



AUDITORIA OPERACIONAL

**Avaliação da qualidade do serviço de saúde na Rede de
Atenção às Urgências e Emergências no âmbito da Secretaria
de Estado de Saúde do Distrito Federal.**



Agosto/2014



Sinopse

O objeto da fiscalização diz respeito à qualidade do serviço de saúde tendo por foco a gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Secretaria de Estado de Saúde do DF, que tem por finalidade o atendimento amplo e humanizado dos usuários com quadros agudos ou agudizados de saúde.

A gestão da Rede deve garantir a resolução integral ou a transferência para um serviço de maior complexidade hierarquizado e regulado no sistema de saúde, e, ainda, valorizar a prevenção desses agravos e a proteção da vida.

O que o Tribunal buscou avaliar?

O objetivo deste trabalho foi avaliar o serviço de saúde prestado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Rede Pública de Saúde quanto a aspectos de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade das atividades, projetos, programas e ações, com o propósito de contribuir para o melhor desempenho da gestão pública no âmbito da SES. Para tanto, foram propostas duas questões de auditoria:

Questão 01: A Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES está suficientemente organizada para atender satisfatoriamente aos usuários?

Questão 02: A estrutura disponível na Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES é suficiente para fornecer um atendimento satisfatório aos usuários?

O que o Tribunal constatou?

Em relação à questão de auditoria 1, constatamos que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES não está organizada a ponto de prestar um serviço de saúde apropriado à população, em virtude da evidente desarticulação da gestão dessa Rede.

O Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal, elaborado pela Secretaria, é pouco abrangente e ainda não foi implementado. Ainda, impropriedades foram encontradas na implantação do Componente pré-hospitalar fixo – Unidade de Pronto Atendimento, como a



ausência de estudos que embasem a escolha dos locais de instalação para uma distribuição adequada.

Em relação à segunda questão, os trabalhos apontam para a identificação de situações passíveis de ajustes na infraestrutura disponível para atendimento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em especial, a gestão dos leitos, gestão dos recursos humanos e a inadequação da estrutura física.

Foram ainda encontradas deficiências, decorrentes da insuficiência de recursos humanos na implantação da Classificação de Risco, da Política de Humanização e a para operação do componente pré-hospitalar móvel – SAMU.

Quais foram as recomendações e determinações formuladas?

Entre as determinações e recomendações propostas a Secretaria de Estado da Saúde do DF, destacam-se: “determinar à SES/DF que adeque a estrutura organizacional das instâncias responsáveis pela gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências; promova a revisão do Plano de Atenção às Urgências e Emergências; realize estudos prévios que permitam identificar o melhor local para implantação de Unidades de Pronto Atendimento; adote medidas para garantir a ampliação das taxas de ocupação dos leitos hospitalares da rede pública; promova as medidas necessárias para correção das falhas na implantação das UPAs do DF; e ainda, que reveja a estrutura organizacional da Gerência de Apoio ao Serviço Pré-Hospitalar Móvel, responsável pela coordenação do SAMU.

Quais os benefícios esperados com a atuação do Tribunal?

Espera-se que, com a adoção das medidas propostas pelo Tribunal, que se estabeleça uma gestão estruturada e articulada da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, um planejamento adequado e efetivo, a alocação apropriada dos componentes da Rede, a gestão eficiente dos leitos hospitalares, e, por fim, a adequação do quantitativo de recursos humanos para o funcionamento da Rede, completa implementação da Classificação de Risco e funcionamento do Componente pré-hospitalar SAMU.



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

Fis.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

RELATÓRIO FINAL DE AUDITORIA





RESUMO

A presente Auditoria Operacional foi realizada no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com o objetivo de avaliar o serviço de saúde prestado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Rede Pública de Saúde quanto a aspectos de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade das atividades, projetos, programas e ações, com o propósito de contribuir para o melhor desempenho da gestão pública no âmbito do referido órgão. Foram aplicadas as seguintes técnicas de auditoria: exame de documentos originais, revisão analítica, conferência de dados, realização de cálculos, de entrevistas e aplicação de check list. Os trabalhos desenvolvidos resultaram nos seguintes achados: desarticulação da gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências; reduzida abrangência e pouca implementação do Plano Distrital de Atenção à Urgência e Emergência; impropriedades na implantação do componente pré-hospitalar fixo – Unidade de Pronto Atendimento; gestão de leitos ineficiente; inadequação da infraestrutura para atendimento à população na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e, por fim, a insuficiência de recursos humanos para operação da Rede. Pelas falhas e irregularidades detectadas, foram propostas, dentre outras, medidas para adequação da estrutura organizacional das instâncias responsáveis pela gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, para aumento das taxas de ocupação dos leitos hospitalares da rede pública e para correção das falhas na implementação das UPAs.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1.1 Apresentação	6
1.2 Identificação do objeto	6
1.3 Contextualização	7
1.4 Objetivos.....	15
1.5 Escopo.....	16
1.6 Montante Fiscalizado	16
1.7 Metodologia.....	17
1.8 Critérios de auditoria	17
1.9 Avaliação do Controle Interno	18
RESULTADOS DA AUDITORIA	19
1.10 Questão 1 – A Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES está suficientemente organizada para atender satisfatoriamente aos usuários?	19
Achado 1 – Fragmentação da gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	19
Achado 2– Reduzida abrangência e pouca implementação do Plano Distrital de Atenção à Urgência e Emergência	30
Achado 3 – Improriedades na implantação do Componente Pré-hospitalar fixo – Unidades de Pronto Atendimento.....	40
1.11 Questão 2 – A estrutura disponível na Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES é suficiente para fornecer um atendimento satisfatório aos usuários?	54
Achado 4 – Gestão de Leitos ineficiente	54
Achado 5: Inadequação da infraestrutura para atendimento na RUE	63
Achado 6 – Insuficiência de Recursos Humanos na Rede de Atenção à Urgência e Emergência.....	69
3 CONCLUSÃO.....	80
4 PROPOSIÇÕES	80



INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

1. Trata-se de Auditoria Operacional para avaliar o serviço de saúde prestado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Rede Pública de Saúde quanto a aspectos de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade das atividades, projetos, programas e ações, com objetivo de contribuir para o melhor desempenho da gestão pública no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES), em cumprimento ao Plano Geral de Ação para 2013, aprovado na Decisão Administrativa nº 96/12 (f. 2) (Fiscalização nº 1.2004.13).

2. A execução desta auditoria compreendeu o período de 02/04/2013 a 11/12/2013.

1.2 Identificação do objeto

3. O objeto da fiscalização é a qualidade do serviço de saúde tendo por foco a gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Secretaria de Estado de Saúde do DF, órgão da Administração Pública Direta do Governo do DF. O Secretário de Estado de Saúde à época da conclusão deste relatório era o Dr. Elias Miziara, nomeado em 25.04.2014 (DODF de 28/04/2014).

4. A referida gestão, de acordo com os objetivos e diretrizes estipulados na Política Nacional de Atenção às Urgências¹ e no Regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência², tem por finalidade o atendimento amplo e humanizado dos usuários com quadros agudos ou agudizados de saúde para resolução integral ou transferência para um serviço de maior complexidade hierarquizado e regulado no sistema de saúde. A gestão deve, ainda, valorizar a prevenção desses agravos e a proteção da vida.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em 20 jul.13.

² _____. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do anexo, o Regulamento Técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em 20 jul.13.



5. Considerando as competências regimentais estipuladas no Decreto Distrital nº 34.213/13³, os trabalhos foram empreendidos nas seguintes Subsecretarias da SES: Administração Geral; Atenção à Saúde, em especial, Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências e Coordenações-Gerais de Saúde; Tecnologia da Informação em Saúde; Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle; e Logística e Infraestrutura em Saúde.

1.3 Contextualização

6. A dignidade da pessoa humana, um dos princípios fundamentais insculpidos na Constituição de 1988⁴ (art. 1º, III), serve de embasamento para consecução efetiva e material dos direitos fundamentais, dentre eles, a saúde, consagrada como um direito fundamental, público e subjetivo, cabendo ao estado a obrigação de criar as condições objetivas para o acesso desembaraçado da população às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (art. 196). Essas ações e serviços de saúde (arts. 197 e 198) são de relevância pública e compõem uma rede regionalizada e hierarquizada que forma o Sistema Único de Saúde, cujos princípios foram estabelecidos na Lei nº 8.080/90 (art. 7º)⁵, destacando-se:

- a universalidade de acesso a todos os níveis de assistência;
- a integralidade de assistência, ou seja, um conjunto articulado de ações e serviços exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade do sistema;
- a utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades;
- a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde;
- a conjugação dos recursos dos entes federativos na prestação dos serviços de assistência à saúde; e

³ DISTRITO FEDERAL. Decreto Distrital nº 34.213, de 14 de março de 2013. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde[...]. Disponível em <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=73777>. Acesso em 24abr. 2013.

⁴ BRASIL. Constituição da República de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 27 abr. 2013.

⁵ _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde[...].

Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 26 abr. 2013.



- a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

7. Nessa esteira, o atendimento às urgências e emergências representa a intervenção e a resposta do sistema a uma necessidade de bem-estar da população, atuando desde a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o monitoramento, o tratamento e a recuperação da saúde.

8. O “Pacto pela Saúde” representa um conjunto de reformas institucionais com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e preconiza que o acesso aos componentes é uma responsabilidade geral da gestão do SUS a ser exercida, no caso do Governo do DF, “por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências”⁶.

9. Notória a importância social do atendimento às urgências e emergências a qual está refletida no Regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência e, posteriormente, na Política Nacional de Atenção às Urgências (§ 3º), abrangendo ações desde a atenção básica à alta complexidade, valendo destacar:

- ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

⁶BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga Pacto pela Saúde[...]. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 27 abr. 2013.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

- humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade do cuidado em saúde;
- monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolubilidade da atenção;
- articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;
- regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e
- qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

10. A Política Nacional de Atenção às Urgências trouxe, ainda (arts. 4º a 12), a definição, a descrição e os objetivos dos componentes formadores da Rede de Atenção às Urgências, cujos pontos principais estão descritos a seguir:

- Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde – vigilância e prevenção das violências e acidentes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde;
- Atenção Básica em Saúde – ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências - tem como objetivo chegar



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

precocemente à vítima para atendimento ou transporte a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS;

- Sala de Estabilização – não representa um novo serviço de saúde, mas um ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento;
- Força Nacional de Saúde do SUS – utilizado quando necessário e destina-se a aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso;
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas – a UPA 24h é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar. Juntamente com o conjunto de serviços de urgência 24h não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- Hospitalar – constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias; e
- Atenção Domiciliar – conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

11. A Rede de Atenção às Urgências, dessa maneira, abrange componentes fixos e móveis de complexidades diferentes, consoante os princípios constitucionais e legais do SUS (§§ 7º/9º) , indo desde a rede pré-hospitalar básica até aquela de alta complexidade, com priorização da atenção



básica e ampliação do acesso para resolubilidade do problema. Ultrapassa-se, assim, o entendimento de que o atendimento emergencial estaria limitado ao “pronto-socorro” dos hospitais, embora estes ainda sejam a principal “porta de entrada” do sistema, abrangendo as urgências reais, as urgências percebidas pelo próprio usuário e aqueles casos que deveriam estar sendo acompanhados no nível básico de atenção à saúde. Em geral, os efeitos desse quadro são a superlotação dos “prontos-socorros”, a deficiência na qualidade do atendimento e a insatisfação social.

12. A disposição do sistema de forma hierarquizada e integrada representa uma necessidade diante do “aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população”, conforme prescreve o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (§ 3º).

13. Não basta, ainda, apenas a existência física desses componentes. Esses equipamentos de saúde devem operar de forma articulada, em uma rede regionalizada, integrada, regulada e hierarquizada, tendo por base dados epidemiológicos e demográficos, para, em momento posterior, ser possível aferir o nível atual de implantação de cada um desses componentes, as dificuldades para operação, a gestão dos recursos, a efetividade dos fluxos, a resolubilidade da atenção, dentre outros exames e indicadores que irão revelar as causas de problemas que afligem à população e impedem o pleno exercício dos direitos do usuário da saúde consagrados na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁷:

Art. 2º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa.

§ 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de

⁷ _____. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispões sobre os direitos e deveres[...]. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em 27 abr. 2013.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

necessidade.

§ 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema.

[...]

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

[...]

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

14. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde implantou políticas nacionais em relação a temas relacionados à Política Nacional de Atenção às Urgências, buscando maior integralidade e resolubilidade da atenção, sendo exemplos:

- Política Nacional de Atenção Básica – as equipes de Atenção Básica têm por característica, dentre outras, “realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências”⁸;
- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – uma das diretrizes, a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências, compreende “a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências”⁹;
- Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito – uma das estratégias propostas é a capacitação dos profissionais de saúde e gerentes de serviços de urgência e emergência para “participarem da construção de sistema de notificação compulsória de agravos por causas externas; trabalharem para qualificar a informação; construir, a partir da ficha de notificação elaborada, bancos de dados padronizados nos municípios, que possam servir de instrumento de avaliação e acompanhamento das ações de intervenção; tornarem disponíveis para o Contran/Denatran e

⁸ _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 27 abr.2013.

⁹BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html>. Acesso em 27 abr. 2013.



demais parceiros os dados consolidados a partir dos bancos municipais”¹⁰.

15. Para efetivação desses objetivos, foram estabelecidas, no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (art. 2º), as seguintes atribuições da SES:

- Adotar as providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, à organização das redes assistenciais deles integrantes e à organização/habilitação e cadastramento dos serviços, em todas as modalidades assistenciais, que integrarão essas redes; e
- Estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Serviços, em todas as modalidades assistenciais, de maneira a constituir o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências.

16. Para avaliação dessa integração, o Plano Distrital de Saúde para 2012-2015¹¹ é importante balizador sobre as ações empreendidas ou pretendidas no âmbito da Secretaria, valendo destacar a proposta de “Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF” tendo por fundamento a Política Nacional de Atenção às Urgências. O Plano aponta como metas a serem alcançadas no período mencionado: o fortalecimento da capacidade de respostas para problemas críticos e agudos e a implantação do acolhimento com classificação de risco em unidades da Rede de Urgência e Emergência do DF. O reconhecimento da necessidade de reformas dos espaços físicos destinados aos atendimentos de urgência e emergência, como nos Hospitais Regionais de Sobradinho e de Ceilândia também está registrado no Plano de Saúde.

17. O Plano Plurianual do DF para o período 2012-2015¹² também trouxe

¹⁰ _____. Portaria nº 344, de 19 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o “Projeto de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito[...]”. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/pr0344_19_02_2002.html>. Acesso em 27 abr. 2013.

¹¹ DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Conselho de Saúde. Resolução nº 395, de 14 de agosto de 2012. Plano Distrital de Saúde 2012-2015. p. 36. Disponível em <<http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Plano%20de%20Sa%C3%BAde%20vers%C3%A3o%20final%202012-2015.pdf>>. Acesso em 29abr. 2013.

¹² _____. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento. PPA 2012-2015: Anexo II - 6202 – Aperfeiçoamento do SUS. pp. 15-16. Disponível em <http://www.seplan.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual/ppa-2012-2015/doc_download/446-ppa-20122015-concluido.html>. Acesso em 29abr. 2013.



registros de problemas que impactam o objeto desta fiscalização:

No que se refere à área de urgência e emergência, as diretrizes de regionalização e hierarquização estão pouco implementadas devido à má utilização generalizada das portas de entrada da alta complexidade. Para a adequação desse componente da rede do DF, faz-se necessário criar as unidades que componham o nível intermediário de complexidade entre a atenção básica e a atenção às urgências prestada pela rede hospitalar.

18. Entende-se que não só a expansão e aparelhamento adequado dos equipamentos pré-hospitalares são necessários para reverter esse quadro negativo ao componente hospitalar, como, também, é preciso sensibilizar as comunidades locais para confiar e utilizar esses componentes pré-hospitalares para diminuição dessa demanda espontânea nos hospitais, afastando a falsa ideia de que apenas as portas hospitalares possuem capacidade resolutive. Assim, a fiscalização abrangeu, prioritariamente:

- desenvolvimento, implantação e operação do Plano Distrital de Atendimento às Urgências e Emergências;
- implantação e estruturação dos componentes estipulados na Política Nacional de Atenção às Urgências de acordo com as diretrizes para o estabelecimento da Rede de Atenção às Urgências;
- implantação e operação das Centrais de Regulação, do acolhimento com classificação de risco e da política de humanização da atenção;
- estabelecimento de indicadores de avaliação da qualidade da prestação do serviço, principalmente a efetividade e a resolubilidade da atenção;
- suficiência dos recursos técnicos, físicos, humanos e financeiros na organização e na operação da Rede de Atenção às Urgências;
- análise da demanda, em especial, o perfil epidemiológico e demográfico, para avaliar a distribuição e a adequação dos componentes regionais à procura local pelo serviço;
- ações de saúde e de educação permanente voltadas à prevenção de agravos à saúde, fortalecimento da atenção básica e capacitação dos profissionais de saúde no atendimento de urgência e emergência;
- planejamento da expansão da rede de atendimento;
- registro das informações oriundas da operação da Rede de Atenção às Urgências nos sistemas do Ministério da Saúde;
- avaliação da organização dos fluxos de referência e contra referência no atendimento;



- número de unidades com sistema para notificação de eventos de violência e acidentes implantada;
- avaliar o tratamento dos resíduos de saúde.

19. Alguns componentes da Rede de Urgência e Emergência já foram abordados no TCDF, destacando-se os seguintes processos:

Quadro 2: Processos relacionados ao atendimento de urgência e emergência

Processo	Conselheiro-Relator	Objeto	Última Decisão
15.282/09	Anilcéia Luzia Machado	Programa de Atenção Básica de Saúde	4719/13
27.515/09	Ronaldo Costa Couto	SAMU – pessoal	14/10
37.066/07	Antônio Renato Alves Rainha	SAMU – operação	2894/13
36.650/08	Antônio Renato Alves Rainha	SAMU – operação	4241/13
19.030/11	Paulo Tadeu Vale da Silva	UPA – aquisição	3398/13
16.940/10	Antônio Renato Alves Rainha	UPA – operação	5458/13
3.574/12	Antônio Renato Alves Rainha	UPA – operação	3.902/12

1.4 Objetivos

Objetivo Geral

20. Avaliar o serviço de saúde prestado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Rede Pública de Saúde quanto a aspectos de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade das atividades, projetos, programas e ações, com o propósito de contribuir para o melhor desempenho da gestão pública no âmbito da SES.

Objetivos Específicos

21. As questões de Auditoria estão assim definidas:

- a) A Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES está suficientemente organizada para atender satisfatoriamente aos usuários?
- b) A estrutura disponível na Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES é suficiente para fornecer um atendimento satisfatório aos usuários?



