



AUDITORIA OPERACIONAL

RELATÓRIO PRÉVIO

Oferta de serviços de Terapia Renal Substitutiva aos pacientes renais crônicos



Brasília 2015



Resumo Executivo

Trata-se de Auditoria Operacional realizada na Secretaria de Estado de Saúde do DF, tendo como objeto os serviços de nefrologia prestados pela rede pública de saúde aos pacientes renais crônicos em fase avançada, dependentes da Terapia Renal Substitutiva – TRS.

A insuficiência renal é a redução na capacidade de os 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 ¹. A doença renal pode ser aguda², temporária e geralmente reversível, ou crônica³, caracterizada pela perda progressiva e irreversível das funções dos rins.

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.

Os procedimentos de Terapia Renal Substitutiva são oferecidos pelo SUS no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do DF por intermédio de hospitais públicos e de clínicas privadas contratadas, denominada de rede complementar.

O Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal, elaborado em 2009 pela SES/DF, tem o objetivo geral de orientar as ações de prevenção e tratamento da doença renal e organizar a rede distrital de assistência em nefrologia no DF.

O que o Tribunal buscou avaliar?

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

Para alcançar esse objetivo, foram propostas quatro questões de

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

² A doença renal aguda também é conhecida como insuficiência renal aguda ou injúria renal aguda - AK1.

³ Anteriormente conhecida como falência renal crônica.



auditoria:

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?

O que o Tribunal encontrou?

No tocante à primeira questão, foram constatadas falhas na gestão dos serviços de Terapia Renal Substitutiva oferecidos aos pacientes renais crônicos. Nos últimos três anos não houve ampliação de vagas na rede complementar e atualmente há dificuldades na definição da real capacidade operacional da rede própria, em virtude da variação do quantitativo de máquinas em funcionamento, de servidores disponíveis e da existência de insumos para realização dos procedimentos.

Corroborando com a não ampliação da cobertura de atendimento, há falta de recursos materiais e humanos para a prestação dos serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS. Embora a rede própria disponha de grande parte dos ambientes elencados pela RDC nº 11/14, que dispõe sobre boas práticas para os serviços de diálise, algumas unidades apresentam necessidade de reforma. Há falta de insumos, principalmente aqueles relativos à realização de exames de acompanhamento da saúde do paciente, e cerca de 35% das máquinas de hemodiálise não estão sendo utilizadas devido à ausência de manutenção. Em funcionamento, tais máquinas poderiam garantir o tratamento mensal de 116 pacientes crônicos.

Quanto à segunda questão, verificou-se que o acesso dos pacientes aos serviços de TRS não obedece aos princípios da equidade e integralidade. O diagnóstico dos pacientes não ocorre precocemente, não havendo organização de uma linha de cuidados integrais que perpassasse os níveis de atenção. Em regra, a Doença Renal Crônica – DRC é identificada apenas em seu estágio avançado,



quando o paciente já requer a utilização de Terapia Renal Substitutiva. Uma vez diagnosticado, o paciente entra em “fila de espera” por vaga em uma das clínicas da rede complementar. Enquanto aguarda, realiza as sessões de diálise em hospitais públicos. A título de exemplo, em 2014 cerca de 85% dos pacientes encaminhados para rede complementar vieram dos serviços de atendimento de doentes renais agudos dos Hospitais Regionais, apontando a intempestividade do diagnóstico.

Foram também identificados indícios de falhas na gestão da “lista de espera”, tais como nome em duplicidade, paciente sem perfil ambulatorial ou falecido, longo tempo de espera e incompatibilidade entre as listagens dos hospitais e aquela fornecida pelo Núcleo de Terapia Renal Substitutiva – NTRS/GAAC/DIASE/SAS. Por ser encaminhado à clínica próxima ao seu local de moradia, o paciente está ainda sujeito à variável da distribuição geográfica irregular das unidades prestadoras de serviço, o que também compromete a equidade no acesso aos serviços de TRS.

Relativamente à terceira questão, apurou-se que, no que tange ao faturamento dos serviços prestados, apenas os serviços de diálise prestados por unidades credenciadas/habilitadas são passíveis de faturamento e por isso há registro apenas da produção dessas unidades. Não há, portanto, consolidação de todos os procedimentos realizados pelos hospitais públicos a fim de se estabelecer um percentual de procedimentos realizados, mas não faturados.

A sistemática de importação dos dados de produção enviados pelas unidades credenciadas para o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS gera um “relatório de críticas”, o qual aponta os erros e rejeições no faturamento das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC's. Análise do relatório de críticas referente aos serviços prestados em 2014 apontou um total de 10.348 erros no faturamento, em quase sua totalidade referentes aos hospitais públicos (10.243 críticas).

No que se refere à quarta questão, detectou-se que a SES/DF possui deficiência nos mecanismos de planejamento e monitoramento dos serviços de diálise ofertados aos pacientes renais crônicos. Em que pese a existência de Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal – PDPTDR, elaborado em 2009 pela Coordenação de Nefrologia/GRMH/DIASE/SAS/SES, tal documento está



desatualizado e pouco contribuiu para a reversão do cenário insatisfatório de oferta de serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS. As ações estratégicas constantes no Plano não guiaram a gestão dos serviços nos últimos anos.

No mesmo sentido, os mecanismos de monitoramento dos serviços de diálise ofertados aos pacientes renais crônicos também apresentam-se frágeis, não havendo histórico de indicadores capazes de acompanhar a qualidade dos serviços prestados. A saúde do paciente é colocada em risco diante da descontinuidade da cobertura contratual referente ao controle de qualidade da água utilizada na hemodiálise. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, cuja utilização é recomendada pelo Ministério da Saúde, identificou-se que os hospitais não apresentam ao paciente todas as informações mínimas preconizadas pelas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC.

Quais foram as proposições formuladas pela equipe de auditoria?

Entre as proposições formuladas à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, destacam-se:

- adoção de medidas para a efetiva ampliação da cobertura de atendimento ao paciente renal crônico a partir de diagnóstico da capacidade operacional de atendimento;
 - promoção de ações necessárias para sanar as causas referentes às máquinas de hemodiálise inutilizadas;
 - adoção de protocolo de regulação para as vagas de Terapia Renal Substitutiva, a fim de garantir a padronização dos fluxos de encaminhamento e a universalização do acesso ao tratamento renal;
 - garantia da articulação entre os níveis de atenção no cuidado ao portador da Doença Renal Crônica - DRC ou seus fatores de risco;
 - estabelecimento de rotina de consolidação de todos os procedimentos de Terapia Renal Substitutiva prestados, por unidades credenciadas ou não;
 - revisão do Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal – PDPTDR, a fim de garantir que tal documento tenha objetivos e metas atualizados, condizentes com a real necessidade de aprimoramento da Rede;
- e



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

- adoção e monitoramento dos indicadores de qualidade constantes do Anexo II da Portaria GM/MS nº 389/14, que define os critérios para organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal.

Quais os benefícios esperados com a atuação do Tribunal?

Espera-se que, com a adoção das medidas propostas pelo Tribunal, a SES/DF possa garantir o atendimento tempestivo, seguro e de qualidade a todos os pacientes renais crônicos que necessitem de Terapia Renal Substitutiva. Acredita-se, ainda, que as medidas propostas na sistemática de faturamento dos procedimentos gerem aumento no aporte de recursos repassados pelo Ministério da Saúde.



Sumário

1	Introdução	7
1.1	Apresentação	7
1.2	Identificação do Objeto	7
1.3	Contextualização	11
1.4	Objetivos	15
1.4.1	Objetivo Geral	15
1.4.2	Objetivos Específicos	16
1.5	Escopo	16
1.6	Montante Fiscalizado	16
1.7	Metodologia	17
1.8	Crítérios de auditoria	17
1.9	Avaliação de Controle Interno	18
2	Resultados da Auditoria	20
2.1	QA 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?	20
2.1.1	Achado 1 – Quantitativo de vagas insuficiente para atendimento da demanda por Terapia Renal Substitutiva – TRS.	20
2.1.2	Achado 2 – Insuficiência de estrutura e recursos para oferta adequada do serviço de TRS.	34
2.2	QA 2 – O acesso dos pacientes aos serviços de TRS obedece aos princípios da equidade e integralidade?	45
2.2.1	Achado 3 – Acesso intempestivo ao tratamento da Doença Renal Crônica.	46
2.3	QA 3 – A SES/DF promove o faturamento dos serviços de TRS realizados?	53
2.3.1	Achado 4 – Falhas no registro e controle dos procedimentos de TRS realizados nos hospitais públicos.	54
2.4	QA 4 – A SES/DF possui mecanismos de planejamento e monitoramento dos serviços de diálise ofertados aos pacientes renais crônicos?	61
2.4.1	Achado 5 – A SES/DF não adota instrumentos para planejar a prestação dos serviços de TRS.	62
2.4.2	Achado 6 – Ausência de controle e monitoramento dos serviços de TRS.	68



1 Introdução

1.1 Apresentação

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

2. A execução da presente auditoria compreendeu o período de 16 de março a 10 de abril de 2015.

1.2 Identificação do Objeto

3. O objeto da auditoria diz respeito aos serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS prestados aos pacientes renais crônicos, em atenção à Decisão TCDF nº 4783/14, de seguinte teor:

*“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 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)*

4. 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 bases⁴. A doença renal pode ser aguda⁵, temporária e geralmente reversível, ou crônica⁶, caracterizada pela perda progressiva e irreversível das funções dos rins.

⁴ Previna-se. Salve seus rins. Rio de Janeiro: Dr. Edison Souza & Dr. Sanjay Pandya, 2014.

⁵ A doença renal aguda também é conhecida como insuficiência renal aguda ou injúria renal aguda - AK1.

⁶ Anteriormente conhecida como falência renal crônica.



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

5. 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

6. 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

7. Segundo o Regimento Interno da Secretaria⁷, 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

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

8. 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		29/10/2014 até 31/12/2015
José Bonifácio Carreira Alvim		21/08/2014 até 28/10/2014

⁷ Decreto nº 34213, de 14 de março de 2013.



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

Elias Fernando Miziara		02/07/2014 até 20/08/2014
José Rubens Iglésias	Secretário Adjunto de Saúde	29/01/2015 até a data de conclusão deste trabalho
Cristhiane Pinheiro Texeira Chico de Aguiar		29/10/2014 até 28/01/2015
José Bonifácio Carreira Alvim		02/07/2014 até 28/10/2014
José Tadeu dos Santos Palmieri	Subsecretário de Atenção à Saúde	07/01/2015 até a data de conclusão deste trabalho
Otávio Augusto Silva de Siqueira Rodrigues		24/12/2014 até 06/01/2015
Daniel Veras de Melo,		30/10/2014 até 23/12/2014
Roberto José Bittencourt		03/05/2012 até 29/10/2014
Ivan Castelli		04/01/2011 até 02/05/2012
Viviane Resende de Oliveira	Diretor de Assistência Especializada	20/01/2015 até a data de conclusão deste trabalho
Humberto de Carvalho Barbosa		05/11/2014 até 19/01/2015
Lauro Cezar Sant'Anna		29/08/2013 até 04/11/2014
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

Legislação Aplicável

9. A Portaria GM/MS n.º 1168, de 15 de junho de 2004, editada pelo Ministério da Saúde, 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.

10. A listagem dos marcos normativos aplicáveis ao objeto da fiscalização consta no Quadro abaixo:



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

Quadro 2: Legislação e Normas Aplicáveis

Norma	Objeto
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

11. Foram também identificados documentos que contêm orientações e diretrizes gerais relacionadas ao objeto da auditoria, que se encontram relacionados no Quadro a seguir:

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

Documento	Órgão elaborador
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

1.3 Contextualização

12. O aumento da incidência e prevalência da Doença Renal Crônica - DRC é um fenômeno mundial, que ao longo dos anos vem ocupando um espaço importante no perfil epidemiológico brasileiro, tornando-se assim um problema de saúde pública⁸.

13. No Brasil, a DRC afeta principalmente os adultos jovens, o que representa um agravante, visto que este grupo populacional se encontra em idade produtiva⁹. 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.

14. 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. Atualmente, estima-se que cerca de um em cada dez adultos é portador de doença renal crônica¹⁰.

15. 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

⁸ Livro do Aluno: Terapia Renal Substitutiva. São Paulo: FUNDAP, 2012.

⁹ Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal. Coordenação 2009.

¹⁰ Livro do Aluno: Terapia Renal Substitutiva. São Paulo: FUNDAP, 2012.



SES/DF.

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

Tratamento da Doença Renal Crônica

17. 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.

18. 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 m²)
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.

19. 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 (dialítico)¹¹.

20. O tratamento conservador consiste em controlar os fatores de risco

¹¹ 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.



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 paciente com DRC em estágios mais avançados. A TRS abrange as seguintes modalidades de substituição da função renal: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.¹²

21. A seguir, algumas observações sobre as modalidades de terapia¹³:

- 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.

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,

¹² 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.

¹³ 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)



repassado ao gestor distrital somente após a realização dos procedimentos pelas unidades de saúde¹⁴ e os respectivos registros nos sistemas de informação:

“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)

24. Quanto à inserção dos dados de produção nos sistemas informatizados do Ministério da Saúde, a SES/DF deve consolidar e validar tais dados, 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.¹⁵

25. Os procedimentos de diálise ambulatorial serão cobrados do Ministério da Saúde através de APAC¹⁶ - 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^{17 18}.

¹⁴ “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).

¹⁵ 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.

¹⁶ 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”.

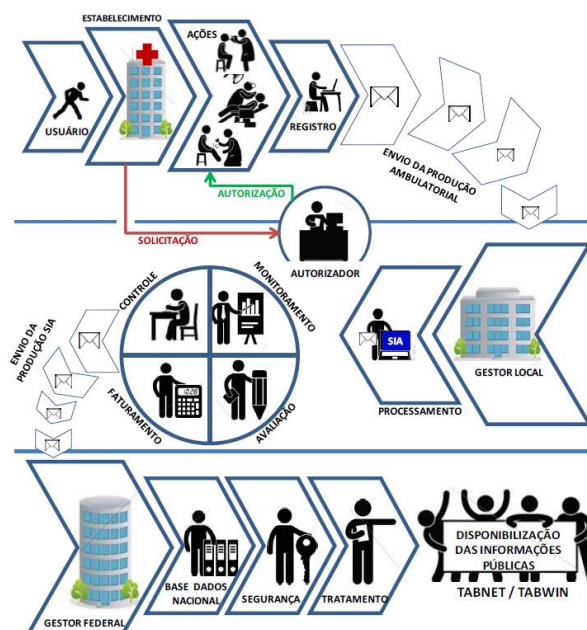
¹⁷ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).

¹⁸ 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).



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

Figura 1: Fluxo de Atendimentos que exigem Autorização - APAC



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

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	Contratação de 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.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

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



1.4.2 Objetivos Específicos

28. As questões de auditoria foram 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?

1.5 Escopo

29. Esta fiscalização abrangeu 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.

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

31. O escopo contemplou os serviços prestados em 2014 aos pacientes renais crônicos em fase avançada, dependentes da TRS, e os recursos atuais disponíveis à oferta de diálise. Suplementarmente, alguns aspectos foram avaliados por meio de evolução histórica, tais como quantitativo de vagas da Rede, abarcando os anos de 2012, 2013 e 2014.

32. Cumpre registrar que se optou por não abordar a modalidade transplante renal, por entender que se trata 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.

1.6 Montante Fiscalizado

33. 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.

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

1.7 Metodologia

35. Os procedimentos e técnicas utilizados na execução da presente auditoria encontram-se registrados na Matriz de Planejamento (PT 1), merecendo destaque a análise documental e a observação *in loco*.

36. Foram realizadas visitas em todos os hospitais públicos distritais, credenciados (HBDF, HRT e HRS) ou não (HRSM, HRG e HRAN), que oferecem serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS. Na busca por possíveis opções de melhorias na oferta desses serviços, foi realizada visita ao Hospital Universitário de Brasília – HUB (Ofício nº 77/2015-DIAUD2), que, apesar de gestão federal, encaminha pacientes para serem regulados pelo Núcleo de Terapia Renal Substitutiva – NTRS/GAAC/DIASE/SAS/SES.

37. As informações obtidas nas visitas às unidades hospitalares estão registradas no Instrumento de Coleta (PT 5) e, no caso de registros fotográficos que evidenciaram achados, no PT 15, fls. 2/19.

