urgência e Emergência; Risco de óbitos evitáveis; Referenciamento ineficaz; Superlotação da RUE. Ordem de chegada como critério de atendimento nas portas de urgência e emergência.

Considerações do Auditado

88. Sobre a capacitação dos recursos humanos para o Acolhimento com Classificação de Risco, a Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências – DIURE/SAIS/SES informou, por meio do Ofício nº 2945/2016 – GAB/SES, que há dois processos em tramitação tratando do tema: Processo SES 060.002.562/2015, destinado à compra de livros para novos classificadores; e Processo SES 060.003.130/2015, voltado para a aquisição de capacitação dos multiplicadores da SES/DF e novos classificadores e auditores. Ressaltou, no entanto, que os processos se encontram em fase de apresentação de proposta (e-DOC 7651C1F0-c, Peça 207, pág. 5).

89. A respeito do estabelecimento de indicadores que permitam o acompanhamento da implementação do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, a DIURE respondeu que os indicadores já estão estipulados no referido Protocolo, quando realizada a auditoria interna pela Instituição (e-DOC 7651C1F0-c, Peça 207, pág. 6). Essa mesma Diretoria complementou ainda que a Secretaria de Saúde está tentando reestruturar a Política Nacional de Humanização – PNH na SES e que, a partir disso, seria possível trabalhar para que as auditorias internas fossem realizadas nas unidades de Acolhimento com Classificação de Risco. Com isso, seria possível avaliar a real demanda das Urgências e Emergências e traçar planos estratégicos para correção e fortalecimento da Classificação de Risco.

90. Sobre a gestão da Política Nacional de Humanização no âmbito da SES, a



Coordenação de Atenção Especializada à Saúde – CATES/SAIS/SES pontuou que a PNH está sendo reestruturada e será formalmente contemplada no Regimento Interno, o qual se encontra em fase de elaboração. No que diz respeito à unidade responsável pela PNH, pela gestão do ACCR e pela promoção da Portaria SES 69/2014, a CATES ponderou que se trata de pauta afim à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde – SAIS, com interface entre a CATES, a DIURE, a Coordenação de Redes e Integração à Saúde – CORIS e a Diretoria de Enfermagem – DIENF. Nesse sentido, concluiu que os processos internos sobre o acolhimento e demandas da PNH estão sendo trabalhados por meio de gestão colegiada.

Posicionamento da Equipe de Auditoria

91. Com relação à definição da unidade administrativa responsável pela Política Nacional de Humanização, não houve pronunciamento da Secretaria. A Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências (DIURE) limitou-se a informar que as medidas sugeridas não alcançam a competência daquela unidade.

92. Em se tratando da capacitação de recursos humanos para o Acolhimento com Classificação de Risco nas funções de Classificador, Auditor Interno e Multiplicador, apesar de terem sido informados processos administrativos que tratam do assunto, ainda se encontram inconclusos.

93. Quanto aos indicadores que permitam o acompanhamento da implementação do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, apesar de a DIURE informar que o próprio Protocolo já os estipula, as informações não os especificam nem demonstram o acompanhamento dos resultados alcançados. Segundo a Diretoria quando da realização de auditorias internas será possível aperfeiçoar o sistema de classificação de risco.

94. Importante registrar que, por meio das Portarias 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017, a SES, respectivamente, estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e disciplinou o processo de conversão da Atenção Primária ao modelo da Estratégia da Família.

95. Segundo o art. 1º, § 1º, da Portaria SES 77/2017:

“A Atenção Primária é a porta de entrada e de contato preferencial dos usuários do sistema de saúde e tem como funções principais a resolução da maioria dos problemas de saúde da população, a organização dos fluxos e contrafluxos entre os diversos



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

pontos de atenção à saúde e a responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer dos pontos de atenção em que se encontrem.” (grifou-se)

96. O art. 10, inciso VI, da mencionada norma dispõe que compete aos superintendentes e diretores nas Regiões de Saúde “organizar os serviços para permitir que a Atenção Primária atue como a principal porta de entrada e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde;”

97. Por fim, o art. 51 da Portaria SES 77/2017 estabelece o prazo máximo de um ano para a consolidação do processo de conversão e de adaptação da nova organização administrativa e de serviços da Política de Atenção Primária à Saúde.

98. Nesse sentido, entende-se desnecessária a proposição constante do Relatório Prévio no sentido de recomendar a integração das Redes de Atenção à Saúde do Distrito Federal, no sentido de priorizar o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, desonerando o atendimento nas portas da RUE. Isso porque os resultados alcançados com a nova reestruturação poderão ser objeto de auditoria específica em momento oportuno.

99. Com relação às demais conclusões da equipe de auditora na fase preliminar, tendo em vista que não foram apresentados fatos ou razões que se oponham à situação relatada, o achado permanece inalterado, na forma da versão prévia do Relatório de Auditoria.

Proposições

100. Ante o exposto, sugere-se ao Egrégio Plenário, as seguintes proposições:

- I. Determinar à SES/DF que:
 - a. defina a unidade administrativa responsável pela Política Nacional de Humanização, em especial no tocante à gestão do Acolhimento com Classificação de Risco, promovendo a atualização da Portaria SES 69/2014;
 - b. realize capacitação dos recursos humanos para o Acolhimento com Classificação de Risco nas funções de Classificador, Auditor Interno e Multiplicador, conforme dispõe a Portaria SES 69/2014;
 - c. institua indicadores para o acompanhamento da implementação do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, de modo a permitir a avaliação da eficácia de implementação da política pública;
- II. Recomendar à SES/DF que:



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

- a. adote medidas com vistas a adequar a estrutura de recursos humanos, a fim de que o Acolhimento com Classificação de Risco não dependa exclusivamente da disponibilidade de horas extras de servidores;
- b. adote medidas para que os pacientes que procuram a rede de urgência e emergência sejam efetivamente registrados, permitindo o fornecimento de dados para controle e planejamento da atividade;
- c. estabeleça protocolo padrão para o referenciamento de pacientes que não possam ser atendidos na unidade demandada.

Benefícios Esperados

101. Em razão da forma diferenciada desta fiscalização, com o envio de informações sobre os indicadores encontrados durante o processo de auditoria, foi possível verificar alterações relevantes na situação encontrada durante o processo, como a grande evolução no volume de pacientes classificados no Hospital Regional da Asa Norte e melhoria da atividade em Sobradinho.

102. Assim, espera-se que a Secretaria de Estado da Saúde conheça as reais condições da implementação do ACCR nas diferentes unidades hospitalares, permitindo a utilização, acompanhamento e adequação dos indicadores, com o objetivo de alcançar as metas previstas.

2.1.2 Achado 2 – Ausência de controle e baixa confiabilidade dos dados provenientes da Classificação de Risco pelo Protocolo Manchester

Critério

103. Registro adequado de informações que permitam a utilização de indicadores para avaliação da implementação do ACCR estabelecida na Portaria SES 69/2014; tratamento das informações e efetiva utilização dos indicadores; e implementação de medidas corretivas conforme os resultados apresentados pelos indicadores.

Análises e Evidências

104. O acompanhamento da implementação e atendimento ao Protocolo Manchester de Classificação de Risco, como dito anteriormente, se deu por meio de informações



extraídas do sistema de administração hospitalar²⁸ da SES/DF pela CTINF²⁹, e enviado mês a mês a esta Corte, em resposta à Nota de Auditoria nº 01_1778/2016.

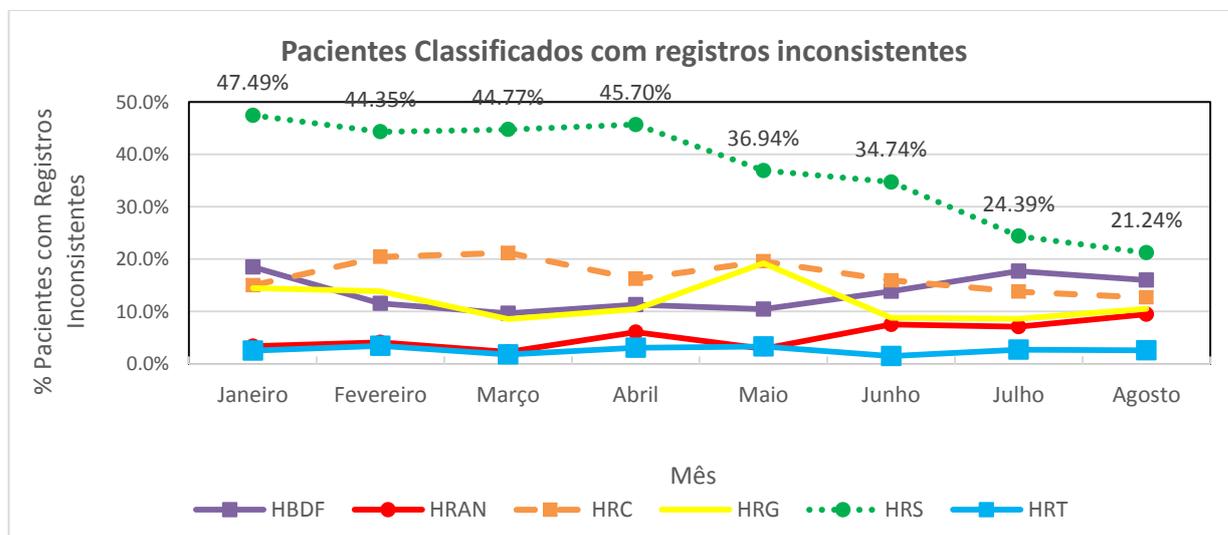
105. Os marcos temporais considerados para esta análise foram:

- O horário registrado no Trakcare na recepção da unidade;
- O horário registrado no Trakcare na inserção da cor indicativa da Classificação;
- O horário do primeiro atendimento médico, isto é, a primeira evolução clínica registrada.

