



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

MICAEL FERREIRA FERNANDES

**Efeitos da Auditoria Operacional do Tribunal de Contas do DF na Política de
Atendimento Domiciliar em Saúde no Distrito Federal**

Brasília - DF

2026

**Efeitos da Auditoria Operacional do Tribunal de Contas do DF na Política de
Atendimento Domiciliar em Saúde no Distrito Federal**

Micael Ferreira Fernandes

Projeto de dissertação apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Administração Pública da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Professora Orientadora: Dra Suylan de Almeida Midlej e Silva

Brasília – DF

2026

FOLHA DE APROVAÇÃO

MICAEL FERREIRA FERNANDES

Efeitos da Auditoria Operacional do Tribunal de Contas do DF na Política de Atendimento Domiciliar em Saúde no Distrito Federal

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração Pública da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Comissão Examinadora:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Suylan de Almeida Midlej e Silva (Orientadora)
MPA/UnB

Prof. Dr. Thiago Gomes Nascimento (Interno)
MPA/UnB

Prof. Dr. Marcus Vinícius de Azevedo Braga (Externo)
MPA/UnB

Prof. Dr. Arnaldo Mauerberg Junior (Suplente)
MPA/UnB

RESUMO

O presente trabalho discute os efeitos da auditoria realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) sobre a Política de Atenção em Saúde Domiciliar no Distrito Federal, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), realizada em 2022. O TCDF tem a prerrogativa de atuar como órgão de fiscalização com o fim de propor orientações ou determinações à SES/DF para que a política seja implementada adequadamente. O objetivo desta pesquisa é averiguar de que forma as ações do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Distrito Federal foram planejadas e implementadas com vistas à garantia da qualidade da atenção à saúde e à adequação das equipes responsáveis, considerando as recomendações e os desdobramentos da auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) sobre a Política de Atenção Domiciliar. As teorias discutidas englobam os campos de avaliação e monitoramento de políticas públicas, auditoria operacional e *accountability*, com ênfase na relação entre controle externo e melhoria da gestão pública. Os métodos e técnicas de pesquisa incluem análise documental de relatórios de auditoria, normativos institucionais e manifestações administrativas, bem como entrevistas com atores envolvidos na auditoria efetivada. É proposto um Produto Técnico-Tecnológico que tem por base o monitoramento e a avaliação de políticas públicas visando constituir um instrumento de acompanhamento sistemático para o TCDF, de modo a permitir subsidiar o processo decisório, fortalecer a gestão da política e ampliar a capacidade de indução de melhorias na implementação da Política de Atenção em Saúde Domiciliar no Distrito Federal.

Palavras-chave: Auditoria operacional; Avaliação de políticas públicas; Monitoramento; Atenção domiciliar; Controle externo; Governança pública.

ABSTRACT

This study examines the effects of the audit conducted by the Court of Accounts of the Federal District (TCDF) on the Home Health Care Policy in the Federal District, within the scope of the Health Department of the Federal District (SES/DF), carried out in 2022. The TCDF has the prerogative to act as an oversight body with the purpose of issuing recommendations or determinations to the SES/DF to ensure the proper implementation of the policy. The objective of this research is to investigate how the actions of the Home Care Service (SAD) in the Federal District were planned and implemented in order to ensure the quality of health care and the adequacy of the responsible teams, considering the recommendations and outcomes of the operational audit conducted by the TCDF on the Home Health Care Policy. The theoretical

framework encompasses the fields of public policy evaluation and monitoring, performance auditing, and accountability, with an emphasis on the relationship between external control and improvements in public management. The research methods and techniques include document analysis of audit reports, institutional regulations, and administrative records, as well as interviews with actors involved in the audit process. A Technical-Technological Product is proposed, based on public policy monitoring and evaluation, aimed at establishing a systematic monitoring tool for the TCDF. This tool is intended to support decision-making processes, strengthen policy management, and enhance the capacity to induce improvements in the implementation of the Home Health Care Policy in the Federal District..

Keywords: Performance audit; Public policy evaluation; Monitoring; Home health care; External oversight; Public governance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Contexto sociopolítico da Atenção Domiciliar em Saúde	9
1.2 Justificativa	14
1.3 Objetivo geral	16
1.4 Objetivos específicos	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 Política pública de saúde.....	16
2.2 Avaliação e monitoramento de Políticas Públicas	18
2.3 Auditoria operacional: conceitos e funcionalidade.....	23
3 MÉTODOS E TÉCNICAS.....	31
3.1 Procedimento de coleta e análise de dados	33
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	38
4.1 Resultados apresentados pela auditoria operacional da Política de Atenção Domiciliar realizada pelo TCDF em 2022	38
4.2 Política de Atenção Domiciliar sob o reflexo da auditoria	53
4.3 Continuidade da Política de Atenção Domiciliar.....	63
5 PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO	89
5.1 Introdução	89
5.2 Delimitação do Problema e Justificativa.....	89
5.3 Objetivo do Produto.....	90
5.4 Fundamentação Teórica	90
5.4.1 Implementação e Governança Institucional	90
5.4.2 Auditoria e Accountability	90
5.5 Descrição do Produto.....	92
5.6 Estrutura do Painel.....	92
5.6.1 Visão Geral.....	92
5.6.2 Capacidade Operacional.....	93
5.6.3 Indicadores de Qualidade	94

5.6.4 Governança e Integração	94
5.6.5 Módulo de Auditoria	95
5.7 Funcionalidades	96
5.8 Aplicação do Produto na Gestão e no Controle Institucional	97
5.8.1 Planejamento da auditoria	97
5.8.2 Execução	98
5.8.3 Acompanhamento.....	98
5.9 Contribuições do Produto	99
5.10 Limitações e Delimitações	101
5.11 Exposições	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	106

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa analisa os efeitos da auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) sobre a Política de Atenção Domiciliar (AD) no Distrito Federal, no âmbito do Processo nº 00600-00005326/2022-79. A auditoria foi autorizada no Plano Geral de Fiscalização do TCDF para o exercício de 2022, por meio da Decisão Administrativa nº 58/2021, posteriormente atualizada pela Decisão Administrativa nº 22/2022.

A atuação do TCDF insere-se no contexto mais amplo de fortalecimento dos mecanismos de controle externo voltados não apenas à verificação da conformidade legal, mas também à avaliação do desempenho das políticas públicas. Nesse sentido, a auditoria operacional constitui instrumento relevante para examinar aspectos como economicidade, eficiência, eficácia e efetividade das ações governamentais, produzindo recomendações que podem influenciar a implementação e os resultados das políticas públicas.

No caso da Política de Atenção Domiciliar, a auditoria realizada pelo TCDF teve como objetivo analisar em que medida sua implementação favorece o alcance de resultados assistenciais e a adequada utilização dos recursos públicos. Para tanto, foram formuladas questões de auditoria relacionadas à eficácia, efetividade, eficiência e economicidade da política. Contudo, tais questões apresentam caráter abrangente e pouco sensível às especificidades operacionais da Atenção Domiciliar, o que limita, em certa medida, a capacidade de estabelecer relações mais precisas entre os mecanismos de implementação da política e seus resultados.

O relatório final da auditoria identificou um conjunto de achados que evidenciam um cenário ambíguo. Por um lado, verificou-se elevado grau de satisfação dos usuários e percepção positiva quanto à qualidade do serviço prestado. Por outro, foram constatadas fragilidades estruturais relevantes, como falhas na alocação e distribuição das equipes, ausência de priorização de critérios de vulnerabilidade social e limitações na articulação entre os níveis de atenção. Tais aspectos indicam que, embora a política apresente resultados positivos em nível assistencial, persistem problemas na sua organização e gestão.

Diante desse contexto, torna-se necessário avançar para além da descrição dos achados da auditoria e investigar seus desdobramentos. Em particular, interessa compreender de que forma as recomendações emitidas pelo TCDF influenciaram a implementação da política, bem como os mecanismos institucionais que condicionam a incorporação dessas recomendações pela administração pública. Essa abordagem desloca o foco da análise da política em si para os efeitos da atuação do órgão de controle, inspirada em meta-avaliação, na medida em que examina o impacto da avaliação realizada pelo Tribunal sobre a própria política pública. Porém,

esta pesquisa avaliativa não está ancorada propriamente em uma meta avaliação, mas nos efeitos de uma auditoria que funciona em moldes similares a uma avaliação de programas governamentais.

Assim, a questão que orienta esta pesquisa consiste em analisar em que medida e por quais mecanismos a auditoria operacional do TCDF influenciou a implementação da Política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal, especialmente no que se refere à qualidade do serviço prestado e à adequação das equipes responsáveis. Busca-se, portanto, compreender não apenas se houve mudanças após a auditoria, mas como e por que essas mudanças ocorreram, considerando os processos de monitoramento, adaptação institucional e capacidade de resposta da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

1.1 Contexto sociopolítico da Atenção Domiciliar em Saúde

As políticas públicas de saúde são de fundamental importância para a sociedade em geral. Por meio delas, é possível a elaboração de estratégias, planos e diretrizes para a promoção de saúde pública. Ademais, as políticas de saúde são utilizadas em programas, projetos e atividades de governo com o fim de prover bem-estar social.

A Constituição de 1988 dispõe em seu art. 6º que são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma Constitucional (Brasil, 1988).

Por sua vez, o art. 196 da Constituição dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Portanto, ao mesmo tempo que o Estado é provedor de saúde, é também fiscalizador.

No Brasil, a saúde é direito de cidadania fundado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 2017). A universalidade, definida como o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, é exercida na Atenção Primária pelo acolhimento de todas as pessoas que procuram seus serviços, oferecendo fácil acesso e sem diferenciações, assim como, busca responder as necessidades da população (Brasil, 2017).

As políticas de saúde devem estar orientadas pelo princípio da equidade, evocada especialmente para reduzir as disparidades em saúde entre diferentes grupos sociais e regiões por meio de políticas sociais (Rizzotto & Bortoloto, 2011). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a equidade ocupa posição central no marco normativo, mas as persistentes

desigualdades socioeconômicas ainda existentes no Brasil representam uma barreira à concretização do direito à saúde (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008; Miquilin et al., 2013; Goes & Nascimento, 2013).

Já a integralidade se concretiza quando as redes de atenção são capazes de responder às necessidades de saúde da população adscrita, respeitando sua autonomia. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), esse princípio envolve ações que abrangem promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, assegurando uma abordagem contínua e abrangente do cuidado.

Para compreender de forma mais ampla a dinâmica dessas políticas, é fundamental analisar a forma como a saúde está normatizada no ordenamento jurídico brasileiro, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988.

Segundo o Ministério da Saúde, com amparo constitucional, as políticas públicas de saúde buscam garantir o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde. A Atenção Domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2025).

A Atenção Domiciliar está diretamente relacionada às transformações no perfil populacional. De acordo com Braga (2016), as mudanças no quadro demográfico e epidemiológico, observadas tanto no Brasil quanto em outros países, evidenciam a necessidade de adaptação dos modelos de atenção à saúde. Nesse contexto, diversos sistemas de saúde têm incorporado a Atenção Domiciliar como estratégia fundamental no cuidado em saúde.

O incremento da Atenção Domiciliar em diversos países segue, paralelamente, ao interesse dos sistemas de saúde no processo de desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares, redução de custos e organização do cuidado centrado no paciente. A demanda por serviços de Atenção Domiciliar surge como desafio para os sistemas de saúde, contribuindo para a mudança do enfoque do cuidado e do ambiente no qual a assistência é prestada (Braga, 2016).

Além dos benefícios assistenciais e da promoção do cuidado humanizado, a Atenção Domiciliar também envolve importante discussão relacionada aos custos de implementação e manutenção da política pública. Embora frequentemente associada à redução de internações hospitalares e à desospitalização, a AD não representa, necessariamente, uma alternativa de baixo custo, uma vez que demanda estrutura logística complexa, deslocamento de equipes multiprofissionais, disponibilidade de veículos, insumos específicos, equipamentos e suporte

contínuo ao paciente no ambiente domiciliar. Nesse sentido, a economicidade da política não deve ser analisada apenas sob a perspectiva da redução de leitos hospitalares, mas também considerando os custos operacionais permanentes necessários à sua adequada execução. Como observam estudos sobre *home care* e atenção domiciliar, trata-se de uma estratégia que exige elevado grau de coordenação e financiamento sustentável, sendo sua viabilidade diretamente relacionada à capacidade de gestão, planejamento territorial e racionalização da oferta dos serviços (Braga, 2016; Loyola, 2008; Creutzberg, 2003; Silva et al., 2010).

A demanda por um cuidado continuado exercido em ambiente domiciliar, está associada a outras necessidades de saúde igualmente relevantes e elegíveis, como o cuidado prestado a bebês prematuros, crianças com sequelas e doenças crônicas, adultos com múltiplas doenças crônico degenerativas, indivíduos com necessidade de cuidados paliativos, de suporte à vida e de reabilitação. Nesse sentido, a relevância da necessidade de implantação de serviços de cuidado domiciliar destaca-se na agenda sanitária atual e futura de todos os sistemas de saúde (Creutzberg, 2003).

Tendo a Atenção Domiciliar como um modelo de cuidado, alguns autores já questionam a real necessidade de hospitalização para determinados agravos de saúde, considerando alguns motivos de internações como dispensáveis ou desnecessariamente prolongados, podendo ser substituídos ou complementados por Atenção Domiciliar (Braga, 2016; Kerber et al., 2008; Loyola, 2008).

Saliente-se que conceitualmente a AD é classificada em quatro modalidades de cuidado, que se diferenciam pela especificidade de suas finalidades e ações, são elas: a atenção domiciliar, atendimento domiciliar, visita domiciliar e internação domiciliar (Lacerda et al., 2006).

Em razão disso, para além da redução de gastos, a AD vem representando no cenário mundial a conotação de ofertar cuidado de qualidade, proporcionando bem-estar e conforto ao permitir a permanência do doente em seu ambiente domiciliar, integrado ao seu contexto de vida (Loyola, 2008).

Para compreender a Atenção Domiciliar, é essencial discutir a regionalização da saúde. A regionalização constitui o processo de organização dos serviços de saúde em regiões, definidas a partir de critérios populacionais, culturais, econômicos e sociais, com o objetivo de garantir a integralidade, a equidade e a eficiência no acesso às ações e serviços de saúde (Brasil, 2017). Essa diretriz é fundamental para assegurar que os serviços domiciliares estejam inseridos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e articulados com os demais níveis de atenção, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mendes (2011, p. 142) lembra que a regionalização é uma estratégia para “superar a fragmentação e viabilizar redes integradas de atenção à saúde”, em que cada ponto da rede cumpre papel complementar. Quanto à regionalização da saúde, embora potencialmente benéfica para reduzir desigualdades e melhorar o acesso aos serviços, ainda enfrenta desafios significativos, como a falta de recursos e capacidades locais (Boisier, 1999; Shimizu et al., 2021).

Almeida e Giovanella (2018) destacam que a regionalização é condição para reduzir desigualdades territoriais de acesso. Isso se aplica diretamente à AD: se equipes estão mal distribuídas, criam-se “vazios assistenciais” no território. Viana et al. (2017) reforçam que a regionalização no Brasil ainda sofre com assimetrias de capacidade administrativa e recursos, o que compromete a equidade de acesso aos serviços. Assim, a regionalização exige coordenação interfederativa, mas o DF tem peculiaridade (não há municípios), concentrando a gestão na SES/DF, que ainda enfrenta problemas de planejamento territorial, o que demanda atenção ao tema.

Ao discutir a Atenção Domiciliar, é imprescindível abordar a questão do acesso à saúde. Embora não haja consenso na literatura sobre a definição de “acesso”, Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) o compreendem, para além da dimensão financeira, como a “liberdade de uso” dos serviços de saúde. Nesse sentido, pensar em desenvolvimento regional exige considerar o fortalecimento do sistema de saúde e a efetivação do acesso universal como condição indispensável.

A regionalização e o acesso em saúde estão intrinsecamente relacionados ao desenvolvimento. A literatura científica tem destacado amplamente a conexão entre saúde e desenvolvimento (Viana & Elias, 2007; Gadelha, 2007; Gadelha & Costa, 2012; Loureiro et al., 2013; Buss et al., 2014). Nesse sentido, Nuske et al. (2017, p. 2) afirmam que “a saúde desempenha um papel propulsor do desenvolvimento em sua dimensão regional, tendo como missão enfrentar o marcante corte territorial das iniquidades socioeconômicas nacionais”.

O sistema de saúde brasileiro atende a uma população com diversidade socioeconômica, exigindo decisões eficazes perante problemas de saúde complexos. Para auxiliar no planejamento das ações de saúde, a necessidade de informações sobre a prevalência dos problemas de saúde, a cobertura da assistência prestada e a satisfação dos usuários são cada vez mais valorizadas (Samico et al., 2010). Ainda, no Brasil, a atenção domiciliar foi associada ao sexo feminino, baixo poder socioeconômico, doenças crônicas, incapacidade funcional e quedas (Barros et al., 2011; Lima et al., 2003).

A utilização do domicílio como ambiente terapêutico tem sido incentivada por políticas públicas nos países ocidentais e no Brasil, nos últimos anos. A iniciativa estimula a reorganização de políticas municipais que invistam no resgate do espaço domiciliar para o cuidado das pessoas (Silva et al., 2010). A respeito da Atenção domiciliar como instrumento, tem-se que a atenção domiciliar em sua moderna concepção é uma poderosa ferramenta de gestão em saúde (Brasil, 2013).

Destaca-se que AD se relaciona com a vulnerabilidade social que tem sido discutida desde a década de 1990, no âmbito dos determinantes sociais e de saúde, como um conjunto de fatores que causam qualquer dano ou condição de interesse à saúde pública, sendo utilizada como um indicador de desigualdade social e de crescente relevância a partir de estudos de populações suscetíveis (Ayres et al., 2016).

Também, considerando o contexto familiar como um dos determinantes do processo saúde-doença, seria conveniente estratificar as famílias por nível de vulnerabilidade, para programar o cuidado priorizando as mais vulneráveis. No entanto, embora a literatura em saúde apresente diferentes definições para o termo, o conceito de vulnerabilidade familiar é amplo e dificilmente mensurável (Ayres et al., 2016) relacionado a múltiplos fatores, como condição de saúde dos membros, renda, educação, dinâmica familiar, entre outros (Ayres et al., 2006; Nichita et al., 2008).

A Atenção Domiciliar (AD) constitui um dos ramos da política de saúde voltados a garantir o bem-estar daqueles que dela necessitam. Nesse sentido, apresenta-se como estratégia complementar à atenção hospitalar, ampliando o cuidado para além do ambiente hospitalar (Distrito Federal, 2024).

Ademais, AD é uma modalidade de atenção à saúde que complementa e substitui a internação hospitalar. Envolve ações de prevenção, promoção, reabilitação, tratamento e a promoção de cuidados paliativos em ambiente domiciliar. Deve estar articulada às Redes de Atenção à Saúde (RAS) e inserida no território, com integração entre os diversos níveis de atenção à saúde, visando a redução da demanda por atendimento em unidades hospitalares e/ou da permanência de usuários nestas unidades (Distrito Federal, 2024).

No Distrito Federal, o Programa de atenção domiciliar em saúde tem respaldo na Portaria nº 456, de 30 de setembro de 2024, que estabelece as normas e diretrizes referentes à organização do Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Também se baseia na Portaria Federal nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.

Com base em tais normativos, pode-se afirmar que o DF tem um programa de Atenção Domiciliar bem estruturado, com política formal, normativas recentes, diretrizes próprias, programas específicos, equipes definidas e articulação regional. Isso indica que não se trata de iniciativa incipiente ou meramente piloto, mas de política pública operante.

Quanto à competência do TCDF a respeito da política de saúde do Distrito Federal, observa-se que o seu dever constitucional, arts. 70 e 71 da Constituição Federal de 1988 c/c arts. 77 e 78 da Lei Orgânica do Distrito Federal, consiste na defesa do erário, na apuração da responsabilidade e na aplicação da correspondente sanção por meio de análise das prestações de contas dos gestores públicos e fiscalização dos atos praticados no exercício da função pública. Além de estabelecer as normas e os procedimentos para as prestações de contas pelos dirigentes das unidades jurisdicionadas, os Tribunais de Contas exercem a fiscalização e o acompanhamento da gestão dos recursos públicos (Amorim, Diniz & Lima, 2017).

O presente trabalho decorre de uma atuação do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) de caráter avaliativo, especificamente por meio de auditoria operacional no âmbito do programa de Atenção Domiciliar em Saúde, o que evidencia o papel do controle externo na avaliação de políticas públicas.

1.2 Justificativa

A escolha do tema “Política de Atenção Domiciliar em Saúde” justifica-se por sua relevância social e acadêmica. Do ponto de vista social, a Atenção Domiciliar constitui estratégia fundamental para a reorganização do cuidado em saúde, ao possibilitar a ampliação do acesso, a redução de internações hospitalares e a melhoria da qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, compreender o funcionamento e os resultados dessa política contribui para avaliar sua capacidade de resposta às demandas da população.

Sob a perspectiva acadêmica, o estudo insere-se no campo da avaliação de políticas públicas, ao articular conceitos como eficácia, eficiência e efetividade com a atuação do controle externo. Especificamente, a pesquisa busca analisar os efeitos da auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal sobre a implementação da Política de Atenção Domiciliar, contribuindo para o avanço das discussões sobre o papel das instituições de controle na indução de melhorias na gestão pública.

A relevância do estudo também se evidencia pela complexidade inerente à implementação de políticas públicas de saúde, que envolvem múltiplos atores, níveis de atenção e arranjos institucionais. Nesse contexto, o monitoramento e a avaliação tornam-se instrumentos essenciais para identificar fragilidades, orientar decisões e promover o

aperfeiçoamento contínuo das ações governamentais. A atuação dos órgãos de controle externo, como os Tribunais de Contas, amplia essa capacidade ao produzir diagnósticos, recomendações e mecanismos de acompanhamento que podem influenciar o desempenho das políticas públicas.

No caso da Atenção Domiciliar no Distrito Federal, a auditoria realizada pelo TCDF em 2022 identificou fragilidades relevantes na implementação da política, relacionadas, entre outros aspectos, à organização das equipes, à distribuição territorial dos serviços e à produção de informações gerenciais. Tais achados evidenciam a necessidade de compreender não apenas os problemas diagnosticados, mas também os desdobramentos das recomendações emitidas pelo órgão de controle e sua efetiva incorporação pela administração pública.

Dessa forma, a presente pesquisa justifica-se pela necessidade de analisar em que medida a atuação do TCDF contribuiu para o aprimoramento da Política de Atenção Domiciliar, permitindo compreender os mecanismos pelos quais a auditoria operacional pode influenciar a implementação de políticas públicas. Ao deslocar o foco da análise para os efeitos da ação de controle, o estudo contribui para o fortalecimento da *accountability* e para a compreensão do papel do controle externo na melhoria da gestão pública.

Importa destacar que o monitoramento da política pública constitui atribuição primária da própria gestão pública, especialmente por meio dos mecanismos institucionais de acompanhamento contínuo, produção de indicadores e supervisão administrativa, normalmente vinculados ao centro de governo e aos órgãos de controle interno. Nesse contexto, o Tribunal de Contas não exerce o monitoramento cotidiano da política pública em si, mas sim o acompanhamento de suas próprias recomendações e determinações decorrentes da auditoria realizada. A auditoria operacional, portanto, não substitui a função gerencial de monitoramento, mas atua como instrumento avaliativo que produz diagnósticos, recomendações e indução de melhorias, fortalecendo a *accountability* institucional e subsidiando a tomada de decisão administrativa.

Adicionalmente, a pesquisa possui relevância prática ao propor um Produto Técnico-Tecnológico voltado à organização e sistematização de informações sobre a Atenção Domiciliar, com potencial de subsidiar tanto a atuação do TCDF quanto a gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Espera-se, assim, contribuir para o aprimoramento dos instrumentos de monitoramento e avaliação, bem como para o fortalecimento da transparência e da tomada de decisão baseada em evidências.

1.3 Objetivo geral

Averiguar de que forma as ações do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Distrito Federal foram planejadas e implementadas com vistas à garantia da qualidade da atenção à saúde e à adequação das equipes responsáveis, considerando as recomendações e os desdobramentos da auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), em 2022, sobre a Política de Atenção Domiciliar.

1.4 Objetivos específicos

1 - Descrever os resultados apresentados pela auditoria operacional da Política de Atenção Domiciliar realizada pelo TCDF em 2022;

2 - Averiguar como ocorreu o monitoramento da Política de Atenção Domiciliar após a auditoria e se a Secretaria de Saúde do DF seguiu as orientações apontadas

3 - Identificar se houve aumento da qualidade do serviço e adequação das equipes responsáveis para a continuidade da execução da política

4 - Elaborar PTT referente à organização e sistematização de dados sobre atendimento domiciliar realizado pela SES/DF para auxiliar no monitoramento no formato de painel eletrônico.

Esta dissertação está estruturada em seis seções, a primeira é esta Introdução; a segunda apresenta o Referencial teórico; a terceira os Métodos e técnicas da pesquisa; a quarta seção apresenta os Resultados e análises; a quinta o Produto Técnico-Tecnológico proposto por esta pesquisa, requisito exigido pelo Programa de pós-Graduação Profissional da UnB, e a sexta, as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo está estruturado na discussão de três temas. O primeiro é sobre política pública de saúde, o segundo sobre avaliação e monitoramento de políticas públicas, uma vez que a auditoria operacional se aproxima das abordagens de avaliação de políticas públicas, incorporando elementos analíticos e inferenciais típicos desse campo e prevê ações de monitoramento como uma etapa posterior. Em seguida, discute-se a auditoria operacional e sua funcionalidade para a implementação de políticas públicas, bem como sobre sua função de *accountability*.

2.1 Política pública de saúde

As políticas públicas de saúde no Brasil constituem um campo estratégico para a efetivação dos direitos sociais e para a garantia do acesso universal aos serviços de saúde. A

criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) representaram um marco histórico no processo de democratização da saúde no país. No entanto, a efetivação dessas políticas ainda enfrenta desafios complexos, que envolvem desde a fragmentação da gestão e a insuficiência de recursos até as persistentes desigualdades regionais.

A saúde é reconhecida como um direito social fundamental, cuja garantia requer a formulação e implementação de políticas públicas eficazes. No Brasil, a política de saúde foi institucionalizada com a criação do SUS, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. A partir desse marco, consolidou-se o princípio de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, o que impõe a adoção de políticas orientadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

As políticas públicas de saúde configuram-se como instrumentos de ação estatal que buscam intervir sobre os determinantes sociais da saúde, garantir acesso aos serviços e reduzir desigualdades. Conforme Bobbio (1992), as políticas públicas refletem o pacto social estabelecido entre Estado e sociedade, sendo um meio de efetivação dos direitos sociais.

A estruturação do SUS baseia-se em três eixos fundamentais: descentralização, participação social e regionalização dos serviços. A descentralização administrativa buscou fortalecer a gestão local; a participação social foi institucionalizada por meio de conselhos e conferências de saúde; e a regionalização pretendeu organizar redes de atenção à saúde de forma hierarquizada e territorialmente integrada (Giovanella & Mendes, 2018).

A regionalização, como destaca Fleury (2011), constitui elemento essencial para promover equidade no acesso aos serviços e racionalizar recursos, articulando a atenção básica, especializada e hospitalar em redes integradas. Contudo, persistem desigualdades regionais acentuadas, tanto na disponibilidade de infraestrutura e recursos humanos quanto no acesso aos serviços especializados. Como ressaltam Giovanella e Ribeiro (2018), a regionalização ainda não se efetivou plenamente como eixo estruturante da política de saúde, o que resulta em fragmentação entre os níveis de atenção e em entraves à governança interfederativa.

A avaliação de políticas públicas de saúde desempenha papel crucial na identificação de lacunas de implementação, na melhoria da eficiência e na promoção da *accountability* (Minayo, 2005). Nesse cenário, a atenção domiciliar vem ganhando destaque como alternativa para garantir a continuidade da assistência ao usuário, assegurando princípios fundamentais do SUS, como integralidade e equidade. Entretanto, sua consolidação depende de uma gestão eficiente,

acompanhamento adequado e financiamento sustentável, de modo a alcançar melhorias concretas na qualidade de vida da população.

Segundo Álvarez et al. (2015), a avaliação dos programas de saúde ainda se baseia majoritariamente em métodos quantitativos, com foco na mensuração de impactos e resultados. No entanto, a maior parte das experiências concentra-se na análise de estruturas, recursos, aspectos administrativos e processos que sustentam a implementação dos programas — fatores que, muitas vezes, ajudam a explicar e contextualizar os resultados obtidos.

Para Araújo et al. (2011), a efetividade das políticas públicas de saúde requer que todos os programas sejam avaliados com base em critérios de eficácia, eficiência e efetividade. Contudo, como alertam Tanaka e Tamaki (2012), um dos principais obstáculos para a ampliação da avaliação como ferramenta de tomada de decisão nos serviços de saúde está na necessidade de recursos financeiros, tempo e capacidade técnica, o que dificulta sua aplicação em situações que demandam respostas imediatas. Assim, a capacidade avaliativa de contribuir para o aperfeiçoamento do processo decisório confronta-se com a complexidade desse campo, caracterizado por múltiplos fatores condicionantes e determinantes.

Diante desse cenário, a existência de um conhecimento acumulado — proveniente de avaliações anteriores ou previamente planejadas — pode ser decisiva para qualificar os processos de formulação e implementação das políticas públicas de saúde, tornando-os mais eficientes, integrados e responsivos às necessidades da população.

