

PROCESSO Nº:	PMO-16/00167974
UNIDADE GESTORA:	Secretaria de Estado da Saúde
RESPONSÁVEL:	Vicente Augusto Caropreso
ASSUNTO:	Terceiro monitoramento da auditoria operacional no Serviço Móvel de Urgência (SAMU)
RELATÓRIO DE INSTRUÇÃO:	DAE - 010/2017 - Instrução Plenária

1. INTRODUÇÃO

Trata-se do terceiro monitoramento da Auditoria Operacional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Estado (SAMU/SC), a qual abrangeu o exercício de 2008, constante da Programação de Fiscalização deste Tribunal de Contas 2016-2017, sob nº 61.

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 reconheceu o Relatório de Auditoria Operacional e determinou, à Secretaria de Estado da Saúde (SES) e à Secretaria de Estado de Segurança Pública (SSP), a apresentação de Plano de Ação no prazo de 30 dias, com a identificação de responsáveis, definição das atividades e prazos para o cumprimento das determinações e recomendações resultantes da auditoria.

A SSP apresentou o Plano de Ação em 09/11/2009 (fls. 3026-3030 do Processo AOR-07/00373454 - após deferida a solicitação de prorrogação de prazo). A SES encaminhou o seu 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.

O primeiro monitoramento considerou as informações prestadas no primeiro e segundo relatórios parciais de acompanhamento do Plano de Ação, protocolados pela SES em 08/09/2010 (fls. 25-278 do processo PMO-10/00467110) e 24/02/2011 (fls. 291-356 do processo PMO-10/00467110). A SSP protocolou seus relatórios em 30/07/2010 (fls. 04-21 do processo PMO-10/00467110) e 18/02/2011 (fls. 281-289 do processo PMO-10/00467110).

A execução do primeiro monitoramento ocorreu entre 14 e 18/03/2011, resultando no Relatório nº 14/2011 (fls. 1764-1863 do Processo PMO-10/00467110). Neste Relatório, concluiu-se que, de um total de 58 determinações e recomendações, 24,14% foram implementadas; 31,58% estavam em implementação; 1,72% tiveram a não implementação justificadas e 43,10% não foram implementadas.

O Tribunal Pleno avaliou o resultado do primeiro monitoramento conforme a Decisão nº 1.102, de 28/03/12, publicada no DOTC-e em 11/04/12 (fls. 1907/8 do Processo PMO-10/00467110).

A execução do segundo monitoramento ocorreu no período de 09/06 a 04/07 e 25 a 28/08/2014, pela qual buscou-se confirmar o disposto no terceiro relatório parcial de acompanhamento do Plano de Ação protocolado pela SSP em 01/09/2011 (fls. 1864-1870 do Processo PMO-10/00467110), complementado em 06/11/2012 (fls. 1913-1917 do Processo PMO-10/00467110) e pela SES em 10/01/2013 (fls. 1922-2290 do Processo PMO-10/00467110).

O resultado das análises do segundo monitoramento foi registrado no Relatório DAE nº 29/2014 e na Decisão nº 1020/2015, de 27/07/2015. Evidenciou-se que das 32 determinações 58% foram cumpridas; 23% parcialmente cumpridas; 6% não foram cumpridas e 13% foram consideradas prejudicadas. Já em relação as 27 recomendações, conclui-se que: 56% foram implementadas; 18% parcialmente implementadas; 22% não foram implementadas e 4% foram consideradas prejudicadas.

Diante da existência de itens não atendidos pela Secretaria de Estado da Saúde, a respectiva Decisão fixou o prazo de 180 dias, a contar da publicação da Decisão no Diário Oficial Eletrônico deste Tribunal, ocorrida em 26/08/2015, para que a SES apresentasse 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 da deliberação, de acordo com as

disposições do parágrafo único do art. 8º da Resolução n. TC-79/2013. Determinou, ainda, que a Diretoria de Atividades Especiais procedesse o devido monitoramento com a autuação de novo Processo de Monitoramento, de acordo com o estabelecido no art. 10 da Resolução n. TC-79/2013.

A SES encaminhou o novo relatório de acompanhamento em 12/04/2016 (fls. 03-94) e a DAE incluiu em sua programação de fiscalização 2016/2017 a realização do terceiro monitoramento da auditoria.

O relatório do planejamento do terceiro monitoramento contempla os objetivos, a metodologia, a proposta de execução e os auditores fiscais de controle externo designados para a realização dos trabalhos, além da matriz de planejamento (fls. 159-167).

A SES foi cientificada do início do monitoramento por meio do Ofício TCE/DAE nº 1360/2017, de 17/02/17 (fl. 168), no qual solicitou-se informações e documentos complementares às informações remetidas em junho de 2016 (98-158).

A execução in loco do monitoramento ocorreu no período entre 20/02 a 17/03/2017 por meio de visitas a todas as oito Centrais de Regulação localizadas em Chapecó, Joaçaba, Lages, Florianópolis, Criciúma, Blumenau, Joinville e Balneário Camboriú e, em dez bases descentralizadas onde ficavam as Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA) dos municípios de Chapecó, Joaçaba, Lages, Florianópolis, Araranguá, Blumenau, Rio do Sul, Jaraguá do Sul, Joinville e Balneário Camboriú.

Este monitoramento levou em consideração os documentos apresentados pela SES (fls. 04-94; 98-118, 120-158; 173-178) e as constatações e documentos coletados durante a execução, conforme as análises a seguir.

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, tendo como prazo de vigência cinco anos a partir de sua assinatura, encerrando-se, portanto, em 22 de junho de 2017.

A estrutura do SAMU/SC contava com oito Centrais de Regulação, destas, sete funcionavam 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 contava com 23 Unidades de Suporte Avançado (USA), 99 Unidades de Suporte Básico (USB) e três aeronaves, conforme informações contidas no Ofício 068/2017, de 08 de março de 2017 (fl. 173/176).

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

Quadro 1: Comparativo do quantitativo de USAs e USBs em março de 2017.

Macrorregião	USA				USB			
	2008	2011	2014	2017	2008	2011	2014	2017
Grande Fpolis	04	04	06	04	11	17	17	18
Vale do Rio Itajaí	02	03	03	02	10	13	14	14
Norte/Nordeste	03	05	05	04	17	16	15	12
Sul	03	03	04	03	09	14	16	16
Extremo-oeste	02	04	04	03	05	15	13	13
Foz do Rio Itajaí	02	02	03	02	07	08	08	06
Planalto Serrano	02	02	03	02	06	07	08	08
Meio-oeste	03	03	04	03	10	14	12	12
Total	21	26	32	23	75	104	103	99

Fonte: SES, resposta ao item 01 da solicitação de documentos às fls. 173 e 176.

Em resumo, houve uma redução significativa de USAs de 2014 para 2017. De 32 unidades passou para 23, observando-se que em todas as macrorregiões ocorreu diminuição. O mesmo ocorreu com as USB, que no geral reduziu quatro unidades durante o mesmo período. Pode-se constatar o aumento de uma unidade na macrorregião da Grande Florianópolis, porém, redução de três unidades na macrorregião Norte-Nordeste e duas na da Foz do Rio Itajaí.

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	2017 (09/03/2017)
Enfermeiro (a)	-	-	132	134
Motorista socorrista (b)	-	-	133	141
Rádio-operador (c)	-	-	68	73
TARM (d)	-	-	138	168

Profissional	2008	2011	2014	2017 (09/03/2017)
Soma ($\Sigma a:d$)	298	339	471	516
Médico	257	355	432	501
Total	555	694	903	1.017

Fonte: SES, Ofício 068/2017 (fl. 173) e CD – item 2 (fl. 178)

A SES encaminhou o número de atendimentos total 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. Do ano de 2014 ao 2016, período entre o 2º e 3º monitoramentos consta-se um aumento no número de atendimentos anual de 7,26%.

Quadro 3: Evolução do número de atendimentos total do SAMU/SC.

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	-	-
2014	318.966	16.132	5,33%
2015	325.129	6.163	1,93%
2016	326.293	1.164	0,36%

Fonte: Relatório TCE/DAE nº 14/2011 e SES, fl. 178, item 3 do CD.

Em se tratando somente das USAs, observa-se que ocorreu diminuição do quantitativo de atendimentos no período de 2014 a 2016.

Quadro 04: Quantitativo anual de atendimentos realizados pelas USAs entre 2014 e 2016.

USA		
2014	2015	2016
34.948	31.335	27.342

Fonte: SPDM, resposta ao item 4 – CD fl. 178 e; item 18 – CD fl. 116

2.1 ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS DETERMINAÇÕES E IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

As conclusões dos trabalhos de monitoramento seguirão a ordem do item 6.1.9 da Decisão do Tribunal Pleno nº 1020/2015.

2.1.1 Cumprimento das determinações

2.1.1.1. 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:
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.	Início em 30/03/2010 Continuada

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fls. 04/05): A educação permanente compreende no planejamento das ações educacionais com um dispositivo dinâmico, o qual é alterado mediante o contexto e prioridades levantadas junto ao Plano de Educação Permanente do SAMU-SC. O setor de educação permanente da SPDM-PAIS/SAMU-SC, utiliza como metodologia dos estudos através de módulos. Na logística, os treinamentos são complexos, em virtude da necessidade do SAMU estar em funcionamento 24h por dia, sendo assim, as horas de capacitação são distribuídas no planejamento anual de atividades de educação permanente.

Outro elemento que influencia o planejamento das ações do setor de educação permanente é a disponibilidade de subsídios para as ações. Considerando que este processo de trabalho não dispõe de rubrica para a execução financeira das ações.

Estão trabalhando na possibilidade de cursos no modulo EAD – Educação a Distância, com a instituição de uma plataforma Moodle. Os módulos estão sendo adaptados nas configurações para tal, e em breve os mesmos serão disponibilizados aos profissionais.

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.

No segundo monitoramento realizado em 2014, verificou-se que a SPDM elaborou atividades de capacitação permanente que constavam nos Planos de Educação Permanente para 2013 e 2014. Em relação às capacitações iniciais concluiu-se que não havia um curso estruturado, com conteúdo e carga horária conforme preconiza o Ministério da Saúde (Capítulo VII na Portaria nº 2.048/2002). Além disso, constatou-se que a maioria dos profissionais recebeu cursos periódicos, mas não passou por capacitação inicial, deste modo, considerou-se que a determinação foi parcialmente cumprida.

A Portaria nº 2.048/2002 não está mais em vigor, entretanto, a Portaria GM/MS nº 1.010/2012 vigente 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**.

A Portaria nº 1.010/2012, em seus artigos 26 e 27, dispõe que o SAMU só será habilitado para recebimento de recursos federais com a demonstração de seu efetivo funcionamento, por meio da apresentação de uma lista de documentos. Dentre os relativos às Centrais de Regulação e Unidades Móveis, consta a declaração de capacitação inicial dos profissionais, conforme o Capítulo VII do Regulamento Técnico da Portaria nº 2.048/2002.

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;**

Em relação a **capacitação permanente**, o art. 11 da mesma Portaria, estabelece que deve ser promovida, preferencialmente, de forma direta pela Rede de Atenção às Urgências:

Art. 11. O componente SAMU 192 deverá dispor de programa de capacitação permanente.

Parágrafo único. A capacitação será promovida preferencialmente de forma direta pela Rede de Atenção às Urgências.

Ainda, a Portaria nº 1.010/2012, em seu artigo 28, dispõe que a unidade do Componente SAMU 192 terá direito à qualificação, com a alteração de valores de custeio, mediante a apresentação de uma série de documentos à CGUE/DAE/SAS/MS, dentre eles, o **relatório de capacitação permanente** do SAMU, podendo ser cancelada ou suspensa se não forem cumpridos os requisitos obrigatórios do artigo citado (art. 32):

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, de 22/06/2012, ficou estipulado que a SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina deve “promover capacitação permanente dos profissionais que prestam os serviços relacionados ao Contrato 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 do Processo PMO 10/00467110, Cláusula Quinta, item 27).

E, ainda, conforme o Anexo Técnico III do respectivo Contrato, que trata dos indicadores de qualidade que serão avaliados pela SES, na análise para repasse de percentual de valoração financeiro trimestral, com avaliação dos indicadores mensal, consta como um dos indicadores “Capacitação de Pessoal”, especificando o que segue:

Realização de atividades de educação permanente dos profissionais, documentado através de apresentação de Relatório mensal dessas, contendo pelo menos:

- a) atividades realizadas;
- b) previsão dessas atividades no Projeto de Educação Permanente vigente;
- c) número de profissionais atendidos em cada atividade.

Assim, no terceiro monitoramento, constatou-se a existência de Planos de Educação Permanente para os profissionais do SAMU estadual para 2015 e 2016 elaborados pela SPDM (fls. 116, item 12 do CD). Da análise do conteúdo constante nos respectivos Planos, observou-se que existiam programações para capacitações iniciais e para capacitações continuadas.

A capacitação inicial constante nos Planos compreende treinamento introdutório para ser realizado nos primeiros 90 dias de admissão de todos os funcionários da SPDM/PAIS –SAMU/SC, nas bases correspondentes ao contrato de trabalho de cada um, incluindo as seguintes ações:

Quadro 05: Ações de capacitação inicial constantes nos Planos de Educação Permanente

Eixo temático	Proposta de Ação	Carga Horária da Ação
TREINAMENTO INTRODUTÓRIO E ADMISSIONAL	Familiarizar os funcionários das rotinas desta instituição, assim como, inteirá-los de maneira geral em relação aos aspectos do SUS e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.	8 horas
CAPACITAÇÃO INICIAL IN LOCO	Alinhar o conhecimento entre os profissionais recém-admitidos, sobre o serviço de atendimento móvel de urgência de um modo geral, integrá-los na sua atribuição e no contexto	Mínimo 12 horas

Eixo temático	Proposta de Ação	Carga Horária da Ação
	institucional, favorecendo o cumprimento das metas e melhorias da assistência.	

Fonte: Planos de Educação Permanente 2015 e 2016 da SPDM para os profissionais do SAMU.

Para atender o art. 27, II, “e” da Portaria nº 1.010/2012, comparou-se as ações programadas para as capacitações iniciais constantes nos Planos de Educação Permanente de 2015 e 2016 com os temas, conteúdos e cargas horárias mínimas propostos no Capítulo VII do Regulamento Técnico da Portaria nº 2.048/2002.

Desta análise verificou-se que alguns conteúdos da programação dos Planos se encaixavam nos propostos no Capítulo VII do Regulamento Técnico da Portaria nº 2.048/2002 como os constantes no item 2.1 A, 1 (Condutores de Veículos de urgência Tipo B, C, D) – temas 1,2, 3 e 4; item 2.1 A, 2 (Condutores de veículos de urgência tipo A) – temas 1,2, 3,4, 5 e 6; item 2.1 A, 3 (TARMs e ROs) – temas 1, 2, 3, 4 e 5; item 2.1 B, 1 (Auxiliares e Técnicos em Enfermagem) – tema 1 e 8; item 2.1 B, 2 (Enfermeiros) – temas 1 e 9; item 2.1 B, 3 (Médicos) – temas 1, 2, 10 e 11.

Deixaram de constar temas específicos como: anatomia e fisiologia; abordagem ao paciente; remoção da vítima; urgências clínicas, traumáticas, psiquiátricas e obstétricas, diante disso não se analisou as cargas horárias.

