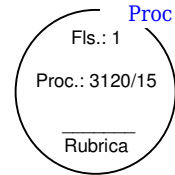


## **RELATÓRIO DE LEVANTAMENTO PRELIMINAR DE AUDITORIA**

**Auditoria Operacional, incluída no PGA de 2015, com o objetivo de avaliar a gestão da SES/DF na oferta de serviços de nefrologia destinados a garantir Terapia Renal Substitutiva– TRS aos pacientes renais crônicos. (Fiscalização nº 1.0004.15)**



## PLANO DE AUDITORIA

### 1. Apresentação

Trata-se de Auditoria Operacional a ser realizada na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em cumprimento ao Plano Geral de Ação 2015 – PGA 2015.

### 2. Identificação do Objeto

2. O objeto da auditoria será os serviços de nefrologia prestados aos pacientes renais crônicos em fase avançada, dependentes da Terapia Renal Substitutiva – TRS.

3. Oportuno esclarecer que a insuficiência renal é a redução na capacidade dos rins cumprirem as funções de filtragem e eliminação dos produtos finais do metabolismo, removendo fluidos em excesso no corpo e mantendo equilíbrio dos eletrólitos, ácidos e bases.<sup>1</sup> A doença renal pode ser aguda<sup>2</sup>, temporária e geralmente reversível, ou crônica<sup>3</sup>, caracterizada pela perda progressiva e irreversível das funções dos rins.

4. Neste último caso, pacientes em estágios avançados da Doença Renal Crônica – DRC são submetidos à Terapia Renal Substitutiva – TRS, que abrange tratamentos que visam a substituição da função renal, tais como: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.

#### Estrutura da Secretaria de Estado de Saúde – SES/DF

5. De acordo com o Decreto nº 34.115/2013, que aprovou a estrutura administrativa da SES/DF, há na Secretaria setor específico responsável pela TRS:

*9 SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE*

*9.8 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA*

*9.8.2 GERÊNCIA DE APOIO DE ALTA COMPLEXIDADE*

*9.8.2.1 NÚCLEO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA*

6. Segundo o Regimento Interno da Secretaria<sup>4</sup>, a este Núcleo compete:

*“Art. 301. Ao Núcleo de Terapia Renal Substitutiva, unidade orgânica de execução, diretamente subordinada à Gerência de Apoio de Alta Complexidade, compete:*

*I - formalizar e encaminhar, para assistência, os usuários que necessitam dos serviços de Terapia Renal Substitutiva;*

*II - cadastrar e manter atualizada lista de espera de serviços de Terapia Renal Substitutiva para pacientes com Doença Renal Crônica Terminal;*

*III - avaliar e acompanhar a assistência prestada aos usuários que utilizam os serviços de Terapia Renal Substitutiva na Secretaria;*

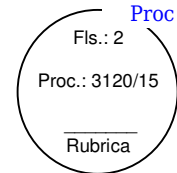
*IV - vistoriar os serviços prestadores de Terapia Renal Substitutiva da rede pública, contratada e conveniada, em conjunto com a Diretoria de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde; e*

<sup>1</sup> Previna-se. Salve seus rins. Rio de Janeiro: Dr. Edison Souza & Dr. Sanjay Pandya, 2014.

<sup>2</sup> A doença renal aguda também é conhecida como insuficiência renal aguda ou injúria renal aguda - AK1.

<sup>3</sup> Anteriormente conhecida como falência renal crônica.

<sup>4</sup> Decreto nº 34213, de 14 de março de 2013.

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

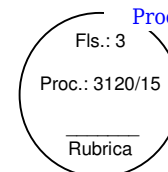
V - executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.”

