



Tribunal de Contas do Distrito Federal
Secretaria Geral de Controle Externo
Secretaria de Macroavaliação da Gestão Pública
Divisão de Auditoria de Programas e de Recursos Externos



Relatório de Auditoria

Auditoria Operacional nas Unidades de Tratamento Intensivo da Rede Pública de Saúde do DF

Brasília-DF, agosto de 2014



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 2014**

Conselheiros

Inácio Magalhães Filho – Presidente
Anilcéia Luzia Machado – Vice-Presidente
Manoel Paulo de Andrade Neto
Antônio Renato Alves Rainha
Paulo Tadeu
José Roberto de Paiva Martins

Ministério Público

Demóstenes Tres Albuquerque – Procurador-Geral
Márcia Ferreira Cunha Farias
Cláudia Fernanda de Oliveira Pereira
Marcos Felipe Pinheiro Lima



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

AUDITORIA OPERACIONAL

**UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
DO DISTRITO FEDERAL**

SECRETARIA DE MACROAVALIAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA

Secretário de Macroavaliação da Gestão Pública: Luiz Genéδιο Mendes Jorge

DIVISÃO DE AUDITORIA DE PROGRAMAS E DE RECURSOS EXTERNOS

Diretor: Henirdes Batista Borges

EQUIPE DE AUDITORIA

Fabício Bianco Abreu (coordenador)

Alexandre Pochyly da Costa

Helder Silvério Borba

Joana d’Arc Lázaro

Marcelo Magalhães Silva de Sousa

CAPA

Marcelo Magalhães Silva de Sousa

DADOS PARA CONTATO

Tribunal de Contas do Distrito Federal

Praça do Buriti – Ed. Palácio Costa e Silva (Anexo)

Secretaria de Macroavaliação da Gestão Pública– 7º 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”



LISTA DE SIGLAS

CF	Constituição Federal
CGHOSP	Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar
CGRA/MS	Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação do Ministério da Saúde
CRIH	Central de Regulação de Internação Hospitalar
DAE/MS	Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde
DC	Documento
DF	Distrito Federal
DIREG	Diretoria de Regulação
DIURE	Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
GAI	Gerência de Assistência Intensiva
GASMU	Gerência de Apoio ao Serviço Pré-Hospitalar Móvel de Urgência
GDF	Governo do Distrito Federal
GERIH	Gerência de Regulação de Internação Hospitalar
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HMIB	Hospital Materno Infantil de Brasília
HOME	Hospital Ortopédico e Medicina Especializada
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
HRG	Hospital Regional do Gama
HRP (ou HRPL)	Hospital Regional de Planaltina
HRPA	Hospital Regional do Paranoá
HRS	Hospital Regional de Sobradinho
HRSAM	Hospital Regional de Samambaia
HRSM	Hospital Regional de Santa Maria
HRT	Hospital Regional de Taguatinga
HUB	Hospital Universitário de Brasília
ICDF	Instituto de Cardiologia do Distrito Federal



ITI	Instituto de Terapia Intensiva
LODF	Lei Orgânica do Distrito Federal
MS	Ministério da Saúde
NIA	Núcleo de Internação e Alta
OXTAL (SÃO MATEUS)	Oxital Medicina Interna e Terapia Intensiva (nome de fantasia Hospital São Mateus)
PT	Papel de Trabalho
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SANTA MARTA	Hospital Santa Marta
SÃO FRANCISCO	Hospital São Francisco (Serviços Hospitalares YUGE Ltda)
SAS/SES	Subsecretaria de Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUPRAC	Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle
SUS	Sistema Único de Saúde
SUTIS	Subsecretaria de Tecnologia da Informação em Saúde
TCDF	Tribunal de Contas do Distrito Federal
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo



SUMÁRIO

RESUMO	8
1 INTRODUÇÃO	9
1.1 VISÃO GERAL DO OBJETO E ANTECEDENTES	10
1.1.1 O PROCESSO DE REGULAÇÃO	14
1.1.2 A REGULAÇÃO DE UTI NO DISTRITO FEDERAL	15
1.1.3 INTERNAÇÃO FORA DE FLUXO	20
1.2 AVALIAÇÃO DE CONTROLE INTERNO.....	22
1.3 OBJETIVOS E ESCOPO DA AUDITORIA.....	23
1.4 PROCEDIMENTOS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	23
1.5 LIMITAÇÕES	23
2 RESULTADOS DA AUDITORIA	26
2.1 <i>Cerca de 2 em cada 3 pacientes não conseguem internação em leitos de UTIs da rede pública do DF, e a maioria dos que conseguem têm internação tardia. Além disso, por vezes, o princípio da equidade não é respeitado.</i>	26
2.2 <i>A SES não administra com eficiência os leitos de UTI à disposição da rede pública de saúde do DF. Além disso, não houve o aumento de eficiência divulgado no “Balanço de Gestão SES-DF, Período 2011-2014”.</i>	42
3 COMENTÁRIOS DO GESTOR.....	47
4 CONCLUSÕES	50
5 PROPOSIÇÕES.....	52
6 DECISÃO.....	54



RESUMO

Foi realizada auditoria operacional com o objetivo de avaliar o acesso da população às Unidades de Tratamento Intensivo da rede pública de saúde do Distrito Federal.

Para a consecução deste trabalho foram realizadas entrevistas com os gestores da CRIH, com a Diretoria de Regulação e com a Subsecretária de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle. Também foram analisados documentos produzidos pelos gestores acima relacionados e outros fornecidos pela Diretoria de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde e pela Subsecretaria de Tecnologia e Informação em Saúde.

Constatou-se que 64% das solicitações de internação em UTI em 2013 não foram atendidas, e os pacientes que conseguiram acesso aos leitos de UTI tiveram, em sua maioria, internação tardia. No DF, o tempo médio decorrido entre a solicitação e a efetiva internação é maior que o recomendado nas publicações médicas consultadas, acarretando o aumento do risco de morte dos pacientes e o prolongamento do tratamento.

Verificou-se que a SES/DF não garante equidade no acesso aos leitos de UTI, pois pacientes são internados sem cumprir o fluxo da Central de Regulação de Internação Hospitalar.

Além disso, a SES não administra com eficiência os leitos de UTI à disposição da rede pública de saúde do DF, pois ocorrem muitos casos de retenção na UTI de paciente que já conta com a alta médica.



1 INTRODUÇÃO

Seguindo o Plano Geral de Auditoria desta Corte e ante a delimitação feita pelo Excelentíssimo Conselheiro Relator das Contas de Governo do exercício de 2013, o acesso da população às Unidades de Tratamento Intensivo foi eleito como um dos temas a serem abordados no Relatório Analítico e Parecer Prévio do Tribunal de Contas do Distrito Federal.

2. Nos termos da Resolução nº 7/2010 da Anvisa, a Unidade de Tratamento Intensivo(UTI) é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.

3. A depender da gravidade do estado de saúde do paciente, a internação em UTI pode ser decisiva para o seu reestabelecimento. Por essa razão, é de suma importância que, quando os pacientes precisarem desse serviço, tenham acesso efetivo e tempestivo.

4. Cumpre destacar, neste ponto, os imperativos de universalidade e equidade trazidos pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) e pela Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF). Com efeito, o art. 196 da CF/88 estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve prestá-la de maneira a garantir o acesso universal a todos os cidadãos, de forma igualitária. Da mesma forma, o art. 204 da LODF assevera que o dever da prestação de assistência à saúde será assegurado mediante políticas que visem ao acesso universal e igualitário.

5. Todavia, por envolver técnicos e equipamentos com especificidades e em razão da escassez de unidades disponíveis na rede pública, foi instituída a Política Nacional de Regulação¹, a ser implantada em todas as unidades federadas, com vistas a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações².

6. No DF, as ações locais de regulação começaram a ser implementadas a partir de 2006, com a edição das Portarias/GAB/SES n^{os} 41 e

¹ Portaria nº 1.559-GAB/MS, de 1º de agosto de 2008.

² Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores.** MS-SAS/DRAC. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.



42/2006, pelas quais foi criada a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) e estabelecidos diretrizes e critérios para admissão e alta nas UTIs, respectivamente.

7. Cabe à CRIH regular os leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde das redes pública, conveniada e contratada do DF, mas foi decidido pela Secretaria de Saúde que a regulação se restringiria, em um primeiro momento, aos leitos de Tratamento Intensivo Neonatal, Pediátrico e Adulto, conforme estabelecido no art. 2º da mencionada Portaria SES/DF nº 41/2006).

8. Posteriormente, foi instituído o Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF), normatizado pela Portaria SES/DF nº 189/2009, tendo a Central de Regulação de Internação Hospitalar passado a integrar a estrutura daquele.

1.1 VISÃO GERAL DO OBJETO E ANTECEDENTES

9. O objeto do presente trabalho são as UTIs da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal.

10. Não há dúvida de que os cidadãos têm direito à saúde e, em consequência, à internação em leitos de UTI quando necessário. Entretanto, são frequentes as alegações de falta de recursos, dificuldades operacionais e entraves burocráticos para justificar a ausência ou insuficiência dos serviços de saúde e de leitos especializados, conforme constatado em diversas decisões pelo TCDF.



Decisão e Processo TCDF	Destaques em relação ao tema
Decisão nº 28/2003 (Proc. nº 2.948/99)	Qualidade reduzida do atendimento ao público na área de saúde; insuficiência de recursos para atendimento à demanda; carência de leitos hospitalares.
Decisão nº 3819/2005 (Proc. nº 7768/05)	Insuficiência de leitos de UTI na rede pública.
Decisão nº 4335/2008 (Processo nº 26145/07)	Recomendação para identificar, registrar e monitorar a demanda atendida e a não atendida, utilizando essa informação para balizamento do planejamento para a realização de ações de saúde pública; construir e monitorar indicadores para aferir a capacidade de atendimento da rede em relação à demanda.
Decisão nº 6065/2009 (Proc. nº 4129/08)	Carência de leitos próprios de UTI.
Decisão nº 3961/2012 (Proc. nº 4129/08)	Recomendação à Secretaria de Saúde do Distrito Federal que adote providências para ampliar a quantidade de leitos de UTI necessária ao atendimento da demanda; baixa taxa de ocupação dos leitos de UTI; permanência de paciência em leitos de UTI após receber alta.

11. Além dessas decisões, cabe destacar ainda a Auditoria Operacional realizada no âmbito do Processo – TCDF nº 26145/07, com vistas a monitorar o cumprimento da Decisão nº 4335/08. Naqueles trabalhos, constatou-se a existência de fila de espera para acesso aos leitos de tratamento intensivo da rede, bem como se noticiou a taxa de óbitos entre aqueles pacientes que tiveram a internação em UTI negada. Em relação às medidas adotadas pelo GDF para corrigir os problemas apontados, destaca-se o aumento na quantidade de leitos de UTI disponíveis na rede pública, passando de 323, em 2010, para 432 ao final de 2013, dos quais 74 pertencem à rede privada e estão disponíveis à SES mediante contrato.

