

PROCESSO Nº:	PMO-10/00467110
UNIDADE GESTORA:	Secretaria de Estado da Saúde
RESPONSÁVEIS:	Tânia Eberhardt - Secretária de Estado da Saúde César Augusto Grubba - Secretário de Estado da Segurança Pública
ASSUNTO:	Processo de Monitoramento - Referente ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
RELATÓRIO INSTRUÇÃO:	DE DAE - 029/2014 - Instrução Plenária

1. INTRODUÇÃO

Trata-se do segundo monitoramento da Auditoria Operacional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com abrangência do exercício de 2008. O Tribunal Pleno promoveu a apreciação do Processo AOR-07/00373454, que resultou na Decisão nº 2709/2009, de 10/08/2009, publicada no DOTC-e em 14/08/2009, por meio da qual conheceu o Relatório de Auditoria Operacional e determinou, à Secretaria de Estado da Saúde (SES), a apresentação de um Plano de Ação, com a identificação de responsáveis, definição das atividades e prazos para o cumprimento das determinações e recomendações resultantes da auditoria.

A comunicação da Decisão e do prazo de 30 dias para a apresentação do Plano de Ação foi realizada por meio do Ofício TCE/SEG nº 12.329/2009 (fl. 2275 do Processo AOR-07/00373454) à Secretaria de Estado da Saúde (SES) e, por meio do Ofício TCE/SEG nº 12.330/2009 (fl. 2276 do Processo AOR-07/00373454), à Secretaria de Estado da Segurança Pública (SSP).

Depois de deferida a prorrogação de prazo, de 30 dias, solicitada pela SSP, conforme Ofício nº 15.378/2009, de 29/09/2009, (fl. 2683 do Processo AOR-07/00373454), a Secretaria encaminhou o Plano de Ação em 09/11/2009 (fls. 3026-3030 do Processo AOR-07/00373454).

A Secretaria de Estado da Saúde encaminhou o Plano de Ação em 18/12/2009 (fls. 3033-3055 do Processo AOR-07/00373454).

Após análise dos Planos de Ação, esta Diretoria encaminhou a proposta da sua aprovação ao Pleno, conforme Informação DAE nº 03/2010, de 11/02/2010 (fls. 3057-3061, do Processo AOR-07/00373454).

O Tribunal Pleno aprovou os respectivos Planos de Ação, por meio da Decisão nº 2.892, de 07/07/2010, publicada no DOTC-e em 13/07/2010 (fls. 3070/1, do Processo AOR-07/00373454) e determinou o encaminhamento de relatórios parciais para seu acompanhamento.

A Secretaria de Estado da Segurança Pública (SSP) encaminhou os relatórios parciais em 29/07/2010 (fls. 05-21) e 15/02/2011 (fls. 282-286) e a Secretaria de Estado da Saúde em 01/09/2011 (fls. 27-279) e 23/02/2011 (fls. 292-311).

O primeiro monitoramento considerou as informações prestadas no primeiro e segundo relatórios parciais de acompanhamento do Plano de Ação, protocolados em 08/09/2010 (fls. 25-278) e 24/02/2011 (fls. 291-356). A SSP protocolou seus relatórios em 30/07/2010 (fls. 04-21) e 18/02/2011 (fls. 281-289).

A execução do primeiro monitoramento ocorreu entre 14 e 18/03/2011, resultando no Relatório nº 14/2011 (fls. 1.764-1.863). Neste Relatório, conclui-se que, de um total de 58 determinações e recomendações, 24,14% foram implementadas, 31,58% estão em implementação, 1,72% foram justificadas e 43,10% não foram implementadas.

O Tribunal Pleno avaliou o primeiro relatório de monitoramento, conforme a Decisão nº 1.102, de 28/03/12, publicada no DOTC-e em 11/04/12 (fls. 1907/8).

O terceiro relatório parcial de acompanhamento do Plano de Ação foi protocolado pela SSP em 01/09/2011 (fls. 1864-1870) e complementado em 06/11/2012 (fls. 1913-1917). Já a SES encaminhou seu relatório em 10/01/2013 (fls. 1922-2290).

Os Ofícios TCE/DAE nº 7.675/2014 e 7.162/2014, de 22/05/2014, foram entregues à Secretaria de Estado da Segurança Pública e Secretaria de Estado da Saúde, respectivamente, a fim de cientificar os órgãos estaduais quanto ao início do segundo monitoramento, oportunidade em que foram solicitadas informações e documentos complementares.

As informações prestadas no terceiro relatório parcial de acompanhamento do Plano de Ação e nas documentações complementares foram verificadas *in loco* no período de 09/06 a 04/07 e 25 a 28/08/2014.

O monitoramento tem como objetivo a confirmação das informações apresentadas pelas unidades auditadas nos Relatórios Parciais de Acompanhamento do Plano de Ação.

Nesse sentido, a equipe técnica realizou visitas a todas as oito Centrais de Regulação e 18 bases descentralizadas – locais onde ficam as Unidades de Suporte Avançado. Apenas cinco bases não foram inspecionadas, são elas: Caçador, Curitiba, Canoinhas, Mafra e São Joaquim.

Além da inspeção, foi realizada pesquisa eletrônica, no período entre 17/07/2014 à 08/08/2014, com todos os profissionais que atuam, tanto nas CRs quanto nas USAs, totalizando 372 respostas (fls. 4095-4116), o que representa 41,19% dos 903 profissionais que atuam nestes serviços.

2. ANÁLISE

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Catarina passou a ser gerenciado pela organização social Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), mediante a assinatura entre esta e a SES, do Contrato de Gestão nº 02/2012, em 22 de junho de 2012.

O Tribunal de Contas do Estado tratou do tema no processo 12/00213405, em que o plenário decidiu, por unanimidade, aplicar multa ao gestor “por transferir indevidamente os serviços de atendimentos pré-hospitalar móvel, regulação médica das urgências e transferência de pacientes graves atribuídos ao SAMU à entidade privada” (Acórdão nº 0.966/2013). No mesmo processo, foi determinado que a Secretaria de Estado da Saúde acompanhasse a Ação Civil Pública nº 023.12.052526-0 e, caso seja decidido pela rescisão contratual, que encaminhe cópia do ato de rescisão ao Tribunal de Contas no prazo de 30 dias.

Em consulta ao Sistema de Automação da Justiça (SAJ) do Tribunal de Justiça, verificou-se que tal Ação Civil Pública está em tramitação na 1ª Vara da Fazenda Pública sem decisão definitiva. Vigora até o dia 05 de dezembro de

2013, a liminar concedida no Agravo de Instrumento nº 2012.090026-4, na data de 27 de agosto de 2013, em que o Relator manteve a validade do Contrato de Gestão nº 02/2012 até que haja pronunciamento definitivo da Segunda Câmara de Direito Público e, via de consequência, suspendeu os efeitos da decisão do juízo a quo proferida em 26 de agosto de 2013.

A estrutura do SAMU/SC conta com oito Centrais de Regulação, destas, sete funcionam em Centrais Regionais de Emergência localizadas em Batalhões da Polícia Militar e uma em estabelecimento da SES, no município de Joaçaba. Além disso, o SAMU/SC conta com 23 Unidades de Suporte Avançado (USA), 102 Unidades de Suporte Básico (USB), quatro Veículos de Intervenção Rápida (VIR) e dois helicópteros, mediante convênio com o Corpo de Bombeiros e a Polícia Rodoviária Federal (fls. 3077/8).

Estes equipamentos estão alocados nas oito regionais do SAMU/SC, da seguinte forma:

Quadro 1: Comparativo do quantitativo de USAs e USBs.

Mesorregião	USA			USB		
	2008	2011	2014	2008	2011	2014
Grande Fpolis	04	04	04	11	17	17
Vale do Itajaí	02	03	02	10	13	13
Norte/Nordeste	03	05	04	17	16	14
Sul	03	03	03	09	14	16
Extremo-oeste	02	04	03	05	15	15
Foz do Rio Itajaí	02	02	02	07	08	07
Planalto Serrano	02	02	02	06	07	08
Meio-oeste	03	03	03	10	14	12
Total	21	26	23	75	104	102

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde.

Em resumo, em 2014 há três USAs a menos que em 2011 (Vale do Itajaí, Norte/Nordeste e Extremo-oeste) e o quantitativo total de USB reduziu em duas unidades, conforme ressaltam as cores aplicadas aos campos em que os quantitativos sofreram alteração em relação ao ano de 2011.

Em relação aos profissionais, houve incremento gradual em todas as categorias, conforme apresentado no quadro:

Quadro 2: Comparativo do número de profissionais.

Profissional	2008	2011	2014
a) Enfermeiro	-	-	132
b) Motorista socorrista	-	-	133
c) Rádio-operador	-	-	68
d) Técnico auxiliar de regulação médica	-	-	138
Soma ($\sum a:d$)	298	339	471
Médico	257	355	432
Total	555	694	903

Fonte: Relatório TCE/DAE nº 14/2011 e SES.

A SES encaminhou o número de atendimentos realizados pelo SAMU/SC somente após a operacionalização do serviço pela SPDM, impossibilitando o cálculo do crescimento anual. Contudo, ao comparar-se o valor informado no primeiro monitoramento referente a 2010 (266.696 atendimentos) com os dados de 2013 (302.834 atendimentos) percebe-se um crescimento de 14% no período.

Quadro 3: Evolução do número de atendimentos.

Ano	Atendimentos	Variação Total	Variação percentual
2008	250.868	-	-
2009	243.924	- 6.944	- 2,77%
2010	266.696	22.772	9,34%
2011	-	-	-
2012	-	-	-
2013	302.834	-	-

Fonte: Relatório TCE/DAE nº 14/2011 e SES.

2.1. ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS DETERMINAÇÕES E IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

As conclusões dos trabalhos de monitoramento seguirão a ordem dos itens da Decisão do Tribunal Pleno nº 2709/2009 e do Plano de Ação apresentado por cada órgão envolvido na auditoria.

2.1.1 Cumprimento das determinações

2.1.1.1. Capacitação de tutores

Determinação à SES - Desenvolver projeto de criação e capacitação de equipes de multiplicadores em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência, conforme itens 13.6 do Plano Estadual de Atenção às Urgências e 1.4 do Capítulo VII da Portaria n. 2.048/2002 do Ministério da Saúde. (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.1).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Encaminhamento de profissionais médicos e enfermeiros a um curso presencial de regulação médica do MS, em parceria com o Hospital Alemão Osvaldo Cruz de São Paulo com intuito de formar multiplicadores com desenvolvimento de um plano de multiplicação e replicação nas Centrais de Regulação do SAMU.	01/10/2010

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1928): A Secretaria informou que o Ministério da Saúde não disponibiliza recurso para este fim, devendo este projeto ser totalmente custeado pelo Estado. Segundo a SES, em 2012 foram realizados alguns cursos para o SAMU. Para 2013, está prevista a implantação da Rede de Urgência e Emergência e, até abril deste ano, a Secretaria pretende iniciar os cursos de capacitação.

Análise

Na auditoria realizada em 2008, constatou-se que o Núcleo de Educação em Urgências (NEU) estava constituído formalmente, mas não exercia suas atividades, que consiste na formação inicial e continuada dos profissionais que atuam nas urgências e emergências, dentre eles, no SAMU/SC, conforme definiu a Portaria nº 2.048/2002, capítulo VII, do Ministério da Saúde.

No Plano de Ação, a SES previu o encaminhamento de profissionais para o curso presencial de regulação médica do Ministério da Saúde, em parceria com o Hospital Alemão Osvaldo Cruz, de São Paulo, com intuito de formar

multiplicadores e posterior desenvolvimento de um plano de multiplicação e replicação nas Centrais de Regulação do SAMU.

No primeiro monitoramento, a SES apresentou relação de profissionais capacitados pelo Hospital Alemão Osvaldo Cruz, a fim de atuarem como tutores nas regionais do SAMU. Contudo, não foi elaborado um projeto para criação e implementação de equipes multiplicadoras nas regionais, levando à conclusão de que a determinação não havia sido integralmente cumprida.

No relatório enviado em janeiro de 2013, a Secretaria de Estado da Saúde informou que não há recursos federais para a implantação de equipes de multiplicadores, porém, isto não pode ser um impeditivo para que o Estado realize esta ação com recursos próprios, como bem mencionou a SES.

A Portaria GM/MS nº 1.010/2012, que redefine as diretrizes para implantação do SAMU, dispõe, no artigo 11, que “O componente SAMU 192 deverá dispor de programa de capacitação permanente”, a qual deverá ser promovida, preferencialmente, de forma direta pela Rede de Atenção às Urgências. Já o Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 13.6, trata da capacitação regionalizada, a qual deverá ser feita por multiplicadores capacitados pelo Núcleo de Educação em Urgências (NEU).

No segundo monitoramento, realizado em 2014, a SES apresentou a relação dos profissionais que compõe as equipes multiplicadoras em cada regional do SAMU (fls. 3199-3208). Os coordenadores regionais entrevistados confirmaram a informação da existência destas equipes, portanto, considera-se que a determinação foi cumprida.

2.1.1.2. Projeto de captação de recursos para capacitação

Determinação à SES - Elaborar projeto para captação dos recursos disponíveis junto ao Ministério da Saúde, para capacitação de multiplicadores regionais, previstos no art. 2º, § 5º, c/c arts. 6º e 9º da Portaria n. 1.864/2003 do Ministério da Saúde. (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.2).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
O projeto de captação de recursos será elaborado pelo NEU.	30/03/2010

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A Secretaria não se manifestou acerca desta determinação.

Análise

A auditoria realizada em 2008 evidenciou que a SES não havia solicitado recursos federais para capacitação dos profissionais do SAMU, apesar de haver previsão na Portaria MS/GM nº 1.864/2003.

No primeiro monitoramento, esta determinação foi considerada cumprida, em virtude de a SES ter encaminhado ao Ministério da Saúde (MS) uma solicitação de recursos para “capacitação de triadores em classificação de risco nos pontos de atenção à saúde das macrorregiões da grande Florianópolis, Planalto Norte e do Extremo Oeste”, a qual não foi atendida. Na ocasião, a Gerente Estadual do SAMU informou que o MS não repassa recursos, mas oferece, diretamente, cursos de capacitação para os profissionais do SAMU.

Por fim, a Portaria GM/MS nº 1.864/2003 foi revogada pela Portaria GM/MS Nº 2.026/2011, a qual foi revogada pela Portaria GM/MS Nº 1.010/2012. Nesta portaria não há previsão de recursos específicos para a formação de multiplicadores, motivo pelo qual considera-se prejudicada a determinação.

2.1.1.3. Projeto de capacitação inicial e continuada

Determinação à SES - Elaborar projeto de capacitação inicial e continuada dos profissionais do SAMU, com temas, conteúdos e carga horária mínimos, de acordo com o previsto no Capítulo VII, da Portaria n. 2.048/2002 do Ministério da Saúde. (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.3).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
<p>Foram solicitadas à Escola de Formação da SES, Curso de Condutores de Veículos de Emergência (50h) e Curso de Direção Defensiva (16h); Realização de cursos de capacitação modular inicial e continuada, de acordo com a Portaria Ministerial 2.048/02, oferecidos nas mesorregiões para contemplar todos os servidores do SAMU/SC. Projeto de capacitação - Ministério da Saúde com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz.</p>	<p>Início em 30/03/2010</p> <p>Continuada</p>

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1928): A Secretaria informou que foram realizados alguns cursos para o SAMU em 2012 e que estava prevista, para 2013, a implantação da Rede de Urgência e Emergência, sendo que o início dos cursos de capacitação ocorreria em abril daquele ano.

Análise

O relatório de auditoria apontou que 76,5% dos profissionais que atuavam no SAMU à época receberam capacitação inicial para a função e que apenas 43% dos que lá atuavam há mais de dois anos participou de formação continuada, conforme preceituava a Portaria nº 2.048/2002, Capítulo VII.

O monitoramento realizado em 2011 concluiu que a determinação não havia sido cumprida pelo fato de a Secretaria não ter elaborado um projeto de capacitação. Além disso, poucos profissionais participaram de cursos de formação oferecidos pela SES e, ainda, os cursos não contemplaram o conteúdo mínimo previsto na portaria do Ministério da Saúde.

Como já mencionado, a referida portaria não está mais em vigor. Entretanto, a portaria vigente (Portaria GM/MS nº 1.010/2012) utiliza o Regulamento Técnico da Portaria nº 2.048/2002 como parâmetro de conteúdos e cargas horárias mínimas a serem oferecidos nos cursos de capacitação inicial e permanente.

Subseção IV Da Habilitação

Art. 26. As unidades do Componente SAMU 192 serão habilitadas mediante a demonstração de efetivo funcionamento.

Art. 27. A demonstração do efetivo funcionamento se dará pelo encaminhamento de documentação para a CGUE/DAE/SAS/MS, da seguinte forma:

I - para as Centrais de Regulação das Urgências e Bases Descentralizadas, o gestor de saúde interessado deverá demonstrar o funcionamento efetivo da unidade mediante a apresentação da seguinte documentação:

(...)

g) **declaração de capacitação dos profissionais da Central de Regulação das Urgências, obedecidos os conteúdos e cargas horárias mínimas contidas no Regulamento Técnico da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002;**

II - para as Unidades Móveis, o gestor de saúde deverá demonstrar o funcionamento efetivo da unidade mediante a apresentação da seguinte documentação:

(...)

e) **declaração de capacitação dos profissionais das unidades Móveis, obedecidos os conteúdos e cargas horárias mínimas contidas no Regulamento Técnico da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002;**

Subseção V Da Qualificação

Art. 28. A unidade do Componente SAMU 192, já habilitada terá direito à qualificação, com a alteração de valores de custeio de que trata esta Portaria, mediante a apresentação dos seguintes documentos à CGUE/DAE/SAS/MS:

(...)

V - **relatório de capacitação permanente dos servidores vinculados ao componente SAMU 192**, com carga horária e conteúdo programático, como forma de garantia de qualificação do serviço, observadas as peculiaridades da assistência em cada região.

No Contrato de Gestão nº 02/2012, ficou estipulado que a SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina deve “promover capacitação permanente dos profissionais que prestam os serviços relacionados ao presente Contrato de Gestão de acordo com as determinações do Ministério da Saúde, inclusive as normatizações do gestor estadual do SUS e as normativas advindas da Comissão Intergestora Bipartite.” (fl. 2143)

O relatório de atividades da SPDM para o trimestre agosto a outubro de 2012 coloca que foi elaborado um projeto de educação permanente para 2013 (fl. 2227), o qual foi apresentado pela SES juntamente com o projeto para 2014 (fls. 3209-3258).

O projeto de educação permanente tem o objetivo de desenvolver competências estratégicas nos profissionais, a fim de que se tornem autônomos no desenvolvimento de suas atribuições. O curso é dividido em dois módulos, o módulo I é realizado à distância, direcionado aos enfermeiros, médicos e condutores de veículos de emergência e tem carga horária de 34 horas. Já o

módulo II é realizado presencialmente, direcionado aos mesmos profissionais, tendo carga horária de 24 horas. Pode-se dizer, então, que o conteúdo das capacitações ofertadas pela SPDM difere do preconizado pela Portaria nº 2.048/2002.

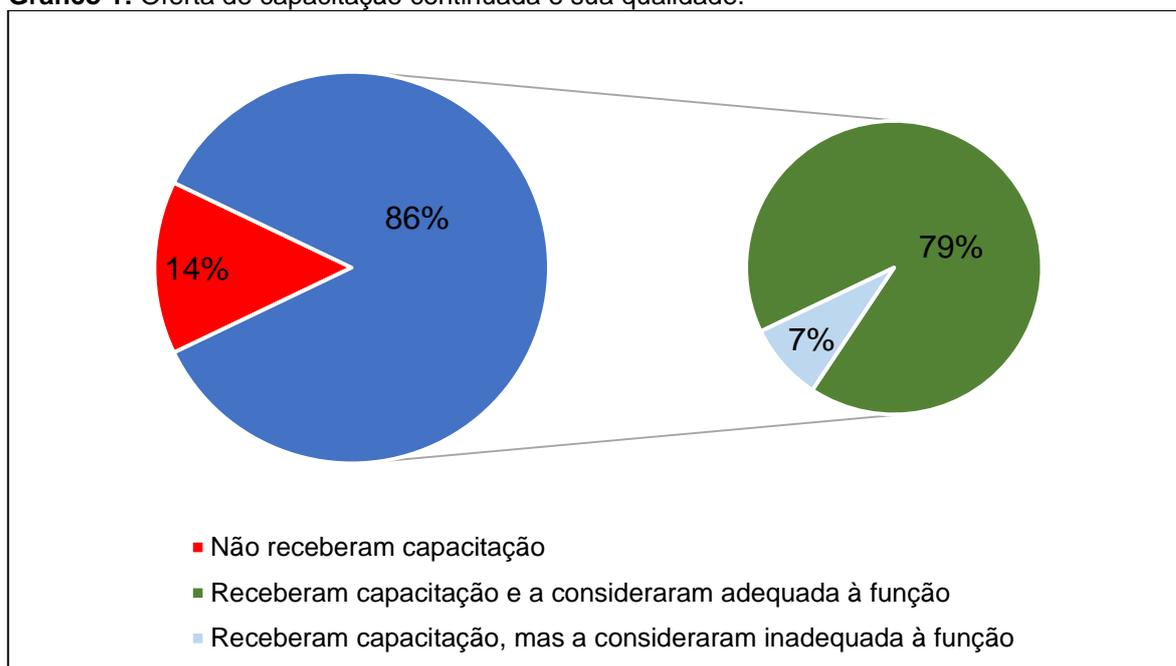
Entretanto, com base no cerne da determinação que é o de garantir que o SAMU/SC seja composto por profissionais qualificados, buscou-se verificar se as equipes que atuam nas Centrais de Regulação (CRs) e nas Unidades de Suporte Avançado (USAs) receberam capacitação inicial e continuada para o exercício da sua função, já que cada mesorregião possui uma equipe de multiplicadores.

A pesquisa eletrônica realizada com 372 profissionais das CRs e USAs (fls. 4095-4116) revelou que 48,51% dos profissionais não recebeu capacitação inicial. Analisando somente as respostas dos profissionais que iniciaram no SAMU após o ingresso da SPDM, portanto, entre agosto de 2012 e agosto de 2014, tem-se que 118 dos 237 profissionais (49,79%) não passaram por capacitação inicial.

Dos 119 que receberam capacitação inicial, 111 a consideraram aplicável ao exercício da função.

Com relação à capacitação continuada, considerou-se apenas as respostas dos profissionais que atuam por mais de um ano no serviço, resultando em 273 respondentes. Destes, 234 (86%) recebeu capacitação e a maioria a considerou adequada ao exercício da função, representando um percentual de satisfação de 91%.

Gráfico 1: Oferta de capacitação continuada e sua qualidade.



Fonte: TCE-SC, com base na pesquisa *on line*.

Conclui-se, então, que o percentual de não participação pode ser considerado baixo e o de satisfação com os cursos de capacitação continuada foi expressivo, assim como na inicial. Portanto, de modo geral, o aproveitamento é considerado satisfatório, tanto para atualização de conteúdos quanto para o aprendizado sobre novos temas.

Os coordenadores regionais corroboraram com as informações colhidas na pesquisa, informando que não há um curso de capacitação inicial estruturado. Os recém contratados são acompanhados no primeiro ou mais plantões. Em Balneário Camboriú, a coordenadora administrativa elaborou material de apoio com capacitação de duas a quatro horas dependendo do número de pessoas.

Em relação aos cursos de capacitação continuada para os profissionais que atuam, tanto na CR quanto nas USAs, os coordenadores informaram que os profissionais são convidados a participar dos módulos oferecidos, contando com a adesão da maioria; mais uma vez confirmam-se os números colhidos na pesquisa.

Em resumo, foi elaborado um projeto de educação permanente para os profissionais do SAMU com conteúdo e carga horária diversos ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Além disso, a maioria dos profissionais recebe cursos

periódicos, mas não passa por capacitação inicial, pois não há um curso estruturado com esta finalidade. Por fim, os cursos oferecidos são considerados satisfatórios pelos participantes.

Por todo o exposto, entende-se que a determinação foi parcialmente cumprida.

2.1.1.4. Avaliação dos profissionais capacitados e dos capacitadores

Determinação à SES - Avaliar os profissionais capacitados, bem como os capacitadores, ao final dos cursos realizados, de acordo com o previsto no Capítulo VII da Portaria nº 2048/2002, do Ministério da Saúde, no item 13.6 do Plano Estadual de Atenção às Urgências, bem como no item 5 do Anexo I da Resolução CFM nº 1.671/2003 (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.4.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Incluir nas capacitações avaliação dos capacitados e manter a avaliação dos capacitadores (questionário).	Início em 31/12/2009 Continuada

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1928): A manifestação da SES foi única para os itens 6.2.1.1, 6.2.1.3 e 6.2.1.4 da Decisão nº 2.709/2009, porém seus argumentos não mantêm relação com esta determinação.

Análise

A auditoria demonstrou que os profissionais que atuavam no SAMU não estavam satisfeitos com os cursos de capacitação recebidos e que não era realizada uma avaliação dos participantes e instrutores destes cursos.

O primeiro monitoramento reiterou a determinação por entender que a avaliação dos cursos não estava ocorrendo regularmente, devendo ser prevista já no projeto de capacitação continuada e permanente, objeto do item 6.2.1.3 da Decisão nº 2.709/2009.

A SES apresentou o resultado das avaliações realizadas nas capacitações oferecidas pela SPDM neste ano de 2014, especificamente referente ao Programa de Capacitação dos Profissionais do SAMU-SC/ Módulo II

– Atendimento Avançado ao Trauma. Para a avaliação deste curso, é realizado pré e pós-teste com os participantes, de modo a dimensionar a aquisição do conhecimento. A SPDM aplica, ainda, um formulário com questões sobre o curso, instrutor e ambiente.

Quanto às demais capacitações ofertadas, não houve comprovação da existência de avaliações (fls. 4017-4091).

Pelo que foi verificado, os cursos estão acontecendo, bem como a avaliação de desempenho e dos capacitadores de parte deles. Assim, pode-se considerar que a determinação foi parcialmente cumprida.

2.1.1.5 Equipes de trabalho incompletas

Determinação à SES - Completar as equipes de trabalho, segundo consta do Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.3.9, evitando-se a descontinuidade do serviço e o aumento de custos para o Estado pelo pagamento de horas extras (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.6.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Realização de processos seletivos para técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e técnicos administrativos.	Início em 31/12/2009 Continuada

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1929): Segundo a SES, a responsabilidade pela contratação de recursos humanos das CR e USA passou a ser da empresa SPDM, conforme contrato de gestão.

Análise

Em 2008, foi diagnosticado que havia equipes incompletas nas Centrais de Regulação de Balneário Camboriú, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages e em todas as USAs.

Em 2011, quando do primeiro monitoramento, o problema permanecia nas quatro mesorregiões visitadas - Norte/Nordeste, Vale do Itajaí, Planalto Serrano e Florianópolis -, apresentando um déficit de 70 profissionais,

entre médicos (37), enfermeiros (12), motoristas-socorristas (4), técnicos auxiliares de regulação médica (6) e rádio-operadores (11).

Apesar de, atualmente, a SES não realizar a contratação dos profissionais, cabe a ela realizar a supervisão e o acompanhamento das atividades desenvolvidas pela SPDM, por meio da Comissão de Avaliação e Fiscalização, conforme cláusula sexta do Contrato de Gestão nº 002/2012.

O Plano Estadual de Atenção às Urgências define que a equipe da central de regulação seja formada por dois médicos, dois TARMs, um rádio-operador e um controlador de frota.

Já a Portaria MS nº 1.010/2012 estabelece um padrão mínimo de equipe nas salas de regulação, baseada na população atendida:

Quadro 4: Equipe mínima exigida para a central de regulação.

Mesorregião	População	Médico Regulador		Rádio-operador		TARM	
		dia	noite	dia	noite	dia	noite
Extremo Oeste	702.633	3	2	1	1	5	3
Foz do Itajaí	478.812	2	2	1	1	3	2
Grande Florianópolis	1.055.702	3	2	1	1	5	3
Meio-Oeste	27.020	1	1	1	1	2	1
Norte Nordeste	1.147.436	3	2	1	1	5	3
Planalto Serrano	156.727	1	1	1	1	2	1
Sul	860.554	3	2	1	1	5	3
Vale do Itajaí	758.939	3	2	1	1	5	3

Fonte: Dados do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Portaria nº 1.010/2012, do Ministério da Saúde.

A inspeção realizada em 2014 constatou que todas as CRs atendiam a equipe prevista no Plano Estadual de Atenção às Urgências, apesar de não contar com um controlador de frota em cada CR, mas somente na sede da SPDM. A exceção ocorreu na CR de Lages, que atuava apenas com um médico, conforme demonstrado, também, na escala de trabalho desta mesorregião (fl.3111).