1.5 Escopo

22. Tendo em conta as questões de Auditoria, o escopo da fiscalização proposta abrangerá as Unidades relacionadas com a gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no DF (§ 4º), nos exercícios de 2012 e 2013 e na extensão dos procedimentos de Auditoria definidos a partir da avaliação do controle interno.

23. Não foram identificadas limitações que prejudicassem a execução dos trabalhos de fiscalização e os resultados obtidos.

1.6 Montante Fiscalizado

24. Os recursos orçamentários inicialmente envolvidos na gestão da Atenção às Urgências e Emergências abrangem, principalmente, aqueles destinados ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e às Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Em 2012 e 2013, os recursos ficaram próximos de 3% da despesa total autorizada para a Secretaria, conforme quadro a seguir:

Quadro 3: Recursos orçamentários

Exercício	Despesa total fixada na SES	Despesa autorizada para urgências e emergências ¹³	%
2012	2.313.708.241,00 ¹⁴	67.218.944,63	2,90
2013	2.364.520.242,00 ¹⁵	70.641.360,00	2,99

25. Em complemento, assinala-se que alguns valores não estão incluídos na despesa fixada, como, por exemplo, pessoal, contratos correlatos, materiais e equipamentos usados na prestação do serviço, devido à inexistência de um sistema de custo que permita tal identificação e à falta de especificação desses

¹³ Valores apurados no Sistema Integrado de Gestão Governamental – SIGGO, Exercícios 2012 e 2013, Quadros de Detalhamento Despesa para 2012 e 2013, Unidade Orçamentária Fundo de Saúde do DF nos seguintes Programas de Trabalho: 10.302.6202.2060.0003, 10.302.6202.3173.0002, 10.302.6202.4226.0001 e 10.302.6202.3172.0003 (f. 8/15).

¹⁴ DISTRITO FEDERAL. Lei Distrital nº 4.744, de 29 de dezembro de 2011. Estima a Receita e fixa a Despesa[...]. Anexo VII, p.17. Disponível em <<http://www.seplan.df.gov.br/orcamento/LOA/LOA2012/A8.3%20-%20ANEXO%20VII%20-%20DEMONSTR.%20DA%20DESPESA%20P%20%20O%20%20U%20%20F%20%20S.pdf>>.

Acesso em 26 abr. 2013.

¹⁵ _____. Lei Distrital nº 5.011, de 28 de dezembro de 2012. Estima a Receita e fixa a Despesa[...]. Anexo VII, p.17. Disponível em <<http://www.seplan.df.gov.br/orcamento/LOA/LOA2013/A8.1%20-%20ANEXO%20VII%20-%20DEMONSTR.%20DA%20DESPESA%20P%20%20O%20%20U%20%20OFIS%20%20E%20SEG%20-%20OOK.pdf>>. Acesso em 26 abr. 2013.



valores nos QDDs examinados. Conclui-se, portanto, que o percentual apontado é maior para a gestão da Atenção às Urgências e Emergências.

1.7 Metodologia

26. Os procedimentos aplicados foram pesquisa e exame de documentos originais e de registros, inclusive com a verificação da correlação dessas informações; revisão analítica dos indicadores obtidos e entrevistas com servidores.

1.8 Critérios de auditoria

27. Para os exames da presente fiscalização relacionam-se as normas aplicáveis às atividades referentes à gestão da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, utilizadas como critério de avaliação, sem prejuízo de identificação de outros normativos reguladores:

Quadro 4: Legislação aplicável

Norma	Objeto
Constituição da República de 1988	
Lei nº 8.080/90	Organização SUS.
Lei nº 8.142/90	Financiamento SUS.
Lei nº 8.666/93	Normas para licitações e contratos na Administração Pública.
Decreto nº 7.508/11	Regulamento da Lei nº 8.080/90
Decreto nº 5.055/04	Institui o SAMU
Portaria GM/MS nº 399/10	Participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do SUS.
Portaria GM/MS nº 1.101/02	Parâmetros para cálculo da necessidade, produtividade e cobertura de equipamentos.
Portaria GM/MS nº 344/02	Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito
Portaria GM/MS nº 479/99	Mecanismos para implantação do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências
Portaria GM/MS nº 672/03	Índice de valorização hospitalar de emergência
Portaria GM/MS nº 737/01	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
Portaria GM/MS nº 804/11	SAMU no SCNES
Portaria GM/MS nº 1.010/12	Implantação do SAMU e da central de regulação
Portaria GM/MS nº 1.559/08	Política Nacional de Regulação do SUS
Portaria GM/MS nº 1.571/07	Incentivo financeiro ao complexo regulador
Portaria GM/MS nº 1.600/11	Política Nacional de Atenção às Urgências
Portaria GM/MS nº 1.828/04	Incentivo financeiro para centrais de regulação de emergência
Portaria GM/MS nº 1.864/03	SAMU – implantação
Portaria GM/MS nº 2.048/02	Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência

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

Fls.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

Portaria GM/MS nº 2.072/03	Comitê Gestor Nacional da Atenção às Urgências
Portaria GM/MS nº 2.395/11	Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências
Portaria GM/MS nº 2.657/04	SAMU – operação
Portaria GM/MS nº 2.923/08	Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência
Portaria GM/MS nº 2.971/08	Motolância
Portarias GM/MS nº 2.972/08 e nº 3.125/06	Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência
Portaria GM/MS nº 4.279/10	Rede de Atenção à Saúde
Resolução Anvisa nº 50/02	Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde
Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.451/95	Atendimento de Urgência e Emergência
Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.671/03	Atendimento pré-hospitalar
Resolução Conama nº 358/03	Resíduos de saúde

1.9 Avaliação do Controle Interno

28. A Avaliação do Controle Interno e o Risco da Auditoria objetivam orientar a extensão dos testes a serem realizados durante a Fiscalização.

29. Esta fiscalização preliminar permitiu constatar que a Jurisdicionada ainda passa por uma fase de mudanças administrativas, inclusive com alteração de sua estrutura e a criação de unidades que interferem diretamente no objeto da fiscalização proposta. Nesse contexto, foi publicada no dia 22.02.13 a nova estrutura da Secretaria e no dia 15.03.13 o Regimento Interno, aprovado com estabelecimento de competências dessa nova estrutura.

30. Dessa forma, devido a recente publicação desses documentos, ainda não há como concluir pela existência de um “bom sistema de controle interno que previna ou detecte, em tempo hábil, erros e irregularidades relevantes”¹⁶ e, de acordo com o Manual de Auditoria do TCDF, o Controle Interno da Secretaria de Estado de Saúde pode ser classificado como “Fraco” para fins de análise da extensão dos Testes de Auditoria.

¹⁶DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Contas do DF. *Manual de Auditoria*: parte geral. pp. 2-4. Disponível em <http://www.tc.df.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=aa3794d7-04ed-4978-a8ef-56a2cd6d217c&groupId=20402>. Acesso em 4 mar. 2013.



RESULTADOS DA AUDITORIA

1.10 Questão 1 – A Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES está suficientemente organizada para atender satisfatoriamente aos usuários?

Os exames permitiram concluir que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES não está organizada a ponto de prestar um serviço de saúde apropriado à população em razão de deficiências na gestão, baixa abrangência e implementação do Plano Distrital de Atenção à Urgência e Emergência.

Achado 1 – Fragmentação da gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Critérios

31. Atuação planejada, articulada e coordenada dos setores responsáveis pela Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Análises e evidências

32. A Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências (Diure), unidade subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS), possui as seguintes competências, de acordo com o Regimento Interno da Secretaria (§ 4º):

Art. 318. À Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências, unidade orgânica de direção, diretamente subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde, compete:

*I - **planejar, coordenar e promover** a Política Distrital de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde;*

*II - **planejar e coordenar** os componentes técnicos e científicos da assistência às urgências e emergências pré-hospitalares fixas e móveis;*

*III - **coordenar** a estruturação e organização das relações de trabalho da área assistencial dos serviços de urgências e emergências pré-hospitalares, fixas e móveis, de forma humanizada;*

*IV - **coordenar** ações para a promoção do acesso da população a serviços de urgências e emergências pré-hospitalares fixa e móvel;*

*V - **formular, promover e coordenar** a implantação do Sistema de Referência e Contra-Referência de pacientes, nas unidades da Secretaria;*

*VI - **formular, implementar e manter** atualizados os protocolos únicos para o trabalho coletivo das unidades de urgência no acolhimento dos pacientes com agravos agudos, em grandes eventos e na contenção de catástrofes;*

*VII - **supervisionar** a acessibilidade e resolutividade do sistema de atenção integral às urgências;*

*VIII - **integrar** suas ações com as da Atenção Básica e da Atenção Especializada; e*



IX - desenvolver outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação

33. O normativo determinou, ainda, as seguintes estruturas para apoio ao setor em comento: Gerência de Apoio ao Serviço Pré-Hospitalar Móvel, a qual seria responsável pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e a Gerência de Apoio ao Serviço Pré-Hospitalar Fixo de Urgência/Emergência, a qual abrangeria as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Essas Gerências são os setores envolvidos diretamente com a atenção pré-hospitalar de urgências e emergências.

34. A Diure, portanto, é a unidade responsável por todo o planejamento, coordenação, promoção, implementação, avaliação, supervisão e articulação para efetivação da Política Distrital de Atenção às Urgências e Emergências, inclusive junto aos responsáveis pela Atenção Primária em Saúde e pela Atenção Especializada.

35. Todavia, essa responsabilidade mostra-se, atualmente, fragmentada pela opção da Administração da SES em criar diversas outras instâncias relacionadas à gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

- **Portaria SES nº 16/12 – cria o Escritório de Projetos Estratégicos¹⁷:**

De acordo com a norma, a instância está sob coordenação do Subsecretário de Atenção à Saúde e diretamente subordinada ao Gabinete da SES, tendo por finalidade coordenar a implantação de projetos estratégicos no âmbito da SES. Essa atividade deve ocorrer por via da criação de coordenações técnicas que desenvolverão, de forma transversal às Subsecretarias, os projetos e programas, sem prejuízo da hierarquia e das ações verticais que estejam em andamento.

A norma estabeleceu, ainda, a vinculação da Coordenação Central da Política de Humanização ao Escritório e a criação das Coordenações Técnicas de Articulação de Redes Assistenciais e de Gestão de Leitos.

- **Portaria SES nº 68/12 – institui o Grupo Condutor Distrital da Implantação da Rede de Urgência¹⁸:**

¹⁷ DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 16, de 13 de fevereiro de 2012. Cria o Escritório de Projetos Estratégicos. Disponível em <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/DetalhesDeNorma.aspx?id_Norma=70570>. Acesso em 27 out. 2013.

¹⁸ _____. Portaria nº 68, de 26 de abril de 2012. Institui Grupo Condutor Distrital da Implantação da



Grupo coordenado no âmbito da Diure e composto pela Coordenação Central da Política de Humanização; Diretorias de Regulação e de Controle e Avaliação da Suprac; SAS; Coordenações Técnicas: Articulação das Redes Assistenciais, UTI Adulto, Cardiologia, Neurologia e Centro de Trauma do HBDF; Gerências de Assistência às Urgências e Emergências Móveis e Fixas da Diure; Diretoria de Assistência à Saúde do HBDF; Núcleo de Acompanhamento da Rede Básica e Gerência de Atenção Domiciliar da SAPS; e Diretoria de Vigilância Epidemiológica da SVS.

A finalidade do Grupo é o apoio técnico nas fases de elaboração, monitoramento e avaliação da implantação, implementação e acompanhamento.

- **Portaria SES nº 255/13 – Cria a Coordenação Técnica das UPAs¹⁹:**

Unidade subordinada ao Escritório de Projetos Estratégicos e voltada à reorganização do modelo assistencial das UPAs e à implantação das novas UPAs a serem inauguradas.

36. Além dessas Portarias, vale mencionar a “Proposta de estrutura orgânica SAMU 192 – Preparação copa 2014”, autuada sob nº 060.008054/12 (PT02: f. 3, Anexo I). Esta proposta pretende tornar a Gerência de Apoio ao Serviço Móvel de Urgência, unidade subordinada à Diure, também uma Diretoria para melhor prestação do serviço móvel pré-hospitalar considerando que a atual estrutura “mostra-se incompatível com a dimensão e as atribuições hoje desempenhadas” por aquela Gerência “chegando, por vezes, a prejudicar o próprio atendimento à população”.

37. Sobre esses apontamentos, vale consignar, de início, que a Portaria SES nº 16/2012, que criou o Escritório de Projetos Estratégicos, foi editada na vigência do antigo Regimento Interno da SES. O atual (§ 4º), aprovado por via do Decreto nº 34.213, de 14.03.13, não recepcionou essa instância, conforme os arts. 3º a 5º, nos quais estão relacionadas expressamente as unidades diretamente subordinadas ao Gabinete da SES.

Rede de Urgência. Disponível em
<http://www.tc.df.gov.br/SINJ/DetalhesDeNorma.aspx?id_Norma=71600>. Acesso em 27 out. 2013.

¹⁹ _____. Portaria nº 255, de 24 de setembro de 2013. Cria a Coordenação Técnica das Unidades de Pronto Atendimento – UPA (pré-hospitalar fixo). Disponível em
<http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=75109>. Acesso em 27 out. 2013.



38. Nada obstante, ainda de acordo com as definições da Portaria em análise, o alerta quanto à necessidade de respeito à hierarquia indica nitidamente o caráter auxiliar das Coordenações na aludida atuação transversal, sem possuírem, portanto, poder decisório para sobre o tema com os quais se relacionam.

39. Essa ressalva precisa ser enfatizada para esclarecer o alcance de algumas competências atribuídas a essas instâncias a fim de evitar supressão de competências da Diure, esta sim a instância com efetiva competência sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

40. Por exemplo, a Coordenação Técnica das UPAs, criada recentemente por via da Portaria SES nº 255/2013, embora ainda não incluída no Grupo Condutor para implantação da Rede de Urgência (Portaria SES nº 68/2012), possui competências para reorganizar todo o modelo assistencial das UPAs e tratar da implantação das novas unidades a serem inauguradas. Considerando as competências da Gerência de Apoio ao Serviço Pré-Hospitalar Fixo de Urgência/Emergência, setor subordinado à Diure e pertencente ao Grupo Condutor, percebe-se a possibilidade de conflito nas ações das duas instâncias, caso a ressalva supracitada não seja aplicada:

Art. 323. À Gerência de Apoio ao Serviço Pré-Hospitalar Fixo de Urgência/Emergência, unidade orgânica de execução, diretamente ligada à Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências, compete:

- I - elaborar e orientar a implantação dos protocolos de acolhimento e assistenciais nas unidades de atendimento fixo de urgência e emergência;
- II - analisar, orientar e acompanhar a integração e a qualidade das unidades de atendimento de urgência e emergência fixa;
- III - monitorar os sistemas de atenção integral às urgências quanto à sua acessibilidade e resolubilidade;

41. Outro exemplo é a Coordenação Técnica de Articulação das Redes Assistenciais, criada pela Portaria SES nº 16/12. Embora não tenha suas competências detalhadas, possui a atribuição primária de “coordenar as atividades relativas à constituição e desenvolvimento de redes assistenciais”, dentre elas, a Rede de Atenção às Urgências, identificada como prioritária pelo Ministério da Saúde e pela SES. É uma instância que interfere diretamente nas



competências da Diure, necessitando, portanto, considerar que tal coordenação ainda permanece a cargo da Diure conforme art. 318, I, do Regimento Interno (§ 31).

42. E a proposta de tornar a Gerência de Apoio ao Serviço Móvel de Urgência uma Diretoria está sem análise definitiva, sendo importante destacar que houve aprovação com ressalvas da pretensão pela Diretora de Assistência às Urgências e Emergências nos seguintes termos (PT02: f. 19, Anexo I):

“Esta Diretoria coloca-se favorável à reestruturação proposta, mas considera que a mesma deva ser aplicada a toda a Diretoria de Urgência e Emergência e não somente ao componente móvel, desta forma integrando e otimizando a rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal.”

43. A ressalva faz sentido e, na verdade, deve abranger não só a Diure, como solicitado, mas toda a estrutura administrativa elencada neste tópico, pois, conforme destacado, todas interferem na implantação da Política de Atenção às Urgências e Emergências, porém sem a demonstração de como se dará a articulação necessária ao alcance dos objetivos. As visitas realizadas não permitiram identificar um funcionamento harmonioso dessa estrutura em prol da efetivação da Política de Atenção às Urgências e Emergências.

44. O atual Regimento Interno da SES estipula que tal Política fique a cargo da Diure, unidade subordinada à SAS, a qual deve ser apoiada pela Administração da SES com os recursos necessários à concretização da tarefa. A alteração dessa determinação amparada em Decreto Distrital não pode ser realizada sem a correspondente justificativa e consequente aprovação por outro Decreto Distrital para que o Regimento continue a representar a realidade administrativa e hierárquica da Jurisdicionada.

45. Não é demais lembrar que a recente edição do referido Regimento é uma demanda oriunda dos trabalhos realizados durante a CPI da Saúde, entre 2005 e 2006, e tantas vezes reiterada pelo TCDF. Em tais oportunidades restou identificada a falta de correlação entre o antigo Regimento e a estrutura administrativa, circunstância que depõe contra os fluxos de trabalho voltados ao exercício das competências da Jurisdicionada. O novo Regimento deve ser, portanto, preservado e observado.



46. Essa limitação, obviamente, não representa engessamento ou impedimento a possíveis modificações. Porém, a alteração deve ser embasada e justificada para que não se repita a situação anterior de desconexão entre a realidade administrativa e o Regimento Interno da Secretaria.

47. Atualmente não é difícil concluir que a efetivação da Política de Atenção às Urgências e Emergências está a cargo da Diure de acordo com o Regimento Interno, sendo uma realidade administrativa que não pode ser afastada. Contudo, considerando as constatações supracitadas, o exercício dessa competência está prejudicado pela inserção de diversas instâncias sem a correspondente definição de limites frente às competências existentes da Diure, circunstâncias que levaram a fragmentação indevida das competências dessa Diretoria.

Causa

48. Planejamento organizacional deficiente, criação de instâncias gestoras independentes em desacordo com o Regimento Interno da SES.

Efeito

49. Ausência de coordenação para implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências; baixa qualidade, efetividade e resolubilidade dos serviços de Urgência e Emergência.

Considerações do Auditado

50. Na documentação encaminhada pela SES/DF, em anexo ao Ofício nº 1.304/2014 GAB/SES (fls. 166/242), a DIURE/SAS discorda da posição da equipe de auditoria, alegando que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES/DF encontra-se bem definida e em fase de estruturação de novos protocolos e serviços (fls. 170-v e 215).

