



Tribunal de Contas do Distrito Federal



Auditoria Operacional no Sistema de Saúde Pública do Distrito Federal

Relatório (Versão Completa)



Tribunal de Contas do Distrito Federal

Missão

“Exercer o controle externo da administração dos recursos públicos do Distrito Federal, em auxílio à Câmara Legislativa, zelando pela legalidade, legitimidade, efetividade, eficácia, eficiência e economicidade na gestão desses recursos.”



**TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
COMPOSIÇÃO EM 2008**

CONSELHEIROS

PAULO CÉSAR DE ÁVILA E SILVA – Presidente

ANILCÉIA LUZIA MACHADO – Vice-Presidente

RONALDO COSTA COUTO

MARLI VINHADELI

JORGE CAETANO

MANOEL PAULO DE ANDRADE NETO

ANTONIO RENATO ALVES RAINHA

AUDITOR

JOSÉ ROBERTO DE PAIVA MARTINS

MINISTÉRIO PÚBLICO

CLÁUDIA FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA – Procuradora-Geral

MÁRCIA FERREIRA CUNHA FARIAS

DEMÓSTENES TRES ALBUQUERQUE

INÁCIO MAGALHÃES FILHO



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

**AUDITORIA OPERACIONAL
NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DO DF**

QUINTA INSPETORIA DE CONTROLE EXTERNO

Inspetor: Luiz Genéδιο Mendes Jorge

DIVISÃO DE ACOMPANHAMENTO E AUDITORIA

Diretor: Henirdes Batista Borges

EQUIPE DE AUDITORIA

José Higino de Souza

Rômulo Miranda Alvim

FOTO DA CAPA

Luiz de Andrade Júnior

DADOS PARA CONTATO

Tribunal de Contas do Distrito Federal
Praça do Buriti – Ed. Palácio Costa e Silva (Anexo)
Quinta Inspeção de Controle Externo – 4º andar
Brasília – DF – CEP: 70.075-901
Fone: (61) 3314-2266

Este relatório está disponível em

<http://www.tc.df.gov.br> no link “Controle Externo > Auditorias”



SUMÁRIO

1	RESUMO	5
2	INTRODUÇÃO	8
2.1	ANTECEDENTES	8
2.2	IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO DA AUDITORIA	8
2.3	VISÃO GERAL DO OBJETO	8
2.4	OBJETIVO E ESCOPO DA AUDITORIA	12
2.5	METODOLOGIA	12
2.5.1	<i>Pesquisa Documental</i>	<i>12</i>
2.5.2	<i>Pesquisa Postal</i>	<i>13</i>
2.5.3	<i>Visitas às unidades</i>	<i>13</i>
2.5.4	<i>Entrevistas</i>	<i>15</i>
2.5.5	<i>Questionários</i>	<i>16</i>
2.6	CRITÉRIOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DO ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS	16
3	RESULTADOS	18
3.1	ACESSO AOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS	18
3.1.1	<i>Acesso de usuários às consultas médicas e odontológicas</i>	<i>18</i>
3.1.2	<i>Tempo de espera para se consultar nas especialidades</i>	<i>22</i>
3.1.3	<i>Impacto da realização de exames ou disponibilização de seus resultados no tempo para o atendimento em consultas de retorno</i>	<i>24</i>
3.1.4	<i>Recomendações</i>	<i>25</i>
3.2	GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	26
3.2.1	<i>Indisponibilidade de consultas nos horários de funcionamento das unidades</i>	<i>26</i>
3.2.2	<i>Alocação de servidores nas unidades</i>	<i>29</i>
3.2.3	<i>Quantidade de médicos e odontólogos na rede pública de saúde</i>	<i>32</i>
3.2.4	<i>Recomendações</i>	<i>34</i>



3.3	GESTÃO DE RECURSOS LOGÍSTICOS	35
3.3.1	<i>Problemas gerais encontrados nos postos e centros de saúde.....</i>	<i>35</i>
3.3.2	<i>Problemas específicos em cada especialidade</i>	<i>37</i>
3.3.3	<i>Avaliação dos recursos logísticos por servidores</i>	<i>38</i>
3.3.4	<i>Causas e efeitos da carência de recursos logísticos nos postos e centros de saúde</i>	<i>39</i>
3.3.5	<i>Recomendações</i>	<i>42</i>
3.4	SISTEMA DE REGULAÇÃO	43
3.4.1	<i>O DF não implantou a regulação em todos os serviços de saúde, conforme pactuado com o Ministério da Saúde em 2006</i>	<i>44</i>
3.4.2	<i>O sistema de regulação não tem informações suficientes sobre a totalidade da demanda e da oferta de serviços regulados</i>	<i>45</i>
3.4.3	<i>Baixa produtividade de consultas e exames sob regulação, com alto índice de ociosidade dos serviços.....</i>	<i>45</i>
3.4.4	<i>Possibilidade de fraude no sistema.....</i>	<i>47</i>
3.4.5	<i>O Sisreg não tem dados consistentes sobre o tempo de espera para consultas e exames regulados</i>	<i>47</i>
3.4.6	<i>Causas e efeitos dos problemas apontados na regulação</i>	<i>48</i>
3.4.7	<i>Recomendações</i>	<i>48</i>
3.5	SITUAÇÃO DO DF QUANTO AOS PARÂMETROS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE RELATIVOS A CONSULTAS.....	50
4	ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR.....	52
5	MONITORAMENTO E INDICADORES DE DESEMPENHO	57
6	CONCLUSÃO.....	58
7	PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	60
8	DECISÃO.....	63



1 RESUMO

1. Os serviços ambulatoriais e a gestão dos recursos humanos e logísticos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES) são o objeto deste trabalho.
2. O objetivo desta auditoria foi avaliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais da rede pública de saúde do DF e o impacto da gestão dos recursos humanos e logísticos da SES nesse acesso, com foco nas consultas médicas e odontológicas, abrangendo o período de janeiro de 2006 a abril de 2008.
3. Como métodos de coleta de dados e informações, foram realizadas pesquisa documental, pesquisa postal com diretores das unidades de saúde, entrevistas com servidores da SES e com usuários do sistema, e visitas a postos e centros de saúde.
4. Foi inspecionada uma em cada quatro dessas unidades, selecionadas por amostragem aleatória sistemática. Todas as visitas ocorreram no mês de fevereiro de 2008, entre 8h e 19h, de segunda a sexta-feira. O foco foi o atendimento das especialidades da Atenção Básica, assim consideradas a clínica médica, medicina da família, ginecologia e obstetrícia, pediatria e odontologia.
5. Analisaram-se relatórios estatísticos, de inspeções e de auditorias internas, memorandos e ofícios da própria SES. O acesso aos documentos se deu por meio de Notas de Auditoria e de visitas às unidades.
6. Foram remetidos questionários a todas as unidades da rede pública do DF que realizam consultas, incluindo os hospitais. O índice de retorno dos questionários foi de 76,5%. O objetivo foi identificar o tempo médio de espera para consultas; a quantidade de médicos atendendo e de consultas realizadas; a estimativa de consultas e de médicos necessários para atender toda a demanda; o número de pessoas que não conseguiram atendimento; e a quantidade de pacientes que, necessitando de consultas referenciadas, tiveram as consultas marcadas e quantos não conseguiram marcá-las.
7. Durante as visitas aos postos e centros de saúde, foram entrevistados: os responsáveis pela unidade; os servidores encarregados da triagem de pacientes e organização das consultas em cada especialidade; os agendadores de consultas e exames regulados, que operam o sistema de regulação; e, quando possível, usuários encontrados na unidade. Também foram aplicados questionários aos médicos e aos demais servidores, no momento das visitas, para avaliar aspectos relacionados às condições de trabalho.
8. Foram entrevistados, ainda, dirigentes da SES, responsáveis pelos seguintes setores: Unidade de Administração Geral – UAG, Diretoria de Regulação – DIREG, Diretoria de Planejamento, Diretoria de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde – DICOAS, Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle – SUPRAG, Secretaria Adjunta, Diretoria de Gestão de Pessoal – DRH, Diretoria Regional de Sobradinho – DRS de Sobradinho.
9. Na avaliação do acesso, entendido como a realização da consulta no mesmo dia ou o agendamento para outra data, verificou-se que não está sendo



garantido a todos os usuários acesso às consultas nos postos e centros de saúde. Em diversos casos, a procura por serviços nas unidades é maior do que o disponibilizado.

10. Constatou-se número excessivo de usuários que procuram as unidades de saúde e têm o acesso negado às consultas médicas e odontológicas. Somente no mês de novembro de 2007, 34% dos usuários não conseguiram se consultar, de acordo com informações prestadas por dirigentes de cerca de 70% das unidades de atendimento.

11. Verificou-se, ainda, que o tempo elevado de espera para consultas também compromete o acesso dos usuários que têm consultas agendadas, e que as consultas de retorno dos usuários, quando necessárias, têm sido prejudicadas pela demora na realização de exames ou na apresentação de seus resultados. Esses problemas são causados principalmente pela gestão deficiente de recursos humanos e logísticos.

12. Acerca do impacto da gestão de recursos humanos sobre o acesso dos usuários, observou-se indisponibilidade de consultas médicas durante o horário de funcionamento das unidades, apesar de o número de médicos por habitante no DF superar o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde.

13. A relação médico/população é superior ao mínimo recomendado mesmo que se considere a parcela demandada pelo entorno por serviços da rede pública do DF, estimada em 20% em pesquisa realizada em conjunto pela Universidade de Brasília, Universidade Católica de Brasília e Universidade Federal de Minas Gerais.

14. Registre-se que a SES não dispõe de dados sobre a utilização de seus serviços de saúde por usuários de outras unidades da federação, com exceção de pacientes internados.

15. A SES não controla adequadamente sua capacidade de atendimento, nem a demanda da população por serviços médicos e, portanto, não consegue distribuir sua força de trabalho de acordo com as necessidades dos usuários. Existem unidades há anos sem médico. Notou-se, ainda, que o número de odontólogos por habitante na rede pública do DF equivale aproximadamente à metade do preconizado pelo Ministério da Saúde.

16. Os meios materiais e logísticos disponíveis para as unidades de atendimento são inadequados ou insuficientes e também contribuem para limitar o acesso dos usuários. Verificou-se, em várias unidades, a falta ou precariedade de materiais e equipamentos básicos para o atendimento, como balanças, aparelhos para medir pressão, roupas e lençóis, material esterilizado, cadeiras e instrumentos de dentistas, entre outros. Além disso, as instalações físicas prejudicam o conforto, a privacidade e o atendimento aos usuários, com ambientes mal-ventilados, pequenos ou inadequados às atividades realizadas. A principal causa apontada para esses problemas foi a alocação não prioritária de recursos para a aquisição de equipamentos e material permanente, que em 2007 teve apenas 26% de seu orçamento executado. Em contraste, outros serviços de terceiros – pessoa jurídica, que conta com parcela significativa de gastos não-finalísticos, teve execução orçamentária de 93%.



17. O sistema de regulação de consultas e exames, implantado em parcela ínfima dos serviços, compromete o acesso de usuários aos procedimentos regulados. A Regulação tem a função, entre outras, de cadastrar a demanda e a oferta de serviços de saúde, incluindo a escala dos profissionais e a disponibilidade de equipamentos necessários à realização de consultas e exames. Entretanto, no DF, a central de regulação não dispõe de informações suficientes sobre a totalidade da demanda por serviços regulados e da respectiva oferta.
18. Ainda sobre os serviços regulados, constatou-se baixa produtividade de consultas e exames sob regulação, com alto índice de vagas não utilizadas, possibilidade de fraudes no sistema e impossibilidade atual de controle consistente do tempo de espera por consultas, pela não segregação das informações sobre exames realizados na emergência, que reduzem o tempo médio de espera.
19. Por último, evidenciou-se que a proporção entre atendimentos em ambulatórios e atendimentos em emergências, bem como o índice de consultas odontológicas por habitante, estão muito distantes dos parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde.
20. Metade dos atendimentos na rede pública de saúde é realizada na emergência. Essa proporção dista sobremaneira da preconizada pelo Ministério da Saúde, que é de 15% dos atendimentos em emergências. Tal discrepância denota o perfil hospitalocêntrico adotado pela SES ao longo do tempo, acarretado pela dificuldade de acesso a consultas em postos e centros de saúde, que deveriam ser a porta preferencial de entrada no sistema.
21. Conclui-se neste trabalho que, no DF, não está sendo garantido o direito de acesso universal da população a consultas médicas e odontológicas, fato decorrente da gestão deficiente de recursos humanos e logísticos, que não garante a todas as unidades de saúde da rede pública recursos suficientes e adequados aos atendimentos, apesar de o número de médicos encontrar-se acima do parâmetro mínimo fixado pelo Ministério da Saúde.
22. Visando combater os problemas que restringem o acesso da população às consultas médicas e odontológicas, foram propostas recomendações à SES, dentre as quais se destacam: implementar protocolos para a marcação e realização de consultas e exames; elaborar plano de ação para sanear deficiências do Laboratório Central; controlar e monitorar a demanda por serviços, a força de trabalho e usar as informações pertinentes na distribuição de pessoal pelas unidades; alocar prioritariamente recursos financeiros para sanear a carência de materiais e equipamentos; monitorar o uso e a falta desses recursos nas unidades; garantir adequada manutenção dos equipamentos da rede; ampliar a quantidade de serviços regulados; criar protocolos de atendimento e fortalecer os controles gerenciais dos procedimentos regulados; promover ações que incentivem a busca por atendimento em postos e centros de saúde; e ampliar o atendimento odontológico na rede.
23. Com a implementação dessas recomendações, espera-se que o acesso das pessoas ao tratamento de saúde seja ampliado e que o tempo para esse acesso seja reduzido. Além disso, espera-se o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde, em sintonia com as necessidades dos usuários.



2 INTRODUÇÃO

2.1 ANTECEDENTES

24. Esta auditoria operacional foi autorizada no Plano Geral de Ação – 2007, do Tribunal de Contas do Distrito Federal, com vista a avaliar aspectos da gestão do sistema de saúde pública do Distrito Federal, para fins de subsídio à emissão de parecer prévio sobre as contas de governo do exercício de 2007.

25. Preliminarmente à auditoria, foi feito levantamento sobre as áreas mais críticas da gestão e que tivessem maior impacto para o usuário, para fins de definição do objeto e escopo da auditoria. Nesse levantamento, destacaram-se inúmeras denúncias, veiculadas diariamente na imprensa, que alcançavam praticamente a totalidade dos serviços da rede, especialmente quanto a longas filas e reclamações de usuários por falta de atendimento.

26. Assim, após a aprovação da proposta pelo Exmo. Sr. Conselheiro Relator das Contas, a auditoria foi planejada com o foco na disponibilidade do acesso universal e contínuo a consultas nos postos e centros de saúde, locais que deveriam ser a porta de entrada do usuário no sistema público de saúde.

2.2 IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO DA AUDITORIA

27. O objeto deste trabalho são os serviços ambulatoriais e a gestão dos recursos humanos e logísticos na Secretaria de Saúde do DF.

2.3 VISÃO GERAL DO OBJETO

28. A Constituição da República Federativa do Brasil dispõe, no art. 196, que:

CF, art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (grifado)

29. No art. 198, da Carta Magna, exige-se que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; **de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas**, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e de participação da comunidade.

30. Esse sistema é entendido como “*uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde. Um ponto de atenção à saúde é um local de prestação*



de serviços. Como exemplos, destacam-se ambulatórios de atenção primária, unidades de cuidados intensivos, hospitais, ambulatórios de cirurgia, ambulatórios de atenção especializada, serviços de atenção domiciliar. Tais pontos pressupõem relações mais horizontais entre os serviços, além de novas formas de articulação e de gestão destes.” (Livro “Atenção Primária e Promoção da Saúde”, publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS em parceria com o Ministério da Saúde, pág. 24).

31. Em síntese, a horizontalidade das redes de atenção à saúde desse sistema deve conformar-se de modo que cada município seja auto-suficiente na atenção primária à saúde (baixa complexidade); cada microrregião seja auto-suficiente na atenção secundária à saúde (média complexidade) e cada macrorregião seja auto-suficiente na atenção terciária à saúde (alta complexidade) (Livro “SUS Avanços e Desafios”, publicado pelo CONASS, pág. 126).

32. Todavia, na implantação e funcionamento dessa rede, há uma hierarquia de princípios em que o maior é o do acesso. Portanto, quando se der um conflito entre os princípios de escala e acesso – o que é comum em regiões de baixa densidade demográfica – prevalecerá o acesso sobre a eficiência do sistema. (Livro “SUS Avanços e Desafios”, publicado pelo CONASS, pág. 126).

33. No DF, em geral, os atendimentos secundários (média complexidade) e terciários (alta complexidade) são feitos nos hospitais regionais, e os atendimentos primários (baixa complexidade) são feitos em postos e centros de saúde. Daí a importância dessas unidades para o usuário do serviço de saúde pública, pois nos postos e centros de saúde está a porta de entrada do sistema de saúde.