Das entrevistas realizadas com os Coordenadores das oito Centrais de Regulação, que buscou informações referentes aos anos de 2015 e 2016, obteve-se que as CRs de Chapecó e Balneário Camboriú não possuíam projetos de capacitação desenvolvidos por eles próprios. Obteve-se ainda, a informação de que todas realizavam capacitação inicial pelos Coordenadores locais (fl. 181 – PT 2 do CD).

Em relação ao período analisado, 2015 e 2016, a Secretaria de Estado da Saúde encaminhou, também, o Projeto de Ensino a Distância SPDM-PAIS/SAMU-SC, de fevereiro de 2015 (fls. 11-26), porém em entrevista aos Coordenadores Regionais do SAMU e questionários aplicados aos profissionais obteve-se a conclusão que não ocorreu Capacitação à Distância por iniciativa da SPDM (fl. 181 – PTs 2 e 9 do CD).

Soube-se que o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) em parceria com hospitais filantrópicos de excelência no Brasil (Albert Einstein/ Fundação

Oswaldo Cruz) oferece cursos à distância para os profissionais do SAMU, enviando o convite para os e-mails das CRs, que repassam aos seus funcionários. Alguns profissionais informaram, em entrevista, que já participaram dessas capacitações à distância.

Da documentação encaminhada referente a 2015 e 2016 constatou-se que as capacitações iniciais realizadas correspondiam às constantes nos Planos de Educação Permanente: Capacitação in loco e Treinamento Introdutório e, para verificar se os profissionais estavam recebendo estas capacitações, comparou-se as capacitações realizadas e os participantes das capacitações (fl. 116 – item 13 do CD e fl. 178 – itens 12 a 20 do CD) com os profissionais admitidos para atuar nas Centrais de Regulação e Unidades de Suporte Avançado (USAs) no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016, com base na relação de todos os profissionais do SAMU/SPDM (fl. 178 – item 7 do CD).

Desta análise, constatou-se que de 1256 profissionais Enfermeiros, Médicos, Motoristas Socorristas, Rádio Operadores e TARMs (desconsiderando-se os profissionais administrativos) que atuavam no SAMU, 507 ou 40,37% foram admitidos entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016.

Em razão dos Planos de Educação Permanente de 2015 e 2016 discriminarem que a capacitação inicial é para ser realizada nos primeiros 90 dias da admissão, realizou-se análise, desconsiderando-se os admitidos após 30/09/2016. Dos 396 profissionais admitidos entre janeiro de 2015 e setembro de 2016, 42,99% participaram de capacitação inicial (fl. 181 – PT 3 do CD).

Quadro 06: Total de profissionais admitidos e capacitados entre Janeiro/2015 e Setembro/2016

Profissionais	Total de Profissionais	Total de Profissionais admitidos entre Jan/2015 e Dez/2016	Total de Profissionais admitidos entre Jan/2015 e Set/2016	Total de Profissionais admitidos entre Jan/15 e Set/16 com capacitação inicial	% Total de Profissionais com capacitação inicial
Enfermeiros	166	52	41	18	43,90
Médicos	611	256	225	69	30,67
Motorista Socorrista	159	31	23	8	34,78
ROs	104	50	33	13	39,39
TARMs	216	118	74	49	66,22
Total	1256	507	396	157	42,99

Fonte: Relação de todos os profissionais do SAMU/SPDM (fl. 178 – item 7) e PT 03 (fl. 181)

Observou-se que alguns profissionais possuíam mais de um contrato de trabalho, deste modo a quantidade de contratos reflete a quantidade de profissionais. Sendo assim, consideraram-se capacitados os profissionais em todos os seus contratos, quando ocorreram. Registra-se, ainda, que se considerou como capacitados inclusive os profissionais que passaram por capacitação inicial com carga horária inferior à estipulada nos Planos de Educação Permanente de 2015 e 2016 e no Regulamento Técnico da Portaria nº 2.048/2002, o que significa que se fosse levado em consideração a carga horária, o percentual seria inferior ao encontrado.

Em relação às capacitações permanentes, consta nos Planos de 2015 e 2016 as seguintes ações:

Quadro 07: Ações de capacitação permanente constantes nos Planos de Educação Permanente de 2015 e 2016

Eixo temático	Proposta de Ação	Carga Horária da Ação
CAPACITAÇÃO BLS PARA PROFISSIONAIS LEIGOS	Proporcionar aos profissionais leigos, treinamento qualificado de Primeiros Socorros,	4 horas
FICHAS DE CAPACITAÇÃO RELAMPAGO	Capacitar a equipe de profissionais da USA enquanto aguardam atendimento na base ou nos momentos de reunião de equipe com suas coordenações (14 Fichas)	Mínimo 5 horas/ficha
CAPACITAÇÃO EM ESTUDOS DE CASO RELACIONADOS AO TRAUMA		
MANUAIS DE TREINAMENTO PARA OS PROFISSIONAIS DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO	Serão elaborados pelo setor de educação permanente manuais de treinamento para os profissionais	-
PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS, SIMPÓSIOS E EVENTOS	Efetivar a participação das coordenações e demais pessoas do corporativo em eventos externos	-
OFICINA DE COMPARTILHAMENTO DE SABERES	Tem como objetivo criar oportunidades e possibilitar espaços de compartilhamento de saberes informais	2 horas
TREINAMENTOS MODULARES:		
MÓDULO PRESENCIAL ATENDIMENTO NEONATAL E PEDIÁTRICO		36 horas
MÓDULO PRESENCIAL VEÍCULOS DE EMERGÊNCIA		8 horas
MÓDULO A DISTÂNCIA ATENDIMENTO AVANÇADO AO TRAUMA		24 horas
MÓDULO ATENDIMENTO A PARADA CARDIORESPIRATÓRIA, OSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS E AFOGAMENTO	Realizados através de profissionais do próprio serviço, previamente escolhidos, que serão intitulados como multiplicadores.	8 horas

Fonte: Planos de Educação Permanente 2015 e 2016 da SPDM para os profissionais do SAMU

Das entrevistas realizadas com os Coordenadores das oito Centrais de Regulação referente aos anos de 2015 e 2016, obteve-se a informação de que a capacitação continuada não era realizada nas CRs de Chapecó, Joaçaba, Lages,

Florianópolis e Blumenau. Em Balneário Camboriú aconteceu em 2015 (fl. 181 – PT 2 do CD).

Para verificar se os profissionais estavam recebendo as capacitações continuadas, comparou-se as capacitações realizadas em 2015 e 2016 com os participantes das capacitações (fl. 116 – item 13 do CD e fl. 178 – itens 12 a 20 do CD), com base na relação de todos os profissionais do SAMU/SPDM (fl. 178 – item 7 do CD), desconsiderando-se os profissionais administrativos e os admitidos após 30/09/2016, por estarem no período de capacitação inicial.

Desta análise, constatou-se que as capacitações ofertadas abordaram os temas constantes nos Planos de Educação de 2015 e 2016 e, que do total de 1.145 profissionais ativos, admitidos até 30/09/16, 444 ou 38,78% participaram de pelo menos uma capacitação permanente (fl. 181 – PT 3 do CD).

Quadro 08: Total de profissionais que tiveram capacitação continuada entre Janeiro/2015 e dezembro/2016, admitidos até 30/09/16

Profissionais	Total de Profissionais	Total de Profissionais admitidos até 30/09/16	Total de Profissionais com capacitação continuada	% Profissionais com capacitação continuada
Enfermeiros	166	155	108	69,68
Médicos	611	580	181	31,21
Motorista Socorrista	159	151	83	54,97
ROs	104	87	25	28,73
TARMs	216	172	47	27,32
Total	1256	1145	444	38,78

Fonte: Relação de todos os profissionais do SAMU/SPDM (fl. 178 – item 7) e PT 03 (fl. 181)

Ainda, do questionário aplicado *in loco* para 73 profissionais das oito CR, admitidos até 30/09/2016 (excluídos os que estavam no período de 90 dias para receber capacitação inicial), 12 ou 16,44% responderam que não participaram de capacitação inicial e 28 ou 38,36% responderam que não participaram de capacitação continuada (fl. 181 – PT 9 do CD).

Diante do exposto, entende-se que foi elaborado projeto de capacitação inicial dos profissionais do SAMU, com conteúdo e carga horária mínima, de acordo com o previsto no Capítulo VII, da Portaria n. 2.048/2002 do Ministério da Saúde e, capacitação continuada, ambos por meio dos Planos de Educação Permanente. Porém, constatou-se que 57,30% do total de profissionais admitidos entre

Janeiro/2015 e setembro/2016 tiveram capacitação inicial e, 38,78% do total de profissionais ativos, admitidos até 30/09/16, tiveram capacitação continuada.

Disso, apesar de não ter ocorrido capacitação inicial a todos os profissionais admitidos, em razão da determinação ser a elaboração de projeto de capacitação inicial e continuada dos profissionais do SAMU, entende-se que foi cumprida.

2.1.1.2 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 05): Quanto a não apresentação das avaliações das demais capacitações executadas, informam que no arquivo do setor de educação permanente da SPDM-PAIS/SAMU-SC constam os registros através de relatórios e listas de presença dos treinamentos aplicados, como os de curta duração e os treinamentos práticos em serviços, os quais objetivavam a atualização, complementação e padronização das práticas do serviço e não avaliação e certificação dos profissionais.

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, objeto do item 6.2.1.3 da Decisão nº 2.709/2009.

No segundo monitoramento, a SES apresentou o resultado das avaliações realizadas nas capacitações oferecidas pela SPDM no 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 foi realizado pré e pós-teste com os participantes, de modo a dimensionar a aquisição do conhecimento. A SPDM aplicou, ainda, um formulário com questões sobre o curso, instrutor e ambiente. Quanto às demais capacitações ofertadas, não houve comprovação da existência de avaliações, com isso considerou-se a determinação como parcialmente cumprida.

No terceiro monitoramento, em relação às avaliações dos participantes dos cursos de capacitação, a SES informou que foram realizadas avaliações somente nas capacitações denominadas BLS para leigos (Suporte Básico de Vida) e Treinamento Introdutório. Referente às avaliações das demais atividades da educação permanente do ano de 2016, não foi realizado, justificando que os modelos de treinamentos aplicados objetivavam a atualização, complementação e padronização das práticas de trabalho do serviço (fl. 178 – item 13 do CD).

Em relação às avaliações dos capacitadores, a SES informou que não foram realizadas avaliação de desempenho dos ministrantes do ano de 2016, sendo estes os próprios coordenadores do serviço (Coordenadores de enfermagem, administrativo e médico). As avaliações dos capacitadores só foram realizadas nas capacitações do Módulo I e Modulo II de 2014 que foram capacitações de maior porte (fl. 178 – item 14 do CD).

A SES remeteu o documento “Tabulação de Dados Pré e Pós-Teste” em que contem relação de participantes da capacitação BLS para Leigos e Treinamento Introdutória com notas Pré Teste e Notas Pós-Teste realizados em 2015 e o documento “Tabulação de Dados da Avaliação de Treinamento” em que consta avaliações de capacitadores que ministraram cursos em 2015 (fl. 116 - itens 14 e 15 do CD).

Dos documentos apresentados, comparou-se as relações das capacitações realizadas com seus participantes e capacitadores de 2015 e 2016 com os profissionais e capacitadores que tiveram avaliações. Disso, obteve-se que 18 profissionais tiveram avaliação do curso Treinamento Introdutório e 58 profissionais tiveram avaliação do curso BLS para Leigos (fl. 181 - PT4 do CD).

Em relação aos capacitadores, foram avaliados os ministrantes que aplicaram a capacitação BLS para Leigos nas CR de Blumenau, Criciúma, Florianópolis, Joaçaba e Joinville e um Treinamento Introdutório na CR de Joaçaba, todos ocorridos em 2015. Do total de 290 capacitações realizadas em 2015 e 2016 (até abril), com 351 ministrantes, encontrou-se que 3,13% ou 11 ministrantes foram avaliados (fl. 181 - PT4 do CD).

Diante dos fatos, nota-se que das informações apresentadas, ocorreram avaliações somente de dois cursos, tanto dos capacitados como dos capacitadores, deixando de ser feito em relação aos demais, deste modo considera-se a determinação parcialmente cumprida.

2.1.1.3 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (Fl. 05): As contratações dos profissionais são constantes. Foram feitas através dos Editais 001/2012, 001/2013 e 001/2014. Encerrando-se o Edital e/ou cadastro reserva, as contratações são feitas através de seleção de currículo. Na ausência de um profissional a cobertura poderá ser feita através de horas extras ou compensação de horas. Com relação às Centrais de Regulação, a maioria está com o número de profissionais adequado à Portaria nº 1010/2012, com exceção das CR de Chapecó e de Blumenau. Como todas as Centrais de Regulação do SAMU (exceto Joaçaba), estão todas inseridas nas Centrais Regionais de Emergência (CREs - Centrais integradas), que ficam localizadas em Batalhões da Polícia Militar, não foi possível adequar o número de Baías para o Uso do SAMU nas CR de Chapecó e Blumenau por falta de espaço disponibilizado para este fim (dependendo da PM).

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 em 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).

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.

Com base na 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, faltando profissionais TARM e Médico Regulador. Além disso, verificou-se que ocorria a realização de horas extras para fechamento da escala nas CRs e nas USAs de Blumenau, Criciúma e Florianópolis. Disso, considerou-se que a determinação foi parcialmente cumprida.

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 09: Equipe mínima exigida para a Central de Regulação.

Mesorregião	População	Médico Regulador		Rádio-operador		TARM	
		dia	noite	dia	noite	dia	noite
Extremo Oeste	775.775	3	2	1	1	5	3
Foz do Itajaí	649.898	2	2	1	1	3	2
Grande Florianópolis	1.131.981	3	2	1	1	5	3
Meio-Oeste	624.612	1	1	1	1	2	1
Norte Nordeste	1.344.091	3	2	1	1	5	3
Planalto Serrano	290.137	1	1	1	1	2	1
Sul	972.750	3	2	1	1	5	3

Mesorregião	População	Médico Regulador		Rádio-operador		TARM	
		dia	noite	dia	noite	dia	noite
Vale do Itajaí	1.017.975	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.

No terceiro monitoramento, buscou-se verificar se as quantidades de profissionais contratados pela SPDM estavam atendendo o critério estipulado pela Portaria nº 1.010/2012.

Em razão de alguns profissionais médicos possuírem mais de um contrato com a SPDM e cada profissional nesta função ser contratado para cargas horárias diversas, deixou-se de calcular se o quantitativo de médicos existentes era suficiente.

Em relação aos outros profissionais, realizou-se esta análise considerando-se que para um mês com 30 dias, é necessário quatro TARMs e quatro ROs por dia para uma baia de trabalho, em razão de realizarem 6 horas de trabalho/dia, para que a Central de Regulação funcione ininterruptamente com o quantitativo de profissionais estipulado na Portaria nº 1.010/2012.

Para os Motoristas Socorristas e Enfermeiros que realizam 12 horas de trabalho por dia, com folga de 36 horas, é necessário dois profissionais de cada por dia ou quatro por mês por ambulância, para que estas funcionem ininterruptamente 24 horas por dia.