1.8 Critérios de auditoria

38. Os critérios utilizados na presente auditoria foram extraídos da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (Portaria GM/MS nº 1168/04), das orientações para organização da linha de cuidado ao portador de DRC (Portaria GM/MS nº 389/14), dos requisitos de boas práticas de funcionamento dos



serviços de diálise (RDC nº 11/14) e do Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal, elaborado em 2009 pela Coordenação de nefrologia/GRMH/DIASE/SAS/SES, em especial das ações estratégicas constantes nesse documento.

1.9 Avaliação de Controle Interno

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

40. Para aferir o Risco Inerente, decorrente da própria natureza do objeto auditado, consideraram-se as seguintes variáveis: gravidade¹⁹, urgência²⁰, tendência²¹, complexidade²², relevância²³ e materialidade²⁴, relativas ao jurisdicionado e à matéria a ser auditada, conforme quadro abaixo:

Quadro 7: Aferição do Risco Inerente

	Órgão	Matéria auditada 1
Gravidade		
Urgência		
Tendência		
Complexidade		
Relevância		
Materialidade		
TOTAL		
Média		
Risco inerente (percentual)	84%	

Fonte: PT 02 – associado ao sistema e-TCDF

¹⁹ 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.

²⁰ 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.

²¹ 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?"

²² 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.

²³ 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.

²⁴ 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.



41. 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:

Quadro 8: Cálculo da Materialidade

Matéria Auditada	2012	2013	2014
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.

42. No que tange ao Risco de Controle, aplicou-se ao responsável pelo Núcleo de Terapia Renal Substitutiva²⁵ 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 Controle²⁶, aquele associado à inexistência de um bom sistema de controle interno que previna ou detecte erros ou irregularidades relevantes.

²⁵ NTRS/GAAC/DIASE/SAS

²⁶ Risco de Controle – baixo: inferior a 33%; moderado: 33% a 65% e alto: superior a 66%.



2 Resultados da Auditoria

2.1 QA 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?

*A Rede Distrital de Nefrologia das SES/DF não está devidamente organizada e não dispõe de recursos humanos e materiais suficientes para garantir a oferta de serviços de TRS. Nos últimos três anos **não** houve ampliação de vagas na rede complementar e atualmente há dificuldades na definição da real capacidade operacional da rede própria, em virtude da variação do quantitativo de máquinas em funcionamento, do quantitativo de servidores disponíveis e da existência de insumos para realização dos procedimentos. Estima-se que, para atender à população do DF e do entorno, a Rede precisaria disponibilizar cerca de 1.650 vagas, no entanto, conta com um número estimado de 1.250 atendimentos.*

Corroborando com a não ampliação da cobertura de atendimento, há falta de recursos materiais e humanos para a prestação dos serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS. Embora disponha de grande parte dos ambientes elencados pela RDC nº 11/14, que estabelece boas práticas para os serviços de diálise, algumas unidades apresentam necessidade de reforma. Há falta de insumos, principalmente aqueles relativos à realização de exames de acompanhamento da saúde do paciente, e cerca de 35% das máquinas de hemodiálise não estão sendo utilizadas devido à ausência de manutenção. Em funcionamento, tais máquinas poderiam garantir o tratamento mensal de 116 pacientes crônicos.

2.1.1 Achado 1 – Quantitativo de vagas insuficiente para atendimento da demanda por Terapia Renal Substitutiva – TRS

Critério

43. A SES/DF deve ampliar a cobertura de atendimento aos pacientes renais crônicos garantindo o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva – TRS (Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal e art. 2º, V da Portaria GM/MS nº 1168/04).



Análises e Evidências

44. Os serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS da SES/DF são prestados em hospitais públicos (*rede própria*) e em clínicas privadas que firmem contrato²⁷ de prestação de serviços com a Secretaria (*rede complementar*) (Quadro 9). Por meio do credenciamento²⁸ ou habilitação²⁹, tais serviços se adequam às normas do Sistema Único de Saúde – SUS.

Quadro 9: Organização da Rede Distrital de Nefrologia

Unidades	Serviços de TRS prestados		Público Alvo	Situação quanto à habilitação
Rede Própria	Hemodiálise	Diálise Peritoneal		
Hospital de Base do DF (HBDF)	Sim	Sim	crônicos agudizados/agudos	Habilitado
Hospital Regional de Taguatinga (HRT)	Sim	Sim	crônicos/crônicos agudizados/agudos	Habilitado
Hospital Regional do Gama (HRG)	Sim	Sim	crônicos agudizados/agudos	Não habilitado
Hospital Regional de Sobradinho (HRS)	Sim	Sim	crônicos/crônicos agudizados/agudos	Habilitado
Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)	Sim	Não	crônicos agudizados/agudos	Não habilitado
Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)	Sim	Não	agudos	Não habilitado
Rede Complementar	Hemodiálise	Diálise Peritoneal	Público Alvo	Situação quanto à habilitação
Clínica de Doenças Renais de Taguatinga (CDRT)	Sim	Não	crônicos	Habilitado
NEPHRON Taguatinga	Sim	Sim	crônicos	Habilitado

²⁷ Edital de Credenciamento nº 03/2014 – SUAG/SES/DF. O exame da regularidade destes contratos é objeto de fiscalização no Processo nº 11.843/2015e.

²⁸ Credenciamento: É o ato do **Gestor Local (SES)** que autoriza o estabelecimento de saúde público e privado a realizar procedimentos em média e alta complexidade, por meio de publicação de Portaria no DODF, após verificar, nas vistorias técnicas e fiscalização, o atendimento aos requisitos das Portarias Ministeriais de áreas específicas, observando critérios dos Planos Distritais elaborados pelas áreas técnicas da Secretaria de Saúde e aprovados pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF.

²⁹ Habilitação: É o ato do **Gestor Federal (Ministério da Saúde)** que autoriza o estabelecimento de saúde a realizar procedimentos em média e alta complexidade, por meio de publicação de Portaria no Diário Oficial da União, após verificar, nas vistorias técnicas, o cumprimento às exigências das Portarias Ministeriais das especialidades, ratificando assim o credenciamento do Gestor Estadual (SES) para posterior repasse financeiro mediante apresentação da produção do serviço habilitado.



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

NEPHRON Gama	Sim	Sim	crônicos	Habilitado
Sociedade Clínica Médica LTDA (SOCLIMED)	Sim	Sim	crônicos	Habilitado
Clínica SEANE	Sim	Não	crônicos	Habilitado
Instituto de Doenças Renais (IDR)	Sim	Não	crônicos	Habilitado
Renal Care Prevenção e Tratamento	Sim	Sim	crônicos	Habilitado
Clínica de Nefrologia Renal Vida	Sim	Sim	crônicos	... ³⁰

Fonte: PT 7, fls. 4/6 e 105/106

45. Em suma, a rede própria seria organizada para atender aos pacientes agudos³¹ e aqueles pacientes crônicos que sofram algum tipo de intercorrência e demandem amparo hospitalar, os chamados “*crônicos agudizados*”. O tratamento dos pacientes crônicos ficaria, regra geral, a cargo da rede complementar.

46. Porém, cumpre registrar que nas visitas realizadas pela equipe de auditoria, foi recorrente a presença de pacientes crônicos no âmbito hospitalar, fato posteriormente ratificado quando do encaminhamento da listagem dos pacientes crônicos pelas unidades públicas:

Quadro 10: Percentuais de pacientes crônicos nos hospitais públicos em abril/2015

Unidades	Total de pacientes	Pacientes crônicos (n)	Pacientes crônicos (%)
HBDF	50	26	52,00
HRS	60	44 ³²	73,33
HRT	48	24	50,00
HRAN	16	11	68,75
HRSM	não especificado	6	-
HRG	não respondeu		
TOTAL	174	105	60,34

Fonte: PT 7, fls. 120/153

³⁰ Clínica em processo de credenciamento/habilitação, pois as vistorias são realizadas pela Diretoria de Vigilância Sanitária/Subsecretaria de Vigilância à Saúde/SES, quando a unidade entra em funcionamento. Contrato nº 313/2014-SES/DF.

³¹ Pacientes que apresentam redução abrupta da taxa de filtração glomerular, comum em pacientes internados.

³² O Hospital Regional de Sobradinho – HRS reserva 44 vagas fixas para atendimento desse perfil de paciente. De acordo com o responsável pela unidade, “atualmente damos preferência aos pacientes com perfil social mais carente ou com grau de deficiência que requeira o uso do hospital com mais frequência.” (PT 7, fl. 136)



47. Assim, da análise do Quadro acima, tem-se que, na prática, a prestação do serviço de TRS nos hospitais da SES/DF destina-se a público heterogêneo, havendo atendimento a pacientes crônicos em unidades que não possuem esse público alvo especificado no Quadro 9. A título de exemplo, o HRAN que, de acordo com a Gerência de Apoio de Alta Complexidade - GAAC/DIASE/SAS, realizaria diálise somente em pacientes internados - agudos ou crônicos agudizados (PT 7, fl. 5) - apresentava em abril/15 cerca de 70% de pacientes crônicos.

48. Percebe-se a predominância de atendimento por clínicas privadas, responsáveis por prestar assistência a cerca de **81%** dos pacientes renais em dezembro de 2014, como se depreende do Quadro a seguir:

Quadro 11: Quantidade de pacientes atendidos em cada unidade de nefrologia em dez/14

Unidades	Quantidade de pacientes atendidos	
	Hemodiálise - HD	Diálise Peritoneal - DP
Rede Própria		
Hospital de Base do DF (HBDF)	42	51
Hospital Regional de Taguatinga (HRT)	27	07
Hospital Regional do Gama (HRG)	4	33
Hospital Regional de Sobradinho (HRS)	51	14
Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)	não informado	não informado
Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)	10	0
Total	134	105
Total Rede Própria	239	
Rede Complementar		
Clínica de Doenças Renais de Taguatinga (CDRT)	94	0
NEPHRON Taguatinga	143	0
NEPHRON Gama	99	7
Sociedade Clínica Médica LTDA (SOCLIMED)	122	3
Clínica SEANE	117	0
Instituto de Doenças Renais (IDR)	197	0
Renal Care Prevenção e Tratamento	10	86



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

Clínica de Nefrologia Renal Vida³³	-	-
Clínica de Doenças Renais de Brasília - CDRB³⁴	129	0
Total	911	96
Total Rede Complementar	1007	
TOTAL	1246	

Fonte: PT 7, fls. 28/29

49. Uma vez apresentada a organização atual dos serviços de diálise na rede, passa-se a analisar sua capacidade de absorção da demanda por TRS.

50. A evolução histórica do quantitativo de pacientes atendidos pela rede própria (hospitais públicos) indica não apenas que se deixou de ampliar o atendimento, mas também aponta uma ligeira diminuição quando comparado ao quantitativo de atendimentos no final do exercício de 2012:

Quadro 12: Quantidade de pacientes em TRS por modalidade e Hospital Regional da rede SES DF nos meses de dezembro de 2012, 2013 e 2014.

Serviço	DEZ/2012		DEZ/2013		DEZ/2014	
	HD	DP	HD	DP	HD	DP
Hospital Regional de Santa Maria	26	00	16	00	10	00
Hospital de Base do DF	28	46	27	49	42	51
Hospital Regional de Taguatinga	53	09	48	08	27	07
Hospital Regional de Sobradinho	57	09	48	10	51	14
Hospital Regional do Gama	00	25	05	23	04	33
TOTAL	164	89	144	90	134	105
TOTAL GERAL	253		234		239	

Fonte: PT 7, fl. 28

51. Constatou-se, também, que as unidades de atendimento, públicas ou privadas, não estão distribuídas geograficamente de forma homogênea. Regra geral, não há a quantidade de unidades necessária à cobertura da população local, conforme parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde - MS de um serviço de TRS

³³ O credenciamento do serviço complementar Renal Vida com 120 vagas para hemodiálise, foi realizado em dezembro de 2014 para transferências a partir de janeiro de 2015.

³⁴ Clínica descredenciada em dezembro de 2014.



para cada 200.000 habitantes^{35 36} :

Quadro 13: Distribuição geográfica das unidades de diálise.

Regiões de Saúde	Regiões Administrativas	População³⁷	Quantitativo de Serviços de TRS	Serviços de TRS³⁸	Quantitativo de Serviços de TRS necessários segundo parâmetro do MS
Regiões Centro Sul e Centro Norte³⁹	Plano Piloto, Lago Sul, Riacho Fundo, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Guará, SIA, Estrutural, Park Way, Lago Norte, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal, Varjão	669.418	4	HBDF, SOCLIMED, Renal Care, HUB	4
Região Oeste	Ceilândia, Brazlândia	502.993	1	Renal Vida	3
Região Sudoeste	Taguatinga, Samambá, Recanto das Emas, Vicente Pires, Águas Claras	771.495	4	HRT, IDR, NEPHRON Taguatinga e CDRT	4
Região Norte	Sobradinho, Sobradinho II, Fercal, Planaltina	354.964	2	HRS, SEANE	2
Região Leste	Paranoá, Itapoá, São Sebastião, Jardim Botânico	230.137	0	-	2
Região Sul	Gama, Santa Maria	257.679	1	NEPHRON Gama	2
TOTAL		2.786.686	12		17

Fonte: CODEPLAN (PT 7, fls. 96/103)

52. Nesse ponto, cumpre lembrar que análise semelhante foi realizada

³⁵ Portaria SAS/MS nº 211/04 – Organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na alta complexidade.

³⁶ O referido parâmetro foi utilizado pelo Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal – PDPTDR (PT 6).

³⁷ População referente a 2013. A Codeplan informou não possuir a população de cada região do DF referente ao exercício de 2012. (PT 7, fls. 96/103)

³⁸ Com intuito de se aproximar da análise realizada no PDPTDR, não foram inseridos os hospitais públicos não credenciados.

³⁹ As regiões Centro Sul e Centro Norte foram aglutinadas, pois não foi fornecido pela Codeplan dados populacionais da Asa Sul (região centro sul) e Asa Norte (região centro norte) separadamente.



em 2009, quando da elaboração do Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal – PDPTDR. Naquela oportunidade, já se identificava que “*a distribuição dos serviços de TRS é bastante irregular entre as regiões de saúde*”. (PT 6, fl. 32)

53. No mesmo sentido, aquele documento já assumia uma estimativa de demanda de 1.500 vagas e uma deficiência de 400 vagas quando comparada à capacidade de atendimento da rede à época. O parâmetro utilizado no PDPTDR foi de 40 pacientes renais crônicos para cada 100.000 habitantes⁴⁰, considerando no cálculo o impacto do atendimento também da população do entorno. (PT 6, fl. 31)

54. Reproduzindo tal análise com os dados atuais, teríamos a necessidade de atender 2.852.372 habitantes⁴¹ do DF mais 1.272.600 habitantes⁴² do entorno, totalizando 4.124.972 habitantes, o que geraria à SES/DF uma demanda por cerca de **1.650** vagas. Como visto anteriormente (Quadro 11), no final do exercício de 2014 a rede atendia apenas **1.246** pacientes.

55. Verificou-se, ainda, que a SES/DF não dispõe de informações acerca do quantitativo de vagas disponibilizadas pela rede própria (hospitais públicos). Assim, não foi possível evidenciar a estimativa da necessidade de vagas a serem ampliadas.

56. Segundo o Núcleo de Terapia Renal Substitutiva - NTRS/GAAC/DIASE/SAS, o “*cálculo de vagas da rede própria da SES é variável, pois depende da quantidade de máquinas em funcionamento no período, disponibilidade de servidores e provisão de insumos para realizar os procedimentos*” e tais vagas destinam-se “*ao atendimento de pacientes agudos.*” (PT 7, fl. 28)

57. Questionada sobre o método utilizado para definição de vagas na rede própria, a Coordenação de Nefrologia/GRMH/DIASE/SAS/SES também se limitou a informar que tal número está a critério da Chefia Médica, da Supervisão de Enfermagem e/ou da Chefia de UTI.⁴³ (PT 7, fls. 105/106)

⁴⁰ Portaria GM/MS nº 1101/02 - Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

⁴¹ População do Distrito Federal em 2014 segundo [IBGE](#).

