



AUDITORIA OPERACIONAL
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – SES/DF



BRASÍLIA – DF

2014



Sinopse

O objetivo da presente auditoria é avaliar a qualidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

O estabelecimento de uma Rede da Atenção Psicossocial é resultado da aplicação das diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica. Essa Rede visa promover o tratamento dos portadores de transtornos mentais e dependentes químicos e garantir a integração das unidades de atendimento à saúde, por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências desses indivíduos.

Como marco conceitual, foi utilizada a Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216/2001. Essa política redirecionou a assistência em saúde mental do modelo centrado nas unidades hospitalares para o outro focado na Atenção Primária, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e definiu que a internação, em qualquer de suas modalidades, somente seria indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

O que o Tribunal buscou avaliar?

Para avaliar a qualidade do serviço de Atenção Psicossocial no Distrito Federal, realizou-se a presente Auditoria Operacional, cujos principais eixos de análise foram a organização, a suficiência e a adequação física da Rede da Atenção Psicossocial, bem como a reinserção social dos seus usuários (portadores de transtornos mentais e dependentes químicos).

Assim, foram propostas e respondidas três questões de auditoria:

QA 1 – A Rede de Atenção Psicossocial está satisfatoriamente organizada?

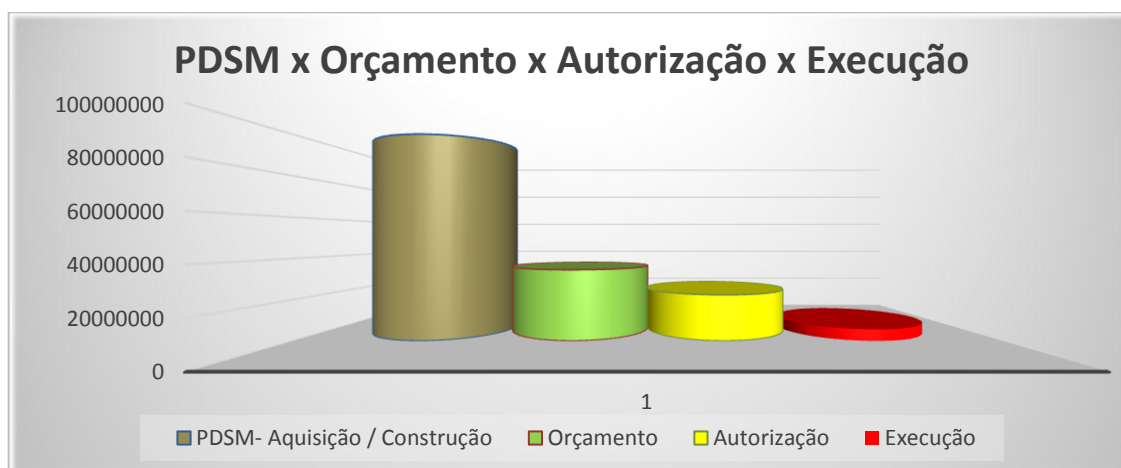
QA 2 – A infraestrutura disponível na Rede de Atenção Psicossocial é suficiente para o adequado atendimento dos usuários?

QA 3 – A Rede de Atenção Psicossocial promove a reinserção social dos usuários?



O que o Tribunal constatou?

O Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal - PDSM, previsto para 2011 a 2015, está desatualizado e foi parcialmente implementado. A Rede de Atenção Psicossocial não possui unidades suficientes e as existentes não estão localizadas de maneira a permitir o funcionamento integrado do sistema. Os recursos orçamentários e financeiros destinados à execução do Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal não foram suficientes para atender as suas necessidades de investimento.



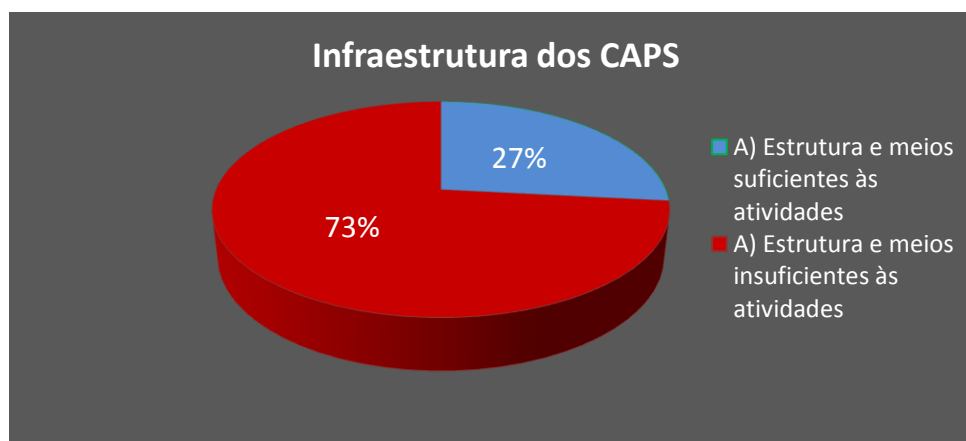
A falta de Recursos Humanos reduz a capacidade de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial e tem reflexo direto na piora da qualidade do atendimento aos usuários. O quantitativo de médicos, psicólogos, enfermeiros e demais profissionais de saúde é insuficiente. A falta de contínua qualificação e capacitação desses servidores precariza ainda mais a qualidade dos serviços prestados.

O fluxo de usuários e informações na Rede de Atenção Psicossocial não se estabeleceu como preconizado no Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal, devido à inadequada organização e infraestrutura da Rede e à insuficiência de recursos humanos, entre outras limitações. Assim, a principal porta de entrada para o atendimento psicossocial acaba sendo os Centros de Atenção Psicossocial e não as Unidades Básicas de Saúde. Esta distorção atinge também a população no

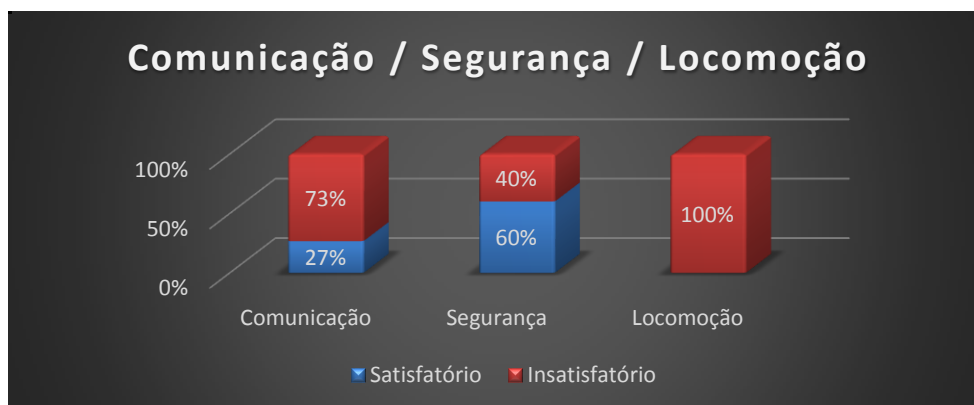


sentido inverso, pois a reduzida capacidade resolutiva daquelas unidades leva a um maior número de hospitalizações.

A infraestrutura da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS mostrou-se insuficiente e as unidades existentes, em sua maioria, não se adequam às normas do Ministério da Saúde, bem como se encontram sem manutenção e conservação adequada.



Também foram verificados problemas na comunicação (telefonia, computadores e internet), segurança e locomoção (veículo e motorista) da RAPS.



A implementação de programas de reinserção social também mostrou-se precária, o que compromete e atrasa o tratamento dos portadores de transtornos mentais e dependentes químicos, na medida em que prejudica a sua reinserção social. Nesse sentido, destaca-se a importância das oficinas terapêuticas para o tratamento desses indivíduos. Todavia, estas atividades carecem de um suprimento



regular e institucional de recursos para aquisição do material necessário a sua realização.

Quais foram as recomendações e determinações formuladas?

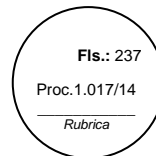
Entre as determinações e recomendações propostas à Secretaria de Estado da Saúde, destacam-se a revisão e implementação do Plano Diretor de Saúde Mental, o aprimoramento dos mecanismos de planejamento, elaboração e execução da programação orçamentária anual, priorização da realização de concursos públicos e contratações emergenciais com o objetivo de suprir as necessidades da Rede de Atenção Psicossocial nas unidades existentes.

Quais os benefícios esperados com a atuação do Tribunal?

Espera-se, com a adoção das medidas determinadas pelo Tribunal, promover um atendimento psicossocial de qualidade e aderente às diretrizes do Ministério da Saúde, tornar a execução orçamentária compatível com as necessidades operacionais da Rede de Atenção Psicossocial e de implantação do Plano Diretor de Saúde Mental do DF, dotar a RAPS de uma organização centralizada na Rede de Atenção Primária de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental; tudo para proporcionar um atendimento de qualidade aos portadores de transtornos mentais e dependentes químicos.

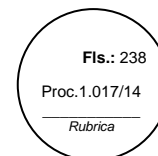


TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



RELATÓRIO FINAL DE AUDITORIA





RESUMO

A presente auditoria operacional foi realizada no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado da Saúde do DF – SES/DF. Foram aplicadas as seguintes técnicas de auditoria: exame de documentos originais, revisão analítica, conferência de dados, realização de cálculos, realização de entrevistas e aplicação de check list. Os trabalhos desenvolvidos resultaram nos seguintes achados: Reduzida implementação e desatualização do Plano Diretor de Saúde Mental do DF; Baixa destinação de recursos para operacionalização das unidades de Saúde Mental; Inadequada organização institucional; Inadequada circulação de pacientes e informações; Insuficiência no quantitativo de unidades voltadas para o atendimento; Inadequação das unidades para o pleno atendimento; Manutenção e Conservação precárias; Deficiências na gestão de pessoas; Baixa implementação de programas de reinserção social; e Custeio centralizado das oficinas terapêuticas.



Sumário

| | |
|---|------------|
| 1. INTRODUÇÃO | 240 |
| 1.1 Apresentação | 240 |
| 1.2 Identificação do objeto | 240 |
| 1.3 Contextualização..... | 242 |
| 1.4 Objetivos | 247 |
| 1.4.1 Objetivo geral da Auditoria | 247 |
| 1.4.2 Objetivos específicos da Auditoria | 247 |
| 1.5 Escopo da Auditoria | 247 |
| 1.6 Montante Fiscalizado | 247 |
| 1.7 Metodologia..... | 249 |
| 1.8 Critérios de Auditoria..... | 249 |
| 1.9 Avaliação do Controle Interno (Risco Inerente e de Controle) | 250 |
| 2. RESULTADOS DA AUDITORIA..... | 252 |
| 2.1. QA 1 – A Rede de Atenção Psicossocial está satisfatoriamente organizada?..... | 252 |
| 2.1.1. Achado 1 – Reduzida implementação e desatualização do Plano Diretor de Saúde Mental do DF. | 252 |
| 2.1.2. Achado 2 – Baixa destinação de recursos para operacionalização das unidades de Saúde Mental..... | 260 |
| 2.1.3. Achado 3 – Inadequada organização institucional..... | 265 |
| 2.2. QA 2 – A infraestrutura disponível na Rede de Atenção Psicossocial é suficiente para o adequado atendimento dos usuários?..... | 279 |
| 2.2.1. Achado 4 – Inadequada circulação de pacientes e informações..... | 279 |
| 2.2.2. Achado 5 – Insuficiência no quantitativos de unidades voltadas para o atendimento. . | 285 |
| 2.2.3. Achado 6 – Inadequação das unidades para o pleno atendimento. | 290 |
| 2.2.4. Achado 7 – Manutenção e Conservação precárias. | 301 |
| 2.2.5. Achado 8 – Deficiências na Gestão de Pessoas. | 305 |
| 2.3. QA 3 – A Rede de Atenção Psicossocial promove a reinserção social dos usuários? | 313 |
| 2.3.1. Achado 09 – Baixa implementação de programas de reinserção social | 313 |
| 2.3.2. Achado 10 – Custeio centralizado das oficinas terapêuticas..... | 317 |
| 3.0 CONCLUSÃO | 320 |
| 4.0 PROPOSIÇÕES..... | 320 |
| 6.0 ANEXO I - PLANO DE AÇÃO | 324 |



1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Trata-se de Auditoria Operacional para avaliar a qualidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em cumprimento ao Plano Geral de Ação para 2014, conforme aprovado nas Decisões Administrativa nº 63/2013 e Ordinária nº 5.802/2013.

2. A execução da presente auditoria compreendeu o período de 06/03/2014 a 09/05/2014.

1.2 Identificação do objeto

3. O objeto da fiscalização é a gestão da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado de Saúde, órgão da Administração Direta do Governo do Distrito Federal. O atual Secretário de Estado de Saúde - Interino é o Dr. José Bonifácio Carreira Alvim, nomeado em 03/07/2014.

4. A Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental do hospitalocêntrico para o centrado na Atenção Primária, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e definiu que a internação, em qualquer de suas modalidades, somente seria indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

5. Assim, foi instituída a **Rede de Atenção Psicossocial–RAPS**, através da Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (republicada em 21 de maio de 2013), obedecendo às diretrizes da Lei nº 10.216/2001, tendo como objetivos principais:

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade;
- Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.



6. A implementação da RAPS enseja a utilização de recursos sanitários, sociais, econômicos, culturais, afetivos, religiosos e de lazer, combinados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Nesse sentido, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS como dispositivos articulados na Rede de Serviços de Saúde em resposta à complexidade das demandas daqueles que estão excluídos da sociedade devido a transtornos mentais¹ ou dependência química. Assim, a fiscalização proposta abrange os componentes abaixo descritos:

Quadro 1: Tipos de CAPS

| unidade de atendimento | público alvo | cobertura populacional | período |
|-------------------------------|--|-------------------------------|----------------|
| CAPS I | pessoas com intenso sofrimento psíquico | acima de 15 mil habitantes | diurno |
| CAPS II | pessoas com intenso sofrimento psíquico | acima de 70 mil habitantes | diurno |
| CAPS III | pessoas com intenso sofrimento psíquico | acima de 150 mil habitantes | 24 horas |
| CAPS AD | pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool ou drogas | acima de 150 mil habitantes | 24 horas |
| CAPS AD III | pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool ou drogas, incluindo crianças e adolescentes | acima de 150 mil habitantes | 24 horas |
| CAPSi | crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico | acima de 70 mil habitantes | diurno |

Fonte: Portaria MS/GM nº 336/2002.

7. Outro ponto importante para estruturação desta Rede de Atenção Psicossocial estabelecido pela Portaria GM/MS nº 121/2012 são as Unidades de Acolhimento - UA, que podem ser dos tipos adulto ou infanto-juvenil. Tem por objetivo o acolhimento de pessoas em condições de vulnerabilidade social em ambiente residencial, oferecendo cuidados de saúde e acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório.

¹BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental [...]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html consultado em 21/05/2014.



8. O Ministério da Saúde orienta a implementação e manutenção da RAPS por meio do “Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento” (PT 09, fls. 127/167) estabelecendo diretrizes para a elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação dos CAPS e UA.

9. Considerando as competências regimentais estipuladas no Decreto Distrital nº 34.213/2013², os trabalhos foram empreendidos nas seguintes unidades da SES: Administração, Subsecretaria de Atenção à Saúde, Diretoria de Saúde Mental – DISAM e unidades da RAPS.

1.3 Contextualização

10. A dignidade da pessoa humana, um dos princípios basilares insculpidos na Constituição de 1988³ (art. 1º, III), serve de embasamento para consecução efetiva e material dos direitos fundamentais, dentre eles, a saúde, consagrada como um direito essencial, público e subjetivo, cabendo ao Estado a obrigação de criar as condições objetivas para o acesso da população às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (art. 196).

11. Essas ações e serviços de saúde, conforme a Constituição de 1988 (arts. 197 e 198), são de relevância pública e compõem uma rede regionalizada e hierarquizada que forma o Sistema Único de Saúde, cujos princípios foram estabelecidos na Lei nº 8.080/1990 (art. 7º)⁴, destacando-se:

- a universalidade de acesso a todos os níveis de assistência;
- a integralidade de assistência, ou seja, um conjunto articulado de ações e serviços exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade do sistema;
- a utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades;
- a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde;

²DISTRITO FEDERAL. Decreto Distrital nº 34.213, de 14 de março de 2013. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Auditoria do Estado de Saúde[...]. Disponível em <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=73777>. Acesso em 21 mai. 2014.

³BRASIL. Constituição da República de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 21 mai. 2014.

⁴_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde[...].

Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 21 mai. 2014.



- a conjugação dos recursos dos entes federativos na prestação dos serviços de assistência à saúde; e
- a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

12. Nessa esteira, a Lei nº 10.216/2001⁵ assegura a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial de saúde mental do país, do centrado nas unidades hospitalares para o focado na Atenção Primária, através da desinstitucionalização, salvo casos de extrema necessidade, e o tratamento focado na reinserção social.

13. Com este fim, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial, atualmente regulamentados pela Portaria GM/MS nº 336/2002⁶, com a missão de fornecer atendimento às pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo cuidados clínicos e reabilitação psicossocial, evitando internações hospitalares e promovendo a cidadania e a reinserção social desses indivíduos.

14. Outra alteração importante oriunda da Reforma Psiquiátrica de 2001⁵ foi a disponibilização de tratamento psicológico e psiquiátrico a dependentes químicos em serviços de base comunitária, onde o CAPS passou a ser o equipamento central para a reabilitação dessa população.

15. A importância social do componente refletiu-se no estabelecimento da Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas pelo Ministério da Saúde, em 2004⁷, reformulada em 2006, com o estabelecimento da Política Nacional sobre Drogas (Resolução nº 3 GSIPR/CH/CONAD em 27/10/2005)⁸. Essa possui como eixo norteador o tratamento, a recuperação e a reinserção social dos usuários

⁵ _____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> acesso em 21 de mai. 2014.

⁶ _____. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o estabelecimento de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf> acesso em 21 mai. 2014.

⁷ _____. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras Drogas. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf> acesso em 21 mai. 2014.

⁸ _____. Resolução GSIPR/CH/CONAD de 27 de out. de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional Antidrogas. Disponível em <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6198>> acesso em 21 mai. 2014.



de álcool ou entorpecentes.

16. Assim, o CAPS tem um papel estratégico na organização da rede de cuidados psicossociais, cumprindo as funções de assistir diretamente o usuário, regular a rede de serviços de saúde e trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos portadores de distúrbios mentais e dependentes químicos.

17. Esses equipamentos de saúde devem operar de forma articulada, integrada, regionalizada, regulada e hierarquizada, tendo por base dados epidemiológicos e demográficos, a fim de possibilitar aferir o nível atual de implantação de cada um dos seus componentes, as dificuldades para operação, a gestão dos recursos, a efetividade dos fluxos de informação e de pacientes, a resolubilidade da atenção, dentre outros elementos e indicadores capazes de revelar as causas de problemas que impedem o pleno exercício dos direitos consagrados na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁹. São eles:

Art. 2º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa.

§ 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade.

§ 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema.

[...]

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

[...]

⁹ _____. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispões sobre os direitos e deveres[...]. Disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em 21 mai. 2014.



Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

18. No âmbito da SES, a RAPS está vinculada à Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal (DISAM), unidade orgânica de assessoramento superior, subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde – SAS. A DISAM tem como principais atribuições:

- propor e participar da formulação de políticas públicas, planos e programas estratégicos para a Saúde Mental no Distrito Federal, compatibilizando-os com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental emanadas do Ministério da Saúde;
- promover e participar de estudos que visem à reorientação e reestruturação da Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, buscando a oferta de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, incluindo-se aqueles decorrentes do abuso ou dependência de substâncias psicoativas;
- propor e acompanhar a aplicação de indicadores para a avaliação dos Serviços de Saúde Mental.

19. A Diretoria encontra-se organizada em unidades: NAASS – Núcleo de Acompanhamento Avaliação e Supervisão dos Serviços de Saúde e o NTN – Núcleo Técnico-Normativo.

20. Em observância à Lei nº 975/1995¹⁰ a referida Diretoria elaborou o Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011-2015, importante fonte de informações sobre o planejamento do Governo local para a Atenção Psicossocial.

21. Em consulta ao sistema e-TCDF, não localizamos processo relacionado à matéria em exame nesta Auditoria Operacional.

22. Inobstante, observou-se a existência do Processo TJDFT nº 2010.01.1.067203-4, que, embora verse sobre objeto relacionado aos CAPS e UA

¹⁰ _____. Lei Distrital nº 975, de 12 de dezembro de 1995. Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal[...]. Disponível em < <http://www.defensoria.df.gov.br/wp-content/antigo/00000254.pdf> > 21 mai 2014.



de que tratam estes autos, possui um alcance diverso, assim como se detêm à análise de período anterior ao examinado nesta auditoria (2009). No momento, o processo se encontra em recurso à segunda instância, aguardando julgamento.

23. Ademais, o Tribunal de Contas da União – TCU realizou Auditoria operacional, Processo nº TC 20.414/2010-2, que buscou avaliar as principais ações relativas ao tratamento, prevenção e reinserção social dos dependentes de álcool e outras drogas, cujo escopo também alcança parcialmente a Rede de Atenção Psicossocial foco desta auditoria. Todavia, o período analisado é diverso da fiscalização do TCDF.