2.2 Avaliação e monitoramento de Políticas Públicas

As políticas públicas podem ser definidas como programas de ação governamental que visam coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados, devendo ser avaliadas (Bucci, 2006).

Quanto à avaliação das atividades políticas, no Brasil, a necessidade de avaliação mais rigorosa das atividades de políticas, programas e projetos surgiu nas transformações econômicas na década de 1980, em especial no debate sobre a crise do Estado, que se fortaleceu na década seguinte (Antero, 2008).

A respeito das avaliações, elas podem ser divididas em duas categorias (Hedler e Torres, 2009). A primeira é a avaliação do tipo somativa, realizada após a implementação da política, como avaliação *ex post*, que, na essência, aplica-se à verificação de sua efetividade e ao

desenvolvimento de propostas de modificações. A segunda categoria é a das avaliações formativas. Essas são realizadas, durante a implantação de um programa, com o propósito de subsidiar a gestão e aperfeiçoar seus mecanismos de implementação.

A avaliação formativa, também conhecida como de processo, tem como objetivo investigar o funcionamento da política, entre eles, observar suas etapas, mecanismos e processos. Assim, procura fazer uma articulação entre os meios e os fins, possibilitando estabelecer dessa maneira, sua compatibilidade, ou não, com as estratégias propostas para o alcance dos resultados (Trevisan & Bellen, 2008).

A avaliação somativa é focada nos resultados. Analisa em que medida a política atingiu os resultados esperados por aqueles que as formularam. Entretanto, essa análise de resultados pode ser caracterizada como resultados esperados e resultados não esperados. Diz respeito às consequências geradas e as consequências que não foram antecipadas pela política pública, no plano de implementação (Trevisan & Bellen, 2008).

O conceito de avaliação de políticas é conhecido internacionalmente como “*policy evaluation*”, que tem por definição analisar se os objetivos e resultados (impactos) foram alcançados em conformidade com o planejado. É uma etapa indispensável para analisar os efeitos das políticas públicas nas transformações da sociedade, capazes de desenvolver e melhorar as ações diante dos problemas enfrentados (Costa & Castanhar, 2003; Jannuzzi, 2011, 2014; Ramos & Schabbach, 2012; Rossi et al., 2004; Segerholm, 2003; Trevisan & Bellen, 2008; Vedung, 2015).

Para Scriven (1991), a avaliação é o processo de determinar o mérito, o valor e significância de alguma coisa. Nesse sentido, considera que a lógica geral da avaliação integra quatro passos fundamentais: estabelecer critérios de mérito; construir padrões de comparação; medir o desempenho e compará-lo com os padrões; e integrar os dados num juízo sobre o mérito ou valor. Implica também distinguir o que vale a pena a partir do sem valor, o precioso do inútil (Vedung, 2015).

Ademais, segundo Scriven (2007), a avaliação pode ser suportada por vários tipos de valor, tais como: preferências pessoais, processo claramente empírico e subjetivo, mas que não deixa de ser uma avaliação real, uma vez que traduz a decisão do sujeito; valor de mercado, que tem uma existência legal, objetiva, e é geralmente quantificado em valor monetário (o preço de mercado); valor público, intersubjetivo, que traduz a avaliação de qualquer coisa geralmente

aceite numa sociedade (o preço socialmente atribuído a um bem, eventualmente diferente do preço de mercado); e valor associado a padrões e exigências de desempenho, que concretiza e refina o conceito de valor público.

Nesse contexto, tem-se ainda que a avaliação é uma aferição cuidadosa de intervenções públicas. Isso significa que a avaliação deve atender a alguns padrões mínimos de qualidade, como a coleta sistemática de dados e aplicação consciente dos critérios de mérito, valor e significância (Vedung & Pedone, 2021).

Ressalte-se que a teoria da avaliação é um campo de conhecimento autônomo, considerado transdisciplinar por adotar disciplinas científicas de outros campos e serve de inspiração para outros (Christie, 2003; Christie & Lemire, 2019; Gasparini, 2020; Patton, 2018; Scriven, 2003; Shadish et al., 1991). Por isso se faz necessário se utilizar do campo de avaliação de políticas em saúde no Brasil, em especial no Distrito Federal, visto que se trata de um tema transdisciplinar por adotar várias áreas do conhecimento.

Oliveira e Passador (2019) argumentam que as avaliações de políticas públicas no Brasil funcionam como dispositivo indispensável e contínuo no aprimoramento da gestão governamental diante da latente procura por serviços públicos, sobretudo aquelas com características de múltiplas abordagens.

O ciclo político envolve vários atores. Nesse sentido, a avaliação de programas e políticas públicas é uma etapa crucial dentro do ciclo político, focada na aferição dos objetivos e suas consequentes ações que podem desencadear de forma inesperada, levando a possíveis mudanças, adaptações e melhorias nos meios de implementação (Xun et al., 2014; Serapioni, 2016).

Em função do timing na classificação das investigações avaliativas, encontram-se, ao menos, três momentos distintos geralmente denominados de *ex-ante* (antes), implementação (durante) e *ex-post* (depois). As avaliações *ex-ante* são as precedentes ao processo de tomada de decisão, por isso funcionam como desenho quanto à implementação de políticas e programas (Cohen & Franco, 2013; Jannuzzi, 2013).

As avaliações geralmente são delineadas com a finalidade de melhorar a implementação, verificando se as políticas estão sendo executadas em conformidade com o que foi previamente acordado e para a população-alvo destinada, mediante cronograma

estabelecido. Neste sentido, dentre as etapas do ciclo avaliativo, encontra-se a avaliação da implementação (Cullen, Sullivan, & Junge, 2007).

A avaliação da implementação, nomeada também de processo ou intermediária, ocorre durante o funcionamento e a execução da política. Esse tipo de avaliação é considerado formativa, uma vez que se realiza durante a fase de implementação, podendo gerar conhecimento sobre o curso e o desempenho das ações da política (Trevisan & Bellen, 2008; Zani & Costa, 2014). Nesse caso, trata-se de avaliação concomitante.

Para Champagne et al. (2011), a avaliação da implementação (de processo) é responsável por compartilhar junto aos atores envolvidos sobre os recursos utilizados, o grau em que as ações/intervenções alcançaram os beneficiários (público-alvo) e a qualidade dos serviços prestados pelas políticas e programas públicos.

Sabe-se que outro momento estimado é a avaliação de resultados, que tem como fim elucidar os impactos da implementação da política, também denominada de *ex-post*, visa avaliar a eficiência (recursos), eficácia (objetivos) e efetividade (impactos). Essa classificação após a implementação é denominada de somativa, a qual fornece informações para gestão de decisões futuras sobre a continuidade ou descontinuidade do programa (Jannuzzi 2013). Além disso, a avaliação de resultados pode ser feita por meio de monitoramento.

Quando se concerne a avaliação da implementação, depreende-se que o enfoque recai acerca dos processos relacionados à gestão de programas e políticas públicas, sob o prisma da finalidade em que a política foi elaborada e sua implementação efetivada, mediante aos recursos, estratégias, público-alvo, metas e objetivos prognosticados (Rossi et al., 2004).

Ainda, na avaliação de processo se analisa a etapa de implementação de uma política ou programa, explorando o contexto organizacional (institucional), econômico, político e social, verificando a relação entre meio e fins, suas possíveis adequações, correções e melhorias da política que está sendo implementada (Viana, 1996).

A implementação de políticas públicas constitui etapa crítica do ciclo de políticas, na qual decisões formuladas são traduzidas em ações concretas. A literatura clássica aponta que esse processo está sujeito a múltiplas interferências institucionais, organizacionais e operacionais, o que pode gerar distanciamento entre os objetivos originalmente definidos e os resultados efetivamente alcançados. Nesse sentido, Pressman e Wildavsky (1973) demonstram que a implementação envolve uma cadeia complexa de decisões e atores, na qual cada ponto adicional pode comprometer o sucesso da política.

Essa perspectiva é aprofundada por Hill e Hupe (2002), que destacam a natureza multinível da implementação, marcada pela interação entre diferentes instâncias de governo e arranjos de governança. Para os autores, a implementação não é um processo linear, mas sim um campo de negociação e adaptação contínua.

No nível operacional, a atuação dos agentes responsáveis pela execução das políticas assume papel central. Lipsky (1980) introduz o conceito de burocracia de nível de rua, ressaltando que os profissionais que atuam diretamente na prestação dos serviços públicos exercem discricionariedade na aplicação das normas, adaptando-as às condições concretas de trabalho. No contexto brasileiro, Cavalcante e Lotta (2015) reforçam essa perspectiva ao evidenciar o papel dos burocratas de médio escalão na mediação entre diretrizes institucionais e prática administrativa.

A análise das políticas públicas também pode ser compreendida a partir da abordagem do ciclo de políticas, que organiza o processo em etapas interdependentes, como formulação, implementação e avaliação. Howlett, Ramesh e Perl (2013) destacam que essas etapas não ocorrem de forma isolada, mas são interligadas e influenciadas por múltiplos atores e contextos institucionais.

Complementarmente, Wu et al. (2015) enfatizam que a efetividade das políticas públicas depende da capacidade estatal de coordenar essas etapas, articulando instrumentos, atores e recursos de forma coerente. Nesse sentido, a governança assume papel central na condução das políticas, especialmente em contextos complexos como o da saúde pública.

A avaliação de políticas públicas não se limita à mensuração de resultados, mas envolve também a produção de informações úteis para a tomada de decisão. Nesse sentido, Patton (2018) propõe a abordagem da avaliação orientada ao uso, segundo a qual o valor da avaliação está diretamente relacionado à sua capacidade de influenciar decisões e práticas institucionais.

No campo da mensuração de desempenho, Hatry (2006) destaca a importância de indicadores sistemáticos para monitorar a efetividade das ações governamentais, enquanto Bouckaert e Halligan (2008) ressaltam que a gestão pública contemporânea demanda sistemas estruturados de monitoramento e avaliação, capazes de subsidiar a gestão orientada a resultados.

A análise da qualidade em saúde pode ser estruturada a partir do modelo proposto por Donabedian (1988), que organiza a avaliação em três dimensões: estrutura, processo e resultado. Essa abordagem permite compreender como os recursos disponíveis, as práticas assistenciais e os resultados obtidos se articulam na produção do cuidado.

Adicionalmente, Starfield (2002) destaca que a qualidade da atenção à saúde está diretamente relacionada à presença de atributos como continuidade, coordenação e

integralidade do cuidado, especialmente no âmbito da atenção primária e das redes de atenção à saúde.

A atenção domiciliar tem sido reconhecida internacionalmente como estratégia relevante para reorganização dos sistemas de saúde, especialmente no contexto do envelhecimento populacional e do aumento das doenças crônicas. Segundo a World Health Organization (2007), essa modalidade contribui para a continuidade do cuidado, a desospitalização e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

A avaliação da política de atenção domiciliar em saúde no Distrito Federal foi realizada pelo TCDF em dois momentos distintos de controle, *ex-ante* e *ex-post*. Por essa razão, esta pesquisa buscou averiguar se houve aumento da qualidade do serviço depois da auditoria operacional da Política de Atenção Domiciliar realizada em 2022.

2.3 Auditoria operacional: conceitos e funcionalidade

Segundo o Manual de Auditoria do Tribunal de Contas do Distrito Federal, a auditoria do setor público é um processo sistemático de obter e avaliar objetivamente evidências para determinar se as informações ou as condições reais de um objeto estão de acordo com critérios aplicáveis. As auditorias do setor público são trabalhos de assecuração e envolvem pelo menos três partes distintas: o auditor, uma parte responsável e os usuários previstos. A depender de quem mensura o objeto, as auditorias podem ser classificadas como trabalhos de certificação ou trabalhos de relatório direto (Tribunal de Contas do Distrito Federal, 2020).

O principal objetivo da auditoria tradicional é fazer que as unidades e os indivíduos sigam determinados critérios ou normas aplicáveis para realizar transações e desempenhar tarefas, resumidamente, o principal objetivo consiste em fazer uma *accountability* de regularidade (Light, 1993). A meta é impedir ou retificar procedimentos que representem desvios das normas legais, e.g., no controle financeiro ou na administração de ativos.

Barzelay (2002) diferencia a auditoria de programas da auditoria tradicional, afirmando que, enquanto a primeira busca inferências válidas sobre os impactos e resultados das ações públicas, a segunda se restringe à conformidade com normas e procedimentos. Para o autor, a auditoria operacional aproxima-se das abordagens de avaliação de políticas públicas, uma vez que envolve coleta e interpretação de dados sobre a execução e os efeitos dos programas governamentais.

Existem diversos tipos de auditoria, de modo que os três principais tipos de auditoria, segundo o Manual de Auditoria do TCDF (2020) são: auditoria financeira, auditoria operacional

e auditoria de conformidade. Segundo o Manual, a auditoria financeira tem por objetivo determinar se a informação financeira de uma entidade é apresentada em conformidade com a estrutura de relatório financeiro e o marco regulatório aplicável. Isso é alcançado obtendo-se evidência de auditoria suficiente e apropriada para permitir ao auditor expressar uma opinião quanto a estarem as informações financeiras livres de distorções relevantes devido a fraude ou erro (TCDF, 2020).

A auditoria operacional tem por objetivo examinar se programas, ações e instituições públicas estão sendo executados de forma econômica, eficiente e eficaz, identificando oportunidades de aperfeiçoamento da gestão pública. Embora a efetividade possa ser observada como consequência mais ampla das políticas públicas, sua mensuração exige análise de impactos de longo prazo e controle de múltiplas variáveis externas, o que nem sempre se mostra compatível com o escopo da auditoria operacional tradicional. Assim, a auditoria concentra-se prioritariamente na avaliação da eficácia dos resultados alcançados e da eficiência na utilização dos recursos públicos, oferecendo subsídios concretos para o aprimoramento da implementação das políticas públicas (TCDF, 2020; INTOSAI, 2019; TCU, 2018).

Nessa modalidade de auditoria, o desempenho das ações governamentais é examinado com base em critérios técnicos e normativos previamente estabelecidos, de forma a assegurar a imparcialidade e a consistência das conclusões. As causas de eventuais desvios desses parâmetros ou de outros problemas detectados são analisadas de modo sistemático, buscando compreender não apenas os efeitos, mas também as origens estruturais ou gerenciais das falhas (TCDF, 2020).

Diferentemente das auditorias tradicionais de conformidade, que se concentram em verificar o cumprimento de normas e regulamentos, a auditoria operacional adota uma perspectiva mais analítica e avaliativa, voltada para a mensuração de desempenho e para a promoção de melhorias contínuas nos processos de governança pública. Trata-se de um instrumento que contribui para a transparência, a *accountability* e o aprimoramento das políticas públicas, ao fornecer evidências qualificadas para subsidiar a tomada de decisões e o controle social (International Organization of Supreme Audit Institutions, 2019).

Conforme as diretrizes do Tribunal de Contas da União (2018), esse tipo de auditoria busca responder a questões-chave relacionadas à gestão e ao desempenho de programas governamentais, apresentando recomendações fundamentadas que podem subsidiar tanto a alta administração quanto os órgãos de controle social na tomada de decisões mais qualificadas.

Já a auditoria de conformidade tem foco distinto, concentrando-se em verificar se as ações e atos da administração pública estão em consonância com a legislação aplicável, normas

administrativas e princípios constitucionais. Segundo o Manual de Auditoria do TCU (2020), essa modalidade objetiva assegurar que os recursos públicos sejam utilizados de acordo com as regras legais e regulamentares, contribuindo para a prevenção de irregularidades, desvios e desperdícios.

A auditoria de conformidade tem por objetivo verificar se um objeto está em conformidade com normas identificadas como critérios. A auditoria de conformidade é realizada para avaliar se atividades, transações financeiras e informações cumprem, em todos os aspectos relevantes, as normas que regem a entidade auditada. Essas normas podem incluir regras, leis, regulamentos, resoluções orçamentárias, políticas, códigos estabelecidos, acordos ou os princípios gerais que regem a gestão financeira responsável do setor público e a conduta dos agentes públicos. (Tribunal de Contas do Distrito Federal, 2020).

Assim, enquanto a auditoria de conformidade tem ênfase na legalidade e legitimidade, a auditoria operacional prioriza a análise do desempenho e da efetividade da gestão pública. As duas modalidades, no entanto, são complementares: a primeira garante que os atos estejam juridicamente corretos; a segunda analisa se estão sendo realizados da melhor forma possível em termos de resultados para a sociedade.

Conforme Barzelay (1997), a auditoria operacional também pode ser chamada de auditoria de desempenho. O autor constatou que a auditoria de desempenho (ou operacional) apresenta características similares à avaliação de programas, levando-o inclusive a concluir que essa modalidade de auditoria é, na realidade, avaliação de programa, porque envolve a produção e revisão instrumental de julgamento.

Para Barzelay (2002), o termo auditoria de desempenho é normalmente utilizado para demarcar a distinção entre o tipo de atividade de revisão governamental e a auditoria tradicional, de modo que se pode chegar à avaliação de programas. O autor aponta que as auditorias de desempenho não são um tipo de auditoria, mas, sim, avaliações. Entretanto, diferentemente das avaliações de programas convencionais, as auditorias de desempenho são frequentemente realizadas de forma similar a uma auditoria tradicional. Nesse aspecto, os especialistas em avaliação, por seu turno, tendem a caracterizar a auditoria de desempenho como uma forma de avaliação (Chelimsky, 1985; Rist, 1989)

O principal objetivo das auditorias de desempenho pode ser expresso como *accountability* de desempenho. A ideia simples que está por trás desse argumento é que as organizações devem ser responsabilizadas pelos resultados de sua atuação mais do que pela sua forma de funcionamento. O objetivo da auditoria de desempenho, nesse sentido, é contribuir para a operacionalização de processos político administrativos pelos quais a *accountability* de

desempenho é estruturada, incentivada e controlada. Na avaliação de programas, o principal objetivo é distinguir os impactos provocados pelos programas de forma a avaliar sua efetividade em atingir objetivos pré-definidos ou inferidos. (Barzelay, 2002).

Disso, entende-se que a auditoria operacional não realiza, por si só, a *accountability*, mas a instrumentaliza. A *Accountability* constitui uma relação institucional entre atores, marcada pela obrigação de prestar contas, pela possibilidade de responsabilização e pela redução de assimetrias de poder entre quem executa e quem controla. Nesse sentido, a auditoria fornece os elementos técnicos e informacionais necessários para que essa relação se concretize, permitindo que órgãos de controle, gestores públicos e sociedade disponham de evidências qualificadas sobre o desempenho da administração pública. Assim, a auditoria operacional atua como mecanismo de suporte e fortalecimento da *accountability*, especialmente no campo das políticas públicas de saúde (Mark Bovens, 2007; Christopher Pollitt & Geert Bouckaert, 2011; Michael Barzelay, 2002).

Segundo Barzelay (2002), a auditoria envolve a coleta de informações sobre as transações ou processos para determinar se eles estão em conformidade com as normas aplicáveis. Por sua vez, a avaliação de programas envolve a execução e o desenho de estratégias de pesquisa para a realização de inferências descritivas válidas, confiáveis e isentas sobre condições agregadas, bem como de inferências causais sobre os impactos dos programas.

Nesse sentido, a auditoria de desempenho diz respeito à auditoria propriamente dita ou pesquisa, podendo ser caracterizada como um processo de inspeção. Por seu turno, a inspeção consiste no questionamento de qualquer tipo de procedimento, não apenas aqueles relativos à administração financeira. Uma inspeção pode tanto envolver a verificação da observância dos critérios aplicáveis como também o exercício direto de julgamento instrumental (Barzelay, 2002).

A perspectiva apresentada por Michael Barzelay (2002) amplia a compreensão tradicional de auditoria ao integrar elementos de análise organizacional e avaliação de políticas públicas. Para o autor, a auditoria de desempenho vai além da simples verificação de conformidade legal e contábil, incorporando a análise crítica dos resultados e dos processos administrativos, com foco na eficiência, eficácia e efetividade das ações governamentais.

Dessa forma, a auditoria de desempenho busca compreender como os recursos públicos estão sendo utilizados e quais resultados estão sendo gerados para a sociedade, tornando-se uma ferramenta estratégica de governança e *accountability*. Enquanto a auditoria de conformidade tem como foco a aderência a normas, leis e regulamentos, a auditoria de desempenho preocupa-

se com a qualidade da gestão pública, a pertinência dos métodos adotados e a adequação dos meios aos fins.

No que diz respeito à avaliação de programas, Barzelay enfatiza que esse processo requer a adoção de métodos de pesquisa robustos que permitam inferências confiáveis sobre a implementação e os impactos das políticas públicas. Essa avaliação considera tanto os aspectos processuais (como a execução das ações) quanto os resultados obtidos, permitindo compreender a efetividade das intervenções governamentais e identificar oportunidades de aperfeiçoamento.

Assim, a auditoria de desempenho e a avaliação de programas se complementam: enquanto a primeira se concentra em medir e analisar a performance, a segunda busca explicar os fatores causais que influenciam os resultados alcançados. Ambas são instrumentos essenciais para o fortalecimento da administração pública orientada a resultados e para a promoção de maior transparência e controle social.

As principais medidas de mérito embutidas no conceito de auditoria de desempenho são a economia, a eficiência e a efetividade. A economia geralmente significa a eliminação dos desperdícios de insumos; a eficiência refere-se à otimização dos processos de transformação de insumos em produtos; e a efetividade significa influenciar positivamente o impacto por meio da geração de produtos (Gray, Jenkins e Segsworth, 1993).

Quanto ao papel do auditor e do avaliador, verifica-se que o papel do auditor público é examinar a informação apresentada pelos órgãos públicos e relatar eventuais desvios entre os critérios/normas aplicáveis e as transações realizadas. O papel do avaliador de programa é de conceber e desenvolver pesquisa que produza pareceres técnicos, com base em dados empíricos, sobre os impactos dos programas. Já o papel do auditor de desempenho é, em grande medida, o de avaliar aspectos selecionados dos programas e das organizações. Esses auditores avaliam esses aspectos com um enfoque mais pontual do que os revisores ao realizar uma típica avaliação de programas. Diferentemente dos auditores tradicionais, os auditores de desempenho podem julgar se os meios empregados nos processos produtivos estão alinhados com as metas estabelecidas ou se foram otimizados de forma a reduzir as limitações do programa (Barzelay, 2002).

A respeito da eficiência, Barzelay (2002) aponta que auditoria de eficiência examina as funções organizacionais, os processos e os elementos de programa para avaliar se os insumos estão sendo transformados em produtos de forma otimizada, especialmente no que concerne aos custos. Já a auditoria de efetividade de programa examina o impacto provocado pelos programas sobre os resultados. preocupam-se mais com a avaliação de elementos pontuais do programa do que com avaliação de programa, na qual o objeto da avaliação consiste no

programa como um todo. Um caso especial de auditoria de efetividade de programa é a avaliação da qualidade de serviço.

Segundo Pollitt et al. (2008), a motivação para a realização das auditorias operacionais veio dos extensivos programas de reforma da administração pública, que tinham o objetivo de modernizar, tornar mais eficiente e, em alguns casos, diminuir o tamanho geral do aparato estatal. No Brasil, o termo auditoria operacional foi adotado pelos auditores federais de controle externo do TCU para descrever o trabalho de auditoria cujo objetivo específico é de melhoria das operações examinadas (Oliveira, 1996).

A definição de auditoria operacional mais recente da Intosai está publicada na ISSAI 300 (International Organization of Supreme Audit Institutions [Intosai], 2015, p. 2), que a descreve como o “exame independente, objetivo e confiável que analisa se os empreendimentos, sistemas, operações, programas, atividades ou organizações do governo estão funcionando de acordo com os princípios da economicidade, eficiência e efetividade¹ e se há espaço para aperfeiçoamento”.

A Issai 300 (Intosai, 2015) estabelece uma série de princípios e procedimentos a observar na realização de uma auditoria operacional. Dentre os princípios gerais, observa-se o estabelecimento do objetivo, da abordagem, dos critérios, do risco, da comunicação, das habilidades requeridas, do julgamento e ceticismo profissional, do controle de qualidade, da materialidade e da documentação necessária.

Por sua vez, a Issai 300 destaca, ainda, a observância dos princípios relacionados ao processo de auditoria operacional, que envolve o planejamento, a execução da auditoria, a elaboração do relatório e o monitoramento.

Quanto ao monitoramento, Yetano (2014) discorre sobre a importância desse processo após os esforços para a realização da auditoria. Cita que, na Alemanha e no Reino Unido, é comum haver um processo de monitoramento para verificar se as recomendações decorrentes das auditorias operacionais foram implementadas; dessa forma, cria-se certa pressão para que a organização auditada adote as reformas propostas.

A Issai 300 (Intosai, 2015) estabelece que os auditores devem monitorar os achados e as recomendações de auditorias anteriores, sempre que for apropriado. O monitoramento deve

¹ Nota de tradução: Tradução de effectiveness. Esse termo em inglês abrange dois conceitos diferentes na língua portuguesa: efetividade (conceito relacionado aos resultados) e eficácia (conceito relacionado ao grau de alcance das metas programadas).

ser realizado adequadamente, a fim de prestar retorno ao Poder Legislativo, se possível, com as conclusões e os impactos de todas as ações corretivas relevantes.

A Intosai (2015) acrescenta que o monitoramento encoraja as entidades auditadas e outros usuários dos relatórios a levar o procedimento a sério, além de proporcionar aos auditores lições úteis e indicadores de desempenho.

Ribeiro et al. (2010) descrevem que, ao final da auditoria, o gestor deve elaborar um plano de ação que sirva de base para a realização dos monitoramentos. Acrescentam, ainda, que devem ser realizados 2 ou 3 monitoramentos para cada auditoria, encerrando-se o processo em aproximadamente 24 meses, após a publicação da decisão do TC, quando é elaborado o relatório final de impacto da auditoria. Em relação à periodicidade recomendada para a realização do monitoramento, o TCU defende que não se deve demorar muito para sua realização, para não perder a expectativa de controle e que não vale a pena monitorar a atividade por muito tempo, pois segundo a experiência do U.S. Government Accountability Office (U.S. GAO), a maior parte das deliberações é implementada até três anos após a realização da auditoria (TCU, 2010). Por outro lado, o Tribunal de Contas Europeu (UE, 2015) estabelece que é normal o monitoramento acontecer 2 ou 3 anos após a publicação do relatório de auditoria.

Ademais, a auditoria operacional pode ser concebida como uma atividade imprescindível para organizar e desenvolver uma gerência com caráter mais ativo, participativo e demonstrando formas de controle (Amaral & Bertegani, 2018).

Assim, a auditoria trabalha para minimizar ou dirimir riscos de possíveis erros ou fraudes organizacionais, por meio de sugestões de melhorias dos controles internos (Masson et al., 2018). Também é um sistema de revisão de controle para informar as equipes gestoras sobre a eficiência e a eficácia dos programas em desenvolvimento, não sendo sua função somente indicar falhas e problemas relacionados, mas também apontar sugestões e soluções assumindo, portanto, um caráter educativo (Bezerra, 2021).

A auditoria operacional também é definida como a análise sistemática e formal de atividades desenvolvidas por profissionais não envolvidos na sua execução, com o objetivo de assegurar a conformidade, a qualidade e o controle em uma função, processo ou instituição de saúde (Souza et al., 2010).

Quanto à saúde, as atividades de auditoria em saúde visam a garantia da qualidade da assistência prestada ao paciente, respeitando as normas técnicas, éticas e administrativas. A função do auditor não deve ser vista apenas como um meio para redução de custos, ele também pode ser percebido como um aliado, para garantir a qualidade da assistência (Evangelista, et al., 2021).

A respeito de *accountability*, Samuel Paul (1992) afirma que significa manter indivíduos e organizações passíveis de serem responsabilizados pelo seu desempenho. Nesse esteio, a *accountability* pública se refere ao conjunto de abordagens, mecanismos e práticas usados pelos atores interessados em garantir um nível e um tipo desejados de desempenho dos serviços públicos.

Ceneviva & Farah (2006) argumentam que a ideia de responsabilização transcende a ideia de simples prestação de contas. Nesse sentido, *accountability* não se limita a necessidade de justificação e de legitimação da discricionariedade daqueles que exercem o Poder Público em nome dos cidadãos, mas também deve incluir a possibilidade de sanção.

Abrucio e Loureiro (2025) entendem que os mecanismos de *accountability* compreendem, entre outros, o monitoramento, o controle e a sanção de ações ou omissões políticas que não necessariamente envolvam delitos ou infrações legais.

A *accountability*, segundo O'Donnell (1998, 1999, 2003), pode ser diferenciada pelas formas horizontal e vertical. Para ele, a vertical refere-se às atividades de fiscalização dos cidadãos e da sociedade civil que procuram estabelecer formas de controle ascendente sobre governantes e burocratas, como exemplo o processo eleitoral. Já a *accountability* horizontal se dá por meio dos mecanismos institucionalizados de controle e fiscalização mútua, na forma de freio e contrapesos entre os poderes estatais, bem como mediante a atuação de outros órgãos governamentais que têm a função de monitoramento e fiscalização do poder público e de outros órgãos estatais, como os Tribunais de Contas no Brasil.

No campo da governança pública, o modelo das três linhas, proposto pelo Institute of Internal Auditors (2020), estabelece a distinção entre as funções de gestão, controle interno e controle externo. De acordo com esse modelo, a gestão é responsável pela execução e monitoramento das atividades, o controle interno atua na supervisão e avaliação contínua, e o controle externo exerce fiscalização independente.