12. A quantidade de UTIs disponíveis na rede pública ao final do exercício de 2013 é apresentada no quadro a seguir:



Quadro Resumo de UTIs – 2013

Leitos de UTI	Adulto				Pediátrica	Neonatal	Total UTI
	Geral	Cirúrgica	Coronariana	Neuro-Trauma			
REDE PRÓPRIA							
Regulados	154	0	8	24	37	60	283
Eletivos (não regulados)	13	20	8	0	5	2	48
Captção de Órgãos	1	0	0	0	0	0	1
Crônicos	0	0	0	0	14	0	14
SUBTOTAL	168	20	16	24	56	62	346
REDE CONVENIADA							
Regulados	4	0	0	0	0	4	8
Eletivos (não regulados)	2	0	0	0	0	0	2
SUBTOTAL	6	0	0	0	0	4	10
REDE CONTRATADA							
Regulados	40	0	17	0	6	11	74
Eletivos (não regulados)	0	0	0	0	2	0	2
SUBTOTAL	40	0	17	0	8	11	76
TOTAL	214	20	33	24	64	77	432

Fonte: Ofício nº 388/2014-GAB/SES de 3 de fevereiro de 2014.

13. Cumpre registrar que, em 2013, existiam apenas 4.372 leitos gerais no Distrito Federal, segundo informa a SES³ à fl. 180. Ressalta-se que o número é inferior ao registrado em outubro de 2005, quando o total de leitos gerais era de 4.512 leitos.

14. Quanto à quantidade de leitos hospitalares e de UTI a serem ofertados à população, ressalta-se a Portaria nº 1.101/2002, do Ministério da Saúde, que estabelece como parâmetros:

- a. 2,5 a 3 leitos hospitalares gerais a cada 1.000 habitantes; e
- b. 4% a 10% do total de leitos hospitalares gerais devem ser destinados a UTI, o que corresponde a 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes.

15. Em 2013, a população estimada do DF era de 2.789.761 habitantes⁴. Levando em conta a população da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), a estimativa sobe para

³ Fonte: Relatório Técnico nº 144/2014 – CONT/COR/SES-DF

⁴ Fonte: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=df#>. Acesso em: 08 jul. 2013.



4.033.998 pessoas⁵. Conjugando esses dados aos parâmetros da acima mencionada Portaria, projetam-se os quantitativos de leitos gerais e de UTI que deveriam ser colocados à disposição da população:

População em 2013		Previsão segundo Portaria GM/MS nº 1.101/2002			
		Leitos gerais que deveriam ser ofertados ao público em 2013 (entre 2,5 e 3 leitos por 1.000 habitantes)		Leitos de UTI que deveriam ser ofertados ao público em 2013 (entre 1 e 3 leitos por 10.000 habitantes)	
		Mín.	Máx.	Mín.	Máx.
DF	2.789.761	6.975 leitos	8.370 leitos	279 leitos	837 leitos
RIDE	4.033.998	10.085 leitos	12.102 leitos	404 leitos	1.211 leitos

16. A oferta de leitos hospitalares e de UTIs também é objeto do Plano Plurianual 2012-2015 do Distrito Federal (PPA). Ao tratar do assunto, o referido Plano elencou algumas metas para 2013, entre as quais se destacam a de 2 leitos gerais a cada 1.000 habitantes e a destinação do percentual de 8,7% desses leitos para utilização como UTIs.

17. Considerando as estimativas populacionais do IBGE para o exercício, pode-se expressar essas metas em termos dos quantitativos de leitos gerais e de UTIs.

População em 2013		Metas PPA 2012-2015 para 2013	
		Leitos gerais planejados (2 leitos por 1.000 habitantes)	Leitos de UTI planejados (8,7% dos leitos gerais planejados)
DF	2.789.761	5580	486
RIDE	4.033.998	8068	702

18. Tomando como base apenas a população do DF, os 4.372 leitos gerais existentes, em 2013, correspondem a aproximadamente 1,6 leitos gerais por 1.000 habitantes, ou a pouco menos de 1,1 leitos por 1.000 habitantes, se considerada a população do Entorno.

19. Assim, na melhor das hipóteses, considerando-se apenas a população residente no DF e, ainda, o limite mínimo admitido pela Portaria GM/MS nº 1.101/2002 para a oferta de leitos gerais, verificou-se em 2013 um *deficit* de 2.603 leitos gerais no DF. Se, em vez disso, admitíssemos como razoável a meta proposta no PPA para leitos gerais, ainda assim a oferta em

⁵ Consultou-se a população de cada município integrante da RIDE somada a população do Distrito Federal, consultada no site acima. Fonte: IBGE. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 08 jul. 2013.



2013 foi 1.208 leitos menor que o planejado.

Em 2013 a oferta de leitos gerais no DF foi deficitária em 2.603 leitos, em relação ao mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde.

20. Nesse ponto, cabe uma observação acerca da meta do PPA para o número de leitos de tratamento intensivo a serem colocadas em funcionamento. Como visto, a quantidade de UTIs necessárias é calculada como percentual (8,7%) do total de leitos gerais. Assim, a insuficiência de leitos gerais diminuiria o número de UTIs a serem disponibilizadas para atendimento da população. Para evitar essa distorção, optou-se por assumir como mínimo, para fins da meta do PPA, o valor de 486 leitos de UTI, que pressupõe o alcance da meta planejada para leitos gerais.

21. Quanto à oferta de leitos de UTI, o DF não alcançou a meta prevista no PPA para 2013 (486 leitos). A situação encontrada ao final do exercício (432 leitos) foi deficitária em 54 leitos, ou seja, 11% inferior à meta do PPA para o período.

1.1.1 O PROCESSO DE REGULAÇÃO

31. Por envolver técnicos e equipamentos especializados e em razão da escassez de UTIs na rede pública, foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a política de regulação, processo pelo qual o Estado disponibiliza serviços de saúde com a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

32. A regulação traz um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde ao reforçar e qualificar as funções gestoras, otimizando os recursos de custeio da assistência, qualificando o acesso e, conseqüentemente, proporcionando aos usuários do SUS melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde⁶.

⁶ Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [apresentação].



1.1.2 A REGULAÇÃO DE UTI NO DISTRITO FEDERAL

38. Como estabelecido na Portaria SES/DF nº 41/06, o objeto imediato de regulação da Central de Regulação de Internação Hospitalar da SES é a totalidade dos leitos de Tratamento Intensivo Neonatal, Pediátrico e Adulto, dos hospitais das redes própria, conveniada ou contratada pela SES/DF, localizados no DF. O acesso dos pacientes a tais leitos é priorizado pela CRIH segundo critérios de risco e protocolos estabelecidos na Portaria SES/DF nº 42/06.

39. Por se tratar de procedimento inovador na política de saúde do DF é imprescindível que haja protocolos operacionais a serem seguidos pelos servidores e normatização sobre as responsabilidades de controle e supervisão das atividades, sobretudo no DF, em que a rede de saúde é muito ampla e distribuída em várias unidades regionais de saúde.

40. As diretrizes e critérios estabelecidos no DF para regulação de leitos de UTI referem-se à priorização da admissão de pacientes nas Unidades de Tratamento Intensivo; condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão à UTI; e critérios para a alta da UTI. Os critérios de priorização são os seguintes:



1.1 - CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO:

PRIORIDADE 01 - Pacientes criticamente enfermos, em coma ou não, e instáveis que necessitam de cuidados de Terapia Intensiva e monitoração que não pode ser provida fora do ambiente de UTI. Usualmente, esses tratamentos incluem suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir terapêutica necessária. Exemplos destes doentes incluem choque ou pacientes com instabilidade hemodinâmica, pacientes em insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório, inclusive neonatal; prematuro abaixo de 1500g na primeira semana de vida.

PRIORIDADE 02 - Pacientes que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estipulado para estes pacientes. Exemplos incluem pacientes com condições comórbidas crônicas (como as terapias renais substitutivas) que desenvolvem doenças agudas graves clínicas ou cirúrgicas; prematuros acima de 30 semanas, nas primeiras horas de vida, em uso de suporte respiratório, tipo CPAP nasal, que fizeram uso do surfactante pulmonar e estão compensados clínica e laboratorialmente; desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo.

PRIORIDADE 03 - Pacientes criticamente enfermos, mas que têm uma probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base ou natureza de sua doença aguda. Esses pacientes podem necessitar de tratamento intensivo para aliviar uma doença aguda, mas limites ou esforços terapêuticos podem ser estabelecidos como não intubação ou reanimação cardio-pulmonar. Exemplos incluem pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção, tamponamento ou obstrução de via aérea; prematuros extremos – abaixo de 25 semanas e/ou peso abaixo de 500g; mal formações incompatíveis com a vida; hemorragia intra/peri/ventricular de grande extensão.



41. A já mencionada Portaria nº 42/06 estabelece, ainda, condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão em UTI, bem como parâmetros orientadores quanto ao quadro clínico do paciente, os quais são elencados distintamente para UTI adulto e para UTI neonatal ou pediátrica. Todas essas diretrizes, juntamente com a evolução da patologia no paciente, devem formar a convicção dos médicos reguladores na priorização do acesso aos leitos de UTI.

42. O processo de regulação de internação hospitalar em leito de UTI tem início a partir do momento em que o médico que assiste o paciente inclui, no sistema informacional, a solicitação de internação.

Caberá ao médico assistente: a. preencher, para toda solicitação de internação em leitos de UTI, o formulário - *Solicitação de Internação Hospitalar – Modelo/SES 9201-Código 201.181*, em duas vias, a primeira, de cor branca, deverá ser encaminhada ao Núcleo de Internação e Alta - NIA e a segunda via, de cor amarela, deverá ser arquivada no prontuário do paciente; (art. 7º, I, da Portaria 41/2006).

43. Recebida a solicitação, a equipe da central de regulação inicia o processo. Cabe aos **médicos reguladores** analisar a solicitação de internação e classificá-la segundo os critérios de priorização para admissão em UTI. Se as informações estiverem incompletas ou forem insuficientes, deve solicitar a complementação dos dados necessários para fundamentar a decisão de autorizar a internação. Quando surgir leito de UTI disponível, o médico regulador faz a reserva da vaga pelo sistema informatizado.

44. O **controlador** da Central de Regulação – profissional de nível superior em enfermagem – é responsável por monitorar a ocupação dos leitos de UTI e controlar a atualização das informações de todas as internações sob regulação. Deve também acompanhar o tempo de permanência hospitalar de cada internação, com base nos parâmetros do Ministério da Saúde, e monitorar as transferências intra e inter-hospitalar.