106. Durante a análise dos dados fornecidos pela jurisdicionada, pôde-se verificar lacunas nos registros, isto é, ausência de informações do horário na recepção, na classificação ou na evolução clínica, ou mesmo registro de horários incompatíveis com a realidade, como a demora de 427 minutos³⁰ para atender um usuário com classificação vermelha³¹.

107. Tais falhas de registro podem ser encontradas em todas as unidades avaliadas, mas o Hospital Regional de Sobradinho se destaca pelo elevado número de informações incorretas ou lacunas, conforme demonstrado a seguir:

Gráfico 04: Registros inconsistentes



Fonte: PT_10

108. Embora ainda permaneça elevado o percentual de inserções inconsistentes no

²⁸ Trakcare

²⁹ CTINF: Coordenação Especial de Tecnologia da Informação em Saúde, segundo o Decreto nº 36.918 de 26 de novembro de 2015, anexo I.

³⁰ Ocorrido em 13/02/2016, Hospital Regional do Gama.

³¹ A classificação vermelha prioriza somente pacientes com risco iminente de óbito que não suportariam espera dessa magnitude. Tal fato demonstra inconsistência do registro.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

sistema por parte do HRS (21,24% em agosto de 2016), observou-se melhora considerável em relação ao primeiro mês examinado. Tal fato pode ser atribuído à **valorização** do processo de inserção de dados no âmbito da unidade em razão das reiteradas visitas durante a presente fiscalização.

109. Ainda, não é demais lembrar que a ausência de informações gerenciais dificulta o conhecimento do problema e a definição de medidas para combatê-los, pois *“quem não mede não gerencia”*.

110. Assim, demonstra-se a necessidade de atitudes de gestão que garantam a obrigatoriedade e fidedignidade dos registros no sistema hospitalar referentes à Classificação de Risco.

Causas

111. Falta de orientação aos servidores responsáveis pela alimentação do sistema; Falta de priorização das atividades de produção de informações necessárias para o planejamento organizacional. Ausência de rotina de Controle que verifique a fidedignidade dos dados do sistema informatizado.

Efeitos

112. Baixa confiabilidade dos dados; Impossibilidade de verificação do nível de implementação do ACCR; Impossibilidade de avaliação e replanejamento.

Considerações do Auditado

113. Sobre o registro de dados do Acolhimento com Classificação de Risco, o Hospital Regional de Sobradinho – HRS destacou que *“o horário de atendimento médico apresentado no relatório gerado pelo Sistema TrakCare é o horário em que o profissional digitou no sistema a anamnese e conduta médica, e não a hora de atendimento propriamente dita”*, conforme informações encaminhadas pelo Ofício nº 2945/2016 – GAB/SES (e-DOC 7651C1F0-c, Peça 207, pág. 18).

114. Além disso, o HRS sustentou que há casos em que não houve continuidade no atendimento por uma série de razões, entre as quais a mais comum seria a desistência do atendimento pelo usuário (e-DOC 7651C1F0-c, Peça 207, pág. 9). Isso explicaria parte das lacunas encontradas no sistema – no caso, a falta de registro da primeira evolução clínica.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

115. Assim, um paciente com risco vermelho pode ter recebido atendimento imediato, mas o sistema pode apresentar inconsistências em razão de constar o horário de registro apenas no momento em que o profissional procedeu à digitação dos dados. Nesse sentido a unidade hospitalar afirmou que:

“.. no que diz respeito aos pacientes que chegam ao Pronto Socorro, em situação de risco iminente de morte, normalmente, transportados pelo SAMU, Corpo de Bombeiros ou ambulâncias, com classificação vermelha (...) Há que ressaltar que apesar dos pacientes serem atendidos imediatamente, sem o registro e a classificação de risco, após o devido atendimento, os profissionais fazem os registros exigidos; que acabam por apresentar tempos inaceitáveis para seguir as normas de atendimento definidas no Protocolo. O que se questiona é a utilização do horário da inserção da evolução médica para o cálculo do tempo resposta. Para ser fidedigno, o sistema deve ofertar alternativas para a inserção do horário real relacionado ao tempo de classificação/atendimento médico.

A SRSN e a DHRS vêm sistematicamente buscando alternativas para a melhoria do acesso e da prestação da atenção à saúde nos serviços de urgência e emergência, dentro do seu espaço de governabilidade, apesar de todas as dificuldades enfrentadas. Entende a importância de auditorias no sentido de levantar problemas e propiciar o debate e a correção de rumos de projetos e programas implantados. (e-DOC 7651C1F0-c, Peça 207, p. 10)

116. Por fim, o HRS admitiu que os relatórios obtidos do *TrakCare* são inconsistentes (e-DOC 7651C1F0-c, Peça 207, págs. 9/10).

117. A Superintendência da Região de Saúde Norte – SRSN assim se manifestou:

“Mais uma vez, reforça-se que a classificação foi realizada na íntegra, o que não ocorreu foi a continuidade do atendimento, ou seja, o atendimento médico, que pode não ter ocorrido por uma série de questões, sendo a mais comum, a desistência do atendimento pelo usuário.

A direção do HRS, por meio da Gerência de Enfermagem e da Gerência de Urgência e Emergência, sempre se preocupou com a fidedignidade dos dados e realiza atualização dos profissionais periodicamente.

*Ressalta-se a dificuldade da Superintendência Regional e dos próprios serviços de Urgência e Emergência em realizar o monitoramento das classificações realizadas em função da não disponibilização de relatórios pelo *TrakCare* no âmbito local e regional. Os relatórios utilizados para analisar e responder as Informações da DIAUD2 foram gerados pela Diretoria de Sistemas de Informação/Coordenação Especial de Tecnologia da Informação em Saúde/ADMC e repassadas a esta Diretoria.”*

118. Em síntese, a SRSN e a DHRS vêm sistematicamente buscando alternativas para a melhoria.

Posicionamento da Equipe de Auditoria

119. O *TrakCare* apresenta, de fato, as inconsistências apontadas pelo Hospital Regional de Sobradinho. São problemas que devem ser contornados pela Secretaria de Saúde, visto que impossibilitam a produção de relatórios gerenciais que auxiliem o acompanhamento do serviço e, conseqüentemente, a promoção da melhoria do



atendimento priorizado nos parâmetros do Protocolo Manchester.

120. Nesse contexto, vale destacar que cabe à SES obter dos servidores que atuam na ponta do serviço de saúde informações acerca das necessidades de melhorias a serem implementadas no sistema informatizado da SES para que os registros possam refletir a realidade dos procedimentos de admissão, classificação e atendimento do paciente.

121. Desse modo, mantém-se o posicionamento da Equipe de Auditoria apresentado na versão prévia do Relatório de Auditoria.

Proposições

122. Sugere-se ao Egrégio Plenário, ao menos, as seguintes proposições:

- I. Recomendar à SES/DF que:
 - a) regulamente a sistemática de inserção de dados dos usuários da Rede de Urgência e Emergência, de modo a garantir informações completas e fidedignas no sistema informatizado de gestão hospitalar - TRAKCARE;
 - b) implemente procedimentos de verificação da adequação dos registros dos usuários atendidos, particularmente no tocante a informações referentes ao Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR, tais como: horário de recepção, de classificação do paciente e de atendimento médico;
 - c) oriente os servidores sobre a necessidade de inserção correta e tempestiva dos dados no sistema informatizado de gestão hospitalar – TRAKCARE, inclusive os relativos ao Acolhimento com Classificação de Risco.

Benefícios Esperados

123. Em razão da metodologia adotada nesta fiscalização, com o envio de informações sobre os indicadores encontrados durante a realização dos trabalhos, foi possível verificar alterações relevantes na situação encontrada durante o processo, como a redução no volume de dados inconsistentes registrados, em especial, no Hospital Regional de Sobradinho.

124. Assim, espera-se que a Secretaria de Estado da Saúde conheça as reais condições da implementação do ACCR nas diferentes unidades hospitalares, permitindo o registro adequado das informações, a utilização, acompanhamento e adequação dos indicadores, com o objetivo de alcançar as metas previstas.



2.2 QA 2 – O tempo decorrido entre a Classificação de Risco e o atendimento médico nas Emergências está de acordo com o preconizado pelo Protocolo Manchester?

Não. O Acolhimento na Rede de Atenção às Urgências e Emergências não atende tempestivamente a população, tanto na realização da Classificação de Risco quanto no atendimento médico. Além disso, a não realização de Auditorias Internas e Externas no protocolo Manchester compromete a validade da Classificação.