34. No tocante à atenção primária à saúde, principal objeto desta auditoria, as ações devem ser planejadas e executadas de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde. Dentre essas diretrizes destacam-se:

“1 - DOS PRINCÍPIOS GERAIS

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da **universalidade, da acessibilidade** e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:



I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

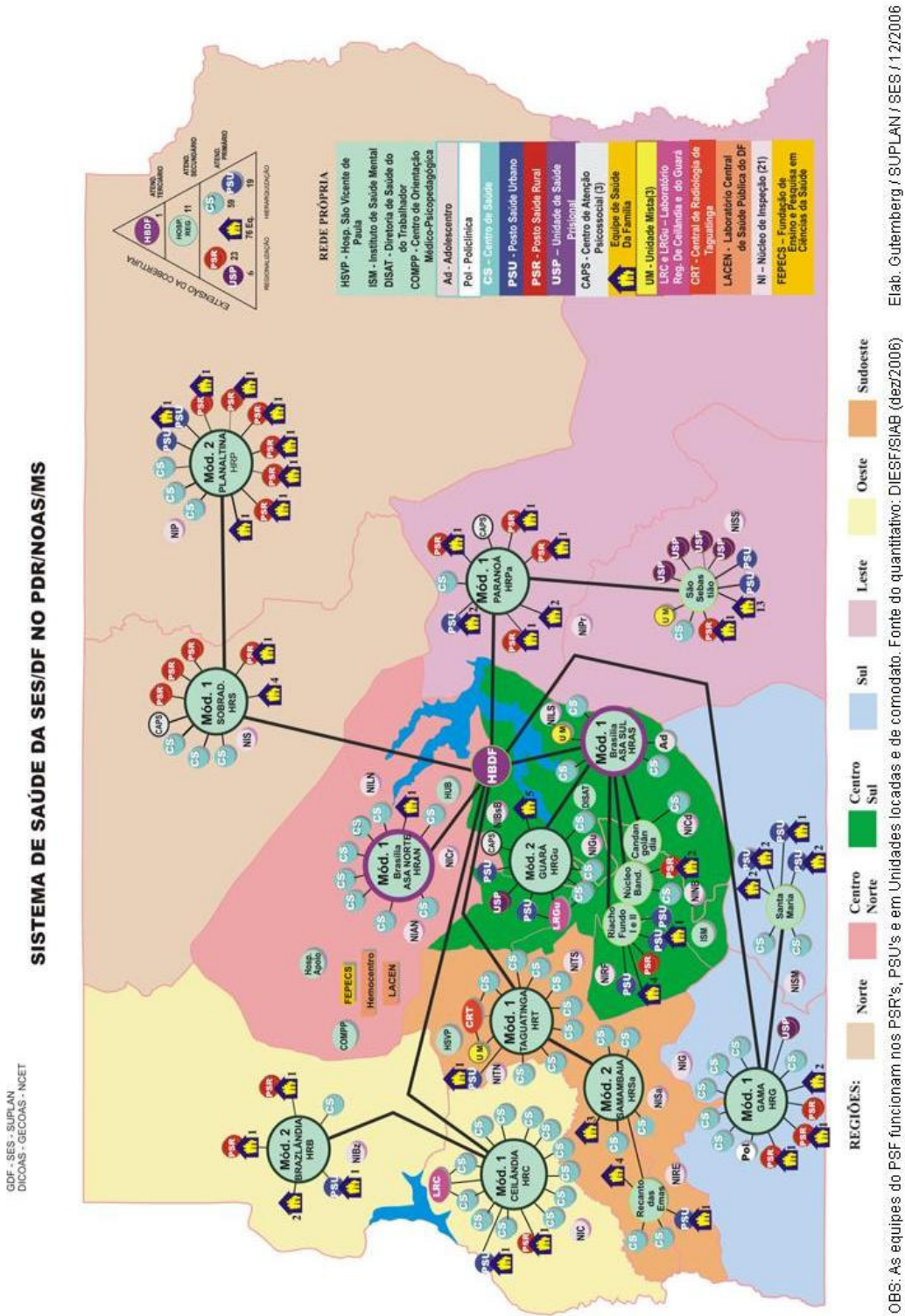
III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.”

35. No Distrito Federal, a rede pública de saúde engloba competências de estados e municípios, e está estruturada conforme esquema a seguir:





2.4 OBJETIVO E ESCOPO DA AUDITORIA

36. Definiu-se como objetivo dos trabalhos de auditoria avaliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais da rede pública de saúde do DF e o impacto da gestão dos recursos humanos e logísticos no acesso a esses serviços. A consecução desse objetivo foi orientada pelas seguintes questões de auditoria:

- a) Em que medida os usuários dos serviços ambulatoriais da rede pública de saúde do DF têm acesso em tempo razoável a consultas médicas e odontológicas?
- b) A gestão dos recursos humanos tem contribuído para o acesso e a tempestividade dos atendimentos?
- c) Os meios disponíveis nas unidades de saúde têm contribuído para o acesso da população do DF a consultas médicas e odontológicas em tempo razoável?

37. Nos serviços ambulatoriais, o foco voltou-se para as consultas médicas e odontológicas, não englobando, por exemplo, atividades como vacinação e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

38. Na questão do acesso, foram avaliadas, em postos e centros de saúde, as especialidades da Atenção Básica, assim consideradas as consultas de clínica médica, medicina da família, pediatria, ginecologia/ obstetrícia e odontologia. Em hospitais e policlínicas, avaliou-se o tempo de espera por consultas nas especialidades oferecidas.

39. A abrangência da auditoria foi de 2006 a abril de 2008. Foram levantados dados de consultas de 2006 até setembro de 2007 (disponíveis até o fechamento dos trabalhos). A execução financeira e orçamentária foi referente a 2007 e as observações *in loco* foram realizadas em janeiro e fevereiro de 2008.

2.5 METODOLOGIA

40. Informa-se que todos os Papéis de Trabalho – PT's referenciados no presente Relatório de Auditoria foram digitalizados e gravados em mídia CD, anexada aos autos do Processo.

41. No presente trabalho, foram utilizados os seguintes métodos para coleta de dados e informações: pesquisa documental, pesquisa postal, visitas às unidades de saúde, entrevistas com servidores e dirigentes da Secretaria de Saúde e entrevistas com usuários do sistema.

2.5.1 Pesquisa Documental

42. Diversos documentos foram analisados, provendo informações necessárias à formação de convicção. Como exemplo, citam-se relatórios estatísticos, de auditorias e de inspeções, memorandos e ofícios da própria SES. O acesso aos documentos deu-se por meio de Notas de Auditorias e de visitas às



unidades. Em alguns casos, o registro de documentos foi realizado por fotografias digitais.

2.5.2 Pesquisa Postal

43. Foram remetidos questionários a todas as 120 unidades da rede pública do DF que realizam consultas, incluindo os hospitais. (PT_01.pdf)

44. O questionário remetido aos dirigentes teve como objetivo identificar os seguintes aspectos, relativos ao mês de novembro de 2007:

- tempo médio de espera a que o usuário é submetido para se consultar;
- quantidade de médicos atendendo e de consultas realizadas;
- estimativa de consultas e médicos necessários para atender toda a demanda;
- número de pessoas que não conseguiram atendimento (acesso negado às consultas);
- quantidade de pacientes que, necessitando de consultas referenciadas, tiveram a consulta marcada e quantos não conseguiram marcá-la.

45. O índice de retorno dos questionários foi de 76,5%, possibilitando inferências seguras em face da representatividade da população perante o universo. O perfil das unidades que retornaram o questionário é mostrado a seguir:

Unidades que responderam o questionário

Tipos de Unidade de Saúde	Nº de unidades existentes na Rede	Nº de unidades que responderam o questionário	%
Centros de Saúde	60	51	85,0%
Postos de Saúde ¹	42	28	66,7%
Hospitais ²	13	9	69,2%
TOTAL	115	88	76,5%

Fonte: SES/DF

¹ Postos de saúde rurais e urbanos

² Hospital de Base, Hospitais Regionais e Policlínica (Gama)

2.5.3 Visitas às unidades

46. Com o objetivo de avaliar o acesso da população às consultas da Atenção Básica, as visitas realizadas pela equipe de auditoria por amostragem aleatória sistemática focaram o atendimento das especialidades básicas nos centros e postos de saúde, nelas consideradas a clínica médica, medicina da família, ginecologia e obstetrícia, pediatria e odontologia. Como os atendimentos realizados em pronto-socorros não foram objeto desta auditoria, policlínicas e hospitais não fizeram parte da amostragem acima referida. Os dados relativos a consultas nestas unidades, denominadas consultas referenciadas, foram obtidos por meio de pesquisa postal.



47. Na preparação do plano amostral, houve a preocupação de que a amostra fosse representativa de toda a rede pública, contemplando as diversas Diretorias Regionais de Saúde – DRSs. Concluiu-se que uma amostra com cerca de 25% da população em estudo seria representativa, pois significaria visitar uma de cada 4 unidades.

48. Do universo de 102 unidades de saúde (postos e centros), foram selecionadas 25 para inspeção. Considerando-se que a seleção dos elementos deveria apresentar caráter aleatório e que deveria evitar a concentração amostral numa mesma região, decidiu-se pela amostragem sistemática, que consiste em selecionar aleatoriamente um dos primeiros elementos de uma lista da população, movendo-se sistematicamente pela lista por um fator fixo de deslocamento (exemplo: de 4 em 4; 8 em 8; 10 em 10; 15 em 15...).

49. Assim, para a obtenção de 25% das unidades, o intervalo ou fator fixo deveria ser igual a 4. Numeradas as posições de cada unidade na lista, a partir da posição “1”, sorteou-se um número entre 0 e 3, determinando-se a primeira unidade da amostra e as subseqüentes (bastando selecioná-las de quatro em quatro).

50. Da amostra de 25 unidades, apenas 24 foram efetivamente visitadas, pois o Posto de Saúde Rural da Colônia Agrícola BR 251, Km 40 - Núcleo Rural do PAD-DF, da DRS do Paranoá, não foi encontrado pela equipe de auditoria. A lista de unidades inspecionadas está no PT_02.pdf.

51. As visitas ocorreram no mês de fevereiro de 2008, entre os horários de 8h e 19h, de segunda a sexta-feira.

52. A tabela seguinte apresenta a distribuição das unidades visitadas, por DRS:



COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA SELECIONADA						
DIRETORIAS REGIONAIS DE SAÚDE	Nº de Unidades Visitadas					
	Centro de Saúde	Postos de Saúde Rurais	Postos de Saúde Urbanos	Total	% na amostra	% na Rede
ASA NORTE	2	0	0	2	8%	8%
ASA SUL	1	0	0	1	4%	4%
BRAZLÂNDIA	0	0	0	0	0%	5%
CEILÂNDIA	3	0	0	3	13%	13%
GAMA	2	1	0	3	13%	9%
GUARÁ	0	0	1	1	4%	5%
NÚCLEO BANDEIRANTE	1	1	1	3	13%	7%
PARANOÁ*	0	0	0	0	0%	7%
PLANALTINA	1	1	0	2	8%	11%
RECANTO DAS EMAS	0	0	1	1	4%	3%
SAMAMBAIA	1	0	0	1	4%	5%
SÃO SEBASTIÃO	1	1	0	2	8%	4%
SOBRADINHO	0	1	0	1	4%	7%
SANTA MARIA	1	0	1	2	8%	5%
TAGUATINGA	2	0	0	2	8%	9%
TOTAL	15	5	4	24	100%	
% na amostra	63%	21%	17%	100%		
% na Rede	59%	23%	19%			

*Obs.: O Posto de Saúde do Núcleo Rural do PAD-DF não foi encontrado.

53. Cumpre informar que a equipe contou com a colaboração de mais quatro analistas desta Divisão de Auditoria, elevando para seis o número de Analistas de Finanças e Controle Externo – AFCEs encarregados das visitas, que foram realizadas em dois turnos, de forma a garantir um curto lapso temporal para a coleta de informações nas diversas unidades.

2.5.4 Entrevistas

54. Em cada unidade visitada, foram entrevistados: os responsáveis pela unidade; os servidores responsáveis pela triagem de pacientes e organização das consultas em cada especialidade; os agendadores de consultas e exames regulados, que operam o sistema de regulação; e, quando possível, usuários encontrados na unidade. Tais entrevistas foram estruturadas, utilizando-se roteiros pré-definidos.

55. Aos responsáveis pelas unidades, foram dirigidas questões envolvendo aspectos gerais relacionados à unidade, especialmente as dificuldades que a unidade enfrenta e os aspectos positivos que poderiam ser destacados (PT_03.pdf).

56. Os profissionais responsáveis pela triagem e organização das consultas nas especialidades da Atenção Básica, assim consideradas a clínica médica ou medicina da família, a ginecologia/obstetrícia, a pediatria e a odontologia, foram indagados sobre o número de médicos ou odontologistas realizando



consultas, o número de consultas realizadas por dia, uma estimativa da demanda reprimida, se há agendamento ou se a agenda é aberta, quanto tempo o usuário deve esperar por atendimento e as dificuldades enfrentadas em cada especialidade (PT_04.pdf).

57. Aos responsáveis pela marcação de consultas e exames regulados, foram feitas perguntas sobre procedimentos adotados e dificuldades presentes no uso do sistema e o tempo de espera que os pacientes enfrentam para a realização das consultas reguladas – dermatologia e oftalmologia (PT_05.pdf).

58. Os usuários, isto é, os pacientes à espera de uma consulta ou que já a realizaram, foram perguntados sobre como agendaram a consulta, o tempo decorrido entre a marcação e a sua realização, o tempo de espera na unidade, seus hábitos quanto à procura de atendimento médico e por fim uma avaliação da unidade (PT_06a.pdf).

59. Foram entrevistados ainda dirigentes da Secretaria, responsáveis pelos seguintes setores: Unidade de Administração Geral – UAG, Diretoria de Regulação – DIREG, Diretoria de Planejamento, Diretoria de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde – DICOAS, Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle – SUPRAG, Secretaria Adjunta, Diretoria de Gestão de Pessoal – DRH, Diretoria Regional de Sobradinho – DRS de Sobradinho. Foram estabelecidos contatos ainda com membros do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – MPDFT e com técnicos do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

2.5.5 Questionários

60. Durante as visitas, foram aplicados questionários aos médicos e aos demais servidores, buscando-se a avaliação de diversos aspectos sobre as condições de trabalho (PT_06b e PT_06c).

2.6 CRITÉRIOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DO ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS

61. Para caracterizar objetivamente o que é ter acesso a consultas médicas e odontológicas na rede pública de saúde do DF, a equipe de auditoria separou a avaliação do acesso em duas frentes: se há a negativa imediata de acesso e se o tempo de espera compromete o acesso aos serviços.

62. A primeira hipótese seria verificada, por exemplo, quando um usuário busca se consultar em determinada unidade de saúde e não é atendido, nem lhe é dada uma garantia de atendimento futuro, como um agendamento de consulta. Diante dessa situação, o usuário deve voltar outro dia ou procurar outra unidade, correndo o risco de enfrentar a mesma situação na nova tentativa. Ressalta-se que, na avaliação dessa hipótese, focou-se a Atenção Básica, abrangendo as consultas de Clínica-Médica, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e Odontologia.

63. Na segunda hipótese, o tempo é o principal fator de avaliação. Pode ser relativo a quanto o usuário deve esperar pela consulta ou a quanto ele espera para a realização de exames ou o recebimento de seus resultados, para que então



possa proceder à consulta de retorno. Nesses casos, a primeira consulta demanda exames, pareceres, etc. sem os quais o usuário não pode ser atendido conclusivamente pelo médico. Se, em qualquer dos casos, o tempo for excessivo, a equipe entendeu não ter havido acesso. Nessa hipótese, foram abrangidas as especialidades básicas e aquelas cujo atendimento é referenciado para os hospitais.

64. Buscando definir o que seria o tempo razoável de espera para consulta odontológica e médica em cada especialidade, foi remetida a Nota de Auditoria nº 07/2007 (PT_07, fls. 11 e 12) à Secretaria de Saúde. Não houve resposta e a equipe entendeu razoável, por meio de entrevistas com especialistas, um tempo médio de espera de 30 dias.

65. Quanto à terminologia empregada, informa-se que foram consideradas especialidades da Atenção Básica: a clínica médica, a pediatria, a ginecologia e obstetrícia e a odontologia, todas normalmente disponibilizadas em centros de saúde. Especialidades referenciadas são aquelas para as quais os usuários são encaminhados depois de receberem um primeiro atendimento médico, por exemplo, por um clínico. Especialidades reguladas são aquelas acessadas por meio do sistema de regulação, atualmente apenas dermatologia e oftalmologia.



3 RESULTADOS

3.1 ACESSO AOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS

66. O acesso aos serviços ambulatoriais na rede pública de saúde do DF foi avaliado em três quesitos: se há usuários que não conseguem acessar consultas médicas e odontológicas, se as especialidades em geral têm agendamento de consulta em tempo satisfatório e se o acesso às consultas de retorno tem sido prejudicado pela demora na realização de exames ou na apresentação de seus resultados.

67. Verificou-se que, no DF, não está sendo garantido o direito de acesso universal da população aos serviços ambulatoriais. Observou-se ainda que os tempos de espera por consultas nos ambulatórios e pelo resultado de exames solicitados comprometem o acesso dos usuários aos serviços de consultas médicas e odontológicas na rede pública de saúde do DF.

3.1.1 Acesso de usuários às consultas médicas e odontológicas

Número excessivo de usuários que procuram as unidades de saúde não consegue acesso às consultas médicas e odontológicas. Por acesso, entende-se a realização da consulta no mesmo dia ou o agendamento para data futura.

