



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

AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA

RELATÓRIO FINAL

Governança e Gestão em Saúde

Processo nº 25.089/2015-e



Brasília 2017



RESUMO EXECUTIVO

A presente auditoria corresponde a fiscalização coordenada pelo Tribunal de Contas da União – TCU, realizada no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde – SES-DF, tendo como objeto a governança e a gestão da saúde, com vista à verificação da medida em que boas práticas em saúde vêm sendo adotadas pela SES-DF e à obtenção de um índice de governança e gestão em saúde – iGGSaúde.

A fiscalização teve origem em Acordo de Cooperação Técnica (e-DOC 73EEA964-c) celebrado entre diversos Tribunais de Contas brasileiros, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil – Atricon e o Instituto Rui Barbosa – IRB, visando à realização da referida auditoria coordenada.

Para a realização desse trabalho, conforme definido pelo TCU, adotou-se a técnica de autoavaliação de controles, procedimento em que os próprios gestores avaliaram suas práticas de governança e gestão. Ao TCDF coube, portanto, o papel de facilitador do processo, planejando, elaborando os instrumentos de autoavaliação e orientando as partes interessadas na execução e coleta os dados, em conjunto com os demais Tribunais de Contas participantes.

Os objetivos do trabalho envolveram a difusão do tema governança e gestão da saúde junto às organizações participantes, incentivando o aperfeiçoamento de práticas pelos atores envolvidos nas políticas públicas de saúde; a identificação de pontos vulneráveis para indução de melhorias; e o fornecimento de subsídios para o planejamento das ações de controle externo, auxiliando-o enquanto indutor do processo de desenvolvimento da governança e da gestão em saúde.

O que o Tribunal buscou avaliar?

O objetivo geral da presente auditoria foi avaliar a governança e a gestão do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, isto é, analisar de que forma se dá a relação entre o sistema de liderança, estratégia e controle (governança) da saúde pública distrital e o sistema de controles e processos necessários à execução propriamente dita das políticas pública de saúde (gestão). Com isso, pretendeu-se



verificar o grau de maturidade dos diversos componentes que constituem esses sistemas.

Para alcançar esse objetivo, foi proposta a seguinte questão de auditoria: Em que medida estão previstos e estruturados os mecanismos e instrumentos de governança e gestão da saúde pública no Distrito Federal?

O que o Tribunal encontrou?

A análise do instrumento de avaliação preenchido pela jurisdicionada indica que, em sete dos dez componentes avaliados aplicáveis à SES-DF, o nível de maturidade predominante da gestão concentrou-se nos estágios mais baixos da escala utilizada, quais sejam, “Inexistente”, “Insuficiente” e “Iniciante”, destacando-se os componentes “Pessoas” e “Informação e Conhecimento”, que tiveram, respectivamente, 78% (setenta e oito por cento) e 77% (setenta e sete por cento) das respostas concentradas nesses três níveis.

A partir da análise das respostas, foi possível detectar pontos que merecem atenção por parte da SES-DF, a fim de que possa planejar melhorias em face de sua realidade e de suas necessidades, adotando boas práticas identificadas em outras localidades do país.

Quais foram as proposições formuladas pela equipe de auditoria?

As proposições formuladas à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal foram:

- recomendar que adote procedimentos com vista à implementação das boas práticas constantes dos instrumentos de avaliação aplicados nesta fiscalização para fins de desenvolvimento da governança e da gestão do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal; e
- dar ciência de que os itens de controle constantes dos instrumentos de avaliação aplicados à SES-DF constituem boas práticas implementadas em outras unidades da Federação e recomendadas por especialistas em saúde pública, devendo, sempre que possível, ser consideradas pelos gestores da SES-DF em todos os níveis administrativos.



Quais os benefícios esperados com a atuação do Tribunal?

Espera-se que, com o auxílio do instrumento de coleta de dados, ocorra uma melhoria na relação entre os sistemas de governança e de gestão da saúde pública, de modo que a execução das políticas públicas se mostre eficiente e efetiva, consentânea com as diretrizes e estratégias traçadas no âmbito da governança.

Almeja-se, ainda, que a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal utilize as boas práticas elencadas no trabalho como guia permanente para realizar um autocontrole de seus procedimentos, visando a correções e aperfeiçoamento dos serviços de saúde.



Sumário

1	Introdução	6
1.1	Apresentação	6
1.2	Identificação do Objeto	6
1.3	Contextualização	9
1.4	Objetivos	10
1.4.1	Objetivo Geral.....	10
1.4.2	Objetivos Específicos	10
1.5	Escopo	11
1.6	Montante Fiscalizado	11
1.7	CrITÉrios de auditoria	11
1.8	Metodologia	14
1.9	Avaliação de Controle Interno	18
2	Resultados da Auditoria	18
2.1	QA – Em que medida estão previstos e estruturados os mecanismos e instrumentos de governança e gestão da saúde pública no Distrito Federal?.....	18
2.1.1	Achado 1 – Baixo estágio de maturidade da gestão da saúde pública no Distrito Federal.....	18
2.2	Resultados da Fiscalização Nacional (TCU).....	33
3	Conclusão	35
4	Proposições	35



1 Introdução

1.1 Apresentação

Trata-se de Auditoria Operacional Coordenada, realizada na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF, incluída no PGA 2016, aprovado pela Decisão nº 6.062/15.

2. A fiscalização teve origem em Acordo de Cooperação Técnica (e-DOC 73EEA964-c) celebrado entre diversos Tribunais de Contas brasileiros, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil – Atricon e o Instituto Rui Barbosa – IRB, com vista à realização de auditoria coordenada com o objetivo de avaliar a governança e a gestão da saúde de todas as unidades federativas brasileiras.

3. A execução da presente auditoria compreendeu o período de 13/04/2016 a 10/04/2017, envolvendo reuniões e oficinas de nivelamento para as equipes dos diversos Tribunais de Contas, encontros para discussão e elaboração do instrumento de coleta, envio de respostas aos questionários pelos jurisdicionados e tratamento dos dados pelo Tribunal de Contas da União – TCU e pelo TCDF.

1.2 Identificação do Objeto

4. O objeto da auditoria coordenada abrangeu a governança e gestão da saúde, exercidas pelas Secretarias de Estado da Saúde, Conselhos de Saúde¹ e Comissões Intergestores Bipartite - CIB². Para os fins da avaliação realizada, o objeto

¹ O Conselho de Saúde é órgão ou instância colegiada, de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria de Saúde, com organização e competência fixadas em lei, para desenvolver o controle social na área de saúde. O conselho é composto por representantes do governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários, sendo o seu presidente eleito entre seus membros. Os conselhos de saúde têm como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde.

² As CIB são estabelecidas no âmbito dos estados, vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais. Essas comissões estaduais são constituídas também de forma paritária por representantes do governo estadual e dos secretários municipais de saúde. Os representantes do governo estadual são indicados pelo Secretário de Estado da Saúde e os representantes dos secretários municipais de saúde são indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde dos estados (COSEMS), órgão de representação do conjunto dos municípios. Compete à CIB pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.



foi dividido da seguinte forma:

- a. Governança (Liderança, Estratégia e Controle);
 - b. Gestão da atenção à saúde (Atenção básica, Média e alta complexidades, Assistência farmacêutica, Vigilância em saúde, Planos, Processos de Apoio, Pessoas e Informação e Conhecimento); e
 - c. Comissões Intergestores Bipartite (Estabelecimento, Funcionamento e Controle).
5. Dadas as peculiaridades do Distrito Federal no arranjo federativo brasileiro, cumpre esclarecer que o Colegiado de Gestão da SES-DF³ concentra as atribuições que, nos demais entes, são de competência das Comissões Intergestores Bipartite⁴. Outrossim, nesta auditoria, entende-se que as instâncias responsáveis pela governança e pela gestão da saúde pública distrital são, respectivamente, o Conselho de Saúde do Distrito Federal e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal⁵.
6. Elencam-se a seguir os gestores das principais unidades relacionadas ao objeto da fiscalização, no período de planejamento e execução desta Auditoria Operacional.

Quadro 1: Principais gestores vinculados ao objeto da fiscalização

Identificação do Gestor	Cargo/Função	Período
Humberto Lucena Pereira da Fonseca	Secretário de Estado de Saúde	02/03/2016 até a data de conclusão deste trabalho
Fábio Gondim Pereira Costa		24/07/2015 a 01/03/2016
João Batista de Souza		01/01/2015 até 22/07/2015
Eliene Ancelmo Berg	Secretário Adjunto de Saúde	24/07/2015 até 12/02/2017
José Rubens Iglesias		29/01/2015 até 24/07/2015
Daniel Seabra Resende Castro Correa	Secretário Adjunto de Assistência à Saúde	13/02/2017 até a data de conclusão do trabalho

³ O funcionamento do Colegiado foi regulamentado pelo Regimento Interno do Colegiado, aprovado pela Portaria SES nº 303, de 14 de dezembro de 2016.

⁴ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0005_19_06_2013.html

⁵ A atual estrutura administrativa da SES-DF foi aprovada por meio do Decreto Distrital nº 36.918, de 26/11/2015.



Ismael Alexandrino Junior	Secretário Adjunto de Gestão em Saúde	13/02/2017 até a data de conclusão do trabalho
Martha Gonçalves Vieira	Subsecretário de Atenção à Saúde	13/02/2017 até a data de conclusão do trabalho
Daniel Seabra Resende Castro Correa		10/03/2016 até 12/02/2017
Robinson Capucho Parpinelli		10/09/2015 a 09/03/2016
José Tadeu dos Santos Palmieri		08/01/2015 até 09/09/2015
Helvécio Ferreira da Silva	Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal	Reeleito em 11/08/2015, no cargo até a data de conclusão deste trabalho
Humberto Lucena Pereira da Fonseca	Presidente do Colegiado de Gestão da SES-DF	02/03/2016 até a data de conclusão deste trabalho
Fábio Gondim Pereira Costa		24/07/2015 a 01/03/2016

Fonte: DODF

Legislação Aplicável

7. Consta do Quadro 2 a relação dos marcos normativos aplicáveis ao objeto desta fiscalização.

Quadro 2: Normas Aplicáveis

Norma	Objeto
Lei Complementar nº 141/2012	Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.
Lei nº 8.080/1990	Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização dos serviços correspondentes.
Portaria MS/GM nº 545/1993	Aprova a NOB-SUS 01/1993, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS.
Portaria MS/GM nº 2.203/1996	Aprova a NOB-SUS 01/1996, que define o modelo de gestão do SUS.
Portaria MS/GM nº 1.101/2002	Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS.
Portaria MS/GM nº 373/2002	Aprova a NOAS-SUS 01/2002, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e dá outras providências.



Portaria MS/GM nº 1.996/2007	Aprova a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
Decreto nº 32.218/2010	Dispõe sobre a contratação de bens e serviços de Tecnologia da Informação no âmbito da Administração Direta e Indireta do Distrito Federal.
Portaria MS/GM nº 3.462/2010	Estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.
Portaria MS/GM nº 4.279/2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde.
Decreto Federal nº 7.508/2011	Regulamenta a Lei nº 8.080/1990.
Resolução MS/GM/CIT nº 03/2012	Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde – COAP no âmbito do SUS.
Portaria MS/GM nº 2.488/2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.
Resolução MS/GM/CIT nº 04/2012	Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras para fins de transição entre os processos operacionais pelo Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde-COAP.
Decreto Distrital nº 36.918/2015	Aprova o Regimento Interno da SES. Altera a estrutura administrativa da SES/DF.

1.3 Contextualização

8. Tendo em vista o acordo de cooperação firmado entre o IRB, a Atricon e diversos Tribunais de Contas, entre eles o TCDF e o TCU, realizou-se auditoria coordenada cujo objeto foi governança e gestão em saúde. As principais finalidades dessa fiscalização podem ser resumidas como:

- Difundir o tema governança e gestão da saúde junto às organizações participantes, incentivando o aperfeiçoamento de práticas pelos atores envolvidos nas políticas públicas de saúde;
- Identificar pontos vulneráveis e induzir melhorias;
- Contribuir para o planejamento das ações de controle externo, auxiliando-o enquanto indutor do processo de desenvolvimento da governança e da gestão em saúde.

9. Assim, faz-se necessário diferenciar conceitualmente as expressões governança e gestão no setor público. Enquanto a primeira corresponde aos mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, dirigir



e monitorar a atuação da gestão, com vista à implementação de políticas públicas e à prestação de serviços à sociedade, a segunda refere-se ao sistema de controles e processos necessários para que se alcancem os objetivos estratégicos estabelecidos pela alta administração. Dessa forma, a atuação da gestão sujeita-se àquilo que a governança, por meio dos mecanismos citados, definiu como diretrizes e políticas para o órgão ou entidade⁶.