2.2.1 Achado 3: Intempestividade na realização da Classificação de Risco

Critério

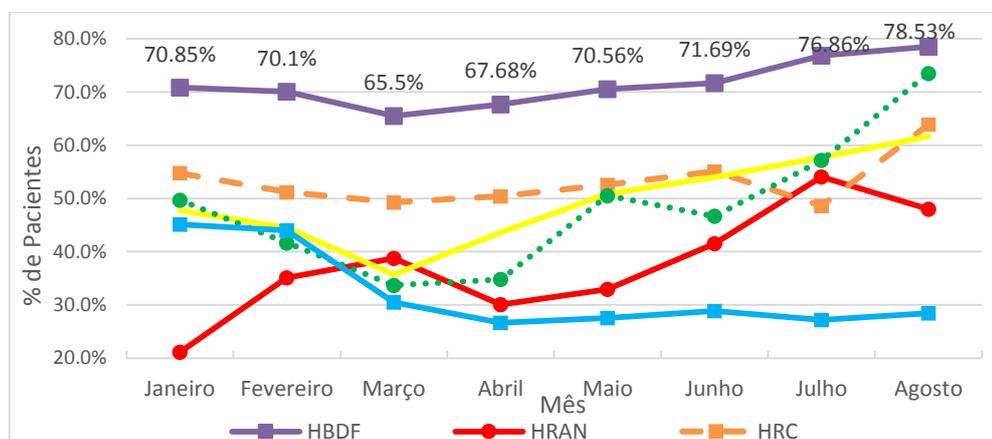
125. O atendimento à população que procura assistência na Rede de Atenção às Urgências e Emergências deve ser realizado dentro dos parâmetros estipulados pelo Protocolo Manchester de Classificação de Risco (tempo máximo para classificação de 10 minutos); Portaria SES 69/2014, art. 2º, I, § 7º.

Análises e Evidências

126. O tempo ideal entre a admissão e a classificação do paciente é estabelecido em 10 (dez minutos), conforme o livro Sistema Manchester de Classificação de Risco (PT_19, fl. 90).

127. Nesse sentido, foram extraídos do Sistema eletrônico *Trackcare* os dados relativos ao intervalo entre os registros de entrada na unidade hospitalar e de classificação do paciente (Tempo de Classificação). Segue abaixo o gráfico demonstrativo dos resultados:

Gráfico 05: Atendimento ao Protocolo – Tempo de Classificação até 10 minutos



Fonte: PT_13

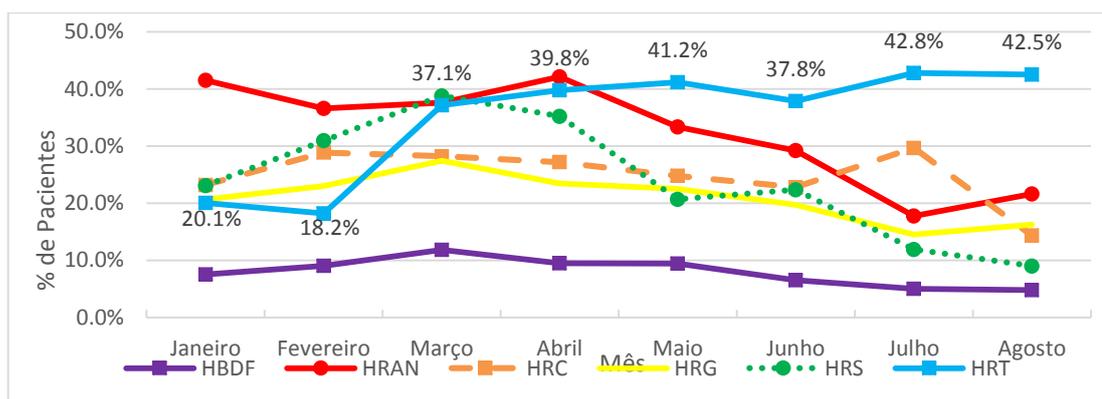


TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

128. Pode-se aferir do gráfico acima que o HBDF foi o único hospital que permaneceu, durante os oito meses de fiscalização, classificando aproximadamente 70% de seus pacientes dentro do período de 10 minutos. No restante dos hospitais fiscalizados o tempo médio para realização da Classificação de Risco encontra-se acima do ideal, embora o Hospital Regional de Sobradinho tenha apresentado melhora significativa³² (PT_13).

129. Para avaliar a demora apresentada pelas unidades na realização da Classificação de Risco, o tempo de espera foi separado em três intervalos: Até 10 min (Gráfico 04); entre 10 e 20 minutos; e acima de 30 minutos (Gráfico 05). Segue abaixo o resultado apresentado para tempo de espera superior a 30 minutos para ser avaliado quanto ao risco clínico.

Gráfico 06: Atendimento ao Protocolo – Tempo de Classificação acima de 30 minutos



Fonte: PT_13

130. O Hospital Regional de Taguatinga se destaca negativamente, classificando 42,5% de seus usuários após 30 minutos de espera (agosto/2016). Embora os percentuais apresentados pelas outras unidades não pareçam tão elevados, deve-se levar em consideração que a demora na classificação pode agravar os eventos nocivos à saúde, levando a óbitos potencialmente evitáveis. Importante também ressaltar que, conforme registrado no Achado 1, apenas **48%** dos pacientes são classificados clinicamente, ou seja, os dados acima contemplam apenas metade dos usuários que procuram a rede de urgência e emergência.

³² A classificação dos pacientes em até 10 minutos passou de 49,70% (janeiro/2016) para 73,51% (agosto/2016).



Causas

131. Insuficiência de Recursos Humanos; Baixa disponibilidade de profissionais capacitados Elevada quantidade de usuários que procuram a RUE por não serem atendidos na Atenção Primária.

Efeitos

132. Intensificação dos agravos de saúde da população; Possível aumento do número de óbitos evitáveis; aumento do risco de violência por parte da população desassistida nas portas da RUE; Atendimento sem priorização clínica (ordem de chegada).

Considerações do Auditado

133. Sobre o presente achado, a SES apresentou considerações, resumidas no Quadro a seguir (Ofício nº 241/2017 GAB/SES, e-DOC 969A7028-c, pág. 5, Peça 215):

Quadro 04: Síntese das Informações da SES/DF

Unidade	Síntese das Informações
Superintendência da Região de Saúde Oeste (HRC)	Há carência de profissionais para a realização de classificação de risco; Em alguns setores do hospital, a classificação de risco somente ocorre por meio de carga horária extra dos servidores; Apesar do déficit de profissionais e do atraso no pagamento de horas extras, o Sistema Manchester de Classificação de Risco está implementado em todas as portas de entrada de urgência e emergência; A manutenção do ACCR segue prejudicada e descontinuada devido ao déficit de recursos humanos, tanto de enfermeiros capacitados quanto de servidores administrativos; A avaliação da tempestividade do tempo resposta dos pacientes classificados como risco vermelho está prejudicada em vista da prioridade na adoção de procedimentos para estabilização e manutenção da vida do paciente; A importância da inserção dos dados no sistema e a coleta de informações do paciente não pode ser mais relevante que o atendimento; Foi solicitado à Diretoria de Enfermagem da SES/DF cursos de capacitação no Sistema Manchester de Classificação de Risco.
Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte	Foram identificados todos os Enfermeiros Classificadores, elaboradas escalas com horas contratuais e horas extras para atendimento na Classificação de Risco ininterruptamente.
Superintendência da Região de Saúde Leste	O ACCR foi implantado e funciona exclusivamente por meio de horas extras; O serviço não funciona quando ocorre desistência do servidor na realização de hora extra; Não há sistema informatizado específico para o ACCR; Há dificuldade de capacitação de servidores; A extinção da Coordenação Central da Política Nacional de Humanização na estrutura da SES/DF dificultou o adequado acompanhamento do serviço de ACCR; Atualmente não há equipe de Auditoria Interna; Em novembro de 2016 foi reativado o Colegiado de Emergência com o intuito de discutir e encaminhar melhorias no atendimento de Urgências e Emergências.

Fonte: e-DOC 969A7028-c, Peça 215



Posicionamento da Equipe de Auditoria

134. Observe-se que as justificativas apresentadas no Quadro corroboram as evidências apontadas nos trabalhos de fiscalização. Há carência de recursos humanos, inclusive capacitados para a realização dos trabalhos de classificação de risco.

135. No que tange à afirmação de que a inserção dos dados não pode ser mais relevante que o atendimento, importante consignar que a correta gestão dos dados é que permitirá identificar pontos fracos e adotar medidas corretivas para a adequada prestação de serviços à população.

136. Ante o exposto, tendo em vista que não foram apresentados fatos ou razões que se oponham às conclusões da equipe de auditoria, o achado permanece inalterado, na forma da versão prévia do Relatório de Auditoria.

Proposições

137. Sugere-se ao Egrégio Plenário, as seguintes proposições:

- I. determinar à SES/DF que realize capacitação de recursos humanos para o Acolhimento com Classificação de Risco nas funções de Classificador, Auditor Interno e Multiplicador, conforme dispõe a Portaria SES 69/2014;
- II. recomendar à SES/DF que adote medidas com vistas a adequar a estrutura de recursos humanos para que o Acolhimento com Classificação de Risco não dependa da disponibilidade de servidores em realizar horas extras;
- III. recomendar às Superintendências Regionais de Saúde que, em conjunto com as Diretorias Hospitalares, revejam a sistemática implantada para acolhimento e classificação dos pacientes, buscando adotar medidas que visem melhorar a eficácia da atividade, bem como atender a Portaria SES 69/2014.