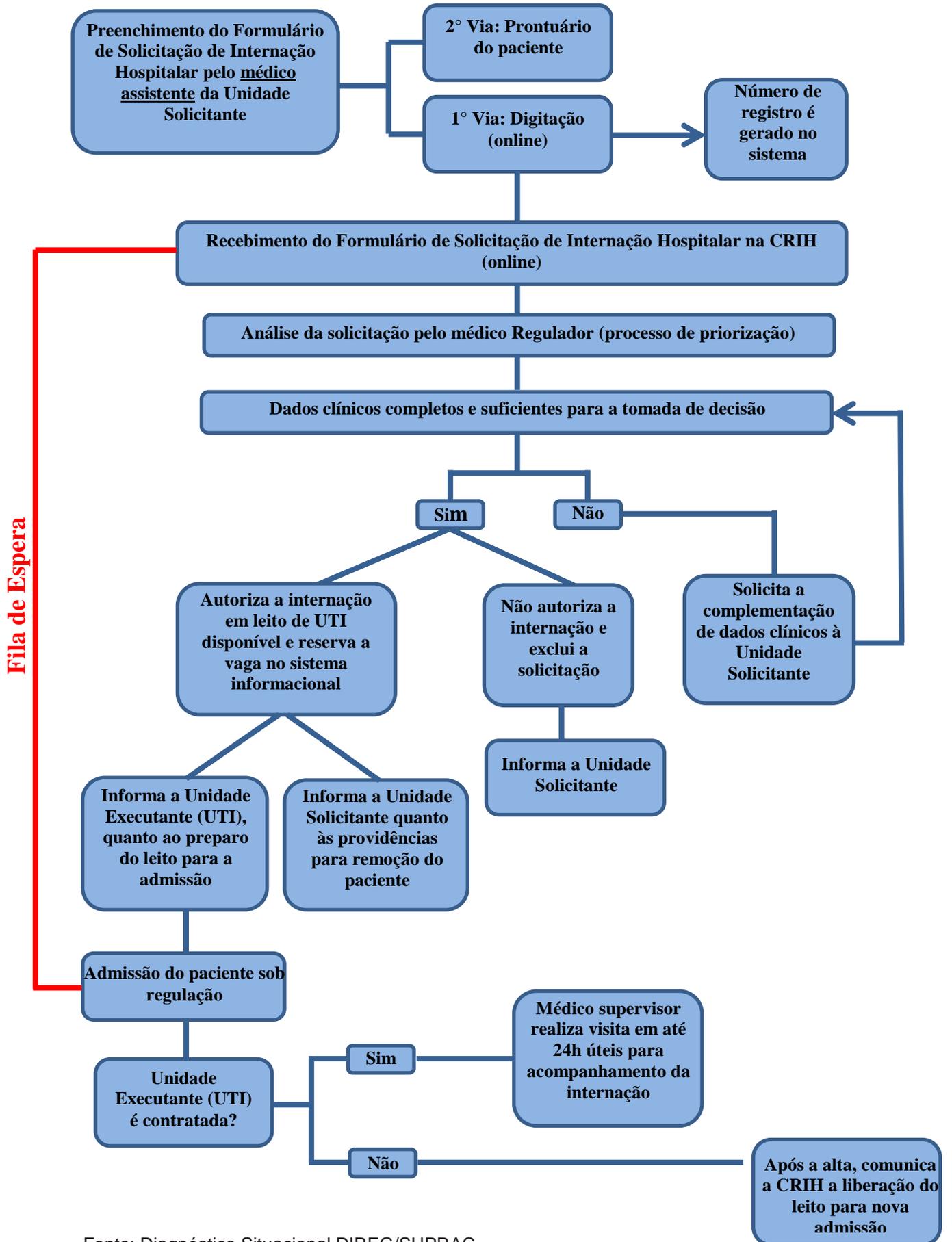
45. À **equipe de supervisão** da Central de Regulação cabe visitar as unidades de UTI para acompanhar o tratamento dos pacientes, solicitar, compulsoriamente, a transferência de pacientes internados nas UTIs dos hospitais particulares contratados para os hospitais da rede SES/DF e conveniados, e oferecer informações subsidiárias à Central de Regulação.

46. As **unidades executantes**, assim chamados os hospitais que disponibilizam leitos de UTI, são responsáveis pela confirmação, no sistema informacional de regulação, da reserva do leito realizada pelo médico regulador; pelo recebimento do paciente; pelo processamento da internação no



sistema informatizado; pela atualização do mapa de leitos e das condições do leito (bloqueado, ocupado, vago ou reservado) no sistema a cada 6 horas; pelo envio de relatório médico à central de regulação solicitando prorrogação da internação quando o tempo médio de permanência exceder o preconizado pelo Ministério da Saúde; e por autorizar a transferência de pacientes de leitos de UTI contratadas para suas UTIs (se for hospital público ou conveniado), quando houver disponibilidade de vaga.

47. O fluxo da regulação é demonstrado no esquema seguinte:





1.1.3 INTERNAÇÃO FORA DE FLUXO

48. O paciente atendido em uma UTI regulada sem que o direcionamento do leito tenha sido feito pela Central de Regulação de Internação Hospitalar recebe a classificação de “fora de fluxo”. Tal procedimento atenta contra o princípio da equidade, preconizado pelo SUS.

49. Esse princípio, que se encontra previsto na CF/88 e na legislação de regência do SUS, obriga o Estado a garantir o acesso aos leitos de UTI próprios, conveniados ou contratados de acordo com a ordem de priorização definida a partir das diretrizes e critérios da CRIH.

50. Resta lembrar que, ante a falta de leitos disponíveis, tem sido frequente a utilização da via judicial para se conseguir internação em leito de UTI, geralmente com êxito no pedido, tendo em vista que o dever do Estado de garantir acesso aos meios de recuperação da saúde é de natureza cogente e, ainda que não tenha vaga disponível na rede pública, o Estado deve possibilitar o tratamento na rede privada.

51. Nas palavras do Defensor Público do DF, Dr. André Soares, o devido tratamento médico é direito subjetivo que permite sua cobrança do Poder Público:

Se a falta de vagas em unidades de tratamento intensivo fosse algo inesperado poder-se-ia entender a omissão estatal. No entanto, a falta de leitos em UTI's é um problema recorrente e que impede que várias pessoas, das mais variadas idades e condições sociais tenham respeitados os direitos plasmados na Constituição Federal.

[...]

A falta de vagas em UTI's e em leitos hospitalares é algo que deve envergonhar os gestores do Sistema Único de Saúde de forma geral e ao Ministro da Saúde e ao Presidente da República de forma especial, pois tais autoridades são responsáveis por ditar as políticas públicas a serem seguidas pelo SUS. Urge que se destaque que não podem tais mandatários, no delineamento das estratégias a serem seguidas pelo Estado, se afastar do princípio da dignidade da pessoa humana e do direito à vida e do direito à saúde.

É incompreensível que nos dias de hoje em que o gênero humano tem ao seu dispor tão grande abundância de riquezas, possibilidades e poderio econômico, um ser humano não encontre na Capital da República brasileira um leito de UTI para receber o tratamento médico de que necessita.

Receber o devido tratamento é direito subjetivo que permite sua cobrança do Poder Público, em Juízo ou fora dele. Assim, qualquer cidadão doente tem direito de pleitear os meios públicos para lhe assegurar o estado de saúde. Este direito aparece, também, garantido no art. 6º do texto constitucional, como direito social.



Portanto, como direito fundamental do cidadão, de aplicabilidade e eficácia imediatas, não pode ser afastado, consoante entendimento da jurisprudência pátria, conforme salienta o TJDFT em diversos acórdãos.

[...]

Infelizmente, a função da Defensoria de proteger os enfermos é desconhecida da maior parte da população, que, assim é lesada duas vezes. A primeira lesão é o desrespeito com que é tratada pelo SUS, que não é dotado de condições mínimas de atendimento. A segunda lesão decorre do desconhecimento de que a Defensoria Pública pode “lutar” para que os direitos plasmados na constituição (vida e saúde, dentre outros) sejam respeitados.⁷ (Grifos nossos)

52. Ainda nesse sentido, é jurisprudência do TJDFT que a prestação de assistência à saúde está consubstanciada no art. 6º da Constituição Federal como direito social. Portanto, trata-se de um direito fundamental do cidadão de aplicabilidade e eficácia imediata⁸.

55. Não obstante ser legítima e muitas vezes necessária para assegurar o direito à vida e à saúde, a ação judicial para obtenção de internação em UTI pode comprometer a equidade no acesso dos pacientes a leitos de UTI:

Outro fator que afeta negativamente a equidade no sistema de saúde é a judicialização da internação em UTI no DF. Não é um fenômeno exclusivamente local, nem provocado pela RIUTI, mas merece citação porque afeta negativamente o resultado da regulação, segundo os entrevistados. Quando o judiciário concede um mandado para internação, o beneficiado passa na frente dos demais na fila, mesmo que ele seja prioridade 3 e existam diversos pacientes prioridade 1, com maior necessidade de internação⁹.

56. Além disso, a existência de leitos de tratamento intensivo fora da regulação, aqueles considerados “eletivos”, pode atentar contra o princípio da equidade. Isso porque o leito de UTI considerado como eletivo fica a disposição

⁷ Soares, André de Moura. **Falta de leitos hospitalares e vagas em UTI's**. Disponível em: <<http://www.defensoria.df.gov.br/wp-content/antigo/00000541.pdf>>. Acesso em: 02 julho.2014.

⁸ Qualquer cidadão doente tem direito de pleitear os meios públicos para lhe assegurar o estado de saúde. Este direito aparece, inclusive, garantido no art. 6º do texto constitucional, como direito social. Portanto, por se tratar de direito fundamental do cidadão, não pode ser afastado sob a alegação de que a norma não tem aplicabilidade e eficácia imediatas, por ser simplesmente programática (APL 0148592-70.2007.807.0001, relator Waldir Leôncio C. Lopes Júnior, 2ª Turma Cível, DJ 10/06/2009 p. 65).

⁹ LIMA, Dagomar Henriques. **Inovação na regulação de internação em UTI no DF: o processo e seus efeitos sobre os serviços**. Brasília, 2011. Dissertação (Mestrado) UNB. Pág. 140.



do gestor do hospital. Ele é quem deve garantir o respeito ao princípio da equidade. Se por um lado o uso dado ao leito pode ser razoável – se for empregado por uma necessidade de serviço ou para não parar um bloco cirúrgico - por outro lado, a falta de transparência e o fato de a SES não conhecer em detalhes a destinação dada a esses leitos abre espaço para o uso político desse importante recurso público. De qualquer forma, o emprego desse leito não se dá a luz de uma visão sistêmica, de rede.

1.2 AVALIAÇÃO DE CONTROLE INTERNO

57. Foi realizada avaliação do controle interno da Gerência de Regulação de Internação Hospitalar (GERIH), na qual se procurou verificar como o gestor trata os riscos à consecução de seus objetivos. Verificou-se a existência de muitos riscos não tratados, a saber:

- a) retenção da alta administrativa do paciente após a ocorrência da alta médica ou óbito;
- b) demora no transporte de pacientes gravemente enfermos do ponto de origem do pedido até a UTI designada na unidade executora (leito de UTI fica reservado pela Regulação aguardando o transporte/ociosidade);
- c) demora no processo de classificação de pacientes gravemente enfermos (prioridades 1, 2 e 3) pela regulação;
- d) qualificação inadequada dos recursos humanos (médicos com perfil para Regulação); e
- e) falta de aceitação pelos demais atores do papel facilitador proporcionado pela Regulação.

58. Outros riscos apresentaram-se apenas parcialmente mitigados:

- a) planejamento para a oferta de leitos de UTIs não levar em consideração a demanda;
- b) demora/negativa das unidades executoras em notificar à Regulação a vacância de UTI sob sua responsabilidade;
- c) internações fora de fluxo; e
- d) negação de acesso à UTI aos pacientes da rede pública que mais se beneficiariam desse atendimento.