Ao tomar por base a portaria ministerial, nas mesorregiões do Extremo-oeste, Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis e Vale do Rio Itajaí, as equipes não estavam de acordo com o preconizado.

Quadro 5: Carência de profissionais nas salas de regulação.

Mesorregião	TARM		Médico-regulador	
	Portaria	Existente	Portaria	Existente
Grande Florianópolis	5	2	3	3
Extremo-oeste	5	3	3	2
Vale do Itajaí	5	2	3	2
Foz do Rio Itajaí	3	2	2	2

Fonte: TCE-SC.

A inspeção realizada nas bases descentralizadas evidenciou que todas as equipes das USAs estavam completas na data da vistoria, contando com a atuação de um motorista-socorrista, um médico e um enfermeiro.

Ao analisar-se as escalas de trabalho de maio/2014 enviada pela SES, verifica-se que é necessária a realização de horas extras para fechamento da escala nas CRs e nas USAs de Blumenau (fl. 3128), Criciúma (fl. 3149) e Florianópolis (fl. 3159). De acordo ainda com as escalas de trabalho, as outras funções, bem como as demais regiões, estão completas, não necessitando da contratação de horas extras.

De acordo com a entrevista com os coordenadores, realizada em 2014, as equipes do SAMU, em sua maioria, estão completas, com exceção da CR de Balneário Camboriú, que estava com um TARM em licença médica, porém ele seria substituído por um profissional que foi aprovado no processo seletivo. Na CR de Blumenau faltavam quatro médicos, porém dois já foram contratados.

No caso de equipes incompletas, seja por férias, licença médica ou falta, o atendimento não fica prejudicado, uma vez que são pagas horas extras para outro profissional cobrir a escala.

Já o relatório da SPDM denominado “quantitativo ideal de recursos humanos” revela que o SAMU carecia de 45,5 vínculos contratuais com médicos, quatro TARMs, dois enfermeiros e um motorista-socorrista.

Quadro 6: Carência de profissionais nas mesorregiões, em abril de 2014.

Mesorregião	Médico	TARM	Rádio-operadores	Enfermeiro	Motorista-socorrista
Foz do Rio Itajaí	-2	1	3	1	0
Vale do Rio Itajaí	-16	-4	0	-1	-1
Extremo-oeste	-1	0	0	1	0
Sul	-6	0	3	-1	0
Grande Florianópolis	-5,5	0	1	4	0
Meio-oeste	-3,5	1	0	1	0
Norte-nordeste	-9,5	2	2	1	0
Planalto Serrano	-2	2	0	1	0
Carência total	-45,5	-4	0	-2	-1

Fonte: TCE-SC, baseado no relatório da SPDM “quantitativo ideal de recursos humanos”.

Para evitar a descontinuidade dos serviços, a organização pagou aos médicos 5.378 horas extras em abril de 2014. Os demais profissionais não recebem as horas extras em pecúnia, mas acumulam para posterior folga.

Outro relatório da empresa denominado “Quadro de inativação de ambulâncias” revela, nos meses de fevereiro (fl. 3387), março (fl. 3412) e abril/2014 (fl. 3398), situações de ambulâncias baixadas por falta, principalmente, de médicos para completar as equipes.

Diante das evidências relatadas – não cumprimento da equipe mínima estabelecida no Plano Estadual de Atenção às Urgências, quantidade elevada de horas-extras pagas aos médicos e ocorrência de ambulâncias baixadas por falta de profissionais - entende-se que a determinação foi parcialmente cumprida.

2.1.1.6 Readequação das equipes administrativas

Determinação à SES - Fazer a adequação do Plano Estadual de Atenção às Urgências e estruturar as equipes administrativas das CRs com Coordenador Regional do Serviço, Responsável Técnico e Responsável de Enfermagem, segundo estabelece o item 1.1 do Capítulo IV da Portaria 2.048/2002 do Ministério da Saúde, todos atuando em tempo integral; farmacêutico responsável, em atendimento ao disposto no art. 2º e art. 53 da Lei Federal nº 6.360/1976; auxiliar administrativo e técnico de informática (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.7.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
<p>O Plano Estadual de Atenção às Urgências será revisto até 20/12/2010.</p> <p>Já existem um Coordenador Médico, um Coordenador de Enfermagem e apoios administrativos com cobertura de 8 a 12 horas por dia.</p> <p>Os Coordenadores de Enfermagem de cada região serão responsáveis pelos almoxarifados de medicamentos com amparo na Farmacêutica ligada a Gerência Estadual.</p> <p>Apoia a Gerência Estadual do SAMU, um técnico de informática que dá suporte necessário e capacita os servidores que atuam diretamente com o sistema informatizado.</p>	<p>Prazo para revisão do Plano Estadual de Atenção às Urgências: 20/12/2010.</p> <p>Prazo para adequação das equipes administrativas: progressivo.</p> <p>Prazo para implementação dos responsáveis técnicos: 20/02/2010.</p>

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1929): Em seu relatório de monitoramento a SES informou que a elaboração do Plano de Atenção às Redes de Urgência e Emergência está sendo realizado por meio do diagnóstico de todo o sistema de atendimento de urgência e emergência do Estado, bem como os estudos de tempo-resposta de atendimento das solicitações.

Já o relatório de atividades da SPDM dispõe que cada CR possui uma equipe de gestão composta por coordenador médico, coordenador de enfermagem, coordenador administrativo, farmacêutico, educador, assistentes administrativos e técnicos de informática (fl. 2187).

Análise

A auditoria revelou que as Centrais de Regulação eram carentes de pessoal administrativo e que havia arranjos diferentes de equipes entre elas, apesar de o Plano Estadual de Atenção às Urgências ter definido uma equipe administrativa padrão.

No monitoramento realizado em 2011 a situação permanecia a mesma, motivo pelo qual foi reiterada a determinação.

A Portaria nº 1.010/2012, que substitui a Portaria nº 2.048/2002, não estabeleceu a equipe administrativa das CRs, portanto, neste monitoramento, a análise se baseou na equipe disposta na determinação e no relatório de atividades da SPDM, sendo que foi definido um profissional de cada área. O Quadro 07 mostra a relação entre ambas:

Quadro 7: Equipe administrativa exigida pela determinação e estipulada pela SPDM.

Determinação	SPDM
Coordenador Regional do Serviço	Coordenador Administrativo
Responsável Técnico	Coordenador Médico
Responsável de Enfermagem	Coordenador de Enfermagem
Farmacêutico responsável	Farmacêutico
Auxiliar Administrativo	Assistente Administrativo
Técnico em Informática	Técnico de Informática
-	Educador

Fonte: TCE/SC e relatório de atividades da SPDM à folha 2187.

O padrão para a nova equipe administrativa definido pela SPDM em cada mesorregião passou a ser um profissional de cada área descrita no Quadro 07.

Conforme entrevista realizada com os coordenadores, eles informaram que as mesorregiões do Meio-Oeste, Planalto e Norte-Nordeste necessitam de um assistente administrativo para cada base descentralizada, mas as Centrais de Regulação não carecem de profissionais nesta área.

Porém, de acordo com a relação dos profissionais enviada pela SES em junho/2014 (fls. 3193-3197), a CR de Florianópolis estava sem coordenador médico e a de Blumenau não contava com técnico de informática.

Já na inspeção *in loco* foi possível observar que:

- A CR de Florianópolis já contava com coordenador médico (25/08/14), mas o coordenador administrativo havia saído recentemente (18/08) e a SPDM estava realizando processo seletivo interno para o cargo.
- A CR de Blumenau também já atuava com a presença de técnico de informática, mas estava sem coordenador médico, pois o mesmo estava em licença-saúde e um novo coordenador iria assumir em breve.
- As equipes administrativas das demais mesorregiões encontravam-se completas, conforme o padrão estabelecido pela SPDM.

Apesar de não ter ocorrido mudança no Plano Estadual de Educação, entende-se que a determinação foi cumprida, uma vez que a Portaria

nº 2.048/2002 foi revogada e não há exigência na nova legislação e, ainda, a SPDM dispôs profissionais em todos os cargos exigidos pela determinação.

2.1.1.7 Acesso à sala de regulação

Determinação à SES - Garantir o acesso restrito à sala de regulação de profissionais que nela atuam, de acordo com a Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências, item I, b, do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.8.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Elaboração e encaminhamento contendo regras de comportamento para as Centrais de Regulação SAMU (integradas ou não).	Imediato

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1926): A SES informou que as Centrais de Regulação funcionam dentro de batalhões da Polícia Militar, o que garante o acesso restrito a esses ambientes, com exceção da central de Joaçaba, onde a determinação também passou a ser cumprida após a sua reestruturação.

Análise

A inspeção *in loco* das Centrais de Regulação realizada em 2008 identificou a entrada de profissionais que não atuam nesses ambientes, prejudicando o seu funcionamento.

Já em 2011, o monitoramento concluiu pela implementação parcial da determinação, em virtude de a CR de Joaçaba não estar integrada como às demais, uma vez que nestas o acesso restrito ocorria efetivamente.

Em 2014, verificou-se que a CR de Joaçaba permanecia funcionando em local próprio da SES, porém contava com vigilância 24 horas, o que impedia a entrada de estranhos no recinto. A observação do funcionamento da sala de regulação permite concluir que a entrada no recinto é restrita aos profissionais da sala de regulação, administrativos e equipes das USAs quando

necessitam falar com o médico-regulador. Diante disto, conclui-se que a determinação foi cumprida.

2.1.1.8 Funcionamento ininterrupto da sala de regulação

Determinação à SES - Garantir o funcionamento ininterrupto das salas de regulação com, no mínimo, um médico regulador, TARM e radioperador, de plantão presencial durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias, conforme determina a Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU-192, item II, b, do Ministério da Saúde; e fazer cumprir a jornada integral de trabalho por todos os profissionais (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.9.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Reforçado o cumprimento da jornada de trabalho de forma integral, com documento que orienta as Boas Normas associado ao controle da jornada de trabalho que será feita via ponto eletrônico. Os relógios ponto solicitados na CI 295/2009 já estão em fase de licitação.	Imediato Ponto eletrônico: 31/12/2009

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1926): A SES colocou em seu relatório que o quantitativo de pessoal e escalas de trabalho foram adequados à Portaria Ministerial nº 1.010/2012.

Análise

A inspeção *in loco* das Centrais de Regulação realizada em 2008 revelou situações em que profissionais realizavam descanso durante a sua jornada de trabalho, de uma a quatro horas, prejudicando a continuidade e agilidade do atendimento.

O primeiro monitoramento considerou parcialmente cumprida a determinação, mesmo com o funcionamento ininterrupto da Central de Regulação, uma vez que era necessário o remanejamento de profissionais das USAs para completar equipe da Central, por vezes deixando a ambulância fora de operação, e do excessivo número de horas extras pagas aos profissionais.

No segundo monitoramento, os coordenadores informaram que as CRs têm funcionamento ininterrupto, pois não há falta de profissionais, e no caso de férias, folgas e faltas, se não houver substituto / excedente, são pagas horas extras.

De acordo com as escalas de trabalho enviadas pela SES, a relação dos profissionais está praticamente completa, necessitando realizar horas extras somente em casos de falta, licenças ou folgas. A inspeção das equipes também revelou que os médicos fazem um intervalo de uma hora durante o expediente, contudo, sempre há no mínimo um em atendimento na sala de regulação. Sendo assim, a determinação está sendo cumprida de acordo com o previsto.

2.1.1.9 Exclusividade da linha 192 para o atendimento de urgências médicas

Determinação à SES - Garantir a utilização do número público gratuito 192 exclusivamente para o atendimento a urgências e emergências médicas, conforme Portaria n. 2.657/2004, Anexo, A Regulação Médica das Urgências, do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.10.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Nas Centrais Integradas o sistema EMAPE permite o controle mais rigoroso no uso das linhas externas. Há também a possibilidade do controle por meio de conta telefônica. Ainda no documento de Boas Práticas, Anexo 2 do Plano de Ação, consta a proibição de uso das linhas para fins particulares.	31/12/2009

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1929): Segundo a Secretaria, as Centrais de Regulação dispõem de linhas telefônicas diversas das que recebem as chamadas para o 192, as quais são utilizadas para a comunicação entre as equipes e realização de outras chamadas.

Análise

Em 2008 constatou-se que as linhas telefônicas que recebiam as ligações para o 192 de todas as Centrais de Regulação eram utilizadas para outros fins, inclusive para chamadas particulares.

O primeiro monitoramento demonstrou que a CR de Blumenau ainda não dispunha de linha livre dedicada para outras chamadas que não as do número 192 e, portanto, considerou que a determinação não havia sido atendida.

No segundo monitoramento, realizado em 2014, com base na observação do funcionamento das CRs, notou-se o uso particular da linha 192 somente na CR de Joaçaba, onde, em menos de 30 minutos, foram recebidas quatro ligações para o 192, as quais foram transferidas para o setor administrativo.

Observou-se, também, que as equipes das unidades móveis entram em contato com a CR por meio do 192, especialmente para submeter-se à regulação médica, evitando futura responsabilização em ação judicial, pois somente estas linhas são gravadas.

Segundo a pesquisa *on line* realizada no período de 17/07/2014 à 08/08/2014, a linha 192 é utilizada tanto para o contato entre as CRs e as equipes de atendimento como também entre as CRs e as unidades de saúde.

Apesar de o uso particular da linha ter sido verificado em somente uma das oito centrais de regulação, mantém-se a situação do contato das equipes pelo 192, situação que poderia ter sido resolvida com a gravação das comunicações realizadas pelas linhas dedicadas. Sendo assim, considera-se que a determinação foi parcialmente cumprida.

2.1.1.10 Disponibilidade das ferramentas de regulação na sala de regulação

Determinação à SES - Disponibilizar todas as ferramentas de regulação nas salas de regulação, conforme determina a Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU 192, item I, "a" a "i", do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.11.).

<p>Medidas Propostas:</p> <p>Como medida regulamentar, os fluxos das referências foram reencaminhados para os Coordenadores Regionais o Manual de Perguntas e Respostas, também estão disponíveis no sitio da SES e do SAMU as Deliberações da CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e do PDR (Plano Diretor de Regionalização) 2008 que orientam estes fluxos.</p>	<p>Prazo de implementação:</p> <p>Já executado</p>
---	---

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1926): Em sua manifestação, a SES alegou que já foi implantada a localização das USA por sistema GPS e está em implementação a instalação de um novo *software* de regulação dos chamados e atendimentos do SAMU, preservando e ampliando a integração com a Polícia Militar e Corpo de Bombeiros.

Análise

A auditoria constatou que a maior parte das ferramentas de regulação previstas na Portaria nº 2.657/2004 do Ministério da Saúde não estavam disponíveis nas salas de regulação. São elas:

I - Ferramentas de Regulação:

- a) mapas do Município e região de cobertura do serviço, onde estejam localizados os serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte inclusive privados, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outros;
- b) mapas do Município e região de cobertura do serviço, com as estradas e principais vias de acesso, registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso a cada local;
- c) listas de telefones de todos os serviços de saúde do Município ou região, além de outros setores envolvidos na assistência à comunidade;
- d) grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas, com informações efetivas sobre a composição e a capacidade operativa diária e horária da estrutura dos serviços, organizados em redes e linhas de atenção, hierarquizados por complexidade de resposta técnica. Essas grades deverão ser mantidas atualizadas diariamente pelos serviços, indicando e justificando se há impedimento de uso do potencial do serviço, ocasião em que os serviços comunicarão formalmente por escrito a alteração transitória de grade e, em caso de alteração definitiva, deverão comunicar com antecedência adequada ao comitê gestor das urgências e ao gestor municipal ou estadual competente;
- e) mecanismos de relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços auxiliares de diagnóstico, quando estas existirem ou criação e utilização de planilhas auxiliares com vagas/censos diários etc.;
- f) diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência;
- g) agenda de eventos;
- h) planos para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de resposta por

setores públicos e privados encarregados (planos de desastre com protocolos integrados entre todos os agentes públicos e privados responsáveis); e
i) manuais de normas e rotinas do serviço.

A situação melhorou no primeiro monitoramento com a disponibilização, por exemplo, de mapas dos municípios e região de cobertura, lista de telefone dos serviços de saúde da região, grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas e manuais de normas e rotinas dos serviços.

Neste monitoramento, os profissionais que atuavam nas salas de regulação foram questionados sobre a existência das ferramentas. De modo geral, percebeu-se que havia dificuldade em entender o que seriam os itens “d” (grade pactuada), “f” (diretrizes técnicas) e “i” (manuais de normas e rotinas).

O quadro abaixo mostra as ferramentas que existem em cada Central de Regulação, chegando-se a um percentual aproximado de 60%¹ de disponibilização:

Quadro 8: Ferramentas de regulação existentes nas Centrais de Regulação.

Central de Regulação	Chapecó	Balneário Camboriú	Fpolis	Joaçaba	Joinville	Lages	Criciúma	Blumenau
Mapas da região com os serviços de saúde	N	N	S	N	S	S	N	N
Mapas da região com as vias e barreiras	S	N	S	N	S	S	N	S
Listas de telefones de todos os serviços de saúde e assistência à comunidade	S	S	N	S	S	S	S	S
Grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas com a composição e a capacidade operativa diária e horária dos serviços de saúde	S	N	N	S	S	S	S	N
Mecanismos de relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços auxiliares de diagnóstico	S	N	S	S	N	N	N	N
Diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência	N	S	S	N	N	S	S	S
Agenda de eventos	S	S	S	S	S	S	S	S
Planos para manejo de situações complexas	N	N	N	N	N	N	N	S
Manuais de normas e rotinas do serviço	N	S	S	N	S	S	S	S

Fonte: TCE/SC.

Observou-se que os mapas dos municípios abrangidos são acessados pela *internet (google maps)* e também há um sistema informatizado,

¹ Memória de cálculo: 8 centrais de regulação X 9 ferramentas = 72 ferramentas, sendo que 43 foram implementadas (59,72%) e 29 não foram disponibilizadas (40,28%).

denominado Chronos, que faz o rastreamento das USAs e mostra as vias de todo o Estado. O mapa visualizado na internet pode ser enviado ao *tablet* disponível na USA.

As listas de telefones dos serviços de saúde só não foram encontradas na CR de Florianópolis, podendo ser acessadas via *internet*, e todas as CRs são comunicadas sobre a ocorrência de eventos que podem gerar o acúmulo de pessoas.

Já com relação às grades pactuadas, apesar de quatro CRs ter informado que as possui, estas não contêm a capacidade operativa diária e horária. Com relação à central de leitos hospitalares, o Estado de Santa Catarina possui central apenas para os leitos de UTI (Portaria nº 835/2009 da SES) e não cabe aos médicos do SAMU acionar esta central, vez que trabalham com o conceito de vaga zero.

As diretrizes técnicas e os manuais de normas e rotinas do serviço, foram encontrados em cinco e seis CRs, respectivamente; em geral, os profissionais usam os documentos disponíveis via *internet* no site do SAMU-SC.

Por fim, o plano de manejo para situações complexas é um documento que deve ser construído pelo Estado, envolvendo diversos órgãos, não cabendo, portanto, exclusivamente à Secretaria de Estado da Saúde.

Diante do exposto, entende-se que a maioria das ferramentas de regulação foi disponibilizada aos profissionais que atuam nas centrais, concluindo-se que a determinação foi cumprida.

2.1.1.11 Registro de todos os trotes

Determinação à SES - Efetuar o registro de todos os trotes identificados, em função do que consta na Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU-192, item II, b, do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.12.).

<p>Medidas Propostas:</p> <p>Reorientar equipes quanto à diferença de trote x informação. Reforçado orientação às Centrais de Regulação e Integradas quanto ao registro de trotes através da CI 784/2009.</p>	<p>Prazo de implementação:</p> <p>Já executado</p>
--	---

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A Secretaria de Estado da Saúde não se manifestou acerca deste item no último relatório encaminhado.

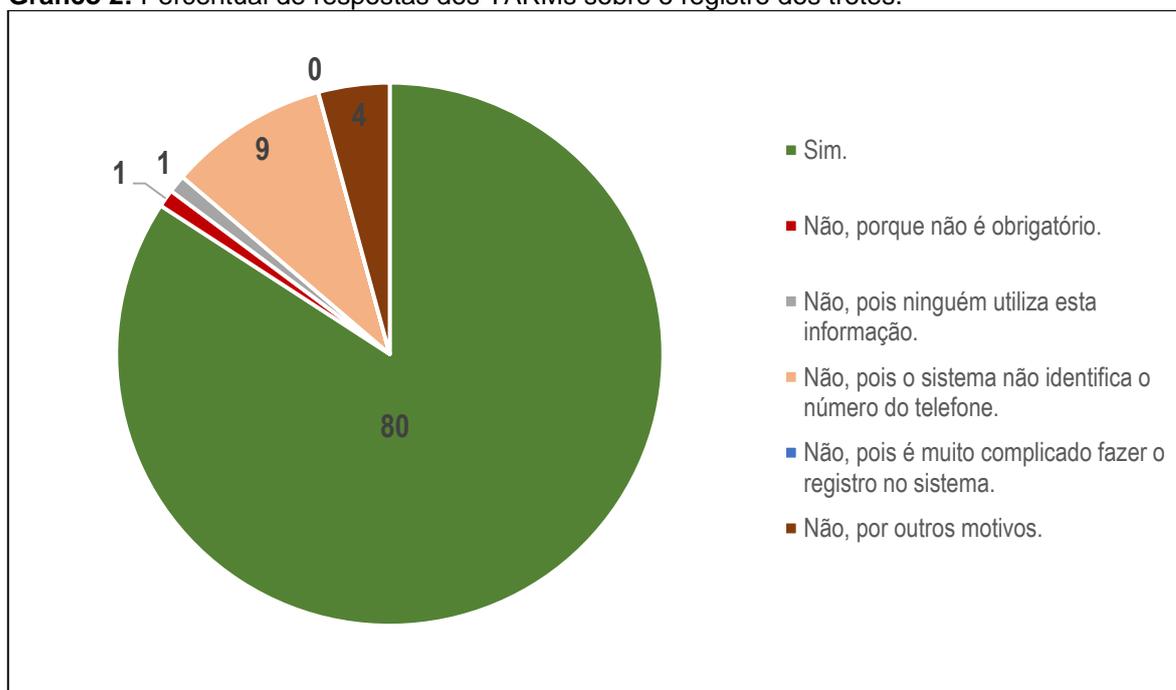
Análise

Para dimensionar a quantidade de trotes recebidos pelo número de emergência 192 é fundamental que estas ocorrências sejam devidamente registradas no sistema informatizado para fins de estatística e adoção de providências. Porém, isto não estava ocorrendo em 2008, quando da execução da auditoria. O motivo identificado na época foi a existência de aparelhos telefônicos sem identificador de chamadas e desmotivação dos profissionais, decorrente do elevado número de trotes e da falta de ações para coibi-los.

A equipe que realizou o monitoramento em 2011 considerou cumprida a determinação após observar o funcionamento de quatro Centrais de Regulação e entrevistar seus coordenadores. Nos locais visitados, o sistema informatizado utilizado facilitou o registro dos trotes, bastando que o TARM acionasse apenas uma tecla para o registro automático do número de telefone que originou a chamada.

A pesquisa eletrônica realizada neste segundo monitoramento apontou que 85% dos 94 TARMs que responderam o questionário registra todos os trotes.

Gráfico 2: Percentual de respostas dos TARMs sobre o registro dos trotes.



Fonte: TCE-SC, com base na pesquisa *on line*.

A observação da atuação de profissionais das oito centrais de regulação realizada em 2014 identificou o registro de todos trotes pelos TARMs.

Sendo assim, entende-se que a determinação foi cumprida.

2.1.1.12 Disponibilidade de equipamentos e sistema informatizado

Determinação à SES - Disponibilizar equipamentos e sistema informatizado de dados e de gravação de voz nas Centrais de Regulação de Lages e de Joaçaba, conforme determina a Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais SAMU-192, item I, "g" e "h", do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.13.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Com a integração de Lages que aconteceu em 26/09/2009, os equipamentos e sistema informatizado já foram disponibilizados. Em Joaçaba, também, já foi informatizado no mês de setembro de 2009.	Já executado

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A Secretaria de Estado da Saúde não se manifestou acerca deste item no último relatório encaminhado.

Análise

As Centrais de Regulação de Lages e Joaçaba registravam manualmente as ocorrências recebidas, em 2008, pois não dispunham de equipamentos de informática para todos os profissionais e as chamadas recebidas não eram gravadas, situações que não atendem a estrutura mínima prevista para o SAMU na Portaria nº 2.657/2004.

A inspeção realizada em 2011 constatou que a situação foi sanada pela SES.

A SPDM informou no primeiro relatório de atividades (ago-out/2012) que todas as CRs foram modernizadas no que diz respeito à informatização, inclusive relata que a “Central de Joaçaba teve toda a sua infraestrutura refeita devido à precariedade em que se encontrava o datacenter do SAMU” (fl.2210).

A inspeção realizada no segundo monitoramento nestas duas Centrais de Regulação detectou que foi instalado sistema informatizado em ambas.

Quanto à gravação de voz, na CR de Lages verificou-se que eram realizadas as gravações das comunicações via rádio e telefone fixo, devidamente confirmadas pela equipe de auditoria. Já na CR de Joaçaba, o coordenador administrativo informou que ocorria somente a gravação das comunicações telefônicas, porém, a equipe não pode ouvi-las, pois somente o coordenador médico tem acesso às gravações e não compareceu à central nos dias de inspeção (26 e 27/06/2014).

De todo modo, considerando-se presumida a verdade das informações fornecidas pelo coordenador administrativo, conclui-se pelo cumprimento da determinação.

2.1.1.13 Gravação das comunicações efetuadas

Determinação à SES - Gravar todas as comunicações efetuadas via rádio e telefone das salas de regulação, conforme Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais SAMU-192, item I, "g", do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.14.).

Medidas Propostas: Com a Integração, o sistema atual será substituído pelo sistema próprio integrado com o sistema EMAPE da Polícia Militar. Apenas Joaçaba funcionará com sistema próprio da Secretaria.	Prazo de implementação: 31/12/2009
--	--

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1926): Em sua manifestação, a SES alegou a SPDM iria instalar novo sistema para garantir o atendimento da determinação, em especial na CR de Joaçaba, onde as gravações ainda não estavam ocorrendo.

Análise

A auditoria encontrou diversas situações de gravação de voz das comunicações com as Centrais de Regulação. Em nenhuma era realizada a gravação das comunicações via rádio. Já para as realizadas via telefone, somente em Balneário Camboriú ocorria de forma contínua. Em Criciúma, havia gravação apenas dos atendimentos realizados pelo TARM, em Florianópolis apenas um telefone tinha o equipamento que permitia a gravação e em Chapecó não se tinha conhecimento se ocorria ou não a gravação das comunicações por telefone.

O monitoramento realizado em 2011 concluiu que todas as CRs visitadas dispunham de equipamentos para a gravação das comunicações, porém ainda havia central em que não ocorria a gravação, conforme informações repassadas pela SES.

Em 2014, a entrevista com os coordenadores das Centrais de Regulação evidenciou que as gravações ocorriam tanto das comunicações via rádio e telefone em cinco das oito CRs (Blumenau, Balneário Camboriú, Criciúma, Lages e Joinville). Nas demais, as gravações se limitavam as comunicações por telefone (Chapecó, Joaçaba e Florianópolis). Em ambas as situações, foi possível

ouvir e confirmar a ocorrência das gravações, exceto em Joaçaba, por motivo citado no item 2.1.1.12.

Como as gravações via rádio não foram integralmente implementadas, entende-se que a determinação foi parcialmente cumprida.

2.1.1.14 Sistema informatizado de dados que possibilite à produção de indicadores

Determinação à SES - Disponibilizar sistema de dados informatizado adaptado às necessidades do SAMU, em todas as Centrais de Regulação, de forma a agilizar o atendimento das salas de regulação, emitir relatórios com os indicadores solicitados pela Portaria n. 1.864/2003, Anexo, item 1, do Ministério da Saúde, e outros que sirvam de fonte de informações para a gestão do serviço (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.15.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Com a integração o sistema atual será substituído pelo EMAPE, da Polícia Militar. Após a integração nas Centrais (previsão para 31/12/2009), apenas Joaçaba funcionará com sistema próprio da SES.	31/12/2009

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1929): A SES informou que está sendo finalizada a implantação de novo software de regulação do SAMU em todas as CR do Estado.