Benefícios Esperados

138. Implementação adequada do Protocolo Manchester de Classificação de Risco; realização do ACCR em até 10 minutos da chegada do paciente na unidade; redução do risco de óbitos evitáveis e do agravamento de situações de saúde.

2.2.2 Achado 4 – Intempestividade no atendimento aos usuários

Critério

139. Implementação adequada do Protocolo Manchester de Classificação de Risco,



proporcionando um atendimento tempestivo à população dentro dos parâmetros estipulados: Vermelho – atendimento imediato; Laranja – máx. 10 min.; Amarelo – máx. 60 min; Verde – máx. 120 min; Azul – máx. 240 min.; Portaria SES 69/2014, art. 2º, I, § 7º.

Análises e Evidências

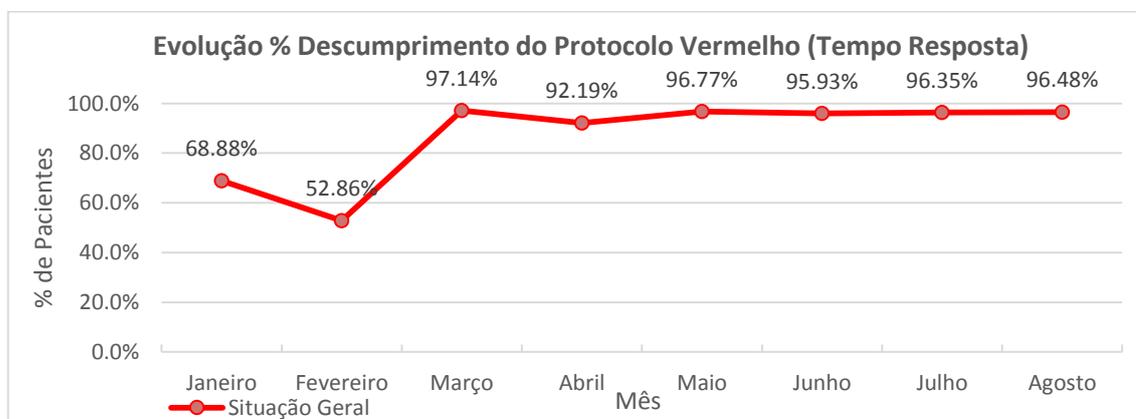
140. Visando avaliar a adequação entre o tempo-resposta³³ (TR) ideal preconizado no Protocolo Manchester e o efetivamente realizado nas unidades hospitalares da SES, foram aferidos o desempenho consolidado dos seis nosocômios objeto da fiscalização. A presente avaliação teve foco nas classificações Vermelho (atendimento imediato), Laranja (10 minutos) e Amarelo (60 minutos).

Pacientes classificados como risco “vermelho”

141. O atendimento de usuários classificados com risco vermelho, isto é, risco iminente de óbito, deve ser imediato, conforme estabelece o Protocolo Manchester. Assim, considerou-se nesta avaliação o primeiro minuto após a realização do ACCR e o registro da cor no sistema informatizado.

142. A situação encontrada por meio dos dados obtidos demonstrou **ineficácia** da rede no atendimento ao Protocolo Manchester na atenção aos usuários classificados “vermelho”, conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 06: Descumprimento do Protocolo Vermelho – Todas as unidades



Fonte: PT_15

³³ **Tempo-resposta** é o intervalo entre a classificação de risco e o primeiro atendimento médico, por meio da primeira evolução clínica registrada no sistema.



143. Assim, com base nos dados enviados pela SES/DF, pode-se concluir que, em média, **87%** dos hospitais avaliados não atendem seus pacientes classificados como “vermelho” dentro do tempo preconizado.

144. Durante a realização das visitas, os gestores locais questionaram o indicador³⁴, alegando que a evolução clínica de um paciente desta gravidade só se realizará após a estabilização do quadro clínico, sendo a prioridade naquele momento a manutenção da vida do usuário.

145. Em resposta às informações enviadas às unidades hospitalares bimestralmente (PT_16, PT_17 e PT_18), o Hospital Regional de Sobradinho manifestou-se, por meio do Ofício nº 119/2016-DHRS-SRS (e-DOC 068EAD28-c, Peça108), afirmando a impossibilidade utilizar-se o critério de evolução clínica no sistema para os pacientes classificados na cor vermelha, conforme segue:

“ O atendimento do paciente se inicia com a sua chegada ao Pronto-Socorro. Muitas vezes antes mesmo de sua identificação, não passa pela classificação de risco pelo imediatismo da assistência e dessa forma não há entrada de dados de classificação no Trakcare, apesar de todas as providências necessárias à preservação de sua vida a serem adotadas”.

146. Afastando eventual juízo de valor acerca da adequação do indicador utilizado pela equipe de auditoria, o fato é que o Protocolo Manchester impõe um prazo para atendimento dos pacientes classificados como risco vermelho, portanto, deve a Secretaria dispor de indicadores que demonstrem a tempestividade no atendimento dos casos em que há risco iminente de vida.

147. Não recomendável é o paciente ser atendido na unidade sem a devida coleta de informações e sem o registro no sistema informatizado, em razão da gravidade do seu estado clínico, o que resultaria um dado insatisfatório, prejudicando a gestão da atividade.

148. Assim, importante destacar a necessidade de criação, pela SES/DF, de indicadores que demonstrem a tempestividade no atendimento dos casos em que há risco iminente de vida e onde se necessita de maior celeridade, de modo a permitir a aferição do cumprimento do Protocolo estabelecido pela Portaria SES 69/2014.

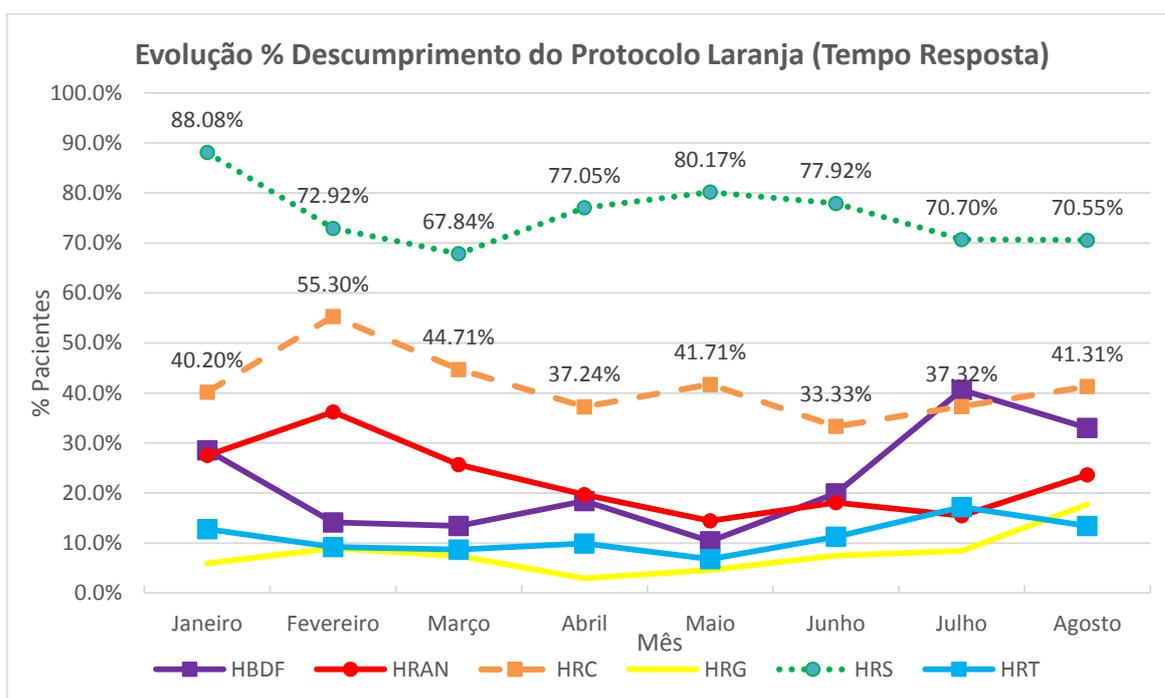
³⁴ O indicador foi criado pela equipe de auditoria por não haver um indicador padronizado pela SES/DF.



Pacientes classificados como risco “laranja”

149. O atendimento aos usuários classificados na cor laranja (Tempo resposta de até 10 minutos) foram registrados durante os oito meses de fiscalização. Os dados consolidados estão apresentados no gráfico a seguir:

Gráfico 07: Descumprimento do Protocolo Laranja – Todas as unidades



Fonte: PT_14

150. A análise do gráfico permite concluir que há evidências de atendimento intempestivo a grande parte dos usuários classificados como “laranja”. No Hospital Regional de Sobradinho, 70% dos pacientes não são atendidos dentro do prazo estabelecido pelo Protocolo Manchester. No Hospital Regional de Ceilândia, o atendimento é intempestivo a 41% dos pacientes.