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

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

Identificação do gestor	Cargo/Função	Período
João Batista de Souza	Secretário de Estado de Saúde	01/01/2015 até a data de conclusão deste trabalho
Marília Coelho Cunha		30/10/2014 até 01/01/2015
José Bonifácio Carreira Alvim		21/08/2014 até 30/10/2014
Elias Fernando Miziara		03/07/2014 até 21/08/2014
José Rubens Iglésias	Secretário Adjunto de Saúde	29/01/2015 até a data de conclusão deste trabalho
Cristhiane Pinheiro Texeira Chico de Aguiar		30/10/2014 até 29/01/2015
José Bonifácio Carreira Alvim		02/07/2014 até 30/10/2014
José Tadeu dos Santos Palmieri	Subsecretário de Atenção à Saúde	08/01/2015 até a data de conclusão deste trabalho
Otávio Augusto Silva de Siqueira Rodrigues		24/12/2014 até 08/01/2015
Daniel Veras de Melo,		30/10/2014 até 24/12/2014
Roberto José Bittencourt		03/05/2012 até 30/10/2014
Ivan Castelli		04/01/2011 até 03/05/2012
Viviane Resende de Oliveira	Diretor de Assistência Especializada	21/01/2015 até a data de conclusão deste trabalho
Humberto de Carvalho Barbosa		06/11/2014 até 21/01/2015
Lauro Cezar Sant'Anna		29/08/2013 até 06/11/2014
Fernanda Amaral Cardoso	Gerente de Apoio à Alta Complexidade	13/12/2011 até a data de conclusão deste trabalho
Maria Helena Barros Coutinho	Coordenador do Núcleo de TRS	13/12/2011 até a data de conclusão deste trabalho


**TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL**

 SECRETARIA DE AUDITORIA  
 SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Legislação Aplicável

8. A Portaria GM/MS n.º 1168, de 15 de junho de 2004, instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal a ser implantada em todas as unidades federadas, visando prevenir a doença mediante promoção da saúde, diminuição do número de casos e minimização dos agravos da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus*, que são patologias prevalentes e determinantes da doença renal na população.

9. A listagem dos marcos normativos aplicáveis ao objeto da fiscalização são apresentados no Quadro abaixo:

**Quadro 2: Legislação e Normas Aplicáveis**

<b>Norma</b>	<b>Objeto</b>
Portaria SAS/MS nº 205/1996	Implanta formulários/instrumentos e regulamenta suas utilizações na sistemática de autorização e cobrança dos procedimentos e medicamentos excepcionais a pacientes em TRS.
Portaria GM/MS nº 2043/1996	Determina a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade – APAC.
Portaria GM/MS nº 1112/2002	Determina que os procedimentos da tabela do SIA/SUS do Grupo – Terapia Renal Substitutiva, cobrados na APAC, sejam financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.
Portaria GM/MS nº 1168/2004	Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal.
Portaria GM/MS nº 1559/2008	Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.
Portaria GM/MS nº 1034/2010	Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS.
Portaria GM/MS nº 529/2013	Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP.
Portaria GM/MS nº 3053/2013	Estabelece recursos adicionais destinados ao custeio da Nefrologia – Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
Portaria GM/MS nº 389/2014	Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica – DRC.
Portaria GM/MS nº 483/2014	Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.
Portaria GM/MS nº 706/2014	Institui a obrigatoriedade da utilização do Controle de Frequência Individual de Tratamento Dialítico – CFID para todos os tratamentos de diálise no âmbito do SUS.
RDC nº 11/2014	Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências.



### Planos, Diretrizes e Manuais aplicáveis

10. Foram também identificados documentos que contêm orientações e diretrizes gerais relacionadas ao objeto da auditoria, sendo apresentados no Quadro a seguir:

**Quadro 3: Planos, Diretrizes e Manuais aplicáveis.**

<b>Documento</b>	<b>Órgão elaborador</b>
Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal.	SES/DF. 2009
Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no SUS.	Ministério da Saúde. 2014
Manual de Operação do SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS.	Ministério da Saúde. 2012
Manual de Operação da APAC – Autorização de Procedimento Ambulatorial.	Ministério da Saúde. 2013
Manual Técnico Operacional do SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS.	Ministério da Saúde. 2015

### **3. Contextualização**

11. O aumento da incidência e prevalência da Doença Renal Crônica - DRC é um fenômeno mundial, hoje considerado a grande epidemia deste milênio, que ao longo dos anos vem ocupando um espaço importante no perfil epidemiológico brasileiro, tornando-se assim um problema de saúde pública.