Análise

O sistema informatizado utilizado na época da auditoria não permitia a emissão de relatórios úteis para a gestão do serviço, tampouco gerava todos os indicadores solicitados pelo Ministério da Saúde. Além disso, existiam vários campos e telas que não eram preenchidos por serem considerados desnecessários para o atendimento. Por fim, os profissionais das CRs informaram que era frequente a indisponibilidade (queda) do sistema, situação que foi confirmada na inspeção.

A situação encontrada no primeiro monitoramento não foi diferente da que foi relatada na auditoria.

Para o segundo monitoramento, destaca-se que a Portaria Ministerial nº 1.864/2003 foi revogada em 2011 pela Portaria nº 2.026, sendo que esta foi revogada pela Portaria nº 1.010/2012. Esta última traz no art. 2º, parágrafo único, que os indicadores do SAMU são:

- I – número geral de ocorrências atendidas no período;
- II – tempo mínimo, médio e máximo de resposta;
- III – identificação dos motivos dos chamados;
- IV – quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB);
- V – localização das ocorrências;
- VI – idade e sexo dos pacientes atendidos;
- VII – identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;
- VIII – identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;
- IX – pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

A SPDM implantou sistema informatizado em todas as Centrais do SAMU-SC, conforme constatou-se nas inspeções realizadas no segundo monitoramento. A observação da atuação dos profissionais que atuam nestas centrais demonstrou que o sistema é de fácil uso e não ocorreram problemas durante a inspeção (como identificado na auditoria em 2008), tampouco foram relatados pelos coordenadores e demais funcionários da organização social.

A empresa também emite relatórios periódicos com indicadores de produção e qualidade, os quais são encaminhados para a SES. Inclusive, o pagamento dos serviços contratados tem parte variável, calculada com base em indicadores de qualidade. O segundo termo aditivo ao Contrato de Gestão nº 002/2012 (fls. 2301-2306) estabelece os seguintes indicadores: 1) qualidade da informação; 2) atenção ao usuário; e 3) capacitação de pessoal. O primeiro indicador se desdobra em treze, a saber:

- a) número geral de ocorrências atendidas no período;
- b) tempo resposta para entrada de ambulância em código 1;
- c) tempo médio total de regulação código 1;
- d) identificação dos motivos dos chamados;
- e) quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de unidade de suporte avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB);

- f) localização das ocorrências;
- g) idade e sexo dos pacientes atendidos;
- h) identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;
- i) pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento;
- j) quantitativo ideal de recursos humanos;
- k) mortalidade;
- l) tempo médio total de regulação dos demais casos;
- m) tempo médio total de atendimento das Unidades de Suporte Avançado.

Nota-se, portanto, que a SPDM replicou os indicadores da Portaria nº 1.010/2012, acrescentando outros, conforme observa-se nos relatórios de atividades da organização social às folhas 3365 a 3546. Com relação ao tempo de resposta, a organização levanta outros não estabelecidos pela portaria ministerial, como tempo resposta para entrada da ambulância em código vermelho (1), mas não atende o item II que trata dos tempos mínimo, médio e máximo de resposta.

Diante da implantação de sistema informatizado em todas as centrais de regulação e da existência de grande maioria dos indicadores determinados na nova legislação, conclui-se que a determinação foi cumprida.

2.1.1.15 Linha direta e frequência de rádio para comunicação entre os atores

Determinação à SES - Disponibilizar linha direta (ou linha dedicada) e frequência de rádio exclusiva para comunicação entre os atores, conforme Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências - Centrais SAMU-192, item I, f, do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.16.).

<p>Medidas Propostas:</p> <p>Estão sendo realizados testes de rádio <i>trunked</i> no Planalto para cobertura das áreas de sombra. Estamos aguardando parecer da empresa e dos interessados para ampliar a cobertura de rádio no Estado, já que o SAMU atende os 293 municípios podendo ocorrer uma situação de urgência em toda a extensão territorial, tornando a cobertura de rádio um desafio. Em reunião com a empresa Brasil Telecom em data de 27/10/2009, solicitamos orçamento para linha dedicada tipo 0800.</p>	<p>Prazo de implementação:</p> <p>30/04/2010</p>
---	---

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1926): Segundo a Secretaria, a SPDM disponibilizou telefones celulares para todas as equipes e manteve a utilização dos rádios, como parte do contrato de gestão.

Análise

As Centrais de Regulação devem dispor de três linhas dedicadas para contato com os serviços de saúde, bombeiros, polícias, dentre outros; frequência de rádio exclusiva para comunicação entre o SAMU-192 e os bombeiros, polícia e serviços privados; e cada unidade móvel deverá contar com no mínimo dois sistemas de comunicação: telefonia móvel (celular) e radiocomunicador, evitando-se assim ao máximo ficar sem comunicação com a central de regulação. A exigência de comunicação direta entre os atores envolvidos nos atendimentos de urgência e emergência está prevista na Portaria nº 2.657/2004 do MS e detalhada no Plano Estadual de Atenção às Urgências.

Verificou-se na auditoria que somente a CR de Joinville tinha linha dedicada, mas somente uma era de uso exclusivo para comunicação com as ambulâncias. Os demais atores desta CR entravam em contato com a Central através do número 192. Isto ocorria, também, com todos os profissionais do SAMU e demais atores nas outras sete Centrais de Regulação do Estado. Em nenhuma central do SAMU ocorria a comunicação via rádio.

A determinação foi considerada parcialmente atendida no primeiro monitoramento, pois apenas uma das quatro centrais visitadas ainda não dispunha de linha dedicada e todas tinham equipamento para comunicação via rádio. A equipe identificou, também, que as linhas dedicadas não estavam sendo

utilizadas porque não havia celular nas ambulâncias e o rádio também não era usado por causa da má qualidade do sinal.

Segundo a SES, a falta de celulares nas ambulâncias foi sanada pela SPDM, informação contida no relatório de atividades da empresa à fl. 2211 e confirmada na inspeção do segundo monitoramento.

Todas as Centrais de Regulação dispõem de telefone celular e outra linha dedicada na mesa do rádio-operador para contato com as unidades móveis, assim como todas as CRs e USAs têm equipamento para comunicação via rádio. Contudo, o rádio não é utilizado na regulação médica em decorrência da abrangência reduzida e má qualidade do sinal, mas, principalmente, da sua vulnerabilidade, podendo ser “copiado” ou ouvido por terceiros, o que violaria o sigilo médico.

Em geral, as linhas dedicadas são utilizadas somente para comunicação do posicionamento e situação das unidades móveis, como saída da base, chegada no local da ocorrência, entre outros. Os demais atores acionam a sua própria central, no caso de Polícia Militar, ou o número 192.

Constatou-se, portanto, no segundo monitoramento, que foram disponibilizadas as ferramentas de comunicação exigidas na determinação, sendo que seu uso está restrito.

Diante disso, entende-se que a determinação foi cumprida.

2.1.1.16 Comunicação entre as equipes de intervenção e a sala de regulação

Determinação à SES - Garantir a comunicação entre as equipes de intervenção e as Centrais de Regulação, através da instalação de antenas e repetidoras para comunicação via rádio, conforme o Plano Estadual de Atenção a Urgências, item 12.2.8, ou outro meio técnica, econômica e operacionalmente viável (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.17.).

<p>Medidas Propostas:</p> <p>Estão sendo realizados testes de rádio <i>trunked</i> no Planalto para cobertura das áreas de sombra. Em reunião com a empresa Sinal Verde fomos orientados que o investimento em relação às antenas repetidoras não é pertinente haja vista que as antenas utilizadas são próprias ou cedidas e não geram ônus para o Estado. Em relação à cobertura das áreas de sombra, tanto rurais como as urbanas, providenciamos instalações de links, porém o SAMU atende os 293 municípios podendo ocorrer uma situação de urgência em toda a extensão territorial, tornando a cobertura de rádio um desafio. Alternativa é a telefonia via satélite, porém é necessária a realização de estudo para avaliar o custo x benefício.</p>	<p>Prazo de implementação:</p> <p>Contínuo</p>
--	---

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1929): A SES alega que este é um processo contínuo e que a ANATEL recomenda a utilização de sistemas digitais, o que traz um aumento considerável de custo para implantação e manutenção. Informa, ainda, que o Corpo de Bombeiros não mudará seu sistema, portanto a adoção de um novo pelo SAMU implicaria na falta de integração de comunicação entre as duas corporações. Por fim, menciona que novas repetidoras para regiões de sombra da Grande Florianópolis estavam orçadas e em processo de autorização de compra com recursos QUALISUS.

Análise

Em 2008, as Centrais de Regulação contavam com equipamentos de radiocomunicação, mas eram subutilizados devido à baixa cobertura e má qualidade do sinal.

O Plano Estadual de Atenção às Urgências dimensiona a rede de torres de transmissão e repetidoras para garantir a comunicação via rádio, sendo 64 torres – oito em cada CR – e 20 repetidoras. Entretanto, havia apenas 26 torres e 18 repetidoras instaladas no Estado.

A determinação não foi cumprida até o primeiro monitoramento, em 2011, inclusive, houve redução na quantidade de antenas (passou de 26 para 12) e repetidoras (reduziu de 18 para 14).

A SES alega, em seu relatório de acompanhamento para o segundo monitoramento, que tem buscado a instalação de mais torres de transmissão,

mas que esta não é a melhor solução para o problema de comunicação e que a ANATEL recomenda a utilização de sistemas digitais, mas estes sistemas são muito caros. Ao ser questionada sobre a quantidade de antenas, a SES informou que há apenas uma antena em cada CR e não informou a quantidade de repetidoras.

Entretanto, a determinação para instalação de antenas e repetidoras se deu, principalmente, no intuito de disponibilizar mais um meio de comunicação para a regulação médica, o que não ocorre devido ao sigilo médico.

Inclusive, o não cumprimento da determinação 6.2.1.18, que exigia a disponibilização de equipamentos de radiocomunicação para os médicos realizarem a regulação médica, foi considerada justificada na Decisão nº 1.102/2012.

Sendo assim, não há porque a SES investir na instalação de antenas e repetidoras para o uso limitado que vem ocorrendo da comunicação via rádio. Por este motivo, entende-se que a determinação está prejudicada.

2.1.1.17 Regulação médica via rádio

Determinação à SES - Disponibilizar equipamentos de radiocomunicação para os médicos reguladores que permitam a regulação médica via rádio de todas as equipes em atendimento, conforme determina a Portaria n. 2.048/2002, Capítulo IV, do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.18.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
A regulação médica por rádio fica limitada em respeito ao sigilo médico, já que o rádio não é codificado, conforme fundamentação legal constante do Código de Ética Médica e no item 6 da Declaração de Tel Aviv: Independentemente do sistema de tele medicina que utiliza o médico os princípios da ética médica a que está sujeita mundialmente a profissão, nunca devem ser comprometidos.	Justificado

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A Secretaria de Estado da Saúde não se manifestou acerca deste item no último relatório encaminhado.

Análise

A auditoria apontou que havia descumprimento da Portaria nº 2.048/2002, do Ministério da Saúde, decorrente do não uso de equipamentos de rádio para a regulação médica. Isso ocorria tanto pela falta de equipamentos disponíveis aos médicos-reguladores quanto pela má qualidade do sinal de rádio.

A equipe que realizou o primeiro monitoramento considerou a alegação da Secretaria de Estado da Saúde de que a regulação médica por rádio viola o sigilo médico, vez que o sinal de rádio do SAMU não é codificado, e considerou justificado o não cumprimento da determinação.

Neste último relatório parcial não foi apresentada qualquer manifestação pela SES, decorrente da Decisão nº 1.102/2012, referente ao primeiro monitoramento, a qual considerou prejudicada a ação prevista no item 6.2.1.18 da Decisão nº 2.709/2009. Mantendo coerência com o item anterior, entende-se que a determinação está prejudicada.

2.1.1.18 Telefones móveis para as ambulâncias

Determinação à SES - Disponibilizar telefones móveis (celulares) para todas as ambulâncias USA e USB, programados de forma a utilizarem as linhas dedicadas das CRs, a fim de evitar o congestionamento das linhas 192 e agilizar o atendimento das equipes intervencionistas, conforme previsto no Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.2.8, “o” (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.19.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Foi realizada a distribuição de celulares para todas as USAs.	Já realizado.

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fls. 1929/1930): A manifestação da SES acerca deste item não faz correlação com o mesmo, pois trata de novo critério de implantação do SAMU e de solicitação de novas unidades móveis.

Análise

A auditoria constatou que as unidades de suporte avançado de Lages não tinham aparelho celular fornecido pelo Estado e, em Chapecó, havia ambulâncias com aparelhos fora de funcionamento. Em ambas as situações, os funcionários eram obrigados a utilizarem o telefone particular para contato com a Central de Regulação. Apesar de constar que havia celular nas ambulâncias das demais centrais, o contato entre as equipes ocorria pelo número gratuito 192.

Em 2011, foi verificado que somente as unidades móveis de Florianópolis dispunham de celulares fornecidos pelo Estado, sendo que as demais equipes usavam aparelhos particulares. A situação de uso das linhas 192 para contato entre a regulação médica e a equipe intervencionista se mantinha.

A SPDM colocou no seu primeiro relatório de atividades que adquiriu 60 celulares e entregou aos coordenadores das centrais de regulação. Cabe ressaltar que as Unidades de Suporte Básico – USB não são responsabilidade da SES, mas dos poderes municipais e, portanto, cabe a SES disponibilizar telefones somente às USAs.

Em todas as bases visitadas neste monitoramento, os profissionais informaram que as unidades móveis possuem telefone celular fornecido pela SPDM, o qual é utilizado para contato com a CR, porém, em geral, ligam para o 192, em virtude da gravação desta comunicação.

Ao observar o funcionamento das CRs e questionar os profissionais que lá atuam, constatou-se que as USAs têm preferência pelo uso do 192. Já as USBs sempre utilizam o 192, por ser uma ligação gratuita, vez que a maioria delas não dispõe de telefone celular fornecido pelos municípios, obrigando os profissionais a utilizar seus próprios aparelhos. Não foi observado congestionamento das linhas decorrente das ligações das equipes móveis, até porque a transferência para o médico regulador se dá de forma muito ágil, liberando a linha rapidamente.

Pelo aqui descrito, considera-se cumprida a determinação.

2.1.1.19 Equipamentos de identificação de chamadas

Determinação à SES - Disponibilizar equipamentos de identificação de chamadas em todos os telefones que recebem ligações para o 192, conforme o Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.2.8, d, ou sistema informatizado que execute a captura automática dos números de telefone (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.20.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Já existem equipamentos para identificação de chamadas no programa das Centrais Integradas e nas Centrais da SES.	31/12/2009

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A Secretaria de Estado da Saúde não se manifestou acerca deste item no último relatório encaminhado.

Análise

Na execução da auditoria foram identificados equipamentos telefônicos sem identificador de chamadas nas CRs de Florianópolis e Lages. Em Blumenau os identificadores não apresentavam o número de ligações oriundas de algumas operadoras de telefonia celular. Já a CR de Balneário Camboriú, integrada com a Polícia Militar, utilizava o sistema da PM que fazia a identificação e captura automática do número de telefone que originou a chamada.

Todas as centrais de regulação visitadas no primeiro monitoramento possuíam telefones com identificador de chamada e, portanto, a determinação foi considerada cumprida.

A inspeção realizada neste monitoramento confirmou a situação encontrada em 2011, com identificador de chamadas em todos os aparelhos telefônicos das CRs, sem a captura automática do número que originou a ligação.

Nas centrais de Chapecó, Criciúma, Lages e Joaçaba os TARMs informaram que acontece casos em que não é possível identificar o número do telefone que originou a chamada, mas isto não chega a causar problemas, pois questionam ao solicitante.

Sendo assim, a determinação foi cumprida.

2.1.1.20 Acompanhamento e avaliação das ações do SAMU através de indicadores de desempenho

Determinação à SES - Acompanhar e avaliar as ações do SAMU por intermédio da apresentação trimestral de casuística e de indicadores de desempenho exigidos na Portaria n. 1.864/2003, Anexo, item A, do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.21.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Os relatórios estatísticos são elaborados e encaminhados mensalmente a CGUE do Ministério da Saúde. Com a integração das CR o detalhamento exigido pela Portaria será viável.	31/12/2009

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1930): Menciona a SES que a SPDM deve apresentar, mensalmente, relatórios com número de atendimentos e, trimestralmente, com chamadas, atendimentos, tempo-resposta, tempo médio de regulação, satisfação do usuário e capacitação de pessoal.

Análise

A SES não apresentou à equipe de auditoria a comprovação de encaminhamento trimestral, ao Ministério da Saúde, dos indicadores de desempenho do SAMU exigidos pela Portaria nº 1.864/2003.

Em 2011 ainda mantinha-se a situação, porque os sistemas informatizados utilizados nas centrais de regulação não extraíam relatórios com os indicadores solicitados pelo MS e a compilação manual dos dados é um trabalho árduo e demorado.

A SPDM opera o SAMU desde agosto de 2012 e o Contrato de Gestão nº 002/2012, no anexo técnico III (fls. 2158/9), exige a apresentação trimestral de indicadores pela organização social a SES, os quais serão analisados com a finalidade de mensurar o pagamento da parcela variável do contrato.

Os relatórios contendo os indicadores produzidos trimestralmente pela SPDM desde 2012 a 2014 foram apresentados no segundo monitoramento, em meio eletrônico (fl.3879)

Além disso, a Portaria nº 1.864/2003 foi revogada e a Portaria vigente nº 1.010/2012 apresenta indicadores diferentes daqueles e não exige o encaminhamento trimestral ao MS.

Sendo assim, considera-se cumprida a determinação.

2.1.1.21 Documento conjunto SES/SSP de pactuação sobre os atendimentos de urgência e emergência

Determinação à SES - Elaborar documento conjunto com a SSP de pactuação contendo quais atendimentos necessitam da atuação conjunta da Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros e do SAMU e quais as funções/competências de cada profissional na cena da ocorrência, em atendimento à Portaria n. 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1, do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.22.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
O Termo de Cooperação Técnico-Operacional nº 18.137/2008-4, celebrado entre a SES e a SSPDC, regulamenta o funcionamento das Centrais de Regulação do SAMU de SC nas instalações da Central Regional de Emergências. Foi assinado em setembro de 2008 e está vigente.	Imediato

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1927): Alega a SES que o Plano de Atenção a Rede de Urgências e Emergências dará subsídios para estruturar o documento.

Análise

A auditoria constatou que, apesar de haver a previsão de atuação conjunta entre SAMU, polícias e bombeiros na Portaria nº 2.048/2002 e no Plano Estadual de Atenção às Urgências, na prática isto não acontecia.

O primeiro monitoramento considerou cumprida a determinação ao analisar a Instrução Normativa nº 003/CECRE/2010 elaborada pela SES e SSP.

De acordo com o artigo 1º, este documento define “os protocolos para ativação da Central Regional de Emergências e protocolos de gerenciamento de ocorrências para atendimento pré-hospitalares de urgências e emergências, entre Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e SAMU” (fl. 336).

Retira-se da resposta da SES para este segundo monitoramento que a IN nº 003/CECRE/2010 não atendeu integralmente a determinação, pois alega que o cumprimento se dará após a elaboração do Plano de Atenção a Rede de Urgências e Emergências. Contudo, ao solicitar-se este documento à Secretaria de Estado, foram encaminhados planos de ação regionais das redes de atenção às urgências. Entende-se que estes planos regionais serão analisados para posterior elaboração do plano estadual, todavia não há menção, naqueles documentos, da atuação conjunta dos atores citados na determinação.

A Instrução Normativa nº 003/CECRE/2010 elaborada pela SES e SSP apresenta quais casos competem ao SAMU, PM ou CBMSC, deixando a cargo do médico do SAMU e equipes multidisciplinares o gerenciamento, no local, das ocorrências com múltiplas vítimas.

Pelo exposto, acompanha-se o entendimento do primeiro monitoramento, concluindo-se pelo cumprimento da determinação.

2.1.1.22 Salas de conforto para as equipes da sala de regulação

Determinação à SES - Disponibilizar salas de conforto para as equipes das salas de regulação, conforme determina a Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências - Centrais SAMU-192, item II, c, do Ministério da Saúde; sendo contíguas à sala de regulação e de uso extensivo a todos os profissionais que nela atuam, conforme consta do Plano Estadual de Atenção às Urgências (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.23.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Todas as Centrais Integradas e bases descentralizadas seguem padronização da estrutura e do mobiliário visando conforto das equipes.	31/12/2009

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A Secretaria de Estado da Saúde não se manifestou acerca deste item no último relatório encaminhado.

Análise

As Centrais de Regulação do SAMU devem dispor de sala de conforto para as equipes, conforme estabelece a Portaria nº 2.657/2004 e o Plano Estadual de Atenção às Urgências.

Em 2008, não havia esta sala nas centrais de Balneário Camboriú e Criciúma; na CR de Chapecó apenas os médicos podiam utilizar a área de conforto; em Joaçaba, Joinville e Florianópolis havia um espaço para conforto dentro da própria central de regulação, sendo que as duas últimas ainda possuíam sala de conforto em local distante da central; e em Lages e Chapecó havia salas de conforto contíguas às centrais.

As cinco centrais de regulação visitadas no primeiro monitoramento – Balneário Camboriú, Blumenau, Florianópolis, Joinville e Lages - tinham a sala de conforto para as equipes, portanto, considerou-se cumprida a determinação.

Em 2014, observou-se que todas as CRs possuem sala de conforto; em três delas não são contíguas: Blumenau, Chapecó e Lages. Nas duas primeiras a sala de regulação fica no primeiro andar do prédio e a de conforto fica no térreo e, em Lages, a sala de conforto é bem próxima à sala de regulação.

Ainda, todos os profissionais têm acesso à sala, porém os médicos é que fazem maior uso, pois fazem carga horária diária de 12 horas, enquanto que TARM e rádio-operadores fazem seis horas diárias.

Desta forma, entende-se que a determinação cumprida.

2.1.1.23 Farmacêutico responsável pelo almoxarifado de medicamentos

Determinação à SES - Definir farmacêutico responsável para cada almoxarifado de medicamentos das Centrais de Regulação e Bases Descentralizadas do SAMU, conforme estabelecem a Lei (federal) n. 6.360/1976, art. 2º, c/c art. 53, e a Lei (estadual) n. 6.320/1983, art. 61, § 1º (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.24.).

<p>Medidas Propostas:</p> <p>Existe um farmacêutico responsável por todas as unidades do SAMU lotado na Gerência Estadual. Em cada unidade do SAMU cabe ao Coordenador de Enfermagem a responsabilidade pelos almoxarifados. O treinamento necessário é realizado pela Farmacêutica da Gerência Estadual.</p>	<p>Prazo de implementação:</p> <p>Imediato</p>
--	---

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A Secretaria de Estado da Saúde não se manifestou acerca deste item no último relatório encaminhado, porém, em resposta ao item 6.2.1.26 (fl. 1930), aduz que foram contratados farmacêuticos responsáveis pelas bases descentralizadas da região.

Análise

As centrais de regulação e as bases descentralizadas devem dispor de local para guarda de materiais e medicamentos controlados, atendendo os critérios legais e sanitários vigentes, sendo que cada local deve contar com um farmacêutico responsável, com a inscrição da responsabilidade técnica no Conselho Regional de Farmácia. Esta situação ocorria apenas na CR de Florianópolis, quando da execução da auditoria.

O primeiro monitoramento revelou situação idêntica a encontrada na auditoria, em que apenas Florianópolis contava com farmacêutico responsável. Nas demais centrais visitadas, o controle dos medicamentos ficava sob a responsabilidade do coordenador de enfermagem. Apesar disso, a conclusão há época foi pelo cumprimento da determinação.

No segundo monitoramento, em 2014, constatou-se que há um farmacêutico em cada mesorregião, com responsabilidade técnica pelas farmácias da central de regulação e bases descentralizadas. Verificou-se, também, que a maior parte do estoque de medicamentos é concentrado na CR e as bases tem reposição temporária, dependendo da distância em que se encontra da central.

A SES encaminhou a certidão de regularidade, emitida pelo Conselho Regional de Farmácia, contendo o nome do responsável técnico de cada Central de Regulação (fls. 3576-3584).

Apesar de as bases descentralizadas não contarem com a presença ininterrupta de um farmacêutico, este profissional realiza visitas periódicas às

bases. Além disso, a inspeção nas farmácias, tanto das CRs quanto das bases, revelou que os locais estão em boas condições, em especial, se comparadas às condições encontradas em 2008, na execução da auditoria.

Por fim, destaca-se que o enfermeiro que compõe a equipe da USA é o profissional responsável pela guarda dos medicamentos na base, mantendo o controle da temperatura e umidade da farmácia e a segurança no acesso aos medicamentos controlados.

Por todo o exposto, considera-se que a determinação foi cumprida.

2.1.1.24 Treinamento de profissional responsável pelo almoxarifado de medicamentos

Determinação à SES - Disponibilizar e treinar profissional responsável em cada almoxarifado de medicamentos das Centrais de Regulação e Bases Descentralizadas do SAMU, mediante orientações do farmacêutico responsável (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.25.).

Medidas Propostas: Em cada unidade do SAMU cabe ao Coordenador de Enfermagem a responsabilidade pelos almoxarifados. O treinamento necessário é realizado pela Farmacêutica da Gerência Estadual.	Prazo de implementação: 31/07/2010
---	--

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1930): A Secretaria de Estado da Saúde informou que o quadro de recursos humanos previsto no contrato de gestão supre as funções da determinação.

Análise

Além da ausência de farmacêutico em sete das oito centrais de regulação, a auditoria constatou que também não havia outro profissional responsável pela guarda de materiais e medicamentos controlados nestes locais. A situação manteve-se igual quando do primeiro monitoramento.

Já no segundo monitoramento, cada mesorregião conta com um farmacêutico, ao qual compete o controle dos medicamentos das bases que

compõem a região. De modo geral, observou-se a guarda de medicamentos em maior quantidade em uma farmácia da central de regulação e um estoque menor nas bases.

Como mencionado no item anterior, a guarda dos medicamentos nas bases fica sob a responsabilidade do enfermeiro que compõe a equipe da USA, o qual também faz o controle diário da temperatura e umidade, a cada troca de plantão. A inspeção das farmácias demonstrou que, em sua maioria, estão em bom estado de conservação e organização, permitindo-se concluir que a determinação foi cumprida.

2.1.1.25 Adequação dos almoxarifados de medicamentos e inspeção pela Vigilância Sanitária

Determinação à SES - Fazer a adequação dos almoxarifados de medicamentos das Centrais de Regulação e das Bases Descentralizadas à legislação sanitária, em obediência à Lei (estadual) n. 6.320/1983, art. 61, § 1º, e solicitar inspeção da Vigilância Sanitária para confirmação da adequação do local (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.26.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
A adequação física ocorrerá gradativamente após visita dos responsáveis (Coordenador Estadual de Enfermagem e Farmacêutica) as Unidades do SAMU. Com a conclusão da adequação, solicitamos inspeção da VISA.	30/08/2010

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1930): A SES alega no último relatório encaminhado que os almoxarifados e farmácias das CRs e Bases Descentralizadas já foram adequadas.

Análise

A auditoria apontou centrais de regulação com farmácias inadequadas à legislação sanitária. Na CR de Blumenau foram encontradas caixas de medicamentos diretamente no piso, em Chapecó havia caixas encostadas em paredes úmidas, com mofo e tinta descascando e nas CRs de

Balneário Camboriú, Joaçaba, Joinville e Lages os materiais de limpeza eram armazenados junto dos medicamentos.

Estes problemas não mais existiam em 2011, contudo não foi comprovada pela SES a solicitação de inspeção da vigilância sanitária para atestar a regularidade da estocagem de medicamentos nas centrais e bases descentralizadas do SAMU, o que levou a conclusão de que a determinação não tinha sido cumprida.

A Secretaria aduz em seu último relatório que a situação estava normalizada, entretanto não juntou provas aos autos que comprovassem o alegado.

A inspeção realizada em 2014 constatou que as farmácias encontram-se, em sua maioria, em boas condições de limpeza e organização, com controle de temperatura e umidade. Contudo, quando solicitado o alvará sanitário na inspeção *in loco*, a maioria dos farmacêuticos responsáveis e enfermeiros das USAs informaram que não tinham este documento.

A SES demonstrou por documentos que tem buscado a regularização documental de algumas bases, como, por exemplo, em Chapecó, Florianópolis e Itajaí; e já possui alvará da base de São Joaquim. Todavia, são oito centrais de regulação e 23 bases descentralizadas.

Apesar de as farmácias estarem em bom estado, não ficou comprovado pela SES a existência de alvará sanitário ou solicitação de inspeção pelo órgão responsável pela emissão, portanto, entende-se que a determinação foi parcialmente cumprida.