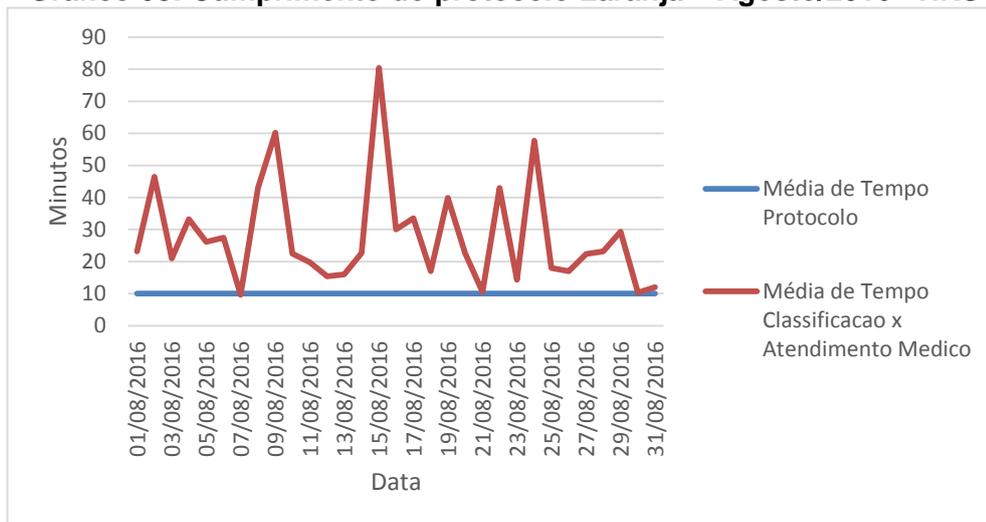
151. Agrava essa situação o fato de que os dados acima alcançam apenas os usuários que passam pela classificação de risco, ou seja, 39,74% no HRS e 24,87% no HRC, conforme apresentado no Achado 1.

152. A título de exemplificação, segue o gráfico de cumprimento do protocolo Laranja para o Hospital Regional de Sobradinho e o Hospital Regional de Ceilândia.



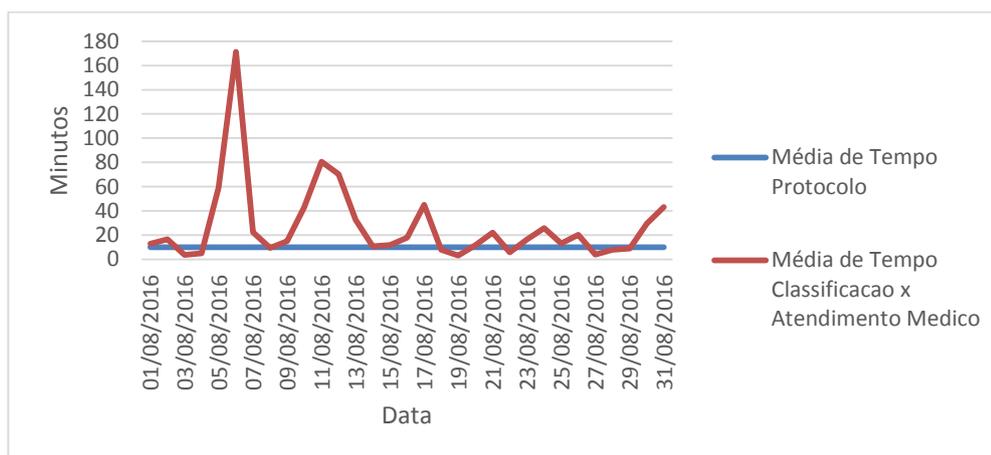
TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Gráfico 08: Cumprimento do protocolo Laranja – Agosto/2016 - HRS



Fonte: PT_08

Gráfico 09: Cumprimento do protocolo Laranja – Agosto/2016 - HRC



Fonte: PT_08

153. Analisando o Tempo-Resposta dos Hospitais HRS e HRC é possível aferir que as médias diárias se encontram acima do parâmetro estabelecido pelo protocolo Manchester.

154. Desse modo, considerando-se os dados encaminhados pela CETINF/SES, pode-se concluir que grande parte dos usuários classificados como risco “Laranja” não são atendidos tempestivamente na Rede Pública de Saúde do DF.

Pacientes classificados como risco “amarelo”

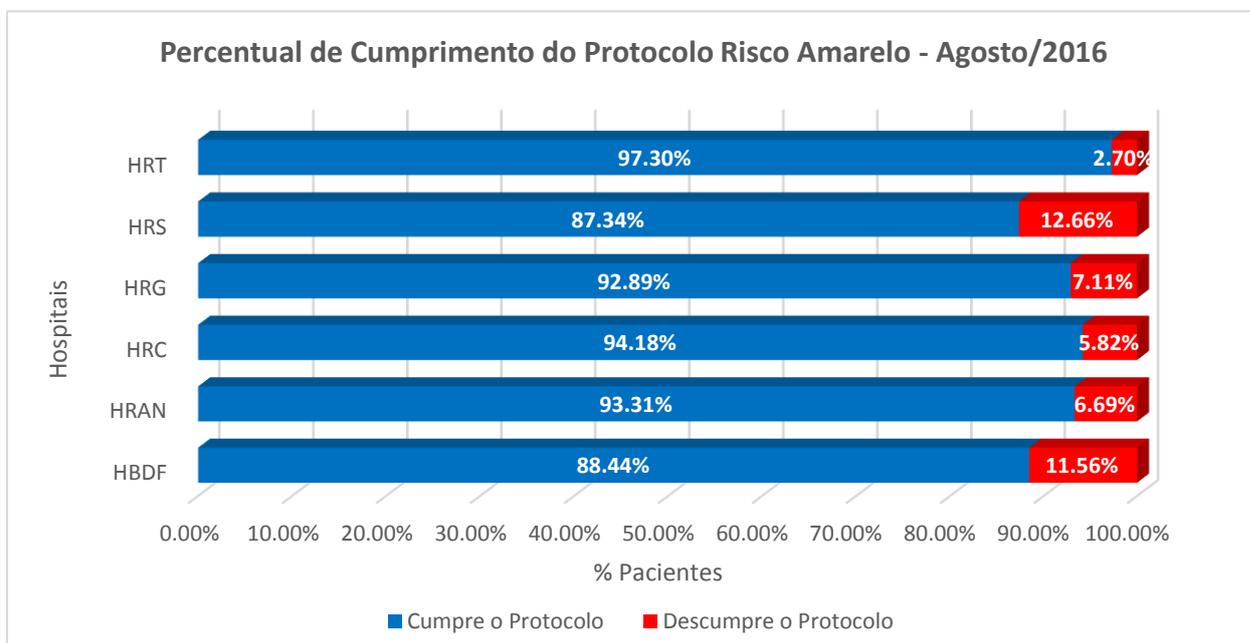
155. Em relação aos pacientes classificados como risco “Amarelo”, cujo tempo-resposta previsto no Protocolo Manchester é de 60 minutos, é importante destacar que grande parte dos hospitais avaliados cumpre o estabelecido. Segue abaixo o percentual



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

de cumprimento do Protocolo Amarelo para o mês de agosto:

Gráfico 10: Cumprimento do Protocolo Amarelo – Agosto/2016



Fonte: PT_08

156. Ressalta-se que, em que pese a demonstração do cumprimento do tempo para atendimento estipulado pelo Protocolo Manchester para pacientes classificados “Amarelo”, deve-se levar em conta o baixo volume de pacientes classificados na Rede Pública do DF, conforme tratado anteriormente no Achado 1 deste Relatório.

157. Por fim, impende observar que as cores Verde e Azul não participaram da presente análise, em virtude do menor risco que representam à saúde da população e do dilatado período de espera recomendado pelo Protocolo Manchester (de 120 a 240 minutos).

Causas

158. Insuficiência de Recursos Humanos; Baixa disponibilidade de profissionais capacitados; Sobrecarga da RUE; Ausência de uma política de implementação do ACCR.

Efeitos

159. Elevação do risco de óbitos evitáveis; Ineficácia na implementação do ACCR.



Considerações do Auditado

160. Com relação aos pacientes com classificação de risco vermelho, o HRS assim se posicionou, conforme informado no Ofício nº 2945/2016 – GAB/SES:

“No achado 4 - Intempestividade no atendimento aos usuários, p. 34, §11 no relatório há relato da manifestação do HRS no que diz respeito aos pacientes que chegam ao Pronto Socorro, em situação de risco iminente de morte, normalmente, transportados pelo SAMU, Corpo de Bombeiros ou ambulâncias, com classificação vermelha. Há que ressaltar que apesar dos pacientes serem atendidos imediatamente, sem o registro e a classificação de risco, após o devido atendimento, os profissionais fazem os registros exigidos; que acabam por apresentar tempos inaceitáveis para seguir as normas de atendimento definidas no Protocolo. O que se questiona é a utilização do horário da inserção da evolução médica para o cálculo do tempo resposta. Para ser fidedigno, o sistema deve ofertar alternativas para a inserção do horário real relacionado ao tempo de classificação/atendimento médico.

