



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

## **AUDITORIA INTEGRADA**

### **RELATÓRIO FINAL**

**Gestão e Funcionamento dos Centros Cirúrgicos das Unidades Hospitalares da  
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**

**(Processo nº 27.596/15-e)**



Brasília – Julho/2016



## **Resumo Executivo**

A auditoria teve como objeto avaliar a gestão e o funcionamento das Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializada – UCAEs e as condições de acesso à Rede Pública de Saúde do Distrito Federal oferecidas aos portadores de doenças cirúrgicas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF, órgão da Administração Direta do Governo do Distrito Federal.

O centro cirúrgico pode ser definido como um conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica<sup>1</sup>. A qualidade e a segurança da assistência prestada são diretamente relacionadas à localização, às estruturas e à gestão de todos os processos atinentes ao centro cirúrgico.

A fiscalização proposta abrangeu a análise da gestão e do funcionamento dos centros cirúrgicos do DF, avaliando o acesso, a tempestividade no atendimento, a utilização dos indicadores de desempenho estabelecidos, as condições de utilização e manutenção de equipamentos, a implementação do Protocolo de Cirurgia Segura e a adoção de diretrizes estabelecidas para prevenção e controle de infecções hospitalares.

### **O que o Tribunal buscou avaliar?**

O objetivo geral da presente auditoria foi verificar a adequação da gestão e do funcionamento das Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializada - UCAEs e as condições de acesso à Rede Pública de Saúde Distrital oferecidas aos portadores de doenças cirúrgicas.

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

1. A SES-DF promove o acesso amplo e tempestivo aos portadores de doenças cirúrgicas, eletivas ou não, de forma organizada?
2. As condições cirúrgicas das UCAEs são adequadas e suficientes para o atendimento aos usuários?

---

<sup>1</sup> Portaria GM/MS nº 400/1977.



### **O que o Tribunal encontrou?**

No tocante à primeira questão, constatou-se que a SES-DF não promove acesso amplo e tempestivo, de forma organizada, aos portadores de doenças cirúrgicas. Todas as unidades hospitalares do Distrito Federal que possuem UCAEs apresentam filas de anos de espera por centenas ou milhares de pessoas. Ademais, as informações prestadas pela SES-DF e por alguns hospitais demonstram um acompanhamento desorganizado e impreciso em relação à demanda e à realização de cirurgias, verificando-se ausência de controle pela alta administração do órgão e dos hospitais. Nessa senda, verificou-se que a SES-DF e as unidades hospitalares não possuem registros e não produzem indicadores quantitativos e qualitativos na forma determinada pela Portaria SES-DF nº 191/2012, o que impõe óbices à adoção de melhorias na prestação de serviços pelas UCAEs.

Em relação à segunda questão, apurou-se que as condições cirúrgicas das UCAEs não são adequadas e suficientes, tendo sido identificados problemas de carência de equipamentos e ausência de manutenção preventiva e corretiva pela inexistência de contratos para prestação desses serviços. Além disso, o trabalho demonstrou a não implantação pela SES-DF do Protocolo de Cirurgia Segura (MS/Anvisa/Fiocruz), bem como falhas nas ações de prevenção e controle de infecções hospitalares.

### **Quais foram as proposições formuladas pela Equipe de Auditoria?**

Entre as proposições formuladas à SES-DF, destacam-se:

- Adotar medidas com vistas a estabelecer a regulação do agendamento de procedimentos cirúrgicos;
- Realizar levantamento e monitoramento das carências de estrutura, insumos e materiais de todas as UCAEs e adotar medidas para suprir as atuais necessidades, de modo a oportunizar a utilização de todos os recursos e salas de operação existentes e maximizar a realização de procedimentos cirúrgicos;
- Rever os indicadores previstos na Portaria SES-DF nº 191/2012;



- Elaborar um plano de capacitação e orientar os servidores lotados nas Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializadas (UCAEs) para a elaboração, implantação e implementação de indicadores de produção e de qualidade necessários ao aperfeiçoamento da gestão;
- Elaborar plano de aquisições de equipamentos médico-hospitalares para UCAEs e CMEs, que contemple um diagnóstico técnico da situação atual em suas várias dimensões (equipamentos, infraestrutura, recursos orçamentários), as necessidades em face da demanda reprimida, os objetivos e metas a serem alcançados, as ações que levem ao resultado esperado e os respectivos indicadores e responsáveis;
- Adotar medidas com vistas à implementação do Protocolo para Cirurgia Segura – PCS nas UCAEs da Rede Pública Distrital, abrangendo a divulgação do PCS, a capacitação de servidores para sua aplicação e o acompanhamento do cumprimento de sua utilização;
- Orientar a elaboração dos planos e dos relatórios de controle de infecções hospitalares por parte das comissões dos hospitais;
- Acompanhar e coordenar a implementação de medidas preventivas e corretivas, adotadas com base nos relatórios das comissões de controle de infecções hospitalares, nos resultados dos indicadores e nas metas estabelecidas.

### **Quais os benefícios esperados com a atuação do Tribunal?**

Espera-se, com a adoção das medidas propostas pelo Tribunal, melhorias no acesso e na tempestividade do atendimento aos pacientes portadores de doenças cirúrgicas, o conhecimento, por parte da SES-DF e da sociedade, das reais condições de operação dos centros cirúrgicos, bem como o emprego periódico e frequente de medidas corretivas com base em indicadores produzidos. Almeja-se, ainda, a melhoria na segurança dos pacientes em relação a infecções hospitalares e erros médicos e 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.....	8
1.4	Objetivos .....	12
1.4.1	Objetivo Geral.....	12
1.4.2	Objetivos Específicos .....	12
1.5	Escopo .....	12
1.6	Montante Fiscalizado .....	13
1.7	Metodologia.....	13
1.8	Critérios de auditoria .....	14
1.9	Avaliação de Controle Interno .....	14
2	Resultados da Auditoria .....	16
2.1.1	ACHADO 1: Pacientes não dispõem de acesso suficiente e tempestivo a procedimentos cirúrgicos .....	16
2.1.2	ACHADO 2: Ausência de controle dos indicadores de atendimento das UCAEs .....	27
2.1.3	ACHADO 3: Insuficiência e inoperância de equipamentos e inexistência de contratos de manutenção.....	34
2.1.4	ACHADO 4: Não implantação do Protocolo para Cirurgia Segura .....	41
2.1.5	ACHADO 5: Falhas nas ações de controle de infecções hospitalares ..	48
3	Boas práticas .....	59
4	Conclusão .....	60
5	Proposições .....	61
	ANEXO I - PLANO DE AÇÃO .....	64



## **1 Introdução**

### **1.1 Apresentação**

Trata-se de auditoria realizada para verificar a adequação da gestão e do funcionamento das Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializada – UCAEs e as condições de acesso à Rede Pública de Saúde do Distrito Federal oferecidas aos portadores de doenças cirúrgicas, realizada na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, conforme determinado na Decisão Plenária nº 4.493/14.

2. A execução da presente auditoria compreendeu o período de 20/11/2015 a 13/04/2016<sup>2</sup>.

### **1.2 Identificação do Objeto**

3. O objeto da auditoria foi a gestão e o funcionamento dos centros cirúrgicos e as condições de acesso oferecidas aos portadores de doenças cirúrgicas das unidades hospitalares da SES-DF, órgão da Administração Direta do Governo do Distrito Federal. O atual Secretário de Saúde é o Sr. Humberto Lucena Pereira da Fonseca, nomeado em 02/03/2016.

4. O centro cirúrgico pode ser definido como um conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica<sup>3</sup>. Constitui-se por um conjunto de áreas e instalações que permitem segurança e conforto na realização de procedimentos cirúrgicos, tanto para o paciente como para a equipe de saúde.

5. É considerado um dos setores mais importantes do hospital, em razão dos riscos inerentes às operações e da capacidade curativa da cirurgia, dentre outros fatores. A qualidade e a segurança da assistência prestada são diretamente relacionadas à localização, às estruturas e à gestão de todos os processos atinentes ao centro cirúrgico.

6. A fiscalização proposta abrangeu a análise da gestão e do funcionamento dos centros cirúrgicos do DF, avaliando o acesso, a tempestividade no

---

<sup>2</sup> Cumpre assinalar que a equipe de auditoria teve de paralisar a execução da presente auditoria em certos períodos em função de outros trabalhos desta Secretaria de Auditoria.

<sup>3</sup> Portaria GM/MS nº 400/1977.



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

atendimento, a utilização dos indicadores de desempenho estabelecidos, as condições de utilização e manutenção de equipamentos, a implementação do Protocolo para Cirurgia Segura e a adoção de diretrizes estabelecidas para prevenção e controle de infecções hospitalares.

7. De acordo com as competências estipuladas no Decreto Distrital nº 37.057/2016<sup>4</sup>, os trabalhos foram desenvolvidos nas seguintes unidades: Subsecretaria de Administração Geral, Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, Subsecretaria de Logística e Infraestrutura da Saúde, Subsecretaria de Planejamento em Saúde, Subsecretaria de Gestão de Pessoal e UCAEs dos hospitais da Rede Pública.

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

**Quadro 1: Principais gestores vinculados ao objeto da fiscalização.**

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
Fábio Gondim Pereira Costa		23/07/2015 até 01/03/2016
Eliene Ancelmo Berg	Secretário Adjunto de Saúde	24/07/2015 até a data de conclusão deste trabalho
José Rubens Iglesias		29/01/2015 até 24/07/2015
Daniel Seabra Resende Castro Correa	Subsecretário de Atenção Integral à Saúde – SAIS	10/03/2016 até a data de conclusão deste trabalho
Robinson Capucho Parpinelli		10/09/2015 até 09/03/2016

Legislação Aplicável

9. A Portaria SES-DF nº 191/2012 instituiu nova terminologia para os centros cirúrgicos (Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializada – UCAEs),

<sup>4</sup> DISTRITO FEDERAL. Decreto Distrital nº 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](http://www.tc.df.gov.br/sinj/BaixarArquivoNorma.aspx?id_file=1ffda413-ebdb-3edf-bd6e-87db841389d8)>. Acesso em 03 fev. 2016.



estabeleceu suas competências, definiu as responsabilidades das chefias, e, ainda, previu indicadores de desempenho do serviço prestado.

10. A Lei Federal nº 9.431/1997, de seu turno, positiva diretrizes para prevenção e controle de infecções hospitalares, área também afeta a esta auditoria. A seguir, outros marcos normativos aplicáveis ao objeto da fiscalização:

**Quadro 2: Legislação e Normas Aplicáveis**

<b>Norma</b>	<b>Objeto</b>
Constituição Federal	Estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado.
Lei nº 8.080/1990	Lei Orgânica da Saúde.
Lei nº 9.431/1997	Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do país.
Portaria GM/MS nº 2.616/1998	Estabelece diretrizes e normas para prevenção e controle de infecções hospitalares.
Portaria GM/MS nº 529/2013	Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
Portaria GM/MS nº 1.377/2013	Aprova os protocolos de segurança do paciente.
Portaria SES-DF nº 116/2004	Estabelece procedimentos de controle de estoque de materiais e medicamentos em diversos locais, dentre eles, os centros cirúrgicos.
Portaria SES-DF nº 191/2012	Aprova nova terminologia para os centros cirúrgicos, suas competências e as responsabilidades das chefias.

### 1.3 Contextualização

11. O Tribunal de Contas do Distrito Federal, por meio da Decisão Plenária nº 4.493/2014, determinou a realização de fiscalização, conforme segue:

*“II – determinar à Secretaria de Auditoria que, nos termos do art. 120, II, do RI/TCDF, realize auditoria especial na Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal – SES/DF para verificar o quanto exposto no âmbito da representação nº 15/2014-CF;”*

12. A seguir, as questões suscitadas na Representação 15/2014-CF:

*1) ociosidade das salas dos CC das unidades representada pela diferença entre a capacidade operativa disponível (horas disponíveis para uso) e o uso efetivo (horas utilizadas para cirurgias), detalhados por especialidade e por cirurgias eletivas/emergenciais, de modo a permitir a avaliação da eficiência no uso dos espaços;*



*2) ociosidade das horas médicas nos CC das unidades representada pela diferença entre a capacidade operativa disponível (horas disponíveis por profissional) e o uso efetivo (horas utilizadas para cirurgias), detalhados por especialidade e por cirurgias eletivas/emergenciais, de modo a permitir a avaliação da eficiência no uso das horas médicas;*

*3) demanda reprimida (fila) detalhada por especialidade e tempo de espera;*

*4) estrutura física adequada à operação dos CC;*

*5) falta de insumos necessários à operação dos CC;*

*6) suficiência e manutenção dos equipamentos à operação dos CC.*

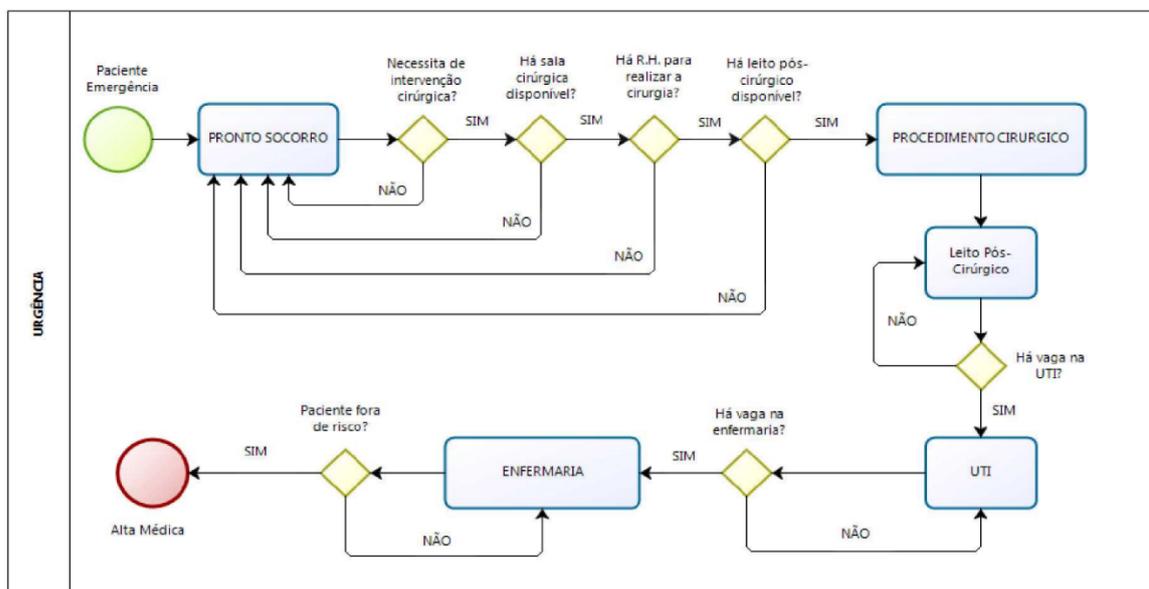
13. O centro cirúrgico – ou UCAE – constitui uma das unidades mais complexas da unidade hospitalar, principalmente pela especificidade de seus processos e pela logística necessária para seu funcionamento, além dos riscos inerentes aos procedimentos realizados.

14. É possível afirmar que o bom desempenho de uma UCAE está relacionado com a qualidade de seus próprios processos e a qualidade dos serviços que o apoiam, sendo consequência de uma precisa combinação entre recursos humanos suficientes e capacitados, instalações físicas seguras e equipamentos adequados.

15. A seguir, são apresentados mapas de processos concernentes ao funcionamento das UCAEs, cujo fluxo difere conforme o paciente seja oriundo do Pronto Socorro (cirurgias de emergência e urgência) ou de Ambulatório (cirurgia eletiva).