10. Em termos práticos, pode-se dizer que a governança, exercida pela alta administração, estipula *o que fazer*, avaliando, dirigindo e monitorando a gestão, ao passo que os gestores se dedicam a *como fazer*, aos processos de trabalho que permitirão a execução do ciclo PDCA (*plan, do, check, act* – planejar, executar, controlar e ajustar).

11. Os trabalhos desenvolvidos buscaram obter e sistematizar informações sobre a governança e a gestão em saúde nas organizações da administração pública distrital. Com isso, entende-se viável identificar os desafios que se apresentam à prestação de serviços de saúde no DF, como a escassez de recursos e os entraves à articulação entre os entes federados, possibilitando a adoção de medidas para debelá-los.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

12. O objetivo geral da auditoria foi avaliar os mecanismos de governança e gestão da saúde adotados no âmbito da saúde pública distrital. Por conseguinte, a auditoria teve por finalidade: a) fornecer aos gestores do Distrito Federal orientações sobre como aperfeiçoar as estruturas de governança e gestão para aumentar a eficácia e efetividade das ações governamentais na função de saúde; b) identificar casos de boa governança e gestão; c) subsidiar avaliações de risco, pelo TCDF, na gestão dos recursos públicos na área da saúde.

1.4.2 Objetivos Específicos

13. A questão de auditoria foi assim definida:

14. Em que medida estão previstos e estruturados os mecanismos e

⁶ Cf. TCU. *Referencial Básico de Governança*. Brasília, 2013, e NBR ISSO/IEC 38.500, item 1.6.9.



instrumentos de governança e gestão da saúde pública no Distrito Federal?

1.5 Escopo

15. Esta fiscalização abrangeu os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática, atualmente, para avaliar, dirigir e monitorar a atuação da gestão, com vista à implementação de políticas públicas e à prestação de serviços à sociedade, bem como o sistema de controles e processos necessários para que se alcancem os objetivos estratégicos estabelecidos pela alta administração.

16. Assim, incluiu-se no escopo desta auditoria a gestão da atenção à saúde dos seguintes componentes: Atenção básica, Média e alta complexidades, Assistência farmacêutica, Vigilância em saúde, Planos, Processos de Apoio (Aquisições, Acordos com terceiros para prestação de serviços e Orçamento e Finanças), Pessoas e Informação e Conhecimento.

1.6 Montante Fiscalizado

17. Tendo em vista que o objeto auditado perpassa quase todas as áreas atinentes à função de saúde, não se restringindo a poucos programas de trabalho, não foi possível definir precisamente o montante fiscalizado. Nada obstante, convém ter-se em conta que, justamente pelo caráter amplo e geral do presente trabalho, os recursos potencialmente envolvidos relacionam-se, direta ou indiretamente, a quinhão vultoso do orçamento destinado à saúde distrital, o qual alcançou, no ano de 2016, o valor de R\$ 6.051.171.198,99 (seis bilhões, cinquenta e um milhões, cento e setenta e um mil, cento e noventa e oito reais e noventa e nove centavos)⁷.

1.7 Critérios de auditoria

18. Os instrumentos de autoavaliação (questionários) disponibilizados para os representantes das organizações públicas foram resultantes de extensa pesquisa realizada pelos Tribunais de Contas participantes. Para a elaboração desses documentos, foram empreendidas visitas e reuniões com gestores da saúde de todos

⁷ Montante total empenhado em 2016, de acordo com o Quadro de Detalhamento de Despesa (QDD) constante do Sistema Integrado de Gestão Governamental (Siggo).



os níveis federativos, assim como foram compulsados processos das diversas Cortes de Contas e estudos acadêmicos tratando da governança e gestão em saúde. Ao final, reunidos os Tribunais de Contas envolvidos no trabalho, chegou-se aos documentos definitivos (PT 2), dotados de centenas de assertivas no intuito de avaliar os diversos componentes da saúde pública.

19. Assim, todas as assertivas do questionário apresentavam boas práticas que podem ser adotadas para desenvolver a governança e a gestão na organização. Para cada assertiva, as organizações deveriam escolher a alternativa que mais bem representasse o seu nível de adesão ao item de controle exposto na questão, conforme as seguintes possibilidades:

- a) Não atende;
- b) Não atende: o custo-benefício é desfavorável;
- c) Não atende: há impossibilidade legal de adotá-lo;
- d) Decidiu adotá-lo;
- e) Atende em menor parte;
- f) Atende em parte;
- g) Atende em grande parte ou totalmente.

20. Nessa senda, a maior adesão a essas práticas indicaria a possibilidade de também haver maior governança ou gestão em uma determinada organização. Por conseguinte, atribuiu-se maior valor às respostas que indicariam maior adoção dos controles descritos em cada assertiva, e menor valor àquelas que apontavam menor adoção.

21. Isso posto, foram definidas pelo TCU valoração e gradação das respostas às assertivas, conforme quadro a seguir:



Quadro 3: Critério de Avaliação das Boas Práticas

Categorias de respostas	Respostas às assertivas condicionadas		Estágio de maturidade ⁸
	Controle formalizado?	Eficácia do controle atestada?	
Não atende	-	-	Inexistente
Decidiu adotá-lo	-	-	
Atende em menor parte	Não está formalizado	A eficácia não foi atestada	Insuficiente
Atende em menor parte	Está formalizado	A eficácia não foi atestada	
Atende em menor parte	Não está formalizado	A eficácia foi atestada	Iniciante
Atende em menor parte	Está formalizado	A eficácia foi atestada	
Atende em parte	Não está formalizado	A eficácia não foi atestada	
Atende em parte	Está formalizado	A eficácia não foi atestada	
Atende em parte	Não está formalizado	A eficácia foi atestada	Intermediário
Atende em parte	Está formalizado	A eficácia foi atestada	
Atende em grande parte ou totalmente	Não está formalizado	A eficácia não foi atestada	
Atende em grande parte ou totalmente	Está formalizado	A eficácia não foi atestada	
Atende em grande parte ou totalmente	Não está formalizado	A eficácia foi atestada	Aprimorado
Atende em grande parte ou totalmente	Está formalizado	A eficácia foi atestada	
Não atende porque há impossibilidade legal	-	-	
Não atende porque o custo-benefício é desfavorável	-	-	

Fonte: Ofício nº 0682/2016-TCU/SecexSaúde (peça 13)⁹

22. Com base nessa valoração, a análise para responder à questão de auditoria baseou-se nas quantidades de respostas em cada nível, separados os itens de controle por componente avaliado.

23. Impôs-se examinar os dados e apresentar os resultados da fiscalização dessa forma como decorrência das cláusulas de sigilo das respostas impostas pelo acordo de cooperação entre os Tribunais de Contas, o Instituto Rui Barbosa e a Atricon. Tal método garante a não divulgação de informações individualizadas, mas permite que se tirem conclusões a respeito do grau de maturidade de cada componente da gestão da SES-DF, viabilizando a identificação de áreas que merecem maior atenção por parte dos gestores e do próprio TCDF, em trabalhos futuros.

⁸ O TCU, em seu processo, denominou a classificação “Estágio de capacidade”. A equipe de auditoria do TCDF adotou denominação diversa por considerá-la mais consentânea com os objetos e objetivos do trabalho.

⁹ E-Doc 0F8C181B-c.



1.8 Metodologia

24. Para a realização deste trabalho, adotou-se a técnica de autoavaliação de controles, processo em que os próprios gestores avaliaram suas práticas de governança e gestão. Ao TCDF coube, portanto, o papel de facilitador do processo, planejando, elaborando os instrumentos de autoavaliação e orientando as partes interessadas na coleta dos dados, em conjunto com os demais Tribunais de Contas participantes.

25. Faz-se importante mencionar que tal técnica de fiscalização tende a gerar aperfeiçoamentos e melhorias a curto e médio prazo, numa sistemática de ondas, mediante adoção espontânea de boas práticas apresentadas no instrumento de avaliação e estabelecimento de *benchmarking*.

26. Destarte, foram realizados diversos eventos com o propósito de conhecer o objeto auditado e construir coletivamente o instrumento de coleta de dados, por meio da divulgação do trabalho e de consulta às partes interessadas acerca da aplicabilidade e completude do instrumento. A guisa de exemplificação, valem menção os encontros técnicos dos auditores dos Tribunais de Contas designados para os trabalhos em comento, realizados na sede do Tribunal de Contas da União em Brasília/DF, nos meses de agosto, setembro e outubro de 2015, e a reunião para apresentação da auditoria, que contou com a participação de representantes do TCDF, da Comissão de Fiscalização, Governança, Transparência e Controle da Câmara Legislativa do DF, da Secretária de Estado de Saúde do DF, do Conselho de Saúde do DF e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do DF – Fepecs.

27. De acordo com a estratégia estabelecida para a fiscalização, a Subsecretaria de Gestão Participativa da SES-DF realizou oficina com representantes das diversas Subsecretarias das áreas correlatas ao objeto da fiscalização e do TCDF para discussão e apresentação de sugestões ao instrumento de avaliação (questionário) apresentado naquele momento. Tais contribuições, juntamente com outras elaboradas pela equipe de auditoria, foram levadas ao encontro técnico



nacional dos auditores, tendo a maior parte delas sido aceita e incorporada ao aludido questionário.

28. Em função da divisão de tarefas estabelecida no encontro técnico de outubro de 2015, a equipe de auditoria do TCDF apresentou novos aportes nas áreas de atenção básica e média e alta complexidades, merecendo destaque a inclusão de práticas e itens de controle relativos a órteses, próteses e materiais especiais.

29. Finalizada essa etapa, foi aberta consulta pública com o intuito de oportunizar a toda a sociedade brasileira a participação no aperfeiçoamento do instrumento de coleta de dados, de forma a se garantir, tanto quanto possível, sua legitimidade e completude.

30. O resultado final dessa etapa de planejamento, que culminou com o modelo definitivo de questionário, foi disponibilizado para respostas das unidades jurisdicionadas a todos os Tribunais de Contas participantes entre abril e maio de 2016.

31. Após a disponibilização de senhas aos titulares dos órgãos jurisdicionados, o questionário foi preenchido em plataforma do TCU, que procedeu à compilação dos dados visando à atribuição de um índice de governança e gestão em saúde a cada unidade avaliada.

32. Em janeiro de 2017, o TCU disponibilizou ao TCDF a base de dados referente às organizações da saúde jurisdicionadas desta Corte.

33. A equipe de auditoria do TCDF, no intuito de proceder a exame que não representasse retrabalho e sobreposição de esforços em relação ao TCU, realizou análise por componente, considerando-se **insatisfatório** e, portanto, apontando-se como desconformidade os casos em que mais de 50% (cinquenta por cento) das respostas da SES-DF concentraram-se nos níveis **“Inexistente”**, **“Insuficiente”** e **“Iniciante”**.

34. No que tange à divulgação das respostas e apresentação dos resultados, levou-se em consideração manifestação do TCU no Ofício por meio do qual encaminhou os dados das organizações distritais, no sentido de que

“no âmbito do TCU, a base de dados relativa a todo o território nacional foi classificada, quanto à confidencialidade da informação, como ‘reservada’ (sigilosa), com fundamento no art.



23, inciso VIII, da Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação), c/c art. 7º, inciso VIII, da Resolução TCU 254/2013” (e-Doc 0F8C181B, p. 3, grifamos).

35. Conforme consta do documento encaminhado pelo TCU, o sigilo
- “decorre da exigência realizada no parágrafo segundo, da cláusula sexta, do supracitado acordo, no qual fica estabelecido que as informações constantes dos relatórios de auditoria ou publicadas em material de divulgação não devem incluir dados pessoais ou que tornem possível concluir sobre aspectos pessoais dos indivíduos pertencentes ao público das ações de governo auditadas, bem como que as informações coletadas no levantamento serão divulgadas por meio de dados agregados e **nunca apresentando a situação de cada ente estadual ou municipal de forma individualizada.**” (Grifamos.)¹⁰
36. Visando ao cumprimento do acordo, a partir da elaboração do Relatório Prévio de Auditoria, o processo foi classificado pela equipe como sigiloso, cabendo ao Plenário, nos termos do art. 9º, I, da Resolução TCDF nº 207/2010, confirmar a classificação.
37. Nesse sentido, deve-se alertar a todos quantos receberem informações e cópias dos autos que ficam também eles responsáveis por guardar sigilo das informações recebidas, na forma do § 2º do art. 25 da Lei Federal nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação).
38. Também em observância ao disposto no ajuste entre as Cortes de Contas, as informações obtidas são apresentadas neste relatório de forma agregada, de modo a não se identificar os respondentes ou situações individualizadas no âmbito da SES-DF.
39. Assim, pretendeu-se, a partir da análise das respostas, avaliar em que medida as boas práticas desempenhadas em outras localidades do país estão sendo

¹⁰ O parágrafo segundo da cláusula sexta do acordo de cooperação dispõe, *in verbis*: “Informações constantes dos relatórios de auditoria ou publicadas em material de divulgação não devem incluir dados pessoais ou que tornem possível concluir sobre aspectos pessoais de indivíduos pertencentes ao público das ações de governo auditadas. As informações coletadas no levantamento serão divulgadas sempre por meio de dados agregados e nunca apresentando a situação de cada ente estadual ou municipal de forma individualizada”.



adotadas no DF e detectar pontos que merecem atenção.