A SRSN e a DHRS vêm sistematicamente buscando alternativas para a melhoria do acesso e da prestação da atenção à saúde nos serviços de urgência e emergência, dentro do seu espaço de governabilidade, apesar de todas as dificuldades enfrentadas. Entende a importância de auditorias no sentido de levantar problemas e propiciar o debate e a correção de rumos de projetos e programas implantados.” (e-DOC 7651C1F0-c, Peça 207, pág. 10)

161. Quanto à evidência de descumprimento do protocolo, quanto aos pacientes classificados com risco laranja e amarelo, o HRS justificou que:

“o número reduzido de médicos para atendimento, que realizam além do atendimento externo, também o acompanhamento dos pacientes em observação, que envolve anamnese, exame clínico, avaliação de exames diagnósticos realizados e a prescrição, ..., muitas vezes, prioriza-se somente os pacientes classificados com risco vermelho.” (e-DOC 7651C1F0-c, Peça 207, pág. 13)

162. Concluiu o HRS da necessidade de reciclagem dos enfermeiros classificadores, de treinamento de novos enfermeiros para a classificação, sensibilização dos médicos plantonistas para a melhoria do tempo preconizado para o atendimento e a retomada da auditoria interna.

163. No mesmo sentido, com relação aos pacientes classificados com risco vermelho, houve posicionamento da Superintendência da Região de Saúde Oeste que, por meio do HRC, afirmou que a avaliação da tempestividade do tempo resposta dos pacientes classificados como risco vermelho está prejudicada em vista da prioridade na adoção de procedimentos para estabilização e manutenção da vida do paciente (e-DOC 969A7028-c, Peça 215).

164. Quanto à adoção de indicadores a Gerência de Enfermagem do HRC informou, por meio do Ofício nº 2945/2016 – GAB/SES, que:

“A identificação de uma unidade administrativa responsável pela Política Nacional de Humanização (PNH) e de uma gestão central do Acolhimento com Classificação de Risco seria fundamental na condução, orientação e avaliação dos dados a serem coletados para a construção dos indicadores que mapeassem o atendimento dos parâmetros estabelecidos no



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Sistema Manchester de Classificação, especialmente neste momento de reestruturação da equipe da Coordenação da Classificação de Risco.” (e-DOC 7651C1F0-c, Peça 207, pág. 31)

Posicionamento da Equipe de Auditoria

165. Constatou-se que as informações prestadas corroboram as evidências da fiscalização. Nesse sentido, as proposições a serem apresentadas tem o objetivo de determinar à SES/DF a adoção de medidas com vistas a mitigar as causas da intempestividade no atendimento aos usuários.

Proposições

166. Sugere-se ao Egrégio Plenário, ao menos, as seguintes proposições:

- I. determinar à SES/DF que adote indicadores que permitam acompanhar a tempestividade no atendimento aos usuários classificados por meio do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, em especial, aqueles com classificação amarela, laranja e vermelha;
- II. recomendar à SES/DF que adote medidas com vistas a adequar a estrutura de recursos humanos para que o Acolhimento com Classificação de Risco não dependa exclusivamente da disponibilidade dos servidores em realizar horas extras.

Benefícios Esperados

167. Tempestividade no atendimento à população, de acordo com o preconizado no referido Protocolo. Redução nos riscos à saúde da população em razão da tempestividade na assistência.

2.2.3 Achado 5 – Não realização de Auditorias Interna e Externa no Protocolo Manchester de Classificação de Risco

Critério

168. Realização de auditorias internas; Implementação de medidas corretivas conforme os resultados apresentados pelos indicadores. Adoção de procedimentos para viabilizar a realização de auditorias externas. Portaria SES/DF nº 69/2014, art. 2º, §13 e art. 3º; Protocolo Manchester de Classificação de Risco, Capítulo 8, itens 2 e 3.



Análises e Evidências

169. O procedimento de Auditoria Interna é obrigatório na aplicação do Protocolo Manchester, e visa garantir a reprodutibilidade e normalização dos procedimentos entre os profissionais, serviços e instituição de saúde (PT_19).

170. Segundo o livro “Sistema Manchester de Classificação de Risco” – SMCR (PT_19 pág. 100):

“O objetivo é conseguir uma avaliação individual dos profissionais envolvidos na classificação de risco, bem como efetuar uma auditoria global do serviço de urgência nessa área. Para esse fim, estabeleceu-se como meta uma aferição igual ou superior a 80% para o serviço como um todo e por profissional que realiza a classificação de risco. É desejável, mas não obrigatório, que o sistema seja informatizado”.

171. A ausência de procedimentos de Auditoria Interna impossibilita:

- a avaliação de desempenho individualizado de cada classificador;
- a avaliação sistemática do serviço, a fim de verificar se a meta de 80% foi atingida;
- a qualificação desta classificação, isto é, se os usuários classificados como vermelho ou laranja realmente representavam esse nível de priorização.

172. Outro fator relevante no trecho destacado é a ênfase na possibilidade de realização de auditoria interna mesmo sem o sistema informatizado, situação encontrada neste momento na Rede de Urgências e Emergências da SES/DF.

173. Assim, embora obrigatórias, as auditorias internas **não são** realizadas pela SES/DF (PT_21), o que traz consequências para a implementação do Protocolo Manchester, para a qualidade do serviço prestado à população e para a avaliação dos profissionais envolvidos no Acolhimento com Classificação de Risco.

174. A Portaria SES nº 69/2014 também prevê a realização de auditoria interna, bem como estabelece prazos e periodicidade de realização, conforme abaixo transcrito. No entanto, tal atividade não vem sendo realizada.

Art. 3º instituir a equipe de auditoria interna, composta por servidor médico(s) e enfermeiro(s) credenciado(s) por órgão competente.

§ 1º caberá à equipe de auditoria interna da unidade:

Inciso I: Realizar mensalmente auditorias em suas unidades apontando conformidades e não conformidades frente à utilização do Sistema Manchester de Classificação de Risco;

Inciso II: Elaborar e apresentar proposta de plano de intervenção para as não conformidades ao grupo gestor local, visando melhorias no processo de trabalho;

Inciso III: Encaminhar as auditorias à CCPNH/SES/DF até o 7º dia útil do mês subsequente, possibilitando o acompanhamento do grupo gestor central, bem como o envio de tais documentações ao órgão competente; (grifou-se)

175. Além da Auditoria Interna, o SMCR conta ainda com um processo de Auditoria



Externa, que acompanha a operacionalização dos seus pressupostos e controla o próprio sistema (PT_19, pág. 102). Esta define-se pela análise periódica e independente realizada por auditores externos, com o objetivo de avaliar as atividades e resultados relativos ao SMCR em relação aos requisitos e à implementação.

176. De maneira semelhante ao ocorrido com a Auditoria Interna, as gestoras da DIURE e da DIENF afirmaram a impossibilidade de realização em razão da baixa confiabilidade dos dados e da insuficiência de recursos humanos (PT_21).

177. Nas visitas realizadas nas unidades hospitalares, os entrevistados afirmaram não possuírem conhecimento sobre a realização de nenhum dos dois procedimentos (PT_23).

Causas

178. Falta de planejamento para operacionalizar a Auditoria Interna; Falta de gestão da política pública; Insuficiência de auditores treinados em auditoria interna.

Efeitos

179. Aumento de ocorrências de Classificações de Risco incorretas; Impossibilidade de controle na aplicação do protocolo; Possível risco à saúde da população.

Considerações do Auditado

180. Por meio da Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências – DIURE, do Hospital Regional de Sobradinho – HRS e da Superintendência da Região de Saúde Leste – SRSL, a SES confirmou que as auditorias internas nos serviços de Classificação de Risco não vêm sendo realizadas na rede (Ofício nº 2945/2016 – GAB/SES, e-DOC 7651C1F0-c, Peça 207, pp. 6, 13 e 19; Ofício nº 241/2017 GAB/SES, e-DOC 969A7028-c, Peça 215, p.15).

181. Os gestores do Hospital da Região Leste – HRL se manifestaram sobre a auditoria interna, nos termos do transcrito a seguir (e-DOC 969A7028-c, Peça 215, pág.15):

*A equipe de auditoria interna do serviço de ACR foi criada quando a Coordenação Central da Política de Humanização da SES acompanhava [a Classificação de Risco]. Após sua extinção, a equipe local também foi desfeita, **não havendo auditoria interna atualmente**. Cientes desta necessidade, a partir de janeiro de 2017, pretendemos operacionalizar a auditoria interna do serviço. (grifou-se)*

182. Por fim, foram relatadas medidas com vistas ao restabelecimento de auditorias internas no ACCR. A Secretária de Saúde informou que, no momento, encontra-se em fase de reestruturação da Política Nacional de Humanização no âmbito da SES.



Posicionamento da Equipe de Auditoria

183. A realização da auditoria interna é obrigatória, nos termos do item 2 do Capítulo 8 do Protocolo Manchester e do art. 3º da Portaria SES 69/2014. Já a auditoria externa é facultativa, sendo realizada por profissionais externos à instituição. Assim, o auditor externo não pode exercer funções nos hospitais que fiscaliza.

184. As evidências e justificativas demonstram a necessidade de monitoramento e avaliação dos procedimentos de ACCR para permitir o aperfeiçoamento e a continuidade da metodologia implementada. Nesse sentido, destaca-se a importância das disposições constantes do item 3 do Capítulo 8 do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, no que se refere à função de Auditor Externo. Segundo o Protocolo, há a possibilidade de realização de avaliação, por profissionais externos à SES, da implementação do sistema, quando demandados externamente ou julgado pertinente pela direção do sistema de saúde.