Multiplicando-se estas quantidades pelas quantidades de profissionais necessários por dia conforme exige a Portaria nº 1.010/2012 (desconsiderando-se os turnos), e pela quantidade de USAs em cada CR seriam necessários os seguintes quantitativos:

Quadro 10: Quantidade de profissionais necessários para atender exigência mínima para a CR

Mesorregião	População	RO	TARM	Motorista Socorrista	Enfermeiro
Extremo Oeste	775.775	8	32	12	12
Foz do Itajaí	649.898	8	20	8	8
Grande Florianópolis	1.131.981	8	32	16	16
Meio-Oeste	624.612	8	12	12	12
Norte Nordeste	1.344.091	8	32	16	16
Planalto Serrano	290.137	8	12	8	8
Sul	972.750	8	32	12	12
Vale do Itajaí	1.017.975	8	32	8	8

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

Obs: No caso da escala dos profissionais que realizam 6h/dia ser programada para dois dias trabalhados, folgando um, seriam necessários mais quatro profissionais por mês.

Com isso, diante da relação dos profissionais que atuavam no SAMU, por CR e USA, de dezembro de 2016 (fl. 178 - item 7 do CD), fornecida pela SES, verificou-se que o quantitativo de profissionais das Centrais de Regulação e USAs estavam dispostos da seguinte forma:

Quadro11: Equipe atuando nas Centrais de Regulação.

Mesorregião	População	Médico Regulador	Rádio-operador	TARM
		Total	Total	Total
Extremo Oeste	775.775	26	9	25
Foz do Itajaí	649.898	24	10	16
Grande Florianópolis	1.131.981	30	10	24
Meio-Oeste	624.612	22	7	16
Norte Nordeste	1.344.091	34	10	26
Planalto Serrano	290.137	11	7	9
Sul	972.750	28	10	24
Vale do Itajaí	1.017.975	28	6	26

Fonte: Dados do IBGE, Portaria MS nº 1.010/2012 e fl. 178, item 7 do CD - Processo PMO 16/00167974 - Relação dos profissionais do SAMU atual informado pela SES, de 08/03/17.

Quadro 12: Equipe atuando nas Unidades de Suporte Avançado

Mesorregião	População	Médico Regulador	Enfermeiro	Motoristas Socorrista
		Total	Total	Total
Extremo Oeste	775.775	28	18	18
Foz do Itajaí	649.898	26	11	10
Grande Florianópolis	1.131.981	64	20	24
Meio-Oeste	624.612	27	18	17
Norte Nordeste	1.344.091	44	23	26
Planalto Serrano	290.137	21	9	13
Sul	972.750	39	16	18
Vale do Itajaí	1.017.975	23	12	12

Fonte: Dados do IBGE, Portaria MS nº 1.010/2012 e Fl. 178, item 7 do CD - Processo PMO 16/00167974 - Relação dos profissionais do SAMU atual informado pela SES, de 08/03/17.

Da comparação dos quantitativos, concluiu-se que nas CR do Meio Oeste, Planalto Serrano e Vale do Itajaí havia deficiência de um, um e dois ROs, respectivamente. Em relação aos TARMs apurou-se que somente a CR do Meio

Oeste possuía o quantitativo suficiente. Quanto aos Motoristas Socorristas e Enfermeiros todas as CR estavam com quantitativo superior ao necessário.

De acordo com as informações obtidas por meio de entrevista com os Coordenadores do SAMU, mesmo que, eventualmente, alguma equipe não esteja completa, o atendimento não fica prejudicado.

Em caso de férias, licença médica, falta ou até mesmo dispensa de funcionário, são pagas horas extras, no caso de médicos, e no caso de outros profissionais, estes são substituídos por rotativos, de modo que a escala esteja sempre preenchida. O banco de horas gerado nestes casos é utilizado posteriormente, preferencialmente quando há mais de um profissional da mesma área escalado para o plantão.

Quando ocorre dispensa ou pedido de demissão de algum empregado sem o cumprimento de aviso prévio, há um período em que o cargo fica vago, em torno de 15 dias, até que se efetive a contratação de um novo profissional, porém a escala é preenchida com os rotativos ou com o pagamento de horas extras, o que é compreensível. Verificou-se a existência desta situação nas CRs e USAs quando da inspeção *in loco*, sendo este o principal motivo de falta de profissionais, mesmo assim, por um curto período de tempo.

Segundo a SES, a realização de horas extras para fechamento da escala de médicos nas CRs e nas USAs não gera custo adicional mensal, uma vez que o contrato com a SPDM suporta tais ocorrências (fl. 99 – item 2).

No momento em que foram realizadas as inspeções nas bases descentralizadas evidenciou-se 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. As Centrais de Regulação também estavam com as respectivas baias preenchidas. Foram observadas trocas de plantões e, em nenhum momento, o profissional deixou seu local de trabalho até que seu colega chegasse para substituí-lo.

Diante das evidências relatadas, de que não há a descontinuidade do serviço público e nem o aumento de custos para o Estado em razão do pagamento de horas extras, apesar de o SAMU ficar com equipe incompleta durante o período de substituição de funcionário, entende-se que a determinação foi cumprida.

2.1.1.4 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 05): As equipes utilizam celular ou telefone 192 para o contato com a central, como há um número adequado de TARMs atendendo, há possibilidade de ligar para os ramais do médico regulador, não havendo nenhum prejuízo a população. Reconhecem a necessidade de uma linha gratuita e de as conversas serem gravadas. Como o sistema de gravação nas CR é da Polícia Militar, a SPDM teria que colocar um telefone gratuito (exemplo, 0800) que fosse gravado nas centrais, mas existe a dificuldade técnica (central da PM) e financeira. Contudo, estão estudando a viabilização para o serviço.

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, portanto, considerou-se que a determinação não havia sido atendida.

No segundo monitoramento observou-se o uso particular da linha 192 somente na CR de Joaçaba, onde foram recebidas ligações, as quais foram transferidas para o setor administrativo. Observou-se, também, que a linha 192 era utilizada tanto para o contato entre as CRs e as equipes de atendimento das unidades móveis, especialmente para submeter-se à regulação médica, evitando

futura responsabilização em ação judicial, pois somente estas linhas eram gravadas, como também entre as CRs e as unidades de saúde.

Apesar de o uso particular da linha ter sido observado em somente uma das oito Centrais de Regulação, manteve-se a situação do contato das equipes pelo 192, sendo assim, considerou-se que a determinação foi parcialmente cumprida.

No terceiro monitoramento, o SAMU informou que a SPDM estava estudando a viabilidade financeira e técnica para implementação de uma linha exclusiva e gratuita, em que as ligações fossem gravadas.

Das entrevistas realizadas com os Coordenadores das CRs, concluiu-se que todas possuíam linhas exclusivas e celulares, além das linhas 192 disponibilizadas para os TARMs, para os Médicos Reguladores e para os Rádio Operadores realizarem suas funções relacionadas às urgências e emergências médicas (fl. 181 – PT 2 do CD).

Apesar disso, verificou-se que persistiu a situação anterior nas CRs, na qual a linha 192 era utilizada para comunicação entre as equipes e com os demais atores (bombeiros, polícia, hospitais, por exemplo), porém fazem parte do atendimento a urgências e emergências médicas. Em relação a isso, a SES argumentou que existe um número adequado de TARMs atendendo o 192, não havendo nenhum prejuízo à população, principalmente pelo fato de geralmente não ocorrerem congestionamento das linhas, o que foi confirmado pela equipe de auditoria durante a observação *in loco*.

Durante as observações das atividades do SAMU nas CRs, não foram presenciadas ligações particulares dos ramais 192, porém merece destaque o ocorrido na CR de Joaçaba, na qual observou-se o atendimento de ligação direcionada para a profissional de Tecnologia da Informação (TI) por meio do telefone do Médico Regulador, via ramal interno. Embora não estivesse fazendo uso da linha 192, o aparelho utilizado era o mesmo que recebia as ligações destinadas ao 192. Da mesma forma, foi possível observar que nas CRs de Lages, Florianópolis, Criciúma, Blumenau, Joinville e Balneário Camboriú o Médico podia originar chamadas pelo telefone fixo, sem usar a linha 192, porém o aparelho era o mesmo que recebia as ligações 192, tornando inviável a utilização de duas linhas no mesmo aparelho telefônico.

Contudo, percebeu-se que houve uma evolução em relação à utilização das linhas 192. Na época da auditoria as CRs não possuíam outras linhas para a

operação do SAMU, além da 192. Em razão disso, considera-se a determinação cumprida.

2.1.1.5 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:	Prazo de implementação:
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.	31/12/2009

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 06): A comunicação via rádio é gravada em todas as Centrais de Regulação, com exceção de Joaçaba. Segue CD com 10 (dez) gravações do rádio dentro das Centrais de Regulação.

Análise

O Anexo da Portaria nº 2.657/2004 - Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais SAMU-192, item I, "g" e "h", trata da estrutura da sala de regulação e estabelece, dentre outras condições, que as salas devem dispor de sistema de informática e de gravação de voz contínua.

Na auditoria, constatou-se que a gravação de voz das comunicações via rádio não ocorria em nenhuma CR. A gravação das comunicações via telefone ocorria nas CRs de Balneário Camboriú, Blumenau, Criciúma, Florianópolis e Joinville, porém somente em Balneário Camboriú a gravação era contínua, além disso, ocorria dificuldades de recuperação dos dados.

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 razão disso a determinação foi considerada parcialmente cumprida.

No segundo monitoramento, em 2014, a entrevista com os Coordenadores das Centrais de Regulação evidenciou que as gravações ocorriam tanto das comunicações via rádio como 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), continuando, deste modo, a determinação parcialmente cumprida.

No terceiro monitoramento, o SAMU encaminhou CD (fl. 42), alegando ter dez gravações de rádio ocorridas nas Centrais de Regulação. Após análise das gravações, foi observado que foram enviadas somente gravações referentes a telefones fixos e ramais, não se identificando qualquer tipo de gravação via rádio.

De acordo com as respostas obtidas após aplicação de entrevista aos Coordenadores das oito CRs do SAMU, somente as Centrais de Blumenau, Balneário Camboriú, Lages e Joinville mantinham as gravações por rádio e telefone. Nas demais CRs, as gravações se limitavam às comunicações por telefone. Em Criciúma, onde anteriormente também havia gravação via rádio, por meio do sistema Mamute, já não ocorria mais (fl. 181 – PT 2 do CD).

Durante o monitoramento *in loco*, inspecionou-se os equipamentos de gravação nas Centrais de Regulação e ouviu-se algumas gravações, aleatoriamente, conforme observações a seguir:

Quadro 13: Situações encontradas nas inspeções dos equipamentos de gravação de voz e escuta

Central de Regulação	Situação encontrada
Chapecó	O responsável da PM pelas gravações, fez a demonstração do sistema Asterix para a equipe de auditoria. Não ocorria gravação de rádio.
Joaçaba	Para gravação existe o Sistema Mamute, que é acessado mediante senha pelo Coordenador Médico. Não foi possível testar o sistema, pois não havia Coordenador Médico em Joaçaba para acompanhar. Só ocorria gravação do 192.
Lages	O sistema de gravação telefônica e via rádio estava funcionando, conforme demonstração mediante acesso com senha feito pela Coordenadora Médica. Foi possível retroagir a audição até o final de 2014.
Florianópolis	As gravações telefônicas são efetuadas pela PM e somente são disponibilizadas quando solicitadas. Não ocorria gravação de rádio.
Criciúma	Foi possível verificar que o sistema de gravação estava funcionando mediante acesso com senha pelo Coordenador Médico. O acesso é retroativo a 2011 com algumas falhas em 2015. Não ocorria gravação de rádio.
Blumenau	Em contato com o TI, que possui acesso com senha aos diretórios das gravações, verificou-se que o acesso é permitido desde 2012, quando a SPDM assumiu. Foram ouvidas algumas gravações. Ocorria gravação de telefone e rádio.
Joinville	Para ouvir as gravações deve-se solicitar a PM, com exceção das que constam no backup mensal enviado ao SAMU anteriormente (somente telefônicas são enviadas). Gravações telefônicas foram ouvidas com fone no backup que continha registros de 2015 até fevereiro/2017. Possuíam registros

Central de Regulação	Situação encontrada
	desde 2012/2013 em outro HD. Gravações de rádio não foram passíveis de audição em razão de o responsável da PM não estar presente no momento. Confirmaram que ocorria gravação de telefone e rádio.
Balneário Camboriú	Para gravação existe o Sistema Asterix que é acessado mediante senha pelo Coordenador Médico. Não foi possível testar o sistema, pois este estava em curso em Florianópolis. Confirmaram que ocorria gravação de telefone e rádio.

Fonte: Equipe de auditoria

Diante do exposto, observa-se que a situação regrediu em relação ao 2º monitoramento realizado em 2014, uma vez que o número de Centrais que possuíam gravações via rádio diminuiu. Entende-se, portanto, que a determinação segue parcialmente cumprida.

2.1.1.6 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 06): Segundo informações da SES, os almoxarifados continuam organizados, limpos e, dentro das possibilidades financeiras, melhorias continuam sendo realizadas. Seguem fotos das 08 farmácias mesorregiões.

Análise

A Lei (estadual) nº 6.320/1983, que dispõe sobre as normas gerais de saúde, no § 1º do art. 61, apresenta que os estabelecimentos integrantes da

Administração Pública ou por ela instituídos independem de licença para funcionamento, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequados, e à assistência e responsabilidade técnicas.

Portanto, apesar dos almoxarifados de medicamentos do Estado não necessitarem de licença, devem atender à legislação sanitária no tocante às instalações e a assistência e responsabilidade técnica.

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 nas Bases Descentralizadas do SAMU, o que levou a conclusão de que a determinação não tinha sido cumprida.

A inspeção realizada em 2014 constatou que as farmácias se encontravam, 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. 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, entendendo-se que a determinação foi parcialmente cumprida.

Neste monitoramento, a SPDM informou que cada Mesorregião possui um farmacêutico responsável pelo abastecimento do estoque de medicamentos e materiais médico-hospitalares usados nas Unidades de Suporte Avançado, assim como enviou cópia das Certidões de Regularidade do Conselho Regional de Farmácia de todas as Centrais (fl. 116 – item 22) e fotos para comprovar a adequação dos almoxarifados (fls. 44-51).

Quanto aos comprovantes de inspeção ou solicitações de inspeção à vigilância sanitária para atestar a adequação dos almoxarifados de medicamentos

das Centrais e das Bases Descentralizadas do SAMU, a SPDM informou que devido ao déficit financeiro da Instituição não foi possível concluir as readequações das Bases (fl. 114 – item 22).

Diante da não apresentação de solicitação e/ou verificação dos lugares de armazenamento de medicamentos pela vigilância sanitária, buscou-se inspecionar os locais.

Considerando o § 1º do art. 61 da Lei (estadual) nº 6.320/83, foram inspecionados os locais de armazenamento de medicamentos das Centrais de Regulação e Bases Descentralizadas visitadas quanto aos principais critérios sanitários para as farmácias, retirados do Manual de boas práticas para estocagem de medicamentos do Ministério da Saúde¹. Foram observados os seguintes itens: se a chefia do almoxarifado era exercida por farmacêutico; condições como iluminação, umidade, quantidade de prateleiras suficientes, existência de janelas ou ar-condicionado; se o local estava limpo e livre de pó e caixas vazias; se os medicamentos eram estocados com outros produtos/materiais que não medicamentos; se havia local específico para guarda de produtos controlados; se o armazenamento estava em ordem e se a porta de acesso estava devidamente trancada (fl. 181 - PT 10 do CD).