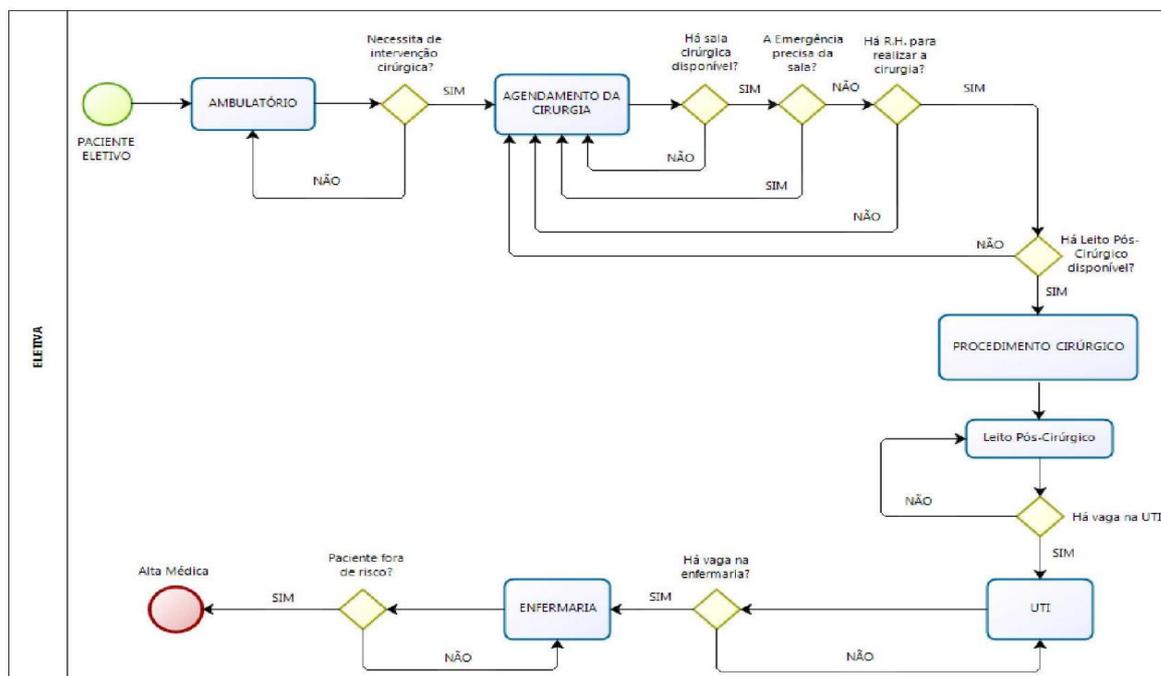


**Figura 1: Mapa de processo das UCAEs para cirurgias de emergência e urgência**



Fonte: Equipe de Auditoria

**Figura 2: Mapa de processo das UCAEs para cirurgias eletivas**

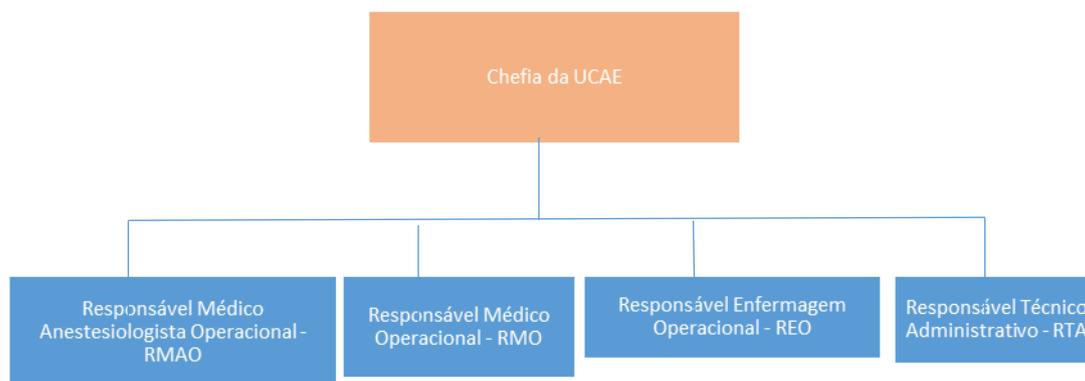


Fonte: Equipe de Auditoria

16. A Secretaria de Estado de Saúde, por meio da Portaria SES-DF nº 191, de 13 de setembro de 2012, estabeleceu o organograma, as responsabilidades e indicadores de desempenho que devem ser mensurados e acompanhados em todas as UCAEs da Rede Hospitalar do DF, a exemplo da taxa de ocupação por períodos, da taxa de procedimentos sem programação prévia e da taxa de cancelamento de procedimentos.



**Figura 3: Organograma das UCAEs**



Fonte: Portaria SES-DF nº 191/2012 – Anexo I

17. Outro fator de extrema relevância para o funcionamento das UCAEs consiste no atendimento ao *Protocolo para Cirurgia Segura*, estabelecido conjuntamente pelo Ministério da Saúde, pela Anvisa e pela Fiocruz<sup>5</sup>. Esse protocolo, oriundo do programa *Cirurgias Seguras Salvam Vidas*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), prevê medidas de fácil adoção com impactos positivos comprovados para a redução de incidentes e eventos adversos e o aumento da segurança nos procedimentos<sup>6</sup>.

18. Por fim, de modo a se empreender uma fiscalização devidamente abrangente da gestão dos centros cirúrgicos, buscou-se analisar a regulação ao acesso realizada pela Central de Regulação da SES-DF, e ainda a classificação de risco utilizada para priorizar a oferta de cirurgias.

### Fiscalizações Anteriores

19. Em consulta ao Sistema de Acompanhamento Processual Eletrônico (e-TCDF), foi identificado apenas um processo relacionado à gestão de UCAE, apresentado a seguir:

---

<sup>5</sup> Anexo 3 da Portaria GM/MS nº 1.377/2013.

<sup>6</sup> World Health Organization. Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives.



**Quadro 3: Processo TCDF relacionado ao objeto da fiscalização.**

Processo nº	Objeto	Última Decisão
2.410/2010	Inspeção realizada na Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES) para verificar irregularidades nos Hospitais de Base do DF – HBDF, Regional da Asa Sul – HRAS e Regional do Guará – HRGu (Situação: arquivado).	5.363/2011

Fonte: Sistema de Acompanhamento Processual. Consulta em 24/09/2015.

## 1.4 Objetivos

### 1.4.1 Objetivo Geral

20. Verificar a adequação da gestão e do funcionamento das Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializada - UCAEs e as condições de acesso à Rede Pública de Saúde Distrital oferecidas aos portadores de doenças cirúrgicas.

### 1.4.2 Objetivos Específicos

21. As questões de auditoria foram assim definidas:

- 1.A SES-DF promove o acesso amplo e tempestivo aos portadores de doenças cirúrgicas, eletivas ou não, de forma organizada?
- 2.As condições cirúrgicas das UCAEs são adequadas e suficientes para o atendimento aos usuários?

## 1.5 Escopo

22. O escopo desta fiscalização abrangeu as UCAEs da Rede Pública de Saúde do DF. Constituem essa Rede 16 Hospitais<sup>7</sup>, tendo sido selecionados para visitas e aplicação de procedimentos de auditoria os centros cirúrgicos das seguintes unidades:

- Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF);
- Hospital Regional do Paranoá (HRPa);

<sup>7</sup> 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 Guará, Hospital São Vicente de Paula, Hospital de Apoio de Brasília e Instituto de Saúde Mental.



- Hospital Regional de Brazlândia (HRBz).

23. As referidas unidades hospitalares foram escolhidas por representarem, respectivamente, hospitais de grande, médio e pequeno porte, o que permitiu uma visão geral da situação dos centros cirúrgicos na Rede Pública de Saúde.

24. Nada obstante, alguns dos procedimentos de auditoria foram realizados em todos os hospitais da Rede que dispõem de centro cirúrgico, de modo a se obter uma visão tão completa quanto possível do objeto auditado.

### **1.6 Montante Fiscalizado**

25. Na Lei Orçamentária Anual, não existe programa de trabalho específico que englobe as despesas atinentes às UCAEs. Isso se deve ao fato de que os recursos empregados nos centros cirúrgicos têm origem em diversos programas de trabalho, como, exemplificativamente, aquisição de medicamentos (Programa de Trabalho 10.303.6202.4216.0001), serviços assistenciais complementares – Unidade de Terapia Intensiva (Programa de Trabalho 10.302.6202.2145.0009), manutenção de máquinas e equipamentos médico-hospitalares (Programa de Trabalho 10.302.6202.2885.0002) e órteses e próteses (Programa de Trabalho 10.302.6202.6016.4216).

26. Por outro lado, nem todas as despesas dos referidos programas de trabalho correspondem a gastos relacionados com os centros cirúrgicos, lembrando-se que há ainda outros programas que abarcam despesas ligadas às UCAEs. Tendo em vista os fatos expostos e as particularidades do objeto auditado, não se apresenta, neste relatório de auditoria, o montante fiscalizado.

### **1.7 Metodologia**

27. Os procedimentos e técnicas utilizados na execução da presente auditoria encontram-se registrados na Matriz de Planejamento (e-Doc 0BDD34B1-e), merecendo destaque a realização de visitas, exame de documentos, entrevistas e preenchimento de *checklists*.

28. As unidades hospitalares foram escolhidas por representarem hospitais de grande, médio e pequeno porte, o que proporcionou uma visão geral da situação dos centros cirúrgicos na Rede Pública de Saúde. Os selecionados, como citado



anteriormente, foram, respectivamente, Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital Regional do Paranoá (HRPa), Hospital Regional de Brazlândia (HRBz).

### **1.8 Critérios de auditoria**

29. Os critérios utilizados na presente auditoria foram extraídos da Portaria SES-DF nº 191/12 e das Portarias do Ministério da Saúde mencionadas no Quadro 2.

### **1.9 Avaliação de Controle Interno**

30. Com o objetivo de orientar a natureza, a extensão e a profundidade dos testes a serem realizados durante a fiscalização, procedeu-se a avaliação dos controles internos do Hospital de Base do DF, do Hospital Regional do Paranoá e do Hospital Regional de Brazlândia.

31. Quanto ao Risco de Controle do HBDF, foi realizada entrevista com a Diretora Administrativa da unidade hospitalar e com servidores do centro cirúrgico. A partir das respostas, compôs-se a Planilha de Avaliação de Controle Interno (PT 02), cuja avaliação indicou o percentual de 52% para o Risco de Controle, o que permite concluir pela existência de um “adequado” sistema de controle interno, com relação à atribuição de prevenir e detectar erros ou irregularidades relevantes.

32. No tocante ao Risco de Controle do HRPa, procedeu-se a entrevista com o Chefe do Centro Cirúrgico do hospital. Com base nas informações prestadas, elaborou-se a Planilha de Avaliação de Controle Interno (PT 03), cuja avaliação indicou o percentual de 57% para o Risco de Controle, concluindo-se pela existência de um “adequado” sistema de controle interno, com relação à função de prevenir e detectar erros ou irregularidades relevantes.

33. Outrossim, em relação ao Risco de Controle do HRBz, realizou-se entrevista com o Diretor-Geral da unidade hospitalar. Com base nas respostas, compôs-se a Planilha de Avaliação de Controle Interno (PT 04), cuja avaliação indicou o percentual de 52% para o Risco de Controle, autorizando a conclusão pela existência de um “adequado” sistema de controle interno, no que se refere à competência de prevenir e detectar erros ou irregularidades relevantes.



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

34. Para aferir o Risco Inerente, decorrente da própria natureza do objeto auditado, consideraram-se as seguintes variáveis: gravidade<sup>8</sup>, urgência<sup>9</sup>, tendência<sup>10</sup>, complexidade<sup>11</sup> e relevância<sup>12</sup>, relativas ao jurisdicionado e à matéria a ser auditada, conforme tabela a seguir<sup>13</sup>:

**Quadro 4: Avaliação do Risco Inerente**

	Órgão	Matéria auditada 1
Gravidade		
Urgência		
Tendência		
Complexidade		
Relevância		
Materialidade		
TOTAL		
Média		
Risco inerente (percentual)		

Legenda:  
1 Baixa  
2 Média  
3 Alta  
● N/A

Fonte: PTs 02, 03 e 04

<sup>8</sup> Representa o impacto, a médio e longo prazo, do problema analisado caso ele venha a acontecer sobre aspectos, tais como: tarefas, pessoas, resultados, processos, organizações, entre outros.

<sup>9</sup> Representa o prazo, o tempo disponível ou necessário para resolver um determinado problema analisado. Quanto maior a urgência, menor será o tempo disponível para resolver esse problema. Deve ser avaliada tendo em vista a necessidade de se propor soluções a fim de melhorar a gestão da/do referida matéria/órgão.

<sup>10</sup> Representa o potencial de crescimento do problema e a probabilidade de este se agravar. Recomenda-se fazer a seguinte pergunta: "Se esse problema não foi resolvido agora, ele vai piorar pouco a pouco ou vai piorar bruscamente?"

<sup>11</sup> Pode-se medir a complexidade avaliando se os constituintes da matéria são heterogêneos, se há multiplicidade nas ações, interações e acontecimentos e se há a presença de traços de confusão, acasos, caos, ambiguidades, e incertezas.

<sup>12</sup> A relevância deve ser avaliada, independentemente da materialidade do objeto de auditoria, a fim de buscar a importância qualitativa das ações em estudo, quanto à sua natureza, contexto de inserção, fidelidade, integralidade das informações.

<sup>13</sup> A materialidade não foi considerada para aferição do risco inerente em função do exposto no item 1.6 acima, referente ao montante fiscalizado.



## 2 Resultados da Auditoria

### QA 1 – A SES-DF promove o acesso amplo e tempestivo aos portadores de doenças cirúrgicas, eletivas ou não, de forma organizada?

*Não. A SES-DF não promove acesso amplo e tempestivo aos portadores de doenças cirúrgicas. Todas as unidades hospitalares da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal que possuem UCAEs apresentam filas com centenas ou milhares de pessoas e anos de espera. Ademais, a partir das informações prestadas pela SES-DF e por alguns hospitais, verificaram-se deficiências nas áreas de planejamento e controle, consubstanciadas em um acompanhamento desorganizado e impreciso no que concerne à demanda e à realização de cirurgias.*

#### 2.1.1 ACHADO 1: Pacientes não dispõem de acesso suficiente e tempestivo a procedimentos cirúrgicos

##### **Critério**

35. Utilização de regulação e classificação de risco para realização de cirurgias; existência de registro formal de fila de espera ou da "demanda reprimida"; tempo de espera entre inclusão na lista de espera e realização da cirurgia compatível com a classificação de risco; alcance de metas estabelecidas na Portaria SES-DF nº 191/2012.

##### **Análises e Evidências**

36. Por meio de notas de auditoria remetidas a todos os hospitais que possuem centros cirúrgicos, solicitou-se relatório sobre a demanda reprimida de cirurgias por especialidade e a fila de espera para agendamento. Requereu-se, ainda, relação das salas de operação em funcionamento e das não utilizadas, incluindo o motivo, no caso das últimas.

37. A partir das listas de pacientes em espera encaminhadas pelas unidades hospitalares, constatou-se a existência de mais de 27.000 (vinte e sete mil) pessoas nas filas de espera para cirurgias (PT 05).

38. O tamanho da fila de espera varia conforme a unidade hospitalar, encontrando-se os extremos do Hospital Regional de Brazlândia (HRBz), com 300



(trezentos) pacientes, e do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), com 7450 (sete mil, quatrocentos e cinquenta) pessoas, diferença compreensível dado o porte de cada unidade. A relação das filas de espera por hospital está consolidada no Quadro 5.

**Quadro 5: Fila por hospital**

Hospital	Quantidade de pacientes	Situação em:	Percentual
HBDF	7450	fev/16	27,6%
HMIB	2303	dez/15	8,5%
HRAN	4172	dez/15	15,4%
HRSam	915	dez/15	3,4%
HRSM	1434	dez/15	5,3%
HRPa	1930	mar/16	7,1%
HRBZ	300	dez/15	1,1%
HRC	1165	dez/15	4,3%
HRT	2545	jan/16	9,4%
HRG	1481	dez/15	5,5%
HRPI	583	dez/15	2,2%
HRS	2760	dez/15	10,2%
<b>Total</b>	<b>27038</b>	<b>-</b>	<b>100%</b>

Fonte: PT 05 e PT 06

39. A quantidade de pessoas aguardando procedimentos cirúrgicos também oscila analisando-se a lista por especialidades: existem 84 (oitenta e quatro) pessoas na fila para cirurgia torácica, ao passo que constam 7262 (sete mil, duzentos e sessenta e dois) pacientes para cirurgia geral. A discriminação completa por especialidade é apresentada no Quadro 6<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> Vale lembrar que, em função do contrato nº 296/2014, celebrado entre a SES-DF e o Instituto de Cardiologia do Distrito Federal – Fundação Universitária de Cardiologia, parte dos serviços médicos de média e alta complexidade em doenças cardiovasculares e transplantes de órgãos e tecidos relacionados cabe à entidade contratada, o que contribui para a excepcionalmente baixa quantidade de pacientes na fila de espera dessa especialidade. Nesse sentido, no ano de 2015, a SES-DF realizou empenhos no valor de R\$ 97.008.753,63 (noventa e sete milhões, oito mil, setecentos e cinquenta e três reais e sessenta e três centavos) tendo como credora a Fundação citada (PT 29).



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

### Quadro 6: Pacientes por Especialidade

Especialidade	Quantidade de pacientes	Percentual
Bariátrica	136	0,50%
Cirurgia de cabeça e pescoço	1350	4,99%
Cardiologia	4	0,01%
Cirurgia Geral	7262	26,86%
Dermatologia	200	0,74%
Ginecologia	3028	11,20%
Mastologia	154	0,57%
Nefrologia	10	0,04%
Neurocirurgia	84	0,31%
Odonto-Buco-Maxilo	227	0,84%
Oftalmologia	1618	5,98%
Oncologia	55	0,20%
Traumato-Ortopedia	8597	31,80%
Otorrinolaringologia	1890	6,99%
Pediatria	716	2,65%
Plástica	119	0,44%
Proctologia	305	1,13%
Reconstrução Mamária	53	0,20%
Torácica	135	0,50%
Urologia	874	3,23%
Vascular	196	0,72%
Não especificados	25	0,09%
<b>Total</b>	<b>27038</b>	<b>100%</b>

Fonte: PT 05 e PT 06

40. Da mesma forma, observa-se variação de tempo na fila conforme hospital e especialidade, de acordo com informações constantes dos Quadros 7 e 8:

### Quadro 7: Tempo máximo de espera por hospital

Hospital	Tempo Máximo na Fila
HBDF	Não Disponível
HMIB	Não Disponível
HRAN	4 anos, 2 meses e 19 dias
HRSam	5 anos, 6 meses e 7 dias
HRSM	5 anos, 3 meses e 28 dias
HRPa	Não Disponível
HRBZ	4 anos, 11 meses e 17 dias
HRC	6 anos, 11 meses e 11 dias
HRT	5 anos e 7 meses
HRG	4 anos, 9 meses e 3 dias
HRPI	Não Disponível
HRS	Não Disponível

Fonte: PT 05 e PT 06


**Quadro 8: Tempo máximo de espera por especialidade**

Especialidade	Tempo máximo na fila
Bariátrica	Não Disponível
Cirurgia de cabeça e pescoço	Não Disponível
Cardiologia	Não Disponível
Cirurgia Geral	6 anos, 11 meses e 11 dias
Dermatologia	Não Disponível
Ginecologia	5 anos, 6 meses e 7 dias
Mastologia	4 anos, 11 meses e 18 dias
Nefrologia	Não Disponível
Neurocirurgia	Não Disponível
Odonto-Buco-Maxilo	Não Disponível
Oftalmologia	5 meses
Oncologia	Não Disponível
Ortopedia	5 anos e 7 meses
Otorrinolaringologia	Não Disponível
Pediatria	Não Disponível
Plástica	2 anos, 10 meses e 23 dias
Proctologia	6 meses
Reconstrução Mamária	4 anos, 8 meses e 7 dias
Torácica	4 anos, 2 meses e 19 dias
Urologia	4 anos, 11 meses e 24 dias
Vascular	3 anos

Fonte: PT 05 e PT 06

41. Convém esclarecer que o Hospital Regional do Guará (HRGu) informou não possuir Centro Cirúrgico ou Clínica Cirúrgica, cabendo ao hospital de referência, conforme o caso, a inclusão dos pacientes oriundos daquela unidade hospitalar. Assim, esses pacientes não foram contabilizados, de modo a se evitar contagem em duplicidade.