24. Por fim, para os exames da auditoria realizada, relacionam-se as normas específicas aplicáveis às atividades desenvolvidas nas áreas administrativas da SES. São eles:

Quadro 2: Legislação aplicável

| Norma | Objeto |
|------------------------------|--|
| Lei nº 10.216/2001 | Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. |
| Decreto nº 33.164/2011 | Dispõe sobre o Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e dá outras providências. |
| Portaria GM/MS nº 251/2002 | Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. |
| Portaria GM/MS nº 3.088/2011 | Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). |
| Portaria GM/MS nº 121/2012 | Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. |
| Portaria SAS/MS nº 854/2012 | Altera tabelas de procedimentos ligados à rede CAPS |



| | |
|----------------------------|---|
| Portaria GM/MS nº 615/2013 | Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). |
|----------------------------|---|

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral da Auditoria

25. O objetivo da presente auditoria é avaliar a qualidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado da Saúde do DF – SES/DF.

1.4.2 Objetivos específicos da Auditoria

26. As Questões de Auditoria estão assim definidas:

- a) A Rede de Atenção Psicossocial está satisfatoriamente organizada?
- b) A infraestrutura disponível na Rede de Atenção Psicossocial é suficiente para o adequado atendimento dos usuários?
- c) A Rede de Atenção Psicossocial promove a reinserção social dos usuários?

1.5 Escopo da Auditoria

27. A auditoria abrange os procedimentos operacionais da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado da Saúde.

28. O período examinado foram os meses de janeiro a maio de 2014, salvo quanto à execução orçamentária e financeira do Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal, cuja análise teve início no exercício de 2011.

1.6 Montante Fiscalizado

29. Os recursos orçamentários inicialmente envolvidos na gestão da Rede de Atenção Psicossocial abrangem, principalmente, aqueles destinados à implantação de Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas e o desenvolvimento de ações de atenção em Saúde Mental. Em 2014, os recursos ficaram próximos a 0,32% da despesa total autorizada para a SES/DF, conforme a seguir:


Quadro 3: Recursos orçamentários

| Exercício | Despesa total fixada para a SES/DF | Despesa autorizada para área de Saúde Mental ¹¹ | % |
|-----------|------------------------------------|--|-------|
| 2014 | 2.556.475.731,00 ¹² | 8.303.500,00 | 0,32% |

Fonte: QDD 2014, fls. 241/259 do Anexo I.

30. O Quadro abaixo demonstra os Programas de Trabalho específicos para o exercício 2014 na área de Saúde Mental, assim como o volume de recursos previstos:

Quadro 4: Quadro Demonstrativo de Despesas do Programa de Saúde Mental

| 2014 | R\$ |
|--|------------------|
| (PEDF)IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL-CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS - SES-DISTRITO FEDERAL | 7.500 |
| IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL-RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS - SES-DISTRITO FEDERAL | 650.000 |
| AMPLIAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL-SES-DISTRITO FEDERAL | 75.000 |
| (***)REFORMA DE UNIDADES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL-SES-DISTRITO FEDERAL | 470.000 |
| CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL-CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - SES-DISTRITO FEDERAL | 980.000 |
| CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL-SEDE DO CENTRO DE ORIENTAÇÃO MÉDICO PSICOPEDAGÓGICA - COMPP - SES-DISTRITO FEDERAL - OCA | 75.000 |
| CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL-CAPS I- PLANO PILOTO - OCA | 450.000 |
| DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL-SES-DISTRITO FEDERAL | 4.096.000 |
| (EP)IMPLANTAÇÃO DE CAPS EM TAGUATINGA E CEILÂNDIA | 1.500.000 |
| TOTAL | 8.303.500 |

Fonte: QDD 2014, fls. 241/259 do Anexo I.

¹¹Valores apurados no Sistema Integrado de Gestão Governamental - SIGGO, Exercícios 2014, Quadros de Detalhamento Despesa para 2013 e 2014, Unidade Orçamentária Fundo de Saúde do DF.

¹²_____. Lei Distrital nº 5.289, de 30 de dezembro de 2013. Estima a Receita e fixa a Despesa[...].QDD.Disponível em<<http://www.seplan.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/orcamento-gdf/184-lei-orcamentaria-anual.html>>. Acesso em 12fev. 2014.



31. Em complemento, assinala-se que alguns valores não estão incluídos na despesa fixada, como, por exemplo, pessoal, contratos correlatos, materiais e equipamentos usados na prestação do serviço, devido à inexistência de um sistema de custo que permita tal identificação e à falta de especificação desses valores nos QDDs examinados. Conclui-se, portanto, que o percentual apontado (0,32%) mostra-se maior, em que pese não seja aferível com precisão.

1.7 Metodologia

32. Os procedimentos e técnicas utilizados na execução da presente auditoria encontram-se registrados na Matriz de Planejamento de fls. 28/30, merecendo destaque pesquisa e análise documental, aplicação de check list, correlação das informações obtidas, revisão analítica e entrevista.

1.8 Critérios de Auditoria

33. Os critérios de auditoria deste trabalho são:

- elaboração e implantação satisfatória do Plano Diretor de Saúde Mental do DF;
- organização dos componentes da RAPS de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (Portarias GM/MS nºs 3088/2011 e 336/2012. Lei Federal nº 10.216/01 e Lei Distrital nº 975/1995).
- compatibilidade entre a distribuição da RAPS e o perfil epidemiológico e demográfico distrital, incluindo a disponibilidade de atendimento na Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno – RIDE (Portarias GM/MS nºs 3088/2011, 121/2012 e 336/2012 e Lei Distrital nº 975/1995).
- compatibilidade do Plano Diretor de Saúde Mental do DF com a programação orçamentária e financeira e os repasses do Ministério da Saúde;
- execução satisfatória dos programas orçamentários (> 50%, LOAs, PPA's e decretos de programação financeira de 2011/2014).
- padrão nacional de estrutura física dos CAPS e unidades de acolhimento (Manual de Estrutura Física dos CAPS e Unidades de Acolhimento, Portarias GM/MS nºs 3088/2011, 251/2002 e 336/2002).



- compatibilidade entre demanda e a capacidade de atendimento da RAPS, incluindo a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (Manual de estrutura física dos CAPS e UA e Portarias GM/MS nºs 336/2002 e 3088/2011).
- compatibilidade entre o quantitativo de pessoal por especialidade e lotação existentes com as diretrizes do Ministério da Saúde; existência e implementação satisfatória de programas de capacitação (Manual de Estrutura Física dos CAPS e UA e Portaria GM/MS nºs 336/2002 e 3.088/2011).
- adequado acolhimento, referenciamento e contrareferenciamento dos pacientes da RAPS nas Redes de Atenção a Urgência e Emergência e Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 10.216/2001 e Lei Distrital nº 975/1995).
- implantação satisfatória do Plano Diretor de Saúde Mental do DF, em relação à reinserção social (Decreto nº 10.216/01).
- existência de ações articuladas entre a RAPS e a Rede de Assistência Social (PNAS/2004 e Decreto nº 33164/2011).

1.9 Avaliação do Controle Interno (Risco Inerente e de Controle)

34. A Avaliação de Riscos objetiva delimitar a natureza, extensão e profundidade dos testes a serem realizados na auditoria.

35. Para aferir o Risco Inerente ao objeto de auditoria considera as seguintes variáveis: gravidade¹³, urgência¹⁴, tendência¹⁵, criticidade¹⁶, relevância¹⁷ e

¹³ Representa o impacto, a médio e longo prazo, do problema analisado caso ele venha a acontecer sobre aspectos, tais como: tarefas, pessoas, resultados, processos, organizações, entre outros.

¹⁴ Representa o prazo, o tempo disponível ou necessário para resolver um determinado problema analisado. Quanto maior a urgência, menor será o tempo disponível para resolver esse problema. Deve ser avaliada tendo em vista a necessidade de se propor soluções a fim melhorar a gestão da/do referida matéria/órgão.

¹⁵ Representa o potencial de crescimento do problema e a probabilidade deste se agravar. Recomenda-se fazer a seguinte pergunta: "Se esse problema não foi resolvido agora, ele vai piorar pouco a pouco ou vai piorar bruscamente?"

¹⁶ Pode-se medir a complexidade avaliando se os constituintes da matéria são heterogêneos, se há multiplicidade nas ações, interações e acontecimentos e se há a presença de traços de confusão, acasos, caos, ambiguidades, e incertezas.

¹⁷ A relevância deve ser avaliada, independentemente da materialidade do objeto de auditoria, a fim de buscar a importância qualitativa das ações em estudo, quanto à sua natureza, contexto de inserção, fidelidade, integralidade das informações.



materialidade¹⁸, relativas ao jurisdicionado e à matéria a ser auditada, conforme tabela abaixo:

Matriz de Risco Inerente

| | Órgão | Matéria auditada 1 |
|------------------------------------|-------|--------------------|
| Gravidade | 3 ● | 3 ● |
| Urgência | 1 ● | 1 ● |
| Tendência | 1 ● | 1 ● |
| Complexidade | 3 ● | 2 ● |
| Relevância | 3 ● | 2 ● |
| Materialidade | ● | |
| TOTAL | ● | |
| Média | ● | |
| Risco inerente (percentual) | 49% | |

Legenda:

- 1 Baixa
- 2 Média
- 3 Alta
- N/A

36. Impende ressaltar que a materialidade foi avaliada como “não aplicável” dada a baixa representatividade orçamentária da matéria em relação ao órgão, como demonstrado no item Montante Fiscalizado.

37. No tocante ao Risco de Controle, aplicou-se aos titulares dos setores da Gerência de Execução de Projetos Especiais – GEPES/CCALT/SUREC/SEF o questionário acostado às fls. 16/17, o qual foi elaborado considerando as componentes definidas na metodologia do COSO II – Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, estimando o Risco de Controle como Médio (49,17%).

¹⁸A materialidade traduz a razão entre a despesa autorizada relativa à(s) matéria(s) auditada(s) e o total da despesa autorizada para o órgão no exercício, excluídas as despesas com pessoal e encargos.



2. Resultados da Auditoria

2.1. QA 1 – A Rede de Atenção Psicossocial está satisfatoriamente organizada?

Não. A organização da RAPS não atende à Portaria GM/MS nº 3.088/2011. O Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011-2015 foi parcialmente executado e está desatualizado, sem iniciativa de revisão. Constatou-se, ainda, a insuficiência de recursos orçamentários para implementar e operar adequadamente as unidades da RAPS.

2.1.1. Achado 1 – Reduzida implementação e desatualização do Plano Diretor de Saúde Mental do DF.

Critérios

38. Elaboração e implantação satisfatória do Plano Diretor de Saúde Mental do DF de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Análises e Evidências

39. O Plano Diretor de Saúde Mental (fl. 89, Anexo I) preconiza quatro diretrizes estratégicas de atuação. São elas:

- a) ampliação do acesso à rede de serviços de saúde mental;
- b) qualificação do cuidado em saúde mental;
- c) promoção da reinserção social dos pacientes;
- d) reorganização e gestão da rede de serviços.

40. Baseado na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, o Plano Diretor de Saúde Mental é orientador para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica Hospitalar e para uma expansão da rede de Atenção Comunitária Psicossocial.

41. Assim, prevê a revisão de diversos papéis no cenário da saúde mental, como o do Hospital Psiquiátrico, da Atenção Primária e da oferta de leitos/tratamentos em Hospitais Gerais. Ainda, este foi o início de uma grande mudança no Modelo de Atenção Psicossocial, até então focado na hospitalização.



42. Para análise da execução deste plano, realizamos o comparativo entre as ações propostas e o que foi encontrado/verificado por ocasião das visitas aos CAPS e demais unidades da RAPS (fls. 02/124, Anexo I), bem como nas respostas às notas de auditoria (fls. 48/102).

43. Registre-se que, em relação às quatro frentes de ação propostas pela SES/DF no PDSM, nenhuma foi totalmente implementada, conforme a seguir:

a) Ampliação do acesso à rede de serviços de saúde mental

44. Em relação a este item, o Plano prevê a implementação de 40 CAPS¹⁹: 1 CAPS I, 8 CAPS II, 5 CAPS III, 9 CAPS ad, 11 CAPS i (fls. 135/137, Anexo I); a implantação de 15 (quinze) Residências Terapêuticas (fl. 134, Anexo I); o estabelecimento de um fluxo de emergência infanto-juvenil na Saúde Mental; a habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas; a territorialização dos serviços de saúde mental, o matriciamento²⁰ dos serviços de Atenção Básica, a aquisição de equipamentos e mobiliários e, por fim, a readequação/contratação de recursos humanos para compor os novos serviços e adequar os então existentes (fls. 165/168, Anexo I).

45. Registre-se que, em 2009, a rede de serviços psicossociais no Distrito Federal era composta de 11 (onze) unidades, sendo somente seis cadastradas no Ministério da Saúde. Os CAPS em funcionamento reconhecidos pelo MS eram: CAPS I ISM, CAPS i COMPP, CAPS II Taguatinga, CAPS II Paranoá, CAPS ad Paranoá e CAPS ad Sobradinho. Os que estavam em processo de homologação eram: CAPS II Planaltina, CAPS II Samambaia, CAPS II Gama, CAPS ad Ceilândia e CAPS ad Santa Maria (fl. 97, Anexo I).

46. Todavia, passados três dos quatro anos de abrangência do PDSM (2011-2015), foram implementadas apenas cinco novas unidades: CAPS i Sobradinho, CAPS ad i III Brasília, CAPS ad III Samambaia, CAPS ad i III Taguatinga e CAPS ad Itapuã. Assim, totalizam hoje no Distrito Federal 16 CAPS sendo apenas 12 (doze)

¹⁹ Os CAPS são classificados por tipo de atendimento. Sendo: CAPS (transtorno mental), CAPS ad (Álcool e drogas), CAPS i (transtorno mental infantil) e CAPS ad i (Álcool e drogas infantil). São subdivididos também conforme a capacidade de atendimento em I, II e III.

²⁰ Consiste na supervisão e discussão dos casos, em conjunto, nos três níveis de atenção à saúde.



cadastrados pelo Ministério da Saúde (fl. 89/90). Outros 4 CAPS encontram-se em processo de credenciamento junto a esse órgão federal (fl. 59)

Quadro 5: Quadro Demonstrativo das Unidades CAPS – DF/2014

| CAPS | Portaria do MS |
|--------------------------|----------------------------------|
| CAPS Taguatinga | Portaria nº 129, de 03/03/2008 |
| CAPS Paranoá | Portaria nº129, de 03/03/2008 |
| CAPS Planaltina | |
| CAPS Samambaia (CAPS II) | Portaria nº 797, de 13/08/2012 |
| CAPS i Sobradinho | |
| CAPS i/COMP | Portaria nº 855, de 12/11/2002 |
| CAPS ad Sobradinho | Portaria nº 129, de 03/03/2008 |
| CAPS ad Santa Maria | Portaria nº 227, de 01/03/2013 |
| CAPS ad Ceilândia | Portaria nº 350, de 21/07/2011 |
| CAPS ad Guará | Portaria nº 236, de 06/05/2005 |
| CAPS ad Itapoã | Portaria nº 620, de 10/06/2013 |
| CAPS ad III Samambaia | Portaria nº 1.378, de 10/12/2013 |
| CAPS ad i III Taguatinga | Portaria nº 1.217, de 04/11/2013 |
| CAPS ad III Rodoviária | |
| CAPS ad i Brasília | |
| ISM (CAPS I) | Portaria nº 855, de 12/11/2002 |

Fonte: fls. 66/76, Anexo I

47. Em relação às Residências Terapêuticas, nenhuma foi implementada no Distrito Federal. Na sua manifestação (fl. 57/58), a SES/DF refere-se à Casa de Passagem instalada no Instituto de Saúde Mental, como se fosse uma residência terapêutica. Todavia, nesta auditoria operacional o local não foi considerado como tal por desatender aos critérios principais da Portaria GM/MS nº 3.090/2011, que estabelece suas diretrizes de funcionamento²¹. São elas:

“Anexo I

Diretrizes de funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos

*Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias **inseridas na comunidade** destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O*

²¹ _____, Portaria GM/MS nº 3.090 de 23 dez 2011. Dispõe sobre recursos, implantação e funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html. Acesso em 22/05/2014.



*caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a **reinserção no espaço da cidade** e a reconstrução das referências familiares” (grifo nosso).*

48. A Casa de Passagem do ISM está inserida em um ambiente distante de convívio social, os usuários não tem a possibilidade de “reinserção no espaço da cidade”, sendo que a referida casa é um ambiente importante no tratamento de sofrimento psíquico, não podendo ser considerada uma residência terapêutica.

49. O matriciamento, enquanto capacitação da atenção básica, foi implantado apenas em seis das quinze unidades da RAPS visitadas²² (PT 03, fls. 51/67), sendo que só uma afirmou realizá-lo em 100% dos atendimentos. Registre-se que o procedimento consiste na supervisão e discussão dos casos conjuntos, com a formação dos profissionais das equipes de saúde para que estes atendam aos pacientes com transtornos mentais na Atenção Primária, aumentando a capacidade resolutiva da Unidade Básica de Saúde.

50. Em relação ao fluxo de atendimento, foram disponibilizados 45 (quarenta e cinco) leitos distribuídos nos Hospitais Regionais de Ceilândia, Paranoá, Santa Maria, Gama, Sobradinho, Guará e HMIB, habilitados para atender as demandas da RAPS. Os casos específicos, como gestantes e crianças, são tratados no Hospital Materno Infantil de Brasília e os com co-morbidades (outra doença associada) são tratados no Hospital de Base.

51. A instalação dos CAPS ad III Samambaia, CAPS ad i III Taguatinga e CAPS ad Itapuã em locais indicados pela Fiocruz como endêmicos para o uso de crack demonstra a preocupação com a territorialização, em que pese a ausência de mais unidades (PT 08, fls. 125/126, Anexo II). Registre-se que o preceito estabelecido pela Política de Saúde Mental no SUS consiste no planejamento das ações de Saúde Mental em função do território “vivo”, este sujeito a mudanças e interagindo com os sujeitos.

²² A unidade CAPS ad III Rodoviária estava em processo de mudança sem local definido. Assim, foram visitadas 15 (quinze) unidades de CAPS.



52. Em relação à aquisição de equipamentos e mobiliários, inexistente na SES/DF controle que permita aferir a execução do PDSM. Portanto, restou prejudicada a sua avaliação nesta auditoria operacional. Inobstante, a limitação não trouxe prejuízos aos trabalhos aqui realizados.

53. A proposta de reelaboração dos fluxos de emergência modificando o modelo existente foi realizada através da Portaria nº 185, de 12 de setembro de 2012 (fl. 24, Anexo I). Esta atende as diretrizes do SUS para as Emergências em Saúde Mental.

54. Em relação aos recursos humanos, foi solicitado à SES/DF, através da Nota de Auditoria nº 06_1.017/2014, a relação de funcionários da Diretoria de Saúde Mental concursados ou contratados no período de janeiro de 2011 a março de 2013. Em resposta, a jurisdicionada forneceu a relação de médicos-psiquiatras concursados e empossados neste período (fl. 92/96).

55. Nos cinco concursos realizados, entre janeiro de 2011 a março de 2013, foram disponibilizadas 186 (cento e oitenta e seis) vagas para médico-psiquiatra, mas restaram aprovados e contratados somente 95 (noventa e cinco) servidores (fl. 92/96). Assim, não houve o acréscimo de 30% da carga horária de profissionais como propõe o PDSM (fl. 154, Anexo I).

56. Em relação às outras carreiras que labutam na RAPS, não foi possível a análise, em função da ausência de resposta completa à NA 06 pela SES/DF (fl. 90).

b) Qualificação do cuidado em Saúde Mental:

57. As ações propostas no PDSM consistem na ampliação das estratégias assistenciais de saúde mental, na criação de protocolos assistenciais padronizados, na implementação de supervisão clínico-institucional (GESAM/NEPS)²³ e na implantação de programa de formação inicial e de educação permanente na RAPS.

58. As estratégias assistenciais citadas no PDSM, Grupo de Atendimento Pós Internação - GAPI, e Programa Vida em Casa- PVC foram encontradas somente no Hospital São Vicente de Paula. Todas as outras ações previstas não foram

²³ Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do DF - -GESAM/SAS/SES-DF foi transformada em Diretoria de Saúde Mental - DISAM/SAS/SES-DF em dezembro de 2011 (fl. 53)



localizadas em nenhuma das unidades da RAPS. Conforme informações da DISAM, a GESAM foi extinta, assim como o NEPS, com todas as ações agora concentradas na DISAM, após atualização do Regimento Interno²⁴ da SES/DF.

c) Promoção da Reinserção Social dos Pacientes

59. O mapeamento e a articulação com a rede de atenção social, o estabelecimento de um programa de incentivo à produção cultural, às oficinas de geração de renda, à ampliação do acesso da população a informações sobre saúde mental, à visibilidade da campanha Antimanicomial e à promoção da reinserção social aos usuários de saúde foram as ações propostas nesta esfera.

60. Somente 6 (seis) CAPS visitados durante a realização desta auditoria oferecem oficinas de geração de renda (PT03, fl. 52, Anexo II) e as estratégias encontradas em algumas unidades para promoção da reinserção social são realizadas por iniciativa dos CAPS, e não como política institucional da SES/DF.