Após a consolidação dos dados das Bases de Chapecó, Joaçaba, Lages, Florianópolis, Criciúma, Joinville, Blumenau, Balneário Camboriú, Araranguá, Rio do Sul e Jaraguá do Sul, verificou-se que todas as Bases inspecionadas estavam de acordo com os critérios sanitários analisados, com exceção de Joaçaba, que não possuía janelas ou ar-condicionado na sala onde ficavam os medicamentos, somente vidros com cortinas. (vide foto panorâmica anexada à fl. 49).

Quadro 14: Armazenamento de medicamentos na Base Descentralizada de Joaçaba



Foto DSCN 2469 de 22/02/2017 – Local de



Foto DSCN 2472 de 22/02/2017 – Local sem

¹ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_05.pdf, acesso em 17/02/2017.

estoque de medicamentos sem janelas para ventilação ou ar condicionado.	janelas ou ar condicionado.
---	-----------------------------

Fonte: TCE/SC

Diante do exposto, compreende-se que a determinação foi parcialmente cumprida.

2.1.1.7 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.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
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.	01/10/2010

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 06): Considerando que o SAMU é um dos componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE), a pactuação com Unidades de Saúde ficou estabelecida por meio dos Planos Macrorregionais de Urgência e Emergência, que definem a hierarquização do atendimento, estabelecendo hospitais que são porta de entrada e referências macrorregionais. Como os planos são macrorregionais, cabe a Secretaria de Estado da Saúde o planejamento, execução e acompanhamento da Rede de Urgências e Emergências, com o Grupo Condutor Estadual das Redes, composto por Estado e Municípios, além das vistorias do Ministério da Saúde.

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 havia elaborado o plano estadual. Quando questionada se realizou a pactuação com os gestores municipais, a Secretaria respondeu que a pactuação entre Estado e Municípios já havia sido 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, concluiu-se que a determinação não foi cumprida.

A Portaria nº 1.010/2012, que substituiu a Portaria nº 2.048/2002, redefiniu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências e, em seu art. 2º, item XIII, definiu como Médico Regulador:

profissionais médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos **meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações**, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre **os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente**. (grifo nosso)

Com a nova Portaria as respostas aos atendimentos do SAMU continuam sendo os meios disponíveis e necessários para responder às solicitações, com os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente.

Em razão da Secretaria de Estado da Saúde informar no quarto Relatório de Acompanhamento que a pactuação com Unidades de Saúde ficou estabelecida por meio dos Planos Macrorregionais de Urgência e Emergência, neste

monitoramento foram analisados o Plano Estadual de Atenção às Urgências² e os respectivos Planos Macrorregionais referentes às regiões: Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis, Grande Oeste, Meio Oeste, Norte Nordeste, Serra Catarinense, Sul e Vale do Itajaí. Observou-se que eles contêm o desenho da Rede de Urgências e Emergências (RUE) e organização e descrição dos fluxos de acesso aos componentes da RUE, em que estão listadas as unidades de atendimento e suas respectivas habilitações.

Mesmo não contendo de forma explícita a pactuação com os gestores das unidades de atendimento à saúde, percebeu-se durante a observação do serviço que há um bom relacionamento entre as Centrais de Regulação e as unidades de atendimento, ocorrendo a referência e a contrarreferência e, ainda, a devida orientação, atendimento e/ou encaminhamento dos pacientes de forma satisfatória.

Diante do exposto, tem-se que a determinação foi cumprida.

2.1.1.8 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:
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.	Justificado

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 06): Fornecem para os trabalhadores com carga horária superior à 6h diárias, vale-alimentação e vale-refeição. Cada base operacional dispõe de uma copa onde os profissionais podem realizar suas refeições, caso desejem, ou saírem para alimentar-se fora da instituição, realizando

² <http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/site-administrator/category/20-lcoutros>, acesso em 02/05/2017.

seu intervalo. Com relação ao fato da análise concluir que as refeições devem ser servidas no local onde se encontram as CR e as bases das USA, para que não haja descontinuidade do atendimento, informam que o SAMU não realiza atendimento nas bases descentralizadas. Os profissionais das USA se deslocam juntos com a ambulância, para realização das refeições. Deste modo, poderão ser acionadas a qualquer momento pela Central, com o deslocamento imediato para a ocorrência, sem nenhum prejuízo ao usuário. Segue anexo do ticket do vale-refeição e alimentação.

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 decorria 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 havia fornecimento de refeições no local de trabalho, os profissionais precisavam 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, e estes geralmente realizavam suas refeições fora do local de trabalho, portanto, não cumprindo a determinação.

No segundo monitoramento, 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 TARMs e Rádio-operadores passaram a fazer jornada diária de seis horas e, médicos (regulação ou USA), enfermeiros e motoristas-socorristas trabalhavam 12 horas/dia, portanto, para estes últimos é que se fazia imprescindível o fornecimento de alimentação no local de trabalho.

Da realização de pesquisa eletrônica sobre o fornecimento de alimentos, respondido por 124 médicos e 54 motoristas-socorristas, 72% informou que precisava sair do seu local de trabalho para realizar a refeição. Nesse monitoramento, concluiu-se que a determinação não havia sido cumprida.

No terceiro monitoramento foi informado que a SPDM contratou a empresa Alelo para prestação de serviços no ramo alimentício, através da utilização

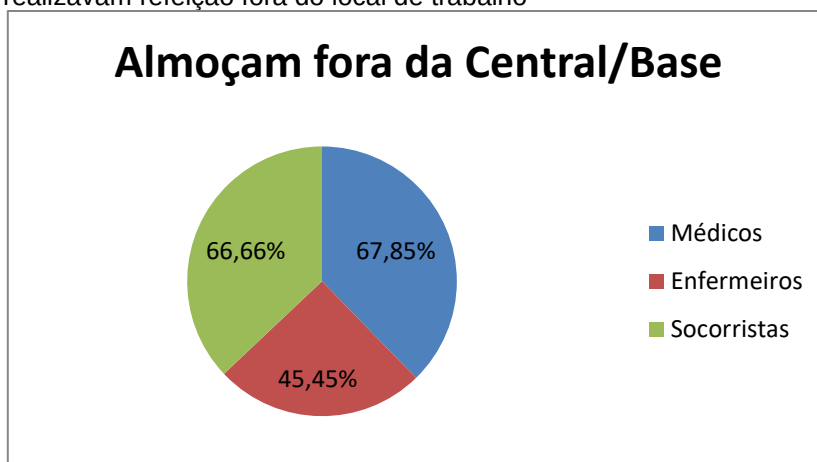
de cartão vale alimentação e refeição (fls. 53-72). Embora a determinação consista na alimentação fornecida no local de trabalho, a maioria dos profissionais do SAMU (CR e USAs) se deslocava para restaurantes nas proximidades para realizar suas refeições, estando os das USAs de sobreaviso a respeito de possíveis ocorrências, mesmo que as bases operacionais dispunham de copa.

Ou seja, a SES/SPDM concedia vale alimentação e não tinha uma norma quanto ao local de realização das refeições.

Os profissionais que recebiam vale alimentação eram os que realizavam jornada de trabalho 12x36, ou seja, trabalhavam 12 horas/dia e folgavam 36 horas, sendo os profissionais Médicos que trabalhavam nas Centrais de Regulação e os profissionais Enfermeiros, Motoristas Socorristas e Médicos que trabalhavam nas USAs.

Quando da inspeção *in loco*, a equipe de auditoria questionou 89 profissionais que atuavam nas Centrais de Regulação e nas Bases Descentralizadas a respeito do local em que eram efetuadas as refeições. Deste montante, 51 deles trabalhavam mais de 8h e tinham intervalo para refeição. Os demais eram TARMs e ROs, que faziam jornada diária de seis horas. Dos 51 profissionais, 28 eram Médicos, 11 Enfermeiros e 12 Motoristas Socorristas, sendo que deste total, o equivalente a 19 Médicos, 5 Enfermeiros e 8 Motoristas, totalizando 32 profissionais (fl. 181 – PT 09 do CD), faziam as refeições fora da base, como o representado no gráfico abaixo:

Gráfico 01: Percentual dos Médicos, Enfermeiros e Motoristas que realizavam refeição fora do local de trabalho



Fonte: TCE-SC.

Durante a observação do serviço, no período das 11h às 12h30, tanto nas Centrais, como nas Bases visitadas, acompanhou-se as movimentações, avisos e registros dos códigos J4 (equipe da USA em refeição) e J11 (USA livre) pelos profissionais, destacando-se o RO, que é o responsável pelos registros dos códigos no Sistema, e não foi observado chamadas com encaminhamento de USA enquanto as USAs estavam em J4.

Questionados os ROs, a respeito da necessidade de encaminhamento de USA quando estas estão em J4, estes informaram que realizam o chamado da equipe por rádio, aparelho telefônico ou celular para atenderem a ocorrência para que estas realizem o serviço.

A jornada 12x36 e o intervalo para refeição para estes casos, não consta das leis trabalhistas e depende do que foi estabelecido em acordo coletivo. No caso do SAMU, a informação para Santa Catarina consta no Plano Estadual de Atenção às Urgências.

Assim, seguindo o Plano Estadual de Atenção às Urgências, as refeições devem ser servidas no local onde se encontram as Centrais de Regulação ou Bases Descentralizadas, independente da concessão de vale alimentação, portanto, conclui-se que a determinação não foi cumprida.

2.1.1.9 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.).

Medidas Propostas:	Prazo de implementação:
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.	31/12/2009

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 06): Até o início do ano de 2015, a maioria das Bases Operacionais possuía vigilantes diurnos e noturnos. Devido ao déficit financeiro, tiveram que cancelar o contrato com a empresa de vigilância. A provisão para 2016 é a instalação de câmeras em todas as bases operacionais,

onde o monitoramento será por acesso remoto pelos coordenadores e diretoria da SPDM, ficando sob responsabilidade da empresa de monitoramento a ronda do imóvel, e a comunicação caso tenha a invasão e/ou arrombamento no estabelecimento monitorado.

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 sempre 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, exceto em Joaçaba, o que lhes garantia acesso restrito e maior segurança; e que as bases descentralizadas de Balneário Camboriú, Itajaí, Blumenau, Araranguá e Florianópolis contavam com serviço de segurança e vigilância, sendo que nas demais estavam sendo providenciados. Com isso, a determinação foi considerada em cumprimento.

Nas análises do segundo monitoramento, constatou-se que o relatório de atividades da SPDM (out-dez/2012) apresentava informações de contratação de serviços de vigilância para a CR de Joaçaba e para a Base de Florianópolis, o que não garantia que todas as Centrais e Bases contassem com este serviço. Das oito CRs do Estado, apenas a de Joaçaba não funcionava em um Batalhão da Polícia Militar, porém nesta CR havia vigilância terceirizada 24 horas por dia, que solicitava a identificação do visitante para liberar a entrada. Das 17 bases descentralizadas vistoriadas, quatro foram consideradas inseguras para a equipe e instalações: Jaraguá do Sul, Joinville, Rio do Sul e Araranguá. Diante do que foi constatado na inspeção, concluiu-se que a determinação foi parcialmente cumprida.

No terceiro monitoramento foi constatado que todas as CR estavam operando em quartéis da Polícia Militar ou Bombeiros, exceto a de Joaçaba. Diante

disso, em maio de 2016, foram solicitados os contratos de monitoramento/ronda dos imóveis onde funcionavam a CR de Joaçaba e bases descentralizadas (Ofício 6173/2016 de 11/05/16, fls. 95-97). Em resposta, o SAMU alegou que devido ao déficit financeiro não foi possível a instalação de câmeras de monitoramento e ronda de empresa especializada em vigilância nessa Central e nas respectivas bases (fl. 114 – item 21). Novamente tal solicitação seguiu em diligência em fevereiro de 2017, por meio do Ofício nº 1.360/2017 de 17/02/17 (fls. 168/169), no qual não se obteve resposta.

No intuito de verificar a real situação das CRs e Bases Descentralizadas foi realizada inspeção *in loco* nas oito CRs, na qual foi constatado que a Central de Joaçaba permanecia na mesma situação no que diz respeito a não integração com a Polícia Militar e o Bombeiro e, conseqüentemente, seu não funcionamento em um dos Batalhões, que possuem equipamentos de segurança. Quanto às Bases visitadas, verificou-se que a situação se agravou, pois nenhuma possuía serviço de vigilância permanente ou ronda, onde foram encontradas as situações que seguem:

Quadro 15: Situação das Bases Descentralizadas quanto aos equipamentos de segurança

Unidade	Situação
Chapecó	Não há nenhum tipo de equipamento de segurança. Portão eletrônico, porém está estragado com problema no motor.
Joaçaba	Não existem mecanismos de segurança.
Lages	Desde 2006 está operando junto com o Município. Não há segurança, vigilância ou câmera e, atualmente, o portão está quebrado, não sendo viável o conserto em virtude de o motor ser antigo.
Florianópolis	Possui somente portão eletrônico.
Araranguá	Localizada ao lado do Hospital e do necrotério. Não existem mecanismos de segurança, nem portão.
Rio do Sul	Não existem mecanismos de segurança.
Blumenau	Não existem mecanismos de segurança.
Jaraguá do Sul	Há somente câmera.
Joinville	Opera com as USBs do Município. Possui câmera.
Balneário Camboriú	Opera com as USBs do Município. Possui câmera e portão eletrônico.

Fonte: Observação *in loco* da equipe de auditoria

Desta forma, identificou-se que a CR de Joaçaba e as Bases Descentralizadas visitadas não possuíam vigia e ronda. As Bases de Jaraguá do Sul, Joinville e Balneário Camboriú possuíam câmera, por estarem operando em local disponibilizado pelo Município, junto com as USBs. As Bases possuíam portão, exceto a de Araranguá em que tinha acesso livre, porém, as de Blumenau, Chapecó, Jaraguá do Sul, Joinville, Lages e Rio do Sul permaneciam com o portão aberto a maior parte do tempo.

Quadro 16: Vista de Bases Descentralizadas do SAMU com segurança fragilizada

	
Foto DSCN 2586 de 07/03/2017 – Base do SAMU de Araranguá sem portões de acesso.	Foto DSCN 2644 de 14/03/2017 – Base do SAMU de Blumenau com portão manual aberto.
	
Foto DSCN 2423 de 21/02/2017 – Base do SAMU de Chapecó com portão de acesso aberto.	Foto DSCN 2669 de 15/03/2017 – Base do SAMU de Jaraguá do Sul com portão de acesso aberto.

Fonte: TCE/SC

Para ratificar a situação encontrada foram aplicados 56 questionários aos profissionais que trabalhavam nas CRs e 33 àqueles que desempenhavam suas atividades nas USAs, totalizando 89 questionários, como forma de certificar os mecanismos de segurança encontrados nos postos de trabalho. Todas as respostas, incluindo as de Médicos, TARMS, ROs, Enfermeiros e Socorristas, condizem com o que foi observado *in loco*, corroborando com a observação de falta de segurança e fragilidade na Central de Joaçaba, assim como nas bases descentralizadas inspecionadas (fl. 181 – PT 9 do CD).