2.1.1.26 Garagem coberta para as ambulâncias

Determinação à SES - Disponibilizar garagem coberta, protegida e fechada para todas as ambulâncias do SAMU, conforme a Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências - Centrais SAMU-192, item II, "g" e o Plano Estadual de Atenção às Urgências, itens 12.2.4 e 12.2.6; e garantir que esses locais sejam usados exclusivamente pelas ambulâncias e não por veículos particulares (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.27.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Nas unidades integradas já foram previstos toldos para cobertura das ambulâncias. Nas Centrais não integradas foi feito um levantamento para providenciarmos cobertura para as unidades expostas.	30/08/2010

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A SES não apresentou manifestação em seu último relatório parcial.

Análise

As ambulâncias do SAMU devem ficar em local coberto, protegido e fechado, o que não ocorria em todas as centrais visitadas em 2008. O Plano Estadual de Atenção às Urgências dispõe que o local de guarda das unidades móveis do SAMU deve ser coberto, murado, com portão eletrônico de acesso e com iluminação abundante tanto natural como artificial. Em Florianópolis ocorria o caso mais sério, pois as Unidades de Suporte Avançado ficavam estacionadas na rua, em frente à central de regulação, enquanto as garagens eram utilizadas para o estacionamento de carros particulares.

O primeiro monitoramento concluiu pelo cumprimento da determinação, apesar de nada ter mudado na CR de Florianópolis.

Já em 2014, a inspeção encontrou situação diversa das anteriores. Foram observados os itens constantes do Plano Estadual de Atenção às Urgências em 17 bases descentralizadas, porém duas bases de Florianópolis foram desconsideradas, pois mudaram de endereço no transcorrer da auditoria.

Quadro 9: Inspeção da garagem das bases descentralizadas.

Base descentralizada	Tem cobertura?	Para todas as USAs?	É Murada?	Tem portão eletrônico?	Iluminação natural abundante?	Iluminação artificial abundante?
Lages	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Itajaí	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Jaraguá do Sul	sim	sim	sim	não	sim	sim
Joinville	sim	não	sim	sim	sim	sim
Balneário Camboriú	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Blumenau	não	não	sim	não	sim	sim
Joaçaba	sim	sim	sim	não	sim	sim
Palhoça	sim	sim	sim	sim	sim	sim

Base descentralizada	Tem cobertura?	Para todas as USAs?	É Murada?	Tem portão eletrônico?	Iluminação natural abundante?	Iluminação artificial abundante?
Curitibanos	sim	não	sim	não	sim	não
Rio do Sul	sim	sim	sim	sim	sim	não
Chapecó	não	não	sim	sim	sim	não
São José	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Criciúma	não	não	sim	não	sim	não
Tubarão	sim	sim	sim	não	sim	não
Araranguá	sim	sim	sim	não	sim	sim

Fonte: TCE-SC.

Apesar de 78% dos itens analisados (70 dos 90 itens analisados (6 itens x 15 bases) estarem de acordo com a recomendação, algumas situações pontuais ainda carecem de resolução. Em Curitibanos e Rio do Sul há garagem coberta, mas não há altura suficiente para a entrada da ambulância.

Quadro 10: Garagens com altura insuficiente para a entrada da USA.



Foto 100_2954: Base de Curitibanos

Foto 100_3101: Base de Rio do Sul

Fonte: TCE-SC.

Na base de Joinville há garagem coberta para três ambulâncias, mas lá ficam quatro USB e uma USA, sendo que a preferência de estacionamento nas vagas cobertas é da USB, portanto, caso coincida de todas as ambulâncias estarem na base, a USA fica na intempérie. Destaca-se que durante a inspeção isto não ocorreu e os profissionais que lá trabalhavam informaram que raramente acontece, pois, praticamente sempre há uma equipe em atendimento.

Quadro 11: Garagem coberta da base de Joinville.



Foto 100_3042

Foto 100_3069

Fonte: TCE-SC.

Ressalta-se, por fim, que em nenhuma base inspecionada foi observado o uso das garagens por veículos particulares, como acontecia na CR de Florianópolis em 2008.

Diante do que foi observado, em especial pela significativa melhora na estrutura das garagens comparada à que foi encontrada há época da auditoria e ao fato de que os problemas pontuais apontados neste relatório poderão ser facilmente resolvidos futuramente, considera-se cumprida a determinação.

2.1.1.27 Pactuação com gestores das unidades de atendimento à saúde

Determinação à SES - Realizar pactuação com os gestores das unidades de atendimento à saúde para utilização de seus serviços como resposta aos atendimentos do SAMU, principalmente com as Unidades de Saúde da Família e Serviços Municipais de Transporte de Pacientes, para o atendimento/transporte de pacientes não urgentes, conforme a Portaria n. 2.048/2002, Capítulo II, do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.28.).

<p>Medidas Propostas:</p> <p>Nos SAMUs de algumas unidades maiores, como Lages, é possível pactuar com os municípios (PSF) a realização de atendimentos para casos não urgentes de pacientes identificados pela Central de Regulação. É necessário, porém, pactuarmos com todos os Secretários Municipais de Saúde um protocolo/forma de atendimento dos pacientes crônicos identificados através do “192”, e não caracterizados como atendimento urgente pra que esses possam ser atendidos pelo PSF. Encaminhamos esta discussão aos Comitês Gestores de Urgência e Emergência.</p>	<p>Prazo de implementação:</p> <p>01/10/2010</p>
--	---

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fls. 1926/7): A manifestação da SES foi no sentido de que o Plano de Atenção a Rede de Urgências e Emergências fará o diagnóstico e classificação de todos os serviços de saúde de cada região, conforme o grau de complexidade, o que permitirá o estabelecimento de fluxos de atendimento e encaminhamento de pacientes e o redimensionamento dos recursos existentes. Ressalta, ainda, que este Plano faz parte da implantação dos complexos reguladores do Estado, o qual tinha como dezembro de 2012 o prazo máximo de implantação.

Análise

Segundo a Portaria nº 2.048/2002 do MS, ao médico regulador devem ser disponibilizadas diversas respostas aos casos atendidos pelo SAMU, segundo o grau de urgência. Dentre as respostas possíveis, estão as equipes de saúde da família e as ambulâncias municipais para transporte de pacientes.

Na execução da auditoria somente na CR de Lages pôde-se observar o médico regulador do SAMU acionando os serviços não-hospitalares mencionados.

Pouca coisa mudou até o monitoramento realizado em 2011, apenas a CR de Joinville montou a Rede de Atenção à Saúde, porém no documento que comprova a sua constituição não há qualquer menção sobre o SAMU. Assim, a determinação foi considerada em cumprimento.

A SES encaminhou, em 2014, planos de ação regionais das redes de atenção às urgências, porém ainda não elaborou o plano estadual.

Neste monitoramento, quando questionada se realizou a pactuação com os gestores municipais, a Secretaria respondeu que a pactuação entre Estado e Municípios já foi realizada em 2004, por meio da Deliberação 010/CIB/04. A leitura desta deliberação revela que não se trata de pactuação entre entes federados, mas da aprovação e dimensionamento do SAMU, há época.

Diante das informações encaminhadas pela SES, conclui-se que a determinação não foi cumprida.

2.1.1.28 Refeições aos profissionais

Determinação à SES - Fornecer refeições junto às unidades onde trabalham os profissionais do SAMU, conforme versa o item 12.2.6 do Plano Estadual de Atenção às Urgências (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.29.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
<p>Todos os funcionários recebem auxílio alimentação e fazem uso do mesmo para refeições próximas aos locais de trabalho. Caso os mesmos sejam acionados, deslocam-se imediatamente para atender a chamada. Todas as bases possuem micro-ondas e as cafeteiras já foram compradas. Estamos aguardando a entrega das mesmas para reposição nos locais onde necessitam de substituição do referido eletrodoméstico.</p>	<p>Justificado</p>

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1930): A SES alega em seu último relatório que não é mais responsável pelo fornecimento das refeições aos profissionais do SAMU, cabendo esta atribuição à SPDM.

Análise

As refeições aos profissionais do SAMU devem ser servidas no local onde se encontram as centrais de regulação ou bases descentralizadas, em atendimento ao Plano Estadual de Atenção às Urgências.

Esta exigência decorre do fato de a jornada dos profissionais ser ininterrupta, em geral, de 12 horas. Em 2008, apenas nas CR de Lages e Joinville

isto acontecia e, ainda assim, o fornecimento não se dava pela SES ou empresa contratada. Nos casos em que não há fornecimento de refeições no local de trabalho, os profissionais precisam se deslocar para realizar suas refeições, deixando o posto a descoberto.

O monitoramento realizado em 2011 verificou que a SES continuava a fornecer vale-alimentação aos funcionários, portanto, não cumprindo a determinação.

Com a transferência da operacionalização do SAMU para a SPDM, a obrigação pelo fornecimento da refeição aos profissionais passou a ser desta última. Ressalta-se que TARM e rádio-operadores fazem jornada diária de seis horas e médico (regulação ou USA), enfermeiro e motorista-socorrista trabalham 12 horas/dia, portanto, para estes últimos é que se faz imprescindível o fornecimento de alimentação no local de trabalho.

Responderam a questão da pesquisa eletrônica sobre o fornecimento de alimentos, 124 médicos e 54 motoristas-socorristas. Destes, 72% informou que precisa sair do seu local de trabalho para realizar a refeição.

Gráfico 3: Respostas dos médicos e motoristas sobre o fornecimento de refeição.



Fonte: TCE-SC.

Quando da inspeção, a equipe de auditoria questionou alguns profissionais das centrais de regulação como e onde realizavam suas refeições, sendo que os mesmos fazem pedido por telefone e alimentam-se na sala de

conforto. Os auditores também presenciaram uma equipe da USA de Araranguá em um restaurante próximo à base buscando seu almoço.

As evidências coletadas permitem concluir que a determinação não foi cumprida.

2.1.1.29 Segurança dos profissionais e ambulâncias

Determinação à SES - Fazer a adequação das instalações físicas das Centrais de Regulação e Bases Descentralizadas quanto ao acesso de pessoas, garantindo a segurança dos profissionais, materiais e ambulâncias, atendendo ao disposto no Plano Estadual de Atenção às Urgências (Decisão 2.709/2009, item 6.2.1.30.).

<p>Medidas Propostas:</p> <p>As Centrais Integradas são instaladas em quartéis da PM com segurança garantida. Algumas unidades estão sendo remanejadas para Hospitais próprios também com segurança 24 horas. Nas demais bases a segurança está sendo revista.</p>	<p>Prazo de implementação:</p> <p>31/12/2009</p>
---	---

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1930): Segundo a Secretaria, o contrato de gestão prevê o serviço de segurança em todas as Bases Descentralizadas que não estejam localizadas dentro de unidades da Polícia Militar ou Corpo de Bombeiros.

Análise

A auditoria apontou que as centrais de regulação do SAMU, em geral, eram vulneráveis no que diz respeito à segurança patrimonial e pessoal. Os coordenadores de Blumenau, Criciúma e Joinville relataram situações de risco enfrentadas pela precariedade ou inexistência de segurança no local. A inspeção realizada nas oito centrais revelou que somente em Joinville havia guarita com segurança. Já o portão eletrônico estava instalado nas CRs de Balneário Camboriú, Chapecó, Joinville e Lages, mas nestas duas últimas o portão permanecia aberto, permitindo a entrada de estranhos.

O primeiro monitoramento conferiu o andamento do cumprimento da determinação ao identificar que todas as CRs visitadas funcionavam em quartéis da Polícia Militar, o que lhes garantia acesso restrito, e que algumas bases descentralizadas já contavam com a presença de seguranças.

No relatório de atividades da SPDM (out-dez/2012) consta que foram contratados serviços de vigilância para a CR de Joaçaba e para a Base Administrativa em Florianópolis (fl. 2189), o que não garante que todas as centrais e bases administrativas contem com este serviço.

Das oito CRs do Estado, apenas a de Joaçaba não funciona em um batalhão da Polícia Militar, porém nesta CR há vigilância terceirizada 24 horas por dia, que solicita a identificação do visitante para liberar a entrada.

Das 17 bases descentralizadas vistoriadas, quatro foram consideradas inseguras para a equipe e instalações:

- A base de Jaraguá do Sul funciona em um prédio cedido pelo Corpo de Bombeiros, a área é cercada por tela, o portão tem abertura manual e fica sempre aberto;
- A base de Joinville não tem portão;
- Em Rio do Sul há portão eletrônico, mas estava sempre aberto quando da inspeção e não há vigilante no local;
- Em Araranguá a área também é cercada por tela, o portão permanece sempre aberto e não há vigilante no local.

Diante do que foi constatado na inspeção, conclui-se que a determinação foi parcialmente cumprida.

2.1.1.30 Regulação médica para os atendimentos de urgência realizados pela Polícia Militar e pelo Corpo de Bombeiros

Determinação à SSP - Fazer cumprir o disposto na Portaria n. 2.048/2002, Capítulo II, item 3, e Capítulo IV, do Ministério da Saúde, no tocante à regulação médica dos atendimentos de urgências realizados por profissionais da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (Decisão 2.709/2009, item 6.2.2.1.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
a) Elaborado o Termo de Cooperação Técnica Operacional SES/SSP nº 001/2008; b) Constituída a Coordenadoria Estadual dos Serviços de Emergências, através da Portaria nº 941/ GABS /SSP /2009; c) Designado o Coordenador Estadual das Centrais Regionais de Emergências, através da Portaria nº 942/2009; d) Para o referido cumprimento, foram encaminhados os Ofícios nº 2666.4/SSP e nº 2666.5/SSP para os Comandos da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros, respectivamente.	Imediato e contínuo

Terceiro Relatório Parcial em 25/10/2012 (fl. 1913-1917): A Secretaria de Segurança Pública incumbiu o Comandante-geral do Corpo de Bombeiros Militar (CBMSC) a elaborar a resposta a este Tribunal. A manifestação do Comandante tratou conjuntamente dos itens 6.2.2.1 e 6.2.2.2 da Decisão n. 2709/2009. Não houve manifestação da Polícia Militar acerca deste item.

De acordo com o CBMSC, a área de informática da instituição está providenciando a integração das centrais telefônicas de Balneário Camboriú, Blumenau, Lages, Chapecó e Criciúma, de forma a viabilizar a transferência efetiva das ligações recepcionadas pelo telefone 193 para o telefone de emergência do SAMU ou para o médico-regulador, e dos sistemas informatizados utilizados pelo Corpo de Bombeiros e pelo SAMU, que permitirá o registro da regulação médica nos sistemas de ambas as instituições.

O comandante do CBMSC alega, ainda, que estava em fase de finalização a assinatura de um termo de cooperação técnica entre SAMU e Corpo de Bombeiros, o qual pactuará “de forma explícita e parcimoniosa a cooperação, integração e a comunicação entre os serviços de urgência e emergência prestados pelas equipes das referidas Instituições” (fl. 1916). Por fim, aduz que a integração física não é necessária, “pois a integração efetivamente não depende da ocupação de um espaço físico em comum, mas sim, da facilidade de fluxo de informações e despachos entre os componentes das diversas centrais de atendimento” (fl. 1917).

Análise

A auditoria identificou que os atendimentos de urgência realizados por policiais militares ou bombeiros não passavam pela regulação médica do SAMU, descumprindo o que define a Portaria nº 2048/2012, Capítulo II, item 3 e Capítulo IV.

O monitoramento realizado em 2011 constatou que não ocorria a regulação médica de casos atendidos pela Polícia Militar. Nos atendimentos realizados por bombeiros, apenas em Joinville e Florianópolis havia o contato com o médico-regulador. Nas CRs de Balneário Camboriú, Blumenau e Lages os bombeiros não submetiam o caso à regulação médica e as centrais de atendimento não estavam integradas fisicamente com o SAMU e a Polícia Militar.

Já no segundo monitoramento, em 2014, a situação da integração física com o Corpo de Bombeiros permanecia a mesma (somente Joinville e Florianópolis) e não foi identificada a regulação médica de casos atendidos por estes profissionais em nenhuma central de regulação.

Neste mesmo sentido foi a resposta do gestor quando relata que o cumprimento da determinação ocorrerá quando houver a comunicação entre os sistemas informatizados do SAMU e do CBMSC, permitindo que as orientações do médico-regulador fiquem registradas em ambas as instituições, evitando, assim, o questionamento e/ou negativa de recepção de pacientes nas emergências dos hospitais.

Por outro lado, a determinação foi calcada na exigência da Portaria nº 2048/2002, a qual foi revogada, sendo que, atualmente, vigora a Portaria nº 1010/2012, que não trata da regulação médica dos casos de saúde atendidos por policiais e bombeiros. Por este motivo, entende-se que a determinação tornou-se prejudicada.

2.1.1.31 Documento de atuação conjunta da SES e SSP estabelecendo as funções/competências dos profissionais na cena da ocorrência

Determinação à SSP - Elaborar documento conjunto com a SES de pactuação contendo quais atendimentos necessitam da atuação conjunta da Polícia Militar,

do Corpo de Bombeiros e do SAMU e quais as funções/competências de cada profissional na cena da ocorrência, em atendimento à Portaria n. 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1, do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.2.2.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
<p>Foi estabelecido no Termo de Cooperação Técnica, na sua cláusula IV - Regulação Médica, regras macros para os casos clínicos; traumas e maior proximidade do evento, bem como qualificação técnica da equipe de socorro. Da mesma forma, por força do número 09, da cláusula terceira, do Termo de Cooperação Técnica e Operacional nº 01/2008 c/c inciso XI da Portaria nº 941/GABS/SSP/2009, será confeccionado documento estabelecendo protocolos de atendimento, bem como atribuições e responsabilidades de cada entidade na cena da ocorrência.</p> <p>Foram editadas as Instruções Normativas nº 01; 02 e 03/CECRE/2010, todas datadas de 15 de junho de 2010.</p>	<p>30/12/2010</p>

Terceiro Relatório Parcial em 25/10/2012 (fls. 1913-1917): idem item 2.1.1.30

Análise

Como mencionado no item 2.1.1.21 deste relatório, constatou-se, em 2008, que a atuação conjunta entre SAMU, polícias e bombeiros não ocorria efetivamente, apesar de haver previsão na Portaria nº 2.048/2002 e no Plano Estadual de Atenção às Urgências.

O primeiro monitoramento concluiu que a determinação estava em cumprimento, uma vez que foram elaborados documentos de pactuação, como o Termo de Cooperação Técnica Operacional nº 01/2008; a Portaria nº 910/GBS/SSP/2007, que criou a Coordenadoria dos Serviços de Emergências para integrar os órgãos envolvidos; e as Instruções Normativas nº 001, 002 e 003/CECRE/2010, as quais definem os protocolos de ativação das Centrais de Emergência e de gerenciamento de ocorrências para atendimentos pré-hospitalares e distinguem e padronizam conceitos e regras mínimas de gestão, conduta e comportamento dos profissionais. Contudo, não ficou evidenciado na visita às centrais de regulação a atuação conjunta das instituições nos atendimentos de urgência.

Segundo o Plano Estadual de Atenção às Urgências, deverão ser estabelecidos protocolos operacionais entre os serviços de salvamento e resgate e o SAMU, para sua atuação conjunta e complementar.

De acordo com o que foi relatado no item 2.1.1.21 deste relatório, a Instrução Normativa nº 003/CECRE/2010 elaborada conjuntamente pela SES e SSP define os casos que são de competência do SAMU, PM ou CBMSC, deixando a cargo do médico do SAMU e equipes multidisciplinares o gerenciamento, no local, das ocorrências com múltiplas vítimas. Com base neste documento, entende-se que a determinação foi cumprida.

2.1.2 Implementação das recomendações

2.1.2.1 Controle efetivo da jornada de trabalho e cumprimento da carga horária

Recomendação à SES - Adotar mecanismo de controle efetivo da jornada de trabalho e fazer cumprir integralmente a carga horária contratada (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.1.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Envolvimento das Gerências de Saúde no sentido de fiscalizar o cumprimento da jornada de trabalho dos servidores. As horas-plantões geradas são certificadas pelas Gerências de Saúde Regionais. Já existe relógio ponto eletrônico no SAMU de Florianópolis e nos demais está em fase de licitação a compra de relógio ponto digital para maior controle da jornada de trabalho.	31/12/2009

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1930): A Secretaria informou que é responsabilidade da SPDM efetuar o controle da jornada de trabalho e carga horária dos profissionais.

Análise

A equipe de auditoria ouviu relatos de que ocorria toda sorte de descumprimento da jornada de trabalho nas centrais de regulação do SAMU. Em

Criciúma e Chapecó, os profissionais deixavam o local para tratar de assuntos pessoais ou para cumprir o horário de chegada em outro emprego.

Os médicos de Chapecó, em número de três, faziam um rodízio, assim, em uma jornada de 12 horas, trabalhavam apenas oito – quatro na regulação e quatro na unidade de suporte avançado – sendo que as outras quatro horas ficavam descansando na sala de conforto. Os profissionais das CRs de Balneário Camboriú, Blumenau e Joaçaba estipularam um intervalo para descanso e refeição, o qual contava como hora trabalhada.

O registro de ponto era manual, com livro ou ficha-ponto, portanto, bastante frágil. Inclusive, foram relatados casos de registro de horas-extras não realizadas.

No primeiro monitoramento realizado em 2011, observou-se que a SES havia adquirido equipamento para registro digital da jornada de trabalho em seis CRs (com exceção de Chapecó e Joaçaba), porém faltava a aquisição do software para colocar em uso o equipamento. Assim, a recomendação foi considerada como não implementada.

A partir de agosto de 2012 o SAMU passou a ser operado pela organização social SPDM, transferindo à empresa o controle da jornada de trabalho de seus funcionários. O primeiro termo aditivo ao contrato de gestão adicionou, na cláusula quarta, que o registro deve ser realizado por meio eletrônico e a organização deve encaminhar mensalmente à SES um relatório acerca dos profissionais das CRs e USAs, “apontando claramente os déficits e ações (plantão, hora-extra, etc.) para as respectivas coberturas quando for o caso” (fl. 2292v). Portanto, cabe a SES acompanhar o efetivo cumprimento da carga horária dos profissionais do SAMU, a fim de garantir a prestação do serviço e o pagamento somente do que foi empregado na prestação do serviço.

Para o segundo monitoramento, a SES encaminhou os relatórios de acompanhamento, denominado “quantitativo ideal de recursos humanos” (fls. 3602-3613), no qual está descrito o total de horas-extras pagas no mês aos médicos e o total de banco de horas gerado no mês pelos demais profissionais da CRs e USAs, apontando os motivos, porém não nominalmente.

Os coordenadores regionais entrevistados informaram que não há dificuldade em fazer cumprir a jornada de trabalho, com exceção de Florianópolis, que reclamou do excesso de faltas.

A inspeção detectou a fragilidade no registro de ponto, pois permanece sendo realizado em fichas-ponto, portanto, descumprindo o contrato de gestão. Foram detectadas várias fichas sem preenchimento e, também, fichas assinadas em data posterior a da inspeção.

Além da ficha-ponto, o rádio-operador preenche o “Livro de Passagem de Plantão”, com o nome de cada profissional de plantão no momento, tanto na CR quanto nas USAs. Os coordenadores mencionaram que este é um bom controle da jornada de trabalho, pois ali são anotados os atrasos dos profissionais, caso ocorram.

Apesar de haver dois instrumentos de controle da jornada, considera-se que ambos são frágeis, não garantindo um controle efetivo do cumprimento da carga horária contratada, portanto, a recomendação não foi implementada.

2.1.2.2 Identificação das chamadas em espera

Recomendação à SES - Disponibilizar dispositivo que identifique as chamadas em espera, possibilitando o acompanhamento destas ocorrências, a fim de verificar se a quantidade de linhas e de profissionais disponíveis são suficientes (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.2.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Existem 3 programas disponíveis para uso do SAMU 192/SC. Apenas o programa EMAPE identifica chamadas perdidas e é usado pelas Centrais Integradas. Existe também o programa específico da SES utilizado em Joaçaba, e o programa DATASUS utilizado em Florianópolis, Criciúma e Chapecó. Em reunião realizada com a Oi Brasil Telecom Ltda., em 27/10/09, solicitamos viabilização de sistema de chamadas em espera para todas as Centrais de Regulação.	31/12/2009

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1930): A Secretaria alega que o sistema ainda não foi implantado porque as ligações entram pela central

telefônica da Polícia Militar e que fará uma solicitação de implantação à corporação.

Análise

Os coordenadores das centrais de regulação informaram à equipe de auditoria que havia congestionamento nas linhas 192 no horário do almoço e final de tarde. A pesquisa efetuada com os profissionais do SAMU confirmou a alegação dos coordenadores.

Apesar da gravidade da situação, somente na CR de Blumenau havia um sinal sonoro na ligação em atendimento que indicava a existência de chamada em espera. As demais centrais tomavam conhecimento do congestionamento quando o solicitante reclamava do tempo de espera para ser atendido ou das tentativas com linha ocupada.

O monitoramento destas ocorrências permite o melhor dimensionamento da central de regulação, tanto no que diz respeito ao número de linhas quanto ao de profissionais.

Até o ano de 2011, quando foi realizado o primeiro monitoramento, nada havia sido feito para implementar a recomendação.

A Secretaria de Saúde se justificou em seu último relatório, alegando, como causa, o uso dos sistemas da Polícia Militar.

A inspeção detectou apenas na CR de Florianópolis um sistema que permite a identificação da chamada em espera. Há um monitor na sala de regulação que apresenta o número de ramais logados e ocupados. O monitor demonstra graficamente a ocupação dos ramais, assim, se todos estiverem disponíveis a barra fica branca, quando um ramal é ocupado aparece uma barra verde, que aumenta à medida que outros ramais ficam ocupados, até que todos fiquem ocupados, preenchendo toda a barra. Quando ocorre de mais um solicitante acionar o serviço, aparece no monitor uma barra preta, indicando que há chamada em espera.

Quadro 12: Monitor de controle de linhas ocupadas na CR de Florianópolis.

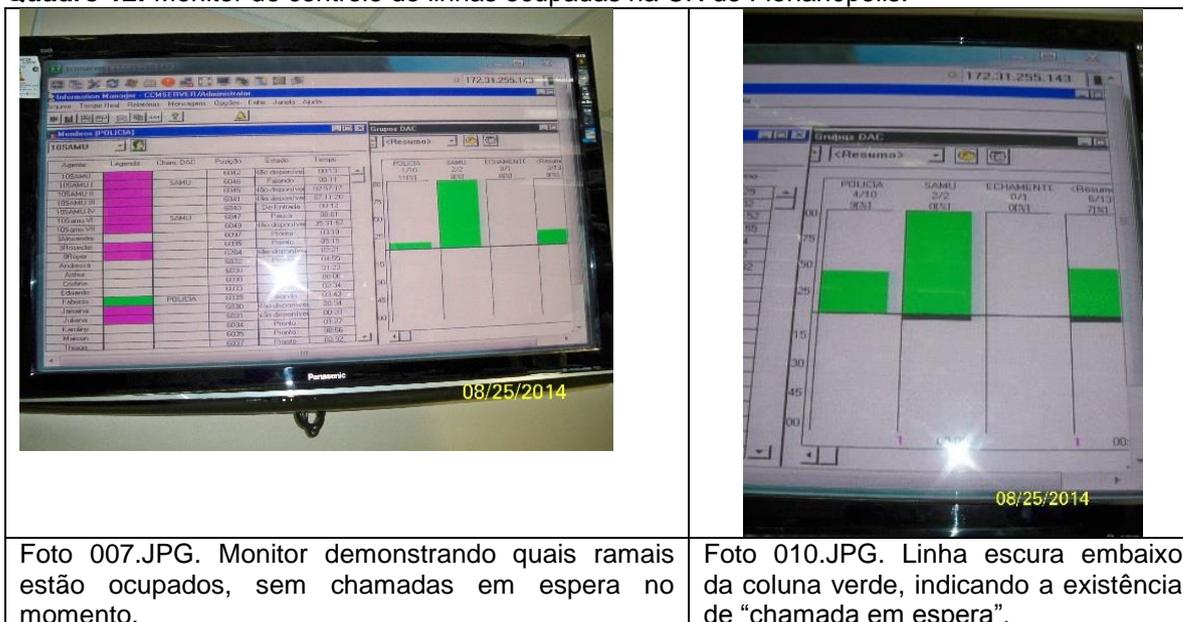


Foto 007.JPG. Monitor demonstrando quais ramais estão ocupados, sem chamadas em espera no momento.

Foto 010.JPG. Linha escura embaixo da coluna verde, indicando a existência de “chamada em espera”.

Fonte: TCE-SC.