68. Em questionário remetido aos diretores das unidades de saúde do DF, indagou-se quantas pessoas, no mês de novembro de 2007, tiveram o acesso negado às consultas em cada especialidade. Observou-se que esse controle de pessoas que ficam sem atendimento não é realizado por todas as unidades, conforme se evidencia a seguir:



ESPECIALIDADE	Total de unidades que responderam	Nº de unidades que controlaram a quantidade de usuários sem acesso às consultas	%
Clínica Médica	70	35	50%
Ginecologia	57	27	47%
Obstetrícia	47	19	40%
Pediatria	58	26	45%
Alergologia	12	5	42%
Cardiologia	23	11	48%
Cirurgia Geral	21	10	48%
Doenças Vasc. Perif. (Angiologia)	17	9	53%
Endocrinologia	20	10	50%
Gastroenterologia	17	8	47%
Hematologia	11	5	45%
Medicina Física/Fisiatria	13	7	54%
Nefrologia	14	7	50%
Neurocirurgia	10	4	40%
Neurologia	20	10	50%
Oncologia	16	7	44%
Otorrinolaringologia	18	10	56%
Pneumologia	13	4	31%
Proctologia	18	9	50%
Psiquiatria	22	9	41%
Reumatologia	19	10	53%
Traumatologia-Ortopedia	19	9	47%
Urologia	21	11	52%

Fonte: Diretores de unidades de saúde do DF

69. Percebe-se que, em cada especialidade, por volta de 50% das unidades realizam o controle do número de usuários que ficam sem acesso às consultas. O quadro a seguir sintetiza as respostas encaminhadas pelos dirigentes das unidades que controlam o acesso às consultas.



Pessoas que não conseguiram acesso a consultas em novembro de 2007

ESPECIALIDADE	Nº de usuários que procuraram atendimento	Nº de usuários que não conseguiram acesso às consultas	%
Clínica Médica	59309	18860	32%
Ginecologia	33902	9259	27%
Obstetrícia	12302	2773	23%
Pediatria	40222	8352	21%
Alergologia	1885	567	30%
Cardiologia	11629	5983	51%
Cirurgia Geral	2944	1124	38%
Doenças Vasc. Perif. (Angiologia)	4101	2985	73%
Endocrinologia	4737	1540	33%
Gastroenterologia	2609	555	21%
Hematologia	1373	40	3%
Medicina Física/Fisiatria	1275	424	33%
Nefrologia	826	142	17%
Neurocirurgia	761	135	18%
Neurologia	7037	3790	54%
Oncologia	2912	413	14%
Otorrinolaringologia	4358	1828	42%
Pneumologia	1359	195	14%
Proctologia	2565	1292	50%
Psiquiatria	4813	2750	57%
Reumatologia	6093	3997	66%
Traumatologia-Ortopedia	8310	4773	57%
Urologia	5587	3830	69%
TOTAL	220909	75607	34%

Fonte: Diretores de unidades de saúde do DF

70. Observa-se número expressivo de usuários sem acesso a consultas nas especialidades da Atenção Básica e que mais de 50% dos usuários ficaram sem acesso a consultas nas especialidades de Angiologia (73% sem acesso), Urologia (69%), Reumatologia (66%), Traumatologia-Ortopedia (57%), Psiquiatria (57%), Neurologia (54%) e Cardiologia (51%) e Proctologia (50%).

34% dos usuários da rede pública de saúde que procuraram se consultar em novembro de 2007 tiveram o acesso negado às consultas.

71. É importante destacar que os dados são apenas de novembro de 2007 e que o número de usuários que ficam sem acesso não é controlado por todas as unidades de saúde. Aproximadamente 50% das unidades que responderam o



questionário realizam esse controle. Assim, o número de casos de negativas de acesso deve ser muito maior que o mostrado no quadro.

72. Além desse questionário, colheu-se a opinião de servidores e usuários durante as visitas, foi realizada observação direta pela equipe e analisados livros de registro de usuários atendidos e na fila de espera (PT_16.pdf). Merecem ser citados, como exemplo: o Centro de Saúde nº 02 de Planaltina, no qual 20 a 24 pacientes são atendidos em clínica médica e outros 200 deixam de ser atendidos (PT_04, fls. 08); o Centro de Saúde nº 07 de Taguatinga, onde 30 pacientes são atendidos e 20 não (PT_04, fls. 24); e o Centro de Saúde nº 10 de Ceilândia, no qual 40 são atendidos e 30 não. (PT_04.pdf, fls. 16).

73. Quanto às consultas odontológicas, apesar de não constarem no quadro, constatou-se, em unidades de saúde visitadas pela equipe de auditoria, que raramente o usuário consegue atendimento imediato. O pouco atendimento existente é feito mediante lista de espera ou distribuição periódica de senhas. Todavia, colocar o nome na lista não significa conseguir acesso tempestivo ao atendimento. Tome-se, como exemplo, uma unidade visitada em que os usuários estão sendo atendidos quatro anos após o registro de seu nome na lista de espera.

74. Como causa do expressivo número de usuários sem acesso, aponta-se a deficiência no planejamento e na implementação das ações de saúde, associada à gestão deficiente de recursos humanos e logísticos e falhas na implementação e no funcionamento do sistema de regulação. Além disso, a SES não exige de suas unidades o registro da demanda não-atendida, nem há padronização nos procedimentos de atendimento à população, marcação de consultas, encaminhamentos, registro de dados decorrentes, coleta e tratamento dos dados de demanda. Essas causas serão comentadas de forma mais aprofundada ao longo deste relatório.

75. A principal conseqüência é o descumprimento do princípio do acesso universal aos serviços de saúde, consagrado no art. 196, da Constituição Federal. Além disso, o atendimento nas especialidades de Atenção Básica de parte da população fica prejudicado, favorecendo o agravamento das doenças. Usuários também perdem a confiança nos Postos e Centros de Saúde, passando a procurar, preferencialmente, o atendimento em pronto-socorro, abarrotando a emergência de hospitais. Ademais, com a falta de registro dos usuários não atendidos, a SES não consegue estimar a demanda total nem o real impacto da população distrital e do entorno na rede do DF, prejudicando o planejamento estratégico, gerencial, operacional e logístico.

3.1.2 Tempo de espera para se consultar nas especialidades

O tempo de espera para consultas nas especialidades tem comprometido o acesso dos usuários às consultas médicas e odontológicas na rede pública de saúde do DF.

76. No questionário remetido aos diretores de unidades, perguntou-se quanto tempo os usuários aguardam por uma consulta, tanto nas especialidades da clínica básica, quanto nas referenciadas para o atendimento em hospitais (não reguladas e reguladas). O resultado é mostrado a seguir:

Especialidade	Tempo observado no DF (em dias)
Especialidades da Atenção Básica	
Clínica Médica*	9,5
Ginecologia*	7,8
Obstetrícia*	5,1
Pediatria*	5,7
Especialidades Referenciadas não reguladas	
Alergologia	94,0
Cardiologia	328,6
Cirurgia Geral	385,4
Doenças Vasc. Perif. (Angiologia)	1731,5
Endocrinologia	194,8
Gastroenterologia	119,4
Hematologia	165,9
Medicina Física/Fisiatria	48,0
Neurocirurgia	65,9
Nefrologia	108,1
Neurologia	937,2
Oncologia	39,2
Otorrinolaringologia	1182,3
Pneumologia	88,1
Proctologia	714,7
Psiquiatria	268,3
Reumatologia	514,8
Traumatologia-Ortopedia	490,1
Urologia	215,3
Especialidades Referenciadas Reguladas	
Dermatologia	193,5
Oftalmologia	182,7

Fonte: Diretores das unidades de saúde

* Não incluem demanda reprimida.



77. Observa-se que, em 33% das especialidades apresentadas, o tempo médio de espera é superior a um ano: Angiologia (58 meses), Otorrinolaringologia (39 meses), Neurologia (31 meses), Proctologia (24 meses), Reumatologia (17 meses), Traumatologia-Ortopedia (16 meses) e Cirurgia-Geral (13 meses). As especialidades reguladas apresentaram tempo médio de espera superior a seis meses: dermatologia (194 dias) e oftalmologia (183 dias)

81% das especialidades referenciadas apresentaram tempo médio de espera por consultas superior a três meses

Consultas médicas da Atenção Básica

78. Os baixos tempos de espera apresentados no quadro estão bem distantes da realidade, o que se infere pelo elevado número de pessoas que não conseguem acesso, evidenciado no quadro apresentado no parágrafo 69. Ressalta-se que, nas especialidades da clínica básica, não há dados consistentes que permitam identificar a demanda. Conforme comentado anteriormente, muitas unidades sequer fazem registro dos usuários que ficam sem atendimento. Sem o registro da totalidade da demanda, não há como se aferir o tempo médio real de espera para consultas.

Consultas odontológicas

79. Apesar de não contemplada no quadro, verificou-se que a situação da odontologia não é diferente. No Centro de Saúde nº 01 de Santa Maria, na lista de 1617 pacientes adultos para atendimento odontológico, foram atendidos 443 até a data da entrevista. Os próximos pacientes a serem atendidos (em fevereiro de 2008) entraram na fila em julho de 2004, ou seja, aguardaram 4 anos para o atendimento. (PT_16.pdf e PT_04, fls. 03). Na lista de pacientes escolares, havia 1695 pessoas registradas, tendo sido atendidos 896. Os próximos a serem atendidos entraram na fila em abril de 2005, aguardando quase 3 anos. Em outros Centros, como o PSF 511/311, do Recanto das Emas, a situação na odontologia também é grave. Servidores informaram que nem fazem lista de espera para evitar criar falsas expectativas de atendimento nos usuários. Naquela unidade, havia um ano que não dispunham de flúor, e a cadeira de dentista estava quebrada havia um mês.

Consultas em especialidades referenciadas não reguladas

80. No caso de especialidades referenciadas não reguladas, o quadro mostra elevados tempos de espera, destacando-se uma média de espera de 1731 dias para angiologia e 1182 dias para otorrinolaringologia. Convém citar exemplos observados durante as visitas: nos Centros de Saúde nº 02 de Planaltina (PT_16.pdf, fls. 12 a 16) e nº 02 do Gama (PT_16.pdf, fls. 17), foram identificados pedidos de consultas realizados em 2005 e 2006 que ainda não haviam sido agendadas, especialmente nas áreas de Ortopedia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia e Alergologia. Ainda no Centro de Saúde nº 02 do Gama, em fevereiro de 2008, apenas dois pacientes foram atendidos na psiquiatria, enquanto que a fila de espera para essa especialidade aumentou de 316 para 327 pacientes. Se uma



projeção for realizada com esses dados, o último paciente da fila naquele momento só seria atendido após 13,6 anos.

Consultas em especialidades referenciadas reguladas

81. Conforme se observa no quadro, o tempo para o acesso às consultas nas especialidades referenciadas reguladas, informado pelos dirigentes de unidade, também é elevado, embora o sistema de regulação registre um tempo médio de espera entre 1 e 60 dias. Isso ocorre porque nem toda a demanda por consultas reguladas é registrada no sistema, conforme será abordado em tópico próprio, mais adiante.

82. Apontam-se como causa para os elevados tempos de espera verificados: a subutilização dos recursos humanos e logísticos da rede, a falta de médicos atendendo consultas em alguns postos e centros de saúde, o controle ineficiente da jornada e produtividade dos médicos e demais servidores, a falta de programas de linhas de cuidado para doenças prioritárias e a triagem deficiente dos pacientes realizada nas unidades de Atenção Básica, gerando um excesso de encaminhamento para o atendimento referenciado.

83. O elevado tempo de espera acarreta dificuldade de acesso dos usuários ao tratamento preventivo e eletivo de doenças e o comprometimento da resolatividade dos tratamentos com agravamento de problemas de saúde. Também intensifica a perda de confiança nos Postos e Centros de Saúde pelos usuários, que passam a procurar, preferencialmente, o atendimento nas emergências de hospitais.

3.1.3 Impacto da realização de exames ou disponibilização de seus resultados no tempo para o atendimento em consultas de retorno

O acesso dos usuários às consultas de retorno tem sido prejudicado pela demora na realização de exames ou na apresentação de seus resultados.

84. Como já mencionado, algumas vezes o usuário se consulta e precisa de exames complementares, pareceres, etc. Se a realização desses exames ou a entrega dos resultados demorarem muito, o acesso do usuário pode ser prejudicado.

85. Nos Postos e Centros de Saúde visitados, servidores relataram que o resultado de exames realizados em agosto de 2007 só ficaram prontos em fevereiro de 2008. Os resultados de exames preventivos realizados a partir de setembro de 2007 ainda não haviam retornado em fevereiro de 2008. Esses exames eram relacionados especialmente à ginecologia, visando prevenir e detectar a incidência de câncer no colo do útero.

**Resultados de exames preventivos demoram
seis meses para ficarem prontos**

86. Em Planaltina, no Centro de Saúde nº 02, servidores relataram o caso de uma paciente que realizou o exame preventivo de câncer de mama, porém o



resultado retornou somente meses depois, quando a doença já se encontrava em estado avançado.

87. Os servidores das unidades que trabalham com o sistema de regulação noticiaram grande dificuldade em marcar exames de tomografia computadorizada e de radiologia. A diretoria de regulação confirmou haver grande carência de vagas para exames de tomografia computadorizada que necessita do uso de contraste, embora houvesse exames sem contraste contratados e subutilizados.

88. As causas levantadas para esses exames não estarem sendo realizados tempestivamente são: a defasagem tecnológica das unidades de diagnóstico por imagem; equipamentos em condições precárias de funcionamento e com freqüente paralisação; longo período de baixo investimento na manutenção e modernização dos equipamentos; carência quantitativa e qualitativa de equipamentos; morosidade na aquisição de insumos, como licitações fracassadas e tramitação longa de processos; condições físicas das instalações dos laboratórios incompatíveis com a RDC nº 302/2005 da ANVISA (PT_11.pdf, fls. 09); oferta de vagas para exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética dependente da vontade dos dirigentes de hospitais e não disponibilizadas adequadamente na rede; subutilização de recursos humanos e logísticos e possíveis pedidos desnecessários de exames.

89. Como conseqüências, apontam-se o retardo no diagnóstico de doenças, inclusive câncer, e prejuízos na prevenção e tratamento de doenças, que podem se agravar e causar morte de pacientes.

90. Um aspecto que deve ser notado é que o controle realizado pela central de regulação de exames torna possível identificar ociosidade de recursos humanos e logísticos da rede, e merece ser fortalecido.

3.1.4 Recomendações

91. Diante da situação descrita, recomenda-se à SES que:

- a) implemente protocolos para a solicitação, autorização, execução e entrega de resultados de exames, bem como para a marcação de consultas e de atendimentos odontológicos,
- b) apresente plano de ação para sanear as fragilidades do LACEN, apontadas nessa auditoria e no Ofício nº 2.371/2007-GAB/SES, de 15.9.07 (PT11.pdf), e destacadas a seguir:
 - 1) defasagem tecnológica das unidades de diagnóstico por imagem;
 - 2) equipamentos em condições precárias de funcionamento (freqüente paralisação);
 - 3) longo período de baixo investimento na manutenção e modernização dos equipamentos;
 - 4) carência quantitativa e qualitativa de equipamentos;
 - 5) morosidade na aquisição de insumos (licitações fracassadas, tramitação longa de processos);



6) condições físicas das instalações inadequadas com a RDC nº 302/2005 da ANVISA;

- c) construa e monitore indicadores com objetivo de aferir a capacidade de atendimento da rede, a demanda por habitante, o custo médio por tipo de exame, o tempo médio de espera do usuário para a realização de exames e o tempo médio de espera para a entrega de resultados ao usuário.

92. Com a implementação dessas recomendações, espera-se o aperfeiçoamento do planejamento de ações de saúde em sintonia com a demanda efetiva de serviços, que o acesso ao tratamento de saúde do usuário seja agilizado, que sejam reduzidos o número de pedidos desnecessários de exames, o tempo médio de espera para a realização de exames e o tempo para a entrega dos resultados. Além disso, a construção de indicadores de gestão permitirá a aferição e comparação de custos, produtividade e tempestividade.

3.2 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

93. A avaliação da gestão de recursos humanos foi dividida em três aspectos, a saber:

- Se há indisponibilidade de consultas nos horários de funcionamento das unidades.
- Se os critérios de alocação de servidores atendem às necessidades dos usuários.
- Se a rede pública de saúde do DF dispõe de profissionais em número suficiente para suprir a demanda.

94. Verificou-se que a gestão de recursos humanos tem comprometido o acesso às consultas médicas e odontológicas e a tempestividade no atendimento, conforme se demonstra a seguir:

3.2.1 Indisponibilidade de consultas nos horários de funcionamento das unidades

Verificou-se indisponibilidade de consultas médicas durante o horário de funcionamento das unidades.

95. Constatou-se que, em 36,8% dos centros e postos de saúde do DF visitados entre 10h e 12h (manhã) e entre 16h e 18h (tarde), não havia usuários e havia poucos médicos presentes.



Centro de Saúde às 11:50 da manhã.



Centro de Saúde às 16:00 da tarde.

96. A agenda de atendimentos nas unidades pode ser aberta ou fechada. Agenda aberta é quando os usuários são atendidos à medida que chegam à unidade, sem qualquer marcação prévia. Agenda fechada é quando os usuários marcam a data em que serão atendidos. No último caso, observou-se que a praxe é agendar o dia, mas não a hora.

97. Em ambos os casos, os servidores explicaram que todos os pacientes são orientados a chegar à unidade nas primeiras horas do turno, isto é, por volta das 7h ou das 13h. Duas justificativas foram apresentadas para o procedimento:

- a necessidade de se proceder a uma triagem geral, o que engloba localização e preenchimento de prontuários, medições de peso e altura, dentre outros, de forma a possibilitar agilidade quando o médico iniciar o atendimento, o que normalmente ocorre por volta das 8h (manhã) ou 14h (tarde); e
- se a marcação da consulta for realizada para o horário determinado, o excesso de faltas de pacientes acaba deixando janelas no atendimento, causando ociosidade do médico e desperdiçando vaga que poderia ser ocupada por outro paciente.