Diante do exposto, verificou-se que não há mecanismos que garantam a integridade dos profissionais, materiais e ambulâncias em todas as CR e Bases

Descentralizadas com USAs, contrariando o disposto no Plano Estadual de Atenção às Urgências. A questão da segurança, de um modo geral, foi agravada se considerado o último monitoramento, porém avançou em relação à época da auditoria, de modo que a determinação segue parcialmente 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 07): O controle é feito através das folhas de frequência, com averiguação diária dos assistentes administrativos e coordenações administrativas. Na falta justificada ou atraso de um profissional, medidas administrativas são aplicadas. O ponto eletrônico não foi implantado nas 23 bases operacionais devido ao déficit financeiro. Até o mês de maio, será implantada a biometria na mesorregião da Grande Florianópolis.

Análise

Na auditoria realizada em 2008, a equipe 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, o qual contava como hora trabalhada. Além disso, o registro de ponto era manual, com livro ou ficha-ponto, bastante frágil.

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 os equipamentos. Ao analisar as folhas de registro do ponto verificou-se, de um modo geral, que em muitos registros o preenchimento era feito sempre com os mesmos horários cheios de entrada e saída, fragilizando a forma de controle adotada. 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 Contrato de Gestão nº 002/2012, em sua Cláusula Quarta, IV apresenta que “O registro para controle de jornada deverá ser por meio eletrônico”. O Segundo Termo Aditivo ao Contrato adicionou no Anexo Técnico III, item “j”, que 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”.

No segundo monitoramento observou-se que os registros de ponto continuavam em papel. Os Coordenadores regionais entrevistados informaram que não havia dificuldade em fazer cumprir a jornada de trabalho, com exceção de Florianópolis, que reclamou do excesso de faltas. A inspeção constatou a fragilidade no registro de ponto, pois foram detectadas várias fichas sem preenchimento e, também, fichas assinadas em data posterior a da inspeção. Sendo assim, a recomendação foi considerada não implementada.

No terceiro monitoramento a SES informou que devido ao déficit financeiro, o controle de ponto continuava sendo manual, com fiscalização de assistentes administrativos.

Pela inspeção nas CRs e Bases Descentralizadas visitadas, observou-se que o controle de frequência permanecia de forma manual, com exceção de Florianópolis, que utilizava o ponto eletrônico, tanto na CR como na Base de Florianópolis.

Quadro 18: Ponto eletrônico na CR e na Base do SAMU de Florianópolis



Foto DSCN 2539 de 06/03/2017 – Ponto eletrônico funcionando na Central do SAMU de Florianópolis.



Foto DSCN 2551 de 06/03/2017 – Ponto eletrônico na Base do SAMU de Florianópolis

Fonte: TCE/SC

Ao analisar os registros de frequência encaminhados pela SES dos profissionais que atuavam nas CR e USAS, do período de janeiro a abril de 2016 (fl. 117, item 10 do CD) e da inspeção *in loco* das folhas dos meses de fevereiro e março de 2017 das CRs e Bases visitadas, verificou-se como ocorriam os registros, sendo que não foram observadas folhas sem preenchimentos, tampouco com assinaturas em data posterior à inspeção, salientando-se que não era comum faltas dos profissionais. Observou-se que ocorriam trocas de plantões, mediante solicitação dos profissionais e autorização dos Coordenadores.

Ademais, mesmo verificando que os registros de ponto de uma minoria de profissionais são assinados com horário cheio, percebeu-se que, na prática, o posto de trabalho não era abandonado sem que outro profissional estivesse apto a assumi-lo, não ocorrendo, assim, nenhum prejuízo ao usuário. Ainda neste sentido, ao questionar os Coordenadores, estes informaram que não têm problemas com faltas, atrasos e saídas antecipadas dos profissionais. Estes só podem ausentar-se com autorização e/ou na chegada do outro profissional para cobri-lo. Não foi observada prática de descanso durante a inspeção no monitoramento.

Diante do exposto, verificou-se que apesar do controle da jornada de trabalho ser efetuado de forma manual, em sua maioria, este tem sido efetivo e a carga horária vem sendo cumprida, além de que, observou-se uma rigidez no controle e na cobrança no cumprimento do horário e dos registros dos profissionais

pelos Coordenadores do SAMU. Sendo assim, a recomendação resta 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 07): Há identificação nas centrais de Florianópolis, Joaçaba, Blumenau e Lages. Nas demais centrais não há registros das chamadas perdidas no sistema SARG da Polícia Militar, então não há como saber posteriormente quantas chamadas foram perdidas e qual telefone originou a chamada.

Análise

Na auditoria, 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. Os profissionais das demais Centrais tomavam conhecimento do

congestionamento quando o solicitante reclamava do tempo de espera para ser atendido ou das tentativas com linha ocupada.

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

Novamente, no segundo monitoramento, a Secretaria justificou a inexistência de dispositivos de identificação das chamadas nos ramais 192 pelo fato do Sistema de telefonia ser da Polícia Militar, e que fariam uma solicitação de implantação à Corporação. A fiscalização detectou que apenas a CR de Florianópolis havia um sistema que permitia a identificação da chamada em espera. Em razão disso, considerou-se que a recomendação não foi implementada.

Para o terceiro monitoramento foi solicitado o quantitativo mensal de chamadas recebidas e de chamadas perdidas, referente ao período de janeiro a abril de 2016, por CR. Em resposta, a SES encaminhou os quantitativos de chamadas recebidas (fl. 116 – item 19). Em relação às chamadas perdidas foi informado que não era possível obter estes números visto que as centrais telefônicas das CRs pertenciam à Polícia Militar, impossibilitando, desta forma, verificar se o quantitativo era elevado ou não, a fim de justificar um identificador de chamada em espera e/ou a necessidade de aumento do quantitativo de profissionais no exercício de TARM.

De acordo com as respostas obtidas na aplicação de entrevista aos Coordenadores das oito CRs do SAMU, foi verificado que somente as Centrais de Joaçaba, Joinville e Blumenau possuíam dispositivo que identificavam as chamadas em espera, por meio de bina (fl. 181 – PT 02 do CD), embora tenha sido informado no quarto Relatório Parcial que as Centrais de Florianópolis, Joaçaba, Blumenau e Lages possuíam identificação de chamadas (fl. 7).

Na CR de Joaçaba foi informado que a existência do dispositivo só ocorreu em função da mudança da central telefônica. Que a identificação das chamadas e chamadas em espera fazia parte do programa adquirido e não por uma iniciativa da SES ou da SPDM.

Ademais, todas as Centrais informaram que, geralmente, não havia congestionamento de linha, concluindo-se que havia quantidade de linhas 192 e profissionais suficientes.

Desta forma, pela inexistência de dispositivo de identificação de chamada em espera na maioria das Centrais e pela inexistência de sistema de chamadas perdidas considera-se que a recomendação foi parcialmente implementada.

2.1.2.3 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 07): As informações sobre o número que originou o trote estão registradas em banco de dados.

Análise

Com base nos relatórios produzidos pela Gerência Estadual do SAMU/SC de janeiro de 2007 a março de 2008 obteve-se um percentual elevado de trotes em relação ao total de chamadas/mês por Central de Regulação. Nas Centrais de Joinville e Lages o percentual de trotes foi de 51% e 53%, respectivamente, ficando a média no Estado em 32%, além de ter sido constatado que nem todos os trotes eram registrados, o que aumenta este percentual. Verificou-se, ainda, que existiam algumas ações para a redução do número de trotes e que os responsáveis pelos trotes podiam ser identificados.

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. Porém, para que medidas fossem tomadas ou que ocorresse a punição, era necessário o encaminhamento dos números de telefones em que se originaram os trotes para o SAMU aos órgãos competentes.

A auditoria verificou que isto ocorria apenas na CR de Lages, com êxito na redução do número de trotes, até porque as ações coercitivas eram divulgadas na mídia.

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

No segundo monitoramento a SES não se manifestou quando questionada sobre o envio da lista de telefones que efetuavam trotes aos órgãos competentes para promover a punição dos infratores. Os Coordenadores regionais informaram em entrevista que identificavam os números de 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 efetuavam os trotes mais graves, mas, em geral, não tomavam conhecimento se ocorria alguma ação. Deste modo, considerou-se que a recomendação foi parcialmente implementada.

No terceiro monitoramento, os Coordenadores das oito Centrais do SAMU informaram que são raras as ocorrências de trotes recorrentes. Neste sentido, quando são relevantes e identificáveis, as Centrais repassam a informação à Polícia Militar (fl. 181 – PT 02 do CD).

Verificou-se, ainda, que o percentual de trotes em relação às chamadas diminuiu significativamente comparando-se com o que ocorria há época da auditoria. A média de trotes em 2007 e 2008 girava em torno de 30% em ambos os anos. Destaca-se que naqueles anos não eram registrados todos os trotes, conforme apontado no relatório de auditoria, o que significa que este percentual pode ser ainda maior. Segundo relatórios divulgados no *site* do SAMU/SC os trotes passaram a representar 11% em 2014, 13% em 2015 e 12% em 2016 do total de chamadas. Isso indica que as ações de combate aos trotes obtiveram resultado positivo.

Vale ressaltar que o Estado de Santa Catarina editou a Lei nº 14.953/2009, alterada pela Lei 15.346/2010, que dispõe sobre medidas contra práticas de trotes telefônicos dirigidos a determinados órgãos. Esta Lei apresenta que ligação, que seja manifestamente inconveniente ou que tenha motivado indevida e maliciosamente o acionamento de aparato de socorro ou de atendimento urgente, ficará sujeito a multa equivalente a R\$ 200,00 (duzentos reais) por ligação realizada. Dispõe ainda, que os órgãos receptores de ligações telefônicas de emergência deverão, nos respectivos âmbitos administrativos, formar mensalmente relação dos

números de terminais telefônicos identificados de onde tenham originado estas ligações, devendo ser enviadas, até o quinto dia útil posterior ao término do mês a que se referirem, à Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão.

Neste sentido, constatou-se que as Centrais do SAMU informam os números de telefones identificados que realizam trotes recorrentes à Polícia Militar de cada região, órgão pertencente à Secretaria de Estado da Segurança Pública. Estas informações não são repassadas mensalmente, e sim quando ocorrem, em razão de serem ocasionais.

Registra-se, ainda, que no contexto atual, o quantitativo de telefones móveis aumentou significativamente e, para estes, muitas vezes não há cadastro nas operadoras de telefonia, o que impossibilita qualquer ação. Além disso, muitos trotes eram efetuados por meio de telefones públicos (popularmente conhecidos como “orelhões”), equipamento cada vez mais incomum de ser encontrado.

Em razão do exposto, considera-se a recomendação implementada.

2.1.2.4 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 07): Não foram adotadas medidas de divulgação dos trotes, mas somente medidas para diminuir a incidência de trotes para o número 192 por meio do Programa Educa SAMU, realizado principalmente em escolas.

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 da Decisão 2.709/2009 (item 2.1.2.3 deste Relatório), 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 efetuavam trotes frequentemente ao SAMU e nenhum deles soube informar se as autoridades adotaram 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.

No terceiro monitoramento, em entrevista aos Coordenadores das oito Centrais, verificou-se que na maioria delas os trotes não são recorrentes. Há a informação à Polícia Militar sobre a ocorrência dos trotes, porém praticamente não existem ações efetivas de combate a esta prática.

Após análise da documentação enviada, referente às ações adotadas no Programa Educa SAMU entre janeiro de 2015 e abril de 2016, verificou-se por meio dos relatórios (fl. 116 - item 11 do CD) que em 2015 houve um efetivo trabalho de orientação e esclarecimento à população em geral, incluindo adolescentes e idosos, sobre o funcionamento do SAMU 192, com o intuito de informar como a questão dos trotes prejudica o trabalho de atendimento às vítimas. Ação esta que colaborou para a diminuição considerável do número de ocorrências de trotes, segundo informações dos próprios Coordenadores. Todavia, em 2016 somente Joaçaba, Joinville e Lages contavam com profissional envolvido nas palestras do Educa SAMU, estando as demais Centrais no aguardo de contratação.

Tendo em vista que a ocorrência de trotes recorrentes é rara e mesmo assim as Centrais informam os números de telefones à Polícia Militar para que seja tomada alguma providência no sentido de sanar tais ligações, não há obrigação da PM em informar o SAMU se tomou alguma providência.

O art. 2º e Parágrafo Único da Lei de 14.953/2009, alterada pela 15.346/2010, traz como competência dos órgãos receptores dos trotes o envio da relação dos números identificados à Secretaria de Estado da Segurança Pública e, a esta compete remeter rol integrado dos números telefônicos às operadoras de telefonia para que insiram nas respectivas contas a multa correspondente a cada

ligação indevida, ou, no caso de planos pré-pagos, que debitam o equivalente aos créditos.

Art. 2º - Os órgãos receptores de ligações telefônicas de emergência deverão, nos respectivos âmbitos administrativos, formar mensalmente relação dos números de terminais telefônicos identificados de onde tenham originado ligações referidas no artigo anterior.

Parágrafo Único - As relações a que alude o caput deste artigo deverão ser enviadas, até o quinto dia útil posterior ao término do mês a que se referirem, à Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão, a quem competirá remeter rol integrado dos números telefônicos às operadoras de telefonia para que insiram nas respectivas contas a multa correspondente a cada ligação indevida, ou, no caso de planos pré-pagos, que debitam o equivalente aos créditos.

Ou seja, o ato de punir não compete ao SAMU. Ademais, mesmo que o Serviço encaminhe as listas dos números que efetuam trotes recorrentes aos órgãos que possuem competência para punir, isso não indica que o SAMU tome conhecimento sequer se ocorreu alguma punição, tampouco quais seriam elas, restando tal determinação prejudicada.

2.1.2.5 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 07): Como expansão da frota do SAMU foram implantadas uma nova Unidade de Suporte Avançado no município de Caçador no ano de 2012, uma nova Unidade de Suporte Básico no município de Içara, uma nova Unidade de Suporte Básico (expansão de uma para duas Unidades) no município de Criciúma e uma Aeronave de asa rotativa (Unidade de Suporte Avançado) no município de Blumenau para atendimento da região em convênio SES/SAMU e Corpo de Bombeiros.

Análise

A auditoria demonstrou que o número de Unidades de Suporte Avançado à vida (USA) atendia 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.

O número de USAs aumentou após o primeiro monitoramento, passando de 26 para 32 ambulâncias. Apesar disso, no segundo monitoramento, os Coordenadores regionais de Chapecó, Joaçaba, Camboriú, Joinville e Blumenau alegaram que precisavam de mais USAs 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.

No terceiro monitoramento, a SES informou no quarto Relatório parcial que ocorreu a implantação de novas unidades de Suporte Avançado terrestre e aéreo. Em resposta ao Ofício DAE nº 6.173/2016, item 3, a SES informou em 06/06/16 que não existia plano de expansão da frota tanto de USA como de USB terrestres, mas a implantação de novas Unidade de Suporte Avançado Aéreo em cooperação com o Corpo de Bombeiros e Polícia Militar, sendo (fl. 99):

- Aeronave de asa rotativa no município de Blumenau que passou a operar em fevereiro de 2016 (atualmente fora de operação devido a um acidente ocorrido no dia 25 de abril de 2016);
- Aeronave de asa fixa que operará exclusivamente para transferências inter-hospitalares.