51. Alega, ainda, a impossibilidade de avaliação de uma Rede isoladamente, como a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, e defende uma análise conjunta de toda a Rede de Atenção à Saúde:

“Desta forma, mostra-se muito simplista a avaliação de qualquer uma das Redes de Atenção à Saúde isoladamente, pois sempre que avaliada de forma



isolada a rede irá se mostrar incompleta e de difícil execução prática por deixar uma lacuna na assistência.” (fl. 211)

52. Informa a instituição, em abril/2012, do Grupo Condutor de Rede de Urgência e Emergência do DF, coordenado pela DIURE, que tem por objetivo “*descrever o desenho da Rede de Atenção às Urgências e Emergências nos seus diversos componentes e posteriormente avaliar a implantação*” (fl. 211/212)

53. Esclarece, ainda, que este Grupo Condutor dividiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em 6 (seis) componentes (fls. 212):

- Vigilância em Saúde (Promoção e Prevenção);
- Atenção Básica e Atenção Domiciliar;
- SAMU;
- Unidades de Pronto Atendimento;
- Unidades Hospitalares (Portas de Entrada, Leitos de Retaguarda e Leitos de UTI);
- Reabilitação;

54. Atribuiu-se ainda ao Grupo Condutor a opção por iniciar os trabalhos para o estabelecimento da RUE pelas linhas de Cuidado prioritárias (IAM²⁰, AVC²¹ e Trauma), e que as demais linhas de cuidado seriam estabelecidas progressivamente conforme as necessidades.

55. Afirma que, em função das diversas medidas necessárias à implantação do Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do DF, foram criadas instâncias específicas para “*efetivar a implantação e promover o monitoramento destas ações*” (fl. 214). São estas instâncias:

- Gerência de Apoio ao Serviço Móvel de Urgência (SAMU);
- Coordenação das UPAS;
- Coordenação de Humanização
- Escritório de Projetos Estratégicos
- Gestão de Leitos

²⁰ IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

²¹ AVC – Acidente Vascular Cerebral



- Regulação de Leitos de UTI
- Atenção Básica e Internação domiciliar
- Vigilância em Saúde

56. Assim, segundo a DIURE/SES, todas estas instâncias trabalham coordenadas em consonância com o Plano de Ação proposto e aprovado pelo Ministério da Saúde e Colegiado de Gestão da SES/DF, não havendo desarticulação da gestão, mas uma união de forças complementares para implantação de novos conceitos e processos de trabalho (fls. 215).

Posicionamento da equipe de auditoria

57. É de reconhecimento geral a complexidade na gestão do sistema de saúde local, que aliado à amplitude da rede de atendimento, conforme lembrado pela Diure (fls. 208), tornam ainda maiores os desafios para implantação de um atendimento qualificado, integral e resolutivo, conforme a demanda da população.

58. No Achado em exame, não obstante a extensa consideração ofertada pela Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências – DIURE (fls. 207/235), que expõe a organização da rede e as ações implantadas visando à melhoria do sistema, verifica-se que as impropriedades consignadas no relatório **não** foram enfrentadas pelo Órgão.

59. As evidências do Achado retratam, em essência, que a DIURE é a unidade responsável por *“planejar, coordenar e promover a Política Distrital de Atenção às Urgências e Emergências”*, conforme estabelecido no Regimento Interno da Secretaria de Saúde. Não obstante, verificou-se que esta coordenação ficou prejudicada pelo repasse de diversas competências para outras instâncias, provocando a fragmentação da responsabilidade e comprometendo a coordenação e articulação das ações da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

60. Por exemplo, a atividade de coordenação e de reorganização do modelo assistencial das **UPAs** está subordinada ao Gabinete do Secretário, por intermédio do Escritório de Projeto Estratégicos (Portaria SES nº 255/13). A DIURE não dispõe de informações acerca do **SAMU**, haja vista que a



coordenação do componente móvel vincula-se diretamente, de modo informal, ao Gabinete do Secretário. A gestão da Política de Humanização, que tem como responsabilidade a implantação e operação do **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)** é de responsabilidade de Coordenação própria, também, vinculada ao Gabinete do Secretário, por meio do Escritório de Projetos.

61. Nesse contexto, cabe reforçar que, nos termos da Política Nacional de Atenção às Urgências, aprovada pela Portaria nº 1.600/2011, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Portas Hospitalares de Urgência, responsáveis pelo Acolhimento com Classificação de Risco dos pacientes (ACCR), são, dentre outros, componentes formadores da Rede de Atenção às Urgências. Assim, de acordo com o Regimento Interno da SES, todos deveriam estar vinculados à DIURE, unidade responsável pela promoção da articulação e coordenação do sistema de urgência e emergência. No entanto, a prática cotidiana é diferente.

62. É importante destacar a necessidade de se estabelecer a correlação entre o estipulado no Regimento Interno da SES e sua estrutura administrativa, que resta prejudicada em função da inserção de novas instâncias e da ausência de limites, ou até mesmo conflito, entre elas.

63. Assim, em que pese a discordância da jurisdicionada, constatou-se que a SES/DF optou por uma gestão fragmentada, realizada através de coordenadorias isoladas, sem a atuação de um gestor central, em desacordo com o determinado em seu regimento interno e as normas do Ministério da Saúde, propiciando uma desarticulação da gestão, o que **não** foi enfrentado pelo Órgão.

64. A resolubilidade do atendimento ao cidadão passa necessariamente pelo atendimento em rede, pelo qual o paciente é atendido nas unidades de saúde, qualquer que seja o nível (unidade básica, UPA, hospitais secundários ou terciários), e encaminhado, se for o caso, para uma unidade de maior ou menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento. É o denominado



sistema de “referência” e “contrareferência”, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade.

65. Para tanto, a DIURE, no âmbito da Rede de Urgência e Emergência, precisa coordenar as atividades de todos os seus componentes, dentre eles, o SAMU, as UPAs e os hospitais, para a eficiência do sistema. Verifica-se, no entanto, deficiências nessa coordenação, com restrição de comunicação entre componentes hospitalares, dificultando a transferência de usuários dentro da rede.

66. Enquanto esses componentes estiverem atuando por meio de coordenadorias isoladas, sem a atuação de um gestor central, em desacordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, permanecerá a cultura “hospitalocêntrica”, nos termos consignado na manifestação da SES (fls. 210), na qual tanto o usuário quanto o servidor da área de saúde entende ser o hospital a única forma de resolver integralmente os problemas de saúde da população.

67. Em atenção aos esclarecimentos prestados pela SES/DF acerca do funcionamento da criação e funcionamento do Grupo Condutor Distrital da Implantação da Rede de Atenção às Urgências, a equipe de auditoria defende que a fragmentação encontrada na gestão da Rede não decorre da instituição do referido Grupo, que está sob a coordenação da DIURE, mas previamente a sua instituição, com o repasse da coordenação de alguns de seus componentes, a exemplo do SAMU, UPA, Acolhimento com Classificação de Risco, a outras áreas, fora do âmbito de atuação da DIURE, em desconformidade com o atual Regimento Interno.

68. No tocante à manifestação do jurisdicionado, sobre a impossibilidade de avaliação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências isoladamente, cumpre-nos observar o consubstanciado na Portaria GM/MS nº 1.836/2003 – Política Nacional de Atenção às Urgências, em seu art. 3º, que prevê, como componentes fundamentais do Sistema, a “organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida”.



69. Por óbvio, o funcionamento integrado de todas as Redes de Atenção à Saúde (Rede de Atenção Psicossocial, Rede Cegonha, Rede de Atenção Primária a Saúde, dentre outras), é almejado, mas o funcionamento coordenado dessas redes somente será possível quando cada uma delas for planejada e coordenada de forma isolada, o que, como foi demonstrado no tópico “Análises e Evidências”, não está ocorrendo no Distrito Federal.

70. A própria SES reconhece a autonomia de cada uma dessas Redes, ao afirmar que algum momento se encontram para atender o usuário: *“todas as redes desenhadas e implantadas, acrescidas de outras que possam vir a ser instituídas, visam proporcionar o atendimento integral à população usuária do SUS. Estas Redes em algum momento se cruzam para oferecer este atendimento, por exemplo, quando se referem ao atendimento às Urgências e Emergências.”* (fls. 210). Portanto, impertinente a alegação de impossibilidade de avaliação isolada de uma das Redes de Atenção à Saúde.

71. Por fim, no que tange à atual estrutura da Gerência de Apoio ao Serviço Pré-Hospitalar Móvel, unidade responsável pela coordenação do SAMU, que se mostra incompatível com a dimensão e as atribuições hoje desempenhadas, registra-se que a SES/DF não se manifestou sobre o assunto.

Proposições

72. Sugere-se determinar à Secretaria de Estado de Saúde que adeque a estrutura organizacional das instâncias responsáveis pela gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, delimitando sua atuação e competências, de modo a garantir a necessária unidade de coordenação, monitoramento e avaliação dos componentes vinculados, a exemplo do SAMU, UPAs e Portas Hospitalares, conforme estabelece a Política Nacional de Atenção às Urgências. **(sugestão II.a)**

73. Recomendar à SES que reveja a estrutura organizacional da Gerência de Apoio ao Serviço Pré-Hospitalar Móvel, responsável pela coordenação do SAMU, dotando-a de unidades de direção compatíveis com a amplitude de regionais implantadas e com as atribuições desempenhadas **(sugestão III)**.



74. Alertar ao Secretário de Saúde do DF que será realizado monitoramento no exercício de 2016, com a finalidade de verificar o cumprimento das determinações contidas no presente Relatório de Auditoria, tendo como objeto a gestão da Rede de Urgência e Emergência (**sugestão V**).

Benefícios Esperados

75. Uma gestão estruturada e articulada da Rede de Atenção às Urgências e Emergências que promova à população um atendimento de qualidade.

Achado 2– Reduzida abrangência e pouca implementação do Plano Distrital de Atenção à Urgência e Emergência.

Crerios

76. Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal em harmonia com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Análises e evidências

77. A Portaria MS/GM nº 2.048/02 (§ 3º), a qual introduziu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência no ordenamento jurídico, estabeleceu o Plano Estadual de Atendimentos às Urgências e Emergências como instrumento obrigatório para consolidar o planejamento da distribuição regional dos serviços em todas as modalidades assistenciais (art. 2º, § 1º). No âmbito do DF, o documento foi denominado Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do DF e aprovado no Conselho de Saúde do DF em 29.08.13²² (PT03: fls. 22-117, Anexo I).

78. Com essas diretrizes elementares, o Plano em comento deve permitir a avaliação qualificada da situação da Rede de Urgência e Emergência por via da “leitura ordenada das necessidades sociais em saúde e sob o imperativo das necessidades humanas nas urgências” a partir do exame de diversos aspectos visando, em especial, identificar contrariedades e projetar correções, conforme prescrito no Capítulo I do Regulamento Técnico supracitado. Tais

²²DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Colegiado de Gestão. Deliberação nº 26, de 29 de agosto de 2013. Aprova por consenso o Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência [...]. Diário Oficial do DF, Brasília-DF, nº 180, pp. 19-20. Disponível em<http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2013/08_Agosto/DODF%20N%C2%BA%20180%2029-08-2013/Se%C3%A7%C3%A3o-01%20180.pdf>. Acesso em 20out. 2013.



pontos estão resumidos a seguir e acompanhados dos comentários em relação ao Plano de Ação do DF:

Quadro 5: correlação entre a norma regente e o Plano de Ação Distrital

Regulamento Técnico	Plano de Ação Distrital
observação e avaliação dos territórios sociais com seus diferentes grupos humanos: a regionalização deve contemplar um planejamento integrado, considerando as noções de territorialidade, prioridades de intervenção, conformação funcional, garantindo o acesso à população e otimizando os recursos disponíveis.	a divisão territorial por regiões de saúde está considerada no plano, porém não há contemplação das características locais como preconizado na portaria do Ministério da Saúde (MS) visando a proposição de ações localizadas.
utilização de dados de morbidade e mortalidade disponíveis: o plano deve levar em conta as características epidemiológicas, indicadores de saúde como morbidade e mortalidade, e características da rede assistencial.	não estão explicitados no plano os estudos epidemiológicos realizados ou levados em consideração para estruturação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no DF. Os estudos apresentados consistem em quantitativos populacionais da região integrada de desenvolvimento do entorno – RIDE e a porcentagem da população atendida em cada unidade hospitalar proveniente desta.
observação das doenças emergentes e utilização de indicadores para controlar e direcionar a rede para as necessidades populacionais.	não há no plano de ação estudos ou indicadores sobre doenças emergentes.
Elaboração de quadro detalhado dos recursos existentes , levando-se em consideração sua quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica.	não há este quadro ou informações sobre os recursos existentes, como distribuição da força de trabalho e recursos técnicos disponíveis
ações de prevenção das doenças, educação, proteção e recuperação da saúde e reabilitação dos indivíduos já acometidos por agravos que afetaram, em alguma medida, sua autonomia. O plano de ação estabelece o programa de ações de vigilância em saúde (PAVS), organizado em diversos eixos com foco em vigilância sanitária.	em relação a indivíduos com perda de autonomia, o plano só trata a atenção domiciliar para este fim (pág. 97). Não dispõe sobre prevenção, proteção e educação.
implementação de uma estratégia de "promoção da qualidade de vida" como forma de enfrentamento das causas das urgências. O plano deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando uma visão integral e integrada, com uma abordagem totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades.	não estão explícitos os mecanismos de valorização da prevenção dos agravos e a proteção da vida.
a atenção primária e a urgência e emergência devem relacionar-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante de um único sistema.	o plano define as atribuições da atenção básica, destacando sua relação com a urgência e emergência, inclusive com realce da importância do componente nas linhas de cuidado, mas não há o estabelecimento de proposições para enfrentamento da situação.
gestão das urgências provocadas por causas externas.	embora a notificação compulsória seja regulada por portaria ministerial, não há no plano processos ou procedimentos acerca do tema.

79. O plano deve refletir, ainda, as determinações presentes na Portaria MS/GM nº 1.600/11 (§ 3º), a qual reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências (art.2º), com destaque para aquelas inseridas na fase de Desenho Regional da Rede visando a sua operacionalização (art. 13, II):



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

- realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, e o dimensionamento da demanda das urgências;
- dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes;
- análise da situação da regulação, da avaliação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências, da auditoria e do controle externo, pelo Conselho de Gestão da SES (CGSES), com o apoio da Secretaria de Saúde;
- elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede, contemplando o desenho da Rede Atenção às Urgências, metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios envolvidos;
- aprovação do Plano de Ação Regional no CGSES.

80. Ademais, ainda considerando a Portaria nº MS/GM 1.600/11, foram estabelecidas diretrizes e formas de organização da Rede de Atenção às Urgências (arts. 2º e 3º) as quais, para visualização ampla do planejamento pretendido na área, também devem estar presentes no Plano Distrital.

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização”

Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências.

§ 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

§ 3º O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

§ 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

81. Percebe-se que a norma ministerial contém a preocupação com o planejamento de um modelo de Rede de Atenção às Urgências e Emergências abrangente e com profundidade técnica que oportunize, a partir da comparação com a proposta normativa, o reconhecimento de pontos passíveis de ajustes e, conseqüentemente, o estabelecimento de metas e cronograma para implementação das alterações necessárias à configuração apropriada da Rede. Neste ponto, importante realçar a diretriz contida no art. 3º, § 2º, supracitado: “A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional”.

82. A Portaria, portanto, representa a proposta de padronização nacional do modelo de Rede de Atenção às Urgências e Emergências integrado em ações e serviços, além de reconhecer a necessidade de tempo para que os gestores promovam a modificação das situações existentes para estabelecer o funcionamento em Rede. Esse reconhecimento não significa, obviamente, permissão para um Planejamento incompleto, apenas formal, demasiadamente moroso, desconectado da realidade local ou mesmo a oportunidade para não realizar o Plano.

83. Além das vantagens específicas presentes no Regulamento Técnico ora comentado, vale consignar que a estruturação da assistência em Rede, de acordo com o Anexo da Portaria MS/GM nº 4.279/10, representa “estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e



aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência”²³.

84. De se mencionar, ainda, que o prazo estabelecido pela Portaria MS/GM nº 2.048/02 para implementação do Plano Distrital de Atenção à Urgência e Emergência foi de 2 anos (art. 5º), devendo a Administração da SES, por intermédio da Diure, como responsável pela Política de Atenção às Urgências e Emergências (§ 31), atendê-lo em todos os aspectos, sejam eles modalidades assistenciais, normativos ou critérios técnicos estabelecidos.

85. A rede de atendimento encontrada hoje é classificada em: Hospital Regional de Referência, Hospital Regional Geral, Hospital Regional Central, Hospital Regional de Retaguarda e as 4 UPAs em funcionamento (PT 24). A classificação proposta, ainda não implementada, no Plano Distrital, estrutura as unidade hospitalares da Rede, conforme a portaria nº MS/GM 1.600/11:

²³BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 27 abr. 2013.



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

Fls.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

Unidades Gerais		
Unidades Hospitalares gerais de atendimento às urgências e emergências de Tipo I (primeiro nível da média complexidade)	Tipo I	As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte, que atendam ao primeiro nível da média complexidade
Unidades Hospitalares gerais de atendimento às urgências e emergências de Tipo II (segundo nível da média complexidade)	Tipo II	As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte, que atendam ao segundo nível da média complexidade
Unidades de Referência (assistência da Urgência e Emergência do terceiro nível da média complexidade e alta complexidade)		
Unidades Hospitalares de referência em atendimento às Urgências e Emergências de tipo I	Tipo I	Hospital Especializado, com atendimento às Urgências e Emergências clínicas e cirúrgicas, nas áreas de pediatria, traumatologia e cardiologia.
Unidades Hospitalares de referência em atendimento às Urgências e Emergências de tipo II	Tipo II	Hospital geral, com atendimento às Urgências e Emergências clínicas e cirúrgicas
Unidades Hospitalares de referência em atendimento às Urgências e Emergências de tipo III	Tipo III	Hospital geral, com atendimento às Urgências e Emergências clínicas e cirúrgicas e traumatologia com atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização de recursos humanos em atividade de atendimento à Urgência e Emergência.

86. O Plano Distrital foi aprovado em agosto deste ano e, além do atraso na sua elaboração, não possui essa abrangência e nem cronograma para alcance dos objetivos preconizados que permita aferir a gradualidade para atendimento das determinações das Portarias ministeriais (PT 25).

87. Em conclusão, não é suficiente o reconhecimento das limitações da atual estrutura e da existência de “ilhas de boa assistência” (PT03: f. 32-v, Anexo I). Nem mesmo colocar parte da origem da superlotação das portas de emergências na população oriunda da Rede Integrada de Desenvolvimento do DF (PT03: f. 35-v, Anexo I). É necessária a percepção dessas e de outras realidades em torno do tema, principalmente as especificidades loco regionais, com oportunidade para os operadores locais se manifestarem sobre a articulação da Rede. Na sequência, deve ser estabelecido um referencial futuro que represente a alteração dos fatores que depõem contra a gestão e o interesse público e, finalmente, estabelecer o caminho para alcançar esse objetivo. Em resumo: efetivamente planejar e, só então, aplicar as ações



necessárias à implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências tendo por fundamento as Portarias MS/GM n^{os} 2.048/02 e 1.600/11.