61. Conforme manifestação da SES/DF totalizam 138 (cento e trinta e oito) cursos de capacitação e/ou qualificação planejados para o período de 2011-2015. Todavia, foram promovidos ou realizados até o momento apenas 21 (vinte e um) (fls. 212/219, Anexo I).

d) Reorganização e gestão da Rede de serviços

62. Neste item as ações previstas no PDSM consistem em definir as atribuições dos diversos níveis de atuação dos serviços de saúde mental, a melhor comunicação entre eles, o registro das informações, a informatização dessas unidades, o abastecimento e o estabelecimento de métodos de padronização e controle de medicamentos.

63. A melhora da comunicação entre os serviços não pode ser verificada em virtude da falta de documentação referente ao exercício de 2009. O que encontramos, no presente, foi uma rede parcialmente articulada, sem um sistema informatizado de regulação entre os serviços, a qual é feita através de formulários (fl. 63), apenas.

²⁴ Distrito Federal. Decreto nº 34.213 de 14 de mar de 2013. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=73777>. Acesso em 21 mai. 2014.



64. Não há prontuários eletrônicos na RAPS, assim como o acompanhamento dos procedimentos realizados na Rede de modo digital. As unidades alegam a falta de equipamentos de informática e a inexistência/ineficiência dos serviços de internet, **bem como a ausência do sistema utilizado na Rede Hospitalar (Trakcare).**

65. Em relação ao abastecimento, à padronização e aos controles de medicamentos, em virtude de ser objeto de análise dos Processos nºs 5.504/2011 e 34.859/2010, em trâmite nesta Corte, a matéria não foi examinada nesta auditoria.

66. Por fim, em relação à revisão periódica do PDSM, a SES/DF manifestou-se afirmando que a única previsão de revisão deste seria em 2015, após o término de sua vigência, 2011-2015 (fl. 61).

Causas

67. Insuficiência de recursos financeiros. Não atendimento às diretrizes estabelecidas no PDSM, assim como ausência de revisão periódica deste.

Efeitos

68. Rede de Atenção Psicossocial pouco estruturada e com unidades em quantidade insuficiente. Atendimento precário. Reduzida disponibilidade de recursos humanos e materiais.

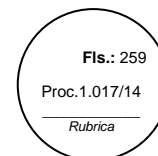
Considerações do Auditado

69. No que tange ao Achado em análise, foram encaminhadas por meio do Ofício nº 3.088/2014 – GAB/SES-DF (fls. 196/226), as seguintes considerações:

“A Diretoria de Saúde Mental esclarece que desde janeiro de 2011, adotou o Plano Diretor de Saúde Mental 2011-2015, aprovado pelo Conselho de Saúde do DF, que encontra-se em processo de implementação, com revisão prevista para 2015, sendo utilizado como referencial norteador da condução da Política de Saúde Mental do Distrito Federal.”

(...)

“Quanto à continuidade da implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, foram efetivados pela SES-DF dois Editais de Chamamento para aquisição de imóveis. O primeiro em dezembro de 2011 e o segundo em maio de 2012, que resultaram em apenas uma casa localizada na cidade de Taguatinga com perfil adequado à finalidade e em condições de ser adquirida. Contudo, por motivos já elencados em relatório anterior ao TCDF, essa aquisição não se efetivou.”



No momento estão sendo realizadas gestões no sentido de dar continuidade às medidas necessárias para o provimento dessa necessidade mediante o aluguel e aquisição de imóveis.”

Posicionamento da Equipe de Auditoria

70. A manifestação da SES/DF pouco acrescenta em relação a não implementação do Plano Diretor de Saúde Mental do DF. Quanto às Residências Terapêuticas, as duas tentativas infrutíferas de aquisição de imóveis ora noticiadas não alteram a situação descrita nesta fiscalização de ausência da prestação do serviço à população.

71. Assim, mantem-se o inicial posicionamento da equipe de auditoria.

Proposições

72. Sugere-se ao egrégio plenário determinar a SES que:

a) revise e implemente o Plano Diretor de Saúde Mental do DF (2012/2015), principalmente, com objetivo de dotar a Rede de Atenção Psicossocial de unidades suficientes de Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas (**Sugestão II.a**);

b) realize estudo e adote as providências cabíveis para adequar as unidades da Rede de Atenção Psicossocial às diretrizes da Portaria GM/MS nº 3.088/2011 e Lei nº 10.216/2001, principalmente, tornando efetivos o matriciamento, a referência e as oficinas terapêuticas em todas as suas unidades (**Sugestão III.1.i**);

c) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação, conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório Final de Auditoria, com objetivo de implantar as medidas supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução (**Sugestão IV**).



Benefícios Esperados

73. Promover um atendimento psicossocial de qualidade e aderente às diretrizes do Ministério da Saúde.

2.1.2. Achado 2 – Baixa destinação de recursos para operacionalização das unidades de Saúde Mental.

Critério

74. Execução satisfatória dos programas orçamentários (> 50%). LOAs, PPAs e decretos de programação financeira de 2011/2014 e Portaria GM/MS nº 615/2013.

Análises e Evidências

75. O Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal prevê a instalação de 40 CAPS (fls. 134/137, Anexo I) e a implantação de 15 (quinze) Residências Terapêuticas (fl. 138, Anexo I).

76. No próprio PDSM é apresentada projeção de custos de construção ou aquisição de imóveis para funcionamento de CAPS e Residências Terapêuticas (fls. 138/139, Anexo I), conforme abaixo:

Quadro 06: Custos de construção e aquisição

| SERVIÇO | QUANTITATIVO | CUSTO CONSTRUÇÃO R\$ | CUSTO AQUISIÇÃO R\$ | DIFERENÇA (ECONOMIA) R\$ |
|-------------------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------------------------|
| CAPS | 40 | 920.000.000,00 | 23.000.000,00 | 897.000.000,00 |
| RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA | 15 | 9.000.000,00 | 6.000.000,00 | 3.000.000,00 |
| TOTAL | | 929.000.000,00 | 29.000.000,00 | 900.000.000,00 |

Fonte: PDSM, fl. 139

77. Para analisar o planejamento orçamentário, a autorização de despesa e sua respectiva execução, realizamos a comparação desses valores com o previsto no PDSM, no que tange à Saúde Mental, nos exercícios 2011 a 2014.



78. O PT 11 (fls. 260/264) apresenta o quadro detalhado das quantias indicadas das LOAs, bem como seu percentual de execução. Registre-se que os montantes apresentados no presente tópico estão em valores nominais.

79. Merecem destaques os seguintes dados:

a) A soma dos valores destinados à Saúde Mental nos quatro exercícios orçamentários citados corresponde a um total de R\$ 34.558.132,00 (trinta e quatro milhões, quinhentos e cinquenta e oito mil, cento e trinta e dois reais). A princípio poderia se considerar suficiente, porém deve-se mencionar que, como se trata de construção ou aquisição de imóveis, deve-se levar em conta apenas a soma dos valores correspondentes às despesas de capital, os quais totalizam R\$ 21.545.311,00 (vinte e um milhões, quinhentos e quarenta e cinco mil, trezentos e onze reais), valor reduzido para implantação das unidades previstas no PDSM.

80. Abaixo, segue o gráfico que demonstra a insuficiência dos recursos de capital em confronto com o custo de aquisição dos CAPS previstos no PDSM (R\$ 29.000.000,00). Fica evidente que o orçamento de capital está fixado a menor no montante de R\$ 13.012.821,00 (treze milhões, doze mil, oitocentos e vinte e um reais):

Quadro 07: Situação atual da RAPS



b) Considerando-se que a média anual da previsão orçamentária foi de aproximadamente R\$ 5.390.000,00 (cinco milhões e trezentos e noventa mil), em 5 anos (período 2011-2015, duração do PDSM) seriam R\$ 26.950.000,00 (vinte e seis



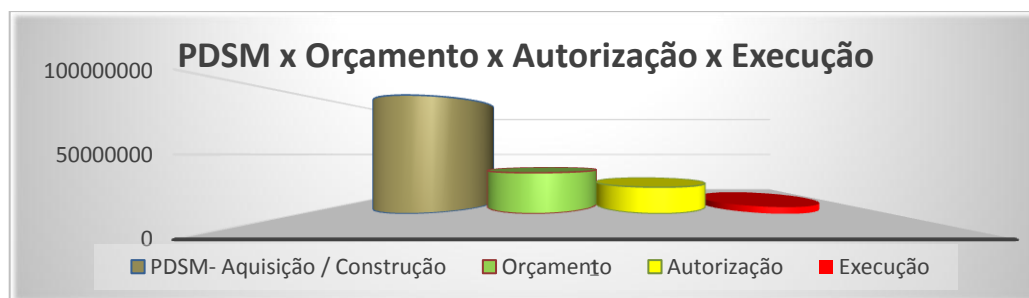
milhões e novecentos e cinquenta mil reais). Logo, insuficiente ao atendimento do PDSM, haja vista o déficit de R\$ 2.050.000,00 (dois milhões e cinquenta mil reais).

c) Além da insuficiente previsão orçamentária, como um todo, constatou-se que a autorização para realizar as despesas também foi limitada. Do total de R\$ 34.558.132,00 (trinta e quatro milhões, quinhentos e cinquenta e oito mil, cento e trinta e dois reais) previstos nas LOAs de 2011 a 2014, as despesas autorizadas corresponderam a 64,71% desse valor, ou seja, R\$ 22.363.701,49 (vinte e dois milhões, trezentos e sessenta e três mil, setecentos e um reais e quarenta e nove centavos), tornando-se ainda mais escassos os recursos. A diferença, neste caso, chega a R\$ 12.194.430,51 (doze milhões, cento e noventa e quatro mil, quatrocentos e trinta reais e cinquenta e um centavos).

d) Não bastasse a referida limitação nas autorizações de despesas, o percentual de execução (liquidação de despesa) desses valores apresenta apenas 16,18% do previsto no orçamento, correspondendo a R\$ 5.591.655,66 (cinco milhões, quinhentos e noventa e um mil, seiscentos e cinquenta e cinco reais e sessenta e seis centavos). O valor está muito aquém do necessário para a total implantação no PDSM. A insuficiência, nesta perspectiva, alcança R\$ 23.408.344,34 (vinte e três milhões, quatrocentos e oito mil, trezentos e quarenta e quatro reais e trinta e quatro centavos).

81. O gráfico a seguir sintetiza os números apresentados:

Quadro 08: Situação atual da RAPS



Fonte: QDD 2011 a 2014, fls. 168/259 do Anexo I.

82. Esses números vão de encontro às propostas apresentadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, in verbis:

“De acordo com os princípios, diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Saúde Mental e das Leis Federais nº



10.216/01 e nº 10.708/03, a IV CNSMI propõe implantar, implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental, em todo o país, com prioridade para as regiões com vazios assistenciais, garantindo acesso, acolhimento e tratamento de toda a população, em todos os níveis de assistência: equipe de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (infantil) ; Centros de convivência; Residências Terapêuticas; emergências psiquiátricas e leitos para saúde mental em Hospitais Gerais, leitos clínicos para desintoxicação em Hospitais Gerais, atendimento móvel de urgência e demais serviços substitutivos necessários aos cuidados contínuos em Saúde Mental.”

(...)

“O aumento e a regulamentação de recursos, tal como proposto, visam à manutenção e ampliação do conjunto de ações de saúde mental e da rede de serviços substitutivos (CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Programa de Volta pra Casa, entre outros) em todos os níveis de atenção e complexidade do sistema, obedecendo a lógica do território, dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, cabe destacar a proposta que reafirma, através da garantia de financiamento, a abertura de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, ao mesmo tempo em que proíbe a União, Estados e Municípios o incremento de recursos financeiros aos hospitais psiquiátricos.”

83. Enfim, a implantação do PDSM visando à melhoria da Saúde Mental no DF fica prejudicada em virtude da ausência de recursos necessários.

84. Importa destacar que, em resposta à Nota de Auditoria nº 07_1.017/2014, a SES/DF apresentou, por meio do Ofício nº1225/2014-GAB/SES (fls. 98/102), quadro comparativo entre valores da proposta orçamentária da Saúde Mental e os aprovados na LOA 2014. Em síntese:

Quadro 09: Recursos solicitados e aprovados

| Recursos solicitados pela Saúde Mental | Recursos aprovados na LOA 2014 |
|--|--------------------------------|
| R\$ 45.110.000,00 | R\$ 5.823.500,00 |

Fonte: SES/DF (fl. 102)

85. Portanto, também a elaboração da Lei orçamentária é falha ao prever valores insuficientes em relação àqueles requeridos pela SES/DF, o que agrava o problema da falta de recursos para implantação do PDSM.



Causas

86. Insuficiência da dotação orçamentária para implantação do PDSM. Baixo percentual de autorização da despesa prevista. Reduzido percentual de execução da despesa autorizada.

Efeitos

87. Comprometimento da implantação do PDSM e da qualidade da prestação dos serviços na RAPS.

Considerações do Auditado

88. Na documentação encaminhada pela Secretaria, em anexo ao Ofício n.º 3.088/2014-GAB/SES-DF (fls. 196/226), não houve manifestação específica acerca da situação evidenciada no Achado 02.

Posicionamento da Equipe de Auditoria

89. Ante a ausência de justificativas, mantem-se o posicionamento da equipe de auditoria.

Proposição

90. Sugere-se ao egrégio Plenário, determinar à SES que:

- a) aprimore os mecanismos de planejamento, elaboração e execução da programação orçamentária anual, a fim de garantir recursos suficientes para a completa operacionalização das unidades da Rede de Atenção Psicossocial no prazo estabelecido no Plano Diretor de Saúde Mental do DF **(Sugestão II.b)**;
- b) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação, conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório Final de Auditoria, com objetivo de implantar as medidas supra contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando



prazo e a unidade/setor responsável pela execução (**Sugestão IV**).

Benefícios Esperados

91. Tornar a execução orçamentária compatível com as necessidades operacionais da RAPS e de implantação do PDSM, assim como garantir que seja executada de forma satisfatória, proporcionando um atendimento de qualidade à população.

2.1.3. Achado 3 – Inadequada organização institucional.

Critério

92. A organização das unidades da RAPS deve observar as normas vigentes do Ministério da Saúde, realizando a transição do modelo hospitalocêntrico para o que prioriza a Atenção Básica, regionalizada e hierarquizada.

Análises e Evidências

93. A Constituição Federal de 1988, em seu art. 198²⁵, estabelece o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS como uma rede regionalizada e hierarquizada. Para estabelecer este funcionamento interligado dividiu-se o atendimento em três níveis diferenciados de complexidade. Estes são:

- **Atenção Primária:** caracteriza-se por conter atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, reunindo ações de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde);
- **Atenção Secundária:** desenvolve atividades assistenciais nas especialidades médicas de clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, na

²⁵ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

(...)



atenção ambulatorial, internação e urgência e emergência (por exemplo, os CAPS);

- **Atenção Terciária:** caracteriza-se pela maior capacidade resolutive dos casos mais complexos do sistema, assim como na atenção ambulatorial, internação e urgência e emergência (por exemplo, os Hospitais Gerais).

94. Assim, a Atenção Primária deveria se estabelecer como a principal porta de entrada na RAPS, e o fluxo entre estes níveis de atendimento deveria funcionar pelo sistema de referência e contrareferência. Tal fluxo consiste na articulação dos níveis supramencionados, onde a referência é o trânsito do menos para o mais complexo e a contrareferência o fluxo do mais complexo para o mais simples.

95. A articulação entre os níveis de atenção deve ser realizada por uma central reguladora do sistema, que estabeleça o funcionamento em “rede”.

96. A estrutura atual de funcionamento da RAPS da SES/DF é centralizada no nível terciário, isto é, como se o centro do tratamento psicossocial fosse a Unidade Hospitalar, Psiquiátrica ou Geral. Este é denominado modelo hospitalocêntrico, em desacordo com o previsto no PDSM e nas Portarias GM/MS nºs 3.088/2011²⁶ e 10.216/2001²⁷.

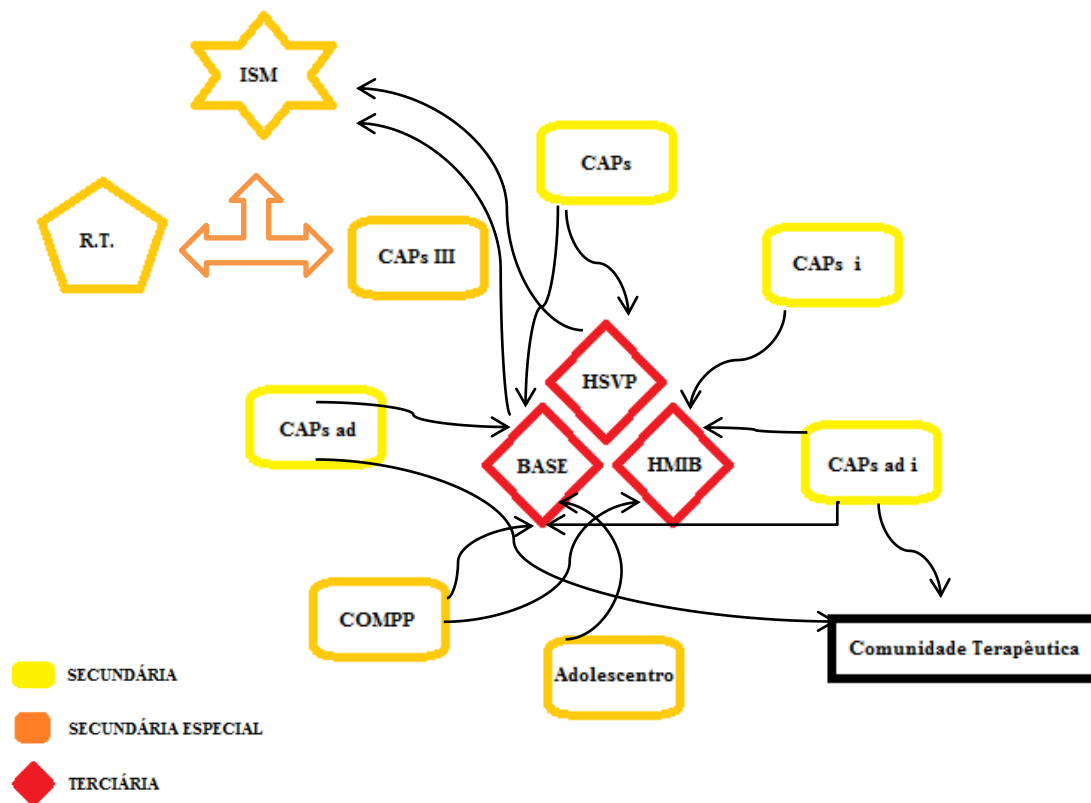
97. A Rede de Atenção Psicossocial hoje em funcionamento no DF pode ser assim visualizada:

²⁶ _____. Portaria GM/MS nº 3.088/, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html > acesso em 21 mai. 2014.

²⁷ _____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm > acesso em 21 mai. 2014.



Figura 1: Fluxo atual da Rede de Atenção Psicossocial



Elaboração: Equipe de Auditoria

98. Para melhor entendimento deste fluxo de serviços, o dividiremos por tópicos: Centro de Atenção Psicossocial, Unidades Complexas e Unidades hospitalares.

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

99. Os CAPS, são classificados por tipo de atendimento, sendo: CAPS (transtorno mental), CAPS ad (Álcool e drogas), CAPS i (transtorno mental infantil) e CAPS ad i (Álcool e drogas infantil). São subdivididos, também, conforme a capacidade de atendimento em I, II e III (conforme Quadro 1: Tipos de CAPS, fl. 115).

100. A grande maioria dos CAPS visitados não se adequa às determinações do Ministério da Saúde. A ausência de espaço para atendimento coletivo e individual ou para refeitório e cozinha foram constatadas em várias unidades, por exemplo:



- CAPS II Taguatinga: Vários espaços de múltiplo uso. Falta de salas para atender a demanda;
- CAPS II Planaltina: sem cozinha e sem refeitório;
- CAPS ad Itapuã: os usuários se revezam, as salas de atendimento individual são insuficientes, o espaço para atendimento coletivo é mínimo;
- CAPS ad Santa Maria: funciona no antigo “Centro do Idoso”, com espaço geral insuficiente e diversas salas de múltiplo uso;
- CAPS i COMPP²⁸: funciona dentro de outra unidade complexa. Não possui espaço determinado. Foi autorizado pelo Ministério da Saúde quando estava instalado em outro prédio, com espaço mais amplo.

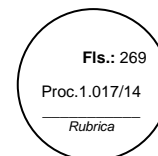


CAPS ad Itapuã: Sala Múltiplo uso (refeitório/almozarifado/atendimento).

101. O CAPS ad II Paranoá, muito embora localizado em um prédio com estrutura física anexa a unidade hospitalar, não possui acesso privativo, utilizando uma entrada única. O ideal é que o CAPS esteja inserido na sociedade, promovendo o convívio dos usuários com a comunidade. Para isso é necessária a sua desvinculação da unidade com o ambiente hospitalar, conforme previsto na Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002²⁹:

²⁸ Centro de Orientação Médico Psicopedagógica.

²⁹ _____. Portaria n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002 . Dispõe sobre o estabelecimento de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em



“Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria”.

Unidades de Acolhimento e Residências Terapêuticas

102. Durante a realização desta auditoria operacional somente uma Unidade de Acolhimento – UA estava em funcionamento da SES/DF, vinculada ao CAPS ad III Samambaia. Duas outras unidades estavam em fase de finalização, uma com vínculo ao CAPS ad i III Taguatinga e outra ao CAPs ad i III Brasília. Não há no Distrito Federal Residências Terapêuticas.