Ainda neste sentido foi solicitado, por meio do Ofício DAE nº 1.360/2017, item 22, plano de expansão da frota atualizado, porém foi informado que não houve aumento populacional significativo nas 08 mesorregiões vinculadas à Central de Regulação das Urgências e que, durante os estudos para implementação e manutenção do serviço verificou-se que, para essa cobertura não se adéqua apenas delimitar os municípios, mas sim, por tempo resposta, ou seja, a unidade que tiver com o tempo resposta melhor fará o atendimento, independente de qualquer espaço geográfico, como preconiza a Portaria 1.010/2012 em seu Capítulo I, art. 2º, item III, e as ligações são direcionadas a cada central (fl. 175).

Em relação à esta informação, em razão da SAMU não possuir indicador de tempo resposta, não é possível averiguar a necessidade de expansão da frota sob este critério, conforme dispõe a Portaria 1.010/2012. Assim sendo, buscou-se outras informações para a análise.

A Nota Técnica CGUE nº3386/2016, apresenta os critérios adotados para a renovação da frota do SAMU 192 no ano de 2016, conforme previsto pela Portaria GM/MS nº 1.010/2012, porém nada trata de critérios a respeito da expansão da frota:

Art. 42. A doação das unidades móveis se dará na fase de implantação do componente SAMU 192, mediante análise pela área técnica da CGUE/DAE/SAS/MS.

Parágrafo único. As solicitações de ampliação e renovação de frota e reserva técnica serão analisadas pela área técnica da CGUE/DAE/SAS/MS e poderão ser atendidas quando houver disponibilidade por parte do Ministério da Saúde, desde que estejam em conformidade com a legislação de regência e com os critérios constantes do site www.saude.gov.br/samu.

Ao buscar informações sobre critérios de ampliação da frota no site www.saude.gov.br/samu, também não se encontrou nada a respeito.

Apesar da Secretaria de Estado da Saúde não possuir um plano de expansão da frota, buscou-se verificar se ocorreu aumento da quantidade de USAs no Estado, fazendo-se um levantamento desde a época da auditoria.

Quadro 18: Comparativo do quantitativo de USAs desde a Auditoria, considerando os 3 monitoramentos.

Macrorregião	QUANTITATIVO DE USA			
	2008	2011	2014	2017
Grande Fpolis	04	04	06	04
Vale do Rio Itajaí	02	03	03	02
Norte/Nordeste	03	05	05	04
Sul	03	03	04	03
Extremo-oeste	02	04	04	03
Foz do Rio Itajaí	02	02	03	02
Planalto Serrano	02	02	03	02
Meio-oeste	03	03	04	03
Total	21	26	32	23

Fonte: SES, resposta ao item 01 da solicitação de documentos à fl. 173 e 176.

Conforme demonstra o Quadro acima, a quantidade de Unidades Avançadas do SAMU aumentou gradativamente de 2008 a 2014, porém de 2014 para 2017 houve uma redução significativa de nove Unidades.

Com o intuito de verificar se o número de atendimentos também diminuiu, levantou-se o quantitativo anual de atendimentos do SAMU em 2014, 2015 e 2016, o que se confirmou.

Quadro 19: Comparativo do quantitativo anual de atendimentos realizados pelas USAs entre 2014 e 2016.

Macrorregião	USA		
	2014	2015	2016
Grande Fpolis	6267	5465	5191

Macrorregião	USA		
	2014	2015	2016
Vale do Rio Itajaí	3006	2724	2281
Norte/Nordeste	4688	4403	3227
Sul	5694	4833	3778
Extremo-oeste	3370	3274	3499
Foz do Rio Itajaí	5852	5018	4560
Planalto Serrano	2360	2228	1838
Meio-oeste	3711	3390	2968
Total	34.948	31.335	27.342

Fonte: SPDM, resposta ao item 18 da solicitação de documentos à fl. 97 e ao item 4 da solicitação de documentos à fl. 168v.

Em entrevista ao Gerente do SAMU Estadual foi questionado se havia alguma solicitação recente de Unidade Móvel ao Ministério da Saúde e foi obtida a informação de que o Estado solicitou USAs para renovação de 100% da frota até o final de 2017, porém nenhuma informação quanto ampliação.

Do mesmo modo, foram verificadas as necessidades de expansão da frota constantes nos Planos de Ação Macrorregionais e questionados os Coordenadores das oito Centrais de Regulação, conforme se verifica no quadro abaixo:

Quadro 20: Necessidades de expansão de USAs

Macrorregião	Qtde USAs cfe Planos de Ação	Qtde USAs cfe Coordenadores do SAMU	Justificativa	Situação em relação ao constante dos Planos de Ação
Grande Fpolis	1 + VIR	1 em Florianópolis	Demanda por transportes e atendimentos primários	Atendida parcialmente, pois a VIR não está habilitada.
Vale do Rio Itajaí	-	1 em Brusque	Devido ao número de ocorrências (cidade de referência da região) e pelo número de transferências de pacientes graves para outras cidades	-
Norte/Nordeste	-	1 em Mafra	Para repor unidades que passam por problemas mecânicos	-
Sul	-	1 reserva	Não há USA reserva na região	-
Extremo Oeste	1 em Maravilha	1 em Maravilha	Abertura de UTI na região	Não atendida
Foz do Rio Itajaí	1 em Porto Belo	1 em Balneário Camboriú	Em razão da demanda na alta temporada (região turística) e pelo alto número de transferências	Não atendida
Planalto Serrano	-	1 em Bom Retiro	Em virtude da distância territorial	-
Meio-oeste	1 em Concórdia e 1 em Videira	1 em Concórdia	Devido ao número de ocorrências na região	Não atendida

Considerando-se o fato de que não há plano de expansão da frota, de que o número de unidades de suporte avançado reduziu neste último monitoramento, assim como reduziu o número de atendimentos realizados no período de 2014 a 2016 e, considerando que as necessidades constantes dos Planos de Ações Macrorregionais de Urgência e Emergência, em sua maioria, não foram solicitadas ao Ministério da Saúde e/ou atendidas, tem-se que a recomendação não foi implementada.

2.1.2.6 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (Fl. 07): Em todas as Centrais Regionais de emergência (CRE – Centrais integradas), o sistema de gravação das ligações e do rádio são da Polícia Militar, e há cópias de segurança (Backup) de todas as gravações. Na Central de Joaçaba, que não é integrada, o sistema Mamute de gravação das ligações tem cópia de segurança, porém não há gravação do rádio.

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, quando então foi considerada implementada a recomendação.

No segundo monitoramento 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.

Quanto à existência de cópias de segurança, os Coordenadores das CRs de Chapecó, Balneário Camboriú e Blumenau não souberam informar se ocorriam, pois as gravações eram de responsabilidade da Polícia Militar, que coordena a Central Regional de Emergências. Na CR de Joaçaba, que não funcionava em uma central de emergências, a Coordenadora entrevistada não soube informar se existia cópia de segurança. Em Criciúma, Florianópolis e Lages, os Coordenadores informaram que ocorria 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 existia cópia de segurança.

Assim, como não existia gravação das comunicações via rádio e não foi confirmada a existência de cópias de segurança em todas as CRs, considerou-se que a recomendação foi parcialmente implementada.

No terceiro monitoramento, em resposta à solicitação de informação sobre o backup dos dados registrados no sistema das CRs (fl. 96 - item 1), a SES comunicou em maio de 2016 que o backup do banco de dados é feito todos os dias, de duas maneiras (fl. 112): a) incremental, acontecendo de hora em hora; e full (Completo), rodando todos os dias durante a madrugada.

Nos dois casos foi informado que o backup acontecia por cópia para o endereço físico do Data Center contratado em São Paulo e, que a responsabilidade por todo o processo e armazenagem também era do Data Center (empresa Dimension Data) contratado pela Vita Saúde, empresa de informática responsável pelo Sistema.

De acordo com as informações obtidas nas CRs, em relação as cópias de segurança das gravações de voz, tem-se o que segue:

Quadro 21: Informações sobre cópia de segurança dos registros do sistema e gravação de voz

Central de Regulação	Armazenamento de Segurança
Chapecó	Possuem um servidor com bastante capacidade onde ficam as gravações. Neste servidor estão as gravações de parte de 2014 e de 2015 a 2017.
Joaçaba	Possuem um sistema que faz back-up automaticamente de tempos em tempos. O armazenamento ocorre todos os dias à 0h (nuvem). Após 512 dias de armazenamento de ligações no local, o sistema zera automaticamente e as informações ficam gravadas em Florianópolis.
Lages	Possuem um servidor com bastante capacidade onde ficam as gravações. Neste servidor estão as gravações de parte de 2014 e de 2015 a 2017. Há um outro servidor local que faz o back-up.
Florianópolis	O armazenamento é feito diretamente pela Polícia Militar.
Criciúma	A SPDM disponibilizou um HD Externo e a cada ano é feito back-up do sistema da PM. Após o procedimento, a PM deleta os dados do seu servidor por falta de espaço. O SAMU é quem mantém a guarda do back-up.
Blumenau	Diariamente é feito backup automático no servidor da Polícia Militar (Sistema Asterix). Semanalmente é feito back-up pelo TI em HD Externo.
Joinville	É efetuado backup mensal das ligações telefônica para HD Externo e repassado ao SAMU. As gravações de rádio somente são disponibilizadas pela PM e retroagem a 2016 (não há backup). Depois de um certo período de tempo as informações da PM são apagadas, em razão disso há o backup no HD Externo para as ligações telefônicas.
Balneário Camboriú	O backup é feito diretamente pela Polícia Militar e tem um tempo de armazenamento de + ou – 2 anos. A CR não fica com cópia. Após este período, os dados ficam armazenados na Central da PM em Florianópolis. No caso do rádio, devido ao tamanho do servidor, o tempo para consulta local é reduzido, não sendo 2 anos como com as gravações telefônicas.

Fonte: Equipe de auditoria em entrevista aos Coordenadores – PT 2

Como constatado no item 2.1.1.5 deste Relatório, somente as Centrais de Blumenau, Balneário Camboriú, Lages e Joinville mantinham as gravações por rádio e telefone. Nas demais CRs, as gravações se limitavam às comunicações por telefone. Portanto, não existia gravação das comunicações via rádio em metade das Centrais e, conseqüentemente não havia cópia de segurança destas ligações.

Em relação a cópia de segurança das gravações efetuadas, verificou-se que ocorria pelo servidor da Polícia Militar em todas as CRs, porém somente as CRs de Criciúma, Blumenau e Joinville faziam backup do servidor da PM para manterem consigo.

Diante do exposto, considera-se que a recomendação foi parcialmente implementada.

2.1.2.7 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (Fl. 08): Hoje os operadores direcionam corretamente as ligações. Registram-se raras situações em que chamadas de celular de um município que pertence a uma determinada Central cai em outra Central. Isso se deve ao fato de que nas fronteiras entre uma macrorregião e outra as torres de celular e o próprio sinal de celular não segue o contorno exato dos limites do município. Mas a Central que recebe a ligação de outra região faz todo o atendimento, e em caso de acionamento de ambulância, transfere a ocorrência para a Central correspondente, não havendo prejuízo ao usuário. Seguem anexos os contatos para Gerência de Atenção ao cliente para resolução de ligações que não chegam à Central de sua origem.

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 recomendação foi considerada em implementação.

Para o segundo monitoramento, a SES não se manifestou a respeito, nem no seu terceiro relatório de acompanhamento, nem quando foi solicitada que comprovasse a requisição às operadoras de telefonia. Os Coordenadores regionais entrevistados neste monitoramento alegaram que acontecia direcionamento

incorreto das ligações ao 192 em praticamente todas as macrorregiões, com exceção da Grande Florianópolis. Concluiu-se que a recomendação não foi implementada.

No terceiro monitoramento, os Coordenadores do SAMU, em entrevista, informaram que ocorre direcionamento incorreto das ligações telefônicas, porém não com frequência, com exceção da Central de Criciúma, que nos últimos cinco meses tem recebido ligações do 192 de Florianópolis e Joinville. Geralmente ocorre quando a chamada é originada de celular (operadora Vivo). Todavia, foi possível verificar o envolvimento da Gerência Estadual de SAMU com operadoras de celular em busca de soluções para corrigir o direcionamento de chamadas para Centrais incorretas (fls. 74-83).

Ademais, considerando o manifesto constante no quarto Relatório Parcial, de que a Central que recebe a ligação faz todo o atendimento e transfere a ocorrência para a Central correspondente, no caso de acionamento de ambulância, não havendo prejuízo ao usuário, considera-se que a recomendação foi implementada.

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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 08): Os relatórios de avaliação e acompanhamento dos indicadores do SAMU SC além de serem encaminhados mensalmente e trimestralmente para a Gerência Estadual do SAMU e sua Superintendência, tem os dados de indicadores cadastrados no BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) – SPDM, registrados no SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais – SES, que, por sua vez, são cadastrados no CNES – dados esses disponíveis para o Ministério da Saúde – DENASUS.

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 desencadear políticas públicas nas áreas da saúde, transporte, educação, planejamento urbano, dentre outros.

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

No segundo monitoramento, no relatório da SPDM de ago-out/2012 consta que foi instalado novo sistema informatizado nas Centrais de Regulação que permitia uma série de relatórios estatísticos, de forma a atender ao Ministério da Saúde e a prestação de contas à SES. Constatou-se que o novo sistema permitia a emissão de indicadores, contudo não os mesmos contidos na recomendação. Dos 12 indicadores solicitados na recomendação, sete eram possíveis de serem extraídos, sendo dois parcialmente. Diante disso, entendeu-se que a recomendação foi parcialmente implementada.

No terceiro monitoramento observou-se que o Plano Estadual de Atenção às Urgências estabelece em seu item 12, XII, que um dos objetivos do SAMU/SC é a criação de indicadores para gerar ações em diversas áreas.

Identificar através de seu banco de dados da Central de Regulação, ações que precisam ser desencadeadas dentro da **própria área da saúde e de outros setores, como trânsito, planejamento urbano, educação dentre outros**. (grifo nosso)

Verificou-se, nos relatórios de atividades da SPDM e dos indicadores do SAMU, que existem dados e indicadores sobre número geral de ocorrências atendidas no período; tempo resposta para entrada de ambulância em Código 1; tempo médio total de regulação Código 1; identificação dos motivos dos chamados; quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de USA e USB; localização das ocorrências; idade e sexo dos pacientes atendidos; identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e pacientes (nº e %) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento; quantitativo ideal de Recursos; mortalidade; tempo médio total de regulação dos demais casos e tempo médio total de atendimento das Unidades de Suporte Avançado (fl. 118 - itens 16 e 17 fl. 178 - item 23). Foi encaminhado, ainda, relatório de análise de desastres de trânsito em consonância com os óbitos ocorridos em Florianópolis, destacando faixa etária, dias da semana e turno de maior incidência de óbitos (fls. 85-94).

Ao consultar o *site* do SAMU (www.samu.sc.gov.br), no link Estatísticas, encontraram-se relatórios consolidados de 2014, 2015 e 2016, com os seguintes indicadores:

- a) total de ligações recebidas;
- b) % de atendimentos;
- c) total de atendimentos;
- d) % de atendimentos por região;
- e) % de transportes e transferências (somente 2014);
- f) % de atendimentos por sexo;
- g) total de atendimentos por faixa etária
- h) % de atendimentos por agravo – USA;
- i) % de atendimentos por agravo – USB;
- j) % de mortalidade.