Importa diferenciar o modelo clássico das Três Linhas de Defesa, proposto pelo Institute of Internal Auditors (IIA, 2020), da adaptação normativa incorporada ao ordenamento brasileiro, especialmente pela Lei nº 14.133/2021. No modelo original do IIA, a primeira linha corresponde à gestão operacional; a segunda linha refere-se às funções de supervisão e conformidade; e a terceira linha é representada pela auditoria interna. O Tribunal de Contas, como órgão de controle externo, não integra formalmente essas três linhas, atuando externamente ao sistema de governança institucional (IIA, 2020). Já no contexto brasileiro, especialmente na interpretação aplicada à nova Lei de Licitações, consolidou-se uma leitura

ampliada que aproxima o controle externo desse arranjo (Brasil, 2021). Contudo, tecnicamente, é importante preservar essa distinção conceitual para evitar imprecisões teóricas.

Essa distinção é fundamental para compreender o papel das auditorias operacionais, que devem atuar de forma independente, sem assumir funções próprias da gestão, contribuindo para o fortalecimento da *accountability* e da governança pública.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a auditoria operacional instrumentaliza *accountability* horizontal, com ênfase na economicidade, eficiência, eficácia e a efetividade da gestão pública. Com isso, é capaz de identificar lacunas de implementação de políticas públicas, bem como de programas, projetos, serviços, atividades e sistemas governamentais ou de órgãos e unidades jurisdicionados. Essa ação é muito própria também das avaliações de políticas. Por essa razão, esta pesquisa faz a correlação desses conceitos e busca entender os efeitos da auditoria do TCDF na implementação da Política de Atendimento Domiciliar pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF e como as recomendações foram contempladas. Apesar desta análise tangenciar com o que poderia ser uma meta avaliação, não é esse o objetivo desta pesquisa, mas sim compreender quais são os desdobramentos da auditoria para a política.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS

Na presente pesquisa, foi utilizada uma abordagem qualitativa com o objetivo de compreender o contexto em que o fenômeno estudado acontece. Para Neto e Castro (2017, p. 82-83), “[...] o que nos motiva pesquisar algo advém das experiências de vida, sejam pessoais e/ou profissionais, do contexto sociopolítico e econômico vivenciado e das lacunas existentes nas investigações científicas”. Desse modo, a pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender fenômenos sociais complexos em contextos específicos, considerando tanto as dinâmicas institucionais quanto as relações entre os atores envolvidos.

Cervo e Bervian (2004) apresentam a pesquisa como um estágio que busca resolver problemas plurais fazendo uso de procedimentos técnicos e metodológicos a fim de obter respostas para questões e/ou indagações hipoteticamente levantadas no aparecimento de uma suspeita ou de um problema.

Demo (2000), nesta acepção, reflete que a pesquisa consiste na instrumentação teórico-metodológica com adoção do conhecimento científico e anseia, essencialmente, pela produção de um conhecimento novo, de importância social e emergencial. A pesquisa, assim, assegura

um processo de investigação e viabiliza a construção de novas técnicas, saberes e realidades referentes a um determinado fenômeno que se modifica ao longo do tempo e da história.

A pesquisa qualitativa, para Merriam (1998), envolve a obtenção de dados descritivos na perspectiva da investigação crítica ou interpretativa e estuda as relações humanas nos mais diversos ambientes, assim como a complexidade de um determinado fenômeno, a fim de decodificar e traduzir o sentido dos fatos e acontecimentos.

A pesquisa qualitativa se configura em um formato em que os conceitos levantados devem ser contemplados sob uma ótica advinda da prática social. Para Oliveira et al. (2020, p. 02), “[...] uma pesquisa de natureza qualitativa busca dar respostas a questões muito particulares, específicas, que precisam de elucidações mais analíticas e descritivas”.

Pesquisar qualitativamente é analisar, observar, descrever e realizar práticas interpretativas de um fenômeno a fim de compreender seu significado. Mayring (2002) delinea a pesquisa qualitativa como um processo adaptado, não padronizado ao objeto de estudo, que possui caráter comunicativo e está inserida no contexto de métodos e técnicas que respaldam um caráter processual e reflexivo.

Knechtel (2014) assevera que, tanto a pesquisa qualitativa quanto a quantitativa têm como foco principal o ponto de vista do indivíduo. Enquanto a pesquisa qualitativa considera a proximidade com o sujeito, na pesquisa quantitativa são usados materiais e métodos precisos.

Atendo-se neste momento a refletir sobre a pesquisa quantitativa, Knechtel (2014) reverbera que esta é um modo específico de pesquisa que opera a respeito de um problema de âmbito humano ou social. Baseia-se na avaliação de uma teoria, miscigenada por variáveis e dados quantificados e registrados em números apresentados de forma estatística para determinar se as generalizações previstas na teoria se sustentam ou não. A pesquisa quantitativa, desse modo, pode ser empregada para quantificar perfis populacionais, indicadores socioeconômicos, preferências, comportamentos dos indivíduos, entre outros.

A abordagem de pesquisa quali-quantitativa conforme apresenta Knechtel (2014, p. 106), “[...] interpreta as informações quantitativas por meio de símbolos numéricos e os dados qualitativos mediante a observação, a interação participativa e a interpretação do discurso dos sujeitos (semântica)”. Gatti (2004) aponta que pesquisas qualitativas e quantitativas não são postas e antagônicas, ao contrário, são complementares e oportunizam compreender melhor os fenômenos investigados.

Nesse contexto, a pesquisa é predominantemente exploratória, com viés qualitativo, buscando descrever e explicar os fatos analisados.

Nesse aspecto, analisou-se a política de atendimento domiciliar no DF com base na auditoria operacional realizada pelo TCDF na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. O estudo possui um corte temporal, visto que será examinada a auditoria operacional realizada no ano de 2022 pelo Tribunal, porque essa foi a última auditoria realizada da política em questão, e dados da política nos anos de 2021 a 2024. A auditoria operacional realizada em 2022 se enquadra no tipo de auditoria que é realizado de forma periódica, de acordo com o planejamento do Tribunal de Contas do Distrito Federal.

Esse referencial teórico fundamenta a análise dos efeitos da auditoria operacional sobre a Política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal, orientando a interpretação dos achados empíricos desta pesquisa.

Nesses termos serão apresentados a seguir os procedimentos metodológicos de coleta de dados.

3.1 Procedimento de coleta e análise de dados

A coleta e o tratamento de dados foram realizados por meio de pesquisa documental e entrevistas individuais semiestruturadas com servidores do TCDF, bem como por meio de acesso à informação via Lei de Acesso à Informação à SES/DF.

Segundo, Gil (2008), a pesquisa documental é um tipo de pesquisa que utiliza fontes primárias, quando dados e informações ainda não foram tratados cientificamente ou analiticamente. Ademais, a pesquisa documental possui objetivos específicos de modo que pode ser um rico complemento à pesquisa bibliográfica.

A presente pesquisa tem escopo documental, tendo em vista que procurou analisar documentos de auditoria do TCDF e da Secretaria de Saúde do DF, apontados no quadro a seguir:

Quadro 1 – Relação de documentos analisados

Documento	Órgão	Processo	Peça	Data do documento
Relatório de levantamento preliminar de auditoria.	TCDF	00600-00005326/2022-79	13	5/10/2022
Relatório prévio de auditoria	TCDF	00600-00005326/2022-79	19	16/11/2022
Relatório final de auditoria	TCDF	00600-00005326/2022-79	32	23/03/2023

Relatório/Voto	TCDF	00600-00005326/2022-79	38	09/08/2023
Decisão TCDF nº 3574/2023	TCDF	00600-00005326/2022-79	39	09/08/2023
Ofício nº 1404/2024 – SES/GAB	SES/DF			16/02/2024
Relatório/Voto	TCDF	00600-00005326/2022-79	53	25/06/2025
Ofício nº 9075/2025 – SES/GAB	SES/DF			13/10/2025
Manifestação SIC LAI-027023/2025	SES/DF	Sei 00060-00603489/2025-19	Sei 190812527	12/01/2026

Nota: elaboração própria

Para Gil (2008), o agrupamento de dados tem como principal função direcionar o sentido pelo qual a pesquisa deve seguir. Esse recolhimento pode ser feito de diversas formas, dentre as quais: observação, entrevista, questionários, análise de materiais ou documental.

Foram realizadas quatro entrevistas com auditores de controle externo do TCDF que trabalharam na auditoria operacional no ano de 2022 referente a política de atendimento domiciliar. O número de entrevistas foi considerado suficiente para atingir a saturação temática, caracterizada pela recorrência dos conteúdos e pela ausência de novos elementos relevantes nas falas dos participantes, indicando consistência e suficiência dos dados coletados (Guest, Bunce, & Johnson, 2006; Minayo, 2017). As questões realizadas nas entrevistas abordaram os seguintes tópicos:

- a) Como ocorreu o monitoramento da Política de Atenção Domiciliar após a auditoria e se a Secretaria de Saúde do DF seguiu as orientações apontadas na auditoria.
- b) Se houve aumento da qualidade do serviço e adequação das equipes responsáveis para a continuidade da execução da política.
- c) Se foi possível verificar se a SES/DF atendeu às recomendações da auditoria do TCDF. Como foi a verificação.
- d) E em relação à implementação da Política de Atendimento Domiciliar, se foi possível verificar se houve alguma mudança após a auditoria do TCDF.
- e) Se a Secretaria de Saúde do DF seguiu as orientações previstas no relatório do TCDF e quais as principais mudanças ocorridas a partir das orientações.
- f) Após a auditoria do TCDF, se foi possível verificar por meio do monitoramento se houve aumento da qualidade da entrega do serviço de saúde pela SES/DF.
- g) Quais os principais serviços que passaram por mudanças significativas.

- h) Se houve mudanças nos seguintes itens, em conformidade com os princípios do SUS elencados na Portaria nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde:
- 1) Garantia da universalidade (acesso para quem precisa).
 - 2) Respeito à equidade (priorização de casos mais graves ou vulneráveis).
 - 3) Respeito à integralidade (considera aspectos clínicos, sociais e familiares).
 - 4) Atendimento humanizado e participativo, envolvendo familiares no cuidado.
- i) O que recomenda o relatório da auditoria do TCDF sobre as equipes responsáveis pela execução da política.
- j) Se houve alguma mudança na equipe multiprofissional responsável pela execução da política.
- k) Se as auditorias e monitoramento do TCDF têm surtido efeito para a melhoria dos serviços.
- l) Sugestões dos entrevistados para que os resultados das auditorias sejam bem aproveitados pela SES/DF.

Nesta pesquisa, será preservada a identidade dos entrevistados, nomeados numericamente, conforme o quadro 2.

Quadro 2 - Relação dos entrevistados por tempo na função

Entrevistados	Função	Tempo na função
Entrevistado 1	Auditor do TCDF	desde 10-8-2012
Entrevistado 2	Auditor do TCDF	desde 22-9-2014
Entrevistado 3	Auditora do TCDF	desde 26-5-2022
Entrevistado 4	Auditor do TCDF	desde 10-8-2012

Nota: elaboração própria

Ademais, buscou-se realizar entrevistas com servidores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que trabalham diretamente na Política de Atendimento Domiciliar, mas não foi possível em decorrência de exigências éticas institucionais, cujo atendimento demandaria prazo incompatível com o cronograma de execução da pesquisa.

Assim, as questões das entrevistas foram realizadas no dia 29/12/2025 por meio do canal Participa DF, com base na Lei Federal nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), conforme os seguintes tópicos:

1) Informar se a SES/DF dispõe de indicadores de qualidade, de desempenho ou de resultados da Política de Atenção Domiciliar.

2) Informar quais serviços ou componentes da Atenção Domiciliar passaram por alterações estruturais, operacionais ou assistenciais nos últimos 3 anos.

3) Esclarecer se foram adotadas medidas voltadas ao aprimoramento da Política de Atenção Domiciliar em consonância com os princípios do SUS nos últimos 3 anos, especialmente:

a) Universalidade: ampliação ou reorganização do acesso ao serviço;

b) Equidade: critérios de priorização de pacientes em situação de maior gravidade ou vulnerabilidade;

c) Integralidade: integração de aspectos clínicos, sociais e familiares no cuidado;

d) Humanização e participação social: envolvimento de familiares e cuidadores no processo assistencial.

Para cada item, informar as medidas adotadas e os instrumentos que as formalizaram;

4) Informar quais recursos, equipamentos e instrumentos são utilizados para realizar o serviço de Atendimento Domiciliar;

5) Informar quais medidas a SES/DF adota para promover a melhoria contínua da Política de Saúde Domiciliar e atingir o maior número de usuários possíveis.

Assim, foi gerado o protocolo de Manifestação SIC LAI-027023/2025 (190812527), por meio do qual a SES/DF remeteu a sua resposta aos itens questionados.

O quadro abaixo descreve a coleta de dados conforme os objetivos específicos.

Quadro 3 – Técnicas de coleta de dados por objetivos específicos

Objetivos específicos	Técnica de coleta de dados	Detalhamento
Descrever os resultados apresentados pela auditoria operacional da Política de Atenção Domiciliar	Pesquisa documental	Foram analisados primeiramente documentos referentes à auditoria realizada pelo TCDF. Também serão analisados

realizada pelo TCDF em 2022.		documentos da SES/DF que dizem respeito à política de Atenção Domiciliar, bem como as recomendações do Tribunal.
Investigar como ocorreu o monitoramento da Política de Atenção Domiciliar após a auditoria e se a Secretaria de Saúde do DF seguiu as orientações apontadas.	Pesquisa documental Entrevistas	Foram pesquisados documentos referentes à auditoria realizada. Foram mapeados atores internos e externos que lidam ou lidaram com a análise e execução da política de Atenção Domiciliar.
Identificar se houve aumento da qualidade do serviço e adequação das equipes responsáveis para a continuidade da implementação da política.	Pesquisa documental Entrevistas	Foram mapeados documentos que dizem respeito sobre a qualidade do serviço de Atenção Domiciliar prestado. Foram mapeados atores internos e externos que podem fornecer informações a respeito da qualidade dos serviços prestados.

Nota: elaboração própria

A análise dos dados seguiu os procedimentos da Análise de Conteúdo Qualitativa conforme proposto por Mayring (2014). O corpus da análise - foi constituído por duas fontes principais: (i) os dados documentais obtidos por meio das análises documentais, e (ii) as transcrições das entrevistas semiestruturadas, transcrito em formato de “leitura limpa”, ou seja, palavra por palavra, com a retirada de expressões vazias recorrentes, realizadas com auditores do TCDF.

Inicialmente, para a análise qualitativa é fundamental considerar a questão e os objetos da pesquisa (Mayring, 2014). Assim, a análise dos dados documentais teve como finalidade alcançar os dois primeiros objetivos específicos da pesquisa: 1) Descrever os resultados apresentados pela auditoria operacional da Política de Atenção Domiciliar realizada pelo TCDF em 2022; e 2) Investigar como ocorreu o monitoramento da Política de Atenção Domiciliar após a auditoria e se a Secretaria de Saúde do DF seguiu as orientações apontadas; Enquanto a análise das entrevistas subsidiará o alcance dos dois últimos objetivos específicos: 3) Identificar se houve aumento da qualidade do serviço e adequação das equipes responsáveis para a continuidade da execução da política.

Tanto na análise dos dados documentais quanto na análise das entrevistas foi utilizada a abordagem de procedimentos mistos, conforme proposta por Mayring (2014), combinando estratégias dedutivas e indutivas, que permite a ampliação e aprofundamento analítico. Inicialmente, foi aplicada a estruturação do conteúdo com atribuição de categorias e subcategorias dedutivas, baseadas nos achados da revisão de literatura, no que se refere à avaliação de políticas públicas. Em um segundo momento, por meio da análise temática, foi adotada uma abordagem indutiva, voltada à identificação de subcategorias emergentes, possibilitando a verificação da eficácia do monitoramento da Atenção Domiciliar.

As transcrições das entrevistas e os documentos foram organizados e submetidos à análise por meio do método de estruturação de conteúdo com categorias dedutivas. Serão utilizadas categorias baseadas nos objetivos específicos da pesquisa, em torno de como ocorreu o monitoramento da Política de Atenção Domiciliar pela Secretaria de Saúde do DF após a auditoria do TCDF e se houve aumento da qualidade do serviço e adequação das equipes responsáveis para a continuidade da execução da política.

Foi também realizada estatística descritiva com dados, tais como a quantidade de pacientes atendidos pelo programa em cada Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar - NRAD, quantidade de visitas realizadas por NRAD, quantidade de profissionais disponíveis com suas cargas horárias e medida de disponibilidade, produção de atendimentos domiciliares por NRAD. Ademais, foi realizada busca nos bancos de dados da gerência de serviços de atenção domiciliar – GESAD da Secretaria de Saúde do DF, bem como no Sistema de Informação da Atenção Domiciliar – SIAD. Ao final, a sistematização dessas informações será importante para fazer a triangulação de todos os dados e a conexão com a teoria discutida. A análise desses dados ajudou a perceber os efeitos da auditoria sob a política analisada.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

Esta seção apresenta os resultados organizados por categorias, com base nos objetivos específicos da pesquisa. Combina os dados coletados por meio de entrevistas, documentos e respostas oficiais da SES/DF e discussão do referencial teórico.

4.1 Resultados apresentados pela auditoria operacional da Política de Atenção Domiciliar realizada pelo TCDF em 2022

A Auditoria Operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal, no exercício de 2022, ao avaliar a implementação da política de Atenção Domiciliar (AD1, AD2 e AD3) no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), revela um

paradoxo que merece análise crítica: ao mesmo tempo em que o serviço demonstra elevada efetividade assistencial na ponta, apresenta fragilidades estruturais e gerenciais que comprometem sua eficiência sistêmica e sua capacidade de expansão equitativa.

Tem-se que o objetivo central da auditoria foi verificar se a política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal favorece, de um lado, a eficácia e a efetividade das ações de saúde e, de outro, a economicidade e a eficiência na aplicação dos recursos públicos. Para tanto, a avaliação concentrou-se na atuação da Atenção Primária (AD1), das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD), examinando fluxos de admissão, atendimento, disponibilidade e distribuição de equipes, bem como a produção de informações gerenciais.

Quanto à resposta dos entrevistados acerca da realização da auditoria no serviço de atendimento domiciliar, tem-se que o Entrevistado 1 destacou que a fiscalização foi amplamente realizada *in loco*, com acompanhamento direto das equipes dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRADs), visitas às residências dos usuários e aplicação de pesquisas de satisfação.

Essa aproximação permitiu observar diretamente a prestação do serviço e compreender a dinâmica do atendimento domiciliar. Segundo o Entrevistado 1, a percepção predominante, tanto da equipe de auditoria quanto dos usuários, foi de que o serviço apresentava elevada qualidade assistencial, especialmente no que diz respeito à humanização, ao acolhimento e à relação entre profissionais, pacientes e familiares.

Apesar dessa avaliação positiva, o Entrevistado 1 enfatizou que a auditoria concentrou suas recomendações em problemas estruturais e de gestão, e não na dimensão assistencial. Entre os principais achados, destaca-se a distribuição desigual das equipes e dos insumos, com concentração de profissionais em regiões de maior desenvolvimento social, como o Plano Piloto, em detrimento das áreas mais vulneráveis do Distrito Federal. Esse desequilíbrio foi apontado como afronta aos princípios da universalidade e da equidade regidos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro ponto central abordado na entrevista foi a deficiência da busca ativa de usuários elegíveis, que, segundo o auditor, explica a ociosidade de equipes mesmo diante da insuficiência do número total de equipes para atender a população do DF. O Entrevistado 1 afirmou que a política “Melhor em Casa” era pouco divulgada, inclusive dentro da própria Secretaria de Saúde, o que limitava o alcance da política e comprometia sua efetividade.

Quanto à adequação das equipes multiprofissionais, o Entrevistado 1 relatou a existência de diversos NRADs com equipes incompletas, o que impedia o credenciamento junto ao Ministério da Saúde e resultava na perda de recursos federais. Uma das recomendações centrais da auditoria foi a priorização da composição completa das equipes existentes, em vez da abertura simultânea de várias frentes com equipes parciais. Além disso, o Entrevistado 1 chamou atenção para a rotatividade elevada de profissionais, associada tanto à preferência por lotação em regiões centrais quanto à elevada carga emocional do trabalho domiciliar, que pode gerar desgaste e adoecimento dos trabalhadores.

A respeito dos efeitos da auditoria realizada pelo TCDF na política de atenção domiciliar, segundo o Entrevistado 1, embora o Tribunal tenha expedido determinações e solicitado respostas formais da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF), o processo de monitoramento revelou-se lento e intempestivo, uma vez que a resposta da Secretaria só foi apresentada em outubro de 2025 e, até o momento da entrevista, ainda não havia sido analisada pelo corpo técnico do Tribunal. Dessa forma, o Entrevistado 1 afirmou que não é possível aferir se as recomendações da auditoria surtiram efeitos estruturais, pois o monitoramento ainda não tinha sido concluído.

Ademais, no tocante aos efeitos da auditoria, o Entrevistado 1 apontou que, embora não fosse possível identificar mudanças estruturais de longo prazo, a própria presença do TCDF durante a auditoria in loco já produziria efeitos imediatos, como maior cuidado na prestação do serviço e maior atenção institucional à política. No entanto, ele ressaltou que a ausência de monitoramento tempestivo compromete o potencial transformador da auditoria, pois, com o passar do tempo, normas mudam, o contexto se altera e algumas recomendações podem perder atualidade ou até o objeto.

Por fim, o Entrevistado 1 ofereceu reflexões críticas sobre o funcionamento do controle externo, apontando a falta de tempestividade como um dos principais fatores que reduzem a efetividade das auditorias operacionais. Ele sugeriu a criação, no âmbito do TCDF, de instrumentos de monitoramento mais rigorosos, como limites máximos para concessão de dilações de prazo, painéis de acompanhamento das respostas das jurisdicionadas e estruturas institucionais voltadas à cobrança sistemática do cumprimento das decisões. Segundo o auditor, quanto mais cedo for a cobrança das recomendações em relação à da auditoria realizada, maior tende a ser seu impacto positivo sobre a efetividade da Política.

Por sua vez, o Entrevistado 2 alegou que a auditoria teve origem em representações que apontavam fragilidades na política de atendimento domiciliar tendo como objetivo central produzir um diagnóstico amplo e aprofundado do serviço de Atenção Domiciliar prestado pela Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF). Segundo o Entrevistado 2, tratou-se de uma auditoria operacional clássica, voltada a identificar gargalos, dificuldades de implementação e oportunidades de melhoria, de modo a oferecer ao gestor público um conjunto estruturado de recomendações, com respeito à discricionariedade administrativa.

No que se refere ao processo de auditoria, o Entrevistado 2 esclareceu que não participou da fase de execução *in loco*, mas atuou na etapa de análise e consolidação do Relatório Final de Auditoria. Após a conclusão da auditoria, houve expedição de decisão com recomendações pelo TCDF, seguida de uma fase de diligência documental, na qual o Tribunal avaliou as respostas apresentadas pela SES/DF. Ademais, o Entrevistado 2 destacou que não houve monitoramento formal *in loco*, sendo essa fase limitada à análise de diligências documentais das informações encaminhadas pela Secretaria de Estado de Saúde ao TCDF.

Quanto ao atendimento das recomendações, o Entrevistado 2 afirma que as respostas da SES/DF foram fragmentadas, predominantemente formais e pouco conclusivas, consistindo, em grande medida, na juntada de manifestações de diferentes áreas técnicas, sem uma resposta gerencial integrada. Segundo ele, os avanços identificados foram pontuais e sutis, restritos à edição de alguns normativos, permanecendo sem resposta adequada a maior parte dos achados da auditoria. Ademais, a ausência de monitoramento efetivo impediu o Tribunal de verificar se houve, de fato, mudanças estruturais na política de atenção em saúde domiciliar.

Nesse sentido, o Entrevistado 2 destaca que os principais problemas identificados pela auditoria não estavam na dimensão assistencial, mas nos princípios da universalidade e da equidade. Em seu ponto de vista, o serviço de atenção domiciliar atende poucas pessoas em relação ao potencial existente, com concentração de equipes em regiões centrais do Distrito Federal e menor cobertura em áreas mais vulneráveis ou afastadas.

Argumentou o Entrevistado 2 que a auditoria identificou insuficiência e incompletude das equipes, o que resultou na perda de recursos federais e consequentemente em baixa eficiência alocativa de recursos. Segundo o Entrevistado 2, a gestão poderia, com melhor organização das equipes, ampliar a cobertura e reduzir custos, especialmente considerando o potencial da Atenção Domiciliar para desospitalização, o que com isso acarretaria na economia de recursos públicos com leitos hospitalares.

O Entrevistado 2 apresentou reflexões críticas sobre o controle externo, destacando que auditorias operacionais têm natureza predominantemente avaliativa e consultiva, diferentemente das auditorias de conformidade, que comportam sanções diretas. Ele aponta a falta de monitoramento sistemático como limitação relevante, mas reconhece que o monitoramento envolve custos elevados e compete com outras prioridades institucionais do Tribunal. Como alternativa para ampliar os efeitos das auditorias operacionais, o Entrevistado 2 sugeriu maior engajamento político e gerencial, com apresentações diretas aos gestores, diálogo com a alta administração e utilização dos relatórios como instrumentos estratégicos de decisão, mais do que como meros registros formais.

A Entrevistada 3 relatou que a auditoria foi conduzida a partir de duas frentes principais: a análise gerencial junto à Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar (GESAD) e a pesquisa de campo, que incluiu visitas domiciliares, aplicação de questionários a pacientes e entrevistas com profissionais diretamente envolvidos na prestação do serviço. Essa estratégia permitiu à equipe de auditoria identificar diversos achados voltados à melhoria da política, especialmente no plano da gestão e da organização do serviço.

Quanto ao atendimento das recomendações, a Entrevistada 3 afirmou que, na primeira manifestação da SES/DF após o prazo de 180 dias concedido pelo Tribunal, observou-se apenas implementação parcial e pontual das determinações. Destacam-se, como principais avanços, a elaboração de um manual de busca ativa e a formalização de duas equipes adicionais, mudanças consideradas insuficientes para caracterizar transformação significativa da política. Segundo a Entrevistada 3, a diligência inicial indicou que não houve, até aquele momento, mudanças estruturais relevantes, permanecendo a expectativa de novas rodadas de acompanhamento.

Em relação aos princípios da universalidade e da equidade, a Entrevistada 3 alegou que, à época da auditoria, esses eram atendidos de forma parcial. Embora houvesse vagas disponíveis em alguns Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRADs), outros enfrentavam limitações de capacidade, especialmente em regiões mais vulneráveis e periféricas do Distrito Federal. A concentração de profissionais em áreas centrais, associada à resistência de alguns profissionais em atuar em regiões mais afastadas, foi identificada como fator relevante para as desigualdades territoriais observadas, configurando problema de gestão e de alocação de recursos.

Sobre os efeitos da auditoria realizada na SES/DF, a Entrevistada 3 pontuou que, embora não tenha sido possível mensurar impactos diretos na experiência dos pacientes, a auditoria

produziu efeitos positivos incrementais, como a institucionalização da busca ativa e avanços pontuais na organização das equipes. Reconheceu, contudo, que tais efeitos ainda são modestos frente ao potencial da política, de modo que ainda depende da implementação efetiva das recomendações feitas pelo TCDF à SES/DF. Ainda, para a Entrevistada 3, a efetividade do controle externo está condicionada tanto ao comprometimento da SES/DF em atender e executar as recomendações, bem como pelo contínuo acompanhamento do TCDF sobre o serviço de atenção domiciliar em saúde.

Já o Entrevistado 4 descreveu o processo de seleção e planejamento da auditoria, destacando que a auditoria operacional no serviço de atenção domiciliar foi escolhida no contexto da análise pelo TCDF das contas de governo, a partir de critérios de materialidade de risco e de relevância. Ressaltou que a Atenção Domiciliar é uma política complexa, organizada em diferentes modalidades (AD1, AD2 e AD3) e fortemente integrada à Atenção Primária à Saúde, o que exige coordenação entre múltiplos pontos da Rede de Atenção à Saúde em consonância com o Sistema Único de Saúde - SUS.

Entre os principais achados da auditoria, o Entrevistado 4 destacou a fragilidade da divulgação do serviço de atenção domiciliar à população, bem como da busca ativa de usuários elegíveis ao atendimento. Segundo o Entrevistado 4, o acesso ao serviço depende, em muitos casos, da iniciativa de familiares ou do conhecimento prévio dos usuários, o que, na sua opinião, compromete a o princípio da universalidade da política, de modo que limita seu alcance, especialmente em regiões mais vulneráveis e afastadas da região central de Brasília.

Quanto aos efeitos da auditoria, o Entrevistado 4 reconhece que não acompanhou diretamente a fase de monitoramento, mas avaliou que a própria realização e divulgação da auditoria teria gerado pressão institucional e simbólica sobre os gestores públicos do serviço de atenção domiciliar, inclusive por meio da repercussão externa dos resultados. Relatou que houve tentativas de ampliar o diálogo entre o TCDF e a Secretaria de Saúde, por meio de reuniões de apresentação dos achados, mas que houve baixa adesão de atores estratégicos da gestão, o que limitou o potencial transformador das recomendações feita pela Corte de Contas.

O Entrevistado 4 apresentou reflexões críticas sobre os limites estruturais do controle externo, destacando que o arcabouço normativo da política é, em grande medida, suficiente, e que os principais entraves residem na capacidade de gestão, na coordenação institucional e nas prioridades políticas de curto prazo. Defende que maior proximidade e acompanhamento

periódico por parte do Tribunal poderiam ampliar os efeitos das auditorias operacionais, embora haja restrições de capacidade institucional do próprio órgão de controle externo.