88. Essa, todavia, não é a estrutura do atual Plano de Ação Distrital, conforme análise supra, e os impactos negativos são sentidos tanto pela sociedade como pelos profissionais de saúde encarregados da prestação da assistência: falta de profissionais, ambientes lotados, longas esperas, além da ausência de articulação em rede, obrigando os gestores regionais a agir isoladamente para tentar resolver as demandas locais.

89. Ou seja, o momento da Secretaria ainda é de planejamento da Rede, visto o Plano Distrital ser recente. Todavia, as análises acima corroboram a conclusão de necessidade de revisão desse Plano, pois, além da demora no seu desenvolvimento, o documento se mostra incompleto e com pontos ainda não desenvolvidos, impedindo ou dificultando a adequada articulação do sistema à luz das normas federais regentes da matéria. A organização do serviço deve ser harmônica para superação dessa fragmentação por via do reconhecimento da estrutura atual para estabelecimento da Rede necessária à melhor assistência à sociedade.

90. Aduz-se que o Regimento Interno da SES (§ 4º) determina, e não poderia ser de outra forma, que essa conformidade deve existir:

Art. 318. À Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências, unidade orgânica de direção, diretamente subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde, compete:
I - planejar, coordenar e promover a Política Distrital de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal, **em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde;**

Causas

91. Planejamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências incompleto e deficiências na implantação.

Efeitos

92. Atendimento inadequado à população; desarticulação dos componentes de atendimento; risco à integralidade e à universalidade da assistência.



Considerações do Auditado

93. Por meio do Ofício nº 1.304/2014 GAB/SES e anexos (fls. 166/242) houve manifestação da Diretoria de Assistência às Urgências e Emergências - DIURE (fls. 207/241) acerca da baixa abrangência e não implementação do Plano Distrital de Atenção às Urgências e Emergências.

94. Discordando do Achado, a gestora alega que o Plano Distrital de Atenção à Urgência e Emergência é abrangente e foi desenhado baseado nas linhas de cuidado prioritárias. Disserta sobre a necessidade de uma implantação gradativa e avaliação constante, garantindo a continuidade na prestação do serviço à população (fls. 231).

95. Afirma que o que foi descrito como a possibilidade de um *“planejamento incompleto, apenas formal, demasiadamente moroso, desconectado da realidade local”* consiste na falta de compreensão do auditor da magnitude do Ministério da Saúde e das diretrizes deste (fls. 232).

96. Relata que, para a implantação do Plano Distrital de Atenção à Urgência e Emergência, há a necessidade do estabelecimento de novos fluxos, de mudanças em algumas estruturas de saúde, assim como a reclassificação das unidades hospitalares, enfatizando as dificuldades existentes na realização de um planejamento (fls. 232).

97. Informa que as impropriedades relatadas no relatório (falta de profissionais, ambientes lotados, longas esperas e ausência de articulação em Rede) foram avaliadas pelo Grupo Conductor e propostas medidas corretivas. Alega que as primeiras ações de implantação se concentraram na demanda e efetivação de contratação de RH, elaboração de processos para aquisição de materiais e equipamentos e desenho de referências e contrareferências, definindo a missão de cada uma das estruturas de saúde.

98. Refuta, ainda, a situação de “Inércia Administrativa”, afirmando que a atual gestão tem envidado esforços para que a mudança do processo de assistência ocorra de forma sistemática e contínua.



99. Por fim, disserta sobre indicadores de ocupação, atendimentos, e classificação de risco, alegando uma melhora gradual na prestação de serviços à população.

Posicionamento da equipe de auditoria

100. A obrigatoriedade da elaboração e implementação do Plano Distrital de Atenção às Urgências e Emergências foi estabelecido pela Portaria GM/MS nº 2.048/2002, conforme segue:

*“Art. 2º § 1.º As secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal devem estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Serviços, em todas as modalidades assistenciais, de maneira a constituir o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências **conforme estabelecido no Capítulo I do Regulamento Técnico desta Portaria** e adotar as providências necessárias à organização/habilitação e cadastramento dos serviços que integram o Sistema Estadual de Urgência e Emergência;” (grifo nosso)*

101. O Regulamento Técnico supracitado define diretrizes elementares para, dentre outros objetivos, identificar contrariedades e projetar correções. Não foram contemplados na elaboração do Plano Distrital de Urgência e Emergência diversos deles, como:

- contemplação das características locais de cada regional de saúde visando a proposição de ações localizadas;
- estudos epidemiológicos realizados ou utilizados para a estruturação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- indicadores de doenças emergentes;
- quadro detalhado dos recursos existentes, levando em consideração a quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica;
- planejamento de ações sobre prevenção, proteção e educação em relação às pessoas com perda de autonomia;
- mecanismos de valorização da prevenção dos agravos e a proteção da vida;
- proposições para a articulação entre a Atenção Primária e a Urgência e Emergência;



- definição, procedimentos ou processos relacionados à notificação compulsória das urgências ocasionadas por causas externas.

102. Ainda, a ausência de metas e cronogramas, além de dificultar o acompanhamento e controle, impede a implementação das alterações necessárias.

103. Assim, em relação à baixa abrangência do Plano Distrital de Atenção às Urgências e Emergências, as considerações do auditado não possuem relação com o exposto no tópico “Análises e Evidências”.

104. Em relação à não implementação, a própria jurisdicionada alega que as ações de implementação estão no início, e começaram logo após a realização desta auditoria, com o estabelecimento do Grupo Condutor e determinação das linhas de cuidado prioritárias.

105. Cumpre-nos destacar que a Portaria GM/MS nº 2.048/02 estabeleceu em seu art. 5º o prazo de dois anos para elaboração e implantação do Plano Distrital, o que contabilizaria um atraso superior a 10 anos.

106. Constatou-se, assim, a necessidade de realização de uma revisão no Plano Distrital de Atenção às Urgências e Emergências, assim como o estabelecimento de prazos e metas a serem atingidas, para efetivo acompanhamento desta implantação.

Proposições

107. Sugere-se determinar à Secretaria de Estado de Saúde que promova a revisão do Plano de Atenção às Urgências e Emergências, de forma a inserir as seguintes questões, nos termos do Regulamento Técnico aprovado pela Portaria MS/GM nº 2.048/02: caracterização de cada regional de saúde visando à proposição de ações localizadas; estudos epidemiológicos utilizados para a estruturação da Rede; indicadores de doenças emergentes; informações detalhadas dos recursos existentes; planejamento sobre prevenção, proteção e educação em relação às pessoas com perda de autonomia; mecanismos de valorização da prevenção dos agravos e a proteção da vida; mecanismos para articulação entre a Atenção Primária e a Urgência e Emergência; e, ainda,



procedimentos relacionados à notificação compulsória das urgências ocasionadas por causas externas. **(sugestão II.b)**

Benefícios Esperados

108. Um planejamento adequado e efetivo para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências que promova a melhora no atendimento à população, a adequação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências à Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências do Ministério da Saúde.

Achado 3 – Improriedades na implantação do Componente Pré-hospitalar fixo – Unidades de Pronto Atendimento

Critérios

109. Distribuição regional adequada dos componentes para atendimento da sociedade e funcionamento em Rede. Economicidade da aquisição/construção.

Análises e evidências

110. As Unidades de Pronto Atendimento representam uma solução para desafogar a pressão sobre o Componente Hospitalar, principalmente pela capacidade de resolubilidade e pelo funcionamento ininterrupto, referenciando para componentes mais complexos em caso de comprovada necessidade.

111. Segundo o Relatório de Produtividade das Unidades de Pronto Atendimento (PT04: fls. 119-123, Anexo I), a UPA é responsável por 33% dos atendimentos de Urgência e Emergência do DF, com resolutividade em 99% dos casos, sendo referenciados para unidades hospitalares o 1 % restante. Essa condição, no entanto, não afasta a necessidade de exame dos requisitos para escolha do local, dos métodos de construção e dos equipamentos escolhidos para operação. Nesse contexto, destacam-se as evidências que culminaram na conclusão do presente Achado, comentadas em sequência: ausência de demonstração da vantajosidade do modelo de UPA adotado, atraso na implantação das Unidades, ausência de demonstração de estudos sobre a distribuição do Componente na Rede.



112. Para melhor introdução aos aspectos abordados nesta passagem, assinala-se que a Administração da SES, por via da Diretoria de Atenção às Urgências e Emergências, decidiu, em 26.01.09 e nos autos do Processo GDF nº 060.007254/09, pela instalação de UPAs no DF (PT05: f. 29, sistema TCDF). Todavia, diante das ressalvas ao Edital elaborado para registro de preços visando a aquisição dessas Unidades proferidas no âmbito da Procuradoria-Geral do DF (PT05: f. 30/47, sistema TCDF), a Administração da SES optou, em 07.08.09, pela adesão à Ata de Registro de Preços nº 103/09, da Secretaria de Saúde do RJ, para implantação, inicialmente, de 8 UPAs (PT05: f. 48/51, sistema TCDF).

113. A opção resultou na celebração do Contrato nº 46-A/09, de 19.08.09, doze dias após a decisão pela adesão, para aquisição de 12.500 m² de módulos habitacionais (PT05: f. 60/63, sistema TCDF). A contratação permitiu a instalação de somente metade da pretensão inicial, ou seja, 4 UPAs: Samambaia, Núcleo Bandeirante, São Sebastião e Recanto da Emas (PT05: f. 64, sistema TCDF). Vale assinalar que, em decorrência disso, parte dos valores inicialmente alocados não foram executados (PT05: f. 68, sistema TCDF) resultando na deficiência da implantação do componente no DF, não sendo identificados, ainda, os motivos para o atraso nessa implantação. O contrato foi encerrado em 31.12.10 (PT05: f. 69, sistema TCDF).

114. Pesa sobre essa contratação outros questionamentos, principalmente em relação a aspectos legais, os quais estão sendo acompanhados no bojo dos autos nº 19.030/11. Na própria Secretaria, a contratação também está sob investigação (Processos GDF nºs 060.004250/10 e 060.001922/13) pelos seguintes motivos: inobservância de recomendações da PGDF, ausência de Parecer Jurídico e publicação de extrato intempestivamente (PT06: f. 8, sistema TCDF).

115. Em um primeiro momento, a Sindicância instaurada na Jurisdicionada concluiu pela inexistência de irregularidades (PT06: f. 18, sistema TCDF), contudo, a Gerente de Fiscalização de Contratos e Convênios divergiu das conclusões apontadas, indicando servidores e fatos que embasariam a



continuidade das investigações, em especial, a falta de demonstração da vantajosidade da adesão à Ata do Rio de Janeiro (§ 69) (PT06: f. 35/38, sistema TCDF).

116. O Processo Administrativo Disciplinar restou instaurado (PT06: f. 39, sistema TCDF), sendo consideradas procedentes as constatações em relação à falta de demonstração da vantajosidade da adesão à Ata do Rio de Janeiro, principalmente pela ausência de comprovação de seleção da proposta mais vantajosa (art. 3º, Lei nº 8.666/93) e a ampla pesquisa de preços no mercado do DF para registro de preços (art. 4º, § 1º, Lei Distrital nº 938/95) (PT06: f. 77/78, sistema TCDF).

117. Contudo, a Comissão de PAD pugnou pela anulação do procedimento a partir da indicição do servidor apontado como responsável pela irregularidade, considerando a existência de vício insanável na sua intimação, sugerindo, por fim, a reinstrução (PT06: f. 79, sistema TCDF). A sugestão restou acolhida em 26.11.13 (PT06: f. 81, sistema TCDF).

118. O fato tem relevância e correlação à fiscalização destes autos, pois demonstra que o modelo utilizado na Secretaria pode não ser o mais vantajoso técnica e economicamente; a falta dessa verificação no momento da adesão à Ata do Rio de Janeiro merece, de fato, ser apurada, como ocorre no âmbito da SES, e não afasta a necessidade da demonstração dessas vantagens.

119. Posteriormente, a Administração da SES, por via do Processo GDF nº 060.008863/12, estabeleceu a própria Ata de Registro de Preços, nº 170/12 (PT07: f. 15, sistema TCDF), para continuidade da implantação das UPAs no DF. Mais uma vez, registra-se que os aspectos legais dessa contratação já estão sendo acompanhados pelo TCDF, nesse caso, nos autos nº 30.038/12.

120. Destaca-se, nesta fiscalização, a ausência de demonstração da vantajosidade do modelo adotado sobre outros modelos mais comuns, como as construções de alvenaria. Essa análise se mostra de grande importância econômica para o DF conforme exame a seguir.



121. Derivou da referida Ata o Contrato nº 161/12, o qual teve por objeto a “aquisição de Unidades Modulares de Assistência a Cidadania com Portabilidade – UMAC” (PT08: f. 23, sistema TCDF), cuja definição, de acordo com o Termo de Referência, seria (PT07: f. 2, sistema TCDF):

equipamentos constituídos de um conjunto de módulos interconectados, sua cobertura, elementos arquitetônicos e todas as suas instalações elétricas (inclusive subestação, grupo gerador e sistema ‘no break’), hidráulicas, sanitárias (inclusive estação de tratamento de resíduos hospitalares) e especiais tais como, de lógica, de telefonia, de gases, de incêndio e pânico, de SPDA, de comunicação visual, e de climatização, bem assim de rede de águas pluviais, urbanização e alambrado em total observação aos regulamentos técnicos específicos, notadamente as normas da Anvisa e demais normas técnicas pertinentes. **(grifamos)**

122. Essa contratação foi objeto de análise no âmbito do Tribunal de Contas da União, oportunidade que restaram apontadas diversas irregularidades que culminaram na determinação para que a SES se abstinhasse de: (i) efetuar pagamentos relacionados ao certame em evidência ou de qualquer outro contrato decorrente da Ata nº 170/12 com recursos federais; (ii) autorizar adesões à referida Ata (PT08: f. 43/50, sistema TCDF).

123. Tanto a contratante quanto à contratada apresentaram manifestações junto àquela Corte, circunstância que resultou na realização de reunião multidisciplinar entre os técnicos do TCU e da SES (PT09: f. 3, sistema TCDF). O debate não alterou o posicionamento do TCU, conforme resumo abaixo (PT09: f. 11/12, sistema TCDF):

47. Conforme análise supra, as manifestações acostadas aos autos não foram suficientes para afastar as irregularidades levantadas. Trata-se, claramente, de edificações que demandam uma série de serviços de engenharia, tais como preparo do terreno (terraplenagem), fundações e instalações em geral. Tanto é assim que o edital exige que a execução do objeto seja acompanhada por engenheiros e que sejam providenciadas as devidas Anotações de Responsabilidade Técnica.

48. Em se tratando de obras e serviços, a legislação exige projeto básico e orçamento detalhado, elementos ausentes no procedimento conduzido pela Secretaria de Saúde. Aliás, quanto a esse aspecto, as partes interessadas não se manifestaram, já que ambas as defesas focaram a tentativa de enquadrar o objeto como aquisição de equipamentos. Além disso, não é possível identificar no objeto licitado, da forma descrita no edital, padrões de desempenho e qualidade objetivamente definidos, por meio de especificações usuais no mercado, conforme exigido pelo parágrafo único do art. 1º da Lei 10.520/2002, não perfazendo os requisitos para a utilização do pregão.

49. Em relação à existência de um preço único para diferentes grupos de complexidade (preço médio), embora tenha sido esclarecida a atribuição de valores específicos e distintos para cada grupo, a falta de clareza quanto aos parâmetros que



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

fundamentaram a conversão do preço médio nos preços específicos, associada à indefinição acerca dos quantitativos a serem executados dentro de cada grupo de complexidade, evidenciaram a permanência do elevado risco de que a Administração pague, pelo objeto contratado, valores superiores àqueles compatíveis com os bens e serviços efetivamente entregues.

50. Quanto aos indícios de escolha de solução antieconômica, ao contratarem solução mais onerosa aos cofres públicos, deveriam os gestores apontar os motivos que ensejaram tal conduta, com base em estudos técnicos que demonstrassem a vantajosidade do método construtivo selecionado. As respostas apresentadas tanto pela Secretaria de Estado de Saúde do DF quanto pela empresa Metalúrgica Valença restringem-se a alegações genéricas com relação à durabilidade, à portabilidade, ao menor prazo de construção e a outros condicionantes da solução adotada, sem demonstrar em que medida tais características seriam suficientes para justificar uma contratação mais custosa. As referidas alegações mostraram-se insuficientes para descaracterizar as irregularidades apontadas nestes autos.

124. Em síntese, o objeto do Termo de Referência não se enquadraria como “equipamento” e, sim, obra de engenharia. A modalidade licitatória não poderia ser, portanto, o pregão, o qual está voltado a bens e serviços de natureza comum, de acordo com a norma regente da matéria, a Lei nº 10.520/02. Ainda de acordo com o normativo, seriam bens e serviços comuns “aqueles cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações **usuais** no mercado” (**grifamos**).

125. Com esses entendimentos, os Ministros daquela Corte deliberaram da seguinte forma (PT09: f. 22, sistema TCDF):

9.2. determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que:

9.2.1. se abstenha de empregar recursos da União no pagamento de despesas relacionadas à execução do Contrato 161/2012, celebrado com a Metalúrgica Valença Indústria e Comércio Ltda., e de qualquer outro ajuste decorrente do “Edital de Licitação para Registro de Preços, Pregão Eletrônico nº 170/2012 – SES/DF”, assim como de autorizar adesões àquele registro de preços, na hipótese de o órgão ou entidade interessada pretender custear a obra com recursos transferidos pela União;

9.2.2. na hipótese de vir a publicar novo edital, destinado a contratar a execução de unidades de assistência à saúde, modulares ou não, a ser custeado com recursos da União, remeta cópia do edital, com os respectivos anexos, ao Tribunal, imediatamente após sua publicação;

9.3. determinar ao Ministério da Saúde que adote as providências necessárias a evitar o emprego de recursos federais na execução dos contratos decorrentes do “Edital de Licitação para Registro de Preços, Pregão Eletrônico nº 170/2012 – SES/DF”, promovido pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e informe ao Tribunal, no prazo de 30 (trinta) dias, as medidas adotadas;

9.4. informar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e à Metalúrgica Valença Indústria e Comércio Ltda. que eventuais recursos interpostos contra esta deliberação serão recebidos apenas no efeito devolutivo, nos termos do art. 520, inciso IV, e 807, caput, do Código de Processo Civil;

9.5. determinar à Segecex que, por meio das unidades técnicas a ela vinculadas, adote as providências necessárias a identificar e fiscalizar eventuais contratações de



unidades modulares, com vícios semelhantes aos identificados nestes autos, financiadas com recursos da União e informe ao Plenário, por intermédio do relator deste processo, no prazo de 30 (trinta) dias, as medidas adotadas;

126. Ou seja, a SES não está utilizando os incentivos financeiros disponibilizados pelo Ministério da Saúde para construção de UPAs, os quais representam hoje o valor de R\$ 4.000.000,00, de acordo com o art. 12, III, da Portaria MS/GM nº 342/13²⁴. Ainda que o Tesouro Distrital tenha disponibilidade para suprir os recursos para implantação do Componente, não é possível afastar o fato de que estes poderiam ser usados em outra finalidade pública, caso o modelo escolhido pela Secretaria estivesse enquadrado nos aspectos legais suscitados no TCU e fosse possível ter acesso aos incentivos do Ministério da Saúde.