Unidades Complexas

103. Define-se como unidades complexas o Adolescentro, o COMPP e o ISM. Essas unidades não se enquadram no conceito de CAPS em virtude de oferecerem serviços de saúde diferenciados em saúde mental à população.

104. O Adolescentro possui treze consultórios, salas de atividades, sala de terapia ocupacional, dentistas, ginecologistas e médicos especialistas em adolescência. Possui, ainda, um Galpão específico para terapias em grupo. Até o final de 2013, atendia, também, adolescentes usuários de álcool e drogas; mas este atendimento foi transferido para o CAPS ad i III Brasília. Atualmente, acolhe os adolescentes com transtorno psíquico ou vítima de violência doméstica e/ou abuso sexual, realiza testes rápidos de AIDS e disponibiliza alguns tipos de vacina aos usuários.

105. Embora não esteja no formato de CAPS, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, o Adolescentro trabalha com os mesmos fundamentos psicossociais só que aplicados a um público específico, situação esta que se



entendeu positiva, principalmente em virtude da falta de completa implantação da RAPS (fls. 123/124, Anexo II).

106. O Centro de Orientação Médico Psicopedagógica – COMPP realiza atendimento a crianças e adolescentes nas áreas de Fonoaudiologia, Neuropediatria, Neurologia, Nutrição, Psicologia, Psiquiatria e Terapia Ocupacional.

107. O COMPP, assim como o CAPS i COMPP, enfrenta dificuldades para realizar atividades coletivas devido ao reduzido espaço físico disponível (ausência de salas, espaço administrativo e refeitório adequado), embora os servidores estejam empenhados em seguir os fundamentos que norteiam o tratamento no CAPS, a limitação de espaço é restritiva (fl. 113, Anexo II).

108. O Instituto de Saúde Mental – ISM está em um amplo terreno, localizado na Regional Administrativa do Riacho Fundo II. Em prédios diferentes, comporta um CAPS I, uma Casa de Passagem, um ambulatório, uma farmácia viva, uma farmácia comum e um prédio administrativo (fls. 119/121, Anexo II).

109. A Casa de Passagem funciona como moradia para pessoas que perderam o vínculo familiar assim como para os egressos do sistema penitenciário. É dividida em duas unidades, masculina e feminina, com quartos para até quatro pessoas, sala, refeitório e cozinha com toda a infraestrutura para atendimento aos internos³⁰.

110. O Ambulatório é aberto à população, porém apresenta dificuldade de acesso. Os ônibus que chegam ao ISM saem da rodoviária do Plano Piloto às 8:00, 12:00 e 17:00 hs. Os usuários que ficam no Instituto, após a partida do último ônibus, são levados com carro da unidade até o ponto mais próximo na Regional do Riacho Fundo II.

³⁰ Estes não são uniformizados, são chamados pelos nomes, que ficam em placas nas portas dos quartos, demonstrando respeito a sua individualidade. Embora a qualidade do serviço prestado seja boa, o ideal ainda seria que esta população tivesse a oportunidade do convívio social, com novas oportunidades de socialização.



111. A farmácia viva desenvolve medicamentos fitoterápicos, não atendendo especificamente a Saúde Mental, mas toda a SES/DF. A farmácia geral, localizada no mesmo prédio do ambulatório, destina-se ao atendimento à toda população.

112. Além do espaço amplo, arborizado e agradável, o ISM demonstrou compartilhar os princípios que norteiam o CAPS, disponibilizando aos usuários possibilidades de oficinas terapêuticas, serviços técnicos específicos e atendimento humanizado e acolhedor.

113. Existe uma proposta de instalação no ISM de um Centro de Pesquisa e Capacitação de Recursos Humanos em Saúde Mental, que, atualmente, já disponibiliza cursos a todas as unidades da SES/DF. A instalação deste centro mostra-se adequada e bastante positiva para suprir a carência da SES/DF na formação contínua de seus servidores, conforme indicado no Achado 9. Registre-se que a unidade seria pioneira na América Latina e contaria com recursos provenientes de organismos internacionais para sua implantação e operacionalização. A ideia também conta com o apoio de gestores do Ministério da Saúde (Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras drogas) e da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal – FAP/DF (fls. 29/67 Anexo III).

Unidades Hospitalares

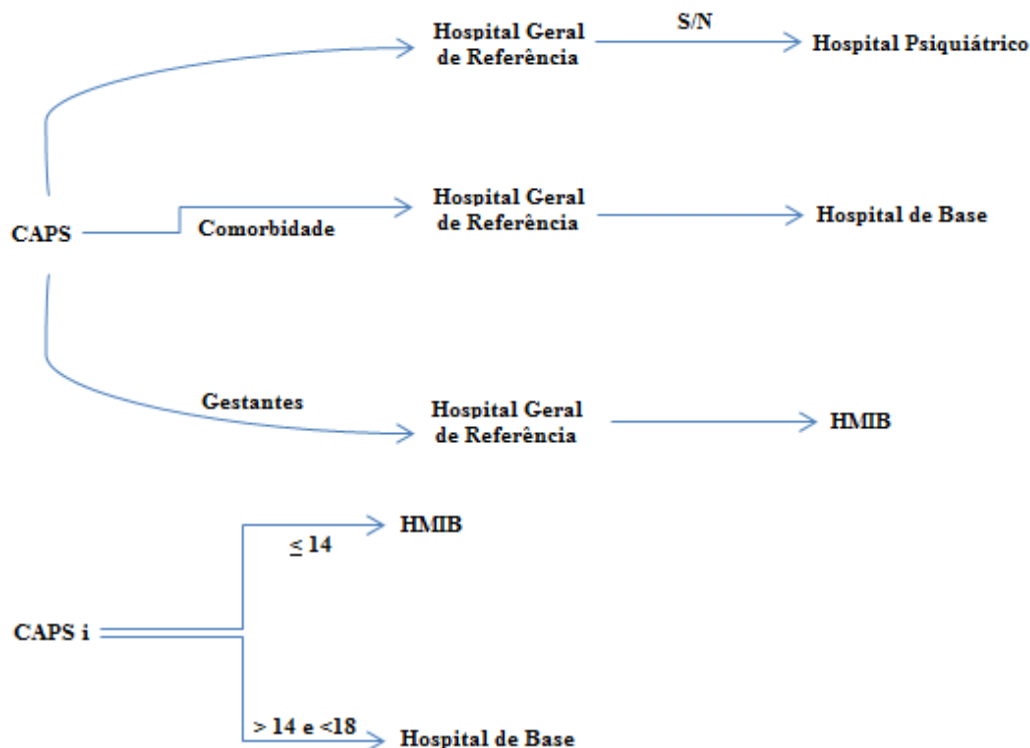
114. A Portaria SES/DF nº 185, de 12 de setembro de 2012,³¹ organiza, no âmbito do SUS-DF, as linhas de cuidado às emergências em saúde mental.

115. Em caso de crise acometida em pessoas com intenso sofrimento psíquico, mas sem abuso de álcool ou outras drogas, é recomendada a intervenção hospitalar, conforme a seguir indicado:

³¹ Distrito Federal. Portaria SES nº 185 de 12 de set de 2012. Institui as normas para Atenção às emergências em Saúde Mental no âmbito do DF. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=72381 . Acesso em: 22/05/2014.



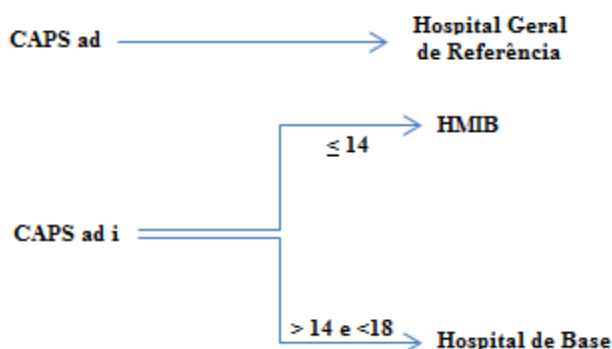
Figura 2: Fluxo de Emergência- CAPS Transtorno



Legenda: S/N : se necessário

116. Quando há dependência química a intervenção segue o seguinte fluxo:

Figura 3: Fluxo de Emergência- CAPS Álcool e Drogas



117. A Portaria GM/SM nº 148, de 31 de janeiro de 2012³², estabelece os critérios para números de leitos e ainda o incentivo financeiro para apoio à implantação do Serviço Hospitalar de Referência.

³² “Art. 9º A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento



118. Cada componente da RAPS tem uma unidade hospitalar de referência, onde lhes são disponibilizados “leitos de retaguarda”. Estes são pactuados e financiados pelo Ministério da Saúde, mas não existem fisicamente, pois apenas são disponibilizados para a Saúde Mental quando necessário.

119. O Hospital de Base – HB atende pessoas acima de 14 anos com sofrimento psíquico, usuários adultos que possuam co-morbidades (isto é, além do sofrimento psíquico, outra doença ou tratamento a realizar). Existem três áreas destinadas ao atendimento em Saúde Mental: a Emergência Psiquiátrica, a Enfermaria Psiquiátrica e a Internação. A Ala visitada nesta auditoria operacional foi a de Internação, onde os pacientes estavam serenos e não havia ambientes restritivos à sua liberdade.



Pacientes assistindo TV e repousando na Ala de internação do Hospital de Base

120. Indivíduos com idade inferior a 14 anos e gestantes que necessitem de tratamento psiquiátrico, após o primeiro atendimento em um Hospital Geral, são encaminhados para o Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB. Neste, são

ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios:

I - 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes, tendo como base a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

II - o número de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 30 (trinta) leitos;”



reservados 10 leitos de referência, mas não existem alas específicas destinadas à Saúde Mental.

121. Esta ausência de um local restrito dificulta a formação de uma equipe especializada, a realização do matriciamento e aumenta a exposição dos pacientes com sofrimento psíquico a outros com enfermidades diversas. Registre-se que, quando a equipe hospitalar julga necessário o isolamento daqueles pacientes, são retirados os demais leitos do quarto para alojar somente o indivíduo com transtorno mental.

122. O único hospital psiquiátrico da RAPS é o Hospital São Vicente de Paula - HSVP, que possui 41 leitos de emergência e 42 de internação. Tem uma estrutura física antiga, dividida em quatro prédios (internações, ambulatório, administração e galpão terapêutico), e atende em média 1.118 pacientes por mês (fl.14, Anexo III)

123. O HSVP Possui programas como o Pronto Socorro Dia - PSDia, em que os funcionários utilizam a filosofia de trabalho do CAPS durante o dia e a noite os pacientes retornam para a emergência. Este serviço só é acessível aos usuários que residem nas Regionais de Taguatinga, Ceilândia e Samambaia. Não funciona no sistema de plantão. Cada usuário tem seu profissional de saúde de referência.

124. O Programa "Sala de Visita", observado no HSVP, ampliou a possibilidade de visita dos familiares dos usuários, tentando assim aumentar o vínculo entre eles e envolvê-los no processo terapêutico. Funciona em uma galpão que fica disponível de segunda a sexta-feira, no período da manhã, sem prejuízo das visitas institucionais que continuam ocorrendo no período da tarde.

125. O "Grupo de Acompanhamento Pós-Internação – GAPI", também existente no HSVP, tem como objetivo garantir a continuidade do tratamento pós-internação, prevenindo a recaída e nova internação. É feito através de ligações telefônicas a familiares dos pacientes nos dias subsequentes a alta hospitalar.

126. O ambulatório do HSVP atende consultas na área de psiquiatria, psicologia, nutrição e serviço social³³. Ainda na sua área interna, está localizada

³³ Algumas oficinas terapêuticas estavam sendo realizadas neste prédio por ocasião da visita.



uma farmácia de atendimento à população em geral, não especificamente aos usuários do HSVP³⁴.

127. Em que pese a existência dos referidos programas, verificou-se diversos pacientes internados indevidamente por períodos longos, o que caracteriza a moradia hospitalar. A perda do vínculo familiar, a ausência de residências terapêuticas e a insuficiência de políticas de reinserção social são os principais geradores dessa situação imprópria.

128. A Portaria GM/MS nº 251/2002³⁵ estabelece os requisitos mínimos para o funcionamento de Hospitais Psiquiátricos, tais como: a existência e a realização de anotações diárias nos prontuários dos pacientes, a periodicidade das visitas dos profissionais de saúde, dentre outros. Durante a realização desta auditoria foram verificados que todos os requisitos mínimos são atendidos no HSVP.

129. Destaque-se que a reforma psiquiátrica decorrente da modificação do modelo assistencial, a Lei nº 10.216/2001³⁶ e os Relatórios Finais das 3ª e 4ª Conferências Nacional de Saúde Mental seguem a tendência mundial de eliminar da atenção à saúde mental os hospitais psiquiátricos. A ideia é fundamentada na capacidade resolutiva dos CAPS nas demandas de gravidade leve à moderada. Nos casos de maior complexidade, o paciente deve ser levado ao Hospital Geral de Referência apenas para controle da situação de crise.

130. Controlado o surto, o paciente retorna para tratamento no próprio CAPS, tendo ainda o suporte das unidades de acolhimento e das residências terapêuticas. Se todas as unidades da RAPS forem suficientes para atendimento à população e os Hospitais Gerais estiverem devidamente capacitados para atender qualificadamente aos pacientes com transtornos mentais, torna-se desnecessária a

³⁴ A aglomeração de usuários e a necessidade de disponibilizar recursos humanos do hospital para atendimento à farmácia compromete o funcionamento do Hospital, parecendo razoável um estudo para modifica-la de lugar.

³⁵ BRASIL. Portaria GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm> . Acesso em 22/05/2014.

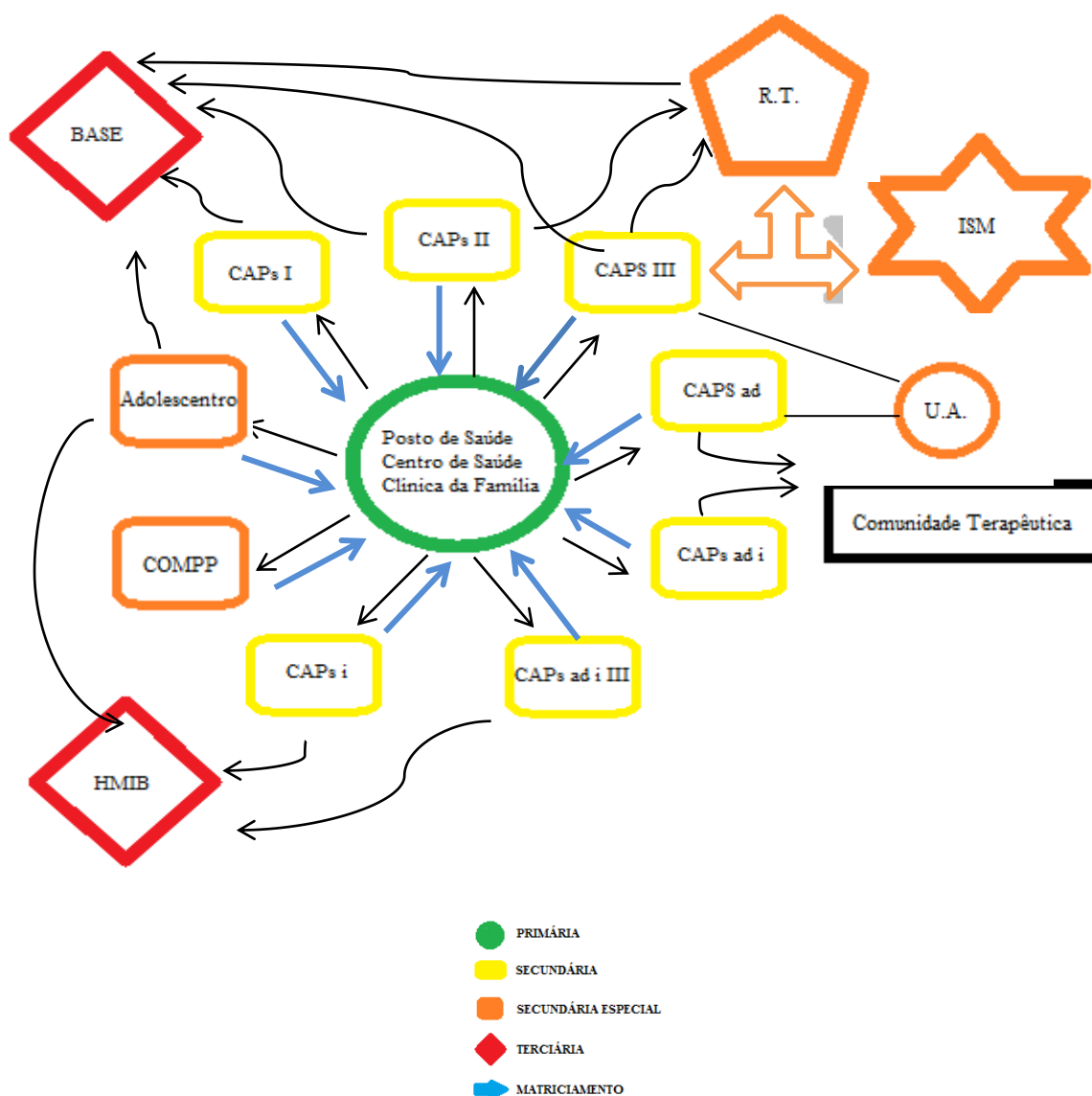
³⁶ _____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> acesso em 21 de mai. 2014.



existência de um Hospital Psiquiátrico na Rede. Este é o pressuposto dessa modelagem.

131. Um exemplo de fluxo ideal do modelo que atende às normas do Sistema Único de Saúde e aos princípios de regulação e hierarquização encontra-se a seguir:

Figura 4: Fluxo ideal da Rede de Atenção Psicossocial



Elaboração: Equipe de Auditoria

132. Assim, a Atenção Primária funcionaria como a principal porta de entrada para a RAPS e os hospitais gerais como último nível de Atenção. As residências



terapêuticas e unidades de acolhimento ofereceriam suporte aos casos especiais, que seriam tratados nos CAPS.

Causa

133. Permanência do fluxo hospitalocêntrico na RAPS, prática essa incompatível com a atual política de saúde mental, prevista na Lei nº 10.216/2001 e no PDSM.

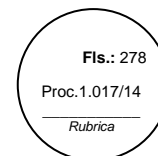
Efeitos

134. Baixa resolubilidade dos CAPS. Usuários desatendidos ou atendidos inadequadamente. Comprometimento da reinserção social. Desatendimento às diretrizes da 4ª CONASM.

Considerações do Auditado

135. A Secretaria da Saúde, em relação à organização da Rede de Atenção Psicossocial, descreveu a sua composição, conforme segue:

- Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (17 Unidades);
- Centro de Orientação-Médico Psicopedagógica – COMPP;
- Adolescente;
- Instituto de Saúde Mental – ISM;
- Unidade de Psiquiatria do HBDF;
- Núcleo de Apoio Terapêutico – NAT (Hospital Materno Infantil de Brasília);
- Hospital São Vicente de Paula – HSVP;
- Ambulatórios de Psiquiatria nos Hospitais Regionais;
- Unidade de Acolhimento de Samambaia;
- Residência Terapêutica (Riacho Fundo);
- Consultórios na Rua (Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia);
- Geração de Renda (Oficinas Terapêuticas, Box da Torre de TV);
- Atenção Domiciliar em Saúde Mental (Programa "Vida em Casa" - HSVP)."



Posicionamento da Equipe de Auditoria

136. A Secretaria apenas enumerou os componentes da Rede, já analisados por ocasião da realização dos trabalhos de campo. Assim, entende-se que não foram trazidos aos autos fatos novos que alterassem as evidências anteriormente descritas.

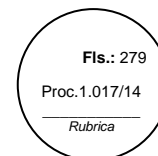
Proposições

137. Sugere-se ao egrégio plenário determinar à Secretaria de Estado de Saúde que:

- a) realize estudo e adote as providências cabíveis para estabelecer a Atenção Primária como a principal porta de entrada da Rede de Atenção Psicossocial, em substituição ao fluxo hospitalocêntrico atual, com objetivo de cumprir a política de saúde mental, prevista na Lei nº 10.216/2001 e no Plano Diretor de Saúde Mental do DF (**Sugestão III.2**);
- b) realize estudo e adote as providências cabíveis para ampliar o quadro de vagas para pacientes psiquiátricos em Hospitais Gerais, em detrimento à abertura de vagas no Hospital São Vicente de Paula (**Sugestão III.3**);
- c) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação, conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório Final de Auditoria, com objetivo de implantar as medidas supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução (**Sugestão IV**).

Benefício Esperado

138. Dotar a RAPS de uma organização centralizada na Rede de Atenção Primária de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, proporcionando um atendimento de qualidade à população.



2.2. QA 2 – A infraestrutura disponível na Rede de Atenção Psicossocial é suficiente para o adequado atendimento dos usuários?

Não. Foi constatada a inadequação das instalações físicas dos CAPS, no que se refere à estrutura, manutenção e localização. Além disso, a rede de atendimento é insuficiente, frente à demanda de serviços de atenção psicossocial. E, por fim, a escassez de profissionais e de cursos de capacitação continuada compromete o funcionamento da RAPS.

2.2.1. Achado 4 – Inadequada circulação de pacientes e informações.

Critério

139. Adequado acolhimento, referenciamento e contrareferenciamento dos pacientes da RAPS nas Redes de Atenção a Urgência e Emergência e Atenção Básica.