A análise dos relatos dos quatro entrevistados permite compreender, de forma articulada, tanto a percepção interna do Tribunal acerca da auditoria operacional realizada no serviço de atenção domiciliar quanto os limites institucionais do controle externo na indução de mudanças pontuais e estruturais na gestão pública. Embora cada Entrevistado tenha enfatizado aspectos semelhantes e distintos do processo de auditoria, há notável convergência quanto aos principais achados da auditoria e às dificuldades de implementação das recomendações expedidas.

Na linha desse raciocínio, o Entrevistado 1 destacou, inicialmente, a fragilidade do monitoramento das deliberações do Tribunal. Para ele, a morosidade na análise das respostas da Secretaria de Saúde compromete a capacidade de aferir impactos estruturais da auditoria, enfraquecendo seu potencial transformador. Sua argumentação demonstra uma preocupação com a tempestividade como variável essencial para a efetividade do controle externo. Ao mesmo tempo, ele reconheceu que a auditoria in loco permitiu constatar a qualidade assistencial do serviço, sobretudo quanto à humanização e ao vínculo entre profissionais e usuários. Contudo, ressalta que os problemas identificados estavam concentrados na dimensão estrutural e gerencial, especialmente na distribuição desigual das equipes, na deficiência da busca ativa e na incompletude das equipes multiprofissionais, que resultava inclusive na perda de recursos federais. Assim, sua argumentação distingue claramente qualidade assistencial de eficiência e equidade organizacional.

O Entrevistado 2 entendeu por uma perspectiva mais institucional e conceitual sobre a natureza da auditoria operacional. Ele a caracterizou como instrumento avaliativo, voltado à identificação de gargalos e à formulação de recomendações, respeitando a discricionariedade administrativa do gestor do serviço de atenção domiciliar. Em consonância com o Entrevistado 1, reconhece que as respostas da Secretaria foram fragmentadas e predominantemente formais, com poucos avanços estruturais concretos. Também constatou elevada qualidade assistencial, porém restrita a um universo reduzido de beneficiários, o que compromete os princípios da universalidade e da equidade. Diferentemente do Entrevistado 1, que enfatiza a necessidade de maior rigor no monitoramento, o Entrevistado 2 relativizou os limites da auditoria ao destacar que sua implementação depende da vontade política e das prioridades do gestor, reconhecendo ainda que o monitoramento sistemático envolve custos institucionais significativos.

A Entrevistada 3 acrescentou uma dimensão intermediária entre essas duas posições. Ao detalhar a metodologia empregada, análise gerencial e pesquisa de campo, reforçou a robustez técnica da auditoria e a consistência dos achados quanto à qualidade do atendimento. Contudo, ao avaliar o cumprimento das recomendações, identificou apenas avanços incrementais, como a elaboração de manual de busca ativa e a formalização pontual de equipes adicionais. Para ela, tais medidas são insuficientes para caracterizar reestruturação significativa da política.

Seu diálogo convergiu com os demais entrevistados ao apontar desigualdades territoriais, incompletude das equipes e falhas na gestão de recursos humanos como entraves centrais. Ao mesmo tempo, destacou o elevado potencial econômico da política, especialmente no que se refere à desospitalização e à economia de recursos públicos, sugerindo que a não implementação integral das recomendações representa oportunidade perdida para ampliação da eficiência estatal.

O Entrevistado 4 ampliou o debate ao situar a auditoria no contexto da análise das contas de governo ao enfatizar a complexidade sistêmica da Atenção Domiciliar, integrada à Rede de Atenção à Saúde. Ele reafirmou a elevada satisfação dos usuários e a consistência dos achados positivos quanto à humanização e integralidade do cuidado. Entretanto, reforçou que os principais problemas residem na governança e na coordenação institucional: ausência de protocolos padronizados de encaminhamento, fragilidade da divulgação do serviço e concentração de equipes em regiões centrais. Assim como os demais, identifica limitações na universalidade e na equidade da política. Quanto aos efeitos da auditoria, reconheceu o impacto simbólico e institucional, decorrente da própria realização e divulgação do trabalho, mas admitiu que a baixa adesão de atores estratégicos da gestão reduziu o potencial transformador das recomendações.

Ao comparar as entrevistas percebe-se forte convergência em quatro aspectos centrais. Primeiro, há consenso quanto à qualidade assistencial do serviço, o que afasta qualquer crítica à dimensão técnica do cuidado. Segundo, todos identificam problemas estruturais ligados à governança, à alocação territorial de equipes, à incompletude das equipes multiprofissionais e à deficiência da busca ativa. Terceiro, reconhecem que a cobertura limitada compromete os princípios da universalidade e da equidade, ainda que a integralidade e a humanização estejam preservadas. Por fim, há entendimento comum de que os efeitos da auditoria foram restritos,

seja pela morosidade do monitoramento, pela natureza predominantemente recomendatória da auditoria operacional ou pela baixa adesão gerencial às recomendações.

As divergências entre os entrevistados não são substantivas quanto ao diagnóstico, mas quanto à explicação dos limites observados. O Entrevistado 1 enfatiza a necessidade de aperfeiçoamento dos mecanismos internos de monitoramento do Tribunal. O Entrevistado 2 destaca os limites inerentes à discricionariedade administrativa e aos custos institucionais do controle. A Entrevistada 3 identifica efeitos incrementais, embora insuficientes. O Entrevistado 4 aponta entraves estruturais de governança e prioridades políticas como fatores decisivos. Essas diferentes ênfases, contudo, são complementares e constroem uma narrativa integrada sobre a complexidade da relação entre controle externo e gestão pública.

Em síntese, o conjunto das entrevistas sugere que a Política de Atenção Domiciliar do Distrito Federal apresenta certa base técnica e reconhecimento social, mas enfrenta fragilidades estruturais de gestão que limitam seu alcance e sua eficiência alocativa. A auditoria operacional produziu diagnóstico consistente e recomendações pertinentes; entretanto, a efetividade de tais recomendações mostrou-se condicionada à capacidade de monitoramento do Tribunal e, sobretudo, ao comprometimento político e gerencial da Secretaria de Saúde. O caso evidencia, portanto, que a transformação de políticas públicas por meio do controle externo depende não apenas da qualidade técnica da auditoria, mas também da articulação institucional, da tempestividade do acompanhamento e da convergência de incentivos entre órgão de controle e gestor público.

Feita a análise das entrevistas, ao analisar o Relatório de Final de Auditoria (TCDF, 2023), observa-se a equipe de auditoria encontrou práticas de gestão adequada e eficiente, bem como práticas de gestão inadequadas. Diante disso, foram identificados um total de seis achados de auditoria que evidenciaram aspectos positivos e negativos afetos ao serviço de atenção domiciliar do Distrito Federal.

O Achado 1 (TCDF, 2023, p. 16) apontou que existe “alto grau de atingimento das metas de acolhimento, humanização e integralidade da política de Atenção Domiciliar” (TCDF, 2023, p. 16). Com isso, a auditoria identificou elevado grau de satisfação dos usuários atendidos pelo serviço de atenção domiciliar no Distrito Federal. Da percepção desse achado, verifica-se que uma grande maioria dos usuários do serviço de atenção domiciliar percebe o atendimento como adequado, destacando aspectos como acolhimento, educação dos profissionais e

encaminhamento das demandas de saúde. Isso está em consonância com o dito pelos entrevistados desse trabalho.

Esses resultados sugerem que o serviço apresenta aderência aos princípios apontados no art. 4º da Portaria nº 825/2016 do Ministério da Saúde, especialmente no que se refere à humanização do cuidado e à integralidade da atenção, conforme descrito “Art. 4º A AD seguirá as seguintes diretrizes: I - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS.

Sopese-se que o princípio da humanização diz respeito à cortesia e ao respeito dispendido no trato com o usuário do serviço de saúde. Por sua vez, a integralidade está relacionada ao atendimento ou adequado encaminhamento das necessidades de saúde do usuário, envolvendo não só a prática curativa do problema de saúde, como também outros aspectos de saúde que podem envolver especialidades médicas, bem como a dimensão social, familiar e cultural na qual aquele indivíduo está inserido (TCDF, 2023, p. 16).

Por sua vez, o Achado 2, como consta no relatório da auditoria consiste em “busca ativa desarticulada e ineficaz entre a Rede de Atenção à Saúde e a Atenção Domiciliar para identificar e encaminhar pacientes elegíveis para as equipes responsáveis pela política de Atenção Domiciliar”. Diante disso, tem-se que a auditoria constatou a existência de fragilidades nos mecanismos de busca ativa de pacientes elegíveis para a Atenção Domiciliar.

Segundo o Relatório de Auditoria, no âmbito da Atenção Domiciliar, entende-se como busca ativa o conjunto de ações proativas, organizadas e estruturadas com vistas a identificar, captar e dar o devido encaminhamento aos pacientes que possuem perfil para admissão naquela modalidade de cuidado. Assim, observou-se ausência de protocolos padronizados e práticas heterogêneas entre os Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar, além de limitada articulação entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde. Como consequência, pacientes que poderiam ser atendidos pelo serviço nem sempre são identificados ou encaminhados adequadamente a esse serviço. (TCDF, 2023, p. 21)

O Achado 3 constatou que “o número de pacientes atendidos e de visitas por paciente realizadas por cada equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde.” Nesse aspecto, o relatório apontou que diversas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar - EMADs apresentaram produtividade inferior ao parâmetro mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Essa situação está associada a fatores

como insuficiência de busca ativa, déficit de profissionais nas equipes e limitações logísticas para realização das visitas domiciliares, o que tende a comprometer a eficiência do serviço e tende reduzir o aproveitamento da capacidade instalada para o serviço.

O Achado 4 consistiu em “o quantitativo de equipes responsáveis pela Atenção Domiciliar ser insuficiente para atender à população do DF e sua alocação não privilegiar as áreas de maior densidade populacional e vulnerabilidade social. Diante disso, observa-se que a auditoria identificou inconsistências na distribuição territorial das equipes de atenção domiciliar, verificando que regiões com maior vulnerabilidade social apresentam menor cobertura do serviço. Isso ficou demonstrado nas entrevistas concedidas pelos auditores do Tribunal. Essa situação indica ausência de critérios consistentes de planejamento territorial e evidencia desalinhamento entre a oferta de serviços e as necessidades epidemiológicas e sociais da população.

O Achado 5 consistiu na “carência de informações gerenciais e execução não padronizada de procedimentos, que por isso prejudicou o acompanhamento da política pública de Atenção Domiciliar.” Nesse espeque, o relatório constatou limitações na produção de informações gerenciais utilizadas para o monitoramento da política. Segundo o Relatório, a utilização de sistemas de informação distintos e não integrados, especialmente o e-SUS e o TrakCare, dificulta a consolidação de dados assistenciais e limita a capacidade da gestão de acompanhar indicadores de desempenho e planejar a expansão do serviço com base em evidências.

Achado 6 apontou que “o Distrito Federal deixa de receber recursos do governo federal por falta de credenciamento de EMADs e incompletude das equipes de Saúde de Família.” A auditoria identificou perda de recursos federais associada à manutenção de equipes incompletas ou não habilitadas. Parte das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar não estava devidamente habilitada para receber financiamento federal, enquanto algumas equipes da Atenção Primária recebiam repasses parciais devido à ausência de profissionais obrigatórios. Segundo o Relatório de auditoria, essa situação reduz a capacidade financeira do programa e compromete a sustentabilidade da política. Esse achado foi confirmado pelos entrevistados desse trabalho.

Ressalte-se que, em que pese esses achados acarretarem problemas pontuais na gestão e dos serviços de atenção domiciliar, verifica-se que tal serviço apresenta alto grau de satisfação entre usuários e profissionais. Conforme o Relatório Final de Auditoria e as entrevistas

realizadas com auditores que realizaram a auditoria, mais de 90% dos usuários afirmaram que suas demandas foram sempre ou quase sempre atendidas, o que demonstra aderência aos princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere ao acolhimento, à humanização e à integralidade do cuidado.

O Relatório demonstra que a efetividade assistencial contrasta com deficiências relevantes no plano organizacional. A auditoria identificou falhas expressivas nos mecanismos de busca ativa de pacientes elegíveis, caracterizadas pela ausência de protocolo padronizado, pela atuação desigual entre regiões e níveis de atenção e pela insuficiente articulação da Rede de Atenção à Saúde (TCDF, 2023, p.23).

Ademais, constatou que o Distrito Federal ocupa a última posição nacional em busca ativa na Atenção Primária, segundo dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB (TCDF, 2023, p. 26). Isso evidencia que a política não alcança, de maneira sistemática, o público que dela necessita. Assim, embora o serviço seja bem avaliado por quem o acessa, há limitações na sua capacidade de capilarização e de identificação proativa de demandas.

Essa deficiência repercute diretamente na produtividade das EMADs, que não atingem a média mínima de pacientes recomendada pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 825/2016. Segundo o Relatório, a baixa produtividade decorre não apenas da fragilidade da busca ativa, mas também do déficit de equipes completas, da escassez de profissionais e de limitações logísticas (TCDF, 2023, p. 37). O resultado é a subutilização da capacidade instalada, comprometendo a eficiência e reduzindo o retorno social dos recursos utilizados.

Outro ponto crítico refere-se ao déficit e à má distribuição territorial das equipes. A auditoria apontou que regiões com maior vulnerabilidade social apresentam menor cobertura de Atenção Domiciliar, o que contraria os princípios da equidade e da universalidade que orientam o Sistema Único de Saúde. A alocação desalinhada das equipes revela falhas no planejamento e na utilização de critérios epidemiológicos e socioeconômicos para a definição da oferta de serviços, aprofundando desigualdades já existentes no território.

Nesse sentido, a fragilidade das informações gerenciais constitui entrave estrutural; e a ausência de indicadores consolidados, a falta de padronização de dados e a desintegração entre os sistemas e-SUS e TrakCare limitam o monitoramento da política e dificultam a tomada de decisões baseada em evidências. Saliente-se que TrakCare é um sistema de informação de saúde

flexível para a prestação, gestão e transformação dos cuidados de saúde e está ajustado à realidade da Secretaria de Saúde do DF. Nesse viés, sem dados consistentes e integrados, a gestão perde capacidade de planejamento estratégico, avaliação de desempenho e correção de rumos.

Do ponto de vista financeiro, os impactos também são significativos. Cerca de 35% das EMADs não estavam habilitadas a receber recursos federais pelo fato de existir escassez de equipes e de profissionais de saúde. Ademais, aproximadamente 17% das equipes de Saúde da Família recebiam repasses parciais do governo federal por não ter pessoal suficiente. (TCDF, 2023, p. 4)

Paradoxalmente, o relatório estimou que a política possui potencial de gerar economia anual de aproximadamente R\$ 375 milhões, decorrente da desospitalização de cerca de 800 pacientes. Tal estimativa reforça a tese de que a Atenção Domiciliar é não apenas clinicamente eficaz, mas também economicamente vantajosa, desde que adequadamente estruturada e gerida (TCDF, 2023, p. 13).

A análise dos achados permite sustentar que os principais problemas da Atenção Domiciliar no Distrito Federal não residem na qualidade do cuidado prestado, mas na capacidade organizacional do Estado de estruturar, coordenar e expandir a política de maneira eficiente e equitativa. Nesse sentido, o próprio relatório de auditoria evidencia que “tanto os usuários como os chefes das equipes da SES/DF responsáveis por pacientes de maior complexidade percebem a prestação do Serviço de Atenção Domiciliar predominantemente como boa ou ótima (TCDF, 2023, p. 2).

Nesse sentido, a política de atenção domiciliar demonstra elevado potencial de efetividade e economicidade, mas sua consolidação depende do fortalecimento dos mecanismos de planejamento, integração e monitoramento. Em síntese, trata-se de uma política que funciona bem aonde chega, mas que ainda não está suficientemente estruturada para chegar a todos que dela necessitam, com racionalidade administrativa e justiça distributiva. Tal interpretação decorre dos achados da auditoria, que evidenciam, simultaneamente, elevada qualidade na prestação do cuidado e limitações estruturais relacionadas à cobertura, à distribuição de equipes e aos mecanismos de coordenação da política

Com base no Relatório de Auditoria elaborado pela equipe técnica de auditoria do TCDF, o Tribunal de Contas do Distrito Federal expediu Decisão Administrativa contendo um

conjunto de recomendações à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) com o objetivo de enfrentar as fragilidades estruturais identificadas na implementação da política de Atenção Domiciliar (TCDF, 2025).

As determinações concentraram-se no aprimoramento da governança, da coordenação e da eficiência administrativa da política, contemplando medidas como a regulamentação e o fortalecimento da busca ativa, a ampliação da produtividade das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMADs), a promoção de ações intersetoriais, especialmente com a comunicação social e a assistência social, a reavaliação da alocação territorial das equipes com base em critérios de vulnerabilidade, a ampliação e o credenciamento de novas equipes, a estruturação de informações gerenciais e indicadores de desempenho, a padronização de fluxos assistenciais, a avaliação da integração entre os sistemas e-SUS e TrakCare, bem como a priorização do completamento das equipes já existentes antes da criação de novas unidades (TCDF, 2025).

Isso demonstra a atuação do Tribunal no controle da Administração Pública em busca de melhoria da Política de atendimento domiciliar. Não deixa de lado o aspecto do controle externo envolvido com a governança estatal. Ademais, percebe-se que o TCDF leva em conta em suas recomendações o princípio da capacidade estatal, de modo que se abstrai que a política deve ser realizada conforme a capacidade financeira do Estado.

Além disso, ao acolher as conclusões do Relatório Final de Auditoria, o TCDF conferiu respaldo institucional ao diagnóstico produzido na auditoria, reconhecendo que a política de Atenção Domiciliar apresenta elevado desempenho assistencial sob a perspectiva dos usuários, sobretudo quanto aos princípios do SUS, como acolhimento, humanização e integralidade.

Entretanto, também ratificou a existência de fragilidades estruturais relevantes que comprometem sua plena efetividade sistêmica, contrariando princípios fundamentais da governança pública, como planejamento, coordenação, eficiência, transparência e *accountability*, considerados essenciais para o bom desempenho das políticas públicas (OCDE, 2017; TCU, 2020).

O Tribunal confirmou os achados relativos à desarticulação da busca ativa, à baixa produtividade das EMADs, ao déficit e à inadequada distribuição territorial das equipes, à precariedade das informações gerenciais e à perda de recursos federais decorrente da manutenção de equipes incompletas. Esse conjunto de fatores aponta que os principais entraves

para consolidação da política não estão na qualidade do cuidado ofertado, mas na capacidade organizacional e gerencial do Estado de planejar, coordenar e expandir a Atenção Domiciliar de forma equitativa, eficiente e financeiramente sustentável.

Nessa linha, ao transformar o diagnóstico técnico em recomendações e determinações formais dirigidas à SES/DF, percebe-se que se inaugura uma nova etapa do processo de controle externo, que é a fase de diligência e monitoramento. Nesse momento, o foco se desloca da identificação dos problemas para a avaliação da capacidade institucional da Administração em implementar as medidas corretivas propostas.

A deliberação do Tribunal, portanto, não apenas consolida o reconhecimento das fragilidades estruturais existentes, mas estabelece um marco normativo e institucional a partir do qual passa a ser examinada a efetividade da resposta administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. Nessa linha, percebe-se a formação de uma nova etapa do processo de controle externo, caracterizada pelo acompanhamento e monitoramento da implementação das medidas corretivas, de modo que o foco da atuação do Tribunal desloca-se da identificação de falhas para a verificação da capacidade institucional da Administração Pública em responder às determinações e promover ajustes na política.

Do ponto de vista teórico, essa etapa pode ser compreendida à luz da literatura sobre auditoria operacional e *accountability*. Conforme as diretrizes da Intosai (2015) e do Tribunal de Contas da União (2018), o monitoramento constitui fase essencial do ciclo da auditoria, na medida em que permite avaliar se as recomendações formuladas foram efetivamente implementadas e se produziram melhorias no desempenho da gestão pública. Nesse sentido, o controle externo deixa de exercer apenas uma função diagnóstica e passa a assumir um papel indutor de mudanças institucionais.

Sob a perspectiva da *accountability*, esse processo reforça a dimensão de responsabilização por desempenho, na qual os gestores públicos não são avaliados apenas pela conformidade de seus atos, mas também pelos resultados alcançados a partir das intervenções realizadas (O'Donnell, 1998; 2003; Paul, 1992). O monitoramento das recomendações, portanto, constitui mecanismo fundamental para verificar se houve internalização das orientações do Tribunal e se estas se traduziram em melhorias concretas na implementação da política.

Assim, a deliberação do TCDF não apenas consolida o diagnóstico das fragilidades estruturais da Atenção Domiciliar, mas também estabelece um marco institucional a partir do qual se torna possível analisar a efetividade da resposta administrativa da SES/DF.

4.2 Política de Atenção Domiciliar sob o reflexo da auditoria

Esta subseção analisa o monitoramento da Política de Atenção Domiciliar após a auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), com base nas manifestações formais encaminhadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Busca-se examinar em que medida as respostas institucionais ultrapassaram o plano declaratório e se converteram em mudanças efetivas na implementação da política.

A análise centra-se na capacidade da SES/DF de internalizar as orientações do controle externo, particularmente no que se refere à organização dos serviços, à gestão das equipes, à articulação entre níveis de atenção e ao uso de informações gerenciais. Mais do que aferir o cumprimento formal das determinações, investiga-se o grau de enfrentamento dos problemas estruturais identificados pela auditoria.

Nesse contexto, as respostas institucionais são interpretadas a partir de dois padrões analíticos: (i) respostas orientadas à conformidade normativa, caracterizadas pela produção de registros formais e justificativas administrativas; e (ii) respostas orientadas à transformação, evidenciadas pela adoção de medidas capazes de reconfigurar práticas, fluxos e resultados da política pública. Tal distinção permite qualificar o alcance da atuação do controle externo sobre a governança da Atenção Domiciliar no Distrito Federal.

Assim, a análise das manifestações da SES/DF constitui elemento central para aferir o grau de comprometimento da gestão com o aprimoramento da política. A efetividade da atuação do Tribunal de Contas do Distrito Federal será, portanto, avaliada não apenas pelo acatamento formal das determinações, mas pela capacidade de induzir transformações substantivas na organização e na condução da Atenção Domiciliar.

A partir das diligências, monitoramento e recomendações feitas pelo TCDF, a SES/DF emitiu respostas de como ocorre a execução do serviço de atenção domiciliar. No que se refere à fragilidade da busca ativa de usuários elegíveis, a SES/DF apresentou como principais argumentos a elaboração de manuais, a atualização de protocolos e a utilização de instrumentos de elegibilidade, como o Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da

Atenção Domiciliar - IAEC-AD, conforme informado pela Gerência de Serviços de Atendimento Domiciliar da SES/DF:

A GESAD acompanha e apoia a estruturação dos Serviços de Atenção Domiciliar em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde por meio das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissional de Apoio (EMAP) e promove e apoia os processos de planejamento, elaboração e normatização dos protocolos clínicos e fluxos assistenciais de Atenção Domiciliar com ênfase à Desospitalização, monitorando e avaliando as informações relacionadas à Atenção Domiciliar a partir dos sistemas informacionais vigentes, elaborando pareceres técnicos relacionados a insumos, materiais médico hospitalares, equipamentos e outras matérias relativas à Atenção Domiciliar e colaborando na elaboração de Termos de Referência para a aquisição de insumos, materiais médico hospitalares e equipamentos necessários ao atendimento aos pacientes e funcionamento da Atenção Domiciliar do Distrito Federal, bem como para a contratação de prestação de serviços especializados e executa outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de competência. Embora tais medidas atendam parcialmente à exigência de padronização normativa, não enfrentam o núcleo do problema identificado pela auditoria, que consiste na ausência de articulação sistêmica da Rede de Atenção à Saúde. As respostas concentram-se na atuação da Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar com foco na conformidade, sem demonstrar a efetividade da Atenção Primária, dos serviços hospitalares e das unidades de pronto atendimento, o que indica manutenção da fragmentação institucional já apontada pelo Tribunal. (SES/DF, 2024).

Disso, observa-se que a Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar (GESAD) desempenha papel central na coordenação técnico-normativa da Atenção Domiciliar no Distrito

Federal, ao apoiar a estruturação dos serviços em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, por meio das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Assim, ressalte-se que entre suas atribuições, destacam-se a promoção de processos de planejamento, a elaboração e normatização de protocolos clínicos e fluxos assistenciais, com ênfase na desospitalização, o monitoramento de informações a partir dos sistemas vigentes e a emissão de pareceres técnicos relativos a insumos, materiais médico-hospitalares e equipamentos, bem como a colaboração na elaboração de termos de referência para aquisições e contratações de serviços especializados.

Outro ponto de objeto e questionamento feito pela auditoria do TCDF foi a baixa produtividade das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar – EMADs. Em relação à baixa produtividade das EMADS, a SES/DF fundamentou sua resposta na alteração dos parâmetros federais promovida pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, que, conforme disposto no art. 552 desse normativo, reduziu o número mínimo de pacientes por equipe:

Art. 552. São parâmetros de produção estimados para as equipes: I - Para cada EMAD tipo I é esperado, em média, o atendimento de 50 (cinquenta) usuários por mês; e II - Para cada EMAD tipo II é esperado o atendimento de 25 (vinte e cinco) usuários por mês, com uma proporção de 70% (setenta por cento) destes em modalidade AD 2 e 30% (trinta por cento) em modalidade AD 3. § 1º O quantitativo de produção de que trata o caput poderá variar de acordo com o nível de complexidade dos cuidados, o perfil da maioria dos usuários admitidos e as características geográficas, de mobilidade e outras peculiaridades do município. § 2º Caso não haja atingimento dos quantitativos de produção estimados, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde farão ações educativas, presencial ou a distância, para melhoramento desses parâmetros.

Contudo, a argumentação não demonstra que as equipes passaram a atingir o novo parâmetro estabelecido, tampouco enfrenta as causas estruturais da baixa produtividade, como a insuficiência de equipes completas, a limitação logística e a fragilidade da busca ativa. A

resposta, nesse sentido, assume caráter defensivo, ao relativizar o critério sem comprovar melhoria efetiva do serviço de atenção em saúde domiciliar do Distrito Federal.

Ademais, a SES/DF menciona ações de comunicação institucional e articulação intersetorial, especialmente com a Secretaria de Desenvolvimento Social, para atendimento de usuários sem cuidadores:

No âmbito do Distrito Federal, para a organização e efetivação do Serviço de Atenção Domiciliar é preciso desenvolver estratégias em consonância com as diretrizes da Secretaria, promovendo e apoiando a integralidade da assistência à saúde a partir das Linhas de Cuidados e com a articulação com outras políticas públicas. Quanto à demanda de cuidadores, a política de Assistência Social é acionada, no sentido de atender as complexidades identificadas e realizar o atendimento necessário ao usuário, na perspectiva da proteção social básica ou especial, garantindo o acesso aos equipamentos e dispositivos para que os determinantes sociais da saúde sejam verificados e analisados para a prevenção na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (SES/DF, 2024).

Observa-se que é apresentado pontos sobre “integralidade da assistência”, “linhas de cuidado”, “articulação com outras políticas públicas” e “determinantes sociais da saúde”. Tais conceitos são centrais no campo da saúde coletiva, porém tais ações são apontadas pela SES/DF de forma abstrata, sem explicitação de como se traduzem em práticas concretas. Ainda, articulação intersetorial aparece como um princípio, não como um arranjo institucional demonstrado.

Assim, tais ações são descritas de forma genérica, sem apresentação de fluxos formalizados, pactuações interinstitucionais ou resultados mensuráveis. Observa-se, assim, que a resposta reconhece a necessidade de atuação intersetorial, mas permanece no plano declaratório, não atendendo plenamente à recomendação do Tribunal de estruturar mecanismos institucionais de apoio à política.

Outro ponto de questionamento feito pelo TCDF foi a logística e baixa infraestrutura de transporte para a execução do serviço, principalmente no que se refere ao conjunto carro

motorista para atender as equipes de saúde, como o seguinte trecho “via de regra, os NRADs dispõem de apenas um conjunto, que ainda sofre com as licenças e afastamentos dos motoristas e a competição pelo uso desse recurso com os hospitais de referência, em alguns casos.” (TCDF, 2023, p. 41)

Vê-se que o excerto revela uma restrição crítica de capacidade operacional. Ao indicar que “via de regra, os NRADs dispõem de apenas um conjunto”, é explicitada a limitação de recursos logísticos, especialmente veículos e motoristas, que são insumos essenciais para a execução das visitas domiciliares. Trata-se de um problema que afeta diretamente a capacidade de oferta do serviço, uma vez que a Atenção Domiciliar depende intrinsecamente da mobilidade das equipes.

Além disso, a menção às “licenças e afastamentos dos motoristas” evidencia uma vulnerabilidade na gestão de recursos humanos, sugerindo ausência de mecanismos de reposição ou planejamento de contingência. Esse fator amplia a descontinuidade do serviço e reforça a ideia de que a política opera com baixa resiliência organizacional.

Outro elemento central é a “competição pelo uso desse recurso com os hospitais de referência”. Esse ponto é particularmente relevante do ponto de vista analítico, pois indica a inexistência de governança integrada dos recursos logísticos no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. Em vez de um uso coordenado e planejado, observa-se uma dinâmica de disputa entre serviços, o que é típico de contextos marcados por fragmentação institucional.