185. No mais, tendo em vista que não foram apresentados fatos ou razões que se oponham às conclusões da equipe de auditoria, o achado permanece inalterado, na forma da versão prévia do Relatório de Auditoria.

Proposições

186. Ante o exposto, sugere-se ao Egrégio Plenário, a seguinte proposição:

- I. Determinar à SES/DF que adote procedimentos com o objetivo de viabilizar a realização de auditorias interna e externa na implementação do Sistema de Classificação de Risco, conforme preconizado nos itens 2 e 3 do Capítulo 8 do Protocolo Manchester de Classificação de Risco e no art. 3º da Portaria SES 69/2014.

Benefícios Esperados

187. Implementação adequada do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, priorização clínica realizada com segurança, efetividade no atendimento à saúde da população.

2.3 Boas Práticas

Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no HBDF

188. Durante a fiscalização foi possível verificar o elevado grau de implementação do

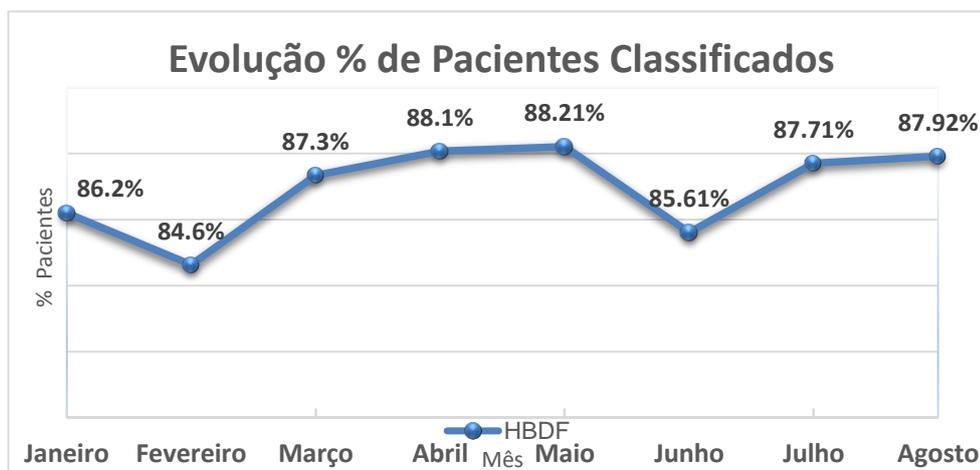


ACCR na Emergência do Hospital de Base do Distrito Federal. O desempenho do hospital em relação à classificação dos pacientes indica elevado grau de maturidade no processo que deve ser utilizado como paradigma para as demais unidades hospitalares do Distrito Federal.

189. Nesse sentido, foi identificada a realização de reuniões na Gerência de Emergência para discussão das informações enviadas durante esta fiscalização, inclusive procurando os auditores para esclarecimentos. A postura da equipe do HBDF demonstra o comprometimento com o serviço público, assim como com a Classificação de Risco, o atendimento às Urgências e Emergências, e especialmente com a população.

190. A seguir, gráfico indicativo demonstrando o volume de pacientes atendidos no HBDF que realizaram a devida priorização clínica. Os dados apontam que quase 90% dos pacientes são submetidos ao procedimento de classificação:

Gráfico 11: Paciente classificados no HBDF



Fonte: PT_11

191. As ações desenvolvidas pelo HBDF constituem boa prática, principalmente, na medida em que englobam as atividades de planejamento, monitoramento e avaliação operacionais, contribuindo assim para o aprimoramento dos serviços de atendimento aos pacientes na Classificação de Risco.

192. Nesse contexto, entende-se que a SES pode-se utilizar das boas práticas adotadas pelo HBDF como apoio às medidas a serem adotadas em toda a rede de saúde. Para tanto, apresentam-se as seguintes proposições:

- I. Recomendar à SES/DF que:



- a) adote medidas a fim de disseminar na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal as Boas Práticas implementadas nos procedimentos de Classificação de Risco do Hospital de Base do DF;
- b) promova estudos para levantamento de oportunidades de melhoria na realização do Acolhimento com Classificação de Risco em todas as unidades de atendimento da Rede de Urgência e Emergência do DF, tendo por base as medidas adotadas pelo HRAN.

3 Conclusão

193. A presente auditoria teve como objetivo avaliar a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de Atendimento às Urgências e Emergências na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal.

194. A metodologia adotada nesta fiscalização concentrou-se na atuação concomitante, por meio de visitas mensais às unidades hospitalares, em conjunto com o exame de relatórios emitidos pelo sistema TRAKCARE. Esse procedimento de fiscalização permitiu que a SES implementasse medidas no decorrer da realização dos trabalhos, o que resultou em melhorias nos resultados observados em algumas unidades hospitalares.

195. Durante a fiscalização foram obtidas evidências para os seguintes achados: Baixo nível de implementação do Acolhimento com Classificação de Risco pelo Protocolo Manchester; Ausência de controle e baixa confiabilidade dos dados provenientes da Classificação de Risco pelo Protocolo Manchester; Intempestividade na realização da Classificação de Risco; Intempestividade no atendimento aos usuários e Não realização de Auditorias Interna e Externa no Sistema Manchester de Classificação de Risco.

196. Em resposta ao Relatório Prévio da Auditoria, a SES enviou informações parciais, e solicitou prorrogação de prazo, cujo pedido foi indeferido por meio da Decisão nº 39/2017. As informações parciais encaminhadas foram insuficientes para desconstituir os achados da auditoria.

197. Os exames demonstraram que a SES ainda não implementou integralmente o Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Os prazos para atendimento previstos no Protocolo Manchester ainda não estão sendo cumpridos. Além disso, as informações obtidas nos



sistemas informatizados da Secretaria não são confiáveis, devido tanto a restrições do software quanto a falhas ou intempestividade na alimentação das informações. Por fim, o Protocolo Manchester de Classificação de Risco necessita ser submetido a auditorias interna e externa para possibilitar o seu contínuo aperfeiçoamento.

198. Apesar das boas práticas implementadas no decorrer da fiscalização por algumas unidades hospitalares da SES, entende-se necessária a adoção de medidas com vistas ao aperfeiçoamento do Acolhimento com Classificação de Risco de modo a atender o Protocolo Manchester em toda a Rede Pública de Saúde.

4 Proposições

199. Ante o exposto, sugere-se ao Plenário:

- I. tomar conhecimento do presente Relatório de Auditoria e dos Ofícios 2050/2016 GAB/HBDF/SES/DF (e-DOC A81C1155-c, Peça 204), 70/2016 – SRSNO/SES/DF (e-DOC B89AE058-c, Peça 206), 2.945/2016 – GAB/SES, 26/12/2016 (e-DOC 7651C1F0-c, Peça 207) e 241/2017 – GAB/SES, de 03/02/2017 (e-DOC 969Aa7028-c, Peça 215);
- II. determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que:
 - a) defina unidade administrativa responsável pela Política Nacional de Humanização, em especial no tocante à gestão do Acolhimento com Classificação de Risco, promovendo a atualização da Portaria SES 69/2014 (Achado 1);
 - b) realize capacitação dos recursos humanos para o Acolhimento com Classificação de Risco nas funções de Classificador, Auditor Interno e Multiplicador, conforme dispõe a Portaria SES 69/2014 (Achados 1 e 3);
 - c) institua indicadores para o acompanhamento da implementação do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, de modo a permitir a avaliação da eficácia de implementação da política pública (Achado 1);
 - d) adote indicadores que permitam acompanhar a tempestividade no atendimento aos usuários classificados por meio do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, em especial, aqueles com classificação amarela, laranja e vermelha (Achado 4);



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

- e) adote procedimentos com o objetivo de viabilizar a realização de auditorias interna e externa na implementação do Sistema de Classificação de Risco, conforme preconizado nos itens 2 e 3 do Capítulo 8 do Protocolo Manchester de Classificação de Risco e no art. 3º da Portaria SES 69/2014 (Achado 5);
- III. recomendar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que:
- a) adote medidas com vistas a adequar a estrutura de recursos humanos, a fim de que o Acolhimento com Classificação de Risco não dependa exclusivamente da disponibilidade de horas extras de servidores (Achados 1, 3 e 4);
 - b) adote medidas para que os pacientes que procuram a rede de urgência e emergência sejam efetivamente registrados, permitindo o fornecimento de dados para controle e planejamento da atividade (Achado 1);
 - c) estabeleça protocolo padrão para o referenciamento de pacientes que não possam ser atendidos na unidade demandada (Achado 1);
 - d) regulamente a sistemática de inserção de dados dos usuários da Rede de Urgência e Emergência, de modo a garantir informações completas e fidedignas no sistema informatizado de gestão hospitalar - TRAKCARE (Achado 2);
 - e) implemente procedimentos de verificação da adequação dos registros dos usuários atendidos, particularmente no tocante a informações referentes ao Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR, tais como: horário de recepção, de classificação do paciente e de atendimento médico (Achado 2);
 - f) oriente os servidores sobre a necessidade de inserção correta e tempestiva dos dados no sistema informatizado de gestão hospitalar – TRAKCARE, inclusive os relativos ao Acolhimento com Classificação de Risco (Achado 2);
 - g) adote medidas a fim de disseminar na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal as Boas Práticas implementadas nos procedimentos de Classificação de Risco do Hospital de Base do DF (Boas Práticas);
 - h) promova estudos para levantamento de oportunidades de melhoria na realização do Acolhimento com Classificação de Risco em todas as