127. Acrescenta-se que no âmbito da própria Jurisdicionada a questão “se o objeto é uma obra ou um equipamento” não está sedimentada. Na primeira licitação (§ 111) houve alocação de recursos para a contratação no Programa de Trabalho “Construção de Unidade de Pronto Atendimento – UPA NO DF”, elemento de despesa 449051 (PT05: f. 54 e 55). Nada obstante a nomenclatura do Programa de Trabalho, esse elemento de despesa não era o correto, pois se destina efetivamente a “obras e instalações incorporáveis ao imóvel” (PT10: f. 1 e 2, sistema TCDF), tanto que, posteriormente, foi alterado para 449052 – “aquisição de equipamentos” para continuidade da contratação, inclusive com anulação de NE, visando o ajustamento (PT10: f. 3/5, sistema TCDF).

128. E no último contrato celebrado, nº 173/13, de 08.08.13, já sob a égide da Ata nº 170/12, a dúvida persiste desde a autuação do processo até a celebração do ajuste. Diversos documentos de instrução, da própria “capa” até à autorização para emissão de nota de empenho (PT11: f. 1/4, 6, 8, 10, 12, sistema TCDF), tratam o objeto contratado como “construção”.

²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento [...]. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>. Acesso em 27 nov. 2013.



129. Ainda que possa se tratar de compreensível engano dos signatários daqueles documentos, visto que, entre a autuação em 01.10.13 (PT11: f. 2, sistema TCDF) e a assinatura do contrato em 07.10.13 (PT11: f. 33, sistema TCDF), mesmo dia da expiração da Ata nº 170/12 (PT11: f. 17, sistema TCDF), foram apenas 5 dias úteis e os autos tramitaram em mais de dez instâncias (a maioria no próprio dia 7), um fato que compromete diretamente a celebração do ajuste conforme análise a seguir.

130. Os técnicos do Núcleo de Programação Orçamentária e Financeira, em resposta à indagação sobre a existência de R\$ 70.000.000,00 para construção de 7 UPAs (PT11: f. 7, sistema TCDF), alertaram, em 04.10.13 (PT11: f. 9/10, sistema TCDF), que o Programa de Trabalho para implantação de UPAs encontrava-se sem recursos para a fonte 100, uma vez que os recursos federais disponíveis não poderiam ser usados em razão da decisão do TCU, destacada alhures, realçando a importância daquela deliberação. Anunciaram, porém, a publicação de crédito suplementar de R\$ 20.000.000,00 para o citado Programa de Trabalho, o qual ainda não estava disponibilizado e, por isso, não era possível saber qual a destinação (PT11: f. 8 e 9, sistema TCDF). Solicitaram, por fim, a confirmação da previsão de unidades a serem implantadas em 2013 e o envio dos autos ao Fundo de Saúde do DF para verificar se os recursos serão “destinados à construção de UPAS objeto dos autos”, sendo que, em caso positivo, os autos deveriam seguir à Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle (Suprac) para informar se a diferença de R\$ 50.000.000,00 consta da proposta orçamentária para 2014 (PT11: f. 10, sistema TCDF).

131. Observa-se, neste momento, que o crédito foi concedido para o elemento de despesa 449051, o qual se destina, realmente, à construção (PT11: f. 8 e 14, sistema TCDF). Nesse sentido, houve o alerta da área técnica orçamentária para verificação quanto ao destino dos recursos do crédito suplementar e sobre a inclusão dos recursos faltantes na proposta orçamentária do próximo exercício.



132. Não há registro nos autos do envio ao Fundo de Saúde. Entretanto, o Subsecretário de Logística e Infraestrutura em Saúde, em 07.10.13, encaminhou os autos à Suprac com a confirmação do destino dos recursos para construção de UPAs (PT11: f. 11, sistema TCDF) e os autos seguiram a tramitação, valendo destacar:

- (i) os técnicos da Suprac informaram, em 07.10.13, ser necessário maior detalhamento quanto ao cronograma para 2013 e que para 2014 foram solicitados na proposta orçamentária apenas R\$ 10.254.545,00, os quais podem estar comprometidos com contratos atualmente em vigor (PT11: f. 12 e 13, sistema TCDF);
- (ii) autorização e emissão de empenho (NE 8768/13) com elemento de despesa 449051 em 07.10.13 (PT11: f. 15 e 16, sistema TCDF);
- (iii) manifestação da Assessoria Jurídica opinando pela adequação da Minuta do Edital (PT11: f. 18/20, sistema TCDF).

133. Chega-se, então, à assinatura do Contrato nº 173/13, em 07.10.13 (PT11: f. 33, sistema TCDF), cujo objeto é a aquisição de equipamentos (PT11: f. 22, sistema TCDF), mas com objeto de gasto para construção – 449051 (PT11: f. 30, sistema TCDF).

134. A constatação é relevante porque os detalhes do crédito pelo qual será paga a despesa representam cláusula obrigatória à luz do art. 55, V, da Lei nº 8.666/93. No caso em tela, o atendimento foi apenas formal, pois para o objeto do contrato não havia crédito no Programa de Trabalho 10302620231720003, fonte 100, elemento de despesa 449052 – “equipamentos”, no dia da celebração do ajuste (PT12: fls. 124-130, Anexo I). Tal fato vicia, em tese, a celebração do Contrato nº 173/13.

135. A celebração do ajuste acima era mais uma oportunidade, diante da avaliação do TCU sobre o modelo escolhido, para a Jurisdicionada, ao menos, demonstrar que a opção era vantajosa técnica e economicamente, ou seja,



evidenciar a viabilidade de insistir na contratação com base na ARP nº 170/12, ou, noutra forma, ajustar a licitação aos moldes preconizados pelo TCU e voltar a ter acesso aos recursos federais voltados para o Componente e economizar recursos do Tesouro Distrital. Inclusive, a própria proposta orçamentária para 2014 demonstra a falta de planejamento para implantação do Componente, diante dos reduzidos recursos solicitados, os quais podem ser insuficientes para implantação de uma única UPA.

136. Nesse contexto, dois pontos que sustentam a opção da Administração da SES, a celeridade da implantação e a possibilidade de movimentação da unidade para outro local, atualmente, não se comprovam e fortalecem a necessidade dessa análise sobre a vantajosidade do atual modelo.

137. A uma porque a opção pelo modelo modular data de 07.08.09 (PT05: f. 48, sistema TCDF) e, desde então, apenas 4 UPAs entraram em funcionamento, circunstância que, no mínimo, sustenta a necessidade de avaliação quanto ao aspecto da celeridade de implantação com esse modelo para a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e, conseqüentemente, para o atendimento da sociedade.

138. A duas porque as novas UPAs possuem piso de alvenaria. A visita realizada à UPA de Ceilândia, recentemente inaugurada, comprova o fato, conforme registro fotográfico abaixo. Desse modo, a possibilidade de desmontar e montar a unidade a qualquer tempo para transferência para outros locais ficou, no mínimo, muito reduzida e mais onerosa:



Fotos 1 a 3 – obras de instalação da UPA de Ceilândia

139. Aliás, ainda sobre a questão da “mobilidade” dessas unidades, a decisão sobre localização das UPAs não pressupõe essa possibilidade tão real de movimentação das unidades para outros locais, considerando que esses locais devem ser fruto de análise técnica, conforme determina o art. 14 da Portaria MS/GM nº 342/13 (§ 82):

Art. 14. Para a habilitação prevista no inciso I do art. 13, o ente federativo interessado deverá cadastrar sua proposta, previamente pactuada na CIB, perante o Ministério da Saúde no SISMOB incluindo-se as seguintes informações e documentos:

I - compromisso formal do respectivo gestor de prover a UPA 24h com equipe horizontal de gestão do cuidado na unidade, sendo de responsabilidade do gestor a definição de estratégias que visem garantir presença médica, de enfermagem, de pessoal técnico e de apoio administrativo nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, possibilitando o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes acometidos por qualquer tipo de urgência;

II - quantitativo populacional a ser coberto pela UPA 24h, devendo esse quantitativo ser compatível com os respectivos portes de UPA 24h estabelecidos no Anexo I;



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

III - informação da existência, na área de cobertura da UPA 24h, de SAMU 192 habilitado ou, na ausência deste, apresentação de termo de compromisso de implantação de SAMU 192 dentro do prazo de implantação da UPA 24h;

IV - informação da cobertura da Atenção Básica à Saúde de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da população do Municípios e de da UPA 24h ou apresentação de termo de compromisso de implantação dessa cobertura;

V - compromisso e programação da implantação da classificação de risco no acolhimento dos usuários na UPA 24h, de acordo com padrões nacionais e/ou internacionais reconhecidos;

VI - grades de referência e contrarreferência pactuadas em nível loco-regional com todos os componentes da RUE e, quando houver, com o transporte sanitário;

VII - compromisso formal subscrito pelo responsável legal de pelo menos 1 (um) dos hospitais integrantes da grade de referência de que esse(s) estabelecimento(s) garante(m) a retaguarda hospitalar para a UPA 24h;

VIII - Resolução da Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal com a designação do coordenador da Coordenação da Rede de Urgência, conforme a Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002;

IX - declaração do gestor acerca da exclusividade de aplicação dos recursos financeiros repassados pela União para implantação da UPA 24h, com garantia da execução desses recursos para este fim; e

X - Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência, compromisso formal do gestor de que a nova UPA 24h estará inserida no citado Plano, quando da sua elaboração. **(grifamos)**

140. Em resumo, ao menos os requisitos grifados pressupõem a necessidade de análise e vinculação ao local escolhido e demonstram perfil de estabilidade do local escolhido para as unidades, pois:

- o quantitativo populacional dificilmente decresce ao longo do tempo, ao contrário, tende a subir, razão pela qual o impacto social da retirada do Componente de um local com essas características pode ser muito maior do que a análise sobre a construção de nova unidade no local ainda carente;
- do mesmo modo a presença do Componente Móvel e a cobertura de Atenção Básica na área de cobertura das Unidades de Pronto Atendimento são elementos que tendem à expansão e não à redução ou à retirada da área em que estão atuando, sendo fatores que consolidam a permanência da UPA no local; e
- as grades de referência e contrarreferência também contribuem para a necessidade de estabilidade do local escolhido para



implantação da UPA, pois, dificilmente haverá mudança na localização de um hospital, sendo a proximidade a essas unidades fator importante na decisão sobre o local da UPA.

141. Os requisitos, portanto, fazem parte da fase de planejamento da UPA e estão claramente voltados à estabilização e à formação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Não há nos autos a demonstração de que as UPAs no DF passaram por essa análise técnica e nem de que o modelo escolhido ainda se mostra vantajoso técnica e economicamente. Há, em verdade, a inusitada velocidade para celebrar o contrato antes do vencimento da ARP nº 170/12, aliada ao possível vício na celebração do Contrato nº 173/13.

Causas

142. Ausência de demonstração da vantajosidade de modelo de UPA adotado e dos estudos para a escolha dos locais destas unidades.

Efeitos

143. Atraso na organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências; risco à assistência à saúde no DF.

Considerações do Auditado

144. Na documentação encaminhada pela Secretaria, em anexo ao Ofício n.º 1.304/2014-GAB/SES e anexos (fls. 166/242), a jurisdicionada relata que a Unidade de Pronto Atendimento – UPA é uma forma de atendimento integral e resolutivo aos pacientes com quadros agudos de menor complexidade e salienta os resultados positivos da proposta nas 4 (quatro) unidades existentes no DF (fls. 216).

145. Afirma, ainda, que as irregularidades apontadas no relatório de auditoria ocorreram em governo precedente, não cabendo responsabilização desta gestão. Para a construção das novas UPAS, a SES informa que optou pelo modelo já existente em unidades modulares, com correções no projeto, levando em consideração as melhorias nas estruturas modulares construídas (fls. 216).



Posicionamento da equipe de auditoria

146. As colocações da jurisdicionada em nada se relacionam ao exposto no item “Análises e Evidências”, apenas reafirmando a funcionalidade das Unidades de Pronto Atendimento UPA, assim como seus resultados.

147. Em relação à ausência de estudo prévio para definição da localização das UPAs, destaca-se que foram consultados os processos GDF nºs 060007254/09 (PT 05), 060004250/10, 060008863/12 (PT 06), 06015109/12 (PT 08) e 060011570/13 (PT 11), referentes à implantação das UPAs no Distrito Federal, e não constam dos autos estudos que fundamentem a decisão de localização destas.

148. Conforme apontado no Achado, o art. 14 da Portaria MS/GM nº 342/13, que define as diretrizes para implantação das UPAs, impõe requisitos para instalação da unidades, a exemplo de quantitativo populacional compatível com os respectivo porte da UPA, a existência de grade de referência e contrarreferência pactuadas em nível regional com os demais componentes da Rede; e a cobertura da Atenção Básica à Saúde de, no mínimo, 50% da população, fatores que estão associados a estudo de localização.

149. Ademais, a ausência de estudos preliminares que permitiriam identificar o melhor local a ser implantado impede de se afirmar que ele teria um alcance social maior se instalado em outro local ou, ainda, uma melhor relação custo-benefício, se analisadas as outras alternativas. Assim, diante da ausência de manifestação do jurisdicionado sobre a questão, ratifica-se a mencionada impropriedade, justificando-se, portanto, a proposição de medida corretiva à SES.

150. Quanto às demais irregularidades (ausência de demonstração da vantajosidade do modelo adotado; celeridade na implantação e possibilidade de mobilidade da unidade), essencial observar a identidade entre essas questões com as fiscalizações encetadas nos processos nº **19.030/2011** e **30.038/2012**, em tramitação nesta Corte.

151. O Processo nº **19.030/2011** questiona os aspectos legais da contratação/aquisição de unidades modulares por intermédio de adesão à Ata



de Registro de Preços nº 103/2009, examinando, dentre outras questões, da economicidade da contratação e do custo construtivo de unidades metálicas frente as de alvenaria. Após inúmeros incidentes processuais, contemplando concessão de medida cautelar, audiência de gestor, diligências ao órgão, o Tribunal, por intermédio da Decisão nº 3.992/14, prolatada em 14/08/2014, autorizou a realização de inspeção nos contratos para exame da adequação dos serviços executados e dos pagamentos realizados.

152. O Processo nº 30.038/12 trata do exame da contratação da empresa Metalúrgica Valença Indústria e Comércio Ltda., realizada por meio dos Contratos nº 161/2012-SES/DF e 173/2013-SES/DF, abordando, dentre outros aspectos, a vantajosidade na aquisição de módulos pré-moldados em detrimento da construção em alvenaria e a celeridade e portabilidade das unidades modulares. Neste momento, os autos se encontram na fase de análise do mérito dos recursos interpostos pelo MPJTCDF e pela Procuradoria-Geral do DF, em conjunto com as contrarrazões ofertadas pelos interessados.

153. Assim, diante do cenário acima, é forçoso reconhecer que está presente a identidade de objeto entre o presente Achado e os processos acima, caracterizando-se, portanto, a conexão de matérias. Em consequência, deixa-se de propor medidas corretivas no tocante às supostas irregularidades (ausência de demonstração da vantajosidade do modelo adotado; celeridade na implantação e possibilidade de mobilidade da unidade), a fim de que evitar a prolação de decisões conflitantes, e, ainda, por economia processual, em razão da fase adiantada dos demais processos.

154. Destaca-se, ainda, que a Ação Civil Pública nº 2014.01.1.003576-9, noticiada na Nota nº 166/2014-CJP (fls. 243/286), é de conhecimento do relator do processo nº 30.038/12, conforme se verifica nas peças processuais daqueles autos, não se fazendo necessário, portanto, o desentranhamento do referido documento dos presente processo.



Proposições

155. Sugere-se determinar à SES/DF que, doravante, realize estudos prévios que permitam identificar a melhor localização para implantação de Unidades de Pronto Atendimento, seguindo os critérios do Ministério da Saúde e o alcance social da medida (**sugestão II.c**).

Benefício Esperados

156. A alocação apropriada dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências visando o local que melhor atenda as necessidades da população e as diretrizes do Ministério da Saúde.

1.11 Questão 2 – A estrutura disponível na Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES é suficiente para fornecer um atendimento satisfatório aos usuários?

Os trabalhos realizados nesta fiscalização apontam para a falta de infraestrutura adequada para fornecer um atendimento satisfatório aos usuários, no que se refere a gestão de leitos hospitalares, adequação da infraestrutura e suficiência de recursos humanos.

Achado 4 – Gestão de Leitos ineficiente

Critérios

157. Adequada regulação dos leitos existentes na Rede de Atenção à Urgência e Emergência. Integralidade da assistência à saúde.

Análises e evidências

158. O Distrito Federal é composto por 7 (sete) regionais de Saúde, sendo 14 (quatorze) Unidades Hospitalares de Urgência e Emergência.

159. Com o objetivo de um melhor entendimento da divisão por regionais de saúde e, ainda, das siglas que designam cada unidade hospitalar, segue abaixo um quadro com as devidas correspondências:


Quadro 6: Regionais de Saúde - Siglas

Rede de Urgência e Emergência - DF			
Região de Saúde	Instituição	Classificação SES	Classificação à efetivar
Centro-Sul	Hospital de Base - HB	Complexo hospitalar Central	Especializado Tipo II
	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB	Complexo hospitalar Central	Especializado Tipo II
	Hospital Regional do Guará - HRGu	Hospital Regional Geral	Hospital Geral
Região Centro-Norte	Hospital Regional da Asa Norte - HRAN	Complexo hospitalar Central	Especializado Tipo I
	Hospital de Apoio de Brasília - HAB	Hospital Regional de Retaguarda	Especializado
Oeste	Hospital Regional de Ceilândia - HRC	Hospital Regional de Referência	Especializado Tipo I
	Hospital Regional de Brazlândia - HRBz	Hospital Regional Geral	Hospital Geral
Sudoeste	Hospital Regional de Taguatinga - HRT	Hospital Regional de Referência	Especializado Tipo II
	Hospital Regional de Samambaia - HRSam	Hospital Regional de Retaguarda	Hospital Geral
Norte	Hospital Regional de Sobradinho - HRS	Hospital Regional de Referência	Especializado Tipo II
	Hospital Regional de Planaltina - HRPI	Hospital Regional Geral	Especializado Tipo I
Leste	Hospital Regional do Paranoá - HRPa	Hospital Regional de Retaguarda	Especializado Tipo I
Sul	Hospital Regional do Gama - HRG	Hospital Regional de Referência	Especializado Tipo II
	Hospital Regional de Santa Maria	Hospital Regional de Retaguarda	Especializado Tipo I

160. Invariavelmente, em todos os setores de emergência visitados, o setor de internação foi apontado como um dos principais problemas do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, pois a demanda ultrapassa facilmente a capacidade operacional das estruturas, com raros



períodos de exceção. Os resultados são pacientes nos corredores ou em espaços inapropriados, sobrecarga dos recursos humanos disponíveis, inadequação da prestação da assistência e insatisfação social.



