



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DE CONTROLE EXTERNO
SECRETARIA DE MACROAVALIAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA
DIVISÃO DE AUDITORIA DE PROGRAMAS E DE RECURSOS EXTERNOS

Auditoria Operacional

RELATÓRIO PRÉVIO DE AUDITORIA

Avaliação da Atenção Domiciliar

Processo nº 00600-00005326/2022-79



Brasília, 2022



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DE CONTROLE EXTERNO
SECRETARIA DE MACROAVALIAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA
DIVISÃO DE AUDITORIA DE PROGRAMAS E DE RECURSOS EXTERNOS

Resumo Executivo

Trata-se de auditoria operacional para avaliar a política de Atenção Domiciliar (AD), autorizada no Plano Geral de Fiscalização deste Tribunal para o exercício de 2022¹, realizada predominantemente na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF.

O que o Tribunal buscou avaliar?

Buscou-se avaliar a política da Atenção Domiciliar no DF, incluindo a avaliação das metas e aspectos qualitativos da prestação do serviço ofertado, bem como a adequação do quantitativo e distribuição das equipes responsáveis pelo serviço.

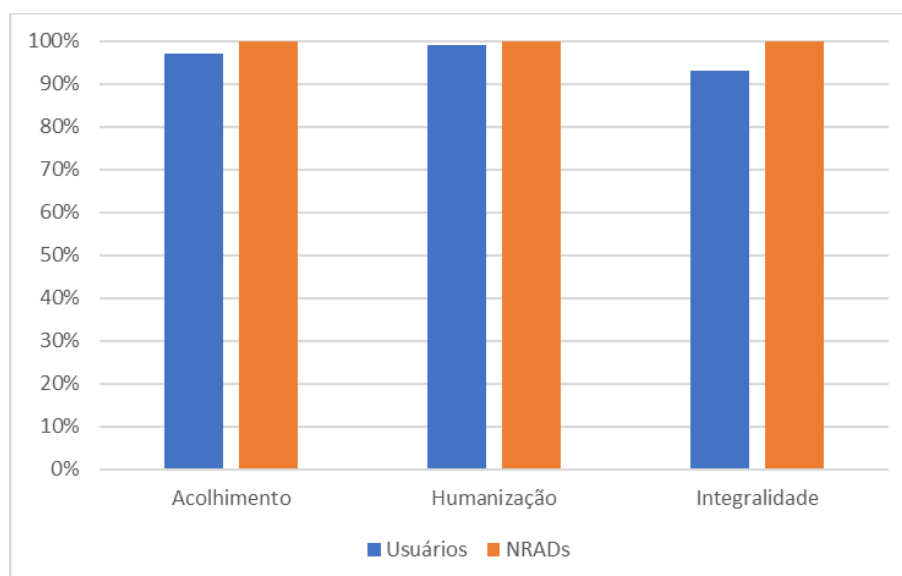
Para alcançar aquele objetivo, foram propostas duas questões de auditoria:

- A implementação da política de Atenção Domiciliar (AD1, AD2, AD3) no DF favorece a sua eficácia e efetividade?
- A implementação da política de Atenção Domiciliar (AD1, AD2, AD3) no DF favorece sua economicidade e eficiência?

O que o Tribunal constatou?

Constatou-se que tanto os usuários como os chefes das equipes da SES/DF responsáveis por pacientes de maior complexidade percebem a prestação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) predominantemente como boa ou ótima:

Figura 1 - Percepção do serviço como ótima ou boa.



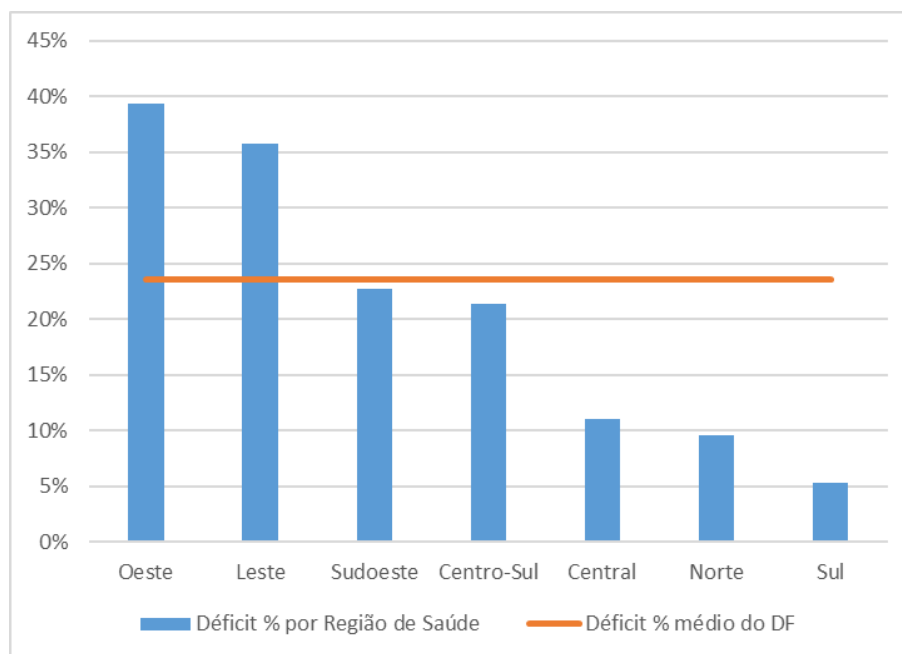
Fonte: PT23.02.

Contudo, a SES/DF apresentou falhas nos mecanismos de busca e identificação de pacientes que poderiam se beneficiar com o tratamento (Achado 2).

¹ Decisão Administrativa nº 58/2021, atualizada pela Decisão Administrativa nº 22/2022.

Contribui para tal falha o reduzido número de equipes da Saúde da Família – eSF, responsáveis por atender pacientes domiciliares de menor gravidade, a distribuição desproporcional das equipes pelo território do DF e o ritmo reduzido das visitas aos domicílios, em comparação com outros entes federativos (Achado 2 e 4). O gráfico abaixo ilustra o déficit médio e relativo de eSFs no DF:

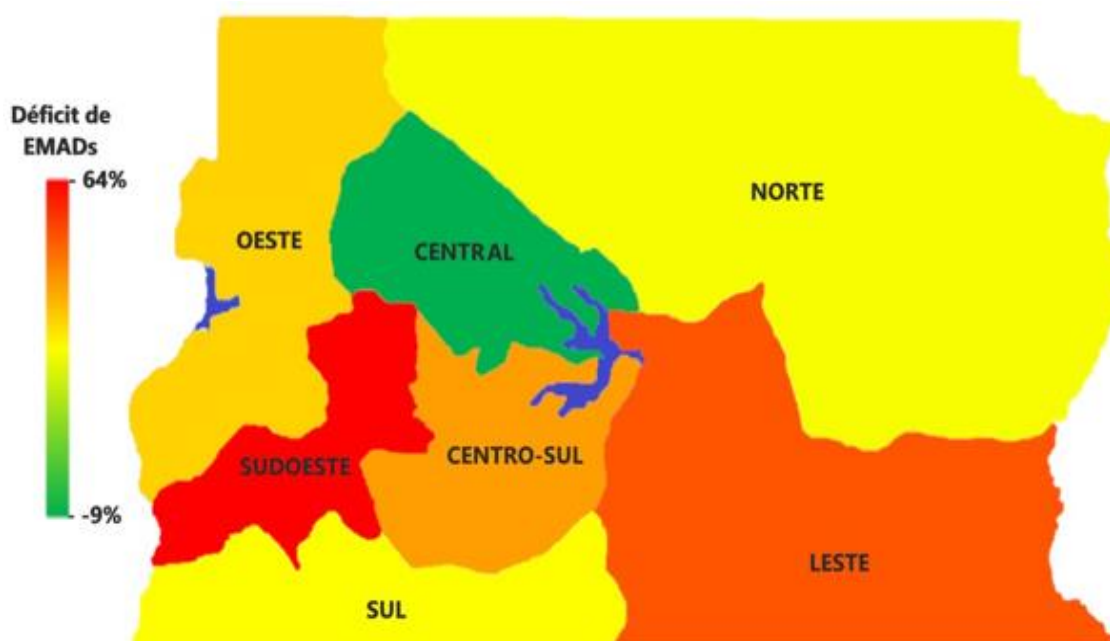
Figura 2 - Déficit relativo de eSF entre as Regiões de Saúde.



Fonte: PT33.01.

Também faltam Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar – EMADs e a distribuição das existentes não leva em consideração as regiões do DF com maior vulnerabilidade social (Achado 4). O gráfico abaixo ilustra essa característica (quanto mais a cor da região se aproxima da cor vermelha maior o déficit).

Figura 3 - Déficit de EMADs nas regionais de saúde.



Fonte: PT31.

Verificou-se, ainda, que as EMADs existentes não conseguem atender ao número mínimo de pacientes recomendado pelo Ministério da Saúde (Achado 3). Nesse sentido, percebe-se que tais equipes são afetadas por falhas nas buscas ativas de outros setores da rede pública de saúde (Achado 2).

Por último, avaliou-se que a escassez de equipes e de profissionais de saúde afetam os recursos repassados pelo governo federal, na medida em que EMADs que não foram formalmente habilitadas deixam de receber aqueles repasses (35% do total), enquanto 17% das eSF recebem recursos parciais por falta de pessoal (Achado 6).

Quais foram as proposições formuladas pela equipe de fiscalização?

Entre as proposições formuladas, destacam-se as seguintes recomendações dirigidas à SES/DF para que:

- regulamente a busca ativa por usuários elegíveis à AD, de maneira a estabelecer um fluxo padronizado de ações proativas, organizadas e estruturadas, de acordo com as particularidades de cada ator da Rede de Atenção à Saúde que possui interface com a AD, elencando suas respectivas responsabilidades;
- reforce a promoção de visitas domiciliares pelos profissionais de saúde da eSF, incluindo a eventual identificação de usuários elegíveis à AD nas modalidades AD1, AD2 ou AD3;
- promova e divulgue a prestação de serviço da AD aos profissionais da SES;
- implemente busca ativa por pacientes elegíveis ao SAD, em colaboração com os profissionais de saúde da RAS, para atingir a média de 60 pacientes por EMAD;
- promova gestão junto à Secretaria de Comunicação no sentido de definir e adotar sistemática de publicação e veiculação em mídia de material educativo afeto à atenção domiciliar;
- promova gestão junto à Secretaria de Desenvolvimento Social no sentido de proporcionar alternativas aos usuários elegíveis ao SAD que não dispõe de cuidadores;
- avalie a oportunidade e conveniência de aumentar a disponibilidade de meios de transporte aos NRADs para que se atinja o quantitativo de 2 conjuntos de carro-motorista por EMAD, sem concorrência com outros setores;
- reavalie a alocação das EMADs e eSFs existentes, bem como dos respectivos profissionais de saúde, de forma a contemplar as regiões mais vulneráveis e com maior demanda pela AD;
- avalie a oportunidade e conveniência de credenciar novas EMADs e eSFs no sentido de reduzir o déficit de cobertura da AD no DF;
- elabore informações gerenciais com base nos indicadores de desempenho recomendados pelo Ministério da Saúde conforme o Manual de Monitoramento e Avaliação do Melhor em Casa, orientando os NRADs sobre os dados a serem coletados e promovendo melhorias na AD em função dos resultados obtidos;
- padronize os fluxos de trabalho de elaboração do PTS e transição do cuidado

para a APS nos casos de melhora clínica;

- avalie a conveniência e oportunidade de integrar os sistemas e-SUS e TrakCare;
- avalie a oportunidade e conveniência de dotar as EMADs em implantação dos profissionais faltantes, readequar a carga horária desses, ou remanejar profissionais de outras EMADs para completar as equipes, bem como aumentar a oferta de médicos nas eSFs; e
- priorize novos credenciamentos de EMADs à ampliação do quantitativo de profissionais nas equipes existentes.

Quais os benefícios esperados com a atuação do Tribunal?

Com a adoção das medidas propostas pelo Tribunal, espera-se:

- o aumento da identificação de usuários elegíveis ao SAD, aumentando o número de usuários atendidos por EMAD;
- a resolução da escassez do conjunto carro-motorista, com a consequente impulsão do SAD de maneira significativa sem incorrer em grande aumento de despesas, as quais poderão inclusive ser amortizadas via ressarcimento de recursos pelo Ministério da Saúde, pela abertura de novas EMADs naquelas regiões em que a carga horária seja compatível ou iminentemente compatível com a criação de novas unidades.
- o aumento do número de usuários atendidos por EMAD, melhoria da qualidade do tratamento, aumento do número de visitas realizadas e diminuição das ocorrências de equipes que deixam de realizar atendimentos por falta de meios de transporte.
- aumento da oferta da prestação de serviço do SAD promovendo, entre outros benefícios, a desospitalização de pacientes elegíveis, em decorrência da adequação do quantitativo e da distribuição de equipes, aliada à busca ativa eficaz.
- a melhoria da gestão da política pública da AD, ao subsidiar o gestor com informações de melhor qualidade para a tomada de decisão;
- a continuidade do atendimento aos usuários pela formalização do PTS nos casos de troca de equipe de saúde;
- a melhoria da segurança dos cuidadores e usuários em sua transição para os cuidados pela APS;
- o aumento dos recursos repassados pelo MS à SES/DF; e
- a ampliação da oferta da AD, por meio da maior disponibilidade de profissionais de saúde à disposição dos usuários.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 Apresentação.....	7
1.2 Identificação do Objeto	7
1.3 Objetivo	12
1.4 Escopo	12
1.5 Montante Fiscalizado	13
1.6 Metodologia	13
1.7 Critérios de auditoria	14
1.8 Avaliação de riscos e controles	14
2. RESULTADOS DA AUDITORIA.....	16
2.1. Questão de Auditoria 1:.....	16
2.1.1. Achado 1	16
2.1.2. Achado 2	21
2.1.3. Achado 3	32
2.2. Questão de Auditoria 2:.....	46
2.2.1. Achado 4	46
2.2.2. Achado 5	54
2.2.3. Achado 6	64

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Trata-se de auditoria operacional para avaliar a política de Atenção Domiciliar (AD), autorizada no Plano Geral de Fiscalização deste Tribunal para o exercício de 2022², realizada predominantemente na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF e onde mais se fez necessário.

2. Cabe destacar que a presente fiscalização visa subsidiar o Relatório Analítico e Parecer Prévio (RAPP) sobre as Contas do Governo de 2022, e foi planejada com base em questões mencionadas nas Representações nº 26/2019-CF e nº 62/2021-CF do Ministério Público de Contas do DF (MPC/DF)³.

3. A execução da presente auditoria compreendeu o período de setembro a novembro de 2022.

1.2 Identificação do Objeto

4. A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção instituída pelo Ministério da Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, com continuidade de cuidados.

5. Atualmente a Portaria MS nº 825/2016 regulamenta as diretrizes da política da AD, indicada para usuários que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade no qual a Atenção Domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador⁴.

6. O atendimento é organizado em três modalidades em nível crescente de complexidade: AD1, AD2 e AD3. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, sobretudo as equipes de Saúde da Família (eSF), por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.

7. Já os pacientes classificados como AD2 e AD3 são de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que é composto pelas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e/ou Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), as quais visam a desospitalização de pacientes.

8. As equipes EMADs são constituídas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou assistentes sociais, e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Já as

² Decisão Administrativa nº 58/2021, atualizada pela Decisão Administrativa nº 22/2022.

³ e-DOC FEA33B53 e e-DOC DC68976E, respectivamente.

⁴ Portaria MS nº 825/2016, art. 5º.

EMAPs abrigam profissionais nas seguintes especialidades: nutricionista, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, odontólogo e farmacêutico.

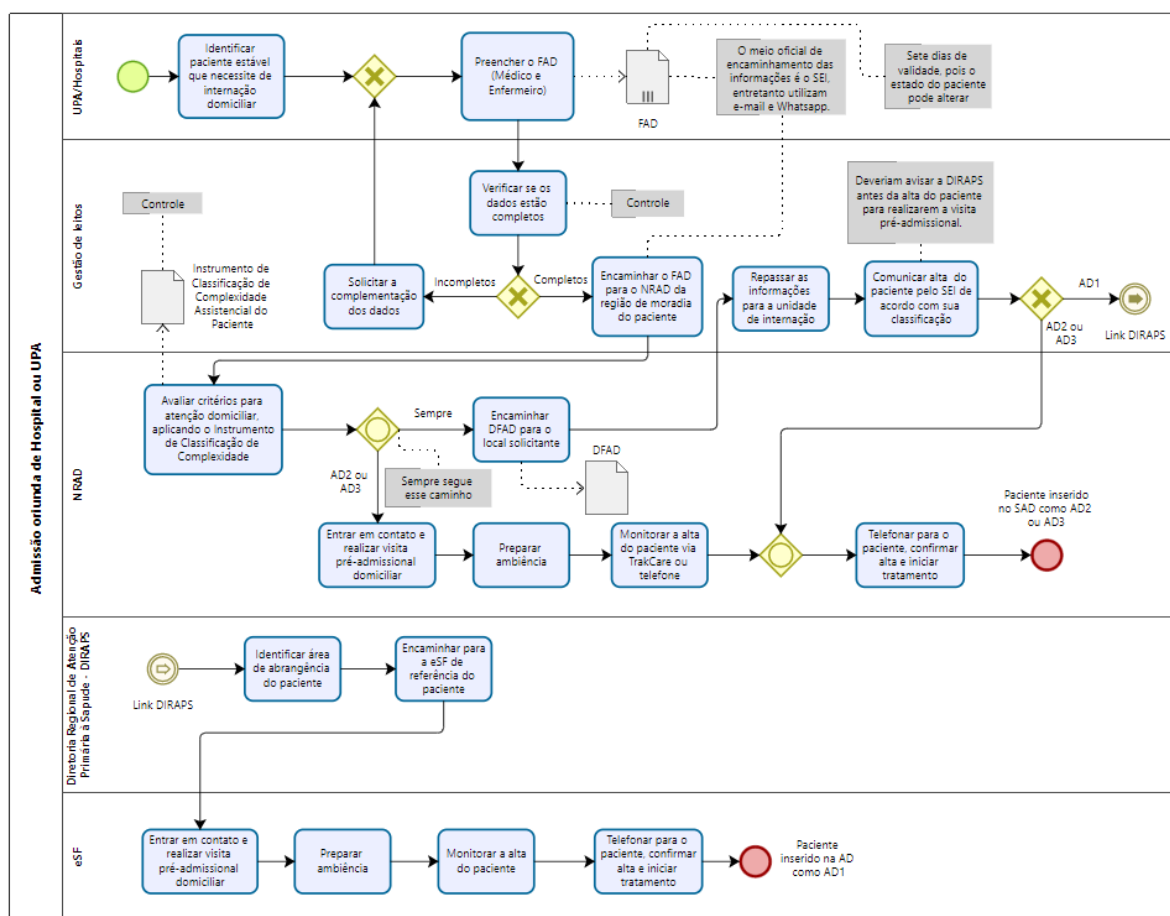
9. No âmbito do Distrito Federal, tais equipes são coordenadas pelos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD), vinculados a hospitais de referência das sete Superintendências de Regiões de Saúde (SRS): Central, Centro-sul, Oeste, Sul, Sudoeste, Norte e Leste.

10. Os NRADs podem ter mais de uma EMAD, cada uma responsável pelo atendimento de 60 pacientes, em média. A EMAD pode ser auxiliada pela EMAP. Ao total, em setembro de 2022, o GDF contava com 11 NRADs, com 17⁵ EMADs e 9 EMAPs⁶.

11. Segundo o protocolo de saúde de 2016, o NRAD é o setor responsável pela análise dos requisitos e classificação do usuário, de acordo com critérios clínicos, administrativos e assistenciais, estabelecidos pela Portaria MS nº 825/2016. O fluxo abaixo ilustra o procedimento de admissão para um paciente internado em um hospital e elegível ao SAD:

⁵ A EMAD de Recanto das Emas não foi incluída naquela contabilização, tendo em vista que constava como desativada, de acordo com os dados disponíveis do CNES de setembro de 2022. Já o NRAD de Santa Maria, atualmente sob a gestão do IGES, embora não conste do CNES, foi contabilizado.

⁶ PT10 e DC62.

Figura 4 – Fluxo de processos de admissão de um paciente internado e elegível ao SAD.

Fonte: PT08.01 e PT20.

12. Inicialmente, os profissionais de saúde das clínicas dos Hospitais e das UPAs identificam o paciente com perfil para admissão na internação domiciliar. Na sequência, o Formulário de Avaliação de Desospitalização (FAD) é preenchido pelas seguintes categorias profissionais: médico e enfermeiro (cada profissional preenche o formulário específico para a sua categoria, mas eles são encaminhados em conjunto)⁷.

13. O FAD preenchido é encaminhado⁸ para a Gestão de Leitos, a qual verifica se os dados estão corretamente preenchidos. Estando os dados incompletos, o FAD é devolvido à equipe do Hospital ou da UPA para que complemente os dados e posteriormente reencaminhe para a Gestão de Leitos fazer a verificação. Por seu turno, se os dados estiverem completos, o FAD é encaminhado ao Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) da região de moradia do paciente.

14. Cabe destacar que, devido ao critério de estabilidade clínica do paciente, o FAD possui validade de 7 dias, uma vez que a situação de saúde do paciente pode se alterar. Estando o documento dentro daquele prazo, o NRAD avalia os critérios administrativos, clínicos, assistenciais e faz a classificação do paciente, de

⁷ O novo protocolo em análise para aprovação possui nomes de formulários diferentes, estabelece protocolos distintos para pacientes vindos também de UBSs e apresenta protocolos de desospitalização para o SAD-AC (*home care*).

⁸ O encaminhamento via processo SEI é maneira preconizada pelo novo protocolo em elaboração na SES, contudo se verificou que, na prática, o FAD é encaminhado por e-mail ou Whatsapp.

acordo com o Instrumento de Classificação de Complexidade Assistencial do Paciente, do protocolo vigente⁹.

15. O NRAD, por intermédio da Gestão de Leitos, responde à solicitação (FAD) ao setor solicitante por meio da Devolutiva do Formulário de Avaliação de Desospitalização (DFAD), na qual consta a classificação do paciente.

16. Tratando-se de paciente classificado como AD2 ou AD3, o NRAD entra em contato com o cuidador para realizar a visita pré-admissional domiciliar e preparar a ambiência. O NRAD fica no aguardo da alta hospitalar do paciente. Após confirmada, este é inserido no SAD como AD2 ou AD3.

17. No caso de paciente classificado como AD1, a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde – DIRAPS é comunicada. O papel da DIRAPS é identificar a área de abrangência da residência do usuário e encaminhá-lo para a equipe de Saúde da Família – eSF de referência. Por sua vez, a eSF deve entrar em contato com o cuidador para realizar a visita pré-admissional domiciliar e preparar a ambiência. Após o encaminhamento à Atenção Básica, a eSF realiza a visita pré-admissional, prepara a ambiência e monitora a alta do paciente para iniciar o tratamento¹⁰.

18. Quando da admissão do paciente na Atenção Domiciliar – AD, deve ser elaborado o Plano Terapêutico Singular (PTS) pela equipe multidisciplinar que irá atendê-lo. O PTS é um documento que envolve a elaboração e execução de ações terapêuticas multidisciplinares e articuladas segundo a necessidade de saúde de cada paciente. Esse plano deve ser elaborado em conjunto pelos profissionais envolvidos e deve dispor sobre a quantidade de visitas que cada profissional deve realizar e com qual frequência, a necessidade de realização de exames e de consultas com outras especialidades médicas.

19. O PTS é, portanto, um guia que irá orientar o planejamento e a periodicidade das visitas dos profissionais integrantes das equipes dos NRADs, podendo sofrer alterações de acordo com as necessidades do paciente.

Contextualização

20. A Atenção Domiciliar foi objeto da Representação nº 26/2019-CF e nº 62/2021-CF do Ministério Público de Contas do DF (MPC/DF) que tratou, entre outros, dos seguintes assuntos: eficiência e produtividade das equipes, alocação assimétrica de equipes, ou seja, excesso de profissionais em um NRAD enquanto outro apresentava escassez, descumprimento de horário de atendimento, equipes incompletas, com suspensão de repasses do Ministério da Saúde, possíveis simulações de atendimento, sendo mencionada na representação supra a necessidade de se ouvir pacientes e cuidadores.

21. A política do serviço de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde prevê incentivo financeiro de custeio pelo Governo Federal para a manutenção

⁹ No novo protocolo, pendente de publicação, o *checklist* para a avaliação da elegibilidade pelos NRADs sofreu alguns ajustes e passou a ser denominado Instrumento de Classificação de Elegibilidade.

¹⁰ Nos casos em que o paciente estava sob a responsabilidade do NRAD, ou seja, já inserido no SAD, com o intuito de evitar que o paciente fique desassistido, conforme reportado pela Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar - GESAD, a alta por melhora clínica nos NRADs só é registrada a partir do início efetivo do atendimento pela Atenção Básica.

daquelas equipes multidisciplinares, por meio do Programa Melhor em Casa, desenhado para estimular os entes federativos a prestarem atendimento no âmbito do SAD (AD2 e AD3), visando aumento da oferta do atendimento pelos hospitais, atendimento mais humanizado, ampliando a autonomia dos usuários, e otimizando recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde – RAS.

22. O desenho da política local de AD foi instituído pela Portaria SES-DF nº 55/2018 que predominantemente guarda similaridades com a política nacional. No entanto, cabe anotar algumas divergências, com destaque para a criação do Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade – SAD-AC, também conhecido como Home Care, na modalidade AD4 – não mencionada pelas diretrizes do Ministério da Saúde – para atender pacientes de maior complexidade, com necessidade de ventilação mecânica invasiva em equipamento microprocessado e de cuidados contínuos de enfermagem.

23. Merece destaque, ainda, que a prestação do serviço na modalidade AD4 no DF é passível de terceirização. De fato, foi firmado o Contrato nº 130/2018 entre a SES e a Prime Home Care Assistência Médica Domiciliar LTDA, no qual foram ofertadas 100 vagas do serviço na modalidade AD4.

24. A respeito da prestação do serviço por meio daquele contrato, no planejamento da presente fiscalização, apurou-se que a admissão de pacientes no atendimento domiciliar embora tenha critérios bem definidos para a admissão nas modalidades AD1, AD2 e AD3, descritos nos normativos de regência, não dispõe de protocolo de regulação^{11,12}. Já a admissão de pacientes ao SAD-AC, destinados às vagas disponíveis no Contrato nº 130/2018, passou a se submeter à regulação a partir de 2020.

25. Verificou-se que a regulação para ingresso no SAD-AC foi feita por meio da Nota Técnica nº 3/2020 – SES/SAIS/CATES/DSINT/GESAD, em que constam, entre outros, os critérios de admissão. Um dos objetivos da criação do SAD-AC no DF, constante da mencionada nota técnica, é a desospitalização de pacientes egressos das Unidades de Tratamento Intensivas - UTIs que ainda necessitam de ventilação mecânica invasiva e de assistência contínua de enfermagem¹³, sendo este último critério vedado pela Portaria MS nº 825/2016 para elegibilidade do paciente para tratamento no SAD de baixa e média complexidade (AD2 e AD3).

26. Em entrevista com a Central de Regulação do DF – CRDF, foi reportado que o SAD-AC está sendo efetivamente regulado, de acordo com os critérios descritos naquela Nota. Demonstrou-se, ainda, que tanto as solicitações para admissão quanto os pacientes atualmente em acompanhamento no *Home Care* são registrados no SisLeitos, que consiste num sistema que registra as solicitações e admissões de pacientes a leitos hospitalares e de Home Care regulados pela CRDF.

27. Além disso, vale mencionar que as Representações nºs 39/2020-G2P e 81/2020-G2P¹⁴ do *parquet* de contas, que tratam da prestação de serviço ofertado

¹¹ Conjunto de diretrizes pelas quais a equipe médica da central de regulação classifica e prioriza os pacientes aptos a receberem a prestação do serviço.

¹² Ao longo da execução dos trabalhos de auditoria, a Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar - SES/SAIS/CATES/DSINT/GESAD mencionou a importância de se regular o serviço.

¹³ A necessidade contínua de enfermagem é um critério de exclusão do Atendimento Domiciliar constante da Portaria MS nº 825/2016.

¹⁴ e-DOC 943FBC96-e e e-DC e 1E9F7AA0-e, respectivamente.

pela *Prime Home Care Assistência Médica Domiciliar LTDA* e se referem ao cumprimento da prestação contratual do serviço de *Home Care*, já estão sendo acompanhadas por esta Corte no âmbito do Processo nº 00600-00003460/2020-73.

28. Em síntese, considerando que houve progresso nos controles internos para a admissão de pacientes ao SAD-AC, por meio de regulação, instituída após a supramencionada Representação nº 26/2019-CF, que o serviço não é abrangido pela Atenção Domiciliar por requerer assistência contínua de enfermagem, segundo os ditames da Portaria MS nº 825/2016, e que a temática desse serviço já é objeto de Processo nº 00600-00003460/2020-73-e, não se incluiu o SAD-AC no escopo da presente fiscalização.

1.3 Objetivo

1.3.1 Objetivo Geral

29. O objetivo geral da auditoria foi o de avaliar a implementação da política de Atenção Domiciliar (AD) no DF.

1.3.2 Objetivos Específicos

30. Os objetivos específicos desta auditoria, registrados em Matriz de Planejamento anexada (peça 12), compõe-se das questões a seguir.

1. A implementação da política de Atenção Domiciliar (AD1, AD2, AD3) no DF favorece sua economicidade e eficiência?
2. A implementação da política de Atenção Domiciliar (AD1, AD2, AD3) no DF favorece a sua eficácia e efetividade?

1.4 Escopo

30. A presente auditoria avaliou, além dos aspectos operacionais, a eficácia, a eficiência, a efetividade e a economicidade de pontos relacionados à Atenção Domiciliar no que tange à prestação de serviços para atendimento dos pacientes classificados como AD1, AD2 e AD3, envolvendo, portanto, a Atenção Primária (AD1), as equipes que integram os NRAD e a GESAD (AD2 e AD3).

31. Nesse contexto, foram verificados aspectos alusivos à implementação da AD, como o fluxo de admissão do paciente, fluxo de atendimento, disponibilidade e suficiência de recursos para o bom desempenho da prestação do serviço e alocação eficiente dos equipamentos de saúde relacionados à AD.

32. Igualmente, fez-se necessário estimar em que medida o SAD contribui para a otimização do uso dos leitos e de recursos hospitalares (com a redução da demanda por atendimento hospitalar), privilegiando a humanização da atenção à saúde e a melhor utilização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Saúde do DF.

33. Cumpre esclarecer que não faz parte do escopo da presente auditoria serviços que, embora tenham a natureza de atendimento domiciliar, não integram a

política pública instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS nº 825/2016, a exemplo daqueles contratados por parceiros privados, tais como a prestação de Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade (SAD-AC), também conhecido como *Home Care*, e o fornecimento de oxigênio domiciliar, no âmbito do Programa de Oxigenoterapia.

34. O escopo temporal das avaliações se concentrou, predominantemente, no primeiro semestre de 2022.

1.5 Montante Fiscalizado

35. Com relação ao montante fiscalizado, cumpre esclarecer que a materialidade mais relevante é a do tipo qualitativa, uma vez que o serviço promove a desospitalização ao permitir que pacientes com critérios de elegibilidade definidos, possam continuar o tratamento clínico em domicílio, com o apoio de familiares, liberando leitos hospitalares.

36. É importante destacar que os pacientes das modalidades AD2 e AD3, atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar, são pacientes que estariam em internação hospitalar caso não houvesse o SAD, devido à média e alta complexidade clínica.

37. O Serviço de Atenção Domiciliar abrange cerca de 800 pacientes nas modalidades AD2 e AD3, segundo levantamento realizado pela equipe de auditoria (PT10).

38. A fim de ilustrar o benefício econômico da política pública, é possível inferir que o Poder Público deixa de dispendar diariamente custos associados a cerca de 800 diárias de internação hospitalar. Considerando que o custo médio com a internação hospitalar no Distrito Federal ao longo do primeiro semestre de 2022 foi próximo de R\$ 1.300,00 (DC60), a economia de recursos públicos projetada para 2022 é de aproximadamente de R\$ 375 milhões anuais¹⁵.

39. Portanto, apesar de a materialidade da presente auditoria operacional ser essencialmente qualitativa, é possível estimar a materialidade quantitativa em cerca de R\$ 375 milhões, considerando as ponderações acima.,

1.6 Metodologia

40. Os procedimentos e técnicas utilizados na execução da presente auditoria encontram-se registrados na Matriz de Planejamento (peça 12), merecendo destaque a elaboração de questionários direcionados aos NRADS, DIRAPS e cuidadores.

41. Através dos questionários direcionados ao NRADs foi possível obter informações a respeito da quantidade de pacientes atendidos pelo programa em cada NRAD, quantidade de visitas realizadas por NRAD, quantidade de conjunto veículo-

¹⁵ O cálculo leva em consideração a projeção para os 12 meses de 2022 ao custo médio com internação hospitalar informado pelo Ministério da Saúde relativo ao primeiro semestre de 2022 e não inclui eventuais custos do Serviço de Atenção Domiciliar para atendimento dos 800 pacientes, consideravelmente menores, nem leva em conta valores repassados pelo Governo Federal.

motorista disponível por NRAD, quantidade de profissionais disponíveis com suas cargas horárias e medida de disponibilidade, produção de atendimentos domiciliares por NRAD, por mês, ao longo do 1º semestre de 2022 e percepção desses Núcleos a respeito do atendimento dos princípios da AD.

42. Já os questionários direcionados às DIRAPS buscaram averiguar se havia um procedimento padronizado entre as eSFs dessas Diretoria, com o intuito de identificar e encaminhar pacientes elegíveis à AD.

43. Por fim, os questionários direcionados aos cuidados dos pacientes admitidos na AD tiveram como objetivo verificar a percepção desses a respeito dos princípios do acolhimento, humanização e integralidade.

44. A metodologia empregada na elaboração dos índices apontados na presente fiscalização consta no apêndice deste Relatório (peça 20).

1.7 Critérios de auditoria

45. Os critérios escolhidos dizem respeito à aspectos de eficácia, efetividade, economicidade eficiência e foram extraídos da Portaria MS nº 825/2016 e da Portaria SES nº 55/2018.

1.8 Avaliação de riscos e controles

46. A avaliação de riscos e controles realizada está apresentada no PT01 (peça 11), no qual foram identificados, entre outros, os seguintes fatores que podem afetar o desempenho da AD:

- R1 – Risco de a regulamentação local não guardar compatibilidade com o desenho da política nacional¹⁶;
- R2 – Risco de a SES não definir critérios objetivos para admissão do paciente na AD, em consonância com o MS¹⁶;
- R3 – Risco de a SES não produzir informações gerenciais, prejudicando o acompanhamento e monitoramento dos resultados da AD;
- R4 – Risco de ausência de padronização de fluxos de trabalho conhecidos pelas áreas da AD;
- R5 – Risco de retrabalho na alimentação de informações em mais de um sistema informatizado;
- R6 – Risco de alocação desproporcional de equipes em relação à população;
- R7 – Risco de desequilíbrio da produtividade dos NRADs em relação aos seus insumos;

¹⁶ Embora os riscos R1 e R2 tenham sido analisados por ocasião da avaliação de riscos e controles e constarem da Matriz de Riscos e Controles, decidiu-se por tratá-los na contextualização dos trabalhos, não sendo objeto de questões de auditoria específicas.

- R8 – Risco de as equipes estarem incompletas e não atenderem aos critérios estabelecidos para captação de recursos;
- R9 – Risco de as EMADs possuírem média de pacientes muito discrepante do preconizado pelo MS;
- R10 – Risco de a frequência do atendimento prestado pelas EMADs ser inferior ao mínimo preconizado pelo MS;
- R11 – Risco de a busca ativa não funcionar adequadamente em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde - RAS, pela falta de orientação/divulgação do Programa;
- R12 – Risco de os atendimentos serem realizados sem o devido acolhimento, humanização e integralidade.

47. O quadro a seguir apresenta, de forma resumida, a avaliação dos riscos elencados e dos controles implementados para sua mitigação, além do risco de detecção relacionado a cada risco elencado, sendo esse entendido como o risco que se pode assumir de não se detectar uma distorção relevante:

Tabela 1 - Avaliação dos riscos elencados e dos controles implementados para sua mitigação.

Nº	Risco Inerente	Avaliação do controle	Avaliação do Risco Residual	Profundidade dos Testes
R1	Risco Moderado	Inexistente/não avaliado	Alto	Rigorosa
R2	Risco Baixo	Mediano	Baixo	Baixa
R3	Risco Alto	Fraco	Muito Alto	Muito Rigorosa
R4	Risco Moderado	Fraco	Médio	Moderada
R5	Risco Moderado	Mediano	Baixo	Baixa
R6	Risco Moderado	Inexistente/não avaliado	Alto	Rigorosa
R7	Risco Baixo	Inexistente/não avaliado	Baixo	Baixa
R8	Risco Moderado	Inexistente/não avaliado	Médio	Moderada
R9	Risco Moderado	Fraco	Médio	Moderada
R10	Risco Alto	Fraco	Muito Alto	Muito Rigorosa
R11	Risco Alto	Fraco	Muito Alto	Muito Rigorosa
R12	Risco Moderado	Fraco	Médio	Moderada

Fonte: PT01.

2. RESULTADOS DA AUDITORIA

2.1. Questão de Auditoria 1:

A implementação da política de Atenção Domiciliar (AD1, AD2, AD3) no DF favorece a sua eficácia e efetividade?

A avaliação dos princípios da AD de acolhimento, humanização e integralidade foi considerada predominantemente boa e ótima tanto pelos usuários quanto pela equipe dos NRADs. Por outro lado, não obstante o déficit das EMADs (Achado 3), o número de pacientes atendidos e de visitas por paciente realizadas por cada equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Contribui para o baixo número de pacientes em atendimento a busca ativa desarticulada entre a Rede de Atenção à Saúde e a Atenção Domiciliar e ineficiente para identificar e encaminhar pacientes elegíveis para as equipes responsáveis.

2.1.1. Achado 1 (Achado Positivo)

Alto grau de atingimento das metas de acolhimento, humanização e integralidade da política de Atenção Domiciliar.

Critério

48. Segundo o art. 4º da Portaria nº 825/2016 do Ministério da Saúde¹⁷, a Atenção Domiciliar será estruturada de acordo com os princípios de acolhimento, humanização e integralidade.

49. Na visão da auditoria, o acolhimento diz respeito à abordagem inicial do profissional de saúde para com o usuário. Dessa forma, é importante que o profissional oportunize ao usuário verbalizar suas preocupações e tenha paciência para ouvi-lo antes de buscar o diagnóstico adequado.

50. Já a humanização diz respeito à cortesia e ao respeito dispendido no trato com o usuário.

51. Por último, a integralidade está relacionada ao atendimento ou adequado encaminhamento das necessidades de saúde do usuário, envolvendo não só a prática curativa do problema de saúde, como também outros aspectos de saúde que podem envolver especialidades médicas, bem como a dimensão social, familiar e cultural na qual aquele indivíduo está inserido¹⁸.

Análises e Evidências

52. Para se avaliar estes aspectos subjetivos, foram elaborados questionários com o intuito de medir a efetividade da política pública de AD pela coleta da percepção tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde prestadores do serviço.

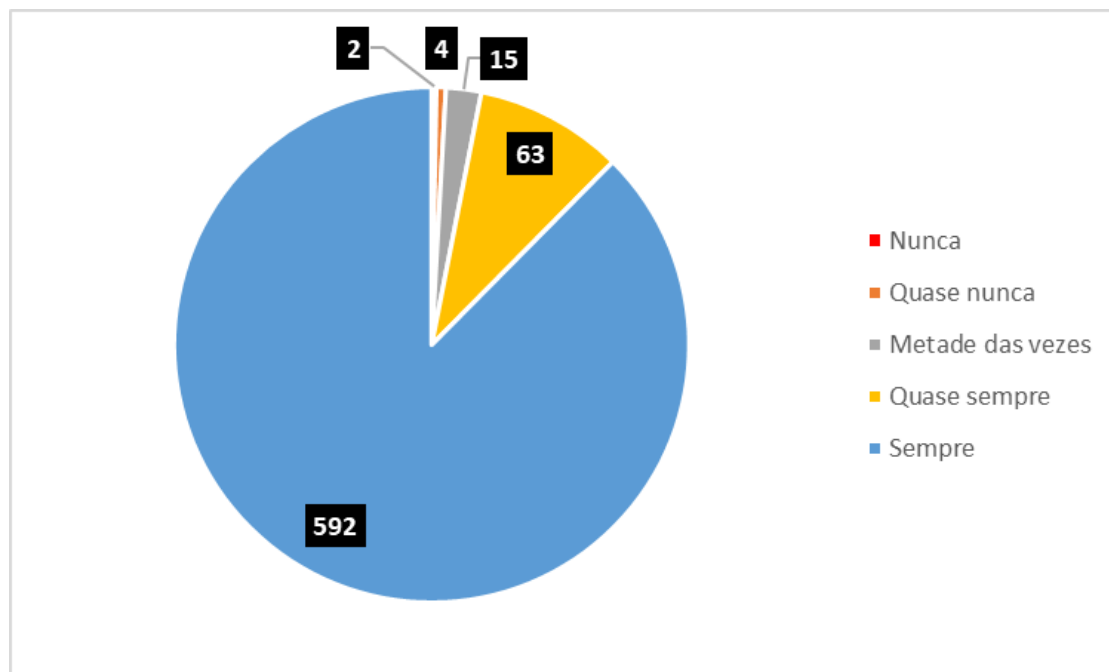
¹⁷ DC01, Portaria MS nº 825/2016, art. 4, inciso I.

¹⁸ DC78.

53. Foram coletadas as informações de 677¹⁹ usuários de um total aproximado de 853²⁰ nos 11 NRADs presentes no DF²¹.

54. Com relação à percepção do usuário sobre o **acolhimento**, o gráfico a seguir ilustra os resultados alcançados:

Figura 1 - Percepção do acolhimento pelos usuários do SAD.



Fonte: PT23.02.

55. Constata-se que aproximadamente 88%²² dos respondentes²³ anotaram que sempre se sentem acolhidos pelos profissionais dos NRADs, o que corresponde a 30 usuários acolhidos em cada 34 usuários visitados. Na sequência, aproximadamente 9%²⁴ dos usuários se sentiram acolhidos quase sempre que foram visitados. Os usuários que se sentiram acolhidos apenas metade das vezes, quase nunca ou nunca somaram 3%²⁵ das respostas.

56. Se somarmos as respostas dos usuários que se sentiram acolhidos sempre ou quase sempre teremos um percentual de 97%²⁶ das respostas recolhidas, ou quase a totalidade, o que corrobora a impressão da equipe de auditoria em

¹⁹ DC64 – Respostas do questionário dos usuários.

²⁰ A quantidade é aproximada pelo fato de que todos os dias entram novos usuários e saem outros do SAD, o que ocorreu mesmo durante a realização da pesquisa.

²¹ Apesar de a quantidade de questionários coletados ser grande em relação à quantidade de usuários no programa, aproximadamente 69% dos usuários, ou o equivalente a 7 em cada 10 usuários, não houve possibilidade de seleção aleatória sem interferência direta na prestação do serviço e por isso os resultados apresentados não podem ser propagados para toda a população.

²² 592 de 676.

²³ PT23.02, aba Consolidado.

²⁴ 63 de 676.

²⁵ 21 de 676.

²⁶ 655 de 676.

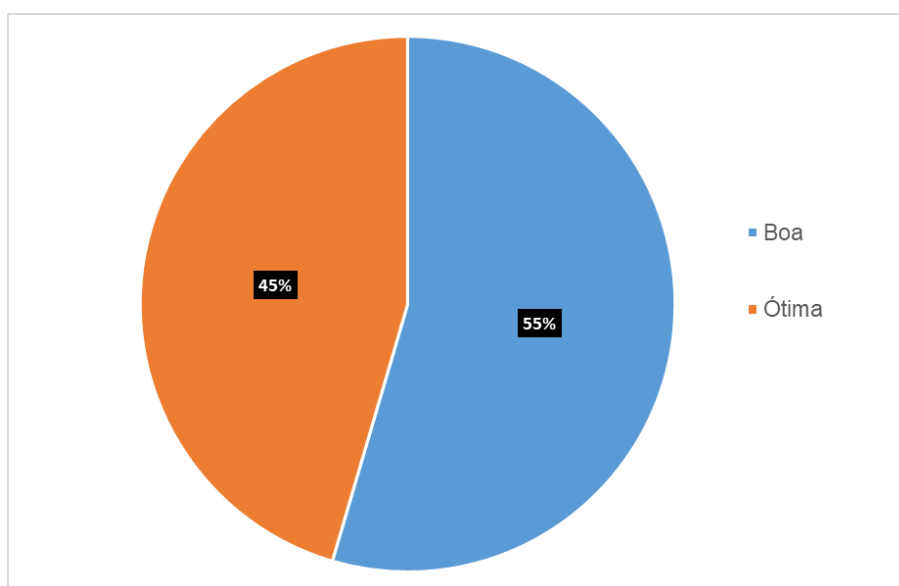
acompanhamento da rotina de atendimentos dos NRADs durante o conhecimento do objeto da auditoria²⁷ a seguir transcrito:

“Notou-se que os pacientes são atendidos com presteza, cuidado e gentileza, as famílias e os cuidadores são acolhidos, suas demandas são ouvidas, a equipe é bem recebida e há satisfação com o serviço prestado.

Igualmente se observou que os profissionais de saúde estavam empenhados e motivados para realizar o seu trabalho (inclusive relataram que apesar das dificuldades e limitações, o trabalho é muito gratificante).”

57. No mesmo quesito, a avaliação²⁸ dos NRADs do **acolhimento** por eles prestado pode ser visualizada no gráfico abaixo:

58. **Figura 2 - Percepção do acolhimento pelos NRADs.**



Fonte: PT28.30.

59. Do exposto, o **acolhimento** foi percebido como bom por 55%²⁹ dos NRADs, enquanto os demais avaliaram esse princípio como ótimo, em linha com a percepção dos usuários que responderam aos questionários para os quais a quase totalidade das respostas foram pela percepção de serem sempre ou quase sempre bem acolhidos³⁰.

60. Na avaliação da **humanização**, as respostas dos usuários³¹ indicaram que aproximadamente 97%³² deles avaliaram os profissionais dos NRADs como muito educados durante os atendimentos, o que corresponde a 33 de 34 pacientes, com os 3%³³ restantes classificados como sendo pouco educados ou nem mal nem bem-educados, como pode ser visto no gráfico a seguir.

²⁷ MR10.

²⁸ PT28.30, aba Q22 – Acolhimento.

²⁹ 6 de 11.

³⁰ Cabe registrar que nenhum NRAD percebeu o acolhimento como péssimo, ruim ou regular.

³¹ PT23.02, aba Consolidado.

³² 655 de 677.

³³ 22 de 677.

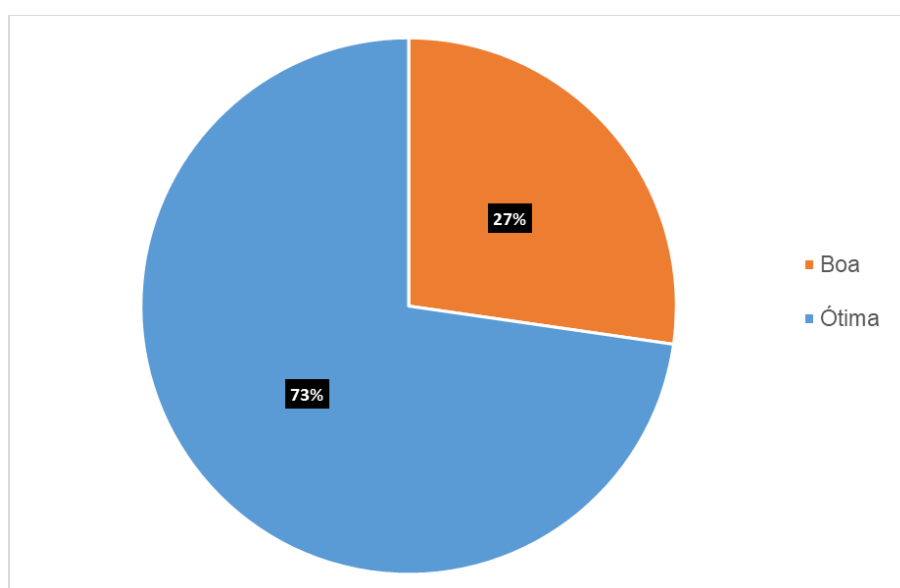
Figura 3 - Percepção da humanização pelos usuários do SAD.



Fonte: PT23.02.

61. A percepção dos NRADs³⁴ nesse quesito foi de 73%³⁵ como ótima e de 27%³⁶ como boa, indicando que a percepção da humanização pelos usuários do SAD que responderam aos questionários é similar à percepção dos profissionais do NRAD.

Figura 4 - Percepção da humanização pelos NRADs.



Fonte: PT28.30.

62. Já na avaliação da **integralidade**³⁷ do atendimento, para 76%³⁸ dos usuários do SAD que responderam aos questionários a percepção foi que suas demandas de saúde foram sempre atendidas ou adequadamente encaminhadas pelas equipes de saúde dos NRADs, o que corresponde a 10 usuários em cada 13.

³⁴ PT28.30, aba Q23 - Humanização.

³⁵ 8 de 11.

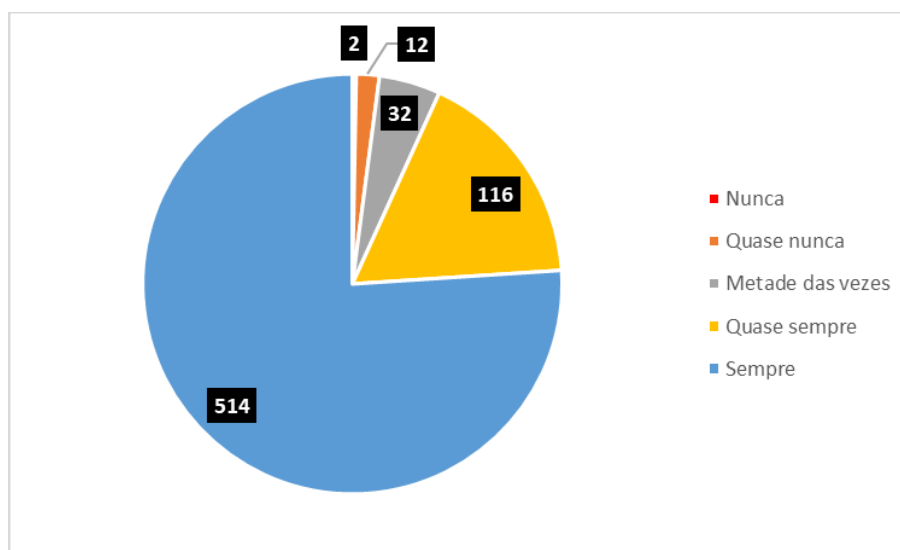
³⁶ 3 de 11.

³⁷ PT23.02, aba Consolidado.

³⁸ 514 de 676.

Na sequência, 17%³⁹ dos usuários avaliaram que suas demandas de saúde foram quase sempre atendidas; 5%⁴⁰ metade das vezes; e 2%⁴¹ quase nunca.

Figura 5 - Percepção da integralidade pelos usuários do SAD.

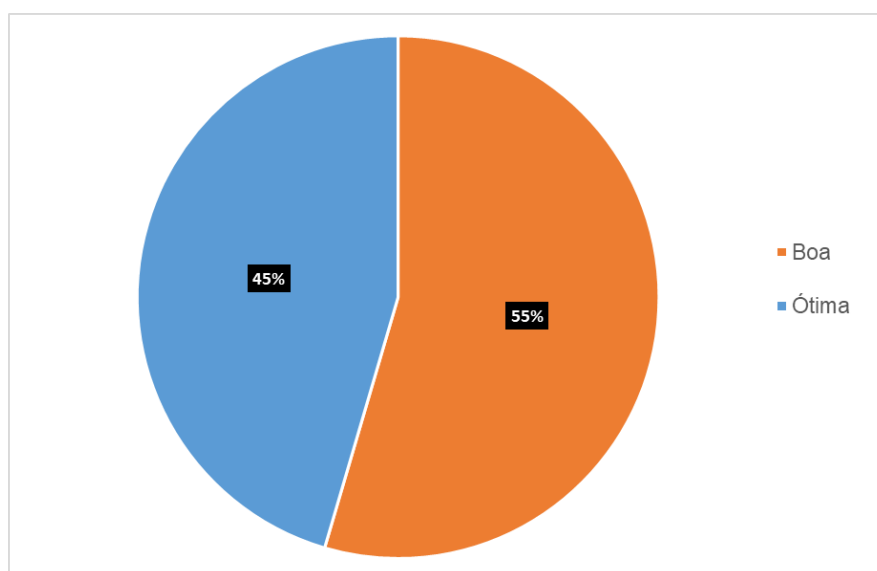


Fonte: PT23.02.

63. Ao total, os usuários que avaliaram suas demandas como sempre ou quase sempre atendidas ou adequadamente encaminhadas representam 93%, o equivalente a nove usuários em cada 10, como pode ser visto no gráfico acima.

64. De forma similar ao observado no quesito acolhimento, 55% dos NRADs percebem a dimensão da **integralidade** do serviço por eles prestado como boa, enquanto 45% como ótima, conforme gráfico abaixo.

Figura 6 - Percepção da integralidade pelos NRADs.



Fonte: PT28.30.

³⁹ 116 de 676.

⁴⁰ 32 de 676.

⁴¹ 12 de 676

65. Mais uma vez, a percepção dos NRADs da integralidade avaliada como boa e ótima é condizente com a dos usuários para os quais 93% deles perceberam suas demandas sempre ou quase sempre atendidas ou adequadamente encaminhadas.

66. Do exposto, acerca dos princípios dos SUS afetos ao **acolhimento, humanização e integralidade** do SAD, vale prestigiar o esforço das equipes dos NRADs em prestarem um serviço de saúde com elevados níveis de satisfação do usuário.

2.1.2. Achado 2

Busca ativa desarticulada entre a Rede de Atenção à Saúde e a Atenção Domiciliar e ineficaz para identificar e encaminhar pacientes elegíveis para as equipes responsáveis pela política de Atenção Domiciliar.

Critério

67. A Portaria do Ministério da Saúde nº 825/2016⁴² dispôs que as equipes responsáveis pela assistência domiciliar têm como atribuição articular, com os demais estabelecimentos da Rede de Assistência à Saúde, fluxos para admissão e alta dos usuários em Atenção Domiciliar, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas⁴³.

68. A busca ativa é parte integrante do processo de trabalho das equipes de Atenção Domiciliar – AD⁴⁴ e tem como finalidade identificar pacientes elegíveis à AD. Tal processo inclui procedimentos para identificação de pacientes elegíveis de maneira padronizada e de amplo conhecimento dos atores envolvidos, uma vez que os usuários que se beneficiarão da AD deverão ser identificados a partir de protocolos específicos pactuados localmente, por diferentes equipes em diferentes estabelecimentos de saúde⁴⁵.

69. Em face das particularidades atinentes à cada ator da Rede de Atenção à Saúde – RAS que possui interação com a AD e ao respectivo público atendido, é recomendável que cada segmento adote uma metodologia padronizada, que contenha as melhores práticas e cumpra de forma eficaz o objetivo da busca ativa. Também é necessário dar amplo conhecimento aos profissionais envolvidos em cada setor, de maneira que a busca ativa por pacientes elegíveis seja uma prática internalizada em toda a Rede.

70. Tem-se que a ampla divulgação às partes envolvidas são relevantes no sentido de aprimorar a assistência, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais⁴⁶.

71. Ressalta-se ainda que os Sistemas de Saúde, assim como toda a Administração Pública, devem se pautar pelo princípio da eficiência, assim é preciso buscar produzir o máximo de resultados com os recursos destinados à saúde. Em

⁴² Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em 23/09/2022.

⁴³ Art. 7º, inciso VII.

⁴⁴ DC51.01 (fl.08).

⁴⁵ DC51.03 (fl. 08).

⁴⁶ DC35 (fls. 46 e 47).

saúde, isso significa produzir o melhor cuidado possível para o maior número de pessoas⁴⁷.

72. Desse modo, verifica-se a importância da realização de busca ativa em todos os pontos da rede, com vistas à melhoria da eficiência na Atenção Domiciliar, eis que amplia a capilaridade da política pública, viabilizando a assistência aos usuários e favorecendo a utilização de forma ótima dos recursos e insumos disponíveis.

73. Nesse contexto, no âmbito da Atenção Domiciliar, entende-se como busca ativa o conjunto de ações proativas, organizadas e estruturadas com vistas a identificar, captar e dar o devido encaminhamento aos pacientes que possuem perfil para admissão naquela modalidade de cuidado.

74. Considerando os fundamentos acima, o critério de auditoria foi formulado no sentido de que a SES/DF deve promover a busca ativa de pacientes elegíveis à AD, orientando os profissionais de todas as instâncias da rede pública de saúde (Estratégia de Saúde da Família - ESF, Unidades Básicas de Saúde - UBSs, Unidades de Pronto Atendimento - UPAs, Hospitais) sobre o protocolo de encaminhamento dos usuários na AD.

Análises e Evidências

75. Para verificação do presente critério, foram solicitadas e analisadas as seguintes informações:

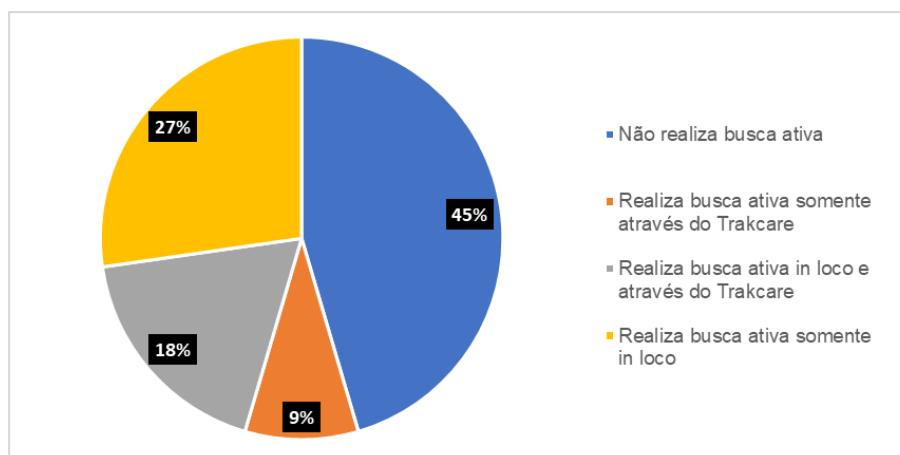
- a) realização da busca ativa nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar e na Atenção Básica;
- b) protocolos da Secretaria de Estado de Saúde sobre a identificação e o encaminhamento para avaliação/admissão de possíveis pacientes elegíveis à Atenção Domiciliar; e
- c) percentual de pacientes admitidos no Serviços de Atenção Domiciliar oriundos de hospitais e demais origens.

Realização de busca ativa pelos NRADs e procedimento realizado

76. Foi observado que dos 11 NRADs do Distrito Federal, 5 deles não realizam busca ativa e 6 realizam (ou seja, 45% e 65% respectivamente). Dentre os Núcleos que realizam a busca, não há uma padronização nos procedimentos, havendo busca ativa diretamente no hospital, através do sistema TrakCare e por meio de ambos.

⁴⁷ DC51.04 (fl.11)

Figura 7 - Representação percentual da busca ativa nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar.



Fonte: PT29.8.

77. Importante salientar que os procedimentos realizados foram descritos de maneira sucinta pelos NRADs e constam abaixo.

Busca ativa somente através do Sistema TrakCare

78. O NRAD Central⁴⁸ reportou realizar busca ativa através de pesquisa no TrakCare, realizando a leitura dos prontuários eletrônicos e verificando se a condição clínica atual do paciente é compatível com a AD.

79. Segundo aquele Núcleo, os resultados da busca ativa são discutidos em reunião com a equipe multiprofissional e registrados no TrakCare, de forma a facilitar o fluxo de informação com a Gestão de Leitos.

Busca ativa somente in loco

80. Os NRADs Brazlândia⁴⁹, Santa Maria⁵⁰ e Ceilândia⁵¹ realizam busca ativa diretamente no hospital de referência⁵², sendo que Brazlândia efetua essa busca à beira do leito do paciente, com colaboração da Gestão de Leitos, e os NRADs Santa Maria e Ceilândia realizam a busca ativa por meio de reuniões semanais, com o Núcleo Interno de Regulação e 2 vezes por semana, com o corpo clínico, respectivamente.

⁴⁸ DC61.05.

⁴⁹ DC61.01.1

⁵⁰ DC61.10

⁵¹ DC61.11

⁵² Ainda que os NRADs de Santa Maria e Brazlândia tenham reportado que realizam busca ativa *in loco*, tais Núcleos não atingiram a média mínima de pacientes preconizada pelo Ministério da Saúde (vide Achado nº 3).

Busca ativa in loco e através do Sistema TrakCare

81. Os NRADs Gama⁵³ e Planaltina⁵⁴ reportaram que realizam busca ativa através de pesquisa no TrakCare, diretamente na enfermaria e pronto-socorro do hospital e por meio de reuniões semanais com a equipe multidisciplinar⁵⁵.

82. Quando a busca ativa é realizada via sistema, os resultados são discutidos em reunião de equipe e relatados no TrakCare. Quando a busca é realizada diretamente nas dependências do hospital, a existência de paciente com provável critério para admissão na Atenção Domiciliar é sinalizada para a clínica médica onde este está internado.

Inexistência de busca ativa

83. Observou-se que os NRADs Taguatinga, Guará, Paranoá, Samambaia⁵⁶ e Sobradinho não realizam busca ativa⁵⁷.

84. Via de regra, os pacientes encaminhados para esses Núcleos são provenientes da Gestão de Leitos dos hospitais. Contudo, no que tange ao NRAD Taguatinga, observa-se que esse também recebe solicitação de admissão de pacientes provenientes de UPAs, do Hospital de Base e de UBS.

85. O NRAD Paranoá reportou que a Superintendência da Região Leste montou um grupo de desospitalização que incluía visitas aos setores do hospital e a realização de reuniões, o que teria melhorado consideravelmente a situação da busca ativa, que antes enfrentava certa demora para preenchimento do Formulário de Avaliação de Desospitalização - FAD por parte da equipe do hospital. No momento da resposta ao questionário, esse NRAD já não via necessidade de realização da busca ativa, por entender que os profissionais do hospital já haviam incorporado esse procedimento em sua cultura⁵⁸.

86. O NRAD Taguatinga informou que não realiza busca ativa em virtude da significativa quantidade de pedidos de desospitalização e tendo em vista lista de espera para demanda espontânea.

87. Os demais NRADs⁵⁹ não justificaram a ausência de busca ativa, o que chama atenção principalmente no caso do NRAD Sobradinho, que possui vagas disponíveis (teve média de 42 usuários⁶⁰ enquanto o MS recomenda média de 60 usuários por EMAD⁶¹) e ainda assim não realiza nenhum trabalho proativo para

⁵³ O NRAD Gama realiza a busca ativa *in loco* quando há necessidade e equipamentos de proteção individual (EPI) disponíveis em quantidade suficiente (DC61.02).

⁵⁴ DC61.03.

⁵⁵ Não obstante os NRADs do Gama e Planaltina reportarem realizar busca ativa *in loco* e também com auxílio do TrakCare, tais Núcleos não atingiram a média mínima de pacientes preconizada pelo Ministério da Saúde (vide Achado nº 3).

⁵⁶ Na ocasião da elaboração do PT10 o NRAD Samambaia informou que realizava busca ativa a pacientes com perfil para a Atenção Domiciliar, contudo tal informação não foi corroborada tendo em vista que o procedimento descrito no DC61.09 (fl. 01) denota uma postura passiva por parte do NRAD (recebendo demanda espontânea, via SEI e por e-mail).

⁵⁷ DC61.06.1, DC 61.08, DC61.07, DC61.09 e DC61.04, respectivamente.

⁵⁸ PT10.

⁵⁹ O NRAD do Guará atende 56 pacientes e o NRAD de Samambaia 53 (PT28.12).

⁶⁰ PT28.12.

⁶¹ Portaria MS nº 825/2016, art. 22.

identificação de pacientes com perfil para preencher essas vagas na Atenção Domiciliar.

Realização de busca ativa na Atenção Primária (equipe de Saúde da Família - eSF):

88. Concernente à Atenção Primária de Saúde – APS, para que a Estratégia de Saúde da Família possa planejar e organizar a AD, é necessário realizar o diagnóstico local de sua população, através do mapeamento de pessoas com necessidade de saúde, inclusive AD. Tal atribuição pertence a todos os membros que atuam nas equipes da APS, em especial ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), o qual deve buscar, em sua microárea de atuação informações, entre outras, possíveis usuários da AD⁶².

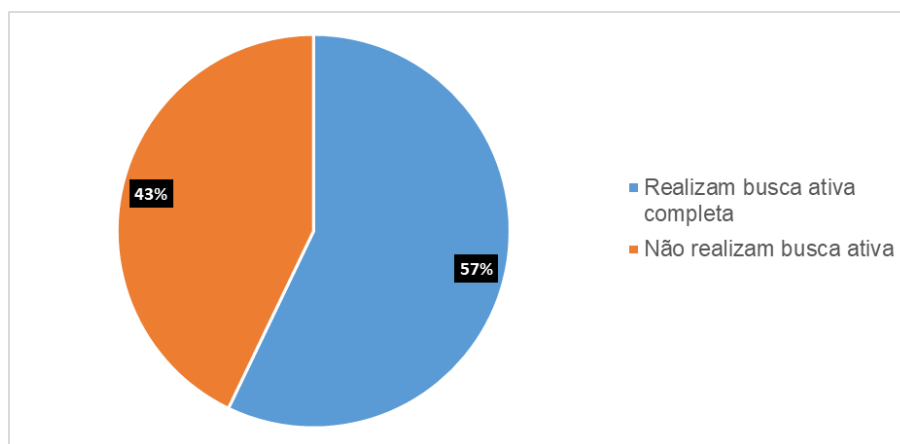
89. Da análise referente à realização da busca ativa na APS, observou-se que dentre as 7 Regiões de Saúde do DF, 3 não realizam busca ativa e 4 realizam.

Tabela 1 – Realização de busca ativa nas Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS)

Realizam busca ativa	Não realizam busca ativa
Região Leste	Região Sul
Região Norte	Região Sudoeste
Região Centro Sul	Região Central
Região Oeste	

Fonte: PT29.6.

Figura 8 – Representação percentual da busca ativa nas Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS).



Fonte: PT29.10.

Quanto às DIRAPS que realizam busca ativa:

90. A DIRAPS da Região Norte⁶³ reportou que durante as visitas domiciliares realizadas, quando o Agente Comunitário de Saúde – ACS, o qual integra a equipe de Saúde da Família, identifica um usuário com potencial para ser assistido na Atenção Domiciliar, há a comunicação ao enfermeiro ou médico da equipe. Na sequência, esses profissionais realizam uma visita para verificar a situação de saúde

⁶² DC35 (fls. 08 a 11).

⁶³ DC63.03

do paciente e analisar o atendimento dos critérios de admissão na AD. No caso de o paciente ser elegível, classificam o usuário em AD1, AD2 ou AD3, a depender da complexidade da sua situação de saúde. Se classificado como AD2 ou AD3, esse paciente é encaminhado para o Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) da Região mais próxima com a documentação devidamente preenchida.

91. As DIRAPS Leste, Oeste e Centro Sul⁶⁴ adotam o mesmo procedimento citado acima, mas esclareceram adicionalmente que o encaminhamento é feito via processo SEI.

92. Houve divergência quanto ao responsável por esse encaminhamento: as DIRAPS Leste e Oeste informaram que a eSF encaminha para a DIRAPS, que encaminha ao NRAD. Por sua vez, a DIRAPS Centro-Sul reportou que é a Gerência local que encaminha o processo SEI para o NRAD (nesse caso o processo não passa pela Diretoria).

Quanto às DIRAPS que não realizam busca ativa:

93. As DIRAPS Sul, Sudoeste e Central⁶⁵ descreveram procedimentos realizados após receberem o encaminhamento do paciente classificado como AD1 pelos NRADs das respectivas Regiões de Saúde. Dessa forma, observa-se a ausência de iniciativas por parte das equipes dessas Diretorias, que apenas atendem às demandas repassadas pelos Núcleos.

94. A DIRAPS Central também informou procedimentos realizados a partir da procura da família por uma UBS (para realizar consulta, curativo ou vacina), através da qual o ACS, acompanhado do resto da equipe, avalia o caso em questão. Destarte, verifica-se que não é uma ação proativa da equipe com objetivo de identificar usuários com perfil para Atenção Domiciliar, pois caso o familiar não procure a UBS, esse paciente não será identificado.

95. Oportuno salientar a ocorrência de um baixo percentual de visitas domiciliares desempenhadas pelas eSFs do DF e registradas no e-SUS, para fins de busca ativa de pacientes no âmbito da atenção primária, em comparação com outros estados, o que implica uma identificação ainda menor de usuários elegíveis à AD, uma vez que aquela identificação corresponde a uma pequena parcela das pessoas visitadas.

96. Em consulta ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)⁶⁶ foi verificado que o DF fica na última posição no que se refere à realização de busca ativa pelos ACS para fins de consulta, cadastramento e atualização, considerando a população relativa. Nota-se que há alguns estados que, apesar de possuírem população inferior à do DF, são mais eficazes e conseguem realizar mais busca ativa⁶⁷.

⁶⁴ DC63.02), DC63.04 e DC63.07 respectivamente.

⁶⁵ DC63.01, DC63.05 e DC63.06, respectivamente.

⁶⁶ Consulta realizada em: https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/_saude/RelSauProducao.xhtml. Acesso em 21/10/2022. Filtros utilizados e resultado constam no DC79.7.

⁶⁷ A título de ilustração, o estado do Acre realiza mais buscas ativas que o DF, apesar de possuir cerca de apenas 30% da população do ente federativo distrital, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Tabela 2 – Realização de busca ativa no 1º semestre de 2022 nos Estados brasileiros

	Estado	População estimada*	Busca ativa realizada por ACS**	Percentual de busca ativa realizada em relação à população
1	TOCANTINS	1.607.363	1.128.713	70%
2	MARANHAO	7.153.262	4.295.767	60%
3	PIAUI	3.289.290	1.840.286	56%
4	ALAGOAS	3.365.351	1.672.874	50%
5	PARAIBA	4.059.905	1.858.014	46%
6	SERGIPE	2.338.474	987.897	42%
7	AMAZONAS	4.269.995	1.702.803	40%
8	RIO GRANDE DO NORTE	3.560.903	1.343.011	38%
9	PERNAMBUCO	9.674.793	3.330.514	34%
10	CEARA	9.240.580	3.110.255	34%
11	BAHIA	14.985.284	5.017.351	33%
12	MINAS GERAIS	21.411.923	6.258.865	29%
13	PARA	8.777.124	2.537.553	29%
14	RONDONIA	1.815.278	514.767	28%
15	MATO GROSSO	3.567.234	994.168	28%
16	ACRE	906.876	238.505	26%
17	AMAPA	877.613	205.386	23%
18	GOIAS	7.206.589	1.678.431	23%
19	SANTA CATARINA	7.338.473	1.417.926	19%
20	RORAIMA	652.713	125.886	19%
21	RIO DE JANEIRO	17.463.349	3.002.440	17%
22	MATO GROSSO DO SUL	2.839.188	456.514	16%
23	ESPIRITO SANTO	4.108.508	644.132	16%
24	RIO GRANDE DO SUL	11.466.630	1.140.573	10%
25	PARANA	11.597.484	1.106.386	10%
26	SAO PAULO	46.649.132	4.422.652	9%
27	DISTRITO FEDERAL	3.094.325	219.891	7%

* A população estimada consta no sítio eletrônico do IBGE⁶⁸.

**O resultado apresentado é o somatório das buscas ativas realizadas nos meses de janeiro a junho de 2022, conforme DC79.7.

Fonte: Elaboração própria

97. Desse modo, entende-se que a busca ativa na APS do DF é deficitária e há necessidade de iniciativas no sentido de ampliar a sua realização.

Realização de busca ativa pelos hospitais e UPAs

98. Não foi evidenciada a realização de busca ativa a pacientes elegíveis a AD pelos atores supramencionados.

Protocolos da Secretaria de Estado de Saúde sobre a identificação e o encaminhamento para avaliação/admissão de possíveis pacientes elegíveis à AD e divulgação do Programa

99. Observou-se que apesar de alguns NRADs e algumas DIRAPS efetuarem a busca ativa a usuários com perfil para admissão na AD, não existe um normativo que trate sobre orientações gerais sobre a busca ativa, como periodicidade,

⁶⁸ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ac/.html>. Acesso em 21/10/2022.

modalidade (presencial ou através de pesquisa em prontuários), sistemas, estabelecimento das responsabilidades, interações com outros pontos da RAS, de modo que cada NRAD ou equipe da APS decide a seu critério por fazer (ou não) a busca e qual metodologia utilizar.

100. Note-se que o protocolo em vigor na Secretaria de Saúde⁶⁹ trata apenas da busca ativa realizada nos hospitais de referência, não dispondo sobre os demais pontos de interface com a AD.

101. Concernente à busca ativa em hospitais e UPAs, não foram constatados protocolos ou normativos relativos a procedimentos para identificação e encaminhamento de usuários elegíveis à AD. A resposta apresentada pelo gestor⁷⁰ apenas descreve o fluxo para admissão no SAD a ser adotado por equipe de atendimento hospitalar, ou seja, não trata da abordagem a ser utilizada, orientações gerais, quando e como fazer essa busca ativa a usuários elegíveis, relatando tão somente o procedimento a ser adotado para admissão depois que o paciente já foi identificado.

102. Cabe destacar que a Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar (GESAD) encaminhou à equipe de auditoria um novo protocolo⁷¹, que segundo essa Gerência já fora aprovado em audiência pública e estava apenas pendente de publicação, contudo esse novo documento também não trata de ações específicas a serem realizadas pelos atores com interface com a AD, com vistas a identificar usuários com perfil para admissão nessa modalidade de cuidado de saúde⁷²

103. No que tange à atuação da SES/DF com o intuito de divulgar e promover a AD para os demais atores da RAS, a Secretaria não logrou êxito em demonstrar a realização de tais ações⁷³.

Percentual de usuários admitidos no SAD oriundos de hospitais e demais origens

104. Com o objetivo de apoiar os gestores e as equipes no que diz respeito à institucionalização do monitoramento e da avaliação da AD, o MS elaborou o Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa⁷⁴, o qual apresenta 18 indicadores: 8 principais e 10 secundários. Os indicadores principais foram reproduzidos na tabela a seguir.

⁶⁹ Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados>. Acesso em 04/10/2022 (DC20).

⁷⁰ DC80.

⁷¹ O novo protocolo consta no DC13.01.

⁷² O documento trata de fluxos para desospitalização em Hospitais e UPAs, fluxos de alta/transferência do NRAD para a UBS e transferência da UBS para NRAD. Assim, não aponta como os profissionais de saúde daqueles estabelecimentos devem proceder para identificar os potenciais usuários.

⁷³ DC80. Foram apresentadas listas de presença de reuniões realizadas junto a órgãos públicos e em algumas UBS da rede da SES, mas não foram comprovadas ações de promoção e divulgação mais amplas e mais bem estruturadas que pudessem atingir a população alvo da atenção domiciliar.

⁷⁴ DC03, folhas 24/25.

Figura 9 - Indicadores principais sugeridos pelo Ministério da Saúde

Indicador	Periodicidade	Descrição	Método de cálculo	Fonte
1.1 - Média de permanência geral	Semestral	Tempo médio de permanência dos usuários no SAD.	Total de dias de permanência dos usuários que tiveram alta do SAD no período/ Total de usuários que tiveram alta do SAD no mesmo período.	RAAS, e-SUS e registro local
1.2 - Média de permanência por agravo	Semestral	Tempo médio de permanência dos usuários no SAD por agravo específico.	Total de dias de permanência dos usuários por agravo que tiveram alta do SAD no período/ Total de usuários com o mesmo agravo que tiveram alta do SAD no mesmo período.	e-SUS e registro local
2 - Percentual dos usuários classificados como AD1, AD2 e AD3 na admissão	Trimestral	Percentual de usuários admitidos classificados em cada modalidade (AD1, AD2 e AD3) em relação ao total de usuários admitidos no SAD.	Total de usuários classificados em cada modalidade no momento da admissão no período/ Total de usuários admitidos em AD no mesmo período (x 100)	e-SUS e registro local
3 - Percentual de usuários por serviço de origem (procedência)	Trimestral	Percentual de usuários oriundos de cada tipo de serviço (atenção básica, urgência e emergência, centro oncológico, entre outros) em relação ao total de usuários admitidos no SAD.	Total de usuários procedentes de cada serviço no período/ Total de usuários admitidos no mesmo período (x 100)	RAAS, e-SUS e registro local
4 - Percentual de usuários por conduta/ motivo de saída (desfecho)	Trimestral	Percentual de usuários por desfecho (alta administrativa da AD, alta clínica da AD, encaminhamento para AB, internação hospitalar, entre outros) em relação ao total de usuários que saíram do SAD.	Total de usuários que saíram do SAD por cada desfecho no período/ Total de usuários que saíram do SAD no mesmo período (x 100).	RAAS, e-SUS e registro local
5 - Percentual de usuários em AD por agravo/ condição avaliada	Trimestral	Percentual de usuários por agravo/ condição avaliada, em determinado período.	Total de usuários por agravo ou condição avaliada no período/ Total de usuários no SAD no mesmo período (x 100).	e-SUS e registro local
6 - Capacidade de atendimentos do SAD.	Mensal	Total de usuários em acompanhamento pelo SAD durante um mês.	Total de usuários que permaneceram desde o mês anterior + total de usuários admitidos no mês corrente.	RAAS, e-SUS e registro local
7 - Percentual de alta do SAD	Mensal	Percentual de usuários que tiveram alta do SAD.	Total de usuários que tiveram alta do SAD no período/ Total de usuários do SAD no mesmo período (X100)	RAAS, e-SUS e registro local

Fonte: DC03 (fl. 25)

105. Dentre eles, destaca-se o Indicador nº 3, que afere percentual de usuários oriundos de cada tipo de serviço (atenção básica, hospital, urgência e emergência, entre outros) em relação ao total de usuários admitidos no SAD, destacando a parcela de contribuição dos serviços ofertados por cada ponto da RAS em relação aos pacientes admitidos no SAD, de maneira a tornar viável a percepção de quais serviços foram preponderantes na identificação de pacientes elegíveis.

106. Tem-se, portanto, uma estrita relação daquele indicador com a realização de busca ativa por usuários elegíveis à AD, eis que possibilita identificar quais os serviços e pontos da Rede são mais efetivos para identificar e encaminhar pacientes para o SAD, bem como permite detectar aqueles que não contribuem (ou contribuem pouco) com o total de encaminhamentos.

107. Embora os indicadores apresentados pelo MS não tenham caráter impositivo, cabendo a cada localidade decidir pela conveniência e oportunidade de utilização ou adaptações do indicador sugerido, a efetiva utilização pelo gestor local consubstancia-se em boa prática de gestão de saúde, tendo em vista a possibilidade de diagnosticar pontos críticos da RAS, ou seja, aqueles em que o quantitativo de usuários encaminhados ao SAD é inferior ao esperado, e adotar iniciativas para reforçar a promoção da AD naqueles serviços.

108. No âmbito distrital, verificou-se que a SES adota indicador semelhante ao recomendado pelo MS. O indicador utilizado, identificado como SAIS117, afere somente o percentual de usuários do SAD procedentes de serviços de internação

hospitalar e de urgência/emergência, sem fazer referência aos outros pontos da Rede que também podem encaminhar usuários com perfil para a Atenção Domiciliar, conforme segue:

“Percentual de usuários do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) procedentes de serviços de internação e de urgência/emergência (indicador SAIS117): o principal objetivo do SAD é atuar na desospitalização dos pacientes que atendem aos critérios para atendimento domiciliar, nesta perspectiva, o indicador mede os usuários que saem dos serviços de internação e urgência/emergência para o SAD, contribuindo para: avaliar as formas de acesso ao SAD e se o programa tem cumprido a sua função de desospitalização e avaliar o percentual de admissão no SAD de pacientes provenientes dos serviços de internação hospitalar e de urgência e emergência.”⁷⁵

109. A SES mensura o indicador mensalmente⁷⁶ e estipulou como meta que mais de 40% dos usuários admitidos no SAD sejam provenientes de hospitais e da urgência/emergência ao longo dos anos de 2021 a 2023, conforme se observa da tabela abaixo:

Figura 10 - Meta de Avaliação Anual

Ano	2020	2021	2022	2023
Meta Anual	-	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%

Fonte: DC30.

110. No Relatório Anual de Gestão de 2021⁷⁷ foi verificado que 95% das admissões no SAD foram relativas a usuários provenientes de internação hospitalar ou serviços de urgência/emergência, sendo que a meta era de 40%, ou seja, o objetivo foi atingido com folga.

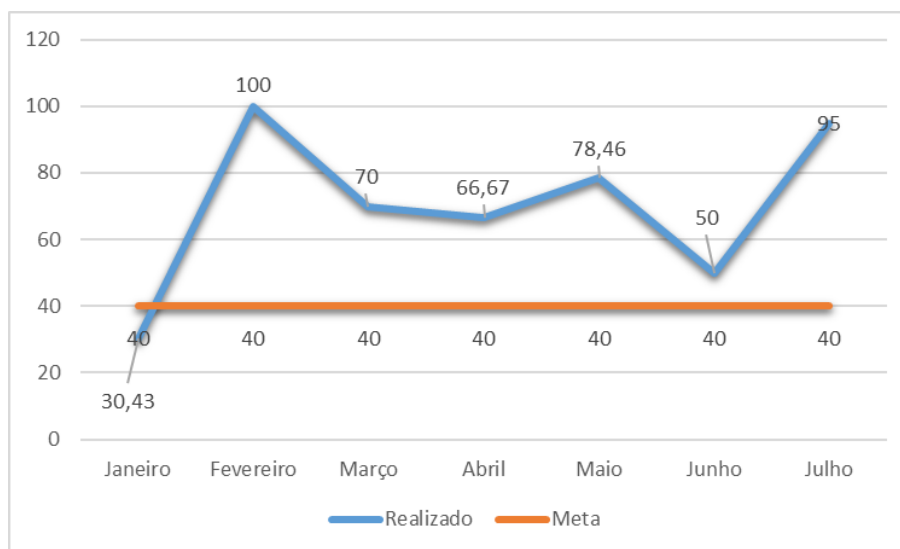
111. De um lado, o resultado traz uma boa notícia de que a desospitalização vem sendo promovida. Por outro, é um sinal de alerta que outros pontos da RAS não vêm contribuindo com o encaminhamento de usuários ao SAD.

112. Não obstante o risco de ineficácia da busca ativa em outros pontos da RAS, a meta do indicador para 2022 foi mantida no mesmo patamar. O gráfico abaixo ilustra os resultados alcançados nos meses de janeiro a julho de 2022.

⁷⁵ DC30.

⁷⁶ DC67

⁷⁷ DC40.

Figura 11 - Evolução do indicador SAIS117 de janeiro a julho de 2022.

Fonte: PT29.02.

113. Observa-se que, com exceção do mês de janeiro, os resultados do indicador SAIS117 foram superiores a 50%, com destaque para os meses de fevereiro, março, maio e julho quando os percentuais ultrapassaram 70%.

114. Cabe destacar que quando há uma predominância de usuários oriundos de um ponto da rede, é possível inferir uma dificuldade de articulação entre os demais pontos da rede (como, por exemplo, Atenção Básica, UPA, demanda espontânea) com o SAD, ou, ainda, pouca compreensão do papel da atenção domiciliar para determinado ponto da Rede que pouco contribui para identificação de pacientes elegíveis⁷⁸. Nesse sentido, os resultados do indicador em 2022 com grande preponderância de usuários provenientes de internações hospitalares e urgências/emergências, sobretudo nos meses de fevereiro⁷⁹, março, maio e julho (70%, 78,46% e 95% respectivamente), podem indicar uma falha ou ausência de busca ativa em outros pontos da RAS⁸⁰.

Causas

115. Entende-se que as causas do presente achado são:

- inexistência de um normativo que estabeleça fluxo padronizado de ações proativas, organizadas e estruturadas, de acordo com as particularidades de cada ator da Rede de Atenção à Saúde que possui interface com a AD, elencando suas respectivas responsabilidades;
- falta de divulgação da importância da AD e de conhecimento e conscientização de profissionais de outros pontos da RAS;
- dificuldades de interação e comunicação entre equipes da RAS e as equipes responsáveis pelos usuários da AD; e

⁷⁸ DC03, folha 32.

⁷⁹ Em fevereiro o índice atingiu 100%, o que denota ausência ou insuficiência de busca ativa em outro ponto da RAS no período.

⁸⁰ O indicador adotado pela SES restringe a porta de entrada quando contabiliza somente as admissões de pacientes provenientes de internação hospitalar ou urgência/emergência, dessa maneira não é possível verificar em que medida os outros atores da Rede contribuem com as admissões no SAD.

- d) baixo índice de visitas domiciliares realizadas pelas eSFs.

Efeitos

116. É efeito do presente achado a possível existência de usuários que necessitam da prestação de serviço do SAD, mas que, por não terem sido identificados como elegíveis, não são contemplados pela política pública.

Proposições

Sugere-se ao egrégio Tribunal recomendar à SES-DF que:

- e) regulamente a busca ativa por usuários elegíveis à Atenção Domiciliar, de maneira a estabelecer um fluxo padronizado de ações proativas, organizadas e estruturadas, de acordo com as particularidades de cada ator da Rede de Atenção à Saúde que possui interface com a Atenção Domiciliar, elencando suas respectivas responsabilidades;
- f) reforce a promoção de visitas domiciliares pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, incluindo a eventual identificação de usuários elegíveis à Atenção Domiciliar nas modalidades AD1, AD2 ou AD3; e
- g) promova e divulgue a prestação de serviço da Atenção Domiciliar aos profissionais da Secretaria de Saúde do DF.

Benefícios Esperados

Espera-se como benefício das proposições acima o aumento da identificação de usuários elegíveis ao SAD, aumentando o número de usuários atendidos por EMAD.

2.1.3. Achado 3

O número de pacientes atendidos e de visitas por paciente realizadas por cada equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Critério

117. As EMADs devem ter média de 60 usuários (art. 22 da Portaria MS nº 825/2016) e atendê-los ao menos uma vez por semana (art. 19, § 1º, da Portaria MS nº 825/2016). Dessa forma, com o intuito de diagnosticar o SAD, a equipe de auditoria adotou como critério o atendimento médio de 60 usuários e de 4 visitas mensais.

Análises e Evidências

118. Para avaliar se os resultados do SAD no DF estariam compatíveis com os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde, a equipe de auditoria avaliou as duas principais dimensões compreendidas na prestação do serviço:

- a) capilaridade – quantitativo de usuários em atendimento; e
- b) produtividade – quantitativo de visitas realizadas pelas EMADs.

119. Devido à insuficiência de informações gerenciais por parte da SES/DF acerca da Atenção Domiciliar (assunto a ser abordado no âmbito do Achado nº 5 deste Relatório), as informações relativas à capilaridade e produtividade das EMADs foram

coletadas por meio de questionários⁸¹ aplicados junto aos NRADs durante o mês de setembro de 2022 e tiveram como referência o período do primeiro semestre de 2022.⁸²

120. A produtividade foi avaliada considerando dois parâmetros distintos. Enquanto o primeiro deles diz respeito ao número de visitas realizadas no mês, independentemente do número de usuários, o segundo pondera aquele quantitativo em função do número de usuários em atendimento. Assim, o primeiro parâmetro da produtividade considera o número fixo de 240 visitas mensais, independentemente do número de pacientes, enquanto o segundo considera 4 visitas mensais por paciente atendido em cada EMAD.

121. Esses parâmetros foram considerados para viabilizar a comparação da produtividade entre EMADs de NRADs distintos, justamente com vistas a considerar um cenário em que alguma EMAD atendesse um número de usuários inferior ao preconizado, o que de fato se constatou.

122. Considerou-se, ainda, que poderia haver escassez ou heterogeneidade na distribuição de insumos, o que poderia comprometer os resultados esperados. Nesse sentido, foram criados índices para proporcionar essa comparabilidade relativa, considerando os insumos disponíveis em cada NRAD⁸³.

123. A seguir (item 1 deste Achado), avaliou-se a capilaridade e a produtividade em função das metas preconizadas pelo Ministério da Saúde, sem ponderar, nesta oportunidade, os insumos disponíveis em cada NRAD. Tal ponderação será realizada no item 2.

1. Capilaridade e produtividade vs. metas preconizadas pelo MS

1.1 Capilaridade – nº de usuários em atendimento por EMAD nos NRADs

124. O critério da quantidade média de usuários consta no artigo 22, da Portaria MS nº 825/2016, que estima uma média de 60 usuários atendidos para cada EMAD tipo 1. Essa estimativa foi utilizada como referência ideal para avaliação da produtividade dos NRADs⁸⁴.

125. Para cada NRAD, a quantidade de usuários em atendimento ao longo do primeiro semestre de 2022 foi dividida pela quantidade de EMADs habilitadas no Ministério da Saúde em cada NRAD⁸⁵.

126. Destaca-se que as EMADs em implantação⁸⁶ nos NRADs, ou seja, aquelas equipes que possuem profissionais de saúde em seus quadros, mas que não

⁸¹ PT22.

⁸² DC61.

⁸³ Nos NRADs que possuem mais de uma EMAD convencionou-se utilizar os resultados médios, ou seja, dividir os insumos disponíveis pela produtividade aferida de maneira proporcional ao número de EMADs.

⁸⁴ A produtividade dos NRADs reflete a média da produtividade do conjunto de EMADs pertencentes àquele núcleo no caso de NRADs que dispõem de mais de 1 EMAD.

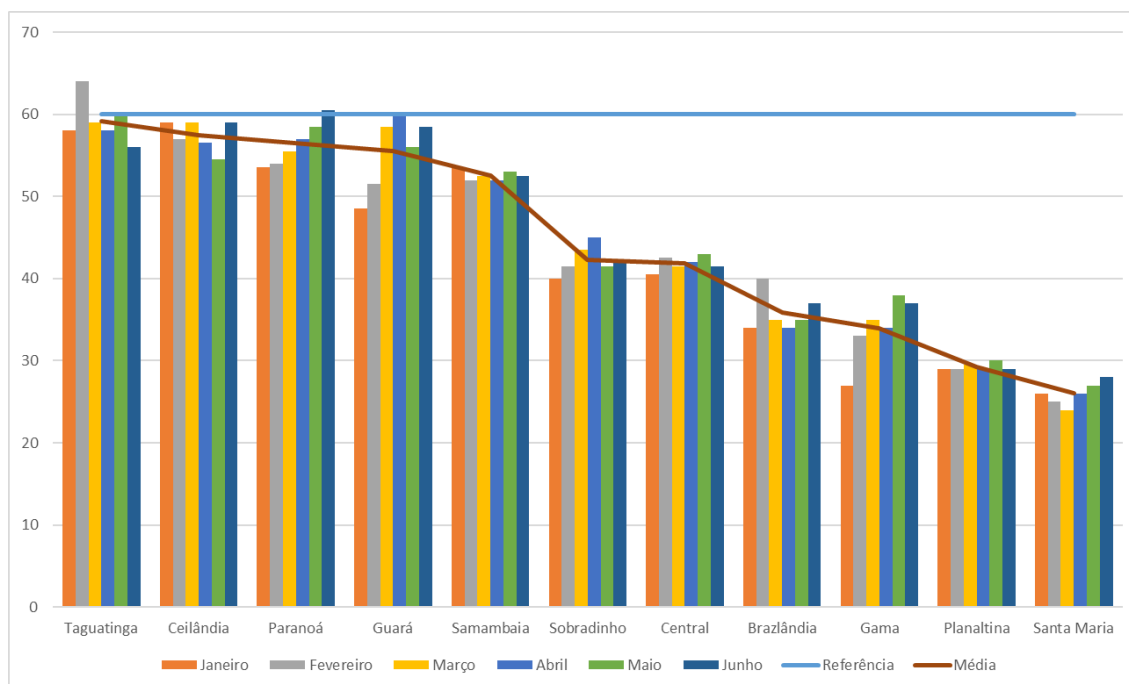
⁸⁵ A EMAD do Recanto das Emas, pertencente ao NRAD de Samambaia, foi considerada como habilitada para efeito de cálculo da média de pacientes com o intuito de não causar distorção nas informações uma vez que desempenha seus trabalhos como se estivesse habilitada, embora o CNES a registre como desabilitada. Registra-se que o ideal seria recredenciar a EMAD junto ao Ministério da Saúde para evitar a perda do ressarcimento de recursos federais.

⁸⁶ O termo “equipe implantada” foi utilizado pela SES no âmbito do Processo nº 00600-00010359/2022-

completaram os requisitos para sua habilitação, não foram consideradas como EMADs completas para efeito do quantitativo de pacientes atendidos.

127. A seguir, é apresentado um gráfico da quantidade de usuários por EMAD nos NRADs ao longo do primeiro semestre de 2022, com a referência de quantidade de usuários em azul e a média de usuários em cada NRAD em marrom.

Figura 5 - Quantidade de usuários por EMAD nos NRADs no 1º semestre de 2022.



Fonte: PT28.12.

128. A tabela a seguir sintetiza a média dos pacientes em atendimento por NRAD:

Tabela 2 - Média de pacientes atendidos.

NRADs	Média Pacientes
Taguatinga	59
Ceilândia	58
Paranoá	57
Guará	56
Samambaia	53
Sobradinho	42
Central	42
Brazlândia	36
Gama	34
Planaltina	29
Santa Maria	26
Média DF	45

Fonte: PT28.12

129. Dessa forma, verifica-se que a capilaridade média das EMADs de 45 pacientes é inferior à meta preconizada pelo MS, de 60 pacientes, em 25%. Portanto, constata-se um predomínio do não cumprimento das metas pelas equipes. Como

31-e e se refere àquelas EMAD que embora ainda não tenham sido formalmente criadas e credenciadas junto ao Ministério da Saúde estariam em funcionamento, de fato, contribuindo com a prestação do serviço de saúde.

agravante, registra-se que o DF possui um déficit de 13 EMADs⁸⁷, ou o equivalente a 42% (como será demonstrado mais adiante no Achado 04 deste Relatório), o que leva à reflexão sobre a causa da baixa capilaridade dos atendimentos, devido à busca ativa desarticulada e ineficiente (Achado nº 2), mesmo considerando esse cenário de escassez de equipes.

130. De maneira complementar à análise daqueles dados, verificou-se que a quantidade de usuários em atendimento nos NRADs pode não depender exclusivamente de ações realizadas por aqueles Núcleos, tendo em vista que a identificação e o encaminhamento de pacientes elegíveis podem advir da cooperação de outros atores da RAS, como, por exemplo, as clínicas hospitalares e a Atenção Primária.

131. Outros atores externos à SES também podem contribuir para aumentar ou diminuir o quantitativo de pacientes atendidos no SAD. Assim, passa-se a analisar, na sequência, as contribuições positivas e negativas daqueles atores.

132. De um lado, a demanda espontânea⁸⁸ contribui positivamente, uma vez que poupa a SES dos esforços de identificar possíveis pacientes elegíveis ao Programa. Dessa forma, estimular essa prática seria uma maneira de contribuir com o aumento de pacientes atendidos no SAD. Por outro lado, a judicialização pode diminuir aquele quantitativo, nos casos em que a SES necessita providenciar serviço individual de saúde, por força de ordem judicial, a pacientes que clinicamente, na visão da SES, poderiam ser atendidos no âmbito do SAD.

133. Cabe destacar, ainda, a exigência da figura do cuidador para auxiliar os usuários em atendimento domiciliar. Considerando que o perfil das famílias atendidas é preponderantemente de baixa renda, a designação de um cuidador por parte da família é, por vezes, inviável⁸⁹. Nesses casos, embora clinicamente elegível, a desospitalização do paciente não será alcançada, o que também impacta na redução de pacientes atendidos.

134. Nesse sentido, a SES não logrou comprovar a realização de ações de divulgação e promoção da política pública do SAD⁹⁰, com o intuito de estimular a busca ativa e de reduzir casos de judicialização desnecessárias, em face da ausência de conhecimento da política, tampouco elencou ações institucionais, em cooperação com outros órgãos, para providenciar alternativas às famílias que não tenham condições de designar um cuidador para auxiliar no cuidado ao paciente.

1.2 Produtividade (parâmetro 1) – nº de visitas por EMAD nos NRADs

135. Com relação à quantidade de visitas realizadas por EMAD, utilizou-se como parâmetro de comparação o art. 19, § 1º, da Portaria MS nº 825/2016, que estabelece que as EMADs devem realizar atendimento, no mínimo, 1 vez por semana

⁸⁷ PT31-Alocação eficiente das EMADs, aba “Por região de saúde com IVS”.

⁸⁸ Entendida como aquela demanda em que o próprio familiar ou responsável pelo paciente procura diretamente o NRAD para solicitar sua admissão na AD.

⁸⁹ A atribuição pressupõe uma série de responsabilidades no cuidado ao paciente, tornando incompatível, em alguns casos, conciliar aquele ofício com compromissos laborais. A designação de um cuidador também pode ser inviável no caso de usuários que não têm família que resida no DF.

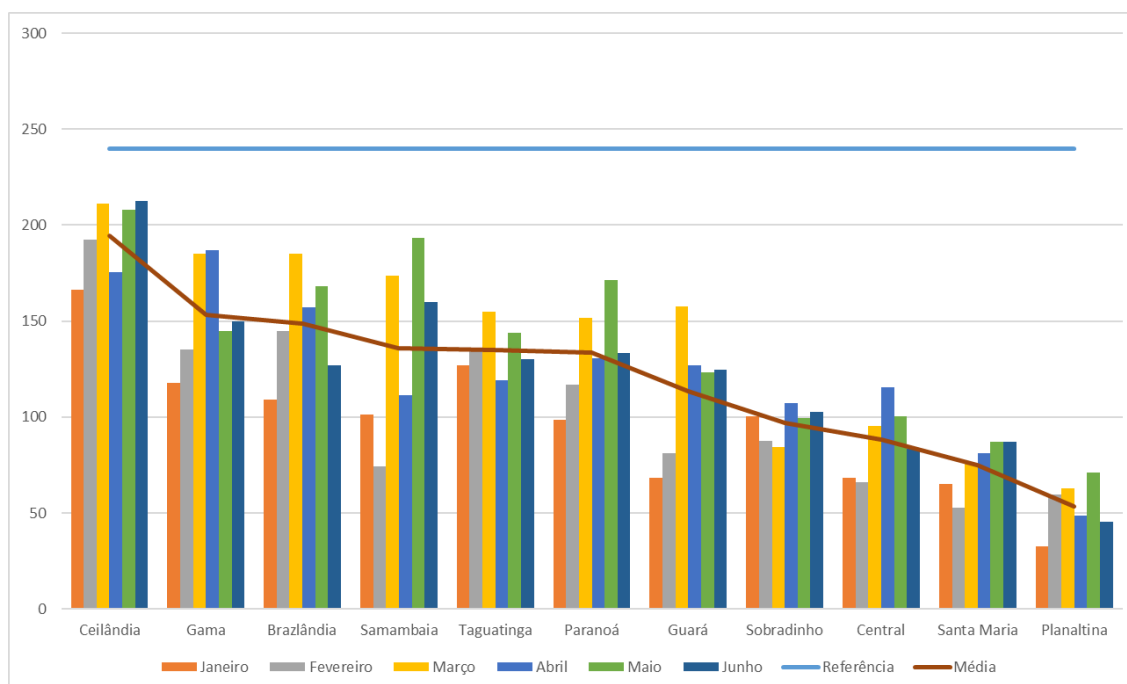
⁹⁰ DC80 - Resposta NA 08 e-DOC 1A4C1A2F-e, foram apresentadas lista de presença de reuniões realizadas junto a órgãos públicos e em algumas UBS da rede da SES, mas não foram comprovadas ações de promoção e divulgação mais amplas e mais bem estruturadas que pudessem atingir a população alvo da atenção domiciliar.

a cada usuário. Considerando também a média de 60 usuários por EMAD, foi, então, estabelecida a quantidade de 240 visitas mensais para cada EMAD.

136. Para cada NRAD, a quantidade de visitas realizadas ao longo do primeiro semestre de 2022 foi dividida pela quantidade de EMADs habilitadas no NRAD (cabe aqui a mesma ponderação mencionada na nota de rodapé nº 85).

137. A seguir, é apresentado o gráfico da quantidade de visitas por EMAD nos NRADs ao longo do primeiro semestre de 2022, com a referência de quantidade de visitas em azul e a média de usuários em cada NRAD em marrom.

Figura 6 - Quantidade de visitas por EMAD nos NRADs no período de janeiro a julho de 2022.



Fonte: PT28.12.

138. A tabela a seguir sintetiza a média dos atendimentos mensais por EMAD nos NRADs:

Tabela 3 – Quantidade de atendimentos mensais por NRAD.

NRADs	Média Visitas
Ceilândia	194
Gama	153
Brazlândia	149
Samambaia	136
Taguatinga	135
Paranoá	134
Guará	114
Sobradinho	97
Central	88
Santa Maria	75
Planaltina	53
Média DF	121

Fonte: PT28.12.

139. Nessa avaliação, a quantidade de visitas realizadas pelos NRAD está em torno da metade do preconizado pela norma, de 240 atendimentos, com destaque para Ceilândia, que atinge cerca de 80% da referência da norma, ao passo que

Planaltina, Santa Maria e NRAD Central chegam a menos de 40% das visitas de referência da norma.

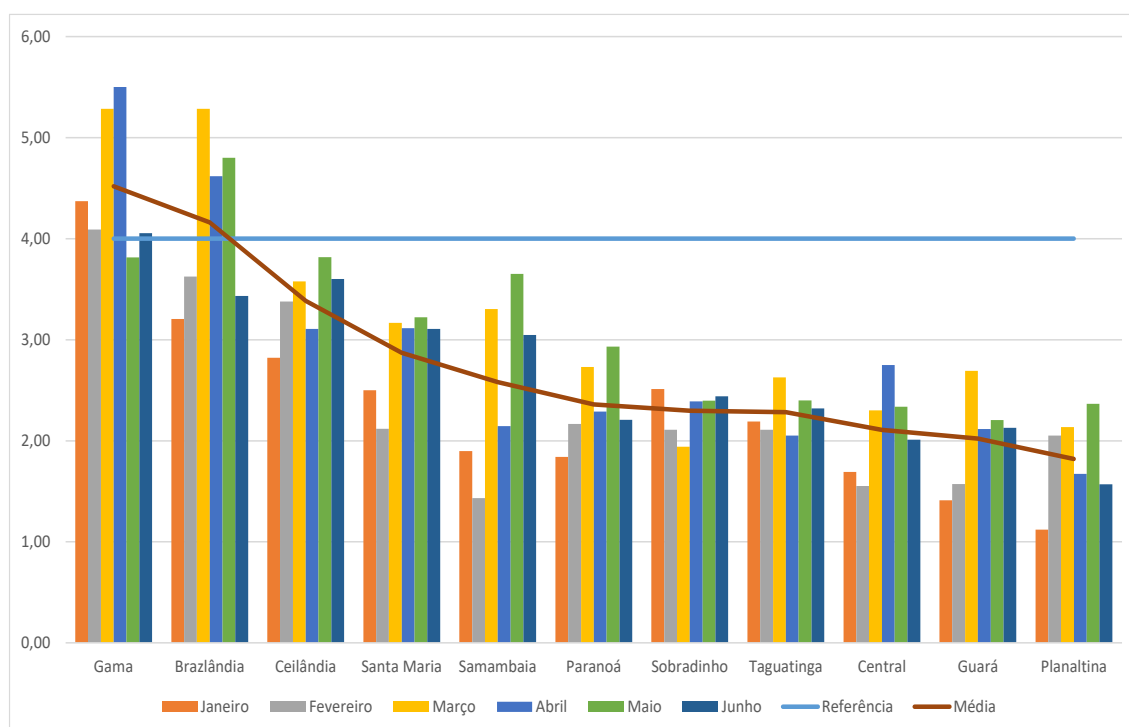
1.3 Produtividade (parâmetro 2) – nº de visitas por usuário por EMAD nos NRADs

140. Com relação à quantidade de visitas por usuário realizadas por EMAD, utilizou-se como parâmetro de comparação os artigos 19, § 1º e 22, da Portaria MS nº 825/2016, para se estabelecer uma média de 4 visitas por usuário no mês.

141. Para cada NRAD, a quantidade de visitas realizadas ao longo do primeiro semestre de 2022 foi dividida pela quantidade de usuários das EMADs habilitadas no NRAD (cabe aqui a mesma ponderação mencionada na nota de rodapé nº 83 e 85).

142. A seguir, é apresentado o gráfico da quantidade de visitas por usuário por EMAD nos NRADs ao longo do primeiro semestre de 2022, com a referência de quantidade de visitas por usuário em azul e a média de visitas por usuário em cada NRAD em marrom.

Figura 7 - Quantidade de visitas por usuário por EMAD nos NRADs no período de janeiro a julho de 2022.



Fonte: PT28.12.

143. A tabela a seguir sintetiza a média dos atendimentos por usuário por EMAD nos NRADs:

Tabela 4 - Média de atendimentos por usuário.

NRADs	Média
Gama	4,52
Brazlândia	4,16
Ceilândia	3,38
Santa Maria	2,87
Samambaia	2,58
Paranoá	2,36
Sobradinho	2,30
Taguatinga	2,28
Central	2,11
Guará	2,02
Planaltina	1,82
Média DF	2,76

Fonte: PT28.12.

144. Da análise dos dados, verifica-se que Gama e Brazlândia superaram a meta de 4 atendimentos por usuário, ao passo que Paranoá, Sobradinho, Taguatinga, NRAD Central e Guará visitaram seus usuários, em média, cerca de 2 vezes por mês. De forma geral, os NRADs estão visitando seus usuários em média 2,76 vezes por mês, o que não atende a frequência mínima preconizada pelo MS de 4 visitas mensais.

145. Vale acrescentar que a análise é mais conservadora em relação à anterior, levando em conta que o número de usuários em atendimento inferior ao preconizado pelo MS não é levado em consideração nesta avaliação.

146. Tendo em vista as constatações sobre o número de pacientes usuários em atendimento e de visitas inferior ao preconizado pelo MS, a equipe de auditoria analisou a relação entre produtividade e insumos disponíveis, com o intuito de melhor diagnosticar a prestação do serviço e subsidiar a análise das causas que pudessem contribuir com os dados abaixo do esperado.

2. Produtividade em função dos insumos à disposição

2.1 Conjunto carro-motorista disponível às EMADs dos NRADs

147. Nesse ponto, cabe destacar que a equipe de auditoria levou em consideração que as EMADs, além de realizarem as visitas planejadas aos usuários, também têm que atender às intercorrências⁹¹ e transportar os usuários para a realização de consultas com especialistas ou para a realização de exames.

148. Portanto, entendeu-se que seriam necessários 2 conjuntos de carro-motorista por EMAD para a realização dos trabalhos de forma ideal para se adequar às demandas por atendimentos planejados e intercorrências⁹².

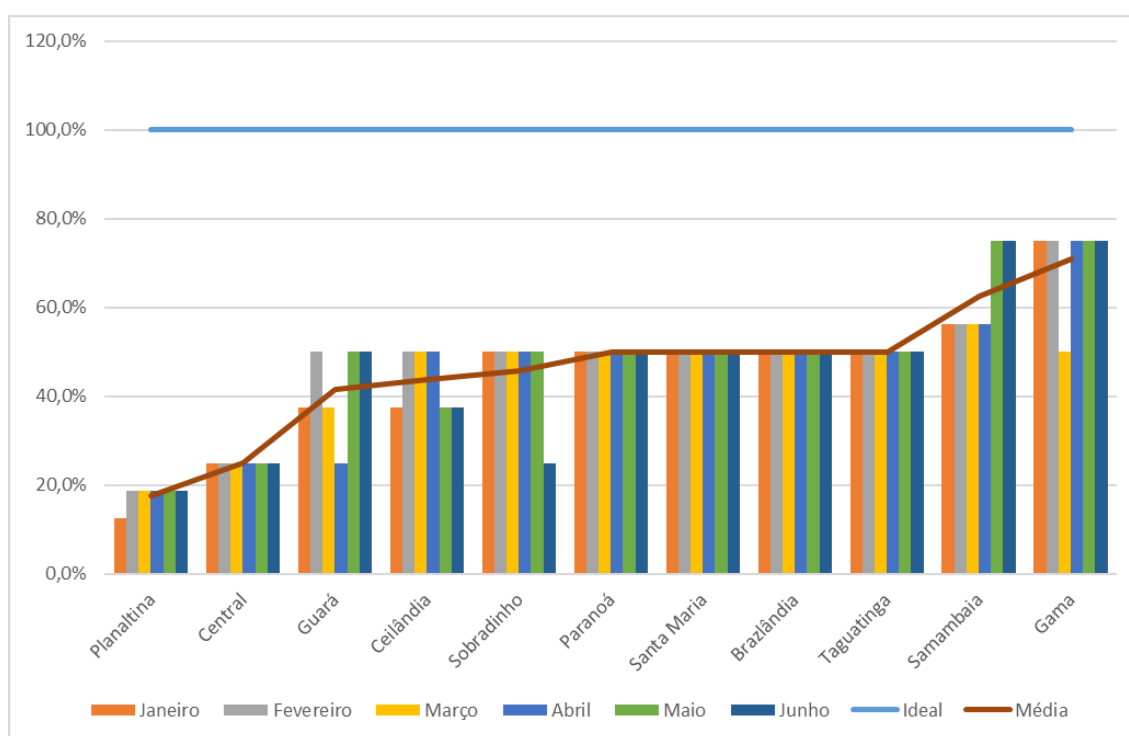
⁹¹ Entendidas como as necessidades de intervenção ou acompanhamento prioritários da equipe médica, mas que não caracterizam urgência ou emergência a ser atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Foram exemplos de intercorrência citados pelos NRADs: infecções, perda de dispositivos, controle de analgesia, obstruções de dispositivos, mudança de dieta e acompanhamento de fim de vida.

⁹² PT28.14.

149. Para os cálculos, considerou-se a quantidade de conjuntos de carro-motorista, visto que nenhum deles traz proveito para a EMAD na ausência do outro. Em seguida, os conjuntos disponíveis foram ponderados pela porcentagem do tempo que ficaram disponíveis para o NRAD, levando-se em consideração que a disponibilidade real desse recurso foi afetada por alguma hipótese de escassez como falta de carro, motorista ou por indisponibilidade desse conjunto (licenças oficiais como férias, abono e outros). Por último, foi calculada a proporção desses conjuntos disponíveis em relação à quantidade ideal de carro-motorista por EMAD.

150. A seguir, é apresentado o gráfico da disponibilidade do conjunto de carro-motorista por EMAD nos NRADs ao longo do primeiro semestre de 2022, com a referência de quantidade ideal de conjuntos de carro-motorista em azul e a média de disponibilidade daquele conjunto em cada NRAD em marrom.

Figura 8 - Conjuntos de carro com motoristas disponíveis em cada NRAD no período de janeiro a julho de 2022.



Fonte: PT28.12.

151. Nesse gráfico, fica evidente a restrição generalizada do insumo carro-motorista, tendo os NRADs, em geral, menos da metade considerada ideal (linha azul) pela equipe de auditoria para a realização de seus trabalhos. Via de regra, os NRADs dispõem de apenas um conjunto, que ainda sofre com as licenças e afastamentos dos motoristas e a competição⁹³ pelo uso desse recurso com os hospitais de referência, em alguns casos.

152. Destaca-se o caso do NRAD Planaltina que possui menos de 20% da disponibilidade de carro com motorista considerada ideal. Aquele Núcleo dispõe apenas de um conjunto carro-motorista nas terças, quartas e quintas e nas sextas-

⁹³ Existem motoristas que não estão lotados nos NRADs, criando uma dependência dos que compartilham motoristas lotados nos hospitais de referência, sem critérios formalmente definidos para a liberação dos profissionais para os NRADs.

feiras a cada duas semanas para a prestação do serviço de 2 EMADs, quando o ideal seria dispor de 4 conjuntos todos os dias.

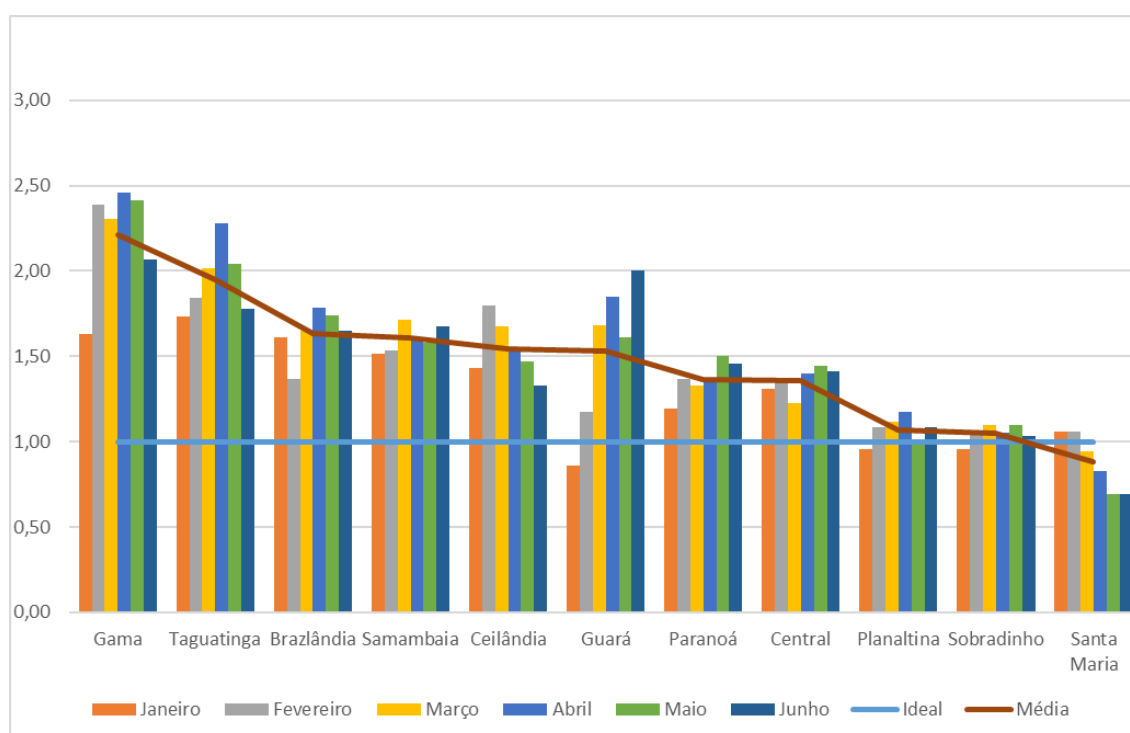
153. Esse fato corrobora o desempenho do NRAD Planaltina abaixo dos seus pares nos aspectos de quantidade de usuários, quantidade de visitas e visitas por usuário, visto que a restrição severa de insumos tem forte influência na produção da equipe.

2.2 Horas semanais disponíveis para os NRADs

154. Para avaliação das horas semanais disponíveis, dividiu-se a carga horária de profissionais do NRAD, ponderada pela disponibilidade, pela carga horária mínima de profissionais da saúde necessária para se habilitar a quantidade de EMADs presentes no NRAD⁹⁴. A carga horária mínima referida consta no artigo 17, inciso I, da Portaria MS nº 825/2016 e corresponde a 230 horas semanais.

155. A seguir, é apresentado o gráfico da disponibilidade de horas semanais de profissionais por EMAD nos NRADs ao longo do primeiro semestre de 2022, com a referência de quantidade mínima de horas prevista na portaria do MS supramencionada em azul e a média de disponibilidade de profissionais em cada NRAD em marrom.

Figura 9 – Horas semanais de profissionais disponíveis para os NRADs no período de janeiro a julho de 2022.



Fonte: PT28.12.

156. Nesse quesito, apenas o NRAD de Santa Maria⁹⁵ teve média de disponibilidade de profissionais abaixo do mínimo previsto na portaria. Todos os demais NRADs apresentam horas de profissionais superiores ao mínimo necessário.

⁹⁴ PT28.14.

⁹⁵ Cabe destacar que o NRAD Santa Maria é gerido pelo IGES/DF e que a avaliação levou em

157. É importante destacar que a disponibilidade de horas dos profissionais das EMAPs, nos NRADs que possuem essa equipe, também foi contabilizada: é o caso do NRAD Central, Samambaia, Taguatinga, Sobradinho, Paranoá, Guará, Ceilândia e Gama.

158. Além disso, cumpre mencionar que existe um déficit de 13 EMADs no DF (tema objeto do Achado nº 4 deste Relatório), considerando que a Portaria MS nº 825/2016, em seu artigo 28, estabelece a proporção de 100 mil habitantes para cada EMAD.

159. Com vistas à redução desse déficit, é comum que sejam destinados novos profissionais para os NRADs até que se tenha profissionais suficientes para a habilitação de uma nova EMAD. Nesse sentido, foi informado que esse processo de implantação está ocorrendo nos NRADs Central, Taguatinga, Guará e Gama.

160. Todavia, ressalta-se que o excedente de pessoal nos NRADs deve ser avaliado pela SES de maneira a oportunizar a criação e credenciamento de novas EMADs junto ao Ministério da Saúde, uma vez que o funcionamento de EMADs de maneira informal (equipes implantadas mas não credenciadas) não contribui para o recebimento de recursos do Governo Federal, além de dificultar a avaliação do cumprimento de metas por parte do SAD, tendo em vista que cada EMAD credenciada deve atender, em média, 60 pacientes com visitas semanais, conforme estabelece aquele Ministério.

161. Nesse sentido, esta Corte decidiu no âmbito do Processo nº 8553/2020, por meio da Decisão nº 1636/2022:

DECISÃO Nº 1636/2022

III – determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que adote as seguintes medidas, que serão objeto de verificação em futura fiscalização: a) observar em suas unidades a estrutura prevista pela gerência de dimensionamento e avaliação do trabalho; [...]; c) regularizar as EMADs e as EMAPs junto ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

162. Na sequência passa-se à avaliação relativa da produtividade dentre os NRADs, considerando as restrições de insumos disponíveis para cada um deles, realizada por meio de índices de comparação de eficiência.

2.3 Índices de comparação de eficiência

163. Para comparação das produtividades dos NRADs considerando os insumos disponíveis, foram desenvolvidos dois índices, o primeiro relacionado à quantidade de visitas e o segundo à quantidade de visitas por usuário. A metodologia empregada na elaboração desses índices consta no apêndice deste Relatório (peça 20).

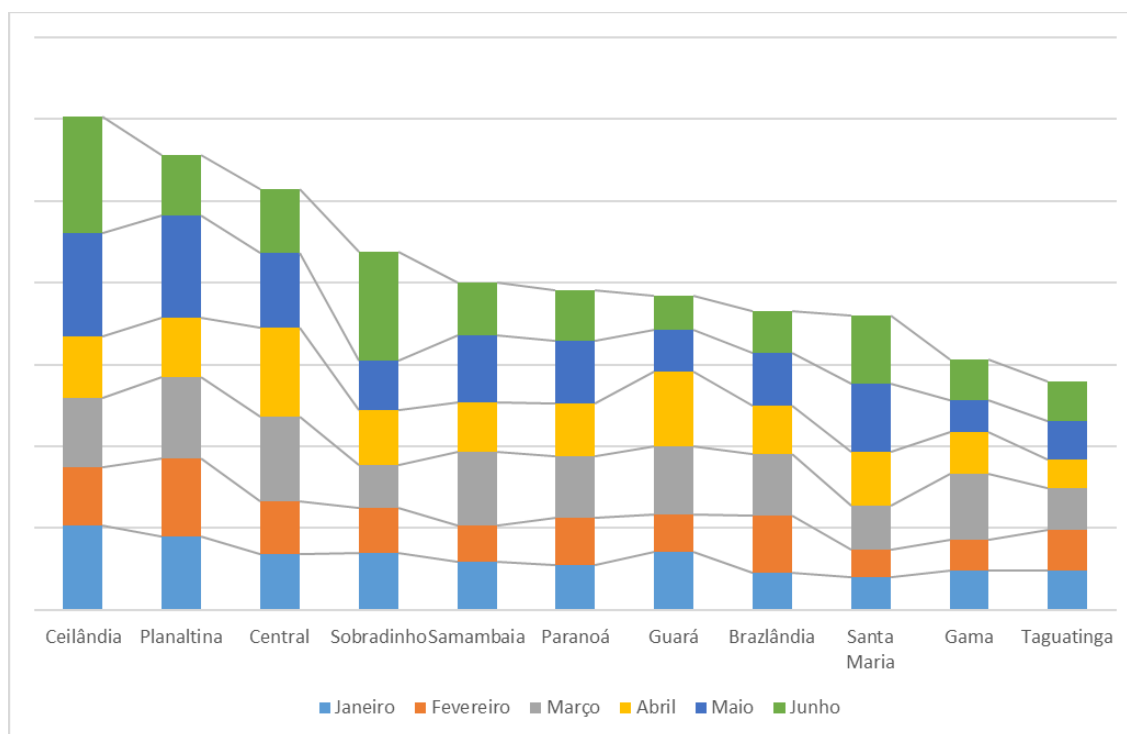
2.4 Índice de Visitas

164. Para o índice de visitas, foram comparadas as quantidades de visitas aos usuários dos NRADs em relação aos insumos disponíveis para o desempenho

consideração a disponibilidade dos profissionais, ou seja, afastamentos legais como férias e licenças de saúde foram consideradas no cálculo.

das funções. O gráfico a seguir apresenta os resultados relativos do índice de visitas entre os NRADs.

Figura 10 - Comparativo do índice de visitas por NRAD no período de janeiro a julho de 2022.



Fonte: PT28.12.

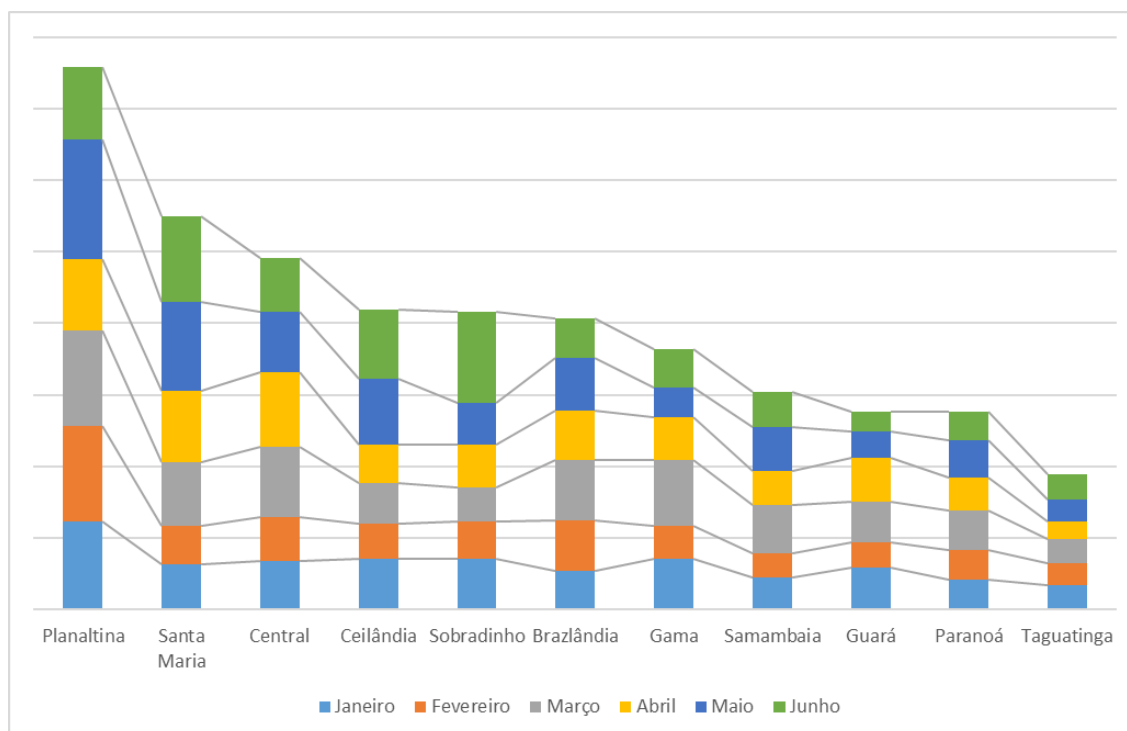
165. A análise desse gráfico em conjunto com os demais gráficos nos permite compreender que o NRAD Ceilândia apresentou maior eficiência na realização de visitas apesar de possuir disponibilidade de horas de profissionais um pouco acima da média dos NRADs.

166. Destacam-se, ainda, os NRADs de Planaltina e Central por apresentarem maior restrição de disponibilidade do conjunto carro-motorista, o que compensa, em termos relativos, a baixa quantidade absoluta de visitas realizadas (53 e 88 respectivamente).

2.5 Índice de visitas por usuário

167. Para o índice de visitas por usuário, foram comparadas as quantidades de visitas por usuário dos NRADs em relação aos insumos disponíveis para o desempenho das funções. O gráfico a seguir apresenta os resultados relativos desse índice entre os NRADs.

Figura 11 - Comparativo do índice de visitas por usuário por NRAD no período de janeiro a julho de 2022.



Fonte: PT28.12.

168. A análise desse gráfico em conjunto com os demais gráficos permite compreender que os NRADs Planaltina, Santa Maria e Central apresentaram maior eficiência na realização de visitas por paciente, Planaltina e Central por compensarem, em termos relativos, a restrição do conjunto carro-motorista e Santa Maria por apresentar alocação de profissionais no limite mínimo previsto pela portaria.

Causas

Número de usuários em atendimento abaixo do esperado

169. Uma das possíveis causas para o número de pacientes abaixo do esperado deriva da ineficiência da busca ativa por pacientes elegíveis à AD, uma vez que deficiências na identificação de usuários elegíveis para a prestação de serviço nos diversos pontos da RAS de interface com a AD levam a um número inferior de pacientes atendidos.

170. Destaca-se, ainda, a ausência de divulgação do SAD à população, bem como a dificuldade das famílias, especialmente as mais vulneráveis, em providenciar cuidadores para os pacientes, levando-se em conta a ausência de alternativas disponibilizadas pelo Poder Público.

Número de visitas abaixo do esperado

171. Para o desempenho das funções dos NRADs, as EMADs necessitam de dois insumos principais (insumos que têm maior influência na produtividade), os meios de transporte para as visitas e a disponibilidade de horas de trabalho dos profissionais.

172. Esses dois insumos devem estar em equilíbrio para proporcionar um desempenho otimizado das funções do NRAD na prestação do Serviço de Atenção

Domiciliar – SAD, visto que a insuficiência de meios de transporte impede ou restringe que os profissionais atendam aos usuários em seu domicílio⁹⁶, assim como a insuficiência de horas de trabalho dos profissionais impede ou restringe esses atendimentos.

173. Dentre esses dois insumos, constatou-se que aquele que mais afeta a produtividade dos NRADs, em termos de número de atendimentos, é o conjunto carro-motorista, uma vez que sua ausência ou indisponibilidade prejudica o ritmo da realização de visitas aos usuários. O prejuízo é proporcional à disponibilidade de pessoal na EMAD, ou seja, quanto maior o número de horas de profissionais alocados na equipe maior a perda de eficiência⁹⁷.

174. Esse descompasso faz com que recursos mais onerosos, como os profissionais de saúde, acabem sendo subutilizados, impedindo aqueles profissionais de prestar assistências aos pacientes e contribuir com a finalidade da política pública.

175. Percebeu-se que a realidade das EMADs do DF é de ter à sua disposição no máximo 1 conjunto carro-motorista, o que representa metade do recurso considerado ideal para aproveitamento da disponibilidade de carga horária dos profissionais.

176. Como agravante, muitas EMADs relataram que há concorrência pelo transporte com o hospital, pois os motoristas são utilizados para finalidades diversas das do NRAD. Assim como, internamente, o planejamento semanal de visitas é impactado negativamente por intercorrências com os usuários e pela necessidade de oferta de transporte sanitário com motorista e corpo técnico do NRAD para atender a demandas de consultas com especialistas ou exames dos usuários do SAD⁹⁸, o que reduz ainda mais a disponibilidade de motorista nos NRADs.

177. Quanto ao quantitativo de horas de profissionais de saúde alocados nas EMADs, identificou-se que números muito superiores ao mínimo exigido podem indicar a oportunidade de criação e habilitação de novas EMADs, com o benefício de obter ressarcimento de recursos pelo Ministério da Saúde e de contribuir com a redução do déficit de 13 EMADs apontado na presente auditoria⁹⁹. No entanto, esse tema será abordado no âmbito do Achado nº 4 deste Relatório.

178. Pelo exposto, tem-se que as principais causas do presente achado são:

- a) insuficiência da busca ativa;
- b) ausência de divulgação do SAD à população;
- c) dificuldade das famílias mais carentes em proporcionar um cuidador;

⁹⁶ Os usuários do SAD são pacientes que necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito, ao lar, ou que apresentam vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, de acordo com o artigo 5º, da Portaria MS nº 825/2016.

⁹⁷ Mais profissionais de saúde ociosos por não terem meios de locomoção para atendimento aos usuários.

⁹⁸ Essa situação ocorre como efeito da não disponibilidade de transporte sanitário aos usuários, apesar de o art. 40 da Portaria nº 55/2018 instituir que esse tipo de transporte seria processado por meio de solicitação aos setores competentes.

⁹⁹ PT31.

- d) insuficiência do conjunto carro-motorista nos NRADs; e
- e) concorrência do conjunto carro-motorista com outros setores da SES.

Efeitos

179. O reduzido número de usuários em atendimento por EMAD reduz os benefícios da política pública de saúde, atingindo um número menor de usuários potenciais que o esperado, podendo comprometer a desospitalização e o tratamento humanizado, além de o reduzido número de visitas a usuários comprometer a qualidade do tratamento e eventualmente poder retardar o tempo decorrido para que esse usuário evolua por melhora clínica.

Proposições

180. Sugere-se recomendar à SES que:
- a) implemente busca ativa por pacientes elegíveis ao Serviço de Atendimento Domiciliar, em colaboração com os profissionais de saúde da Rede de Atenção à Saúde, para atingir a média de 60 pacientes por Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar;
 - b) promova gestão junto à Secretaria de Estado de Comunicação do DF no sentido de definir e adotar sistemática de publicação e veiculação em mídia de material educativo afeto à atenção domiciliar;
 - c) promova gestões junto à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social do DF no sentido de proporcionar alternativas aos usuários elegíveis ao Serviço de Atendimento Domiciliar que não dispõe de cuidadores; e
 - d) avalie a oportunidade e conveniência de aumentar a disponibilidade de meios de transporte aos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar para que se atinja o quantitativo de dois conjuntos de carro-motorista por Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, sem concorrência com outros setores.

Benefícios esperados

181. A resolução da escassez do conjunto carro-motorista a SES poderá impulsionar o SAD de maneira significativa sem incorrer em grande aumento de despesas, as quais podem inclusive serem amortizadas via ressarcimento de recursos pelo Ministério da Saúde, pela abertura de novas EMADs naquelas regiões em que a carga horária excedente seja compatível ou iminentemente compatível com a criação de novas unidades.

182. Além disso, destacam-se os seguintes pontos: aumento do número de usuários atendidos por EMAD, melhora da qualidade do tratamento, aumento do número de visitas realizadas e diminuição de ocorrências de equipes que deixam de realizar atendimentos por falta de meios de transporte.

2.2. Questão de Auditoria 2:

A implementação da política de Atenção Domiciliar (AD1, AD2, AD3) no DF favorece sua economicidade e eficiência?

A SES não produz informações gerenciais suficientes para o acompanhamento da política de AD, bem como provê quantitativo de EMAPs, EMADs e eSFs insuficiente para atender à população do DF e cuja distribuição não privilegia as áreas de maior densidade populacional e vulnerabilidade social, o que compromete a eficiência daquela política. A economicidade também resta parcialmente prejudicada na medida em que existem cerca de 35% de EMADs e 17% de eSFs que deixam de receber recursos do Ministério da Saúde.

2.2.1. Achado 4

O quantitativo de equipes responsáveis pela Atenção Domiciliar é insuficiente para atender à população do DF e sua alocação não privilegia as áreas de maior densidade populacional e vulnerabilidade social.

Critério

183. O quantitativo das equipes eSFs, envolvidas com a prestação da Atenção Domiciliar na modalidade AD1, e EMADs, envolvidas nas modalidades AD2 e AD3, é definido em função de parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.

184. Nesse sentido, para estimar a população coberta por cada eSF, considerou-se o “quantitativo potencial de pessoas cadastradas por eSF” definido em 4.000¹⁰⁰ pessoas, conforme Anexo XCIX da Portaria de Consolidação MS nº 6/2017¹⁰¹. No tocante às EMADs, levou-se em consideração o critério estipulado na Portaria MS nº 825, de 1 EMAD para cada 100 mil habitantes¹⁰².

185. Para efeito do parâmetro populacional do DF e das suas respectivas Regiões Administrativas, adotou-se como critério as projeções constantes no sítio eletrônico do InfoSaúde¹⁰³.

186. Além do quantitativo daquelas equipes de saúde, considerou-se relevante avaliar a respectiva alocação no território do DF. Para tanto, adotou-se como critério a vulnerabilidade social, considerada de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)¹⁰⁴ mensurado pelo Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (IPEDF Codeplan).

187. Do exposto, tem-se os seguintes critérios para o presente achado:

a) a quantidade e alocação de eSF devem estar adequadas à

¹⁰⁰ De acordo com a classificação do IBGE, o Distrito Federal é considerado área urbana em toda a sua extensão.

¹⁰¹ DC47.

¹⁰² Art. 28. Municípios com população igual ou maior que 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, poderão solicitar a segunda EMAD e, sucessivamente, 1 (uma) nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes.

¹⁰³ <https://info.saude.df.gov.br/projecao-da-populacao-do-df-salasis/>

¹⁰⁴ O ÍVS-DF reúne 24 indicadores, distribuídos em 4 das mais expressivas dimensões de vulnerabilidade social do DF. Ele é calculado utilizando dados coletados pela pesquisa Distrital de Amostra Domiciliar (PDAD), em 2018. Com isso, todos os resultados do IVS-DF, podem ser apresentados de forma desagregada e representativa por região administrativa e para todo o território do DF. Disponível em: <https://infodf.ipe.df.gov.br/ivs-df/ivs-df-por-ra-e-dimensoes/>. Acesso em 04/11/2022.

- população, segundo a Portaria de Consolidação nº 6/2017, considerando ainda vulnerabilidade social e densidade populacional;
- b) a quantidade e alocação de EMADs devem estar adequadas à população, segundo a Portaria MS nº 825/2016, considerando ainda vulnerabilidade social e densidade populacional.

Análises e Evidências

Equipes de Saúde da Família - eSFs

188. Para definir o quantitativo de eSF existentes no DF, considerou-se a lista de equipes credenciadas e homologadas disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Saúde¹⁰⁵ que observa as definições da Portaria de Consolidação nº 6/2017¹⁰⁶. Para calcular a população coberta¹⁰⁷, multiplicou-se o número de eSFs existentes em cada região administrativa por 4.000¹⁰⁸.

189. Assim, para calcular o quantitativo ideal de eSFs levou-se em conta o quantitativo de atendimento potencial de 4.000 pessoas por eSF ponderado pela vulnerabilidade social, mensurada pelo IVS¹⁰⁹.

190. Seguindo a metodologia descrita no Apêndice deste Relatório (peça 20), observa-se que o DF tinha 598 eSF credenciadas e homologas pelo MS, quando necessitaria de 783 para abranger toda a sua população potencial, ou seja, há um déficit de 185 eSF. Pelo critério utilizado na presente auditoria, a cobertura máxima¹¹⁰ das 598 eSF existentes no DF seria de cerca de 76%¹¹¹.

191. Os gráficos a seguir relacionam as regionais de saúde com maior déficit de eSFs, considerando a ponderação da vulnerabilidade social pela aplicação do IVS.

¹⁰⁵ DC73.

¹⁰⁶ DC47.

¹⁰⁷ Importante observar que o Ministério da Saúde define como critério para cobertura da atenção primária o número de pacientes efetivamente cadastrados pelas eSF. A vulnerabilidade social não é parâmetro para cálculo de cobertura das APS, se tornando parâmetro relevante apenas para cálculo do custeio.

¹⁰⁸ Embora o cálculo da população de cobertura pelo Ministério da Saúde leve em conta o número de pessoas efetivamente cadastradas – e não o quantitativo potencial –, utilizamos o quantitativo potencial para efeito de simplificação do cálculo, adotando uma posição mais conservadora, benéfica ao jurisdicionado.

¹⁰⁹ Importante destacar que o critério de alocação é meramente formal, ou seja, não observa incompletude de equipes ou equipes que não estejam recebendo recursos (tal peculiaridade será verificada no Achado nº 6).

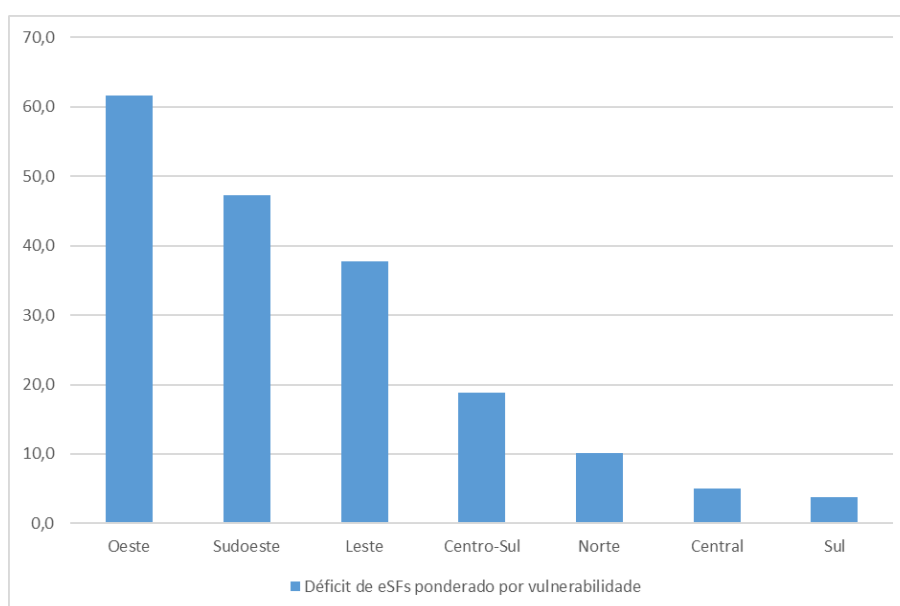
¹¹⁰ A cobertura máxima pressupõe que cada eSF realize cadastro efetivo de, pelo menos, 4.000 pacientes.

¹¹¹ O resultado foi significativamente maior que o observado pelo Ministério da Saúde de cobertura de 60,38% (vide https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura_aps), uma vez que a equipe de auditoria adotou como critério populacional o total potencial de cadastro por eSF de 4.000, em vez de o número efetivamente cadastrado, já que o objetivo era verificar a alocação de equipes pelas regiões de saúde independentemente do cadastro efetivamente realizado por cada equipe.

Tabela 5 - Déficit de eSFs.

Região	População ponderada IVS	Cobertura populacional	Déficit populacional	eSFs ideal	eSFs existentes	Déficit de eSFs
Oeste	626.783	380.000	246.783	156,7	95	61,7
Leste	423.238	272.000	151.238	105,8	68	37,8
Sudoeste	832.902	644.000	188.902	208,2	161	47,2
Centro-Sul	351.177	276.000	75.177	87,8	69	18,8
Central	184.190	164.000	20.190	46,0	41	5,0
Norte	424.686	384.000	40.686	106,2	96	10,2
Sul	287.038	272.000	15.038	71,8	68	3,8
Total	3.130.014	2.392.000	738.014	782,5	598	184,5

Fonte: PT33.1. Competência CNES junho/2022.

Figura 12 - Déficit de eSFs nas regionais de saúde ponderado pelo Índice de Vulnerabilidade Social (IVS).

Fonte: PT33.1. Competência CNES junho/2022.

192. Da análise daqueles gráficos é possível constatar que as regiões de saúde Oeste, Sudeste e Leste são as que mais necessitam da criação de novas eSF, de cerca de 62, 47 e 38, respectivamente.

193. Vale mencionar que a constatação dos déficits de eSFs pode estar relacionada com uma das causas apontadas no Achado nº 2 deste Relatório, relativa à busca ativa ineficiente, no tocante ao baixo índice de visitas domiciliares realizadas pelas eSFs, já que o efetivo de equipes não está adequadamente dimensionado para atender o território do DF.

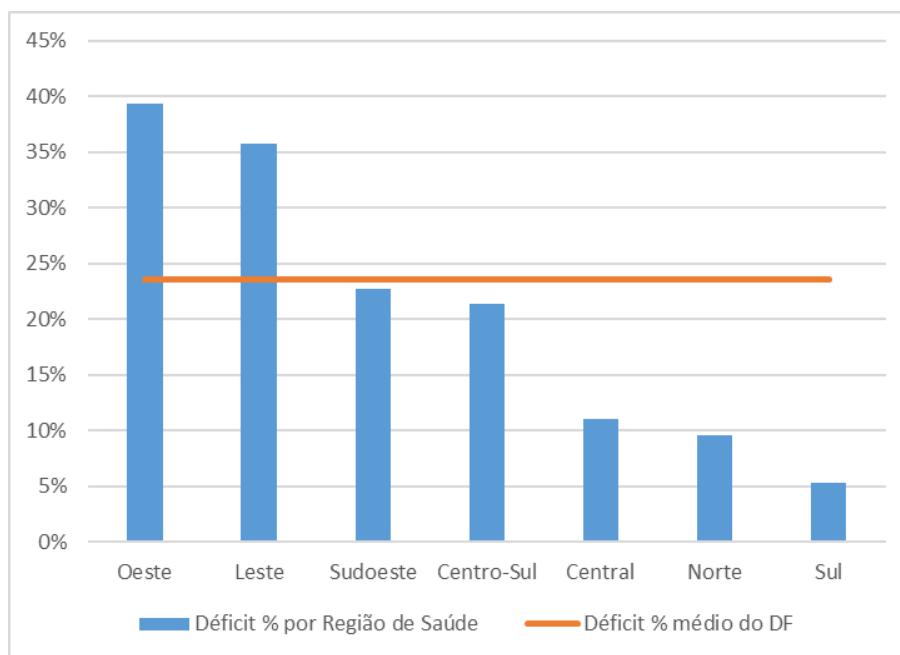
194. Por outro lado, considerando que a solução ideal pela via de abertura de novas eSFs pode esbarrar em restrições de ordem orçamentária/financeira, vale analisar o déficit relativo entre as regiões, com o intuito de verificar a alocação relativa das eSFs ao longo das regiões de saúde, conforme ilustram os gráficos a seguir.

Figura 13 - Déficit percentual de eSFs por Regional de Saúde.

Região	População ponderada IVS	Cobertura populacional	Déficit populacional	esFs ideal	eSFs existentes	% Déficit eSF
Oeste	626.783	380.000	246.783	156,7	95	39%
Leste	423.238	272.000	151.238	105,8	68	36%
Sudoeste	832.902	644.000	188.902	208,2	161	23%
Centro-Sul	351.177	276.000	75.177	87,8	69	21%
Central	184.190	164.000	20.190	46,0	41	11%
Norte	424.686	384.000	40.686	106,2	96	10%
Sul	287.038	272.000	15.038	71,8	68	5%
Total	3.130.014	2.392.000	738.014	782,5	598	21%

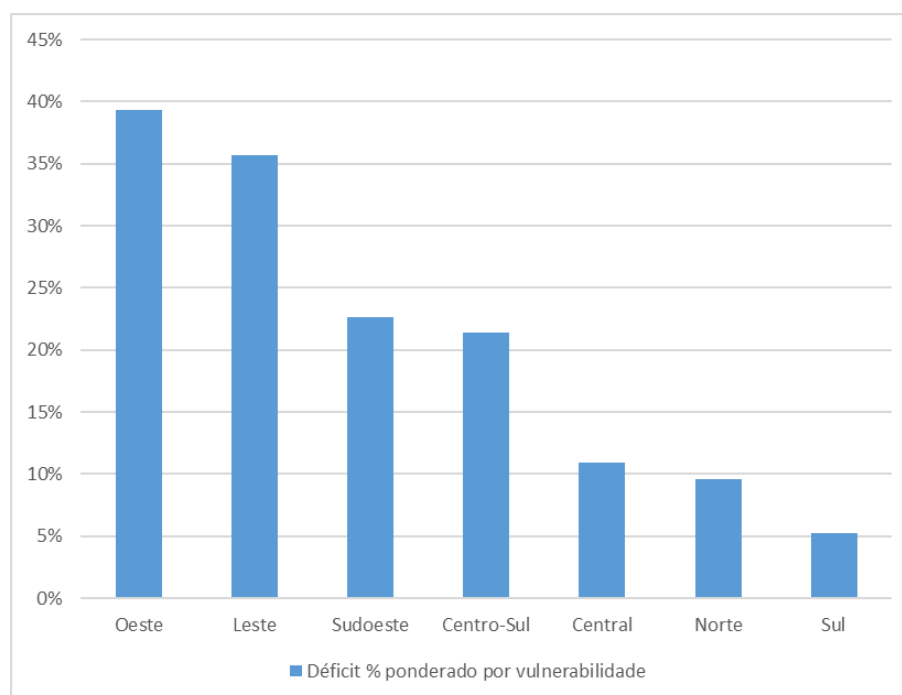
Fonte: PT33.1. Competência CNES junho/2022.

Figura 14 - Déficit relativo entre as Regiões de Saúde.



Fonte: PT33.1. Competência CNES junho/2022.

Figura 12 – Déficit % de eSFs nas regionais de saúde ponderado pelo índice de vulnerabilidade social (IVS).



Fonte: PT33.1. Competência CNES junho/2022.

195. Por esse critério, observa-se que as regiões de saúde Oeste e Leste são as regiões com déficit percentual maior, de 39% e 36% respectivamente, estando acima do déficit percentual médio do DF, de cerca de 24%.

Equipes Multidisciplinares de Atendimento Domiciliar - EMADs

196. Em consonância com a Portaria MS nº 825/2016, a proporção ideal entre EMADs e a população é de uma EMAD para cada 100 mil habitantes (art. 28). Contudo, a alocação territorial dessas EMADs não é tratada na referida portaria.

197. Com relação ao aspecto vulnerabilidade social não alcançado pela Portaria nº 825/2016¹¹², conclui-se que a necessidade por serviços de saúde é maior nas regiões de maior vulnerabilidade social e, portanto, as EMADs atenderiam de forma mais efetiva às necessidades de saúde da população se estivessem alocadas priorizando as áreas de maior vulnerabilidade social e com maior adensamento populacional. Assim, decidiu-se por utilizar o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) na determinação da alocação ideal das EMADs entre as regionais de saúde do DF.

198. Seguindo a metodologia descrita, observa-se que o DF tinha 18 EMADs em funcionamento¹¹³, enquanto necessitaria de 31 EMADs para abranger toda a sua população em 2022¹¹⁴, ou seja, há um déficit de 13 EMADs. Pelo critério

¹¹² A Portaria MS nº 825/2016 menciona o quantitativo de EMADs total ao longo do território do ente federativo, mas não traz um critério de alocação local para aquelas equipes.

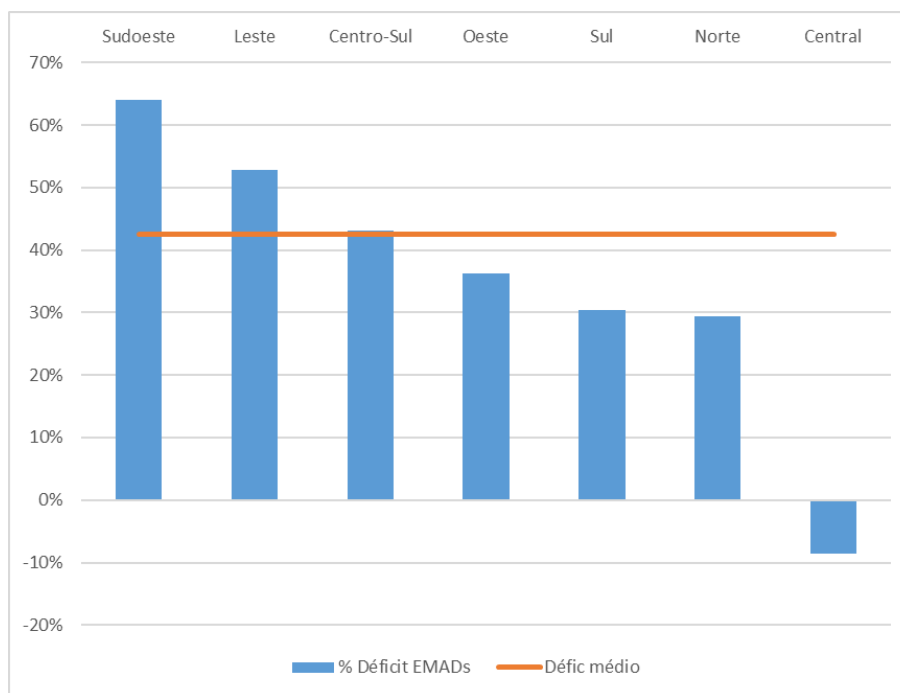
¹¹³ A EMAD do Recanto das Emas, pertencente ao NRAD de Samambaia, foi considerada como habilitada para efeito de cálculo da média de pacientes com o intuito de não causar distorção nas informações uma vez que desempenha seus trabalhos como se estivesse habilitada, embora o CNES a registre como desabilitada. Registra-se que o ideal seria recredenciar a EMAD junto ao Ministério da Saúde para evitar a perda do ressarcimento de recursos federais.

¹¹⁴ População de 3.130.014 habitantes, conforme DC76.

utilizado na presente auditoria, a cobertura das 18 EMADs existentes no DF seria de cerca de 58% da população, ou pouco mais da metade da população¹¹⁵.

199. Cumpre analisar o déficit relativo entre as regiões, com o intuito de verificar a alocação relativa das EMADs ao longo das regiões de saúde, conforme gráficos a seguir.

Figura 15 – Déficit percentual de EMADs nas regionais de saúde.



Fonte: PT31 - Competência CNES junho/2022 e DC80 (out/2022).

Figura 16 – Cobertura populacional x Déficit e percentual de déficit de EMADs do DF.

Região	População (IVS) *	Cobertura populacional	Déficit populacio	EMADs ideal	EMADs existentes	% Déficit EMADs	Déficit de EMADs
Sudoeste	832.902	300.000	532.902	8,3	3	64%	5,3
Leste	423.238	200.000	223.238	4,2	2	53%	2,2
Centro-Sul	351.177	200.000	151.177	3,5	2	43%	1,5
Oeste	626.783	400.000	226.783	6,3	4	36%	2,3
Sul	287.038	200.000	87.038	2,9	2	30%	0,9
Norte	424.686	300.000	124.686	4,2	3	29%	1,2
Central	184.190	200.000	-15.810	1,8	2	-9%	-0,2
Total	3.130.014	1.800.000	1.330.014	31,3	18	42%	13,3

* Vide metodologia de cálculo para a população utilizando o IVS (PT33.1).

Fonte: PT31 - Competência CNES junho/2022 e DC80 (out/2022).

200. Da análise dos gráficos acima, verifica-se que as regiões de saúde Sudoeste, Leste e Centro-sul são as que possuem maior déficit percentual, de 64%, 53% e 43% respectivamente – acima do déficit percentual médio do DF, de cerca de 42%.

201. A distribuição geográfica do déficit percentual de equipes de EMADs ponderado pelo IVS nas regiões de saúde do DF pode ser mais bem visualizada no mapa a seguir, o qual revela que a alocação das EMADs no território do Distrito

¹¹⁵ PT31.

Federal não privilegia as regiões de maior adensamento populacional e com maior vulnerabilidade social.

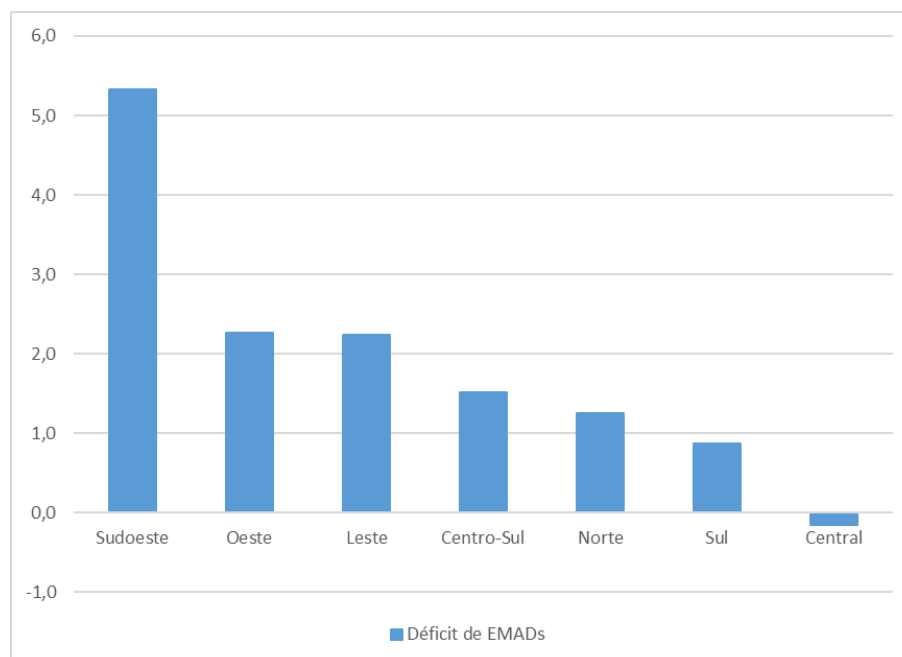
Figura 17 - Déficit de EMADs nas regiões de saúde do DF, considerando IVS.



Fonte: PT31 - Competência CNES junho/2022 e DC80 (out/2022).

202. Para que se tenha uma ideia de grandeza da necessidade de EMADs nas regionais de saúde, o gráfico a seguir apresenta os valores absolutos desses déficits.

Figura 18 – Déficit absoluto de EMADs no DF.



Fonte: PT31 - Competência CNES junho/2022 e DC80 (out/2022).

203. Percebe-se que as regiões de saúde Sudoeste, Leste, Centro-Sul e Oeste são aquelas que mais necessitam da criação de novas EMADs, de cerca de 5, 2, 1 e 2 novas equipes, respectivamente.

204. Uma forma possível de se reduzir a disparidade da distribuição geográfica das EMADs que não incorra em aumento de despesas, seria a realocação daquelas equipes presentes em regiões de saúde com menor déficit percentual para regiões com maior, como por exemplo, a realocação de uma EMAD da região Central para a região Sudoeste.

205. A realocação de profissionais das equipes com recursos humanos excedentes para equipes que estão incompletas também é uma alternativa para habilitar novas EMADs e minimizar o déficit de equipes. A título de ilustração, o NRAD Taguatinga, da região Sudeste – que mais sofre com a escassez de equipes –, possui 2 EMADs incompletas, sendo que em uma delas falta apenas 40 horas semanais de técnico de enfermagem para completá-la¹¹⁶.

Causas

206. São causas do presente achado:

- a) falta de recursos humanos para credenciamento e formação de novas equipes EMADs;
- b) falhas na alocação de equipes de EMADs e eSFs, ao não priorizar critérios de vulnerabilidade social;
- c) existência de recursos humanos excedentes distribuídos nos NRADs em detrimento de credenciamento formal de equipes¹¹⁷.

Efeitos

207. A escassez do quantitativo e da adequação da alocação de equipes EMADs e eSFs compromete a oferta e prejudica a qualidade da prestação do serviço na AD.

Proposição

208. Propõe-se ao egrégio Tribunal recomendar à SES que:

- a) reavalie a alocação das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar e Equipes de Saúde da Família existentes, bem como dos respectivos profissionais de saúde, de forma a contemplar as regiões mais vulneráveis e com maior demanda pela Atenção Domiciliar;
- b) avalie a oportunidade e conveniência de credenciar novas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar e equipes de Saúde da Família no sentido de reduzir o déficit de cobertura da Atenção Domiciliar no DF.

¹¹⁶ PT39.

¹¹⁷ O somatório das cargas horárias por categoria profissional e respectiva disponibilidade em cada NRAD constam no DC61.

Benefícios Esperados

209. A adequação do quantitativo e da distribuição de equipes, aliada à busca ativa eficiente, contribui para aumentar a oferta da prestação de serviço do SAD, promovendo, entre outros benefícios, a desospitalização de pacientes elegíveis

2.2.2. Achado 5

Carência de informações gerenciais, prejudicando o acompanhamento da política pública

Critério

210. Segundo o Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa¹¹⁸ do Ministério da Saúde, o registro, a sistematização e a análise das informações produzidas são processos centrais para a gestão da Atenção Domiciliar – AD na medida em que possibilitam a apropriação e discussão coletiva de aspectos que refletem diretamente na prática das equipes, apontam fragilidades e potencialidades da rede de cuidado em AD e revelam questões indispensáveis para o planejamento de ações à luz das necessidades do usuário.

211. Dessa forma, entende-se como critério do presente achado que a SES deve produzir informações gerenciais, acompanhando e monitorando os resultados da AD.

212. A existência de fluxos de trabalho padronizados e de conhecimento das áreas com interface com a AD auxilia no correto direcionamento das ações do programa e na geração das informações básicas a serem utilizadas na gestão, por isso também foi utilizado como critério.

Análises e Evidências

213. Para que uma política pública seja eficiente, é necessário que os objetivos da política pública estejam bem estabelecidos e que, à medida em que são realizadas as ações dessa política, seus resultados sejam avaliados para se determinar se produziram resultados compatíveis (ou não) com o objetivo almejado.

214. Essa avaliação se dá por meio do registro, da sistematização e da análise das informações produzidas, podendo essas serem sintetizadas em indicadores de desempenho para facilitar o trabalho de gestão.

215. Nesse sentido, o MS disponibiliza o Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa, o qual dispõe de 18 indicadores¹¹⁹, para direcionar e orientar os gestores no acompanhamento dessa política pública, auxiliando a tomada de decisão, a avaliação de efetividade e do impacto da política pública.

216. Ocorre que a SES informou que acompanha apenas dois indicadores para mensurar os resultados da AD¹²⁰:

- a) o “Percentual de usuários do SAD procedentes de serviços de internação e de urgência/emergência”¹²¹; e

¹¹⁸ DC03, folha 15.

¹¹⁹ DC03, folhas 24/25.

¹²⁰ DC67.01, folhas 2/3.

¹²¹ Indicador SAIS117, DC30.

b) o “Percentual de Alta do Sistema de Atenção Domiciliar”.¹²²

217. Entretanto, mais indicadores poderiam ser construídos e avaliados, uma vez que o e-SUS armazena dados¹²³ tais como:

- a) a quantidade de usuários atendidos (AD1, AD2 e AD3);
- b) as condições avaliadas (inclusive com referência ao código de Classificação Internacional de Doenças – CID);
- c) a conduta/desfecho dos procedimentos realizados;
- d) o gênero e a faixa etária dos usuários;
- e) o local de atendimento.

218. Apesar de a iniciativa de monitoramento do programa por meio de indicadores ser salutar, a escolha de apenas dois dos 18 constantes do Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa se mostra restritiva para o acompanhamento gerencial, ainda mais ao considerar que os indicadores escolhidos são similares, porém mais restritivos, que os propostos pelo MS¹²⁴. A título ilustrativo, a tabela a seguir destaca as principais diferenças entre o indicador SAIS 117 utilizado pela SES/DF em relação ao Indicador 3, proposto pelo MS:

Figura 19 – Déficit absoluto de EMADs no DF.

	SES/DF	Indicador 3 do Ministério da Saúde
Indicador	Percentual de usuários do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) procedentes de serviços de internação e de urgência/emergência.	Percentual de usuários por serviço de origem (procedência)
Periodicidade	Mensal/ Anual	Trimestral
Descrição	O indicador sinaliza a procedência dos pacientes admitidos no SAD. O Serviço de Atenção Domiciliar presta assistência a saúde dos usuários originários de diversas portas de entrada da rede: Hospitais, UPAs, Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, o principal objetivo do SAD é atuar na desospitalização dos pacientes que atendem aos critérios para Atendimento Domiciliar. Nesta perspectiva, o indicador mede os usuários que saem dos serviços de internação e urgência/emergência para o SAD.	Percentual de usuários oriundos de cada tipo de serviço (atenção básica, urgência e emergência, centro oncológico, entre outros) em relação ao total de usuários admitidos no SAD.
Método de cálculo	Numerador: Total de usuários admitidos no SAD procedentes de internação hospitalar + Total de usuários admitidos no SAD procedentes de serviços de urgência/emergência no mês de referência. Denominador: Total de usuários admitidos no SAD no mês de referência. Multiplicador :100	Total de usuários procedentes de cada serviço no período/ Total de usuários admitidos no mesmo período (x 100)

Fonte: PT29.9

219. Tanto o monitoramento, acompanhamento contínuo na execução de ações, atividades, na prestação de um serviço para identificar avanços ou problemas durante a execução, como a avaliação, processo para julgar e aprimorar o programa,

¹²² Indicador SAIS118, DC31.

¹²³ DC70.

¹²⁴ DC03, folha 24, indicadores “Percentual de usuários por serviço de origem (procedência)” e “Percentual de usuários por conduta/motivo de saída (desfecho)”.

serviço ou atividade, são instrumentos de gestão da atenção à saúde, portanto, atividades inerentes ao trabalho em saúde¹²⁵.

220. Assim, a determinação do conjunto de informações a serem coletadas em cada NRAD depende do tipo de indicador e da análise gerencial que se deseja produzir. Desse modo, cabe à SES a responsabilidade por definir o conjunto de informações básicas que as unidades setoriais devem produzir, orientando-as sobre o respectivo fluxo de procedimentos a serem adotados para que sejam aferidas de maneira completa, padronizada e homogênea.

221. Todavia, inexistente normatização e/ou orientação da SES no sentido de padronizar o conjunto de informações a serem coletadas por cada NRAD. Assim, fica a critério de cada Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar – NRAD a determinação dos dados a serem coletados e armazenados¹²⁶.

222. Essa indefinição torna possível que informações básicas sobre o funcionamento do programa, como a quantidade de usuários atendidos ou a quantidade de visitas realizadas, não sejam geradas e não estejam disponíveis para os gestores, o que impede avaliar se as ações implementadas surtem efeitos condizentes com os objetivos da política pública ou em seu desfavor.

223. Em outro aspecto, o estabelecimento de fluxos de trabalho administrativos padronizados entre os NRADs, além de auxiliar na geração das mencionadas informações básicas, também propiciaria o direcionamento homogêneo das ações do programa, uma vez que tornaria uniformes os procedimentos administrativos entre os 11 NRADs do DF, elencando os sistemas a serem alimentados, a periodicidade de alimentação desses sistemas, o procedimento de encaminhamento de pacientes que se tornaram AD1 por melhora clínica, forma de elaboração do Plano Terapêutico Singular – PTS, entre outros.

224. Na presente auditoria, constatou-se que os NRADs possuem fluxos de trabalho administrativos semelhantes em vários aspectos, não obstante inexistir padronização formal da SES nesse sentido¹²⁷. As semelhanças e diferenças observadas nos procedimentos administrativos dos NRADs serão apresentadas a seguir.

Periodicidade da elaboração de informações gerenciais

225. A grande maioria dos NRADs (82%) reportou elaborar informações gerenciais com periodicidade mínima mensal. Os demais alegam que a produção desse tipo de informação deriva do dia a dia da gestão.

Evolução dos pacientes

226. Nessa análise, todos os NRADs mencionaram realizar a evolução de pacientes pelo TrakCare, e além do uso desse sistema, alguns Núcleos reportaram elaborar prontuário físico como um meio de registro adicional.

227. Outros Núcleos mencionaram o uso de prontuários domiciliares, em que a equipe de saúde realiza o registro das principais ocorrências de saúde em uma ficha, a qual fica armazenada na residência dos pacientes. Entre as vantagens da elaboração desse tipo de prontuário, destacaram a melhoria na comunicação para

¹²⁵ DC52.2, folha 23, Monitoramento e Avaliação de Serviço de Atenção Domiciliar.

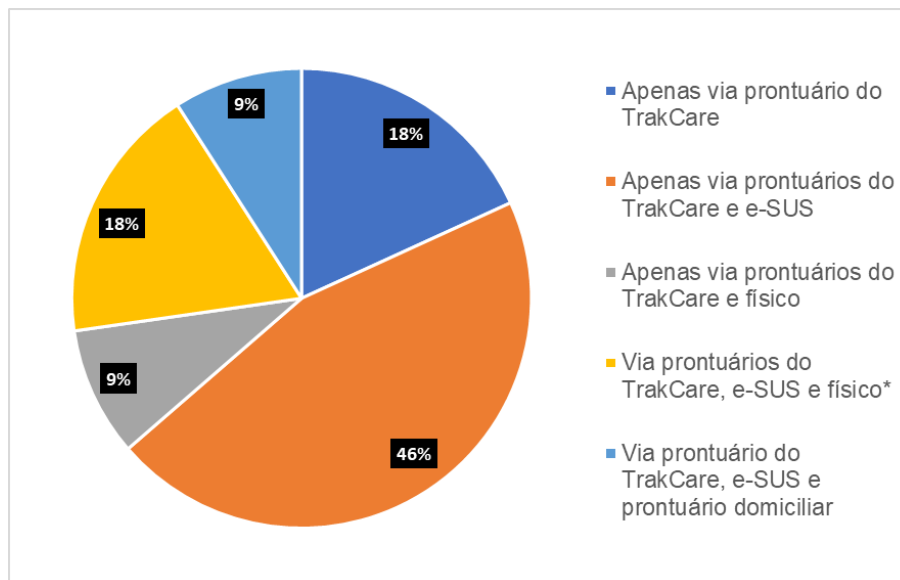
¹²⁶ PT29.7, folha 7.

¹²⁷ PT37.

tratamento com profissionais de outras áreas, inclusive na eventualidade de urgências ou emergências.

228. A distribuição das várias práticas de evolução de pacientes adotadas pelos NRADs é apresentada a seguir.

Figura 13 - Representação percentual acerca das práticas de evolução dos pacientes.



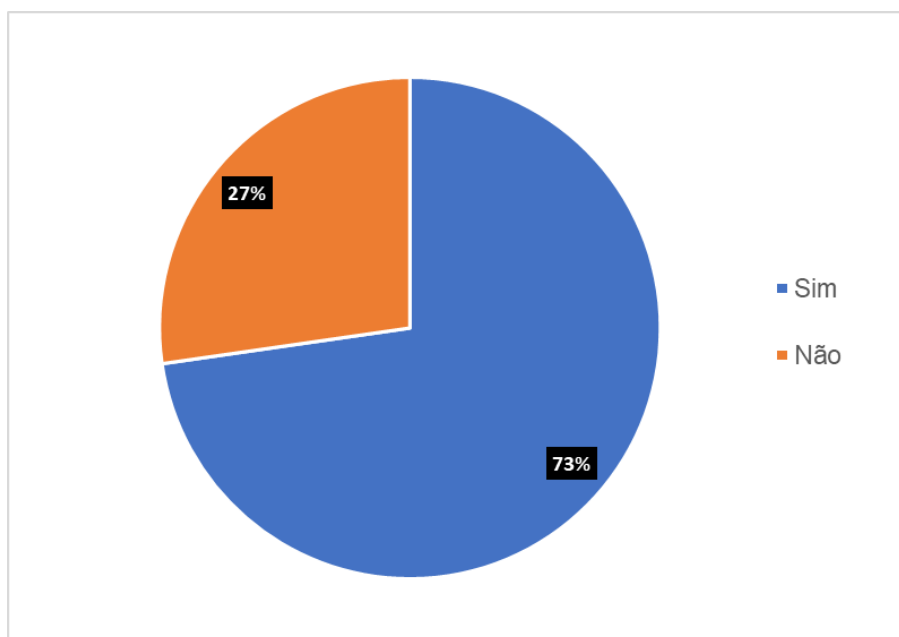
Fonte: PT28.30.

229. Com relação à utilização do e-SUS, percebe-se que a maioria dos NRADs utiliza esse sistema federal para evolução dos pacientes. Nesse ponto é interessante mencionar que a AD tem interface com a Atenção Primária (AP) por meio dos usuários de menor complexidade classificados como AD1, ao mesmo tempo que possui interface com os hospitais¹²⁸, por meio dos usuários de média e alta complexidade classificados como AD2 e AD3. Com efeito, os NRADs têm necessidade de alimentar tanto o e-SUS como o TrakCare, o que pode gerar retrabalho no registro de informações acerca dos atendimentos domiciliares, bem como incompatibilidade de informações.

230. No e-SUS a informação possui um caráter mais gerencial, enquanto no TrakCare as evoluções dos pacientes, em termos de histórico do prontuário e dos prognósticos adotados por cada profissional de saúde, são mais pormenorizadas, auxiliando o cuidado hospitalar nos casos em que os pacientes dos NRADs necessitem ser novamente internados.

¹²⁸ Os hospitais da RAS utilizam o TrakCare como sistema de prontuário eletrônico.

Figura 14 - Representação percentual acerca da utilização do e-SUS.



Fonte: PT28.30.

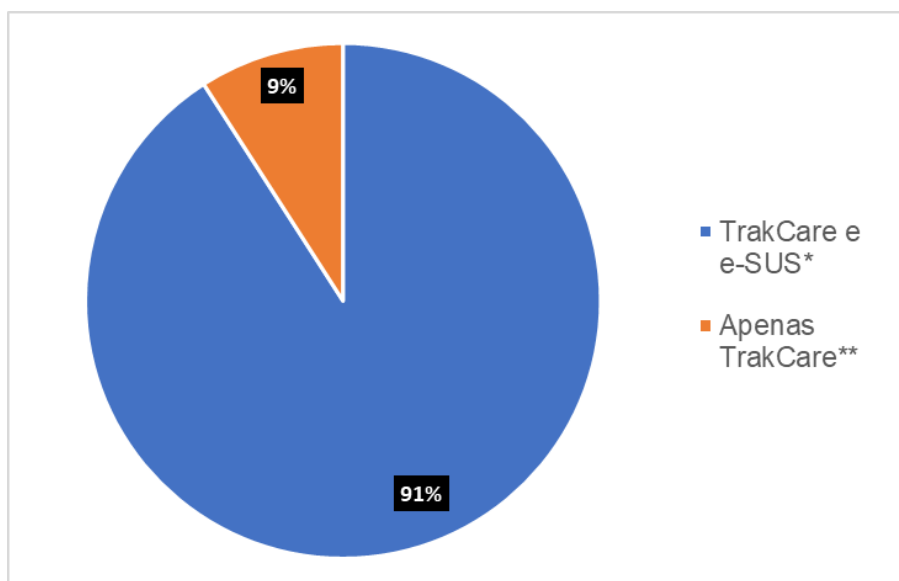
231. Portanto, verifica-se que, exceto pelos registros das evoluções dos pacientes no TrakCare, não se constatou uma padronização de fluxos de trabalho nos NRADs em relação a esse quesito.

Sistemas informatizados utilizados pelos NRADs e periodicidade de alimentação

232. A grande maioria dos NRADs reportou utilizar tanto o TrakCare como o e-SUS¹²⁹. Apenas o NRAD de Santa Maria reportou não empregar o e-SUS nas suas atividades, mencionando apenas o uso do TrakCare e de planilhas internas. O gráfico abaixo sintetiza as respostas coletadas dos NRADs.

¹²⁹ A evolução de pacientes no TrakCare não é realizada por todos os profissionais de saúde do NRAD de Sobradinho.

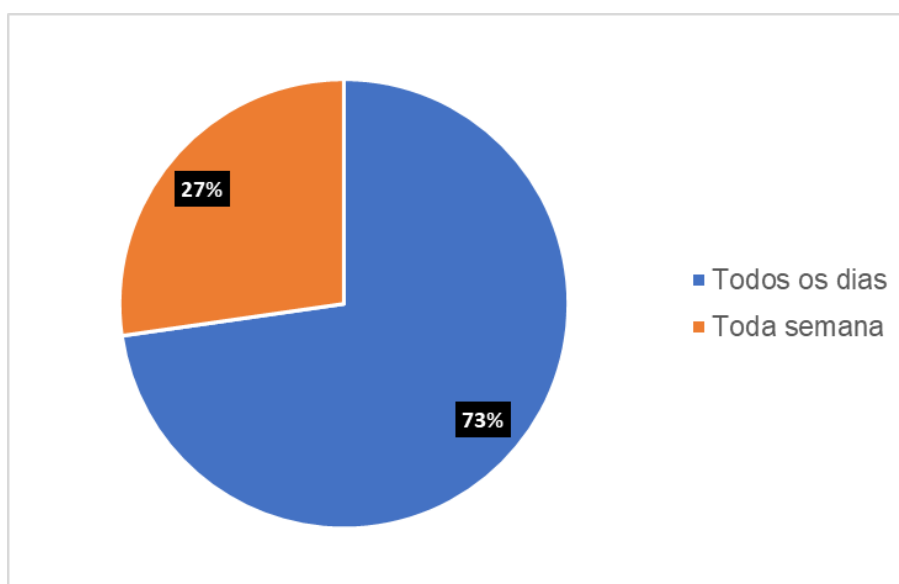
Figura 15 - Representação percentual dos sistemas informatizados utilizados pelos NRADs.



Fontes: PT28.30, PT37.

233. Quanto à periodicidade de alimentação de dados no TrakCare, os NRADs foram unânimes em reportar a alimentação ao menos uma vez por semana, sendo que quase 75% deles mencionou alimentar o sistema todos os dias. O gráfico a seguir sintetiza os resultados obtidos.

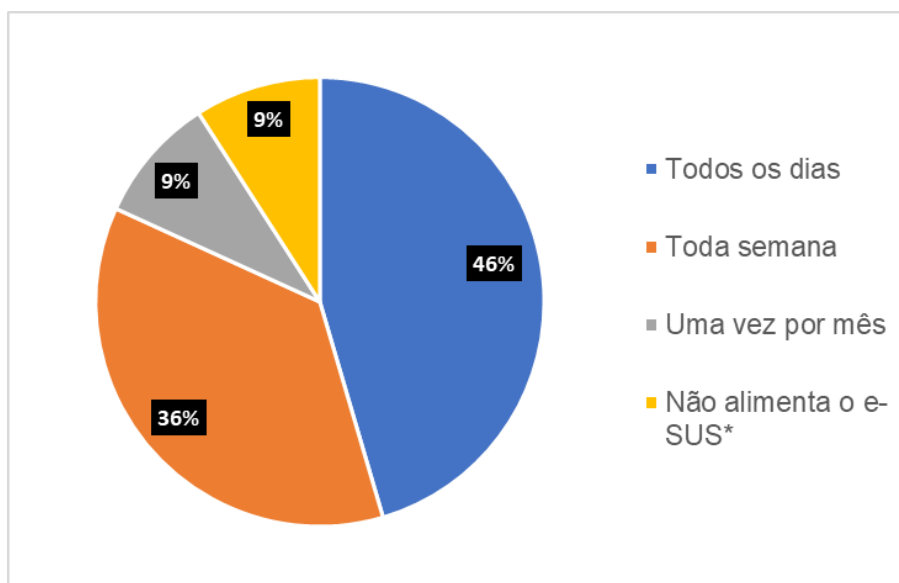
Figura 16 - Frequência de alimentação do sistema TrakCare.



Fontes: PT28.30, PT37.

234. Já a frequência de alimentação de dados no e-SUS é mais heterogênea. Em cerca da metade dos NRADs, o e-SUS é alimentado todos os dias. Aproximadamente um terço dos NRADs reportou alimentar ao menos uma vez por semana. Para 9% deles, o sistema é preenchido uma vez por mês. Por fim, o NRAD de Santa Maria (9%) informou não alimentar o e-SUS¹³⁰. O gráfico a seguir ilustra a situação encontrada.

¹³⁰ Cabe mencionar que o NRAD de Santa Maria possui gestão IGES.

Figura 17- Frequência de alimentação do e-SUS.

Fontes: PT28.30, PT37.

235. Em que pese a periodicidade de alimentação do sistema TrakCare ter apresentado maior homogeneidade, era esperado que esses fluxos estivessem melhor definidos. Na prática, observa-se que cada NRAD define seus próprios procedimentos administrativos.

Elaboração do Plano Terapêutico Singular – PTS

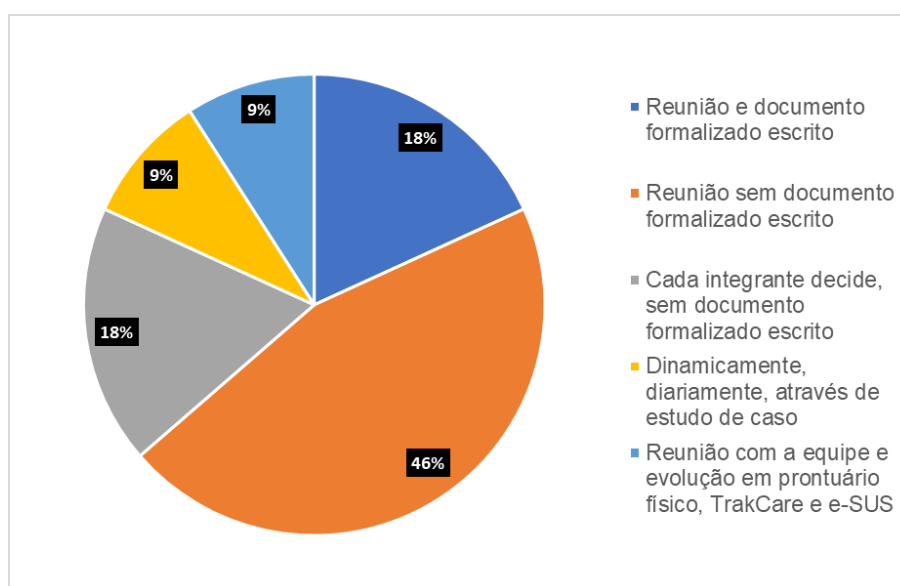
236. O PTS é um documento que envolve a elaboração e execução de ações terapêuticas multidisciplinares e articuladas segundo a necessidade de saúde de cada paciente. Esse plano deve ser desenvolvido em conjunto pelos profissionais envolvidos e deve dispor sobre a quantidade de visitas que cada profissional deve realizar e com qual frequência, a necessidade de consultas com outras especialidades médicas e de realização de exames¹³¹.

237. Na prática, verificou-se que não existe formalização do documento relativo ao PTS. A periodicidade das visitas acaba decorrendo da capacidade operacional e de reuniões com os profissionais das equipes do NRAD, resultando no planejamento semanal ou mensal das visitas a depender do Núcleo.

238. Entende-se conveniente a formalização desse documento para buscar a prestação de serviço ideal, ficando registrada a necessidade de visitas semanais necessárias ao bom atendimento ao usuário, mesmo que a realidade fática não permita o atendimento nessa frequência. Tal registro permite a ampliação da prestação do serviço em direção ao ideal nos momentos em que a equipe aumenta sua capacidade de atendimento ou mesmo com a chegada de novos profissionais de saúde.

239. A síntese das respostas dos NRADs pode ser verificada no quadro abaixo.

¹³¹ PT15, folha 6.

Figura 18 - Elaboração do Plano terapêutico singular pelos NRADs.

Fontes: PT28.30, PT37.

Encaminhamento de pacientes à AD

240. Verificou-se que, por ocasião da avaliação de elegibilidade feita pelo NRAD¹³², os Núcleos adotam o mesmo procedimento para o encaminhamento do paciente classificado como AD1 à Atenção Primária à Saúde - APS, (utilizando o processo SEI para comunicar à DIRAPS). Embora tal fluxo não esteja pactuado formalmente e seja diferente daquele constante no protocolo vigente¹³³, tem-se que ele é adequado e cumpre o seu objetivo.

241. Quanto aos documentos produzidos, tem-se que há uma padronização.

242. No que concerne à responsabilidade por esse encaminhamento (dentre os NRADs que prestaram tais informações), foi observado que não há uniformização. A falta de padronização pode levar a resultados variados ou dificultar o alcance dos resultados esperados¹³⁴.

243. Diante disso, conclui-se que a pactuação de fluxos com a definição das responsabilidades em cada etapa e a estrita observância destes, assim como a atualização desses protocolos sempre que necessário e a ampla divulgação às partes envolvidas são relevantes para aprimorar a assistência, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais¹³⁵.

Encaminhamento de pacientes que se tornaram AD1 por melhora clínica

244. No tocante ao encaminhamento de pacientes do NRAD para a Atenção Primária em virtude de melhora clínica, ou seja, quando há redução da complexidade de um paciente atendido pelo Núcleo, o qual passaria a ser cuidado

¹³² PT29.2.

¹³³ DC20 – Protocolo de desospitalização para pacientes internados em enfermarias no DF.

¹³⁴ DC51.02, folha 68.

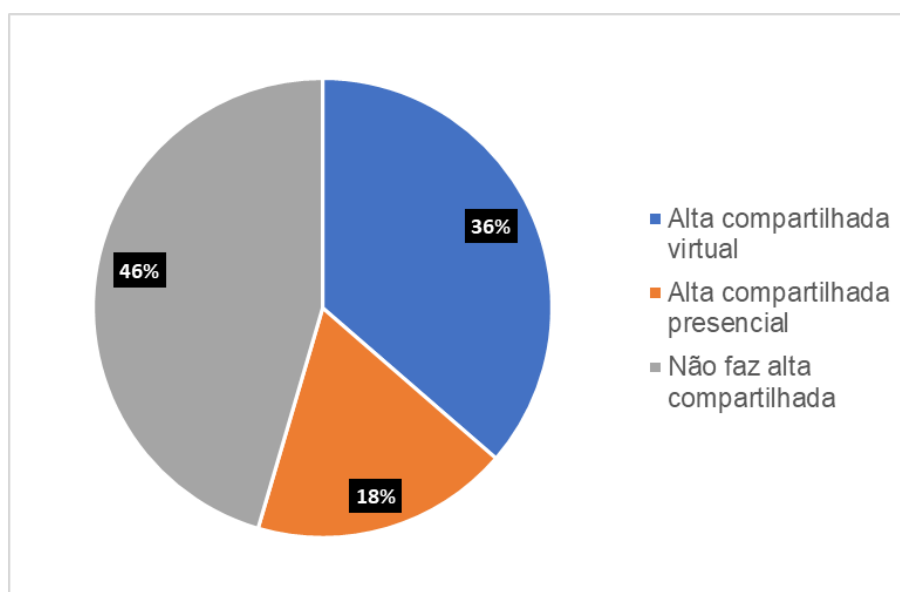
¹³⁵ DC35, folhas 46/47.

pela Atenção Básica, os profissionais de saúde ouvidos pela equipe de auditoria consideram ideal a realização de alta compartilhada¹³⁶.

245. O procedimento consiste em reunir as equipes do NRAD e da eSF da Atenção Básica para proporcionar um melhor acolhimento com a nova equipe que irá assumir o paciente, bem como criar um ambiente mais humanizado e proporcionar mais segurança ao usuário durante a transição do cuidado. Contudo, apesar de ideal, os profissionais ponderam que, na prática, a realização dessa alta compartilhada é de difícil operacionalização, uma vez que requer que as equipes conciliem suas agendas.

246. A esse respeito, o gráfico a seguir consolida a proporção dos diversos procedimentos reportados acerca do encaminhamento de pacientes pelos NRADs à Atenção Primária, por ocorrência de melhora clínica:

Figura 19 - Procedimentos para encaminhamento do paciente AD1 por melhora clínica.



Fontes: PT28.30, PT37.

247. Cumpre mencionar que os NRADs de Taguatinga e Ceilândia embora não realizem a alta compartilhada, reportaram ter tentado, sem sucesso, implementar esse procedimento¹³⁷. A existência da alta compartilhada depende da interação entre a APS e os NRADs, com interferência de suas peculiaridades regionais, muitas vezes dificultada pelo cenário de grave escassez e de inequidade de alocação de profissionais de eSF nas regionais, conforme abordado nos Achados nºs 4 e 6.

248. Do exposto, verifica-se ausência de padronização quanto a esse quesito.

Eventual falta ou ausência de pessoal na equipe

249. No tocante aos procedimentos de reposição de profissionais de saúde por eventuais afastamentos legais a fim de dar continuidade à assistência aos usuários, dentre as ações reportadas pelos NRADs destacaram-se¹³⁸:

a) a solicitação de Trabalho em Período Definido – TPD de servidor

¹³⁶ DC61.06.00 (fl. 2) e DC81 (fl. 25).

¹³⁷ DC61.06.00 (fl. 2) e DC61.11.00 (fl. 2), respectivamente.

¹³⁸ PT29.3.

- da categoria profissional faltante ou ausente prestada por profissionais do próprio NRAD ou do hospital de referência;
- b) a organização dos recursos humanos disponíveis de maneira a substituir os profissionais ausentes, alterando as escalas das categorias profissionais quando necessário; e
- c) a busca de auxílio com as gerências hospitalares e com a Atenção Secundária.

250. Do exposto, percebe-se que todos os Núcleos realizam ações com vistas a manter a continuidade dos atendimentos dos pacientes, contudo não há uma uniformização dos procedimentos, o que pode resultar em oscilação da efetividade das ações, a depender da facilidade (ou dificuldade) em se conseguir profissionais para TPD na categoria profissional faltante ou em adequar as escalas dos profissionais disponíveis.

251. Por fim, conclui-se que fluxos de trabalho críticos como a evolução dos pacientes, o rol de informações a serem geradas, a frequência de geração dessas informações, a forma de elaboração e formalização dos PTS e o protocolo de encaminhamento de pacientes que se tornaram AD1 por melhora clínica deveriam ter seus procedimentos padronizados para facilitar o correto direcionamento das ações do programa e a geração das informações básicas a serem utilizadas na gestão.

Causas

252. São causas do presente achado:

- a) ineficiência da SES na definição de informações básicas a serem coletadas pelas unidades setoriais, a fim de gerar informações gerenciais sobre o funcionamento da AD no DF, como aquelas relativas ao quantitativo de usuários em atendimento na AD (modalidades AD1, AD2 ou AD3) e de visitas realizadas; e
- b) ineficiência da SES na orientação das unidades setoriais quanto a fluxos de trabalho padronizados, à elaboração do PTS e à transição do cuidado para a APS, em caso de melhora clínica.

Efeitos

253. São efeitos do presente achado:

- a) a indefinição de informações básicas, o que prejudica a obtenção de informações gerenciais e a tomada de decisão com base em resultados obtidos na AD;
- b) PTS informais e excessivamente dependentes do conhecimento dos profissionais de saúde;
- c) insegurança dos cuidadores e usuários na transição para os cuidados na APS; e
- d) potencial sobrecarga do SAD em razão da dificuldade de transição dos pacientes com melhora clínica para a APS.

Proposição

254. Propõe-se ao egrégio Tribunal recomendar à SES que:

- a) elabore informações gerenciais com base nos indicadores de desempenho recomendados pelo Ministério da Saúde conforme o Manual de Monitoramento e Avaliação do Melhor em Casa,

- orientando os Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar sobre os dados a serem coletados e promovendo melhorias na Atenção Domiciliar em função dos resultados obtidos;
- b) padronize os fluxos de trabalho de elaboração do Plano Terapêutico Singular e transição do cuidado para a Atenção Primária à Saúde nos casos de melhora clínica; e
 - c) avalie a conveniência e oportunidade de integrar os sistemas e-SUS e TrakCare.

Benefícios Esperados

255. São benefícios esperados das proposições sugeridas:
- a) melhoria da gestão da política pública da AD, ao subsidiar o gestor com informações de melhor qualidade para a tomada de decisão;
 - b) continuidade do atendimento aos usuários pela formalização do PTS nos casos de troca de equipe de saúde; e
 - c) maior segurança dos cuidadores e usuários em sua transição para os cuidados pela APS.

2.2.3. Achado 6

O DF deixa de receber recursos do governo federal, por falta de credenciamento de EMADs e incompletude das equipes eSF

Critério

256. As EMADs e EMAPs devem estar completas e atenderem aos critérios da Portaria MS nº 825/2016, enquanto as eSFs devem estar completas e atenderem aos critérios da Portaria de Consolidação do MS nº 06/2017 (anexo C).

257. A metodologia utilizada neste achado está descrita no Apêndice deste Relatório (peça 20).

Análises e Evidências

258. Atualmente, o DF dispõe de 9 EMAPs e 17 EMADs completas e habilitadas junto ao MS¹³⁹. Vale mencionar que a habilitação permite que o DF receba repasses do Ministério da Saúde a título de incentivo à política de atenção domiciliar, cujos valores foram definidos no art. 34 da Portaria MS nº 825/2016.

259. Em consulta ao CNES¹⁴⁰, no que diz respeito às equipes habilitadas junto ao MS, nota-se a presença das categorias exigidas para funcionamento de EMADs e EMAPs e a observância da carga horária semanal mínima para cada classe de profissional da saúde.

260. Além daquelas EMADs mencionadas, cabe destacar a existência de equipes que foram implantadas¹⁴¹, mas cuja habilitação não foi efetivada junto ao MS. Há 5 EMADs nessa situação:

- a) 2 no NRAD Taguatinga;

¹³⁹ Posição em novembro de 2022. DC62.

¹⁴⁰ DC62.

¹⁴¹ O termo “equipe implantada” foi utilizado pela SES no âmbito do Processo nº 00600-00010359/2022-31-e e se refere àquelas EMADs que, embora ainda não tenham sido formalmente criadas e credenciadas junto ao Ministério da Saúde estariam em funcionamento, de fato, contribuindo com a prestação do serviço de saúde.

- b) 1 no NRAD Central;
c) 1 no NRAD Guará; e
d) 1 no NRAD Gama¹⁴².

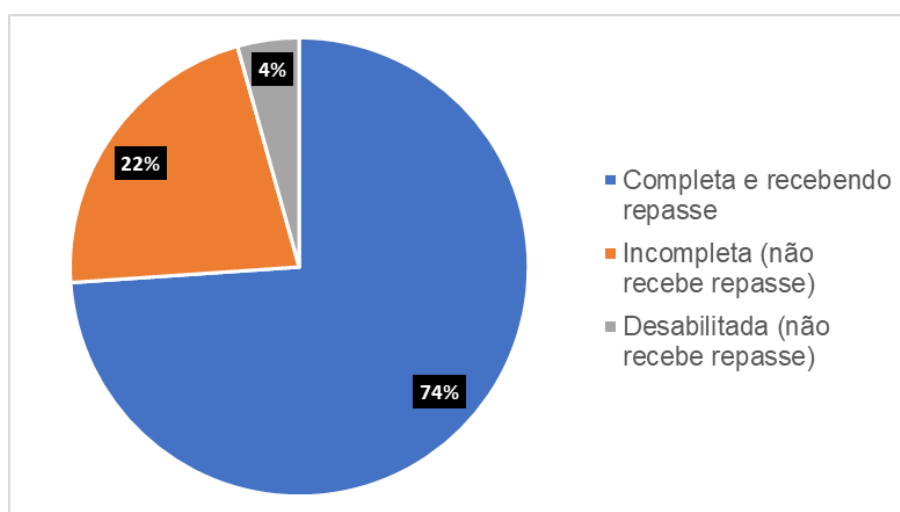
261. Nesses casos, se estivessem completas e pleiteassem o credenciamento, o DF poderia receber repasses do MS de até R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por equipe, vindo a amortizar parte do investimento necessário do DF em prol de contratar os profissionais faltantes.

Tabela 6 - EMADs do Serviço de Atendimento Domiciliar.

Completa e habilitada (recebem repasse)		Incompleta (equipe implantada, não recebem repasse)		Desabilitada (não recebem repasse)	
2	NRAD Central	2	NRAD Taguatinga	1	NRAD Recanto das Emas
1	NRAD Taguatinga	1	NRAD Central		
1	NRAD Samambaia	1	NRAD Guará		
2	NRAD Planaltina	1	NRAD Gama		
2	NRAD Sobradinho				
1	NRAD Paranoá				
1	NRAD São Sebastião				
2	NRAD Guará				
2	NRAD Ceilândia				
1	NRAD Brazlândia				
1	NRAD Gama				
1	NRAD Santa Maria				
17	Total	5	Total	1	Total

Fonte: DC68.

Figura 20 - Percentuais referentes à completude das Equipes do Serviço de Ateno Domiciliar.



Fonte: PT39.1.

¹⁴² DC68.

262. Cabe destacar que a EMAD do Recanto das Emas consta como desabilitada no CNES desde 24/04/2015¹⁴³, a despeito de continuar desempenhando seus trabalhos como se habilitada fosse sem que o DF aufera o repasse proveniente do MS relativo ao incentivo financeiro correspondente.

263. No que tange à incompletude das EMADs, de acordo com as informações acostadas pelo gestor¹⁴⁴, as razões para as equipes estarem incompletas são basicamente a falta de algumas categorias profissionais e/ou a carga horária insuficiente desses, conforme segue:

Tabela 7 - Razões da incompletude das Equipes do Serviço de Atendimento Domiciliar.

Equipe incompleta (não recebem repasse)			Quantidade de profissionais, especialidades e carga horária para completar as equipes
EMAD	1	NRAD Central	Faltam 40h semanais de enfermeiro e 80h semanais de técnico de enfermagem ¹⁴⁵ .
	2	NRAD Taguatinga	EMAD 2: faltam 40h semanais de técnico de enfermagem Na EMAD 3 faltam: - 20h semanais de médico; - 40h semanais de enfermeira; - 120h semanais de técnico de enfermagem; - 20h semanais de fisioterapia. - ampliação de carga horária semanal de 04 Técnicos em Enfermagem
	1	NRAD Guará	- 2 técnicos de enfermagem com 40h cada; - 1 motorista de 40h semanais; - 1 médico de 40h semanais; - 1 enfermeiro de 40h semanais; e - 1 técnico administrativo.
	1	NRAD Gama	- Ampliação de carga horária semanal de 3 técnicos em enfermagem de 20h semanais; - Ampliação da carga horária semanal de psicóloga e assistente social ou lotar outros servidores de 20h semanais. - Ampliação da carga horária semanal de Terapeuta Ocupacional. - Lotação de fonoaudiólogo considerando a grande quantidade de pacientes com disfagia grave atendidos por este NRAD.

Fonte: elaboração própria, com base no DC68.

264. Nota-se que não há uma categoria profissional cuja ausência predomina, sendo que as necessidades de carga horária semanal e de categorias profissionais específicas variam de uma EMAD para outra, conforme as necessidades locais.

¹⁴³ DC62.

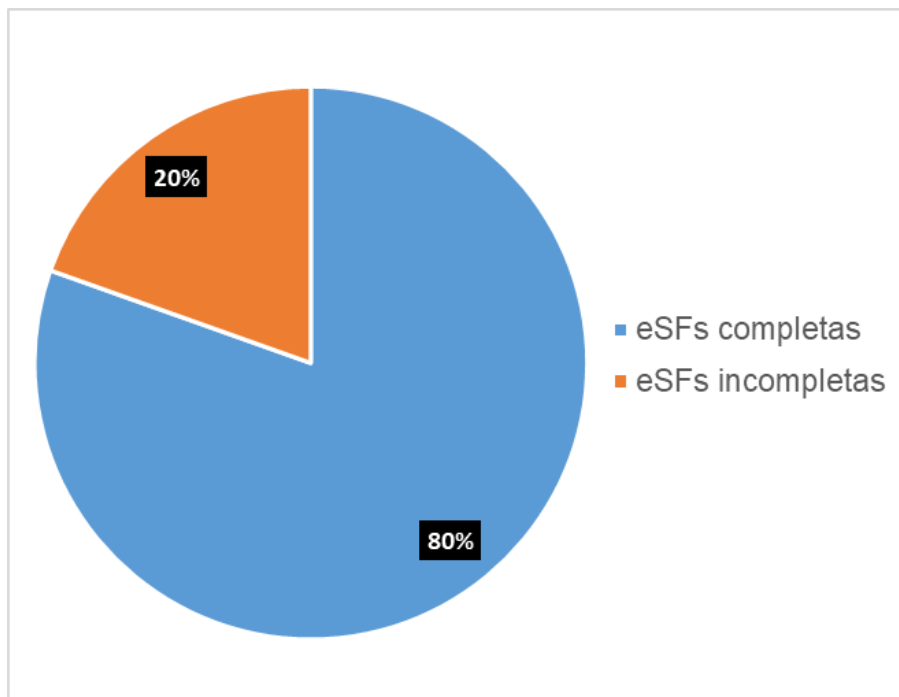
¹⁴⁴ DC68.

¹⁴⁵ Vale ressaltar que assunto similar foi abordado no âmbito do Processo nº 8553/2022, culminando na Decisão nº 1636/2022. Entretanto, naqueles autos foi apontado que haveria um excesso de carga horária semanal de médico na especialidade pediatria no NRAD Central cujo hospital de referência é o HRAN, enquanto, nesta auditoria, aponta-se a insuficiência de carga horária semanal de enfermeiro e técnico de enfermagem a fim de credenciar nova EMAD.

Quanto às Equipes da Atenção Primária:

265. Observou-se que o DF tinha 598 eSF credenciadas e habilitadas pelo MS¹⁴⁶. Embora o número de equipes esteja aquém da necessidade territorial do DF, com déficit de 185 eSF (vide PT34), observa-se que cerca de 20% das equipes atualmente existentes estão incompletas:

Figura 21 - Percentual de eSF completas e incompletas.



Fonte: PT35.1

266. O grau de incompletude das equipes varia de 25%, 50%, 75% ou 100%, neste último caso as equipes são consideradas inválidas pelo Ministério da Saúde. Os valores têm relação com percentual de suspensão de repasses por aquele órgão federal. Persistindo a incompletude nas equipes por 2 meses consecutivos, o ressarcimento dos recursos será suspenso na mesma proporção. A tabela a seguir sintetiza o perfil das incompletudes das equipes por Região de Saúde.

Tabela 8 - Grau de incompletude das eSFs e recebimento de recursos.

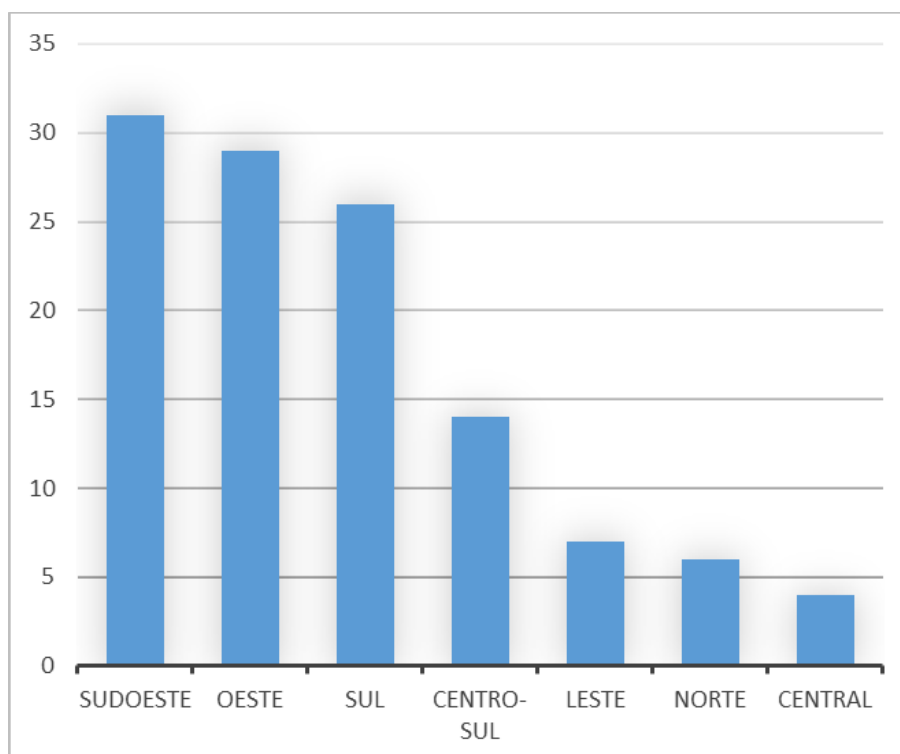
Região	eSFs existentes	eSFs completas	eSF 25%	eSF 50%	eSF 75%	eSF inválida	eSFs incompletas
Central	41	37	1	1	2	0	4
Sudoeste	161	130	0	30	0	1	31
Oeste	95	66	0	29	0	0	29
Centro-Sul	69	55	0	14	0	0	14
Leste	68	61	0	7	0	0	7
Sul	68	42	0	26	0	0	26
Norte	96	90	0	6	0	0	6
Total	598	481	1	113	2	1	117

Fonte: PT35.1

¹⁴⁶ Os dados são relativos ao mês de junho de 2022 que compõe o cenário ao término do primeiro semestre.

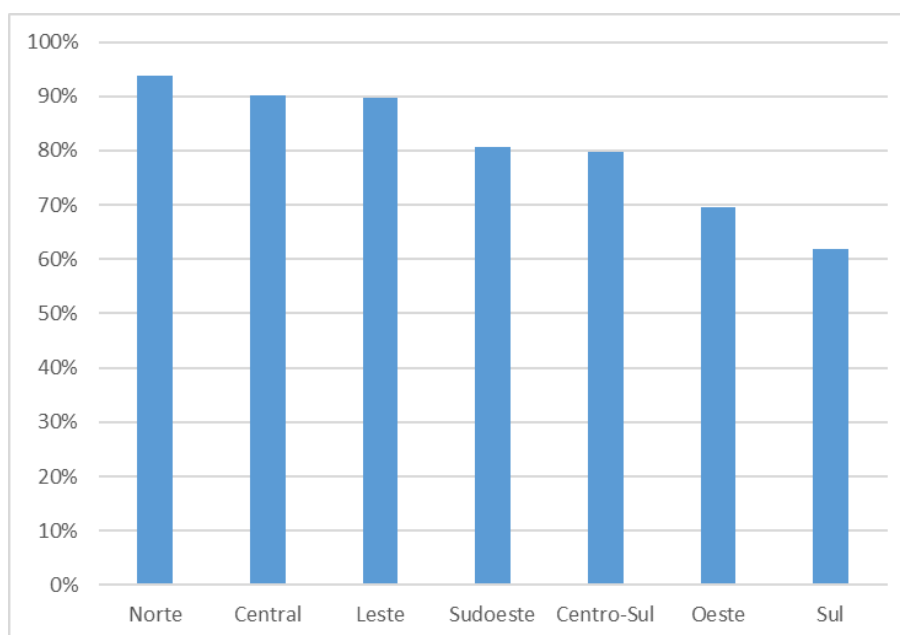
267. A quantidade de eSF incompletas e completas¹⁴⁷, por região de saúde, pode ser visualizado no gráfico a seguir.

Figura 22 - Quantidade de eSF incompletas por região de saúde.



Fonte: PT35.1

Figura 23 - Percentual de eSF completas por região de saúde.



Fonte: PT35.1

¹⁴⁷ Os dados são relativos à alocação bruta dos profissionais de saúde em cada eSF. Portanto, não estão considerados afastamentos legais, como férias e licenças.

268. No tocante às 117 eSF incompletas, 110 casos são motivados pela total ausência de médicos¹⁴⁸, o que representa cerca de 95% das incompletudes.

Figura 24 - Motivo da incompletude das eSF e percentual.

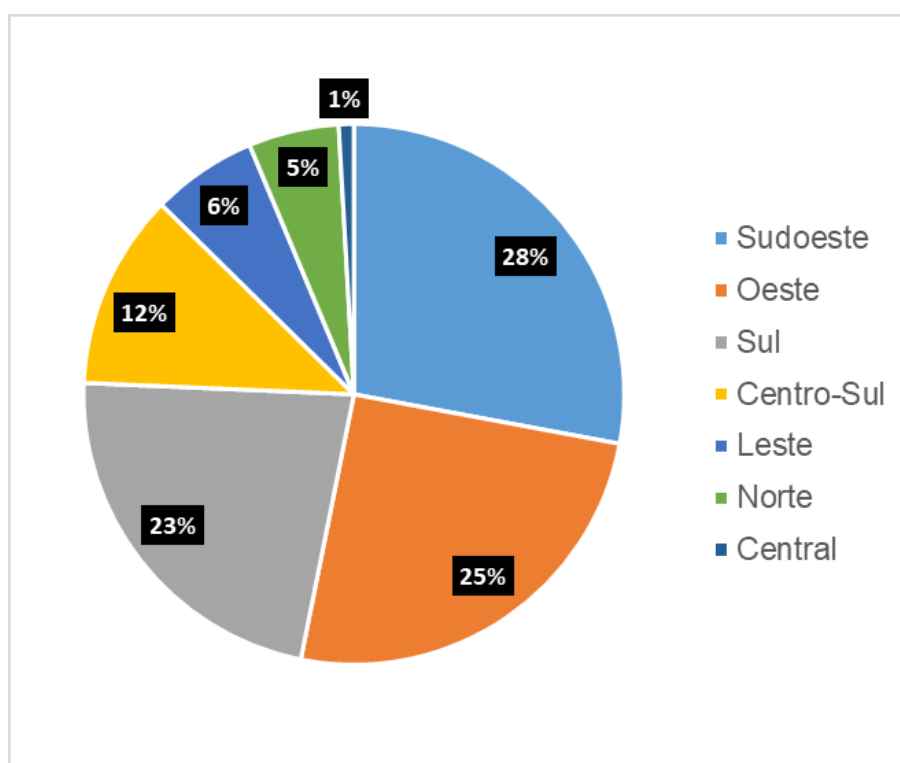


Fonte: PT35.1

269. Em termos absolutos, a região de saúde do Sudoeste é a que mais sofre com a ausência daqueles profissionais: são 31 casos do total de 111. Em contrapartida, a Região Central é aquela onde a falta de médicos é menos relevante: apenas 1 caso do total de 111. O gráfico a seguir ilustra o perfil da ausência de médicos por região de saúde.

¹⁴⁸ São 109 casos de falta de médicos em eSF com incompletude de 50% e 1 situação em eSF inválida, perfazendo o total de 110. Em acréscimo aos 110 casos de total ausência de médicos nas equipes, verificou-se, ainda, uma situação em que o quantitativo de carga horária do médico era inferior a 40h semanal, perfazendo 111 casos de insuficiência de médicos nas equipes.

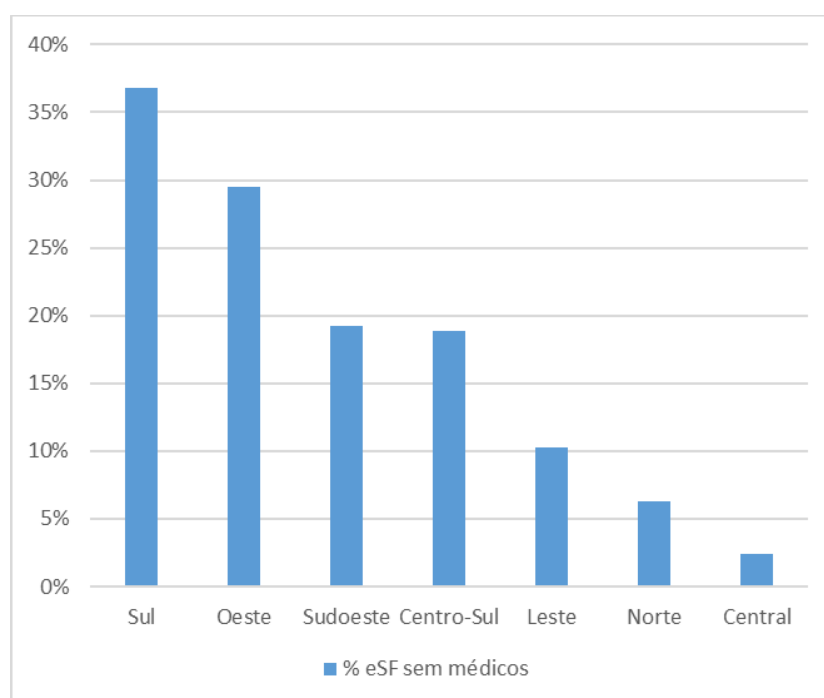
Figura 25 - Representação percentual da falta de médicos por Região de Saúde.



Fonte: PT35.1

270. Em termos proporcionais ao número de eSFs existentes, a Região Sul sofre com a ausência de médicos em mais de 1/3 das equipes, enquanto apenas 2% das eSFs da Região Central possuem escassez daquele profissional, como pode ser observado no gráfico a seguir.

Figura 26 - Proporção de eSF sem médicos por Região de Saúde.



Fonte: PT35.1

Causas

271. São causas do presente achado a falta de pessoal nas EMADs (categorias profissionais faltantes ou com carga horária semanal inferior àquela estabelecida pelo MS) e a ausência predominante de médicos nas eSF.

Efeito

272. O efeito do presente achado é a falta de recebimento de recursos advindos do MS em face de cada equipe não credenciada ou incompleta.

Proposições

273. Propõe-se ao egrégio Tribunal recomendar à SES que
- a) avalie a oportunidade e conveniência de dotar as Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar em implantação dos profissionais faltantes, readequar a carga horária desses, ou remanejar profissionais de outras equipes para completar as equipes, bem como aumentar a oferta de médicos nas equipes de Saúde da Família; e
 - b) priorize novos credenciamentos de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar à ampliação do quantitativo de profissionais nas equipes existentes.

Benefícios Esperados

274. São benefícios esperados das proposições sugeridas:
- a) proporcionar o aumento dos recursos repassados do MS à SES; e
 - b) aumento da oferta da Atenção Domiciliar, por meio da maior disponibilidade de profissionais da saúde à disposição dos usuários.

Brasília (DF), 16 de novembro de 2022.

Marcelo Magalhães Silva de Sousa
Auditor de Controle Externo – Mat. 1420-2

Carlos Alberto Cascão Jr
Auditor de Controle Externo – Mat. 1437-9

Cibele de Oliveira Lemos
Auditor de Controle Externo – Mat. 1842-0