59. Essa avaliação foi desenvolvida para melhor orientar os objetivos da auditoria e também foi utilizada para a formulação das questões de auditoria que guiaram a realização desse trabalho.



1.3 **OBJETIVOS E ESCOPO DA AUDITORIA**

Objetivo Geral

60. O objetivo geral da auditoria é avaliar o acesso da população às Unidades de Tratamento Intensivo da rede pública de saúde do Distrito Federal.

Objetivos Específicos

61. O objetivo geral desdobra-se nos seguintes objetivos específicos:

1ª Questão: O acesso dos pacientes aos leitos de UTI da rede pública de saúde do DF é universal, tempestivo e equânime?

2ª Questão: Diante da existência de fila para acesso, a Secretaria de Saúde administra com eficiência a ocupação dos leitos de UTI à sua disposição?

Escopo

62. A auditoria tem como escopo a avaliação do acesso da população aos serviços de tratamento intensivo ao longo do exercício de 2013. Por se tratar de serviço regulado, serão avaliados os serviços prestados pelo Complexo Regulador do Distrito Federal, na parte afeta ao tema.

1.4 **PROCEDIMENTOS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS**

63. Foram realizadas entrevistas com os gestores da Central de Regulação de Internação Hospitalar, com a Diretora de Regulação e com o Subsecretário de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle para melhor conhecimento de aspectos relevantes da regulação do acesso às UTIs disponíveis para a rede pública de saúde do DF.

64. Além disso, foram analisados documentos produzidos pelos gestores acima relacionados e ainda outros fornecidos pela Diretoria de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde e pela Subsecretaria de Tecnologia e Informação em Saúde.

1.5 **LIMITAÇÕES**

65. Imprescindível que as informações solicitadas pela equipe de auditoria sejam disponibilizadas tempestivamente pela jurisdicionada de modo a permitir o cumprimento dos prazos programados.



66. Nesse sentido, verificou-se divergência nos dados fornecidos, além de excessiva demora, agravada pelo envio dos dados ao escrutínio de outras unidades da Secretaria, que não a responsável pela informação, antes de serem encaminhadas à equipe de auditora. A tabela a seguir exemplifica algumas dessas divergências:

Informação	Fonte "A"	Fonte "B"
Número total de solicitações de internação em UTI em 2013	DIREG	SUTIS
Número total de internações em UTI em 2013	GEMOAS	SUTIS
Tempos médios e extremos decorridos entre a solicitação de internação em UTI pelo médico assistente e o primeiro contato do médico regulador	SUTIS	SUTIS (em outra oportunidade)
Tempos médios decorridos entre a solicitação de internação em UTI pelo médico assistente e a efetiva priorização do paciente na fila da regulação	SUTIS	SUTIS (em outra oportunidade)
Tempos médios decorridos entre a efetiva priorização do paciente na fila da regulação e a reserva de um leito de UTI para seu atendimento	SUTIS	SUTIS (em outra oportunidade)
Tempos médios decorridos entre a reserva de um leito de UTI para atendimento do paciente e sua a efetiva internação em UTI regulada	SUTIS	SUTIS (em outra oportunidade)
Tempos médios decorridos entre a internação em UTI e a alta médica do paciente internado em UTI regulada	GEMOAS	SUTIS
Tempos médios decorridos entre a alta médica do paciente internado em UTI regulada e a alta administrativa do leito de UTI regulado	Balanço de Gestão da SES	GERIH
Número total de internações em leitos contratados de UTI (particulares), ao longo do ano de 2013	Gerência de Acompanhamento e Contratualização	SUTIS

67. Observou-se, ainda, a intenção de centralizar em um único servidor da SES/DF a responsabilidade por repassar informações à equipe de auditoria. Ressalte-se que esses procedimentos comprometem a prática de



circularização da informação, própria das auditorias.

68. Registramos, por isso, na Matriz de Planejamento, como principais limitações ao trabalho, a ausência de informações, a demora e a negativa no seu fornecimento.

69. As informações requeridas diretamente às diretorias e gerências subordinadas a SES eram encaminhadas ao Gabinete da SES e assinadas pelo Subsecretário de Gestão Participativa, independente da unidade solicitada, dificultando o procedimento de triangulação da informação entre as unidades (Ofício nº 686/2014-GAB/SES).



2 RESULTADOS DA AUDITORIA

2.1 *Cerca de 2 em cada 3 pacientes não conseguem internação em leitos de UTIs da rede pública do DF, e a maioria dos que conseguem têm internação tardia. Além disso, por vezes, o princípio da equidade não é respeitado.*

2.1.1 *64% das solicitações de internação em UTI em 2013 não foram atendidas, e os pacientes que conseguiram acesso aos leitos de UTI tiveram, em sua maioria, internação tardia.*

2.1.1.1 **Critério**

70. Os critérios empregados pela auditoria para balizar a análise foram:

- a) 100% dos usuários conseguirem leitos de UTI, quando solicitado pelos médicos da rede pública de saúde e aprovado pelo Sistema de Regulação da SES-DF; e
- b) os usuários conseguirem acesso aos leitos de UTI até 6 horas^{10,11} após a solicitação médica, devido ao prolongamento do tratamento¹¹ e ao incremento no risco de mortalidade^{10,11,12} a cada hora de atraso na admissão em UTI.

2.1.1.2 **Análises e evidências**

71. A Gerência de Regulação da Internação Hospitalar – GERIH, por meio do Ofício nº 388/2014-GAB/SES, de 03.02.2014, informou que o número total de solicitações para internação em leitos de Unidade de Tratamento Intensivo regulados, em 2013, foi de 19.521.

72. É importante destacar que o quantitativo de solicitações apresentado pela GERIH é obtido diretamente do Sistema TrackCare, por meio

¹⁰ CHURPEK, M. M. et al. **Delayed Intensive Care Unit Transfer Is Associated With Increased Mortality In Ward Patients**. University of Chicago. Chicago, IL. 2013.

¹¹ Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP. **DELAY-ED study group. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit**. Crit Care Med. 2007;35:1477–1483.

¹² Cardoso L.T.Q. et al: **Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study**. Crit Care 2011, 15:R28.



de um relatório intitulado “Total de Solicitações Por Solicitantes”. A tabela seguinte, produzida a partir dos dados desse relatório, detalha os pedidos mês a mês:

Ano 2013	Tipo de UTI					Total
	Mês	Adulto	Pediátrica	Coronariana	Neonatal	
Jan	751	144	124	172	62	1253
Fev	783	172	85	183	49	1272
Mar	904	241	160	210	86	1601
Abr	977	160	115	427	71	1750
Mai	908	192	126	73	374	1673
Jun	841	253	109	43	352	1598
Jul	982	195	120	76	511	1884
Ago	968	186	188	67	487	1896
Set	977	146	98	53	373	1647
Out	972	131	64	146	365	1678
Nov	861	115	93	49	364	1482
Dez	953	189	120	50	475	1787
Total	10877	2124	1402	1549	3569	19521

Fonte: Ofício nº 388/2014-GAB/SES de 3 de fevereiro de 2014.

73. Quanto às internações em UTIs reguladas ocorridas em 2013, a Diretoria de Regulação informou, na qualidade de superior hierárquico da GERIH, por meio do Ofício nº 686/2014-GAB/SES, que “esta diretoria não dispõe dos dados das internações ocorridas em leitos de UTI no ano de 2013”.

74. Lamentável observar que a DIREG não dispunha do número total de internações, da demanda reprimida, dos óbitos na fila de espera, dos óbitos entre pacientes internados e do número total de pacientes fora de fluxo.

75. Isso representa um retrocesso no gerenciamento da área, uma vez que tais dados foram concedidos por essa mesma Diretoria em fiscalização anterior desta Corte de Contas (Processo TCDF nº 26145/07).

76. Esse retrocesso aponta na direção contrária à gestão pública transparente, organizada e gerencial, uma vez que informações cruciais para o bom gerenciamento da área são simplesmente negligenciadas.

A Diretoria de Regulação não sabe informar quantos pacientes faleceram na fila para internação em um leito de UTI em 2013.



77. Sabendo-se que a rede pública de saúde deve registrar compulsoriamente toda morte de paciente ocorrida em suas instalações, é de se espantar que SES não tabule esses dados como informação gerencial. Até porque o número de mortes na fila para internação em leito de UTI pode ser usado como indicador de falta de leitos.

78. Tendo em vista que a Diretoria de Regulação – DIREG não dispunha dos dados de internações ocorridas em leitos de UTI, a equipe de auditoria solicitou essa informação para outras unidades da SES/DF.

Apesar de a GERIH ter por objetivo “dar acesso aos leitos de UTI” e ser o órgão que executa a regulação de UTIs, não dispõe do número total de internações realizadas em UTI regulada em 2013.

79. Para tanto, a equipe solicitou informações à Gerência de Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde, que informou o total de internações ocorridas em leitos de UTI, em 2013, nas redes própria e conveniada do DF, respectivamente, 5.199 e 206.

80. Entretanto, a forma de produção desses dados não permite uma análise segregada por leitos regulados e eletivos, mas apenas o número agregado de internações, sem a possibilidade de contabilizar apenas os atendimentos em leitos regulados de UTI, como se pretendia.

81. Em relação às internações ocorridas em leitos de UTI contratados, a Gerência de Acompanhamento e Contratualização, por meio do Ofício nº 1.177/2014-GAB/SES, informou que, em 2013, 1.583 pacientes haviam sido internados em leitos de UTI contratadas. Nesse caso, não houve prejuízo para a análise segregada por leitos regulados e eletivos, já que todos os leitos de UTI contratados são regulados.

82. A tabela seguinte sumariza as internações apuradas, em 2013, para os leitos das redes própria, conveniada e contratada:



Tipo de Unidade de Saúde	Internações em UTI em 2013
Rede Própria ¹³	5199
Rede Conveniada ¹⁴	206
Rede Contratada ¹⁵	1583
Total de Internações em 2013	6988

Fonte: Gerência de Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde – GEMOAS e Gerência de Acompanhamento e Contratualização – GEAC.

83. Cotejando-se o número total de solicitações de internação a leitos de Unidade de Tratamento Intensivo, segundo informado pela Gerência de Regulação da Internação Hospitalar, de 19.521, com o número total de internações obtido, de 6.988, tem-se um percentual de atendimento de 36%.

84. Isso demonstra que cerca de 2 em cada 3 pacientes que solicitaram internação em leitos de UTI pela rede de saúde da SES, em 2013, não conseguiram acesso a tais leitos.

85. O número chama a atenção se comparado à fiscalização anterior realizada por este Tribunal (Processo nº 26145/2007), em 2010. Na ocasião, 44% dos pacientes que solicitaram internação em leitos de UTI da SES não conseguiram acesso a tais leitos. Já em 2013, esse número subiu para 64%, representando um aumento de mais de 45% na negação da prestação de serviço de saúde pela SES nesse segmento, no período supra.

86. Além de avaliar o acesso dos pacientes a leitos de UTI, a auditoria também apurou o tempo de espera, ou seja, a diferença entre o tempo de solicitação e internação para essa pequena parcela de pacientes — cerca de 1/3 — que conseguiu acesso a tais leitos.