98. A Portaria – MS nº 1101/GM, de 12/06/2002 (PT_19c.PDF), estabeleceu parâmetros de cobertura assistencial do SUS. Dentre eles, estabeleceu a capacidade de produção dos médicos em quatro consultas por hora, parâmetro esse passível de alteração por convenções sindicais, dissídios coletivos da categoria e/ou adoção de políticas de saúde específicas pelo gestor, conforme nota constante na própria Portaria.

99. De posse dessas informações, é possível inferir, por meio de um simples cálculo, que a capacidade média de atendimento dos médicos é de dezesseis ou vinte pacientes por turno, a depender se o turno é de quatro ou cinco horas.

100. Por meio de entrevistas com servidores e com pacientes e observando diretamente a situação, a equipe constatou que os pacientes são orientados a chegar cedo, sendo os vinte (ou dezesseis) primeiros selecionados para atendimento, no caso de agenda aberta. Se a agenda for fechada, no início do turno é observado quantos pacientes faltaram e encaixados nessas vagas os que foram até a unidade sem marcação prévia. Os pacientes que chegam depois dessa



triagem, em sua maioria, são orientados a retornar e tentar vaga em outro momento, sob a justificativa de que não há mais possibilidade de atendimento naquele turno.

101. Problemas começam a aparecer quando os médicos atendem rapidamente essa “cota” de pacientes, encerrando os atendimentos logo após completá-la. Um agravante é que são contadas nessa “cota” consultas de mero retorno, usualmente mais rápidas. Depois de concluir esse número predeterminado de atendimentos, alguns médicos deixam a unidade, outros até nela permanecem cumprindo a carga horária, mas sem realizar atendimentos. Esse fato, somado à carência de profissionais em algumas unidades, são apontados como causas para unidades vazias e sem atendimento na segunda metade dos turnos.

102. Estabelecer tempo mínimo para a duração das consultas deve ser apenas um parâmetro para garantir a qualidade do atendimento e não deve ser utilizado para limitar acesso, uma vez que algumas consultas ultrapassarão o tempo sugerido, enquanto que outras terão duração muito inferior. Fixar a quantidade de atendimentos para o turno a partir do parâmetro distorce a sua finalidade. Parece mais adequado, para evitar subutilização do profissional médico, atender pacientes pelo tempo adequado a cada caso, até o final do turno.

103. Nesse contexto, convém destacar e elogiar medida adotada pela Secretaria de Saúde determinando a afixação da escala dos médicos em local visível nas unidades e sua disponibilização na Internet (que pode ser acessada em <http://www.saude.df.gov.br> > “Escala de Servidores da SES” ou diretamente em http://extra.saude.df.gov.br/sissaude/te_listaescalas.php). Isso possibilitou à população controlar a prestação dos serviços públicos e reclamar os seus direitos, fomentando a cidadania. Entende-se louvável qualquer medida que incentive e fortaleça o controle social sobre a atuação de agentes do Estado.

**Divulgação da escala de servidores nas unidades e
na Internet fortalece o controle social e fomenta a cidadania**

104. A medida não foi bem vista pelos médicos, que se sentiram apontados como os únicos responsáveis pelos problemas da saúde pública do DF, conforme se observou em notícias veiculadas pelo sindicato da categoria (PT_14.pdf, fls. 07, 09, 11 e 13). A esse respeito, impende frisar que os problemas nos atendimentos em postos e centros de saúde não podem ser imputados apenas aos médicos, apesar das distorções anteriormente descritas.

105. Importa relatar que, durante as visitas, a equipe pôde observar médicos extremamente comprometidos e motivados com o seu trabalho na unidade, que atendiam quantos pacientes fosse possível. Dentre os casos observados, citam-se dois médicos do Centro de Saúde nº 01 de Santa Maria, que juntos já haviam atendido 89 pacientes até 12:00, hora da visita (PT_04, fls. 02). Servidores do centro afirmaram que eles agem assim rotineiramente, atendendo a todos que se dirigem à unidade.

106. Observaram-se casos em que o trabalho dos médicos é prejudicado pela carência de recursos, como pessoal de apoio, materiais e equipamentos, e instalações físicas adequadas. Todos serão comentados mais adiante.



107. Como causa para a indisponibilidade de serviços nos horários de funcionamento das unidades, aponta-se a fragilidade na fiscalização do cumprimento das jornadas de trabalho, por parte das chefias das unidades e da SES e a carência de profissionais em algumas unidades.

108. As conseqüências apontadas são a redução da oferta de consultas nos postos e centros de saúde, com aumento da espera por sua realização, a subutilização dos recursos humanos disponíveis na Secretaria de Saúde, o tempo médio de duração das consultas abaixo dos parâmetros do SUS, a insatisfação de usuários e o aumento da procura por emergências em hospitais.

3.2.2 Alocação de servidores nas unidades

Os critérios atualmente utilizados para alocar pessoal nas unidades não garantem o atendimento das necessidades da população

109. No DF, o uso da população residente na área adstrita como o único parâmetro para a disponibilização de serviços públicos de saúde não se revela adequado, uma vez que há grande fluxo diário de pessoas entre as regiões administrativas, impactando diretamente na demanda por serviços públicos em cada local.

110. Indagada sobre o critério utilizado para a alocação de pessoal nas unidades, a SES respondeu, por meio do Ofício nº 3.048/2007-GAB/SES (PT_10, fls. 05 e 136), que os servidores são alocados de acordo com a demanda das unidades.

111. No entanto, por meio das entrevistas e visitas realizadas, a equipe observou que não há registro adequado da demanda não atendida, isto é, daqueles usuários que foram à unidade, mas não receberam atendimento (normalmente são orientados a retornar posteriormente ou a procurar outra unidade).

112. Quando indagados sobre quantos usuários deixaram de ser atendidos em cada especialidade, por volta de 50% dos dirigentes das unidades afirmaram inexistir controle e registro dessa demanda não atendida. Das unidades que realizam o controle, observou-se expressivo número de pessoas que tem o acesso a consultas negado em cada especialidade, como mostrado anteriormente nesse relatório.

113. A SES dispõe da relação de servidores por unidades (exceto os lotados em postos de saúde) e controla quantos ocupam cargos em comissão. Porém, a Diretoria de Recursos Humanos – DRH informou não saber quais médicos estão efetivamente atendendo consultas nas unidades de saúde da SES e quais estão exercendo apenas atividades administrativas.

114. Note-se que apenas essas informações não são suficientes para se conhecer a real capacidade de atendimentos, pois o fato de um servidor estar lotado em determinada unidade não significa que lá ele atenda todas as 40h, 20h, etc. correspondentes a sua carga horária. Conforme relatado à equipe, há servidores em cargos em comissão que também realizam atendimentos e há médicos lotados em um centro de saúde que realizam procedimentos no hospital ou que dão apoio a postos de saúde, realizando ali alguns atendimentos.

115. É importante deixar claro que médicos atenderem em mais de uma unidade, no caso da obstetrícia, vai ao encontro do preconizado no art. 8º e §2º do Estatuto da Criança e do Adolescente:

Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.

§ 1º [...]

§ 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal.

116. A SES desconhece a demanda total por serviços em cada unidade – considerada essa a soma da demanda atendida com a não atendida – e não gerencia a real força de trabalho: horas efetivas de atendimento por especialidade disponibilizadas em cada unidade.

117. A força de trabalho da SES conta com 273 odontólogos e 4082 médicos, distribuídos pela rede da seguinte forma:

Tipo de Unidade	Odontólogos	
Administração	38	14%
Centros de Saúde	131	48%
Hospitais	91	33%
Outras	13	5%
TOTAL	273	100%

Tipo de Unidade	Especialidades da Atenção Básica								Outras Especialidades			
	Clínica Médica ²		Medicina da Família		Ginecologia e Obstetrícia		Pediatria				Total da Atenção Básica	
Hospitais	357	58%	28	36%	428	66%	360	58%	1173	60%	1850	87%
Centros de Saúde	168	27%	48	62%	160	25%	189	30%	565	29%	35	2%
Administração	69	11%	2	3%	43	7%	54	9%	168	9%	185	9%
Outras ¹	25	4%	0	0%	14	2%	17	3%	56	3%	50	2%
TOTAL	619	100%	78	100%	645	100%	620	100%	1962	100%	2120	100%

Fonte: NRM/DIGEP - Secretaria de Saúde. Dados de abril/2008.

¹ Em outras unidades estão o Laboratório Central, as unidades mistas, os institutos e a central de radiologia.

² Em Clínica Médica está incluída a especialidade médico generalista.

118. Cumpre destacar o expressivo percentual de médicos das especialidades da Atenção Básica lotados em hospitais (60%), o que evidencia o modelo hospitalocêntrico adotado pela Secretaria de Saúde. Destaca-se que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a porta de entrada para o sistema de saúde deve ser, preferencialmente, por meio das especialidades da Atenção Básica. O Pacto pela Saúde divulgado pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 399/GM, de 22.02.2006 (PT_19q.pdf, parte de regulação a partir da fl. 11) prevê como diretriz o fortalecimento da Atenção Básica, de forma a garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento dos postos e centros de saúde, dotando-os de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços, bem como “garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.”



119. A política hospitalocêntrica adotada no DF está em desacordo com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (PT_19a.pdf, ver capítulo I, item 1) e com o Pacto pela Saúde – 2006 (PT_19q.pdf, ver Pacto pela Vida às fls. 03 e Fortalecimento da Atenção Básica às fls. 05). O atendimento aos usuários é prejudicado, na medida em que é enfraquecido o vínculo entre as equipes de saúde e a população, e o Estado é onerado, devido ao maior custo de atendimento em unidades secundárias e terciárias, nas quais as instalações, equipamentos e equipes médicas deveriam ser voltados a atender prioritariamente casos de maior complexidade.

120. Observou-se que o sistema informatizado não prevê lotação de médicos em postos de saúde (rurais ou urbanos). A alocação de pessoal para trabalhar nesses locais é gerenciada pelas respectivas DRS's. Em consequência, a Secretaria desconhece a efetiva distribuição de sua força de trabalho. A SES deveria saber, via sistema, os profissionais que atendem em cada unidade e as horas de atendimento disponibilizadas em cada uma.

121. Ademais, médicos que realizam atendimentos em postos de saúde rurais relataram não estarem recebendo devidamente as gratificações a que fazem direito por força da Lei distrital nº 318, de 23.09.1992, art. 2º e 3º (PT_19p.pdf). Em referido dispositivo, consta o seguinte:

Art. 2º - A Gratificação de Incentivo às Ações Básicas de Saúde corresponderá aos seguintes percentuais:

I – [...]

II – 20% (vinte por cento) para os servidores em exercício nos Postos de Saúde Rurais da Fundação Hospitalar do Distrito Federal.

§ 1º - Somente fará jus à Gratificação em sua totalidade o servidor que cumprir integralmente a sua carga horária semanal em atividades relacionadas com as ações básicas de saúde.

§ 2º - Na hipótese de o servidor cumprir carga horária inferior perceberá a Gratificação proporcionalmente ao número de horas trabalhadas.

Art. 3º - A Gratificação de movimentação corresponderá aos seguintes percentuais:

I – [...];

II – de 15% (quinze por cento) para os servidores em exercício em Postos de Saúde rurais e unidades de saúde situadas nas Administrações Regionais de Brazlândia e de Planaltina, desde que não residem nessas localidades.

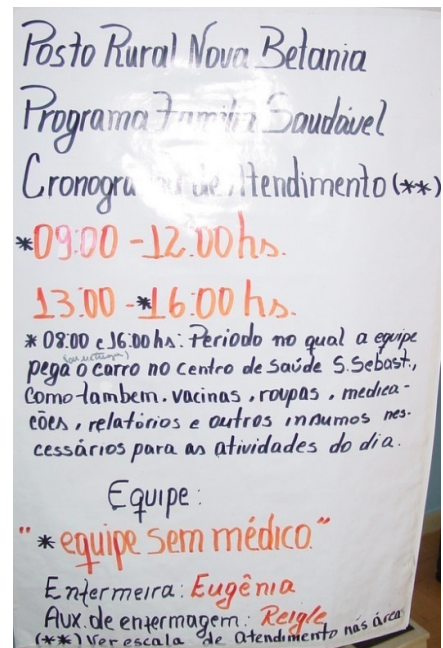
(Observação: na lei disponível no sistema Sileg, erro fez constar art. 3º como §3º do art. 2º) Grifo Nosso.

122. Percebe-se pela transcrição que o exercício nas unidades citadas faz nascer o direito a perceber o adicional. Como já relatado anteriormente, é comum que médicos lotados em centros de saúde (ou hospitais) realizem parte dos atendimentos em sua unidade e outra parte nos postos. A SES deve garantir aos servidores que atendem em postos de saúde rurais a percepção automática do adicional previsto em lei.

123. Em decorrência das dificuldades no recebimento da gratificação aludida, há falta de médicos dispostos a atender em área rural, como se verificou no Posto de Saúde Rural de Nova Bethânia (DRS São Sebastião), há muito tempo sem médico.

124. Aponta-se como causa da inadequação dos critérios para distribuição de pessoal a falta de dados gerenciais atinentes à demanda total por serviços de saúde e à força de trabalho empregada efetivamente no atendimento de usuários em cada unidade, bem como inexistência de serviços organizados segundo a lógica do interesse dos usuários e falta de monitoramento que permita manter a distribuição equânime da força de trabalho.

125. A conseqüência observada é a má alocação de pessoal pela rede, com excesso de servidores em algumas unidades e falta em outras, gerando insatisfação de usuários com o sistema público. Além disso, a carência de médicos em postos de saúde pode prejudicar a promoção de ações voltadas à Atenção Básica nas áreas em que estão localizados.



3.2.3 Quantidade de médicos e odontólogos na rede pública de saúde

O número de médicos por habitante no DF supera o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde, e o número de odontólogos por habitante revela-se insuficiente diante do parâmetro correspondente

126. Por meio de informações requisitadas aos dirigentes de unidades de saúde, bem como nos levantamentos realizados nas unidades visitadas, notaram-se unidades que necessitam de odontólogos e mais médicos em algumas especialidades e outras que estão sem qualquer médico há vários anos (PT_04.pdf e PT_05.pdf), a exemplo do PSU 01 de Recanto das Emas, na Quadra 311, há três anos sem médico (PT_04, fls. 06).

127. Com o objetivo de avaliar se há carência de profissionais para atender a população nos quadros da Secretaria, requisitou-se o número de médicos e odontólogos da rede e realizou-se uma comparação com parâmetros do Ministério da Saúde.

128. Tais parâmetros utilizam a população como base para a necessidade de profissionais. Lembra-se que não é adequado utilizar a população adstrita de cada região para se chegar à necessidade de profissionais naquela localidade, por causa do êxodo interno, como já explicado no tópico 3.2.2. Ademais, ao se aplicar o parâmetro sobre toda a população do DF, é preciso estar atento para o impacto da demanda de serviços pela população do entorno.



129. A seguir, apresentam-se os parâmetros do SUS e a situação do DF quanto ao quantitativo de médicos e odontólogos:

Médicos e Odontólogos por habitante

Descrição	Parâmetro SUS	Situação do DF
Médicos por habitante	1/1000	1,30/1000
Odontólogo por habitante (mínimo)	0,2/1000	0,11/1000
Odontólogo por habitante (máximo)	0,66/1000	

Fontes: Projeção IBGE/2007 e SES/NRM/DIGEP

OBS: 1) Os parâmetros do SUS constam da Portaria nº 1101/GM, de 12/06/2002.

2) Para fins de comparação com os parâmetros do SUS, considerou-se 1 médico a cada 40 horas de atendimento.

3) População-DF: 2.433.853 hab. Médicos: 3158. Odontólogos: 273.

130. Depreende-se das informações apresentadas que, na rede pública de saúde do DF, há um excedente de médicos por habitante e uma carência de odontólogos diante dos parâmetros do Ministério da Saúde. Para a falta de odontólogos, aponta-se a inobservância dos parâmetros mínimos do SUS quando da elaboração do quadro desses profissionais na SES (aprovado pelas Leis nºs 3.321/04 e 3.716/05). Tal falta prejudica o acesso da população aos tratamentos odontológicos.

131. Destaque-se que não foi considerada a população do entorno nessa avaliação, sendo certo que parte dela busca atendimentos no DF. Infelizmente esse impacto não é medido de maneira confiável pela SES. Entretanto, em 2005, em estudo¹ elaborado em conjunto pela Universidade de Brasília, Universidade Católica de Brasília e Universidade Federal de Minas Gerais (PT_20.pdf, fls. 82), avaliou-se que pacientes do entorno aumentam em 19,6% o total de atendimentos do DF, corroborando outro estudo realizado anteriormente por NETO² em que tal impacto foi avaliado em 20%.

¹ GOTTENS, Leila Bernarda Donato *et al.* Relatório Final de Pesquisa. *Análise da relação de serviços de média complexidade com a rede básica de saúde do DF e entorno: buscando prioridades para ampliar acesso e resolubilidades.* Universidade de Brasília, Universidade Católica de Brasília, Universidade Federal de Minas Gerais: Brasília, 2008. p. 84.