Análises e Evidências

140. A cobertura de serviços de Saúde foi determinada pela Resolução CIPLAN³⁷ nº 03/1981, em que se estabeleceu a oferta sistematizada de atividades que satisfaçam à população de forma contínua e acessível e que garanta o acesso da população aos diferentes níveis de atendimento à saúde.

141. A garantia do cuidado na Atenção Básica às pessoas com transtornos mentais, segundo a 4ª CONASM, é de grande relevância principalmente em relação às condições de produção do sofrimento e na qualidade de vida das pessoas e comunidades.

142. Assim, o Relatório Final da 4ª – CONASM³⁸:

*“ 457. A IV Conferência indica, também, a necessidade de **incluir a Saúde Mental como área estratégica da Atenção Primária**, assim como de promover a integralidade das ações de saúde mental, em todos os níveis de atenção, pautada na lógica da intersetorialidade, tendo como formas de organização as equipes matriciais e de referência.*

³⁷ Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

³⁸ Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf . Acesso em 22/05/2014.



458. *Dessa forma, é fundamental garantir o planejamento, o desenvolvimento, e a avaliação das ações de saúde mental – em todos os níveis de atenção, conforme suas responsabilidades – de forma intersetorial e interdisciplinar na atenção à saúde da comunidade, em parceria com outras políticas públicas e atores – por exemplo, lazer, esportes, cultura, assistência social, conselho tutelar, Ministério Público - , e **assegurar que a atenção primária seja porta de entrada da rede visando atingir 100 % de cobertura.***”(grifo nosso)

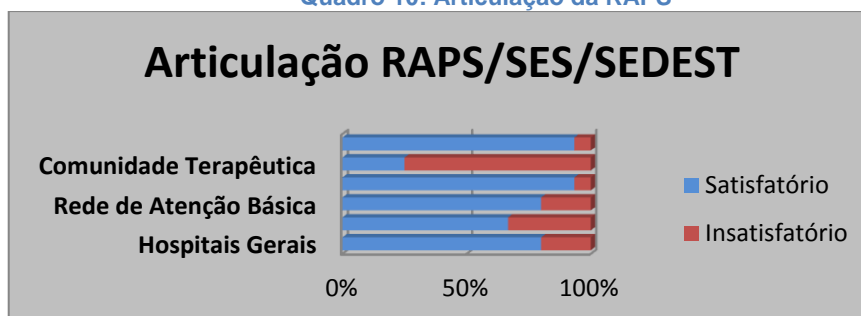
143. A regulação do sistema de referência e contrarreferência na SES/DF não está satisfatoriamente estabelecida, o que traz sobrecarga de alguns serviços em detrimento a outros. Na situação ideal, onde a Atenção Básica esteja capacitada para realizar o atendimento primário em Saúde Mental, o CAPS funcionaria como Atenção Secundária e não como porta de entrada principal para o atendimento. A Atenção Terciária (rede hospitalar) atenderia somente os casos mais graves.

144. Esta deficiência promove hoje a sobrecarga, principalmente no Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula, de pacientes que poderiam ser atendidos sem a necessidade de internação hospitalar.

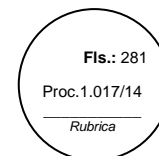
145. Outro fator de extrema relevância nesta hierarquização dos serviços é o trânsito de informações. O prontuário do paciente atendido no CAPS deveria ser acessível por outras unidades ou níveis de Atenção em que este necessitar ser acolhido. O que não ocorre.

146. Com o objetivo de verificar a coordenação entre os três níveis de atenção, aplicamos um questionário aos gestores locais, avaliando a articulação entre as unidades do CAPS e os Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos, Rede de Atenção Básica, unidades do CRAS e CREAS, Comunidades Terapêuticas e outras unidades da RAPS. Observou-se o seguinte resultado:

Quadro 10: Articulação da RAPS



Fonte: PT 2 (fls. 34/50, Anexo II)



147. Embora a avaliação dos gestores locais indique a existência de articulação com a Atenção Básica, esta refere-se ao contato de unidade para unidade. Como não há um “Regulador do Sistema”, quando o CAPS tem a necessidade de atendimento para seus usuários (procedimentos, internações ou consultas), o servidor do local entra em contato com o da outra unidade e, se possível, acorda com ele o atendimento, o que não substitui a articulação preconizada pelo Ministério da Saúde, conforme estabelecido pela NOAS-SUS 01/2002³⁹:

“ Capítulo 1

*Item 1.1. O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de **planejamento integrado**, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a **garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.**” (grifo nosso)*

148. A inexistência de matriciamento em nove das quinze unidades visitadas reflete o grave problema de articulação verificado entre os CAPS, a Atenção Básica e a Rede Hospitalar. Esta ausência é justificada pelos gestores, principalmente, pela incapacidade de locomoção e de recursos humanos. É importante frisar que esta atividade é imprescindível para o estabelecimento de uma Rede de Atendimento em Saúde Mental, conforme indicado no Achado 3.

149. Outra evidência da ausência de articulação dentro da RAPS é o fluxo de informações. Um paciente acompanhado em determinado CAPS que eventualmente necessite de atendimento em outra unidade não será atendido por um profissional que conheça seu “histórico”. Não há prontuários eletrônicos, nem mesmo um sistema que indique a ocorrência de consultas ou exames realizados. Nenhuma das unidades visitadas possui o sistema utilizado por várias outras unidades da SES/DF para gestão dessas informações (Trakcare).

³⁹ _____, Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002. Visa o aprimoramento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html . Acesso em 22/05/2014



150. Assim, o cumprimento da Lei nº 10.216/2001, onde se assegure uma rede comunitária de serviços que substitua a internação em Hospitais Psiquiátricos pelo tratamento nos CAPS, garantindo os direitos das pessoas com transtorno Mental, ainda não é efetivo no Distrito Federal.

Causas

151. Não participação da Atenção Básica como porta de entrada da RAPS. Ausência de matriciamento, inexistência de prontuários eletrônicos e não utilização do sistema de informações Trakcare para acompanhamento dos usuários da RAPS.

Efeitos

152. Sobrecarga da Atenção Secundária e Terciária. Manutenção indevida do modelo de gestão hospitalocêntrico, em detrimento ao atendimento na Atenção primária e secundária. Usuários desatendidos ou atendidos inadequadamente.

Considerações do Auditado

153. Na documentação encaminhada em anexo ao Ofício n.º 3.088/2014-GAB/SES-DF (fls. 196/226), a Secretaria teceu as seguintes considerações:

“No capítulo referente à integração entre a Atenção Primária e a Saúde Mental esta continua a ser dinamizada mediante ações de matriciamento no âmbito do DF envolvendo os CAPS e os equipamentos da atenção primária.

Com a criação do subcolegiado de matriciamento em pactuação com a Subsecretaria de Atenção Primária de Saúde (SAPS) e a Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) foram estabelecidas diversas metas de curto, médio e longo prazo conforme descrito às fls. 9 a 11, da resposta ofertada.”

154. Em relação às Metas destacadas (fls. 221/223), segue:

“METAS de CURTO PRAZO (de 1 a 6 meses)

- 1. Equipes que já estão com o Serviço de Matriciamento implantados poderão receber os profissionais de outros Serviços que ainda não estruturaram o Matriciamento para acompanhar a prática das visitas de Matriciamento.*
- 2. Alinhamento conceitual com leitura do GUIA PRÁTICO de MATRICIAMENTO em SAÚDE MENTAL, publicação do Ministério de Saúde em 2011.*



3. *Estruturação dos PROTOCOLOS e dos processos de trabalho.*
4. *Diagnóstico de cada Unidade de Saúde das necessidades do seu território de abrangência referentes à Saúde Mental e mapeamento da Rede de Atenção em SM.*
5. *Reconhecer o potencial de desenvolvimento de cada Equipe da Unidade de Saúde.*
6. *Sensibilização e pactuação com as Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) de cada Regional de Saúde.*
7. *Análise dos Indicadores de Saúde da sua regional.*

METAS de MÉDIO PRAZO (de 6 meses a 2 anos)

1. *Cursos de Capacitação em Saúde Mental para a Equipe de Matriciamento e para a Atenção Básica.*
2. *Trabalho conjunto entre todas as Unidades de Saúde de um dado Território (CAPS, CAPS AD, CAPS i, CAPS ADI, Hospitais Gerais com Leitos de SM, UPA, Hospital de Internação de Emergência (HSVP), Residências Terapêuticas e Atenção Básica).*
3. *Serviço de MATRICIAMENTO com a Atenção Básica em todos os CAPS. Cada Equipe irá determinar a meta a ser alcançada.*

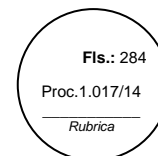
METAS de LONGO PRAZO (de 2 a 5 anos)

1. *Compartilhamento das experiências com outros estados (RIDE).*
2. *Dados longitudinais dos Indicadores de Saúde de cada Unidade de Saúde.*
3. *Investimento em Treinamento em Serviço e Cursos para Médicos (FEPECS e Residência Médica) e Residência Multiprofissional.” (grifos no original)*

Posicionamento da Equipe de Auditoria

155. Em que pese o estabelecimento de Metas para efetivação do matriciamento como política para ampliação e qualificação do atendimento à população seja de extrema relevância, no presente, não altera a constatação de que a referida política era inexistente em 9 (nove) das 15 (quinze) unidades de atendimento em saúde mental visitadas.

156. Ademais, os pré-requisitos necessários para efetivação desta política, sejam recursos humanos ou de locomoção, não foram citados pela Secretaria de Estado da Saúde nas metas destacadas.



157. A inserção do sistema de informações “Trakcare” ou a implementação do prontuário eletrônico, ambos essenciais para o sucesso desta política, também não foram elencados como providências em curso para o estabelecimento da articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica.

158. Assim, entende-se que não foram trazidos aos autos fatos relevantes que alterassem as evidências anteriormente coletadas.

Proposições

159. Sugere-se determinar à Secretaria de Estado de Saúde que:

a) implante e utilize nas unidades da Rede de Atenção Psicossocial sistemas informatizados de gestão (Trakcare e prontuário eletrônico, entre outros que entender necessários), com objetivo de adequar o acompanhamento dos seus usuários (**Sugestão II.c**);

b) realize estudo e adote providências para aprimorar a articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial, a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (**Sugestão III.4**);

c) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação, conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório Final de Auditoria, com objetivo de implantar as medidas supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução (**Sugestão IV**).

Benefícios Esperados

160. A prestação de um serviço com acesso facilitado à população, com adequado referenciamento e contrareferenciamento; a melhoria da articulação entre a RAPS/SES/SEDEST; e a garantia da continuidade e efetividade do tratamento, independente da unidade da RAPS utilizada pelo paciente.



2.2.2. Achado 5 – Insuficiência no quantitativos de unidades voltadas para o atendimento.

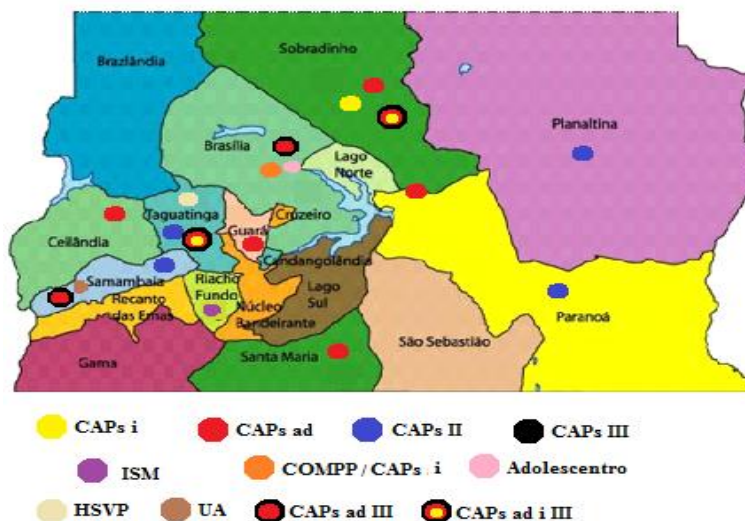
Critério

161. Compatibilidade entre a distribuição da RAPS e o perfil epidemiológico e demográfico distrital. Portaria GM/MS nº 336/2002.

Análises e Evidências

162. A Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal atualmente é formada por três unidades mistas (Adolescento, COMPP e ISM), unidades Hospitalares (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula, Hospital de Base e Hospital Materno Infantil de Brasília) e 16 (dezesseis) CAPS, conforme a seguir:

Quadro 13: Distribuição geográfica das unidades da RAPS



Elaboração: Equipe de auditoria

163. A cominação de unidades, conforme as “Orientações aos Gestores Municipais para implantação da Rede de Saúde Mental”, divulgada pelo Ministério da Saúde (PT 09, fls. 127/132, Anexo II), foi o instrumento utilizado nesta auditoria para comparar o ideal preconizado pelo MS com o encontrado na Rede de Atenção Psicossocial⁴⁰.

164. Assim, com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, a Regional de Saúde precisa dispor de uma unidade de CAPS II e CAPS ad e da Rede Básica com

⁴⁰ Como o Distrito Federal não é subdividido em municípios, conforme preconizado na referida norma, utilizamos as regionais de saúde como parâmetro de regionalização dos serviços.



ações de Saúde Mental. Se este número for superior a 200.000 habitantes são necessárias unidades de CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i, da Rede Básica com ações de Saúde Mental e de capacitação do SAMU.

165. O quadro abaixo indica as quantidades mínimas previstas na Portaria GM/SM nº 336/2002⁴¹, assim como as existentes no DF:

Quadro 14: CAPS por Regional de Saúde

| Regional de Saúde | Região Administrativa | Mínimo | Existentes | Faltantes |
|--|--|-------------------------------------|-------------------|----------------|
| Região Centro-Sul população 453.909 habitantes | Asa Sul Guará Candangolândia Lago Sul Núcleo Bandeirante Riacho Fundo | CAPS III | | CAPS III |
| | | CAPS II | CAPS II | |
| | | CAPS i | | CAPS i |
| | | CAPS ad | CAPS ad | |
| | | Atenção Básica | | Atenção Básica |
| Região Sudoeste população 683.215 habitantes | Recanto das Emas | CAPS III | CAPS III | |
| | | CAPS II | CAPS II | |
| | Samambaia | CAPS i CAPS ad | CAPS i CAPS ad | |
| | Taguatinga | Atenção Básica | | Atenção Básica |
| Região Sul população 254.505 habitantes | Gama | CAPS III | | CAPS III |
| | | CAPS II | | CAPS II |
| | Santa Maria | CAPS i | CAPS i | |
| | | CAPS ad Atenção Básica | CAPS ad | Atenção Básica |
| Região Leste população 196.789 habitantes | São Sebastião | CAPS II | CAPS II | |
| | | CAPS i | | CAPS i |
| | Paranoá | CAPS ad Atenção Básica | CAPS ad | Atenção Básica |
| Região Norte população 330.658 habitantes | Planaltina | CAPS III | | CAPS III |
| | | CAPS II | CAPS II | |
| | Sobradinho | CAPS i CAPS ad Atenção Básica | CAPS i CAPS ad | Atenção Básica |
| Região Oeste população 460.271 habitantes | Brazlândia | CAPS III | | CAPS III |
| | | CAPS II | | CAPS II |
| | Ceilândia | CAPS i CAPS ad Atenção Básica | CAPS i CAPS ad | Atenção Básica |
| Região Sudoeste população 182.561 habitantes | Brasília | CAPS II | | CAPS II |
| | | CAPS i | CAPS i | |
| | Asa Norte | CAPS ad | CAPS ad | |
| | Lago Norte | Atenção Básica | | Atenção Básica |

Elaboração: Equipe de auditoria

166. Assim, considerando o quantitativo populacional para cada Regional de Saúde, seria necessário no Distrito Federal para atingir o mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde: 4 (quatro) Caps III, 3 (três) Caps II e 3 (três) Caps i, totalizando 10 unidades para atender à Portaria nº 336/2002.

⁴¹ _____. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o estabelecimento de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf> acesso em 21 mai. 2014.



167. Cumpre-nos destacar que este mínimo está muito distante do ideal, sendo insuficiente para o atendimento adequado à população, na medida em que não levam em conta as especificidades e necessidades das unidades da RAPS.

168. Este fato é evidenciado pela proposta de estruturação da RAPS embutida no PDSM, no qual a SES/DF, já no ano de 2011, entendeu necessária a implantação de 40 CAPS (CAPS I, II, III, CAPS ad e CAPS i), cuja meta estabelecida é de 100% da capacidade instalada ao final de 2015.

169. Atualmente, embora restam apenas 18 meses para o fim deste prazo, só foram implementadas 5 novas unidades, totalizando 16 unidades, ou seja, ainda encontram-se pendentes 24 CAPS.

A não construção das unidades previstas no PDSM compromete o atendimento na Rede de Atenção Psicossocial

170. Em relação à distribuição regional dos CAPS ad, em comparação com o inquérito epidemiológico da Fiocruz, verificou-se que estão distribuídos nas áreas onde foi diagnosticada a maior quantidade de “Cenas de uso de Crack e similares no DF” (PT 8 fl. 126, Anexo II). Assim, os CAPS ad estão satisfatoriamente localizados. É importante destacar que cada CAPS atende a um público específico, razão pela qual seriam necessários em todas as Regionais de Saúde ao menos um CAPS ad, que atenderia o público adulto, e outro CAPS ad i, específico para o público infantil e adolescente.

171. A cobertura populacional dos CAPS é calculada através do indicador “Taxa de cobertura”. Esse parâmetro no Distrito Federal, em 2009, era 0,21, considerado baixo segundo o Ministério da Saúde, que preconiza como “boa” a cobertura a partir de 0,50.

172. Hoje a taxa de cobertura do Distrito Federal, em relação aos CAPS cadastrados no Ministério da Saúde, é de 0,44⁴², ainda considerada regular/baixa pelo Ministério da Saúde, conforme os seguintes parâmetros:

⁴² Utilizada população em 2010 de 2.570.160 indivíduos. PT 136 fl.27, Anexo III



Quadro 15: Critérios para qualificação da Taxa de cobertura

| Taxa de cobertura | Qualificação |
|-------------------|----------------------|
| acima de 0,70 | muito boa |
| entre 0,50 e 0,69 | boa |
| entre 0,35 e 0,49 | regular/baixa |
| de 0,20 a 0,34 | baixa |
| abaixo de 0,20 | insuficiente/crítica |

Fonte:Saúde Mental em dados – Ministério da Saúde⁴³

173. Cumpre-nos destacar que houve expressiva ampliação do Serviço da RAPS nos últimos 4 anos (vigência do PDSM 2011-2015). A evolução da taxa de cobertura de 0,21 a 0,44 demonstra um trabalho intensivo, embora ainda insuficiente, para a adequada Atenção Psicossocial no DF.

Causas

174. Não implantação do PDSM por completo. Desatendimento das Portarias GM/MS nºs 3.088/2011, 121/2012 e 336/2012, bem como da Lei Distrital nº 975/1995 e das Orientações do Ministério da Saúde para implantação da Rede de Saúde Mental.

Efeitos

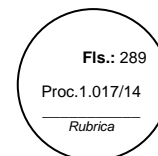
175. Ineficiência da RAPS. Fragmentação da prestação e hierarquização dos serviços. Sobrecarga das unidades existentes. Inadequação da prestação de serviço à população.

Considerações do Auditado

176. No que tange o Achado em análise, foram encaminhadas, por meio do Ofício nº 3.088/2014 – GAB/SES-DF (fls. 196/226), as seguintes informações:

“No tocante à previsão para implementação dos demais serviços de saúde mental descritos no PDSM, estão sendo realizadas gestões frente à Secretaria do Estado de Habitação, Regularização e Desenvolvimento Urbano (Sedhab) e Companhia de Desenvolvimento Habitacional do Distrito Federal (Codhab) no sentido de viabilizar nos novos assentamentos áreas disponíveis para a

⁴³ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf . Acesso em 28.mai.2014



instalação de dispositivos de saúde mental que possam dar continuidade ao incremento do Plano Diretor de Saúde Mental 2011 - 2015 SES-DF.”

Posicionamento da Equipe de Auditoria

177. As informações prestadas apenas corroboram as conclusões apontadas pela Equipe de Auditoria, ou seja, a constatação da insuficiência de unidades voltadas para o atendimento em Saúde Mental. Assim, mantém-se o posicionamento inicial.

Proposições

178. Sugere-se ao egrégio plenário determinar à Secretaria de Estado de Saúde que, em complemento às proposições indicadas no Achado nº 01:

- a) realize estudo e adote as providências cabíveis para que a Rede de Atenção Psicossocial alcance adequada distinção para atendimento específico entre públicos infantil e adulto (**Sugestão III.5**);
- b) realize estudo e adote as providências cabíveis para inibir a fragmentação da prestação e hierarquização dos serviços na Rede de Atenção Psicossocial (**Sugestão III.6**);
- c) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação, conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório Final de Auditoria, com objetivo de implantar as medidas supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução (**Sugestão IV**).

Benefício Esperado

179. Organização da RAPS centralizada na Rede de Atenção Básica de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, proporcionando um atendimento de qualidade à população.