40. O trabalho, no âmbito do TCU, trará como produto principal relatório individualizado de feedback, com a apresentação do índice de governança e gestão de cada ente, a fim de que as organizações possam planejar melhorias em face de sua realidade e de suas necessidades. A equipe de auditoria do TCDF, como aduzido, optou por um exame mais focado e detido em cada componente.

41. Não consta deste relatório de auditoria o índice de governança e gestão em saúde do DF (iGGSaúde), uma vez que o TCU não o divulgou até a conclusão deste documento, tampouco apresentou prazo para fazê-lo. De todo modo, sua ausência não prejudicou as conclusões da equipe de auditoria, pois, como o próprio órgão federal frisou,

“[o] iGGSaúde não deve ser percebido como uma medida precisa da governança e da gestão em saúde de um dado município, devendo ser entendido apenas como uma referência e um instrumento de autoavaliação da sua capacidade nessa área, e também um guia no processo de melhoria”¹¹

42. No âmbito do Distrito Federal, cumpre ainda esclarecer que foram preenchidos cinco questionários diferentes¹²: o Conselho de Saúde do Distrito Federal preencheu o relativo aos Conselhos de Saúde; o Colegiado de Gestão da SES-DF, o relativo às Comissões Intergestores Bipartite; a SES-DF, o das Secretarias Estaduais de Saúde e o das Secretarias Municipais de Saúde Completo; e as Superintendências Regionais de Saúde, o das Secretarias Municipais de Saúde Simplificado, em função das peculiaridades do DF e da repartição de competências na Secretaria.

43. Note-se que alguns componentes e práticas dos questionários das Secretarias Municipais coincidem com os das Secretarias Estaduais, não havendo identificação das respostas para cada pergunta por força da classificação de sigilo imposta pelo TCU e dos termos do acordo de cooperação firmado pelo TCDF com os demais participantes da fiscalização.

¹¹ E-Doc D5BB098B-c, p. 80.

¹² PT 2.



1.9 Avaliação de Controle Interno

44. Diante da extensão e abrangência do trabalho, foi inviável a aplicação de testes substantivos para avaliação dos controles.

2 Resultados da Auditoria

2.1 QA – Em que medida estão previstos e estruturados os mecanismos e instrumentos de governança e gestão da saúde pública no Distrito Federal?

Identificou-se, em sete de dez componentes avaliados, baixo estágio de maturidade da gestão da saúde pública no Distrito Federal, uma vez que, nessas áreas, mais de 50% (cinquenta por cento) dos itens de controle propostos enquadraram-se nos estágios Iniciante, Insuficiente ou Inexistente.

2.1.1 Achado 1 – Baixo estágio de maturidade da gestão da saúde pública no Distrito Federal

Critério

45. Grau de adesão do DF às boas práticas de gestão aplicáveis aos diversos componentes avaliados. Consideraram-se insatisfatórios os casos em que mais de 50% (cinquenta por cento) das respostas da SES-DF concentraram-se nos níveis “Inexistente”, “Insuficiente” e “Iniciante”.

Análises e Evidências

46. Com base nas respostas dadas pelos órgãos distritais responsáveis pela governança e gestão da saúde pública, foram realizadas compilação por componente e classificação com base no critério adotado (Quadro 3 deste Relatório)¹³.

47. Em sete¹⁴ dos dez¹⁵ componentes avaliados, mais de 50% (cinquenta

¹³ Item 1.7, acima.

¹⁴ Atenção Básica; Assistência Farmacêutica; Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Pessoas; Processos de Apoio: Acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde; Informação e conhecimento.

¹⁵ Vide item 1.5 do presente relatório (Escopo).



por cento) das respostas da SES-DF concentraram-se nos níveis “Inexistente”, “Insuficiente” e “Iniciante”. A seguir, os resultados agregados de cada componente, na forma possibilitada pelas restrições de identificação.

Componente Atenção Básica

48. O Componente Atenção Básica¹⁶ incluiu a avaliação de questões atinentes à organização da atenção básica, à sua função de ordenação do cuidado, à definição de responsabilidades, à vinculação da população aos territórios, aos mecanismos de acessibilidade, à composição das equipes de atendimento, à execução das ações de atenção básica propriamente ditas, à sua resolutividade, ao encaminhamento para cuidado em outros níveis de atenção e, por fim, ao monitoramento da gestão da atenção básica.

49. A análise empreendida nesse Componente evidencia que, em **69,29%** dos itens considerados boas práticas, a SES-DF apresentou desempenho inferior ao estágio “Intermediário”, havendo relativo equilíbrio nas respostas entre os estágios “Inexistente”, “Insuficiente” e “Iniciante”, conforme quadro e gráfico a seguir.

Quadro 4: Componente Atenção Básica

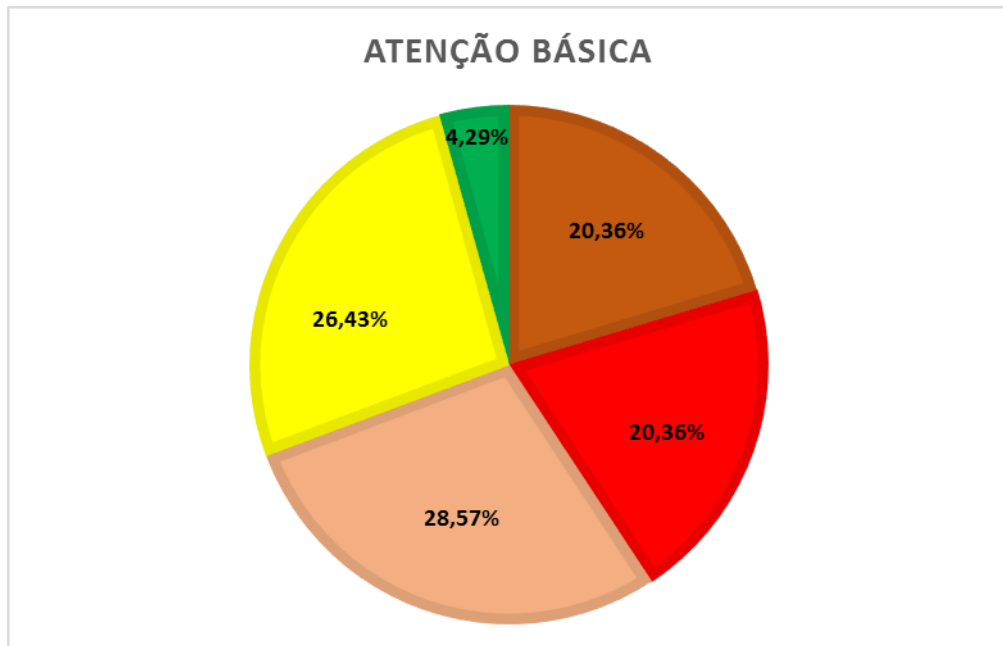
Estágio de maturidade	Respostas	Controle formalizado	Eficácia do controle atestada	%
Inexistente	Não atende	Não aplicável	Não aplicável	20,36%
	Decidiu adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
Insuficiente	Atende em menor parte	Não	Não	20,36%
	Atende em menor parte	Sim	Não	
Iniciante	Atende em menor parte	Não	Sim	28,57%
	Atende em menor parte	Sim	Sim	
	Atende em parte	Não	Não	
	Atende em parte	Sim	Não	
Intermediário	Atende em parte	Não	Sim	26,43%
	Atende em parte	Sim	Sim	
	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Não	
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Não	
Aprimorado	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Sim	4,29%
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Sim	
	Não atende porque há impossibilidade legal de adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
	Não atende porque o custo-benefício é desfavorável	Não aplicável	Não aplicável	

Fonte: TCU e PT 1

¹⁶ Anexo I do Relatório, fls. 37/39.



Gráfico 1: Componente Atenção Básica



Fonte: TCU e PT 1

50. Entre as boas práticas cujas respostas concentraram-se majoritariamente nos estágios de maturidade mais baixos, podem ser citadas:

- Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas para executar as atividades da atenção básica, estão disponíveis.
- O levantamento das necessidades de saúde a partir da atenção básica é realizado de forma sistematizada, levando-se em consideração: a) estudo do perfil epidemiológico constante de dados dos sistemas informatizados; b) estudo da situação demográfica e socioeconômica da população adscrita; c) pesquisas de demanda reprimida; d) conferências de saúde; e) reuniões com partes interessadas.

51. Cumpre ainda notar que, no âmbito das questões que receberam respostas do estágio “Inexistente”, aproximadamente 60% (sessenta por cento) corresponderam à opção “Decidiu adotá-lo”, restando o percentual de cerca de 40% (quarenta por cento) para a opção “Não atende”.



Componente Assistência Farmacêutica

52. O Componente Assistência Farmacêutica¹⁷ abrangeu itens de controle alusivos à organização da assistência farmacêutica, à seleção de medicamentos, à programação das aquisições de medicamentos, às aquisições de medicamentos, ao seu armazenamento, distribuição e dispensação, à segregação de funções críticas e ao monitoramento desse segmento.

53. Como ilustram o quadro e o gráfico referentes ao Componente em comento, para **52,86%** das práticas listadas, a saúde distrital registrou desempenho abaixo do estágio “Intermediário”.

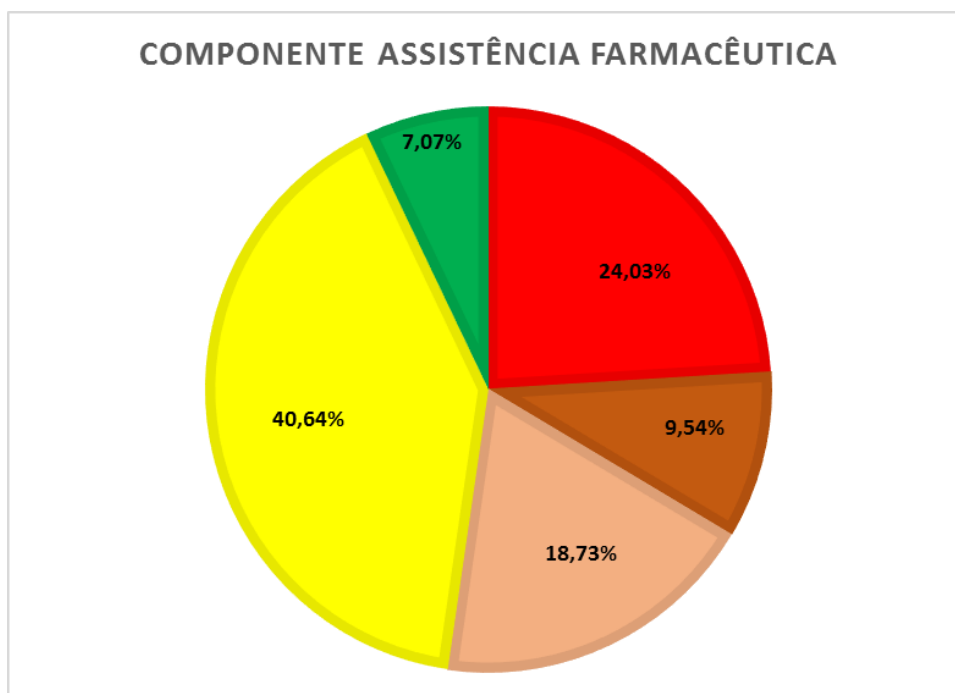
Quadro 5: Componente Assistência Farmacêutica

Estágio de maturidade	Respostas	Controle formalizado	Eficácia do controle atestada	%
Inexistente	Não atende	Não aplicável	Não aplicável	24,03%
	Decidiu adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
Insuficiente	Atende em menor parte	Não	Não	9,54%
	Atende em menor parte	Sim	Não	
Iniciante	Atende em menor parte	Não	Sim	18,73%
	Atende em menor parte	Sim	Sim	
	Atende em parte	Não	Não	
	Atende em parte	Sim	Não	
Intermediário	Atende em parte	Não	Sim	40,64%
	Atende em parte	Sim	Sim	
	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Não	
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Não	
Aprimorado	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Sim	7,07%
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Sim	
	Não atende porque há impossibilidade legal de adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
	Não atende porque o custo-benefício é desfavorável	Não aplicável	Não aplicável	

Fonte: TCU e PT 1

Gráfico 2: Componente Assistência Farmacêutica

¹⁷ Anexo I do Relatório, fls. 42/43.



Fonte: TCU e PT 1

54. A guisa de exemplo, receberam respostas predominantemente nos estágios de maturidade insatisfatórios, entre outros, os seguintes itens de controle:

- Informações técnicas para apoiar a seleção de medicamentos estão disponíveis (por exemplo, estudos de perfil epidemiológico e nosológico¹⁸, estudos de consumo etc.).
- Dados quantitativos de demanda (atendida e não atendida) de medicamentos estão disponíveis.