² Apud GOTTENS, Leila Bernarda Donato *et al.* Relatório Final de Pesquisa. *Análise da relação de serviços de média complexidade com a rede básica de saúde do DF e entorno: buscando prioridades para ampliar acesso e resolubilidades.* Universidade de Brasília, Universidade Católica de Brasília, Universidade Federal de Minas Gerais: Brasília, 2008. p. 84.



3.2.4 *Recomendações*

132. Impende recomendar à SES que:

- a) implemente e fortaleça os controles sobre o cumprimento da jornada de trabalho dos servidores, concessão de abonos, licenças e afastamentos diversos;
- b) identifique, registre e monitore a demanda atendida e não atendida, utilizando esta informação como balizadora do planejamento e da implementação das ações de saúde pública do DF, incluindo-se a alocação de pessoal;
- c) Identifique e mapeie a força de trabalho existente;
- d) Processe os dados da demanda e da força de trabalho de forma a oferecer indicadores para alocação de médicos e demais servidores nas unidades.

133. Com a implementação dessas recomendações, espera-se que consultas médicas estejam disponíveis nos postos e centros de saúde durante todo o horário de funcionamento, a maximização da utilização dos serviços ofertados e o planejamento de ações de saúde em sintonia com a demanda efetiva de serviços.

3.3 GESTÃO DE RECURSOS LOGÍSTICOS

Os meios materiais e logísticos disponíveis para as unidades de atendimento são inadequados ou insuficientes, limitando o acesso dos usuários.

134. Para se chegar a essa conclusão, foram realizadas visitas às unidades, entrevistas a servidores e registro fotográfico. Também foram aplicados questionários aos médicos e demais servidores nas unidades de saúde.

135. As visitas focaram a avaliação do atendimento em consultas nas especialidades da Atenção Básica. A auditoria restringiu-se à avaliação dos meios relacionados ao atendimento nas seguintes especialidades médicas disponíveis nos postos e centros de saúde: clínica médica, medicina da família, ginecologia e obstetrícia, pediatria e também odontologia.

136. Em cada unidade, buscou-se conhecer os principais problemas relacionados com recursos materiais e logísticos que impactam nas consultas em cada uma dessas especialidades, bem como as dificuldades gerais dos postos e centros de saúde.

3.3.1 Problemas gerais encontrados nos postos e centros de saúde

137. Um problema grave observado em diversas unidades foi a carência de material esterilizado em quantidade suficiente para o atendimento da demanda. Problemas de funcionamento de autoclave (aparelho utilizado para a esterilização de material) e, onde não há esse aparelho, a falta de transporte constante e tempestivo de material para esterilização nos hospitais próximos foram as principais causas relatadas.

138. Falta de balanças e de aparelhos para medir pressão (esfignomanômetros) foram reclamações constantes. Quando existem, muitos estão descalibrados ou mesmo quebrados. Em muitos casos, servidores fizeram rateio para adquirir novos aparelhos, de forma a garantir a continuidade dos atendimentos.



Esfignomanômetro danificado



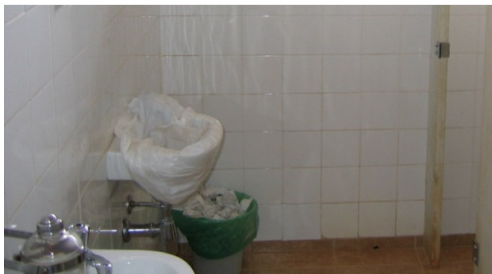
139. Falta esporádica de material impresso foi outra reclamação recorrente. Por material impresso, entendem-se principalmente papel timbrado para receituário e folhas de prontuários. Apesar de não eventual, a falta desses materiais gera diversos transtornos, prejudicando a abertura de novos prontuários e a prescrição de medicamentos, já que prescrições em papéis não timbrados por vezes são recusadas.

140. Outro problema verificado foi a falta de roupas próprias e lençóis limpos em quantidade suficiente para os atendimentos. O fato é especialmente grave nos exames de ginecologia e obstetrícia, pois sujeita pacientes a constrangimentos no exame e a contaminação por doenças ginecológicas.

141. Espaços inadequados ou insuficientes nas unidades e mobiliário inadequado ou estragado também foram apontados, impactando no conforto de servidores e pacientes. Falta de ventilação, calor, má iluminação e problemas nas instalações elétricas e hidráulicas foram destacados. A acústica, por vezes, retira a privacidade nas consultas, constrangendo os pacientes. Atividades de educação e prevenção da população deixam de ser realizadas por falta de ambientes apropriados.



142. Em algumas unidades, houve reclamações sobre a falta de banheiros ou péssima condição dos existentes e falta de bebedouros ou fonte alternativa de água potável, que além do desconforto, pode impedir que remédios sejam ministrados a pacientes, especialmente na pediatria.



Banheiro em péssimas condições



143. Além das aquisições escassas, servidores reclamaram muito da manutenção demorada ou inexistente dos diversos equipamentos utilizados pelas unidades, como balanças, aparelhos de pressão, autoclaves. O problema impacta especialmente a área de odontologia, na qual as canetas, rotores de alta rotação, focos de luz e fotopolimerizadores requerem manutenção periódica e tempestivamente.

144. Cumpre informar que, além de postos e centros de saúde, a equipe de auditoria tomou conhecimento de que unidades que realizam exames de imagem enfrentam dificuldades semelhantes há longo tempo. Tais problemas foram apontados em relatório elaborado por técnicos da DIREG/SEPLAG/SES (PT_10.pdf,

fls. 32 a 62). Nesse relatório, que avalia unidades que realizam exames de imagem, consta que "os equipamentos, em geral, são antigos, mal conservados e não possuem contrato de manutenção, havendo alguns, de uso essencial, desativados e outros subutilizados. A reposição de material é deficiente e não há controle rigoroso do material utilizado, especialmente os filmes de raios-X, sendo observado também um desperdício na utilização de envelopes".

3.3.2 Problemas específicos em cada especialidade

145. Na clínica médica, as principais reclamações foram quanto à falta de: material para curativo, abaixadores de língua, estetoscópio, otoscópio, fitas e medicamentos para diabetes e anti-hipertensivos.



Tesoura escolar usada para cortar gazes

146. Na pediatria, a falta de balança infantil, medidor de altura, abaixador de língua, aparelhos de pressão infantil e balas de oxigênio (este último muito utilizado na época de seca, quando problemas respiratórios infantis são comuns) foram as reclamações mais frequentes.



Balança infantil da SES.



Balança infantil adquirida por meio de rateio entre os servidores.

147. Na ginecologia e obstetrícia, a maioria das reclamações foi quanto à falta de escova, espéculo e tubete (materiais para coleta em exames), sonar (útil para o pré-natal), focos de luz e cadeiras para exame em condições inadequadas, além da falta de roupas e lençóis já comentada.



148. Na odontologia, foi reclamada a falta de canetas de dentista, rotor de alta rotação, sugador, focos de luz, fotopolimerizador, bandeja e instrumentos. As cadeiras de dentista também foram objeto constante de reclamações, seja por estarem sem manutenção ou inadequadas para o atendimento. A odontologia é

especialmente impactada pelas dificuldades de esterilização de material e demorada manutenção de equipamentos, que restringem severamente a capacidade de atendimento.



Cadeira odontológica



Detalhe de outra cadeira odontológica

149. Em alguns casos, percebeu-se que o atendimento só não foi descontinuado pela falta de equipamentos e material porque médicos, enfermeiros, auxiliares e odontólogos levaram equipamentos particulares ou realizaram rateios e bazares para adquiri-los.

150. Documentos colhidos nos postos e centros de saúde (PT_15.pdf) comprovam que os problemas aludidos foram levados ao conhecimento da SES, apesar de nenhuma providência ter sido adotada até o momento. Entre esses documentos estão pedidos de material e equipamentos realizados a partir de 2004 e não atendidos até as datas das visitas, ao final de fevereiro de 2008.

3.3.3 Avaliação dos recursos logísticos por servidores

151. Buscou-se a opinião dos servidores quanto aos meios que dispõem para a realização de suas atividades, englobando-se material, equipamentos e instalações físicas, por meio de questionários aplicados a médicos, odontólogos e demais servidores (enfermeiros, técnicos e auxiliares).

152. Quanto às condições físicas, manifestaram-se da seguinte forma:

Avaliação das instalações físicas

Condições das instalações físicas	Médicos e Odontólogos		Outros Servidores		Total Geral	
	Quant	%	Quant	%	Quant	%
Boas (não necessitam de muitos reparos)	2	4,3%	5	5,3%	7	5,0%
Regulares (necessitam de muitos reparos, mas não de reforma)	24	52,2%	46	48,4%	70	49,6%
Ruins (necessitam de reforma)	19	41,3%	44	46,3%	63	44,7%
Respostas em Branco	1	2,2%	0	0,0%	1	0,7%
TOTAL	46	100%	95	100%	141	100%

153. Solicitou-se ainda que uma nota de zero a dez fosse atribuída para a disponibilidade de equipamentos e materiais, os resultados são apresentados a seguir:

Notas para a disponibilidade de equipamentos e materiais

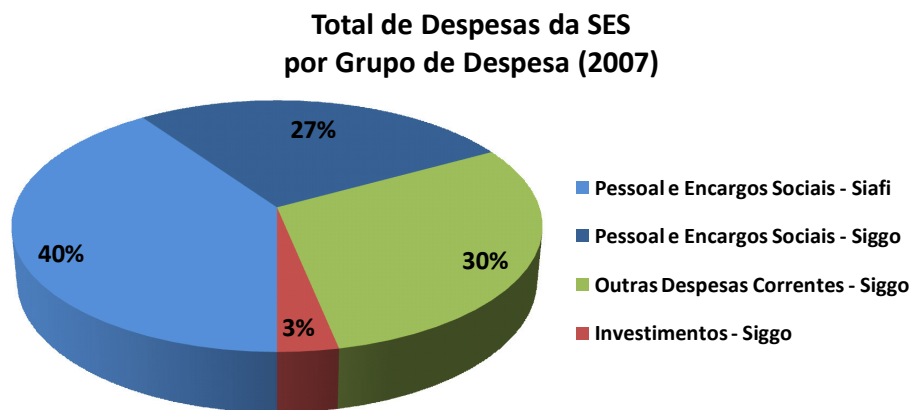
Faixas das notas	Médicos e Odontólogos		Outros Servidores		Total Geral	
	Quant	%	Quant	%	Quant	%
0 a 2,5	9	20%	16	17%	25	18%
2,6 a 5,0	22	49%	54	56%	76	54%
5,1 a 7,5	14	31%	24	25%	38	27%
7,6 a 10	0	0%	2	2%	2	1%
Quant. Respostas	45	100%	96	100%	141	100%

154. Ressalte-se que 95% dos servidores consultados avaliaram as instalações físicas como ruins ou regulares e 72% atribuíram notas iguais ou abaixo de 5,0 à disponibilidade de equipamentos e materiais.

3.3.4 Causas e efeitos da carência de recursos logísticos nos postos e centros de saúde

155. A primeira causa apontada para a carência de recursos logísticos é a alocação não-prioritária de recursos financeiros para atender às necessidades dos centros e postos de saúde. O perfil das despesas de 2007 (liquidadas e restos a pagar) da SES é analisado nos parágrafos a seguir.

156. Inicialmente, levantou-se o total de despesas da Secretaria de Saúde no exercício de 2007, considerando as aplicações realizadas por meio do Siggo e do Siafi. O total obtido foi de R\$ 2.724.204.194,48, e a separação desses valores por grupo de despesa é mostrada a seguir:

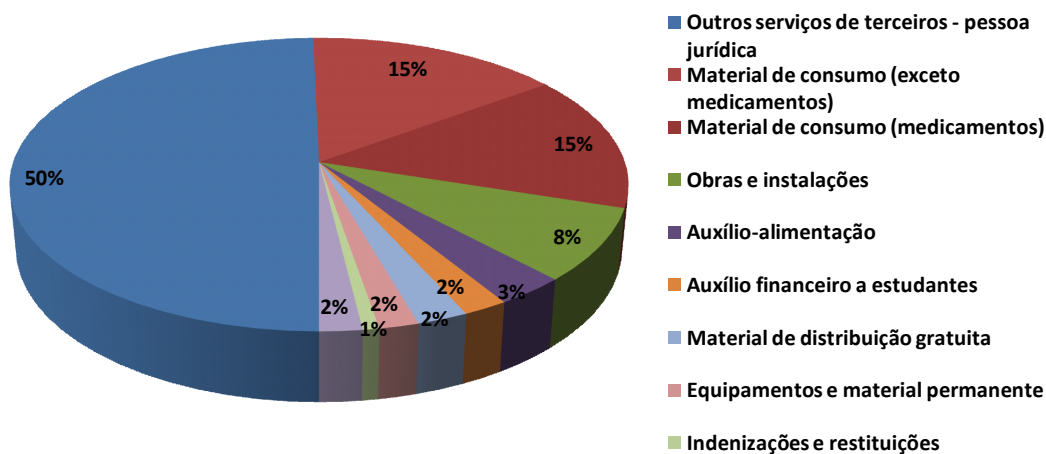


Fontes: Siggo e Siafi

Obs.: Estão incluídos os valores do Fundo Constitucional do DF.

157. Em análise mais aprofundada, as despesas não destinadas a pessoal (Outras Despesas Correntes e Investimentos), que somaram R\$ 898.854.215,82, foram segregadas por Elemento de Despesa:

**Despesas da SES não destinadas a pagamento de pessoal
por Elemento de Despesa (2007)**



Fonte: Siggo

Obs.: 1) Em cada elemento, foi considerado o valor de Despesas de Exercícios Anteriores respectivo.

2) Não há despesas custeadas com recursos do Fundo Constitucional do DF nesse gráfico.

158. Observou-se que, juntas, as despesas com material de consumo, obras e instalações, e equipamentos e material permanente somaram R\$ 360.512.236,92, valor inferior ao total das despesas no elemento “outros serviços de terceiros – pessoa jurídica”. As despesas neste elemento somaram R\$ 446.313.671,14, se consideradas também as respectivas despesas de exercícios anteriores, correspondendo a 50% de toda a despesa da Secretaria não destinada a pagamento de pessoal.

159. Retirando-se as despesas de exercícios anteriores, as despesas com “outros serviços de terceiros – pessoa jurídica” da SES somaram R\$ 391.928.605,74, divididas da seguinte forma:



R\$ 1,00

Subelementos do Elemento 39 (Outro Serviços de Terceiros - PJ)	Valor	%
Serviços de limpeza e conservação	72.723.350,63	19%
Fornecimento de alimentação	66.343.368,37	17%
Vigilância ostensiva	60.942.438,83	16%
Serviço médico-hospitalar, odontológico e laboratorial	50.490.640,64	13%
Restos a pagar	26.491.782,88	7%
Manutenção, conservação e instalação de máquinas e equipamentos	25.365.097,24	6%
Manutenção e conservação de bens imóveis	17.201.258,73	4%
Vale-transporte	14.989.142,39	4%
Serviços de energia elétrica	14.698.871,38	4%
Serviço de manutenção de software	10.430.397,87	3%
Serviços de água e esgoto	9.166.011,56	2%
Serviços de telecomunicações	7.221.752,11	2%
Locação de máquinas e equipamentos	7.126.346,22	2%
Outros Subelementos	8.738.146,89	2%
TOTAL	391.928.605,74	100%

Fonte: Siggo. Valores de 2007.

160. O perfil das despesas revela parcela significativa destinada a serviços de terceiros não finalísticos dentro da Secretaria. Percebe-se nítida desproporção entre o que se investe em aquisição de equipamentos e materiais permanentes e o que se gasta com a vigilância do patrimônio.

161. Além disso, ao se comparar a execução orçamentária do elemento “outros serviços de terceiros – pessoa jurídica” com a dos elementos “material de consumo”, “obras e instalações”, e “equipamentos e material permanente”, obtém-se o seguinte quadro:

R\$ 1,00

Nome Elemento	Crédito Inicial (A)	Créditos Adicionais (B)	Crédito Atualizado (C) = (A + B)	Crédito Liquidado (D)	Orçamento Executado % (D/C)
Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica	442.406.209,00	-18.781.534,01	423.624.674,99	391.928.605,74	93%
Material de consumo	225.449.187,00	67.621.728,55	293.070.915,55	265.423.361,25	91%
Obras e instalações	198.179.655,00	-113.311.567,21	84.868.087,79	71.569.701,89	84%
Equipamentos e material permanente	65.107.666,00	-2.959.708,79	62.147.957,21	16.093.709,01	26%

Fonte: Siggo

162. Portanto, nota-se que os recursos financeiros não são prioritariamente destinados à satisfação da carência de recursos materiais e logísticos da rede. Agravam essa carência a deficiente ou ausente manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, a má-conservação e a falta de zelo com o patrimônio público.

163. Os efeitos que podem ser apontados, reforçando alguns já comentados, são:



- redução na capacidade de atendimento das unidades, impactando especialmente a odontologia, a ginecologia (coleta e prevenção) e a realização de curativos e pequenas cirurgias;
- aumento no tempo de espera por atendimento nas especialidades básicas;
- qualidade do atendimento ao usuário comprometida.

3.3.5 *Recomendações*

164. Cumpre, pois, recomendar à SES que:

- a) aloque recursos financeiros para o saneamento da carência de recursos logísticos nos centros e postos de saúde, buscando a redução dos gastos com o custeio de atividades não finalísticas;
- b) crie mecanismos que propiciem o planejamento, o acompanhamento, o monitoramento, o controle e a avaliação da gestão logística da SES, contemplando, no mínimo:
 - I) registro permanente das necessidades logísticas das unidades de saúde;
 - II) reposição tempestiva dos estoques das unidades;
- c) implemente indicadores de tempo médio entre a requisição e o atendimento de pedidos de material, reformas, manutenção de prédios e equipamentos;
- d) implemente centro de custos em todas as unidades, inclusive postos de saúde, de forma a controlar, entre outros:
 - I) custos do atendimento por especialidade e por unidade;
 - II) gastos de material por unidade.