Tendo em vista que o Plano Estadual de Atenção às Urgências não estabelece quais os indicadores que deverão ser disponibilizados, e considerando que a maioria dos indicadores solicitados na auditoria podem ser extraídos do Sistema utilizado pela SPDM, além da existência de outros indicadores, considera-se implementada a presente recomendação.

2.1.2.9 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 08): São publicados mensalmente na página do SAMU dados estatísticos de atendimentos, além da participação em programas como Vida no Trânsito, junto com a Diretoria de Vigilância Epidemiológica, onde são compartilhados dados necessários a ações conjuntas para prevenção e diminuição de acidentes, bem como em outras ações relacionadas ao agravo e saúde pública.

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.

Na ocasião do primeiro monitoramento, em razão do Sistema utilizado não permitir a produção de indicadores, também não ocorreu o seu encaminhamento aos órgãos competentes, concluindo-se que a recomendação não foi implementada.

No segundo monitoramento, a situação permanecia a mesma. 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 efetuavam este encaminhamento. Pelo exposto, concluiu-se que não houve implementação da recomendação.

Neste monitoramento, verificou-se que o SAMU divulga em seu site relatórios consolidados anuais com indicadores.

No Plano de Ação para atendimento das determinações e recomendações da auditoria, a SES pontuou, como medida a ser adotada quanto a este item, a divulgação dos indicadores em seu *site*, contudo o SAMU não publica grande parte dos indicadores que recebe da SPDM. Deste modo, recomenda-se que a SES publique mais indicadores sobre o serviço para que outros órgãos se utilizem destes para gerar ações e políticas públicas.

De acordo com a nova realidade de agilidade na informação e sustentabilidade, pondera-se que o encaminhamento dos indicadores não precisa mais existir quando as informações relevantes são publicadas e, assim ocorrendo, pode-se considerar atendida a recomendação. Ainda, sabendo os órgãos que o SAMU é um observatório privilegiado da saúde, estes também devem ter iniciativas de busca das informações.

Assim, apesar da SES não divulgar todos os indicadores que possui, pela nova realidade, considera-se a recomendação implementada.

2.1.2.10 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

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 08): Atualmente a escala de trabalho é composta por: Enfermeiros: - escala 12x36 horas – 36 horas semanais; Médico Regulador/Intervencionista – 6 horas a 12 horas diárias com carga horária máxima semanal de 36 horas; TARM: 6 horas diárias – escalas 2x1 (trabalham dois dias e folgam um dia) - 30H semanais; RO: 6 horas diárias – escalas 2x1 (trabalham dois dias e folgam um dia) - 30 h semanais; Coordenador Administrativo: 8 horas diárias de segunda à sexta – 40 horas semanais; Coordenador Enfermagem: 8 horas diárias de segunda à sexta – 40 horas semanais; Coordenador Médico: 6 horas diárias de segunda à sexta – 30 horas semanais; Assistente Administrativo: 8 horas diárias de segunda à sexta – 40 horas semanais; Técnico de TI: 8 horas diárias de segunda à sexta – 20 horas semanais; Educador: 4 horas diárias de segunda à sexta – 20 horas semanais; Farmacêutico: 4 horas diárias de segunda à sexta – 20 horas semanais.

Análise

O Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 10.1, apresenta que o trabalho na Central de Regulação Médica das Urgências deverá, se possível, não exceder 06 (seis) horas contínuas, visto o nível de exigência do mesmo. 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.

equipe identificou que a falta de profissionais, principalmente médicos, gerava a sobrecarga de trabalho, impedindo a jornada diária de seis horas. Desta forma, a recomendação foi considerada não implementada.

No segundo monitoramento o controle da jornada de trabalho dos profissionais já estava sob a responsabilidade da SPDM. A SES encaminhou as escalas de trabalho dos profissionais que atuavam tanto nas Centrais de Regulação quanto nas ambulâncias. Nelas verificou-se que havia 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.

No terceiro monitoramento a situação se manteve similar à do segundo monitoramento. Conforme se verificou em consulta a carga horária, escalas mensais de trabalho e folhas de frequência dos profissionais das CRs (fls. 116/117 - itens 07 a 10 dos CDs), a carga horária dos Médicos permanecia integralmente de 12 horas. No caso dos profissionais que trabalhavam nas USAs (Enfermeiros, Socorristas e Médicos) todos realizavam jornada de trabalho de 12 horas/dia, porém, quanto a estes o Plano de Atenção às Urgências nada mencionou sobre a tempo da jornada diária.

Assim, seguindo a orientação do Plano Estadual e, em razão dos Médicos continuarem realizando 12 horas diárias de jornada de trabalho nas Centrais de Regulação do SAMU, permanece a recomendação como parcialmente implementada.

2.1.2.11 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:
Foram implantadas as Centrais de Emergências de: 1) Balneário Camboriú: Polícia Militar, SAMU e Agentes Municipais de Trânsito. (Bombeiro Militar até o momento não disponibilizou efetivo).	Imediato e contínuo

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. 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. 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.	
---	--

Quarto Relatório Parcial em 12/04/2016 (fl. 08): Das oito Centrais Macrorregionais de Regulação das Urgências (SAMU 192) em funcionamento no Estado, apenas a da Macrorregião Meio Oeste com sede em Joaçaba não foi transferida para o COPOM da Polícia Militar, uma vez que existe planejamento em curso para a diminuição do número de Centrais no Estado e fusão desta com outra já em funcionamento. Além disso, está em elaboração junto à Secretaria de Segurança Pública acordo operacional para a nova Central Integrada de Comando e Controle a ser instalada no município de Florianópolis, onde estarão reunidos os principais serviços de atendimento de emergência do Estado (SAMU, Corpo de Bombeiros e Polícias).

Análise

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 Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros (CBMSC).

No primeiro monitoramento, ocorrido 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, no segundo monitoramento, sete Centrais do SAMU atuavam 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 no segundo Relatório de Parcial e inspeção *in loco*.

No terceiro monitoramento foi constatado *in loco* que a situação permanecia a mesma no que se refere à atuação das Centrais Regionais de Emergência do SAMU. Em Joaçaba foi informado pelos Coordenadores do SAMU que o Corpo de Bombeiros e a PM tinham estrutura pronta para a integração, porém esta nunca ocorreu, permanecendo sem esta integração física até o momento.

Em entrevista com os Coordenadores das Centrais de Chapecó e Joaçaba foi possível constatar que não havia conhecimento a respeito do andamento da fusão daquela Central com a de Chapecó, conforme relatado no Quarto Relatório Parcial apresentado pela SES.

Sobre a questão, verificou-se que existe planejamento em curso para a diminuição das Centrais no Estado, passando de oito para quatro, resolução que já foi apresentada na Câmara Técnica de Regulação e aguarda aprovação do Conselho Intergestores Bipartite (CIB), que está em pauta para ser apreciada na reunião programada para ocorrer no mês de junho de 2017.

Porém, em razão desta situação ainda não ter ocorrido, permanece a recomendação parcialmente implementada.

2.1.3 Considerações Finais

Diante da Decisão nº 1020/2015, de 27/07/2015, determinar um novo monitoramento da auditoria, em razão da existência de itens não atendido pela

Secretaria de Estado da Saúde, após a realização do segundo e último monitoramento programado, realizou-se a avaliação de desempenho do cumprimento das determinações e da implementação das recomendações por parte da Secretaria de Estado da Saúde elencados no item 6.1.9 da respectiva Decisão e, apurou-se o percentual de cumprimento e implementação de todas as determinações e recomendações da auditoria.

2.1.3.1 Cumprimento das determinações

Ante as informações obtidas no primeiro, segundo e terceiro monitoramentos, destaca-se a situação de cumprimento das determinações constantes no item 6.1.9 da Decisão nº 1020/2015 e das medidas que seriam adotadas, conforme Planos de Ação aprovados na Decisão nº 2892/2010

Quadro 22: Situação do cumprimento das determinações.

Determinações da Decisão nº 2709/2009		Situação no 1º monitoramento	Situação no 2º monitoramento	Situação no 3º monitoramento
Secretaria de Estado da Saúde				
6.2.1.3	Projeto de capacitação inicial e continuada	Não cumprida	Parcialmente cumprida	Cumprida
6.2.1.4	Avaliação dos profissionais capacitados e dos capacitadores	Não cumprida	Parcialmente cumprida	Parcialmente cumprida
6.2.1.6	Equipes de trabalho incompletas	Não cumprida	Parcialmente cumprida	Cumprida
6.2.1.10	Exclusividade da linha 192 para o atendimento de urgências médicas	Não cumprida	Parcialmente cumprida	Cumprida
6.2.1.14	Gravação das comunicações efetuadas	Parcialmente cumprida	Parcialmente cumprida	Parcialmente cumprida
6.2.1.26	Adequação dos almoxarifados de medicamentos e inspeção pela Vigilância Sanitária	Não cumprida	Parcialmente cumprida	Parcialmente cumprida
6.2.1.28	Pactuação com gestores das unidades de atendimento à saúde	Parcialmente cumprida	Não cumprida	Cumprida
6.2.1.29	Refeições aos profissionais	Não cumprida	Não cumprida	Não cumprida

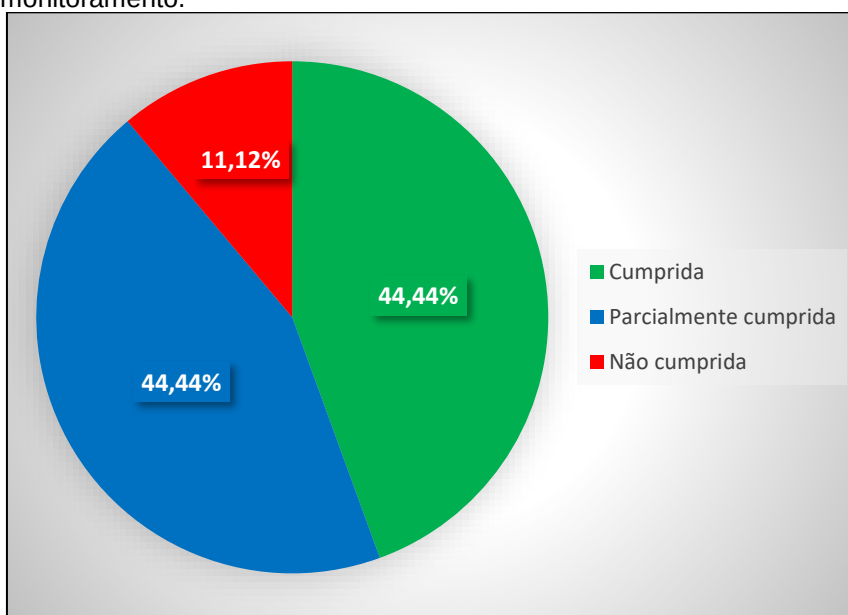
Determinações da Decisão nº 2709/2009		Situação no 1º monitoramento	Situação no 2º monitoramento	Situação no 3º monitoramento
6.2.1.30	Segurança dos profissionais e ambulâncias	Parcialmente cumprida	Parcialmente cumprida	Parcialmente cumprida

O Quadro a seguir apresenta, de forma percentual, a situação do cumprimento das determinações do 3º monitoramento:

Quadro 23: Percentual de cumprimento das determinações do 3º monitoramento.

Situação	3º monitoramento	
	Itens da Decisão nº 2709/2009 constantes no item 6.1.9 da Decisão nº 1020/2015	%
Cumprida	6.2.1.3; 6.2.1.6; 6.2.1.10; 6.2.1.28	44,44%
Parcialmente cumprida	6.2.1.4; 6.2.1.14; 6.2.1.26; 6.2.1.30	44,44%
Não cumprida	6.2.1.29	11,12%

Gráfico 02: Percentual de cumprimento das determinações no 3º monitoramento.



2.1.3.2 Implementação das recomendações

A avaliação da implementação das recomendações constantes da Decisão nº 2709/2009, incluídas no item 6.1.9 da Decisão 1020/2015, encontra-se no quadro a seguir:

Quadro 24: Implementação das recomendações do 3º monitoramento

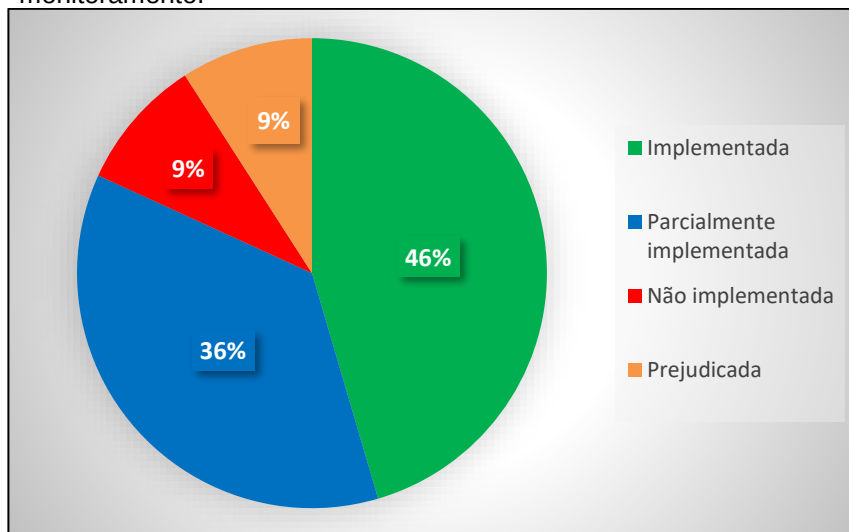
Recomendações da Decisão nº 2709/2009		Situação no 1º monitoramento	Situação no 2º monitoramento	Situação no 3º monitoramento
Secretaria de Estado da Saúde				
6.2.3.1	Controle efetivo da jornada de trabalho e cumprimento da carga horária	Não implementada	Não implementada	Implementada
6.2.3.2	Identificação das chamadas em espera	Não implementada	Não implementada	Parcialmente implementada
6.2.3.7	Trotes recorrentes	Não implementada	Parcialmente implementada	Implementada
6.2.3.8	Divulgação das ações e punições referente aos trotes recorrentes	Não implementada	Não implementada	Prejudicada
6.2.3.10	Plano de expansão da frota de ambulâncias	Não implementada	Não implementada	Não implementada
6.2.3.14	Cópia de segurança dos registros e gravação de voz	Implementada	Parcialmente implementada	Parcialmente implementada
6.2.3.15	Correto direcionamento das chamadas	Parcialmente implementada	Não implementada	Implementada
6.2.3.16	Produção de indicadores	Não implementada	Parcialmente implementada	Implementada
6.2.3.17	Encaminhamento de indicadores aos órgãos competentes	Não implementada	Não implementada	Implementada
6.2.3.24	Jornada de trabalho	Não implementada	Parcialmente implementada	Parcialmente implementada
Secretaria de Estado da Segurança Pública				
6.2.4.3	Continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193	Parcialmente implementada	Parcialmente implementada	Parcialmente implementada

A implementação das recomendações, de forma percentual, no 3º monitoramento está descrita no quadro a seguir:

Quadro 25: Percentual de implementação das recomendações do 3º monitoramento.