87. Uma vez que a GERIH/DIREG não dispunha dessas informações, elas foram requisitadas, por meio da Nota de Auditoria nº 6, à Subsecretaria de Tecnologia de Informação (SUTIS) da SES/DF, responsável pela gestão do

¹³ A rede própria de unidades hospitalares que realizam internações em leitos de UTI, em 2013, no DF inclui: HBDF (Hospital de Base do Distrito Federal), HRAN (Hospital Regional da Asa Norte), HMIB (Hospital Materno Infantil de Brasília), HRC (Hospital Regional de Ceilândia), HRG (Hospital Regional do Gama), HRP (Hospital Regional do Paranoá), HRS (Hospital Regional de Sobradinho), HRSam (Hospital Regional de Samambaia), HRSM (Hospital Regional de Santa Maria), HRT (Hospital Regional de Taguatinga) e HRP (Hospital Regional de Planaltina).

¹⁴ A rede conveniada inclui apenas o Hospital Universitário de Brasília (HUB).

¹⁵ A rede contratada inclui: Hospital Santa Marta, Hospital São Francisco, Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF), Hospital Home, Instituto de Terapia Intensiva (ITI) e Hospital São Mateus.



Sistema TrackCare, onde os dados de internação hospitalar são registrados.

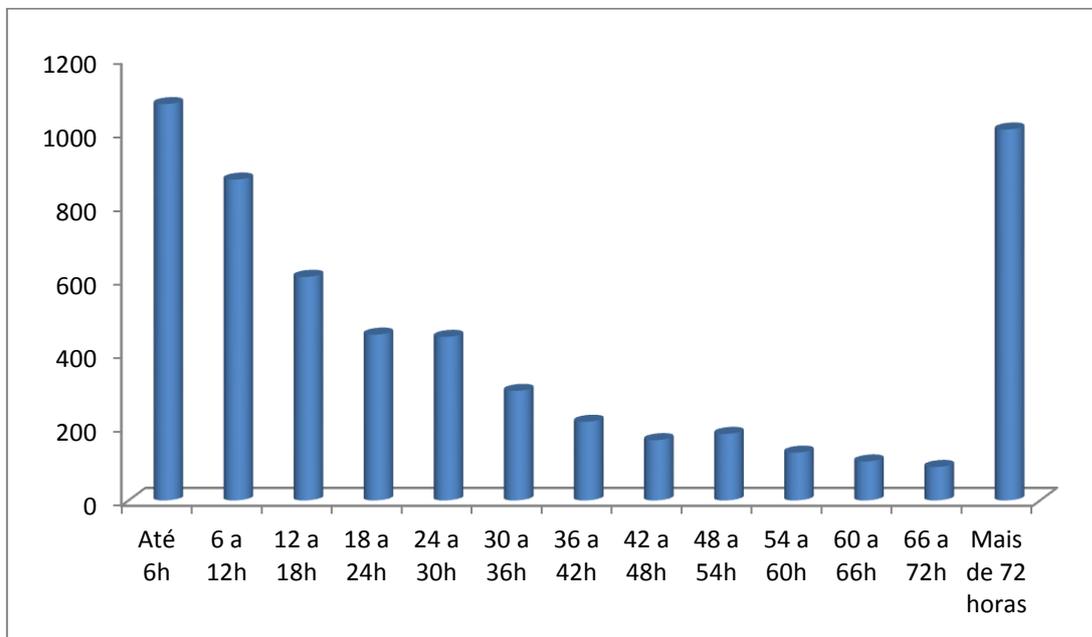
88. De acordo com as informações da SUTIS, o Sistema TrackCare não gera relatório gerencial com essas informações. Então, para atender à solicitação da equipe de auditoria, a SUTIS produziu uma rotina de consulta — especificamente elaborada para atender à nota de auditoria — direta à base de dados utilizada pelo Sistema em apreço.

89. Foram analisados os registros com passagens onde constavam internações cuja solicitação do leito foi requisitada de maneira prévia a internação e com prioridade definida (1, 2 ou 3), excluídas ainda aquelas marcadas como fora de fluxo. Atenderam ao critério da análise registros de 5.645 de internações em leitos de UTI, dentre as informações prestadas pela SUTIS.

90. Da análise desses registros, entre os pacientes que foram atendidos, o tempo médio de espera entre solicitação e internação foi de 52 horas para as 5.645 passagens de internações em leitos de UTI analisadas, tempo esse mais de 8 vezes superior ao critério de auditoria, de até 6 horas.

91. O gráfico a seguir ilustra a quantidade de passagens de internações em função do tempo de espera:

Histograma do tempo de acesso a leito de UTI para as internações analisadas.



Fonte: Ofício nº 1652/2014-GAB/SES de 4 junho de 2014 e PT47 – Tempo de Espera.

92. A partir do gráfico acima, verifica-se que apenas 1.077 (19%) dos registros de internação em leitos de UTI analisados ocorreram em até 6 horas, atendendo ao critério de auditoria. Os demais 4.568 (81%) registros ultrapassaram 6 horas de espera, tratando-se de internações tardias.

93. Considerando o total de 6.988 internações (parágrafo 82), é certo que pelo menos 4.568 (65%) delas ocorreu de maneira tardia, representando a maioria dos casos de internação.

Além da dificuldade em ser contemplado com uma vaga em UTI, devido ao grande percentual de negação de serviço, quando o paciente consegue, a internação ocorre de maneira tardia em pelo menos 65% dos casos.

94. A título de ilustração do impacto que uma espera prolongada pode significar, vale citar estudo realizado por pesquisadores do Hospital Universitário de Londrina-PR¹⁶, que associa um incremento de 1,5% no risco de mortalidade para cada hora de atraso na internação em UTI. Assumindo que

¹⁶ Cardoso L.T.Q. et al: **Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study.** Crit Care 2011, 15:R28.



as condições de realização do referido estudo sejam similares às encontradas no DF e tendo em conta o tempo de espera de 6 horas considerado aceitável^{17,18} calcula-se que ao tempo médio de internação de 52 horas estaria associado um aumento de 69% no risco de mortalidade por atraso na internação.

95. Importante destacar ainda que 1.008 pacientes (18% dos internados em UTI) foram internados após 72 horas da solicitação. Para se ter uma ideia da gravidade de um tempo de espera dessa monta, há estudiosos^{19,20} que afirmam que o benefício esperado com o tratamento em um leito de UTI fica bastante comprometido depois de decorridos 3 dias de espera.

96. Portanto, fica evidenciado que a universalidade do acesso está longe de ser atingida, já que cerca de 2/3 de pacientes que solicitaram internação não foram contemplados e, entre os pacientes internados, o atendimento é tardio na maioria das vezes — em pelo menos 65% das internações realizadas.

2.1.1.3 Causas

97. Aponta-se como causa a ineficiência da gestão, analisada nos aspectos a seguir.

98. O primeiro diz respeito ao planejamento inadequado de oferta de leitos. Os estudos que apuram o quantitativo necessário de leitos de UTI consideram tão-somente dados populacionais sem considerar sua projeção e os dados da demanda reprimida por leitos de UTI, uma vez que essa última não é sequer acompanhada como informação gerencial pela regulação (PPA DF 2012-2015).

99. O segundo refere-se à indisponibilidade de leitos gerais e de retaguarda para onde devem ser encaminhados os pacientes com alta médica de UTI. Os pacientes ficam retidos em leitos de UTI por não haver leitos gerais e de retaguarda disponíveis para recebê-los.

¹⁷ CHURPEK, M. M. et al. **Delayed Intensive Care Unit Transfer Is Associated With Increased Mortality In Ward Patients**. University of Chicago. Chicago, IL. 2013.

¹⁸ Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP. **DELAY-ED study group. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit**. Crit Care Med. 2007;35:1477–1483.

¹⁹ Cardoso L.T.Q. et al: **Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study**. Crit Care 2011, 15:R28.

²⁰ Simchen E, Sprung CL, Galai N, Zitser-Gurevich Y, Bar-Lavi Y, Gurman G, Klein M, Lev A, Levi L, Zveibil F, Mandel M, Mnatzaganian G. **Survival of critically ill patients hospitalized in and out of intensive care units under paucity of intensive care unit beds**. Crit Care Med. 2004;32:1654–1661. doi: 10.1097/01.CCM.0000133021.22188.35.



100. Ainda merece atenção a demora no transporte inter-hospitalar do paciente para internação em UTI e após a sua alta médica. De acordo com o SAMU, entre os pacientes transportados, o tempo médio de transferência entre UTIs localizadas em hospitais diferentes foi, em média, de 6 horas, contados a partir do registro no pedido pelo atendente até a chegada da ambulância ao destino. Entretanto, cabe lembrar que as negações de serviço, ou seja, os pacientes que necessitaram de transferência sem obter êxito não foram computados nessa média.

101. Além desses três aspectos, a regulação adotada pelo DF é incompleta, pois a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) regula apenas o acesso aos leitos de UTI, apesar de o Pacto pela Saúde 2006, volume 6, dispor que a regulação deve abranger todos dos leitos de internação hospitalares, das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros. Ademais, a Portaria SES/DF nº 189, de 07.10.2009, que regulamentou as disposições do complexo regulador no âmbito da SES/DF, dispõe que a CRIH será responsável pela regulação dos leitos hospitalares, tanto de UTIs como de leitos gerais.

102. Acrescenta-se, ainda, que o escopo atual da CRIH compreende apenas os leitos de UTI regulados, sem nenhum processo regulatório em relação aos leitos eletivos, sob a justificativa de que esses leitos visam cobrir pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos que apresentam risco elevado. Entende-se, entretanto, que nada impede esse tipo de leito de ter procedimentos regulatórios próprios ou integrados ao processo de cirurgia eletiva.

2.1.1.4 Efeitos

103. Como 64% dos pacientes que solicitaram à CRIH internação em UTI em 2013 não foram atendidos tem-se como efeito o agravamento do quadro clínico e o eventual óbito desses pacientes que não conseguiram internação.

104. A dificuldade de acesso aos leitos de UTI também provoca aumento de pedidos judiciais de internação, comprometendo o princípio da equidade, e abre a possibilidade de favorecimento a pacientes que contam com a intervenção de pessoas influentes junto à gestão dos leitos de UTI.

105. Por fim, entre a pequena parcela que conseguiu internação, destaca-se o eventual prolongamento do tratamento hospitalar e o aumento do risco de mortalidade dos pacientes pela demora na internação em leito de UTI,



efeitos esses evidenciados pelos estudos consultados pela equipe de auditoria^{21,22,23}.

2.1.1.5 Determinação e Recomendações

106. Para melhorar o atendimento às solicitações de internação em UTI, sugere-se recomendar à SES: ofertar leitos gerais e de UTI em quantidade adequada ao atendimento da demanda efetiva atual e projetada; e, ainda, garantir o transporte inter-hospitalar tempestivo de pacientes gravemente enfermos para internação em UTI, bem como a remoção dos pacientes com alta médica da UTI.

107. Sugere-se, ainda, determinar à SES submeter os leitos gerais aos procedimentos de regulação, de maneira a evitar a ocorrência de retenção de pacientes com alta médica em UTIs, tendo em vista que a situação atual afronta o disposto na Portaria SES/DF nº 189, de 07.10.2009, e nas Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores que fazem parte do Pacto pela Saúde 2006, volume 6.