**Causas**

42. De início, deve-se destacar que as atividades de um centro cirúrgico são função de uma combinação de elementos independentes (recursos humanos, equipamentos, insumos, estrutura física etc). Assim, em caso de precariedade ou falta de um desses elementos, a suficiência ou abundância dos demais não sanará a incapacidade decorrente do problema apresentado. Por conseguinte, faz-se necessário considerar todo o conjunto de causas responsáveis pela situação aqui apresentada.



*Inexistência de regulação para procedimentos cirúrgicos*<sup>15</sup>

43. Conforme informações prestadas pela SES-DF, “o agendamento e a realização de procedimentos cirúrgicos no SUS/DF não estão sob regulação” (PT 07, pp. 3 e 7). Ademais, o órgão jurisdicionado informa estar “planejando regular o agendamento das cirurgias na Rede SES/DF” (PT 07, p. 7). Tal instrumento de gestão, além de permitir melhor organização do atendimento a portadores de doenças cirúrgicas, permitiria uma priorização dos pacientes conforme a gravidade de sua situação, a partir da classificação de risco.

*Falhas no acompanhamento e no controle das informações relativas a filas de espera para procedimentos cirúrgicos*

44. Gestores de sete dos 12 hospitais que possuem centro cirúrgico não souberam dizer a data de entrada dos pacientes na fila de espera para cirurgia, com relação a algumas ou a todas especialidades. Além disso, muitas das notas de auditoria enviadas demoraram a ser respondidas pelas unidades hospitalares por disporem das informações de forma dispersa, não organizadas ou não consolidadas em sistema informatizado. Por fim, foram encaminhadas informações com quantitativos ou tempo de espera aproximados. O Hospital Regional do Paranoá – HRPa demorou meses para apresentar a fila de espera discriminada por especialidade ou tipo de cirurgia – e ainda sem o tempo de espera (PT 06, pp. 3, 35-40, 64-68, 96, 239-245).

*Falta de materiais e equipamentos*

45. A falta de materiais ou equipamentos foi apontada como obstáculo ao acesso amplo e tempestivo a procedimentos cirúrgicos em sete dos 12 hospitais dotados de UCAE. Além da falta de equipamentos, muitos dos existentes encontram-se inoperantes e sem contrato de manutenção, tema que será tratado em achado específico (PT 08, pp. 16-18, 49, 56, 115-116, 134 e 165).

*Existência de salas de operação inativas*

46. Do total de salas de operação existentes nos 12 hospitais que dispõem de centro cirúrgico, 16% (dezesesseis por cento) estão inativas (PT 09, pp. 3, 34, 39, 43, 60,

---

<sup>15</sup> A relação entre a regulação e o acesso a procedimentos cirúrgicos foi tratada no item 1.3 deste relatório – Contextualização.



129, 132, 134, 145-147, 157 e 161). As causas da inatividade variam conforme o hospital: três unidades manifestaram falta de recursos humanos e de materiais e inoperância de equipamentos; outras seis atribuíram a não utilização das salas a problemas de manutenção em equipamentos. A situação de cada hospital está resumida na Tabela 1.

**Tabela 1: Salas de operação inativas**

Hospital	Salas de Operação	Salas em funcionamento	Salas inativas	Percentual de Salas Inativas
HBDF	16	14	2	13%
HMIB	5	5	0	0%
HRAN	8	7	1	13%
HRSam	5	3	2	40%
HRSM	6	5	1	17%
HRPa	4	3	1	25%
HRBz	6	5	1	17%
HRC	6	4	2	33%
HRT	6	6	0	0%
HRG	8	8	0	0%
HRPI	4	2	2	50%
HRS	5	4	1	20%
<b>Totais</b>	<b>79</b>	<b>66</b>	<b>13</b>	<b>16%</b>

Fonte: PT 09 e PT 10

47. No HBDF, embora 14 das 16 salas estejam aptas para uso, a falta de recursos materiais e de equipamentos impede sua utilização simultânea. Ademais, em 16/03/2016, visita a esse hospital constatou que, mesmo sem o uso simultâneo de todas as salas, a sala de recuperação pós-anestésica encontrava-se praticamente lotada, sendo ocupada inclusive por paciente entubados que deveriam estar em leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

*Possível insuficiência de recursos humanos e falha na organização de escalas médicas*

48. Dos 12 hospitais objeto da presente auditoria, oito manifestaram carência de recursos humanos. O HBDF apresentou o déficit de profissionais<sup>16</sup> que atuam no centro cirúrgico (PT 11, p. 11). Contudo, a forma de medição do quantitativo necessário é particular da unidade, sendo necessário estudo detalhado da SES-DF para se constatar a suficiência ou não dos profissionais das UCAEs.

49. Análise de informações enviadas pela SES-DF indica que, nos meses de julho, agosto e setembro de 2015, enfermeiros e, principalmente, técnicos de enfermagem, realizaram um número considerável de horas-extras (PT 12). O total de

<sup>16</sup> Enfermeiros, técnicos de enfermagem e técnicos administrativos.

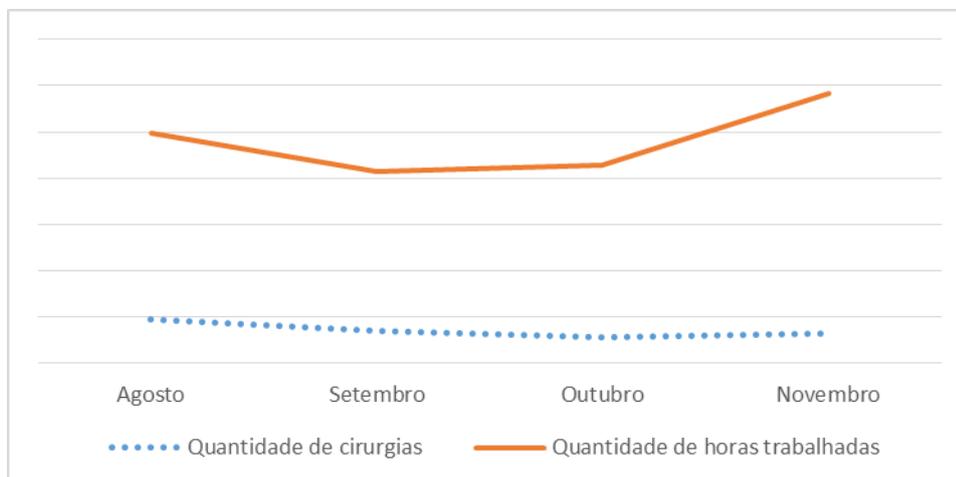


**TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE AUDITORIA  
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

horas-extras dos ocupantes desses dois cargos poderia sugerir a falta de servidores, mas, como já afirmado, na ausência de outros dados, tal conclusão seria, neste momento, açodada.

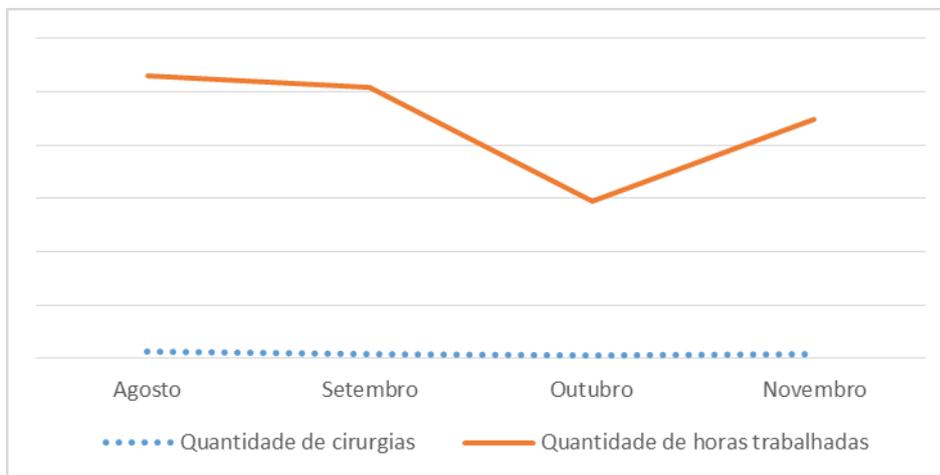
50. Com o intuito de averiguar eventual ociosidade ou falta de pessoal, examinou-se a quantidade de horas trabalhadas por cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem do HBDF entre os meses de julho e novembro de 2015, confrontando-a com a quantidade de cirurgias realizadas por especialidade (PT 11, p. 6). O resultado de tal procedimento (PT 13-A), exemplificado nos gráficos 1 e 2, não indica haver, nas atuais circunstâncias, relação direta entre o quantitativo de servidores (horas trabalhadas) e o número de cirurgias realizadas naquele hospital; sugere, destarte, que outros fatores (e.g., falta de materiais, de equipamentos, de vagas na recuperação pós-anestésica ou na UTI, má organização da escala etc.) podem estar prejudicando o acesso da população a procedimentos cirúrgicos.

**Gráfico 1: Cirurgias realizadas e horas trabalhadas  
(Técnicos de enfermagem – HBDF)**





**Gráfico 2: Cirurgias realizadas e horas trabalhadas  
(Cirurgiões gerais – HBDF)**



51. Verificaram-se situações em que, de um mês para outro, as horas trabalhadas aumentaram, mas as cirurgias realizadas diminuíram, ocorrendo também o inverso, *i.e.*, as horas trabalhadas decresceram, mas o número de cirurgias realizadas aumentou. Ainda, nos meses em que há acréscimo de horas trabalhadas acompanhado por maior número de cirurgias realizadas, as proporções de aumento são totalmente díspares, não se podendo creditar simplesmente a essa ampliação de horas o aumento de cirurgias.

52. Repise-se que, na falta de outros dados, como quantidade de cirurgias por sala operatória, tempo de duração de cada cirurgia, equipe responsável pelo procedimento, intervalo entre procedimentos e taxas de suspensão de cirurgias, discriminadas por causa, não resta possível afirmar-se a existência ou não de ociosidade médica.

53. Nessa senda, para os mesmos meses, foram analisadas as escalas de cirurgiões e anestesistas do HRBz (PT 11, pp. 40-68, e PT 14). Verificou-se que, para diversos turnos, **foram escalados cirurgiões sem que houvesse anestesistas**. Considerando que é de amplo conhecimento que a SES-DF tem dificuldades para preencher seus cargos na especialidade anestesiologia, a escala deve ser organizada de modo a se extrair o máximo do trabalho desses médicos e aprimorar a combinação de horas de cirurgiões e anestesistas, conjunção essa necessária para a maioria dos procedimentos cirúrgicos. O exame indica também que **aproximadamente 50%**



**(cinquenta por cento)** das horas dos cirurgiões concentram-se **no período noturno** (noite e madrugada), fato que pode concorrer para o baixo número de cirurgias eletivas.

54. Cumpre assinalar que problemas de escala podem estar ocorrendo em outros hospitais, revelando-se prudente recomendar à SES-DF que determine às chefias das UCAEs a organização de escala<sup>17</sup> da forma que melhor atenda ao interesse **público**, *i.e.*, que otimize a utilização dos recursos de que dispõem e maximize a quantidade de cirurgias realizadas.

55. De todo modo, pela apresentação dos resultados dos indicadores constantes da Portaria SES-DF nº 191/2012 (PT 15), percebe-se que os hospitais da Rede Pública do Distrito Federal, em geral, não realizam o acompanhamento e registro dos dados que poderiam levar à conclusão pela suficiência ou não dos recursos humanos à disposição. Por todo o exposto, não se mostra possível concluir, no momento, se efetivamente há falta de pessoal nos centros cirúrgicos e se isso de fato prejudica o acesso amplo e tempestivo a cirurgias. Para tanto, seria **necessária a disponibilização das informações mencionadas** acima e **a realização de estudos específicos por parte da SES-DF**, o que **será objeto de proposição da equipe de auditoria**.

56. Cabe assinalar que, já na fase de revisão deste relatório, a SES-DF publicou a Portaria nº 70, de 5 de maio de 2016, por meio da qual o Secretário de Estado de Saúde aprova o “*Manual de Parâmetros para Dimensionamento da Força de Trabalho*” (DODF de 6 de maio de 2016, Seção 1)

57. Por fim, ressalte-se que a não utilização dos indicadores e a ausência de registro das informações necessárias será objeto de achado específico.

### **Efeitos**

58. Risco de agravamento das condições de saúde dos cidadãos; prejuízo à qualidade de vida de pacientes que ficam internados por dilatado período de tempo (PT 16); aumento da demanda reprimida por cirurgias; dispêndio de recursos de forma ineficiente com a manutenção de pacientes internados aguardando cirurgia (PT 16);

---

<sup>17</sup> Portaria SES-DF nº 191/2012, art 4º: “Determinar que as Chefias das UCAEs controlem e aprovelem a escala padrão dos profissionais vinculados a ela, de acordo com a capacidade técnica instalada e da disponibilidade de carga horária dos médicos das Unidades e Serviços das especialidades cirúrgicas.”



risco de responsabilização civil do Distrito Federal por danos gerados à saúde de pacientes que não forem operados tempestivamente; risco de aumento da judicialização.

### ***Considerações do auditado***

59. Em conformidade com o disposto no Capítulo 6 do Manual de Auditoria do TCDF, por meio do Despacho Singular nº 167/2016 – GCMM e dos Ofícios nº 5212/2016-GP e 5213/2016-GP, o Tribunal encaminhou à SES-DF a versão prévia do Relatório de Auditoria. Em manifestação encaminhada ao Tribunal (Ofício 1379/2016-GAB/SES, e-DOC 1E82A81F-c), a jurisdicionada apresentou medidas a serem tomadas para sanar os problemas apontados no Relatório Prévio de Auditoria, sugeridas pela Gerência de Assistência de Enfermagem (dimensionamento do pessoal de enfermagem nas UCAEs, revisão das escalas da equipe de enfermagem e levantamento da taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem das UCAEs e as causas associadas) e pela Diretoria de Assistência Especializada (criação de um centro de excelência para cirurgias de baixa e média complexidade para a especialidade Cirurgia Geral). De seu turno, a Diretoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do Trabalho informa já ter realizado o estudo relativo à força de trabalho, que constaria do *“Manual de Parâmetros para Dimensionamento da Força de Trabalho”*.

### ***Posicionamento da equipe de auditoria***

60. Da manifestação da SES-DF não consta qualquer informação ou argumento que contrarie o achado de auditoria.

61. Quanto ao referido estudo, a SES-DF encaminhou, com efeito, planilhas elaboradas a partir dos parâmetros do Manual, o qual já fora mencionado no Relatório Prévio. Além disso, a Gerência de Assistência de Enfermagem declarou, no mesmo documento remetido ao TCDF, a necessidade de realização de uma

“avaliação do dimensionamento do pessoal de enfermagem nas UCAEs em parceria com a Subsecretaria de Gestão de Pessoal (SUGEP), de modo a oportunizar a utilização de um maior número de recursos humanos e salas de operação existentes,



***utilizando o Manual de Parâmetros para Dimensionamento da Força de Trabalho SES/DF 2015***” (grifamos).

62. Destarte, considera-se prescindível a instituição de grupo de trabalho para realização de estudo específico, prevista no Relatório Prévio. Isso porque se entende que a utilização do aludido Manual, bem como os procedimentos referidos pela Gerência de Enfermagem e outras medidas propostas neste Relatório, se devidamente empreendidos, podem bastar para a finalidade a que se proponha a recomendação original.

63. Por conseguinte, a equipe mantém o achado sem modificações, à exceção da proposição mencionada, nos termos do Relatório Prévio de Auditoria.

***Proposições***

64. Sugere-se ao Egrégio Plenário:

I. recomendar à SES-DF que:

a. adote medidas com vistas a estabelecer a regulação do agendamento de procedimentos cirúrgicos;

b. realize levantamento e monitoramento das carências de estrutura, insumos e materiais de todas as UCAEs e adote medidas para suprir as atuais necessidades, de modo a oportunizar a utilização de todos os recursos e salas de operação existentes e maximizar a realização de procedimentos cirúrgicos;

c. adote medidas para garantir que as escalas das UCAEs sejam organizadas de forma a atender aos interesses e às necessidades dos pacientes, maximizando-se a utilização dos recursos humanos disponíveis e evitando ao máximo o risco de ociosidade dos servidores.

d. mantenha, nas unidades hospitalares dotadas de UCAE, registro informatizado:

i. dos dados dos pacientes, contendo, no mínimo, nome, data da indicação cirúrgica, procedimento indicado e classificação de risco;

ii. da sala de cirurgia utilizada, do procedimento realizado, da equipe de profissionais e do tempo de duração do procedimento cirúrgico

II. determinar à SES-DF que elabore e encaminhe ao Tribunal, no prazo de 90 (noventa) dias, plano de ação para implementação das



recomendações constantes dos itens “I.a”, “I.b”, “I.c” e “I.d” acima, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade ou setor responsável pela implementação.