⁴² População estimada da Região Integrada de Desenvolvimento Econômico de Brasília – RIDE referente ao ano de 2014. (PT 7, fls. 96/103)

⁴³ Em que pese tal pronunciamento, em outra oportunidade (PT 7, fl. 119), a Coordenação de Nefrologia apresentou um quantitativo de 325 vagas, de hemodiálise e diálise peritoneal, para o exercício de 2014,



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

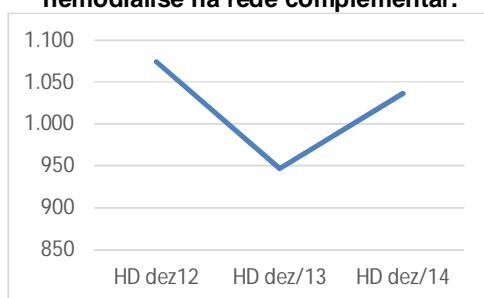
58. O cenário é agravado pela falta de ampliação de vagas na rede complementar nos últimos três anos, conforme se depreende da Tabela e Gráficos a seguir:

Tabela 1: Quantidade de vagas de TRS na rede complementar.

Unidade de Atendimento	Procedimento					
	DEZ/2012		DEZ/2013		DEZ/2014	
MODALIDADE	HD	DP	HD	DP	HD	DP
CDRB	132	00	132	00	132	00
CDRT	96	00	96	00	96	00
NEPHRON TAGUATINGA	135	00	135	00	145	30
NEPHRON GAMA	101	11	111	11	111	11
SEANE	107	00	150	00	150	00
SOCLIMED	113	00	113	00	140	40
IDR	200	00	200	00	250	00
IDR CEILÂNDIA	180	00	00 ⁴⁴	00	00	00
RENAL CARE	10	190	10	190	12	82
TOTAL	1.074	201	947	201	1.036	163
TOTAL GERAL	1.275		1.148		1.199	

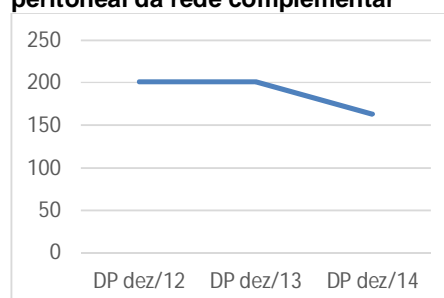
Fonte: PT 7, fl. 28

Gráfico 1: Quantitativo de vagas em hemodiálise na rede complementar.



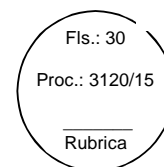
Fonte: PT 13

Gráfico 2: Quantitativo de vagas em diálise peritoneal da rede complementar



voltando a ressaltar, entretanto, que a disponibilidade de tais vagas depende da disponibilidade de máquinas, equipamento e recursos humanos. Tal quantitativo comparado ao de 2009 (361) representa diminuição de 36 vagas.

⁴⁴ No ano de 2013, o serviço complementar IDR de Ceilândia solicitou descredenciamento junto à SES, porém manteve o atendimento aos pacientes já existentes com o compromisso de aguardar o surgimento de vagas para transferência de todos os pacientes atendidos na clínica, que ao final de 2013 totalizavam 31. (PT 7, fl. 28)



59. Dados referentes a 2014 comprovam que a rede complementar, apesar de seu expressivo percentual de atendimento (81% dos pacientes da rede em dez/14), não dispõe de vagas suficientes para atender a demanda estimada dos usuários (1.650 vagas), conforme demonstrado na Tabela a seguir:

Tabela 2: Pacientes em TRS na rede complementar nos meses de abril, agosto e dezembro de 2014.

Unidade Conveniada	nº de vagas		nº de vagas		nº de vagas	
	ABR/14		AGO/14		DEZ/14	
	HD	DP	HD	DP	HD	DP
Clínica de Doenças Renais de Brasília - CDRB	132	00	132	00	132	00
Clínica de Doenças Renais de Taguatinga - CDRT	96	00	96	00	96	00
NEPHRON – Taguatinga	135	30	135	00	145	30
NEPHRON – Gama	111	11	111	11	111	11
SEANE	150	00	150	00	150	00
SOCLIMED - Sociedade Clínica Médica	113	00	140	40	140	40
IDR (Samambaia)	250	00	250	00	250	00
IDRC (Ceilândia)	*00	00	*00	00	*00	00
Renal Care Prevenção e Tratamento	12	188	12	188	12	82
TOTAL	1.033	117	1.026	239	1.036	163
TOTAL GERAL	1.150		1.265		1.199	

Fonte: PT 7, fl.29

60. Assim, em que pese a impossibilidade de se chegar a um número exato da necessidade de vagas tendo como ponto de partida as de fato já existentes, é certo que a mera manutenção, senão diminuição, das vagas nos últimos três anos não cumpre com o dever de ampliação da cobertura de atendimento aos pacientes renais crônicos, sobretudo se considerarmos o aumento da população e da incidência da Doença Renal Crônica – DRC no país. Estimativas da Sociedade Brasileira de Nefrologia já apontavam, em 2011, a existência de 10 milhões de brasileiros portadores de DRC, a maioria ainda sem diagnóstico da doença, e segundo o Censo Brasileiro de Diálise 2012 o número de pacientes em TRS no país duplicou na última década⁴⁵.

⁴⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e



61. Cabe lembrar que tal cenário compromete o sucesso do tratamento não apenas por retardar o início, mas também por eventualmente levar à “subdialisação”⁴⁶ de pacientes, tais como reconhecido por algumas unidades (PT 7, fls. 127 e 130).

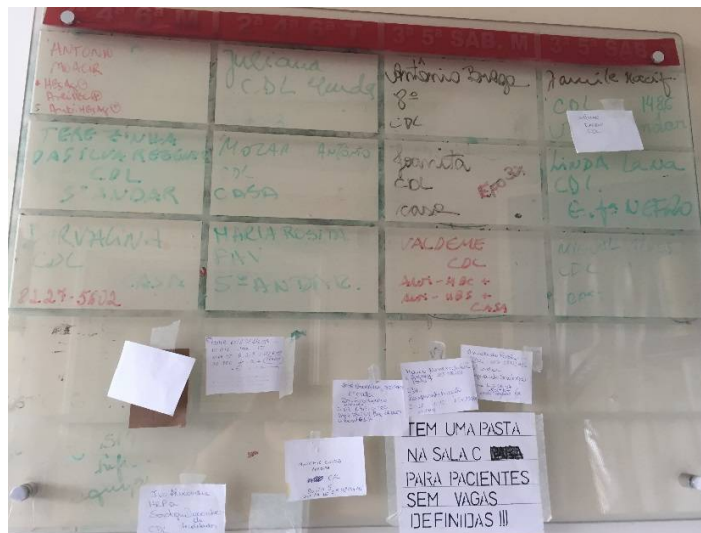


Figura 2: Quadro de pacientes no HBDF indicando pacientes fixos e “flutuantes”⁴⁷ (Visita em 09/04/2014)

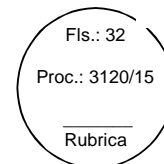
62. Por fim, cabe registrar que diante da não absorção de toda a demanda pelas unidades prestadoras de serviço, a realização de DPA (Diálise Peritoneal Automática) e DPAC (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua), ambas realizadas no domicílio do paciente, apresenta-se como uma possibilidade de atendimento ao paciente renal crônico, com minimização da sobrecarga dos hospitais públicos. Entretanto, nas visitas realizadas não foi constatado fomento da comunidade médica à adesão de tal modalidade, justificado em parte pelo estágio avançado no qual a maioria dos pacientes chega aos hospitais públicos⁴⁸ e pela própria resistência do doente renal e familiares.

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.

⁴⁶ Paciente crônico estável sendo submetido à hemodiálise com duração inferior àquela compatível com o seu tratamento, com o intuito de garantir vaga de diálise à paciente, regra geral, renal agudo.

⁴⁷ Regra geral, são pacientes internados que não possuem vaga para diálise, sendo dialisados quando algum outro paciente falta à sessão.

⁴⁸ O diagnóstico do paciente já na fase dialítica compromete a preparação para o início da TRS, incluindo a apresentação e a escolha das modalidades de tratamento. A falta de tempestividade no diagnóstico da



Causa

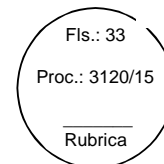
63. Não implementação das Ações Estratégicas nºs 3 (*Credenciar novos serviços de nefrologia*) e 5 (*Criação de Novas Vagas na rede pública e complementar*) do PDPTDR, elaborado em 2009.
64. Recursos humanos e materiais insuficientes para assegurar a utilização de 100% da capacidade operacional das unidades⁴⁹ (PT 7, fl. 160).
65. Diagnóstico da Doença Renal Crônica em fase avançada, gerando crescente demanda por diálise e comprometendo a preparação do paciente para início da TRS e a oportunidade de escolha da modalidade de tratamento.
66. Resistência e/ou baixa adesão ao tratamento por diálise peritoneal, cultura do cuidado passivo.
67. Falta de interesse das clínicas privadas integrarem a rede complementar e/ou excesso de burocracia na tramitação dos processos de credenciamento (PT 7, fl. 158).
68. Lentidão na renovação dos contratos com as clínicas credenciadas, deixando-as sem suporte econômico (PT 7, fls.158/159).

Efeitos

69. Comprometimento da cobertura de atendimento, aumento do tempo de espera para iniciar o tratamento, prejuízo à saúde do paciente, superlotação dos hospitais públicos, “subdialisação” dos pacientes para garantir o atendimento da demanda.
70. Uma vez que a SES/DF optou por concentrar o atendimento ao paciente renal crônico na rede complementar, a presença desse perfil de paciente nos hospitais públicos impacta a capacidade de atendimento hospitalar aos pacientes renais agudos e crônicos agudizados.
71. Encaminhamento de paciente para Unidade de Terapia Intensiva – UTI

doença renal e no início da TRS será tratada na Questão 2 , Achado 3.

⁴⁹ A insuficiência dos recursos materiais e humanos para prestação dos serviços é tratada no Achado 2.



para garantir a realização de hemodiálise (PT 7, fl. 150).

Proposições

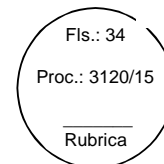
72. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexista alteração do conteúdo destes, serão submetidas à deliberação do egrégio Plenário, ao menos, as seguintes proposições:

- I. determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que:
 - a) adote medidas para a efetiva ampliação da cobertura de atendimento ao paciente renal crônico, melhorando o acesso dos pacientes ao atendimento especializado em nefrologia, a partir de diagnóstico da capacidade operacional de atendimento nos hospitais públicos e dos recursos humanos e materiais necessários à otimização do atendimento de cada unidade, observando a distribuição geográfica da demanda dos serviços;
- II. recomendar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que:
 - a) promova divulgação e/ou sensibilização, entre profissionais de saúde e pacientes renais crônicos, sobre as vantagens da diálise peritoneal automática – DPA e a diálise peritoneal ambulatorial contínua – DPAC, opções de tratamento no domicílio do próprio paciente, com maior independência da estrutura hospitalar;
- III. determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que, ainda, elabore e encaminhe ao Tribunal plano de ação para implementação da determinação constante do item I, alínea “a”, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade/setor responsável pela implementação.

Benefícios Esperados

73. Preservação da saúde do paciente, diminuição do tempo de espera por vaga para diálise.

74. Ampliação do número de pacientes em diálise peritoneal, proporcionando menor lotação dos hospitais e maior autonomia em relação às condições hospitalares,



materiais e humanas, necessárias à garantia do tratamento da doença renal crônica.

2.1.2 Achado 2 – Insuficiência de estrutura e recursos para oferta adequada do serviço de TRS

Critério

75. A SES/DF deve dispor de ambientes compatíveis com a demanda, máquinas em funcionamento e com contratos de manutenção vigentes, insumos para funcionamento e, ainda, quantitativo suficiente de profissionais de saúde (RDC nº 11/14, art. 17 e Portaria GM/MS nº 389, arts. 26 e 27).

Análises e Evidências

76. A fiscalização constatou que os serviços de TRS são afetados pela precariedade da infraestrutura (ambientes físicos), falta de insumos, equipamentos paralisados e carência de recursos humanos, conforme consignado a seguir.

Ambientes físicos

77. Em visitas aos hospitais públicos prestadores do serviço de diálise, foi observado que os hospitais habilitados para o serviço (HBDF, HRT e HRS) possuíam a maioria dos ambientes⁵⁰ estabelecidos pela Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11/2014, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise. (PT 5)

⁵⁰ Ambientes descritos nos arts. 17 e 20, RDC 11/14: consultório; área para prescrição médica; posto de enfermagem; sala de recuperação e atendimento de emergência; área para guarda dos pertences dos pacientes; área de registro (arquivo) e espera de pacientes e acompanhantes; sala de utilidades; sanitários para pacientes (masculino, feminino e adaptado); sanitários para funcionários (masculino, feminino); depósito de material de limpeza; depósito de material (almoxarifado); área para guarda dos pertences dos funcionários; área de maca e cadeira de rodas; sala para hemodiálise com área para lavagem de fístulas; sala para hemodiálise de pacientes com sorologia positiva para hepatite B com área para lavagem de fístulas; sala para processamento dos dialisadores; área específica para o armazenamento dos recipientes de acondicionamento do dialisador; sala do STDAH; sala de treinamento para pacientes; sala para diálise peritoneal.



78. Entretanto, em que pese a existência de grande parte dos ambientes preconizados, verificou-se o péssimo estado de conservação em algumas unidades, com necessidade de realização de reformas, em especial no HRS, conforme Figura 3.

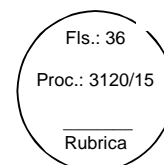


Figura 3 Estado de conservação precário dos ambientes do serviço de diálise no HRS. (Visita em 30/03/15)

79. Tal cenário é de conhecimento da SES/DF. Por meio do Memorando 130/2014, de 1/6/2014, por exemplo, o responsável técnico pelo serviço do HRS informou à Direção de Atenção à Saúde - DAS do Hospital o aguardo de obra de pintura e reparo das paredes no serviço de hemodiálise (PT 15, fl.3).

80. Nos hospitais não credenciados (HRAN, HRSM, HRG), embora não tenha sido analisada a presença dos ambientes mínimos, devido a informação de que esses hospitais se limitariam ao atendimento de pacientes internados, foram também detectadas deficiências nas instalações.

81. A título de exemplo, documento emitido pela Vigilância Sanitária (RTSD/GSES 19/2014, 3/4/14 – PT 15, fls. 4/9), aponta pendências relacionadas a estrutura física no HRAN: falta de projeto básico de arquitetura aprovado pela Vigilância Sanitária; ausência de sala exclusiva para pacientes com sorologia positiva; falta de depósito adequado para guarda de concentrados de diálise; ausência de sala exclusiva para



expurgo; ausência de depósito para equipamentos; buraco no teto da sala usada como expurgo; entre outros.

82. No mesmo sentido, documento da Vigilância Sanitária indica pendências relacionadas à estrutura física no HRSM: falta de projeto básico de arquitetura aprovado pela Vigilância Sanitária e falta de tela para a janela do depósito (Intimação nº 079382, 11/12/14 – PT 15, fl. 10).

83. Apesar das evidências de má conservação da infraestrutura, o Coordenador da Nefrologia apresentou o quadro a seguir, que demonstra a existência de solicitação de reforma apenas no HBDF e no HRT. Nos demais hospitais, não há informação sobre projetos de reforma, inclusive no HRS (PT 7, fl. 157).

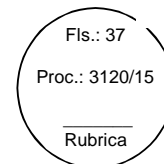
Quadro 14. Projetos de reformas existentes para as unidades de nefrologia.

Hospital	Previsão de Reforma	Estágio do Projeto de Reforma
HBDF	sem data de início definida	MEMO 043/2014, anexo contem solicitação
HRT	sem data de início definida	MEMO 015/2015, anexo contem solicitação
HRS	não informado	não informado
HRG	não informado	não informado
HRSM	não informado	não informado
HRAN	não informado	não informado

Fonte: PT 7, fl.157. Posição em 30/04/2015

84. O HRAN e o HRG, unidades não credenciadas, possuem pequena unidade de nefrologia com apenas duas salas para atendimento e pouca infraestrutura para o desempenho de suas atividades, segundo verificado em visitas *in loco*. O responsável pelo serviço do HRG relatou a necessidade de instituir unidade de nefrologia mais bem estruturada. O responsável pelo HRAN indicou a necessidade de instituir formalmente a unidade de nefrologia com responsável técnico exclusivo para o serviço, uma vez que o responsável pelo serviço é o mesmo do setor de clínica médica do hospital (PT 15, fl. 12).