Foto 4: Pacientes no corredor HRC



Foto 5: Pacientes no corredor HRSM



161. A Diretoria de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde - Dicoas, unidade subordinada à Suprac, realiza o acompanhamento e a consolidação de dados referentes a diversos aspectos da assistência à saúde, dentre eles, a Taxa de Ocupação de Leitos Hospitalares. Esse dado representa a disponibilidade ou não de vagas em leitos hospitalares, ou seja, caso existam vagas, há a possibilidade de encaminhar pacientes internados nas emergências hospitalares para a internação hospitalar, diminuindo a pressão sobre os setores de emergência.

162. De acordo com o levantamento obtido junto à Dicoas (PT13: sistema TCDF), a média de ocupação de leitos de internação hospitalar nas diversas unidades demonstra que os setores operam com maior disponibilidade que os serviços de emergência:

Quadro 7: taxa média mensal de ocupação de leitos hospitalares

Unidade Hospitalar	média de ocupação	período de apuração/2013
HRAN	73%	jan a ago
HRAS	83%	jan a out
HRBz	46%	jan a out
HRC	81%	jan a out
HRG	71%	jan a out
HRGu	64%	jan a out
HBDF	85%	jan a out
HRPa	41%	jan a out
HRPI	80%	jan a out
HRSam	78%	jan a set
HRSM	68%	jan a out
HRS	65%	jan a out
HRT	81%	jan a set

163. Os técnicos da Dicoas informaram que não há estatística para os leitos existentes nas emergências. O importante, no entanto, ressalta os técnicos, é o comprometimento do gestor local em realizar o censo dos leitos nos horários determinados, consolidar a informação de forma correta e encaminhar os dados nos prazos fixados.

164. Importante destacar que todas as estatísticas consolidadas na Dicoas são encaminhadas pelos gestores locais em planilhas eletrônicas, situação que prejudica não só velocidade da consolidação e do envio da informação, como a conferência, a segurança e a divulgação dos dados. O mais adequado, tanto



para encarregados do preenchimento dos dados, quanto para os demandantes da informação, seria que essas atividades fossem realizadas com o apoio do sistema informatizado utilizado na SES.

165. E sobre o problema específico ora tratado, diante dos dados que confirmam a disponibilidade de leitos e as comprovações de superação da capacidade operativa feitas nesta fiscalização, verifica-se a existência da Coordenação Técnica de Gestão de Leitos e a Autoridade Gestora de Leitos Hospitalares, instâncias também criadas no bojo da Portaria SES nº 16/12²⁵.

166. Essas estruturas devem realizar a gestão de leitos (art. 4º) por via do monitoramento da taxa de ocupação, do tempo de permanência e dos casos que aguardam internação nos serviços de emergência, bem como da regulação da ocupação desses leitos a partir de critérios institucionais.

167. Em resumo, as condições para melhoria da situação de superlotação dos setores de internação dos serviços de emergência hospitalares existem, sendo necessário o casamento entre a pretensão normativa e as ações efetivas para alteração do cenário contrário ao interesse público.



Foto 6: Pacientes aguardando fora do HRPa

²⁵ Disponível em : <http://www.saude.df.gov.br/images/EPE/EPE%20-%20PORTARIA%20N%C2%BA%2016%20DE%2013%20DE%20FEVEREIRO%20DE%202012.pdf> consultado em 08/08/2014.



Foto 7: Sala de espera do HRC

Causas

168. Desatendimento da Portaria nº 16/2012; ausência de registros tempestivos referentes à ocupação de leitos; ausência de sistema informatizado que garanta maior tempestividade e integridade aos dados.

Efeitos

169. Superlotação das Emergências nas Unidades Hospitalares. Usuários desatendidos ou atendidos inadequadamente.

Considerações do Auditado

170. Na documentação encaminhada pela SES/DF, em anexo ao Ofício nº 1.304/2014 GAB/SES (fls. 166/242), a jurisdicionada manifestou-se em relação à ineficiência da gestão de leitos, conforme segue:

“Gestão de Leitos é uma proposta que esta sendo implementada nas Unidades Hospitalares, tendo sido publicada em Portaria desta SES/DF nº 16, de 13 de fevereiro de 2012, e que vem gradativamente mostrando um resultado extremamente positivo quando da avaliação de indicadores como: a Taxa Média de Ocupação dos Leitos Hospitalares que cresceu em torno de 15 a 20 % e o Tempo Médio de Permanência que vem caindo gradativamente nas Unidades Hospitalares, sendo que em algumas unidades atingiu taxas entre 4 e 7 dias de permanência. Salientamos que estes são indicadores com reconhecimento internacional do padrão de Qualidade Assistencial.”
(fls. 223)



171. Anexa, ainda, tabelas sobre indicadores estatísticos de produtividade e atendimentos na rede hospitalar pública do DF (fls. 224/225), destacando-se, dentre eles, a **Taxa de Ocupação Hospitalar** (72,4% em 2007 e 73,4% em 2013), **Tempo de Permanência de Internação** (7,1 dias em 2007 e 6,8 em 2014) e **Quantitativo de internações** (113.200 em 2007 e 132.119 em 2013).

172. Ao defender os bons resultados da gestão de leitos e a melhoria dos indicadores de atendimento da emergência, a SES manifesta-se no seguinte sentido:

*Em referência à Gestão de Leitos, que se constitui em um processo de trabalho que visa buscar a **utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima** dentro dos **critérios técnicos definidos pela instituição**, e buscando a **diminuição da espera para internação e transferências externas**, observamos que todas as unidades hospitalares possuem em sua estrutura hoje a figura do Gestor de Leitos (AGL) que foi definida pela portaria nº16 de 13 de fevereiro de 2012, que **por ter-se mostrado exitosa** foi ampliada pela portaria nº 34 de 20 de fevereiro de 2014 para o Núcleo Gestor de Leitos e pela portaria nº 35 de 13 de fevereiro de 2014 que estabelece o colegiado das emergências e as atribuições das chefias de equipe como responsáveis pela efetivação das pactuações relacionadas à efetivação da RUE. Dentro deste contexto da implantação da Gestão de Leitos, e associado às demais medidas adotadas é que **observamos as mudanças** descritas acima no Tempo de Permanência Hospitalar – TPH e também na **Taxa de Ocupação – TOH. (...)**” (fls. 234 (grifou-se))*

173. A SES, por fim, informa que vem envidando esforços para informatização da Gestão de Leitos visando ao aperfeiçoamento do processo de monitoramento e gestão (fls. 235).

Posicionamento da equipe de auditoria

174. Os próprios dados apresentados pela SES são suficientes para refutar a argumentação de que houve melhoria nos indicadores de atendimento da rede pública.

175. Os dados apresentados no tocante à taxa de ocupação, matéria tratada no presente Achado, correspondem aos citados no tópico “Análises e Evidencias” (Quadro 7, § 152), não se comprovando, portanto, o crescimento de “em torno de 15 a 20%” da ocupação dos leitos hospitalares, conforme alegado pela SES em sua manifestação.



176. A taxa de ocupação das unidades hospitalares demonstra a capacidade do componente hospitalar atender a demanda populacional. Segundo a Portaria nº 16 de 13/02/2012²⁵, a regulação dos leitos hospitalares deveria funcionar conforme seu art. 4º, segue:

(...)Parágrafo 3º - Instituir a Autoridade Gestora dos Leitos Hospitalares (AGLH) em cada unidade hospitalar indicada nessa portaria, com objetivo de regular a ocupação dos leitos hospitalares a partir de critérios institucionais, levando em conta o risco clínico dos pacientes e a distribuição dos leitos hospitalares segundo a característica clínica ou cirúrgica.

Parágrafo 5º - A AGLH deve ser vinculado ao Diretor de Assistência à Saúde / Coordenação Regional de Saúde.

*Parágrafo 4º: **A AGLH deve monitorar diariamente a Taxa de Ocupação e o Tempo de Permanência dos pacientes hospitalizados e daqueles aguardando vagas nos serviços de emergência. Devendo adotar como referência os seguintes parâmetros, para fins de pactuação em cada unidade:***

§ Taxa de Ocupação Hospitalar: 90%

§ Taxa de Ocupação nos Serviços de Emergência: 90%

§ Tempo de Permanência Hospitalar: 06 dias

§ Tempo de Permanência nos Serviços de Emergência: até 24 horas

Parágrafo 5º - Cabe ao CTGL monitorar esses parâmetros e acompanhar a implantação de soluções gerenciais relacionadas à gestão de leitos, nas unidades hospitalares indicadas nessa portaria (...). (grifo nosso)

Parágrafo 6º - Fica instituído o censo hospitalar diário (CHD) contendo as vagas internas de leitos hospitalares, assim como as demandas internas e externas por leitos hospitalares. O CHD deverá ser realizado duas vezes ao dia, às 10 horas e às 18 horas. O CHD fica sob responsabilidade da AGLH.

177. Conforme evidências consignadas neste Achado, em todas as unidades hospitalares visitadas à época dos trabalhos de campo a lotação dos leitos da Urgência e Emergência era superior a 100%, com pacientes com permanência muito superior a 24 horas, caracterizando falhas na gestão dos leitos hospitalares.

178. Assim, considerando que taxa média de ocupação dos leitos hospitalares encontra-se, em média, na faixa de 70%, há de se reconhecer que os leitos não estão sendo utilizados em sua capacidade máxima, conforme os critérios definidos na Portaria SES nº 16/2012, que define a meta a ser pactuada para cada unidade hospitalar em 90%. Nesse sentido, considerando que os leitos das emergências encontra-se com a lotação esgotada, conforme



observação direta das unidades da rede, e que a taxa média de ocupação dos leitos hospitalares encontra-se abaixo das metas pactuadas com as unidades hospitalares no montante de 90%, entende-se que a gestão dos leitos apresenta deficiência.

179. Em que pese a SES manifestar-se que a estratégia de Gestão de Leitos, por intermédio de gestores locais, *“ter-se mostrado exitosa”*, os dados apresentados **não** são suficientes para comprovar que houve aumento na utilização dos leitos, tampouco há evidência de que o atendimento no âmbito das emergências tem sido eficaz, uma vez que não foi constatada a alegada *“diminuição da espera para internação e transferências externas”*.

180. Nesse contexto, tem-se que a melhoria da ocupação desses leitos passa pelo comprometimento do gestor local em realizar o censo dos leitos nos horários determinados (diariamente às 10h e 18h, após a concessão de alta aos pacientes e eventual desocupação dos leitos), pela consolidação das informações de forma correta e encaminhamento dos dados nos prazos fixados, pelo monitoramento diário da coordenação da gestão e adoção imediata de medidas corretivas e, ainda, é pela recomendável utilização de um sistema informatizado para envio e correlação dos dados.

181. Assim, entende-se a necessidade de adequação dos procedimentos realizados na gestão dos leitos hospitalares ao disposto na Portaria n^o 16 de 13/02/2012, regulando de maneira adequada a oferta e a demanda de leitos hospitalares.

Proposições

182. Sugere-se determinar à Secretaria de Estado de Saúde que adote medidas para garantir a ampliação das taxas de ocupação dos leitos hospitalares da rede pública, em consonância com os parâmetros estabelecidos na Portaria SES n^o 16/2012, promovendo, para tanto, o monitoramento diário dos leitos hospitalares e utilizando, preferencialmente, sistema informatizado que permita a integridade e tempestividade das informações gerenciais. **(Sugestão II.d)**



Benefícios Esperados

183. Diminuição do tempo de espera de internação e das filas de atendimento nas emergências; melhora no atendimento à população.

Achado 5: Inadequação da infraestrutura para atendimento na RUE

Critérios

184. Existência de infraestrutura adequada de recursos físicos e técnicos para atendimento à população; integralidade da assistência à saúde.

Análises e evidências

Componente Hospitalar

185. Nas visitas realizadas pode-se observar a existência de espaços reduzidos, demandando reformas que visem à ampliação das áreas para um melhor atendimento à população, principalmente em virtude do grande crescimento populacional no DF.

186. Uma possível solução é a reforma dos espaços para adequação às normas e às necessidades locais e o indicador a ser monitorado, portanto, é o número de unidades reformadas no exercício.

187. A pesquisa por esse dado levou à identificação dos seguintes Processos GDF:

Quadro 9: processos de reforma de áreas físicas

Processo GDF nº	Observações
060.003099/13 (PT17: sistema TCDF)	- reforma de algumas clínicas na Emergência do HBDF - atuado em fev/13 e em fase de elaboração de projeto básico
060.011893/10 (PT18: sistema TCDF)	- reforma e ampliação da Emergência do HRC - atuado em ago/10 e em fase de conclusão de projeto básico
060.021443/08 (PT19: sistema TCDF)	- reforma da Emergência, da Farmácia e do bloco administrativo do HBDF - atuado em dez/08 e em fase de abertura de propostas de preços

188. Considerando que dizem respeito a apenas duas unidades e o longo período de tramitação da maioria dos processos, razoável concluir pela timidez nas ações de reformas/ampliações das unidades de Emergência da SES. Não foi localizado um planejamento em que restasse estabelecido um cronograma para os demais espaços. As limitações físicas e o aumento da demanda acabam obrigando a utilização de corredores para acomodação dos pacientes,



visto que não há como negar o atendimento. Porém, a forma como esse atendimento está sendo realizado precisa ser monitorada e melhorada constantemente.

189. Neste ponto, vale destacar que a Diretoria de Engenharia, Arquitetura e Tecnologia (DEAT), unidade subordinada à Subsecretaria de Logística e Infraestrutura em Saúde (Sulis) e responsável pelas demandas supracitadas, está com força de trabalho limitada para execução dessas atividades, com o agravante de que há previsão de aposentadoria de boa parte dos servidores. A questão é importante, pois impacta negativamente nos prazos para adequação física dos serviços de emergência, principalmente porque a unidade não possui apenas os trabalhos mencionados.

UPAs instaladas

190. Diversos órgãos realizaram fiscalizações nas UPAs de Samambaia, Núcleo Bandeirante e São Sebastião e identificaram impropriedades ainda não ajustadas pela Administração da SES (PT23: f. 366-400, Anexo II). Nesta fiscalização, optou-se por verificar as providências adotadas em relação à UPA de Samambaia por ser aquela com maior número de observações, além do fato de que algumas indicações se repetem em relação às outras Unidades.

191. De acordo com as informações prestadas pelo Gestor Administrativo da Unidade e a visita realizada à unidade, a situação da UPA de Samambaia em relação às observações realizadas pelos órgãos fiscalizadores é a seguinte:

Quadro 11: impropriedades em relação à UPA Samambaia

Órgão	Impropriedade	Situação atual
Ministério da Saúde – 23.03.11 (PT23: f.367-377, Anexo II)	Falta de estudo de acessibilidade	situação inalterada
	Acesso de ambulância não exclusivo	situação inalterada
	Transferência da praça de convivência	situação inalterada
	Falta de controle no acesso do estacionamento	alterada - há um portão eletrônico para acesso com vigilante
	Alteração das portas de acesso à classificação de risco	alterada - as portas da classificação de risco possuem acesso à sala de espera e aos consultórios
	Falta de área para guarda de macas	situação inalterada – as macas estão na sala para cadáveres
	Alterações de áreas para laboratório, coleta, Eletrocardiograma - ECG , troca de roupa, sala de gesso	alterada parcialmente, pois não há previsão do serviço de ortopedia para a unidade
	Poltronas na sala de aplicação	alterada - Foram colocadas poltronas apropriadas
	Área de dispensação de medicamentos ainda não totalmente implantada	alterada - A sala de dispensação de medicamentos está implantada e em



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

Fls.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

		funcionamento
	Construção de abrigo para resíduos comuns	situação inalterada e agravada pela coleta ineficiente do lixo, promovendo grande acúmulo de resíduos
	Aumento dos pontos de oxigênio	alterada - os pontos de oxigênio são em número suficientes para o funcionamento da unidade.
	Salas com a mesma finalidade de expurgo	alterada – as finalidades das salas foram redefinidas
	Uso inadequado da sala de guarda de cadáveres, além de falta de revestimento e porta para saída do corpo	situação inalterada - a sala de cadáveres é utilizada para guarda de macas e sem as condições de refrigeração necessárias
Anvisa - 11.03.11 (PT23: f. 378-387, Anexo II)	Janelas não permitem abertura, umidade e pouca ventilação	situação inalterada
	Sala para higienização possui box pequeno	situação inalterada
	Sala de observação com corredor para circulação com dimensão reduzida	Não foi localizado corredor com dimensão reduzida.
	Climatização da sala de espera inadequada	situação inalterada
Divisa/SES – 04.02.11 (PT23: f.388-395, Anexo II)	Falta de renovação de ar ou exaustores, climatização inadequada	situação inalterada
	Falta pias em consultórios	alterada - dos sete consultórios existentes, seis possuem pia
	Falta de unidade de higienização das mãos na sala de sutura e no preparo de medicamentos	alterada - existem 3 pias na sala de preparo de medicamentos
	Central de Material Esterilizado sem exaustor e apenas uma pia	situação inalterada
	Sala de material estéril pequena	situação inalterada
	Armazenamento de resíduos inadequado, não há separação de resíduo, não há ponto de água, recipientes abertos, falta área para higienização de recipientes	situação alterada - em relação aos resíduos hospitalares, há separação dos resíduos e os recipientes são apropriados
	Não há Procedimentos Operacionais Padrão - POPs	situação inalterada
	Quartos de isolamento inadequados	não há quartos de isolamento
	Falta espaço para guarda de produtos de limpeza	situação alterada - existe uma sala destinada a este fim
	Torneiras não são de fechamento automático	situação alterada - As torneiras possuem fechamento automático
Divisa/SES – 18.08.11 (PT23: f.398/400, Anexo II)	Sala de guarda de materiais esterilizados é pequena, sem climatização, sem ventilação	situação inalterada
	Laboratório e posto de coleta são improvisados	situação alterada - ambos possuem sala específica
	Oxímetro e aspirador da sala vermelha inapropriados e incompatíveis	situação alterada - o oxímetro e a aspirador utilizados são adequados e compatíveis

192. O funcionamento das UPAs é primordial ao atendimento da sociedade. Porém, o serviço prestado deve estar em consonância com as normas legais vigentes e a Administração da SES deve adotar as providências para reverter as situações ainda pendentes de adequação.