12. No Brasil a DRC afeta principalmente os adultos jovens, o que representa um agravante, visto que este grupo populacional se encontra em idade produtiva.<sup>5</sup> Esse quadro é responsável pela necessidade de se aplicarem altos investimentos socioeconômicos, visando ao tratamento e à melhoria da qualidade e do prolongamento da vida dos que são por ela acometidos.

13. O surgimento da DRC é quase sempre consequência da carência de medidas de promoção da saúde, de prevenção eficiente dos agravos e de atendimento precoce aos pacientes com doenças como o diabetes, a hipertensão e doenças renais, dentre essas as glomerulonefrites. Atualmente, estima-se que cerca de um em cada dez adultos é portador de doença renal crônica <sup>6</sup>.

14. Reconhecendo a importância do tema, o Tribunal de Contas do Distrito Federal, por meio da Decisão Plenária nº 4783/2014, determinou a inclusão, no PGA 2015, de fiscalização nos serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS da SES/DF:

*“VI – determinar à Secretaria de Auditoria que inclua para o exercício de 2015 Auditoria Operacional na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, em autos apartados, para avaliar a capacidade operativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF frente a efetiva demanda e, conseqüentemente, identificar os ajustes necessários para prestação direta da assistência pela Jurisdicionada, bem como causas e responsabilidades por possíveis ilegalidades, irregularidades ou ineficiências, quanto à **Terapia Renal Substitutiva**, com especial atenção aos seguintes*

<sup>5</sup> Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal. Coordenação 2009.

<sup>6</sup> Livro do Aluno: Terapia Renal Substitutiva. São Paulo: FUNDAP, 2012.



pontos: **a)** avaliação da implantação e dos resultados obtidos com o Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal e com a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (Portaria MS/GM nº 1.168/2004) e o atendimento das demais normas legais correlatas; **b)** avaliação da gestão dos recursos necessários à prestação direta da assistência, mormente recursos humanos e financeiros, insumos, equipamentos e instalações físicas; **c)** avaliação da gestão da demanda sob aspectos da evolução na rede própria e contratada, o registro do faturamento e a regulação;" (grifou-se)

15. Para tanto, apresenta-se a definição de alguns conceitos e elementos importantes para o trabalho.

#### Tratamento da Doença Renal Crônica

16. De acordo com o Ministério da Saúde, os recursos diagnósticos utilizados para identificar o paciente com DRC são a Taxa de Filtração Glomerular - TFG, o exame sumário de urina - EAS e o exame de imagem, preferencialmente a ultrassonografia dos rins e vias urinárias.

17. Para melhor estruturação do tratamento dos pacientes com DRC, bem como para estimativa de prognóstico, é necessário que, após o diagnóstico, todos os pacientes sejam classificados de acordo com o Quadro abaixo. Essa classificação leva em consideração principalmente os principais desfechos da DRC: doença cardiovascular, evolução para TRS e mortalidade.

**Quadro 4: Classificação da DRC.**

Estágio	TFG (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )
1	≥ 90
2	60 – 89
3a	45 – 59
3b	30 – 44
4	15 – 29
5	< 15

Fonte: Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. 2014.

18. Para fins de organização do atendimento integral ao paciente com Doença Renal Crônica - DRC, o tratamento deve ser classificado em conservador, quando nos estágios de 1 a 3, pré-diálise quando 4 e 5-ND (não dialítico) e Terapia Renal Substitutiva - TRS quando 5-D (diálítico)<sup>7</sup>.

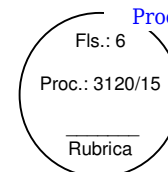
19. O tratamento conservador consiste em controlar os fatores de risco para a progressão da DRC, bem como para os eventos cardiovasculares e mortalidade, com o objetivo de conservar a Taxa de Filtração Glomerular - TFG pelo maior tempo de evolução possível. A pré-diálise consiste na manutenção do tratamento conservador, bem como no preparo adequado para o início da TRS em

<sup>7</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il. ISBN 1. Doença Renal Crônica.



## TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE AUDITORIA  
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA



paciente com DRC em estágios mais avançados. A TRS abrange as seguintes modalidades de substituição da função renal: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.<sup>8</sup>

20. A seguir, algumas observações sobre as modalidades de terapia<sup>9</sup>:

- Hemodiálise: sessões de diálise realizadas em serviço de nefrologia; em média, o paciente submete-se a três sessões semanais, de aproximadamente 4 horas cada.
- Diálise Peritoneal
  - Ambulatorial Contínua (DPAC): realizada no domicílio do paciente, com trocas realizadas pelo próprio paciente ou cuidador.
  - Automática (DPA): realizada no domicílio do paciente, com trocas controladas por uma máquina cicladora automática.
  - Intermitente (DPI): realizada em serviços de saúde com trocas controladas manualmente ou por máquina cicladora automática; em média, o paciente submete-se a duas sessões semanais, de 24 horas cada.
- Transplante: transplante com doador vivo ou doador falecido. A indicação de transplante deve seguir as orientações da Portaria GM/MS nº 2.600/2009.

21. O sucesso da Terapia Renal Substitutiva depende da qualidade dos cuidados que é prestada pela equipe de saúde e da estreita relação entre o paciente e o profissional. A Terapia Renal Substitutiva integra diversos tratamentos que estão interligados, exigindo atuação de especialistas de várias áreas do campo da saúde.

22. Registra-se que a partir de informações obtidas em reuniões com os gestores do Núcleo de Terapia Renal da SES/DF, foi elaborado Mapa de Processo (PT nº 03) do encaminhamento dos pacientes crônicos renais à TRS no Distrito Federal.

### Financiamento

23. Os procedimentos de nefrologia são custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC, recurso federal, transferido fundo a fundo, repassado ao gestor distrital somente após a realização dos procedimentos pelas unidades de saúde<sup>10</sup>.

*“Art. 33. Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais, do Grupo – 03 - Procedimentos Clínicos, Sub-grupo 05-Nefrologia, tem o instrumento de registro por Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e são financiados pelo FAEC.” (Portaria GM/MS nº 389/2014)*

<sup>8</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il. ISBN 1. Doença Renal Crônica.

<sup>9</sup> Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4)

<sup>10</sup> “Art. 1º Determinar que os procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, do Grupo – Terapia Renal Substitutiva TRS, cobrados na APAC, sejam financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação FAEC/ações estratégicas”. (Portaria GM/MS nº 1112/02).

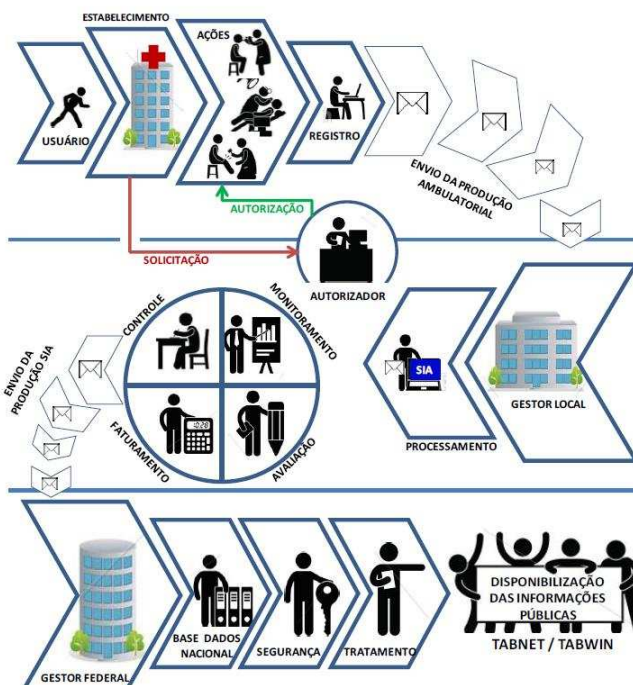


### Inserção dos dados de produção nos sistemas informatizados do MS

24. Os procedimentos de diálise ambulatorial serão cobrados através de APAC<sup>11</sup> - Autorização de Procedimento Ambulatorial - e registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, assim como os exames de rotina dos pacientes em programa de TRS e os acompanhamentos de pacientes pós-transplante renal<sup>12 13</sup>.