85. Em documento emitido pelo setor de nefrologia do HRAN, em 5/3/15, para o Coordenador Geral de Saúde da Asa Norte, é relatado que o serviço de diálise peritoneal, que já funcionou naquela regional, foi desativado por falta de área física, recursos humanos e credenciamento do serviço (PT 15, fl. 13). Ressalta-se que a diálise



peritoneal é uma boa alternativa para dar continuidade ao tratamento dos pacientes renais crônicos, de forma a permitir a abertura de vagas na hemodiálise e preservar os acessos vasculares do paciente.

Insumos

86. O Coordenador de Nefrologia da SES informou que não havia falta de insumos nos serviços de nefrologia (PT 7, fl. 105):

"[...] cabe relatar que o fabricante de dialisadores teve problema com a matéria prima, o que gerou um desabastecimento a nível nacional. Adotamos as seguintes medidas para sanar esta dificuldade e manter o atendimento a toda a demanda ofertada pelos nossos serviços de dialise aos pacientes renais, dentre elas: 1. maximização do reprocessamento de dialisadores, observadas as normas legais vigentes; 2. padronização de diversos modelos de dialisadores favorecendo a compra do insumo via PDPAS; 3. elaboração de grade de dispensação do insumo a cada disponibilização do fabricante, visando a distribuição democrática e igualitária a cada serviço de acordo com sua produtividade."

87. Entretanto, nas visitas aos hospitais da rede pública de saúde, os responsáveis pelas unidades de nefrologia relataram que ocorrem faltas de alguns insumos, como: dialisadores, catéter, soluções, heparina, álcool, agulhas (PT 7, fls.127 e 145). No intuito de amenizar o problema, ocorrem trocas de materiais entre as unidades hospitalares.

88. Os responsáveis pelo serviço do HRAN relataram que (PT 7, fl. 145):

"A interrupção na reposição de material para hemodiálise pela Farmácia do HRAN é uma constante no decorrer de cada exercício. A hemodiálise/HRAN é abastecida a cada 7 dias, com estoque de segurança de 15% e para o exercício de 2015 este estoque ainda não foi atendido, como também contamos com quantia reduzida de materiais específicos para hemodiálise, tais como: dialisador, heparina sódica 5.000 UI, solução ácida e básica. "

89. O HBDF apresentou, em março de 2015, demanda não passível de ser suprimida pela farmácia central e pela farmácia do próprio hospital para insumos necessários ao tratamento dialítico. A tabela abaixo indica, de modo exemplificativo, a carência de materiais para hemodiálise (PT 15, fls. 22/25):


Tabela 3: Relação de insumos em falta nas farmácias, no mês de março de 2015, no HBDF.

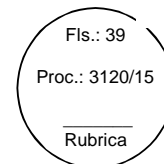
Relação de Insumos	Unidade	Código	Quantidade Mensal Necessária (A)	Quantidade na Farmácia Central (B)	Quantidade na Farmácia HBDF (C)	Déficit (A-B-C)
Dializador capilar baixo fluxo 2.0/2.1	Unidade	21634	934	272	0	662
Dializador capilar – 2.1	Unidade	21636	1010	0	40	970
Cateter duplo lumen HD adulto	Unidade	92133	240	0	0	240
Filtro para plasmaferese - plasmafluxo	Unidade	21637	5	0	0	5
Equipo arterial HD	Unidade	91116	784	0	0	784
Solução ácida acetato HD	Galão – 05 litros	90575	1.000	700	64	236

Fonte: PT 15, fls. 24/25

90. Além disso, houve o relato pelos responsáveis do HBDF e HRSM da falta de insumos para a realização de exames essenciais para o paciente em hemodiálise como ureia e creatinina em meados de outubro e em todo o mês de novembro de 2014 (PT 7, fl. 127 e 150), fato também relatado por responsáveis pelo serviço de diálise em outras unidades durante as visitas. Destaca-se que esses exames devem ser realizados mensalmente, conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado do Paciente com DRC no SUS⁵¹.

91. Há falta, também, de outros exames como índice de saturação de transferrina, ferritina, paratormônio (PTH), alumínio, magnésio, cálcio, PCR. Segundo informações obtidas no HRS, os pacientes estão sendo solicitados a fazer, na rede particular, os exames de índice de saturação de transferrina e o paratormônio (PTH). (PT 7, fls 127, 130,135 e 150).

⁵¹ 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.



92. Dessa forma, é notório que a rede falha em realizar periodicamente todos os exames preconizados pelas diretrizes do SUS para o cuidado com o paciente dialítico.

93. Destaca-se que no Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal – 2009, foi prevista a ação estratégica 15: “*Credenciamento de laboratório de patologia clínica para realizar todos os exames necessários para o diagnósticos, tratamento, controle e acompanhamento dos portadores de doença renal crônica que não são atualmente realizados na rede pública*” (PT 6, fl. 43). Entretanto, verifica-se que essa ação não foi implementada nos serviços de diálise.

Máquinas

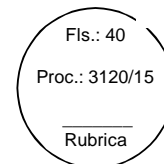
94. Outro problema relacionado à prestação do serviço de diálise é a quantidade de máquinas de hemodiálise paralisadas nos serviços de nefrologia dos hospitais públicos. Conforme Quadro 15, o número de máquinas não utilizadas por defeitos corresponde a 34,9% (n=29) do total de equipamentos.

Quadro 15. Quantidade de máquinas de hemodiálise por unidade de nefrologia na rede própria.

Unidade de Nefrologia	Máquinas HD	Marca	Turnos em funcionamento	Máquinas em funcionamento	Máquinas Paralisadas
HRT	26	B.BRAUN	Manhã/Tarde	14	12
HBDF	7	Fresenius	Manhã/Tarde	7	0
	9	B.BRAUN	Manhã/Tarde	2	7
HRG	8	Fresenius	Manhã/Tarde	6	2
HRSM	11	B.BRAUN	Manhã/Tarde	5	6
HRS	18	B.BRAUN	Manhã/Tarde	16	2
HRAN	4	B.BRAUN	Manhã/Tarde	4	0
TOTAL	83	-	-	54	29

Fonte: PT 7, fl.60.

Cerca de 35% das máquinas de hemodiálise estão paradas por problemas de manutenção. Em funcionamento, tais máquinas poderiam garantir o tratamento mensal de 116 pacientes crônicos.



95. Caso as máquinas não utilizadas estivessem em operação poderiam atender, mensalmente, mais 116 pacientes renais crônicos, que realizam hemodiálise três vezes por semana, considerando apenas 2 turnos de funcionamento⁵². Se considerássemos os pacientes internados agudos, esse número seria maior, por tratar-se de pacientes que não realizam sessões de hemodiálise com a mesma frequência necessária ao tratamento dos doentes renais crônicos.

96. De acordo com o Coordenador de Nefrologia, as máquinas de marca *B.Braun* estão sem contrato de manutenção, desde a aquisição. As máquinas de hemodiálise funcionavam apenas com a garantia de fábrica que venceu em julho de 2014. Assim, há 68 máquinas da referida marca sem manutenção há aproximadamente 9 meses (PT 7, fls. 62 e 150).

97. Destaca-se que há 15 máquinas de marca *Fresenius* que possuem contrato de manutenção com vigência até dezembro de 2015 (Contrato 212/2011 – SES/DF) (PT 7, fl. 128).

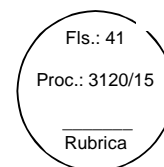
98. Ressalta-se, também, que o Coordenador relatou que não há previsão para regularizar a situação da manutenção das máquinas. Esse assunto está sendo tratado no processo 060.005.078/2014⁵³ desde abril de 2014 (PT 7, fl. 62).

99. O HRS e o HRSM estão utilizando o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde – PDPAS para realização da manutenção das máquinas de hemodiálise. Esse programa permite execução descentralizada de ações para dar autonomia gerencial progressiva para as Diretorias Gerais de Saúde e Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde, viabilizada por meio de transferência de recursos financeiros do Governo do Distrito Federal. (PT 7, fls. 105, 130, 135 e 150).

100. Destaca-se que as máquinas de hemodiálise possuem capacidade

⁵² Cálculo feito por meio da multiplicação do número de máquinas pelo número de turnos de funcionamento (2: matutino e vespertino) e pelo número de grupos de atendimentos (2: segunda, quarta e sexta; e terça, quinta e sábado), tendo em vista o tratamento 3 vezes por semana.

⁵³ Esse processo tramita, em 27/4/2015, no Núcleo de Pesquisa de Preços da Gerência de Análise e Preparação da SES/DF – NUPES/GEAPRE.



operacional máxima para funcionar por 3 turnos, porém funcionam apenas por dois períodos, por escassez de recursos humanos e de insumos (PT 5).

Recursos Humanos

101. Por fim, corroborando ainda mais com a insuficiência de recursos, verifica-se déficit na quantidade de carga horária semanal necessária dos profissionais para oferecer completo e adequado serviço de diálise nos hospitais HBDF, HRT, HRS e HRAN, conforme apresentado na Tabela 4:

Tabela 4: Quantidade de horas semanais existente, necessária e deficitária dos profissionais de saúde por unidade da rede própria⁵⁴.

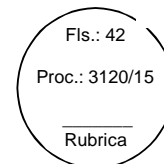
Unidade de Saúde	Situação	Médicos Nefrologistas	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Total
HBDF	Existente	735	446,5	1.591	2.772,5
	Necessário	953,5	516	1.752	3.221,5
	Déficit	218,5	69,5	161	449
HRT	Existente	262,25	160	584	1.006,25
	Necessário	376,25	240	824	1.440,25
	Déficit	114	80	240	434
HRS	Existente	231	176,4	420	827,4
	Necessário	364,75	344,4	845,2	1.554,35
	Déficit	133,75	168	425,2	726,95
HRAN	Existente	160	20	184	364
	Necessário	260	72	264	596
	Déficit	100	52	80	232
Total Déficit		566,25	369,5	906,2	1.841,95

Fonte: PT 7, fls. 35 e 42/53.

102. O déficit total de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem para esses hospitais correspondem a cerca de 566, 369 e 906 horas semanais, respectivamente. Essa deficiência corresponde a 29 médicos e 19 enfermeiros com carga horária de 20 horas semanais e 31 técnicos de enfermagem com trabalho de 30 horas semanais para suprir o necessário.

103. Existe edital de concurso público (Edital nº 01 – SEAP/SES-NS, 28/5/2014,

⁵⁴ A definição do quantitativo necessário de profissionais foi definido pelo responsável por cada unidade de diálise dos hospitais públicos.



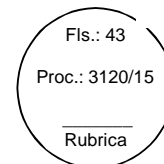
DODF nº 109, 30/5/2014, pág. 91/112 – PT 15, fls. 27/48) para provimento de vagas e formação de cadastro de reserva para cargo de nível superior para médico nefrologista com carga horária de 20 horas semanais, que destinou 8 vagas para provimento imediato e 12 vagas para formação de cadastro de reserva. Foram classificados 34 nefrologistas, ainda sem nomeações (PT 7, fl. 39). Nesse mesmo Edital foram destinadas 218 vagas para provimento imediato e 328 para cadastro de reserva de enfermeiros⁵⁵ com carga horária de 20 horas semanais, não especificando quais eram para a área de nefrologia. Houve, também, em 2014, concurso público para provimento de vagas e formação de cadastro de reserva para técnico em enfermagem com carga horária de 30 horas semanais (Edital nº 01 – SEAP/SES-NM, 28/5/2014, DODFnº 109, 30/5/2014, pág. 112/117, PT 15, fls. 48/54), sem especificação para a área de nefrologia, com 656 vagas mais 986 vagas para cadastro de reserva (PT 7, fl. 39).

104. O Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal apresentava, à época de sua elaboração (2009), tabela da quantidade de horas semanais existente, necessária e deficitária para os serviços de diálise dos hospitais públicos (PT 6, fl. 37). Em suma, o cenário de deficiência não foi resolvido ao longo dos últimos anos.

105. Cabe ressaltar que a Portaria GM/MS nº 389/14, art. 20, relaciona a equipe mínima necessária para o serviço de hemodiálise e, apesar de a maioria dos serviços ter a presença de todos os profissionais previstos na norma, foi relatado nas visitas que alguns profissionais, como o nutricionista, psicólogo e assistente social, não são específicos do serviço de diálise, são profissionais que atendem a todo o hospital, o que compromete o trabalho específico nesses pacientes (PT 5).

106. Nesse sentido, por meio do Memorando 201/2014 – CGSS, 21/7/2014, o Coordenador Geral de Saúde de Sobradinho solicitou ao Serviço Social o direcionamento de um assistente social para acompanhar os pacientes que necessitam de hemodiálise. No entanto, foi informado da impossibilidade de disponibilizar assistente social específico

⁵⁵ O Coordenador de Nefrologia relatou número de vagas para o cargo de enfermeiro de 224 para provimento imediato e 337 para cadastro reserva, diferentemente do apresentado no edital, que corresponde ao número apresentado no texto.



para a hemodiálise e da realização do atendimento por meio do encaminhamento dos pacientes para lista da assistência social. Assim, verifica-se a dificuldade em se assegurar a disponibilização exclusiva desses profissionais para os serviços de diálise. (PT 15, fls. 16/17).

107. Ressalta-se que 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.

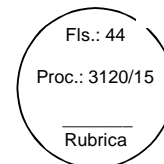
108. Além disso, conforme relatado pelo Coordenador de Nefrologia, deve ser formalmente designado, em todas as unidades de nefrologia, um médico responsável técnico pelo serviço de diálise, profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a autoridade sanitária competente a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde, bem como seu substituto, conforme previsto no art. 5º da RDC 11/2014, e um enfermeiro responsável técnico. Esses profissionais são previstos como componentes necessários à equipe mínima nos serviços de hemodiálise, conforme Portaria GM/MS nº 389/14, art. 20 (PT 7, fl.157).

109. Assim, a insuficiência de recursos compromete a prestação dos serviços de TRS, provocando, como consequência, a ocorrência de “subdialisação”⁵⁶, devido à grande variação de demanda, insumos, equipamentos e servidores. À título de exemplo, houve o relato de “subdialisação” de pacientes para postergar o fim no estoque de dialisato, insumo necessário à realização de hemodiálise, no mês de março de 2015 (PT 7, fl.150).

Causas

110. Falta de planejamento e monitoramento dos serviços de diálise quanto aos aspectos da estrutura física e recursos materiais e humanos (Achados 5 e 6).

⁵⁶ Paciente crônico estável sendo submetido à hemodiálise com duração **inferior** àquela compatível com o seu tratamento, com o intuito de garantir vaga de diálise à outro paciente.



111. Falha no processo de gestão dos contratos e das compras de insumos;
112. Não observância e aplicação do Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal quanto à proposta operacional na alta complexidade de qualificar a estrutura pública com recursos humanos, equipamento e reformas (PT 6, fl. 36), bem como quanto à realização e manutenção das Ações Estratégicas nºs 14 - *“Aquisição de todos os insumos/materiais necessários para o diagnóstico e tratamento da doença renal aguda e crônica por licitação ou adesão à ata de registro de preço por um ano”* - e 16 - *“Revisão dos contratos de manutenção das máquinas de hemodiálise, garantindo a reposição de peças”* (PT 6, fl. 43).

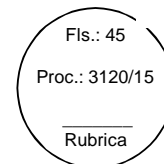
Efeitos

113. Prestação do serviço de forma inadequada e de baixa qualidade, falha no atendimento de toda a demanda e risco à saúde do paciente.
114. Restrição na realização da hemodiálise por falta de profissionais (PT 15, fl. 15).

Proposições

115. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexista alteração do conteúdo destes, serão submetidas à deliberação do egrégio Plenário, ao menos, as seguintes proposições:

- I. determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que:
 - a. elabore e implemente plano de conservação e melhoria da estrutura física das unidades prestadoras de serviços de diálise, em especial no HRS e no HRG;
 - b. adote medidas para regularizar a ocorrência de máquinas de hemodiálise paralisadas, bem como elabore um plano de manutenção desses equipamentos, de modo a garantir a continuidade do tratamento da doença renal;
 - c. aperfeiçoe o processo de programação e aquisição de insumos necessários à prestação dos serviços de diálise, de modo a garantir o abastecimento



contínuo desses produtos;

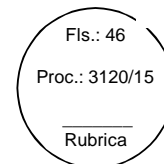
- d. garanta aos pacientes da rede pública a realização de todos os exames preconizados pela Diretrizes Clínicas para o Cuidado do Paciente com DRC;
 - e. promova a designação de responsável técnico exclusivo aos serviços de diálise, conforme estabelecido pela RDC 11/14;
- II. determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que, ainda, elabore e encaminhe ao Tribunal plano de ação para implementação da determinação constante do item I, alíneas “a”, “b”, “c” e “d”, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade/setor responsável pela implementação.
- III. alertar ao Secretário de Estado de Saúde que a carência de profissionais na prestação de serviços de diálise prejudica a oferta dos serviços, bem como compromete a qualidade da atendimento aos pacientes.