Quanto a esse tema, a SES/DF limitou-se a informar que a gestão de veículos e motoristas é de responsabilidade das Superintendências Regionais de Saúde, bem como deve atender ao disposto no art. 33 na Portaria nº 456/2024 SES/DF.

Art. 33. Cabe à Superintendência Regional de Saúde garantir a manutenção da habilitação das EMAD e EMAP do SAD e a infraestrutura adequada e que contemple: (...) II - Veículo(s) exclusivo(s) identificado(s) com a logomarca do SAD, no mínimo 12 (doze) horas por dia, sete dias na semana, no mínimo um para cada EMAP, e, para as EMAD, respeitar a seguinte proporção: a) 1 EMAD: dois carros; b) 2 EMAD: três carros; c) 3 EMAD: cinco carros; d) 4 EMAD: seis carros; e) 5 EMAD: oito carros; f) 6 EMAD: nove carros; e g) a partir de 6 EMAD: acréscimo de um veículo a cada

nova EMAD; § 2º O veículo deverá ser de uso exclusivo para o deslocamento de equipes de atenção domiciliar.

Embora a atribuição administrativa esteja corretamente descrita, a resposta não apresenta qualquer proposta de superação do gargalo identificado pela auditoria. Ao redistribuir a responsabilidade sem assumir decisão central, a Secretaria acaba por confirmar o diagnóstico do TCDF quanto à ausência de coordenação institucional capaz de enfrentar problemas transversais da política.

No tocante à distribuição territorial das equipes e à equidade no acesso, a SES/DF argumentou não haver demanda reprimida significativa e informou a habilitação pontual de novas equipes.

Frente às proposições do relatório da auditoria, entende-se que as medidas tomadas por esta GESAD a fim de identificar o potencial de ampliação e habilitação de novas equipes no Distrito Federal, considera o cenário atual do SAD ofertado pelos NRAD, com destaque ao quantitativo populacional da região, a quantidade de equipes habilitadas na Região conforme a divisão das Regiões Administrativas no Distrito Federal, o número de pacientes em atendimento, a carga horária semanal dos profissionais e a estrutura que abriga as equipes. Desse modo, a distribuição das equipes no Território do DF visa a cobertura do serviço, de forma ampla, segura e consciente, levando em conta não somente a demanda da população, mas também a capacidade das equipes, tanto técnica quanto estrutural, devendo esta SES/DF aprovisionar estes núcleos em espaço físico para alocação dos seus materiais de atendimento, materiais de escritório para o registro e organização das visitas, materiais de uso durante a assistência, equipamentos para viabilizar a internação domiciliar dos pacientes e, principalmente, o fornecimento do conjunto carro motorista para concretizar a realização das visitas domiciliares.

Verifica-se que a SES/DF alega que distribuição das equipes visa uma cobertura “ampla, segura e consciente”, mas condiciona essa expansão à “capacidade técnica e estrutural”. Na prática, isso pode indicar que a limitação de recursos acaba funcionando como um freio à universalização do serviço, revelando um descompasso entre a diretriz de ampliação da cobertura e as condições reais de implementação.

Ademais, são confirmados gargalos já identificados pela auditoria, especialmente no campo logístico, mas não apresenta estratégias para superá-los. Não há, por exemplo: propostas de centralização ou otimização do transporte; planos de contratação ou recomposição de pessoal; alternativas de gestão compartilhada de recursos. Nesse sentido, a resposta institucional assume um caráter reiterativo, reforçando o problema em vez de indicar sua resolução.

Observa-se que é mencionado um padrão de capacidade estatal limitada, em que há diagnóstico e até reconhecimento dos insumos necessários, mas ausência de instrumentos efetivos de coordenação e implementação. A política aparece condicionada à disponibilidade de recursos, sem que haja uma estratégia clara para expandi-los ou reorganizá-los.

No que diz respeito à fragilidade das informações gerenciais, a SES/DF afirmou o seguinte:

Perante a problemática evidenciada, que já é de conhecimento desta pasta, e a necessidade desta GESAD de acompanhar a produtividade mensal das equipes do SAD-DF, foi desenvolvido em 2024 juntamente com a Diretoria de Gestão de Informações Estratégicas (DGIE/SUPLANS/SES/DF) um painel, de domínio público, da Atenção Domiciliar, acessado por meio do endereço eletrônico: <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-atencao-hospitalar-atendimentosdomiciliares/>. Este instrumento recebe os dados preenchidos pelas equipes dos NRAD no e-SUS, sendo possível a visualização dos atendimentos domiciliares realizados por cada profissional das equipes, as condições comumente assistidas e a composição das equipes multiprofissionais, além do quantitativo de avaliações de elegibilidade e admissões efetuadas. Logo, este produto permite a

identificação da produtividade das equipes, o monitoramento dos indicadores supramencionados bem como os subsídios para a tomada de decisões e a transparência ativa desta pasta.

Verifica-se que a SES/DF apresenta uma resposta institucional mais concreta ao problema da fragilidade das informações gerenciais, ao indicar a criação de um painel de monitoramento da Atenção Domiciliar.

Ocorre que o principal limite reside no fato de que o painel está estruturado exclusivamente a partir de dados do e-SUS, o que mantém a fragmentação informacional caso outros sistemas relevantes, como os utilizados na rede hospitalar, não estejam integrados. Assim, embora haja melhoria na visibilidade da produção das equipes de Atenção Domiciliar, permanece a ausência de uma visão sistêmica da trajetória do paciente na Rede de Atenção à Saúde.

Ademais, o foco do painel recai predominantemente sobre indicadores de produção (output), número de atendimentos, admissões, composição de equipes, sem evidência de incorporação de: indicadores de desfecho (ex.: redução de internações, tempo de permanência domiciliar, readmissões hospitalares); indicadores de qualidade do cuidado; métricas de integração com outros níveis assistenciais.

Nesse sentido, o instrumento fortalece o monitoramento operacional, mas não necessariamente o monitoramento estratégico orientado à efetividade da política. Ressalte-se que a GESAD apontou que o painel está em constante melhoria.

De forma geral, a verificação das argumentações da SES/DF evidencia que a resposta à Decisão do TCDF foi predominantemente orientada à conformidade formal, com ênfase em justificativas normativas e procedimentais, sem enfrentamento consistente dos problemas estruturais de governança identificados na auditoria. As manifestações apresentadas são fragmentadas, concentradas em unidades técnicas específicas e desprovidas de deliberação estratégica central, o que limita o potencial transformador do controle externo.

Nesse viés, a resposta institucional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal às determinações mais recentes do Tribunal de Contas, formalizada no Ofício Nº 1404/2024 - SES/GAB, evidencia um esforço ampliado de detalhamento técnico diante das fragilidades apontadas na auditoria operacional da Política de Atenção Domiciliar. Em atendimento à

Decisão nº 2263/2025 - TCDF, a SES/DF apresentou conjunto extenso de manifestações, majoritariamente elaboradas pela Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar, descrevendo ações normativas, capacitações realizadas, dificuldades operacionais e medidas em análise para enfrentamento dos achados relativos à busca ativa, à produtividade das equipes, à logística, à distribuição territorial e às informações gerenciais.

Observa-se que o documento com as manifestações da SES/DF aponta limitações estruturais, como a precariedade do conjunto carro–motorista, déficits e excedentes pontuais de profissionais e dificuldades na ampliação e habilitação das equipes, ao mesmo tempo em que aponta avanços, como a edição da Portaria SES nº 456/2024, que estabelece normas e diretrizes referentes à organização do Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Assim, a resposta reforça a interpretação de que a SES/DF dispõe de capacidade técnica para diagnosticar e descrever seus problemas, conquanto enfrente limitações institucionais para converter esse diagnóstico em decisões estratégicas integradas, o que sustenta a continuidade do acompanhamento pelo TCDF e confirma os limites da *accountability* horizontal para induzir mudanças estruturais na governança do serviço de atenção domiciliar.

Ao ser questionada, por meio do sistema “Participa DF”, sobre assuntos pertinentes ao serviço de atenção em saúde domiciliar, a SES/DF contextualizou a Atenção Domiciliar situando-a como componente da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter substitutivo ou complementar à atenção hospitalar. A SES/DF destacou como marcos regulatórios a Portaria MS nº 825/2016 e sua atualização pela Portaria nº 3.005/2024 - GM/MS. Ademais, apontou que houve reorganização da política no âmbito distrital por meio da Portaria SES nº 456/2024. Nesse aspecto, ressalta-se o papel da Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar - GESAD como instância responsável pela coordenação técnica, monitoramento e avaliação da política no DF.

Nesse sentido, no campo da auditoria operacional, esta pesquisa dialoga com a interpretação proposta por Barzelay (2002), que compreende esse tipo de auditoria como um instrumento híbrido, situado entre o controle tradicional de legalidade e a avaliação de programas. Os achados empíricos reforçam essa interpretação. As recomendações formuladas pelo TCDF não se limitam à verificação de conformidade normativa, mas incidem diretamente sobre aspectos estruturais da política, como a força de trabalho, a necessidade de critérios

técnicos para alocação de equipes e o desenvolvimento de instrumentos de monitoramento e indicadores de desempenho.

As entrevistas realizadas com auditores do Tribunal confirmam essa dimensão avaliativa da auditoria operacional. Segundo os entrevistados, os principais problemas identificados na política de Atenção Domiciliar não decorrem de falhas pontuais ou de baixo desempenho individual, mas de fragilidades sistêmicas relacionadas à dissociação entre planejamento, execução e monitoramento da política. Essa percepção converge com interpretações presentes na literatura sobre administração pública, segundo as quais políticas públicas em contextos institucionais complexos frequentemente operam apoiadas em arranjos organizacionais pouco formalizados, baseados em soluções improvisadas e práticas adaptativas.

Conforme discutido no referencial teórico, autores como O'Donnell (1998) e Abrucio e Loureiro (2018) destacam que os mecanismos de *accountability* horizontal desempenham papel central na indução de melhorias na gestão pública. Nesse sentido, a auditoria operacional e seus monitoramentos subsequentes configuram instrumento típico de controle institucional, capaz de ampliar a transparência da gestão e de estimular mudanças organizacionais por meio de recomendações técnicas e acompanhamento institucional.

Contudo, os dados analisados nesta pesquisa indicam que os efeitos desse mecanismo de controle sobre a Política de Atenção Domiciliar são limitados. Embora algumas recomendações tenham contribuído para ampliar a visibilidade dos problemas de implementação e estimular ajustes operacionais, permanece uma lacuna entre o controle exercido pelo Tribunal de Contas e a internalização plena de práticas estruturadas de planejamento, monitoramento e avaliação pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Essa lacuna limita o potencial transformador da auditoria operacional e evidencia os desafios de converter recomendações de controle externo em mudanças institucionais duradouras.

Observa-se que os avanços institucionais promovidos pela SES/DF, notadamente a criação de instrumentos informacionais e a explicitação de critérios de planejamento, permanecem circunscritos ao plano operacional, sem alcançar a consolidação de um sistema de avaliação e monitoramento capaz de orientar, de forma consistente, a tomada de decisão e a reconfiguração da política de Atenção Domiciliar. Nesse contexto, é fundamental distinguir, conforme a literatura, as funções de monitoramento externo, exercidas pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), e as funções de monitoramento gerencial interno, que deveriam ser desempenhadas pela própria gestão da política (Rossi, Lipsey & Freeman, 2004; Weiss, 1998).

Nesse contexto, o monitoramento consiste na verificação contínua e sistemática de recomendações de melhoria sobre a política, enquanto a avaliação envolve a análise crítica de seus resultados e impactos (Jannuzzi, 2011; Hatry, 2006). No caso em análise, verifica-se que o TCDF desempenha um papel relevante ao induzir o monitoramento por meio da auditoria operacional, ao identificar falhas, produzir diagnósticos e recomendar ajustes. No entanto, do ponto de vista da gestão da SES/DF, os elementos empíricos indicam que ainda não se consolidou um arranjo interno robusto de monitoramento e avaliação, capaz de transformar dados em informação estratégica para a tomada de decisão.

Essa distinção é central na literatura: enquanto órgãos de controle externo exercem funções de *accountability* e indução de melhorias, a efetividade das políticas públicas depende da internalização de capacidades avaliativas pelos próprios gestores (Wholey, 1999; Patton, 2018). No caso estudado, embora haja avanços na produção de dados, como a implementação de painéis informacionais, tais instrumentos ainda se concentram no acompanhamento de outputs e não evidenciam sua utilização sistemática na reorientação da política, o que limita seu potencial como ferramenta de gestão.

Adicionalmente, a ausência de integração entre sistemas de informação e a predominância de indicadores operacionais reforçam um modelo de monitoramento fragmentado, pouco aderente à complexidade das redes de atenção à saúde. Sob a perspectiva da governança pública, essa configuração compromete a capacidade estatal de coordenação e de indução de resultados, especialmente em políticas que exigem elevada articulação interorganizacional (Bouckaert & Halligan, 2008; Cavalcante & Lotta, 2015).

Dessa forma, os achados desta subseção indicam que os efeitos da auditoria do TCDF foram relevantes no sentido de explicitar fragilidades e induzir melhorias incrementais. Contudo, tais efeitos não se traduziram na institucionalização de um sistema interno de monitoramento e avaliação orientado a resultados no âmbito da SES/DF. Em síntese, permanece um arranjo em que o monitoramento é predominantemente exercido de forma externa, pelo órgão de controle, enquanto a gestão da política ainda não incorporou plenamente essa função como instrumento estratégico de governança e aprendizagem institucional, conforme preconiza a literatura especializada (Rossi, Lipsey & Freeman, 2004; Jannuzzi, 2011; Patton, 2018).

4.3 Continuidade da Política de Atenção Domiciliar

A análise da continuidade da Política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal remete à capacidade do Estado de sustentar, ao longo do tempo, as ações, estruturas e diretrizes que

compõem essa política pública. Mais do que sua criação formal ou expansão inicial, a continuidade envolve a manutenção de recursos, a estabilidade organizacional e a adaptação institucional diante de desafios operacionais e mudanças no contexto administrativo. Nesse sentido, avaliar a continuidade da política implica examinar em que medida sua implementação tem sido capaz de se consolidar como prática regular no sistema de saúde, bem como identificar fatores que favorecem ou limitam sua sustentação ao longo do tempo.

A auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) constitui um importante instrumento para avaliar a continuidade da Política de Atenção Domiciliar, na medida em que demonstra como as diretrizes formais da política se materializam na prática administrativa. Ao identificar fragilidades relacionadas à produtividade das equipes, à distribuição territorial, aos mecanismos de identificação de pacientes e à qualidade das informações gerenciais, a auditoria revela entraves concretos à implementação que impactam diretamente a capacidade de sustentação da política ao longo do tempo. Assim, mais do que apontar falhas pontuais, os achados do TCDF permitem compreender que a continuidade da política está intrinsecamente vinculada à sua efetiva implementação, uma vez que limitações operacionais e organizacionais tendem a comprometer sua institucionalização e regularidade no âmbito do sistema de saúde.

A implementação de políticas públicas constitui uma das etapas mais complexas do ciclo das políticas, pois envolve a tradução de decisões normativas e diretrizes institucionais em práticas administrativas concretas. Como destacam Pressman e Wildavsky (1984), a implementação raramente ocorre de maneira linear ou automática; ao contrário, ela depende da interação entre múltiplos atores institucionais, da coordenação entre diferentes níveis organizacionais e da disponibilidade de recursos administrativos, financeiros e humanos. Nesse sentido, compreender a implementação da Política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal exige analisar não apenas o desenho formal da política, mas também as condições institucionais que moldam sua execução no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

A auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) em 2022 revelou um conjunto de fragilidades estruturais relacionadas à implementação da política de Atenção Domiciliar. Entre os principais problemas identificados destacam-se a baixa produtividade das equipes multidisciplinares, a insuficiência e a inadequada distribuição territorial das equipes, a fragilidade dos mecanismos de busca ativa de pacientes elegíveis e a

precariedade das informações gerenciais utilizadas para o acompanhamento da política. Esses elementos indicam que os desafios da política não se restringem ao plano assistencial, mas dizem respeito sobretudo à capacidade organizacional do sistema de saúde de coordenar e estruturar adequadamente o serviço.

Sabe-se que a distância entre a formulação e a execução das políticas frequentemente resulta em adaptações institucionais e rearranjos administrativos. Pressman e Wildavsky (1984) demonstram que políticas públicas dependem de uma cadeia complexa de decisões e ações administrativas, de modo que cada ponto dessa cadeia pode gerar atrasos, distorções ou redefinições na política originalmente concebida. No caso da Atenção Domiciliar no Distrito Federal, os achados da auditoria sugerem que parte das dificuldades da política decorre justamente dessa complexidade organizacional, especialmente no que se refere à articulação entre diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde.

A política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal está estruturada em um arranjo institucional que envolve diferentes níveis de atenção, incluindo a Atenção Primária (AD1), as Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e os Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD). Esse modelo organizacional pressupõe elevado grau de coordenação entre as unidades responsáveis pelo atendimento domiciliar e os demais pontos da rede de atenção à saúde. Entretanto, conforme evidenciado pela auditoria, a ausência de protocolos padronizados de busca ativa e a limitada articulação entre as unidades da rede comprometem a identificação e o encaminhamento de pacientes elegíveis para o serviço domiciliar.

Sob a perspectiva da teoria da implementação, esse tipo de problema pode ser interpretado à luz da abordagem proposta por Hill e Hupe (2002), segundo a qual a implementação depende da capacidade de coordenação entre organizações e da clareza dos arranjos institucionais que estruturam a política. Quando os fluxos de decisão e comunicação entre os diferentes atores institucionais não estão claramente definidos, a execução da política tende a tornar-se fragmentada, produzindo resultados desiguais entre diferentes territórios ou unidades administrativas.

Outro elemento relevante para compreender a implementação da política de Atenção Domiciliar refere-se ao papel desempenhado pelos profissionais responsáveis pela execução das ações no nível operacional. Lipsky (1980), ao desenvolver o conceito de burocracia de nível de rua, destaca que os agentes públicos que atuam diretamente na prestação de serviços, como médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde, exercem papel central na definição

prática das políticas públicas. Esses profissionais operam frequentemente em contextos de escassez de recursos e elevada demanda social, o que os leva a adotar estratégias de adaptação e discricionariedade na execução das políticas.

No caso da Atenção Domiciliar, a atuação das equipes multidisciplinares representa um elemento fundamental para a efetividade da política, pois são esses profissionais que realizam o atendimento direto aos pacientes no ambiente domiciliar. Contudo, a auditoria identificou que parte das equipes apresenta produtividade inferior aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, situação associada a fatores como déficit de profissionais, limitações logísticas para realização das visitas domiciliares e fragilidades nos mecanismos de identificação de pacientes elegíveis. Esses fatores evidenciam como as condições institucionais e organizacionais influenciam diretamente a capacidade das equipes de executar a política conforme previsto em seu desenho normativo.

Outro aspecto central para a implementação da política refere-se à distribuição territorial das equipes responsáveis pelo atendimento domiciliar. A auditoria apontou que regiões com maior densidade populacional e maior vulnerabilidade social apresentam menor cobertura de Atenção Domiciliar, indicando que a alocação das equipes não tem seguido critérios consistentes de planejamento territorial. Esse tipo de problema reflete limitações na capacidade de planejamento estratégico da política e evidencia desafios relacionados à governança do sistema de saúde distrital.

A implementação eficaz depende não apenas da existência de diretrizes normativas claras, mas também da disponibilidade de instrumentos de gestão capazes de orientar a tomada de decisões (Pressman & Wildavsky, 1973; Hill & Hupe, 2002; Howlett, Ramesh, & Perl, 2013; Wu, Ramesh, Howlett, & Fritzen, 2015). Ademais, a efetividade das políticas públicas está diretamente relacionada à utilização de sistemas de informação e indicadores que subsidiem a ação governamental (Jannuzzi, 2011; Hatry, 2006; Patton, 2018).

Nesse sentido, a produção de informações gerenciais constitui um elemento central para o funcionamento da política. A auditoria realizada pelo TCDF identificou fragilidades na produção e consolidação das informações assistenciais, o que limita a capacidade da Secretaria de Saúde de acompanhar o desempenho da política e planejar sua expansão. Nesse contexto, a coexistência de sistemas de informação distintos, como o e-SUS e o TrakCare, sugere um cenário de fragmentação informacional que dificulta a integração dos dados e o monitoramento sistemático da política.

Essas limitações apontam para um problema recorrente nas políticas públicas de saúde: a dificuldade de integrar sistemas de informação e produzir dados confiáveis para orientar processos decisórios. Sem informações consolidadas sobre número de pacientes atendidos, produtividade das equipes e cobertura territorial do serviço, a gestão da política torna-se reativa e dependente de decisões ad hoc, reduzindo sua capacidade de planejamento de longo prazo.

Apesar dessas fragilidades, a auditoria também revelou que o serviço de Atenção Domiciliar apresenta elevado grau de satisfação entre usuários e profissionais de saúde. Esse resultado indica que, mesmo diante de limitações organizacionais, a política tem conseguido produzir resultados assistenciais positivos no nível do atendimento ao paciente. Tal constatação reforça a ideia de que os principais desafios da política não se encontram na qualidade do cuidado prestado, mas na capacidade institucional do sistema de saúde de estruturar e expandir o serviço de forma eficiente e equitativa.

Nesse sentido, a implementação da política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal pode ser interpretada como um processo de adaptação institucional contínua, no qual diferentes atores organizacionais buscam ajustar os mecanismos de gestão e coordenação do serviço às condições concretas de funcionamento do sistema de saúde. A auditoria realizada pelo TCDF desempenha papel relevante nesse processo ao evidenciar fragilidades estruturais da política e ao induzir a administração pública a revisar práticas administrativas e instrumentos de gestão.

Assim, a análise da implementação da política permite compreender que os desafios enfrentados pela Atenção Domiciliar no Distrito Federal refletem não apenas problemas específicos da política, mas também questões mais amplas relacionadas à capacidade estatal de planejamento, coordenação e gestão de políticas públicas complexas. A consolidação dessa política dependerá, portanto, do fortalecimento dos mecanismos institucionais de governança, da melhoria dos sistemas de informação e da ampliação da capacidade administrativa da Secretaria de Saúde para coordenar as diferentes dimensões do serviço de atenção domiciliar.

A evolução de atendimentos domiciliares entre 2021 e 2024, com dados extraídos do painel Infosáude/DF fornece permite compreender o processo de implementação da política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal. Durante os três primeiros anos da série histórica analisada, a política apresentou comportamento relativamente estagnado. O número total de atendimentos passou de 63.938 em 2021 para 61.161 em 2022 e manteve-se praticamente inalterado em 2023, com 61.180 atendimentos. Apenas em 2024 verifica-se crescimento mais expressivo, quando o volume alcança 70.097 atendimentos, representando aumento

aproximado de 14,5% em relação ao ano anterior. Ressalta-se que o número de atendimento não significa o número de pacientes, de modo que um paciente pode receber um ou mais atendimentos, o que explica esse elevado número de atendimentos. A figura 1 abaixo ilustra a evolução de atendimentos entre os anos de 2021 a 2024.

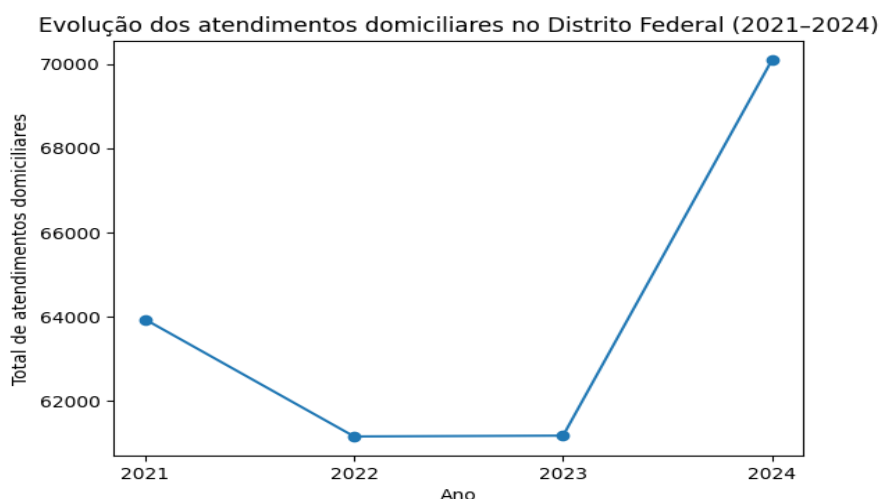


Figura 1 – Evolução dos atendimentos domiciliares no DF

Nota: Elaboração própria a partir do sistema Infosaúde DF.

Esse comportamento temporal sugere a presença de capacidade produtiva reprimida, fenômeno frequentemente identificado em políticas que enfrentam gargalos organizacionais e institucionais. Conforme argumentam Pressman e Wildavsky (1984), a implementação de políticas públicas depende da articulação entre múltiplas instâncias decisórias e administrativas, sendo comum que dificuldades operacionais e organizacionais retardem a materialização dos resultados previstos no desenho da política. Nesse sentido, a estagnação observada entre 2021 e 2023 indica que a política possuía potencial de expansão, mas enfrentava limitações estruturais que restringiam sua capacidade de crescimento.

Essa interpretação converge com o diagnóstico produzido pela auditoria operacional do Tribunal de Contas do Distrito Federal, que identificou fragilidades relacionadas à busca ativa de pacientes elegíveis, à incompletude das equipes e às limitações logísticas para realização das visitas domiciliares. Tais fatores contribuíam para a subutilização da capacidade instalada do serviço, reduzindo a produtividade das equipes e limitando o alcance da política. O crescimento observado em 2024, portanto, pode ser interpretado como indício de um efeito indutor incremental do ciclo de controle externo, ainda que tardio e não estruturado de maneira sistêmica.

Além da dimensão temporal, a análise territorial dos dados revela que a implementação da política ocorre de maneira desigual no território do Distrito Federal. A distribuição dos atendimentos por Região Administrativa evidencia forte assimetria na oferta do serviço, com concentração persistente em determinados territórios e volumes reduzidos ou instáveis em outros. Esse padrão indica que o acesso ao atendimento domiciliar não decorre exclusivamente da necessidade clínica da população, mas está fortemente condicionado à capacidade instalada local, à disponibilidade de equipes multiprofissionais completas e à organização do trabalho em saúde em cada território. A figura 2 abaixo ilustra a distribuição territorial dos atendimentos domiciliares nos anos de 2021 a 2024.

Distribuição territorial dos atendimentos domiciliares por Região Administrativa (2021-2024)

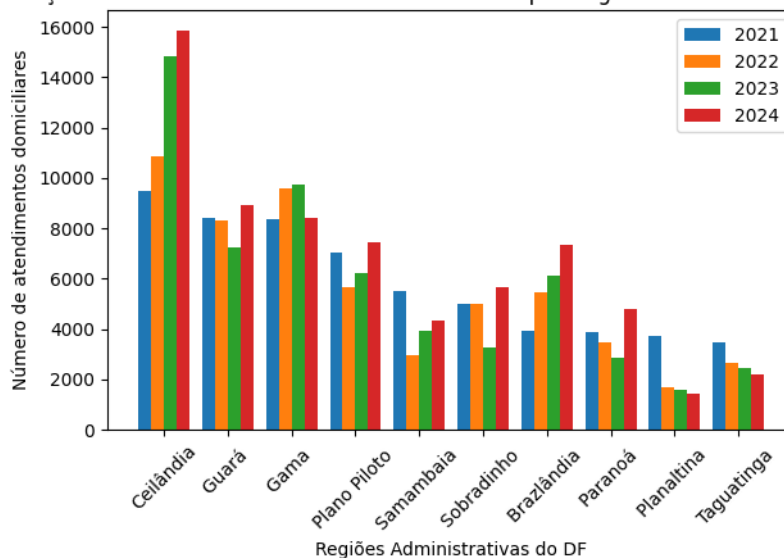


Figura 2 – Distribuição territorial dos atendimentos domiciliares por Região Administrativa (2021-2024)

Nota: Elaboração própria a partir do sistema Infosaúde DF.

Do ponto de vista analítico, esse comportamento territorial pode ser interpretado à luz da abordagem proposta por Hill e Hupe (2002), segundo a qual a implementação de políticas públicas depende da capacidade de coordenação entre organizações e níveis administrativos. Quando essa coordenação é limitada ou quando os recursos institucionais estão distribuídos de forma desigual no território, a execução da política tende a reproduzir padrões de desigualdade territorial, como observado nos dados da Atenção Domiciliar no Distrito Federal.

Outro elemento importante para compreender a implementação da política refere-se à distribuição dos atendimentos por modalidade de cuidado. Os dados indicam predominância da modalidade AD1, vinculada à Atenção Primária à Saúde, enquanto as modalidades AD2 e AD3,

que demandam maior complexidade assistencial e atuação das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD), apresentam participação relativamente menor. Essa distribuição confirma o diagnóstico da auditoria operacional de que a política no Distrito Federal é sustentada majoritariamente pela Atenção Primária, enquanto o serviço especializado opera com capacidade limitada. Isso é mais bem ilustrado na figura 3 abaixo que diz respeito à distribuição dos atendimentos domiciliares por modalidade.