165. Com a implementação dessas recomendações, espera-se aumentar a capacidade de atendimento nos postos e centros de saúde e a capacidade de gerenciamento dos próprios gestores da SES.



OUTROS ACHADOS

3.4 SISTEMA DE REGULAÇÃO

Falhas no sistema de regulação de consultas e exames, precariamente implementado no DF, comprometem o acesso de usuários aos procedimentos regulados.

166. De acordo com a Norma de Organização e Assistência à Saúde – NOAS (PT_19i.pdf), a estruturação das ações de regulação assistencial deve ocorrer por meio de implantação de complexos reguladores, entendidos como uma ou mais centrais de regulação, que, por sua vez, desenvolvem ações específicas como a regulação das urgências, das consultas especializadas, de exames, de leitos, de equipamentos, etc.

167. A NOAS define que a Regulação assistencial deve estar “voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”.

168. A Regulação tem a função de cadastrar toda a oferta de serviços de saúde, assim entendida como a capacidade operacional efetiva de atendimento da rede de saúde, incluindo, por exemplo, a escala de todos os médicos e técnicos, bem como as disponibilidades de equipamentos necessários à realização de exames da rede de saúde, com suas respectivas escalas.

169. De posse dessa oferta quantificada, a Regulação deve disponibilizar as vagas e horários para a realização de consultas e exames na rede, mediante duas filas, uma para casos de urgência e emergência, proporcionando aos usuários do SUS prioridade no atendimento de acordo com a urgência do tratamento, cujos pedidos devem ser submetidos à análise e autorização que se dará com base em critérios técnicos estabelecidos nos protocolos de atendimento elaborados e aplicados pela regulação, e outra fila para os casos normais de atendimento, observada a ordem cronológica. Além disso, cabe à regulação desenvolver e implementar os protocolos para regular o acesso do usuário e orientar os procedimentos médicos em exercício nas atividades da rede pública de saúde.

170. Conforme se verifica, a regulação do sistema de saúde revela-se importante meio para se melhorar a oferta de serviços e o acesso dos usuários. Nesse sentido, foi criado, na área federal, o Sistema de Regulação – Sisreg, disponibilizado a todas as unidades da federação, via DataSUS. O objetivo desse sistema é permitir o gerenciamento de todo o complexo regulatório desde a rede básica à internação hospitalar, com vistas à humanização dos serviços, ao maior controle do fluxo e à otimização na utilização dos recursos.

171. No Distrito Federal, o Aplicativo Trak Care – Trak Health é utilizado na regulação do acesso a leitos de Unidades de Terapia Intensiva – UTI. Para o acesso a exames de imagem e a consultas de dermatologia e oftalmologia, a SES utiliza o aplicativo disponibilizado pelo DataSUS. Existe uma Central de Regulação, cuja atividade atualmente pode ser assim descrita:



- a) Na primeira etapa, é identificada a capacidade de oferta de serviços. As próprias unidades informam à Central de Regulação o número de vagas que pretendem disponibilizar para os procedimentos regulados, ou seja, as especialidades (atualmente Dermatologia e Oftalmologia), e os exames regulados. Essas vagas podem estar disponíveis apenas à própria unidade (vagas internas) ou para a toda a rede.
- b) De posse da quantidade e dos locais das vagas, elas são disponibilizadas pela Central de Regulação no Sisreg às unidades;
- c) A terceira etapa, sob a responsabilidade das unidades, é o provimento do acesso dos pacientes às vagas disponibilizadas.

172. As vantagens apontadas nesse funcionamento é a possibilidade de conhecer a totalidade da oferta e da demanda dos serviços (consultas e exames) sob regulação. Além disso, a central pode identificar eventual subaproveitamento de recursos na rede. Para isso, basta comparar o total de vagas ofertadas com o total de vagas que poderiam ser disponibilizadas. A capacidade máxima de vagas pode ser obtida por meio de um cálculo simples com o número de profissionais trabalhando em cada unidade, o número de horas de atendimento de cada um e o tempo médio padrão de duração das consultas ou exames.

3.4.1 O DF não implantou a regulação em todos os serviços de saúde, conforme pactuado com o Ministério da Saúde em 2006

173. O Pacto pela Saúde entre o SUS e o DF, aprovado pelas Portarias do Ministério da Saúde nº 399/GM, de 22.2.06, e nº 699/GM, de 30.3.06, previa duas metas para a regulação, que deveriam ser alcançadas em um ano: contratualização de todos os prestadores de serviço; e colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação.

174. No tocante aos serviços de consultas, apenas dermatologia e oftalmologia estavam regulados até março de 2008. Segundo documento apresentado à equipe (PT_12.pdf, fls. 05 a 06) nos planos da DIREG consta proposta de implementação da regulação nas especialidades da Atenção Básica até 31.7.2008. Todas as demais especialidades permanecem fora da regulação, sem previsão de implementação.

175. Quanto aos exames, somente os relativos à imagem passaram a ser regulados durante o exercício de 2007. Segundo o projeto da DIREG/SES, não há previsão para que outros tipos de exames também sejam colocados sob regulação.



3.4.2 O sistema de regulação não tem informações suficientes sobre a totalidade da demanda e da oferta de serviços regulados

176. Embora o sistema de regulação se proponha a mapear e registrar toda a demanda de oftalmologia e dermatologia, evidenciou-se nas entrevistas com os agendadores que, quando não há vagas no sistema, muitas vezes os pedidos de consultas não são registrados no Sisreg. Nesses casos, ou se informa para o usuário que não há vagas no sistema ou anotam-se os dados do paciente para que tentativas posteriores sejam realizadas. A justificativa dos agendadores é que colocar o usuário na fila eletrônica faz com que o seu atendimento demore muito mais do que se tentar vaga diretamente em outro dia.

177. Apesar de parecer absurdo, isso ocorre porque as vagas que são acrescentadas ao sistema a cada dia não são todas destinadas a pacientes que estão na fila, mas apenas um percentual delas. Assim, o sistema abre vagas para consultas, acessíveis diretamente pelos agendadores, mesmo havendo pacientes na fila.

178. Além de fazer com que o acesso aos procedimentos não respeite a ordem cronológica de inserção no sistema, o fato prejudica o registro da demanda total pelos procedimentos, por conta de um estoque não registrado diariamente.

179. Também foram relatados à equipe, por servidores da área de regulação, casos de médicos que não têm toda a sua capacidade de atendimento ofertada no sistema, sendo reservadas vagas para atendimentos fora da regulação. Quando isso ocorre, uma das grandes vantagens da regulação – conhecer a oferta e a demanda de serviços – é prejudicada. A prática é irregular, e auditorias são realizadas para detectá-la e coibi-la.

180. Ademais, a atuação do órgão regulador é prejudicada pelo fato de as horas disponíveis para atendimento de consultas e realização de exames não ser uma informação centralizada, sendo restrita aos dirigentes de cada unidade, conforme já abordado anteriormente.

3.4.3 Baixa produtividade de consultas e exames sob regulação, com alto índice de ociosidade dos serviços

181. Em contraste com o elevado tempo de espera para a realização de procedimentos regulados, a auditoria observou que vagas nesses procedimentos deixam de ser utilizadas, fato comprovado por relatório elaborado pela Diretoria de Regulação – DIREG (PT_12.pdf, fls. 01, 07 e 08) sobre consultas e exames regulados em fevereiro de 2008.

182. A seguir, mostram-se dois quadros com dados das consultas reguladas e com dados dos exames regulados:



Relatório de Consultas Reguladas - fevereiro/2008						
Especialidades	Pacientes aguardando na fila	Vagas ofertadas	Vagas utilizadas	%	Vagas não utilizadas	%
Oftalmologia	6531	3664	2162	59%	1502	41%
Dermatologia	1684	3868	2669	69%	1199	31%

Fonte: DIREG/SUPRA/SES

Relatório de Exames Regulados - fevereiro/2008						
Exame	Vagas previstas	Vagas Ofertadas	Vagas Utilizadas	%	Vagas não utilizadas	%
Ressonância Magnética	1467	1262	1013	80%	249	20%
Ecocardiograma AD	230	202	178	88%	24	12%
Tomografia Computadorizada	2559	1494	1218	82%	276	18%

Fonte: DIREG/SUPRA/SES

183. Observa-se elevado percentual de vagas não utilizadas, em contraste com as imensas filas e com o elevado tempo de espera a que os pacientes são submetidos, conforme apontado no tópico 3.1.2. O Memorando nº 302/2008-GERA/DIREC/SUPRA/SES (PT_12.pdf, fls. 01) traz mais detalhamentos das consultas reguladas. O motivo pelo qual as vagas são desperdiçadas não é controlado, mas duas hipóteses são apontadas.

184. A primeira hipótese diz respeito a pacientes que marcam seus procedimentos e não aparecem, ou o cancelam em momento muito próximo à data marcada, dificultando, ou mesmo impossibilitando, que a Central encaixe outros pacientes. Esse ponto, inclusive, é o que causa maior resistência nas unidades quanto à colocação sob regulação das consultas em especialidades básicas.

185. Relatório elaborado pela Auditoria/SES (PT_09.pdf, fls. 253 a 255) constatou que muitas vagas estão sendo perdidas porque os pacientes não comparecem às consultas de dermatologia, por serem em locais muito distantes de suas residências. De 12 pacientes previstos, apenas três compareceram. Os servidores do setor informaram que realizam atendimentos extras, fora do sistema de regulação, aos pacientes que residem próximos à Regional de Saúde.

186. A segunda é o mau dimensionamento das vagas reservadas às unidades na qual os procedimentos são realizados, que por isso não são oferecidas para a rede como um todo. Esse fato é mais pertinente aos exames. Ao final do mês, essas vagas reservadas não são todas utilizadas. Pacientes da rede são privados de realizar exames por mau dimensionamento da reserva de vagas e forçados a aguardar elevado tempo, enquanto equipamentos são subutilizados.

187. Como explicado anteriormente, a Central de Regulação deve levantar as vagas disponíveis nas unidades. A decisão sobre a quantidade de vagas que serão disponibilizadas à rede como um todo e as que serão reservadas às unidades



em que os procedimentos são realizados (normalmente para casos de internação) é dos dirigentes das unidades, não tendo a Central de Regulação poder sobre essa alocação. O ideal seria que todas as vagas fossem disponibilizadas amplamente no sistema e, sempre que o exame de paciente internado fosse requisitado, a regulação o priorizasse a partir de critérios técnicos.

188. No entanto, submeter todos os pedidos de exame, inclusive os de pacientes internados, à observância de protocolos definidos pela regulação enfrenta grande resistência. Isso representaria uma perda significativa de poder para quem hoje gerencia o acesso às vagas não disponibilizadas amplamente no sistema.

3.4.4 Possibilidade de fraude no sistema

189. O sistema de regulação pressupõe que a função de marcar procedimentos seja assumida por servidor distinto do que atestará sua execução. Isso é feito por meio de uma senha perfil solicitante e outra senha perfil executante.

190. Foi relatado à equipe que essa regra, por vezes, é desobedecida ou burlada. Há casos de servidores acumulando as duas funções, senhas compartilhadas em uma mesma unidade de saúde, ou mesmo senhas trocadas entre servidores de perfis diferentes. Com isso, torna-se possível, por exemplo, realizar a marcação de consultas fictícias para determinado dia e atestar indevidamente a execução de todas elas. Já foram detectados casos em que tais perfis estavam com a mesma pessoa, tendo sido corrigidos pela regulação. A detecção de outros métodos de compartilhamento de senhas é mais complexa.

3.4.5 O Sisreg não tem dados consistentes sobre o tempo de espera para consultas e exames regulados

191. Um dos benefícios que se espera do sistema de regulação é permitir o monitoramento do tempo médio que os usuários aguardam para a realização de consultas. De acordo com os registros do Sisreg, o tempo médio de espera para consultas varia de 1 a 60 dias, dependendo da especialidade. Todavia, o sistema não registra toda a demanda por serviços e a divergência para o tempo médio de espera anotado pelos dirigentes de unidades é bem diferente, sendo de 194 dias para consultas de dermatologia e 183 dias para oftalmologia.

192. No caso de exames, foi evidenciada a ausência de segregação das informações sobre exames realizados pela emergência e dos exames eletivos, reduzindo artificialmente o tempo médio de espera dos exames eletivos.



3.4.6 Causas e efeitos dos problemas apontados na regulação

193. Dos problemas comentados anteriormente sobre o sistema de regulação, apontam-se como causas:

- atuação da Central de Regulação mais como uma central de marcação de consultas do que como órgão regulador dos serviços de saúde;
- existência de recursos humanos e equipamentos de procedimentos regulados utilizados sem o controle da regulação.
- a prerrogativa de marcar consultas e exames é assumida como poder pessoal;
- unidades de saúde tendem a fazer reservas superestimadas de consultas e exames para uso próprio, ocasionando ociosidade de servidores e equipamentos, enquanto há inúmeros usuários a espera de uma vaga;
- o sistema informatizado disponibilizado pelo SUS (DATASUS) para implementar a Regulação no DF (SISREG) não tem campo para registro do tipo de pedido do exame, se normal ou se emergencial.

194. Os efeitos observados com as deficiências da regulação são a possibilidade de uso político da marcação de consultas e de exames; a ociosidade de recursos humanos e logísticos na SES; o aumento do tempo médio de espera dos usuários pelos procedimentos; prejuízos ao tratamento dos usuários, com impactos na aderência e na resolutividade; possibilidade de fraudes ao sistema de regulação, como marcação de procedimentos fictícios e burlas à fila por meio de atendimentos privilegiados nas vagas reservadas pelas unidades.

3.4.7 Recomendações

195. Quanto ao sistema de regulação, recomenda-se à SES que:

- a) adote providências para a implementação da Regulação em todos os serviços de saúde ofertados no DF, de forma a dar cumprimento ao compromisso assumido perante o Ministério da Saúde, nos termos do Pacto pela saúde entre SUS/DF, aprovado pela Portaria nº 399/GM, de 22.2.2006, e Portaria GM/MS 699/2006;
- b) inclua todas as vagas de consultas e exames regulados no sistema de regulação e defina protocolos que garantam o tratamento adequado às mais diversas situações;
- c) implemente o efetivo funcionamento da fila eletrônica, impedindo que vagas sejam ofertadas a usuários que não estejam na fila, excetuando-se as situações de emergência definidas em protocolos;
- d) promova auditorias periódicas para fiscalizar o sistema de regulação e avaliar sua eficiência;
- e) adote providências junto ao DATASUS para promover correções necessárias no Sisreg com vistas a:



- 1) criar campo para segregar tipo de exames e consultas de emergência e eletivas;
 - 2) disponibilizar relatórios gerenciais e analíticos que facilitem o gerenciamento dos recursos humanos e logísticos, como por exemplo desempenho por unidade, por médico, tempo médio de espera por especialidade, desvios de padrões de atendimento por unidades, dentre outras;
- f) distribua os médicos sob regulação de acordo com as demandas de cada regional, para possibilitar ao paciente realizar a consulta mais próxima de sua localidade e, assim, reduzir o número de consultas agendadas e não realizadas por falta de pacientes.

196. Espera-se, com a implementação das recomendações, a redução das vagas não utilizadas e do tempo de espera pela realização dos procedimentos regulados, bem como a otimização do uso de recursos humanos e materiais na Secretaria.

3.5 SITUAÇÃO DO DF QUANTO AOS PARÂMETROS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE RELATIVOS A CONSULTAS

No DF, a proporção entre atendimentos de Ambulatório e de Emergência e o índice de consultas odontológicas por habitante estão muito distantes dos parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº 1.101/GM, de 12.6.2002.

197. No quadro a seguir, constam alguns dados da Secretaria de Saúde. Alerta-se que os valores de 2007 são provisórios, pois o relatório desse exercício ainda não foi concluído.

Descrição	2006	2007 ¹
TOTAL DE ATENDIMENTOS NO DF	6.357.129	4.906.387
Total de consultas médicas	5.320.603	4.176.996
Emergência	2.661.648	2.113.744
Ambulatório	2.658.955	2.063.252
Total de outros atendimentos	1.036.526	729.391
Odontologia	257.536	181.796
Outros Profissionais de Nível Superior	778.990	547.595
TOTAL MÉDICOS²	3.731	4.082
População DF	2.383.614	2.433.853

Fonte: Relatórios estatísticos da SES.

OBS: ¹ Dados parciais, até setembro de 2007.

² Número de médicos em abril de 2008. Relatório de 2007 ainda em aberto.

198. A partir desses dados, os seguintes parâmetros são obtidos:

Proporção de Atendimentos (Ambulatório e Pronto-Socorro)

Tipos de atendimentos	Situação DF (2006)	Situação DF (2007)*	Parâmetros SUS	Média Nacional (2006)
Atendimentos em Ambulatório	50,0%	49,4%	85,0%	73,1%
Atendimentos em Pronto-Socorro	50,0%	50,6%	15,0%	26,9%

Fonte: Relatórios estatísticos da SES.

* Dados de 2007 são parciais até setembro.

Consultas por habitante

Descrição	Situação DF (2006)	Parâmetros SUS
Consultas Médicas	2,23	2,00 a 3,00
Consultas Odontológicas	0,11	0,50 a 2,00

Fonte: Relatórios estatísticos da SES.