25. A SES/DF deve consolidar e validar os dados de produção, efetuar as glosas necessárias e enviar as informações ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Este, consolida e armazena os dados de produção enviados, possibilitando à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS quantificar o montante a ser transferido por meio do componente FAEC para custeio dos procedimentos de diálise.<sup>14</sup>

**Figura 1: Fluxo de Atendimentos que exigem Autorização - APAC**



Fonte: Manual de Operação do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS.

<sup>11</sup> A maior diferença da APAC em comparação com outros instrumentos de registro ambulatoriais, é que os procedimentos registrados exigem autorização prévia do gestor para serem realizados. Neste contexto esta autorização é denominada frequentemente de “Número de APAC”.

<sup>12</sup> Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).

<sup>13</sup> O registro de Hemodiálise e Diálise Peritoneal em AIH – Autorização de Intervenção Hospitalar é permitido em casos de Insuficiência Renal Aguda, em pacientes internados. Pacientes em TRS devem manter os procedimentos na APAC. (SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema. Ministério da saúde. 2014).

<sup>14</sup> Relatório de Avaliação da Execução de Programas de Governo nº 25, Atenção à Saúde da população para procedimentos em alta e média complexidade. Controladoria Geral da União – CGU. Brasília. Dezembro/2013.



### Fiscalizações Anteriores

26. Em consulta ao Sistema de Acompanhamento Processual Eletrônico (e-TCDF) foram identificados processos relacionados à Terapia Renal, conforme apresentado abaixo:

**Quadro 5: Processos TCDF relacionados ao objeto da fiscalização.**

Processo nº	Objeto	Última Decisão
5496/12	Prestação de serviços de manutenção do tratamento de diálise peritoneal domiciliar aos pacientes portadores de doença renal crônica da SES/DF.	3781/2014
10313/10	Contratar serviços médicos ambulatoriais de Terapia Renal Substitutiva - TRS, para até 200 (duzentos) pacientes, a fim de complementar os serviços próprios e conveniados.	2101/2011
41020/09	Contratação de empresa especializada para a prestação de serviços de fornecimento de Kit's e Bolsas de Efluente para Terapia de Substituição Renal - PE 1280/2009	4165/2012
26900/07	Credenciamento de clínicas de hemodiálise.	4783/2014
1684/04	Contratação de serviços ambulatoriais de Terapia Renal Substitutiva (TRS).	811/2014

Fonte: Sistema de Acompanhamento Processual. Consulta em 24/02/15.

### **4. Áreas e Pontos Potencialmente Significantes**

27. De acordo com o último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, existem em torno de 100 mil brasileiros em diálise, com uma taxa de internação hospitalar de 4,6% ao mês e uma taxa de mortalidade 17% ao ano. A grande maioria dos pacientes falece sem sequer ter acesso a essa terapia, por falta de diagnóstico. O custo anual somente com a TRS é mais de dois bilhões ao ano.

28. Entre as várias doenças dos rins, a DRC é a mais temível, porque a ciência médica não tem cura para tal doença. Uma em cada dez pessoas sofre de alguma forma de doença renal crônica.<sup>15</sup>

29. A população brasileira tem, habitualmente, pouco acesso a informações básicas de saúde; conseqüentemente, desconhece as doenças renais. Essa falta de informação implica o desconhecimento dos fatores de risco de doenças renais e de medidas preventivas, como também faz com que os indivíduos estejam despreparados para receber e compreender o diagnóstico de DRC, levando-os a enfrentar um período de muitas dúvidas e preocupações.<sup>16</sup>

30. Nesse contexto, o Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal, elaborado pela Coordenação de Nefrologia – GRMH/DIASE/SAS/SES em 2009, já reconhecia:

*“(...) o desafio da assistência em nefrologia, passa a ser a sistematização de ações que permitam a execução de estratégias de promoção de qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades.”*

*“A demanda é originada dos serviços de emergências dos hospitais públicos, e a entrada no sistema ocorre sempre através destes serviços que são intra-hospitalares. Infelizmente o ingresso no sistema ocorre quando o paciente apresenta-se em fase terminal com 70 a 80% de sua função renal*

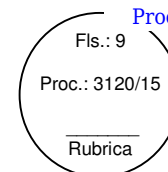
<sup>15</sup> Previna-se. Salve seus rins. Rio de Janeiro: Dr. Edison Souza & Dr. Sanjay Pandya, 2014.