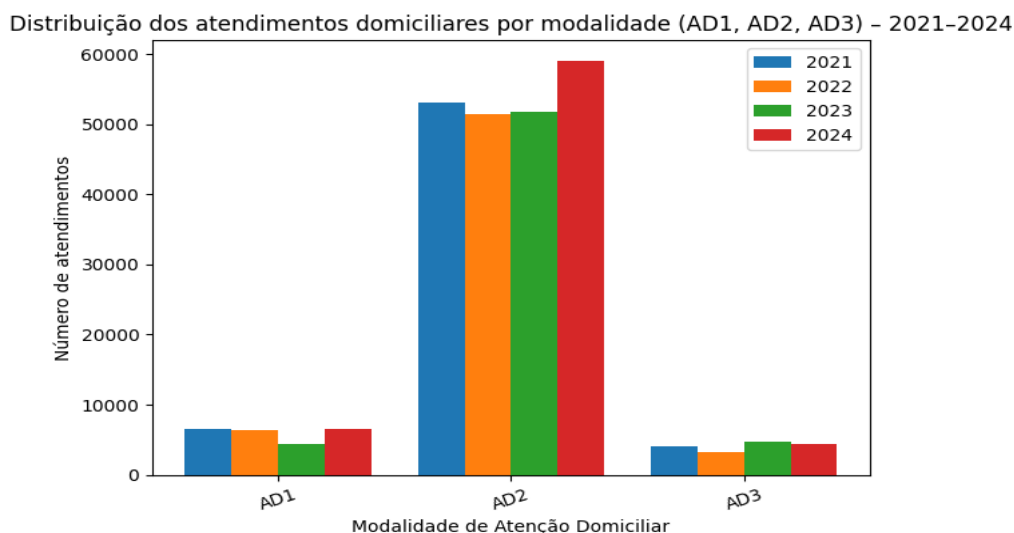


Figura 3 – Distribuição dos atendimentos por modalidade

Nota: Elaboração própria a partir do sistema Infosaúde DF.

A baixa participação relativa das modalidades de maior complexidade não decorre necessariamente da ausência de demanda, mas de restrições organizacionais que afetam diretamente a implementação da política, conforme evidenciado nos achados da auditoria do Tribunal de Contas do Distrito Federal. Entre essas restrições destacam-se o número insuficiente de equipes completas, dificuldades de credenciamento junto ao Ministério da Saúde, problemas logísticos relacionados ao transporte das equipes e a distribuição desigual de profissionais no território (TCDF, 2023).

Nota-se que esses fatores reforçam a literatura sobre implementação de políticas públicas, que aponta a centralidade da capacidade estatal e dos arranjos organizacionais na tradução das diretrizes normativas em resultados concretos (Pressman & Wildavsky, 1984; Hill & Hupe, 2002). Esses fatores demonstram como limitações institucionais e administrativas influenciam diretamente a forma como a política é operacionalizada.

Essas limitações institucionais tendem a ser absorvidas no nível operacional pelas equipes responsáveis pela execução da política (Lipsky, 1980). Ou seja, os profissionais que atuam diretamente no atendimento domiciliar precisam adaptar suas rotinas de trabalho às condições concretas de funcionamento do serviço, frequentemente lidando com escassez de recursos, elevada demanda e desafios logísticos para realização das visitas domiciliares. Dessa forma, como coloca o autor, as práticas cotidianas desses profissionais acabam influenciando diretamente o alcance e a efetividade da política pública (Lipsky, 1980).

A análise integrada dos dados quantitativos com os documentos da auditoria permite observar que o crescimento registrado em 2024 não se traduziu em reconfiguração estrutural da política. Embora o aumento do número total de atendimentos indique potencial de expansão e confirme as estimativas de economia associadas à desospitalização, esse avanço ocorreu de forma desigual entre as regiões administrativas e sem alteração substantiva da complexidade média do cuidado prestado.

Em outras palavras, os dados sugerem que as respostas institucionais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal foram predominantemente incrementais, sem enfrentamento pleno dos principais gargalos estruturais apontados pela auditoria. Esse padrão de mudança incremental é consistente com o que a literatura de políticas públicas identifica como processos de ajuste institucional gradual, nos quais mudanças administrativas e organizacionais ocorrem de forma progressiva e limitada pelas capacidades institucionais do Estado.

Observa-se, dessa forma, que os desafios da política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal não estão associados à qualidade do cuidado prestado aos usuários, mas principalmente à capacidade organizacional do sistema de saúde de estruturar, coordenar e expandir o serviço de maneira eficiente e equitativa no território. A consolidação dessa política dependerá, portanto, do fortalecimento dos mecanismos de planejamento territorial, da ampliação da capacidade administrativa da Secretaria de Saúde e da melhoria da integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

A análise dos dados documentais, dos resultados da auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) em 2022 e das informações institucionais produzidas posteriormente pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) permite examinar se houve melhorias na qualidade do serviço e na adequação das equipes responsáveis pela execução da Política de Atenção Domiciliar (AD) no Distrito Federal.

Esse exame é fundamental para compreender não apenas os efeitos diretos da auditoria sobre a gestão da política, mas também as condições institucionais para sua continuidade e consolidação no âmbito da rede pública de saúde. Conforme apresentado na seção anterior, a auditoria identificou um conjunto de fragilidades estruturais que afetavam a eficiência e a organização da política, apesar do elevado grau de satisfação dos usuários atendidos.

Nessa toada, entre os principais problemas identificados destacavam-se a baixa produtividade de algumas equipes, a insuficiência e inadequada distribuição territorial das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMADs), a ausência de protocolos estruturados de busca ativa de pacientes elegíveis, a fragilidade das informações gerenciais e a perda de recursos federais decorrente da incompletude de equipes. Esses achados indicavam que a política possuía bons resultados assistenciais na ponta, mas apresentava limitações institucionais relevantes que comprometiam sua eficiência sistêmica e sua capacidade de expansão.

A partir desse diagnóstico, o TCDF expediu recomendações voltadas ao aperfeiçoamento da governança da política, com foco na melhoria da gestão das equipes, na ampliação da cobertura do serviço e no fortalecimento dos instrumentos de gestão. Nesse contexto, a análise do período posterior à auditoria indica que parte dessas recomendações passou a orientar ajustes institucionais na condução da política por parte da SES/DF e assim permitir a implementação eficaz, eficiente e efetiva da Política de Atenção Domiciliar.

Um primeiro aspecto relevante refere-se à continuidade institucional da política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal. A existência de normativos recentes demonstra que a política não apenas foi mantida após a auditoria, como também passou por processo de atualização normativa. A publicação da Portaria nº 456, de 30 de setembro de 2024, que estabelece diretrizes para a organização do Serviço de Atenção Domiciliar no âmbito da SES/DF, evidencia o esforço institucional de consolidar a política e aperfeiçoar seus mecanismos de gestão. Esse normativo atualiza procedimentos, reforça a organização das equipes e define parâmetros operacionais para o funcionamento do serviço, contribuindo para maior padronização da política.

Além disso, a política distrital encontra-se alinhada às diretrizes federais estabelecidas pela Portaria nº 3.005/2024 do Ministério da Saúde, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse alinhamento normativo reforça a continuidade

da política no Distrito Federal e sua integração às diretrizes nacionais da estratégia de desospitalização e cuidado domiciliar.

No tocante à qualidade do serviço, aspecto relevante da implementação da política, o Entrevistado 2 alegou que a auditoria constatou boa qualidade assistencial, especialmente no que diz respeito à humanização, à integralidade do cuidado e à satisfação dos usuários atendidos. As pesquisas realizadas à época indicaram forte vínculo entre equipes, pacientes e familiares. Contudo, essa qualidade estaria restrita a um universo reduzido de beneficiários, em razão da limitada abrangência da política, o que prejudica o princípio da universalidade do serviço de atenção domiciliar.

Ainda, o Entrevistado 2 ponderou que não é possível afirmar se houve melhorias significativas na política, uma vez que o Tribunal não dispôs de informações suficientes nem realizou verificação *in loco* após as recomendações. Ele ressalta, contudo, que a auditoria cumpriu papel relevante ao sensibilizar os gestores, de modo que forneceu aos gestores um diagnóstico detalhado e um leque de alternativas para melhoria da política. A decisão de implementar ou não as recomendações, segundo o Entrevistado, inserem-se no campo da discricionariedade do gestor, que avalia a política em conjunto com outras prioridades da área da saúde pública.

Todavia, sob a perspectiva da implementação, essa qualidade mostra-se condicionada por limites estruturais da política. Conforme destacado pelo Entrevistado 2, trata-se de um serviço que, embora bem avaliado em termos qualitativos, permanece restrito a um universo reduzido de beneficiários, em razão da baixa cobertura. Esse descompasso entre qualidade e alcance compromete o princípio da universalidade e revela uma tensão típica de políticas públicas em contextos de capacidade estatal limitada: a coexistência de experiências exitosas em escala reduzida com dificuldades de expansão e institucionalização.

Adicionalmente, o Entrevistado 2 ressaltou que não é possível afirmar, de forma conclusiva, a ocorrência de melhorias significativas na política após a auditoria, tendo em vista a ausência de informações sistematizadas e de verificações *in loco* posteriores por parte do órgão de controle. Isso acarreta lacuna importante no ciclo de monitoramento e avaliação, na medida em que limita a mensuração dos efeitos concretos das recomendações sobre a implementação da política.

Nesse aspecto, a auditoria desempenhou papel relevante ao induzir reflexão e sensibilização dos gestores da SES/DF, ao fornecer um diagnóstico detalhado das fragilidades e um conjunto de alternativas e recomendações para seu aprimoramento. No entanto, como observado pelo Entrevistado 2, a incorporação dessas recomendações insere-se no âmbito da discricionariedade gerencial, sendo condicionada por prioridades concorrentes no sistema de saúde. Sob a ótica da implementação, isso reforça que a efetividade da política não depende apenas da correção dos problemas diagnosticados pelo controle externo, mas, sobretudo, da decisão e da disposição institucional da gestão em transformar recomendações em mudanças concretas na organização e na oferta do serviço de Atenção Domiciliar no Distrito Federal.

Ademais, a Entrevistada 3 ressaltou que não foi possível verificar melhorias posteriores à auditoria, uma vez que o Tribunal não voltou a acessar diretamente os pacientes, limitando-se à análise das informações prestadas pela SES/DF. Entretanto, com base nas evidências coletadas durante a auditoria, a Entrevistada 3 alegou que a política apresentava desempenho satisfatório em relação aos princípios do SUS, sobretudo quanto à integralidade do cuidado e ao atendimento humanizado e participativo, amplamente reconhecido pelos usuários e profissionais, o que corrobora as informações trazidas pelo corpo de auditoria a respeito da satisfação dos usuários.

Outro aspecto atinente à implementação e qualidade do serviço é a adequação das equipes de saúde, quanto a isso, a Entrevistada 3 destacou que uma das recomendações centrais da auditoria foi a recomposição das equipes incompletas e a redistribuição mais equânime dos profissionais existentes, de modo a ampliar a capacidade de atendimento e viabilizar o credenciamento das equipes junto ao Ministério da Saúde. Contudo, segundo a Entrevistada 3, houve apenas a homologação pontual de uma equipe, sem evidências claras de reestruturação mais ampla ou redistribuição sistemática dos recursos humanos.

A Entrevistada 3 compreendeu a Política de Atenção Domiciliar como tecnicamente sólida, bem avaliada pelos usuários e economicamente vantajosa, destacando seu potencial de desospitalização e geração de economia ao Distrito Federal, estimada em cerca de R\$ 375 milhões anuais conforme apontado no Relatório Final de Auditoria. Como sugestão de aprimoramento do serviço, apontou a necessidade de maior divulgação da política, fortalecimento da busca ativa e criação de instrumentos de transparência, como painéis públicos de vagas, de modo a ampliar o conhecimento da população e, assim, efetividade do serviço, o que com isso fortalece a implementação da política de maneira eficaz.

Ainda, no âmbito da implementação da política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal, a SES/DF informou que realiza o acompanhamento de indicadores assistenciais e operacionais, tais como número de usuários atendidos, altas de pacientes, procedência dos usuários e produção das equipes de saúde, a partir de sistemas oficiais do SUS, com destaque para o e-SUS. Tais instrumentos indicam a existência de uma estrutura mínima de suporte informacional à gestão, permitindo o acompanhamento da execução das atividades e da capacidade produtiva das equipes.

Adicionalmente, a Secretaria destaca a disponibilização de um painel eletrônico público com dados consolidados da Atenção Domiciliar, apresentado como ferramenta de gestão, planejamento e avaliação do serviço. No contexto da implementação, esse tipo de instrumento pode contribuir para ampliar a transparência e apoiar processos decisórios, ao sistematizar informações relevantes sobre o funcionamento da política.

Contudo, sob uma perspectiva analítica, observa-se que os indicadores mencionados se concentram predominantemente na mensuração de aspectos operacionais e de produção do serviço, não sendo evidenciada, de forma clara, a incorporação de métricas voltadas à avaliação de resultados e impactos da política, como a efetividade do cuidado, a redução de internações evitáveis ou a continuidade assistencial. Ademais, não se identificam elementos que demonstrem de que forma essas informações são efetivamente utilizadas para reorientar a implementação da política ou promover ajustes na organização do serviço.

Dessa forma, embora a SES/DF apresente iniciativas relevantes no campo da produção e disponibilização de informações, essas ainda se mostram mais alinhadas a uma lógica de monitoramento operacional do que à consolidação de um sistema de avaliação orientado a resultados, o que limita seu potencial como instrumento estratégico para o aprimoramento da implementação da Atenção Domiciliar.

Do ponto de vista da implementação, a qualidade assistencial constitui um dos principais indicadores de desempenho da política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal. Os dados analisados indicam níveis elevados de satisfação entre usuários e profissionais, corroborando achados da auditoria, segundo os quais mais de 90% dos usuários avaliavam positivamente o atendimento recebido, com destaque para aspectos relacionados ao acolhimento, à humanização e à integralidade do cuidado. Tais dimensões são centrais no âmbito do SUS e sinalizam que, mesmo diante de limitações estruturais, a política logrou consolidar práticas assistenciais qualificadas no nível da execução.

Sob a perspectiva da continuidade da política, a manutenção desses níveis de satisfação após a auditoria sugere a existência de certa estabilidade nos processos de trabalho e na prestação do cuidado pelas equipes de Atenção Domiciliar. Isso indica que, no plano micro da implementação, a política preserva sua capacidade de entregar serviços de qualidade, especialmente no que se refere à relação entre equipes, pacientes e familiares e à adequação do cuidado ao contexto domiciliar.

Entretanto, essa consistência qualitativa não necessariamente se traduz em ampliação do alcance ou em fortalecimento estrutural da política. A literatura de implementação aponta que a qualidade do serviço, embora fundamental, não é suficiente para assegurar a efetividade em larga escala, sobretudo em contextos marcados por restrições de capacidade estatal e fragmentação da rede. No caso analisado, a Atenção Domiciliar mantém seu papel estratégico ao contribuir para a continuidade do cuidado de pacientes com condições crônicas ou de maior complexidade e para a redução de internações potencialmente evitáveis. Contudo, a ausência de evidências de expansão da cobertura e de integração sistêmica indica que esses resultados permanecem circunscritos a segmentos específicos da população atendida.

Outro aspecto fundamental para avaliar a continuidade e a qualidade da política refere-se à adequação das equipes responsáveis pela execução do serviço. A auditoria evidenciou que parte das fragilidades da política estava associada à insuficiência de equipes completas e à má distribuição territorial das EMADs e das equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF). Em resposta a esse diagnóstico, as recomendações do TCDF enfatizaram a necessidade de priorizar a composição das equipes existentes, ampliar o credenciamento de novas equipes e adotar critérios de vulnerabilidade social e densidade populacional para orientar a alocação territorial dos serviços.

A análise das medidas posteriores indica que a gestão da SES/DF passou a reconhecer a importância do fortalecimento das equipes como condição para a expansão sustentável da política. A reorganização normativa e administrativa da Atenção Domiciliar aponta para um esforço institucional de aprimoramento da capacidade operacional do serviço, especialmente no que se refere à estruturação das equipes e à padronização dos fluxos de atendimento.

Nesse contexto, a adequação das equipes assume papel central para a continuidade da política. A presença de equipes completas e devidamente habilitadas permite ampliar o acesso da população ao serviço, reduzir desigualdades territoriais e aumentar a capacidade de atendimento das EMADs. Além disso, a regularização das equipes possibilita maior captação

de recursos federais destinados ao financiamento da Atenção Domiciliar, fortalecendo a sustentabilidade financeira da política.

Outro elemento importante refere-se ao aperfeiçoamento dos instrumentos de monitoramento e produção de informações gerenciais. A auditoria apontou que a fragmentação entre sistemas de informação, como o e-SUS e o TrakCare, dificultava o acompanhamento da política e limitava a capacidade de planejamento da gestão. A partir desse diagnóstico, tornou-se evidente a necessidade de aprimorar os mecanismos de coleta, integração e análise de dados sobre a Atenção Domiciliar.

O fortalecimento dos sistemas de informação é fundamental para melhorar a qualidade da gestão da política. Informações confiáveis permitem acompanhar indicadores de desempenho, avaliar a produtividade das equipes, identificar lacunas de cobertura e subsidiar decisões sobre expansão do serviço. Nesse sentido, o desenvolvimento de instrumentos de monitoramento, como painéis de dados e indicadores sistematizados, torna-se essencial para garantir maior transparência e eficiência na gestão da política.

A análise conjunta desses elementos permite afirmar que a política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal não sofreu descontinuidade após a auditoria realizada pelo TCDF. Ao contrário, observa-se um processo de institucionalização e aperfeiçoamento gradual da política, marcado pela atualização normativa, pela incorporação de recomendações de auditoria e pela busca por maior organização administrativa.

Em síntese, os resultados indicam que houve manutenção da qualidade assistencial do serviço e esforços institucionais voltados à adequação das equipes e ao fortalecimento da gestão da política. Embora desafios estruturais ainda persistam, especialmente no que se refere à distribuição territorial das equipes, à produtividade e à integração dos sistemas de informação, a política apresenta condições institucionais para sua continuidade e consolidação no âmbito da rede pública de saúde do Distrito Federal.

Assim, a auditoria operacional do TCDF desempenhou papel relevante ao evidenciar fragilidades da política e estimular ajustes institucionais voltados ao aprimoramento da gestão. A continuidade da Política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal depende, entretanto, da manutenção desses esforços de fortalecimento da capacidade estatal, do aperfeiçoamento dos mecanismos de monitoramento e da ampliação gradual da cobertura do serviço, de modo a garantir maior equidade no acesso e maior eficiência na utilização dos recursos públicos.

No plano operacional, a Secretaria destaca o fortalecimento da articulação da Atenção Domiciliar com a Rede de Atenção à Saúde, especialmente nos processos de desospitalização e na organização da oxigenoterapia domiciliar. Esses aspectos são centrais para a continuidade do cuidado e para a redução da pressão sobre a rede hospitalar, sugerindo avanços na inserção do serviço como componente estratégico do sistema de saúde. Contudo, a efetividade dessa integração depende da consolidação de fluxos assistenciais coordenados, o que, conforme evidenciado em análises anteriores, ainda enfrenta desafios relacionados à fragmentação da rede.

No que tange à qualidade do serviço, a SES/DF afirma que a política está alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, universalidade, equidade, integralidade, humanização e participação social, e descreve a adoção de instrumentos e critérios que visam qualificar a atenção prestada. Entre eles, destacam-se a padronização dos critérios de elegibilidade por meio do Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD), a definição das modalidades de atenção (AD1, AD2 e AD3) conforme o perfil clínico dos pacientes e a atuação de equipes multiprofissionais com elaboração de planos de cuidado individualizados e participação ativa de familiares e cuidadores.

Sob a perspectiva analítica, tais elementos indicam avanços importantes na organização técnica da política e na qualificação da assistência no nível da execução. Entretanto, a afirmação de aderência aos princípios do SUS deve ser relativizada à luz das evidências empíricas discutidas ao longo do capítulo, especialmente no que se refere à limitada cobertura do serviço e às dificuldades de integração sistêmica. Assim, embora haja indícios de fortalecimento dos instrumentos de implementação e de manutenção de padrões assistenciais qualificados, persistem desafios estruturais que condicionam a expansão, a equidade no acesso e a consolidação da Atenção Domiciliar como política plenamente integrada e universal no âmbito do Distrito Federal.

No que se refere à implementação e à continuidade da política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal, a SES/DF aponta a realização de alterações de natureza estrutural, operacional e assistencial nos últimos três anos, com destaque para a atualização do marco normativo federal, a reorganização da política no âmbito distrital e o aprimoramento dos fluxos de acesso, admissão e acompanhamento dos usuários. Tais iniciativas indicam um esforço de ajuste institucional e de qualificação dos processos de trabalho, elementos centrais para a

consolidação da política no ciclo de implementação, conforme destacado pela literatura (Hill & Hupe, 2002; Howlett, Ramesh, & Perl, 2013).

No plano operacional, a Secretaria destaca o fortalecimento da articulação da Atenção Domiciliar com a Rede de Atenção à Saúde, especialmente nos processos de desospitalização e na organização da oxigenoterapia domiciliar. Esses aspectos são fundamentais para a continuidade do cuidado e para a racionalização do uso dos serviços hospitalares, sendo amplamente reconhecidos como componentes-chave de políticas integradas de saúde (Starfield, 2002; Mendes, 2011). Contudo, a efetividade dessa integração depende da existência de mecanismos de coordenação interorganizacional e de governança da rede, os quais, conforme evidenciado pela literatura, constituem desafios recorrentes em sistemas de saúde descentralizados (Bouckaert & Halligan, 2008; Cavalcante & Lotta, 2015).

No que tange à qualidade do serviço, a SES/DF afirma que a política está alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, universalidade, equidade, integralidade, humanização e participação social, e descreve a adoção de instrumentos e critérios que visam qualificar a atenção prestada. Entre eles, destacam-se a padronização dos critérios de elegibilidade por meio do Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD), a definição das modalidades de atenção (AD1, AD2 e AD3) conforme o perfil clínico dos pacientes e a atuação de equipes multiprofissionais com elaboração de planos de cuidado individualizados e participação ativa de familiares e cuidadores. Tais práticas dialogam com a literatura sobre qualidade em saúde e organização do cuidado centrado no paciente, que enfatiza a importância da integralidade e da coordenação assistencial (Donabedian, 1988; Starfield, 2002).

Sob a perspectiva analítica, esses elementos indicam avanços relevantes na organização técnica da política e na qualificação da assistência no nível da execução. Entretanto, a afirmação de aderência aos princípios do SUS deve ser relativizada à luz das evidências empíricas discutidas ao longo do capítulo, especialmente no que se refere à limitada cobertura do serviço e às dificuldades de integração sistêmica. A literatura de implementação destaca que a efetividade das políticas públicas depende não apenas da qualidade dos instrumentos normativos e assistenciais, mas também da capacidade de expansão, coordenação e institucionalização em larga escala (Pressman & Wildavsky, 1973; Lipsky, 1980).

Assim, embora haja indícios de fortalecimento dos instrumentos de implementação e de manutenção de padrões assistenciais qualificados, persistem desafios estruturais que

condicionam a expansão, a equidade no acesso e a consolidação da Atenção Domiciliar como política plenamente integrada e universal no âmbito do Distrito Federal, reforçando o argumento de que a qualidade local não substitui a necessidade de capacidade sistêmica e coordenação efetiva (Wu, Ramesh, Howlett, & Fritzen, 2015; Jannuzzi, 2011).

Ademais, SES/DF informou dispor de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMADs) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs) devidamente habilitadas junto ao Ministério da Saúde, distribuídas nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRADs) das sete Regiões de Saúde. A existência e a territorialização dessas equipes configuram elementos centrais da capacidade operacional da política, na medida em que estruturam a oferta do cuidado no território e viabilizam a execução das ações assistenciais. Ademais, a Secretaria destaca a disponibilidade de insumos, equipamentos, veículos e sistemas de informação compatíveis com o cuidado domiciliar, o que, do ponto de vista da implementação, indica a presença de recursos essenciais para o funcionamento do serviço (Hill & Hupe, 2002; Wu, Ramesh, Howlett, & Fritzen, 2015).

A atuação de equipes multiprofissionais e a provisão de insumos e tecnologias adequadas são fatores determinantes para a integralidade do cuidado e para a efetividade das intervenções no ambiente domiciliar, conforme amplamente discutido na literatura em saúde (Donabedian, 1988; Starfield, 2002). Nesse sentido, a estrutura descrita pela SES/DF sugere condições institucionais favoráveis à oferta de um cuidado qualificado, especialmente no que se refere à abordagem interdisciplinar e à adequação das práticas assistenciais às necessidades dos pacientes.

A SES/DF apontou a adoção de medidas voltadas à melhoria contínua e à ampliação do acesso, incluindo ações permanentes de monitoramento, análise de indicadores, capacitação das equipes, revisão de fluxos assistenciais e fortalecimento da integração com a Rede de Atenção à Saúde, sob coordenação técnica da Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar (GESAD). Tais iniciativas indicam a incorporação de rotinas de gestão e de aperfeiçoamento institucional, fundamentais para a sustentação da política ao longo do tempo e para sua adaptação a novas demandas (Jannuzzi, 2011; Hatry, 2006).

Entretanto, à luz da análise desenvolvida ao longo do capítulo, esses avanços devem ser interpretados com cautela. Embora indiquem a existência de instrumentos e práticas relevantes para a implementação, qualidade e continuidade do serviço, não há evidências suficientes de que tais medidas tenham se traduzido em ampliação significativa da cobertura ou em superação

das limitações estruturais previamente identificadas, especialmente no que se refere à integração sistêmica e à capacidade operacional. Assim, observa-se, novamente, um padrão em que a política apresenta consistência no nível organizacional e assistencial, mas ainda enfrenta desafios para consolidar-se como um serviço plenamente expandido, integrado e equitativo no âmbito do sistema de saúde do Distrito Federal (Pressman & Wildavsky, 1984; Cavalcante & Lotta, 2015).

Observa-se que a política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal configura-se como uma estratégia relevante e relativamente consolidada de cuidado em saúde, cuja sustentabilidade e potencial de expansão estão diretamente condicionados ao fortalecimento da capacidade estatal, à qualificação contínua das equipes e à institucionalização de instrumentos robustos de monitoramento e avaliação. Conforme a literatura de implementação, a consolidação de políticas públicas depende não apenas da existência de diretrizes normativas, mas da capacidade de gestão em transformar tais diretrizes em resultados efetivos e sustentáveis (Hill & Hupe, 2002; Wu, Ramesh, Howlett, & Fritzen, 2015).

Nesse contexto, observa-se que a SES/DF apresentou uma narrativa institucional consistente, fortemente ancorada em normas, protocolos e diretrizes, enfatizando a aderência formal da política aos princípios do SUS e aos marcos regulatórios vigentes. Contudo, sob a perspectiva analítica, essa resposta revela limitações importantes, ao não apresentar, de forma objetiva, evidências mensuráveis de expansão da cobertura, de redução de desigualdades territoriais ou de superação dos problemas estruturais identificados pela auditoria operacional do TCDF. Tal característica reforça um padrão já identificado na literatura, em que respostas institucionais privilegiam a conformidade formal e a prestação de contas descritiva, sem necessariamente evidenciar mudanças substantivas na implementação da política (Pressman & Wildavsky, 1984; Bouckaert & Halligan, 2008).

No que se refere à avaliação da efetividade e da qualidade do serviço, o relato do Entrevistado 4 indica que a auditoria foi apoiada em ampla coleta de dados empíricos, incluindo a aplicação de questionários a usuários e o acompanhamento direto das equipes em campo. Os resultados apontaram elevados níveis de satisfação, com destaque para dimensões como humanização, escuta qualificada, integralidade do cuidado e fortalecimento do vínculo entre profissionais, pacientes e familiares. Esses elementos são reconhecidos pela literatura como componentes centrais da qualidade assistencial, especialmente em modelos de cuidado centrados no paciente (Donabedian, 1988; Starfield, 2002). Ainda que o Entrevistado 4

reconheça possíveis limitações metodológicas, a consistência das percepções positivas justificou o registro de achado favorável quanto à qualidade do serviço.

Entretanto, ao articular essa dimensão com os demais achados da auditoria, evidencia-se uma dissociação relevante entre qualidade assistencial no nível micro e fragilidades estruturais no nível macro da política. Conforme destacado pelo entrevistado, os principais problemas identificados não residem na prestação direta do cuidado, mas na governança e na gestão da política. Entre eles, destacam-se a distribuição territorial inadequada das equipes, com concentração em regiões centrais, a ausência de protocolos padronizados de encaminhamento entre hospitais e a Atenção Domiciliar e a incompletude das equipes multiprofissionais, que inviabiliza o credenciamento junto ao Ministério da Saúde e implica perda de recursos federais.

Sob a ótica da implementação, esses elementos indicam limitações na coordenação da rede e na capacidade de planejamento e alocação eficiente de recursos, aspectos fundamentais para a efetividade das políticas públicas (Howlett, Ramesh, & Perl, 2013; Cavalcante & Lotta, 2015). Ademais, comprometem dimensões centrais como eficiência e economicidade, ao restringirem o potencial da Atenção Domiciliar de atuar como estratégia de desospitalização e racionalização do uso de serviços de maior custo.

No campo do serviço de atenção domiciliar, o domicílio constitui espaço privilegiado para a reorganização do modelo assistencial, especialmente diante das transformações demográficas e epidemiológicas contemporâneas, como o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas (Braga, 2016; Loyola, 2008; Lacerda et al., 2006). Nesse contexto, a Atenção Domiciliar é compreendida como estratégia capaz de promover desospitalização, continuidade do cuidado e maior humanização da assistência, ao permitir que o paciente permaneça em seu ambiente social e familiar.