2.2.3. Achado 6 – Inadequação das unidades para o pleno atendimento.

Critério

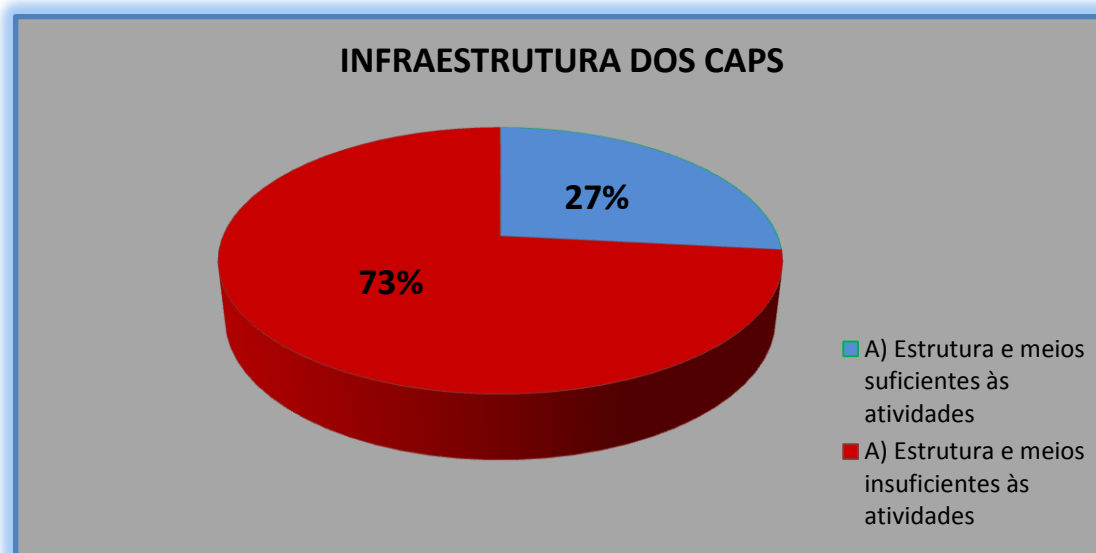
180. Manual de estrutura física para os CAPS. Portarias GM/MS nºs 615/2013, 3.088/2011, 251/2002 e 336/2002.

Análises e Evidências

181. A Portaria nº 615⁴⁴, de 15 de abril de 2013, estabelece a quantidade mínima obrigatória de ambientes, bem como suas respectivas áreas, ideais para o pleno funcionamento dos CAPS. De posse desses dados, elaborou-se o PT 1 (fls. 03/33, Anexo II) como check-list para conferência da adequação dos espaços neles disponibilizados.

182. O demonstrativo visto à fl. 03 do Anexo II deixa evidenciado quantos e quais são os ambientes existentes em cada CAPS (PT 1, fls.03/33, Anexo II). Em resumo, a aplicação do check-list gerou o seguinte resultado:

Quadro 11: Infraestrutura disponível nos CAPS



183. As unidades que atenderam a maior parte dos requisitos do Manual de Estrutura Física para os CAPS do Ministério da Saúde (fls.133/167, Anexo II) e foram

⁴⁴ _____. Portaria GM/MS nº 615 de 15 de abr. de 2013. Dispõe sobre incentivo financeiro entre outros. Disponível em : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html . Acesso em 22/05/2014.



consideradas adequadas, são: CAPS II Samambaia, CAPS ad i III Taguatinga, CAPS ad II Ceilândia e CAPS ad i III Brasília.

184. O CAPS II Samambaia foi inaugurado dia 14/02/2014, sendo planejado e construído para funcionar como CAPS III. Possui todos os ambientes e dimensões determinados na Portaria GM/MS nº 615/2013³¹.



Fachada do CAPS II – Samambaia

Refeitório do CAPS II Samambaia

185. O CAPS ad Ceilândia funciona em um imóvel locado, sem carência de espaços, sendo homologado junto ao Ministério da Saúde desde 2011. O CAPS ad i III Taguatinga foi inaugurado em 24/05/2013 e resultou de uma grande reforma em um imóvel cedido pelo GDF. Assim, também foi modificado com o intuito de atender às determinações do Ministério da Saúde. O mesmo ocorre com o CAPS ad i III Brasília, imóvel locado, mas com estrutura compatível com a operação de um CAPS.



Posto de Enfermagem - CAPS ad Ceilândia / Sala de Atividades Coletivas - CAPS ad i III Taguatinga



186. A porcentagem de CAPS do Distrito Federal que necessitam de melhorias na infraestrutura ficou em 73% (fl. 03, Anexo II). As unidades assim classificadas apresentaram como principal deficiência a falta de ambientes específicos, conforme previsto na Portaria MS/GM nº 615/2013. Outras falhas encontradas foram:

- Inexistência de rampas ou estratégias de acessibilidade;
- Prédio sem cozinhas ou refeitórios;
- Banheiros insuficientes e inadequados quanto à acessibilidade e conjugados por gênero.

187. Cabe destacar que, nesse perfil, 7 (sete) CAPS apresentaram problemas moderados de infraestrutura, passíveis de correção, são eles: CAPS II Taguatinga, CAPS II Paranoá, CAPS II Planaltina, CAPS I ISM, CAPS II ad Sobradinho, CAPS II ad Santa Maria e CAPS ad III Samambaia.

188. O CAPS II Taguatinga é reconhecido pelo Ministério da Saúde. Funciona em uma residência alugada, onde faltam espaços específicos para refeitório e salas de atendimento. O local utilizado para as oficinas terapêuticas é improvisado, pois, enquanto moradia, destinava-se à churrasqueira familiar. Por não pertencer à SES/DF e não dispor de área para construção sua adequação à Portaria GM/MS nº 615/2013 é inviável.



CAPS II Tag - Churrasqueira utilizada para Oficinas CAPS II Tag - Terraço utilizado para reuniões

189. O CAPS II Paranoá é reconhecido pelo Ministério da Saúde. Tem uma estrutura com diversos espaços de múltiplo uso, como sala de atividades coletivas e quarto de plantão, sala de arquivos e sala administrativa, refeitório e cozinha. Possui



acesso pelo mesmo portão do hospital, ficando dentro da área hospitalar (fls. 105/106, Anexo II). Sendo imóvel próprio do GDF, é viável a sua adaptação à referida norma.

190. O CAPS II Planaltina ainda está em processo de cadastramento pelo Ministério da Saúde. Não possui área de cozinha ou refeitório, o que obriga os usuários a se alimentarem ao ar livre. Embora esteja em área hospitalar possui acesso desvinculado do Hospital Regional de Planaltina. O imóvel é próprio, sendo viável a sua adequação à Portaria GM/MS nº 615/2013 (fls 106/107, Anexo II).



CAPS II Paranoá - Cozinha e refeitório

CAPS II Planaltina – área externa

191. O CAPS I ISM é reconhecido pelo Ministério da Saúde e funciona em imóvel próprio da SES/DF e que tem espaços suficientes para ofertar um atendimento de qualidade à população. Mas, atualmente, está em precárias condições de conservação, inclusive com forros caindo e vidraças quebradas, conforme registrado no Achado nº 7.

192. O CAPS ad II Sobradinho funciona em um imóvel residencial pertencente ao GDF, antigo e sem adequada conservação (Achado nº 7). Nele existem 2 banheiros interditados (há 5 anos). As salas de atendimento são insuficientes, em número e espaço, por isso possuem múltiplos usos. Se reformado ou reconstruído, pode atender à Portaria GM/MS nº 615/2013. A unidade foi reconhecida pelo Ministério da Saúde em 2008.



CAPS ad II Sobradinho –Sala de medicamentos/repouso e cozinha/refeitório

193. O CAPS ad Santa Maria foi cadastrado pelo Ministério da Saúde em 2013 e funciona em um imóvel próprio, podendo ser reformado ou reconstruído. Abrigava o “Centro do Idoso”, no passado. Seus ambientes são pequenos e de múltiplo uso, como sala de medicação, posto de enfermagem e sala administrativa e de reuniões.



CAPS ad SM - Sala de reunião e administrativa CAPS ad SM - Sala de medicação e repouso

194. O CAPS ad III Samambaia também foi reconhecido pelo Ministério da Saúde em 2013. Está em um imóvel locado e possui problemas de acessibilidade: o prédio de quatro andares não possui elevador nem rampas de acesso.

195. Por fim, 4 (quatro) CAPS foram considerados impróprios ao atendimento, na medida em que apresentam menos de 50% dos ambientes previstos na Portaria GM/MS nº 615/2013 e os espaços existentes não tem condições adequadas de atendimento. Os problemas encontrados foram, principalmente: áreas com tamanho impróprio (reduzidas), usos múltiplos em vários espaço, falta de banheiros e diversas falhas de manutenção, conforme indicado no Achado 7. As 4 (quatro) unidades



assim evidenciadas foram: CAPS II ad Guará, CAPS ad Itapuã, CAPS i Sobradinho e CAPSi/COMPP.

196. O CAPS ad II Guará funciona em um imóvel emprestado pela APAE, em virtude da impossibilidade de operar em seu edifício próprio, que necessita de urgente reforma por oferecer risco à integridade física dos usuários. O imóvel atual também não está em condições satisfatórias de uso, sendo requerido pela APAE para ser por ela reformado. Foi reconhecido pelo Ministério da Saúde desde 2005, mas, se reavaliado, não manteria o credenciamento nas condições atuais, pois não atende aos termos da Portaria GM/MS nº 615/2013.



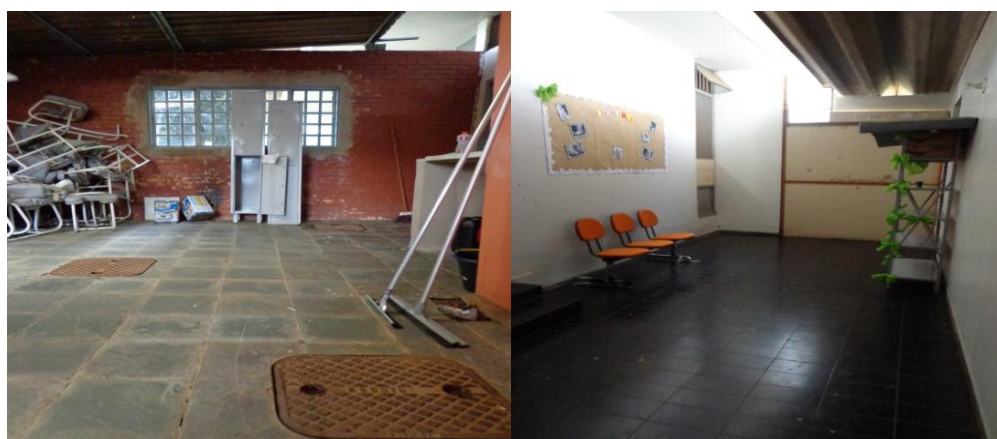
CAPS ad II – Guará - Faixa avisando o funcionamento temporário neste local

197. O CAPS ad Itapuã foi reconhecido em 2013 pelo Ministério da Saúde. Possui uma estrutura restrita, onde vários espaços são de múltiplo uso. Não há refeitório, as alimentações são servidas na sala de atendimento coletivo. A sala de medicação, posto de enfermagem e a sala de atendimento individualizado dividem o mesmo espaço. O imóvel é próprio, localizado dentro do perímetro da Administração Regional de Itapuã, portanto passível de ser reformado ou reconstruído.



CAPS ad Itapuã - Espaço utilizado para alimentação e Sala múltiplos usos

198. O CAPS i Sobradinho foi inaugurado a aproximadamente um ano e ainda não foi reconhecido pelo Ministério da Saúde. Está instalado em imóvel próprio, a antiga “Casa do Administrador”, apresentando diversos problemas estruturais que podem afetar o desenvolvimento de trabalhos com crianças. Possui lâmpadas nas paredes em altura baixa, paredes com pedras pontiagudas, vidros em diversos recintos, escadas, mobiliário antigo da SES/DF indevidamente estocado em sala de fácil acesso, ausência de porta na saída da unidade (há um tapume de madeira para evitar fugas e invasões), restos de construção na área externa da unidade, e até banheiro sem instalação hidráulica na sala de atendimento.



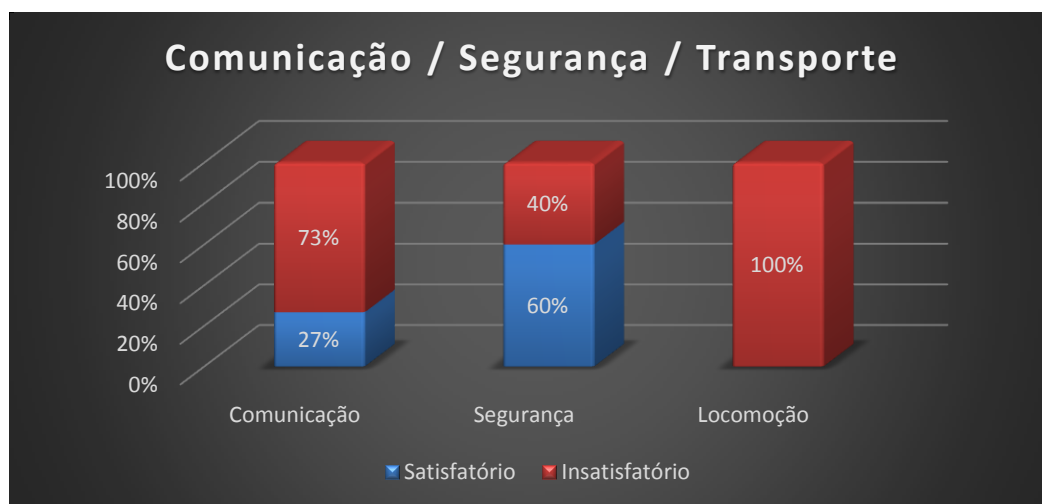
CAPS i Sobradinho - Guarda de material acessível às crianças e porta de tapume

199. Outros fatores importantes em relação à infraestrutura dos CAPS foram analisados através do PT 5 (fls. 85/102, Anexo II). Estes são: comunicação (telefonia, computadores e internet), segurança e transporte (veículo e motorista).



200. A análise foi feita através da aplicação de questionário, no qual o gestor local qualificou os três itens analisados como satisfatórios ou insatisfatórios (PT 5 fls. 85/102). Os dados obtidos estão representados no gráfico a seguir:

Quadro 12: Situação dos serviços de comunicação, segurança e Transporte



201. Os problemas relatados pelos gestores em relação à comunicação (73% de insatisfação) variam entre as unidades entrevistadas, sendo o ponto comum a falta ou a precariedade do acesso à internet. Outros fatores de insatisfação relatados foram: insuficiência de equipamentos de informática, ausência de suporte técnico e a existência de poucas linhas telefônicas. Registre-se que a não correção dessas falhas impossibilitam a instalação do sistema Trakcare e, por conseguinte, a adequada articulação entre as unidades da RAPS (conforme indicado no Achado nº 4)

202. Quanto à segurança (40% de insatisfação) o principal motivo alegado foi a insuficiência de vigilantes, especialmente em lugares amplos como o ISM ou de grande exposição a riscos, como os CAPS ad.

203. A insatisfação vinculada ao transporte de usuários ou profissionais de saúde reside na ausência de motoristas. Registre-se a relevância desse serviço aos CAPS, na medida em que dele depende a realização do matriciamento (as equipes devem ir à Atenção Básica), das visitas domiciliares, da execução de atividades de socialização; enfim, práticas que fazem parte diretamente da proposta de desinstitucionalização hospitalar do CAPS.



204. Por derradeiro, deve-se destacar que a grande maioria das unidades possui veículo próprio (tipo Kombi) para transporte. Tais kombis se encontram em boas condições de uso (a única danificada está vinculada ao CAPS II Planaltina) e, segundo os gestores, atendem satisfatoriamente a demanda, se houver motoristas (fl. 208, Anexo I).

Causas

205. Locação e utilização de imóveis impróprios para funcionar como CAPS. Falta de planejamento e recursos para adaptar, reformar ou reconstruir os imóveis impróprios para a instalação de CAPS. Equipamentos e serviços de informática insuficientes. Suporte técnico e serviços de segurança precários. Ausência de profissionais do quadro de motoristas com lotação nos CAPS.

Efeitos

206. Não credenciamento pelo Ministério da Saúde dos CAPS pela ausência de condições mínimas satisfatórias. Riscos de descredenciamento das unidades incompatíveis com a Portaria GM/SM nº 615/2013. Comprometimento quantitativo e qualitativo do atendimento dos usuários.

Considerações do Auditado

207. Por meio do Ofício nº 3.088/2014-GAB/SES-DF (fl.196) e anexos, houve a manifestação da Secretaria de Estado da Saúde acerca da melhoria das instalações físicas das unidades da RAPS. A Pasta relata a atuação de processos para reestruturação e transferência de unidades:

- *CAPS III (transtornos metais-adultos) – Samambaia. Conforme Processo nº 060.012.660/2008 a construção foi concluída e o mesmo inaugurado em janeiro de 2014.*
- *CAPS ad III – Santa Maria. Processo nº 060.012.659/2008, encontra-se na lista de prioridades da SES-DF para construção da sede definitiva.*
- *CAPS II – Planaltina. A complementação do seu espaço físico está com projeto finalizado aguardando dotação orçamentária para entrar em processo de licitação com a edificação de um banheiro e uma sala multiuso.*



- *CAPS ad II – Guará. Foi concluída a manutenção da sua área física no Centro de Saúde n° 02 do Guará, estando finalizado o projeto da sua sede definitiva e aguardando dotação orçamentária.*
- *CAPS II (trantornos adultos) – Paranoá. A cessão de uso do imóvel foi validada oficialmente pelo Coordenador-Geral de Saúde daquela regional e encontra-se em andamento o projeto de ampliação de edificação. Mantêm-se funcionando regularmente.*
- *CAPS II (trantornos adultos) – Taguatinga Sul. Regularizada a situação do aluguel. Deverá se manter no local onde se encontra instalado, aguardando dotação orçamentária para edificação de sua sede definitiva.*
- *CAPS ad III – Ceilândia. Transferido para espaço de 1.000 m2 e funcionando regularmente e interruptamente.*
- *CAPS ad II – Sobradinho. Estabilizada a equipe, foi revalidado seu cadastramento pelo Ministério da Saúde. Encontra-se aguardando dotação orçamentária da SES-DF para construção da sede definitiva.*
- *CAPS i Sobradinho. Aguardando a contratação de funcionários para ampliação da equipe e dotação orçamentária para as obras de reforma.*
- *CAPS i — Recanto das Emas. Aguardando a contratação de servidores para ampliação da equipe.*
- *Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do DF- Ala de Internação. Encontra-se em processo de finalização a obra de manutenção e reparos, estando seu funcionamento previsto para outubro de 2014. Foi autuado processo para sua ampliação, aguardando dotação orçamentária.*

Posicionamento da Equipe de Auditoria

208. Em que pese a jurisdicionada ter se manifestado sobre todas as unidades com problemas estruturais, a situação por ela apresentada em nada difere da encontrada durante a execução da presente auditoria, conforme segue:



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

Fls.: 300
Proc.1.017/14
Rubrica

| Unidade | Informações SES/DF | Auditoria nº 1.017/2014 |
|---------------------------|--|---|
| CAPS III - Samambaia | Conforme processo nº 060.012.660/2008 a construção foi concluída e o mesmo inaugurado em janeiro de 2014. | Funciona como CAPS II por falta de recursos humanos |
| CAPS AD III - Santa Maria | Processo nº 060.012.659/2008, encontra-se na lista de prioridades da SES-DF para construção da sede definitiva. | Problemas moderados de infraestrutura |
| CAPS II - Planaltina | A complementação do seu espaço físico está com projeto finalizado aguardando dotação orçamentária para entrar em processo de licitação com a edificação de um banheiro e uma sala multiuso. | Problemas moderados de infraestrutura |
| CAPS AD II - Guará | Foi concluída a manutenção da sua área física no Centro de Saúde nº 02 do Guará, estando finalizado o projeto da sua sede definitiva e aguardando dotação orçamentária. | Necessário reforma ou construção de nova sede |
| CAPS II - Paranoá | A cessão de uso do imóvel foi validada oficialmente pelo Coordenador-Geral de Saúde daquela regional e encontra-se em andamento o projeto de ampliação de edificação. Mantêm-se funcionando regularmente. | Acesso em área hospitalar entre outras falhas |
| CAPS II - Taguatinga | Regularizada a situação do aluguel. Deverá se manter no local onde se encontra instalado, aguardando dotação orçamentária para edificação de sua sede definitiva. | Ausência de espaços previstos na portaria nº 3.088/2011 |
| CAPS AD III - Ceilândia | Transferido para espaço de 1.000 m2 e funcionando regularmente e interruptamente. | Ausência de espaços previstos na portaria nº 3.088/2011 |
| CAPS AD II - Sobradinho | Estabilizada a equipe, foi revalidado seu cadastramento pelo Ministério da Saúde. Encontra-se aguardando dotação orçamentária da SES-DF para construção da sede definitiva. | Imóvel residencial antigo e sem a adequada manutenção |
| CAPS i - Sobradinho | Aguardando contratação de funcionários para ampliação da equipe e dotação orçamentária para obras de reforma. | Apresenta problemas estruturais que o torna incompatível com o atendimento a crianças |
| CAPS i - Recanto das Emas | Aguardando a contratação de servidores para ampliação da equipe. | Não havia iniciado as atividades durante a realização da auditoria |
| Hospital de Base | Ala de Internação. Encontra-se em processo de finalização a obra de manutenção e reparos, estando seu funcionamento previsto para outubro de 2014. Foi autuado processo para sua ampliação, aguardando dotação orçamentária. | Aguardando manutenção |



209. Assim, a equipe de auditoria mantém o seu entendimento de que compete à SES/DF adotar providências para adequar a infraestrutura das unidades das unidades da RAPS às diretrizes do Ministério da Saúde.