<sup>16</sup> Livro do Aluno: Terapia Renal Substitutiva. São Paulo: FUNDAP, 2012.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL**

SECRETARIA DE AUDITORIA  
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA



*comprometida e o pior em pacientes cada vez mais jovens.”*

*“Além do déficit de vagas para TRS no Distrito Federal pode-se observar que a distribuição dos serviços de TRS é bastante irregular entre as regiões de saúde.”*

31. Tal cenário foi posteriormente corroborado pelo Tribunal de Contas da União em 2011, quando, no âmbito do Acórdão nº 2357-36/11-P<sup>17</sup>, mencionou a delicada situação dos serviços distritais de diálise:

*“...90% dos procedimentos foram realizados em serviços privados; há inadequações físicas e déficit na manutenção do serviço de hemodiálise do Hospital de Base; há falta de insumos específicos para tratamento adequado no Hospital de Base e Hospital de Sobradinho; foi identificado, por meio de entrevistas e verificações às instalações das Unidades de Saúde, que a qualidade da prestação do serviço de TRS apresentou, em alguns casos, resultado insatisfatório, tanto no serviço público como privado; o Hospital Regional do Gama apresenta deterioração das instalações físicas e do mobiliário; a Unidade de Hemodiálise do Hospital Regional de Taguatinga, mesmo após sua reabertura em 2004, necessita de ajustes na área física e medidas de caráter administrativo; o Hospital do Gama possui equipamento de osmose há cinco anos, não instalado e sem previsão para instalação; não há monitoramento e controle, pelo gestor, das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC (APAC II em meio magnético) apresentadas para cobrança pelos serviços credenciados; não há compatibilidade entre a composição dos procedimentos de TRS, exames subsidiários e consultas de nefrologia, ajustado ao quantitativo previsto de pacientes e modalidades de diálise refletida na Ficha de Programação Orçamentária – FPO.*

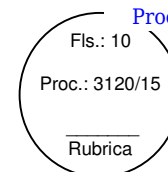
*No Relatório de atividades desenvolvidas pela Gerência de Apoio de Alta Complexidade (fl. 39-40), departamento subordinado à Diretoria de Assistência Especializada/DIASE/SAS, foram apresentadas as seguintes problemáticas relacionadas à TRS/DF no ano de 2010: falta constante de vagas; desconhecimento da real capacidade instalada de serviços públicos; realização de contratos junto às clínicas privadas por teto financeiro e não por teto físico (nº de pacientes), não utilizando a capacidade máxima estabelecida na RDC nº 154/2004, que preconiza até 200 pacientes por serviço; estrutura física dos serviços apresentando constantes problemas junto à Vigilância Sanitária; dificuldade na contratação de mais um serviço de TRS na rede DF (IDR Ceilândia) e falta de insumos nas unidades da rede pública, tanto para pacientes crônicos quanto agudos; concentração de pacientes renais em Ceilândia (22,3%), cidade sem serviço credenciado; carência de sistema informatizado para o gerenciamento e alocação de pacientes nos serviços credenciados; mortalidade elevada de pacientes, razão da existência de novas vagas e baixa produtividade de transplantes renais no DF.”*

## **5. Destinatários do Relatório de Auditoria**

32. O Relatório de Auditoria terá como destinatários o Tribunal de Contas do Distrito Federal - TCDF, a Secretaria de Estado de Saúde do DF e os servidores das unidades que realizam serviços de diálise.

---

<sup>17</sup> Ata nº 36/2011 – Plenário. Data da Sessão: 31/8/2011 – Ordinária.



## 6. Objetivo Geral da Auditoria

33. O objetivo geral da presente auditoria é avaliar a gestão da SES/DF na oferta de serviços relacionados à Terapia Renal Substitutiva - TRS.