As informações administrativas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal demonstram que, entre 2021 e 2024, os atendimentos permaneceram majoritariamente concentrados no domicílio, o que evidencia aderência formal da política às diretrizes normativas do SUS e às formulações teóricas que orientam o modelo de cuidado domiciliar. Esse padrão também se alinha aos resultados da auditoria operacional do TCDF, que identificou elevado grau de satisfação dos usuários com o serviço prestado, com mais de 90% dos entrevistados avaliando positivamente o atendimento recebido, especialmente nos aspectos relacionados ao acolhimento, à humanização e à integralidade do cuidado.

Todavia, a aderência normativa e a boa avaliação dos usuários não são suficientes para assegurar efetividade, sustentabilidade e equidade na implementação das políticas. Autores como Giovanella e Mendes (2018), Fleury (2011) e Viana et al. (2017) destacam que políticas complexas, especialmente aquelas inseridas nas redes de atenção à saúde, dependem de governança institucional robusta, planejamento adequado da força de trabalho e articulação eficiente entre os diferentes níveis do sistema de saúde.

O relato do Entrevistado 4 complementa aponta que embora a política de Atenção Domiciliar apresente desempenho satisfatório em dimensões como integralidade, humanização e participação, já corroboradas pelos elevados níveis de satisfação dos usuários, persistem limitações relevantes no que se refere à universalidade e à equidade. Essa distinção reforça a dissociação anteriormente identificada entre a qualidade assistencial no nível da execução e as fragilidades estruturais da política.

Segundo o Entrevistado 4, ainda que as equipes demonstrem empenho no atendimento dos usuários que conseguem acessar o serviço, a ausência de mecanismos estruturados de busca ativa e de planejamento territorial limita a capacidade de alcance da política. Tal configuração compromete a identificação e a inclusão de parte significativa da população elegível, especialmente em territórios mais vulneráveis, restringindo o acesso e reproduzindo desigualdades na oferta do cuidado.

Sob a perspectiva da implementação, essa limitação evidencia falhas na dimensão do planejamento e da coordenação territorial, aspectos centrais para a efetivação dos princípios de universalidade e equidade no SUS. A literatura destaca que a garantia desses princípios depende não apenas da oferta de serviços de qualidade, mas da capacidade do sistema em organizar a provisão de forma proativa e orientada às necessidades da população (Starfield, 2002; Mendes, 2011). Nesse sentido, a ausência de estratégias sistemáticas de busca ativa e de definição territorial de cobertura indica uma lacuna na capacidade estatal de planejamento e de indução do acesso.

A implementação da política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal apresenta traços de gestão reativa, caracterizada pela predominância de respostas a demandas imediatas e pela ausência de instrumentos institucionais plenamente consolidados de planejamento territorial e monitoramento sistemático, conforme discutido na literatura de implementação e capacidade estatal (Hill & Hupe, 2002; Wu, Ramesh, Howlett, & Fritzen, 2015). Tal padrão ajuda a explicar a coexistência, observada ao longo do capítulo, entre a qualidade assistencial no nível da

execução e as fragilidades estruturais relacionadas à cobertura, à equidade e à coordenação da rede, fenômeno recorrente em contextos nos quais há limitações na coordenação interorganizacional e na governança de políticas públicas (Bouckaert & Halligan, 2008; Cavalcante & Lotta, 2015).

Adicionalmente, esse tipo de dinâmica organizacional aproxima-se do que Lipsky (1980) descreve como atuação condicionada por restrições operacionais no nível da implementação, em que os agentes ajustam suas práticas às contingências do cotidiano, e do que Pressman e Wildavsky (1973) identificam como dificuldades inerentes à tradução de diretrizes formais em resultados efetivos. Nesse sentido, a ausência de instrumentos estruturados de planejamento e monitoramento contribui para a manutenção de padrões desiguais de acesso e para a limitação da capacidade de expansão e integração da política no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.

Conforme argumentam Trevisan e Van Bellen (2008) e Champagne et al. (2011), a avaliação da implementação deve ultrapassar a análise de resultados e incorporar os processos organizacionais que sustentam a execução das políticas, uma vez que são esses elementos, como rotinas de gestão, mecanismos de coordenação e instrumentos de planejamento, que condicionam os efeitos observados na prática.

Nesse sentido, a auditoria operacional realizada pelo TCDF aproxima-se de uma avaliação de implementação ao examinar, de forma abrangente, não apenas os resultados assistenciais, mas também os arranjos institucionais que sustentam a execução da política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal. Ao analisar aspectos como a distribuição territorial das equipes, a produtividade das EMADs, a existência de mecanismos de busca ativa de pacientes e a qualidade das informações gerenciais, a auditoria incide diretamente sobre dimensões centrais da implementação, evidenciando como fatores organizacionais e de capacidade estatal condicionam o desempenho da política (Hill & Hupe, 2002; Wu, Ramesh, Howlett, & Fritzen, 2015).

Os achados apontam fragilidades relevantes nesses elementos, incluindo baixa produtividade de algumas equipes, insuficiência e inadequada distribuição territorial das EMADs, limitações na busca ativa de pacientes elegíveis e deficiências nos sistemas de informação utilizados para o monitoramento. Tais problemas não apenas comprometem a eficiência e a cobertura da política, mas também afetam sua qualidade em sentido ampliado,

uma vez que restringem o acesso equitativo e a continuidade do cuidado — dimensões fundamentais para a efetividade de serviços de saúde (Donabedian, 1988; Starfield, 2002).

As entrevistas realizadas com auditores do TCDF reforçam esse diagnóstico ao indicar que os principais entraves da política não decorrem de falhas pontuais ou de desempenho individual das equipes, mas de fragilidades sistêmicas na articulação entre planejamento, execução e monitoramento. Essa constatação é particularmente relevante sob a perspectiva da continuidade da política, na medida em que evidencia a ausência de mecanismos institucionais capazes de sustentar, de forma coordenada e integrada, a expansão e o aprimoramento do serviço ao longo do tempo.

Adicionalmente, a atuação do TCDF insere-se no campo da *accountability* pública, ao promover transparência, controle e indução de melhorias na gestão. Conforme argumenta Barzelay (2002), a auditoria operacional configura-se como um instrumento híbrido entre controle e avaliação de políticas públicas, não se limitando à verificação de conformidade, mas contribuindo para a identificação de oportunidades de aprimoramento institucional. No caso analisado, a auditoria desempenha papel relevante ao explicitar fragilidades estruturais e oferecer subsídios para o aperfeiçoamento da implementação.

Conforme argumenta O'Donnell (1998), a *accountability* horizontal ocorre quando instituições estatais exercem controle e fiscalização sobre outras instituições públicas, com o objetivo de garantir que o poder seja exercido de forma responsável e orientada ao interesse público. A auditoria operacional e seus monitoramentos subsequentes configuram exemplo típico desse mecanismo, ao induzirem mudanças na gestão pública por meio de recomendações técnicas e acompanhamento institucional.

A superação do paradoxo identificado, coexistência entre qualidade assistencial no nível micro e fragilidades estruturais no nível sistêmico, depende menos da ampliação isolada de recursos e mais do fortalecimento da governança institucional, da coordenação entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde e da incorporação efetiva das recomendações oriundas dos mecanismos de controle externo. Sob a perspectiva da implementação, essa interpretação encontra respaldo na literatura que enfatiza que a efetividade das políticas públicas está condicionada à capacidade de coordenação, integração institucional e governança, mais do que à mera disponibilidade de insumos (Pressman & Wildavsky, 1973; Hill & Hupe, 2002). Ademais, no campo do controle e da *accountability*, estudos indicam que auditorias

operacionais podem induzir melhorias na gestão pública, desde que suas recomendações sejam efetivamente internalizadas pelos órgãos executores (Pollitt et al., 2008).

Nesse contexto, a atuação do TCDF assume papel central no campo da *accountability*, ao produzir diagnósticos qualificados e induzir melhorias na gestão. Conforme apontam Pollitt et al. (2008), auditorias operacionais podem contribuir para o aprimoramento da ação estatal, desde que suas recomendações sejam efetivamente incorporadas pelos órgãos executores. No caso analisado, os achados indicam que, embora a auditoria tenha ampliado a visibilidade das fragilidades e estimulado ajustes incrementais, sua efetividade permanece condicionada à capacidade institucional da SES/DF de internalizar essas recomendações e traduzi-las em mudanças concretas na implementação e organização da política.

Adicionalmente, os resultados desta pesquisa reforçam a importância da avaliação contínua e do uso estratégico das informações produzidas tanto pela gestão quanto pelos órgãos de controle. A articulação entre monitoramento, avaliação e tomada de decisão configura-se como elemento essencial para a continuidade da política, na medida em que permite não apenas acompanhar sua execução, mas também reorientar suas diretrizes e corrigir distorções ao longo do tempo (Jannuzzi, 2011; Patton, 2018).

No que se refere à qualidade e ao papel estratégico da Atenção Domiciliar, a literatura reconhece como uma importante estratégia para a reorganização do modelo assistencial do SUS, especialmente em um contexto de transição demográfica, envelhecimento populacional e aumento da prevalência de doenças crônicas. Autores como Braga (2016), Loyola (2008) e Lacerda et al. (2006) destacam que a centralidade do domicílio como espaço de cuidado contribui para a desospitalização, para a racionalização do uso de leitos hospitalares e para a promoção da integralidade da atenção.

Os dados analisados nesta pesquisa corroboram essa interpretação ao evidenciar que, entre 2021 e 2024, os atendimentos permaneceram predominantemente concentrados no domicílio conforme figura abaixo:

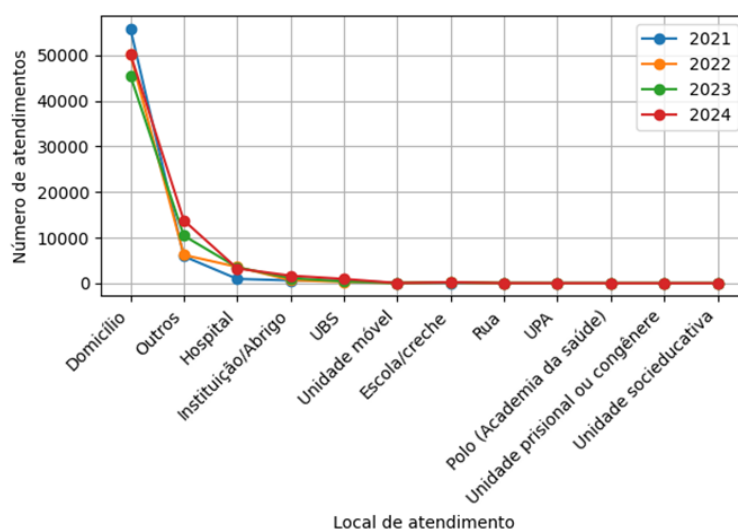


Figura 4: Atendimentos por localidade

Fonte: elaboração própria a partir de dados d-Infosaúde/DF

Esse padrão indica aderência da política às diretrizes normativas da Atenção Domiciliar e sinaliza a manutenção de sua capacidade assistencial ao longo do tempo, aspecto relevante para a continuidade do serviço. Entretanto, à luz dos achados empíricos discutidos, essa aderência formal não se traduz automaticamente em ampliação da cobertura, equidade no acesso ou integração sistêmica, elementos indispensáveis para a efetividade da política em escala. Tal constatação dialoga com a literatura de implementação, que destaca que a conformidade normativa, embora necessária, é insuficiente para garantir resultados substantivos em políticas públicas complexas (Hill & Hupe, 2002).

Sob a perspectiva da governança em sistemas de saúde, a efetividade da Atenção Domiciliar depende de capacidades estatais relacionadas ao planejamento institucional, à coordenação entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde e à adequada gestão da força de trabalho. Esses elementos são fundamentais para assegurar a integralidade e a continuidade do cuidado, especialmente em contextos de crescente complexidade assistencial (Mendes, 2011; Giovanella et al., 2012; World Health Organization, 2007). Nesse sentido, os achados desta pesquisa revelam fragilidades importantes na implementação da política no Distrito Federal, particularmente no que se refere à articulação da rede, à distribuição territorial das equipes e à capacidade de expansão do serviço.

Adicionalmente, a literatura sobre avaliação e monitoramento de políticas públicas enfatiza que a produção de dados administrativos não se traduz automaticamente em

informação estratégica para a gestão. Autores como Jannuzzi (2011), Scriven (2007) e Vedung (2015) destacam que a utilização efetiva de dados depende da existência de sistemas de monitoramento capazes de organizar informações em indicadores consistentes, comparáveis e orientados à tomada de decisão. No caso analisado, embora haja disponibilidade significativa de dados sobre categorias profissionais, carga horária e locais de atendimento, esses permanecem fragmentados e pouco estruturados em indicadores que permitam avaliar de forma sistemática a eficiência, a efetividade e a equidade da política, o que limita sua utilização como instrumento de gestão.

Dessa forma, a integração entre os dados quantitativos, os relatórios de auditoria e o referencial teórico permite afirmar que a Política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal reproduz um paradoxo frequentemente identificado na literatura de políticas públicas de saúde: a coexistência entre capacidade assistencial qualificada e fragilidades institucionais persistentes. Trata-se de uma política reconhecida por sua relevância social e por sua capacidade de oferta de cuidado humanizado, evidenciada pela predominância do atendimento domiciliar e pelo elevado grau de satisfação dos usuários, mas que permanece condicionada por limitações na governança, no planejamento da força de trabalho e na estruturação de sistemas de monitoramento e avaliação (Donabedian, 1988; Starfield, 2002; Cavalcante & Lotta, 2015).

Nesse contexto, os efeitos da auditoria operacional do TCDF podem ser compreendidos como parciais e assimétricos. A auditoria contribuiu para identificar fragilidades na implementação da política, ampliar a transparência e reforçar a *accountability*, ao evidenciar desafios institucionais relevantes. Contudo, seus efeitos estruturantes permanecem condicionados à capacidade da organização auditada de absorver, institucionalizar e sustentar as recomendações ao longo do tempo. Essa interpretação converge com a literatura sobre controle externo e auditoria de desempenho, que aponta que a efetividade dessas intervenções depende não apenas da qualidade técnica das auditorias, mas também da capacidade institucional dos órgãos auditados de transformar recomendações em mudanças organizacionais duradouras (Barzelay, 2002; Pollitt et al., 2008).

A tabela x abaixo representa a comparação entre recomendações do TCDF e a implementação pela SES/DF:

Recomendação do TCDF	Situação observada
Melhor distribuição territorial das equipes	Implementação parcial, com persistência de desigualdades regionais

Recomendação do TCDF	Situação observada
Aprimoramento da priorização por vulnerabilidade social	Baixa incorporação prática e ausência de critérios plenamente institucionalizados
Fortalecimento da integração entre níveis de atenção	Melhorias pontuais, porém sem consolidação estrutural robusta
Ampliação da produção de dados e indicadores	Persistência de limitações informacionais e ausência de sistema consolidado
Reforço da capacidade operacional das equipes	Melhorias localizadas, porém manutenção de insuficiência de recursos materiais e humanos
Aperfeiçoamento do monitoramento institucional	Acompanhamento predominantemente reativo e sem estrutura contínua de gestão

5 PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO

O Produto Técnico-Tecnológico é o quarto objetivo específico desta pesquisa e se configura como uma proposta de intervenção visando subsidiar as atividades de controle externo do TCDF por meio de organização e análise de informações relevantes para a fiscalização da política de Atenção Domiciliar (AD).

5.1 Introdução

Essa pesquisa demonstrou que a política de Atenção Domiciliar (AD) no Distrito Federal apresenta uma dissociação relevante entre a qualidade assistencial observada no nível da execução e fragilidades estruturais relacionadas à gestão, ao planejamento e ao monitoramento. Nesse contexto, a auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) desempenhou papel importante ao identificar essas limitações e ampliar a visibilidade dos desafios institucionais da política.

Entretanto, conforme discutido ao longo do trabalho, a efetividade do controle externo não se esgota na produção de diagnósticos, dependendo da capacidade de transformar informações em subsídios analíticos que orientem a seleção de objetos de fiscalização e a qualificação das auditorias. Nesse sentido, propõe-se o desenvolvimento de um produto técnico-tecnológico voltado ao fortalecimento da atuação do controle externo, sem descaracterizar seu papel institucional.

5.2 Delimitação do Problema e Justificativa

Na pesquisa foi demonstrado que a política de AD dispõe de volume significativo de dados administrativos, porém estes se apresentam fragmentados, pouco sistematizados e com

baixa utilização estratégica. Além disso, os achados da auditoria indicam fragilidades na articulação entre planejamento, execução e monitoramento da política.

Nesse contexto, surge a necessidade de instrumentos que permitam ao controle externo: sistematizar informações dispersas; identificar padrões e riscos; e qualificar a análise das políticas públicas.

Contudo, é fundamental destacar que tal instrumento não deve assumir funções de monitoramento contínuo da política, sob pena de confundir as atribuições do controle externo com as da gestão e do controle interno. Conforme o modelo das três linhas do Institute of Internal Auditors (2020), cabe à gestão (primeira linha) executar e monitorar a política, ao controle interno (segunda linha) supervisionar e avaliar continuamente os processos, e ao controle externo (terceira linha) exercer fiscalização independente e periódica.

Assim, o produto proposto deve ser compreendido como instrumento de apoio à auditoria, e não como ferramenta de gestão.

5.3 Objetivo do Produto

O objetivo do produto técnico-tecnológico é desenvolver um Painel de Apoio à Auditoria da Atenção Domiciliar (PAA-AD), destinado a subsidiar as atividades do controle externo por meio da organização e análise de informações relevantes para a fiscalização da política.

Especificamente, o painel visa: apoiar a seleção de objetos de auditoria com base em evidências; identificar padrões, inconsistências e riscos; qualificar a análise técnica das auditorias operacionais; sistematizar achados e recomendações.

5.4 Fundamentação Teórica

5.4.1 Implementação e Governança Institucional

A literatura de implementação destaca que a efetividade das políticas públicas depende da capacidade de coordenação, planejamento e governança institucional (Hill & Hupe, 2002; Peters, 2015). Nesse sentido, fragilidades nesses elementos comprometem a execução da política, independentemente da qualidade assistencial observada.

5.4.2 Auditoria e *Accountability*

A auditoria operacional é compreendida como instrumento de *accountability* horizontal, voltado à fiscalização e avaliação, e não à gestão direta das políticas públicas (O'Donnell, 1998;

Pollitt et al., 2008). Nesse sentido, sua atuação deve ser seletiva, independente e orientada por risco.

Ressalte-se que os órgãos de controle externo exercem papel fundamental na verificação da economicidade, eficiência, eficácia e efetividade das políticas públicas, devendo sua atuação ser seletiva, independente e orientada por risco, de modo a concentrar esforços em áreas críticas e com maior potencial de impacto.

Além da atuação do Tribunal de Contas do Distrito Federal, é necessário reconhecer o papel institucional da Controladoria-Geral do Distrito Federal como órgão responsável pelo controle interno da administração pública distrital, nos termos do art. 74 da Constituição Federal. O controle interno exerce função contínua de acompanhamento da gestão, prevenção de falhas, supervisão de processos e apoio à tomada de decisão, funcionando como importante elo entre a execução da política pública e o controle externo exercido pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF).

Conforme destaca Carvalho Filho (2021), o controle interno constitui mecanismo permanente de fiscalização exercido pela própria Administração sobre seus atos, buscando assegurar legalidade, legitimidade, economicidade e eficiência da gestão pública. Di Pietro (2023) também sustenta que o sistema de controle interno possui caráter preventivo e corretivo, permitindo identificar falhas administrativas antes que estas demandem intervenção sancionatória do controle externo.

No caso da Política de Atenção Domiciliar, a atuação articulada entre gestão, controle interno e controle externo fortalece a capacidade de monitoramento, amplia a produção de informações confiáveis e contribui para maior efetividade das recomendações de auditoria.

É nesse contexto que se insere a proposta do painel de monitoramento e avaliação. O painel não se configura como instrumento de auditoria, mas como ferramenta de apoio ao controle externo, permitindo o acompanhamento contínuo de indicadores estratégicos, assistenciais e operacionais da Política de Atenção Domiciliar. Ao sistematizar informações como volume de atendimentos, distribuição por localidade, composição das equipes e indicadores de qualidade, o painel contribui para reduzir assimetrias informacionais e fortalecer a capacidade de atuação nas recomendações pelo TCDF.

Adicionalmente, o painel pode funcionar como mecanismo de integração entre as diferentes linhas de defesa, ao disponibilizar dados estruturados que subsidiem tanto o controle

interno quanto o controle externo. Para a auditoria operacional, a existência de um sistema organizado de informações facilita a seleção de objetos de auditoria, o acompanhamento do cumprimento de recomendações e a identificação de achados recorrentes e riscos sistêmicos. Nesse sentido, o painel reforça a lógica de uma auditoria orientada por risco e baseada em dados, potencializando seus efeitos sem comprometer sua natureza independente.

Por fim, ao promover maior transparência e rastreabilidade das informações, o painel também contribui para o fortalecimento da *accountability*, ao ampliar a capacidade de prestação de contas e de controle social sobre a política pública. Assim, estabelece-se uma relação complementar entre auditoria e monitoramento: enquanto a auditoria atua de forma pontual, independente e avaliativa, o painel viabiliza o acompanhamento sistemático podendo proporcionar melhoria do desempenho do serviço e à orientação aos gestores da política por meio de atuação do controle externo.

5.5 Descrição do Produto

O PAA-AD consiste em um painel digital interativo destinado ao uso interno do controle externo, estruturado para apoiar a análise e a realização de auditorias operacionais. Será coordenado e executado pelo TCDF.

Importante destacar que o painel: não realiza monitoramento contínuo da política; não substitui funções da gestão ou do controle interno; e não emite comandos ou decisões operacionais. Seu papel é fornecer subsídios analíticos para a atuação do Tribunal de Contas.

5.6 Estrutura do Painel

O painel será organizado em módulos analíticos, conforme delineado a seguir.

5.6.1 Visão Geral

Essa seção tem por objetivo apresentar um panorama sintético da Política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal, a partir da análise de sua evolução temporal, distribuição territorial e desempenho por meio de indicadores agregados. Para tanto, serão considerados dados administrativos e informações gerenciais disponíveis no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, bem como evidências produzidas pela auditoria operacional do Tribunal de Contas do Distrito Federal.

- Evolução dos atendimentos: será analisada com base na série histórica do número de atendimentos domiciliares realizados no período selecionado, permitindo identificar tendências de crescimento, estabilidade ou retração da política. Serão considerados

dados anuais (ou mensais, conforme disponibilidade), com o objetivo de avaliar a expansão e a continuidade da oferta do serviço ao longo do tempo.

- Distribuição territorial: será examinada a partir da alocação das equipes e da oferta de atendimentos nas diferentes regiões de saúde do Distrito Federal. Essa análise buscará identificar possíveis desigualdades na cobertura da política, evidenciando áreas com maior ou menor acesso ao serviço e verificando a adequação da distribuição em relação às necessidades populacionais.
- Indicadores agregados: serão utilizados para avaliar o desempenho geral da política, incluindo, por exemplo, produtividade das equipes, número médio de atendimentos por equipe e cobertura do serviço. Esses indicadores permitirão uma análise sintética da efetividade e da capacidade operacional da Atenção Domiciliar, contribuindo para a compreensão de seus resultados no contexto do sistema de saúde.

5.6.2 Capacidade Operacional

A capacidade operacional da Política de Atenção Domiciliar será analisada a partir da disponibilidade e organização dos recursos humanos e estruturais necessários à execução do serviço. Para tanto, serão considerados o quantitativo de equipes, sua composição profissional e a infraestrutura disponível, com base em dados administrativos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e nas evidências produzidas pela auditoria do Tribunal de Contas do Distrito Federal.

- Número de equipes (EMAD/EMAP): será definido a partir do quantitativo de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) ativas no período analisado. A avaliação considerará tanto a evolução temporal desse quantitativo quanto sua adequação em relação à população potencialmente atendida, permitindo verificar a suficiência da cobertura da política.
- Composição profissional: será analisada com base na presença e na diversidade de categorias profissionais que integram as equipes, conforme diretrizes normativas da Atenção Domiciliar. Serão observados aspectos como a presença mínima de profissionais exigidos, a multidisciplinaridade das equipes e eventuais lacunas de recursos humanos que possam comprometer a qualidade e a integralidade do cuidado.
- Estrutura disponível: será definida a partir dos recursos materiais e logísticos necessários ao funcionamento das equipes, incluindo veículos, equipamentos, insumos

e suporte administrativo. A análise buscará identificar a adequação desses recursos às demandas do serviço, bem como eventuais limitações estruturais que impactem a capacidade de execução das atividades domiciliares.

5.6.3 Indicadores de Qualidade

Os indicadores de qualidade da Política de Atenção Domiciliar serão utilizados para avaliar a efetividade do cuidado prestado, considerando a experiência dos usuários, a continuidade da assistência e os resultados clínico-assistenciais. A análise será realizada com base em dados administrativos, informações gerenciais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e aspectos provenientes da auditoria operacional do Tribunal de Contas do Distrito Federal.

- Satisfação dos usuários: será analisada a partir de registros institucionais disponíveis, como pesquisas de satisfação, manifestações em ouvidorias e relatórios de avaliação do serviço. Porém, também será possível conceber pesquisa coordenada pelo TCDF direcionada para medir a percepção sobre a qualidade da PAD. Esse indicador permitirá aferir a percepção dos usuários quanto à qualidade do atendimento, à resolatividade das ações e à relação estabelecida com as equipes.
- Continuidade do cuidado: será definida com base na regularidade e na articulação das ações assistenciais ao longo do tempo, considerando aspectos como frequência das visitas domiciliares, acompanhamento sistemático dos pacientes e integração com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.
- Indicadores assistenciais: serão utilizados para mensurar os resultados do cuidado prestado, como taxas de internação evitável, tempo médio de permanência no serviço, desfechos clínicos e resolatividade dos casos acompanhados. Esses indicadores permitirão avaliar a efetividade da Atenção Domiciliar em termos de impacto na saúde dos usuários e na organização do sistema de saúde.

5.6.4 Governança e Integração

A governança e a integração da Política de Atenção Domiciliar serão analisadas a partir dos mecanismos de articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, dos processos de desospitalização e da existência de instrumentos normativos e operacionais que orientam a execução do cuidado. Essa dimensão busca compreender em que medida a política está institucionalmente estruturada para garantir coordenação, continuidade e efetividade das ações

no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, considerando também as evidências produzidas pela auditoria operacional do Tribunal de Contas do Distrito Federal.

- Fluxos entre níveis de atenção: tem como base na existência e no funcionamento de mecanismos de referência e contrarreferência entre a Atenção Domiciliar, a Atenção Primária e os serviços hospitalares. A análise buscará identificar como ocorre o encaminhamento de pacientes, a comunicação entre as equipes e a integração das informações clínicas, de modo a avaliar a fluidez do percurso assistencial e eventuais barreiras à coordenação do cuidado.
- Desospitalização: consiste em capacidade do sistema de saúde de transferir, de forma segura e planejada, pacientes do ambiente hospitalar para o cuidado domiciliar. Serão considerados aspectos como critérios de elegibilidade, tempo de permanência hospitalar, existência de planejamento de alta e articulação entre equipes hospitalares e domiciliares, a fim de avaliar a efetividade desse processo.
- Protocolos existentes: são os instrumentos normativos, diretrizes clínicas e fluxos operacionais que orientam a atuação das equipes de Atenção Domiciliar. A análise buscará identificar a existência, a formalização e o grau de implementação desses protocolos, bem como sua aderência pelas equipes, verificando se contribuem para a padronização das práticas, a segurança do cuidado e a integração dos serviços.

5.6.5 Módulo de Auditoria

- Achados recorrentes: referem-se às não conformidades ou problemas que se repetem ao longo de diferentes auditorias, apontando fragilidades estruturais ou falhas persistentes na implementação da política. Esses achados podem envolver, por exemplo, insuficiência de equipes, falhas logísticas ou ausência de protocolos assistenciais. A identificação de sua recorrência permite distinguir problemas pontuais de questões sistêmicas, subsidiando a priorização de intervenções mais estruturantes.
- Riscos identificados: correspondem às situações que podem comprometer a qualidade, a segurança ou a continuidade da atenção domiciliar, derivadas dos achados de auditoria. Os riscos podem ser classificados quanto à sua natureza (assistencial, operacional ou administrativa) e quanto ao seu grau (baixo, médio ou alto), considerando a probabilidade de ocorrência e o impacto potencial. Sua identificação é

fundamental para orientar ações preventivas e corretivas, fortalecendo a gestão e reduzindo vulnerabilidades no serviço.

- **Histórico de auditorias:** consiste no registro sistematizado das auditorias realizadas ao longo do tempo por meio de relatórios e papéis de trabalho de auditoria, incluindo informações como órgão responsável, período, objetivos, principais achados e recomendações. Assim, permite-se acompanhar a evolução da política, verificar o grau de implementação das recomendações e identificar padrões de reincidência de problemas. Trata-se de um instrumento essencial para promover transparência, aprendizado institucional e melhoria contínua da gestão pública.

5.7 Funcionalidades

O painel proposto será estruturado para oferecer suporte analítico à tomada de decisão, permitindo ao Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) e à Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF) acompanhar a implementação da Política de Atenção Domiciliar de forma sistemática.