55. No que concerne às questões que receberam respostas do estágio “Inexistente”, em torno de 75% (setenta e cinco por cento) concentraram-se na alternativa “Não atende”, restando apenas cerca de 25% (vinte e cinco por cento) para a opção “Decidiu adotá-lo”, do que se infere uma possível resistência por parte do órgão a alterar suas práticas.

Componente Média e Alta Complexidade

56. Foram tratadas no Componente Média e Alta Complexidade¹⁹ práticas

¹⁸ Conjunto de doenças prevalentes e/ou incidentes em uma determinada comunidade.

¹⁹ Anexo I do Relatório, fls. 39/42.



referentes à organização do atendimento de média e alta complexidade, ao estabelecimento e manutenção da respectiva rede, ao estabelecimento de fluxos de referência e do complexo de regulação, à efetiva realização de regulação do acesso, ao monitoramento e gestão de filas de espera, à execução de ações de média e alta complexidade, à realização de contrarreferência²⁰, à implantação de controles na gestão da aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) e ao monitoramento da gestão do atendimento de média e alta complexidade.

57. A avaliação desse Componente, segundo consignam o quadro e o gráfico que seguem, permitiu concluir que **69,51%** dos itens de controle encontram-se nos níveis “Inexistente”, “Insuficiente” ou “Iniciante”.

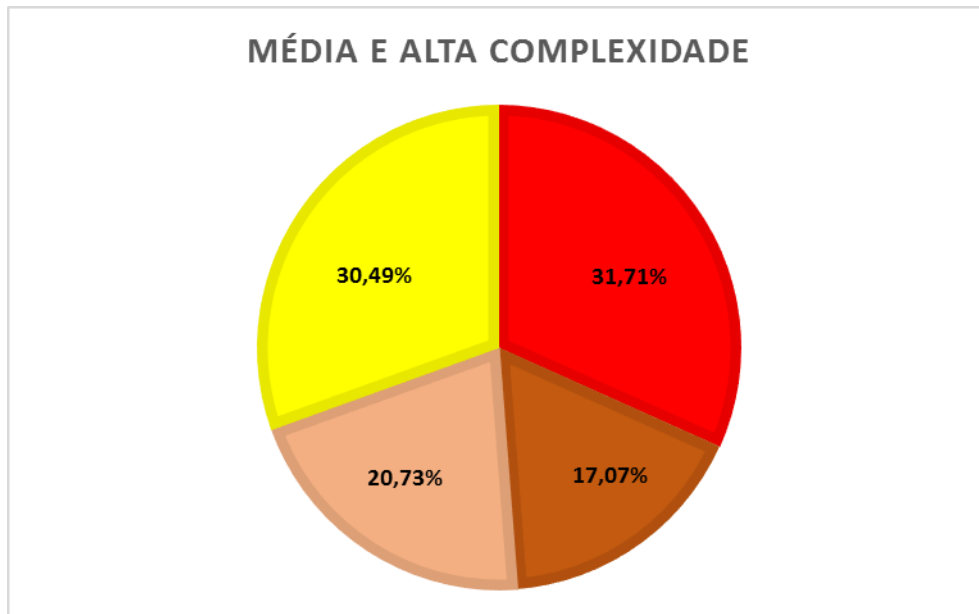
Quadro 6: Componente Média e Alta Complexidade

Estágio de maturidade	Respostas	Controle formalizado	Eficácia do controle atestada	%
Inexistente	Não atende	Não aplicável	Não aplicável	31,71%
	Decidiu adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
Insuficiente	Atende em menor parte	Não	Não	17,07%
	Atende em menor parte	Sim	Não	
Iniciante	Atende em menor parte	Não	Sim	20,73%
	Atende em menor parte	Sim	Sim	
	Atende em parte	Não	Não	
	Atende em parte	Sim	Não	
Intermediário	Atende em parte	Não	Sim	30,49%
	Atende em parte	Sim	Sim	
	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Não	
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Não	
Aprimorado	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Sim	0,00%
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Sim	
	Não atende porque há impossibilidade legal de adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
	Não atende porque o custo-benefício é desfavorável	Não aplicável	Não aplicável	

Fonte: TCU e PT 1

Gráfico 3: Componente Média e Alta Complexidade

²⁰ Contrarreferência consiste na articulação dos níveis de Atenção à Saúde, do mais complexo para o mais simples.



Fonte: TCU e PT 1

58. Convém destacar, entre as boas práticas cujas respostas concentraram-se majoritariamente nos estágios de maturidade mais baixos:

- Fluxos de referência, partindo de sua própria atenção básica, para a média e alta complexidade estão estabelecidos.
- Fluxos de referência são de conhecimento da gestão da média e alta complexidade.
- Protocolos clínicos para uso na regulação estão estabelecidos²¹.

59. No tocante aos pontos que receberam respostas do estágio “Inexistente”, o resultado foi de aproximadamente 60% (sessenta por cento) para a opção “Não atende” e 40% (quarenta por cento) para a alternativa “Decidiu adotá-lo”.

Componente Vigilância em Saúde

60. O Componente Vigilância em Saúde²² abarcou questões atinentes à organização desse segmento, à realização de vigilância da situação geral da saúde da população, à prevenção e controle de doenças transmissíveis, à vigilância de doenças crônicas não transmissíveis, bem como de acidentes, à vigilância de

²¹ O estabelecimento de protocolos clínicos busca sistematizar os conhecimentos práticos e teóricos disponíveis da medicina, oferecendo um padrão de manejo clínico mais seguro e consistente do ponto de vista científico para determinado problema de saúde, estipulando condutas médicas preventivas, diagnósticas e terapêuticas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

²² Anexo I do Relatório, fls. 44/46.



populações expostas a riscos ambientais em saúde, à vigilância da saúde do trabalhador, ao estabelecimento e execução de planos de resposta a emergências de saúde pública e ao monitoramento da gestão de vigilância em saúde.

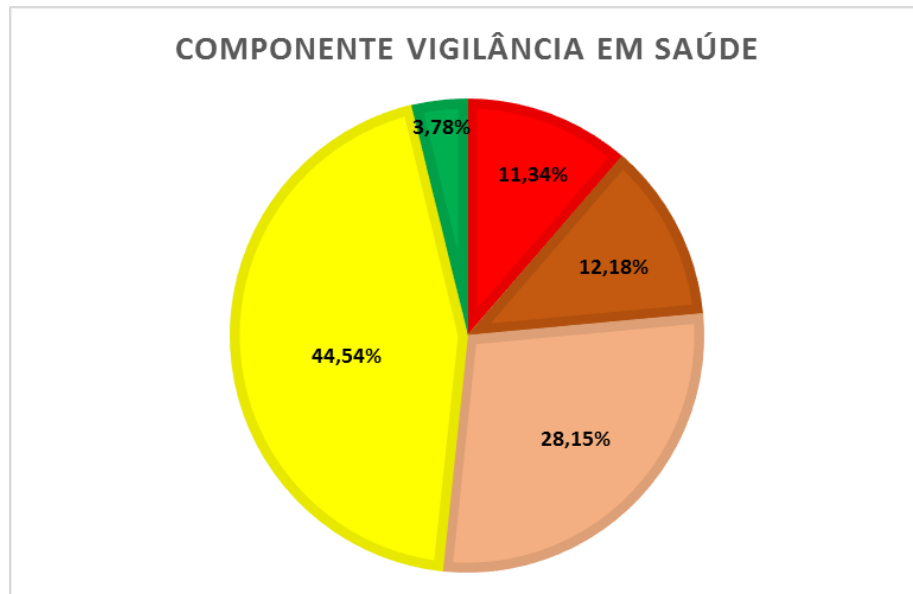
61. Entre os componentes abarcados pelo critério adotado para configuração do achado de auditoria, esse Componente teve o desempenho mais próximo de satisfatório. Ainda assim, 51,68% das respostas enquadraram-se nos estágios carentes de maior atenção (“Inexistente”, “Insuficiente” ou “Iniciante”).

Quadro 7: Componente Vigilância em Saúde

Estágio de maturidade	Respostas	Controle formalizado	Eficácia do controle atestada	%
Inexistente	Não atende	Não aplicável	Não aplicável	11,34%
	Decidiu adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
Insuficiente	Atende em menor parte	Não	Não	12,18%
	Atende em menor parte	Sim	Não	
Iniciante	Atende em menor parte	Não	Sim	28,15%
	Atende em menor parte	Sim	Sim	
	Atende em parte	Não	Não	
	Atende em parte	Sim	Não	
Intermediário	Atende em parte	Não	Sim	44,54%
	Atende em parte	Sim	Sim	
	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Não	
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Não	
Aprimorado	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Sim	3,78%
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Sim	
	Não atende porque há impossibilidade legal de adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
	Não atende porque o custo-benefício é desfavorável	Não aplicável	Não aplicável	

Fonte: TCU e PT 1

Gráfico 4: Componente Vigilância em Saúde



Fonte: TCU e PT 1

62. A título de exemplo, receberam respostas predominantemente nos estágios de maturidade insatisfatórios os seguintes itens de controle:

- Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades da vigilância em saúde estão disponíveis.
- Ações preventivas e educativas de vigilância em saúde são realizadas.

63. É de se destacar, ainda, que, nas respostas relativas ao nível “Inexistente”, mais de 2/3 (dois terços) foram assinaladas como “Decidiu adotá-lo”, mostrando disposição dos gestores da SES-DF para aperfeiçoar seus procedimentos nessa seara.

Componente Pessoas

64. Para o Componente Pessoas²³, foram incluídos itens de controle referentes à adoção de código de ética e conduta, ao estabelecimento de mecanismos de controle para evitar a tomada de decisões em que presentes conflitos de interesse, à suficiência da força de trabalho, ao desenvolvimento de lideranças, à avaliação e reconhecimento do desempenho das pessoas, à aprendizagem contínua, à gestão do conhecimento e à transparência no processo de seleção de gestores.

65. Verifica-se no quadro e no gráfico abaixo, relativos ao Componente

²³ Anexo I do Relatório, fls. 47/49.



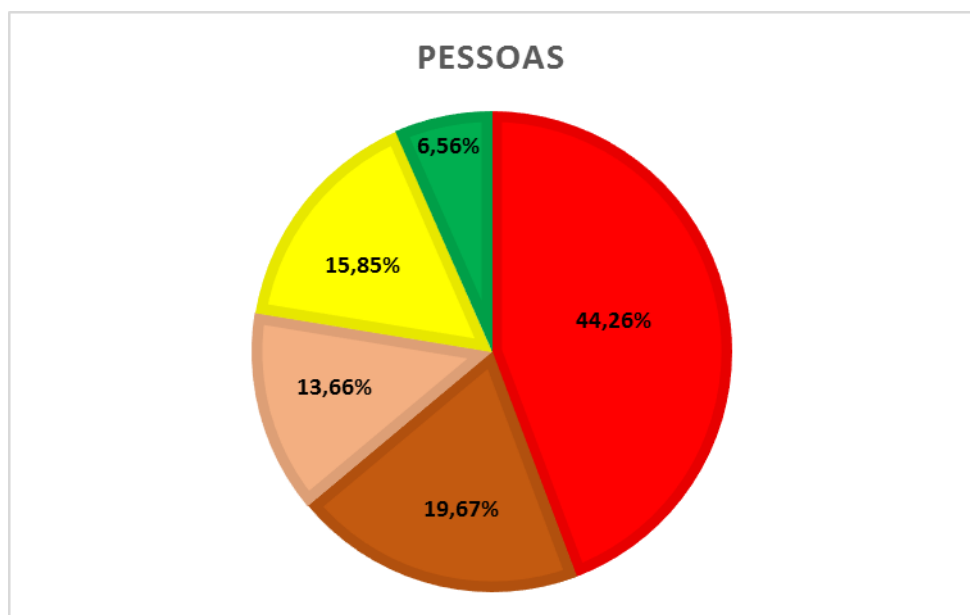
em análise, que quase metade das respostas da SES-DF enquadram-se no estágio de maturidade “Inexistente”, ensejando uma maior atenção a esse ramo da gestão. No total, **77,59%** dos itens de controle encontram-se nos níveis mais incipientes.