Causa



193. Inércia administrativa em adequar a estrutura do Componente Hospitalar à demanda populacional. Deficiência no planejamento de implantação das UPAs. Atraso na adoção de providências para ajustar problemas na infraestrutura da UPA.

Efeito

194. Prestação inapropriada do serviço à sociedade; risco à integralidade e à universalidade da assistência. Comprometimento do acolhimento e operação adequados; desconforto na espera; tratamento inapropriado dos resíduos.

Considerações do Auditado

195. Na documentação encaminhada, em anexo ao Ofício nº 1.304/2014 GAB/SES (fls. 166/242), a SES/DF se manifesta em relação aos recursos físicos; alegando que as construções são antigas e vem sofrendo progressivamente a degradação, mas que a SES/DF vem envidando esforços para a reforma e adequação das estruturas, anexando informações sobre reformas executadas desde 2011 em diversos hospitais da rede (HBDF, HMIB, HRAN, HRC, HRT, HRSAM, HRG, HRS), além de citar a existência de diversos contratos de manutenção preventiva e corretiva (fl. 221).

196. Em anexo (fls.236/240), relata os diversos processos com o objetivo de aquisição de materiais e mobiliário, e, por fim, justifica a lentidão processual em razão da tramitação legal burocratizada.

197. Em relação à correção dos problemas sanitários e estruturais das UPAs, a Diretoria de Engenharia, Arquitetura e Tecnologia – DEAT presta as seguintes informações sobre a situação atual da UPA Samambaia (fls. 202/203):

“Ministério da Saúde (...) Improriedades:

Falta de estudo de acessibilidade: a UPA de Samambaia é dotada de rampa de acesso para portadores com dificuldade de locomoção, banheiros específicos e barra de apoio para deficientes físicos. Mesmo assim é necessária a execução de serviços para atender na íntegra as Normas da ABNT.

Acesso de ambulância não exclusivo: a UPA de Samambaia é dotada de acesso exclusivo para ambulância, porém esta solução não está sendo atendida pelos servidores daquela Unidade de Saúde.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fls.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

Transferência da praça de convivência: a praça existente na entrada da UPA de Samambaia foi montada pela Administração Regional e está localizada na área externa da UPA. Neste caso, serão necessárias gestões junto àquela Administração Regional para que se faça a remoção da mesma.

Falta de área para guarda de macas: a solução deste item deverá ser adotada pela Coordenação das UPAS.

Construção de abrigo para resíduos comuns: o projeto da UPA contempla o abrigo de resíduos comuns, porém esta área está com outra destinação.

Uso inadequado da sala de guarda de cadáveres, além da falta de revestimento e porta para saída do corpo: para solucionar as pendências deste item será necessário executar os serviços, conforme preconiza as Normas da ANVISA.

ANVISA - 11/03/11 (PT 23: fl. 378/387 –

Anexo Impropropriedades:

Janelas não permitem abertura, umidade, pouca ventilação: para solucionar este item, será necessário contratar empresa para colocar janelas em toda a UPA e atender as Normas da ANVISA.

Sala para higienização possui box pequeno: para solucionar este item será necessário contratar empresa para aumentar as dimensões do box.

Climatização da sala de espera inadequada: a sala de espera da UPA é dotada de 05 (cinco) aparelhos de ar condicionado de 12.000 BTU, além da porta de entrada com dimensão de 2,16 x 2,10.

DIVISA/SES - 04/02/11 (PT 23: fl. 388/395 -

Anexo II); Impropropriedades:

Falta de renovação de ar ou exaustores, climatização inadequada: para solucionar este item, será necessário contratar empresa para colocar janelas em toda a UPA e atender as Normas da ANVISA.

Central de Material Esterilizado sem exaustor e apenas 01 (uma) pia: a solução deste item deverá ser adotada pela Coordenação das UPAS.

Sala de material estéril pequena: a solução deste item deverá ser adotada pela Coordenação das UPAS.

DIVISA/SES 18/08/11 (PT 23: fl.398/400 Anexo

14; Impropropriedades:

Sala de guarda de materiais esterilizados é pequena, sem climatização, sem ventilação: a solução deste item deverá ser adotada pela Coordenação das UPAS." (grifo original)

198. Afirma, ainda, que para construção das UPAs a SES optou por aderir à Ata de Registro de Preços nº 103/09-RJ, e que os serviços foram executados tendo como base as especificações estabelecidas no respectivo edital e projeto de arquitetura (fls. 203).

Posicionamento da equipe de auditoria

199. Embora a SES afirme a existência de diversos contratos de reforma, manutenção e adequação das unidades da Rede, não foram fornecidas



informações específicas (número do processo, situação atual, exercício do pedido ou da execução) ou, ainda, documentos que comprovem o planejamento da SES para reverter o cenário de espaços reduzidos e inadequados para um atendimento de qualidade à população.

200. Ressalta-se, no entanto, que tramita nesta Corte a Auditoria Integrada nº 1.2002.13, objeto do processo nº 25.388/10, que visa, dentre outros objetivos, examinar se *“As ações de manutenção predial desenvolvidas na SES/DF são prévia e sistematicamente planejadas e garantem a qualidade das instalações?”*

201. Referida fiscalização já foi concluída e o correspondente Relatório Prévio encaminhado ao gestor para manifestação, nos termos da Decisão nº 427/2014, prolatada em 04 de fevereiro do corrente exercício. Em relação ao tema em comento, constatou-se, naqueles autos, as seguintes impropriedades no âmbito da Secretaria de Saúde do DF:

- *“Falta de planejamento prévio e sistemático dos serviços de manutenção” (Achado 7);*
- *“Instalações prediais dos hospitais da rede pública de saúde do DF inadequadas” (Achado 8);*
- *“Instalações de proteção contra incêndio insatisfatórias” (Achado 9).*

202. Neste contexto, considera-se recomendável deixar de propor medidas de melhoria para o presente Achado, no tocante às inadequações da estrutura predial da SES, em face do tema estar sendo tratado, mais especificamente, no Processo nº 25.338/10.

203. No que tange às adequações necessárias das UPAs em funcionamento, as informações encaminhadas foram ao encontro das evidências expostas (Quadro 11), apontando que as irregularidades elencadas permanecem. Não houve, assim, alteração das evidências coletadas. Oportuno lembrar que o exame da regularidade da contratação das UPAs está em análise em sede do processo nº 19.030/2011. No entanto, naqueles autos não foram abordadas as impropriedades apontadas pelo Ministério da Saúde e pela



Anvisa na implantação do referido componente hospitalar da rede de urgência e emergência.

Proposições

204. Sugere-se determinar à SES que promova as medidas necessárias para correção das falhas na implantação das UPAs do DF, a exemplo do apontado nos Relatórios de Visita Técnica nº 05/2011-CGUE/DAE/SAS do Ministério da Saúde (fls. 367/377) e de Visita Técnica nº 01/2011 da Diretoria de Vigilância da SES/DF (fls. 378/387), adequando-as às normas da Anvisa e do Ministério da Saúde. **(Sugestão II.e)**

Benefícios Esperados

205. As medidas propostas visam a efetiva adequação da infraestrutura dos Componentes Hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento às necessidades da população, assim como às normas da Anvisa e Ministério da Saúde.

Achado 6 – Insuficiência de Recursos Humanos na Rede de Atenção à Urgência e Emergência

Critérios

206. Compatibilidade entre as necessidades para composição de equipes de recursos humanos e as demandas específicas das unidades hospitalares.

Análises e evidências

207. A falta de profissionais de saúde é real e reconhecida no âmbito da Administração da SES, sendo um dos indicadores o número de horas extras solicitadas para fechamento das escalas. Ou seja, a hora extra na Jurisdicionada não está representando um acréscimo de carga horária à assistência à saúde, mas uma necessidade para funcionamento mínimo do serviço.

208. Em visita à Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (Sugetes) para pesquisar o assunto, foram apontadas como causas mais relevantes para a insuficiência de recursos humanos:



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

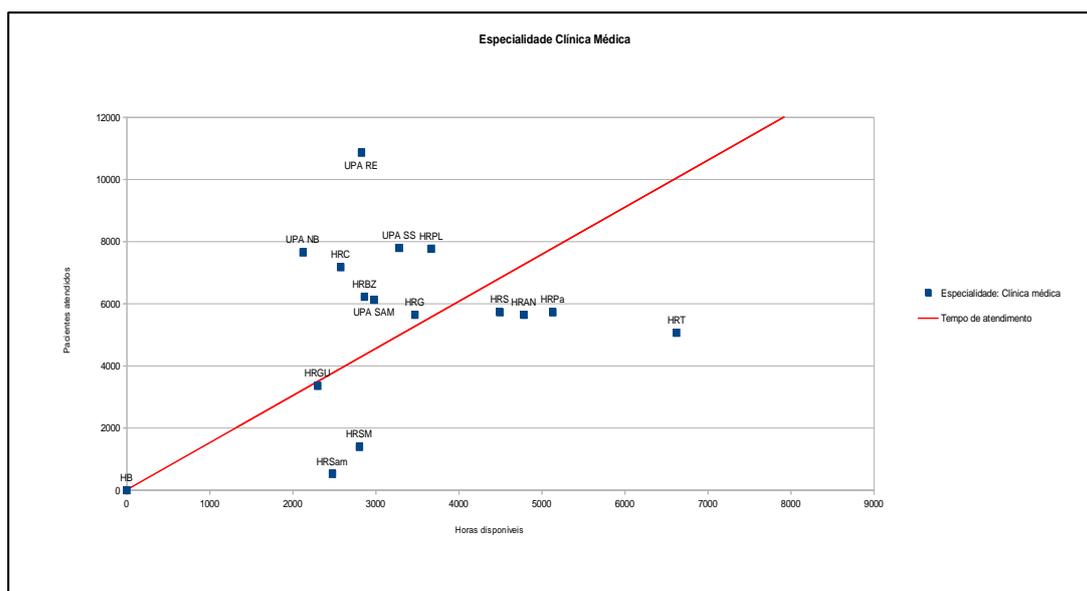
Fls.: _____

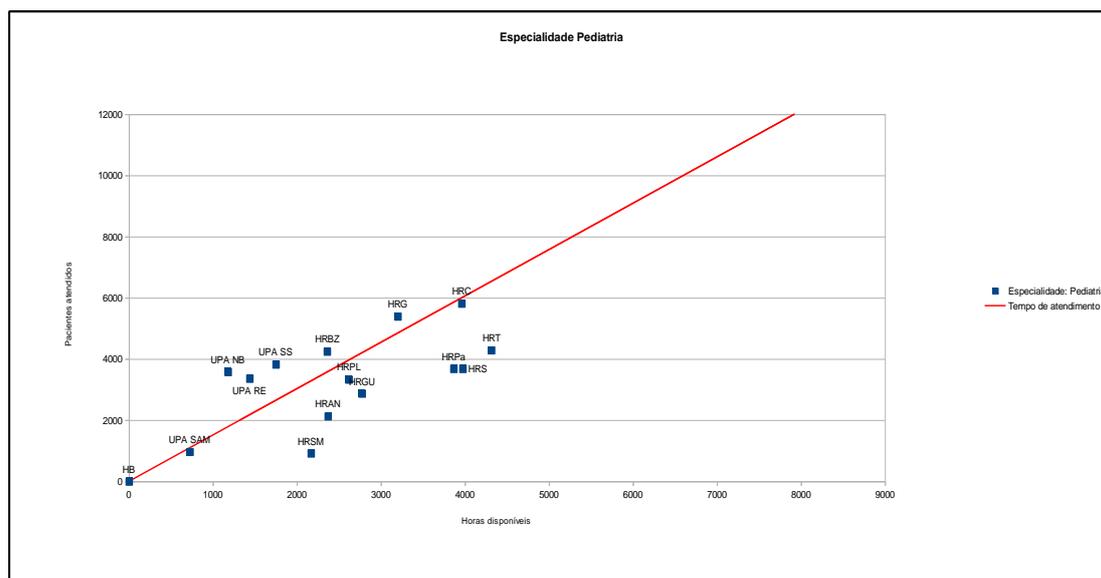
Proc.1.836/13_

Rubrica

- Limite da LRF para contratação;
- Grande quantidade de pedidos de exoneração em curto prazo após a posse;
- Falta de profissionais específicos, como pediatras e anestesistas por exemplo.

209. Estes fatores afetam de forma diferente as unidades da Rede. Nos gráficos a seguir foram analisadas a quantidade de pacientes atendidos em relação à quantidade de horas médicas disponíveis por Hospital nas especialidades clínica médica e pediatria, conforme as informações obtidas junto à Comissão de Horas Extras da SES (PT14: sistema TCDF). A linha foi traçada considerando um tempo de atendimento de 40 min por paciente.





210. Pode-se inferir da análise dos gráficos, em função da linha traçada, que os Hospitais localizados acima da linha possuem melhor produtividade e atendem uma quantidade superior de pacientes em comparação com os que se encontram abaixo da linha (número de pacientes atendidos x horas médicas disponíveis). Outra conclusão oriunda da análise do gráfico é que, em relação à clínica médica, os hospitais de Taguatinga e Brazlândia, por exemplo, atendem uma quantidade muito próxima de pacientes, sendo que o HRT possui 6.622 horas médicas disponíveis, e o HRBz 2.861 horas. Este fato demonstra a divergência entre as diversas unidades da Rede, inclusive na gestão de pessoas e administração das portas de emergência.

211. A esse respeito, a SES iniciou a implementação de um sistema de ponto eletrônico, que possuía previsão para término em janeiro de 2014. De acordo com as informações obtidas junto ao gestor do sistema será possível um maior controle da presença do profissional durante os horários de trabalho.

212. Outro aspecto da gestão de recursos humanos para as portas de emergência é a escala de serviço.

213. A formação das escalas na Rede de Atenção às Urgências e Emergências também apresenta problemas.



Estas são montadas pela coordenação de escalas de cada hospital, enviadas à Secretaria da Saúde, que as disponibiliza no sítio eletrônico http://extra.saude.df.gov.br/sissaude/te_listaescalas. Durante a realização desta auditoria foi possível verificar que as escalas publicadas não coincidem com a escala real, como, por exemplo, no HRAN (PT15: fls. 261-277, Anexo II), no qual a escala colhida no endereço eletrônico mencionado para o dia 07.10.13, não coincide com a escala do gestor para o mesmo dia.

214. Obviamente, a formação da escala é alcançada por situações como ausências justificadas e, também, por aquelas injustificadas, bem como pela falta de pessoal, situação que invariavelmente leva à necessidade de uso de horas extras. Atualmente, as horas extras representam um bom indicador da necessidade de profissionais, principalmente porque estão sendo usadas como instrumento para formar as escalas de serviço normais das unidades e não como um fator para ampliação do serviço à sociedade. As informações obtidas indicam o crescimento desse consumo ao longo do exercício, de acordo com as informações obtidas na Comissão de Horas Extras (PT16: sistema TCDF):

Quadro 8: horas extras no exercício por unidade

Unidade hospitalar	Horas extras no exercício até agosto
HRC	16.889
HRBz	17.800
HRG	11.618
HRGu	6.777
HRPa	8.319
HRS	20.223
HRSam	4.359
HRSM	5.586
HRT	6.594
HRAN	10.945
HRPI	19.621
UPANúcleo Bandeirante	8.758
UPARecanto das Emas	10.069
UPASão Sebastião	5.870
UPASambaíba	7.399

215. O dado não contém o refinamento por porta de emergências, mas não é difícil concluir que esse setor também é demandante de horas extras. Além disso, vale destacar que se o profissional faltar a uma escala de hora extra, simplesmente não as recebe, mas a porta fica descoberta durante todo o



período, tornando o sistema de escalas formadas com o uso de hora extra inseguro em relação à oferta do atendimento à população.

Classificação de Risco

216. O acolhimento com Classificação de Risco foi implementado no Distrito Federal com o Sistema Campinas, este posteriormente substituído pelo Sistema Manchester, o qual ainda está em implantação na Rede, apesar de presente e em funcionamento em grande parte das unidades hospitalares visitadas nesta fiscalização.

217. O Sistema Manchester tem por finalidade estabelecer prioridades de atendimento nas portas de Urgência e Emergência, classificando estas prioridades por cores: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho, em ordem crescente de gravidade da enfermidade que acomete o usuário e preconiza os tempos máximos de atendimento para cada cor (PT20: fls. 131-260, Anexo II).

218. Este sistema tem por objetivo disponibilizar um atendimento mais célere aos casos de maior gravidade, otimizando o atendimento. A sala de Acolhimento deve ser instalada próximo à recepção dos pacientes, e utiliza um equipamento denominado TRIUS, que é alimentado com os dados inseridos no Sistema de Administração Hospitalar – Trakcare.



Foto 8: Equipamento para classificação de risco - TRIUS



219. A supracitada transição do Sistema Campinas para o Sistema Manchester esta sendo realizada pela Coordenação Central da Política Nacional de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Esta é responsável pela capacitação dos servidores envolvidos na operação do Sistema, pelo relacionamento com os gestores para implantação, controle da utilização correta da solução e atendimento/solicitação de necessidades e demandas de outros setores, como disponibilidade de pessoal, energia elétrica e redes de comunicação. Contudo, a referida instância conta apenas com a própria Coordenadora, sem apoio próprio de recursos humanos ou técnicos, circunstâncias que prejudicam a efetiva implementação do Sistema, assim como posterga seus benefícios à população.

220. Outro fator relevante ao funcionamento da Classificação de Risco é a falta de recursos humanos para operação do Sistema, o qual requer a presença de enfermeiros na sala de acolhimento para a efetiva classificação. Atualmente, a escala dos profissionais para essa operação só consegue ser composta, na maioria dos casos, com a utilização de horas-extras.

221. Contudo, com a determinação de corte de horas extras proveniente da Secretaria de Planejamento ocorreu, em consequência, o fechamento ou diminuição do horário de atendimento da Classificação de Risco. Em documento fornecido pela Coordenadora responsável pela implementação do Sistema (PT21:f. 277, Anexo II) é possível acompanhar a evolução do acolhimento com a mudança do Sistema de Classificação, assim como o retrocesso decorrente da indisponibilidade de pessoal.

222. Assim, embora estivesse ocorrendo uma evidente evolução no acolhimento na Rede SES, mesmo em uma fase de implantação e testes, o Sistema, atualmente, encontra-se ameaçado em virtude da ausência de profissionais, comprometendo a humanização da atenção e a efetivação de um modelo centrado no usuário e em suas necessidades.

223. A implantação é uma fase fundamental, ainda, à sensibilização do usuário. As visitas nesta fiscalização permitiram identificar que o usuário mal orientado sobre o novo Sistema tende a rejeitá-lo como ferramenta auxiliar da



sociedade e a encará-lo como mais um empecilho ao atendimento e provocar conflitos. Além disso, a ausência ou a inoperância da Classificação de Risco, pode prejudicar o prosseguimento de projetos como as UPAs, visto ser um requisito a ser atendido²⁶:

Art. 9º Fica definido que, para a habilitação aos recursos financeiros para construção, ampliação e reforma de UPA 24 h, os gestores do SUS deverão submeter as respectivas propostas à SAS/MS.