Proposições

210. Sugere-se ao egrégio Plenário determinar à Secretaria de Estado de Saúde que:

a) realize estudo e adote as providências cabíveis para adequação de todas as unidades existentes na RAPS às normas do MS (Portarias GM/MS nºs 615/2013, 3.088/2011, 251/2002 e 336/2002), evidenciando as unidades que serão reformadas, reconstruídas, transferidas de localização, etc (**Sugestão III.1.ii**);

b) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação, conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório Final de Auditoria, com objetivo de implantar a medida supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução (**Sugestão IV**).

Benefício Esperado

211. As unidades da RAPS estarão adequadas ao atendimento à população, de acordo com os critérios do MS.

2.2.4. Achado 7 – Manutenção e Conservação precárias.

Critério

212. Adequada manutenção e conservação das instalações de prestação de serviço público.

Análises e Evidências

213. Nas visitas realizadas às unidades da RAPS verificou-se a precariedade na manutenção e conservação predial, de um modo geral. Os gestores responsáveis pelas unidades relataram diversos problemas, sendo que as principais queixas



referem-se à intempestividade no atendimento das demandas requeridas à SES/DF e à falta de autonomia na gestão dos serviços de manutenção e conservação.

214. Os contratos de manutenção e conservação e, conseqüentemente, seus respectivos recursos, são divididos por regionais de saúde e geridos pelo Hospital Geral vinculado à regional. Entende-se ser essa uma, senão a maior, causa da falta de tempestividade na solução dos problemas observados nesta auditoria operacional.

215. Por exemplo, a área de internação do HSVP, em especial a masculina, encontra-se em péssimo estado de conservação e com iluminação insuficiente. O gestor alegou a falta de profissionais de manutenção (só dispõe de um funcionário para manter os quatro edifícios da unidade). O hospital também é incluído no contrato de manutenção por Regional de Saúde, assim, suas demandas levam períodos longos para serem atendidas, pois não são priorizadas.

216. Grande parte das unidades apresenta problemas hidráulicos, elétricos, falhas nos revestimentos das paredes (pintura e/ou reboco), vidros quebrados, dentre outros problemas. A maioria apresenta baixa complexidade de reparo, mas, segundo os gestores locais, em razão da centralização da gestão dos contratos (e dos recursos na Regional de Saúde), a demanda demora a ser atendida. Seguem alguns exemplos:



Forro caindo e vidraças quebradas no ISM



Banheiro sem porta e porta corroída no CAPS ad Guará.

217. A descentralização da execução dos contratos de manutenção e conservação, bem como a definição dos valores dotados para cada unidade, tornando o gestor local responsável pela hierarquização de suas prioridades e adequando-as a verbas disponíveis, melhoraria o prazo e a qualidade da sua execução.

218. Também foi destacado pelos gestores locais a existência de problemas quanto à lavanderia e à limpeza. Os CAPS são dependentes dos Hospitais Gerais localizados na Regional de Saúde para lavagem das roupas de cama e outros itens análogos. O problema da lavanderia na SES/DF não é recente e ainda está sem solução definitiva (vide Processos nº 1.197/2008 e 14.398/2013). A estratégia para remediar a falha, atualmente, é a utilização de presidiários via Fundação de Apoio ao Preso – FUNAP, embora em algumas unidades exista a terceirização dos serviços.

219. Quanto ao serviço de limpeza, o principal problema relatado é a sua insuficiência. Este é realizado por empresas terceirizadas e em algumas unidades não há equipe destinada especificamente, socorrendo-se do existente em uma unidade da SES/DF próxima. Assim, como relatado no CAPS III ad Samambaia, quando há falta de um funcionário da empresa de limpeza, inexistente substituição. Seria necessária a revisão dos contratos e o estabelecimento de uma equipe para cada Unidade da RAPS, ao menos.



220. Por fim, cumpre indicar que, independente da escolha da SES/DF sobre a gestão centralizada ou descentralizada dos recursos e contratos, faz-se necessária a execução imediata de reparos nas unidades da RAPS, a fim de afastar os riscos à integridade física dos usuários verificados durante a presente auditoria operacional.

Causas

221. Insuficiente orçamento para manutenção e conservação da RAPS. Falta de autonomia para a RAPS gerir os contratos de manutenção e conservação.

Efeitos

222. Unidades em situação precária quanto à conservação e manutenção. Comprometimento quantitativo e qualitativo do atendimento aos usuários.

Considerações do Auditado

223. Na documentação encaminhada pela Secretaria, em anexo ao Ofício n.º 3.088/2014-GAB/SES-DF (fls. 196/226), não houve manifestação específica acerca das falhas tratadas neste Achado de Auditoria.

Posicionamento da Equipe de Auditoria

224. Ante a ausência de justificativas, mantém-se o posicionamento da equipe de auditoria, conforme registrado no tópico "*Análise e Evidência*".

Proposições

225. Sugere-se ao egrégio Plenário determinar à Secretaria de Estado de Saúde que:

a) garanta que, nos contratos de manutenção e conservação, as necessidades da Rede de Atenção Psicossocial sejam tempestivamente atendidas, adotando, por exemplo, dotação e executores específicos para as unidades da RAPS (**Sugestão II.d**);

b) elabore estudo e adote as providências cabíveis com objetivo de dotar as unidades da RAPS de serviços de lavanderia compatíveis com suas necessidades e em ambiente adequado, preferencialmente distinto dos hospitais gerais (**Sugestão III.7.i**);



c) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação, conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório Final de Auditoria, com objetivo de implantar as medidas supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução (**Sugestão IV**).

Benefícios Esperados

226. Unidades da RAPS adequadas ao atendimento à população e sua manutenção adequada e tempestiva.

2.2.5. Achado 8 – Deficiências na Gestão de Pessoas.

Critério

227. Compatibilidade entre o quantitativo de Recursos Humanos existentes na RAPS com as diretrizes do Ministério da Saúde por especialidade e lotação. Existência e implementação satisfatória de programas de capacitação.

Irregularidade I : Escassez de Recursos Humanos

Análises e Evidências

228. O atendimento oferecido nos diversos tipos de CAPS é basicamente o mesmo, diferindo apenas quanto ao objeto, público-alvo e quantidade de atendimentos dia. Esses são essencialmente:

- Atendimento individualizado;
- Atendimento em grupo;
- Atendimento à família;
- Oficinas Terapêuticas;
- Visitas domiciliares;
- Atividades coletivas;
- Fornecimento de Refeições.



229. Em especial os CAPS ad devem oferecer condições para repouso e desintoxicação ambulatorial dos pacientes que não necessitem de atenção hospitalar.

230. O Ministério da Saúde preconiza, através da Portaria GM/MS nº 336/2002⁴⁵, a equipe mínima para atendimento nos CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPS ad II, conforme a seguir:

" (...) 4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de **30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia**, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (...)” (grifo nosso)

231. Assim, considerando os CAPS existentes no Distrito Federal (1 CAPS I; 4 CAPS II; 2 CAPS i; 4 CAPS II ad; 3 CAPS III ad; 2 CAPS III ad i) e utilizando por simetria o preconizado para unidades similares⁴⁶, o total de horas necessárias para o atendimento à referida norma é de:

- 1000 horas/semana de médico psiquiatra;
- 1000 horas/semana de enfermeiros;
- 2560 horas/semana de profissionais de nível superior;
- 3280 horas/semana de profissionais de nível médio.

232. Segundo informações recebidas em resposta à Nota de Auditoria nº 04, (fl. 208; anexo I) com a especificação da quantidade de servidores lotados em CAPS do Distrito Federal, realizamos a seguinte comparação:

⁴⁵ ⁴⁵ _____. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 . Dispõe sobre o estabelecimento de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf> acesso em 21 mai. 2014.

⁴⁶ Consideramos o mínimo estipulado na supracitada portaria, estendo a unidades que não constavam nesta.

**Quadro 16: Quantidade de servidores lotados nos CAPS em horas/semana**

| Especialidade | Portaria 336/02 | NA 04 | Diferença |
|--------------------------------|-----------------|-------------|-----------|
| Médico | 1000 hs/sem | 640 hs/sem | 360 |
| Enfermeiro | 1000 hs/sem | 780 hs/sem | 220 |
| Profissional de Nível Superior | 2560 hs/sem | 4544 hs/sem | 1984 |
| Profissional de Nível Médio | 3280 hs/sem | 2152 hs/sem | 1128 |

Fonte: SES/DF fl. 208, Anexo I

233. Assim, para atender aos mínimos estabelecidos na supracitada portaria faltam 360 horas médicas, 220 horas de enfermagem e 1128 horas de profissionais de nível médio, por semana. Na realidade a defasagem é ainda maior em razão da sobrecarga de usuários para cada unidade devido à RAPS estar incompleta (Achado nº 5), pois existem 16 CAPS quando o PDSM prevê 40.

234. Aparentemente observa-se mais horas disponíveis de profissionais de nível superior do que o preconizado pelo Ministério da Saúde, o que pode levar a supor algum erro metodológico no exame. Todavia, tais profissionais exercem diferentes funções, como Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Assistente Social e Farmacêutico, entre outras, todas necessárias ao funcionamento da RAPS. Assim, não suprem a carência de Médicos Psiquiatras, Enfermeiros ou Técnicos Administrativos, por serem ocupações distintas.

235. Cumpre indicar que o parâmetro utilizado foi estipulado visando um atendimento de no máximo: “30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia”, o que é muito inferior à demanda de atendimentos na maioria dos CAPS do DF (fls. 119/121, Anexo 1).

236. Sobre a matéria, foi aplicado questionário aos gestores locais, visando qualificar como satisfatória ou insatisfatória a disponibilidade de recursos humanos, para cada uma das especialidades envolvidas (PT 04, fls. 68/84 do Anexo II). Segue a consolidação das informações obtidas:

**Quadro 17: avaliação dos gestores acerca da suficiência de recursos humanos**

Fonte: PT 04, fls. 68/84 do Anexo II.

237. Corroborando a situação de insuficiência alegada pelos gestores, existem unidades da RAPS trabalhando abaixo da capacidade instalada em virtude da falta de servidores. Esta situação foi verificada no CAPS ad i III Brasília e CAPS III Samambaia, ambos funcionando como CAPS II, e no CAPS ISM, onde há capacidade instalada para atender como CAPS III, mas não funcionários.

238. As condições encontradas em algumas unidades, além de incompatíveis com o atendimento de pessoas com transtorno mental, sobrecarregam a equipe de trabalho. Os gestores locais alegaram grande incidência de atestados e licenças médicas e a inexistência de um profissional que cubra os afastamentos legais, prejudicando o atendimento à população.

239. No quadro de funcionários lotados nos CAPS só restam 6 motoristas (fl. 208, Anexo I), todos lotados no ISM. As demais unidades da RAPS alegaram falta deste profissional (PT 05 fls. 85/102, Anexo II). Assim, o transporte depende de funcionários dispostos a conduzir o veículo e de autorização da SES/DF para tal.

240. O servidor não motorista deixa de realizar suas atividades dentro da unidade para conduzir os veículos com os usuários ou demais profissionais de saúde que necessitam de transporte. Além do eventual desvio de função, não há relação de obrigatoriedade estabelecida, ensejando a precariedade da realização do serviço.

241. Outro fator limitante para o adequado desempenho da RAPS é a ausência de artesãos e oficinairos. Grande parte das unidades visitadas conta com trabalho



voluntário para suprir esses profissionais na realização de tais atividades, o que não coaduna com a diretriz de reinserção social, prevista nas Leis nºs 975/1995 e 10.216/2001.

Causas

242. Não realização de concurso público em quantidade suficiente para profissionais de saúde e outros para atender as demandas das unidades da RAPS.

Efeitos

243. Unidades com equipes insuficientes. Sobrecarga dos funcionários. Impossibilidade de efetiva consolidação da RAPS. Comprometimento quantitativo e qualitativo do atendimento aos usuários.

Irregularidade II :Reduzida oferta de cursos de capacitação e qualificação

Análises e Evidências

244. Segundo o Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, a oferta de educação permanente em Saúde Mental é parte integrante, corresponsável pela organização e consolidação da RAPS.

245. Em complemento à atividade de capacitação externa, o matriciamento consiste na supervisão e discussão dos casos em conjunto, nos três níveis de atenção à saúde. Especificamente na Atenção Primária, o matriciamento aumenta a capacidade resolutiva da Unidade Básica de Saúde, assim como a qualidade do atendimento à população.

246. As ações de capacitação e qualificação continuada dos profissionais de saúde mental não foram consideradas satisfatórias pelos gestores. Em sua grande maioria estes alegaram necessidade da disponibilização de cursos. Como resposta ao questionário aplicado, das 15 (quinze) unidades visitadas, 9 (nove) alegaram não fazer matriciamento, por motivos diversos (PT 4 fls.69/84, Anexo II). A unidade que merece destaque neste item específico é o Instituto de Saúde Mental - ISM. O gestor local alegou matriciamento de 100% da sua regional de saúde.

O Projeto de Centro de Capacitação no ISM pode solucionar a deficiência em capacitação e qualificação na Rede de Atenção Psicossocial



Causas

247. Ausência ou não efetivação do planejamento de capacitação e qualificação continuada, combinada com a inexistência de um Centro de Capacitação, responsável por organizar e programar a política de aperfeiçoamento dos profissionais da RAPS.

Efeitos

248. Servidores despreparados para o trabalho em Saúde Mental em todos os níveis de Atenção. Comprometimento do matriciamento com sobrecarga dos CAPS.

Considerações do Auditado

249. Quanto à escassez de Recursos Humanos, foram encaminhadas por meio do Ofício nº 3.088/2014 – GAB/SES-DF (fls. 196/226), as seguintes considerações:

“No que concerne à situação das equipes das Unidades e sua conformação com as disposições da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, nestes três anos e nove meses de gestão foram realizados 02 (dois) concursos públicos para psiquiatras e 03 (três) chamadas para contrato temporário destinado a psiquiatra conforme TAC (Termo de Ajuste de Conduta) pactuado frente ao Senhor Juiz da 8ª Vara da Fazenda Pública do TJDF, Ministério Público do DF e Territórios (MPDFT), Procuradoria do DF e Defensoria Pública do DF.

Em 07 de setembro de 2014 foi realizado Concurso Público para provimento dos vários quadros da SES-DF incluindo as categorias profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde mental. Aguarda-se o resultado, decorridos os prazos legais e a superação das restrições inerentes ao período eleitoral para ser iniciada a contratação.”

250. Em relação à reduzida oferta de cursos de capacitação e qualificação, segue a manifestação da jurisdicionada:

“No contexto da organização e disponibilização de cursos de capacitação para os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial foram criados em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça SENAD/MG 03 (três) Centros Regionais de Referência localizados na Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências



da Saúde ESCS/FEPECS da SES-DF, UNB Campus Darcy Ribeiro e Campus da Ceilândia para capacitação de profissionais no atendimento a usuários de álcool, crack e outras drogas, (...)

(...)

Dentre as ações de capacitação das diversas áreas de atuação da Saúde Mental destacamos:

- Promoção de Curso de Iniciação a abordagens em Álcool e outras Drogas, que trate de redução de danos sociais e à saúde, entrevista motivacional e intervenção breve, destinado a profissionais das redes SUS e SUAS e Projetos 'Picasso não Pichava' e 'Esporte à Meia Noite'; parceria entre SEJUS, ESCS/SES, SEDEST, SSP e SCA;*
- Realização de Curso de Especialização na Atenção ao Adolescente em Uso de Álcool e Outras Drogas; promovido pela SES;*
- Capacitação e sensibilização das equipes de Urgência e Emergência dos Hospitais Gerais na especificidade álcool e drogas;*
- Capacitação para monitores de Comunidades Terapêuticas, conforme exigência da RDC n°. 101/ANVISA; parceria entre SEJUS e ESCS/SES;*
- Capacitação de Palestrantes em Prevenção ao Uso Indevido de Álcool e outras Drogas; parceria entre SEJUS e ESCS/FEPECS/SES-DF;*
- Curso de Especialização em álcool e outras drogas; parceria entre SEJUS e ESCS/FEPECS/SES-DF;*
- Capacitações de Equipes sobre Prevenção do Suicídio;*
- Realização de três edições da Jornada de Prevenção do Suicídio do DF.”*

Posicionamento da Equipe de Auditoria

251. A Secretaria reconhece a necessidade de ampliação dos recursos humanos e descreve as condutas tomadas com a intenção de suprir estas carências, embora estas não tenham atendido integralmente as necessidades da Rede de Atenção à Saúde Mental.

252. Em relação à necessidade de formação e capacitação continuada, em que pese o gestor ter elencado diversos eventos, estes não são suficientes para



capacitar satisfatória e continuamente as equipes de Saúde Mental, assim como as de Atenção Primária, nos termos requeridos pelos gestores locais por ocasião da execução desta auditoria (§247).

253. O estabelecimento de uma política específica para capacitação e formação para os servidores da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção Básica é necessária para o atendimento e o encaminhamento qualificados.

254. Assim, entende a equipe de auditoria, que a SES/DF deva aprimorar a gestão de Recursos Humanos vinculados às unidades da RAPS.

Proposições

255. Sugere-se ao egrégio Plenário determinar à Secretaria de Estado de Saúde que:

- a) priorize a realização de concursos públicos e contratações emergenciais com o objetivo de suprir as necessidades da Rede de Atenção Psicossocial nas unidades existentes, assim como nas demais unidades previstas no Plano Diretor de Saúde Mental do DF(**Sugestão II.e**);
- b) realize estudos e adote as providências cabíveis com o objetivo de estabelecer e implantar uma política permanente e continuada capacitação dos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (**Sugestão III.8**);
- c) realize estudos e adote as providências cabíveis para institucionalizar e efetivar o projeto de implantação de um Centro de Capacitação em Atenção Psicossocial no Instituto de Saúde Mental, com objetivo de organizar e programar a política de aperfeiçoamento dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (**Sugestão III.9**);
- d) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação, conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório Final de Auditoria, com objetivo de implantar as medidas supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão



executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução (**Sugestão IV**).

Benefícios Esperados

256. Quadro de profissionais lotado na RAPS em quantidade suficiente para o atendimento adequado à população; servidores permanentemente capacitados para atuar na RAPS; e estabelecimento de um local apropriado para a contínua capacitação dos servidores da RAPS.

2.3. QA 3 – A Rede de Atenção Psicossocial promove a reinserção social dos usuários?

Não. Na RAPS as ações de reinserção social são insuficientes em função da ausência de planejamento e da execução de programas e ações que a promovam.

2.3.1. Achado 09 – Baixa implementação de programas de reinserção social

Critério

257. Implementação satisfatória de programas que visem à reinserção social conforme previsto no PDSM.

Análises e Evidências

258. O Centro de Referência em Assistência Social – CRAS é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, entre outros)⁴⁷.

259. A articulação entre as unidades da RAPS e a Rede CRAS e CREAS é essencial para a efetividade das ações de tratamento e de reinserção social, tanto em casos de dependência química, como de outros sofrimentos psíquicos.

⁴⁷

<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/creas>
<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/cras> consultado em 19/05/2014.



260. O tratamento médico-psicológico e as atividades de reinserção precisam ser realizadas em conjunto e tem por objetivo a reconstrução dos vínculos e identidade perdidos, capacitando o indivíduo à reinserção social.

261. Com o intuito de avaliar a ocorrência desta articulação aplicou-se um questionário em que os gestores qualificaram o nível de articulação entre a RAPS e a Rede CRAS e CREAS como satisfatória e insatisfatória. O resultado foi que 92% dos gestores a consideram satisfatória.

262. Em que pese este resultado ser positivo para a avaliar a realização de atividades de reinserção social, outras ações e projetos são relevantes e não se encontram presentes na RAPS. São eles:

- Participação no “Programa Vida em Casa”;
- Promoção de projetos de economia solidária associados a Saúde Mental;
- Promoção de ações de inclusão digital dos usuários;
- Promoção de ações e práticas que visem à desconstrução do preconceito com relação aos transtornos mentais e adicção.

263. É importante destacar que não são todas as unidades que promovem cursos profissionalizantes e oficinas de geração de renda. Os CAPS i, para crianças e adolescentes, não tem nenhum trabalho específico aos seus usuários.

264. As atividades presentes na RAPS com o objetivo de reinserção social foram: a realização de cursos profissionalizantes e oficinas de geração de renda. Segue abaixo sua prevalência na Rede:

Quadro 18: atividades de reinserção social



Fonte: PT 04, fls. 68/84 do Anexo II.

265. As atividades culturais, de lazer e geração de renda que buscam o resgate produtivo são extremamente importantes e de responsabilidade compartilhada por todas as partes deste processo, visando a reinserção social dos



usuários. A não realização, ou sua concretização insuficiente perpetua o modelo hospitalocêntrico, o que entra em conflito com a Política Nacional de Saúde Mental (Lei nº 10.216/2001)⁴⁸

Causas

266. Ausência de planejamento e execução de programas e ações que promovam a reinserção social, enquanto tratamento para os usuários da RAPS.

Efeitos

267. Sobrecarga da Atenção secundária e terciária, fomento ao Modelo Hospitalocêntrico e risco de insucesso no tratamento.