199. A partir da análise desses quadros, é possível destacar que, no DF, há excesso de atendimentos em emergências, se comparado com parâmetros do SUS



e com a média nacional de 2006. Apontam-se como causas a política hospitalocêntrica desenvolvida pela SES ao longo do tempo e a dificuldade de acesso às consultas em postos e centros de saúde, conseqüência da carência de recursos humanos e logísticos nessas unidades, como já abordado em tópicos anteriores.

200. Outro ponto a destacar é o número de atendimentos odontológicos por habitante no DF bem abaixo dos parâmetros mínimos estipulados pelo Ministério da Saúde, o que é causado pela carência de odontólogos, de equipamentos e materiais odontológicos.

201. Por outro lado, o número de atendimentos médicos encontra-se acima do parâmetro mínimo estabelecido, quando considerada apenas a população do DF. Estima-se que 20% dos atendimentos no DF são destinados a pacientes do entorno, conforme anotado anteriormente.

202. De acordo com o relatório de situação apresentado pela Secretaria, a cobertura do Programa Saúde da Família - PSF no DF é de apenas 25% das famílias, sendo 8% direto do PSF e 17% por intermédio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Todavia, não se pode inferir que o restante da população fica sem cobertura da assistência à saúde, haja vista que, especialmente no DF, a Atenção Básica inclui outras formas de atendimento como os centros de saúde, cuja cobertura, segundo informações da SES, é de 65% da população.

203. Impende, pois, recomendar à SES que promova ações que inibam o atendimento em pronto-socorro de casos que poderiam ser atendidos em centros e postos de saúde e amplie o atendimento odontológico nas unidades, buscando alcançar pelo menos os parâmetros mínimos definidos pelo MS.

204. Com a implementação dessas recomendações, espera-se estimular o acesso preferencial dos usuários por meio dos postos e centros de saúde, como previsto nas políticas de saúde pública. Além disso, espera-se a redução nos custos de atendimento e o estímulo dos usuários a fazer a prevenção e o acompanhamento da saúde antes do agravamento da doença.



4 ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

205. Minuta do presente relatório (PT_31b.pdf) foi encaminhada à Secretaria de Saúde, com o objetivo de dar conhecimento ao gestor das constatações da equipe de auditoria e colher suas considerações sobre a pertinência do que foi levantado.

206. Referido encaminhamento ao gestor segue o Rito Processual das Auditorias Operacionais, aprovado pelo Tribunal por meio da Decisão nº 5/2008 (administrativa).

207. A resposta da SES, encaminhada ao Tribunal por meio do Ofício nº 1.294/2008-GAB/SES (fls. 15/42 e PT_32.pdf), foi assinada pelo Exmo. Sr. Secretário de Saúde e protocolada em 9.6.2008. Comenta-se, no presente tópico, apenas as opiniões do gestor das quais a equipe discorda. As demais foram incorporadas ao texto do trabalho.

Considerações do Gestor sobre o tópico 3.1 – “Acesso aos Serviços Públicos de Saúde”

208. O Secretário discordou dos achados nos quais se afirma que número excessivo de usuários não consegue acesso e que o tempo de espera tem comprometido o acesso às consultas, ambos dão suporte à conclusão de não estar sendo garantido o direito de acesso universal da população do DF às consultas médicas e odontológicas na rede pública de saúde. Aponta ainda contradição entre dois quadros da instrução: o que informa quais unidades controlam a demanda não atendida e o que mostra quantas pessoas ficaram sem atendimento.

209. As afirmações contestadas pelo Secretário apoiaram-se em entrevistas com servidores e observação direta da equipe durante as visitas, bem como nas informações prestadas pelos dirigentes de unidades, constantes dos quadros criticados.

210. Entende-se que a conclusão no sentido de, no DF, o acesso às consultas médicas e odontológicas não estar sendo garantido deve ser mantida. Nesse ponto, o próprio Secretário escreveu:

*“É bem verdade que **o Sistema Único de Saúde**, uma das maiores conquistas sociais do povo brasileiro, **ainda não consegue**, em qualquer município ou estado brasileiro, **responder pela plenitude das demandas** que existem no mundo real do território pátrio.*

*Mesmo **aqui no Distrito Federal**, que tem a maior Rede Pública de Saúde do Brasil, comparada a qualquer outra Unidade da Federação, **não tem havido condições de oferecer à população um serviço de saúde com a qualidade e **quantidade pretendidas pelos gestores** públicos.”***

211. Entende-se também que não há contradição nos quadros criticados. A conclusão do Secretário de que “*ou todas as unidades fazem o controle de acesso ou a conclusão está equivocada*” foi, essa sim, permeada de equívoco. O primeiro quadro mostra quantas unidades controlam o número de pacientes que ficaram sem atendimento no mês, indicando que cerca de 50% das unidades estão nessa



condição. O segundo quadro mostra o total de pessoas que ficaram sem atendimento no mês. Essa informação foi extraída somente das unidades que controlam esse dado. A quantidade de pessoas que ficou sem acesso nas demais unidades – que não realizam esse controle – não é conhecida. Porém, se em metade aleatória das unidades (que realiza o controle) muitas pessoas ficaram sem acesso, é forte a tendência de que tal situação se repita no restante da rede, onde esse controle não é feito. Daí a conclusão de que o número absoluto de usuários sem acesso deve ser muito maior do que o mostrado.

212. Por outro lado, o percentual encontrado de 34% de usuários sem acesso nas unidades que controlam a demanda pode ser inferido para toda a rede em função da representatividade dos elementos que responderam e da distribuição aleatória das respostas, que não evidenciam qualquer viés.

213. O Secretário afirmou que: *“É bem verdade que o quadro ideal de profissionais médicos jamais foi preenchido na Rede Pública de Saúde do DF, o que conduz realmente, em diversos casos, a uma demora na marcação da consulta”*. Não foi apresentado qual seria esse quadro ideal. Ressalte-se que, independentemente de tal quadro não estar preenchido, fato é que o número total de médicos por habitante no DF supera o parâmetro mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde.

214. Quanto à demora na realização de exames, o Secretário se pronunciou:

“Com relação à demora na realização de exames, problemas de fato ainda ocorrem. Por isso mesmo, tenho defendido que se busque a iniciativa privada para, nos termos da Constituição, complementar a Rede Pública. Algumas dificuldades, muito mais de natureza ideológica, têm sido encontradas, mas esperamos, em breve, ter condições de buscar essa complementariedade. Penso que o Relatório do TCDF poderia, inclusive, fazer referência a essa complementariedade que é constitucional.”

215. Durante os trabalhos, servidores da Secretaria entrevistados já haviam comentado que há interesse em se buscar complementariedade do particular para a realização de exames. O grande problema é que, atualmente, não há, na rede pública de saúde, sistema de custos que permita aferir precisamente a qualidade do gasto na realização de exames, nem controles eficientes que demonstrem aspectos como tempestividade e qualidade do serviço. Entende-se temerário repassar recursos financeiros ao particular para prestar serviços constitucionalmente atribuídos ao Estado, sem que seja realizado estudo técnico consistente, que demonstre clara vantagem para o Poder Público. E, pela falta de sistema de custos e controles eficientes, a elaboração de estudo com essas características encontra-se inviabilizada atualmente.

216. Das análises realizadas, quatro conclusões foram enumeradas pelo Secretário. Uma delas merece comentários:

“O DF teria condições de atender plenamente sua população se não tivesse a obrigação ética, moral e constitucional de atender àqueles que, vindo de outros estados e até mesmo de países da América Latina, aqui procuram atendimento”

217. Por disposição constitucional (art. 198, da CF), o sistema de saúde no país é único, sendo garantido a todos o direito de acesso a serviços de saúde na



rede pública e vedado qualquer preconceito motivado por procedência ou por outros motivos. Para evitar que determinados Estados ou Municípios tenham que suportar, com recursos próprios, pacientes advindos de outras unidades da federação, foram implementadas formas de compensação entre as unidades, de modo que aquela que recebe muitos pacientes de outras receba delas parcela correspondente de recursos financeiros. Corroborando essas afirmações, citam-se os seguintes dispositivos:

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (PT19-N.pdf)

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; (...)

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006 (PT19-A.pdf)

“2.2 - Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal: (...)

V - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais”

PORTARIA Nº 1.479, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1999 (PT19-O.pdf)

Art. 1º - Instituir a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade CNCPAAC, para tratamento de pacientes que requeiram assistência de serviços de alta complexidade não ofertados, ou ofertados com grande restrição de demanda, em seus estados de residência.

218. Diante disso, o DF não deveria sentir-se prejudicado por receber pacientes de outras unidades da federação, ao contrário, deveria investir em formas de controle acuradas que subsidiassem a busca pela compensação devida junto à unidade de origem de cada paciente de fora do DF atendido aqui, trazendo mais recursos para a saúde do DF.

219. Outras considerações foram feitas sobre a questão do entorno e serão comentadas em tópico mais adiante.



Considerações do gestor sobre o tópico 3.2 – “Gestão de Recursos Humanos”

220. O Secretário destacou novamente o fato de o quadro ideal de médicos jamais ter sido atingido pela SES/DF, estendendo a mesma observação aos demais profissionais de saúde. A par do que já foi exposto sobre os médicos no parágrafo 212, cumpre destacar que o número de odontólogos por habitante está abaixo do parâmetro recomendado pelo SUS. A quantidade e distribuição dos demais profissionais de saúde (enfermeiros, auxiliares, etc.) não foi objeto de análise no presente trabalho.

221. O Secretário destaca ainda medidas adotadas e a adotar de modo a buscar uma distribuição de recursos humanos mais adequada às necessidades da população. Tais medidas deverão constar de plano de ação a ser elaborado pela Secretaria de Saúde, cuja implementação será objeto de monitoramento em momento oportuno.

Considerações do gestor sobre o tópico 3.3 – “Gestão de Recursos Logísticos”

222. Todas as considerações do Secretário neste tópico vão ao encontro de recomendações pertinentes ao assunto propostas no presente relatório. Se implementadas em sua totalidade, estima-se que um impacto positivo significativo será observado na qualidade e quantidade de atendimentos da rede pública de saúde do DF.

223. É fundamental que a distribuição dos novos equipamentos e materiais pela rede seja acompanhada de conscientização sobre a importância de se zelar pelo bem público, de controles que coíbam o desvio no uso de tais equipamentos e de manutenção adequada que assegure melhor aproveitamento e uso prolongado dos novos recursos.

224. Assim como apontado no tópico anterior, tais medidas deverão constar de plano de ação a ser elaborado pela SES, cuja implementação será objeto de monitoramento posterior.

Considerações do Gestor sobre o tópico 3.4 – “Sistema de Regulação”

225. Das considerações realizadas pelo Secretário, observou-se que novos procedimentos sob regulação foram implementados durante a realização da presente auditoria. Planos para a regulação de muitos outros procedimentos foram comunicados.

226. Novamente, as medidas apostas pelo Secretário vão ao encontro de recomendações propostas nesse relatório e, se implementadas em sua totalidade, podem trazer impacto positivo significativo na qualidade e quantidade de atendimentos da rede pública de saúde do DF.

227. É fundamental que a implantação de novos procedimentos sob regulação seja acompanhada: de mecanismos que garantam a disponibilização de todas as vagas via sistema de regulação; da definição de protocolos que garantam o tratamento condizente com as mais diversas situações; de adequado gerenciamento



da fila eletrônica, impedindo oferta de vagas a usuários que não estejam na fila, excetuando-se as situações de emergência definidas em protocolos; e do fortalecimento dos controles sobre o funcionamento do sistema de regulação.

Considerações do Gestor sobre o tópico 3.5 – “Situação do DF quanto aos parâmetros do Ministério da Saúde relativos a Consultas”

228. O Secretário expôs que 80% dos pacientes que procuram atendimento em emergências poderiam ter suas necessidades atendidas em postos e centros de saúde, em concordância com a idéia central do achado de auditoria exposta pela equipe. Sobre esse ponto vaticina:

“temos de fato que inverter a lógica que veio sendo permitida ao longo do tempo. É necessário resgatar a confiança do paciente nos Centros de Saúde”

229. Destacou que as lotações de profissionais a partir de 2005, decorrentes de concursos públicos, têm privilegiado os centros de saúde. Informou, ainda, que está sendo implantada a classificação de risco nas emergências dos hospitais para possibilitar o atendimento prioritário de casos de emergência e o encaminhamento dos demais para o ambulatório do próprio hospital ou para centros de saúde.

230. Essas medidas, entretanto, não foram suficientes para alterar a situação de descrédito da população nos centros de saúde. Outras questões gerenciais deverão ser enfrentadas antes que se logre o intento expresso pelo Sr. Secretário.

231. Quanto ao impacto do entorno, o Secretário contesta o percentual de 20% apontado em pesquisa da Universidade de Brasília, Universidade Católica de Brasília e Universidade Federal de Minas Gerais. Apesar da pertinência das considerações quanto à variação do percentual para cada especialidade, dia da semana ou níveis de atendimento, nenhum percentual geral ou específico de impacto nos atendimentos foi apresentado, salvo o de 35% referente à ocupação de UTI's por pacientes de fora do DF (apresentado nas considerações sobre o tópico 5.1). Afirma o Secretário que *“todo o atendimento terciário da Região Centro-Oeste e de muitos municípios dos Estados da Bahia, Minas Gerais e até mesmo de vários Estados do Nordeste são feitos no DF”*. De outro lado, nada informa sobre os atendimentos no nível primário e secundário, em especial os pertinentes a consultas médicas e odontológicas, que formaram o objeto do presente trabalho.

232. Por fim, o Secretário contesta afirmação sobre o atendimento do Programa Saúde da Família, apresentando Nota Técnica com esclarecimentos. Os argumentos expostos motivaram a alteração neste Relatório do que havia sido escrito na minuta.

5 MONITORAMENTO E INDICADORES DE DESEMPENHO

233. Durante a auditoria, constataram-se inúmeros indicadores de saúde controlados pela SES. Todavia, o mesmo não ocorreu com indicadores de gestão da saúde. Faltam, principalmente, indicadores de custo, de tempestividade e de produtividade que permitam avaliar a evolução da qualidade da gestão administrativa dos serviços de saúde, por meio de séries históricas.

234. Para suprir essa lacuna, recomenda-se à Secretaria que implemente os indicadores propostos no quadro a seguir:

Nº	Indicador	Periodicidade	Base	Fórmula de cálculo e análise do indicador
I)	Tempo médio de espera em dias para o usuário conseguir consultas na rede do DF, por especialidade.	Trimestral	Unidades de Saúde, Diretorias Regionais de Saúde e Secretaria	Soma do nº dias de espera de todos os usuários (por especialidade)/número de usuários (por especialidade) Este indicador tem como objetivo aferir o nº de dias que o usuário precisa esperar em média para ser atendido na rede pública de saúde do DF. Deve-se fazer o cálculo por especialidade de consulta.
II)	Tempo médio de espera em dias para usuário conseguir exames na rede do DF, por tipo de exame.	Trimestral	Unidades de Saúde, Diretorias Regionais de Saúde e Secretaria	Soma do nº dias de espera de todos os usuário (por exame)/número de usuários (por exame) Este indicador tem como objetivo aferir o nº de dias que o usuário precisa esperar em média para ser atendido na rede pública de saúde do DF. Deve-se fazer o cálculo por tipo de exame.
III)	Percentual de consultas de usuários residentes no entorno no serviço de saúde do DF	trimestral	Unidades de Saúde, Diretorias Regionais de Saúde e Secretaria	Quantidade de consultas a usuários residentes no entorno/Total de consultas Este indicador tem como objetivo aferir a participação dos usuários residentes na região do Entorno do DF no total de consultas na rede de saúde no DF, de forma a propiciar aos gestores do sistema a identificação do impacto efetivo do entorno na rede do DF, e assim pleitear ao Ministério da Saúde o aumento de recursos transferidos ao Distrito Federal, mediante comprovação de uso efetivo da rede.
IV)	Percentual de internações de pacientes residentes no entorno no serviço de saúde do DF	anual	Unidades de Saúde, Diretorias Regionais de Saúde e Secretaria	Quantidade de internações de usuários do entorno no exercício/Nº total de internações Este indicador tem como objetivo aferir a participação dos usuários residentes na região do Entorno do DF no total de internações na rede de saúde no DF, de forma a propiciar aos gestores do sistema a identificação do impacto efetivo do entorno na rede do DF, e assim pleitear ao Ministério da Saúde o aumento de recursos transferidos ao Distrito Federal, mediante comprovação de uso efetivo da rede.
V)	Gasto por habitante com serviços de saúde	anual	Unidades de Saúde, Diretorias Regionais de Saúde e Secretaria	Soma das despesas empenhadas no Siggo e no Siafi - Fundo Constitucional, durante o exercício/Nº de habitantes do DF - Fonte: IBGE Este indicador tem como objetivo aferir o gasto <i>per capita</i> com saúde no DF
VI)	Gasto do serviço terceirizado de limpeza por m ² em cada unidade de saúde	mensal	Unidades de Saúde, Diretorias Regionais de Saúde e Secretaria	Soma das despesas empenhadas no Siggo e no Siafi - Fundo Constitucional, relativas ao serviço terceirizado de limpeza / total de metros quadrados da unidade Este indicador tem como objetivo aferir o gasto médio por metro quadrado com serviços terceirizados de limpeza.
VII)	Gasto com serviço terceirizado de alimentação por por tipo de refeição	mensal	Unidades de Saúde, Diretorias Regionais de Saúde e Secretaria	Soma das despesas empenhadas no Siggo e no Siafi - Fundo Constitucional, relativas ao serviço terceirizado de alimentação por por tipo de refeição / total de refeições fornecidas. Este indicador tem como objetivo aferir o gasto médio por tipo de refeição fornecida a pacientes da rede pública de saúde do DF.
VIII)	Gasto com serviço terceirizado de segurança por posto de vigilância	mensal	Unidades de Saúde, Diretorias Regionais de Saúde e Secretaria	Soma das despesas empenhadas no Siggo e no Siafi - Fundo Constitucional, relativas ao serviço terceirizado de segurança / quantidade de postos de vigilância. Este indicador tem como objetivo aferir o gasto médio do serviço terceirizado de segurança por posto de vigilância na rede pública de saúde do DF.