[...]

§ 3º O detalhamento técnico do componente UPA 24 h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências deverá conter:

[...]

V - compromisso e programação da implantação da classificação de risco no acolhimento dos usuários à unidade, de acordo com padrões nacionais e/ou internacionais reconhecidos;

Componente Pré-hospitalar móvel – SAMU

224. Vale assinalar, inicialmente, o avanço na organização e na prestação do Serviço em relação às constatações realizadas no bojo dos exames presentes nos autos do Processo nº 37.066/07, tendo por base as informações e documentos apresentados na reunião com os gestores do SAMU:

Quadro 10: situação atual do SAMU

Constatações anteriores	Situação atual	PT
Sistema de atendimento telefônico ineficiente e ineficaz.	99,1% das ligações são atendidas em até 6 segundos. O sistema de distribuição de chamadas foi informatizado.	22: f. 289-300, Anexo II
Falta de um sistema informatizado para gerenciamento das viaturas	O sistema está sendo gerenciado através do contrato nº 11/12 de 27/01/2012	22: f. 286-288, Anexo II
Ausência de controle nas peças de reposição, chamados e controle de entrada e saída	Há controle sistematizado das prestadoras de serviço, e este é acompanhado por servidores designados	22: f. 282-287, Anexo II
Equipamentos – insuficiência	Os equipamentos são suficientes para cobertura de 100% do DF – 30 ambulâncias básicas, 8 ambulâncias avançadas, 18 motolâncias, 2 bikelâncias, 2 helicópteros em parceria e 4 salas vermelhas.	22: f. 282-283 Anexo II
Equipamentos – falta de manutenção (massageadores cardíacos)	Todos os equipamentos – massageadores cardíacos possuem contrato de manutenção e estão em uso pelo SAMU	22: f. 301-336, Anexo II

²⁶BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento [...]. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>. Acesso em 20 out.13.



Foto: 9 Massageador Cardíaco - SAMU

225. Para o funcionamento adequado do SAMU seriam necessárias 12.280,8 h/mês de carga horária médica. Em razão do pedido de exoneração de 35 servidores ainda em 2014, houve a perda de 3.096 horas/mês. Para manter o atendimento à população houve a contratação de 106 médicos, totalizando a disponibilidade de horas em 9.890 horas/mês, ou seja, permanece ainda um déficit de 2.390,8 horas/mês. Para cobrir esta deficiência sem prejudicar o serviço prestado à população são realizadas em média 2.000 horas extras por mês. (PT22: f. 337, Anexo II)

226. Nada obstante a melhoria do Serviço, a saída de servidores, mesmo de recém contratados, é uma realidade preocupante. De acordo com os gestores, somente em 2013, foram 37 exonerações apenas de médicos do serviço (PT22: f.279, Anexo II).

Causa

227. Dificuldades na contratação e permanência de servidores.

Efeito

228. Atendimento inadequado à população, falta de planejamento e de avaliação, desorganização administrativa, aumento no quantitativo de horas extras, implementação deficiente da Política de Humanização e Classificação de Risco; deficiências na operacionalização do SAMU.



Considerações do Auditado

229. No que tange ao Achado em análise, foram encaminhadas por meio do Ofício nº 1.304/2014-GAB/SES e anexos (fls. 166/242), as seguintes considerações:

*“Quanto aos recursos humanos (RH), existe uma grande defasagem de RH para atender toda a necessidade de serviços das Redes Assistenciais de Saúde da SES/DF, esta defasagem deve-se a uma série de fatores como aposentadorias, afastamentos, exonerações e principalmente ao limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Mesmo assim foram admitidos na SES/DF **9.077** servidores, sendo que destes **2.983 de nível superior** (1.531 médicos; 1.273 enfermeiros; 179 cirurgiões dentistas). Todos estes servidores foram distribuídos na Rede de forma a adequar da melhor forma possível a necessidade dos diversos setores e serviços. Ainda visando suprir esta carência está previsto para este ano de 2014, novo concurso público para suprimento de vagas nos diversos setores.*

*Observamos, no entanto, que neste mesmo período de 2011 a 2013 o total de vacâncias (exonerações e aposentadorias) foi de **4.501** servidores sendo **1.506** de nível superior (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas). Estes números demonstram um **aumento real de 4.576 servidores**, distribuídos na rede assistencial.” (fls. 222/223) (grifou-se)*

230. Em relação à comparação realizada entre quantidade de horas médicas e número de pacientes atendidos nos Hospitais de Taguatinga e de Brazlândia, a Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SUGETES (fls. 183/185) questionou sua validade em virtude das diferentes estruturas e quantidades de leitos de cada componente hospitalar.

231. Ressalta, mesmo discordando da comparação realizada, o déficit de 340 horas semanais no HRT e 376 horas semanais em Brazlândia.

232. Em relação à implementação deficiente da Classificação de Risco em razão da carência de recursos humanos, a Secretaria se manifestou conforme segue (fls. 225/228):

“A Política de Humanização, em especial a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, vem sendo realizada na Rede SES/DF desde 2012 com a utilização do Protocolo de Campinas modificado e a partir de 2013 com a adoção do Protocolo de Manchester. Esta vem sendo ampliada de forma que hoje já se encontra implantada em todas as unidades pré-hospitalares fixas (UPAS) e nas unidades hospitalares à exceção do HRGu — Hospital Regional do Guará, abrangendo as áreas de maior demanda de atendimento em cada unidade e com programação de expansão para todas



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fls.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

as áreas de atendimento. Contudo por ser também um processo que demanda toda uma estrutura de treinamento e capacitação de pessoal e que implica em uma mudança de paradigmas tanto para os processos de trabalho das unidades quanto para a visão da população usuária dos serviços de saúde quanto à forma de atendimento por prioridade clínica e não por ordem de chegada, tem que ser feito gradativamente e monitorado quanto a seus indicadores específicos. O que vem sendo realizado continuamente por esta Secretaria de Saúde.

Iniciou-se em abril de 2013 o processo de capacitação e implantação do Sistema Manchester de Classificação de Risco em todos os Pontos de Urgência e Emergência da Rede de Saúde da SES/DF, sendo que hoje temos 94,5% destes Pontos em uso deste Protocolo. No Hospital Regional do Guará — HRGu a previsão de implantação do Sistema Manchester de CR é para a primeira semana de abril.

Outro importante avanço para este processo de organização e gerenciamento dos Pontos de Urgência e Emergência é a utilização desta solução/ferramenta para a potencialização de melhorias nos processos de trabalho; dos monitoramentos e dos processos de gerenciamento que vêm influenciando no alcance de metas importantes e relevantes para a melhoria do acesso e da assistência ao usuário, pois fornece uma série de informações (indicadores e relatórios) que norteiam a tomada de decisão.

Salientamos ainda que para a implantação de todo o sistema de ACCR e informatização das unidades hospitalares é necessária uma infraestrutura elétrica para que os sistemas possam funcionar adequadamente. Esta estrutura, no entanto encontra-se precária em muitas unidades, já tendo sido demandado por diversas vezes aos órgãos responsáveis (Administração Regional e CEB) as alterações necessárias ao adequado funcionamento das unidades assistenciais de saúde”

233. Por fim, no que tange à insuficiência de Recursos Humanos no SAMU, segue manifestação da SES/DF (fls. 228):

“Quanto à insuficiência de recursos humanos do SAMU, observamos que até o ano de 2011 das 37 ambulâncias previstas para o atendimento móvel no DF apenas 20 eram efetivamente usadas. Atualmente o SAMU trabalha com as 37 ambulâncias previstas conforme cálculo do Ministério da Saúde para atendimento da população do DF, sendo que destas 7 são ambulâncias para Suporte Avançado de Vida.

Observamos ainda que em 2011 o SAMU possuía em seu quadro próprio 556 servidores com apenas 6 médicos. Já em 2013 o número de servidores próprios do SAMU passou para 916 com 108 médicos.”

Posicionamento da equipe de auditoria

234. Quanto à diferença de produtividade dos profissionais de saúde, em que pese a alegação da gestora ser procedente em relação à comparação



realizada entre as unidades hospitalares, esta, por fim, reafirma a deficiência de Recursos humanos nos Componentes Hospitalares.

235. Em relação à deficiente implementação da Classificação de Risco, a Secretaria relata o histórico de sua implementação, mas não se manifestou acerca da falta de recursos humanos ou, ainda, da utilização predominante de horas extras para sua realização.

236. Acerca da operacionalização do SAMU, as informações encaminhadas apontam para o crescimento do quadro de pessoal do Componente Pré-Hospitalar Móvel no período de 2011 a 2013, que passou de 6 para 108 médicos. Não obstante a melhoria dos serviços, cabe registrar que a SES nada mencionou acerca do quantitativo de horas extras realizadas pelos profissionais do SAMU para manter a operação das atuais ambulâncias, permitindo concluir pela manutenção das evidências.

237. Acerca da implantação do sistema de ponto eletrônico e de falhas na formação de escalas dos servidores, a SES não se manifestou. Acerca da matéria, oportuno destacar que no bojo do processo nº 13.507/14 está em andamento Auditoria Integrada na SES para avaliar a implantação do Sistema de Registro de Frequência – SISREF, que irá tratar, dentre outras questões, do controle efetivo de frequência, das ausências injustificadas e das escalas de trabalho dos servidores. Assim, face à especificidade da fiscalização em andamento, deixa-se de propor medidas nos presentes autos acerca dessa matéria.

Proposições

238. Sugere-se alertar ao Secretário de Estado de Saúde que a carência de profissionais de saúde para operacionalizar os Componentes Hospitalar e Pré-Hospitalar, o SAMU e a Política de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) compromete a implementação de um modelo efetivo de Rede de Atendimento de Urgência e Emergência, centrado na humanização do usuário e na especialização das unidades, além de atentar contra o princípio da eficiência que devem nortear a Administração Pública. **(Sugestão IV)**



Benefícios Esperados

239. Completa implementação da Classificação de Risco, funcionamento adequado do componente SAMU, assim como de todos os Componentes Hospitalares da RUE.

3 Conclusão

240. A presente auditoria visou avaliar o serviço de saúde prestado nas Redes de Atenção às Urgências e Emergências da Rede Pública de Saúde, havendo o trabalho se desdobrado em duas questões de auditoria.

241. Na primeira questão, entendeu-se que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências da SES não está organizada a ponto de prestar um serviço de saúde apropriado à população em razão de deficiências na gestão, baixa abrangência e pouca implementação do Plano Distrital de Atenção à Urgência e Emergência, assim como em face de impropriedades na implantação do Componente pré-hospitalar fixo (UPAs).

242. Em relação à segunda questão, os trabalhos realizados nesta fiscalização concluíram pela falta de infraestrutura adequada para fornecer um atendimento satisfatório aos usuários, no que se refere a gestão de leitos hospitalares, adequação da infraestrutura e suficiência de recursos humanos

243. Conclui-se, portanto, pela existência de falhas na implementação, assim como na operacionalização dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Distrito Federal que prejudicam o atendimento à população.

4 Proposições

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

- I) Tomar conhecimento:
 - a. do presente Relatório de Auditoria, de fls. 320/408;
 - b. dos documentos acostados às fls. 153/319;
- II) Determinar à Secretaria de Estado de Saúde que:
 - a. adeque a estrutura organizacional das instâncias



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fls.: _____

Proc.1.836/13_

Rubrica

- responsáveis pela gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, delimitando sua atuação e competências, de modo a garantir a necessária unidade de coordenação, monitoramento e avaliação dos componentes vinculados, a exemplo do SAMU, UPAs e Portas Hospitalares, conforme estabelece a Política Nacional de Atenção às Urgências (Achado 1);
- b. promova a revisão do Plano de Atenção às Urgências e Emergências, de forma a inserir as seguintes questões, nos termos do Regulamento Técnico aprovado pela Portaria MS/GM nº 2.048/02: caracterização de cada regional de saúde visando à proposição de ações localizadas; estudos epidemiológicos utilizados para a estruturação da Rede; indicadores de doenças emergentes; informações detalhadas dos recursos existentes; planejamento sobre prevenção, proteção e educação em relação às pessoas com perda de autonomia; mecanismos de valorização da prevenção dos agravos e a proteção da vida; mecanismos para articulação entre a Atenção Primária e a Urgência e Emergência; e, ainda, procedimentos relacionados à notificação compulsória das urgências ocasionadas por causas externas (Achado 2);
 - c. doravante, realize estudos prévios que permitam identificar a melhor localização para implantação de Unidades de Pronto Atendimento, seguindo os critérios do Ministério da Saúde e assegurando o alcance social da medida.(Achado 3);
 - d. adote medidas para garantir a ampliação das taxas de ocupação dos leitos hospitalares da rede pública, em consonância com os parâmetros estabelecidos na Portaria SES nº 16/2012, promovendo, para tanto, o monitoramento diário dos leitos hospitalares e utilizando, preferencialmente, sistema informatizado que permita a integridade e tempestividade das informações gerenciais (Achado 4);
 - e. promova as medidas necessárias para correção das falhas na implantação das UPAs do DF, a exemplo do apontado nos Relatórios de Visita Técnica nº 05/2011-CGUE/DAE/SAS do Ministério da Saúde (fls. 367/377) e de Visita Técnica nº 01/2011 da Diretoria de Vigilância da SES/DF (fls. 378/387), adequando-as às normas da Anvisa



e do Ministério da Saúde. (Achado 5)

- III) Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde que reveja a estrutura organizacional da Gerência de Apoio ao Serviço Pré-Hospitalar Móvel, responsável pela coordenação do SAMU, dotando-a de unidades de direção compatíveis com a amplitude de regionais implantadas e com as atribuições desempenhadas. (Achado 1);
- IV) Alertar ao Secretário de Estado de Saúde que:
- a. carência de profissionais de saúde para operacionalizar os Componentes Hospitalar e Pré-Hospitalar, o SAMU e a Política de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) compromete a implementação de um modelo efetivo de Rede de Atendimento de Urgência e Emergência, centrado na humanização do usuário e na especialização das unidades, além de atentar contra o princípio da eficiência que devem nortear a Administração Pública (Achado 6);
 - b. será realizado monitoramento no exercício de 2016, com a finalidade de verificar o cumprimento das determinações contidas na presente decisão, tendo como objeto a gestão da Rede de Urgência e Emergência.

Brasília, 21 de agosto de 2014.

Tarsila Firmino Ely Tramontin Batista
Auditor de Controle Externo (Matr. 1445-7)



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DAS SESSÕES

SESSÃO ORDINÁRIA Nº 4724 de 02/10/2014

TCDF/Secretaria das Sessões
Folha:.....
Processo: [1836/2013](#)
Rubrica:.....

PROCESSO Nº [1836/2013](#)

RELATOR : CONSELHEIRO MANOEL PAULO DE ANDRADE NETO

EMENTA : Auditoria Operacional realizada na Secretaria de Saúde do Distrito Federal para avaliar a qualidade do serviço de saúde prestado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Rede Pública de Saúde quanto a aspectos de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade das atividades, projetos, programas e ações, com objetivo de contribuir para o melhor desempenho da gestão pública daquela Secretaria, em cumprimento ao Plano Geral de Ação para 2013, aprovado na Decisão Administrativa nº 96/2012.

DECISÃO Nº 4897/2014

O Tribunal, por unanimidade, de acordo com o voto do Relator, decidiu: I - tomar conhecimento: a) do Relatório de Auditoria de fls. 320/408; b) dos documentos acostados às fls. 153/319; II - determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que: a) ajuste a estrutura organizacional das instâncias responsáveis pela gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, delimitando sua atuação e competências, de modo a garantir a necessária unidade de coordenação, monitoramento e avaliação dos componentes vinculados, a exemplo do SAMU, UPAs e Portas Hospitalares, conforme estabelece a Política Nacional de Atenção às Urgências (Achado 1); b) promova a revisão do Plano de Atenção às Urgências e Emergências, de forma a inserir as seguintes questões, nos termos do Regulamento Técnico aprovado pela Portaria MS/GM nº 2.048/02: caracterização de cada regional de saúde visando à proposição de ações localizadas; estudos epidemiológicos utilizados para a estruturação da Rede; indicadores de doenças emergentes; informações detalhadas dos recursos existentes; planejamento sobre prevenção, proteção e educação em relação às pessoas com perda de autonomia; mecanismos de valorização da prevenção dos agravos e a proteção da vida; mecanismos para articulação entre a Atenção Primária e a Urgência e Emergência; e, ainda, procedimentos relacionados à notificação compulsória das urgências ocasionadas por causas externas (Achado 2); c) doravante, realize estudos prévios que permitam identificar a melhor localização para implantação de Unidades de Pronto Atendimento, seguindo os critérios do Ministério da Saúde e assegurando o alcance social da medida (Achado 3); d) adote medidas para garantir a ampliação das taxas de ocupação dos leitos hospitalares da rede pública, em consonância com os parâmetros estabelecidos na Portaria SES nº 16/2012, promovendo, para tanto, o monitoramento diário dos leitos hospitalares e utilizando, preferencialmente, sistema informatizado que permita a integridade e tempestividade das informações gerenciais (Achado 4); e) promova as medidas necessárias para correção das falhas na implantação das UPAs do DF, a exemplo do apontado nos Relatórios de Visita Técnica nº 05/2011-CGUE/DAE/SAS do Ministério da Saúde (fls. 367/377) e de Visita Técnica nº 01/2011 da Diretoria de Vigilância da SES/DF (fls. 378/387), adequando-as às normas da Anvisa e do Ministério da Saúde (Achado 5); III - recomendar à Secretaria de Estado da Saúde que reveja a estrutura organizacional da Gerência de Apoio ao Serviço Pré-Hospitalar Móvel, responsável pela coordenação do SAMU, dotando-a de unidades de direção compatíveis com a amplitude de regionais implantadas e com as atribuições desempenhadas (Achado 1); IV - alertar o Secretário de Estado de Saúde de que: a) carência de profissionais de saúde para operacionalizar os Componentes Hospitalar e Pré-Hospitalar, o SAMU e a Política de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)

compromete a implementação de um modelo efetivo de Rede de Atendimento de Urgência e Emergência, centrado na humanização do usuário e na especialização das unidades, além de atentar contra o princípio da eficiência que devem nortear a Administração Pública (Achado 6); b) será realizado monitoramento no exercício de 2016, com a finalidade de verificar o cumprimento das determinações contidas nesta decisão, tendo como objeto a gestão da Rede de Urgência e Emergência.

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

SALA DAS SESSÕES, 02 de Outubro de 2014



Olavo Medina
Secretário das Sessões



Inácio Magalhães Filho
Presidente