Situação	3º monitoramento	
	Itens da Decisão nº 2709/2009 constantes no item 6.1.9 da Decisão nº 1020/2015	%
Implementada	6.2.3.1; 6.2.3.7; 6.2.3.15; 6.2.3.16; 6.2.3.17	45,46%
Parcialmente implementada	6.2.3.2; 6.2.3.14; 6.2.3.24; 6.2.4.3	36,36%
Não implementada	6.2.3.10	9,09%
Prejudicada	6.2.3.8	9,09%

Gráfico 03: Percentual de cumprimento das determinações no 3º monitoramento.



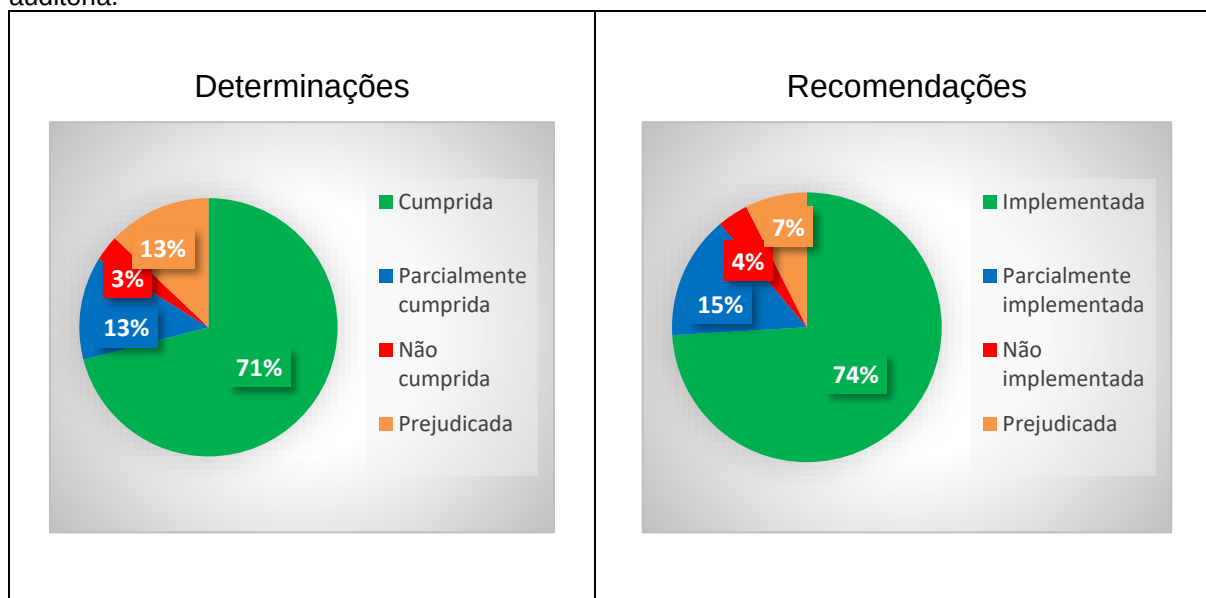
Por fim, apresenta-se os percentuais de cumprimento e implementação de todas as determinações e recomendações resultantes da auditoria, constantes na Decisão nº 2709/2009:

Quadro 26: Percentual de implementação das recomendações no 3º monitoramento

Situação	Itens da Decisão nº 2709/2009	%
Determinações		100%
Cumprida	6.2.1.1; 6.2.1.3; 6.2.1.6; 6.2.1.7; 6.2.1.8; 6.2.1.9; 6.2.1.10; 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;	70,97%

	6.2.1.25; 6.2.1.27; 6.2.1.28; 6.2.2.2	
Parcialmente cumprida	6.2.1.4; 6.2.1.14; 6.2.1.26; 6.2.1.30	12,90%
Não cumprida	6.2.1.29	3,23%
Prejudicada	6.2.1.2; 6.1.2.17; 6.2.1.18; 6.2.2.1	12,90%
Recomendações		100%
Implementada	6.2.3.1; 6.2.3.3; 6.2.3.4; 6.2.3.5; 6.2.3.6; 6.2.3.7; 6.2.3.11; 6.2.3.12; 6.2.3.13; 6.2.3.15; 6.2.3.16; 6.2.3.17; 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	74,07%
Parcialmente implementada	6.2.3.2; 6.2.3.14; 6.2.3.24; 6.2.4.3	14,81%
Não implementada	6.2.3.10	3,70%
Prejudicada	6.2.3.8; 6.2.3.9	7,42%

Gráfico 03: Percentual de cumprimento e implementação das determinações e recomendações da auditoria.



3. CONCLUSÃO

A auditoria operacional no SAMU Estadual teve o segundo e último relatório de monitoramento finalizado em 22 de outubro de 2014, porém, diante da existência de itens não atendidos pela Secretaria de Estado da Saúde, a Decisão nº 1020/2015 determinou para que a SES apresentasse 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 da respectiva deliberação.

Deste modo, a Diretoria de Atividades Especiais realizou o terceiro monitoramento, sendo o seu resultado apresentado neste relatório. Comparando-se o percentual de cumprimento de determinações e implementações de todos os itens do segundo monitoramento, que foram de 58% e 56% respectivamente, com o terceiro monitoramento que foram de 71% e 74%, percebe-se que neste intervalo foram realizadas ações para a melhoria dos achados de auditoria, aumentando o desempenho da auditoria.

Considerando que em 22 de junho de 2012, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Catarina (SAMU/SC) passou a ser gerenciado pela organização social Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), mediante a assinatura do Contrato de Gestão nº 02/2012 entre esta e a SES, tendo como prazo de vigência cinco anos a partir de sua assinatura, encerrando-se em 22 de junho de 2017.

E, que se encontra na pauta do Conselho Intergestores Bipartite (CIB) para ser apreciada em reunião programada para o mês de junho de 2017, a fusão das Centrais de Regulação do SAMU, passando das atuais oito Centrais para quatro, o que demonstra que em meados de 2017, o SAMU poderá passar por uma nova gerencia e estruturação.

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

3.1. Conhecer o Relatório do Terceiro Monitoramento da Auditoria, 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, PMO-10/00467110 e PMO 16/00167974, para:

3.1.1. Conhecer o cumprimento das determinações constantes no item 6.1.9 da Decisão nº 1020/2015: 6.2.1.3 - Projeto de capacitação inicial e continuada (item 2.1.1.1 deste Relatório); 6.2.1.6 - Equipes de trabalho incompletas (item 2.1.1.3 deste Relatório); 6.2.1.10 - Exclusividade da linha 192 para o atendimento de urgências médicas (item 2.1.1.4 deste Relatório) e; 6.2.1.28 - Pactuação com gestores das unidades de atendimento à saúde (item 2.1.1.7 deste Relatório);

3.1.2. Conhecer como parcialmente cumpridas as determinações constantes no item 6.1.9 da Decisão nº 1020/2015: - Avaliação dos profissionais capacitados e dos capacitadores (item 2.1.1.2 deste Relatório); 6.2.1.14 - Gravação das comunicações efetuadas (item 2.1.1.5 deste Relatório); 6.2.1.26 - Adequação dos almoxarifados de medicamentos e inspeção pela Vigilância Sanitária (item 2.1.1.6 deste Relatório) e; 6.2.1.30 - Segurança dos profissionais e ambulâncias (item 2.1.1.9 deste Relatório).

3.1.3. Conhecer como não cumprida a determinação constante no item 6.1.9 da Decisão nº 1020/2015: 6.2.1.29 - Refeições aos profissionais (item 2.1.1.8 deste Relatório).

3.1.4. Conhecer a implementação das recomendações constantes no item 6.1.9 da Decisão nº 1020/2015: 6.2.3.1 - Controle efetivo da jornada de trabalho e cumprimento da carga horária (item 2.1.2.1 deste Relatório); 6.2.3.7 - Trotes recorrentes (item 2.1.2.2 deste Relatório); 6.2.3.15 - Correto direcionamento das chamadas (item 2.1.2.7 deste Relatório); 6.2.3.16 - Produção de indicadores (item 2.1.2.8 deste Relatório) e; 6.2.3.17 - Encaminhamento de indicadores aos órgãos competentes (item 2.1.2.9 deste Relatório).

3.1.5. Conhecer a implementação parcial das recomendações constantes no item 6.1.9 da Decisão nº 1020/2015: 6.2.3.2 - Identificação das chamadas em espera (item 2.1.2.2 deste Relatório); 6.2.3.14 - Cópia de segurança dos registros e gravação de voz (item 2.1.2.6 deste Relatório) e; 6.2.3.24 - Jornada de trabalho (item 2.1.2.10 deste Relatório);

3.1.6. Conhecer como não implementadas as recomendações constantes no item 6.1.9 da Decisão nº 1020/2015: 6.2.3.10 - Plano de expansão da frota de ambulâncias (item 2.1.2.5 deste Relatório).

3.1.7. Conhecer como prejudicada a recomendação constante no item 6.1.9 da Decisão nº 1020/2015: 6.2.3.8 - Divulgação das ações e punições referente aos trotes recorrentes (item 2.1.2.4 deste Relatório);

3.2. Determinar o arquivamento dos Processos nº. AOR-07/00373454, PMO-10/00467110 e PMO 16/00167974 na Diretoria de Atividades Especiais (DAE).

3.3 Dar ciência da Decisão e do Relatório ao Secretário de Estado da Saúde.

É o Relatório.

Diretoria de Atividades Especiais, em 22 de maio de 2017.

MICHELLE FERNANDA DE CONTO EL ACHKAR

Auditor Fiscal de Controle Externo
Coordenadora de Controle

VERONICA LIMA CORREA

Auditor Fiscal de Controle Externo

De acordo:

Encaminhem-se os Autos à elevada consideração do Exmo. Sr. Relator Wilson Rogério Wan-Dall, ouvido preliminarmente o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas.

MONIQUE PORTELLA WILDI HOSTERNO

Diretora

Decisão nº 0554/2019

1. Processo nº PMO-16/00167974
2. Assunto: Monitoramento Auditoria Operacional - Terceiro monitoramento da auditoria operacional no Serviço Móvel de Urgência (SAMU)
3. Responsável: Vicente Augusto Caropreso
4. Unidade Gestora: Secretaria de Estado da Saúde
5. Unidade Técnica: DAE
6. Decisão n.: 0554/2019

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 o Relatório do Terceiro Monitoramento da Auditoria, que trata da Auditoria Operacional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Estado de Santa Catarina (SAMU/SC), decorrente dos Processos ns. AOR07/00373454, PMO-10/00467110 e PMO-16/00167974, para:

6.1.1. considerar o cumprimento das determinações constantes no item 6.1.9 da Decisão n. 1020/2015: 6.2.1.3 - Projeto de capacitação inicial e continuada (item 2.1.1.1 do Relatório de Instrução DAE n. 010/2017), 6.2.1.6 - Equipes de trabalho incompletas (item 2.1.1.3 do Relatório DAE); 6.2.1.10 - Exclusividade da linha 192 para o atendimento de urgências médicas (item 2.1.1.4 do Relatório DAE); e 6.2.1.28 - Pactuação com gestores das unidades de atendimento à saúde (item 2.1.1.7 do Relatório DAE);

6.1.2. considerar parcialmente cumpridas as determinações constantes no item 6.1.9 da Decisão n. 1020/2015: 6.2.1.4. Avaliação dos profissionais capacitados e dos capacitadores (item 2.1.1.2 do Relatório DAE); 6.2.1.14 - Gravação das comunicações efetuadas (item 2.1.1.5 do Relatório DAE); 6.2.1.26 - Adequação dos almoxarifados de medicamentos e inspeção pela Vigilância Sanitária (item 2.1.1.6 do Relatório DAE); e 6.2.1.30 - Segurança dos profissionais e ambulâncias (item 2.1.1.9 do Relatório DAE);

6.1.3. considerar não cumprida a determinação constante no item 6.1.9 da Decisão n. 1020/2015: 6.2.1.29 - Refeições aos profissionais (item 2.1.1.8 do Relatório DAE);

6.1.4. considerar a implementação das recomendações constantes no item 6.1.9 da Decisão n. 1020/2015: 6.2.3.1 - Controle efetivo da jornada de trabalho e cumprimento da carga horária (item 2.1.2.1 do Relatório DAE); 6.2.3.7. Do encaminhamento mensal da lista dos números de telefones que efetuam trotes recorrentes ao SAMU aos órgãos competentes para adoção de medidas coercitivas (item 2.1.2.3 do Relatório DAE); 6.2.3.15 - Correto direcionamento das chamadas (item 2.1.2.7 do Relatório DAE); 6.2.3.16 - Produção de indicadores (item 2.1.2.8 do Relatório DAE); e 6.2.3.17 - Encaminhamento de indicadores aos órgãos competentes (item 2.1.2.9 do Relatório DAE);

6.1.5. considerar a implementação parcial das recomendações constantes no item 6.1.9 da Decisão n. 1020/2015: 6.2.3.2 - Identificação das chamadas em espera (item 2.1.2.2 do Relatório DAE); 6.2.3.14 - Cópia de segurança dos registros e gravação de voz (item 2.1.2.6 do Relatório DAE); 6.2.3.17. Do encaminhamento de indicadores aos órgãos competentes (item 2.1.2.9 do Relatório DAE); 6.2.3.24 - Jornada de trabalho (item 2.1.2.10 do Relatório DAE); e 6.2.4.2 - Integração física das Centrais 190, 192 e 193 (item 2.1.2.11 do Relatório DAE);

6.1.6. considerar não implementada a recomendação constante no item 6.1.9 da Decisão n. 1020/2015: 6.2.3.10 - Plano de expansão da frota de ambulâncias (item 2.1.2.5 do Relatório DAE);

6.1.7. considerar prejudicada a recomendação constante no item 6.1.9 da Decisão n. 1020/2015: 6.2.3.8 - Divulgação das ações e punições referente aos trotes recorrentes (item 2.1.2.4 do Relatório DAE).

6.2. Determinar a continuidade do processo de monitoramento, determinando-se o encaminhamento ao Tribunal de Contas - no prazo de 6 meses após a publicação da Decisão decorrente deste monitoramento no Diário Oficial Eletrônico do TCE - DOTC-e -, demonstrando as medidas adotadas para implementar as determinações

e recomendações constantes da Decisão n. 2.709/2009 que não foram cumpridas (itens 2.1.1.8 e 2.1.2.5 do Relatório DAE) ou foram parcialmente cumpridas (itens 2.1.1.2, 2.1.1.5, 2.1.1.6, 2.1.1.9, 2.1.2.9, 2.1.2.2, 2.1.2.6, 2.1.2.10e2.1.2.11 do Relatório DAE).

6.3. Dar ciência desta Decisão, do Relatório e Voto do Relator que a fundamentam, bem como do Relatório de Instrução DAE n. 010/2017, Secretário de Estado da Saúde.

7. Ata n.: 43/2019

8. Data da Sessão: 03/07/2019 - Ordinária

9. Especificação do quorum:

9.1 Conselheiros presentes: Adircélio de Moraes Ferreira Júnior, VWilson Rogério Wan-Dall, Luiz Roberto Herbst, Luiz Eduardo Cherem e Sabrina Nunes locken (art. 86, § 2º, da LC n. 202/2000)

10. Representante do Ministério Público de Contas: Cibelly Farias

11. Conselheiro-Substituto presente: Cleber Muniz Gavi

ADIRCÉLIO DE MORAES FERREIRA JÚNIOR

Presidente

VWilson Rogério Wan-Dall

Relator

Fui presente: CIBELLY FARIAS

Procuradora-Geral do Ministério Público de Contas/SC