Quadro 8: Componente Pessoas

Estágio de maturidade	Respostas	Controle formalizado	Eficácia do controle atestada	%
Inexistente	Não atende	Não aplicável	Não aplicável	44,26%
	Decidiu adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
Insuficiente	Atende em menor parte	Não	Não	19,67%
	Atende em menor parte	Sim	Não	
Iniciante	Atende em menor parte	Não	Sim	13,66%
	Atende em menor parte	Sim	Sim	
	Atende em parte	Não	Não	
	Atende em parte	Sim	Não	
Intermediário	Atende em parte	Não	Sim	15,85%
	Atende em parte	Sim	Sim	
	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Não	
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Não	
Aprimorado	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Sim	6,56%
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Sim	
	Não atende porque há impossibilidade legal de adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
	Não atende porque o custo-benefício é desfavorável	Não aplicável	Não aplicável	

Fonte: TCU e PT 1

Gráfico 5: Componente Pessoas



Fonte: TCU e PT 1

66. Cumpre notar, entre as boas práticas cujas respostas concentraram-se majoritariamente nos estágios de maturidade mais baixos:

- Mecanismos que estabeleçam a obrigatoriedade de os gestores da secretaria de saúde declararem impedimento para tomar decisões quando há aspectos que possam conduzir a conflitos de interesses (por exemplo, empregos atuais e anteriores, candidaturas a cargos eletivos, atividades políticas nos últimos cinco anos) estão implantados.



- Informações sobre a força de trabalho ideal (quantidade e qualificação de pessoal) estão descritas com base em critérios técnicos (por exemplo, mapeamento de processos, análise da produtividade média, etc.).
- Avaliações de desempenho individual, de acordo com alcance das metas, são realizadas.

67. No que se refere aos itens que receberam respostas do estágio “Inexistente”, constatou-se que apenas 26% (vinte e seis por cento) das respostas foi “Decidiu adotá-lo”, revelando dificuldade da SES-DF para implantar as boas práticas elencadas.

Componente Processos de Apoio: acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde

68. As práticas elencadas para o Componente Acordos com Terceiros para Prestação de Serviços de Saúde²⁴ referiram-se ao estabelecimento de processos para esses acordos, ao monitoramento e avaliação desses processos e à implantação de controles para cada um dos acordos firmados.

69. No Componente em comento, conquanto a maior parte das respostas (56,82%) tenha restado nos níveis “Inexistente”, “Insuficiente” e “Iniciante”, faz-se digno de nota que 90% (noventa por cento) das respostas do estágio inexistente foram “Decidiu adotá-lo”, mostrando disposição da gestão a ajustar seus procedimentos às melhores práticas pensadas para a saúde pública.

70. Dessa forma, entende-se que os gestores setoriais estão cientes do necessário aperfeiçoamento da área e se apresentam propensos a levá-lo a efeito.

**Quadro 9: Componente Processos de Apoio:
Acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde**

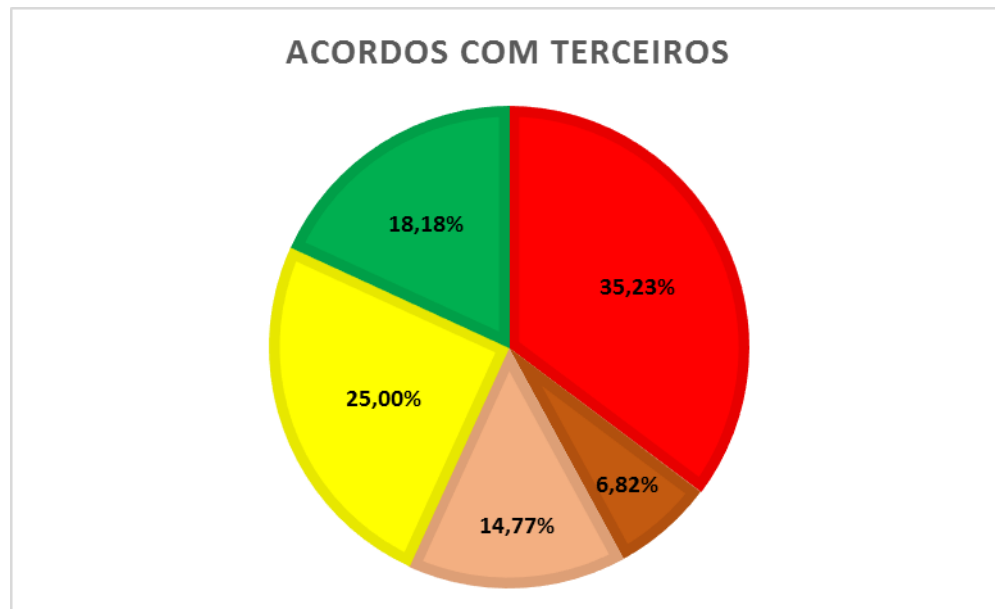
²⁴ Anexo I do Relatório, fls. 46/47.



Estágio de maturidade	Respostas	Controle formalizado	Eficácia do controle atestada	%
Inexistente	Não atende	Não aplicável	Não aplicável	35,23%
	Decidiu adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
Insuficiente	Atende em menor parte	Não	Não	6,82%
	Atende em menor parte	Sim	Não	
Iniciante	Atende em menor parte	Não	Sim	14,77%
	Atende em menor parte	Sim	Sim	
	Atende em parte	Não	Não	
Intermediário	Atende em parte	Sim	Não	25,00%
	Atende em parte	Não	Sim	
	Atende em parte	Sim	Sim	
	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Não	
Aprimorado	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Não	18,18%
	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Sim	
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Sim	
	Não atende porque há impossibilidade legal de adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
	Não atende porque o custo-benefício é desfavorável	Não aplicável	Não aplicável	

Fonte: TCU e PT 1

**Gráfico 6: Componente Processos de Apoio:
Acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde**



Fonte: TCU e PT 1

71. Merecem menção, entre as boas práticas cujas respostas concentraram-se majoritariamente nos estágios de maturidade insatisfatórios, as seguintes:

- Listas de verificação (*checklists*) para serem utilizadas nos pontos de controle do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde estão estabelecidas.
- Descrições qualitativas e quantitativas dos serviços de saúde são parte integrante de cada um dos acordos firmados.

Componente Informação e Conhecimento



72. Para o Componente Informação e Conhecimento²⁵, os itens de controle previstos trataram da utilização de sistemas de informação, do patrocínio da inovação e da apuração e controle de custos.

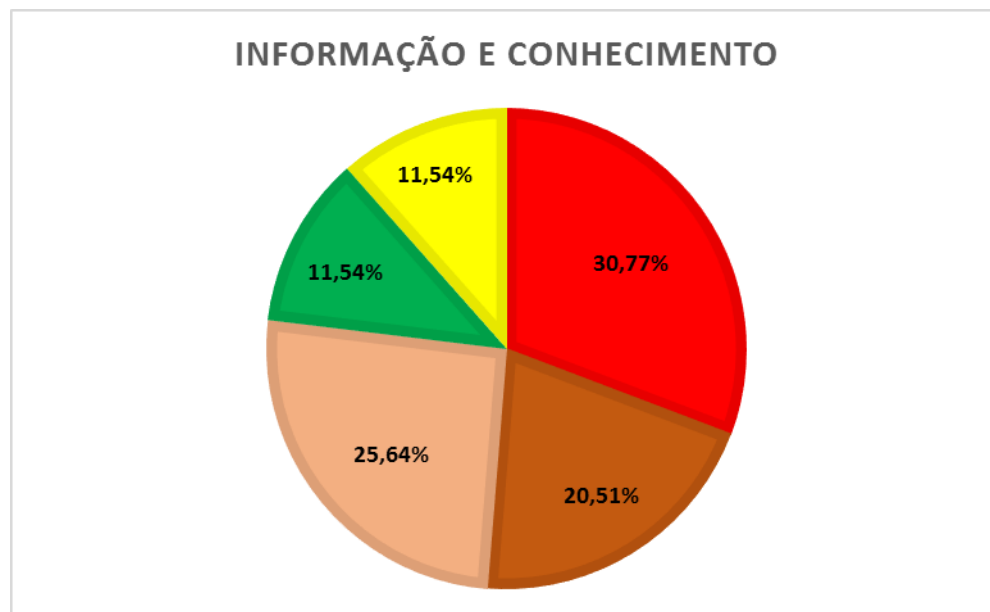
73. A análise do instrumento de avaliação preenchido pela jurisdicionada levou à conclusão de que **76,92%** das respostas concentraram-se nos níveis “Inexistente”, “Insuficiente” ou “Iniciante”.

Quadro 10: Componente Informação e Conhecimento

Estágio de maturidade	Respostas	Controle formalizado	Eficácia do controle atestada	%
Inexistente	Não atende	Não aplicável	Não aplicável	30,77%
	Decidiu adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
Insuficiente	Atende em menor parte	Não	Não	20,51%
	Atende em menor parte	Sim	Não	
Iniciante	Atende em menor parte	Não	Sim	25,64%
	Atende em menor parte	Sim	Sim	
	Atende em parte	Não	Não	
	Atende em parte	Sim	Não	
Intermediário	Atende em parte	Não	Sim	11,54%
	Atende em parte	Sim	Sim	
	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Não	
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Não	
Aprimorado	Atende em grande parte ou totalmente	Não	Sim	11,54%
	Atende em grande parte ou totalmente	Sim	Sim	
	Não atende porque há impossibilidade legal de adotá-lo	Não aplicável	Não aplicável	
	Não atende porque o custo-benefício é desfavorável	Não aplicável	Não aplicável	

Fonte: TCU e PT 1

Gráfico 7: Componente Informação e Conhecimento



Fonte: TCU e PT 1

74. A guisa de exemplo, receberam respostas predominantemente nos estágios de maturidade insatisfatórios, entre outros, os seguintes itens de controle:

²⁵ Anexo I do Relatório, fls. 49/50.



- Sistemas de informação necessários estão disponíveis.
- Sistemas de informação existentes são úteis e suficientes.
- Informações contidas nos sistemas de informação são íntegras, confiáveis, atualizadas e disponíveis em formato aberto.

75. No tocante aos pontos que receberam respostas do estágio “Inexistente”, assinala-se que menos de 40% (quarenta por cento) foram assinaladas como “Decidiu adotá-lo”.

Causas

76. Tratando-se de um trabalho calcado em autoavaliação do ente, não podem ser identificadas causas para os baixos níveis de maturidade encontrados nos componentes mencionados.

Efeitos

77. Insuficiência e falhas na prestação de serviços de saúde à população do Distrito Federal.

78. Gestão ineficiente e inefetiva dos recursos públicos destinados à saúde.

Considerações do Auditado

79. A SES-DF manifestou-se por meio do Ofício nº 1.506/2017-GAB/SES (e-DOC CCA6C946-c), o qual encaminha manifestações das áreas técnicas e esclarece que a maioria das boas práticas recomendadas à jurisdicionada já constam de seus instrumentos de planejamento, ressalvando que há limitações para implementação de alguns procedimentos, conforme síntese que segue.

80. A Coordenação de Tecnologia da Informação em Saúde elencou os sistemas utilizados para controle do perfil epidemiológico, para a atenção básica e para a regulação de leitos gerais de unidade de terapia intensiva (e-DOC CCA6C946-c, p. 18).

81. Por sua vez, a Diretoria de Programação de Órteses e Próteses apresentou detalhes dos aperfeiçoamentos que vêm sendo adotados pela SES-DF na área, os quais são objeto de exame mais detido no âmbito do Processo TCDF nº 3.848/2015-e (e-DOC CCA6C946-c, p. 22/23).

82. De seu turno, a Diretoria de Logística, responsável pelo planejamento



e coordenação dos procedimentos atinentes à gestão de materiais de consumo e medicamentos, listou em pormenores as atividades realizadas e em vias de implementação acerca do Componente Assistência Farmacêutica (e-DOC CCA6C946-c, p. 24-42). Além de novas práticas e normativos, a unidade destacou a criação de grupos de trabalho e estudos visando à elaboração de procedimentos-padrão e planos consentâneos com as boas práticas recomendadas.

83. No âmbito de sua competência, a Diretoria de Planejamento esclareceu que 64,31% dos itens de controle já constam de seus instrumentos de planejamento (e-DOC CCA6C946-c, p. 47 e seguintes). Mencionou, ainda, a elaboração de manual relacionado aos acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde e as restrições para solucionar os problemas de falta de mão de obra, em função dos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

84. Quanto ao Componente Vigilância em Saúde, as áreas responsáveis ressaltaram as atividades relacionadas à saúde do trabalhador e a capacitação de servidores para inspeções na área (e-DOC CCA6C946-c, p. 80/81). A Gerência de Doenças Sexualmente Transmissíveis, o Laboratório Central de Saúde Pública e a Gerência de Vigilância Epidemiológica e Imunização juntaram informações dando conta do atendimento das boas práticas concernentes a suas áreas de atuação (e-DOC CCA6C946-c, p. 92/95 e 101). Da mesma forma procedeu a Gerência de Epidemiologia de Campo, manifestando, contudo, que os recursos humanos e materiais disponíveis e os programas capacitação estão aquém das necessidades do setor (e-DOC CCA6C946-c, p. 97).

85. Por derradeiro, a Coordenação de Atenção Primária à Saúde discorreu sobre os processos de melhorias que vêm sendo empreendidos no setor, sem deixar de citar dificuldades operacionais e limitações encontradas na implementação de novos procedimentos (e-DOC CCA6C946-c, p. 83/90).