2.1.1.6 Benefícios Esperados

108. A implementação das recomendações e da determinação acima listadas tendem a promover o atendimento integral das solicitações de internação em UTI validadas pela CRIH; a redução no tempo de espera para atendimento das solicitações de internação em UTI; a redução do tempo médio de internação em UTI e da taxa de mortalidade dos pacientes admitidos; o melhor aproveitamento dos leitos instalados; e a diminuição dos mandados judiciais decorrentes de pedidos de internação em leitos de UTI.

²¹ CHURPEK, M. M. et al. **Delayed Intensive Care Unit Transfer Is Associated With Increased Mortality In Ward Patients**. University of Chicago. Chicago, IL. 2013.

²² Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP. **DELAY-ED study group. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit**. Crit Care Med. 2007;35:1477–1483.

²³ Cardoso L.T.Q. et al: **Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study**. Crit Care 2011, 15:R28.



2.1.2 **A SES/DF não garante equidade no acesso aos leitos de UTI, pois pacientes são internados sem cumprir o fluxo da Central de Regulação de Internação Hospitalar (fora de fluxo).**

2.1.2.1 **Critério**

109. A ordem de acesso dos usuários aos leitos de UTI deve observar a classificação de risco baseada em critérios objetivos, e o processo de internação deve seguir o fluxo operacional da regulação.

2.1.2.2 **Análises e evidências**

110. A equipe de auditoria solicitou à Secretaria de Saúde informações sobre as internações em UTI ocorridas “fora de fluxo” em 2013.

111. A SES, pelo Ofício nº 1.177/2014-GAB-SES, informou que, das 710 internações nos leitos de UTI do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF), 150 foram classificadas como “fora de fluxo”.

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF) 2013			
Mês	Quantidade de Internações	Quantidade de Diárias	Internações Fora de Fluxo de Regulação da CRIH
Janeiro	25	145	-
Fevereiro	56	658	18
Março	56	579	19
Abril	48	647	19
Maiο	52	619	11
Junho	66	663	19
Julho	68	703	8
Agosto	69	725	15
Setembro	64	596	7
Outubro	74	759	15
Novembro	55	743	9
Dezembro	77	792	10
TOTAL	710	7.629	150

Fonte: Ofício nº 1.177/2014-GAB-SES (DC90).

112. Significa dizer que 21% das internações em leitos de UTI contratados com o ICDF não passaram pela central de regulação e não tiveram os critérios de classificação de risco aferidos ou, ainda, não cumpriram todo o ciclo regulatório de maneira equânime, ou seja, houve favorecimento à internação de pacientes em alguma etapa desse ciclo.



A SES informou a ocorrência de 150 internações em UTIs do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF) fora do fluxo da Regulação, o que corresponde a 21% das 710 internações efetivadas em leitos de UTI contratados em 2013 com aquele hospital.

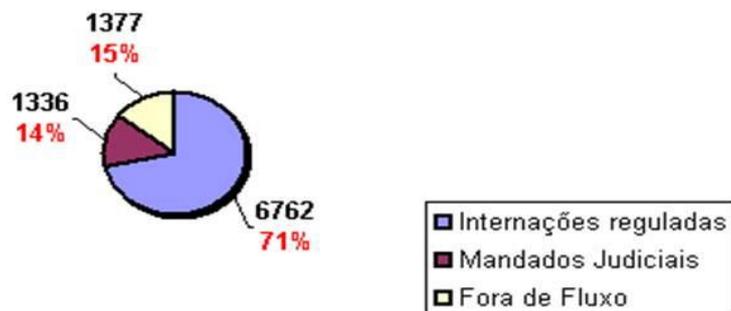
113. Quanto aos demais leitos regulados, a SES não soube informar a quantidade e localidade de ocorrência de internações “fora do fluxo”, alegando que não há relatório consolidado que permita fornecer tais informações, conforme consta do Ofício nº 686/2014-GAB/SES, de 06.03.14.

114. Depreende-se dessa informação que a SES/DF deixou de monitorar outra informação crucial para o bom gerenciamento da área: o total de internações consideradas “fora de fluxo”.

115. A título de exemplo, o artigo intitulado Processo de Regulação Assistencial da Secretaria de Saúde do DF, que integra a referência bibliográfica consultada, informa que 15% das internações realizadas em 2010 ocorreram fora do fluxo da regulação, conforme visto a seguir:

CRIH EM NÚMEROS

SITUAÇÕES ATÍPICAS NO PROCESSO DE REGULAÇÃO DA CRIH - ANO 2010



TOTAL DAS INTERNAÇÕES/2010 = 9.475

FONTE: SIS-TRAKCARE INTERSYSTEMS

Fonte: Processo de Regulação Assistencial da Secretaria de Saúde do DF. Setembro de 2011, disponível em: http://www.nesc.ufg.br/uploads/19/original_DF_M_nica.ppt, acesso em 18.03.2014.

116. Outro indicativo de que a SES/DF anteriormente coletava dados acerca dos atendimentos fora de fluxo pode ser vista no Processo nº 26145/07, no qual foi apresentado o resultado da Auditoria Operacional realizada em 2010. Na ocasião, a SES/DF informou a seguinte estatística:

Internações Fora de Fluxo				
Rede de Saúde	2009		2010	
	3º trim.	4º trim.	1º trim.	2º trim.
Rede própria	233	144	317	304
Rede contratada	20	17	18	15
Rede conveniada	14	13	17	2
Total	267	174	352	321

Fonte: DC101 - Resposta à NA 01/2010-Proc. 26145/07(fl.s.50, 51, 67, 68, 81, 82, 97 e 98).



117. Diante da indisponibilidade de tão importantes informações para o gerenciamento dos leitos de UTI, depreende-se que, de 2010 para 2013, ocorreu forte degradação da capacidade de gestão na área.

118. De todo modo, para suprir a falta de registros consolidados sobre as internações fora de fluxo ocorridas em 2013, a equipe de auditoria coletou dados do sistema informacional com a SUTIS/SES e neles constatou a ocorrência de internações fora de fluxo nas seguintes unidades hospitalares: HBDF, HRAN, HMIB, HRC, HRG, HRPa, HRS, HRSAM, HRSM, HRT, HRP, HUB, ICDF e SÃO FRANCISCO, ou seja, em 14 das 18 unidades que prestam serviço de internação em UTI na rede de saúde do DF verificou-se a existência de atendimento fora do fluxo da regulação. Nesses dados, foram encontradas 633 internações fora de fluxo.

119. Conclui-se, em vista disso, que tanto na rede própria de saúde quanto nas redes contratada e conveniada têm ocorrido internações em leitos de UTI fora do fluxo da regulação, o que atenta contra o princípio da equidade, um dos norteadores do sistema SUS.

120. Além dos típicos atendimentos fora de fluxo, em razão da falta de leitos de UTI disponíveis, foram impetrados, segundo informação da Central de Regulação de Internação Hospitalar, 1.230 mandados judiciais para internação em UTI, em 2013, conforme visto a seguir.



CONSOLIDADO MANDADOS JUDICIAIS – ANO 2013				
MÊS/ANO	TOTAL	CUMPRIDOS	NÃO CUMPRIDOS	
			ÓBITO	MELHORA CLÍNICA
Janeiro	80	60	18	2
Fevereiro	51	43	8	0
Março	61	54	6	1
Abril	111	82	15	14
Maiο	155	115	20	20
Junho	105	80	15	10
Julho	103	78	16	9
Agosto	113	89	18	6
Setembro	99	62	25	12
Outubro	118	89	18	11
Novembro	87	60	19	8
Dezembro	147	111	31	5
Total	1230	923	209	98

Fonte: Ofício nº 685/2014-GAB/SES, de 06/03/2014.

121. Considerando apenas os mandados cumpridos (923), tem-se que 13% das 6.988 internações em UTI realizadas em 2013 pela SES/DF foram efetivadas por força de decisão judicial.

122. As internações em cumprimento a mandado judicial são atendimentos atípicos que tendem a deixar de existir à medida que os usuários do SUS tiverem acesso aos serviços de saúde da forma preconizada nas diretrizes de saúde pública.

123. Convém lembrar, ainda, a existência de leitos de UTI fora da regulação, os quais são administrados pelos próprios hospitais, apesar de a Central de Regulação de Internação Hospitalar ter sido criada na estrutura da SES/DF para regular a “*totalidade dos leitos de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto, dos hospitais da rede própria, conveniada e contratada pela SES/DF, localizados no Distrito Federal*”, conforme disposto no art. 2º da



Portaria SES/DF nº 41, de 30 de agosto de 2006. A regulação integral de leitos também é preconizada nas Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores²⁴ e na Política Nacional de Regulação.

124. Ainda que destinados a cirurgias eletivas, doentes crônicos, transplantes ou para atender a outra situação específica, a existência de leitos não submetidos à regulação da CRIH atenta contra o princípio da equidade. Afinal, são atendimentos que, via de regra, podem ser previamente agendados e, em tese, podem ser regulados, até porque, de alguma forma, esses leitos estão sendo administrados por unidades da SES/DF.

2.1.2.3 Causas

125. As internações em UTI sem a observância do fluxo regulatório ocorrem porque os atores envolvidos no processo de internação não cumprem normas de regulação e procedimentos padronizados na SES.

2.1.2.4 Efeitos

126. A internação em leitos de UTI fora do fluxo da Central de Regulação gera possibilidade de um paciente em situação menos grave ocupar a vaga de outro com maior risco e que está na fila de leitos de UTI respeitando a prioridade de acesso.

2.1.2.5 Recomendações

127. Com o fito de garantir a equidade nos acesso aos leitos de UTI, sugere-se recomendar à SES: cumprir as normas e procedimentos de regulação, vedando as internações fora de fluxo; fiscalizar o cumprimento das normas e procedimentos de regulação; e, excepcionalmente, em caso de ocorrência de internação fora de fluxo, manter registro dessas situações atípicas e consolidar os respectivos dados (localidade da internação, servidores responsáveis, hospital de origem do paciente, motivo da violação do fluxo regulatório) para fins de gestão e prestação de contas dos recursos utilizados.

²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores.** Série Pactos pela Saúde, volume 6. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Pag. 15.



2.1.2.6 Benefícios Esperados

128. O correto desenvolvimento dessas recomendações deve proporcionar tratamento equânime aos pacientes do SUS que necessitam de internação em UTI, bem como possibilitar apuração de responsabilidade por eventual descumprimento de norma.



2.2 A SES não administra com eficiência os leitos de UTI à disposição da rede pública de saúde do DF. Além disso, não houve o aumento de eficiência divulgado no “Balanco de Gestão SES-DF, Período 2011-2014”.

2.2.1 Critério

129. Considera-se gestão eficiente a ocupação plena dos leitos por pacientes que deles necessitam, pelo tempo estritamente necessário. Considera-se ineficiente a situação onde se encontram leitos de UTI ociosos, ou ocupados por pacientes que já estão de alta médica da UTI.

2.2.2 Análises e evidências

130. Os dados estatísticos da SES sobre os leitos de tratamento intensivo da rede própria e da rede conveniada dão conta de uma taxa de ocupação da ordem de 91% dos leitos destinados ao uso de adultos, pediátricos e neonatais. Entretanto, faz-se necessário avaliar outras características do processo de internação em UTI para aferir a eficiência na gestão desses leitos.