Os coordenadores das CRs de Chapecó, Joaçaba e Criciúma alegaram que é muito difícil ocorrer congestionamento das linhas, pois as duas primeiras contam com quatro TARMs e Criciúma, com cinco, apesar de não terem como dimensionar.

Uma vez que apenas uma CR conta com dispositivo que permita a identificação de chamada em espera e que não foi apresentada nenhuma iniciativa para a instalação nas demais centrais, considera-se que a recomendação não foi implementada.

2.1.2.3 Diretrizes técnicas de regulação médica e normas de rotina de serviço

Recomendação à SES - Editar ato normativo próprio com as Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimento de Urgência e as Normas e Rotinas de Serviço, a fim de regulamentar as atribuições e, até, possibilitar responsabilizações (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.3.).

<p>Medidas Propostas:</p> <p>Revisão do Manual de Regulação do Ministério da Saúde para criação de Ato Normativo próprio.</p>	<p>Prazo de implementação:</p> <p>31/12/2010</p>
--	---

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A SES não apresentou manifestação em seu último relatório parcial.

Análise

A auditoria constatou que 14% dos profissionais do SAMU/SC não conheciam as Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimento de Urgência e 16% afirmou que desconhecia o Manual de Boas Normas e Rotinas de Serviço das centrais de regulação. Estes documentos fazem parte da Apostila do SAMU.

A SES se comprometeu, no plano de ação apresentado a este Tribunal, a revisar o manual de regulação do MS e criar ato normativo próprio. O monitoramento realizado em 2011 entendeu que a recomendação foi implementada com a assinatura das Instruções Normativas nº 001, 002 e 003/CECRE/2010.

No último relatório encaminhado, a SES não se manifestou acerca deste item, uma vez que a Decisão nº 1.102/2012 acompanhou o relatório técnico de monitoramento.

A pesquisa eletrônica realizada neste segundo monitoramento revelou expressiva melhora no conhecimento das diretrizes técnicas e manuais de normas e rotinas do serviço pelos profissionais que atuam nas centrais de regulação, quando comparado a época da auditoria.

Quadro 13: Comparação do percentual de profissionais que conhecem as diretrizes técnicas e os manuais de normas e rotinas do serviço.

Documentos	Conhecimento em 2008	Conhecimento em 2014			
		Médico	TARM	Rádio-operador	Média
Diretrizes Técnicas	14%	63%	48%	29%	47%
Manuais e Normas de Rotina	16%	64%	51%	56%	57%
Média	15%	64%	50%	43%	52%

Fonte: Relatório TCE/DAE nº 14/2011 e pesquisa *on line*.

Sendo assim, acompanha-se o entendimento do primeiro monitoramento realizado em 2011, concluindo que a recomendação foi implementada.

2.1.2.4 Regras de comportamento nas salas de regulação

Recomendação à SES - Elaborar e adotar regras de comportamento padrão para as salas de regulação (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.4.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Já existe documento de orientação de boas normas encaminhado através de CI para todos os Coordenadores Regionais.	Imediato

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A SES não se manifestou acerca desta recomendação no último relatório apresentado.

Análise

Os auditores presenciaram, em 2008, comportamentos que não condizem com o trabalho realizado nas centrais de emergência como a confecção de trabalhos manuais (bordado e tricô) e utilização dos computadores para diversão, como jogos e navegação na internet em pesquisas alheias à função. Em virtude disso, entendeu-se que não existia um normativo com as regras de comportamento nas centrais de regulação.

A recomendação foi implementada com a assinatura da Instrução Normativa nº 002/2010, a qual define regras de gestão, conduta e comportamento dos profissionais dos órgãos que compõe as centrais e estabelece critérios de utilização dos equipamentos e do ambiente (fls. 13-16). Assim entendeu a equipe que realizou o primeiro monitoramento acompanhada pelo plenário, conforme Decisão nº 1.102/2012.

Contudo, a recomendação não trata apenas da edição de norma, mas também da sua efetiva aplicação. A inspeção *in loco* confirmou a aplicação da maioria das regras contidas na instrução normativa, conforme quadro.

Quadro 14: Comportamentos observados pela equipe de auditoria nas centrais de regulação.

É proibido na central	Foz do Rio Itajaí	Vale do Rio Itajaí	Extremo-oeste	Sul	Grande Fpolis	Meio-oeste	Norte-nordeste	Planalto Serrano
fumar	-	-	-	-	-	-	-	-
falar alto, conversas particulares próximas aos atendentes	X	-	-	-	-	-	-	-
fazer algazarra	X	-	-	-	X	-	-	-
alimentar-se	-	-	-	-	X	-	-	-
dormir	-	-	-	-	X	-	-	-
notebook, televisores, walkman, MP3, livros, revistas, jornais e etc	X	X	-	-	X	X	X	-
acessar e usar jogos pela internet ou qualquer outro meio	-	-	-	-	-	-	-	-
usar a internet em aplicação diversa dos propósitos da central	-	X	X	X	X	X	X	-
celular deve ficar no modo silencioso e somente pode ser atendido fora da sala de operações	-	-	X	-	-	-	-	-

Fonte: TCE-SC.

O descumprimento mais comum foi o uso de celular para envio de mensagens e o acesso à internet para fins não profissionais, como consulta a sites diversos, e-mails e chats. Entretanto, em nenhum momento observou-se a demora no atendimento das chamadas por causa desse comportamento. Assim, pode-se considerar que 76% das regras estavam sendo cumpridas quando da observação da atuação dos profissionais nas salas de regulação.

Pelos motivos expostos e considerando que o descumprimento das regras de comportamento não prejudica o atendimento, tal como constatado na auditoria, entende-se que a recomendação foi implementada.

2.1.2.5 Equipamentos de TV e rádio nas salas de regulação

Recomendação à SES - Proibir a instalação e o uso de equipamentos como TV e rádio na sala de regulação, que possam atrapalhar na concentração dos profissionais que atuam nestes ambientes (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.5.).

Medidas Propostas: Já existe documento de orientação de boas normas encaminhado através de CI para todos os Coordenadores Regionais.	Prazo de implementação: Imediato
--	--

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1927): A SES informou que a instalação de TV e rádio, além do uso de computadores pessoais portáteis ou outros mecanismos que interfiram na rede de trabalho são proibidos nas centrais de regulação compartilhadas com a Polícia Militar.

Análise

Em 2008 foram encontrados televisores nas salas de regulação de Blumenau, Criciúma, Florianópolis e Joinville e na CR de Joaçaba, que não era informatizada, um profissional se distraía utilizando um notebook.

A visita realizada em 2011, por ocasião do primeiro monitoramento, constatou a instalação de televisor na CR de Joinville e o uso de notebook em Balneário Camboriú, mesmo após a proibição contida na IN nº 002/2010.

Como mencionado no item anterior, a edição de uma norma não supre o recomendado, é preciso que os coordenadores das centrais de regulação exijam o seu cumprimento.

Em 2014, a inspeção *in loco* confirmou a aplicação das regras contidas na instrução normativa, especialmente quanto à instalação de rádio e televisor na central de regulação, portanto a recomendação foi devidamente implementada.

2.1.2.6 Estratégias promocionais de conscientização

Recomendação à SES - Desenvolver estratégias promocionais e de conscientização contínuas sobre o serviço e os trotes, focando públicos alvos distintos: adultos e crianças (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.6.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Foram realizadas campanhas nos SAMUs de Criciúma e Lages. Há proposta de campanha educativa para entrar no ar até 30/06/2010.	Ação contínua

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1927): A Secretaria de Saúde menciona a previsão de criação de vídeo institucional para distribuição em instituições de ensino e empresas e a visita de profissionais do SAMU, como parte do processo de educação continuada, a fim de esclarecer o papel e a importância do serviço. Com relação ao projeto Samuzinho, a SES aduz que, nos estados onde foi implantado, os trotes aumentaram em vez de reduzirem.

Análise

Segundo consta no relatório de auditoria, entre janeiro de 2007 e maio de 2008, o percentual médio de chamadas falsas ao SAMU foi de 32%. Apesar do alto índice, o Estado não tinha uma estratégia para conscientização da população, cabendo aos coordenadores das centrais de regulação adotar, isoladamente, ações para minimizar os trotes.

A situação permanecia a mesma em 2011, quando do primeiro monitoramento, com iniciativas isoladas das centrais de regulação, sem apoio técnico e financeiro da SES.

Para o segundo monitoramento, foi encaminhado o relatório das atividades realizadas entre agosto e outubro de 2012 pela SPDM, em que prevê o projeto EDUCASAMU, cujo objetivo é o de esclarecer e informar a população sobre o uso adequado do serviço.

Neste sentido o Projeto EDUCASAMU (Anexo 05) além de informar a população sobre o uso adequado do Serviço, também atuará na orientação a respeito da função do SAMU; desestimular os trotes passados ao serviço, além de contribuir para a melhoria da atenção à saúde da população. Para o desenvolvimento deste projeto, foram contratadas 8 (oito) educadoras (uma para cada mesorregião do Estado), estas cumprindo carga horária de 20 horas semanais nas Centrais de Regulação, as quais ficarão responsáveis pela execução das ações educativas.

(...)

A SPDM/PAIS SAMU SC, a partir deste projeto, se propõe, por meio de três vertentes, 1. Ações educativas nas escolas; 2. Ações educativas nos equipamentos de saúde e 3. Ações educativas na comunidade, proporcionar para a população um maior entendimento em relação ao funcionamento e execução dos serviços prestados pelo SAMU 192. (fl. 2.225)

A SES informou os dados das educadoras contratadas pela SPDM para cada mesorregião (fls. 3735/6), o que foi confirmado quando da inspeção *in loco*. Da mesma forma, encaminhou as ações educativas desenvolvidas por estas profissionais em cada região (fls. 3738-3764).

Os coordenadores regionais entrevistados consideram que o número de trotes ainda é alto, mas que diminuiu em função das ações educativas. Segundo eles, são realizadas palestras nas escolas, para todas as faixas de idade das crianças, explicando como o SAMU funciona, com o intuito de conscientizá-las da importância de tal serviço. As educadoras trabalham, também, com a 3ª idade, nas redes de saúde e na mídia em geral. Alegam que é um trabalho de longo prazo, mas que já está colhendo os benefícios, diminuindo os trotes. Alguns materiais utilizados na divulgação do SAMU estão acostados às folhas 3831 a 3846.

Os números constantes dos relatórios de atividades da SPDM vão ao encontro do relatado pelos coordenadores, pois demonstram que a média de trotes, no período de janeiro de 2013 a abril de 2014, oscilou entre 17% e 11%, apresentado queda neste ano.

Em virtude das ações desenvolvidas e da redução substancial do percentual de trotes - em 2008 era de 32% e em 2014 está em 11% - conclui-se que a recomendação foi implementada.

2.1.2.7 Trotes recorrentes

Recomendação à SES - Encaminhar mensalmente lista dos números de telefones que efetuam trotes recorrentes ao SAMU, aos órgãos competentes para adoção de medidas coercitivas (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.7.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Após identificação e confirmação dos responsáveis pelos trotes no sistema, a polícia é acionada imediatamente. Com as Centrais Integradas fica ainda mais fácil acionar a polícia, uma vez que ela está presente na mesma Central.	Ação contínua

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1930): A justificativa da Secretaria de Saúde para o não atendimento da recomendação recai sobre a solicitação, em janeiro de 2013, de parecer junto a Consultoria Jurídica da SES quanto à legislação e operacionalização do sistema no mês de janeiro de 2013, com implementação imediata após isto.

Análise

O ato de realizar uma chamada falsa, ou trote, para um serviço de utilidade pública pode ser considerado crime, segundo o art. 265 do Código Penal Brasileiro, podendo, o infrator ser punido com reclusão de um a cinco anos e multa. Para que esta punição ocorra, é necessário que a SES encaminhe aos órgãos competentes o número de telefones em que se originam os trotes para o SAMU. A auditoria verificou que isto ocorria apenas na CR de Lages, com êxito na redução do número de trotes, até porque as ações coercitivas são divulgadas na mídia.

O primeiro monitoramento concluiu que a recomendação não estava implantada, pois não ocorria o encaminhamento mensal da lista de telefones usados para gerar chamada falsa ao SAMU. Assim como na auditoria, apenas situações extremas eram repassadas à Polícia Militar para a adoção de providências.

Neste monitoramento, a SES não se manifestou quando questionada sobre o envio da lista de telefones que efetuam os trotes aos órgãos competentes em promover a punição dos infratores.

Os coordenadores regionais informaram em entrevista que identificam os telefones que efetuam trotes recorrentes ao SAMU, com exceção da CR de Balneário Camboriú e Florianópolis. Os coordenadores das CRs de Criciúma, Joaçaba, Lages e Criciúma declararam informar às polícias os números de telefones que efetuam os trotes mais graves, mas, em geral, não tomam conhecimento se ocorre alguma ação.

Como apenas metade das centrais de regulação adotam o procedimento recomendado, conclui-se que a recomendação foi parcialmente implementada.

2.1.2.8 Divulgação das ações e punições referente aos trotes recorrentes

Recomendação à SES - Divulgar as ações e punições decorrentes das medidas coercitivas em relação aos trotes (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.8.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Após acionamento da polícia para conter os trotes, a Assessoria de Imprensa da SES é comunicada e divulga o fato para a imprensa geral.	Ação contínua

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1930): A SES apresentou a mesma justificativa para os itens 6.2.3.7, 6.2.3.8 e 6.2.3.9 da Decisão nº 2.709/2009.

Análise

Como ato sequencial ao envio mensal aos órgãos responsáveis pela punição àqueles que efetuam recorrentemente trotes aos serviços de emergência, a auditoria considerou fundamental a divulgação das ações coercitivas aplicadas aos infratores, como uma forma de alertar a população sobre as consequências do delito.

Diante do não atendimento da recomendação contida no item 6.2.3.7, também não houve implementação desta, foi o que concluiu o primeiro monitoramento, em 2011.

Situação análoga foi encontrada no segundo monitoramento, em 2014, vez que apenas coordenadores de quatro centrais de regulação encaminhavam a relação dos números que efetuam trotes frequentemente ao SAMU e nenhum deles soube informar se as autoridades adotam providências, com exceção de Joinville que citou o caso de desligamento de um telefone público que era usado por uma pessoa com deficiência mental para realização dos trotes.

Pelo exposto, considera-se não implementada a recomendação.

2.1.2.9 Cadastro dos proprietários de telefones

Recomendação à SES - Providenciar os cadastros dos proprietários de telefones fixos e móveis, para identificação dos responsáveis pelos trotes (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.9.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
O Sistema EMAPE já identifica os proprietários dos telefones fixos. Será solicitada a ANATEL, uma forma para identificar os proprietários dos telefones móveis.	Imediato

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1930): A SES apresentou a mesma justificativa para os itens 6.2.3.7, 6.2.3.8 e 6.2.3.9 da Decisão nº 2.709/2009.

Análise

Para atender os dois itens anteriores é preciso que seja possível a identificação dos proprietários dos telefones utilizados para a realização das chamadas falsas ao SAMU, o que não existia quando da auditoria, em 2008, e ainda estava pendente no primeiro monitoramento.

Para este monitoramento, a SES informou que as centrais de regulação utilizam dois sistemas informatizados, “O CR SAMU que faz o registro, controle e regulação de todas as ocorrências abertas e o CRHONOS, sistema de monitoramento que faz o acompanhamento em tempo real da localização e status das Unidades de Suporte Avançado” (fl. 2330). Já os equipamentos de telefonia são das centrais da Polícia Militar e não permitem a identificação dos proprietários das linhas telefônicas que realizam chamadas ao SAMU.

Além disso, ao serem indagados durante a inspeção sobre o registro dos trotes, os TARMs informaram que a maioria dos trotes são realizados por crianças, com chamadas oriundas de telefone público, o que dificulta a identificação de quem está realizando a chamada. Outra situação que prejudica a identificação dos responsáveis pelos trotes diz respeito ao uso intensivo de telefones móveis pré-pagos, cujos *chips* são vendidos sem a necessidade de registro do proprietário.

Desta feita, conclui-se pela recomendação está prejudicada.

2.1.2.10 Plano de expansão da frota de ambulâncias

Recomendação à SES - Elaborar plano de expansão da frota, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para complementação da frota, a partir da produção de indicadores de desempenho e de relatórios gerenciais (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.10.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Solicitado junto ao MS - ofício 086/2009, 20 unidades de suporte básicas a serem implantadas no SAMU SC. Solicitado of. 082/09 liberação de convênio para compra de aeronave Asa rotativa (helicóptero). Aprovado pelo CGUE e aguardando a liberação do jurídico ao MS. Uma 4ª unidade de suporte básico para Fpolis, aprovada pela Delib CIB 066/08. CIB 007/09 uma unidade de suporte básico para Imbituba p/ complementar o atendimento da região de Tubarão. Uma unidade suporte avançado p/Caçador, solicitada ao MS.	31/03/2010

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1930): A SES limitou-se a colocar apenas “de acordo com a Portaria 1.010”.

Análise

A auditoria demonstrou que o número de unidades de suporte avançado à vida (USA) atendiam o critério populacional estipulado pela Portaria nº 1.864/2003. Em contrapartida, os coordenadores das centrais de regulação informaram que o número de unidades não supria a demanda, decorrente da grande extensão territorial e do elevado número de transferências inter-hospitalares realizadas.

Essa situação afeta diretamente o tempo-resposta dos atendimentos, o que acarreta na probabilidade de salvar uma vida, chegando a ser determinante à viabilidade de envio de ambulância. Referente a isto, os coordenadores relataram situações em que não foi enviada uma equipe para

atendimento da ocorrência porque o tempo-resposta previsto não permitiria a chegada ao local antes do óbito do paciente.

O primeiro monitoramento concluiu que a recomendação não havia sido implementada, em virtude de não ter sido elaborado um plano de expansão de frota, apesar de o número de ambulâncias ter aumentado no Estado.

A Portaria MS/GM nº 1.010/2012 não define parâmetros para a quantificação e distribuição de unidades móveis e a Portaria nº 1.864/2003 foi revogada pela Portaria MS/GM nº 2.026/2011.

O número de USA diminuiu após o primeiro monitoramento, passando de 26 para 23 ambulâncias. Os coordenadores regionais de Chapecó, Joaçaba, Camboriú, Joinville e Blumenau alegaram que precisam de mais unidades de suporte avançado para atender a demanda ou melhorar o tempo-resposta dos seus atendimentos. As localizações de novas bases para USAs foram:

- Mesorregião Extremo-oeste: município de Maravilha.
- Mesorregião Meio-oeste: uma em Concórdia e outra em Videira.
- Mesorregião Foz do Rio Itajaí: localização a estudar, não definida.
- Mesorregião Norte-nordeste: em Joinville.
- Mesorregião do Vale do Rio Itajaí: uma em Blumenau e outra em Brusque.

Devido à redução do número de USAs e das alegações dos coordenadores regionais, conclui-se que não foi implementada a recomendação.

2.1.2.11 Revisão e manutenção das Unidades de Suporte Avançado

Recomendação à SES - Contratar serviço especializado para revisão/manutenção preventiva das Unidades de Suporte Avançado, de acordo com os manuais dos fornecedores dos veículos (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.11.).

Medidas Propostas: Há contrato de manutenção corretiva de todas as ambulâncias do SAMU. O contrato contempla manutenção preventiva e corretiva para todas as unidades do SAMU.	Prazo de implementação: 31/12/2009
--	--

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1931): Segundo a Secretaria da Saúde, a manutenção das USAs está prevista no contrato de gestão assinado com a SPDM.

Análise

A auditoria apontou que, das 21 unidades de suporte avançado existentes há época, cinco estavam fora de operação, decorrentes de problemas mecânicos, falta de profissionais e problemas na documentação do veículo. Na CR de Criciúma foi identificada uma ambulância parada há 20 dias, com problemas mecânicos, que não era consertada porque as oficinas credenciadas negavam-se a prestar o serviço ao Estado enquanto permanecessem as pendências de pagamentos. Constatou-se, ainda, que, somente na CR de Balneário Camboriú era realizada a manutenção preventiva das ambulâncias, a cada 15.000km.

A equipe que realizou o primeiro monitoramento identificou contratos de manutenção corretiva, mas nenhum para a manutenção preventiva, portanto a recomendação não havia sido implementada até aquele momento.

Neste monitoramento, a SES alegou que, a partir de agosto de 2012, a responsabilidade pela manutenção das USAs passou a ser da SPDM, operadora do serviço. Isto está contido no parágrafo primeiro, VII, da cláusula terceira e no item 3.2, c, da cláusula terceira do anexo técnico IV, ambos do Contrato de Gestão nº 002/2012. O primeiro relatório de atividades da organização social aponta que foi contratada empresa para a manutenção das USAs. Além disso, foram credenciadas 380 oficinas para consertos destas ambulâncias (fl. 2190).

Os coordenadores regionais, bem como os motoristas-socorristas, informaram que é feita manutenção periódica das USAs, principalmente quanto à troca de óleo, filtro, correias, rodízio e troca de pneus. Contudo, a revisão de

todas as peças, geralmente realizada a cada 10.000 km, ocorre somente quando o veículo está no período de garantia de fábrica.

Os motoristas-socorristas realizam um *check-list* das ambulâncias a cada troca de plantão, portanto, a cada 12 horas, conforme modelo à folha 3881.

Estes profissionais alegaram, também, que há uma rede de oficinas credenciadas em cada mesorregião, nas quais há prioridade no atendimento das ambulâncias. Desta forma, a manutenção das USAs, seja ela preventiva ou corretiva, acontece sem demora. A SPDM apresentou a relação das atuais oficinas que prestam este atendimento ao SAMU (fls. 3958-3961).

A SES encaminhou cópia do contrato assinado entre a SPDM e a Ticket Serviços S/A, cujo objeto trata da:

(...) prestação de serviços de gerenciamento do SISTEMA TICKET CAR®, com utilização do CARTÃO TICKET CAR® para aquisição de bens ou serviços nos ESTABELECIMENTOS credenciados em conformidade com o descrito no presente instrumento. (fls. 3766-3779)

Assim, o procedimento para manutenção das ambulâncias inicia-se com o contato do motorista-socorrista ou coordenador administrativo regional com o coordenador de frota na sede da SPDM, solicitando autorização para a realização do serviço. Concedida a autorização, já com a indicação do local que realizará o serviço, o veículo é encaminhado para a oficina credenciada pela Ticket Car.

A SES encaminhou documentos que comprovam tanto a manutenção preventiva das USAs quanto a corretiva, referentes ao trimestre junho-agosto/2014 (fls. 3883-3923).

Diante das evidências, conclui-se que as ambulâncias passam por manutenção preventiva, portanto, a recomendação foi implementada.

2.1.2.12 Controle da frota de ambulâncias

Recomendação à SES - Realizar o controle da frota de ambulâncias, com acompanhamento e registro de ocorrências, para conhecimento e programação das manutenções previstas nos manuais de fabricação dos veículos, consertos e limite de quilometragem para substituição (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.12.).

<p>Medidas Propostas:</p> <p>Quanto ao controle de frota de ambulâncias, seguimos os critérios estabelecidos para renovação de frota: com 300.000 Km rodados, p/30% das ambulâncias c/ 03 anos de operacionalização; 30% das ambulâncias com 04 anos de operacionalização; 40% das ambulâncias com 05 anos de operacionalização.</p>	<p>Prazo de implementação:</p> <p>Imediato</p>
---	---

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1931): A exemplo da manutenção preventiva, informa a SES, que o controle de frota é competência da SPDM. Alega, ainda, que “o acompanhamento e registro das ocorrências será possível com a implantação do Sistema SIA/SUS, onde todas as Unidades Móveis e profissionais serão cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e as saídas para atendimento lançadas neste sistema. Em fase de levantamento de dados para cadastramento.”

Análise

Constatou-se, na auditoria, que nenhuma central de regulação contava com um controlador de frota, profissional previsto no Plano Estadual de Atenção às Urgências, e que esta função não foi repassada para outro profissional da central. Assim, ninguém realizava o controle da quilometragem para revisão e/ou troca das unidades móveis, tampouco o registro das ocorrências e consertos a que eram submetidas.

O monitoramento realizado em 2011 concluiu que a recomendação não foi implementada porque não havia um controle sistemático da frota, já que havia desde CR com servidor responsável pelo serviço até central que não realizava controle algum.

Com a transferência da operação do serviço do SAMU para a SPDM, passou a ser desta a responsabilidade de promover o controle da frota de ambulâncias.

Os documentos citados no item acima, que comprovam a realização de manutenção preventiva (fls. 3883-3923), também relacionam todos os itens que tratam da manutenção corretiva.

Além destes, foram apresentados documentos que são preenchidos diariamente pelos coordenadores regionais e encaminhados para o controlador de

frota da SPDM, denominados “Status VTRs” (fls. 3926-3955). No *status* diário está descrita a atual quilometragem e situação das ambulâncias, inclusive se está baixada e qual o motivo.

Quanto aos critérios para a renovação da frota, o Ministério da Saúde estabeleceu que a substituição das unidades móveis deve ocorrer com três anos de uso ou 300.000 km rodados, o que acontecer primeiro (fl. 3871).

A relação das USAs à folha 3925 demonstra que, das 23 ambulâncias ativas, duas estão com mais de três anos de uso – Florianópolis (ano 2010 - placa MIV 3669 – 199.923 km) e Curitiba (ano 2010 - placa MJA 4038 – 174.255 km), porém sem exceder a quilometragem limite para substituição.

Por todo o exposto, conclui-se que a SPDM mantém controle da frota de ambulâncias, tendo, portanto, implementado a recomendação.

2.1.2.13 Sistema de dados que permita a interligação das centrais de regulação com a Gerência Estadual

Recomendação à SES - Utilizar sistema de dados informatizado único em todas as CRs, permitindo a interligação dos sistemas entre as Centrais e destas com a Gerência Estadual (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.13.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Sistema próprio em integração com o sistema EMAPE da Polícia Militar nas centrais Integradas. Com as próximas inaugurações das Centrais Integradas será dada continuidade ao uso deste sistema. Apenas Joaçaba utilizará sistema próprio da SES.	31/12/2009

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1927/8): Alega a SES que “está em implantação na CR a instalação de novo software de regulação. Concluído este processo será solicitado link de acesso tanto ao sistema de regulação como as gravações telefônicas de todas as CR. Está em implementação a liberação de link do sistema de geoprocessamento das USA”.

Análise

Em 2008 havia duas centrais de regulação que não tinham sistema informatizado (Joaçaba e Lages), cinco que utilizavam o sistema DATASUS, do Ministério da Saúde (Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis e Joinville) e uma (Balneário Camboriú) que utilizava o sistema da Polícia Militar. O uso de *softwares* diferentes prejudica a construção de indicadores de desempenho e impede a interligação entre as centrais de regulação regionais e estadual, em especial para a regulação das transferências inter-hospitalares.

O uso de sistemas informatizados diferentes nas centrais de regulação permanecia na ocasião do primeiro monitoramento. Em 2011, as centrais de Joaçaba e Lages já estavam informatizadas, sendo que a primeira utilizava software desenvolvido pela SES e a última, assim como em Florianópolis, Balneário Camboriú, Joinville e Blumenau, usava o sistema EMAPE, da Polícia Militar. As CRs de Chapecó e Criciúma permaneciam com o DATASUS.

A SPDM informou no relatório de atividades do trimestre ago-set/2012 a informação de que implantou novos sistema de regulação – CR SAMU e CRHONOS -, permitindo, assim, a comunicação entre as centrais (fl. 2204).

Estas informações foram novamente relatadas pela SES em meio documental (fl. 2331) e confirmadas na inspeção *in loco* em todas as centrais de regulação neste segundo monitoramento.

Segundo a SES, o CR SAMU “faz o registro, controle e regulação de todas as ocorrências abertas” e o CRHONOS é “um sistema de monitoramento que faz o acompanhamento em tempo real da localização e status das Unidades de Suporte Avançado” (fl. 2331).

Os sistemas são acessados pelos coordenadores regionais e pela gerência da SPDM, que faz o seu gerenciamento e a emissão de diversos relatórios com indicadores, conforme mencionado no item 2.1.1.14 deste relatório.

Assim, conclui-se que a recomendação foi implementada.

2.1.2.14 Cópia de segurança dos registros e gravação de voz

Recomendação à SES - Providenciar cópia de segurança dos registros efetuados no sistema informatizado e das gravações de voz e efetuar cópia periodicamente (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.14.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Todas as centrais já estão informatizadas com cópia de segurança e gravação de voz. As Centrais de Criciúma e Chapecó por operar com sistema SIEMENS/DATASUS apresenta falhas na gravação de voz.	31/03/2010

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A SES não se manifestou acerca desta recomendação no último relatório apresentado.