Posicionamento da Equipe de Auditoria

86. As amplas informações colacionadas pela SES-DF dão conta de uma série de iniciativas da Pasta visando ao aperfeiçoamento dos serviços de saúde no Distrito Federal. Conquanto demonstrem evolução do órgão e proatividade no sentido de mudança, os dados trazidos em nada alteram – pelo contrário, corroboram – as constatações da versão prévia do Relatório de Auditoria, as quais, relembre-se, foram



baseadas em autoavaliações dos próprios gestores.

87. Por conseguinte, a equipe de auditoria mantém o posicionamento adotado, sem modificações.

Proposições

88. Sugere-se ao egrégio Plenário:

- I. recomendar à SES-DF que adote procedimentos com vista à implementação das boas práticas constantes dos instrumentos de avaliação aplicados nesta fiscalização para fins de aperfeiçoamento da governança e da gestão do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal;
- II. dar ciência à SES-DF de que os itens de controle constantes dos instrumentos de avaliação aplicados à SES-DF constituem boas práticas implementadas em outras unidades da Federação e recomendadas por especialistas em saúde pública, devendo, sempre que possível, ser consideradas pelos gestores da SES-DF em todos os níveis administrativos.

Benefícios Esperados

89. Aprimoramento da gestão dos recursos públicos destinados à saúde.
90. Melhorias no atendimento ao cidadão prestado pela SES-DF.

2.2 Resultados da Fiscalização Nacional (TCU)

91. Por meio do Aviso nº 539-GP/TCU, o Tribunal de Contas da União encaminhou ao TCDF o Relatório de Levantamento elaborado por sua unidade técnica (SecexSaúde), o Relatório e Voto da lavra do Ministro Relator Bruno Dantas e o Acórdão nº 1130/2017-TCU-Plenário, proferido pela Corte Federal, os quais foram juntados aos autos²⁶.

92. Tais documentos apresentam a consolidação geral das respostas dos órgãos públicos de todas as esferas da Federação, bem como as recomendações exaradas aos chamados Órgãos Governantes Superiores (OGS), “organizações públicas com atribuições normativas para orientar e fiscalizar outras organizações na

²⁶ Respectivamente, peças 25, 28, 29, 26 e 27.



sua esfera de atuação²⁷, como a Comissão Intergestores Tripartite, o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde²⁸.

93. Conforme consta do Relatório da fiscalização, o mecanismo “Controle” concentrou os piores resultados gerais, com 70% da governança em saúde nos estados e municípios em estágio inicial de capacidade (equivalente ao que se considerou “insatisfatório” pela equipe de auditoria do TCDF). Nesse sentido, destacam-se deficiências atinentes à gestão de riscos, à função de auditoria interna e à transparência²⁹.

94. É de se ressaltar também o deficit nacional no que respeita ao estabelecimento, monitoramento e avaliação da estratégia das Secretarias de Saúde, bem como ao estabelecimento de diretrizes para a atenção à saúde³⁰.

95. Ademais, cumpre notar que, a nível nacional, os Componentes “Atenção Básica” e “Vigilância em Saúde” apresentaram resultados superiores ao estágio inicial, ao passo que o Componente “Média e Alta Complexidade” e aqueles relacionados à seara administrativa obtiveram resultados acentuadamente negativos³¹.

96. Em consonância com as falhas constatadas, o TCU expediu uma gama de recomendações aos OGS e determinou-lhes a elaboração de plano de ação para sua implementação, merecendo destaque as proposições dirigidas ao Ministério da Saúde, para que:

- elabore, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde, um modelo de governança organizacional a ser tomado como referência pelas direções nacional, estadual e municipal do SUS;
- elabore ou aperfeiçoe um guia referencial para formulação, desdobramento, monitoramento e avaliação da estratégia das secretarias de saúde; e
- elabore, consultando a Controladoria-Geral da União, um modelo de estrutura de gerenciamento de riscos para as secretarias de saúde.

²⁷ E-Doc D5BB098B-c, p. 22-23.

²⁸ Acórdão TCU nº 1.130/2017-Plenário, e-Doc 0C9D4A86-c.

²⁹ Peça 28, fl. 82.

³⁰ Peça 26, fl. 5.

³¹ Peça 28, fl. 82.



97. As medidas exaradas pelo TCU, de caráter estruturante do sistema nacional, visam contribuir para a melhoria do sistema de governança e gestão na área de saúde, mediante ações e atos normativos de competência dos aludidos Órgãos Governantes Superiores.

98. Verifica-se, assim, uma confluência de esforços dos órgãos de controle federal e distrital, em consonância com a Constituição Federal e com a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei Federal nº 8.080/1990), que prescrevem a concorrência de ações para promoção da saúde pública.

3 Conclusão

48. A presente fiscalização visou avaliar a governança e a gestão do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, analisando de que forma se dá a relação entre o sistema de liderança, estratégia e controle (governança) da saúde pública distrital e o sistema de controles e processos necessários à execução propriamente dita das políticas pública de saúde (gestão). Com isso, pretendeu-se verificar o grau de maturidade dos diversos componentes que constituem esses sistemas.

49. Observou-se que, em **sete** dos **dez** componentes avaliados aplicáveis à SES-DF, o nível de maturidade predominante da gestão concentrou-se nos estágios mais baixos da escala utilizada, quais sejam, “Inexistente”, “Insuficiente” e “Iniciante”, destacando-se os componentes “Pessoas” e “Informação e Conhecimento”, que tiveram, respectivamente, 78% (setenta e oito por cento) e 77% (setenta e sete por cento) das respostas concentradas nesses três níveis.

50. Conclui-se, portanto, pela necessidade de adoção das medidas propostas neste relatório, consubstanciadas em recomendações, para que a SES-DF continue o processo de aperfeiçoamento de sua gestão, utilizando, como referência, as boas práticas apresentadas neste trabalho.

4 Proposições

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

I. recomendar à SES-DF que adote procedimentos com vista à



implementação das boas práticas constantes dos instrumentos de avaliação aplicados nesta fiscalização para fins de desenvolvimento da governança e da gestão do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal;

- II. dar ciência à SES-DF de que os itens de controle constantes dos instrumentos de avaliação aplicados à SES-DF constituem boas práticas implementadas em outras unidades da Federação e recomendadas por especialistas em saúde pública, devendo, sempre que possível, ser consideradas pelos gestores da SES-DF em todos os níveis administrativos.
- III. determinar à Secretaria de Auditoria do TCDF que faça os registros devidos, visando à utilização dos resultados desta fiscalização em seu planejamento de auditorias, e posterior arquivamento;
- IV. encaminhar cópia do Relatório/Voto e da Decisão que vier a ser proferida à SES/DF, alertando ao gestor que, tratando-se de processo sigiloso, nos termos do art. 25, § 2º, da Lei Federal nº 12.527/2011, o acesso à informação classificada cria a obrigação para aquele que a obteve de resguardar o sigilo.

Brasília/DF, 21 de agosto de 2017.

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

Gabriel Heller
Auditor de Controle Externo – 1574-8



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

ANEXO I



ATENÇÃO BÁSICA

AB1 Organizar a atenção básica.

AB1.1 Papéis e responsabilidades da estrutura da atenção básica estão estabelecidos.

AB1.2 Os gestores atenção básica estão designados.

AB1.3 Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades da atenção básica estão disponíveis.

AB1.4 Infraestrutura necessária para executar as atividades da atenção básica está disponível.

AB 2 Garantir que a atenção básica seja a ordenadora do cuidado.

AB2.1 O levantamento das necessidades de saúde a partir da atenção básica é realizado de forma sistematizada, levando-se em consideração: a) o estudo do perfil epidemiológico constante de dados dos sistemas informatizados; b) o estudo da situação demográfica e socioeconômica da população adscrita; c) pesquisas de demanda reprimida; d) conferências de saúde; e e) reuniões com partes interessadas.

AB2.2 As necessidades de saúde identificadas na atenção básica são utilizadas para programar os serviços de saúde a serem prestados na própria atenção básica, na média e na alta complexidades.

AB3 Definir territórios, estratificar os riscos e definir as responsabilidades sanitárias.

AB3.1 Os territórios sob responsabilidade de cada estabelecimento da atenção básica estão claramente definidos.

AB3.2 Mecanismos para vincular os profissionais de saúde aos usuários que devem acompanhar estão estabelecidos.

AB3.3 Mecanismos com vistas a sensibilizar os profissionais de saúde sobre sua responsabilidade em relação aos usuários que devem acompanhar estão estabelecidos (por exemplo, capacitação permanente, palestras planejadas, etc., com a finalidade de esclarecer as responsabilidades dos profissionais).

AB3.4 Mecanismos de estratificação da população em subpopulações, de acordo com o grau de risco a que estão submetidas, estão estabelecidos (por exemplo, grupos de maior risco como hipertensos diabéticos e portadores de outros agravos relevantes).

AB4 Vincular população aos territórios.

AB4.1 Estratégias para vincular a população aos territórios são executadas (por exemplo, ações para orientar a população sobre sua vinculação territorial, humanização do atendimento).

AB4.2 Mecanismos para que a humanização do atendimento na atenção básica seja efetivada estão estabelecidos e em plena utilização (por exemplo, capacitação permanente dos profissionais da atenção básica em humanização do atendimento).

AB4.3 Monitoramento dos pacientes atendidos em unidade diversa da sua unidade de referência é realizado.



AB4.4 Ações corretivas são tomadas em decorrência do monitoramento dos atendimentos que não obedecem à vinculação territorial.

AB5 Estabelecer mecanismos de acessibilidade.

AB5.1 Medidas que visam facilitar o acesso de pacientes (por exemplo, o agendamento aberto) são implementadas.

AB5.2 Estratégias de acolhimento com classificação de risco estão implementadas.

AB5.3 Os meios de apoio logístico, como de transporte sanitário, estão estabelecidos onde necessários.

AB6 Estabelecer equipes de atendimento multidisciplinares.

AB6.1 As equipes de atenção básica são formadas por profissionais multidisciplinares, em quantidade e com a qualificação adequada suas atribuições.

AB6.2 A formação das equipes de atenção básica é monitorada para verificar se estão sempre completas.

AB7 Executar as ações da atenção básica de sua responsabilidade.

AB7.1 Ações e serviços de atenção básica de sua responsabilidade são executados.

AB7.2 A satisfação do usuário com as ações e serviços de atenção básica é avaliada.

AB8 Estabelecer mecanismos para continuidade no atendimento clínico (considerando o tratamento na própria atenção básica).

AB8.1 Mecanismos para que os agentes comunitários de saúde tenham conhecimento de cada usuário sob seu cuidado estão estabelecidos (por exemplo, separação/distribuição das famílias que ficarão sob o cuidado de um determinado agente comunitário de saúde, na área adstrita pela equipe de atenção básica, incluindo a relação contendo as informações sobre cada pessoa que compõe essas famílias).

AB8.2 Mecanismos que permitam aos profissionais da atenção básica conhecerem o histórico de saúde de cada usuário estão estabelecidos (por exemplo, existência de prontuários clínicos efetivos).

AB8.3 Mecanismos que visem à realização da busca ativa de usuários para tratamento na atenção básica estão estabelecidos (por exemplo, controle de usuários em condições crônicas de saúde que demandam acompanhamento; definição de pessoal e gestão da atividade dos profissionais que realizarão a busca ativa).

AB9 Estabelecer mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica

AB9.1 Protocolos clínicos para o atendimento na atenção básica estão definidos.

AB9.2 Utilização de protocolos clínicos para o atendimento na atenção básica é monitorada.

AB9.3 Mecanismos com vistas a sensibilizar a população de que atenção básica é a porta de entrada preferencial do SUS estão estabelecidos (por exemplo, realização de reuniões periódicas com a comunidade, informações na página da secretaria de



saúde na Internet).

AB9.4 Ferramentas que auxiliem no diagnóstico de usuários no âmbito da atenção básica estão estabelecidas, com vistas a aumentar a resolutividade da atenção básica (por exemplo, utilização do Telessaúde ou de ferramenta similar).

AB9.5 Mecanismos para a promoção da saúde por meio de ações preventivas são executadas (por exemplo, ações do programa academia da saúde).

AB10 Encaminhar para o cuidado na média e/ou alta complexidades, de forma ordenada, buscando a contrarreferência.

AB10.1 Os fluxos de referência (média e/ou alta complexidades) para onde serão encaminhados os usuários estão acessíveis aos profissionais da atenção básica.

AB10.2 Mecanismos para que as equipes de atenção básica tomem conhecimento da situação clínica de cada usuário que foi encaminhado para a média e/ou alta complexidades estão estabelecidos (por exemplo, utilização de ferramenta informatizada, busca de informação por mensagem eletrônica, etc.).

AB10.3 Mecanismos que permitam que os profissionais da atenção básica se comuniquem com especialistas da média e da alta complexidade, para que possam solicitar o contrarreferenciamento de usuários, estão estabelecidos (p. e., utilização de ferramenta informatizada para realização da comunicação).