### ***Benefícios Esperados***

65. Ampliação do acesso a pacientes portadores de doenças cirúrgicas; atendimento tempestivo a pacientes que necessitem de cirurgias; melhor organização e controle da demanda por cirurgias; utilização de todas as salas de operação; economia de recursos com a diminuição da quantidade de pacientes internados e do tempo de espera para serem operados; otimização da utilização dos recursos humanos disponíveis.

## **2.1.2 ACHADO 2: Ausência de controle dos indicadores de atendimento das UCAEs**

### ***Critério***

66. Registro adequado de informações que permitam a utilização dos indicadores estabelecidos pela Portaria SES-DF nº 191/2012; tratamento das informações e efetiva utilização dos indicadores; e implementação de medidas corretivas conforme os resultados apresentados pelos indicadores.

### ***Análises e Evidências***

67. A Portaria SES-DF nº 191/2012 impõe obrigações relacionadas às Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializada (UCAEs) e estabelece indicadores quantitativos e qualitativos a serem aferidos e acompanhados.

68. A supracitada Portaria, em seu artigo 2º, § 4º, I, atribui à chefia das UCAEs a obrigação de atingir a meta de 100% de **taxa de ocupação** nas salas cirúrgicas para atendimento da demanda por cirurgias.



69. No entanto, em razão dos fatores descritos no achado de auditoria anterior, a taxa de ocupação das salas de cirurgia da Rede de unidades hospitalares da SES-DF encontra-se aquém da meta estipulada<sup>18</sup>.

70. O mencionado normativo, em seu art. 2º, § 4º, VII, dispõe sobre os elementos que influenciam na ocupação das salas de operação. Prevê o dispositivo, *in verbis*:

*“Art 2º - Estabelecer que as Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializada – UCAEs deverão:*

*(...)*

*§ 4º - Para cumprir as suas finalidades, as Chefias das Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializada – UCAEs – deverão atuar conforme as diretrizes abaixo:*

*(...)*

*VII - Executar o programa cirúrgico, provendo-o dos recursos humanos, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e do material básico, necessários à sua implementação.”*

71. Todos esses fatores refletem diretamente na taxa de ocupação da UCAE por terem o condão de inviabilizar a realização dos procedimentos cirúrgicos. Destacam-se, nesse aspecto, equipamentos insuficientes e sem contrato de manutenção<sup>19</sup>; materiais em quantidade insuficiente (PT 08, pp. 18, 56, 115-116, 134, 144, 165); e falta de capacitação dos servidores (PT 08, pp. 18, 55, 69, 134-135, 144 e 148).

72. Se todos estes fatores estivessem adequadamente disponíveis, o indicador de *Taxa de ocupação* do centro cirúrgico teria a função de retratar a eficiência da assistência prestada na UCAE, norteando o processo de gestão. Assim, dada a situação verificada nesta auditoria, não é possível realizar a avaliação da gestão local do centro cirúrgico por meio desse indicador.

73. Além disso, em relação aos demais indicadores, a Portaria SES-DF nº 191/2012 determina, em seu art. 6º, parágrafo único, o estabelecimento e a implantação dos indicadores previstos em seu Anexo II, visando retratar a eficiência e a efetividade de cada UCAE.

---

<sup>18</sup> Portaria SES-DF nº 191/2012, art. 2º, §4º.

<sup>19</sup> A carência de equipamentos e a falta de contratos de manutenção serão tratadas pormenorizadamente no Achado 3.



74. Destarte, o normativo estabelece a aplicação desses indicadores e o envio mensal à SAS/SES-DF<sup>20</sup> dos resultados aferidos<sup>21</sup>.

75. Nesse sentido, solicitou-se à SES-DF, por meio da Nota de Auditoria nº 3, o encaminhamento dos relatórios de resultados por UCAE, bem como os referentes às medidas adotadas em função dos resultados apresentados. No intuito de atender à Nota de Auditoria, a SAS/SES-DF solicitou às unidades hospitalares o envio desses relatórios.

76. A partir da solicitação da equipe de auditoria, foram enviadas respostas pelas UCAEs (PT 08, pp. 2-166). Após análise, as informações remetidas foram consolidadas no PT 15. Constatou-se o não acompanhamento e a falta de uniformização da maior parte dos indicadores, os quais se mostraram em muitos casos desvinculados da regulamentação – dificultando tanto a utilização, por parte da SES-DF, dos números produzidos para fins de planejamento, quanto a avaliação, pelos órgãos de controle, dos resultados obtidos (PT 08, pp. 7-20, 37, 45-49, 54-57, 66-76, 102, 107-114, 115-117, 133-137, 143-144, 148 e 152). Ademais, a solicitação da SES-DF a cada uma das UCAEs e as respostas demonstram não ocorrer o envio mensal dos relatórios<sup>22</sup>.

77. Assim, conclui-se que não há monitoramento contínuo e regular (mensal), como prevê o normativo. A ausência de informações impede o conhecimento da situação real das UCAEs no tocante aos indicadores estabelecidos, inviabilizando a adoção de melhorias em função de eventuais resultados insatisfatórios.

78. Em que pese ser limitada a atuação do chefe da UCAE para resolver os problemas estruturais<sup>23</sup>, a adoção de indicadores e a produção de relatórios possuem grande relevância, no sentido de informar a unidade, de orientar o planejamento de ações e intervenções futuras, e ainda de aumentar a transparência na gestão.

---

<sup>20</sup> A então Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS), por força do Decreto Distrital nº 36.918/2015, passou a se chamar Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS).

<sup>21</sup> Portaria SES-DF nº 191/2012, art. 6º, Parágrafo único.

<sup>22</sup> Ofício Circular nº 164/2015 – GAB/SES (PT 08, fls. 3, 52, 59).

<sup>23</sup> Estrutura entendida aqui como os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para o adequado funcionamento das UCAEs.



79. De todo modo, pode-se observar que a insuficiência de fatores estruturais, que estão além da competência do Chefe da UCAE, traz prejuízos em relação à avaliação dos processos e dos resultados de cada UCAE<sup>24</sup>.

80. 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 às UCAEs. Tal situação só será obtida a partir da sensibilização de toda a equipe (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem) a respeito da importância da elaboração de indicadores.

81. Outrossim, como consta do Quadro 9, tendo em vista que alguns indicadores elencados possuem metas praticamente inexecutáveis (e.g. a *taxa cancelamento* de 0%) e que a Portaria não vem sendo cumprida, faz-se necessária a revisão do normativo e de seus indicadores, bem como a capacitação dos servidores envolvidos na coleta de dados e na elaboração do relatório, viabilizando a implantação e implementação da Portaria SES-DF nº 191/2012.

---

<sup>24</sup> Aqui, entende-se processo como as atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários, e por resultado o produto final da assistência prestada (qualidade, saúde e satisfação do usuário).


**Quadro 9: Indicadores e deficiências**

Indicador	Deficiências
<b>Taxa de ocupação por períodos</b>	A definição do indicador aponta que a taxa ideal é de 100%. Não apresenta gradação ou metas parciais que permitam a aferição periódica do alcance de resultados mais realistas e de melhorias incrementais no atendimento.
<b>Taxa de ocupação por portes cirúrgicos</b>	A definição do indicador não demonstra qualquer objetivo a ser alcançado ou meta a ser atingida com tal indicador. Pelo contrário, já consta da portaria que “quase 50% dos procedimentos são de médio porte”.
<b>Taxa de procedimentos que duram o horário programado</b>	O normativo prevê que a “duração do tempo cirúrgico previsto e cumprido deve ser a maior possível”. Não constam, assim, meta parcial ou gradação que permitam a aferição periódica do alcance de resultados mais realistas e de melhorias incrementais no atendimento
<b>Taxa de cancelamento de procedimentos</b>	A definição do indicador determina que a taxa média mensal de cancelamento seja “a menor possível (0%)”. Não se trata de meta realista e factível, em especial porque parte considerável dos cancelamentos de cirurgias é causada por fatores fora do controle das UCAEs (e.g., não comparecimento do paciente, condições de saúde do paciente não permitem a realização do procedimento)
<b>Taxa de procedimentos sem programação prévia (encaixe, urgência, emergência)</b>	A meta de 0% (“a menor possível”) não é realista, dado que a urgência de cirurgias é um fator, em geral, totalmente fora do controle das UCAEs, já que os pacientes já chegam nessa situação no hospital.
<b>Taxa de procedimentos iniciados no horário programado</b>	O normativo prevê que a “taxa (...) deve ser a maior possível (100%)”. Não constam, assim, meta parcial ou gradação que permitam a aferição periódica do alcance de resultados mais realistas e de melhorias incrementais no atendimento.



### **Causas**

82. Ausência de acompanhamento e cobrança por parte da SES-DF da aplicação e monitoramento de indicadores de produção e de qualidade das UCAEs; inexistência de orientações para registro e monitoramento dos indicadores.

### **Efeitos**

83. Desconhecimento da real situação do atendimento realizado nas UCAEs; dificuldades para implementação de melhorias, em função da imprecisão das informações disponíveis; e risco de implementação de medidas equivocadas.

### **Considerações do auditado**

84. Nos termos do disposto no Capítulo 6 do Manual de Auditoria do TCDF, por meio do Despacho Singular nº 167/2016 – GCMM e dos Ofícios nº 5212/2016-GP e 5213/2016-GP, o Tribunal encaminhou à SES-DF a versão prévia do Relatório de Auditoria. Em documento remetido ao Tribunal (Ofício 1379/2016-GAB/SES, e-DOC 1E82A81F-c), a jurisdicionada apresentou ações a serem realizadas para remediar as falhas indicadas no Relatório Prévio de Auditoria, sugeridas pela Gerência de Assistência de Enfermagem (capacitação de servidores lotados nas UCAEs e monitoramento periódico dos indicadores previstos na Portaria SES-DF nº 191/2012).

### **Posicionamento da equipe de auditoria**

85. 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**

86. Sugere-se ao Egrégio Plenário:
- I. recomendar à SES-DF que:
    - a. aperfeiçoe os indicadores previstos na Portaria SES-DF nº 191/2012, de modo a possibilitar o acompanhamento da produtividade dos servidores e da qualidade dos serviços das UCAEs;



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

- b. elabore um plano de capacitação e oriente os servidores lotados nas Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializadas (UCAEs) para a elaboração, implantação e implementação de indicadores de produção e de qualidade necessários ao aperfeiçoamento da gestão;
- II. determinar à SES-DF que:
  - a. monitore os resultados dos indicadores previstos na Portaria SES-DF nº 191/2012, incluindo o acompanhamento, a cobrança e o recebimento mensal das informações oriundas das unidades hospitalares e sua consolidação, bem como a adoção de medidas corretivas a partir dos resultados obtidos com a aplicação dos indicadores;
  - b. elabore e encaminhe ao Tribunal, no prazo de 90 (noventa) dias, plano de ação para implementação das recomendações constantes dos itens “I.a”, “I.b” e “II.a” acima, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade ou setor responsável pela implementação.

### ***Benefícios Esperados***

87. Conhecimento das reais condições de operação dos centros cirúrgicos e dos resultados alcançados pelas diferentes unidades hospitalares, permitindo o acompanhamento, compartilhamento e comparação de práticas eficazes e efetivas; e adequação dos indicadores e metas à realidade da Saúde do DF.

### **QA 2 – As condições cirúrgicas das UCAEs são adequadas e suficientes para o atendimento aos usuários?**

*Não. As condições cirúrgicas das UCAEs não são adequadas e suficientes para o atendimento aos usuários, tanto quantitativa quanto qualitativamente, tendo em vista que há carências a serem supridas em diversos pontos do fluxo de realização de cirurgias, tais como: insuficiência de equipamentos e respectivos insumos, inexistência de contratos de manutenção para equipamentos indispensáveis ao funcionamento das UCAEs, inadequação das estruturas hospitalares, deficiências na produção de indicadores, inércia na promoção de procedimentos de segurança do paciente e falhas nas ações de prevenção e controle de infecção hospitalar.*



### **2.1.3 ACHADO 3: Insuficiência e inoperância de equipamentos e inexistência de contratos de manutenção**

#### ***Critério***

88. Todas as salas de operação devem estar em atividade, com equipamentos suficientes em pleno funcionamento; deve haver compatibilidade entre as necessidades de cada centro cirúrgico e os equipamentos existentes; todos os equipamentos indispensáveis às atividades das UCAEs devem estar cobertos por contratos de manutenção.

#### ***Análises e Evidências***

89. A fim de se analisar a situação das UCAEs no que diz respeito aos equipamentos necessários ao pleno funcionamento dos centros cirúrgicos, solicitou-se a cada unidade que dispõe de UCAE, por meio das Notas de Auditorias nº 17 a 29, a relação dos dispositivos inoperantes, juntamente com informações relativas a contratos de manutenção e ao tempo de inatividade de cada um.

90. Em função de denúncia apresentada junto ao MPDFT e encaminhada ao TCDF (e-Doc DAA123E4, associado ao presente processo), priorizaram-se as autoclaves e demais equipamentos utilizados para esterilização de materiais, presentes, em geral, na Central de Materiais Esterilizados (CME) de cada hospital. Em relação às autoclaves, demandou-se também o quantitativo reputado necessário por unidade hospitalar.

#### **Autoclaves**

91. Verificou-se um déficit de 70% (setenta por cento) na relação entre autoclaves consideradas necessárias pelas unidades hospitalares e autoclaves disponíveis para uso. Tal déficit se deve ao fato de o mesmo percentual (70%) das autoclaves existentes encontrarem-se ultrapassadas, com funcionamento precário ou inoperantes (PT 18 e PT 19, pp. 11-12, 33-34, 38-40, 44, 53-55, 66-74). A Tabela 2 apresenta a situação das autoclaves por hospital<sup>25 26</sup>.

---

<sup>25</sup> Nos casos em que o funcionamento da autoclave foi considerado parcial ou precário (autoclave ultrapassada, funcionamento inadequado ou falta de insumos) atribuiu-se o quantitativo de 0,5.

<sup>26</sup> Nos casos em que a situação encontrada durante visita à UCAE foi divergente da informada pelos hospitais em resposta às notas de auditoria, foi considerado o quantitativo verificado *in loco* pela equipe


**Tabela 2: Autoclaves da SES-DF<sup>27</sup>**

Hospital	Quantidade total	Quantidade em funcionamento	Quantidade Inoperante	Percentual inoperante	Quantidade Necessária	Déficit
HBDF	5	1	4	80%	5	-80%
HMIB	2	0,5	1,5	75%	3	-83%
HRAN	4	1,5	2,5	63%	3	-50%
HRSam	1	1	0	0%	2	-50%
HRSM	3	1	2	67%	3	-67%
HRPa	3	0,5	2,5	83%	3	-83%
HRBz	2	0,5	1,5	75%	2	-75%
HRC	3	1	2	67%	3	-67%
HRT	4	1	3	75%	4	-75%
HRG	3	1	2	67%	3	-67%
HRPI	3	0,5	2,5	83%	2	-75%
HRS	2	1	1	50%	2	-50%
<b>Totais</b>	35	10,5	24,5	70%	35	-70%

Fonte: PT 18 e PT 19

92. A insuficiência de autoclaves é agravada pela obsolescência dos equipamentos (PT 19, pp. 33, 39, 67) e pela inexistência de contratos de manutenção (PT 19, pp. 11-12, 33-34, 38-40, 44, 53-55, 66-74), impedindo que sejam feitas revisões preventivas – que evitariam eventual paralisação – e corretivas. Destaque-se que essa limitação é intransponível por parte dos hospitais, já que a contratação cabe à SES-DF.

93. Além dos problemas referentes às autoclaves, constatou-se, em visitas realizadas, respectivamente, nos dias 16/03/2016, 17/02/2016, 15/02/2016, 19/02/2016 e 22/02/2016, a inoperância de seladoras, secadoras ou termodesinfectoras em seis hospitais, quais sejam, HBDF, HMIB, HRAN, HRPa e HRS. Em resposta a Nota de Auditoria enviada pela equipe de auditoria, também o HRC informou que suas duas termodesinfectoras e seladoras estão inoperantes (PT 19, pp. 69-70). Assim como no caso das autoclaves, não há contrato de manutenção vigente para esses equipamentos.

---

 de auditoria.

<sup>27</sup> A quantidade necessária apresentada na tabela foi informada pelas unidades hospitalares.