Análise

A gravação das comunicações realizadas por telefone e rádio são essenciais para comprovar a existência de erros ou omissões dos profissionais e promover a sua responsabilização. Tão importante quanto efetuar a gravação também é a manutenção de cópias de segurança, para futuras necessidades.

Constatou-se, na auditoria, que não ocorriam gravações de todas as comunicações e, onde havia, não eram feitas cópias de segurança.

Esta situação foi revertida e todas as centrais visitadas no primeiro monitoramento efetuavam a gravação das comunicações e mantinham arquivados os registros gerados pela regulação.

Neste monitoramento, realizado em 2014, foi constatado que havia gravações das comunicações via rádio e telefone em cinco das oito CRs (Blumenau, Balneário Camboriú, Criciúma, Lages e Joinville) e nas demais, as gravações se limitavam às comunicações por telefone (Chapecó, Joaçaba e Florianópolis). Em ambas as situações, foi possível ouvir e confirmar a ocorrência das gravações, exceto em Joaçaba, por motivo citado no item 2.1.1.12.

Já quanto à existência de cópias de segurança, os coordenadores das CRs de Chapecó, Balneário Camboriú e Blumenau não souberam informar se ocorre, pois as gravações são de responsabilidade da Polícia Militar, que coordena a Central Regional de Emergências.

Na CR de Joaçaba, que não funciona em uma central de emergências, a coordenadora entrevistada não soube informar se existe cópia de segurança.

Em Criciúma, Florianópolis e Lages, os coordenadores informaram que ocorre o backup das gravações, o qual fica com a Polícia Militar. Quando o coordenador médico do SAMU necessita desta cópia, solicita a esta autoridade.

Por fim, o coordenador da CR de Joinville informou que não existe cópia de segurança;

Como não existe gravação das comunicações via rádio e não foi confirmada a existência de cópias de segurança em todas as CRs, considera-se que a recomendação foi parcialmente implementada.

2.1.2.15 Correto direcionamento das chamadas

Recomendação à SES - Exigir das operadoras de telefonia fixa e móvel o correto direcionamento das chamadas (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.15.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Problemas com direcionamento das chamadas foi solucionado com as operadoras.	Imediato

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A SES não apresentou manifestação para este item.

Análise

A auditoria apontou que as pessoas que acionavam a CR de Balneário Camboriú tinham dificuldades para acessar a central, porque a chamada caía na CR de Blumenau. Isto ocorria porque a central de Balneário foi criada no final de janeiro daquele ano (2008) e as operadoras de telefonia ainda não faziam o correto direcionamento das ligações.

O monitoramento realizado em 2011 identificou situações semelhantes nas centrais de Joinville e Florianópolis, além da que já ocorria em Blumenau. Já Balneário Camboriú não mais identificava o problema.

A SES não se manifestou a respeito, nem no seu terceiro relatório de acompanhamento, nem quando foi solicitado que comprovasse a solicitação às operadoras de telefonia.

Já os coordenadores regionais entrevistados neste último monitoramento alegaram que acontece em praticamente todas as mesorregiões, com exceção da Grande Florianópolis. A CR de Chapecó recebe ligações de municípios do Paraná; em Criciúma chegam chamados de Garopaba (que deveriam ir para Grande Florianópolis); a CR de Joaçaba recebe ligações de Lages, situação também relatada pelo coordenador da CR deste município; a CR de Balneário atende chamados de Major Gercino e Tijucas (que compete à CR de Fpolis); a CR de Joinville recebe pedidos de atendimento em Blumenau e na CR deste município não chegam os chamados oriundos de Brusque (que estão caindo na CR de Balneário Camboriú).

Desta feita, entende-se que a recomendação não foi implementada.

2.1.2.16 Produção de indicadores

Recomendação à SES - Produzir indicadores em cada mesorregião do SAMU com relação à (ao): (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.16.)

- % de ligações perdidas;
- % de atendimentos por Município;
- % de atendimentos por bairro;
- % de atendimentos por horário;
- % de atendimentos por código: 1 e 2;
- % de atendimentos por causa clínica x Município x bairro;
- % de atendimentos por causa clínica x código: 1 e 2;
- % de atendimentos por causa clínica x destino dos pacientes;
- % de atendimentos de pacientes que usam drogas ilícitas x Município x bairro;
- % de atendimentos a vítimas de violência x tipo (doméstica, armas brancas, armas de fogo) x Município x bairro;
- % atendimentos de atendimentos a vítimas de acidentes x Município x logradouro;

- % transferência de pacientes por motivo (falta de leitos, especialistas, equipamentos, hospital de referência na região, dentre outros) x destino (dentro ou fora da mesorregião).

Medidas Propostas: Com o sistema próprio ou sistema EMAPE/SES é possível produzir indicadores em cada região do SAMU 192/SC, e inclusive nas Centrais Integradas.	Prazo de implementação: 30/12/2010
---	--

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1931): A SES menciona que são produzidos relatórios mensais, por tipo de atendimento.

Análise

A auditoria demonstrou que a produção de indicadores não era uma rotina de todas as centrais de regulação e as que realizavam não encaminhavam os resultados para a gerência estadual do SAMU. Assim, esta gerência não se baseava em indicadores para a gestão do serviço, tampouco servia como fonte de informações para outros órgãos desencadearem políticas públicas nas áreas da saúde, transporte, educação, planejamento urbano, dentre outros.

Os sistemas informatizados utilizados pelas centrais de regulação em 2011 não permitiam a extração dos indicadores mencionados na recomendação, portanto o primeiro monitoramento considerou como não implementada.

No relatório da SPDM (ago-out/2012) consta que foi instalado novo sistema informatizado nas centrais de regulação que permite uma série de relatórios estatísticos, de forma a atender o Ministério da Saúde e prestar contas à SES (fl. 2204).

O sistema utilizado pela SPDM permite a emissão de uma série de indicadores, conforme apresentados no seu relatório de atividades às folhas 3365 a 3546, contudo não são os mesmos contidos nesta recomendação. Destes, a organização apresentou apenas o número de atendimentos por município e de atendimentos por intervalos de seis horas (permitindo o cálculo do percentual, se interessar).

Ao solicitar-se os demais indicadores, a SES encaminhou os seguintes:

- % de atendimentos por município;
- % de atendimentos por horário;
- % de atendimentos por código: 1 e 2;
- % de atendimentos por causa clínica x município (não consegue a informação do bairro);
- % de atendimentos por causa clínica x por código: 1 e 2;
- % de atendimentos por causa clínica x destino dos pacientes;
- % atendimentos de atendimentos a vítimas de acidentes x Município (não consegue o relatório por logradouro).

Assim, dos 12 indicadores solicitados na recomendação, sete são possíveis de serem extraídos nos sistemas implantados pela SPDM, sendo dois parcialmente. Diante disso, entende-se que a recomendação foi parcialmente cumprida.

2.1.2.17 Encaminhamento de indicadores aos órgãos competentes

Recomendação à SES - Encaminhar os indicadores levantados aos órgãos competentes, como Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional, Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão, dentre outros, para que possam gerar políticas públicas (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.17.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Os dados estatísticos estão disponíveis no site do SAMU. Foi feita comunicação aos órgãos citados divulgando o site.	30/12/2010

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1931): Acerca desta recomendação, alega a SES que “as políticas de atendimento de urgência e emergência serão reavaliadas com a implantação do Plano de Atenção as Redes de Urgência e Emergência”.

Análise

Como mencionado no item anterior, os indicadores produzidos podem servir para a implantação de políticas públicas em diversas áreas, além da própria saúde. Para isto, as informações devem ser encaminhadas aos gestores das diversas pastas, para conhecimento e adoção de providências. A auditoria evidenciou que o SAMU/SC não utilizava os dados para a produção de indicadores e, portanto, não havia o que encaminhar para os gestores públicos da segurança, educação, planejamento, entre outros.

A situação permanecia a mesma na ocasião do primeiro monitoramento.

A manifestação da SES em seu último relatório não mantém relação com a recomendação, pois esta trata do encaminhamento de indicadores para outros órgãos, enquanto que o relatório da SES trata das políticas de atendimento de urgência e emergência.

A SES foi silente quando questionada por requisição de documentos sobre o encaminhamento de indicadores a outros órgãos do governo.

A mesma pergunta foi feita aos coordenadores regionais, que mencionaram que não efetuam este encaminhamento.

Pelo exposto, conclui-se pela não implantação da recomendação.

2.1.2.18 Integração física das centrais de regulação

Recomendação à SES - Dar continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193, abrangendo todas as cidades que sediam uma Central de Regulação do SAMU (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.18.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Conforme programa de governo e cronograma de integração das centrais de regulação será dado continuidade a integração física das Centrais 190, 192 e 193 abrangendo todas as cidades que sediam uma central de regulação SAMU.	30/12/2010

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1928): A SES justifica que somente a CR de Joaçaba não funcionava em uma central integrada, em janeiro de 2013. Porém a Secretaria estava em negociações com o Corpo de Bombeiros

para estabelecer um fluxo de atendimento que permita uma integração efetiva no Estado, embora as corporações já atuassem conjuntamente.

Análise

Há época da auditoria, somente em Balneário Camboriú o SAMU/SC funcionava em uma central integrada com a Polícia Militar e Guarda Municipal. As centrais de regulação de Criciúma, Florianópolis e Joinville já tinham previsão para integração com as outras centrais de emergência, sendo que em Criciúma e Florianópolis o Corpo de Bombeiros e a Polícia Militar já atendiam em uma central integrada. A SES e a SSP assinaram a Portaria Conjunta nº 910/GABS/SSP/2007 prevendo a implantação de centrais integradas de atendimento de emergências nas cidades mencionadas e demais regiões do Estado.

Em 2011, no primeiro monitoramento, já havia cinco centrais de emergências integradas - Balneário Camboriú, Lages, Blumenau, Joinville e Florianópolis; duas estavam em processo de integração - Chapecó e Criciúma; e somente a CR de Joaçaba não tinha previsão para integração física com o Corpo de Bombeiros e Polícia Militar.

Retira-se do relatório de acompanhamento encaminhado pela SES em janeiro de 2013 que Joaçaba ainda tinha uma central exclusiva do SAMU. Esta informação foi novamente repassada neste ano de 2014 (fl. 3061) e confirmada com a inspeção das centrais de regulação neste monitoramento.

Cabe ressaltar que a Central Regional de Emergência da região meio-oeste foi implantada somente em 16/09/2014, portanto, não houve tempo hábil para o SAMU de Joaçaba se integrar a esta central. Por este motivo, considera-se que a recomendação foi implementada.

2.1.2.19 Abastecimento das unidades de suporte avançado

Recomendação à SES - Viabilizar o abastecimento das Unidades de Suporte Avançado fora da sua mesorregião quando em procedimento de transferência inter-hospitalar (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.19.).

<p>Medidas Propostas:</p> <p>Em julho de 2008, o abastecimento foi liberado para todas as unidades de suporte avançado fora de sua mesorregião, quando em procedimento de transferência inter-hospitalar.</p>	<p>Prazo de implementação:</p> <p>Já implementado</p>
--	--

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: A SES não apresentou manifestação para este item.

Análise

A auditoria apontou que as unidades de suporte avançado realizavam muitas transferências de pacientes entre hospitais, inclusive para fora da extensão territorial abrangida pela central de regulação a que pertenciam. O problema era que as ambulâncias utilizavam um cartão que só era aceito para abastecimento em postos de combustíveis da sua mesorregião, assim, nas transferências extra-mesorregião, a equipe precisava aguardar a autorização da regulação estadual do SAMU para abastecer e voltar à base.

Em 2011, o monitoramento constatou que as unidades móveis precisavam solicitar autorização do setor de transporte da Gerência Estadual do SAMU para efetuar o abastecimento fora da mesorregião a que era lotada. Apesar de a situação permanecer a mesma, considerou-se implementada a recomendação.

A SES não se manifestou acerca deste item em seu último relatório, todavia, consta do relatório de atividades da SPDM que foram cadastrados 700 postos de combustíveis no Estado para abastecimento das USAs, as quais utilizariam um cartão *smart card* ou *chip*.

Assim, verificou-se com os coordenadores das centrais de regulação e motoristas das USAs se a dificuldade para abastecimento foi solucionada após o cadastramento destes postos de combustíveis. A resposta foi unânime no sentido de que não há mais dificuldades no abastecimento das ambulâncias, pois utilizam-se do cartão *Ticket Car* (já mencionado no item 2.1.2.11 deste relatório), que é aceito por uma ampla rede de postos de combustíveis.

Desta forma, a recomendação foi implementada.

2.1.2.20 Avaliação do tempo resposta de cada profissional

Recomendação à SES - Avaliar o tempo-resposta de cada profissional da sala de regulação, a fim de evitar a duplicidade de funções e reduzir o tempo de atendimento da regulação médica (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.20.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
O sistema atual do DATASUS, fornecido pelo próprio Ministério da Saúde não fornece estes dados, porém, com a implantação de um sistema próprio da SES, em todas as centrais, isto será possível originar os dados citados.	31/12/2009

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1931): A SES justifica que o novo *software* utilizado prevê esta função.

Análise

O Manual de Regulação Médica das Urgências, do Ministério da Saúde, Parte IV, estabelece as funções de cada profissional na sala de regulação, cabendo ao TARM identificar o solicitante e a natureza do agravo, localizar o evento e registrar as informações, devendo, em seguida, transferir a ligação para o médico regulador, que obterá as informações complementares e decidirá a forma de atendimento.

Nas CRs de Balneário Camboriú e Chapecó isto não estava sendo respeitado, pois o médico-regulador repetia todas as perguntas feitas pelo TARM, prolongando o tempo de atendimento e retardando o tempo-resposta total.

Em 2011, as centrais integradas utilizavam o sistema da Polícia Militar, que permitia o registro do tempo-resposta dos seus profissionais, porém o SAMU não utilizava os relatórios do sistema para avaliar os atendimentos e solucionar a situação apontada na auditoria. Assim, a recomendação foi considerada como não implementada.

Com o repasse da operação do serviço para a SPDM, foram estabelecidos indicadores de qualidade no contrato de gestão, os quais servem de base para pagamento da parcela variável do contrato. O 2º termo aditivo (fls. 2301-2306), com vigência em 2014, estabelece no Anexo Técnico III, os seguintes indicadores, relacionados ao tempo-resposta:

- Tempo-resposta para entrada de ambulância em código 1: corresponde o tempo entre o acionamento da equipe e a saída da ambulância, devendo ser, no máximo, 60 segundos;
- Tempo médio total de regulação código 1: corresponde o tempo entre a entrada da ligação até o acionamento da equipe em código 1 pelo radioperador. A meta a ser atingida é de 4 minutos.
- Tempo médio total de regulação dos demais casos: refere-se ao tempo médio entre a entrada da ligação e acionamento da equipe pelo radioperador ou encerramento da ligação pelo médico-regulador. A meta a ser atingida é de 5 minutos.

O referido anexo dispõe, também, que os indicadores serão informados por meio de relatório detalhado, por CR, com as devidas justificativas técnicas quando os tempos não forem alcançados. Estabelece, por fim, que, a partir de julho de 2014, serão estabelecidos critérios para mensuração e penalidades caso não sejam atingidos os tempos-médios estabelecidos.

O coordenador da CR de Blumenau apresentou cópia do seu relatório mensal de indicadores assistenciais e de qualidade de abril 2014, no qual estão os tempos-resposta e as análises destes tempos e demais indicadores (fls. 3848-3863).

Observa-se que os indicadores definidos no contrato de gestão não avaliam cada profissional da sala de regulação separadamente, mas o tempo médio total de regulação. Todavia, os coordenadores regionais informaram que ocorre, mensalmente, a avaliação individual do tempo-resposta dos profissionais da sala de regulação. Caso algum profissional não esteja atingindo a meta ou apresente tempo muito fora do normal, o coordenador responsável o chamará para esclarecer o ocorrido e propor soluções.

A SES encaminhou o relatório com o tempo médio de atendimento dos profissionais da sala de regulação referente a agosto de 2014 (fls. 3965-3967). Além disso, foi coletado na CR de Joinville um material explicativo sobre os indicadores, explicando, além do tempo-resposta, qual o papel de cada profissional da sala de regulação (fl. 3845).

Diante do constatado, entende-se que a recomendação foi implementada.

2.1.2.21 Cumprimento das funções pelos profissionais da regulação

Recomendação à SES - Exigir o cumprimento das funções do TARM e limitar a função do médico regulador ao interrogatório específico, possibilitando o atendimento no menor intervalo de tempo possível, de acordo com o Manual de Regulação Médica das Urgências, do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.21.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Com a revisão do manual de regulação, o cumprimento das funções do TARM e limitação das funções do Médico regulador ao interrogatório específico serão reavaliados possibilitando assim, o menor intervalo de tempo-resposta.	31/10/2010

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: Não houve qualquer manifestação da SES para esta recomendação.

Análise

Como já foi descrito no item anterior, médicos-reguladores das CRs de Balneário Camboriú e Chapecó não aproveitavam as informações coletadas pelo TARM e repetiam, ao solicitante de socorro, as perguntas já efetuadas antes de iniciar, propriamente, a regulação médica.

A equipe que realizou o primeiro monitoramento não presenciou situações como as apresentadas na auditoria, considerando implantada a recomendação.

A avaliação do tempo-resposta da regulação médica pode ser um inibidor para este tipo de ocorrência.

Os coordenadores regionais entrevistados no segundo monitoramento informaram que não ocorre a sobreposição de funções na sala de regulação, situação confirmada na observação dos atendimentos realizados.

Sendo assim, a recomendação foi implementada.

2.1.2.22 Fornecimento de uniforme padrão do SAMU

Recomendação à SES - Providenciar periodicamente uniforme padrão (macacão) para os profissionais das equipes intervencionistas do SAMU, de acordo com o Manual de Identidade Visual do SAMU 192, do Ministério da Saúde (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.22.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
A troca de uniformes acontece no período de dois em dois anos ou de acordo com a necessidade.	Imediato

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1928): A SES informou que a recomendação está sendo cumprida por tratar de condição primária para habilitações e credenciamentos junto ao Ministério da Saúde e estar prevista no contrato de gestão.

Análise

Profissionais que atuavam no SAMU na época da auditoria reclamaram que não era feita a substituição dos uniformes, periodicamente. Alguns sequer chegaram a receber uniformes novos quando ingressaram, sendo obrigados a usarem uniformes usados, deixados por outros que se desligaram do serviço.

A SES colocou no plano de ação que a troca dos uniformes é bienal. Esta informação não foi confirmada no monitoramento em 2011, mas a equipe identificou que a Secretaria fornece o vestuário sempre que os coordenadores das centrais de regulação solicitam, portanto, considerou-se implementada a recomendação.

Por outro lado, em Lages, os profissionais compravam o uniforme pela *internet*, em um site que não exigia qualquer identificação do usuário, portanto, qualquer pessoa podia adquirir um uniforme do SAMU. A situação identificada gerou um alerta para a Secretaria de Estado da Saúde.

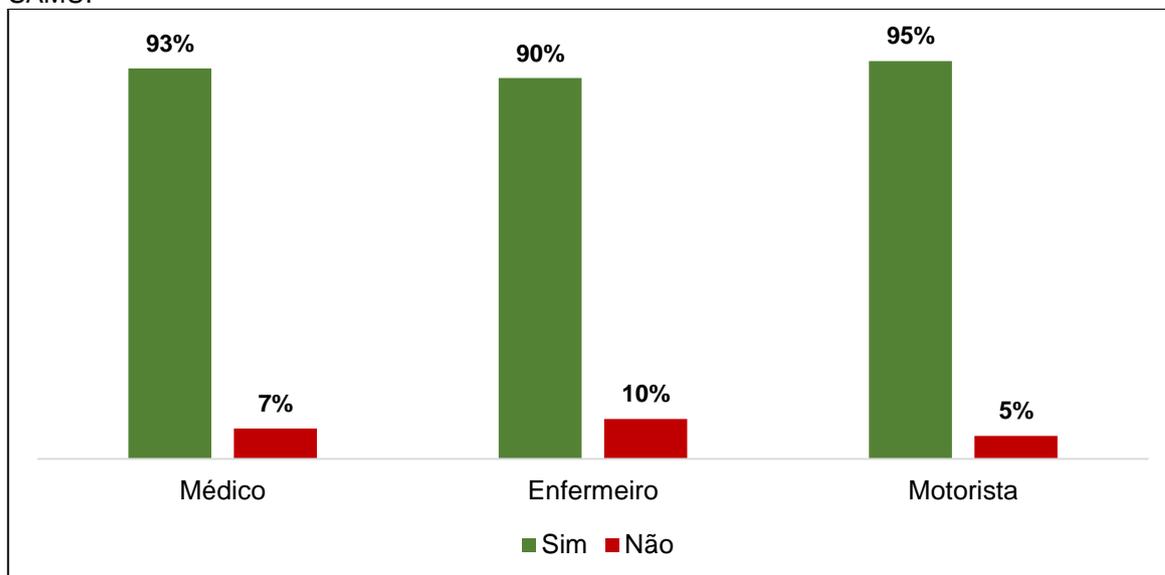
A SES informou em seu relatório que está previsto no contrato de gestão o fornecimento de uniformes aos profissionais do SAMU. Essa condição não está expressa no contrato, porém retira-se que a SPDM deve “adotar o

símbolo e o nome designativo do SAMU de acordo com as definições de comunicação visual definidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina” (fl. 2142), bem como “deverá manter a padronização de estrutura física e “layout visual” do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência estipulado pelo Ministério da Saúde” (fl. 2153).

Neste monitoramento, os coordenadores regionais informaram que todos os profissionais recebem uniformes novos no ato da admissão e a troca é feita conforme necessidade, por solicitação do funcionário.

Dos 243 profissionais que atuam nas USAs e responderam o questionário, 93% declarou que recebeu uniforme novo ao ingressar no SAMU.

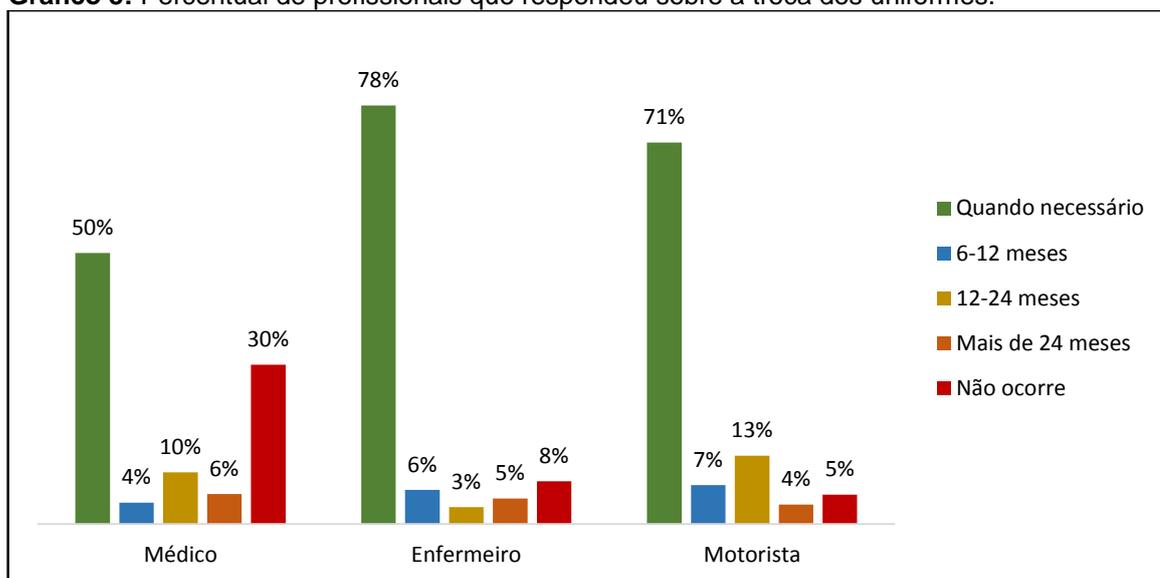
Gráfico 4: Percentual de profissionais que respondeu se recebe uniforme novo ao ingressar no SAMU.



Fonte: TCE-SC, a partir do questionário.

Quando à troca periódica, em média, 66% responderam que ocorre quando necessário, reforçando as informações dadas pelos coordenadores. Surpreende a discrepância nas respostas dos médicos, em que 30% declara inexistir a reposição de uniformes, sendo que a maioria dos assinalaram esta opção de resposta já atuam a mais de um ano no serviço.

Gráfico 5: Percentual de profissionais que respondeu sobre a troca dos uniformes.



Fonte: TCE-SC, a partir do questionário.

Pelas evidências coletadas, entende-se que os profissionais passaram a receber uniformes novos ao ingressar no serviço e que ocorre a troca dos mesmos quando necessário, concluindo-se que a recomendação foi implementada.

2.1.2.23 Fornecimento de uniformes compatíveis com o clima

Recomendação à SES - Providenciar periodicamente uniformes, compatíveis com o clima, levando em consideração as variações de temperatura existentes no Estado, para todos os profissionais do SAMU; e proibir o uso de uniformes diferentes dos fornecidos (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.23.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
O uniforme utilizado é padrão do Ministério da Saúde, inclusive quanto ao seu tecido. Para épocas mais frias do ano, foram adquiridas jaquetas impermeáveis.	Imediato

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013: Não houve manifestação da SES para esta recomendação.

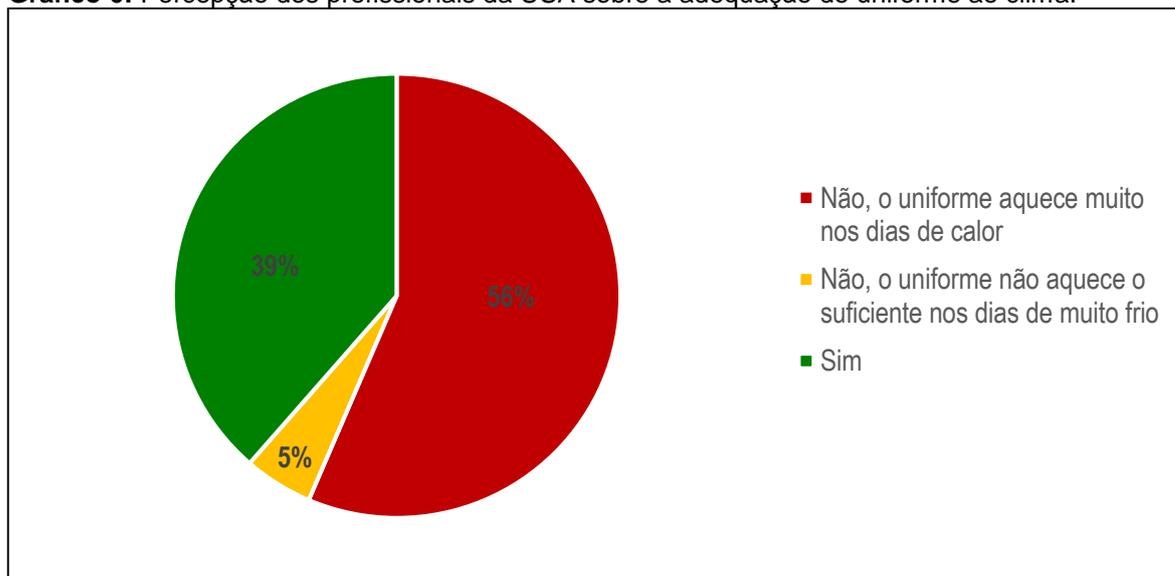
Análise

Nas CRs de Criciúma, Joinville e Lages a equipe de auditoria identificou o uso de uniformes diferentes daqueles padronizados pelo Ministério da Saúde. A alegação foi de que o clima frio os obrigava a adquirir outros vestuários, sendo que as roupas compradas tinham a logomarca do SAMU.

Em 2011, os coordenadores das CRs visitadas no monitoramento informaram que os uniformes recebidos eram adequados ao clima da região e, portanto, a recomendação foi considerada implementada.

Dos 241 profissionais que atuam nas USAs e responderam o questionário para o segundo monitoramento, a maioria (56%) considerou o macacão muito quente para o clima da região e 39% o consideraram adequado.