AB11 Monitorar a gestão da atenção básica (automonitoramento).

AB11.1 Indicadores da gestão da atenção básica que serão monitorados estão estabelecidos.

AB11.2 Indicadores da gestão da atenção básica são mensurados.

AB11.3 Resultados da avaliação dos indicadores da gestão da atenção básica são utilizados para tomada de decisão pelos gestores da saúde.

MÉDIA E/OU ALTA COMPLEXIDADES

MAC1 Organizar o atendimento de média e/ou alta complexidades.

MAC1.1 Papéis e responsabilidades da estrutura do atendimento de média e/ou alta complexidades estão estabelecidos.

MAC1.2 Os gestores do atendimento de média e/ou alta complexidades estão designados.

MAC1.3 Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades do atendimento de média e/ou alta complexidades estão disponíveis.

MAC1.4 Infraestrutura necessária para executar as atividades do atendimento de média e/ou alta complexidades está disponível.

MAC2 Estabelecer e manter a rede de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade.

MAC2.1 Estabelecimentos de saúde que prestam serviços de média e/ou alta



complexidades estão relacionados.

MAC2.2 Ações e serviços que são prestados por cada estabelecimento de saúde estão listados.

MAC2.3 Fluxos de referência são de conhecimento da gestão da média e alta complexidade.

MAC2.4 Recursos (humanos, infraestrutura etc.) necessários à prestação das ações e serviços estão descritos.

MAC2.5 Recursos (humanos, infraestrutura etc.) necessários à prestação das ações e serviços estão disponíveis.

MAC3 Estabelecer fluxos de referência (de sua própria AB)

MAC3.1 Fluxos de referência, partindo de sua própria atenção básica, para a média e alta complexidade estão estabelecidos.

MAC3.2 Fluxos de referência de sua própria atenção básica para a média e alta complexidade são comunicados aos estabelecimentos da atenção básica.

MAC4 Estabelecer complexo regulador.

MAC4.1 Complexo regulador está estabelecido.

MAC4.2 Infraestrutura necessária ao funcionamento do complexo regulador está disponível.

MAC4.3 Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para suportar o funcionamento do complexo regulador estão disponíveis.

MAC4.4 Recursos orçamentários e financeiros suficientes estão disponíveis.

MAC4.5 Escopo da regulação, incluindo ações, serviços, unidades solicitantes e unidades executantes, está estabelecido.

MAC4.6 Protocolos de regulação estão estabelecidos, e incluem os critérios da informação a ser enviada à Central de Regulação.

MAC4.7 Protocolos clínicos para uso na regulação estão estabelecidos.

MAC5 Realizar a regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologias de informação.

MAC5.1 Oferta de serviços pelas unidades executantes (procedimentos, leitos hospitalares etc.) está descrita.

MAC5.2 Cotas de serviços por classificação de risco (por exemplo, urgência, emergência) para as unidades solicitantes estão estabelecidas.

MAC5.3 Processos de autorizações prévias (por exemplo, Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC ou Autorização de Internação Hospitalar – AIH) estão listados.

MAC5.4 Regulação é executada com utilização dos protocolos pré-estabelecidos.

MAC6 Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e/ou alta complexidades.



MAC6.1 Indicadores das filas de espera estão estabelecidos.

MAC6.2 Indicadores das filas de espera são mensurados.

MAC6.3 Apoio à qualificação dos encaminhamentos para as especialidades (por exemplo, por meio de centros de teleconsultoria) está disponível.

MAC6.4 Resultados da avaliação dos indicadores das filas de espera são utilizados para tomada de decisão pelo gestor da atenção básica.

MAC6.5 Resultados da avaliação dos indicadores das filas de espera são utilizados para tomada de decisão pelos gestores da média e/ou alta complexidades.

MAC7 Executar as ações de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade.

MAC7.1 Ações e serviços de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade são executados.

MAC7.2 A satisfação do usuário com as ações e serviços de média e/ou alta complexidades é avaliada.

MAC8 Realizar contrarreferência.

MAC8.1 Orientações sobre a importância e necessidade da contrarreferência são oferecidas aos executores das ações de média e/ou alta complexidades.

MAC8.2 Informações sobre a origem do usuário estão descritas.

MAC8.3 Contrarreferências são realizadas.

MAC 9 Implantar controles na gestão da utilização de OPMEs.

MAC9.1 Comissões com a incumbência de especificar ou padronizar OPMEs a serem adquiridas estão estabelecidas.

MAC9.2 Especificações padronizadas de OPMEs que devem ser utilizadas pelas Unidades Hospitalares estão estabelecidas.

MAC9.3 Quantidades de OPMEs a serem adquiridas nas Unidades Hospitalares são estimadas com base nas metas de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais do exercício.

MAC9.4 Protocolos para recebimento, armazenagem, conservação e utilização de OPMEs nas Unidades Hospitalares estão estabelecidos (por exemplo, procedimentos operacionais padrão).

MAC9.5 Controles de quantitativo de estoque de OPMEs, incluindo registro de entradas e saídas, estão estabelecidos nas Unidades Hospitalares.

MAC9.6 Controles que permitam rastrear OPMEs desde a sua aquisição até sua utilização estão implantados nas Unidades Hospitalares.

MAC10 Monitorar a gestão do atendimento de média e/ou alta complexidades (automonitoramento).

MAC10.1 Indicadores da gestão da média e/ou alta complexidades que serão monitorados estão estabelecidos.



MAC10.2 Indicadores da gestão da média e/ou alta complexidades são mensurados.
MAC10.3 Resultados da avaliação dos indicadores da gestão da média e/ou alta complexidades são utilizados para tomada de decisão pelos gestores da saúde.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

AF1 Organizar a assistência farmacêutica.

AF1.1 Papéis e responsabilidades da estrutura da assistência farmacêutica estão estabelecidos.

AF1.2 Os gestores da assistência farmacêutica estão designados.

AF1.3 Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades da assistência farmacêutica estão disponíveis.

AF1.4 Infraestrutura necessária para executar as atividades da assistência farmacêutica está disponível.

AF2 Selecionar medicamentos.

AF2.1 Comissão de Farmácia e Terapêutica, ou equivalente, está estabelecida.

AF2.2 Informações técnicas para apoiar a seleção de medicamentos estão disponíveis (por exemplo, estudos de perfil epidemiológico e nosológico, estudos de consumo).

AF2.3 Registro qualitativo da demanda reprimida por medicamentos está disponível.

AF2.4 Registro de medicamentos adquiridos em decorrência de decisões judiciais está disponível.

AF2.5 Relação de Medicamentos (REMUME/REMUME) está definida com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

AF2.6 Relação de Medicamentos (REMUME/REMUME) é divulgada aos profissionais dos estabelecimentos de saúde.

AF3 Programar aquisição de medicamentos.

AF3.1 Dados de consumo de medicamentos estão disponíveis.

AF3.2 Dados quantitativos de demanda (atendida e não atendida) de medicamentos estão disponíveis.

AF3.3 Parâmetros para gestão de estoque de medicamentos (por exemplo, estoques mínimo e máximo, ponto de pedido) estão estabelecidos.

AF3.4 Programação de aquisições de medicamentos é realizada com base em critérios técnicos.

AF3.5 Avaliações da programação de aquisição de medicamentos estão disponíveis.

AF4 Adquirir medicamentos.

AF4.1 Catálogo de medicamentos ou manual de especificação técnica de medicamentos está estabelecido, e incluem a padronização da nomenclatura e da



apresentação dos medicamentos.

AF4.2 Regras quanto ao prazo de validade (contado a partir da entrega) estão estabelecidas nas especificações técnicas do termo de referência.

AF5 Armazenar e distribuir medicamentos.

AF5.1 Protocolos que incluem verificação de requisitos técnicos e requisitos administrativos para o recebimento dos medicamentos estão descritos (por exemplo, procedimentos operacionais padrão).

AF5.2 Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), ou equivalente, está estabelecida.

AF5.3 Protocolos (por exemplo, procedimentos operacionais padrão) para armazenagem e conservação dos medicamentos estão estabelecidos.

AF5.4 Controle de quantitativo de estoque, incluindo registro de entradas e saídas, está estabelecido.

AF5.5 Procedimentos para prevenção de perda de medicamentos por vencimento do prazo de validade estão estabelecidos.

AF5.6 Inventários periódicos são realizados.

AF5.7 Protocolos para distribuição dos medicamentos aos estabelecimentos de saúde estão estabelecidas.

AF5.8 Protocolos para descarte de medicamentos estão estabelecidos.

AF6 Dispensar medicamentos.

AF6.1 Profissionais habilitados para dispensação de medicamentos estão disponíveis em quantidade suficiente.

AF6.2 Informações que permitam rastrear a dispensação de medicamentos estão disponíveis.

AF6.3 Procedimentos a serem seguidos para dispensação estão disponíveis aos profissionais responsáveis.

AF7 Segregar funções críticas.

AF7.1 Funções críticas na gestão de medicamentos estão descritas.

AF7.2 Funções críticas na gestão de medicamentos estão segregadas.

AF8 Monitorar a gestão da assistência farmacêutica (automonitoramento).

AF8.1 Indicadores da gestão da assistência farmacêutica que serão monitorados estão estabelecidos.

AF8.2 Indicadores da gestão da assistência farmacêutica são mensurados.

AF8.3 Resultados da avaliação dos indicadores da gestão da assistência farmacêutica são utilizados para tomada de decisão pelos gestores da saúde.



VIGILÂNCIA EM SAÚDE

VS1 Organizar a vigilância em saúde.

VS.1.1 Papéis e responsabilidades da estrutura da vigilância em saúde estão definidos.

VS.1.2 Os gestores da vigilância em saúde estão designados.

VS.1.3 Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades da vigilância em saúde estão disponíveis.

VS.1.4 Infraestrutura necessária para executar as atividades da vigilância em saúde está disponível.

VS2 Realizar vigilância da situação geral de saúde da população.

VS2.1 Indicadores de saúde que serão monitorados para fins de vigilância em saúde estão selecionados.

VS2.2 Indicadores de saúde selecionados são mensurados.

VS2.3 Resultados da avaliação dos indicadores de saúde selecionados são utilizados como parâmetro para ações de vigilância em saúde.

VS2.4 Ações preventivas e educativas de vigilância em saúde são realizadas.

VS2.5 Estudos e pesquisas para aperfeiçoamento científico e tecnológico da vigilância em saúde são realizados.

VS3 Realizar vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis.

VS3.1 Perfil epidemiológico das doenças transmissíveis é levantado periodicamente.

VS3.2 Protocolos de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis estão estabelecidos.

VS3.3 Protocolos de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis são conhecidos pelas partes interessadas (consideram-se partes interessadas os cidadãos, estabelecimentos de saúde, mídia, etc.).

VS3.4 Ações de educação em saúde (por exemplo, elaboração de material educativo e propagandas em mídia, em conjunto com outras áreas governamentais), são realizadas.

VS3.5 Ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis são executadas.

VS4 Realizar vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências.

VS4.1 Plano municipal/estadual vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências está estabelecido.

VS4.2 Diretrizes para intervenções que impactem positivamente no controle de doenças crônicas e agravos não transmissíveis e promovam a qualidade de vida da



população estão estabelecidas.

VS4.3 Informações epidemiológicas para fundamentar intervenções e políticas de vigilância de doenças crônicas, agravos não transmissíveis e promoção de saúde estão disponíveis.

VS4.4 Articulação com outros setores governamentais, setor privado e sociedade civil para atuar nos fatores de risco de doenças crônicas e agravos não transmissíveis e na proteção da saúde é realizada.

VS4.5 Ações de vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências são executadas (por exemplo, implantação de unidades sentinelas para acidentes de transporte terrestres).

VS5 Realizar vigilância das populações expostas a riscos ambientais em saúde.

VS5.1 Mapeamento das populações expostas a riscos ambientais em saúde está estabelecido.

VS5.2 Protocolos de detecção e prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana estão estabelecidos.

VS5.3 Fatores de risco, sobretudo a qualidade da água para consumo humano, do ar e do solo, estão estabelecidos.

VS5.4 Fatores de risco, sobretudo a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo são monitorados.

VS6 Realizar vigilância da saúde do trabalhador.

VS6.1 Protocolos assistenciais quanto aos Agravos de Saúde do Trabalhador estão estabelecidos.

VS6.2 A prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho são considerados no planejamento.

VS6.3 Os princípios da precaução, da promoção da saúde e da prevenção de danos, são considerados nas ações de vigilância da saúde do trabalhador.

VS6.4 A promoção de ambientes de trabalho saudáveis e a minimização de riscos ambientais presentes no ambiente de trabalho são considerados.

VS6.5 Ações de vigilância da saúde do trabalhador são executadas.

VS7 Realizar vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde.

VS7.1 Protocolos de avaliação de produtos, serviços e tecnologias que possam afetar a saúde pública estão estabelecidos.