131. Considerando-se as etapas presentes no fluxo regulatório, três indicadores se destacam para avaliar a gestão dos leitos de UTI: o tempo médio decorrido entre a reserva dos leitos e a efetiva internação, o tempo médio decorrido entre a alta médica dos pacientes internados em UTI e a alta administrativa (momento em que o paciente já de alta médica deixa o leito de UTI) e o tempo médio de internação dos pacientes em UTI.

132. Um leito de UTI é bloqueado (ocupado) no momento da reserva e só pode considerado desocupado quando da ocorrência da alta administrativa (hospitalar). O tempo decorrido entre a reserva do leito e a efetiva internação do paciente, bem como a diferença temporal entre o momento da alta médica e da alta administrativa, representam ineficiências que devem ser reduzidas ao mínimo para aumentar a disponibilidade dos leitos.

133. No documento “Balanco de Gestão SES-DF – Período 2011-2014”, consta que em 2013, até o mês de setembro, o tempo decorrido entre a alta médica e a alta administrativa (hospitalar) era de 8,9 dias. Consta, ainda, que, a partir daquela data, esse tempo reduziu-se a 3,1 dias, depois de a SES/DF passar a monitorar as vagas em leitos comuns para os pacientes de alta médica egressos de UTI.



134. Dito de modo mais simples, até setembro de 2013, os pacientes de UTI ficavam, em média, 8,9 dias esperando pela disponibilidade de um leito comum para poderem deixar o leito de UTI. Após setembro, esse período de ocupação de leitos de UTI por pacientes já de alta a espera de um leito comum teria passado para 3,1 dias, em média.

135. Preliminarmente, indica-se que o tempo de 3,1 dias entre a ocorrência da alta médica e da alta hospitalar ainda é demasiado elevado. De fato, em entrevista realizada no dia 17.02.2014, a Diretora de Regulação afirmou que o prazo ideal entre a ocorrência das duas altas não deve exceder a 24 horas, caso se trate de transferência inter-hospitalar, e 6 horas, caso o leito comum fique no mesmo hospital do leito de UTI.

136. A equipe de auditoria solicitou à SES os registros que comprovassem a redução do lapso temporal entre a alta médica e a alta hospitalar alegada no referido Balanço. Todavia, não foram apresentados pela Secretaria de Saúde do DF tais registros comprobatórios.

137. É de se supor que a melhoria na eficiência da administração das UTIs pela redução do lapso temporal entre a alta médica e a alta hospitalar traria a redução do tempo médio de internação dos pacientes do primeiro para o segundo período, dada à magnitude da otimização alegada – redução de 5,8 dias de permanência em UTI após a alta médica, em média.

138. Entretanto, a média do tempo de permanência de pacientes em UTI (MTP), quando apurada a partir dos dados estatísticos da SES para os dois períodos, ao contrário do esperado, ao invés de diminuir, aumenta, conforme expressa a tabela a seguir:

Período	Pacientes	MTP* (em dias)
Início de janeiro ao final de agosto	4651	17,8
Início de setembro ao final de dezembro	2337	19,9
Total	6988	-

Fonte: PT 40 – Resumo Estatística Tempo de Permanência.

139. Além disso, na direção contrária do informado no “Balanço de Gestão SES-DF – Período 2011-2014”, o monitoramento das altas médicas e hospitalares realizado pela GERIH em 2013 sobre 789 pacientes entre os

meses de abril e dezembro dão conta de um aumento das chamadas “Diárias de Alta”, referindo-se ao período entre a alta médica e a alta hospitalar. A tabela a seguir exprime os valores apurados:

Período	Pacientes	Diárias de Alta
Início de abril ao final de agosto	394	3,5
Início de setembro ao final de dezembro	395	4,1
Total	789	-

Fonte: PT43 – Análise e Monitoramento das Altas de Abril a Dezembro-2013 - GERIH

140. Essas “Diárias de Alta” tiveram um custo financeiro estimado pela GERIH em R\$ 1,1 milhão por mês entre abril e dezembro de 2013, totalizando mais de R\$ 9,9 milhões. Fazendo uma projeção para todo o período de 2013, o valor montaria a mais de R\$ 13 milhões.

141. Em relação ao aproveitamento das UTIs à disposição da rede pública de saúde do DF, a GERIH contabilizou o desperdício de 7.273 diárias de UTI, ocupadas por pacientes com alta médica de UTI no período monitorado – abril a dezembro de 2013. Estima-se, com base nessas informações, que em todo o exercício de 2013, ter-se-iam até 9.697 diárias de UTI tornadas indisponíveis à população pelas falhas de gestão da SES.

142. A ocorrência das “Diárias de Alta” contribui para o aumento na negação de acesso de pacientes às UTIs, tendo em vista que em vez de estarem disponíveis aos novos pacientes, os leitos estão ocupados por pacientes que já receberam alta médica e estão aptos a serem removidos para um leito comum.

Entre abril e dezembro de 2013, a SES/DF contabilizou o desperdício de 7.273 diárias de UTI, inadequadamente ocupadas por pacientes com alta médica do serviço de tratamento intensivo.

2.2.3 Causas

143. Tem-se como causas das deficiências encontradas no aproveitamento das unidades de tratamento intensivo a gestão ineficiente de



leitos comuns para onde devem ser encaminhados os pacientes com alta médica de UTI; o fato de a CRIH regular apenas o acesso a leitos de UTI, apesar de a norma prever também a regulação dos leitos gerais e de retaguarda (Pacto pela Saúde 2006, volume 6, e Portaria SES/DF nº 189 de 07.10.2009); a demora no transporte inter-hospitalar do paciente antes da internação e após sua alta médica; e a não utilização, por parte da SES, dos tempos de execução das etapas para ocupação e desocupação de UTI para fins de melhoria da gestão.

A SES não utiliza os tempos de execução das etapas que envolvem a entrada e saída de pacientes em leitos de UTI como informação gerencial.

2.2.4 *Efeitos*

144. Aponta-se como efeitos das deficiências no aproveitamento dos leitos de UTI a redução da disponibilidade de leitos de UTI, o agravamento do quadro clínico e o eventual óbito de pacientes que não conseguiram acesso ao leito de UTI, bem como o prejuízo ao erário associado ao custeio de internações em UTIs de pacientes que já receberam alta médica em hospitais públicos e particulares.

2.2.5 *Determinação e Recomendações*

145. Como forma de combate às ineficiências encontradas na gestão dos leitos de UTI, sugere-se recomendar à SES: garantir o transporte inter-hospitalar tempestivo de pacientes gravemente enfermos para internação em UTI, bem como a remoção dos pacientes com alta médica da UTI; monitorar, com o objetivo de reduzi-los, os intervalos entre as seguintes etapas:

- a) solicitação de internação em leito de UTI;
- b) priorização;
- c) direcionamento do leito;
- d) atendimento à solicitação de transporte inter-hospitalar, se for o caso;
- e) efetiva internação do paciente na UTI;
- f) alta médica da UTI;
- g) desocupação da UTI; e



h) próximo direcionamento para aquele leito;

146. Sugere-se, ainda, determinar à SES submeter os leitos gerais aos procedimentos de regulação, de maneira a evitar a ocorrência de retenção de pacientes com alta médica em UTIs, tendo em vista que a situação atual afronta o disposto na Portaria SES/DF nº 189, de 07.10.2009, e nas Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores que fazem parte do Pacto pela Saúde 2006, volume 6.

2.2.6 *Benefícios Esperados*

147. Espera-se que com essas medidas seja promovido o aumento da disponibilidade de leitos de UTI; a redução do tempo médio de internação em UTI e da taxa de mortalidade dos pacientes admitidos; e, por fim, a redução do prejuízo ao erário pela eliminação da ocorrência da retenção da alta médica em UTI.



3 COMENTÁRIOS DO GESTOR

148. O Gestor apresentou suas considerações mediante o Ofício nº 2273/2114 – GAB/SES, acompanhado dos seguintes documentos:

- a) Despacho nº 1114/2014 – GAB/COR/SES;
- b) Relatório Técnico nº 144/2014 – CONT/COR/SES-DF

149. Naquele Relatório Técnico o Gestor apresentou muitas informações que não estão incluídas no escopo desse trabalho ou não contradizem aos achados da auditoria.

150. Entre as informações referentes a objetos não incluídos no escopo da auditoria têm-se dados acerca do Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade – SAD – AC (*Home Care*), com 40 vagas; bem como sobre os 162 leitos de cuidados intermediários neonatais – UCIN.

151. As alegações tendentes a confrontar os achados da auditoria, bem como as análises sobre tais alegações, estão assim resumidas:

Alegação	Análise
Item 2.1 (fl. 71) o resultado apurado pode apresentar inconsistência, haja vista que foram consideradas duas fontes distintas de informação, bem como foram excluídas as internações fora de fluxo, que embora não tenham obedecido ao fluxo regulatório, geraram ocupação efetiva do leito de UTI. Além disso, não foram excluídas do total das solicitações geradas aqueles pacientes que saíram da fila por contra-indicação do tratamento intensivo, seja por melhoria clínica, ou por não atenderem os critérios de admissão no leito, como, por exemplo pacientes fora da possibilidade terapêutica.	<p>O texto criticado pelo Gestor é a resposta à primeira pergunta da auditoria. Quanto à suposta inconsistência de dados, em relação a solicitações e internações de pacientes em leitos de UTI, cabe destacar que tais informações foram, inicialmente, requisitadas à DIREG que informou dispor apenas do quantitativo de solicitações. Dessa forma, a equipe de auditoria requisitou informações sobre as internações realizadas a GEMOAS, GEAC e SUTIS, todas encaminhadas de maneira oficial ao Tribunal pela SES.</p> <p>Diante desse cenário, não há como contestar o achado de auditoria alegando uma suposta inconsistência de dados fornecidos oficialmente pela própria SES. Até porque se de fato existisse inconsistência o jurisdicionado poderia ter aproveitado essa oportunidade para apresentar os</p>



	<p>dados que considerasse corretos.</p> <p>Além disso, o quantitativo de solicitações reportado pela DIREG computou apenas aqueles pacientes que passaram pela regulação, já o número de internações abrangeu pacientes provenientes de leitos regulados, eletivos, bem como de internações “fora de fluxo”. Tal interpretação elevou a proporção entre pacientes atendidos em relação às solicitações, em interpretação mais conservadora.</p> <p>No que diz respeito aos pacientes que saíram da fila, seja por melhoria clínica ou por óbito, trata-se de eventos posteriores à solicitação de internação. O atendimento é devido no momento da solicitação, não se podendo prever como será a progressão do paciente enquanto aguarda na fila para atendimento.</p> <p>Quanto aos pacientes fora da possibilidade terapêutica, o Gestor não informou quantas solicitações foram assim classificadas, o que impede análise sobre o tema. De fato, o Gestor afirmou em entrevista que esse número era muito pequeno.</p> <p>Sobre a suposta exclusão de pacientes fora de fluxo, esses pacientes foram sim computados entre os dados de internação como comentado anteriormente. Já em relação ao tempo de espera, os pacientes “fora de fluxo” não foram contabilizados nessa análise, pois não faria sentido considerar o tempo de espera desses pacientes, uma vez que a análise recaiu sobre o tempo daqueles que aguardavam internação na fila do fluxo normal da regulação.</p>
--	---