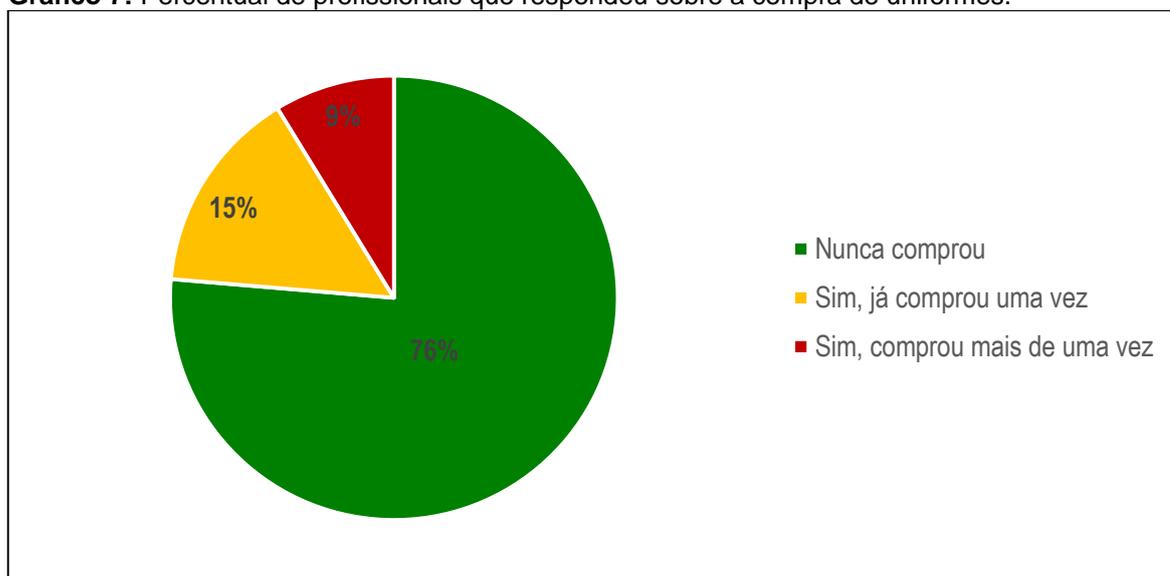
Gráfico 6: Percepção dos profissionais da USA sobre a adequação do uniforme ao clima.



Fonte: TCE-SC, a partir do questionário.

Apesar de a maior parte dos profissionais considerarem o uniforme inadequado ao clima, principalmente nos dias de maior calor, não há o que a Secretaria de Estado da Saúde possa fazer, uma vez que o macacão é o uniforme padronizado pelo Ministério da Saúde e seu uso é obrigatório. O questionário evidenciou que a maioria dos que atuam nas USAs não adquirem uniforme com recursos próprios.

Gráfico 7: Percentual de profissionais que respondeu sobre a compra de uniformes.



Fonte: TCE-SC, a partir do questionário.

A inspeção nas bases descentralizadas, locais onde ficam as USAs e suas equipes, constatou que todos os profissionais utilizavam o macacão padronizado pelo Ministério.

Sendo assim, entende-se que a recomendação foi implementada.

2.1.2.24 Jornada de trabalho

Recomendação à SES - Estipular jornada diária de trabalho não excedente a 06 (seis) horas, atendendo ao previsto no Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 10.1, visto o nível de exigência do trabalho (Decisão 2.709/2009, item 6.2.3.24.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Os médicos reguladores já atuam por período de 12 horas (com revezamento a cada 6 horas). Projeto piloto, em Joinville, o funcionamento com regime de seis horas para os TARMs. Estamos aguardando resultado para aplicação nas demais unidades.	31/07/2010

Terceiro Relatório Parcial em 10/01/2013 (fl. 1931): A Secretaria informou que é responsabilidade da SPDM efetuar o controle da jornada de trabalho e carga horária dos profissionais.

Análise

Apesar de o Plano Estadual de Atenção às Urgências prever jornada de trabalho diária de seis horas para os profissionais do SAMU, na prática esta jornada era de 12 horas. A equipe de auditoria verificou que a carga horária praticada agradava apenas aos médicos, mas foi motivo de reclamação de todos os demais profissionais que atuavam no SAMU.

A inspeção realizada no monitoramento de 2011 identificou diferentes jornadas diárias. Em Florianópolis, Balneário Camboriú, Joinville e Blumenau os médicos tinham jornada diária de seis horas e os demais profissionais, de 12 horas. Na CR de Lages, os médicos faziam 20 horas semanais e os demais, 12 horas. A equipe identificou que a falta de profissionais, principalmente médicos, gerava a sobrecarga de trabalho, impedindo a jornada diária de seis horas. Desta forma, foi considerada não implementada.

Para este monitoramento, a SES encaminhou as escalas de trabalho dos profissionais que atuam tanto nas centrais de regulação quanto nas ambulâncias (fls. 3107-3191). Nelas verifica-se que há duas jornadas distintas: 12 horas diárias para médicos (CR e USA), enfermeiros e motoristas socorristas e seis horas diárias para TARMs e rádio-operadores.

Por conta da permanência da jornada de 12 horas diárias para alguns profissionais, conclui-se que a recomendação foi parcialmente implementada.

2.1.2.25 Disseminação dos casos atendidos pelo SAMU aos policiais e bombeiros

Recomendação à SSP - Disseminar a todos os profissionais da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina quais casos são atendidos pelo SAMU (Decisão 2.709/2009, item 6.2.4.1.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Elaborado o Termo de Cooperação Técnica Operacional SES/SSP nº 001/2008. Constituída a Coordenação Estadual dos Serviços de Emergência, através da Portaria nº 941/GABS/SSP/2009. Designado o Coordenador Estadual das Centrais Regionais de Emergências, através da Portaria nº 942/2009. Para o referido cumprimento foi encaminhado os Ofícios nº 2666.4/SSP e nº 2666.5/SSP, de 01/09/2009, para os Comandos da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros respectivamente.	Imediato e contínuo

Terceiro Relatório Parcial em 25/10/2012 (fls. 1913-1917): A Secretaria de Segurança incumbiu o Comandante-geral do Corpo de Bombeiros Militar (CBMSC) a elaborar a resposta a este Tribunal. Em sua manifestação, o Comandante dispôs que haveria uma adequação no currículo do curso de formação de socorrista do bombeiro para a inclusão de disciplina relacionada a integração do serviço de atendimento pré-hospitalar prestado pelas duas corporações, SAMU e Corpo de Bombeiros.

Análise

O atendimento pré-hospitalar é realizado tanto pelo SAMU quanto pelo Corpo de Bombeiros e, em alguns municípios que dispõem do serviço, também pela Polícia Militar. Contudo, cabe exclusivamente ao SAMU o atendimento dos casos clínicos, enquanto que as emergências decorrentes de trauma podem ser atendidas por todos.

Coordenadores das centrais de emergência 190 (PM) e 193 (CBMSC), entrevistados em 2008, informaram que não tinham conhecimento de quais casos deveriam ser repassados ao SAMU. A exceção ocorria na Central de Emergência de Balneário Camboriú, integrada entre SAMU e PM, onde os casos de saúde eram imediatamente direcionados para o 192.

O monitoramento realizado em 2011 reconheceu as ações adotadas pela SSP para a divulgação dos casos que deveriam ser repassados ao SAMU, como a reunião mensal de comandantes, chefes e coordenadores das Centrais Regionais de Emergência e a Instrução Normativa nº 003/CECRE/2010, elaborada pela SES e SSP. De acordo com o artigo 1º, este documento define “os

protocolos para ativação da Central Regional de Emergências e protocolos de gerenciamento de ocorrências para atendimento pré-hospitalares de urgências e emergências, entre Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e SAMU” (fl. 336).

Apesar de a recomendação ter sido direcionada a SSP, a Secretaria de Saúde também se manifestou a respeito em seu último relatório de acompanhamento, colocando que incluiria, em seu projeto de educação, a realização de palestras para estes profissionais e abertura de vagas para os mesmos nos treinamentos realizados aos profissionais do SAMU/SC.

Na relação de participantes dos cursos oferecidos entre 2012 e 2014, consta a participação de dois bombeiros e dois policiais na capacitação sobre parada cardiorrespiratória, ocorrida em 26/04/2013, no município de Balneário Camboriú; e de três socorristas do corpo de bombeiros no treinamento ofertado à equipe operacional do SAMU de Jaraguá do Sul, em 05/03/2013, naquele município.

Em 01/09/2011, a Secretaria de Segurança Pública enviou um Plano de Ação atualizado (fls. 1864-1870). Neste documento a SSP informa que delegou aos Comandos Gerais da PM e do CBMSC a disseminação dos casos atendidos pelo SAMU e que foi realizado, em 10/08/2011, o 1º Encontro Anual dos Chefes das Centrais Regionais de Emergências e Coordenadores do SAMU.

A resposta do CBMSC enfatiza que não houve alteração do currículo do curso de formação de socorristas, contudo, o currículo atual já menciona a atuação do SAMU no sistema de emergências médicas:

(4) ainda não possuímos no currículo do Curso de Formação de Socorristas uma disciplina específica que verse sobre a integração entre CBMSC e SAMU, é contumaz que este assunto seja abordado e por vezes esmiuçado em detalhes entre instruídos e instrutores, pois fatalmente as equipes do CBMSC precisarão em algum momento de apoio e/ou orientação de equipes do SAMU, em especial do Regulador Médico da Central de Regulação Regional e das equipes de Suporte Avançado;

(5) destaco que na lição de número 1 do Curso, denominada de “O Sistema de Emergências Médicas e o Socorrista”, os instruídos são devidamente contextualizados dentro do sistema, compreendendo seus deveres, obrigações, direitos do paciente e os aspectos legais que envolvem a atividade, sendo também nesta oportunidade reforçado com os bombeiros militares em formação que as equipes do SAMU estão presentes no sistema e que devem ser acionadas em algumas situações conforme seja julgado pertinentes pelos socorristas do CBMSC. (fl. 3783)

Aliado ao currículo de formação de socorristas, a SSP assinou, em conjunto com a SES, a Instrução Normativa nº 003/CECRE/2010 (fls. 336-340), na qual constam quais casos competem ao SAMU, PM ou CBMSC.

Por estas medidas, entende-se que a recomendação foi implementada.

2.1.2.26 Cumprimento do POP pelos bombeiros quanto ao atendimento de casos exclusivamente clínicos

Recomendação à SSP - Fazer o Corpo de Bombeiros cumprir o POP – Procedimento Operacional Padrão para atendimento pré-hospitalar de urgências e emergências, item 6, "f" e "g", que proíbe seus profissionais de realizarem atendimentos de cunho exclusivamente clínico (Decisão 2.709/2009, item 6.2.4.2.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
Encaminhado os Ofícios nº 2666.4/SSP e nº 2666.5/SSP, de 01/09/2009, para o Comando da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros respectivamente visando o cumprimento da medida.	Imediato e contínuo

Terceiro Relatório Parcial em 25/10/2012 (fls. 1913-1917): Em vários trechos da sua manifestação o Comandante-geral do Corpo de Bombeiros Militar (CBMSC) deixa clara a percepção da divisão de competências entre os socorristas sob seu comando e os do SAMU, principalmente no tocante à regulação médica das emergências:

b. Sugestões:

- 1) dentre das possibilidades estaremos adequando a inclusão no currículo do Curso de Formação de Socorrista do CBMSC uma disciplina relacionada a integração do serviço de APH prestado pelo CBMSC e pelo SAMU.
- 2) após a celebração do termo de cooperação técnica entre o CBMSC e o SAMU será determinado a todos os Comandantes de Unidades do CBMSC que fiscalizem o integral cumprimento dos termos pactuados, responsabilizando aqueles que insistirem em se manter à margem do acordado entre a Secretaria de Estado da Segurança Pública e a Secretaria de Estado da Saúde no que tange ao atendimento de urgências e emergências pelas Centrais Regionais de Emergência. (fl. 1917)

Análise

Como já mencionado, os casos clínicos devem ser atendidos exclusivamente por profissionais do SAMU, contudo, em 2008, a auditoria revelou que bombeiros também faziam este atendimento, mesmo sabendo que era competência do SAMU.

As entrevistas realizadas no primeiro monitoramento com coordenadores das centrais de emergência integradas confirmaram a permanência da situação apontada em Balneário Camboriú, Blumenau e Lages.

No relatório enviado em outubro de 2012, o Comandante-geral do Corpo de Bombeiros menciona a celebração de um termo de cooperação técnica entre o CBMSC e o SAMU, seguida de uma determinação aos comandos regionais para a fiscalização do integral cumprimento dos termos pactuados, inclusive com a responsabilização dos que insistirem em se manter à margem do acordado.

A SES também se manifestou acerca desta recomendação a SSP, acompanhando as alegações do Comandante, ao aduzir que a implementação “depende de estabelecimento de fluxos e negociação com o Comando desta Corporação” (fl. 1928).

Destaca-se, entretanto, que, em 2008, já foi firmado o Termo de Cooperação Técnica e Operacional nº 001/2008/SSP entre as duas secretarias, com vigência de cinco anos. Este termo tratava de um convênio para o funcionamento das Centrais Integradas para Atendimento de Emergências. Percebe-se que o termo outrora assinado referia-se às centrais integradas e o Corpo de Bombeiros resistia à integração física.

Por outro lado, a Instrução Normativa nº 003/CECRE/2010, assinada pela SSP e SES (fls. 336-340), deixa claro quais as competências das equipes de atendimento do SAMU e dos bombeiros:

ART. 6º - A atuação das equipes de atendimento de APH SAMU – 192 (USB e USA), será:

I – Atendimento preferencial a casos clínicos (emergências médicas).

II – Atendimento a casos traumáticos.

III – Partos de emergência.

IV – Avaliação e decisão sobre a necessidade de intervenção médica no local, a partir da situação reportada/solicitada pelas equipes de USB (PM, SAMU e Bombeiros) em atendimento ou durante a triagem das solicitações telefônicas.

V – Apoio às concessionárias de rodovias abrangidas por esta Central de Emergência.

ART. 8º - A atuação das equipes de atendimento de APH dos Bombeiros – 193 (USB, USA e ASU), será:

I – Acidentes de trânsito, de trabalho e outros traumas.

II – Acidentes domésticos e quedas (altura e nível).

III – Afogamentos.

IV – Choques elétricos.

V – Queimaduras (térmicas, químicas e elétricas).

Além das evidências documentais, nas entrevistas realizadas no segundo monitoramento, em 2014, não foram reportados atendimentos de casos clínicos por profissionais do Corpo de Bombeiros. Assim, entende-se que a recomendação foi implementada.

2.1.2.27 Continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193

Recomendação à SSP - Dar continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193, abrangendo todas as cidades que sediam uma Central de Regulação do SAMU (Decisão 2.709/2009, item 6.2.4.3.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
<p>Foram implantadas as Centrais de Emergências de:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Balneário Camboriú: Polícia Militar, SAMU e Agentes Municipais de Trânsito. (Bombeiro Militar até o momento não disponibilizou efetivo).2) Blumenau: Polícia Militar e SAMU, estando em fase de negociação com a Prefeitura Municipal a integração à Central Regional de Emergências dos Agentes Municipais de Trânsito. (Bombeiro Militar até o momento não disponibilizou efetivo).3) Joinville: Polícia Militar; SAMU e Bombeiros Voluntários.<ol style="list-style-type: none">a) Estão em processo de implantação as Centrais Regionais de emergência de: Florianópolis, Chapecó, Jaraguá do Sul e Criciúma.b) Para implantação em 2010: Joaçaba. <p>Foram contratados 250 (duzentos e cinquenta) Agentes Temporários para atuarem como telefonistas nas Centrais Regionais de Emergências, estando em fase de treinamento, sendo que, a partir de 15 de janeiro de 2010 já estarão trabalhando nas centrais regionais de emergências, liberando Policiais e Bombeiros Militares que hoje atuam nesta função.</p>	<p>Imediato e contínuo</p>

Terceiro Relatório Parcial em 25/10/2012 (fls. 1913-1917): O Comandante-geral do Corpo de Bombeiros alega que a integração física não se faz necessária se a integração de informações for efetiva:

18) quanto à efetiva integração física das centrais de atendimento, verifica-se que o mais importante neste contexto é disponibilizar que as centrais tenham fluxo livre de informações quando necessário, sejam elas dados ou voz, o que já foi disponibilizado pelo CBMSC na medida em que o sistema foi modificado para permitir o envio de dados e a transferência de ramais telefônicos para o sistema em uso pelo SAMU, porém para que o processo possa ser finalizado dependemos de um retorno dos profissionais em TI do SAMU para que sejam realizadas as devidas alterações necessárias para que as informações possam ser enviadas para o E-193; e

19) percebe-se que integração física acaba sendo desnecessária, pois a integração efetivamente não depende da ocupação de um espaço físico em comum, mas sim, da facilidade de fluxo de informações e despachos entre os componentes das diversas centrais de atendimento. (fl. 1917)

Análise

Como mencionado no item anterior, em 2008 a SSP e SES firmaram o Termo de Cooperação Técnica e Operacional nº 001/2008/SSP, com vigência de cinco anos, com a finalidade de inserir o SAMU nas instalações da Central de Comando e Controle de Emergências, criando as Centrais Integradas para Atendimento de Emergências.

Naquele ano, a auditoria verificou que a CR de Balneário Camboriú já funcionava em uma central integrada, junto com a PM e Guarda Municipal. As Secretarias também previam a integração do SAMU em Criciúma, Florianópolis e Joinville, conforme a Portaria nº 910/GABS/SSP, de 13/11/2007 (fls. 1342-1344 do Processo AOR 07/00373454), sendo que nos dois primeiros municípios já existiam centrais integradas em que atendiam a PM e o CBMSC.

Em 2011, as CRs de Florianópolis, Balneário Camboriú, Joinville, Blumenau e Lages também já estavam integradas com a PM, porém apenas em Florianópolis e Joinville contavam com a atuação do CBMSC. Em Chapecó e Criciúma a integração das centrais estava em andamento, restando apenas a viabilização na CR de Joaçaba. Desta forma, a recomendação foi considerada em implementação.

A situação pouco se alterou após o primeiro monitoramento. Em 2014, sete centrais do SAMU já atuam em Centrais Regionais de Emergência, com exceção de Joaçaba. Quanto à integração física da central do Corpo de

Bombeiros, manteve-se apenas em Florianópolis e Joinville, conforme resposta encaminhada pela SSP (fl. 3788) e inspeção *in loco*.

O Comandante-geral do Corpo de Bombeiros não concorda com a integração física das centrais, conforme mencionado no seu terceiro relatório de acompanhamento, já mencionado acima.

Diante da resistência do CBMSC em integrar as Centrais Regionais de Emergência, apesar de o SAMU já estar em sete delas, entende-se que a recomendação foi parcialmente cumprida.

2.1.3 Considerações Finais

Como este é o último relatório de monitoramento da auditoria operacional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Estado de Santa Catarina (SAMU/SC), realizou-se a avaliação do desempenho do cumprimento das determinações e da implementação das recomendações por parte da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria de Estado da Segurança Pública.

2.1.3.1 Cumprimento das determinações

Ante as informações obtidas no primeiro e segundo monitoramentos, destaca-se a situação de cumprimento das determinações constantes da Decisão nº 2709/2009 e das medidas que seriam adotadas, conforme Planos de Ação aprovados na Decisão nº 2892/2010:

Quadro 15: Situação do cumprimento das determinações.

Determinações da Decisão nº 2709/2009		Situação no 1º monitoramento	Situação no 2º monitoramento
Secretaria de Estado da Saúde			
6.2.1.1	Capacitação de tutores	Parcialmente cumprida	Cumprida
6.2.1.2	Projeto de captação de recursos para capacitação	Cumprida	Prejudicada

6.2.1.3	Projeto de capacitação inicial e continuada	Não cumprida	Parcialmente cumprida
6.2.1.4	Avaliação dos profissionais capacitados e dos capacitadores	Não cumprida	Parcialmente cumprida
6.2.1.6	Equipes de trabalho incompletas	Não cumprida	Parcialmente cumprida
6.2.1.7	Readequação das equipes administrativas	Não cumprida	Cumprida
6.2.1.8	Acesso à sala de regulação	Parcialmente cumprida	Cumprida
6.2.1.9	Funcionamento ininterrupto da sala de regulação	Parcialmente cumprida	Cumprida
6.2.1.10	Exclusividade da linha 192 para o atendimento de urgências médicas	Não cumprida	Parcialmente cumprida
6.2.1.11	Disponibilidade das ferramentas de regulação na sala de regulação	Parcialmente cumprida	Cumprida
6.2.1.12	Registro de todos os trotes	Cumprida	Cumprida
6.2.1.13	Disponibilidade de equipamentos e sistema informatizado	Cumprida	Cumprida
6.2.1.14	Gravação das comunicações efetuadas	Parcialmente cumprida	Parcialmente cumprida
6.2.1.15	Sistema informatizado de dados que possibilite à produção de indicadores	Não cumprida	Cumprida
6.2.1.16	Linha direta e frequência de rádio para comunicação entre os atores	Parcialmente cumprida	Cumprida
6.2.1.17	Comunicação entre as equipes de intervenção e a sala de regulação	Não cumprida	Prejudicada
6.2.1.18	Regulação médica via rádio	Prejudicada	Prejudicada
6.2.1.19	Telefones móveis para as ambulâncias	Não cumprida	Cumprida
6.2.1.20	Equipamentos de identificação de chamadas	Cumprida	Cumprida
6.2.1.21	Acompanhamento e avaliação das ações do SAMU através de indicadores de desempenho	Não cumprida	Cumprida
6.2.1.22	Documento conjunto SES/SSP de pactuação sobre os atendimentos de urgência e emergência	Cumprida	Cumprida
6.2.1.23	Salas de conforto para as equipes da sala de regulação	Cumprida	Cumprida

6.2.1.24	Farmacêutico responsável pelo almoxarifado de medicamentos	Cumprida	Cumprida
6.2.1.25	Treinamento de profissional responsável pelo almoxarifado de medicamentos	Não cumprida	Cumprida
6.2.1.26	Adequação dos almoxarifados de medicamentos e inspeção pela Vigilância Sanitária	Não cumprida	Parcialmente cumprida
6.2.1.27	Garagem coberta para as ambulâncias	Cumprida	Cumprida
6.2.1.28	Pactuação com gestores das unidades de atendimento à saúde	Parcialmente cumprida	Não cumprida
6.2.1.29	Refeições aos profissionais	Não cumprida	Não cumprida
6.2.1.30	Segurança dos profissionais e ambulâncias	Parcialmente cumprida	Parcialmente cumprida
Secretaria de Estado da Segurança Pública			
6.2.2.1	Regulação médica para os atendimentos de urgência realizados pela Polícia Militar e pelo Corpo de Bombeiros	Não cumprida	Prejudicada
6.2.2.2	Documento de atuação conjunta da SES e SSP estabelecendo as funções/competências dos profissionais na cena da ocorrência	Parcialmente cumprida	Cumprida

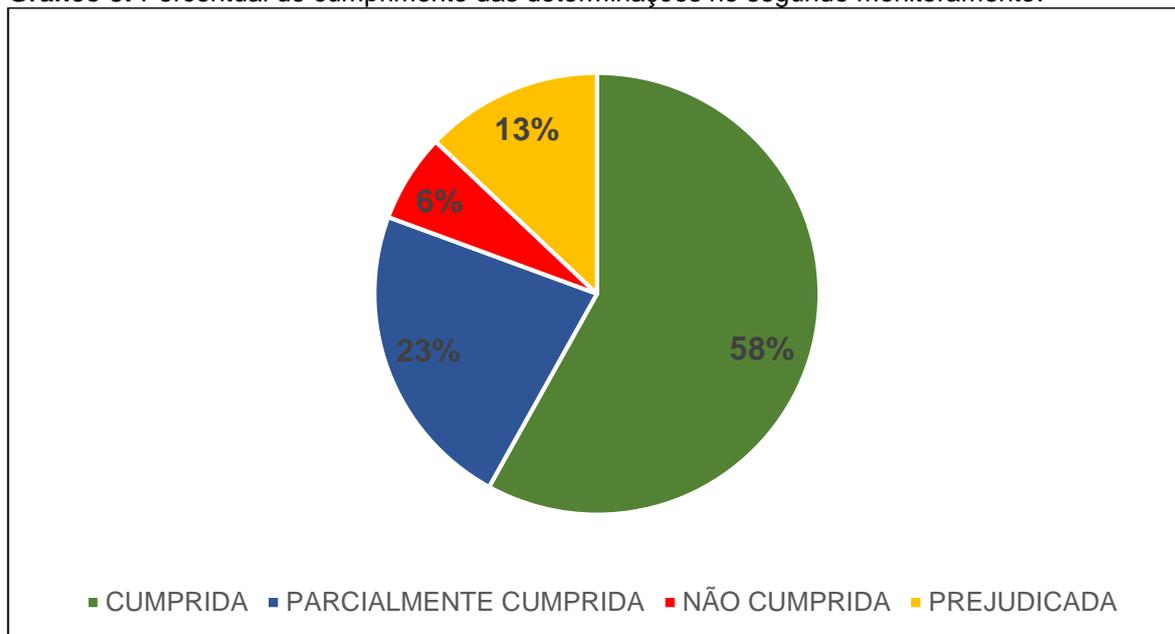
O Quadro a seguir apresenta, de forma percentual, a situação do cumprimento das determinações no 1º e 2º monitoramentos:

Quadro 16: Percentual de cumprimento das determinações.

Situação	1º monitoramento		2º monitoramento	
	Itens da Decisão nº 2709/2009	%	Itens da Decisão nº 2709/2009	%
Cumprida	6.2.1.2; 6.2.1.12; 6.2.1.13; 6.2.1.20; 6.2.1.22; 6.2.1.23; 6.2.1.24; 6.2.1.27	26%	6.2.1.1; 6.2.1.7; 6.2.1.8; 6.2.1.9; 6.2.1.11; 6.2.1.12; 6.2.1.13; 6.2.1.15; 6.2.1.16; 6.2.1.19; 6.2.1.20; 6.2.1.21; 6.2.1.22; 6.2.1.23; 6.2.1.24; 6.2.1.25; 6.2.1.27; 6.2.2.2	58%
Parcialmente cumprida	6.2.1.1; 6.2.1.8; 6.2.1.9; 6.2.1.11; 6.2.1.14; 6.2.1.16; 6.2.1.28; 6.2.1.30; 6.2.2.2	29%	6.2.1.3; 6.2.1.4; 6.2.1.6; 6.2.1.10; 6.2.1.14; 6.2.1.26; 6.2.1.30	23%

Não cumprida	6.2.1.3; 6.2.1.4; 6.2.1.6; 6.2.1.7; 6.2.1.10; 6.2.1.15; 6.2.1.17; 6.2.1.19; 6.2.1.21; 6.2.1.25; 6.2.1.26; 6.2.1.29; 6.2.1.1	42%	6.2.1.28; 6.2.1.29	6%
Prejudicada	6.2.1.18	3%	6.2.1.2; 6.1.2.17; 6.2.1.18; 6.2.2.1	13%

Gráfico 8: Percentual de cumprimento das determinações no segundo monitoramento.