Considerações do Auditado

268. No que tange ao Achado de Auditoria em evidência, foram encaminhadas por meio do Ofício nº 3.088/2014-GAB/SES-DF e anexos (fls. 196/226), as seguintes considerações:

“Importante salientar que as ações de reinserção social são desenvolvidas pelas equipes dos serviços de saúde mental mediante a elaboração e acompanhamento do Projeto Terapêutico (PTI) junto ao paciente e sua rede social primária e/ou secundária.

Essas atuações envolvem iniciativas de natureza setorial e intersetorial, dentro e fora da área de abrangência das referidas Unidades e não em Unidades de Saúde Mental específicas

(...)

Como iniciativas de Geração de Renda, além das Oficinas Terapêuticas o Box Semeando Arte, localizado na feira da Torre de TV, foi inaugurado em novembro de 2011 e faz parte do Projeto de Reinserção Social dos pacientes da Rede de Saúde Mental do DF.

“Por meio dele os usuários têm a oportunidade de apresentar seus trabalhos artesanais, desenvolvidos na Oficina (crochê, tricô, malharia, roupas, acessórios e artigos para o lar), além de protagonizarem ações fundamentais no campo da geração do trabalho e renda. Tal iniciativa incentiva a proposta de

⁴⁸ ⁴⁸ _____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> acesso em 21 de mai. 2014.



empreendedorismo e reforça as premissas da Política Nacional de Economia Solidária.

Além desse projeto há ações desenvolvidas nos próprios Serviços de Saúde Mental da rede em consonância com os projetos terapêuticos singulares (oficinas de cerâmica, culinária, mosaico, horticultura, pintura em tecido, etc).

Vale destacar, dentre tais ações, o Projeto de Inclusão Social pela Piscicultura, objeto de pactuação do Instituto de Saúde Mental - ISM em parceria com o Ministério da Pesca e Apicultura, onde os usuários participam desde a criação de tanques até a filetagem e venda de peixes.

Com o objetivo de legitimar e reforçar os espaços de inclusão social pelo trabalho foram realizados encontros com o intuito de estreitar as relações com outras Secretarias, tendo sido empreendida em 2014 reuniões com o PRONATEC (Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego), visando ampliar a oferta de oficinas para os pacientes e seus familiares.”

Posicionamento da Equipe de Auditoria

269. As informações prestadas pela Secretaria de Estado da Saúde quanto à política de reinserção social foram consideradas à época dos trabalhos de campo desta fiscalização (§263).

270. São ações adequadas mas pontuais e que não são encontradas no conjunto das unidades de atendimento, pois a sua prevalência ocorre em menos de 50 % da Rede de Atenção Psicossocial.

Proposições

271. Sugere-se ao egrégio Plenário determinar à Secretaria de Estado de Saúde que:

- a) realize estudos e adote as providências cabíveis para fomentar e aprimorar as ações e projetos destinados à reinserção social nas unidades da Rede de Atenção Psicossocial (**Sugestão III.10**);
- b) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação, conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório Final de Auditoria, com objetivo de implantar a medida supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão



executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução (**Sugestão IV**).

Benefícios Esperados

272. Ampliação do número de usuários reinseridos socialmente.

2.3.2. Achado 10 – Custeio centralizado das oficinas terapêuticas.

Critério

273. Deve ser garantido o mínimo de autonomia administrativa ao CAPS para planejar, executar e custear as oficinas terapêuticas.

Análises e Evidências

274. A oficina terapêutica é o espaço onde o usuário do CAPS entra em contato, através da arte ou de outro modo de expressão, consigo mesmo. Representa o alicerce do tratamento psíquico por ser a busca da identidade perdida ou esquecida.

275. As dificuldades para a realização destas oficinas são em grande parte relacionadas com a falta de material. Como não há recursos disponíveis para cada unidade da RAPS realizar diretamente a compra dos itens necessários, estes são solicitados à DISAM/SES/DF. Tal unidade, contudo, não consegue realizar a aquisição de todos os itens necessários em virtude da natureza destes materiais, não convencionais à área de saúde (como massa de modelar ou tinta guache).

As oficinas terapêuticas são o principal instrumento para tratamento na Rede de Atenção Psicossocial

276. Assim, em virtude da urgência e da especificidade da demanda, as unidades se organizam, cada uma a seu modo, para conseguir realizá-las.

277. Diversas estratégias são utilizadas: bazares, convênio com o Poder Judiciário para receber materiais dos prestamistas pecuniários, venda de hortaliças



plantadas e, principalmente, “caixinha entre funcionários” (ou seja, cada servidor contribui com determinado valor mensalmente - PT 5 fls. 85/102, Anexo II).

278. Os gestores dos CAPS afirmaram encontrar dificuldades na solicitação desse tipo de material à SES/DF, uma vez que, a princípio, não são itens diretamente afetos à área de saúde. Sempre há necessidade de sucessivas justificativas para tal requisição, o que retarda e compromete o atendimento das demandas.

279. Nas imagens abaixo é possível visualizar alguns resultados dessas oficinas:



Materiais produzidos nas oficinas do ISM



Materiais produzidos nas oficinas do CAPS II Paranoá



280. Durante as visitas realizadas no CAPS II Taguatinga e CAPS II Planaltina foram expostos trabalhos dos usuários, confeccionados nas oficinas terapêuticas. Muitos desses são vendidos na feira da Torre, box nº 95, e auxiliam as unidades na compra de materiais para novas oficinas. (PT 06 fls. 105/106, Anexo II), mas ainda não é suficiente.

281. Diante de tal situação, entende-se que seria fundamental a disponibilização de suprimento de fundos para esse fim, pois haveria disponibilização de recursos adequados à demanda das oficinas terapêuticas e não seriam necessárias expressivas quantias, além de o processo de concessão e prestação de contas ser simplificado e consolidado na administração pública local.

Causa

282. Inexistência de suprimento de fundos nas unidades da RAPS.

Efeito

283. Comprometimento do trabalho das Oficinas Terapêuticas.

Considerações do Auditado

284. Na documentação encaminhada pela Secretaria, em anexo ao Ofício n.º 3.088/2014-GAB/SES-DF (fls. 196/226), não houve manifestação específica acerca das irregularidades tratadas nesse Achado de Auditoria.

Posicionamento da Equipe de Auditoria

285. Ante a ausência de justificativas, mantem-se as conclusões e evidências lançadas nesse Achado de Auditoria.

Proposição

286. Sugere-se ao egrégio Plenário determinar à SES que:

- a) realize estudos e adote as providências cabíveis para dotar as unidades da RAPS de recursos, financeiros e/ou materiais, tempestivos e compatíveis com as demandas das oficinas terapêuticas (**Sugestão III.7.ii**);



b) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação, conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório Final de Auditoria, com objetivo de implantar a medida supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução (**Sugestão IV**).

Benefício Esperado

287. Oferecimento de tratamento adequado através de oficinas terapêuticas aos usuários da RAPS.

3.0 Conclusão

288. A presente auditoria visou avaliar a qualidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, havendo o trabalho se desdobrado em três questões de auditoria.

289. Na primeira, entendeu-se que a organização da Rede de Atenção Psicossocial não atende às determinações do Ministério da Saúde, que há insuficiência de recursos orçamentários, bem como que o Plano Diretor de Saúde Mental do DF, insuficientemente implementado, encontra-se desatualizado.

290. Em relação à segunda, os exames concluíram pela inadequação das instalações físicas dos CAPS, insuficiência de unidades na rede de atendimento e a escassez de profissionais e cursos de capacitação.

291. Por fim, na terceira constatou-se que as ações de reinserção social são insuficientes em função da ausência de planejamento e execução adequados.

292. Conclui-se, portanto, pela existência de falhas na implementação assim como na operacionalização dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial no Distrito Federal que prejudicam o atendimento à população.

4.0 Proposições

5.0 Ante o exposto, sugere-se ao egrégio Plenário:



- I) Tomar conhecimento:
 - a. do presente Relatório de Auditoria, de fls. 228/322;
 - b. dos documentos acostados às fls. 196/226.
- II) Determinar à Secretaria de Estado de Saúde que:
 - a. revise e implemente o Plano Diretor de Saúde Mental do DF (2012/2015), principalmente, com o objetivo de dotar a Rede de Atenção Psicossocial de unidades suficientes de Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas (**Achado 1**);
 - b. aprimore os mecanismos de planejamento, elaboração e execução da programação orçamentária anual, a fim de garantir recursos suficientes para a completa operacionalização das unidades da Rede de Atenção Psicossocial no prazo estabelecido no Plano Diretor de Saúde Mental do DF (**Achado 2**);
 - c. implante e utilize nas unidades da Rede de Atenção Psicossocial sistemas informatizados de gestão (Trakcare e prontuário eletrônico, entre outros que entender necessários), com objetivo de adequar o acompanhamento dos seus usuários (**Achado 4**);
 - d. garanta que, nos contratos de manutenção e conservação, as necessidades da Rede de Atenção Psicossocial sejam tempestivamente atendidas, adotando, por exemplo, dotação e executores específicos para as unidades da RAPS (**Achado 7**);
 - e. priorize a realização de concursos públicos e contratações emergenciais com o objetivo de suprir as necessidades da Rede de Atenção Psicossocial nas unidades existentes, assim como nas demais unidades previstas no Plano Diretor de Saúde Mental do DF (**Achado 8**).
- III) Ordenar a Secretaria de Estado da Saúde que realize estudos e adote providências para:
 1. adequar as unidades da Rede de Atenção Psicossocial:



- i. às diretrizes da Portaria GM/MS nº 3.088/2011 e Lei nº 10.216/2001, principalmente, tornando efetivos o matriciamento, a referenciação e as oficinas terapêuticas em todas as suas unidades (**Achado 1**);
 - ii. às diretrizes das Portarias GM/MS nºs 615/2013, 3.088/2011, 251/2002 e 336/2002, evidenciando as unidades que serão reformadas, reconstruídas, transferidas de localização, etc (**Achado 6**);
2. estabelecer a Atenção Primária como a principal porta de entrada da Rede de Atenção Psicossocial, em substituição ao fluxo hospitalocêntrico atual, com objetivo de cumprir a política de saúde mental, prevista na Lei nº 10.216/2001 e no Plano Diretor de Saúde Mental do DF (**Achado 3**);
3. ampliar o quadro de vagas para pacientes psiquiátricos em Hospitais Gerais, em detrimento à abertura de vagas no Hospital São Vicente de Paula (**Achado 3**);
4. aprimorar a articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial, a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (**Achado 4**);
5. alcançar a adequada distinção para atendimento específico entre os públicos infantil e adulto em toda a Rede de Atenção Psicossocial (**Achado 5**);
6. inibir a fragmentação da prestação e hierarquização dos serviços na Rede de Atenção Psicossocial (**Achado 5**);
7. dotar as unidades da RAPS:
 - i. de serviços de lavanderia compatíveis com suas necessidades e em ambiente adequado,



- preferencialmente distinto dos hospitais gerais
(Achado 7);
- ii. de recursos, financeiros e/ou materiais, tempestivos e compatíveis com as demandas das oficinas terapêuticas **(Achado 10);**
8. estabelecer e implantar uma política permanente e continuada capacitação dos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial **(Achado 8);**
9. institucionalizar e efetivar o projeto de implantação de um Centro de Capacitação em Atenção Psicossocial no Instituto de Saúde Mental, com objetivo de organizar e programar a política de aperfeiçoamento dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial **(Achado 8);**
10. fomentar e aprimorar as ações e projetos destinados à reinserção social nas unidades da Rede de Atenção Psicossocial **(Achado 9);**
- IV) Determinar a Secretaria de Estado da Saúde que, no prazo de 90 (noventa) dias, elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação, conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório Final de Auditoria, com objetivo de implantar as medidas descritas nos itens II e III supra, contendo cronograma de ações completo, bem como o mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução **(Achados 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10);**
- V) Autorizar:
- a. A remessa de cópia do presente Relatório de Auditoria à SES/DF, à Comissão de Educação, Saúde e Cultura da Câmara Legislativa do Distrito Federal e à Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde;



- b. o retorno dos autos à Secretaria de Auditoria para adoção das providências de praxe.

6.0 ANEXO I - PLANO DE AÇÃO

| Determinações e Recomendações do TCDF (Itens da Decisão) | Medidas a serem adotadas para cumprimento das proposições* (Ações) | Data prevista para a implementação* | Setor Responsável |
|---|---|-------------------------------------|-------------------|
| <p>II) determinar à Secretaria de Estado de Saúde que:</p> <p>a) revise e implemente o Plano Diretor de Saúde Mental do DF (2012/2015), principalmente, com o objetivo de dotar a Rede de Atenção Psicossocial de unidades suficientes de Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas (Achado 1);</p> <p>b) aprimore os mecanismos de planejamento, elaboração e execução da programação orçamentária anual, a fim de garantir recursos suficientes para a completa operacionalização das unidades da Rede de Atenção Psicossocial no prazo estabelecido no Plano Diretor de Saúde Mental do DF (Achado 2);</p> <p>c) implante e utilize nas unidades da Rede de Atenção Psicossocial sistemas informatizados de gestão (Trakcare e prontuário eletrônico, entre outros que entender necessários), com objetivo de adequar o acompanhamento dos seus usuários (Achado 4);</p> <p>d) garanta que, nos contratos de manutenção e conservação, as necessidades da Rede de Atenção Psicossocial sejam tempestivamente atendidas, adotando, por exemplo, dotação e executores específicos para as unidades da RAPS (Achado 7);</p> <p>e) priorize a realização de concursos públicos e contratações emergenciais com o objetivo de suprir as necessidades da Rede de Atenção Psicossocial nas unidades existentes, assim como nas demais unidades previstas no Plano Diretor de Saúde Mental do DF (Achado 8).</p> | | | |



III.1. – adequar as unidades da Rede de Atenção Psicossocial:

i - às diretrizes da Portaria GM/MS nº 3.088/2011 e Lei nº 10.216/2001, principalmente, tornando efetivos o matriciamento, a referenciação e as oficinas terapêuticas em todas as suas unidades (Achado 1);

ii - às diretrizes das Portarias GM/MS nºs 615/2013, 3.088/2011, 251/2002 e 336/2002, evidenciando as unidades que serão reformadas, reconstruídas, transferidas de localização, etc (Achado 6).

III.2 - estabelecer a Atenção Primária como a principal porta de entrada da Rede de Atenção Psicossocial, em substituição ao fluxo hospitalocêntrico atual, com objetivo de cumprir a política de saúde mental, prevista na Lei nº 10.216/2001 e no Plano Diretor de Saúde Mental do DF (Achado 3);

III.3 - ampliar o quadro de vagas para pacientes psiquiátricos em Hospitais Gerais, em detrimento à abertura de vagas no Hospital São Vicente de Paula (Achado 3);

III.4 - aprimorar a articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial, a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (Achado 4);

III.5 - alcançar a adequada distinção para atendimento específico entre os públicos infantil e adulto em toda a Rede de Atenção Psicossocial (Achado 5);

III.6 - inibir a fragmentação da prestação e hierarquização dos serviços na Rede de Atenção Psicossocial (Achado 5);

III.7 – dotar as unidades da RAPS:

i - de serviços de lavanderia compatíveis com suas necessidades e em ambiente adequado, preferencialmente distinto dos hospitais gerais (Achado 7)

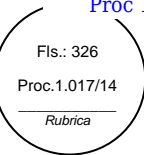
ii - de recursos, financeiros e/ou materiais, tempestivos e compatíveis com as demandas das oficinas terapêuticas (Achado 10).

III.8 - estabelecer e implantar uma política permanente e continuada capacitação dos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (Achado 8);

III.9 - institucionalizar e efetivar o projeto de implantação de um Centro de Capacitação em



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



| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Atenção Psicossocial no Instituto de Saúde Mental, com objetivo de organizar e programar a política de aperfeiçoamento dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (Achado 8);</p> <p>III.10- fomentar e aprimorar as ações e projetos destinados à reinserção social nas unidades da Rede de Atenção Psicossocial (Achado 9).</p> | | | |
|---|--|--|--|

*Campos a serem preenchidos pelo jurisdicionado.

Brasília-DF, 24 de outubro de 2014.

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



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DAS SESSÕES

SESSÃO ORDINÁRIA Nº 4779 de 28/05/2015

TCDF/Secretaria das Sessões
Folha:.....
Processo: [1017/2014](#)
Rubrica:.....

PROCESSO Nº [1017/2014](#)

RELATOR : CONSELHEIRO PAULO TADEU VALE DA SILVA

EMENTA : Auditoria Operacional realizada para avaliar a qualidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em cumprimento ao Plano Geral de Ação para 2014, conforme aprovado nas Decisões Administrativas nº 63/2013 e Ordinária nº 5.802/2013.

DECISÃO Nº 2159/2015

O Tribunal, por unanimidade, de acordo com o voto do Relator, decidiu: I - tomar conhecimento: a) do Relatório Final de Auditoria, de fls. 232/326; b) dos documentos acostados às fls. 196/226; II - determinar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que: a) revise e implemente o Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (2012/2015), principalmente, com o objetivo de dotar a Rede de Atenção Psicossocial de unidades suficientes de Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas (Achado 1); b) aprimore os mecanismos de planejamento, elaboração e execução da programação orçamentária anual, a fim de garantir recursos suficientes para a completa operacionalização das unidades da Rede de Atenção Psicossocial no prazo estabelecido no Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (Achado 2); c) implante e utilize nas unidades da Rede de Atenção Psicossocial sistemas informatizados de gestão (Trakcare e prontuário eletrônico, entre outros que entender necessários), com objetivo de adequar o acompanhamento dos seus usuários (Achado 4); d) garanta que, nos contratos de manutenção e conservação, as necessidades da Rede de Atenção Psicossocial sejam tempestivamente atendidas, adotando, por exemplo, dotação e executores específicos para as unidades da RAPS (Achado 7); e) priorize a realização de concursos públicos e contratações emergenciais com o objetivo de suprir as necessidades da Rede de Atenção Psicossocial nas unidades existentes, assim como nas demais unidades previstas no Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (Achado 8); III - ordenar a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que realize estudos e adote providências para: 1. adequar as unidades da Rede de Atenção Psicossocial: i) às diretrizes da Portaria GM/MS nº 3.088/2011 e Lei nº 10.216/2001, principalmente, tornando efetivos o matriciamento, a referenciação e as oficinas terapêuticas em todas as suas unidades (Achado 1); ii) às diretrizes das Portarias GM/SM nºs 615/2013, 3.088/2011, 251/2002 e 336/2002, evidenciando as unidades que serão reformadas, reconstruídas, transferidas de localização, etc (Achado 6); 2. estabelecer a Atenção Primária como a principal porta de entrada da Rede de Atenção Psicossocial, em substituição ao fluxo hospitalocêntrico atual, com objetivo de cumprir a política de saúde mental prevista na Lei nº 10.216/2001 e no Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (Achado 3); 3. ampliar o quadro de vagas para pacientes psiquiátricos em Hospitais Gerais, em detrimento à abertura de vagas no Hospital São Vicente de Paula (Achado 3); 4. aprimorar a articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial, a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (Achado 4); 5. alcançar a adequada distinção para atendimento específico entre os públicos infantil e adulto em toda a Rede de Atenção Psicossocial (Achado 5); 6. inibir a fragmentação da prestação e hierarquização dos serviços na Rede de Atenção Psicossocial (Achado 5); 7. dotar as unidades da RAPS: i) de serviços de lavanderia compatíveis com suas necessidades e em ambiente adequado,

preferencialmente distinto dos hospitais gerais (Achado 7); ii) de recursos, financeiros e/ou materiais, tempestivos e compatíveis com as demandas das oficinas terapêuticas (Achado 10); 8. estabelecer e implantar uma política permanente e continuada de capacitação dos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (Achado 8); 9. institucionalizar e efetivar o projeto de implantação de um Centro de Capacitação em Atenção Psicossocial no Instituto de Saúde Mental, com objetivo de organizar e programar a política de aperfeiçoamento dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (Achado 8); 10. fomentar e aprimorar as ações e projetos destinados à reinserção social nas unidades da Rede de Atenção Psicossocial (Achado 9); IV - determinar a Secretaria de Estado da Saúde que, no prazo de 90 (noventa) dias, elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação, conforme modelo apresentado no Anexo I do Relatório Final de Auditoria, com objetivo de implantar as medidas descritas nos itens II e III supra, contendo cronograma de ações completo, bem com o mapeamento da sequência de procedimento que serão executados, constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução (Achados 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10); V - autorizar: a) a remessa de cópia do Relatório Final de Auditoria à SES/DF, à Comissão de Educação, Saúde e Cultura da Câmara Legislativa do Distrito Federal e à Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde; b) o retorno dos autos à Secretaria de Auditoria, para adoção das providências de praxe. Decidiu, ainda, mandar publicar, em anexo à ata, o relatório/voto do Relator. (Anexo II).

Presidiu a sessão o Presidente, Conselheiro RENATO RAINHA. Votaram os Conselheiros MANOEL DE ANDRADE, ANILCÉIA MACHADO, PAULO TADEU e PAIVA MARTINS. Participou o representante do MPJTCD/DF Procurador MARCOS FELIPE PINHEIRO LIMA. Ausente o Conselheiro INÁCIO MAGALHÃES FILHO.

SALA DAS SESSÕES, 28 de Maio de 2015



João Batista Pereira de Souza
Secretário das Sessões Substituto



Antônio Renato Alves Rainha
Presidente