**Figura 4: Autoclave inoperante (HBDF)**



**Figura 5: Autoclave inoperante (HRPa)**



**Figura 6: Termodesinfectora inoperante  
(HBDF)**



**Figura 7: Secadora inoperante  
(HRBz)**



Demais equipamentos

94. Assim como verificado com as autoclaves, os hospitais aos quais foram solicitadas informações ou que receberam visitas da equipe de auditoria

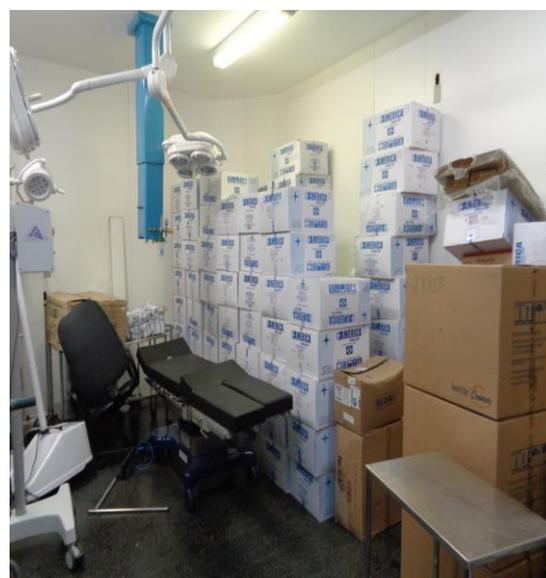


apresentaram vasto rol de equipamentos inoperantes necessários ao pleno funcionamento dos centros cirúrgicos (PT 20 e PT 21, pp. 11-30, 33-38, 42-47, 50-51, 64-65, 72, 85-86, 93, 168, 170-174, 180, 188, 193). Em alguns hospitais, 100% (cem por cento) de determinados tipos de equipamento encontram-se inaptos para uso; à guisa de exemplo, podem ser citados as escopias (equipamentos de raio-x utilizados em cirurgias) do HBDF e os bisturis eletrônicos do HRAN.

**Figura 8: Sala inativa com equipamentos inoperantes (HBDF)**



**Figura 9: Sala inativa com equipamentos inoperantes (HRAN)**



95. Também no caso desses equipamentos, a existência de contratos de manutenção vigentes é pontual e excepcional (PT 21, pp. 11-30, 33-38, 42-47, 50-51, 64-65, 72, 85-86, 93, 168, 170-174, 180, 188, 193).

96. Por fim, convém ressaltar que boa parte desses equipamentos está inoperante há anos – em alguns casos, o início da inatividade data de 2012 (foco cirúrgico do HRPa e termodesinfectora do HBDF) (PT 21, pp. 93 e 11, respectivamente).

### Equipamentos necessários

97. Em visita ao HRPa, em 19/02/2016, constatou-se disparidade entre os equipamentos reputados como essenciais ao pleno funcionamento dos centros



cirúrgicos e os efetivamente disponíveis e operantes na unidade hospitalar<sup>28</sup>. A Tabela 3 apresenta esses dados consolidados.

**Tabela 3: Equipamentos existentes e necessários (HRPa)**

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE EXISTENTE	QUANTIDADE NECESSÁRIA
Mesa cirúrgica	3	4
Foco de teto	4, mas apenas 1 em pleno funcionamento	4
Foco auxiliar	0	4
Carrinho de anestesia com monitor	6, mas 2 inoperantes	4
Bisturi elétrico	7, mas 4 inoperantes	4
Bomba de infusão	3	4
Bomba de infusão Propofol	3	4
Bomba B-Braun para Ultiva	2	4
Mesa auxiliar	4, mas 2 inoperantes	12
Mesas de mayo	14	16
Mesa auxiliar sem rodinha	6	4
Suporte de soro	12	8
Aquecedor portátil	2	4
Megatoscópio	4	4
Computador	6	4
Bancos com rodinhas	4	8
Bancadas para materiais	0	12

Fonte: PT 22 e PT 23

98. Considerando a conjugação dos três fatos acima expostos (obsolescência de equipamentos, falta de equipamentos e ausência de contrato de manutenção), faz-se necessário que a SES-DF, dispondo de todas informações acerca da situação e das carências da totalidade dos centros cirúrgicos sob sua gestão, trace um planejamento e empreenda ações para solucionar os problemas apresentados.

### **Causas**

99. Obsolescência dos equipamentos; falta de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos; inexistência de um levantamento periódico da situação e das necessidades dos centros cirúrgicos pela SES-DF.

100. Ademais, pode-se apontar como causa do achado de auditoria a morosidade em processos de contratação de manutenção preventiva e corretiva de

<sup>28</sup> O procedimento em comento foi previsto para ser realizado no HBDF, no HRPa e no HRBz. Não foi, contudo, levado a efeito no primeiro por não terem sido informados os equipamentos necessários para seu centro cirúrgico, apesar de solicitação e reiteração em notas de auditoria (Notas de Auditoria nº 33, 34, 46 e 47); tampouco foi feito no último, em função de, no dia da visita, a responsável pelo centro cirúrgico não saber informar e apresentar os quantitativos existentes de cada equipamento.



autoclaves, lavadoras e termodesinfectoras, em especial no setor responsável pelas pesquisas de preços. Conforme detalhado no PT 24, no processo de contratação de empresa para prestar serviço de manutenção das autoclaves da marca Baumer (processo nº 060.005.497/2013), transcorreram dois anos e meio entre seu início (29/04/2013) e a realização do pregão eletrônico (26/11/2015)<sup>29</sup>. Destaque-se, ainda, que consta dos autos manifestação da área técnica solicitando a contratação em 29/06/2012, ou seja, exatamente dez meses antes da autuação do processo. Por fim, convém assinalar que a morosidade nas contratações da SES-DF é objeto de reclamações frequentes pelos próprios servidores, conforme se verificou nos processos TCDF 1.780/2013<sup>30</sup> e 3.848/2015<sup>31</sup>.

### ***Efeitos***

101. Acesso insuficiente e intempestivo a cirurgias; impossibilidade de utilização de todas as salas de operação existentes; inviabilidade de realização de cirurgias por falta de esterilização de materiais; cancelamento de cirurgias com consequente frustração de legítimas expectativas do paciente; risco de sucateamento do patrimônio público.

### ***Considerações do auditado***

102. Conforme disposto no Capítulo 6 do Manual de Auditoria do TCDF, por meio do Despacho Singular nº 167/2016 – GCMM e dos Ofícios nº 5212/2016-GP e 5213/2016-GP, o Tribunal encaminhou à SES-DF a versão prévia do Relatório de Auditoria. Em manifestação encaminhada ao Tribunal (Ofício 1379/2016-GAB/SES, e-DOC 1E82A81F-c), a jurisdicionada apresentou medidas a serem tomadas para retificar os problemas apontados no Relatório Prévio de Auditoria, sugeridas pela Gerência de Assistência de Enfermagem (levantamento dos insumos e materiais disponíveis, elaboração de projeto de revitalização das UCAEs e CMEs, diagnóstico situacional, revisão de termos de referência e processos, identificação de

---

<sup>29</sup> Em face de representação de licitante junto a este Tribunal de Contas, o processo de contratação encontra-se atualmente suspenso (processo TCDF 800/2016-e, decisão nº 152/2016).

<sup>30</sup> Este processo trata de auditoria cujo objeto foi o exame da gestão de equipamentos hospitalares da rede pública

<sup>31</sup> Neste processo, a demora referia-se a aquisições de órteses, próteses e materiais especiais, tendo como reflexos aumento da judicialização, dispensas de licitação e adesão a ata de registro de preços.



equipamentos sem contrato de manutenção e de equipamentos obsoletos ou inservíveis).

### ***Posicionamento da equipe de auditoria***

103. Na medida em que a documentação juntada não contradiz qualquer dos achados, mas, pelo contrário, ratifica as proposições da equipe de auditoria, mantém-se inalterado o posicionamento apresentado na versão prévia do Relatório de Auditoria.

### ***Proposições***

104. Sugere-se ao Egrégio Plenário:

- I. recomendar à SES-DF que:
  - a. elabore plano de aquisições de equipamentos médico-hospitalares para UCAEs e CMEs, que contemple um diagnóstico técnico da situação atual em suas várias dimensões (equipamentos, infraestrutura, recursos orçamentários), as necessidades em face da demanda reprimida, os objetivos e metas a serem alcançados, as ações que levem ao resultado esperado e os respectivos indicadores e responsáveis;
  - b. identifique os equipamentos médico-hospitalares necessários às UCAEs e aos CMEs que estão sem contratos de manutenção e analise a viabilidade técnica, econômica, jurídica e orçamentária da contratação desses serviços;
  - c. identifique os equipamentos médico-hospitalares necessários às UCAEs e aos CMEs que estão obsoletos, inoperantes ou inservíveis, estabeleça um fluxo para o descarte desses bens, e planeje, em sede do plano de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, a substituição desses equipamentos;
  - d. adote medidas visando ao acompanhamento dos processos administrativos de contratações, de modo que o procedimento tramite de forma célere e atenda tempestivamente às demandas das áreas finalísticas;



II. determinar à SES-DF que elabore e encaminhe ao Tribunal, no prazo de 90 (noventa) dias, plano de ação para implementação das recomendações constantes dos itens “I.a”, “I.b”, “I.c” e “I.d” acima, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade ou setor responsável pela implementação.

### ***Benefícios Esperados***

105. Ampliação do acesso e melhoria na tempestividade do atendimento a portadores de doenças cirúrgicas; melhoria na segurança dos pacientes em relação a infecções hospitalares; melhor aproveitamento dos equipamentos existentes; conhecimento real por parte da SES-DF da situação dos centros cirúrgicos no que diz respeito a equipamentos.

#### **2.1.4 ACHADO 4: Não implantação do Protocolo para Cirurgia Segura**

##### ***Critério***

106. Instituição de protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em procedimentos cirúrgicos e de anestesia, nos termos do artigo 7º, I, b, da Portaria GM/MS nº 529/2013<sup>32</sup>; dever de aplicação do Protocolo para Cirurgia Segura, elaborado pelo 2º Desafio Global de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde: Cirurgias Seguras Salvam Vidas e instituído, no Brasil, pelo Anexo 3 da Portaria GM/MS nº 1.377/2013<sup>33</sup> (parágrafo único do art. 1º desta Portaria).

##### ***Análises e Evidências***

107. O Protocolo para Cirurgia Segura – PCS é um instrumento fundamental na promoção da segurança do paciente, uma vez que prevê a adoção de medidas com vista à redução da ocorrência de incidentes e eventos adversos e, conseqüentemente, à diminuição da mortalidade cirúrgica.

---

<sup>32</sup> Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

<sup>33</sup> Aprova Protocolos de Segurança do Paciente. Seu Anexo 3 traz o Protocolo de Cirurgia Segura (PCS), desenvolvido em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).



108. Busca, assim, garantir que os procedimentos cirúrgicos sejam efetuados no paciente, local e órgão corretos, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde – OMS<sup>34</sup>.

109. A incidência de erros médicos relacionados à realização de cirurgia em local errado é relativamente frequente em algumas especialidades – fato que reforça a necessidade de adoção da lista de verificação, com vistas a minimizar tais erros cirúrgicos. A título de exemplo, o Anexo 3 da Portaria GM/MS nº 1.377/2013 revela que *“Em um estudo com 1.050 cirurgiões de mão, 21% relataram ter realizado pelo menos uma cirurgia em local errado em suas carreiras. Uma análise dos acionamentos de seguros para erro médico que ocorreram após cirurgias ortopédicas demonstraram que 68% derivaram de cirurgias em locais errados”*.

110. A Lista de Verificação é uma ferramenta prática e simples que pode ser utilizada por qualquer equipe cirúrgica para assegurar que as etapas pré, trans e pós-operatórias sejam cumpridas de uma maneira oportuna e eficiente. São medidas de fácil adoção, com impactos positivos comprovados.

111. Nesse sentido, consta do Anexo 3 da Portaria GM/MS nº 1.377/2013 que *“Existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da Lista de Verificação. Um estudo holandês mostra uma queda nas complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade de 1,5% para 0,8%”*.

112. No intuito de verificar a divulgação, a observância e a utilização do PCS na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal, foram aplicados questionários em oito unidades hospitalares<sup>35</sup>, com a participação de 62 servidores<sup>36</sup> lotados nos respectivos centros cirúrgicos. Os resultados do procedimento estão consolidados nos gráficos 3 a 7 a seguir.

---

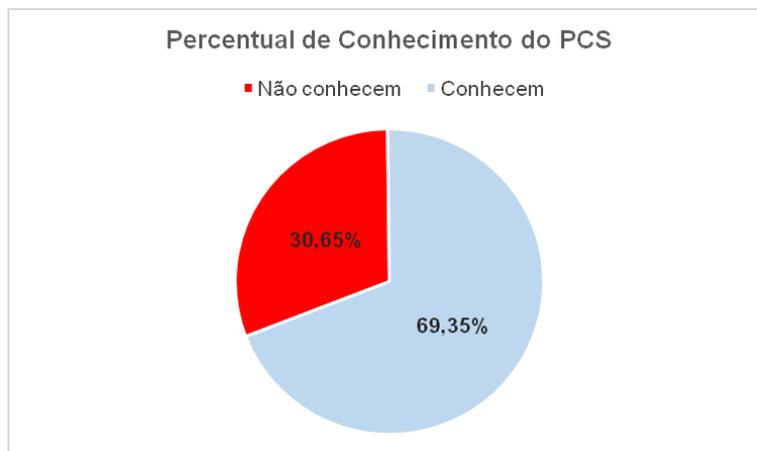
<sup>34</sup> World Health Organization. *Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives*. Genebra, 2008.

<sup>35</sup> HBDF, HMIB, HRAN, HRBz, HRS, HRT, HRG e HRPa. A aplicação do questionário foi realizada pela equipe de auditoria durante visitas realizadas nesses hospitais, ao longo do período compreendido entre 15/02/2016 e 18/03/2016.

<sup>36</sup> O questionário foi respondido pelos médicos e profissionais de enfermagem lotados no centro cirúrgico que, no momento da visita, não estavam realizando cirurgias.



**Gráfico 3: Conhecimento da existência do PCS**



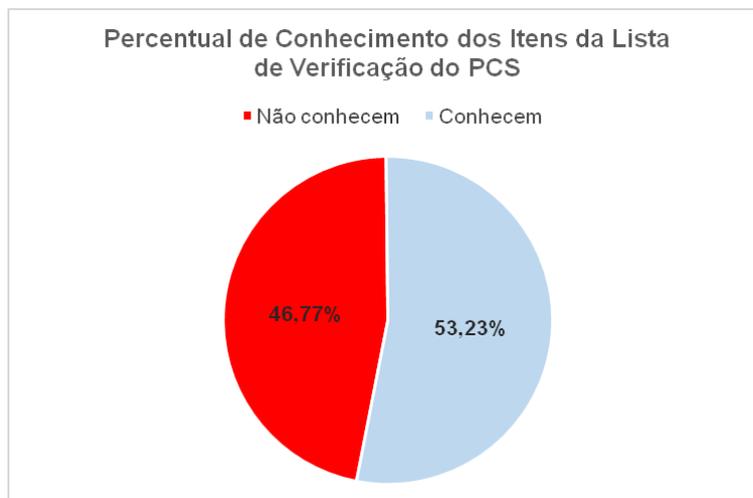
Fonte: PT 25

113. O conhecimento do PCS é, evidentemente, pressuposto de sua aplicação, cabendo destacar que o protocolo é de observância obrigatória em âmbito nacional, nos termos do item 3 do Anexo 3 da Portaria GM/MS nº 1.377/2013:

**“3. Abrangência**

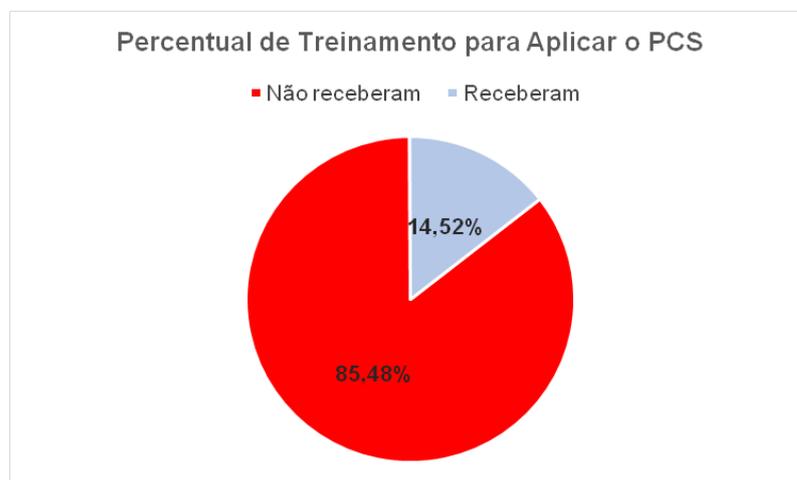
*O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.* (sem grifos no original)

114. Embora o conhecimento do mencionado protocolo seja um dever de todos os profissionais de saúde atuantes em centros cirúrgicos, observou-se que, dos servidores lotados nas UCAEs fiscalizadas que responderam ao questionário, quase um terço declarou não saber da existência do PCS (30,65%). Em um dos hospitais auditados, o percentual de desconhecimento do protocolo chegou a 88,89% (PT 25).

**Gráfico 4: Conhecimento sobre o conteúdo do PCS**

Fonte: PT 25

115. O conhecimento pormenorizado dos itens da Lista de Verificação do PCS representa o ponto inicial de capacitação para aplicação do protocolo. É, portanto, indispensável para sua correta utilização. No entanto, quase metade dos servidores respondentes (46,77%) não conhece esses itens, constituindo um entrave à implantação do protocolo em questão.