## 7. Objetivos Específicos

34. As questões de auditoria estão assim definidas:

1. A Rede Distrital de Nefrologia da SES/DF está devidamente organizada e dispõe de recursos humanos e materiais para garantir a oferta de serviços de TRS?
2. O acesso dos pacientes aos serviços de TRS obedece aos princípios da equidade e integridade?
3. A SES/DF promove o faturamento dos serviços de TRS realizados?
4. A SES/DF possui mecanismos de planejamento e monitoramento dos serviços de diálise ofertados aos pacientes renais crônicos?

## 8. Escopo

35. Esta fiscalização abrange todas as unidades da SES/DF relacionadas à oferta dos serviços de diálise, tais como unidades prestadores destes serviços e áreas administrativas responsáveis pelo seu funcionamento.

36. Em que pese as análises de dados relativos a vagas e atendimentos abrangerem também a rede complementar, as visitas *in loco* desta fiscalização abarcarão apenas a rede própria.

37. O escopo contemplará os serviços prestados em 2014 aos pacientes renais crônicos em fase avançada, dependentes da TRS. Suplementarmente, alguns aspectos serão avaliados por meio de evolução histórica, abarcando os anos de 2012, 2013 e 2014.

38. Cumpre registrar que optou-se por não aprofundar na modalidade transplante renal, por entender que trata-se de tema sujeito a demasiadas variáveis externas, tais como a própria opção em se tornar doador, o quantitativo de falecimento de potenciais doadores e, ainda, a compatibilidade no caso de doadores vivos.

## 9. Montante Fiscalizado

39. O montante empenhado para custeio do objeto fiscalizado, de acordo com o Sistema Integrado de Gestão Governamental – SIGGO, consta do Quadro a seguir:

**Quadro 6: Montante empenhado no Programa de Trabalho 10.302.6202.2145.0008 – Serviços Assistenciais Complementares em Saúde – Terapia Renal.**

Exercício	Despesa Autorizada	Despesa Empenhada	Despesa Liquidada
2014	34.075.714,00	25.936.160,42	22.406.941,79
2013	33.951.489,00	33.951.487,24	30.306.175,51
2012	111.400.000,00	105.461.314,34	94.271.093,35

Fonte: SIGGO. UO 23901. Consulta em 20/02/2015.



40. Cumpre registrar que no ano de 2012, o Programa de Trabalho 10.302.6202.2145.0008 não restringia-se à Terapia Renal, abarcando “Serviços Assistenciais Complementares em Saúde – Cardiologia – Oftalmologia – Otorrino – Hemod. T. Renal”, o que justifica os valores mais vultosos acima descritos.

## 10. Avaliação do Controle Interno

41. Com o objetivo de orientar a extensão dos testes a serem realizados durante a Fiscalização procedeu-se à Avaliação do Controle Interno.

42. Para aferir o Risco Inerente, decorrente da própria natureza do objeto auditado, consideraram-se as seguintes variáveis: gravidade<sup>18</sup>, urgência<sup>19</sup>, tendência<sup>20</sup>, complexidade<sup>21</sup>, relevância<sup>22</sup> e materialidade<sup>23</sup>, relativas ao jurisdicionado e à matéria a ser auditada, conforme tabela abaixo:

**Tabela 1: Aferição do Risco Inerente**

	Órgão	Matéria auditada 1
<b>Gravidade</b>	●	●
<b>Urgência</b>	●	●
<b>Tendência</b>	●	●
<b>Complexidade</b>	●	●
<b>Relevância</b>	●	●
<b>Materialidade</b>		●
<b>TOTAL</b>		
<b>Média</b>		
<b>Risco inerente (percentual)</b>	84%	

Fonte: PT 02 – associado ao sistema e-TCDF

43. Em relação à materialidade das despesas relativas ao objeto auditado, conclui-se pela baixa materialidade, haja vista perfazerem 1,42% em relação ao total da despesa autorizada no âmbito da SES/DF no período de 2012 a 2014, conforme Quadro abaixo:

<sup>18</sup> Representa o impacto, a médio e longo prazo, do problema analisado caso ele venha a acontecer sobre aspectos, tais como: tarefas, pessoas, resultados, processos, organizações, entre outros.