O painel permitirá a:

- **visualização de dados consolidados:** refere-se à apresentação integrada de informações provenientes de diferentes bases de dados em um único ambiente, permitindo ao usuário acessar indicadores agregados sobre a Política de Atenção Domiciliar, como número de atendimentos, cobertura do serviço e distribuição de equipes;
- **comparação entre regiões:** permite a análise comparativa entre diferentes Regiões Administrativas ou regiões de saúde do Distrito Federal, evidenciando desigualdades na oferta e no desempenho do serviço.
- **análise temporal:** possibilita acompanhar a evolução dos indicadores ao longo do tempo, antes e após a auditoria do TCDF, permitindo observar tendências, melhorias ou retrocessos na implementação da política.
- **identificação de padrões e outliers:** o painel permitirá detectar comportamentos recorrentes (padrões) e situações atípicas (outliers), como regiões com desempenho muito acima ou abaixo da média.

- geração de relatórios analíticos: permite a extração automatizada de relatórios com base nos dados analisados, facilitando a comunicação de resultados para gestores, auditores e demais stakeholders.

Essas funcionalidades têm como finalidade qualificar a auditoria baseada em evidências, e não substituir a análise técnica do auditor. As evidências que alimentarão o painel serão mapeadas a partir de um processo sistemático de identificação, coleta, organização e validação de dados, alinhado às diretrizes de auditoria operacional e aos princípios da avaliação de políticas públicas.

5.8 Aplicação do Produto na Gestão e no Controle Institucional

O painel eletrônico proposto não deve servir exclusivamente ao controle externo, mas também ao controle interno e à própria gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Considerando que as auditorias operacionais realizadas pelos Tribunais de Contas possuem natureza episódica e dependem do planejamento anual de fiscalização, a existência de um instrumento permanente de monitoramento mostra-se mais adequada quando compartilhada entre os diferentes atores institucionais responsáveis pela política pública.

Dessa forma, o painel permitirá não apenas subsidiar futuras auditorias do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), mas também apoiar a atuação da Controladoria-Geral do Distrito Federal, fortalecer a gestão administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e promover o acompanhamento contínuo da execução da Política de Atenção Domiciliar, com base em indicadores sistematizados e tomada de decisão orientada por evidências.

O uso do painel se dará em três momentos principais:

5.8.1 Planejamento da auditoria

No momento de planejamento da auditoria, o painel será utilizado como instrumento de apoio à definição de prioridades e delimitação do escopo, contribuindo para uma atuação mais direcionada e baseada em riscos.

- identificação de áreas críticas: será realizada por meio da análise integrada dos indicadores disponibilizados no painel, considerando diferentes dimensões de desempenho da política pública.

- definição de escopo: com base nas áreas críticas identificadas, o painel subsidiará a delimitação do escopo da auditoria, orientando a definição dos objetos, recortes e questões de auditoria.

5.8.2 Execução

- o painel poderá ser executado pela equipe de auditoria responsável pela fiscalização do Serviço de Atenção Domiciliar. Durante a fase de execução, o painel atuará como ferramenta de suporte à análise de dados e à verificação da consistência das informações, contribuindo para a qualificação das informações utilizadas pelo auditor.
- permitirá a análise de dados: o painel permitirá ao auditor acessar, organizar e interpretar grandes volumes de dados de forma estruturada e visual, facilitando a identificação de padrões relevantes para a auditoria.
- permitirá a verificação de inconsistências: o painel também permitirá identificar inconsistências nos dados e possíveis fragilidades na gestão da informação, o que é fundamental para a confiabilidade das evidências utilizadas na auditoria.

5.8.3 Acompanhamento

- análise de padrões ao longo do tempo: refere-se ao acompanhamento dos dados coletados, permitindo identificar tendências, recorrências e variações nos resultados da política pública ao longo dos períodos analisados. Essa análise possibilita, por exemplo, verificar se determinados problemas (como falhas no atendimento domiciliar, atrasos ou descontinuidade do cuidado) persistem, aumentam ou diminuem após intervenções da gestão ou recomendações da auditoria. Também permite identificar sazonalidades, comportamentos atípicos e evolução de indicadores, contribuindo para uma avaliação mais robusta da efetividade das ações implementadas.
- apoio a auditorias futuras: o acompanhamento sistemático gera uma base histórica estruturada de informações, que serve como insumo estratégico para auditorias posteriores. Com isso, as equipes de controle externo podem planejar novas auditorias com maior precisão, focando em áreas críticas previamente identificadas, verificando o cumprimento de recomendações anteriores e avaliando a evolução dos achados. Além disso, reduz-se o tempo de levantamento de informações, aumenta-se a eficiência da auditoria e fortalece-se a atuação baseada em evidências, promovendo maior continuidade e coerência entre ciclos de fiscalização.

Dessa forma, o painel contribui para uma atuação mais estratégica e seletiva, respeitando as limitações de capacidade e os custos de oportunidade do controle externo (Peters, 2015). Em vez de adotar uma abordagem ampla e indistinta, que tende a dispersar recursos e reduzir a efetividade das ações de fiscalização, o uso do painel viabiliza a concentração de esforços em pontos críticos previamente identificados por meio de dados consolidados, indicadores e padrões históricos.

Essa lógica está diretamente relacionada às limitações de capacidade institucional dos órgãos de controle, que operam com recursos humanos, tempo e orçamento finitos. Nesse contexto, a seleção adequada dos objetos de auditoria torna-se essencial para maximizar os resultados alcançados. Ao oferecer subsídios analíticos mais precisos, o painel reduz a incerteza na tomada de decisão e aumenta a probabilidade de que as auditorias incidam sobre problemas relevantes e passíveis de intervenção.

Além disso, a utilização do painel dialoga com o conceito de custos de oportunidade do controle externo (Peters, 2015), uma vez que a escolha de auditar determinada área implica, necessariamente, deixar de auditar outras. Assim, ao orientar a priorização com base em evidências, o painel contribui para que essas escolhas sejam mais racionais e justificáveis, mitigando o risco de alocação ineficiente dos recursos de fiscalização.

Por fim, essa abordagem fortalece o caráter estratégico da atuação dos Tribunais de Contas, deslocando o foco de uma atuação predominantemente reativa para uma lógica mais preventiva e orientada a resultados. Com isso, amplia-se o potencial de geração de valor público, na medida em que as auditorias passam a incidir sobre aspectos com maior capacidade de induzir melhorias concretas na política pública analisada.

5.9 Contribuições do Produto

O PAA-AD pretende contribuir para:

- fortalecimento da *accountability*: o painel amplia a *accountability* ao organizar e tornar acessíveis informações relevantes sobre a execução da política pública. Ao demonstrar resultados, padrões de desempenho e inconsistências, possibilita que gestores prestem informações de forma mais objetiva quanto ao cumprimento de suas atribuições. Além disso, favorece o acompanhamento do atendimento às recomendações emitidas pelo controle externo, reforçando a lógica de prestação de contas contínua e não apenas pontual.

- qualificação das auditorias operacionais: o uso do PAA-AD pretende elevar o nível técnico das auditorias ao incorporar análises baseadas em dados estruturados e indicadores. Isso possibilita a definição mais precisa de escopos, a identificação de achados com as respectivas recomendações de correções e melhorias. Como resultado, as auditorias tornam-se menos dependentes de percepções subjetivas e mais orientadas por critérios objetivos.
- melhoria da capacidade analítica do controle externo: o painel atua como uma ferramenta de apoio à análise, integrando diferentes bases de dados e facilitando a visualização de informações complexas. Com isso, amplia-se a capacidade dos auditores de identificar correlações, tendências e anomalias que, de outra forma, poderiam passar despercebidas. Essa melhoria na capacidade analítica contribui para diagnósticos mais aprofundados e para uma compreensão mais sistêmica da política pública avaliada.
- apoio à fiscalização: O PAA-AD fortalece a fiscalização por meio de dados confiáveis e atualizados para subsidiar todas as etapas da auditoria, do planejamento ao acompanhamento. Isso permite que decisões sobre o que auditar, como auditar e quais recomendações propor sejam fundamentadas em informações concretas.
- aumento da transparência (em nível agregado): ao consolidar e apresentar dados de forma acessível e inteligível, o painel contribui para a transparência da política pública, especialmente quando os resultados são divulgados em nível agregado. Isso possibilita que diferentes atores como órgãos de controle, gestores e sociedade tenham uma visão mais clara do desempenho geral da política, sem expor informações sensíveis ou individualizadas. Trata-se, portanto, de uma transparência qualificada, que equilibra o acesso à informação com a proteção de dados.

Importa destacar que essas contribuições não implicam a substituição ou invasão das funções típicas da gestão pelo controle externo. O PAA-AD não tem caráter decisório nem operacional sobre a política pública, mas sim analítico e informacional. Sua finalidade é subsidiar a fiscalização, preservando a separação institucional de competências e reforçando o papel do controle externo como indutor de melhorias, e não como executor direto das ações de gestão.

5.10 Limitações e Delimitações

O painel:

- não realiza monitoramento contínuo da política: O PAA-AD não foi concebido como um sistema de vigilância em tempo real ou acompanhamento permanente da execução da política. Sua utilização está vinculada a momentos específicos do ciclo de auditoria (planejamento, execução e acompanhamento), com base em dados disponíveis em períodos determinados. Assim, não substitui rotinas gerenciais de monitoramento contínuo, que são de responsabilidade da administração pública.
- não substitui sistemas de gestão: O painel não desempenha funções operacionais típicas de sistemas de gestão, como registro de atendimentos, alocação de recursos, controle de agendas ou execução de serviços. Ele utiliza dados oriundos desses sistemas para fins analíticos, sem interferir nos processos administrativos. Trata-se, portanto, de uma ferramenta de apoio ao controle externo, e não de gestão da política pública.
- não atua como instrumento de controle interno: O PAA-AD não integra a estrutura de controle interno da administração, cuja função é acompanhar e corrigir, de forma contínua, a execução das políticas dentro do próprio órgão. Diferentemente do controle interno, que atua preventivamente e de forma cotidiana, o painel está vinculado ao controle externo, com foco na fiscalização independente, avaliação de resultados e emissão de recomendações.
- não interfere diretamente na execução da política: O painel não possui caráter decisório nem operacional. Ele não determina ações, não altera fluxos de trabalho e não impõe medidas à gestão. Sua função é subsidiar análises e apoiar a atuação fiscalizatória, cabendo exclusivamente aos gestores públicos a responsabilidade pela tomada de decisão e pela execução da política.

Essa delimitação é essencial para preservar a separação de funções no sistema de governança pública, garantindo que o controle externo atue de forma independente, sem assumir atribuições próprias da gestão. Ao manter essa distinção, evita-se a sobreposição de papéis, reduz-se o risco de responsabilização indevida e assegura-se que o controle exerça seu papel de forma legítima, técnica e orientada à indução de melhorias, e não à execução direta das políticas públicas.

5.11 Exposições

O desenvolvimento do Painel de Apoio à Auditoria da Atenção Domiciliar (PAA-AD) consiste na construção de uma ferramenta analítica estruturada a partir da integração de bases de dados administrativas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), combinadas com os achados da auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF). O painel será desenvolvido mediante a seleção, tratamento e organização de variáveis relevantes como cobertura do serviço, perfil dos usuários, continuidade do cuidado, tempo de permanência e ocorrência de desospitalização, convertidas em indicadores capazes de apontar fragilidades, padrões e riscos na execução da política.

A lógica de funcionamento do painel baseia-se na consolidação dessas informações em visualizações interativas e séries históricas, permitindo ao auditor identificar, de forma rápida e objetiva, inconsistências, variações relevantes e áreas críticas que demandem aprofundamento. Além disso, o painel incorpora uma camada analítica voltada ao registro e sistematização de achados recorrentes e riscos previamente identificados, criando um histórico estruturado que subsidia tanto a análise corrente quanto auditorias futuras.

Sua função central não é operacionalizar a política, mas apoiar o processo decisório no âmbito do controle externo. Nesse sentido, o PAA-AD atua como instrumento de triagem e priorização, orientando a seleção de objetos de auditoria com base em evidências empíricas, bem como qualificando a análise durante a execução dos trabalhos. Ao permitir o cruzamento de dados e a identificação de padrões ao longo do tempo, o painel reduz a dependência de análises pontuais e fragmentadas, ampliando a capacidade de diagnóstico sistêmico da política.

Dessa forma, o painel não apenas traduz dados em informação útil, mas estrutura um modelo de apoio à fiscalização que torna a atuação do Tribunal de Contas mais direcionada, consistente e fundamentada, sem interferir nas atribuições da gestão. Trata-se, portanto, de uma ferramenta analítica voltada à indução de melhorias na política pública, por meio do fortalecimento da capacidade investigativa e estratégica do controle externo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo investigar de que forma as ações do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Distrito Federal foram planejadas e implementadas para garantir a qualidade do serviço de saúde e a adequação das equipes responsáveis após a auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), em 2022. Para tanto, articulou-se um conjunto diversificado de dados: relatórios de auditoria, dados

administrativos da Secretaria de Saúde do DF e entrevistas com auditores, com o referencial teórico sobre avaliação de políticas públicas e auditoria operacional.

Os resultados obtidos permitem afirmar que a Política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal apresenta aderência formal às diretrizes normativas do SUS, especialmente no que se refere à centralidade do domicílio como espaço prioritário de cuidado. Os dados analisados entre 2021 e 2024 evidenciam a predominância do atendimento domiciliar, corroborando que a Atenção Domiciliar é uma estratégia relevante de desospitalização, continuidade do cuidado e reorganização do modelo assistencial.

Ao confrontar esses achados com os relatórios e peças de auditoria do TCDF, bem como com as entrevistas realizadas com auditores, observa-se significativa convergência entre as evidências e os diagnósticos produzidos pelo controle externo. A auditoria operacional identificou fragilidades na alocação de equipes, no monitoramento da política e na utilização das informações disponíveis para subsidiar a tomada de decisão. As entrevistas reforçam a percepção de que, embora a política funcione do ponto de vista assistencial, ela o faz apoiada em arranjos pouco institucionalizados, com baixa capacidade de aprendizado organizacional.

Nesse sentido, os resultados desta pesquisa indicam que os efeitos da auditoria operacional do TCDF sobre a Política de Atenção Domiciliar foram parciais e assimétricos. Houve indução de ajustes operacionais e ampliação da visibilidade dos problemas de implementação, mas não se verificou a consolidação de um modelo robusto de gestão, planejamento e monitoramento da política. Essa avaliação decorre da análise combinada de três dimensões empíricas investigadas neste estudo: (i) a existência e institucionalização de instrumentos formais de planejamento e coordenação da política no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal; (ii) a presença de mecanismos estruturados de monitoramento, produção e utilização sistemática de indicadores para acompanhamento da política; e (iii) o grau de incorporação e institucionalização das recomendações decorrentes da auditoria operacional nos processos de gestão.

A análise documental dos relatórios de auditoria e das respostas institucionais da Secretaria de Saúde, associada ao conteúdo das entrevistas com auditores, revela que, embora tenham ocorrido avanços na identificação de problemas e na adoção de medidas pontuais de aprimoramento, persistem fragilidades na coordenação institucional da política, na consolidação de rotinas sistemáticas de monitoramento e na internalização estruturada das recomendações da auditoria nos processos decisórios da gestão. Esses achados corroboram com

os autores que compreendem a auditoria operacional como um instrumento relevante de avaliação e *accountability*, cujos efeitos dependem, em grande medida, da capacidade institucional dos órgãos auditados de absorver, internalizar e sustentar, ao longo do tempo, as mudanças recomendadas (Barzelay, 2002; O'Donnell, 1998; Ceneviva & Farah, 2006; Abrucio & Loureiro, 2025). Tal constatação confirma que a auditoria operacional funciona como instrumento potente de avaliação e *accountability*, cujos efeitos dependem, contudo, da capacidade institucional do órgão auditado de absorver, internalizar e sustentar as recomendações ao longo do tempo.

Sob a perspectiva da *accountability*, a atuação do TCDF configura mecanismo típico de *accountability* horizontal, conforme proposto por O'Donnell (1999), ao exercer controle institucional sobre a gestão pública e induzir mudanças por meio de recomendações e monitoramentos. Todavia, os dados analisados demonstram que a ausência de instrumentos internos consolidados de monitoramento limita o alcance dessas recomendações, dificultando a transformação do controle externo em melhoria estrutural da política.

É justamente nesse ponto que se insere o Produto Técnico-Tecnológico (PTT) proposto por esta dissertação. A análise evidenciou que a Secretaria de Saúde do DF produz grande volume de dados sobre atendimentos domiciliares, categorias profissionais, carga horária e territórios, mas esses dados permanecem fragmentados e pouco acessíveis, tanto para os gestores quanto para os órgãos de controle e para a sociedade. A inexistência de um instrumento sistematizado de monitoramento compromete a capacidade de avaliação contínua da política e reduz a efetividade do controle externo.

O Produto Técnico-Tecnológico (PTT), concebido como um painel eletrônico de apoio à auditoria da Atenção Domiciliar PAA-AD, não constitui um elemento acessório, mas um desdobramento necessário dos achados desta pesquisa. Diferentemente de um instrumento de monitoramento contínuo da política, o painel proposto tem como finalidade subsidiar a atuação do controle externo, por meio da organização e sistematização de dados administrativos em indicadores claros, auditáveis e analiticamente relevantes.

Nesse sentido, o painel busca integrar informações dispersas em uma estrutura que permita a análise temporal, a identificação de padrões e a detecção de riscos, contribuindo para a seleção de objetos de auditoria e para a qualificação das análises técnicas realizadas pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF). Ao transformar dados administrativos em insumos analíticos, o produto fortalece a governança da informação no âmbito do controle

externo, sem assumir funções típicas de monitoramento gerencial, próprias da gestão e do controle interno.

Adicionalmente, o painel pretende contribuir para a ampliação da transparência e da *accountability*, na medida em que possibilita a consolidação e a divulgação de informações em nível agregado, respeitando os limites institucionais de atuação de cada instância do sistema de governança pública. Assim, embora possa gerar benefícios indiretos para a gestão e para o controle social, seu uso principal está orientado ao apoio à auditoria baseada em fatos.

Dessa forma, o produto alinha-se às recomendações da auditoria operacional e às melhores práticas discutidas na literatura sobre avaliação e monitoramento de políticas públicas, ao promover a qualificação da análise, a integração da informação e o fortalecimento da capacidade institucional do controle externo, sem descaracterizar seu papel no arranjo de *accountability*.

Conclui-se, portanto, que a Política de Atenção Domiciliar no Distrito Federal apresenta relevância social e potencial assistencial amplamente reconhecidos, especialmente no que se refere à qualidade do cuidado ofertado no nível da execução. Contudo, persistem desafios estruturais relacionados à governança, ao planejamento e à organização da política que limitam sua efetividade em escala, ainda que tais dimensões não tenham sido objeto de mensuração direta nesta pesquisa.

A auditoria operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal desempenhou papel relevante ao evidenciar essas fragilidades e ao induzir ajustes institucionais, contribuindo para a ampliação da transparência e da *accountability*. Entretanto, seus efeitos permanecem condicionados à existência, e, sobretudo, à institucionalização, de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação no âmbito da gestão, cuja consolidação não foi plenamente identificada ao longo da análise.

Nesse sentido, os resultados indicam que o fortalecimento da Atenção Domiciliar, bem como a maior efetividade da atuação do controle externo, depende menos da produção isolada de recomendações e mais da incorporação de práticas contínuas de monitoramento, avaliação e uso estratégico da informação. Trata-se, portanto, de avançar de um modelo centrado no diagnóstico pontual para um arranjo institucional orientado à aprendizagem, à coordenação e à melhoria contínua da política pública.

REFERÊNCIAS

- Abrucio, F. L., & Loureiro, M. R. (2025). *Accountability e reformas no setor público*.
- Almeida, P. F., & Giovanella, L. (2018). Regionalização do sistema de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1791–1800.
- Álvarez Castaño, L. S., Pérez Isaza, E. J., Góez Rueda, J. D., Rivera Jaramillo, A., & Peña Ochoa, C. (2015). Métodos de evaluación de programas nutricionales de gran escala en América Latina: una revisión integrativa. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 143–154.
- Amaral, L. R., & Bertegani, L. (2018). Auditoria em saúde e qualidade assistencial. *Revista de Administração em Saúde*, 18(70), 1–10.
- Amorim, A. R., Diniz, E. H., & Lima, L. D. (2017). Controle externo e políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 51(2), 215–233.
- Antero, S. (2008). Avaliação de políticas públicas no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 59(3), 345–362.
- Araújo, C., et al. (2011). Avaliação de políticas públicas em saúde. *Saúde em Debate*, 35(89), 123–135.
- Ayres, J. R. C. M., et al. (2006). Vulnerabilidade e saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 123–129.
- Ayres, J. R. C. M., et al. (2016). Vulnerabilidade, direitos humanos e saúde. *Saúde e Sociedade*, 25(2), 335–345.
- Barros, A. J. D., et al. (2011). Perfil da atenção domiciliar no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 113–120.
- Barzelay, M. (1997). Central audit institutions and performance auditing. *Governance*, 10(3), 235–260.
- Barzelay, M. (2002). *Performance auditing and the new public management*. Georgetown University Press.
- Bezerra, A. L. Q. (2021). Auditoria em serviços de saúde. *Revista de Enfermagem*, 15(2), 45–52.

- Bobbio, N. (1992). *Estado, governo, sociedade*. Paz e Terra.
- Boisier, S. (1999). Desenvolvimento regional. *Revista de Administração Pública*, 33(5), 7–35.
- Bouckaert, G., & Halligan, J. (2008). *Managing performance: International comparisons*. Routledge.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*.
- Brasil. (2021). *Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021: Lei de licitações e contratos administrativos*. Presidência da República.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Atenção domiciliar no SUS*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Política Nacional de Atenção Básica*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). *Portaria nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024*. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2025). *Diretrizes da Atenção Domiciliar*.
- Braga, P. P., Sena, R. R., Seixas, C. T., Castro, E. A. B., Andrade, A. M., & Silva, Y. C. (2016). Oferta e demanda na atenção domiciliar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 903–912.
- Buss, P. M., et al. (2014). Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1021–1030.
- Bucci, M. P. D. (2006). *Políticas públicas: Reflexões sobre o conceito jurídico*. Saraiva.
- Carvalho Filho, J. dos S. (2021). *Manual de direito administrativo* (35ª ed.). Atlas.
- Cavalcante, P., & Lotta, G. (2015). *Burocracia de médio escalão: Perfil, trajetória e atuação*. Ipea.
- Ceneviva, R., & Farah, M. F. S. (2006). Accountability no setor público. *Revista de Administração Pública*, 40(6), 987–1002.
- Champagne, F., et al. (2011). *A avaliação em saúde: Conceitos e métodos*.

- Chelimsky, E. (1985). Program evaluation. *Public Administration Review*, 45(2), 215–220.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*.
- Christie, C. A. (2003). Evaluation theory. *New Directions for Evaluation*, 2003(97), 7–18.
- Christie, C. A., & Lemire, S. (2019). Values in evaluation. *New Directions for Evaluation*, 2019(161), 33–45.
- Cohen, E., & Franco, R. (2013). *Avaliação de projetos sociais*.
- Costa, F. L., & Castanhar, J. C. (2003). Avaliação de políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 37(5), 969–992.
- Creutzberg, M. (2003). Atenção domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(5), 517–520.
- Cullen, A., Sullivan, H., & Junge, K. (2007). *Evaluation approaches*.
- Demo, P. (2000). *Metodologia científica*.
- Di Pietro, M. S. Z. (2023). *Direito administrativo* (36ª ed.). Forense.
- Distrito Federal. (2012). *Lei nº 4.938, de 19 de setembro de 2012*. Dispõe sobre o Sistema de Controle Interno do Poder Executivo do Distrito Federal.
- Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. (2024). *Portaria nº 456, de 30 de setembro de 2024*. Estabelece as normas e diretrizes do Serviço de Atenção Domiciliar.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- Evangelista, R., et al. (2021). Auditoria e qualidade. *Revista de Saúde*, 12(1), 55–63.
- Fleury, S. (2011). Regionalização da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2755–2764.
- Gadelha, C. A. G. (2007). Complexo econômico da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1429–1438.
- Gadelha, C. A. G., & Costa, L. S. (2012). Desenvolvimento e saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46(Supl.), 21–30.

- Gasparini, D. (2020). *Avaliação de políticas públicas: fundamentos, métodos e aplicações*. Atlas.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*.
- Giovanella, L., & Mendes, L. V. P. (2018). Atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1791–1800.
- Goes, E. F., & Nascimento, E. R. (2013). Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, 37(99), 571–579.
- Gray, A., Jenkins, B., & Segsworth, B. (1993). *Budgeting, auditing and evaluation*.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82.
- Hatry, H. P. (2006). *Performance measurement: Getting results* (2nd ed.). Urban Institute Press.
- Hill, M., & Hupe, P. (2002). *Implementing public policy: Governance in theory and in practice*. Sage.
- Howlett, M., Ramesh, M., & Perl, A. (2013). *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems* (3rd ed.). Oxford University Press.
- International Organization of Supreme Audit Institutions. (2015). *ISSAI 300*.
- International Organization of Supreme Audit Institutions. (2019). *Performance auditing guidelines*.
- Jannuzzi, P. M. (2011). *Avaliação de programas sociais*.
- Jannuzzi, P. M. (2014). *Indicadores sociais*.
- Kerber, N. P. C., et al. (2008). Atenção domiciliar. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 533–540.
- Lacerda, M. R., et al. (2006). Atenção domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), 560–565.
- Light, P. C. (1993). *Monitoring government*.

- Lima, M. L. C., et al. (2003). Perfil epidemiológico. *Revista de Saúde Pública*, 37(2), 205–212.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Loureiro, M. R., et al. (2013). *Saúde e desenvolvimento*.
- Loyola, A. I. (2008). Atenção domiciliar. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6), 1235–1242.
- Marino, E., Christie, C. A., & Alkin, M. C. (2010). Evaluation theory. *American Journal of Evaluation*, 31(2), 181–196.
- Masson, M. L., et al. (2018). Auditoria em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 3000–3007.
- Mayring, P. (2002). *Qualitative content analysis*.
- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis*.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research*.
- Minayo, M. C. S. (2005). *Avaliação em saúde*.
- Minayo, M. C. S. (2017). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14^a ed.). Hucitec.
- Miquilin, I. O. C., et al. (2013). Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(7), 1392–1406.
- Neto, A. C., & Castro, M. C. (2017). *Metodologia científica*.
- Nichita, L. Y., et al. (2008). *Vulnerabilidade social*.
- Nuske, M. A., et al. (2017). *Saúde e desenvolvimento regional*.
- O'Donnell, G. (1998). Horizontal accountability. *Journal of Democracy*, 9(3), 112–126.
- O'Donnell, G. (1999). *Accountability in Latin America*.
- O'Donnell, G. (2003). *Horizontal accountability*.

- Oliveira, A. (1996). Auditoria operacional: uma abordagem voltada para o desempenho da gestão pública. *Revista do Tribunal de Contas da União*, 27(74), 35–44.
- Oliveira, A. M., et al. (2020). *Pesquisa qualitativa*.
- Oliveira, V., & Passador, C. (2019). *Avaliação de políticas*.
- Patton, M. Q. (2018). *Utilization-focused evaluation*.
- Pollitt, C., et al. (2008). *Performance audit*.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1973). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. University of California Press.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1984). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland* (3rd ed.). University of California Press.
- Ramos, M. P., & Schabbach, L. M. (2012). *Avaliação de políticas públicas*.
- Ribeiro, J. M., et al. (2010). *Auditoria em saúde*.
- Rist, R. C. (1989). *Program evaluation*.
- Rizzotto, M. L. F., & Bortoloto, C. (2011). *Equidade em saúde*.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation*.
- Samico, I., et al. (2010). *Avaliação em saúde*.
- Scriven, M. (1991). *Evaluation thesaurus*.
- Scriven, M. (2007). *Evaluation logic*.
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2024). *Ofício nº 1404/2024 – SES/GAB*.
- Segerholm, C. (2003). *Evaluation governance*.
- Serapioni, M. (2016). *Avaliação e políticas públicas*.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Leviton, L. C. (1991). *Foundations of program evaluation*.
- Silva, K. L., et al. (2010). *Atenção domiciliar*.
- Souza, M. F., et al. (2010). *Auditoria em saúde*.

- Starfield, B. (2002). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.
- Tanaka, O. Y., & Tamaki, E. M. (2012). *Avaliação em saúde*.
- The Institute of Internal Auditors. (2020). *The IIA's three lines model: An update of the three lines of defense*.
- Tribunal de Contas da União. (2010). *Manual de auditoria operacional*.
- Tribunal de Contas do Distrito Federal. (2020). *Manual de auditoria*.
- Trevisan, A. P., & Bellen, H. M. V. (2008). *Avaliação de políticas públicas*.
- Vedung, E. (2015). *Evaluation models*.
- Viana, A. L. D. (1996). *Avaliação de políticas*.
- Viana, A. L. D., & Elias, P. E. M. (2007). *Saúde e desenvolvimento*.
- Viana, A. L. D., et al. (2017). *Regionalização da saúde*.
- World Health Organization. (2007). *Home care in Europe: The solid facts*. WHO Regional Office for Europe.
- Wu, X., Ramesh, M., Howlett, M., & Fritzen, S. (2015). *The public policy primer: Managing the policy process*. Routledge.
- Xun, W., Ramesh, M., Howlett, M., & Fritzen, S. (2014). *Policy evaluation*.
- Yetano, A. (2014). *Monitoring public audits*.
- Zani, F. B., & Costa, M. C. (2014). *Avaliação de políticas públicas*.