**Gráfico 5: Capacitação para utilização do PCS**

Fonte: PT 25

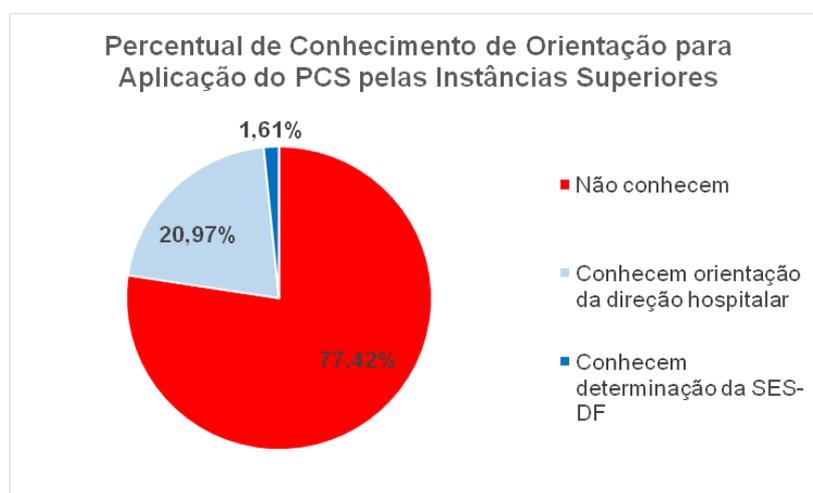
116. No contexto da segurança do paciente, é fundamental a promoção da conscientização sobre a importância do PCS no meio cirúrgico, assim como a realização de treinamentos voltados à habilitação dos profissionais de saúde na correta aplicação do protocolo. Verificou-se, porém, que grande parcela dos profissionais consultados não recebeu treinamento para aplicar o PCS (85,48%). Em



seis dos oito hospitais selecionados para aplicação dos questionários, todos os servidores questionados declararam não ter passado por treinamento.

117. Visando analisar a atuação dos gestores de saúde em relação à aplicação do protocolo, questionou-se aos servidores se tinham conhecimento de orientação da unidade hospitalar ou de determinação da SES-DF no sentido de utilizar o PCS nas UCAEs distritais. O Gráfico 6 a seguir apresenta a distribuição das respostas.

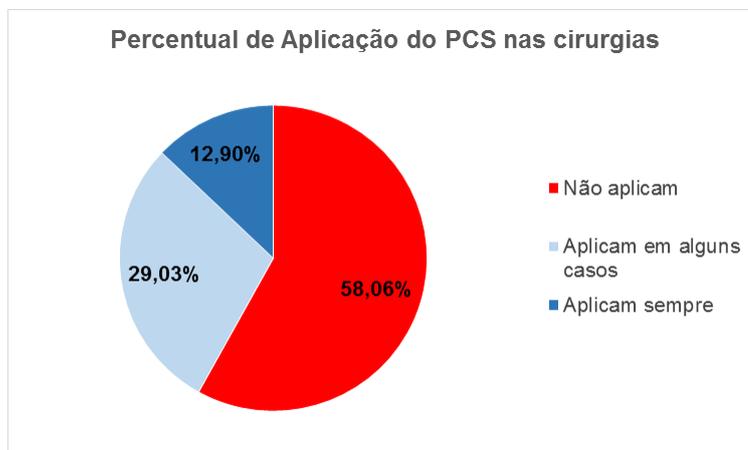
**Gráfico 6: Atuação das Instâncias Superiores (Direção Hospitalar e SES-DF)**



Fonte: PT 25

118. Cumpre ressaltar que é função das instâncias superiores, com poder de direção, orientar seus subordinados quanto aos benefícios e à necessidade de adoção das medidas contidas no protocolo. Contudo, os dados do Gráfico 6 (77,42% de resposta “Não”) indicam que as instituições não estão promovendo de forma efetiva a implementação do PCS. Registre-se que apenas 1 dos 62 respondentes declarou ter recebido orientação da SES-DF para aplicação do protocolo.

119. Os indicativos do limitado conhecimento acerca do PCS, da ausência de treinamento à maioria dos servidores para execução do PCS e de uma atuação pouco efetiva da alta administração (Gráficos 4, 5 e 6 – respectivamente), convergem para a inobservância do PCS nas UCAEs do DF, conforme segue.

**Gráfico 7: Aplicação do PCS**

Fonte: PT 25

120. O Gráfico 7 reflete o impacto junto ao cidadão de tudo o que até aqui foi exposto: mais da metade dos servidores que preencheram o questionário (58,06%) declararam não aplicar o PCS. Ainda, apenas 12,90% dos respondentes informaram que utilizam o protocolo em todas as cirurgias de que participam. Em suma, constata-se a não implementação do PCS na Rede Pública Distrital de Saúde, contrariando o disposto no Anexo 3 da Portaria GM/MS nº 1.377/2013.

121. Ainda com vistas a apurar a situação referente à implementação e utilização do PCS na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, foram entrevistados os responsáveis pelos centros cirúrgicos de sete hospitais públicos distritais<sup>37</sup> (PT 26).

122. Percebe-se que a implementação do PCS ainda é incipiente. Em apenas duas unidades hospitalares, as quais representam 25% dos hospitais visitados, foi relatada aderência efetiva ao Protocolo, com profissionais da área de saúde envolvidos na realização de treinamento para adoção das medidas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde.

123. Vale sublinhar que o Hospital Regional de Planaltina se destacou em relação às demais UCAEs visitadas, tendo instituído manuais e protocolos para promoção da segurança do paciente e demonstrado atuação das chefias direcionada à aplicação do PCS pelos servidores da UCAE (PT 27).

<sup>37</sup> HBDF, HMIB e HRAN, HRBz, HRS, HRT, HRG e HRPa.



### **Causas**

124. Ausência de iniciativa da SES-DF no intuito de levar aos servidores conhecimento e treinamento para aplicar o PCS; falta de orientação ou determinação da SES-DF para fins de aplicação do PCS.

### **Efeitos**

125. Limitada segurança dos pacientes nos procedimentos cirúrgicos; maior risco de erros médicos e danos aos pacientes; risco de responsabilização civil do Estado oriunda de ações indenizatórias.

### **Considerações do auditado**

126. Nos termos do disposto no Capítulo 6 do Manual de Auditoria do TCDF, por meio do Despacho Singular nº 167/2016 – GCMM e dos Ofícios nº 5212/2016-GP e 5213/2016-GP, o Tribunal encaminhou à SES-DF a versão prévia do Relatório de Auditoria. Em documento remetido ao Tribunal (Ofício 1379/2016-GAB/SES, e-DOC 1E82A81F-c), a jurisdicionada apresentou ações a serem realizadas para corrigir as falhas indicadas no Relatório Prévio de Auditoria, propostas pela Gerência de Assistência de Enfermagem (implementação do PCS e pactuação para o monitoramento de sua aplicação, após a capacitação da equipe).

### **Posicionamento da equipe de auditoria**

127. Tendo em vista que não foram apresentados fatos ou razões que se oponham às conclusões da equipe de auditoria e que as sugestões da Gerência de Assistência de Enfermagem apenas corroboram as dos auditores, o achado permanece inalterado, na forma da versão prévia do Relatório de Auditoria.  
Posicionamento da equipe de auditoria

### **Proposições**

128. Sugere-se ao Egrégio Plenário:

- I. determinar à SES-DF que:
  - a. adote medidas com vistas à implementação do Protocolo para Cirurgia Segura – PCS nas UCAEs da Rede Pública Distrital, abrangendo a divulgação do PCS, a capacitação de servidores para sua



aplicação e o acompanhamento do cumprimento de sua utilização, nos termos das normas que regem a matéria;

b. elabore e encaminhe ao Tribunal, no prazo de 90 (noventa) dias, plano de ação para implementação das recomendações constantes do item “1.a” acima, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade ou setor responsável pela implementação.

### ***Benefícios Esperados***

129. Implantação do Protocolo de Cirurgia Segura em todos os hospitais da SES-DF; aumento da segurança dos pacientes nos procedimentos cirúrgicos; diminuição dos casos de erro médico em cirurgias.

### **2.1.5 ACHADO 5: Falhas nas ações de controle de infecções hospitalares**

#### ***Critério***

130. Constituição e composição de comissões de controle de infecção hospitalar e elaboração e implementação de Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), conforme a Portaria GM/MS nº 2.616/1998; elaboração e divulgação de relatórios referentes a esse programa; registro adequado de informações que permitam a utilização dos indicadores previstos no Anexo III da Portaria; tratamento das informações e adoção de medidas em função dos resultados dos indicadores; implementação de medidas corretivas conforme resultados apresentados pelos indicadores.

#### ***Análises e Evidências***

131. Com o propósito de avaliar as ações de controle de infecções hospitalares implementadas pela Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, foram remetidas notas de auditoria ao Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), ao Hospital Regional do Paranoá (HRPa) e ao Hospital Regional de Brazlândia (HRBz)<sup>38</sup>, solicitando os seguintes documentos:

---

<sup>38</sup> As mencionadas informações foram requeridas por meio das Notas de Auditorias 36, 37 e 38,



- (i) Programa de Controle de Infecções Hospitalares – PCIH;
- (ii) Relatórios da situação do controle das infecções hospitalares produzidos no exercício de 2015;
- (iii) Registros e resultados dos indicadores constantes do Anexo III da Portaria GM/MS nº 2.616/1998, acompanhados das medidas adotadas para melhorar os resultados desses indicadores, referentes ao exercício de 2015.

132. As respostas obtidas desses três hospitais fiscalizados estão consolidadas nos PTs 28-A a 28-M (HBDF); PT 28-N (HRPa); e PTs 28-O, 28-P e 28-Q (HRBz). A seguir, são relatadas as principais constatações obtidas da análise das informações encaminhadas pelos três hospitais fiscalizados.

#### Falta de detalhamento de ações no Programa de Controle de Infecções Hospitalares

133. A Portaria GM/MS nº 2.616/1998 estabelece que o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é *“um conjunto de **ações** desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”* (grifou-se).

134. No exame do PCIH elaborado pelo HRBz, foram encontradas, ao longo do documento, ações voltadas ao controle e à prevenção de infecções hospitalares, reunidas em cinco grupos; muitas delas, no entanto, são descritas de forma genérica, sendo necessário maior grau de detalhamento das medidas para que sejam efetivamente implementadas. Por exemplo, grande parte das atividades propostas não possuem a indicação dos responsáveis pela sua execução. Outro caso recorrente foi o estabelecimento de palestras, treinamentos e fiscalizações sem a prévia definição dos períodos em que seriam realizados (PT 28-Q). Para melhor visualização, elaborou-se quadro explicativo com exemplos de ações do PCIH que precisam de maiores especificações quanto às circunstâncias e ao modo de sua operacionalização:

---

direcionadas, respectivamente, às unidades HBDF, HRPa e HRBz.



**Quadro 10: Plano de Controle de Infecções Hospitalares do Hospital Regional de  
Brazlândia referente ao exercício de 2016 (PCIH/HRBz 2016)**

<b>Categoria de ações no PCIH/HRBz 2016</b>	<b>Ações do PCIH/HRBz 2016</b>	<b>Análise</b>
<b>Educação permanente</b>	<i>"fiscalizar e orientar os treinamentos da equipe de limpeza" (p.4)</i>	Não foram indicados os responsáveis pelas referidas atividades de fiscalização e orientação, o que dificulta a implementação da medida, além de impossibilitar uma futura e eventual responsabilização por descumprimento da ação proposta. Também não foi estabelecida a periodicidade com que essas medidas seriam realizadas, as quais correm o risco de serem esquecidas ou negligenciadas. Ainda, não foram determinados quais seriam as pautas e os assuntos abordados pelos treinamentos, o que reforça o caráter genérico da ação proposta.
	<i>"reforçar a importância do uso de EPIs pelos profissionais com o objetivo de evitar acidentes de trabalho e o risco de possíveis infecções" (p.4)</i>	Com exceção da especificação do objeto do reforço (no caso, "a importância do uso de EPIs"), valem as mesmas considerações referentes à ação anterior, ressaltando que a indicação dos executores das medidas descritas e um cronograma previamente estabelecido são essenciais para que a ação seja colocada em prática.
	<i>"realizar palestras junto a todas as chefias para que sirvam de multiplicadores para os seus coordenados" (p.4)</i>	Mais uma vez, não foram especificados os responsáveis pela execução da medida, nem datas ou períodos em que estas palestras seriam promovidas, bem como os temas das palestras. Assim, a implementação da ação se torna pouco viável na prática, visto que traçar um bom planejamento é fundamental para que a ação ocorra efetivamente.
<b>Visitas técnicas</b>	<i>"realizar visita técnica nas unidades de Berçário, Centro Cirúrgico, CME, lavanderia e empresa terceirizada de limpeza e conservação uma vez ao ano ou sempre que necessário" (p.5)</i>	A medida carece novamente da nomeação dos responsáveis pela realização das visitas. Além disso, a frequência das visitas (uma vez ao ano) é insuficiente para um acompanhamento sistemático do controle das infecções hospitalares no âmbito dos respectivos setores. Por fim, as visitas são guiadas pela aplicação de check lists (p.8); no entanto, não são apresentados os itens que deveriam constar na estrutura dessas listas de verificação.
	<i>"elaborar relatórios que serão enviados para o responsável pelo setor e para o Diretor do hospital com sugestões, estabelecendo prazo para adequação das não conformidades" (p.5)</i>	Não foram definidos o conteúdo e a estrutura dos relatórios a serem enviados às instâncias superiores, nem os servidores responsáveis pela elaboração.

Fonte: PT 28-Q

135. Assim, ao longo do mencionado plano, muitas medidas são descritas de modo pouco aprofundado, assemelhando-se o PCIH apresentado pelo HRBz mais a um protocolo de intenções do que a uma programação propriamente dita, carecendo de um adequado detalhamento das intervenções, com vistas ao controle e à prevenção de infecções hospitalares.

136. Nesse sentido, é essencial o estabelecimento de um plano bem traçado, no qual estejam presentes elementos imprescindíveis à caracterização da ação – tais como a definição dos atores envolvidos, a escolha do modo com que as medidas serão executadas, a especificação dos assuntos a serem abordados, a época em que serão concretizadas, entre outros, para que assim possam ser efetivamente colocadas em prática.

137. Ainda no tocante a este tema, é oportuno transcrever trecho do Anexo I da Portaria GM 2.616/1998, que assim dispõe sobre os requisitos mínimos do PCIH:

*"3. A CCIH do hospital deverá:*



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

*3.1 Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:*

*3.1.1 - implantação de um **Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares**, de acordo com o Anexo III;*

*3.1.2 - adequação, implementação e supervisão das **normas e rotinas técnico-operacionais**, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;*

*3.1.3 - **capacitação** do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;*

*3.1.4 - **uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;**" (sem grifos no original)*

138. No PCIH apresentado pelo HRBz, não há detalhamento suficiente das ações referentes aos requisitos dos itens 3.1.2 e 3.1.3, tendo sido as respectivas medidas apresentadas de forma incompleta, sem as necessárias especificações que possibilitariam a adequada caracterização das providências a serem tomadas, conforme exposto anteriormente<sup>39</sup> (PT 28-Q).

139. Com relação ao PCIH do HRPa (PT 28-N, pp. 6/12), o hospital encaminhou o Regimento Interno da sua CCIH. O exame do documento demonstra que o hospital não apresentou ações relativas ao uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares (item 3.1.4). Houve apenas simples menção ao item, sem especificar as medidas necessárias para garantir o mencionado uso racional (PT 28-N, p. 8).

140. Importante destacar que o PCIH pode ser elaborado de forma descritiva<sup>40</sup> ou por meio de planilha<sup>41</sup>. A tabulação dos dados aparenta ser mais didática, pois facilita o entendimento e a visualização. A partir das informações dos diversos serviços do hospital, os componentes do Núcleo de Controle de Infecções Hospitalares – NCIH constituem o diagnóstico situacional e estabelecem as metas que, para serem atingidas, necessitam de ações detalhadas vinculadas a responsáveis, a prazos e aos recursos necessários (humanos, materiais, equipamentos e outros).

141. A RDC ANVISA nº 48/2000 estabelece o Roteiro de Inspeção do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e pode ser usada para direcionar a elaboração do PCIH. Quando da elaboração do PCIH, as ações devem ser contempladas de forma

---

<sup>39</sup> Ver Quadro 10, linhas referentes às categorias de ações "Visitas técnicas" e "Educação permanente", relacionadas aos itens 3.1.2 e 3.1.3, respectivamente.

<sup>40</sup> Tal como realizado pelos hospitais HRPa e HRBz (respectivamente, PT 28-N, pp. 6/12, e PT 28-Q).

<sup>41</sup> Tal como realizado pelo HBDF (PT 28-B).



detalhada com vistas à redução máxima possível tanto da incidência quanto da gravidade das infecções hospitalares.

142. Diante dessas considerações, é fundamental que as ações dos PCIHs sejam elaboradas de forma mais específica e detalhada, com a definição de medidas a serem implementadas sistemática e periodicamente – viabilizando, assim, o alcance de melhorias no controle e na prevenção de infecções hospitalares.

#### Inconfiabilidade dos dados utilizados para aferição dos resultados

143. O PCIH encaminhado pelo HRBz apresenta falhas em relação à integridade das informações obtidas e utilizadas para aferição dos resultados.

144. Inicialmente, cumpre ressaltar que, nos meses de janeiro a março de 2015, não houve coleta de dados, em razão da ausência de nomeação de componentes do NCIH (PT 28-O, p. 4).

145. Além disso, foram detectadas contradições, a seguir expostas, que indicam que o acompanhamento realizado pelo NCIH não ocorre de maneira efetiva.

146. Verificou-se conflito de dados fornecidos pelo HRBz em dois momentos distintos – respostas às Notas de Auditoria 32 e 38. Conforme resposta à NA 38, o PCIH do hospital prevê que a vigilância de infecção de cirurgias eletivas seria feita quando estas fossem restabelecidas (PT 28-O, p. 5) – inferindo-se, portanto, que a execução de operações eletivas estaria, até então, suspensa. Nesse sentido, não há registro no relatório do NCIH do HRBz de quaisquer cirurgias eletivas entre julho e novembro (PT 28-O, pp. 62-66).