<sup>19</sup> Representa o prazo, o tempo disponível ou necessário para resolver um determinado problema analisado. Quanto maior a urgência, menor será o tempo disponível para resolver esse problema. Deve ser avaliada tendo em vista a necessidade de se propor soluções a fim melhorar a gestão da/do referida matéria/órgão.

<sup>20</sup> Representa o potencial de crescimento do problema e a probabilidade deste se agravar. Recomenda-se fazer a seguinte pergunta: “Se esse problema não foi resolvido agora, ele vai piorar pouco a pouco ou vai piorar bruscamente?”.

<sup>21</sup> Pode-se medir a complexidade avaliando se os constituintes da matéria são heterogêneos, se há multiplicidade nas ações, interações e acontecimentos e se há a presença de traços de confusão, acasos, caos, ambiguidades, e incertezas.

<sup>22</sup> A relevância deve ser avaliada, independentemente da materialidade do objeto de auditoria, a fim de buscar a importância qualitativa das ações em estudo, quanto à sua natureza, contexto de inserção, fidelidade, integralidade das informações.

<sup>23</sup> A materialidade traduz a razão entre a despesa autorizada relativa à(s) matéria(s) auditada(s) e o total da despesa autorizada para o órgão no exercício.

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

Fls.: 12

Proc.: 3120/15

Rubrica

**Quadro 7: Cálculo da Materialidade**

<b>Matéria Auditada</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Despesa autorizada	111.400.000,00	33.951.489,00	34.075.714,00
Total Despesa Autorizada no órgão*	3.024.581.459,59	3.247.810.676,00	3.734.561.896,08
Percentual	3,68%	1,05%	0,91%
Materialidade (Percentual)	1,42%		

Fonte: SIGGO. UO 23901. Consulta em 20/02/2015.

44. No que tange ao Risco de Controle, aplicou-se ao responsável pelo Núcleo de Terapia Renal Substitutiva<sup>24</sup> o questionário constante da *Planilha de Avaliação do Controle Interno* (PT nº 02). A avaliação das respostas obtidas indicou o percentual de 44% para o Risco de Controle<sup>25</sup>, aquele associado à inexistência de um bom sistema de controle interno que previna ou detecte erros ou irregularidades relevantes.

**11. Risco de Auditoria**

45. Uma vez que o Risco Inerente foi avaliado como Elevado<sup>26</sup> e o Controle Interno como Adequado<sup>27</sup>, de acordo com o Manual de Auditoria do TCDF, avalia-se o Risco de Auditoria como moderado a alto, de acordo com a tabela 1 da seção 4.9 do Manual de Auditoria.

**12. Equipe de Auditoria e Recursos Necessários**

46. A equipe que executará a auditoria deve ser constituída de 2 auditores, não sendo necessário perfil específico.

47. Serão utilizados os recursos já disponíveis no Tribunal.

**13. Cronograma**

48. A execução dos trabalhos ocorrerá de acordo com o seguinte cronograma:

<b>Atividade</b>	<b>Dias úteis necessários</b>
Realização dos trabalhos de campo	35
Elaboração das Matrizes de Achados e de Responsabilização (se houver)	5
Elaboração da versão prévia do Relatório de Auditoria	20
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>

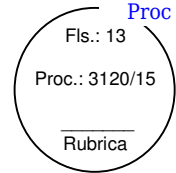
49. Estima-se que esse prazo corresponda a um período de cerca de 91 dias corridos.

<sup>24</sup> NTRS/GAAC/DIASE/SAS

<sup>25</sup> Risco de Controle – baixo: inferior a 33%; moderado: 33% a 65% e alto: superior a 66%.

<sup>26</sup> Risco Inerente – Baixo : inferior a 33%; Moderado: 33% a 66% e Elevado: superior a 66%.

<sup>27</sup> Controle Interno (100% menos o Risco de Controle) – Fraco: inferior a 33%; Adequado: 33% a 65% e Forte: superior a 66%.



#### **14. Papel de Trabalho I — Matriz de Planejamento**

50. A Matriz de Planejamento está associada aos presentes autos como  
PT 01.