VS7.2 Mapeamento de todos os estabelecimentos e locais passíveis de atuação de vigilância sanitária é realizado periodicamente.

VS7.3 Cadastramento, licenciamento e fiscalização de estabelecimentos cujos serviços possam afetar a saúde da população são realizados.

VS7.4 Protocolos (notas técnicas, por exemplo) de manuseio de produtos, serviços e



tecnologias que possam afetar a saúde pública estão estabelecidos.

VS7.5 Ações de vigilância sanitária são executadas.

VS7.6 O monitoramento das desconformidades apontadas nas fiscalizações de estabelecimentos cujos serviços possam afetar a saúde da população é realizado periodicamente.

VS8 Estabelecer e executar planos de resposta às emergências de saúde pública.

VS.8.1 Planos e diretrizes para resposta às emergências estão estabelecidos.

VS.8.2 Canais para comunicação de riscos de uma emergência de saúde pública estão estabelecidos.

VS.8.3 Estrutura, permanente ou circunstancial, suficiente e adequada, para resposta às emergências está implantada.

VS.8.4 Ações de redução de risco (prevenção, mitigação e preparação), manejo da emergência (alerta e resposta) e recuperação (reabilitação e reconstrução) estão delineadas.

VS8.5 Ações de resposta às emergências são executadas, quando necessárias.

VS9 Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento).

VS.9.1 Indicadores da vigilância em saúde que serão monitorados estão estabelecidos.

VS.9.2 Indicadores da vigilância em saúde são mensurados.

VS.9.3 Resultados da avaliação dos indicadores da vigilância em saúde são utilizados para tomada de decisão pelos gestores da saúde.

PROCESSOS DE APOIO - ACORDOS COM TERCEIROS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, COM OU SEM CONTRATUALIZAÇÃO (O INSTRUMENTO PODE SER CONTRATO ADMINISTRATIVO, CONVÊNIO, TERMO DE PARCERIA, CONTRATO DE GESTÃO ETC.)

PrCtt1 Estabelecer processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde.

PrCtt1.1 Atividades do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde e seu fluxo estão estabelecidos.

PrCtt1.2 Atores responsáveis pelas atividades do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde estão listados.

PrCtt1.3 Modelos de artefatos (documentos) do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde estão estabelecidos.

PrCtt1.4 Listas de verificação (*checklists*) para serem utilizadas nos pontos de controle do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde estão estabelecidas.



PrCtt2 Monitorar e avaliar processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde.

PrCtt2.1 Responsabilidade pelo monitoramento do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde está definida.

PrCtt2.2 Indicadores que serão monitorados no processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde estão estabelecidos.

PrCtt2.3 Indicadores do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde são mensurados.

PrCtt2.4 Resultados da avaliação dos indicadores do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde são utilizados para tomada de decisão.

PrCtt3 Implantar controles para cada um dos acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde.

PrCtt3.1 Estudos apontando a necessidade de firmar acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde estão disponíveis.

PrCtt3.2 Estudos apontando qual a modalidade mais vantajosa de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde (dentre contrato administrativo, convênio, Termo de Parceria, Contrato de Gestão etc.) estão disponíveis.

PrCtt3.3 Termo contratual para cada um dos acordos está assinado (por exemplo, contrato administrativo, convênio, termo de parceria, contrato de gestão etc.).

PrCtt3.4 Descrições qualitativa e quantitativa dos serviços de saúde são parte integrante de cada um dos acordos firmados.

PrCtt3.5 Indicadores (de qualidade, produtividade, prazos etc.) para cada acordo firmado estão estabelecidos nos termos contratuais.

PrCtt3.6 Preços dos serviços de cada um dos acordos estão dentro da faixa dos preços praticados no mercado.

PrCtt3.7 Indicadores de cada acordo firmado são mensurados.

PESSOAS

PE1 Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento dos gestores e colaboradores da secretaria de saúde.

PE1.1 Todos os gestores e colaboradores da secretaria de saúde estão submetidos a um código de ética e de conduta.

PE1.2 O código de ética e de conduta adotado possui as seguintes características: a) detalha valores, princípios e comportamentos esperados dos agentes; b) define tratamento de conflitos de interesses; c) estabelece a obrigatoriedade de manifestação e registro, de forma explícita e transparente, de aspectos que possam conduzir a conflitos de interesses (por exemplo, empregos atuais e anteriores, candidaturas a cargos eletivos, atividades políticas nos últimos cinco anos); d) proíbe o recebimento de benefícios que possam, de forma efetiva ou potencial, influenciar,



ou parecer influenciar, as ações dos colaboradores e gestores.

PE1.3 O código de ética e de conduta adotado define: a) sanções cabíveis em caso de seu descumprimento; b) mecanismos de monitoramento e avaliação do seu cumprimento; c) papéis e responsabilidades dos envolvidos no monitoramento e na avaliação do comportamento de agentes públicos.

PE1.4 Ações de divulgação e promoção do conhecimento do código de ética e de conduta são efetivamente realizadas para seu público alvo.

PE2 Estabelecer mecanismos de controle para evitar que conflitos de interesse influenciem as decisões dos gestores da secretaria de saúde.

PE2.1 Mecanismos que estabeleçam a obrigatoriedade de os gestores da secretaria de saúde declararem impedimento para tomar decisões quando há aspectos que possam conduzir a conflitos de interesses (por exemplo, empregos atuais e anteriores, candidaturas a cargos eletivos, atividades políticas nos últimos cinco anos) estão implantados.

PE2.2 Mecanismos para envio de denúncias diretamente ao secretário de saúde e aos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) estão implantados (por exemplo, ouvidoria do SUS).

PE2.3 Mecanismos para acompanhamento, pelas partes interessadas, de denúncias feitas ao secretário de saúde e aos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) estão implantados.

PE3 Disponibilizar força de trabalho suficiente.

PE3.1 Informações sobre a força de trabalho ideal (quantidade e qualificação de pessoal) estão descritas com base em critérios técnicos (por exemplo, mapeamento de processos, análise da produtividade média, etc.)

PE3.2 Informações sobre força de trabalho atual (quantidade e qualificação de pessoal) estão descritas.

PE3.3 Avaliações das lacunas (quantitativas e qualitativas) da força de trabalho são realizadas.

PE3.4 Estratégias para dispor da força de trabalho ideal estão estabelecidas.

PE3.5 Estratégias para dispor da força de trabalho ideal são executadas.

PE4 Desenvolver lideranças.

PE4.1 Práticas de sucessão das lideranças são executadas (por exemplo, planejamento da sucessão).

PE4.2 Programas de treinamento e desenvolvimento de perfis profissionais de liderança, inclusive para potenciais líderes, são executados.

PE5 Avaliar e reconhecer o desempenho das pessoas.

PE5.1 Metas de desempenho individual estão estabelecidas.

PE5.2 Avaliações de desempenho individual, de acordo com o alcance das metas,



são realizadas.

PE5.3 Consequências (positivas e negativas) decorrentes da avaliação de desempenho individual estão estabelecidas.

PE6 Promover a aprendizagem contínua.

PE6.1 Necessidades de capacitação em atenção à saúde estão descritas.

PE6.2 Necessidades de capacitação em gestão estão descritas.

PE6.3 Plano de educação permanente em atenção à saúde está estabelecido.

PE6.4 Plano de educação permanente em gestão está estabelecido.

PE6.5 Plano de educação permanente em atenção à saúde é executado.

PE6.6 Plano de educação permanente em gestão é executado.

PE6.7 Avaliações dos resultados das ações de educação permanente em atenção à saúde são realizadas.

PE6.8 Avaliações das ações de educação permanente em gestão são realizadas.

PE7 Realizar gestão do conhecimento (de outras formas que não por treinamentos).

PE7.1 Mecanismos para gestão do conhecimento estão disponíveis (por exemplo, programação de reuniões técnicas periódicas).

PE7.2 Treinamento e orientação em relação ao compartilhamento e difusão de conhecimento são executados.

PE7.3 Conhecimento em atenção à saúde é documentado e compartilhado.

PE7.4 Conhecimento em gestão é documentado e compartilhado.

PE8 Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção dos gestores.

PE8.1 Os perfis profissionais desejáveis ou necessárias aos gestores estão descritos.

PE8.2 Os critérios de seleção dos gestores estão definidos.

PE8.3 Os gestores são selecionados por meio de processo transparente que leva em consideração os perfis profissionais e os critérios de seleção definidos.

INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO

IC1 Utilizar sistemas de informação.

IC1.1 Processos que dependem do apoio de sistemas de informação estão listados.

IC1.2 Sistemas de informação necessários estão disponíveis.

IC1.3 Sistemas de informação existentes são úteis e suficientes.

IC1.4 Informações contidas nos sistemas de informação são íntegras, confiáveis, atualizadas e disponíveis em formato aberto.



IC1.5 Informações contidas nos sistemas são integradas, de modo a possibilitar efetiva comunicação entre os subsistemas de saúde (por exemplo, atenção básica, vigilância em saúde).

IC1.6 Avaliação da adequação dos sistemas de informação oferecidos pelo Ministério da Saúde precede a decisão de utilizar outros sistemas.

IC2 Utilizar comunidades de práticas.

IC2.1 Comunidades de práticas de gestão estão disponíveis aos colaboradores da secretaria de saúde.

IC2.2 Comunidades de práticas de atenção à saúde estão disponíveis aos colaboradores da secretaria de saúde.

IC2.3 Mecanismos para incentivar a utilização das comunidades de práticas de gestão estão estabelecidos.

IC2.4 Mecanismos para incentivar a utilização das comunidades de práticas de atenção à saúde estão estabelecidos.

IC3 Patrocinar a inovação.

IC3.1 Inovação é reconhecida como um valor da secretaria de saúde.

IC3.2 Mecanismos para estímulo à inovação estão estabelecidos.

IC3.3 Pesquisas ou projetos inovadores são patrocinados.

IC3.4 Ações e ideias inovadores recebem reconhecimento na secretaria de saúde.

IC4 Apurar e controlar custos

IC4.1 Núcleo de Economia da Saúde (NES), ou equivalente, está estabelecido.

IC4.2 Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para apoiar as atividades do NES estão disponíveis.

IC4.3 Estudos econômicos estão disponíveis.

IC4.4 Gestão de custos está implantada nos estabelecimentos de saúde.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DAS SESSÕES

Sessão Reservada Nº 1133, de 21/09/2017

TCDF/Secretaria das Sessões
Folha:.....
Processo: 25089/2015-e
Rubrica:.....

PROCESSO Nº 25089/2015-e

RELATOR : CONSELHEIRO MANOEL PAULO DE ANDRADE NETO

EMENTA : Auditoria Operacional Coordenada, realizada no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, tendo como objeto a avaliação dos mecanismos de governança e gestão da saúde adotados no âmbito da saúde pública distrital.

DECISÃO Nº 82/2017

O Tribunal, por unanimidade, de acordo com o voto do Relator, decidiu: I - tomar conhecimento do presente Relatório Final de Auditoria, do Ofício nº 1.506/2017-GAB /SES (e-DOC CCA6C946-c), do Ofício SEI-GDF nº 515/2017-SES/GAB (e-DOC DC2DA84E-c) e dos documentos encaminhados pelo Tribunal de Contas da União (e-DOCs 67F68F91-c, 09CD0D98-c, 0C9D4A86-c, D5BB098B-c e BB808B82-c); II - indeferir o pedido de prorrogação de prazo do Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal; III - não confirmar o sigilo dos autos, na forma do art. 9º da Resolução nº 207/2010; IV - recomendar à SES/DF que adote procedimentos com vista à implementação das boas práticas constantes dos instrumentos de avaliação aplicados na fiscalização em apreço, para fins de desenvolvimento da governança e da gestão do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal; V - dar ciência à SES-DF de que os itens de controle constantes dos instrumentos de avaliação aplicados à SES-DF constituem boas práticas implementadas em outras unidades da Federação e recomendadas por especialistas em saúde pública, devendo, sempre que possível, ser consideradas pelos gestores da SES-DF em todos os níveis administrativos; VI - determinar à Secretaria de Auditoria do TCDF que faça os registros devidos, visando à utilização dos resultados desta fiscalização em seu planejamento de auditorias, e posterior arquivamento; VII - encaminhar cópia do Relatório/Voto e desta decisão à SES/DF.

Presidiu a sessão a Presidente, Conselheira ANILCÉIA MACHADO. Votaram os Conselheiros MANOEL DE ANDRADE, RENATO RAINHA, INÁCIO MAGALHÃES FILHO, PAULO TADEU, PAIVA MARTINS e MÁRCIO MICHEL. Participou o representante do MPjTCDF, Procurador MARCOS FELIPE PINHEIRO LIMA.

SALA DAS SESSÕES, 21 de Setembro de 2017


João Batista Pereira de Souza
Secretário das Sessões Substituto


Anilcéia Luzia Machado
Presidente