2.1.3.2 Implementação das recomendações

A avaliação da implementação das recomendações constantes da Decisão nº 2709/2009, encontra-se no quadro a seguir:

Recomendações da Decisão nº 2709/2009		Situação no 1º monitoramento	Situação no 2º monitoramento
Secretaria de Estado da Saúde			
6.2.3.1	Controle efetivo da jornada de trabalho e cumprimento da carga horária	Não implementada	Não implementada
6.2.3.2	Identificação das chamadas em espera	Não implementada	Não implementada
6.2.3.3	Diretrizes técnicas de regulação médica e normas de rotina de serviço	Implementada	Implementada

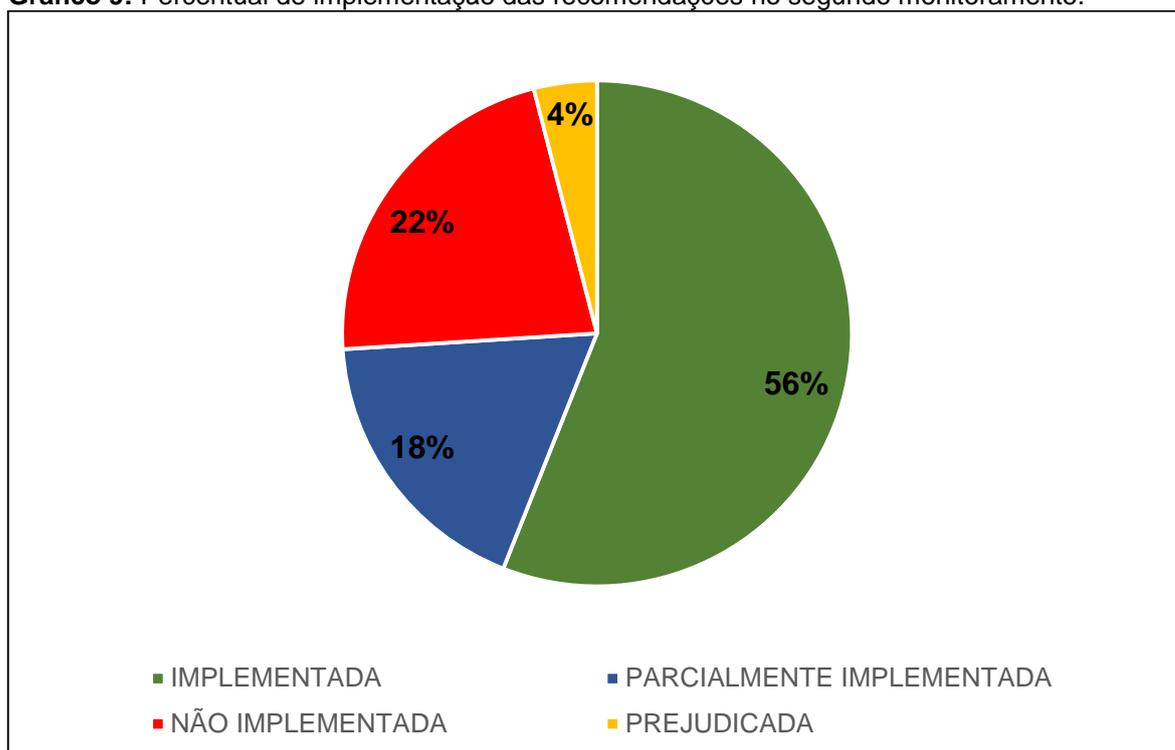
6.2.3.4	Regras de comportamento nas salas de regulação	Implementada	Implementada
6.2.3.5	Equipamentos de TV e rádio nas salas de regulação	Parcialmente implementada	Implementada
6.2.3.6	Estratégias promocionais de conscientização	Parcialmente implementada	Implementada
6.2.3.7	Trotes recorrentes	Não implementada	Parcialmente implementada
6.2.3.8	Divulgação das ações e punições referente aos trotes recorrentes	Não implementada	Não implementada
6.2.3.9	Cadastro dos proprietários de telefones	Não implementada	Prejudicada
6.2.3.10	Plano de expansão da frota de ambulâncias	Não implementada	Não implementada
6.2.3.11	Revisão e manutenção das Unidades de Suporte Avançado	Não implementada	Implementada
6.2.3.12	Controle da frota de ambulâncias	Não implementada	Implementada
6.2.3.13	Sistema de dados que permita a interligação das centrais de regulação com a Gerência Estadual	Parcialmente implementada	Implementada
6.2.3.14	Cópia de segurança dos registros e gravação de voz	Implementada	Parcialmente implementada
6.2.3.15	Correto direcionamento das chamadas	Parcialmente implementada	Não implementada
6.2.3.16	Produção de indicadores	Não implementada	Parcialmente implementada
6.2.3.17	Encaminhamento de indicadores aos órgãos competentes	Não implementada	Não implementada
6.2.3.18	Integração física das centrais de regulação	Parcialmente implementada	Implementada
6.2.3.19	Abastecimento das unidades de suporte avançado	Implementada	Implementada
6.2.3.20	Avaliação do tempo resposta de cada profissional	Não implementada	Implementada
6.2.3.21	Cumprimento das funções pelos profissionais da regulação	Implementada	Implementada
6.2.3.22	Fornecimento de uniforme padrão do SAMU	Implementada	Implementada

6.2.3.23	Fornecimento de uniformes compatíveis com o clima	Implementada	Implementada
6.2.3.24	Jornada de trabalho	Não implementada	Parcialmente implementada
Secretaria de Estado da Segurança Pública			
6.2.4.1	Disseminação dos casos atendidos pelo SAMU aos policiais e bombeiros	Parcialmente implementada	Implementada
6.2.4.2	Cumprimento do POP pelos bombeiros quanto ao atendimento de casos exclusivamente clínicos	Parcialmente implementada	Implementada
6.2.4.3	Continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193	Parcialmente implementada	Parcialmente implementada

Já a implementação das recomendações, de forma percentual, no 1º e 2º monitoramentos está descrita no quadro a seguir:

Situação	1º monitoramento		2º monitoramento	
	Itens da Decisão nº 2709/2009	%	Itens da Decisão nº 2709/2009	%
Implementada	6.2.3.3; 6.2.3.4; 6.2.3.14; 6.2.3.19; 6.2.3.21; 6.2.3.22; 6.2.3.23	23%	6.2.3.3; 6.2.3.4; 6.2.3.5; 6.2.3.6; 6.2.3.11; 6.2.3.12; 6.2.3.13; 6.2.3.18; 6.2.3.19; 6.2.3.20; 6.2.3.21; 6.2.3.22; 6.2.3.23; 6.2.4.1; 6.2.4.2	56%
Parcialmente implementada	6.2.3.5; 6.2.3.6; 6.2.3.13; 6.2.3.15; 6.2.3.18; 6.2.4.1; 6.2.4.2; 6.2.4.3	26%	6.2.3.7; 6.2.3.14; 6.2.3.16; 6.2.3.24; 6.2.4.3	18%
Não implementada	6.2.3.1; 6.2.3.2; 6.2.3.7; 6.2.3.8; 6.2.3.9; 6.2.3.10; 6.2.3.11; 6.2.3.12; 6.2.3.16; 6.2.3.17; 6.2.3.20; 6.2.3.24	39%	6.2.3.1; 6.2.3.2; 6.2.3.8; 6.2.3.10; 6.2.3.15; 6.2.3.17	22%
Prejudicada	-	0%	6.2.3.9	4%

Gráfico 9: Percentual de implementação das recomendações no segundo monitoramento.



3. CONCLUSÃO

Como este é o último relatório de monitoramento da auditoria operacional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Estado de Santa Catarina (SAMU/SC), realizou-se a avaliação do desempenho da implementação das recomendações.

Observou-se que ocorreram avanços no SAMU/SC, principalmente no período entre o primeiro e o segundo monitoramento. Independente da implementação total ou parcial das determinações e recomendações, a melhoria do serviço ficou constatada, principalmente, na integração física das centrais de emergência da Polícia Militar com o SAMU/SC e o Corpo de Bombeiros, constantes dos itens 2.1.2.18 e 2.1.2.27 deste Relatório. A implementação desta medida reflete diretamente no cumprimento de outras, como a adoção de regras de comportamento nas salas de regulação médica (item 2.1.2.4 deste Relatório) e melhora na estrutura física das centrais de regulação (item 2.1.1.22 deste Relatório).

Nesse mesmo sentido, a formação de equipes completas (item 2.1.1.5 deste Relatório) e o controle da frota de ambulâncias com a manutenção periódica das mesmas (itens 2.1.2.11 e 2.1.2.12 deste Relatório) têm garantido o funcionamento ininterrupto deste serviço, o que permite maior segurança à população nos momentos que necessitam do atendimento de urgência e emergência.

Por tudo isso, conclui-se que houve melhora significativa na estruturação do SAMU/SC e, conseqüentemente, na qualidade do serviço prestado, sugerindo-se ao relator o arquivamento do processo, sem a abertura de autos apartados.

A Diretoria de Atividades Especiais sugere ao Exmo. Sr. Relator:

3.1 Conhecer do Relatório (Final de Monitoramento) de Instrução DAE n. 29/2014, que encerra o ciclo de monitoramentos das deliberações deste processo, que trata da Auditoria Operacional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Estado de Santa Catarina (SAMU/SC), decorrente dos Processos AOR-07/00373454 e PMO-10/00467110, para:

3.1.1 Conhecer o cumprimento das determinações constantes da Decisão nº 2709/2009 para os itens: 6.2.1.1 – Capacitação de tutores (item 2.1.1.1 deste Relatório); 6.2.1.7 - Readequação das equipes administrativas (item 2.1.1.6 deste Relatório); 6.2.1.8 - Acesso à sala de regulação (item 2.1.1.7 deste Relatório); 6.2.1.9 - Funcionamento ininterrupto da sala de regulação (item 2.1.1.8 deste Relatório); 6.2.1.11 - Disponibilidade das ferramentas de regulação na sala de regulação (item 2.1.1.10 deste Relatório); 6.2.1.12 - Registro de todos os trotes (item 2.1.1.11 deste Relatório); 6.2.1.13 - Disponibilidade de equipamentos e sistema informatizado (item 2.1.1.12 deste Relatório); 6.2.1.15 - Sistema informatizado de dados que possibilite à produção de indicadores (item 2.1.1.14 deste Relatório); 6.2.1.16 - Linha direta e frequência de rádio para comunicação entre os atores (item 2.1.1.15 deste Relatório); 6.2.1.19 - Telefones móveis para as ambulâncias (item 2.1.1.18 deste Relatório); 6.2.1.20 - Equipamentos de identificação de chamadas (item 2.1.1.19 deste Relatório); 6.2.1.21 - Acompanhamento e avaliação das ações do SAMU através de indicadores de desempenho (item 2.1.1.20 deste Relatório); 6.2.1.22 - Documento conjunto SES/SSP de pactuação sobre os atendimentos de urgência e emergência (item 2.1.1.21 deste Relatório); 6.2.1.23 - Salas de conforto para as equipes da sala de regulação (item 2.1.1.22 deste Relatório); 6.2.1.24 – Farmacêutico responsável pelo almoxarifado de medicamentos (item 2.1.1.23 deste Relatório); 6.2.1.25 - Treinamento de profissional responsável pelo almoxarifado de medicamentos (item 2.1.1.24 deste Relatório); 6.2.1.27 - Garagem coberta para as ambulâncias (item 2.1.1.26 deste Relatório); e, 6.2.2.2 - Documento de atuação conjunta da SES e SSP estabelecendo as funções/competências dos profissionais na cena da ocorrência (item 2.1.1.31 deste Relatório).

3.1.2 Conhecer como parcialmente cumpridas as determinações constantes da Decisão nº 2709/2009 para os itens: 6.2.1.3 - Projeto de capacitação inicial e continuada (item 2.1.1.3 deste Relatório); 6.2.1.4 - Avaliação dos profissionais capacitados e dos capacitadores (item 2.1.1.4 deste Relatório); 6.2.1.6 - Equipes de trabalho incompletas (item 2.1.1.5 deste Relatório); 6.2.1.10 - Exclusividade da linha 192 para o atendimento de urgências médicas (item 2.1.1.9 deste Relatório); 6.2.1.14 - Gravação das comunicações efetuadas (item 2.1.1.13

deste Relatório); 6.2.1.26 - Adequação dos almoxarifados de medicamentos e inspeção pela Vigilância Sanitária (item 2.1.1.25 deste Relatório); e, 6.2.1.30 - Segurança dos profissionais e ambulâncias (item 2.1.1.29 deste Relatório).

3.1.3 Conhecer como não cumpridas as determinações constantes da Decisão nº 2709/2009 para os itens: 6.2.1.28 - Pactuação com gestores das unidades de atendimento à saúde (item 2.1.1.27 deste Relatório); e 6.2.1.29 - Refeições aos profissionais (item 2.1.1.28 deste Relatório).

3.1.4 Conhecer como prejudicadas as determinações constantes da Decisão nº 2709/2009 para os itens: 6.2.1.2 - Projeto de captação de recursos para capacitação (item 2.1.1.2 deste Relatório); 6.2.1.17 - Comunicação entre as equipes de intervenção e a sala de regulação (item 2.1.1.16 deste Relatório); 6.2.1.18 - Regulação médica via rádio (item 2.1.1.17 deste Relatório); e 6.2.2.1 - Regulação médica para os atendimentos de urgência realizados pela Polícia Militar e pelo Corpo de Bombeiros (item 2.1.1.30 deste Relatório).

3.1.5 Conhecer a implementação das recomendações constantes da Decisão nº 2709/2009 para os itens: 6.2.3.3 - Diretrizes técnicas de regulação médica e normas de rotina de serviço (item 2.1.2.3 deste Relatório); 6.2.3.4 - Regras de comportamento nas salas de regulação (item 2.1.2.4 deste Relatório); 6.2.3.5 - Equipamentos de TV e rádio nas salas de regulação (item 2.1.2.5 deste Relatório); 6.2.3.6 - Estratégias promocionais de conscientização (item 2.1.2.6 deste Relatório); 6.2.3.11 - Revisão e manutenção das Unidades de Suporte Avançado (item 2.1.2.11 deste Relatório); 6.2.3.12 - Controle da frota de ambulâncias (item 2.1.2.12 deste Relatório); 6.2.3.13 - Sistema de dados que permita a interligação das centrais de regulação com a Gerência Estadual (item 2.1.2.13 deste Relatório); 6.2.3.18 - Integração física das centrais de regulação (item 2.1.2.18 deste Relatório); 6.2.3.19 - Abastecimento das unidades de suporte avançado (item 2.1.2.19 deste Relatório); 6.2.3.20 - Avaliação do tempo resposta de cada profissional (item 2.1.2.20 deste Relatório); 6.2.3.21 - Cumprimento das funções pelos profissionais da regulação (item 2.1.2.21 deste Relatório); 6.2.3.22 - Fornecimento de uniforme padrão do SAMU (item 2.1.2.22 deste Relatório);

6.2.3.23 - Fornecimento de uniformes compatíveis com o clima (item 2.1.2.23 deste Relatório); 6.2.4.1 - Disseminação dos casos atendidos pelo SAMU aos policiais e bombeiros (item 2.1.2.25 deste Relatório); 6.2.4.2 - Cumprimento do POP pelos bombeiros quanto ao atendimento de casos exclusivamente clínicos (item 2.1.2.26 deste Relatório).

3.1.6 Conhecer a implementação parcial das recomendações constantes da Decisão nº 2709/2009 para os itens: 6.2.3.7 - Trotes recorrentes (item 2.1.2.7 deste Relatório); 6.2.3.14 - Cópia de segurança dos registros e gravação de voz (item 2.1.2.14 deste Relatório); 6.2.3.16 - Produção de indicadores (item 2.1.2.16 deste Relatório); 6.2.3.24 - Jornada de trabalho (item 2.1.2.24 deste Relatório); 6.2.4.3 - Continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193 (item 2.1.2.27 deste Relatório).

3.1.7 Conhecer como não implementadas as recomendações constantes da Decisão nº 2709/2009 para os itens: 6.2.3.1 - Controle efetivo da jornada de trabalho e cumprimento da carga horária (item 2.1.2.1 deste Relatório); 6.2.3.2 - Identificação das chamadas em espera (item 2.1.2.2 deste Relatório); 6.2.3.8 - Divulgação das ações e punições referente aos trotes recorrentes (item 2.1.2.8 deste Relatório); 6.2.3.10 - Plano de expansão da frota de ambulâncias (item 2.1.2.10 deste Relatório); 6.2.3.15 - Correto direcionamento das chamadas (item 2.1.2.15 deste Relatório); e, 6.2.3.17 - Encaminhamento de indicadores aos órgãos competentes (item 2.1.2.17 deste Relatório).

3.1.8 Conhecer como prejudicada a recomendação constante da Decisão nº 2709/2009 para o item: 6.2.3.9 - Cadastro dos proprietários de telefones (item 2.1.2.9 deste Relatório).

3.2. Determinar o arquivamento dos Processos nº. AOR-07/00373454 e PMO-10/00467110 na Diretoria de Atividades Especiais (DAE).

3.3 Dar ciência da Decisão e do Relatório a Sr.^a Tânia Eberhardt - Secretária de Estado da Saúde e ao Sr. César Augusto Grubba - Secretário de Estado da Segurança Pública.

É o Relatório.

Diretoria de Atividades Especiais, em 22 de outubro de 2014.

Gláucia da Cunha
Auditora Fiscal de Controle Externo

De acordo:

Oswaldo Faria de Oliveira
Coordenador

Encaminhem-se os Autos à elevada consideração do Exmo. Sr. Relator Luiz Roberto Herbst, ouvido preliminarmente o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas.

Roberto Silveira Fleischmann
Diretor

1. Processo n.: PMO-10/00467110

2. Assunto: Processo de Monitoramento - Referente ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU - Aprovação do Plano de Ação

3. Interessado: Dalmo Claro de Oliveira

Responsáveis: Luiz Eduardo Cherem e César Augusto Grubba

4. Unidade Gestora: Secretaria de Estado da Saúde

5. Unidade Técnica: DAE

6. Decisão n.: 1020/2015

O TRIBUNAL PLENO, diante das razões apresentadas pelo Relator e com fulcro nos arts. 59 da Constituição Estadual e 1º da Lei Complementar n. 202/2000, decide:

6.1. Conhecer do Relatório (Final de Monitoramento) de Instrução DAE n. 29/2014, que encerra o ciclo de monitoramentos das deliberações deste processo, que trata da Auditoria Operacional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Estado de Santa Catarina (SAMU/SC), decorrente do Processo n. AOR-07/00373454 e dos presentes autos, para:

6.1.1. conhecer o cumprimento das determinações constantes da Decisão n. 2709/2009 para os itens: 6.2.1.1 – Capacitação de tutores (item 2.1.1.1 do Relatório DAE); 6.2.1.7 - Readequação das equipes administrativas (item 2.1.1.6 do Relatório DAE); 6.2.1.8 - Acesso à sala de regulação (item 2.1.1.7 do Relatório DAE); 6.2.1.9 - Funcionamento ininterrupto da sala de regulação (item 2.1.1.8 do Relatório DAE); 6.2.1.11 - Disponibilidade das ferramentas de regulação na sala de regulação (item 2.1.1.10 do Relatório DAE); 6.2.1.12 - Registro de todos os trotes (item 2.1.1.11 do Relatório DAE); 6.2.1.13 - Disponibilidade de equipamentos e sistema informatizado (item 2.1.1.12 do Relatório DAE); 6.2.1.15 - Sistema informatizado de dados que possibilite à produção de indicadores (item 2.1.1.14 do Relatório DAE); 6.2.1.16 - Linha direta e frequência de rádio para comunicação entre os atores (item 2.1.1.15 do Relatório DAE); 6.2.1.19 - Telefones móveis para as ambulâncias (item 2.1.1.18 do Relatório DAE); 6.2.1.20 - Equipamentos de identificação de chamadas (item 2.1.1.19 do Relatório DAE); 6.2.1.21 - Acompanhamento e avaliação das ações do SAMU através de indicadores de desempenho (item 2.1.1.20 do Relatório DAE); 6.2.1.22 - Documento conjunto SES/SSP de pactuação sobre os atendimentos de urgência e emergência (item 2.1.1.21 do Relatório DAE); 6.2.1.23 - Salas de conforto para as equipes da sala de regulação (item 2.1.1.22 do Relatório DAE n.029/2014); 6.2.1.24 – Farmacêutico responsável pelo almoxarifado de medicamentos (item 2.1.1.23 do Relatório DAE); 6.2.1.25 - Treinamento de profissional responsável pelo almoxarifado de medicamentos (item 2.1.1.24 do Relatório DAE); 6.2.1.27 - Garagem coberta para as ambulâncias (item 2.1.1.26 do Relatório DAE); e 6.2.2.2 - Documento de atuação conjunta da SES e SSP estabelecendo as funções/competências dos profissionais na cena da ocorrência (item 2.1.1.31 do Relatório DAE).

6.1.2. conhecer como parcialmente cumpridas as determinações constantes da Decisão n. 2709/2009 para os itens: 6.2.1.3 - Projeto de capacitação inicial e continuada (item 2.1.1.3 do Relatório DAE); 6.2.1.4 - Avaliação dos profissionais capacitados e dos capacitadores (item 2.1.1.4 do Relatório DAE); 6.2.1.6 - Equipes de trabalho incompletas (item 2.1.1.5 do Relatório DAE); 6.2.1.10 - Exclusividade da linha 192 para o atendimento de urgências médicas (item 2.1.1.9 do Relatório DAE); 6.2.1.14 - Gravação das comunicações efetuadas (item 2.1.1.13 do Relatório DAE); 6.2.1.26 - Adequação dos

almoxarifados de medicamentos e inspeção pela Vigilância Sanitária (item 2.1.1.25 do Relatório DAE); e 6.2.1.30 - Segurança dos profissionais e ambulâncias (item 2.1.1.29 do Relatório DAE).

6.1.3. conhecer como não cumpridas as determinações constantes da Decisão n. 2709/2009 para os itens: 6.2.1.28 - Pactuação com gestores das unidades de atendimento à saúde (item 2.1.1.27 do Relatório DAE); e 6.2.1.29 - Refeições aos profissionais (item 2.1.1.28 do Relatório DAE).

6.1.4. conhecer como prejudicadas as determinações constantes da Decisão n. 2709/2009 para os itens: 6.2.1.2 - Projeto de captação de recursos para capacitação (item 2.1.1.2 do Relatório DAE); 6.2.1.17 - Comunicação entre as equipes de intervenção e a sala de regulação (item 2.1.1.16 do Relatório DAE); 6.2.1.18 - Regulação médica via rádio (item 2.1.1.17 do Relatório DAE); e 6.2.2.1 - Regulação médica para os atendimentos de urgência realizados pela Polícia Militar e pelo Corpo de Bombeiros (item 2.1.1.30 do Relatório DAE).

6.1.5. conhecer a implementação das recomendações constantes da Decisão n. 2709/2009 para os itens: 6.2.3.3 - Diretrizes técnicas de regulação médica e normas de rotina de serviço (item 2.1.2.3 do Relatório DAE); 6.2.3.4 - Regras de comportamento nas salas de regulação (item 2.1.2.4 do Relatório DAE); 6.2.3.5 - Equipamentos de TV e rádio nas salas de regulação (item 2.1.2.5 do Relatório DAE); 6.2.3.6 - Estratégias promocionais de conscientização (item 2.1.2.6 do Relatório DAE); 6.2.3.11 - Revisão e manutenção das Unidades de Suporte Avançado (item 2.1.2.11 do Relatório DAE); 6.2.3.12 - Controle da frota de ambulâncias (item 2.1.2.12 do Relatório DAE); 6.2.3.13 - Sistema de dados que permita a interligação das centrais de regulação com a Gerência Estadual (item 2.1.2.13 do Relatório DAE); 6.2.3.18 - Integração física das centrais de regulação (item 2.1.2.18 do Relatório DAE); 6.2.3.19 - Abastecimento das unidades de suporte avançado (item 2.1.2.19 do Relatório DAE); 6.2.3.20 - Avaliação do tempo resposta de cada profissional (item 2.1.2.20 do Relatório DAE); 6.2.3.21 - Cumprimento das funções pelos profissionais da regulação (item 2.1.2.21 do Relatório DAE); 6.2.3.22 - Fornecimento de uniforme padrão do SAMU (item 2.1.2.22 do Relatório DAE); 6.2.3.23 - Fornecimento de uniformes compatíveis com o clima (item 2.1.2.23 do Relatório DAE); 6.2.4.1 - Disseminação dos casos atendidos pelo SAMU aos policiais e bombeiros (item 2.1.2.25 do Relatório DAE); e 6.2.4.2 - Cumprimento do POP pelos bombeiros quanto ao atendimento de casos exclusivamente clínicos (item 2.1.2.26 do Relatório DAE).

6.1.6. conhecer a implementação parcial das recomendações constantes da Decisão n. 2709/2009 para os itens: 6.2.3.7 - Trotes recorrentes (item 2.1.2.7 do Relatório DAE); 6.2.3.14 - Cópia de segurança dos registros e gravação de voz (item 2.1.2.14 do Relatório DAE); 6.2.3.16 - Produção de indicadores (item 2.1.2.16 do Relatório DAE); 6.2.3.24 - Jornada de trabalho (item 2.1.2.24 do Relatório DAE); e 6.2.4.3 - Continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193 (item 2.1.2.27 do Relatório DAE).

6.1.7. conhecer como não implementadas as recomendações constantes da Decisão n. 2709/2009 para os itens: 6.2.3.1 - Controle efetivo da jornada de trabalho e cumprimento da carga horária (item 2.1.2.1 do Relatório DAE); 6.2.3.2 - Identificação das chamadas em espera (item 2.1.2.2 do Relatório DAE); 6.2.3.8 - Divulgação das ações e punições referente aos trotes recorrentes (item 2.1.2.8 do Relatório DAE); 6.2.3.10 - Plano de expansão da frota de ambulâncias (item 2.1.2.10 do Relatório DAE); 6.2.3.15 - Correto

direcionamento das chamadas (item 2.1.2.15 do Relatório DAE); e 6.2.3.17 - Encaminhamento de indicadores aos órgãos competentes (item 2.1.2.17 do Relatório DAE).

6.1.8. conhecer como prejudicada a recomendação constante da Decisão n. 2709/2009 para o item: 6.2.3.9 - Cadastro dos proprietários de telefones (item 2.1.2.9 do Relatório DAE).

6.1.9. reiterar as determinações e recomendações constantes da Decisão n. 2709/2009 para os itens: 6.2.1.3 - Projeto de capacitação inicial e continuada (item 2.1.1.3 do Relatório DAE); 6.2.1.4 - Avaliação dos profissionais capacitados e dos capacitadores (item 2.1.1.4 do Relatório DAE); 6.2.1.6 - Equipes de trabalho incompletas (item 2.1.1.5 do Relatório DAE); 6.2.1.10 - Exclusividade da linha 192 para o atendimento de urgências médicas (item 2.1.1.9 do Relatório DAE); 6.2.1.14 - Gravação das comunicações efetuadas (item 2.1.1.13 do Relatório DAE); 6.2.1.26 - Adequação dos almoxarifados de medicamentos e inspeção pela Vigilância Sanitária (item 2.1.1.25 do Relatório DAE); 6.2.1.30 - Segurança dos profissionais e ambulâncias (item 2.1.1.29 do Relatório DAE); 6.2.1.28 - Pactuação com gestores das unidades de atendimento à saúde (item 2.1.1.27 do Relatório DAE); 6.2.1.29 - Refeições aos profissionais (item 2.1.1.28 do Relatório DAE); 6.2.3.7 - Trotes recorrentes (item 2.1.2.7 do Relatório DAE); 6.2.3.14 - Cópia de segurança dos registros e gravação de voz (item 2.1.2.14 do Relatório DAE); 6.2.3.16 - Produção de indicadores (item 2.1.2.16 do Relatório DAE); 6.2.3.24 - Jornada de trabalho (item 2.1.2.24 do Relatório DAE); 6.2.4.3 - Continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193 (item 2.1.2.27 do Relatório DAE); 6.2.3.1 - Controle efetivo da jornada de trabalho e cumprimento da carga horária (item 2.1.2.1 do Relatório DAE); 6.2.3.2 - Identificação das chamadas em espera (item 2.1.2.2 do Relatório DAE); 6.2.3.8 - Divulgação das ações e punições referente aos trotes recorrentes (item 2.1.2.8 do Relatório DAE); 6.2.3.10 - Plano de expansão da frota de ambulâncias (item 2.1.2.10 do Relatório DAE); 6.2.3.15 - Correto direcionamento das chamadas (item 2.1.2.15 do Relatório DAE); e 6.2.3.17 - Encaminhamento de indicadores aos órgãos competentes (item 2.1.2.17 do Relatório DAE).

6.2. Fixar o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da publicação desta Decisão no Diário Oficial Eletrônico deste Tribunal, para que o Secretário de Estado da Saúde apresente novo relatório sobre o cumprimento do Plano de Ação aprovado pelo Plenário desta Corte de Contas, relativamente às determinações e recomendações constantes do item 6.1.9 desta deliberação, de acordo com as disposições do parágrafo único do art. 8º da Resolução n. TC-79/2013, alertando-se para o disposto no art. 12 da referida norma.

6.3. Determinar à Diretoria de Atividades Especiais - DAE - deste Tribunal que, recebido o relatório de que trata o item 6.3 retrocitado, ou não havendo sido apresentado o referido relatório no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, proceda ao devido monitoramento com a autuação de novo Processo de Monitoramento, de acordo com o estabelecido no art. 10 da Resolução n. TC-79/2013.

6.4. Determinar o arquivamento do presente processo e do Processos n. AOR-07/100373454 na Diretoria de Atividades Especiais - DAE -, em consonância com o art. 10, §2º, da Resolução n. TC-79/2013.

6.5. Dar ciência desta Decisão, do Relatório e Voto do Relator que a fundamentam, bem como do Relatório de Instrução DAE n. 029/2014, às Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Pública.

7. Ata n.: 46/2015

8. Data da Sessão: 27/07/2015 - Ordinária

9. Especificação do quorum:

9.1 Conselheiros presentes: Luiz Roberto Herbst (Presidente), Wilson Rogério Wan-Dall (Relator), Cesar Filomeno Fontes, Herneus De Nadal, Julio Garcia e Luiz Eduardo Cherem

9.2 Conselheiro que alegou impedimento: Luiz Eduardo Cherem

10. Representante do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas: Aderson Flores

11. Auditores presentes: Gerson dos Santos Sicca e Cleber Muniz Gavi

LUIZ ROBERTO HERBST

Presidente WILSON ROGÉRIO WAN-DALL

Relator

Fui presente: ADERSON FLORES

Procurador-Geral do Ministério Público junto ao TCE/SC