Benefícios Esperados

116. Garantia de um serviço adequado e de qualidade para pessoas com doença renal crônica.

2.2 QA 2 – O acesso dos pacientes aos serviços de TRS obedece aos princípios da equidade e integralidade?

O acesso dos pacientes aos serviços de TRS não obedece aos princípios da equidade e integralidade. O diagnóstico dos pacientes não ocorre precocemente, não havendo organização de uma linha de cuidados integrais que perpassasse os níveis de atenção. Em regra, a Doença Renal Crônica – DRC é identificada apenas em seu estágio avançado, quando o paciente já requer a utilização de Terapia Renal Substitutiva. Uma vez diagnosticado, o paciente entra em “fila de espera” por vaga em uma das clínicas da rede complementar, enquanto aguarda realizando o procedimento de diálise em hospitais públicos. Em 2014, cerca de 85% dos pacientes encaminhados para rede complementar vieram dos serviços de atendimento de doentes renais agudos dos Hospitais Regionais,



apontando a intempestividade do diagnóstico.

Foram também identificados indícios de falhas na gestão da “lista de espera”, tais como nome em duplicidade, paciente sem perfil ambulatorial ou falecido, longo tempo de espera e incompatibilidade entre as listagens dos hospitais e aquela fornecida pelo Núcleo de Terapia Renal Substitutiva – NTRS/GAAC/DIASE/SAS. Por ser encaminhado à clínica próxima ao seu local de moradia, o paciente está ainda sujeito à variável da distribuição geográfica irregular das unidades prestadoras de serviço (Quadro 13, Achado 01), o que também compromete a equidade no acesso aos serviços de TRS.

2.2.1 Achado 3 – Diagnóstico e acesso intempestivo ao tratamento da Doença Renal Crônica

Critério

117. A SES/DF deve assegurar o diagnóstico precoce da Doença Renal Crônica – DRC e garantir o acesso aos serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS, assegurando os princípios da equidade e da integralidade no encaminhamento desses pacientes (Portaria GM/MS nº 1559/08, art. 8º e Portaria GM/MS nº 389/14, art 2º, II).

Análises e Evidências

118. Segundo a Gerência de Apoio de Alta Complexidade, o Núcleo de Terapia Renal Substitutiva – NTRS/ GAAC/DIASE/SAS recebe os pacientes oriundos dos hospitais públicos da rede ou de serviço ambulatorial, verifica a documentação necessária (sorologias de hepatites, HIV, USG renal, documentos e relatório de transferência) e insere o paciente em lista de espera por vaga de Terapia Renal Substitutiva na rede complementar, exclusivamente destinada ao paciente crônico. (PT 7, fl. 11)

119. De acordo com informações obtidas, há contato telefônico diário com as clínicas conveniadas para verificar o surgimento de vagas. Em caso positivo, identifica-se o hospital com maior número de pacientes em lista de espera e, de acordo com a proximidade da moradia do paciente, realiza-se a transferência para a clínica da rede complementar. (PT 7, fl. 11)



120. Nesse contexto, importante destacar que os pacientes que se encontram em lista de espera para um serviço definitivo de diálise já estão sendo atendidos por um serviço de nefrologia da rede própria da SES. Quando diagnosticados como portador de doença renal crônica terminal (DRCT) e tiverem alta hospitalar, passam a concorrer à vaga definitiva na rede complementar. (PT 7, fl. 29)

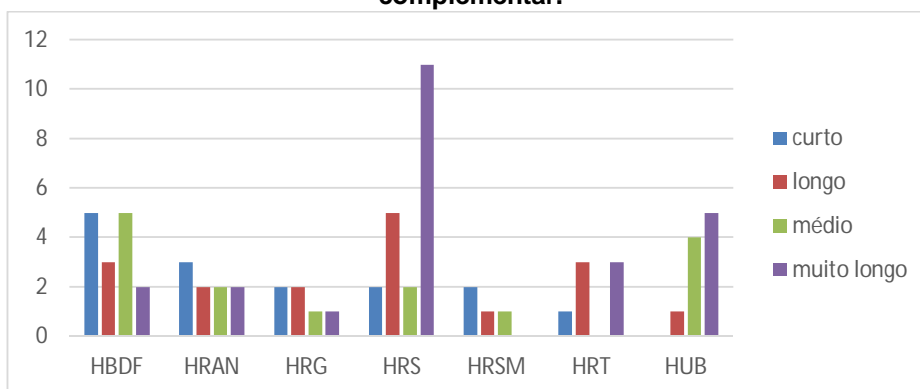
121. Quanto à gestão dessa lista, foi possível identificar falhas, tais como longo tempo de espera e nomes em duplicidade (PT 15, fls. 57/65), conforme se trata a seguir:

Quadro 16: Quantidade de pacientes e tempo⁵⁷ de espera por vaga na rede complementar.

Unidades	menor ou igual a 30 dias	de 31 a 90 dias	de 91 a 180 dias	maior que 180 dias	TOTAL
HBDF	5	5	3	2	15
HRAN	3	2	2	2	9
HRG	2	1	2	1	6
HRS	2	2	5	11	20
HRSM	2	1	1	0	4
HRT	1	0	3	3	7
HUB	0	4	1	5	10
TOTAL	15	15	17	24	71

Fonte: PT 14

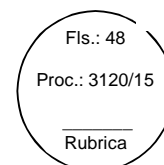
Gráfico 3: Tempo que o paciente de cada hospital aguarda para conseguir vaga na rede complementar.



Fonte: PT 14

122. Dentre os pacientes que esperam há mais de 180 dias (cerca de 33% da

⁵⁷ O quantitativo de dias pode ser maior do que o indicado visto que a contagem levou em consideração o lapso temporal entre a data de entrada na fila e o dia de encaminhamento das informações pelo NTRS (08/04/15). (PT 14)



lista), foram encontrados casos extremos de espera⁵⁸. Questionado sobre alguns desses exemplos, o NTRS reconheceu a existência de paciente sem perfil ambulatorial (tais como pacientes idosos, dependentes do transporte público para deslocamento, com alto índice de intercorrências e/ou deficiências mentais), já falecido ou que já não necessita mais de diálise, ainda em fila. Há também, segundo o Núcleo, ocorrência de recusas de pacientes a vagas que não estão localizadas na área de sua preferência, o que prolonga seu tempo de permanência na lista. (PT 15, fl. 68)

123. Destaca-se que o não encaminhamento do paciente crônico para a rede complementar implica a necessidade de repartição dos recursos hospitalares para o atendimento de pacientes crônicos e agudos, ainda que os primeiros, regra geral⁵⁹, não se mantenham internados na unidade.

124. Ainda analisando a relação de pacientes do NTRS/GAAC/DIASE/SAS, constatarem-se nomes em duplicidade na listagem, o que segundo o Núcleo seria causado pela reincidência no envio do relatório de solicitação pelos hospitais. (PT 15, fl. 68)

125. Procedendo-se à comparação da listagem enviada pelo Núcleo com aquelas disponibilizadas pelos hospitais para o mesmo período, foram encontradas, em alguns casos, incompatibilidades de nomes e quantitativo de pacientes, sugerindo falhas nos fluxos de encaminhamento das informações. (PT 7, fls. 120/145 e PT 15, fls. 58/65)

126. Estranha-se que diante da dificuldade de encaminhamento do paciente crônico à rede complementar, possa haver vagas livres nas clínicas (Tabela 5), o que reforça os indícios de problemas de gestão no encaminhamento desses pacientes.

⁵⁸ 429 dias de espera no HRG, 5 pacientes esperando há mais de 400 dias no HRS, 397 dias no HBDF, 433 dias no HRAN e 426 dias no HRT.

⁵⁹ Em visita ao HRSM, foi relatado que os pacientes ficam internados no hospital à espera de vaga na rede complementar (PT 5). Em que pese tratar-se de medida que possibilite o faturamento da diálise por AIH – Autorização de Internação Hospitalar (única possibilidade de faturamento de diálise no HRSM, já que o hospital não é credenciado, não faturando por APAC), trata-se de utilização de leito hospitalar com paciente estabilizado.



Tabela 5: Vagas e pacientes nas clínicas da rede complementar em 2015

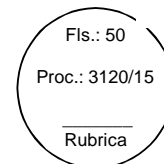
UNIDADE CONVENIADA	nº de vagas		nº de pacientes		nº de vagas		nº de pacientes		nº de vagas		nº de pacientes	
	jan/15		jan/15		fev/15		fev/15		mar/15		mar/15	
	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP	HD	DP
Clínica de Doenças Renais de Brasília - CDRB	0	0	9	0	9	0	9	0	0	0	9	0
Clínica de Doenças Renais de Taguatinga - CDRT	96	0	94	0	96	0	95	0	96	0	94	0
NEPHRON – Taguatinga	142	34	142	5	142	34	141	3	142	34	140	9
NEPHRON – Gama	111	11	102	10	111	11	96	3	111	11	95	5
SEANE	150	0	116	0	150	0	117	0	150	0	114	0
SOCLIMED - Sociedade Clínica Médica	175	40	146	11	175	40	150	11	175	40	151	10
IDR (Samambaia)	150	117	192	0	150	117	186	0	150	117	188	0
IDRC (Ceilândia)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Renal Care Prevenção e Tratamento	12	82	12	82	12	82	12	82	12	82	12	82
Renal vida	120	25	101	1	120	25	111	0	120	25	110	3
TOTAL	956	309	914	109	965	309	917	99	956	309	913	109
TOTAL GERAL	1265		1023		1274		1016		1265		1022	

Fonte: PT 7, fl. 32

127. Tendo em vista a irregular distribuição geográfica das unidades, como já tratada no Achado 1, reconhece-se que, sendo o critério de encaminhamento a proximidade da clínica com o local de moradia do paciente, é razoável haver diferenças nas taxas de ocupação de cada uma das unidades, mas ainda acredita-se ser necessária uma melhor otimização da ocupação de tais vagas.

128. Questionado sobre tal situação, o NTRS justificou que “*tal variação tem ocorrido por diversos motivos, dentre os quais o número de óbitos, transferências para outros estados e os encaminhamentos para transplantes, assim como admissões.*” (PT 15, fl. 71). Reconhece-se o impacto de tais variáveis na gestão dos serviços, mas cabe ao Núcleo o tempestivo encaminhamento do paciente em espera quando da disponibilização de vaga por algum dos motivos citados.

129. Suplementarmente, o NTRS informou que o não preenchimento de todas



as vagas das clínicas privadas também se relaciona a outros motivos, tais como: pagamentos em atraso⁶⁰, vagas contratuais incompatíveis com a real capacidade de atendimento da unidade, desinteresse no aumento da oferta devido à baixa remuneração da tabela SUS e reforma na unidade. (PT 15, fl. 72)

130. Ainda no que tange ao acesso dos doentes crônicos ao tratamento renal, a GAAC reconheceu que o fluxo de pacientes que necessitam de atendimento em nefrologia dentro da Rede SES/DF *“tem sido feito de forma irregular sem os procedimentos de REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA (RCR). Porém para os serviços ambulatoriais, algumas unidades hospitalares da SES/DF têm usado os Centros de Saúde como porta de entrada no Sistema, embora sem controle adequado.”* (PT 7, fl. 11)

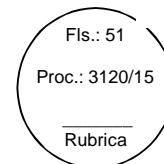
131. Segundo a Gerência:

“No ano de 2014 foram transferidos para a rede complementar do DF 368 pacientes, de acordo com os dados fornecidos pelo NTRS, sendo que destes: 312 foram oriundos dos serviços de agudos dos hospitais regionais da SES DF, 25 pacientes vieram de outras unidades federativas para o DF e 31 pacientes foram encaminhados de ambulatórios de Nefrologia com perda da função renal, e não precisaram iniciar tratamento em serviço de agudos.”

132. Corroborando com este cenário, nas visitas realizadas pela equipe de auditoria, foi recorrente a menção à alta incidência de pacientes que se descobrem com a doença renal crônica apenas ao chegar em crise nas urgências e emergências hospitalares. (PT 5)

133. Tal cenário aponta, portanto, para um diagnóstico intempestivo desses pacientes, o que pode ser em parte explicado pelo desconhecimento da Coordenação de Nefrologia sobre qualquer formalização de parceria com a Atenção Básica voltada ao desenvolvimento de ações preventivas à Doença Renal Crônica (PT 7, fl. 36).

⁶⁰ Reconhecimento de dívida publicado no DODF nº 32, de 12 de fevereiro de 2015, página 59.



Em 2014, cerca de 85% dos pacientes encaminhados para a rede complementar vieram dos serviços de agudo dos Hospitais Regionais. Apenas cerca de 8% dos pacientes foram encaminhados de ambulatório de Nefrologia.

134. Ressalta-se que um diagnóstico precoce, nas fases iniciais da doença, impediria, ou ao menos retardaria, a necessidade de os doentes crônicos realizarem algum tipo de TRS, podendo o paciente ser submetido ao tratamento conservador ou pré-dialítico⁶¹, a depender da tempestividade do diagnóstico.

135. Por todo exposto, constata-se que a organização da linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação), preconizada pela Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (Portaria GM/MS nº 1168/04), não vem sendo atendida, sobrecarregando a demanda por Terapias Renais Substitutivas e, consequentemente, dificultando a gestão dos limitados recursos, materiais e humanos, para atendimento desses pacientes.

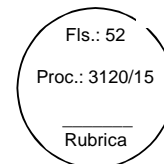
Causas

136. Inexistência de normativo/protocolo de regulação da Nefrologia (PT 7, fl. 36), falhas na gestão da lista de espera, subutilização das vagas da rede complementar.

137. Atuação insuficiente da Atenção Básica junto aos grupos de riscos (especialmente portadores de hipertensão arterial e de *diabetes mellitus*), gerando alto índice de diagnóstico apenas na fase final, e sintomática, da DRC.

138. Não implementação das Ações Estratégicas nºs 18 (*Implantação de uma central de regulação em todos os níveis de atenção ao doente renal*) e 19 (*Implantação com prioridade de um projeto de gerenciamento na prevenção ao paciente portador de doença renal*) do PDPTDR.

⁶¹ As fases da Doença Renal Crônica – DRC foram especificadas nos §§ 198 e 19.



139. Dívida da SES/DF com as unidades que compõem a rede complementar, desinteresse na ampliação de atendimento perante o valor pago por procedimento e existência de vagas contratuais não passíveis de preenchimento por estarem além da capacidade de atendimento da unidade.

Efeitos

140. Prejuízo à saúde do paciente; início do tratamento apenas na fase final da doença; excesso de demanda por TRS; diminuição da qualidade de vida do paciente.

141. Necessidade de encaminhamento de pacientes às UTI's exclusivamente por urgência dialítica. (PT 7, fl. 159)

142. Dificuldades na gestão dos recursos materiais e humanos diante de demanda crescente por TRS.

143. Incertezas no encaminhamento dos pacientes, uma vez que as vagas contratuais não são passíveis de preenchimento em sua totalidade.

144. Aumento dos custos para o sistema de saúde, em vista da necessidade de tratamento mais dispendioso por meio de TRS.

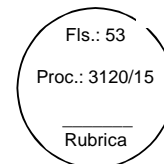
Proposições

145. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexista alteração do conteúdo destes, serão submetidas à deliberação do egrégio Plenário, ao menos, as seguintes proposições:

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

a) adote protocolo de regulação para as vagas de Terapia Renal Substitutiva, a fim de garantir a padronização dos fluxos de encaminhamento e a universalização do acesso ao tratamento renal;

b) garanta a articulação entre os níveis de atenção no cuidado ao portador da Doença Renal Crônica - DRC ou seus fatores de risco (especialmente hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil segundo Portaria GM/MS nº 1168/04), assegurando a



realização de apoio matricial às equipes de atenção básica de referência nos temas relacionados a doenças renais, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde;

c) desenvolva medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com Doença Renal Crônica - DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado, conforme diretriz da Portaria GM/MS nº 389/2014;

d) regularize os pagamentos devidos às clínicas que compõem a rede complementar, de maneira a zelar pela continuidade da prestação de serviço essencial à manutenção da vida dos pacientes renais crônicos.

II. determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que, ainda, elabore e encaminhe ao Tribunal plano de ação para implementação das determinações constantes do item I, alíneas “a”, “b” e “c”, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade/setor responsável pela implementação.

Benefícios Esperados

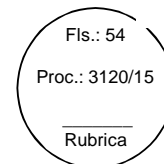
146. Diagnóstico precoce da DRC, acesso tempestivo e isonômico ao início do tratamento e otimização das vagas da rede. Retardo na progressão da disfunção renal.

2.3 QA 3 – A SES/DF promove o faturamento dos serviços de TRS realizados?

A SES/DF promove parcialmente junto ao Ministério da Saúde o faturamento dos serviços de TRS realizados. Apenas os serviços de diálise prestados por unidades habilitadas⁶² são passíveis de faturamento e por isso há registro apenas da produção dessas unidades⁶³. Não há, portanto, consolidação de todos os procedimentos

⁶² Habilitação: É o ato do **Gestor Federal (Ministério da Saúde)** que autoriza o estabelecimento de saúde a realizar procedimentos em média e alta complexidade, por meio de publicação de Portaria no Diário Oficial da União, após verificar, nas vistorias técnicas, o cumprimento às exigências das Portarias Ministeriais das especialidades, ratificando assim o credenciamento do Gestor Estadual (SES) para posterior repasse financeiro mediante apresentação da produção do serviço habilitado.

⁶³ HBDF, HRT, HRS, conforme disposto no Quadro 9.



realizados pelos hospitais públicos a fim de se estabelecer um percentual de procedimentos realizados, mas não faturados.

A sistemática de importação dos dados de produção enviados pelas unidades habilitadas para o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS gera um “relatório de críticas”, o qual aponta erros e rejeições no faturamento das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC's. Análise do relatório de críticas referente aos serviços prestados em 2014 apontou que os erros no faturamento (10.348 críticas) dizem respeito, em quase sua totalidade, aos hospitais públicos (10.243 críticas).

2.3.1 Achado 4 – Falhas no faturamento, registro e controle dos procedimentos de TRS realizados nos hospitais públicos

Critério

147. Os procedimentos de TRS prestados aos pacientes renais crônicos devem ser devidamente registrados para fins de planejamento e controle do serviço prestado e faturamento junto ao Ministério da Saúde.

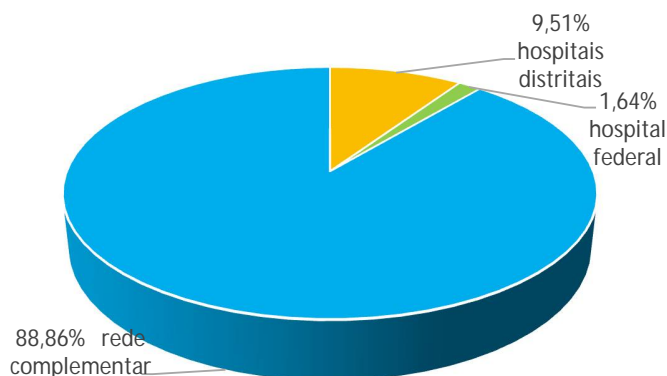
Análises e Evidências

148. A Secretaria de Saúde deve registrar os procedimentos de TRS por meio das APACs, gerando o repasse de recursos pelo MS.

149. A análise do quantitativo de procedimentos de TRS prestados a pacientes renais crônicos em 2014 permitiu detectar que a rede complementar foi responsável pela realização de cerca de 89% dos procedimentos faturados junto ao Ministério da Saúde, conforme se depreende do Gráfico 4 abaixo:



Gráfico 4: Procedimentos de TRS faturados em 2014 por rede de serviços.



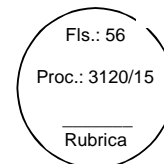
Fonte: PT 8

150. Cumpre, entretanto, traçar algumas considerações para análise do gráfico acima, uma vez que o mesmo não corresponde à produção total de TRS em 2014, devido à (1) ausência de registro da produção dos hospitais não habilitados e (2) erros no registro dos procedimentos realizados pelas unidades habilitadas. A seguir, passa-se a analisar tais aspectos.

151. Os dados que originaram o Gráfico 4 foram fornecidos pela Diretoria de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde – DICOAS/SUPRAC, que recebe a produção das unidades prestadoras de serviço para fins de faturamento. Como o Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, do Gama - HRG e de Santa Maria - HRSM **não** são habilitados⁶⁴, os serviços por eles prestados não são contabilizados na produção dos hospitais públicos, não tendo, consequentemente, entrada no cálculo dos percentuais apresentados acima⁶⁵. Não se sabe qual o impacto financeiro da não habilitação desses hospitais públicos, uma vez que tanto a Gerência de apoio de Alta Complexidade – GAAC, quanto a Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle – SUPRAC dispõe apenas dos registros dos hospitais habilitados.

⁶⁴ Conforme indicado no Quadro 9 do presente relatório.

⁶⁵ Raciocínio análogo deve ser realizado ao consultar o programa Tabnet do Ministério da Saúde, que apresenta as mesmas informações daquelas disponibilizadas pela DICOAS/SUPRAC, desconhecendo, portanto, parte dos serviços prestados.



152. Assim, sem a consolidação das sessões de hemodiálise e diálise peritoneal oferecidas aos pacientes crônicos pelos hospitais da rede pública que **não** são habilitados, tem-se por prejudicado o cálculo do percentual de serviços prestados que não tenham sido devidamente faturados, sendo possível concluir que o montante faturado é menor que o devido, deixando o GDF de arrecadar os recursos correspondentes.

153. Verificou-se, também, falhas nos registros e controles dos serviços realizados, o que prejudica o devido faturamento pela DICOAS/SUPRAC, conforme abordagem a seguir.

154. Os dados de produção enviados pelas unidades são importados pelo Núcleo de Processamento de Informações Ambulatoriais – NPA/GEPI/DICOAS/SUPRAC para o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS⁶⁶. Inicia-se, em seguida, uma rotina de verificação de consistência geral de erros e rejeições, gerando um “relatório de críticas”. (PT 7, fls. 111/112)

155. De acordo com a DICOAS/SUPRAC, o referido documento é enviado por e-mail às unidades prestadoras, com confirmação do recebimento via contato telefônico feito pelo NPA⁶⁷. Haveria ainda a disponibilização do arquivo em Excel em uma máquina com acesso comum a todas as unidades. Tal setor ainda informou:

“Todas as UPS’s⁶⁸ são orientadas a verificarem as pendências ainda existentes e realizarem as devidas correções para reapresentação das bases de dados na próxima competência, desde que os erros encontrados não sejam provenientes de inconsistências no Cadastro

⁶⁶ O Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS é composto por módulo de produção que tem como instrumento de coleta de dados, no caso da diálise, a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC. Em seu processamento são utilizados outros bancos de dados, como é o caso do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES. Para serem faturados, serviços de diálise requerem habilitação/credenciamento prévio. (Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011, pág. 43)

⁶⁷ Informações obtidas durante as visitas in loco com servidores dos NUPROC’s dos hospitais, setor responsável pelo registro das APAC’s, apontaram que muitos desconhecem o referido documento e/ou possuem dificuldades para manusear o mesmo.

⁶⁸ UPS’s – Unidades Prestadoras de Serviço.

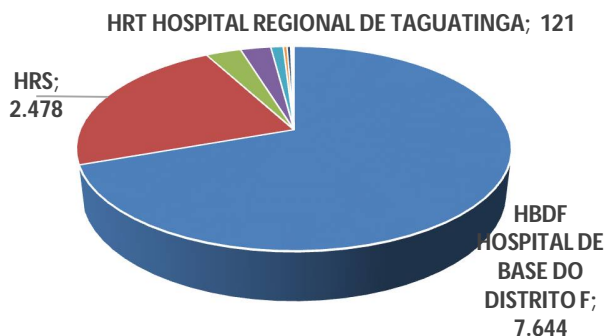


*Nacional de Estabelecimentos – CNES, uma vez que este não retroage.*⁶⁹

156. Em que pese o encaminhamento do relatório de críticas às unidades prestadoras de serviço, segundo a DICOAS, o sistema SIA/SUS não possui ferramenta capaz de verificar a percentagem de APAC's criticadas em determinada competência, mas posteriormente reapresentadas e faturadas. Desta forma, não é possível avaliar a eficácia da sistemática de controle adotada pela SES, uma vez que não é possível afirmar se os erros de registros no sistema foram corrigidos. (PT 7, fl. 112)

157. Análise do relatório de críticas, referente aos serviços prestados em 2014, apontou que foram detectados 10.348 erros no faturamento de APAC's, conforme se evidencia a seguir:

Gráfico 5: Estabelecimentos públicos com maior ocorrência de críticas no preenchimento de APAC's



Fonte: PT 9

⁶⁹ O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, instituído pela Portaria SAS n.º 476 de 10 de outubro de 2000 e pela Portaria SAS n.º 511 de 29 de dezembro de 2000, é alimentado pelo preenchimento da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde – FCES. O conteúdo dessa ficha é que definirá o que o gestor poderá contratar daquele estabelecimento.



Quadro 17: Críticas apresentadas em 2014 para cada unidade prestadora de serviço.

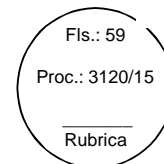
Unidades	Quantidade de críticas	%
Rede Própria		
HBDF	7.644	73,87
HRS	2.478	23,95
HRT	121	1,17
TOTAL	10.243	98,99
Rede Complementar		
CDRB	37	0,36
Renal Care	35	0,34
NEPHRON Taguatinga	13	0,13
SEANE	10	0,10
NEPHRON Gama	4	0,04
CDRT	2	0,02
IDR	2	0,02
IDRC	2	0,02
SOCLIMED	0	0,00
TOTAL	105	1,01
Total geral	10.348	100,00

Fonte: PT 9

158. Nesse cenário, apurou-se o baixo índice de erros (apenas 1%) apresentados no faturamento dos serviços prestados pelas clínicas que compõem a rede complementar e a predominância das críticas relativas ao faturamento dos procedimentos de diálise nos hospitais públicos. Frisa-se a destoante posição do Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF, hospital público distrital que mais apresentou erros no faturamento das APAC's em 2014.

Cerca de 99% dos erros constantes no relatório de críticas 2014 dizem respeito ao faturamento de APAC's relativas a procedimentos de diálise realizados pelos hospitais públicos.

159. De acordo com a DICOAS, o HBDF é a única unidade que utiliza o sistema Trakcare para registro das APAC's e devido a dificuldades na digitação dessas autorizações e na correção das críticas encontradas, informou que haverá alteração do sistema a ser registrado, nos seguintes termos (PT 7, fl. 114):



*“[...] ficou acordado, em reunião realizada entre a Diretoria e Chefias de Unidades do HBDF e representantes da Gerência de Processamento de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e a Diretoria de Tecnologia desta Pasta que, o referido hospital, passaria a realizar a digitação das APAC's no sistema do Ministério da Saúde – MS (APAC – Mag), de forma gradativa. [...] Salientamos que **a utilização do sistema Trakcare para a digitação das APAC's ainda não é confiável**, haja vista a **falta de integração dos dados relativos aos atendimentos com a captação dos dados para faturamento**. Tal fato implica no apontamento das críticas pelo SIA/SUS, inviabilizando o processamento das APAC's.”*
(grifou-se)

160. Frisa-se que os Hospitais Regionais de Taguatinga e Sobradinho utilizam o aplicativo APAC-Mag, enquanto as unidades contratadas fazem uso de sistemas próprios.

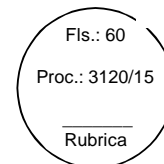
161. No que tange ao quantitativo de erros constantes do relatório de críticas 2014, cabe ainda destacar que uma mesma APAC pode apresentar mais de um tipo de crítica e que uma vez não corrigida dentro dos prazos estabelecidos, tal erro ocasionará rejeição das próximas APAC's de continuidade referentes ao tratamento do mesmo paciente⁷⁰. Para fins de exemplificação, os três erros mais recorrentes no relatório de críticas 2014 foram: “PARTE VARIÁVEL COM DADO INVÁLIDO” (2580), “CID INCOMPATÍVEL PROCED.PRINCIPAL” (2176) e “APAC COMPETÊNCIA ANTERIOR COM ERROS ENCONTRADOS” (1297) (PT 9).

Causas

162. Prestação de serviços por hospitais públicos não habilitados; desconhecimento e/ou dificuldades na utilização do relatório de críticas; utilização de sistema de informática incompatível para captação de dados para faturamento; inexistência de rotina de validação dos procedimentos a serem faturados⁷¹ (PT 7, fl. 37 e PT

⁷⁰ Uma vez de posse do número de APAC, fornecido pela GAAC, o paciente pode realizar o tratamento por até 3 competências (uma APAC inicial e duas de continuidade), quando, se necessário, deverá ser gerado novo número. (PT 7, fl. 18)

⁷¹ Em que pese não ter sido mencionado, nas visitas in loco foram observadas práticas, ainda que não padronizadas, de utilização do Controle de Frequência Individual de Tratamento Dialítico – CFID, no qual há assinatura do paciente ou sua digital, quando o mesmo estiver impossibilitado de assinar. Quando o paciente não comparece à sessão, o enfermeiro responsável especifica a ausência no CFIP. Foram



15, fls. 18/20).

163. Ausência de rotina de controle que consolide toda a produção de TRS, seja de unidades habilitadas ou não.

164. Baixa utilização e/ou divulgação da tabela unificada do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, e OPM do SUS - SIGTAP, que traz informações importantes para a minimização de erros no faturamento, tais como o CID, Classificação Internacional de Doença, compatível com determinado procedimento e necessidade de registro de dados complementares na APAC.

165. Não implementação da Ação Estratégica nº 2 do PDPTDR (*Credenciar serviços de nefrologia em funcionamento*).

Efeitos

166. Ausência de informações de produtividade para embasar o planejamento da oferta dos serviços de TRS.

167. Arrecadação parcial dos recursos do SUS em vista da ausência de habilitação de unidades hospitalares públicas e dos erros no faturamento de APAC's.

Proposições

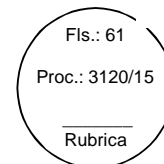
168. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexista alteração do conteúdo destes, serão submetidas à deliberação do egrégio Plenário, ao menos, as seguintes proposições:

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

a) mantenha atualizado o cadastro dos hospitais públicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, sobretudo no que tange às informações referentes ao Módulo Diálise;

b) estabeleça rotina de consolidação de todos os procedimentos de Terapia

encontradas também CFID sem assinatura. (PT 15, fls. 18/20). De acordo com o art. 4º da Portaria SAS/MS nº 706/2014, a conferência e a validação do CFID é imprescindível ao faturamento dos tratamentos de diálise através de APAC.



Renal Substitutiva prestados, por unidades habilitadas ou não, estabelecendo protocolo de encaminhamento mensal de produtividade;

c) implemente medidas para que seja adotada a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, e OPM do SUS - SIGTAP, a fim de evitar, no momento do faturamento das APAC's, críticas relacionadas a informações passíveis de consultas no referido instrumento;

d) promova capacitação a fim de sanar dúvidas quanto aos procedimentos de encaminhamento e utilização dos relatórios de críticas produzidos mensalmente e coibir erros na faturamento, realizando, por exemplo, encontros entre os gestores envolvidos na sistemática de faturamento, tais como servidores do Núcleo de Processamento de Contas - NUPROC e da Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle – SUPRAC;

e) garanta a integração dos dados relativos aos atendimentos com a captação dos dados para fins de faturamento, buscando a minimização das críticas apontadas pelo SIA/SUS.

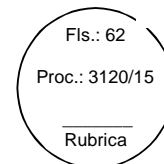
II. determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que, ainda, elabore e encaminhe ao Tribunal plano de ação para implementação das determinações constantes do item I, alíneas “a”, “b”, “c”, “d” e “e”, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade/setor responsável pela implementação.

Benefícios Esperados

169. Diminuição do retrabalho; minimização dos procedimentos não faturados e aumento do aporte de recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde à SES/DF.