147. No entanto, em resposta à NA 32, o mesmo hospital informou ter realizado 32 (trinta e duas) cirurgias eletivas nesses meses (PT 28-R, pp. 62-68) – contradizendo as informações do relatório do NCIH (PT 28-O, p. 5 e pp. 62-66), tornando questionáveis os números produzidos pelo NCIH do hospital e, conseqüentemente, afetando negativamente a confiabilidade do relatório de controle de infecções hospitalares.

148. Ainda, vale destacar que, embora o PCIH do HRBz referente ao exercício de 2015 incluísse a previsão de indicadores a serem analisados pelo NCIH<sup>42</sup>, não há nos relatórios apresentados pelo hospital a elaboração desses

---

<sup>42</sup> Taxa de ISC (infecção em sítio cirúrgico) em cirurgias limpas e eletivas, cesarianas, histerectomias e hérnias; taxa de infecção neonatal; tempo de internação pré-operatória; realização de antibioticoprofilaxia antes da incisão cirúrgica; duração da antibioticoprofilaxia (PT 28-O, pp. 6-7).



medidores de desempenho (PT 28-O, pp. 10-66). Foram informados apenas os números absolutos de infecção em UTI neonatal e de infecção em sítio cirúrgico (ISC) em cesarianas (PT 28-O, pp. 10-57), não havendo menção ao cálculo de taxas, nem considerações acerca de futuras ações e medidas corretivas (construídas e elaboradas a partir das conclusões obtidas por meio de indicadores – os quais deveriam ter sido produzidos, mas não foram).

149. Nesse sentido, a integridade dos dados coletados é requisito indispensável ao efetivo controle de infecções hospitalares, visto que são eles que embasam a subsequente elaboração de indicadores – que devem refletir a situação encontrada com o máximo possível de autenticidade, de modo que as ações preventivas e corretivas sejam formuladas adequada e corretamente, conforme cada caso, proporcionando assim a efetiva promoção de melhorias nesse campo de atuação.

#### Inadequação das taxas de infecção em relação às metas estabelecidas

150. A leitura do “*Relatório de Análise de Indicadores de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde do Hospital Regional do Paranoá – Ano 2015*” (PT 28-N, pp. 14-23) revela que as taxas de infecção apresentadas pelo HRPa estão acima das metas estabelecidas<sup>43</sup>. Ainda que o relatório apresentado por esta unidade hospitalar tenha demonstrado o resultado dos indicadores utilizados, juntamente com conclusões críticas a partir desses dados – postura que viabiliza efetivas melhorias, uma vez adotadas as medidas propostas, evidenciou que as taxas encontram-se acima dos referenciais utilizados (PT 28-N, pp. 14-22).

151. Para fins didáticos, foi construído o Quadro 11, o qual consigna alguns dos indicadores de infecções hospitalares<sup>44</sup> (constantes do Relatório encaminhado pelo HRPa e mensurados de janeiro a novembro de 2015).

---

<sup>43</sup> O HRPa utiliza os critérios nacionais elaborados pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) para realizar diagnóstico de IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

<sup>44</sup> ISC/Partos cesáreos: *Taxas de infecções de sítio cirúrgico em partos cesarianos*; ISC/Ortopedia: *Taxa ISC em cirurgias ortopédicas com implante de prótese*; PAV UTI: *Densidade de Incidência de Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica*; IPCSL UTI: *Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea laboratorialmente confirmada em UTI adulto*; ITU/UTI: *Densidade de Incidência de infecção do trato urinário em UTI adulto* (PT 28-N, pp. 16-20).



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

**Quadro 11: Indicadores de IRAS do HRPa – Ano 2015**

Indicador	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Média	Meta	Diferença
ISC/Partos cesáreos	3,70%	1,50%	1,55%	5,38%	0,00%	6,55%	0,80%	1,13%	0,97%	1,03%	2,06%	2,24%	3,62%	-38,05%
ISC/Orotopedia	5,81%	8,92%	10,29%	8,21%	5,88%	14,58%	44,00%	20,51%	5,40%	4,20%	7,69%	12,32%	2,23%	452,34%
PAV UTI	12,57%	9,77%	6,74%	7,60%	2,56%	12,08%	5,38%	3,27%	7,26%	8,00%	7,10%	7,48%	3,50%	113,84%
IPCSL UTI	9,43%	5,14%	8,98%	11,40%	7,69%	9,06%	3,59%	1,72%	0,00%	1,88%	2,58%	5,59%	3,80%	47,06%
ITU/UTI	3,14%	2,57%	2,24%	7,60%	7,69%	3,00%	1,80%	3,44%	2,94%	0,00%	0,86%	3,21%	3,10%	3,46%

Fonte: PT 28-N

152. Observa-se que, exceto com relação ao indicador “Taxa de infecções de sítio cirúrgico em partos cesáreos”, os demais índices de infecção apresentaram médias superiores ao parâmetro adotado. Destaque para o indicador “Taxa de infecções de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas com implante de prótese”, cuja média referente aos meses de janeiro a novembro de 2015 extrapolou o parâmetro adotado em 452,34%.

153. Examinando-se o Anexo do Relatório encaminhado pelo NCIH do HRPa, cujo teor foi reproduzido no Quadro 12 a seguir, observou-se que as taxas de infecções aferidas em anos anteriores (período de 2010 a 2014) nessa unidade hospitalar eram ainda maiores que as atuais (PT 28-N, p. 23).

**Quadro 12: Evolução das Taxas de IRAS – HRPa**

Taxa de infecção	2010	2011	2012	2013	2014
Cirurgias limpas ortopédicas	17,91%	2,10%	3,39%	6,77%	9,92%
Partos cesáreos	8,25%	1,77%	2,13%	4,32%	31,39%
Pneumonias associadas à ventilação mecânica (UTI adulto)	2,66%	24,25%		12,43%	11,51%
Infecção de corrente sanguínea (UTI adulto)	11,36%	3,5%	5,76%	18,43%	8,6%
Infecção do trato urinário (UTI adulto)	8,42%	3,92%	2,12%	5,43%	7,07%

Fonte: PT 28-N

154. Entre as causas da inadequação das taxas de infecção, foram citadas a dificuldade na adesão dos profissionais de saúde ao programa de higienização das mãos e à “sugestão da não utilização de roupas privativas exclusivamente nos setores de origem” (PT 28-N, p. 21); a insistência por parte de alguns médicos da UTI em não acatarem recomendações do NCIH relativas a procedimentos envolvendo o uso de antibióticos; e a colocação de cortinas na UTI adulto, fato que prejudicou a instalação de *dispenser* de álcool em gel em tais dependências (PT 28-N, pp. 21-22).

155. Apesar de o Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar ter informado que “foram tomadas medidas para correção de todas as irregularidades”, constatou-se pouca efetividade na atividade de orientação e direcionamento da CCIH. O Relatório



aponta falta de apoio por parte da direção do Hospital, bem como pouca colaboração dos servidores.

156. Em outras palavras, há indícios de que falta reconhecimento de autoridade da CCIH do HRPa, para que suas medidas corretivas e preventivas de controle de infecção hospitalar sejam efetivamente implementadas e observadas pelos profissionais de saúde atuantes nessa unidade hospitalar. Nesse sentido, é válido transcrever trecho do Anexo I da Portaria GM/MS nº 2.616/1998:

*“4. Caberá à autoridade máxima da instituição:*

*(...)*

*4.3 - propiciar a infra-estrutura necessária à **correta operacionalização da CCIH**;*

*4.4 - **aprovar e fazer respeitar** o regimento interno da CCIH;*

*(...)*

*4.6 - garantir o **cumprimento das recomendações** formuladas pela Coordenação Municipal/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;*

*(...)*

*4.8 - **fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.***

*(...)*

*6. Às Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção Hospitalar, compete:*

*(...)*

*6.5 - **coordenar, acompanhar, controlar e avaliar** as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar do Estado e Distrito Federal;” (sem grifos no original)*

157. Dessa forma, nos termos do item 4.3 supratranscrito, é atribuição da autoridade máxima da instituição garantir a correta operacionalização da CCIH. No entanto, a partir dos relatos apresentados pelo NCIH, o dispositivo emanado do Ministério da Saúde não vem sendo observado, visto que muitas das recomendações do referido Núcleo não têm sido cumpridas.

158. Além disso, conforme dispõe o normativo, compete à SES-DF, por meio da Coordenação Distrital de Controle de Infecção Hospitalar<sup>45</sup>, coordenar, acompanhar, controlar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecções hospitalares. Assim, é atribuição da Secretaria participar ativamente no combate às infecções hospitalares e, para tanto, deve averiguar se as orientações das CCIH dos hospitais da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal vêm sendo seguidas e

---

<sup>45</sup> Por meio da Portaria SES 89/2009 (DODF 95, de 19/05/2009) foi constituída a Comissão Distrital de Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde, vinculada à Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos nos Serviços de Saúde (GEPEAS), unidade orgânica de direção, subordinada à Diretoria de Vigilância Epidemiológica que, segundo o art. 75, inciso I, do Regimento Interno da SES, tem a atribuição de “gerenciar ações nas situações de emergência, no campo da saúde pública, que envolvam prevenção e controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS);”



respeitadas no âmbito de cada unidade. Em caso negativo (como foi reportado pelo NCIH do HRPa), cabe à Secretaria de Saúde adotar as devidas providências para garantir a observância, pelas unidades hospitalares e pelos seus quadros de servidores, das recomendações emitidas pelas respectivas comissões de controle de infecções hospitalares.

159. Ante o exposto, reitera-se que é fundamental o cumprimento das orientações emitidas pelas CCIHs, assim como o acompanhamento das medidas implementadas com base nos relatórios das comissões e nos resultados dos indicadores confrontados com as metas estabelecidas, a fim de que os índices de infecções em assistência à saúde sejam cada vez menores – fortalecendo, assim, a segurança do paciente em procedimentos cirúrgicos.

Ausência de metas nos relatórios e de comprovação de medidas corretivas a partir dos resultados encontrados

160. O exame dos relatórios de controle de infecção hospitalar apresentados pelas unidades hospitalares HBDF, HRPa e HRBz evidenciou que há oportunidades de melhoria na Rede Pública de Saúde, tanto com relação ao **estabelecimento de metas** (as quais servirão de parâmetro aos valores encontrados), quanto com referência à **adoção de medidas corretivas** (desenvolvidas com base nos resultados aferidos).

161. No âmbito do HRBz, os relatórios enviados se restringem à apresentação dos números absolutos encontrados (puros e sem tratamento) – os quais, embora relevantes, não são suficientes para retratar a situação em que se encontra o controle das infecções hospitalares, nem para reportá-la à autoridade da instituição e às chefias dos demais setores (PT 28-O, pp. 10-57).

162. Nesse contexto, seriam essenciais tanto a elaboração das taxas referentes à situação encontrada quanto o estabelecimento das respectivas metas – conduta que permitiria a formação de conclusões e, por conseguinte, sugestões de melhoria para o controle de infecções hospitalares no HRBz. Assim, o relato emitido pelo hospital em questão foi omissivo na descrição das atividades empreendidas, da situação encontrada em visitas e dos resultados que poderiam ser alcançados a partir de ações específicas.



163. Ainda no que diz respeito ao HRBz, os relatórios demonstram que não houve aplicação dos três indicadores previstos para monitoramento da ISC ou qualquer justificativa para sua ausência (PT 28-O, pp. 10-66). Os indicadores previstos no PCIH do HRBz, referentes à Vigilância em Infecção em Sítio Cirúrgico, são: tempo de internação pré-operatória, realização de antibioticoprofilaxia antes da incisão cirúrgica e duração da antibioticoprofilaxia (PT 28-O, pp. 6-7).

164. Assim, os relatórios enviados pelo HRBz não possibilitam concluir se os objetivos gerais e específicos previstos no PCIH foram alcançados, sendo necessário aprimorar os procedimentos de acompanhamento e controle referentes a ações de controle de infecções hospitalares desenvolvidas pelo hospital.

165. Já no caso do HBDF, os relatórios enviados mostraram os resultados de diversos indicadores por especialidade ou tipo de cirurgia (PTs 28-D a 28-M); não houve, no entanto, análise comparativa entre esses dados obtidos e as taxas estipuladas como metas e, conseqüentemente, também não foram estabelecidas medidas que deveriam ter sido adotadas em função dos resultados obtidos.

166. Por fim, com relação ao relatório remetido pelo HRPa, observou-se ausência de estipulação de metas desenvolvidas com base no caso concreto do hospital – houve apenas adoção dos parâmetros preconizados pela ANVISA. A título de exemplo, embora o indicador *“Taxa de infecções de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas com implante de prótese”* tenha extrapolado o parâmetro esperado em 452,34% (Quadro 11), não foram elaboradas ações vinculadas a metas com percentual de melhoria gradual do resultado desse indicador (PT 28-N, pp.14-23).

167. Diante de todas essas considerações, é fundamental que haja o estabelecimento de metas bem definidas nos relatórios, estipuladas analítica e criteriosamente conforme a realidade de cada hospital, para que assim possam nortear o caminho das medidas e ações (corretivas e preventivas) a serem adotadas, delineadas a partir dos resultados encontrados.

### **Causas**

168. Eficácia limitada da coordenação da SES-DF na prevenção e controle de infecções hospitalares; falta de apoio para a adequada execução do Programa de Controle de Infecções Hospitalares por parte da direção do hospital; ausência de colaboração de alguns servidores; insuficiência de instrumentos para que as



orientações dos responsáveis pela prevenção e controle de infecções hospitalares sejam cumpridas.

### ***Efeitos***

169. Possibilidade de aferição incorreta dos indicadores de infecção hospitalar; dificuldade para identificação e implementação de medidas corretivas a serem adotadas; risco de ocorrências de altas taxas de infecção; aumento de riscos à saúde e recuperação dos pacientes operados; risco de responsabilização civil do Estado oriunda de ações indenizatórias.

### ***Considerações do auditado***

170. Conforme disposto no Capítulo 6 do Manual de Auditoria do TCDF, por meio do Despacho Singular nº 167/2016 – GCMM e dos Ofícios nº 5212/2016-GP e 5213/2016-GP, o Tribunal encaminhou à SES-DF a versão prévia do Relatório de Auditoria. Em manifestação encaminhada ao Tribunal (Ofício 1379/2016-GAB/SES, e-DOC 1E82A81F-c), a jurisdicionada apresentou uma medida a ser adotada para sanar as inconformidades indicadas no Relatório Prévio de Auditoria, sugerida pela Gerência de Assistência de Enfermagem: solicitar ao Serviço de Vigilância Sanitária que encaminhe periodicamente os resultados indicadores analisados pelas CCIHs, para acompanhamento das ações planejadas pela Gerência.

### ***Posicionamento da equipe de auditoria***

171. Considerando que a manifestação da SES-DF não impugna nenhuma das afirmações constantes do Relatório e que a ação sugerida pela Gerência de Assistência de Enfermagem se coaduna com as medidas propostas pelos auditores, mantém-se inalterado o posicionamento da Equipe de Auditoria apresentado na versão prévia do Relatório de Auditoria.

### ***Proposições***

172. Sugere-se ao Egrégio Plenário:

- I. recomendar à SES-DF que oriente a elaboração dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) e dos Relatórios das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares de forma a garantir:



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

- a. a confiabilidade dos dados coletados para a construção dos indicadores;
  - b. o detalhamento das ações de prevenção e controle com vistas à redução da incidência e da gravidade das infecções hospitalares;
  - c. o estabelecimento de metas e a adoção de medidas corretivas com vistas à melhoria dos indicadores.
- II. determinar à SES-DF que:
- a. adote medidas no sentido de exigir que as unidades hospitalares cumpram as orientações das respectivas comissões de controle de infecção hospitalar;
  - b. acompanhe, avalie e divulgue, periodicamente, os resultados dos indicadores analisados pelas respectivas comissões de controle de infecção hospitalar;
  - c. coordene, acompanhe, controle e avalie a implementação de medidas preventivas e corretivas, adotadas com base tanto nos relatórios das comissões de controle de infecções hospitalares quanto nos resultados dos indicadores e nas metas estabelecidas.
  - d. elabore e encaminhe ao Tribunal, no prazo de 90 (noventa) dias, plano de ação para implementação das recomendações constantes dos itens “I”, “II.a”, “II.b” e “II.c” acima, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade ou setor responsável pela implementação.

### ***Benefícios Esperados***

173. Adequada aferição de indicadores de infecção hospitalar; implementação de medidas corretivas relativas aos resultados apresentados pelos indicadores; diminuição das taxas de infecção hospitalar.

### **3 Boas práticas**

174. Merecem referência, como boas práticas, as ações do Hospital Regional de Planaltina no sentido de instituir manuais e protocolos para promoção da segurança do paciente e atuar visando à aplicação do Protocolo para Cirurgia Segura



pelos servidores da UCAE, o que a destaca em relação às demais UCAEs visitadas (PT 27).

#### **4 Conclusão**

175. A presente auditoria visou verificar a adequação da gestão e do funcionamento das Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializada - UCAEs e as condições de acesso à Rede Pública de Saúde Distrital oferecidas aos portadores de doenças cirúrgicas, havendo o trabalho se desdobrado em duas questões de auditoria.

176. Na primeira questão, entendeu-se a SES-DF não promove acesso amplo e tempestivo aos portadores de doenças cirúrgicas, uma vez que todas as unidades hospitalares da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal que possuem UCAEs apresentam filas com centenas ou milhares de pessoas e anos de espera. Além disso, a partir das informações prestadas pela SES-DF e por alguns hospitais, verificaram-se deficiências nas áreas de planejamento e controle, consubstanciadas em um acompanhamento desorganizado e impreciso no que concerne à demanda e à realização de cirurgias.