<p>Atualmente a SES possui 4372 leitos hospitalares, dos quais 432 são UTIs, o que representa 9,88% dos leitos destinado à terapia intensiva.</p>	<p>O relatório prévio de auditora reflete os dois números base (4372 leitos comuns, dos quais 432 são UTIs). Entretanto, a relação percentual entre eles perde significância quando considerada a falta de 2.603 leitos comuns na rede pública de saúde do DF em relação ao mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde.</p>
<p>Fl. 72, parágrafos 73 e 74: a indisponibilidade pela Diretoria de Regulação dos dados pertinentes ao gerenciamento da área se deve a fato de que após a mudança do Complexo Regulador para a sua atual locação, em maio de 2013, o acesso a esses dados foi bloqueado, pois foi considerado inseguro pela área técnica (SUTIS).</p>	<p>A alegação do gestor não tem o condão de desconstituir o achado apresentado no relatório prévio. Ao contrário, confirma-o.</p>
<p>Fl. 75, parágrafo 88: ao contrário do disposto no referido parágrafo, o sistema TRACKCARE gera alguns relatórios gerenciais, que foram utilizados até o ano de 2012, apesar de apresentarem algumas inconsistências. Esta Diretoria solicitou o restabelecimento do acesso aos relatórios, bem como a inclusão de outros de relevância para o monitoramento dos indicadores gerenciais de regulação, entretanto, não fomos atendidos até o presente momento.</p>	<p>A auditoria teve o exercício de 2013 por escopo, período em que os referidos relatórios estavam indisponíveis. Assim, a alegação do gestor não tem o condão de desconstituir o achado apresentado no relatório prévio. Ao contrário, confirma-o.</p>

152. Concernente aos demais resultados apresentados, o Gestor concluiu não se fazer necessária nenhuma consideração.



4 CONCLUSÕES

153. Os trabalhos realizados permitiram constatar as limitações da Secretaria de Estado de Saúde na gerência das unidades de tratamento intensivo à disposição da rede pública de saúde do DF, com graves consequências para o acesso da população a tais serviços. Todavia, a situação encontrada é recorrente: há processos no TCDF que, há mais de uma década, registravam situação análoga; o assunto também é recorrente na mídia local e no Judiciário, para onde são encaminhadas muitas demandas por vaga em leitos de UTI.

154. A equipe de auditoria enfrentou dificuldades na obtenção de informações essenciais para o gerenciamento das UTIs, como a quantidade de pedidos efetivamente atendidos pela Secretaria de Saúde e a taxa de óbito entre pacientes na fila de espera. Esses dados, que deveriam ser do conhecimento das unidades de direção da SES, em especial da Subsecretaria de Planejamento, Regulação e Controle – SUPRAC, encontram-se espalhados por diversas unidades da estrutura orgânica da Secretaria, sem que sejam agregadas e utilizadas em nível gerencial.

155. Apesar desses obstáculos, restou comprovado o elevado índice de negativas de atendimento, que ficou em 64% do total de solicitações, em evidente ofensa ao mandamento constitucional da universalidade de acesso à saúde. Entre os 36% de solicitações atendidas, verificou-se que o acesso se deu, em média, fora do prazo considerado aceitável, de 6 horas, e frequentemente sem observância dos critérios de priorização estabelecidos previamente pela própria Secretaria de Saúde.

156. Além disso, constatou-se que a Secretaria de Saúde administra de maneira ineficiente as 432 unidades de tratamento intensivo de que dispõe, uma vez que deixa de atender pessoas em situação grave por causa da permanência em UTIs de pacientes que contam com indicação de tratamento em leitos normais.

157. Entre os principais fatores que contribuem para os problemas apresentados estão a gestão ineficiente de leitos gerais e de UTI, falhas gerais na gestão e o modelo de regulação atualmente adotado pelo Distrito Federal, que não alcança a totalidade dos leitos.

158. O modelo de regulação do DF, ao contrário do que recomenda o Ministério da Saúde, é restrito ao serviço complementar - UTI e, ainda assim, os leitos eletivos ainda não estão abarcados pelas normas regulatórias. Para



agravar a situação, a regulação passa ao largo das internações em leitos comuns.

159. Diante da situação encontrada, conclui-se que o Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, não consegue atender de forma razoável as pessoas que precisam de cuidados em unidades de tratamento intensivo, recurso terapêutico muitas vezes imprescindível ao restabelecimento da saúde e, outras vezes, decisivo para definir a vida ou morte do paciente.



5 PROPOSIÇÕES

160. Ante o exposto, sugere-se ao egrégio Plenário:

l) recomendar à SES/DF, com vistas à melhoria do atendimento às solicitações de internação em UTI, à garantia da equidade no acesso aos leitos de UTI e ao combate das ineficiências encontradas na gestão dos leitos de UTI, a adoção das seguintes providências:

- a. ofertar leitos gerais e de UTI em quantidade adequada ao atendimento da demanda efetiva atual e projetada;
- b. garantir o transporte inter-hospitalar tempestivo de pacientes gravemente enfermos para internação em UTI, bem como na remoção dos pacientes com alta médica da UTI;
- c. cumprir as normas e procedimentos de regulação, vedando as internações fora de fluxo;
- d. fiscalizar o cumprimento das normas e procedimentos de regulação;
- e. manter registro, em caso de excepcional ocorrência de internação fora de fluxo, das situações atípicas ocorridas e consolidar os respectivos dados (localidade da internação, servidores responsáveis, hospital de origem do paciente, motivo da violação do fluxo regulatório) para fins de gestão e prestação de contas dos recursos utilizados;
- f. monitorar, com o objetivo de reduzi-los, os intervalos entre as seguintes etapas:
 - i. solicitação de internação em leito de UTI;
 - ii. priorização;
 - iii. direcionamento do leito;
 - iv. atendimento à solicitação de transporte inter-hospitalar, se for o caso;
 - v. efetiva internação do paciente na UTI;



- vi. alta médica da UTI;
 - vii. desocupação da UTI; e
 - viii. próximo direcionamento para aquele leito;
- II) determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, com vistas à melhoria do atendimento às solicitações de internação em UTI, submeter os leitos gerais aos procedimentos de regulação, tendo em vista que a situação atual afronta o disposto na Portaria SES/DF nº 189, de 07.10.2009, e nas Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores que fazem parte do Pacto pela Saúde 2006, volume 6;
- III) determinar, ainda, à SES/DF que, em até 120 dias, elabore e envie a este Tribunal Plano de Ação para implementação das determinações e recomendações acima indicadas, bem como de outras medidas que entender necessárias para resolução dos problemas apontados na Auditoria e para o aperfeiçoamento do acesso às Unidades de Tratamento Intensivo da rede pública de saúde do Distrito Federal, fazendo constar do respectivo Plano, pelo menos, cronograma, metas a serem alcançadas e responsáveis (conforme modelo anexo);
- IV) dar conhecimento do inteiro teor deste relatório e da decisão que vier a ser proferida ao Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal, aos Deputados Distritais e ao Governador;
- V) autorize o retorno dos autos à SEMAG para as providências pertinentes.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DAS SESSÕES

SESSÃO ORDINÁRIA Nº 4715 de 02/09/2014

TCDF/Secretaria das Sessões
Folha:.....
Processo: [31900/2013](#)
Rubrica:.....

PROCESSO Nº [31900/2013](#)

RELATOR : CONSELHEIRO MANOEL PAULO DE ANDRADE NETO

EMENTA : Auditoria operacional constante do Plano Geral de Ação desta Corte para 2013, com o objeto de avaliar o acesso da população do Distrito Federal às Unidades de Terapia Intensiva - UTIs da rede pública distrital de saúde.

DECISÃO Nº 4282/2014

O Tribunal, por unanimidade, de acordo com o voto do Relator, com o qual concorda a Revisora, Conselheira ANILCÉIA MACHADO, decidiu: I - recomendar à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, com vistas à melhoria do atendimento às solicitações de internação em UTI, à garantia da equidade no acesso aos leitos de UTI e ao combate das ineficiências encontradas na gestão dos leitos de UTI, a adoção das seguintes providências: a. ofertar leitos gerais e de UTI em quantidade adequada ao atendimento da demanda efetiva atual e projetada; b. garantir o transporte inter-hospitalar tempestivo de pacientes gravemente enfermos para internação em UTI, bem como na remoção dos pacientes com alta médica da UTI; c. cumprir as normas e procedimentos de regulação, vedando as internações fora de fluxo; d. fiscalizar o cumprimento das normas e procedimentos de regulação; e. manter registro, em caso de excepcional ocorrência de internação fora de fluxo, das situações atípicas ocorridas e consolidar os respectivos dados (localidade da internação, servidores responsáveis, hospital de origem do paciente, motivo da violação do fluxo regulatório) para fins de gestão e prestação de contas dos recursos utilizados; f. monitorar, com o objetivo de reduzi-los, os intervalos entre as seguintes etapas: i. solicitação de internação em leito de UTI; ii. priorização; iii. direcionamento do leito; iv. atendimento à solicitação de transporte inter-hospitalar, se for o caso; v. efetiva internação do paciente na UTI; vi. alta médica da UTI; vii. desocupação da UTI; viii. próximo direcionamento para aquele leito; II) determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, com vistas à melhoria do atendimento às solicitações de internação em UTI, submeter os leitos gerais aos procedimentos de regulação, tendo em vista que a situação atual afronta o disposto na Portaria SES/DF nº 189, de 07.10.2009, e nas Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores que fazem parte do Pacto pela Saúde 2006, volume 6; III) determinar, ainda, à SES/DF que, em até 120 dias, elabore e envie a este Tribunal Plano de Ação para implementação das determinações e recomendações acima indicadas, bem como de outras medidas que entender necessárias para resolução dos problemas apontados na Auditoria e para o aperfeiçoamento do acesso às Unidades de Tratamento Intensivo da rede pública de saúde do Distrito Federal, fazendo constar do respectivo Plano, pelo menos, cronograma, metas a serem alcançadas e responsáveis (conforme modelo anexo ao Relatório de Auditoria); IV) dar conhecimento do inteiro teor desta decisão e do Relatório de Auditoria ao Secretário de Estado de Saúde do Distrito

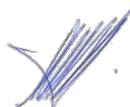
Federal, à Câmara Legislativa e ao Governador do DF; V) autorizar o retorno dos autos à SEMAG, para as providências pertinentes. Decidiu, mais, mandar publicar, em anexo à ata, o relatório/voto do Relator.

Presidiu a sessão, durante o julgamento deste processo, o Conselheiro RENATO RAINHA. Votaram os Conselheiros MANOEL DE ANDRADE, ANILCÉIA MACHADO, PAULO TADEU e PAIVA MARTINS. Participou o representante do MPjTCDF Procurador-Geral DEMÓSTENES TRES ALBUQUERQUE. Ausente o Senhor Presidente, Conselheiro INÁCIO MAGALHÃES FILHO.

SALA DAS SESSÕES, 02 de Setembro de 2014



Olavo Medina
Secretário das Sessões



Anilcéia Luzia Machado
Presidente em exercício