2.4 QA 4 – A SES/DF possui mecanismos de planejamento e monitoramento dos serviços de diálise ofertados aos pacientes renais crônicos?

A SES/DF apresenta deficiências no planejamento da política de



prevenção e tratamento da doença renal. Em que pese a existência de Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal – PDPTDR, elaborado em 2009, houve um baixo grau de implementação das ações ali constantes, bem como tal documento está desatualizado e pouco contribuiu para a reversão do cenário insatisfatório de oferta de serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS. As ações estratégicas constantes no Plano não guiaram a gestão dos serviços nos últimos anos.

No mesmo sentido, os mecanismos de monitoramento dos serviços de diálise também apresentam-se frágeis, não havendo histórico de indicadores capazes de acompanhar a qualidade dos serviços prestados. A saúde do paciente é colocada em risco diante da descontinuidade da cobertura contratual referente ao controle de qualidade da água utilizada na hemodiálise. No que se refere ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, cuja utilização é recomendada pelo Ministério da Saúde, identificou-se que os hospitais não apresentam ao paciente todas as informações mínimas preconizadas pelas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC.

2.4.1 Achado 5 – Deficiência no planejamento da política de prevenção e tratamento da doença renal

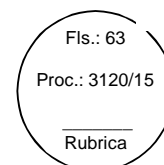
Critério

170. A SES deve adotar instrumentos de planejamento e implementar as ações estratégicas previstas no Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal – PDPTDR com vistas à melhoria do tratamento ofertado e da qualidade de vida dos pacientes.

Análises e Evidências

171. O Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal – PDPTDR, elaborado em 2009 pela Coordenação de Nefrologia/GRMH/DIASE/SAS/SES, teve como objetivo geral orientar e detalhar as ações de prevenção e tratamento da doença renal e organizar a rede distrital de assistência em nefrologia no DF (PT 6).

172. Para tanto, foram estabelecidas 20 (vinte) ações estratégicas voltadas a



sanar fragilidades, já identificadas à época, na oferta dos serviços de nefrologia (PT 6, fls.37/44).

173. Em que pese muitas dessas ações se relacionarem a análises já realizadas ao longo deste Relatório de Auditoria, objetivando avaliar a eficácia da política distrital de prevenção e tratamento da doença renal, optou-se por selecionar uma amostra de 12 (doze) ações para questionar a Coordenação de Nefrologia sobre suas implementações. A resposta encaminhada consta do Quadro a seguir:

Quadro 18: Cenário atual das ações estratégicas elencadas no PDPTDR em 2009.

Ação Estratégica	Resultados ou justificativas para não implementação das ações.
2 - Credenciar serviços de Nefrologia em funcionamento	Não foram apresentadas novas solicitações de credenciamentos;
3 - Credenciar novos serviços de Nefrologia	Foi iniciado, em março/2015, contato com 03 grupos interessados em credenciamento de novas clínicas;
4 - Recredenciamento do HFA	Não há processo de credenciamento em andamento;
5 - Criação de novas vagas na rede	Depende de máquinas, equipamentos e recursos humanos. Não apresentou medidas adotadas;
6 - Atendimento de diálise peritoneal nos hospitais públicos credenciados	Depende de recursos humanos;
7 - UTI's e Emergências equipadas com máquinas de diálise peritoneal e hemodiálise	Encontra-se em estudo a criação de 2 equipes de nefrologia itinerantes, a saber: Equipe itinerante 1 – HBDF: referenciada para o atendimento no HBDF, Paranoá, Planaltina, São Sebastião e Sobradinho (PS); Equipe itinerante 2 – HRT: referenciada para o atendimento no HRT, Ceilândia (PS e Enf.), Samambaia e Brazlândia. Previsão de recursos humanos por equipe itinerante: médicos nefrologia 100 horas; enfermeiros 100 horas, técnicos em enfermagem 120 horas; transporte (veículo e motorista);
8 - Criar unidade de referência em nefrologia pediátrica no HMIB	Foi destinada uma osmose reversa para o HMIB, aguardando liberação para instalação;
12 - Aquisição por comodato de máquina de hemodiálise de última geração para atendimento de pacientes com insuficiência renal aguda	Para a atual conjuntura, esta medida deveria ser revista; também deveria ser reconsiderada a relação custo x benefício. Além disso, o comodato normalmente tem cláusulas de fidelidade para aquisição de insumos do fabricante da máquina, o que precisa ser avaliado do ponto de vista legal pela AJL;
15 - Credenciamento de laboratório de patologia clínica de referência	Faz-se necessária a criação de um edital de credenciamento com a devida dotação orçamentária;



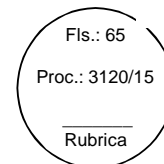
17 - Implantação do controle de qualidade nos serviços públicos e privados	Faz-se necessária a normalização e criação de uma banca multiprofissional para tal procedimento;
18 - Implantação de uma central de regulação em todos os níveis de atenção ao doente renal	Iniciaram-se os trabalhos junto a DIREG - Diretoria de Regulação, estando agendada reunião para implantação da primeira fase (regulação de consultas nefrológicas);
19 - Implantação com prioridade de um projeto de gerenciamento e prevenção da doença renal	Faz-se necessária uma discussão junto a Subsecretaria de Atenção Primária, objetivando uma estratégia conjunta para o atendimento dos pacientes portadores de Doença Renal Crônica Estágios I, II e IIIa: criar um matriciamento em nefrologia, utilizando 3 (três) NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família, sendo um na Região Norte/Noroeste (Sobradinho ou Planaltina); outro na Região Sul (Gama ou Santa Maria); e mais um na Região Oeste/Sudoeste (Ceilândia ou Samambaia); Os pacientes portadores de Doença Renal Crônica em Estágios IIIa, IVa, IVb e V serão regulados para os ambulatórios de nefrologia. Previsão de recursos humanos: 120 horas de médicos nefrologia. (projeto em fase de estudos).

Fonte: PT 7, fl. 119.

174. Os dados acima indicam que o planejamento da política de prevenção e tratamento da doença renal apresenta deficiências. A uma, em que pese a existência de Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal – PDPTDR, elaborado em 2009 pela Coordenação de Nefrologia/GRMH/DIASE/SAS/SES, houve um baixo grau de implementação das ações ali constantes. A duas, o planejamento da política pública, elaborado há seis anos, encontra-se desatualizado. A três, o planejamento pouco contribuiu para a reversão do cenário insatisfatório de oferta de serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS, uma vez que as ações estratégicas constantes no Plano não guiaram a gestão dos serviços nos últimos anos. A quatro, as ações estratégicas estabelecidas no PDPTDR não trouxeram em seu detalhamento formas objetivas de avaliação e implementação, nem a graduação temporal até sua completa realização, característica ímpar quando se estabelece as metas de um plano.

175. Quanto à desatualização do plano distrital, a própria SES reconhece a necessidade de revisão:

*“O Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal (PDPTDR) atualmente vigente na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) foi **elaborado em 2009**. Desde sua elaboração **não houve revisão e atualização** do mesmo, [...]”* (PT7, fl. 4) (grifou-se)



“O Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal data de outubro de 2009, quando a população estimada no Distrito Federal era cerca de 2.500.000 habitantes. Atualmente, a população do Distrito Federal esta próxima de 3 milhões de habitantes (2.852.372 habitantes segundo dados do IBGE referentes a 1º de julho de 2014). Não se podendo deixar de considerar a população do entorno, referenciada para os tratamentos de alta complexidade como a TRS.

Os valores pagos por sessão de hemodiálise foram reajustados daquela época (R\$155,00) ate hoje em 15% (R\$179,03). Para o mesmo período a inflação foi de 30%, pelo menos. Isto reflete no interesse menor pelas clinicas privadas em atender pacientes do SUS, refletindo na quantidade de vagas na rede terceirizada que era de 850 contra 1.040 nos dias atuais, independentemente de haver um EDITAL DE CREDENCIAMENTO (03/2014) com disponibilidade para 1.300 vagas.

Em 2009 apenas 7% dos pacientes renais utilizavam outros convênios NAO SUS, atualmente chega na casa de 30% dos usuários.

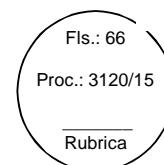
Algumas revisões das normas da TRS, como o uso único para pacientes portadores de HEPATITES B e C, sem a contrapartida financeira também aumentaram o desinteresse das clinicas privadas pelo setor.

No mesmo período houve uma redução importante da oferta de vagas nos hospitais públicos. [...]

*Todos estes fatores, levam-nos a acreditar que **a melhor medida a ser tomada seria uma revisão e atualização dos objetivos e metas do PLANO DISTRITAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL.**” (PT 7, fl.119) (grifou-se)*

176. Não é demais lembrar que o planejamento é importante ferramenta para proporcionar a melhoria na qualidade da prestação dos serviços, devendo, portanto, contar com diagnóstico atualizado do cenário (pontos fortes e fracos) e com acompanhamento das metas e ações programadas, de modo a permitir os devidos ajustes, se necessário.

177. Pelo exposto, a gestão dos serviços de nefrologia não se guia por um planejamento institucional que observa os objetivos e metas definidas no plano distrital, pois nenhuma das doze ações estratégicas selecionadas foram implementadas. Cumpre, entretanto, trazer considerações a respeito de algumas delas. No que tange à Ação Estratégica nº 3 - *Credenciar novos serviços de Nefrologia*, o PDPTDR demonstrava especial preocupação com as Regionais de Ceilândia, Brazlândia e Paranoá, que à época não possuíam cobertura em TRS. Atualmente, (Quadro 13), há um serviço privado



para o atendimento da Região Oeste (Ceilândia e Brazlândia), em que pese ainda apresentar cobertura insuficiente de acordo com os parâmetros utilizados pelo Plano e reproduzidos na análise do Achado 1. A Região Leste, na qual se encontra o Paranoá, continua desassistida.

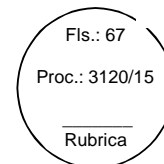
178. Em relação à *Criação de novas vagas na Rede Pública e Complementar* (Ação Estratégica nº 5), observa-se ligeiro acréscimo de vagas na rede complementar, passando de 823 em 2009 (PT06, fl.19) para 956 em 2015 (PT07, fl. 32). Entretanto, essa tímida alteração na oferta de vagas não atende ao credenciamento de 7 hospitais públicos e 3 clínicas privadas, conforme se propunha no PDPTDR (PT06, fl. 39). Cabe lembrar que o cenário de insuficiência de vagas para atendimento da demanda de pacientes renais foi tratado no Achado 1 deste Relatório de Auditoria.

179. Quanto à Ação Estratégica nº 6 – *Atendimento em diálise peritoneal nos hospitais públicos credenciados*, entende-se que houve falhas na definição de tal ação, visto que o atendimento, em si, de diálise peritoneal DPA/DPAC já ocorria à época de elaboração do Plano (PT06, fl. 26). O que se parece buscar é a adequação na oferta desses serviços.

180. Cabe ainda destacar que ao se pronunciar sobre a Ação Estratégica nº 12 – *Aquisição por comodato de máquina de hemodiálise de última geração para atendimento de pacientes com insuficiência renal*, a Coordenação de Nefrologia demonstrou tratar-se de medida inapropriada⁷², que deveria ser revista. Não é a primeira vez que se reconhece a desatualização e a necessidade de revisão do Plano, conforme já tratado neste Achado.

181. Por fim, registra-se que a não *Implantação do controle de qualidade nos*

⁷² Nesse contexto, o Tribunal de Contas da União, por meio do Acórdão nº 2.981/2009-TCU-Plenário, pronunciou-se: “1.5.4. não inclua nos objetos de suas licitações e/ou contratações a concessão de equipamentos em regime de comodato, máxime quando se tratar de equipamentos de elevado valor, devendo realizar a locação ou compra dos equipamentos, preferencialmente, antes da licitação para fornecimento dos insumos, os quais deverão ser compatíveis com os equipamentos comprados/alugados, ampliando a concorrência e estabelecendo custos unitários de todos os itens envolvidos na contratação, conforme preceitua o **caput** do art. 3º, c/c com o art. 7º, § 2º, inciso II, da Lei nº 8.666/1993;”



serviços públicos e privados (Ação Estratégica nº 17) repercute nas ações gerenciais de monitoramento dos serviços ofertados, conforme analisa-se no Achado 6, a seguir.

182. Diante do apresentado, percebe-se que apesar do tempo transcorrido desde sua elaboração, a existência do PDPTDR pouco contribuiu para reversão do cenário insatisfatório da oferta dos serviços de TRS.

183. Questionada sobre o planejamento da unidade, a Coordenação de Nefrologia informou que foi iniciado um processo de inspeção de todos os serviços de TRS para confecção de um relatório em julho/2015, para indicar um diagnóstico e planejamento de ações (PT 7, fl. 37).

Causas

184. Ausência de sistemática de acompanhamento das ações planejadas e de adoção de medidas corretivas. Não adoção da ciclo PDCA⁷³ (ferramenta gerencial).

Ausência de diagnóstico atual dos serviços prestados na rede.

185. Estrutura regimental não reservar à Nefrologia uma Gerência própria.

Efeitos

186. Manutenção, ou piora, da prestação dos serviços de TRS.

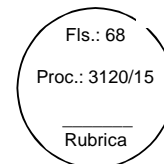
187. Utilização de recursos sem priorização de necessidades.

Proposições

188. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexista alteração do conteúdo destes, serão submetidas à deliberação do egrégio Plenário, ao menos, as seguintes proposições:

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

⁷³ Planejar (P), Executar (D), Controlar resultados (C) e Agir corretivamente (A).



a) revise o Plano Distrital de Prevenção e Tratamento da Doença Renal – PDPTDR, a fim de garantir que esse instrumento tenha objetivos, ações e metas atualizados, alinhados com a necessidade de aprimoramento da Rede;

b) implemente mecanismo estruturado de monitoramento e avaliação do planejamento da política de prevenção e tratamento da doença renal, definindo as responsabilidades dos atores envolvidos, de modo a garantir o acompanhamento das principais ações e do grau de cumprimento dos objetivos e metas inicialmente estabelecidos, cujas desconformidades devem ser apresentadas à alta administração da Secretaria;

II. recomendar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que:

a) avalie a conveniência de criação de uma Gerência de Nefrologia, a fim de garantir melhor estrutura para o gerenciamento dos serviços destinados aos pacientes renais;

III. determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que, ainda, elabore e encaminhe ao Tribunal plano de ação para implementação das determinações constantes do item I, alíneas “a” e “b”, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade/setor responsável pela implementação.

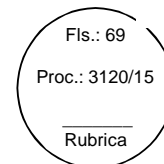
Benefícios Esperados

189. Aperfeiçoamento do processo de planejamento da política pública e melhoria dos serviços prestados ao paciente renal.

2.4.2 Achado 6 – Ausência de controle e monitoramento dos serviços de TRS.

Critério

190. Existência de mecanismos de monitoramento dos serviços de diálise e minimização dos riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal crônica (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal – Portaria GM_MS nº 1168/04, art 2º, IV).



Análises e Evidências

191. De acordo com a RDC 11/2014, “o serviço de diálise deve implantar mecanismos de avaliação da qualidade e monitoramento dos seus processos por meio de indicadores ou de outras ferramentas”.

192. Assim, buscou-se identificar como a SES/DF promove o acompanhamento de seus indicadores e quais medidas adota para garantir a segurança do paciente e a efetividade do tratamento de TRS.

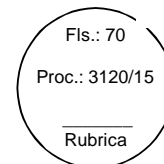
193. A Secretaria apresentou os seguintes indicadores para monitorar os serviços de diálise prestados à população:

Quadro 19 - Indicadores

Nº	Indicadores	
1	Taxa de mortalidade	Nº total de óbitos / Nº total de pacientes submetidos à hemodiálise
2	Taxa de saída por transplante	Nº total de pacientes egressos por transplantes / Nº total de pacientes submetidos à diálise
3	Taxa de soro conversão para Hepatite C	Nº total de pacientes anti HCV positivo (Biologia molecular para HCV) / Nº total de pacientes suscetíveis (exame anti HCV prévio negativo) submetidos à diálise
4	Taxa de internação dos pacientes em diálise	Nº de internações hospitalares/ Nº total de pacientes submetidos à diálise
5	Taxa de pacientes em uso de cateter venoso central temporário	Nº de pacientes com via de acesso por cateter venoso central temporário para hemodiálise / Nº Total de pacientes submetidos à hemodiálise
6	Taxa de infecção no local de acesso para hemodiálise	Nº total de pacientes com infecção da via de acesso venoso para hemodiálise / Nº total de pacientes submetidos à diálise
7	Incidência de peritonite	Nº total de casos de peritonite / Nº total de pacientes submetidos à diálise peritoneal.
8	Incidência de pirogenia	Nº total de casos de pirogenia / Nº total de pacientes submetidos à diálise
9	Taxa de transferência de DP para HD	Nº de pacientes transferidos de diálise peritoneal para hemodiálise / Nº total de pacientes submetidos à diálise peritoneal
10	Taxa de transferência de HD para DP	Nº de pacientes transferidos de hemodiálise para diálise peritoneal / Nº total de pacientes submetidos à hemodiálise
11	Taxa de hospitalização dos pacientes em DPAC	Nº de internações de pacientes internados submetidos à DPA e DPAC / Nº de pacientes submetidos à DPA e DPAC

Fonte: PT 7, fl. 11

194. Questionado sobre os resultados desses indicadores nos exercícios de 2012, 2013 e 2014, o Núcleo de Terapia Renal Substitutiva – NTRS informou que não



dispõe dessas informações, o que não se mostra razoável, conforme se analisa a seguir. Esclareceu, ainda, que os indicadores fazem parte da RDC/ANVISA nº 154 de 17 de junho de 2004, revogada pela RDC/ANVISA nº 11 de 13 de Março de 2014 (PT 7, fls. 54/55).

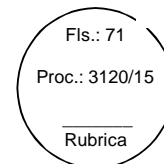
195. Regimentalmente⁷⁴, o NTRS, vinculado à Subsecretaria de Atenção à Saúde, deve avaliar e acompanhar a assistência prestada aos usuários dos serviços de Terapia Renal Substitutiva, na Secretaria e vistoriar os prestadores dos serviços de Terapia Renal Substitutiva da rede pública, contratada e conveniada, em conjunto com a Diretoria de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde. Assim, o acompanhamento dos indicadores do serviço vai ao encontro das competências do Núcleo.

196. Ainda, não cabe alegar alteração legislativa para se esquivar do dever de acompanhamento. A RDC nº 154/2004 teve o período de vigência expirado no início de março de 2014, portanto, os resultados dos indicadores de 2012, 2013, início de 2014 deveriam ser de conhecimento daquele setor.

197. Quanto a monitoramentos voltados à minimização dos riscos aos quais o paciente renal fica exposto, especificamente sobre os procedimentos de treinamento e acompanhamento ao paciente que realiza diálise peritoneal domiciliar, a SES/DF informou que após a indicação de diálise peritoneal em domicílio, há implantação do cateter para DPA/CAPD (chamado cateter de *tenckoff*) e, uma vez cicatrizada a ferida operatória, começa o treinamento do paciente por 15 dias. Não especificou, entretanto, a forma de acompanhamento, e o respectivo registro institucional, ao paciente que opta pela diálise peritoneal domiciliar (PT 7, fl. 36), impossibilitando aferir o sucesso da terapia.

198. A Secretaria também não apresentou indicadores ou mecanismos de monitoramento do atendimento a pacientes. Nesse sentido, as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC estabelece que em casos de pacientes que optarem por diálise peritoneal, esses poderão ser encaminhados, após avaliação criteriosa pelo Médico Nefrologista, juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar, que fornece orientações e educação, tais como,

⁷⁴ Decreto nº 34213, de 14 de março de 2013.



aconselhamento e suporte sobre mudança do estilo de vida; avaliação nutricional; orientação sobre exercícios físicos e abandono do tabagismo. Assim, não há informação da qualidade desses serviços no âmbito da SES.

199. Na mesma linha, as Diretrizes Clínicas também trazem quais exames devem ser realizados mensal, trimestral, semestral, anual ou eventualmente. No entanto, não há informações acerca desses procedimentos, mostrando-se, portanto, falha no monitoramento dos serviços de TRS.

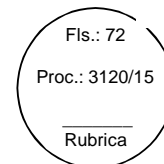
200. Outro ponto importante sobre o monitoramento técnico do serviço de diálise se refere ao tratamento da água utilizada para hemodiálise. Conforme a RDC 11/14, art. 47:

“A qualidade da água potável deve ser monitorada e registrada diariamente pelo técnico responsável, conforme o Quadro I do Anexo desta Resolução, em amostras coletadas na entrada do reservatório de água potável e na entrada do subsistema de tratamento de água para hemodiálise.

201. Entretanto, conforme relatado nas visitas às unidades, houve a suspensão no serviço de análise e monitoramento da água para a diálise. O tratamento da água para diálise é feito por meio de empresa especializada contratada pela SES, porém a vigência do contrato venceu no dia 9/3/2015. O serviço de tratamento da água foi retomado em 8/4/2015, assim os hospitais ficaram sem a avaliação da qualidade da água por aproximadamente um mês (PT 7, fls. 58 e 62). Ressalta-se que o tratamento e controle da água é muito importante para evitar complicações e infecções aos pacientes. A interrupção desse serviço pode causar sérios riscos à saúde dos pacientes, à exemplo da tragédia ocorrida em Caruaru-PE⁷⁵, em 1996, quando 54 pacientes renais morreram vitimados pela contaminação da água destinada ao tratamento.

202. Segundo o Coordenador de Nefrologia, não é possível renovar o contrato 212/2014, referente à prestação de tal serviço. Entretanto, haveria dois processos em tramitação na SES para solução do problema: processo emergencial

⁷⁵ Matéria veiculado no site: www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u49009.shtml



0060.002389/2015⁷⁶ e processo regular 0060.003365/2013⁷⁷, que tramita desde 12/3/2013 (PT 7, fls. 58 e 62). Assim, apesar de o serviço ter sido retomado, não há contrato vigendo para o tratamento da água. Tomou-se conhecimento da existência de acordo informal da Coordenação de Nefrologia, em conjunto com a Subsecretaria de Assistência à Saúde, para que se reiniciasse a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de osmose portáteis e fixas em toda a Rede, no intuito de evitar a paralisação do atendimento ao renal crônico sinalizada por todos os nefrologistas durante reunião do Colegiado de Nefrologia ocorrida em 31/03/2015 (PT 7, fls. 166/167).

203. Outro aspecto previsto na RDC 11/14 se refere ao Núcleo de Segurança do Paciente⁷⁸. Questionada acerca da existência de referido núcleo, a Coordenação de Nefrologia apresentou as informações constantes do Quadro abaixo:

Quadro 20 – Existência do Núcleo de Segurança do Paciente-NSP

HOSPITAL	NSP	ESTÁGIO ATUAL
HBDF	normas e rotinas do serviço	não informado
HRT	normas e rotinas do serviço	não informado
HRS	não informado	não informado
HRG	não informado	não informado
HRSM	não informado	não informado
HRAN	não informado	não informado

Fonte: PT 7, fl. 157

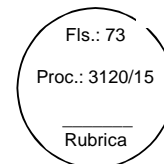
204. De acordo com a Coordenação de Nefrologia, o HBDF possui, nos moldes do Núcleo de Segurança do Paciente, o Escritório de Qualidade e Segurança. O HRT informou possuir uma Comissão de Segurança do Paciente (PT 7, fl 166).

205. Esse Núcleo é responsável pela elaboração do Plano de Segurança do

⁷⁶ Esse processo tramitava, em 27/4/2015, no Núcleo de Pesquisa de Preços da Gerência de Análise e Preparação da SES/DF – NUPES/GEAPRE.

⁷⁷ Esse processo tramitava, em 27/4/2015, no Núcleo de Análise da Gerência de Análise e Preparação da SES/DF – NUPES/GEAPRE.

⁷⁸ Núcleo de Segurança do Paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente – RDC 11/14, art. 3º, inc. XI.



Paciente⁷⁹, item atualmente ausente nas unidades (PT 7, fls. 157, 166/167) e exigido pela RDC 11/14.

206. Ainda, cumpre tratar de recomendação constante das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com a Doença Renal Crônica – DRC no SUS⁸⁰: a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Antes do início da TRS é recomendado que o paciente assine um TCLE com informações sobre a modalidade escolhida, que deve ser anexado ao prontuário bem como entregue uma cópia para o paciente. Cada unidade pode ter o seu texto próprio, entretanto, devem ser apresentadas as informações mínimas preconizadas pelas Diretrizes Clínicas, conforme quadro a seguir:

Quadro 21 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

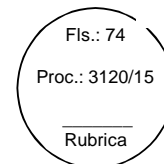
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido				
Informações mínimas	Subitens das informações	HBDF	HRT	HRS
1. Normas e rotinas do serviço de diálise incluindo os direitos e deveres do paciente renal crônico.	1.1 Normas e rotinas	Não	Sim	Não
	1.2 Direitos	Não	Sim	Não
	1.3 Deveres	Não	Não	Não
2. Tipos de tratamentos disponíveis na rede de assistência à saúde: hemodálise, diálise peritoneal e transplante, bem como seus benefícios e riscos.	2.1 Tipos de tratamentos	Não	Não	Não
	2.2 Benefícios	Não	Não	Sim
	2.3 Riscos	Sim	Não	Sim
3. A doença renal crônica, os cuidados com o acesso dialítico (fistulas e cateteres), as possíveis intercorrências, alimentação e como proceder em viagens.	3.1 Sobre a doença	Não	Não	Não
	3.2 Cuidados com o acesso	Não	Não	Não
	3.3 Possíveis intercorrências	Sim	Não	Sim
	3.4 Alimentação	Não	Não	Não
	3.5 Cuidados em caso de viagem	Não	Não	Não
4. Telefones para denúncia, endereços das associações de usuários e da vigilância sanitária.	4.1 Telefone para denúncia	Não	Não	Não
	4.2 Endereço das associações	Não	Não	Não
	4.3 Endereço da vigilância sanitária	Não	Não	Não
5. Condições para entrada e como acompanhar sua situação na fila de transplante.	-	Não	Não	Não

Fonte: PT 5.

207. Da análise do Quadro acima, percebe-se que as três unidades

⁷⁹ Plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde – RDC 11/14, art. 3º, inc. XII.

⁸⁰ 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.



hospitalares credenciadas apresentam o TCLE ao paciente, entretanto, nenhum TCLE possui as informações mínimas requeridas. Uma das importâncias do termo é o fato de o paciente possuir, em fácil acesso, informações, por exemplo, sobre a doença, tipos de tratamento, alguns cuidados que devem ser adotados, proporcionando segurança ao dialítico.

208. No momento de apresentação do termo, o paciente está tentando entender a nova realidade sob a qual terá de se submeter, não necessariamente assimila tudo que está sendo explanado pelo médico. Essas informações mínimas requeridas no termo servem para o fortalecimento do tratamento a ser realizado pelo paciente.

209. A apresentação do TCLE com as informações preconizadas pelo Ministério da Saúde apresenta-se também como oportunidade de divulgação da opção de tratamento por meio da diálise peritoneal, o que, conforme já tratado neste Relatório de Auditoria, traria ganhos na gestão dos recursos limitados para prestação da diálise intra-hospitalar.

210. Por fim, cumpre lembrar que o dever de monitoramento dos serviços ofertados ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC recebe capítulo específico (Capítulo VII - Do Monitoramento e Avaliação) na Portaria GM/MS nº 389/14, merecendo destaque:

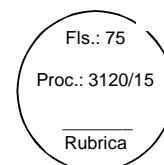
*“Art. 34. Os **estabelecimentos de saúde** autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com DRC no âmbito do SUS **serão submetidos à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores**, estando sob responsabilidade destes gestores, dentre outras, as seguintes atribuições:*

*I - avaliação da **estrutura e equipe** dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado;*

*II - avaliação da compatibilidade entre o número de **casos esperados para a população atendida**, o número de **atendimentos realizados** e o número de **procedimentos faturados**, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos (**consultas e acompanhamentos/tratamentos**); e*

*III - avaliação da **qualidade dos serviços** prestados pelos estabelecimentos.”*

211. Como se pode observar, os incisos supratranscritos abarcam fragilidades



elencadas ao longo de todo Relatório de Auditoria, ratificando a ampla deficiência na gestão dos serviços de TRS, a qual também pode ser evidenciada nos indicadores obtidos nesta fiscalização (Quadro 22).

Quadro 22: Exemplo de indicadores, obtidos nesta fiscalização, que apontam deficiência na gestão dos serviços de TRS

Indicador	Percentual	Referência
Hospitais públicos distritais habilitados	50,0%	Achado 1
Máquinas de hemodiálise paralisadas	34,9%	Achado 2
Pacientes crônicos diagnosticados nos serviços de agudo dos hospitais	84,8%	Achado 3
Erros no Relatório de Críticas 2014 referentes a procedimentos realizados nos hospitais públicos distritais	98,9%	Achado 4
Implementação das Ações Estratégicas do PDPTDR constantes na amostra (12 dentre as 20 elencadas no Plano).	0,0%	Achado 5

212. Reconhecendo as dificuldades de acompanhamento e aprimoramento dos serviços prestados, a Coordenação de Nefrologia apontou que a demanda da TRS deveria ser tratada a nível de uma Gerência de Nefrologia, na qual se pudesse contar com assessorias de diversos núcleos que cuidassem de cada uma das áreas específicas, tais como, TRS em crônicos, TRS em agudos, transplante renal, nefrologia pediátrica, prevenção da DRC, dentre outros, visto que todos estes aspectos criam uma grande e exaustiva sobrecarga para uma única Coordenação de Nefrologia (PT 7, fl. 119).

Causas

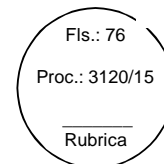
213. Não cumprimento das competências regimentais de avaliar, acompanhar e vistoriar os serviços de Terapia Renal Substitutiva e ausência de uma unidade maior que a Coordenação de Nefrologia para gerir assuntos diversos e amplos.

214. Não observância de normas e diretrizes relativas ao cuidado com o paciente renal crônico em fase dialítica.

215. Não implementação da Ação Estratégica nº 17 - *Implantação do controle de qualidade nos serviços públicos e privados*.

Efeitos

216. Dificuldade em avaliar evolução do serviço prestado, uma vez que não



são utilizados indicadores e metas, e em promover a melhoria contínua do serviço.

217. Aumento de riscos à saúde do paciente e falha no incentivo à realização de diálise peritoneal por TCLE incompleto.

218. Má gestão contratual, deixando prazos contratuais expirarem resultando em consequente descontinuidade na prestação do serviço.

219. Risco à segurança do paciente e à efetividade do tratamento.

Proposições

220. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexista alteração do conteúdo destes, serão submetidas à deliberação do egrégio Plenário, ao menos, as seguintes proposições:

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

a) garanta a continuidade dos serviços de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de osmose portáteis e fixas da Rede, de maneira a assegurar que a qualidade da água utilizada nos procedimentos de diálise não coloque em risco a saúde do paciente;

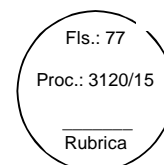
b) adote e monitore os indicadores de qualidade constantes do Anexo II da Portaria GM/MS nº 389/14, que define os critérios para organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal;

c) constitua Núcleo de Segurança do Paciente nos hospitais públicos e elabore e implemente Plano de Segurança do Paciente em cada unidade de diálise, conforme previsto na RDC 11/14;

II. recomendar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que:

a) avalie a conveniência de criação de uma Gerencia de Nefrologia, a fim de garantir melhor estrutura para gerenciamento dos serviços destinados aos pacientes renais;

b) aprimore os termos de consentimento livre e esclarecido a serem



apresentados aos pacientes, atentando às informações mínimas definidas pelas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com a Doença Renal Crônica – DRC no SUS.

III. determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que, ainda, elabore e encaminhe ao Tribunal plano de ação para implementação das determinações constantes do item I, alíneas “a”, “b” e “c”, contendo cronograma completo de ações, bem como a sequência de procedimentos que serão executados, constando prazo e a unidade/setor responsável pela implementação.

Benefícios Esperados

221. Aprimoramento dos serviços prestados em TRS, aumento de segurança no tratamento do dialítico e maior conhecimento do paciente sobre o tratamento.

Brasília (DF), 5 de maio de 2015.

Anna Barroso Santos
Auditor de Controle Externo – 1429-1

Pâmmera S. B. de Oliveira
Auditor de Controle Externo – 1518-1