177. Em relação à segunda questão, constatou-se que as condições cirúrgicas das UCAEs não são adequadas e suficientes para o atendimento aos usuários, tendo em vista que há carências a serem supridas em diversos pontos do fluxo de realização de cirurgias, tais como: insuficiência de equipamentos e respectivos insumos, inexistência de contratos de manutenção para equipamentos indispensáveis ao funcionamento das UCAEs, inadequação das estruturas hospitalares, deficiências na produção de indicadores, inércia na promoção de procedimentos de segurança do paciente e falhas nas ações de prevenção e controle de infecção hospitalar

178. A manifestação da SES-DF (e-Doc 1E82A81F-c) em face da versão prévia do Relatório de Auditoria não contestou qualquer dos achados de auditoria e das inconformidades verificadas pela equipe de auditoria. Outrossim, a maior parte das medidas trazidas pela jurisdicionada convergem com aquelas propostas pela equipe de auditoria. Quanto às ações sugeridas pelo órgão que não encontram similar no Relatório, entende-se que poderão ser postas em prática pela SES-DF de forma complementar às eventualmente determinadas pelo Egrégio Plenário, não podendo, portanto, com elas conflitar.



179. Conclui-se, portanto, pela necessidade de adoção das medidas propostas neste relatório, consubstanciadas em determinações e recomendações, para que a SES-DF passe a promover amplo e tempestivo acesso aos portadores de doenças cirúrgicas e ofereça condições de tratamento adequadas e suficientes a esses usuários.

## **5 Proposições**

180. Ante o exposto, sugere-se ao Plenário:
- I. Tomar conhecimento do presente Relatório de Auditoria;
  - II. Determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que:
    - a. monitore os resultados dos indicadores previstos na Portaria SES-DF nº 191/2012, incluindo o acompanhamento, a cobrança e o recebimento mensal das informações oriundas das unidades hospitalares e sua consolidação, bem como a adoção de medidas corretivas a partir dos resultados obtidos com a aplicação dos indicadores (Achado 2);
    - b. adote medidas com vistas à implementação do Protocolo para Cirurgia Segura – PCS nas UCAEs da Rede Pública Distrital, abrangendo a divulgação do PCS, a capacitação de servidores para sua aplicação e o acompanhamento do cumprimento de sua utilização, nos termos das normas que regem a matéria (Achado 4);
    - c. adote medidas no sentido de exigir que as unidades hospitalares cumpram as orientações das respectivas comissões de controle de infecção hospitalar (Achado 5);
    - d. acompanhe, avalie e divulgue, periodicamente, os resultados dos indicadores analisados pelas respectivas comissões de controle de infecção hospitalar (Achado 5);
    - e. coordene, acompanhe, controle e avalie a implementação de medidas preventivas e corretivas, adotadas com base tanto nos relatórios das comissões de controle de infecções hospitalares quanto nos resultados dos indicadores e nas metas estabelecidas (Achado 5).
  - III. Recomendar à SES-DF que:
    - a. adote medidas com vistas a estabelecer a regulação do agendamento de procedimentos cirúrgicos (Achado 1);



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

- b. realize levantamento e monitoramento das carências de estrutura, insumos e materiais de todas as UCAEs e adote medidas para suprir as atuais necessidades, de modo a oportunizar a utilização de todos os recursos e salas de operação existentes e maximizar a realização de procedimentos cirúrgicos (Achado 1);
- c. adote medidas para garantir que as escalas das UCAEs sejam organizadas de forma a atender aos interesses e às necessidades dos pacientes, maximizando-se a utilização dos recursos humanos disponíveis e evitando ao máximo o risco de ociosidade dos servidores (Achado 1);
- d. mantenha, nas unidades hospitalares dotadas de UCAE, registro informatizado:
  - i. dos dados dos pacientes, contendo, no mínimo, nome, data da indicação cirúrgica, procedimento indicado e classificação de risco;
  - ii. da sala de cirurgia utilizada, do procedimento realizado, da equipe de profissionais e do tempo de duração do procedimento cirúrgico (Achado 1).
- e. aperfeiçoe os indicadores previstos na Portaria SES-DF nº 191/2012, de modo a possibilitar o acompanhamento da produtividade dos servidores e da qualidade dos serviços das UCAEs (Achado 2);
- f. elabore um plano de capacitação e oriente os servidores lotados nas Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializadas (UCAEs) para a elaboração, implantação e implementação de indicadores de produção e de qualidade necessários ao aperfeiçoamento da gestão (Achado 2);
- g. elabore plano de aquisições de equipamentos médico-hospitalares para UCAEs e CMEs, que contemple um diagnóstico técnico da situação atual em suas várias dimensões (equipamentos, infraestrutura, recursos orçamentários), as necessidades em face da demanda reprimida, os objetivos e metas a serem alcançados, as ações que levem ao resultado esperado e os respectivos indicadores e responsáveis (Achado 3);
- h. identifique os equipamentos médico-hospitalares necessários às UCAEs e aos CMEs que estão sem contratos de manutenção e analise a



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

- viabilidade técnica, econômica, jurídica e orçamentária da contratação desses serviços (Achado 3);
- i. identifique os equipamentos médico-hospitalares necessários às UCAEs e aos CMEs que estão obsoletos, inoperantes ou inservíveis, estabeleça um fluxo para o descarte desses bens, e planeje, em sede do plano de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, a substituição desses equipamentos (Achado 3);
  - j. adote medidas visando ao acompanhamento dos processos administrativos de contratações, de modo que o procedimento tramite de forma célere e atenda tempestivamente às demandas das áreas finalísticas (Achado 3);
  - k. oriente a elaboração dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) e dos Relatórios das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares de forma a garantir:
    - i. a confiabilidade dos dados coletados para a construção dos indicadores;
    - ii. o detalhamento das ações de prevenção e controle com vistas à redução da incidência e da gravidade das infecções hospitalares;
    - iii. o estabelecimento de metas e a adoção de medidas corretivas com vistas à melhoria dos indicadores (Achado 5).
- IV. Determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que elabore e encaminhe ao Tribunal, no prazo de 90 (noventa) dias, plano de ação, conforme modelo apresentado no Anexo do presente relatório de auditoria, para implementação das recomendações constantes dos itens **II e III** acima, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando o prazo e a unidade ou setor responsável pela implementação.

Brasília/DF, 26 de julho de 2016.

Tarsila Firmino Ely Tramontin Batista  
Auditor de Controle Externo  
Matrícula 1445-7

Gabriel Heller  
Auditor de Controle Externo  
Matrícula 1574-8

Renata Yuco Kanemoto  
Auditor de Controle Externo  
Matrícula 1625-6



## ANEXO I - PLANO DE AÇÃO

<b>Determinações e Recomendações do TCDF (Itens da Decisão)</b>	<b>Medidas a serem adotadas para cumprimento das proposições*  (Ações)</b>	<b>Data prevista para a implementação*  (dd/mm/aaaa)</b>	<b>Unidade/Setor responsável pela implementação *</b>
Adote medidas com vistas a estabelecer a regulação do agendamento de procedimentos cirúrgicos.	1)		
	2)		
	...		
Realize levantamento e monitoramento das carências de estrutura, insumos e materiais de todas as UCAEs e adote medidas para suprir as atuais necessidades, de modo a oportunizar a utilização de todos os recursos e salas de operação existentes e maximizar a realização de procedimentos cirúrgicos.	1)		
	2)		
	...		
Adote medidas para garantir que as escalas das UCAEs sejam organizadas de forma a atender aos interesses e às necessidades dos pacientes, maximizando-se a utilização dos recursos humanos disponíveis e evitando ao máximo o risco de ociosidade dos servidores.	1)		
	2)		
	...		
Mantenha, nas unidades hospitalares	1)		



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

<p>dotadas de UCAE, registro informatizado:</p> <p>a) dos dados dos pacientes, contendo, no mínimo, nome, data da indicação cirúrgica, procedimento indicado e classificação de risco;</p> <p>b) da sala de cirurgia utilizada, do procedimento realizado, da equipe de profissionais e do tempo de duração do procedimento cirúrgico</p>	2)		
	...		
<p>Aperfeiçoe os indicadores previstos na Portaria SES-DF nº 191/2012, de modo a possibilitar o acompanhamento da produtividade dos servidores e da qualidade dos serviços das UCAEs</p>	1)		
	2)		
	...		
<p>Elabore um plano de capacitação e oriente os servidores lotados nas Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializadas (UCAEs) para a elaboração, implantação e implementação de indicadores de produção e de qualidade necessários ao aperfeiçoamento da gestão</p>	1)		
	2)		
	...		
<p>Monitore os resultados dos indicadores previstos na Portaria SES-DF nº 191/2012, incluindo o acompanhamento, a cobrança e o recebimento mensal das informações oriundas das unidades hospitalares e sua consolidação, bem como a adoção de</p>	1)		
	2)		
	...		



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

medidas corretivas a partir dos resultados obtidos com a aplicação dos indicadores			
Elabore plano de aquisições de equipamentos médico-hospitalares para UCAEs e CMEs, que contemple um diagnóstico técnico da situação atual em suas várias dimensões (equipamentos, infraestrutura, recursos orçamentários), as necessidades em face da demanda reprimida, os objetivos e metas a serem alcançados, as ações que levem ao resultado esperado e os respectivos indicadores e responsáveis	1)		
	2)		
	...		
Identifique os equipamentos médico-hospitalares necessários às UCAEs e aos CMEs que estão sem contratos de manutenção e analise a viabilidade técnica, econômica, jurídica e orçamentária da contratação desses serviços	1)		
	2)		
	...		
Identifique os equipamentos médico-hospitalares necessários às UCAEs e aos CMEs que estão obsoletos, inoperantes ou inservíveis, estabeleça um fluxo para o descarte desses bens, e planeje, em sede do plano de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, a substituição desses equipamentos	1)		
	2)		
	...		
Adote medidas visando ao acompanhamento	1)		



**TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL**

SECRETARIA DE AUDITORIA

SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

<p>dos processos administrativos de contratações, de modo que o procedimento tramite de forma célere e atenda tempestivamente às demandas das áreas finalísticas</p>	2)		
	...		
<p>Adote medidas com vistas à implementação do Protocolo para Cirurgia Segura – PCS nas UCAEs da Rede Pública Distrital, abrangendo a divulgação do PCS, a capacitação de servidores para sua aplicação e o acompanhamento do cumprimento de sua utilização, nos termos das normas que regem a matéria</p>	1)		
	2)		
	...		
<p>Adote medidas no sentido de exigir que as unidades hospitalares cumpram as orientações das respectivas comissões de controle de infecção hospitalar</p>	1)		
	2)		
	...		
<p>Acompanhe, avalie e divulgue, periodicamente, os resultados dos indicadores analisados pelas respectivas comissões de controle de infecção hospitalar</p>	1)		
	2)		
	...		
<p>Coordene, acompanhe, controle e avalie a implementação de medidas preventivas e corretivas, adotadas com base tanto nos relatórios das comissões de controle de infecções hospitalares quanto nos resultados dos indicadores e nas</p>	1)		
	2)		
	...		



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

metas estabelecidas			
<p>Oriente a elaboração dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) e dos Relatórios das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares de forma a garantir:</p> <p>i. a confiabilidade dos dados coletados para a construção dos indicadores;</p> <p>ii. o detalhamento das ações de prevenção e controle com vistas à redução da incidência e da gravidade das infecções hospitalares;</p> <p>iii. o estabelecimento de metas e a adoção de medidas corretivas com vistas à melhoria dos indicadores.</p>	1)		
	2)		
	...		

\*Campos a serem preenchidos pelo jurisdicionado.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DAS SESSÕES

Sessão Extraordinária Nº 93, de 15/12/2016

TCDF/Secretaria das Sessões  
Folha:.....  
Processo: 27596/2015-e  
Rubrica:.....

PROCESSO Nº 27596/2015-e

RELATOR : CONSELHEIRO MÁRCIO MICHEL ALVES DE OLIVEIRA

EMENTA : Representação nº 15/2014-CF, do Ministério Público junto à Corte, acerca de possíveis irregularidades no Centro Cirúrgico (CC) do Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF e dos demais Centros Cirúrgicos da Rede Pública Hospitalar.

### **DECISÃO Nº 6443/2016**

O Tribunal, por unanimidade, de acordo com o voto do Relator, decidiu: I - tomar conhecimento do Relatório de Auditoria, e-DOC 0A5862C6-e; II - determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que: a) monitore os resultados dos indicadores previstos na Portaria SES-DF nº 191/2012, incluindo o acompanhamento, a cobrança e o recebimento mensal das informações oriundas das unidades hospitalares e sua consolidação, bem como a adoção de medidas corretivas a partir dos resultados obtidos com a aplicação dos indicadores (Achado 2); b) adote medidas com vistas à implementação do Protocolo para Cirurgia Segura - PCS nas UCAEs da Rede Pública Distrital, abrangendo a divulgação do PCS, a capacitação de servidores para sua aplicação e o acompanhamento do cumprimento de sua utilização, nos termos das normas que regem a matéria (Achado 4); c) adote medidas no sentido de exigir que as unidades hospitalares cumpram as orientações das respectivas comissões de controle de infecção hospitalar (Achado 5); d) acompanhe, avalie e divulgue, periodicamente, os resultados dos indicadores analisados pelas respectivas comissões de controle de infecção hospitalar (Achado 5); e) coordene, acompanhe, controle e avalie a implementação de medidas preventivas e corretivas, adotadas com base tanto nos relatórios das comissões de controle de infecções hospitalares quanto nos resultados dos indicadores e nas metas estabelecidas (Achado 5); f) adote medidas com vistas a estabelecer a regulação do agendamento de procedimentos cirúrgicos (Achado 1); g) realize levantamento e monitoramento das carências de estrutura, insumos e materiais de todas as UCAEs e adote medidas para suprir as atuais necessidades, de modo a oportunizar a utilização de todos os recursos e salas de operação existentes e maximizar a realização de procedimentos cirúrgicos (Achado 1); h. adote medidas para garantir que as escalas das UCAEs sejam organizadas de forma a atender aos interesses e às necessidades dos pacientes, maximizando a utilização dos recursos humanos disponíveis e evitando ao máximo o risco de ociosidade dos servidores (Achado 1); i) mantenha, nas unidades hospitalares dotadas de UCAE, registro informatizado: i) dos dados dos pacientes, contendo, no mínimo, nome, data da indicação cirúrgica, procedimento indicado e classificação de risco; ii) da sala de cirurgia utilizada, do procedimento realizado, da equipe de profissionais e do tempo de duração do procedimento cirúrgico (Achado 1); j) aperfeiçoe os indicadores previstos na Portaria SES-DF nº 191/2012, de modo a possibilitar o acompanhamento da produtividade dos servidores e da qualidade dos serviços das UCAEs (Achado 2); k) elabore um plano de capacitação e oriente os servidores lotados nas Unidades Cirúrgicas de Assistência Especializadas (UCAEs) para a elaboração, implantação e implementação de indicadores de produção e de qualidade necessários ao aperfeiçoamento da gestão (Achado 2); l) elabore plano de aquisições de equipamentos médico-hospitalares para UCAEs e CMEs, que contemple um diagnóstico técnico da situação atual em suas várias dimensões (equipamentos, infraestrutura, recursos orçamentários), as necessidades em face da demanda reprimida, os objetivos e metas a

serem alcançados, as ações que levem ao resultado esperado e os respectivos indicadores e responsáveis (Achado 3); m) identifique os equipamentos médico-hospitalares necessários às UCAEs e aos CMEs que estão sem contratos de manutenção e analise a viabilidade técnica, econômica, jurídica e orçamentária da contratação desses serviços (Achado 3); n) identifique os equipamentos médico-hospitalares necessários às UCAEs e aos CMEs que estão obsoletos, inoperantes ou inservíveis, estabelecer um fluxo para o descarte desses bens, e planeje, em sede do plano de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, a substituição desses equipamentos (Achado 3); o) adote medidas visando ao acompanhamento dos processos administrativos de contratações, de modo que o procedimento tramite de forma célere e atenda tempestivamente às demandas das áreas finalísticas (Achado 3); p) oriente a elaboração dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) e dos Relatórios das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares de forma a garantir: i) a confiabilidade dos dados coletados para a construção dos indicadores; ii) o detalhamento das ações de prevenção e controle com vistas à redução da incidência e da gravidade das infecções hospitalares; iii) o estabelecimento de metas e a adoção de medidas corretivas com vistas à melhoria dos indicadores (Achado 5); III - recomendar à SES-DF que avalie, à luz da eficiência, eficácia, efetividade e economicidade, a vantajosidade de extensão da modalidade de prestação de serviços de cirurgias cardíacas a outras áreas médicas, sempre tendo em vista os princípios da eficiência, eficácia, efetividade e economicidade; IV - determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que elabore e encaminhe ao Tribunal, no prazo de 90 (noventa) dias, plano de ação, conforme modelo apresentado no anexo do relatório de auditoria, para implementação das recomendações constantes do item II acima, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando o prazo e a unidade ou setor responsável pela implementação.

Presidiu a sessão o Vice-Presidente, Conselheiro PAIVA MARTINS. Votaram os Conselheiros MANOEL DE ANDRADE, ANILCÉIA MACHADO, INÁCIO MAGALHÃES FILHO, PAULO TADEU e MÁRCIO MICHEL. Participou a representante do MPJTCDF Procuradora-Geral CLÁUDIA FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA. Ausente o Senhor Presidente, Conselheiro RENATO RAINHA.

SALA DAS SESSÕES, 15 de Dezembro de 2016



Olavo Medina  
Secretário das Sessões



Antônio Renato Alves Rainha  
Presidente