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

unidades de atendimento da Rede de Urgência e Emergência do DF, tendo por base as medidas adotadas pelo HRAN (Boas Práticas);

- IV. recomendar às Superintendências Regionais de Saúde da SES/DF que, em conjunto com as Diretorias Hospitalares, revejam a sistemática implantada para acolhimento e classificação de risco dos pacientes, buscando adotar medidas que visem melhorar a eficácia da atividade, bem como atender a Portaria SES 69/2014 (Achado 3);
- V. determinar à Secretaria de Estado de Saúde que, no prazo de 90 dias, elabore e encaminhe ao Tribunal plano de ação para implementação das determinações constantes do item “II” e das recomendações constantes das alíneas “c”, “d” e “e” do item “III”, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade/setor responsável pela implementação conforme modelo apresentado no Anexo I do presente Relatório de Auditoria;
- VI. encaminhar cópias do Relatório de Auditoria, do Relatório/Voto do Relator e da Decisão que vier à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF e às Superintendências Regionais de Saúde da SES/DF para adoção de medidas;
- VII. autorizar o retorno dos autos à SEAUD para as demais providências.

Brasília (DF), 20 de fevereiro de 2017.

Tarsila Firmino E. Tramontin Batista
Auditora de Controle Externo – 1445-7

Renata Yuco Kanemoto
Auditora de Controle Externo – 1625-6



ANEXO I - PLANO DE AÇÃO

Determinações e Recomendações do TCDF (Itens da Decisão)	Medidas a serem adotadas para cumprimento das proposições* (Ações)	Data prevista para a implementação* (dd/mm/aaaa)	Unidade/Setor responsável pela implementação*
Defina unidade administrativa responsável pela Política Nacional de Humanização, em especial no tocante à gestão do Acolhimento com Classificação de Risco, promovendo a atualização da Portaria SES 69/2014 (Achado 01);	1)		
	2)		
	...		
Realize capacitação dos recursos humanos para o Acolhimento com Classificação de Risco nas funções de Classificador, Auditor Interno e Multiplicador, conforme dispõe a Portaria SES 69/2014 (Achados 01 e 03);	1)		
	2)		
	...		
Institua indicadores para o acompanhamento da implementação do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, de modo a permitir a avaliação da eficácia de implementação da política pública (Achado 01);	1)		
	2)		
	...		
Adote indicadores que permitam acompanhar a tempestividade no atendimento aos usuários classificados por meio do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, em especial, aqueles com classificação amarela, laranja e vermelha (Achado 04);	1)		
	2)		
	...		
Adote procedimentos com o objetivo de viabilizar a realização de auditorias interna e externa na implementação do Sistema de Classificação de Risco, conforme preconizado nos itens 2 e 3 do Capítulo 8 do Protocolo Manchester de Classificação de Risco e art. 3º da Portaria SES nº 69/2014 (Achado 05);	1)		
	2)		
	...		
Estabeleça protocolo padrão para o referenciamento de pacientes que não possam ser atendidos na unidade demandada (Achado 01);	1)		
	2)		
	...		
Regulamente a sistemática de inserção de dados dos usuários da Rede de Urgência e Emergência, de modo a garantir informações completas e fidedignas no sistema informatizado de administração hospitalar (Achado 02);	1)		
	2)		
	...		
Implemente procedimentos de verificação da adequação dos registros dos usuários atendidos, particularmente no tocante a informações referentes ao Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR, tais como: horário de recepção, de classificação do paciente e de atendimento médico (Achado 02);	1)		
	2)		
	...		

*Campos a serem preenchidos pelo jurisdicionado.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DAS SESSÕES

Sessão Ordinária Nº 4942, de 04/04/2017

TCDF/Secretaria das Sessões
Folha:.....
Processo: 1778/2016-e
Rubrica:.....

PROCESSO Nº 1778/2016-e

RELATOR : CONSELHEIRO MANOEL PAULO DE ANDRADE NETO

EMENTA : Auditoria Operacional realizada para avaliar a implementação, utilização e tempestividade do acolhimento, com classificação de risco, nas Unidades de Atendimento às Urgências e Emergências da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal.

DECISÃO Nº 1496/2017

O Tribunal, por unanimidade, de acordo com o voto do Relator, decidiu: I - tomar conhecimento do Relatório de Auditoria e dos Ofícios 2050/2016 GAB/HBDF/SES/DF (e-DOC A81C1155-c, Peça 204), 70/2016 - SRSNO/SES/DF (e DOC B89AE058-c, Peça 206), 2.945/2016 - GAB/SES, 26/12/2016 (e DOC 7651C1F0-c, Peça 207) e 241/2017 - GAB/SES, de 03/02/2017 (e DOC 969Aa7028-c, Peça 215); II - determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que: a) defina unidade administrativa responsável pela Política Nacional de Humanização, em especial no tocante à gestão do Acolhimento com Classificação de Risco, promovendo a atualização da Portaria SES 69/2014 (Achado 1); b) realize capacitação dos recursos humanos para o Acolhimento com Classificação de Risco nas funções de Classificador, Auditor Interno e Multiplicador, conforme dispõe a Portaria SES 69/2014 (Achados 1 e 3); c) institua indicadores para o acompanhamento da implementação do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, de modo a permitir a avaliação da eficácia de implementação da política pública (Achado 1); d) adote indicadores que permitam acompanhar a tempestividade no atendimento aos usuários classificados por meio do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, em especial, aqueles com classificação amarela, laranja e vermelha (Achado 4); e) adote procedimentos com o objetivo de viabilizar a realização de auditorias interna e externa na implementação do Sistema de Classificação de Risco, conforme preconizado nos itens 2 e 3 do Capítulo 8 do Protocolo Manchester de Classificação de Risco e no art. 3º da Portaria SES 69/2014 (Achado 5); III - recomendar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que: a) adote medidas com vistas a adequar a estrutura de recursos humanos, a fim de que o Acolhimento com Classificação de Risco não dependa exclusivamente da disponibilidade de horas extras de servidores (Achados 1, 3 e 4); b) adote medidas para que os pacientes que procuram a rede de urgência e emergência sejam efetivamente registrados, permitindo o fornecimento de dados para controle e planejamento da atividade (Achado 1); c) estabeleça protocolo padrão para o referenciamento de pacientes que não possam ser atendidos na unidade demandada (Achado 1); d) regulamente a sistemática de inserção de dados dos usuários da Rede de Urgência e Emergência, de modo a garantir informações completas e fidedignas no sistema informatizado de gestão hospitalar - TRAKCARE (Achado 2); e) implemente procedimentos de verificação da adequação dos registros dos usuários atendidos, particularmente no tocante a informações referentes ao Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR, tais como: horário de recepção, de classificação do paciente e de atendimento médico (Achado 2); f) oriente os servidores sobre a necessidade de inserção correta e tempestiva dos dados no sistema informatizado de gestão hospitalar - TRAKCARE, inclusive os relativos ao Acolhimento com Classificação de Risco (Achado 2); g) adote medidas a fim de disseminar na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal as Boas Práticas implementadas nos procedimentos de Classificação de Risco do Hospital de Base do Distrito Federal (Boas

Práticas); h) promova estudos para levantamento de oportunidades de melhoria na realização do Acolhimento com Classificação de Risco em todas as unidades de atendimento da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal, tendo por base as medidas adotadas pelo HRAN (Boas Práticas); IV - recomendar às Superintendências Regionais de Saúde da SES/DF que, em conjunto com as Diretorias Hospitalares, revejam a sistemática implantada para acolhimento e classificação de risco dos pacientes, buscando adotar medidas que visem melhorar a eficácia da atividade, bem como atender a Portaria SES 69/2014 (Achado 3); V - determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que, no prazo de 90 dias, elabore e encaminhe ao Tribunal plano de ação para implementação das determinações constantes do item "II" e das recomendações constantes das alíneas "c", "d" e "e" do item "III", contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade/setor responsável pela implementação conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório de Auditoria em exame; VI - encaminhar cópia do Relatório de Auditoria, do relatório/voto do Relator e desta decisão à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF e às Superintendências Regionais de Saúde da SES/DF, para adoção das medidas decorrentes; VII - autorizar o retorno dos autos à SEAUD, para as demais providências.

Presidiu a sessão a Presidente, Conselheira ANILCÉIA MACHADO. Votaram os Conselheiros MANOEL DE ANDRADE, INÁCIO MAGALHÃES FILHO, PAULO TADEU, PAIVA MARTINS e MÁRCIO MICHEL. Participou a representante do MPJTCDF, Procuradora MÁRCIA FERREIRA CUNHA FARIAS. Ausente o Conselheiro RENATO RAINHA.

SALA DAS SESSÕES, 04 de Abril de 2017


José Valmir do Silva
Secretário das Sessões


Anilcéia Luzia Machado
Presidente