6 CONCLUSÃO

235. A Constituição Federal dispõe, em seu art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado e prevê o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Com base nesse mandamento, o presente trabalho teve como objetivo avaliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais da rede pública de saúde do DF e o impacto da gestão dos recursos humanos e logísticos da Secretaria de Saúde do DF nesse acesso, com foco nas consultas médicas e odontológicas. A abrangência ficou restrita ao período de 2006 a abril de 2008.

236. Na avaliação do acesso, entendido como a realização da consulta no mesmo dia ou o agendamento para outra data, constatou-se número excessivo de usuários que procuram as unidades de saúde e têm o acesso negado às consultas médicas e odontológicas. Somente no mês de novembro de 2007, 34% dos usuários não conseguiram se consultar, de acordo com informações prestadas por dirigentes de cerca de 70% das unidades de atendimento. Verificou-se, ainda, que o tempo elevado de espera para consultas também compromete o acesso dos usuários que conseguem o agendamento, e que as consultas de retorno dos usuários, quando necessárias, têm sido prejudicadas pela demora na realização de exames ou na apresentação de seus resultados. Tais problemas são causados principalmente pela gestão deficiente de recursos humanos e logísticos.

237. Na avaliação do impacto da gestão de recursos humanos no acesso dos usuários, observou-se indisponibilidade de consultas médicas durante o horário de funcionamento das unidades, apesar de o número de médicos por habitante no DF superar o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde.

238. A relação médico/população é superior ao mínimo recomendado mesmo que se considere o impacto do entorno do DF na demanda por serviços na rede pública. Apesar de a SES não dispor de dados sobre a utilização de seus serviços de saúde por usuários de outras unidades da federação, com exceção de pacientes internados, pesquisa realizada em conjunto pela Universidade de Brasília, Universidade Católica de Brasília e Universidade Federal de Minas Gerais estimou que esses atendimentos atingem 20% do total.

239. Os critérios atualmente utilizados pela SES para alocar pessoal nas unidades não garantem o atendimento das necessidades da população. A SES não controla sua capacidade de atendimento, nem a demanda da população por serviços médicos e, portanto, não consegue distribuir adequadamente sua força de trabalho. Existem unidades há anos sem médico.

240. No que concerne à odontologia, o número de odontólogos por habitante na rede pública do DF equivale aproximadamente à metade do preconizado pelo Ministério da Saúde.

241. Observou-se, nos trabalhos de campo, que os meios materiais e logísticos disponíveis para as unidades de atendimento são inadequados ou insuficientes e contribuem para limitar o acesso dos usuários. A principal causa apontada para esse problema foi a alocação não prioritária de recursos para a aquisição de equipamentos e material permanente, que em 2007 teve apenas 26%



de seu orçamento executado. Em contraste, *outros serviços de terceiros – pessoa jurídica* teve execução orçamentária de 93%.

242. O sistema de regulação de consultas e exames, implantado em parcela ínfima dos serviços, compromete o acesso de usuários aos procedimentos regulados. A regulação tem a função, entre outras, de cadastrar a demanda e a oferta de serviços de saúde, incluindo a escala dos profissionais e a disponibilidade de equipamentos necessários à realização de consultas e exames. Entretanto, no DF, a central de regulação não dispõe de informações suficientes sobre a totalidade da demanda por serviços regulados e da respectiva oferta.

243. Ainda sobre os serviços regulados, constatou-se baixa produtividade de consultas e exames sob regulação, com alto índice de vagas não utilizadas, possibilidade de fraudes no sistema utilizado pela SES e impossibilidade atual de controle consistente do tempo de espera por consultas, pela não segregação das informações sobre exames realizados na emergência, que reduzem o tempo médio de espera.

244. Por último, evidenciou-se que a proporção entre atendimentos em ambulatórios e atendimentos em emergências, bem como o índice de consultas odontológicas por habitante, estão muito distantes dos parâmetros definidos pelo ministério da Saúde.

245. Metade dos atendimentos na rede pública de saúde é realizada na emergência. Essa proporção dista sobremaneira da preconizada pelo Ministério da Saúde, que é de 15% dos atendimentos em emergências. Tal discrepância denota o perfil hospitalocêntrico da saúde pública do DF, acarretado pela dificuldade de acesso a consultas em postos e centros de saúde, que deveriam ser a porta preferencial de entrada no sistema.



7 PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

246. Ante todo o exposto, visando combater os problemas que restringem o acesso da população às consultas médicas e odontológicas, sugere-se ao egrégio Plenário:

I. recomendar à Secretaria de Saúde que:

a) quanto ao acesso às consultas médicas e odontológicas:

- 1) implemente protocolos para a solicitação, autorização, execução e entrega de resultados de exames, bem como para a marcação de consultas e de atendimentos odontológicos;
- 2) adote medidas para sanear as fragilidades do LACEN, apontadas nessa auditoria e no Ofício nº 2.371/2007-GAB/SES, de 15.9.07 (PT11.pdf), e destacadas a seguir:
 - i. defasagem tecnológica das unidades de diagnóstico por imagem;
 - ii. equipamentos em condições precárias de funcionamento (frequente paralisação);
 - iii. longo período de baixo investimento na manutenção e modernização dos equipamentos;
 - iv. carência quantitativa e qualitativa de equipamentos;
 - v. morosidade na aquisição de insumos (licitações fracassadas, tramitação longa de processos);
 - vi. condições físicas das instalações inadequadas com a RDC nº 302/2005 da ANVISA;
- 3) construa e monitore indicadores com objetivo de aferir a capacidade de atendimento da rede, a demanda por habitante, o custo médio por tipo de exame, o tempo médio de espera do usuário para a realização de exames e o tempo médio de espera para a entrega de resultados ao usuário.

b) quanto à gestão de recursos humanos:

- 1) implemente e fortaleça os controles sobre o cumprimento da jornada de trabalho dos servidores, concessão de abonos, licenças e afastamentos diversos;
- 2) identifique, registre e monitore a demanda atendida e não atendida, utilizando esta informação como balizadora do planejamento e da implementação das ações de saúde pública do DF, incluindo-se a alocação de pessoal;
- 3) identifique e mapeie a força de trabalho existente por unidade (incluindo postos de saúde) e por horas de atendimento efetivamente disponibilizadas;
- 4) processe os dados da demanda e da força de trabalho de forma a oferecer indicadores para alocação de médicos e demais servidores nas unidades;

c) quanto à gestão de recursos logísticos:



- 1) aloque prioritariamente recursos financeiros para o saneamento da carência de recursos logísticos nos centros e postos de saúde, conforme preceitua o Pacto pela Saúde 2006 – Portaria nº 399/GM/MS, de 22.2.2006, buscando a redução dos gastos com o custeio de atividades não finalísticas;
 - 2) crie mecanismos que propiciem o planejamento, o acompanhamento, o monitoramento, o controle e a avaliação da gestão logística da SES, contemplando, no mínimo:
 - i. registro permanente das necessidades logísticas das unidades de saúde;
 - ii. reposição tempestiva dos estoques das unidades;
 - 3) implemente indicadores de tempo médio entre a requisição e o atendimento de pedidos de material, reformas, manutenção de prédios e equipamentos;
 - 4) implemente centro de custos em todas as unidades, inclusive postos de saúde, de forma a controlar, entre outros:
 - i. custos do atendimento por especialidade e por unidade;
 - ii. gastos de material por unidade;
- d) quanto ao sistema de regulação:
- 1) adote providências para a implementação da Regulação em todos os serviços de saúde ofertados no DF, de forma a dar cumprimento ao compromisso assumido perante o Ministério da Saúde, nos termos do Pacto pela saúde entre SUS/DF, aprovado pela Portaria nº 399/GM, de 22.2.2006, e Portaria GM/MS 699/2006;
 - 2) inclua todas as vagas de consultas e exames regulados no sistema de regulação e defina protocolos que garantam o tratamento adequado às mais diversas situações;
 - 3) implemente o efetivo funcionamento da fila eletrônica, impedindo que vagas sejam ofertadas a usuários que não estejam na fila, excetuando-se as situações de emergência definidas em protocolos;
 - 4) promova auditorias periódicas para fiscalizar o sistema de regulação e avaliar sua eficiência;
 - 5) adote providências junto ao DATASUS para promover correções necessárias no Sisreg com vistas a:
 - i. criar campo para segregar tipo de exames e consultas de emergência e eletivas;
 - ii. disponibilizar relatórios gerenciais e analíticos que facilitem o gerenciamento dos recursos humanos e logísticos, como por exemplo desempenho por unidade, por médico, tempo médio de espera por especialidade, desvios de padrões de atendimento por unidades, dentre outras;
 - 6) distribua os médicos sob regulação de acordo com as demandas de cada regional, para possibilitar ao paciente realizar a consulta mais próxima de sua



localidade e, assim, reduzir o número de consultas agendadas e não realizadas por falta de pacientes;

e) quanto aos resultados dos parâmetros de consultas:

- 1) promova ações que estimulem o atendimento em centros e postos de saúde, com o intuito de reduzir a busca por atendimentos dessa mesma natureza em emergências;
- 2) amplie o atendimento odontológico nas unidades, buscando alcançar pelo menos os parâmetros mínimos definidos pelo MS;

f) apresente a este Tribunal, no prazo de 90 (noventa) dias, Plano de Implementação dessas e de outras medidas que entender necessárias para resolução dos problemas, constando do respectivo cronograma os prazos a serem considerados em cada etapa, para fins do posterior monitoramento a ser realizado por esta Corte de Contas.

II. encaminhar cópia do presente relatório:

- a) ao Governador do Distrito Federal;
- b) à Secretaria de Saúde do Distrito Federal;
- c) aos Deputados Distritais.



8 DECISÃO

SECRETARIA DAS SESSÕES

SESSÃO ORDINÁRIA Nº 4185, DE 22 DE JULHO DE 2008

PROCESSO Nº 26.145/07

RELATOR: Conselheiro JORGE CAETANO

EMENTA: Auditoria Operacional realizada na Secretaria de Estado de Saúde para avaliar o acesso dos usuários aos serviços ambulatoriais da rede pública de saúde do Distrito Federal e o impacto da gestão dos recursos humanos e logísticos no fornecimento desses serviços.

DECISÃO Nº 4335/2008

O Tribunal, por unanimidade, de acordo com o voto do Relator, decidiu: I – tomar conhecimento: a) do Ofício nº 1.294/2008 – GAB/SES e da Nota Técnica sobre Divergências de Avaliação do Programa Saúde da Família, fls. 15/42; b) dos Papéis de Trabalho de fls. 04/13; c) da Informação nº 09/2008 – ACOMP/5ª ICE; II - recomendar à Secretaria de Estado de Saúde que: a) quanto ao acesso às consultas médicas e odontológicas: a.1) implemente protocolos para a solicitação, autorização, execução e entrega de resultados de exames, bem como para a marcação de consultas e de atendimentos odontológicos; a.2) adote medidas para sanear as fragilidades do LACEN, apontadas nessa auditoria e no Ofício nº 2.371/2007-GAB/SES, de 15.9.07 (PT11.pdf), e destacadas a seguir: a.2.1) defasagem tecnológica das unidades de diagnóstico por imagem; a.2.2) equipamentos em condições precárias de funcionamento (frequente paralisação); a.2.3) longo período de baixo investimento na manutenção e modernização dos equipamentos; a.2.4) carência quantitativa e qualitativa de equipamentos; a.2.5) morosidade na aquisição de insumos (licitações fracassadas, tramitação longa de processos); a.2.6) condições físicas das instalações inadequadas com a RDC nº 302/2005 da ANVISA; a.3) construa e monitore indicadores com objetivo de aferir a capacidade de atendimento da rede, a demanda por habitante, o custo médio por tipo de exame, o tempo médio de espera do usuário para a realização de exames e o tempo médio de espera para a entrega de resultados ao usuário; b) quanto à gestão de recursos humanos: b.1) implemente e fortaleça os controles sobre o cumprimento da jornada de trabalho dos servidores, concessão de abonos, licenças e afastamentos diversos; b.2) identifique, registre e monitore a demanda atendida e não-atendida, utilizando esta informação como balizadora do planejamento e da implementação das ações de saúde pública do Distrito Federal, incluindo-se a alocação de pessoal; b.3) identifique e mapeie a força de trabalho existente por unidade, incluindo postos de saúde, e por horas de atendimento efetivamente disponibilizadas; b.4) processe os dados da demanda e da força de trabalho de forma a oferecer indicadores para alocação de médicos e demais servidores nas unidades; c) quanto à gestão de recursos logísticos: c.1) aloque prioritariamente recursos financeiros para o saneamento da carência de recursos logísticos nos centros e postos de saúde, conforme preceitua o Pacto pela Saúde 2006 – Portaria nº 399/GM/MS, de 22.02.06, buscando a redução dos gastos com o custeio de atividades não finalísticas; c.2) crie mecanismos que propiciem o planejamento, o acompanhamento, o monitoramento, o controle e a avaliação da gestão logística da Secretaria, contemplando, no mínimo: c.2.1) registro permanente das necessidades logísticas das unidades de saúde; c.2.2) reposição tempestiva dos estoques das unidades; c.3) implemente indicadores de tempo médio entre a requisição e o atendimento de pedidos de material, reformas, manutenção de prédios e equipamentos; c.4) implemente centro de custos em todas as unidades, inclusive postos de saúde, de forma a controlar, entre outros: c.4.1) custos do atendimento por especialidade e por unidade; c.4.2) gastos de material por unidade; d) quanto ao



sistema de regulação: d.1) adote providências para a implementação da Regulação em todos os serviços de saúde ofertados no Distrito Federal, de forma a dar cumprimento ao compromisso assumido perante o Ministério da Saúde, nos termos do Pacto pela saúde entre o SUS/DF, aprovado pela Portaria nº 399/GM, de 22.2.2006, e Portaria GM/MS 699/2006; d.2) inclua todas as vagas de consultas e exames regulados no sistema de regulação e defina protocolos que garantam o tratamento adequado às mais diversas situações; d.3) implemente o efetivo funcionamento da fila eletrônica, impedindo que vagas sejam ofertadas a usuários que não estejam na fila, excetuando-se as situações de emergência definidas em protocolos; d.4) promova auditorias periódicas para fiscalizar o sistema de regulação e avaliar sua eficiência; d.5) adote providências junto ao DATASUS para promover correções necessárias no Sistema de Regulação - Sisreg com vistas a: d.5.1) criar campo para segregar tipo de exames e consultas de emergência e eletivas; d.5.2) disponibilizar relatórios gerenciais e analíticos que facilitem o gerenciamento dos recursos humanos e logísticos, como por exemplo desempenho por unidade, por médico, tempo médio de espera por especialidade, desvios de padrões de atendimento por unidades, dentre outras; d.6) distribua os médicos sob regulação de acordo com as demandas de cada regional, para possibilitar ao paciente realizar a consulta mais próxima de sua localidade e, assim, reduzir o número de consultas agendadas e não realizadas por falta de pacientes; e) quanto aos resultados dos parâmetros de consultas: e.1) promova ações que estimulem o atendimento em centros e postos de saúde, com o intuito de reduzir a busca por atendimentos dessa mesma natureza em emergências; e.2) amplie o atendimento odontológico nas unidades, buscando alcançar pelo menos os parâmetros mínimos definidos pelo Ministério da Saúde; f) apresente a este Tribunal, no prazo de 90 (noventa) dias, plano de implementação dessas e de outras medidas que entender necessárias para resolução dos problemas, constando do respectivo cronograma os prazos a serem considerados em cada etapa, para fins do posterior monitoramento a ser realizado por esta Corte de Contas; III - autorizar: a) o encaminhamento de cópia da Informação nº 09/2008 ao Governador do Distrito Federal, à Secretaria de Estado de Saúde e à Câmara Legislativa do Distrito Federal; b) o retorno dos autos à 5ª ICE, para as providências pertinentes e posterior arquivamento. Decidiu, mais, acolhendo proposição do Ministério Público, mandar publicar, em anexo à ata, o relatório/voto do Relator. Presidiu a Sessão o Presidente, Conselheiro ÁVILA E SILVA. Votaram a Conselheira MARLI VINHADELI, os

Conselheiros JORGE CAETANO e MANOEL DE ANDRADE e o Conselheiro-Substituto PAIVA MARTINS. Participou a representante do MPJTCD/DF Procuradora-Geral CLÁUDIA FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA. Ausentes os Conselheiros RONALDO COSTA COUTO, RENATO RAINHA e ANILCÉIA MACHADO.

SALA DAS SESSÕES, 22 DE JULHO DE 2008.

LUIZ ANTÔNIO RIBEIRO
Secretário das Sessões

PAULO CÉSAR DE ÁVILA E SILVA
Presidente



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL