

ACESSO DA POPULAÇÃO ÀS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO DF

Sumário Executivo



Tribunal de Contas do Distrito Federal

*Auditoria operacional para
avaliar o acesso da população às
Unidades de Tratamento Intensivo
da rede pública de saúde do DF
(em 2014)*

Sumário Executivo

MANOEL PAULO DE ANDRADE NETO

Conselheiro-Relator

MISSÃO DO TCDF

“Gerar benefícios para a sociedade por meio do aperfeiçoamento e controle da gestão dos recursos públicos do DF”

COMPOSIÇÃO EM 2016

CONSELHEIROS

Antonio Renato Alves Rainha - Presidente

José Roberto Paiva Martins - Vice-Presidente

Manoel Paulo de Andrade Neto

Anilcélia Luzia Machado

Inácio Magalhães Filho

Paulo Tadeu Vale da Silva

Márcio Michel

MINISTÉRIO PÚBLICO

Cláudia Fernanda de Oliveira Pereira - Procurador-Geral

Márcia Ferreira Cunha Farias

Demóstenes Tres Albuquerque

Marcos Felipe Pinheiro Lima

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
CONTEXTUALIZAÇÃO	7
Aspectos gerais sobre a gestão dos leitos hospitalares na rede pública do DF	7
O QUE FOI AUDITADO	13
RESULTADOS DA AUDITORIA	14
Acesso dos pacientes aos leitos de UTI da rede pública de saúde do DF	14
Gestão da ocupação dos leitos de UTI da rede pública de saúde do DF	21
CONCLUSÃO	25
DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	27
BENEFÍCIOS ESPERADOS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

INTRODUÇÃO

O presente Relatório trata da auditoria operacional levada a efeito para avaliar o acesso da população às Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) da rede pública de saúde do Distrito Federal em 2013 (Processo nº 31900/2013).

Os imperativos de universalidade e equidade constantes da Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabelecem que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve prestá-la de maneira a garantir o acesso universal a todos os cidadãos, de forma igualitária. Já a Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF) assevera que o dever da prestação de assistência à saúde será assegurado mediante políticas que visem ao acesso universal e igualitário.

Não há dúvida de que os cidadãos têm direito à saúde e, em consequência, à internação em leitos de UTI quando necessário. Assim, reconhecendo a relevância da questão para a qualidade da assistência prestada à população, o acesso às UTIs foi escolhido como um dos temas a ser abordado no Relatório Analítico e Parecer Prévio sobre as Contas de Governo de 2013.

CONTEXTUALIZAÇÃO

ASPECTOS GERAIS SOBRE A GESTÃO DOS LEITOS HOSPITALARES NA REDE PÚBLICA DO DF

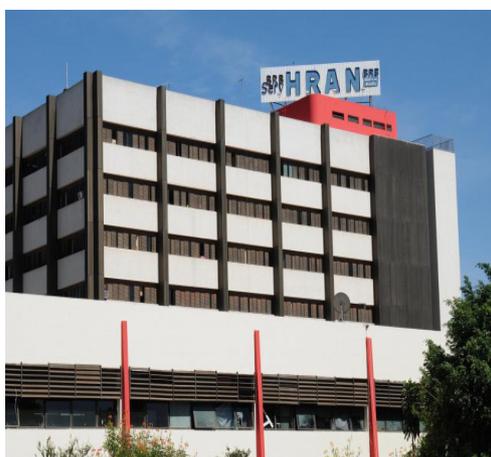
Nos termos da Resolução nº 7/2010 da ANVISA, a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.

A Portaria nº 1.559/2008 - GAB/MS instituiu a Política Nacional de Regulação, processo pelo qual cada unidade federada disponibiliza o atendimento especializado com a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e outros critérios de priorização.

As ações locais de regulação começaram a ser implementadas em 2006, quando foi instituída a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) e estabelecidos diretrizes e critérios para admissão e alta em UTI. Posteriormente, com a criação do Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF), a CRIH passou a integrar o Complexo.



Hospital de Base



Hospital Regional da Asa Norte



Hospital Materno Infantil de Brasília

Cabe à CRIH regular os leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde das redes pública, conveniada e contratada do DF. Entretanto, a Secretaria de Saúde decidiu que essa regulação se restringiria, em um primeiro momento, aos leitos de Tratamento Intensivo Neonatal, Pediátrico e Adulto.

A política de regulação do DF se restringiu, em um primeiro momento, aos leitos de Tratamento Intensivo Neonatal, Pediátrico e Adulto.

A ordem de acesso dos pacientes aos leitos de tratamento intensivo obedece a critérios de risco, como condições de saúde e especificidade da patologia, e a protocolos estabelecidos pela CRIH para admissão e alta da UTI, os quais são elencados distintamente para UTI adulto e para UTI neonatal ou pediátrica, com definição de responsabilidades de controle e supervisão de atividades. Todas essas informações, juntamente com a evolução da patologia no paciente, devem formar a convicção dos médicos reguladores na priorização do acesso aos leitos de UTI.

O paciente atendido em uma UTI regulada sem que o direcionamento do leito tenha sido feito pela CRIH recebe a classificação de “fora de fluxo”. Ante a falta de leitos disponíveis, tem sido frequente o uso da via judicial para se conseguir internação em leito de UTI, geralmente com êxito no pedido. Não obstante ser legítima e muitas vezes necessária para assegurar o direito à vida e à saúde, a ação judicial para obtenção de internação em UTI pode comprometer a equidade no acesso dos pacientes a leitos de UTI, já que não está sujeita aos critérios de classificação e nem ao ordenamento baseado nos atributos de risco e de gravidade da enfermidade realizados pela CRIH.

Há leitos de tratamento intensivo fora da regulação, chamados “eletivos”, que ficam à disposição do gestor do hospital.

Ademais, há leitos de tratamento intensivo fora da regulação, chamados “eletivos”, que ficam à disposição do gestor do hospital. Referidos leitos são utilizados por necessidade de serviço ou para servir de retaguarda ao bloco cirúrgico. De todo modo, o uso desses leitos não se dá à luz de uma visão sistêmica, de rede.

Apesar das medidas de regulação, quando da solicitação de acesso do cidadão à internação em leitos de UTI, são frequentes as alegações de falta de recursos, dificuldades operacionais e entraves burocráticos para justificar a ausência ou insuficiência de leitos especializados na rede pública.

O assunto já foi tratado pelo Tribunal em diversas oportunidades. Na auditoria operacional para monitorar o cumprimento da Decisão nº 4.335/08, constatou-se a existência de fila de espera para acesso aos leitos de tratamento intensivo da rede, bem como se noticiou a taxa de óbitos entre aqueles pacientes que tiveram a internação em UTI negada. Já pela Decisão nº 3.961/2012, recomendou-se à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) que adotasse providências para ampliar a quantidade de leitos de UTI para melhor atender à demanda, bem como que se manifestasse sobre a baixa taxa de ocupação dos leitos de UTI e sobre a permanência de pacientes em leitos de UTI após a alta médica.

O Ministério da Saúde estabeleceu os seguintes parâmetros para ofertas de leitos hospitalares e de UTI à população:

**2,5 A 3 LEITOS HOSPITALARES
GERAIS A CADA 1.000
HABITANTES**

**4% A 10% DO TOTAL DE LEITOS
HOSPITALARES GERAIS DEVEM
SER DESTINADOS A UTI, OU
SEJA, 1 A 3 LEITOS DE UTI PARA
CADA 10.000 HABITANTES**



Hospital de Base do Distrito Federal

Em 2013, segundo o IBGE¹, a população estimada do DF era 2.789.761 habitantes; levando em conta a população da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), a estimativa subia para 4.033.998 pessoas. Conjugados os dados populacionais aos parâmetros do Ministério da Saúde, deveriam ser colocados à disposição da população os seguintes quantitativos de leitos gerais e de UTI:

População em 2013		Leitos Gerais		Leitos de UTI	
		Mín.	Máx.	Mín.	Máx.
DF	2.789.761	6.975	8.370	279	837
RIDE	4.033.998	10.085	12.102	404	1.211

Fonte: IBGE e Portaria Ministério da Saúde nº 1.101/02.

Em 2013, existiam 4.372 leitos gerais no Distrito Federal, segundo informou a SES/DF. Tomando-se como base apenas a população do DF, referido quantitativo corresponde a aproximadamente 1,6 leitos gerais por 1.000 habitantes.

Em 2013, a oferta de leitos gerais no DF foi deficitária em 2.603 leitos, em relação ao mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde.

Assim, a oferta de leitos gerais pela rede pública ficou 2.603 unidades abaixo do limite mínimo de leitos admitido pela portaria ministerial. Ressalta-se que o número é inferior às disponibilidades existentes em outubro de 2005, início da série histórica da fonte de dados, que registrou a oferta de 4.512 leitos.

A quantidade de UTIs disponíveis na rede pública ao final do exercício de 2013 era a seguinte:



Fonte: Secretaria de Saúde do DF.

A oferta de leitos hospitalares e de UTI também é objeto do Plano Plurianual 2012-2015 (PPA). Entre as metas elencadas no Plano, destacam-se aquela que estabelece 2 leitos gerais para cada 1.000 habitantes e a que destina o percentual de 8,7% desses leitos para UTI.

Considerando as estimativas populacionais para 2013, as metas do PPA expressas em termos de quantitativo de leitos gerais e de UTI são as seguintes:

POPULAÇÃO EM 2013		LEITOS GERAIS	LEITOS DE UTI
DF	2.789.761	5.580	486
RIDE	4.033.998	8.068	702

Fonte: IBGE e Plano Plurianual do Distrito Federal 2012-2015.

Para cumprir as metas do PPA deveriam existir, somente para o DF, 5.580 leitos gerais. Com apenas 4.372 leitos, a defasagem da rede de saúde local em 2013 era de 1.208 leitos. Quanto a leitos de UTI, dos 486 leitos previstos, havia 432 leitos disponíveis, percentual 11% inferior à meta do PPA para o período.

O QUE FOI AUDITADO

A avaliação do acesso da população às Unidades de Tratamento Intensivo da rede pública de saúde local ao longo do exercício de 2013 foi norteadas pelas seguintes indagações:

O ACESSO DOS PACIENTES AOS LEITOS DE UTI DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO DF É UNIVERSAL, TEMPESTIVO E EQUÂNIME?

DIANTE DA EXISTÊNCIA DE FILA PARA ACESSO, A SECRETARIA DE SAÚDE ADMINISTRA COM EFICIÊNCIA A OCUPAÇÃO DOS LEITOS DE UTI À SUA DISPOSIÇÃO?

RESULTADOS DA AUDITORIA

ACESSO DOS PACIENTES AOS LEITOS DE UTI DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO DF

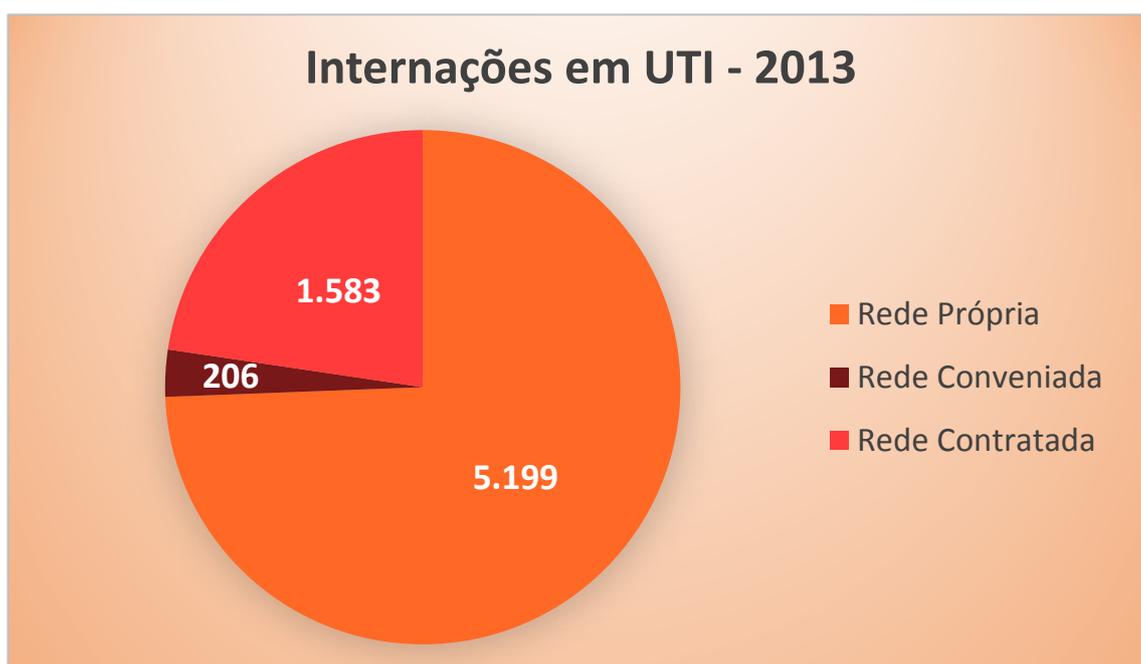
Cerca de 2 em cada 3 solicitações de internação em UTI foram negadas. A maioria dos pacientes que conseguiram acesso aos leitos especializados tiveram internação tardia. Por vezes, o princípio da equidade não é respeitado.

Segundo a Gerência de Regulação de Internação Hospitalar - GERIH, em 2013, houve 19.521 solicitações para internação em leitos de UTI regulados. Por outro lado, a Diretoria de Regulação (DIREG), unidade hierarquicamente superior à GERIH, informou não dispor dos dados sobre as internações ocorridas em leitos de UTI no ano de 2013.

A DIREG também não dispõe de informações sobre a demanda reprimida, sobre os óbitos de pacientes em fila de espera, sobre o número de óbitos entre pacientes internados e sobre o total de pacientes que obtiveram internação em UTI regulada sem que o direcionamento ao leito tenha sido feito pela CRIH (classificação "fora de fluxo").

Referidas informações são cruciais para a gestão transparente, organizada e eficiente dos leitos de UTI e já foram concedidas em relação a outros exercícios por essa mesma Diretoria em fiscalização anterior desta Corte de Contas (Processo TCDF nº 26145/07).

Os dados sobre internações em leitos especializados em 2013 foram então obtidos na Gerência de Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde. Segundo essa unidade, houve 5.199 internações na rede própria e 206 na rede conveniada. Entretanto, a forma de produção desses quantitativos não permitiu a segregação dos dados por leitos regulados e eletivos. Já a internação em leitos de UTI contratados, todos regulados, atendeu 1.583 pacientes. A tabela seguinte sumariza as internações ocorridas em 2013.



Fonte: Gerência de Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde – GEMOAS e Gerência de Acompanhamento e Contratualização – GEAC.

Tendo em vista que, em 2013, houve 19.521 solicitações de internação em leitos de UTI e que destas 6.988 foram atendidas, tem-se um percentual de atendimento de 36%. Ou seja, cerca de 2 em cada 3 pacientes tiveram negados seus pedidos de internação em UTI. Na fiscalização realizada em 2010 (Processo nº 26145/2007), o percentual de atendimento foi de 56%. Em apenas 3 anos, o índice de não atendimento, já distante do ideal de 100% de atendimento, aumentou mais de 45%.

Unidades hospitalares do DF que realizam internações em leitos de UTI (2013)

REDE PRÓPRIA

HBDF (Hospital de Base do Distrito Federal)
HRAN (Hospital Regional da Asa Norte)
HMIB (Hospital Materno Infantil de Brasília)
HRC (Hospital Regional de Ceilândia)
HRG (Hospital Regional do Gama)
HRPA (Hospital Regional do Paranoá)
HRS (Hospital Regional de Sobradinho)
HRSam (Hospital Regional de Samambaia)
HRSM (Hospital Regional de Santa Maria)
HRT (Hospital Regional de Taguatinga)
HRP (Hospital Regional de Planaltina)

REDE CONVENIADA

Hospital Universitário de Brasília (HUB)

REDE CONTRATADA

Hospital Santa Marta
Hospital São Francisco
ICDF (Instituto de Cardiologia do Distrito Federal)
Hospital Home
ITI (Instituto de Terapia Intensiva)
Hospital São Mateus

Para avaliar a lacuna temporal entre a data de solicitação e a efetiva internação da pequena parcela de 36% dos pacientes que conseguiram acesso a leitos de UTI, a Subsecretaria de Tecnologia de Informação (SUTIS) da SES/DF produziu uma consulta específica no Sistema TrackCare, no qual os dados de internação hospitalar são registrados, para atender à auditoria, já que a GERIH/DIREG também não dispunha dessas informações.

Da análise de 5.645 registros, o tempo médio de espera entre a solicitação e a internação do paciente foi de 52 horas. O referido intervalo temporal foi mais de 8 vezes superior ao limite máximo ideal de até 6 horas², estabelecido por estudo realizado pela Universidade de Chicago e adotado como critério da auditoria.

A análise também concluiu que apenas 1.077 (19%) dos registros de internação em leitos de UTI ocorreram em até 6 horas. Os demais 4.568 (81%) registros ultrapassaram 6 horas de espera e foram classificados como internações tardias. Assim, considerando o total de 6.988 internações em UTI realizadas em 2013, pelo menos 4.568 (65%) ocorreram tardiamente.

Quando o paciente consegue a internação, esta ocorre de maneira tardia em pelo menos 65% dos casos.



Fonte: www.saude.df.gov.br, em 23.02.2016.

Importante destacar ainda que 1.008 pacientes foram internados após 72 horas da solicitação, o que representa pelo menos 14% do total de 6.988 pacientes internados. Para se ter uma ideia da gravidade de um tempo de espera dessa monta, estudiosos^{3,4} afirmam que, transcorridos 3 dias de espera, o benefício esperado com o tratamento em um leito de UTI fica bastante comprometido.

Quanto aos pacientes internados sem cumprir o fluxo operacional estabelecido pela CRIH, a SES/DF informou que, das 710 internações nos leitos de UTI do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF) em 2013, 150 foram classificadas como "fora de fluxo". Ou seja, as condições de saúde de 21% dos pacientes internados em UTI do ICDF não foram previamente avaliadas segundo os critérios de risco para acesso a leitos especializados e não seguiram a ordem de classificação fixada pelo fluxo regulatório da CRIH.



Fonte: www.saude.df.gov.br, em 23.02.2016.

Assim, pacientes com possível classificação de risco menor podem ter tido acesso a leitos de UTI, em detrimento de pacientes com piores condições de saúde e, dessa forma, ter comprometido o princípio da equidade objetivado pelo sistema regulatório.

Além disso, em 2013, a SES não monitorou o total de internações "fora do fluxo" ocorridas nos demais leitos regulados pela CRIH. Referido indicador gerencial, de grande importância para averiguação da eficiência e eficácia do sistema regulatório de acesso a UTI, era normalmente levantado pelo menos no período 2009/2010.

Artigo intitulado Processo de Regulação Assistencial da Secretaria de Saúde do DF informou que 1.377 internações realizadas em 2010 ocorreram "fora do fluxo" (15% do total). Já auditoria operacional realizada no âmbito do Processo nº 26145/07 noticiou 1.114 internações "fora do fluxo" entre o 3º trimestre/2009 e o 2º trimestre/2010.

Informações coletadas do sistema informacional da SUTIS/SES indicaram a ocorrência, em 2013, de internações "fora de fluxo" em 14 das 18 unidades que prestam serviço de internação em UTI na rede de saúde do DF.

Quanto ao acesso a leitos de UTI por via judicial, segundo a CRIH, dos 1.230 mandatos judiciais impetrados, 923 foram cumpridos, o que corresponde a 13% das 6.988 internações em UTI de 2013.

Existem ainda leitos de UTI fora da regulação, administrados pelos próprios hospitais, apesar de a CRIH haver sido criada na estrutura da SES/DF para regular a "totalidade dos leitos de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto, dos hospitais da rede própria, conveniada e contratada pela SES/DF, localizados no Distrito Federal". Ainda que destinados a cirurgias eletivas, doentes crônicos, transplantes ou para atender a outras situações emergenciais específicas, a ocorrência de leitos não submetidos ao sistema regulatório da CRIH pode atentar ao princípio da equidade no atendimento à saúde da população. Afinal, alguns desses atendimentos podem ser previamente agendados ou mesmo estimados e, portanto, são passíveis de serem regulados, ainda que com regulamentação própria.

PRINCIPAIS CAUSAS E EFEITOS

Há planejamento inadequado de oferta de leitos, já que os procedimentos para apurar o quantitativo necessário de leitos gerais e de UTI não consideram a projeção do crescimento populacional nem a demanda reprimida. Além disso, há casos de pacientes que mesmo com alta médica da UTI ficam retidos no leito especializado, por falta de leitos gerais para recebê-los.

O transporte inter-hospitalar do paciente para internação em UTI e após a sua alta médica também é demorado. De acordo com o SAMU, o tempo médio de transferência entre o hospital de origem e a UTI de destino foi, em média, de 6 horas, contados do registro do pedido de transporte até a chegada da ambulância ao destino.



Hospital de Base do Distrito Federal.

Ademais, a regulação adotada pela CRIH restringe-se apenas ao acesso a leitos de UTI e, mesmo nesse caso, não considera os chamados leitos eletivos. Para haver controle efetivo do quantitativo de leitos, a regulação deveria abranger todos os leitos de internação hospitalar, inclusive os leitos eletivos, que poderiam ter procedimentos regulatórios próprios ou integrados ao processo de cirurgia eletiva.

As internações em UTI sem a observância do fluxo regulatório ocorrem porque não são cumpridas normas de regulação e procedimentos padronizados na SES/DF. Assim, pacientes em situação menos grave podem ocupar a vaga de outro com maior risco que aguarda na fila por leitos UTI, observando a prioridade de acesso prefixada pela CRIH.

Em decorrência dessas constatações, cerca de 64% dos pacientes que solicitaram internação em UTI em 2013 não foram atendidos, com risco de agravamento do seu quadro clínico e até de eventual óbito. A falta de leitos também provoca aumento de pedidos judiciais de internação, cujo atendimento, por não ocorrer à luz dos critérios de prioridades adotados pelo sistema de regulação da CRIH, compromete a equidade no acesso a leitos de UTI.

Acrescente-se que, da pequena parcela que conseguiu internação, pelo menos em 65% dos casos a internação ocorreu tardiamente, após 6 horas de espera. Esse atendimento tardio também aumenta o risco de agravamento do quadro clínico, de prolongamento do tratamento hospitalar e de mortalidade do paciente.

GESTÃO DA OCUPAÇÃO DOS LEITOS DE UTI DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO DF

A SES/DF não administra com eficiência os leitos de UTI à disposição da rede pública de saúde.

Para avaliar a qualidade da gestão dos leitos de UTI, foram considerados os seguintes indicadores: o tempo médio decorrido entre a reserva dos leitos e a efetiva internação; o tempo médio decorrido entre a alta médica dos pacientes internados em UTI e a alta administrativa (momento em que o paciente já de alta médica deixa o leito de UTI); e o tempo médio de internação dos pacientes em UTI.

O leito de UTI é bloqueado (ocupado) no momento da reserva e só é considerado desocupado quando da ocorrência da alta administrativa (hospitalar). O tempo decorrido entre a reserva do leito e a efetiva internação do paciente, bem como a diferença temporal entre o momento da alta médica e da alta administrativa representam ineficiências que devem ser reduzidas ao mínimo para aumentar a disponibilidade dos leitos.

O tempo médio decorrido entre a reserva dos leitos e a efetiva internação foi exaustivamente tratado no tópico **Acesso dos Pacientes aos Leitos de UTI da Rede Pública de Saúde do DF**, que apontou as seguintes conclusões:

DAS 19.521 SOLICITAÇÕES DE INTERNAÇÃO EM LEITOS DE UTI, APENAS 6.988 FORAM ATENDIDAS, COM PERCENTUAL DE ATENDIMENTO DE 36%

DAS INTERNAÇÕES REALIZADAS, PELO MENOS 65% ULTRAPASSARAM 6 HORAS DE ESPERA E FORAM CLASSIFICADAS COMO INTERNAÇÕES TARDIAS

No que tange à diferença temporal entre o momento da alta médica e da alta administrativa, de acordo com o “Balanço de Gestão SES-DF – Período 2011-2014”, em 2013, até o mês de agosto, os pacientes com alta médica de UTI esperavam, em média, 8,9 dias por um leito, para enfim receberem a alta administrativa. A partir de setembro, quando a SES/DF passou a monitorar as vagas em leitos comuns para os pacientes de alta médica egressos de UTI, o tempo médio de espera foi reduzido para 3,1 dias. Como a equipe de auditoria não obteve da SES/DF os registros comprobatórios da redução do referido lapso temporal, ficou impossibilitada de confirmar a fidedignidade dos dados.

Ainda que a alegada redução tenha realmente ocorrido, o tempo médio de 3,1 dias entre a alta médica e a alta hospitalar continua demasiadamente elevado. Conforme declarou a Diretora de Regulação, o prazo ideal entre a ocorrência das duas altas não deve exceder 24 horas, caso se trate de transferência inter-hospitalar, e 6 horas, se o leito de UTI de destino estiver no mesmo hospital de origem do paciente.

Considerando a redução média de 5,8 dias do tempo de permanência em UTI após a alta médica, razoável supor que haveria também redução do tempo de permanência de pacientes em UTI (MTP). Entretanto, de acordo com os dados estatísticos da SES/DF, ao invés de diminuir, a MTP aumentou, de 17,8 para 19,9, entre os dois períodos em análise.



Fonte: Secretaria de Saúde do DF.

Além disso, ao contrário das informações constantes do já citado “Balanço de Gestão SES-DF”, o monitoramento das altas médicas e hospitalares de 789 pacientes realizado pela GERIH entre os meses de abril e dezembro de 2013 dá conta de um aumento, de 3,5 para 4,1, das chamadas “Diárias de Alta”, referindo-se ao período entre a alta médica e a alta hospitalar. O gráfico a seguir exprime os valores apurados:



Fonte: Secretaria de Saúde do DF.

O custo financeiro das “Diárias de Alta” estimado pela GERIH para o período abril/dezembro de 2013 totalizaria mais de R\$ 9,9 milhões. Projetado o valor para o ano de 2013, o custo alcançaria mais de R\$ 13 milhões. Entre abril a dezembro de 2013, a GERIH também contabilizou 7.273 diárias de UTI ocupadas por pacientes com alta médica e aptos à remoção para leitos comuns. Estimando-se o desperdício para todo o exercício de 2013, cerca de 9.697 diárias de UTI foram tornadas indisponíveis à população por falhas de gestão.

Entre abril e dezembro de 2013, a SES/DF contabilizou 7.273 diárias de UTI inadequadamente ocupadas por pacientes com alta médica do serviço de tratamento intensivo.

PRINCIPAIS CAUSAS E EFEITOS

O aproveitamento inadequado das UTIs decorre: da gestão ineficiente de leitos comuns para onde devem ser encaminhados os pacientes com alta médica de UTI; do fato de a CRIH regular apenas o acesso a leitos de UTI, apesar de a norma prever também a regulação dos leitos gerais e de retaguarda; da demora no transporte inter-hospitalar do paciente antes da internação e após sua alta médica; do excessivo tempo para obtenção de leito especializado; do elevado tempo entre a alta médica e a alta administrativa; das internações em UTI sem observância do fluxo regulatório; e da não utilização, por parte da SES/DF, dos tempos de execução das etapas para ocupação e desocupação de UTI para fins de melhoria da gestão.

Os principais efeitos das deficiências na gestão dos leitos hospitalares são: a redução da disponibilidade de leitos de UTI; o risco de agravamento do estado de saúde e eventual óbito de pacientes por não obterem tempestivamente os serviços especializados que o seu quadro clínico requer; os prejuízos ao erário associados ao custeio de internações em UTI de pacientes que já receberam alta médica.

CONCLUSÃO

As falhas de gestão das unidades de tratamento intensivo são apontadas em processos de fiscalização do Tribunal há mais de uma década. O assunto também é recorrente na mídia local e no Judiciário, para onde apelam muitos pacientes com quadro de saúde grave e necessidade de tratamento especializado urgente na expectativa de obter uma vaga na UTI.

Restou comprovado o elevado índice de negativas de atendimento, que ficou em 64% do total de solicitações, em evidente ofensa ao mandamento constitucional da universalidade de acesso à saúde. Entre os 36% de solicitações atendidas, na maioria dos casos o acesso se deu acima do prazo considerado aceitável, de 6 horas, e por vezes sem observância dos critérios de priorização estabelecidos previamente pela própria Secretaria de Saúde.

O modelo de regulação do DF, ao contrário do que recomenda o Ministério da Saúde, é restrito ao serviço complementar - UTI e, ainda assim, os leitos eletivos ainda não estão abarcados pelas normas regulatórias. Para agravar a situação, a regulação passa ao largo das internações em leitos comuns. Não são incomuns casos de pacientes com alta médica de UTI e com a indicação de tratamento em leitos normais retidos em leito especializado por falta de leitos gerais para recebê-los, reduzindo ainda mais a já insuficiente oferta de leitos de UTI.

Entre os principais fatores que contribuem para os problemas apresentados estão a oferta e a gestão ineficiente de leitos gerais e de UTI, a demora no transporte inter-hospitalar de pacientes e o modelo de regulação adotado, que não alcança a totalidade dos leitos hospitalares.

Diante da situação encontrada, conclui-se que o Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, não atende de forma satisfatória as pessoas que precisam de cuidados em unidades de tratamento intensivo, recurso terapêutico muitas vezes imprescindível ao restabelecimento da saúde e até mesmo decisivo para definir a vida ou morte do paciente.

DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Com vistas à melhoria do atendimento às solicitações de internação em UTI, à garantia da equidade no acesso aos leitos de UTI e ao combate das ineficiências encontradas na gestão dos leitos de UTI, o TCDF, por meio da Decisão nº 4.282/2014, solicitou à SES/DF diversas providências, entre as quais:

- A** ofertar leitos gerais e de UTI em quantidade adequada ao atendimento da demanda efetiva atual e projetada;
- B** garantir o transporte inter-hospitalar tempestivo de pacientes gravemente enfermos para internação em UTI, bem como na remoção dos pacientes com alta médica da UTI;
- C** cumprir as normas e procedimentos de regulação, vedando as internações fora de fluxo;
- D** fiscalizar o cumprimento das normas e procedimentos de regulação;

E manter registro, em caso de excepcional ocorrência de internação fora de fluxo, das situações atípicas ocorridas e consolidar os respectivos dados (localidade da internação, servidores responsáveis, hospital de origem do paciente, motivo da violação do fluxo regulatório) para fins de gestão e prestação de contas dos recursos utilizados;

F monitorar, com o objetivo de reduzi-los, os intervalos entre as seguintes etapas:

- i. solicitação de internação em leito de UTI;
- ii. priorização;
- iii. direcionamento do leito;
- iv. atendimento à solicitação de transporte inter-hospitalar;
- v. efetiva internação do paciente na UTI;
- vi. alta médica da UTI;
- vii. desocupação da UTI; e
- viii. próximo direcionamento para aquele leito;

G submeter os leitos gerais aos procedimentos de regulação.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

- A** atendimento integral das solicitações de internação em UTI validadas pela CRIH;
- B** redução no tempo de espera para atendimento das solicitações de internação em UTI;
- C** redução do tempo médio de internação em UTI e da taxa de mortalidade dos pacientes admitidos;
- D** melhor aproveitamento dos leitos instalados;
- E** diminuição de ações judiciais para obtenção de internação em UTI;

- F** tratamento equânime aos pacientes que necessitam de internação em UTI e apuração de responsabilidade por eventual descumprimento de norma;
- G** aumento da disponibilidade de leitos de UTI;
- H** redução do prejuízo ao erário associado ao custeio de internações em UTI de pacientes com alta médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=df#>. Acesso em: 08 jul. 2013.
2. CHURPEK, M. M. et al. **Delayed Intensive Care Unit Transfer Is Associated With Increased Mortality In Ward Patients**. University of Chicago. Chicago, IL. 2013.
Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP. **DELAY-ED study group. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit**. Crit Care Med. 2007;35:1477–1483
3. Cardoso L.T.Q. et al: **Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study**. Crit Care 2011, 15:R28.
4. Simchen E, Sprung CL, Galai N, Zitser-Gurevich Y, Bar-Lavi Y, Gurman G, Klein M, Lev A, Levi L, Zveibil F, Mandel M, Mnatzaganian G. **Survival of critically ill patients hospitalized in and out of intensive care units under paucity of intensive care unit beds**. Crit Care Med. 2004;32:1654–1661. doi: 10.1097/01.CCM.0000133021.22188.35.

Auditoria Operacional para avaliar o acesso da população às Unidades de Tratamento Intensivo da rede pública de saúde do DF (em 2014)

Secretaria-Geral de Controle Externo

Secretário-Geral: Luiz Genélio Mendes Jorge

Secretaria de Macroavaliação da Gestão Pública

Secretária: Luciene de Fátima Carvalho Teodoro

Divisão de Auditoria de Programas e de Recursos Externos

Diretor: Henirdes Batista Borges

Equipe de Auditoria

Alexandre Pochyly da Costa

Fabício Bianco Abreu

Joana D'Arc Lázaro

Helder Silvério Borba

Marcelo Magalhães Silva de Souza

Tribunal de Contas do Distrito Federal

Secretaria de Macroavaliação da Gestão Pública

Praça do Buriti - Ed. Palácio Costa e Silva (Anexo) - 7º andar

Brasília - DF - Cep 70075-901

Telefone: (61) 3314-2150