



TRIBUNAL
DE CONTAS
DE SANTA
CATARINA

**DIRETORIA DE
ATIVIDADES
ESPECIAIS**

AUDITORIA OPERACIONAL SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU - 192



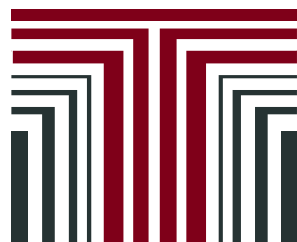
**PROCESSO N°
AOR 07/00373454**

Relatório de Auditoria N° 04/2008



Modalidade: Desempenho

Fevereiro/2009



TRIBUNAL
DE CONTAS
DE SANTA
CATARINA

DIRETORIA DE ATIVIDADES ESPECIAIS - DAE

Processo nº AOR 07/00373454

Relatório de Auditoria Operacional nº 004/2008

Secretaria de Estado da Saúde Auditoria Operacional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU/SC

Modalidade da Auditoria: DESEMPENHO

Equipe:
Gláucia da Cunha
Leonir Santini
Michelle Fernanda De Conto

Fevereiro/2009

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	4
LISTA DE GRÁFICOS	5
LISTA DE FIGURAS	6
LISTA DE SIGLAS.....	8
APRESENTAÇÃO	9
RESUMO.....	10
1 INTRODUÇÃO	12
2 VISÃO GERAL	14
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA.....	14
O SAMU EM SANTA CATARINA.....	16
LIMITAÇÕES	17
PROBLEMA	18
QUESTÕES	19
METODOLOGIAS UTILIZADAS	20
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA FASE DE PLANEJAMENTO.....	21
3 RECURSOS HUMANOS	22
PROGRAMAS DE CAPACITAÇÃO E O NEU.....	22
Capacitação inicial e continuada.....	24
FORMA DE CONTRATAÇÃO.....	28
Situação dos contratos dos profissionais do SAMU	29
EQUIPES DAS SALAS DE REGULAÇÃO E AMBULÂNCIAS	32
EQUIPES ADMINISTRATIVAS DAS REGIONAIS DO SAMU	35
4 OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO.....	37
FUNCIONAMENTO DA SALA DE REGULAÇÃO	37
Acesso à sala de regulação	38
Plantão dos profissionais na sala de regulação	38
Recebimento de ligações particulares pelo 192.....	40
Congestionamento da linha 192	42
Ferramentas de Regulação	44
TROTES	51
Registro parcial dos trotes.....	52
Elevado número de trotes	53
Ações desenvolvidas pelos demais SAMUs para redução do número de trotes	56
A FROTA DE AMBULÂNCIAS	57
Quantidade de USAs.....	57
Ambulâncias fora de operação	62
EQUIPAMENTOS E SISTEMAS.....	64
Sistema Informatizado de Dados.....	64
Canais de Comunicação.....	68
Inexistência de equipamentos	72
5 A PRODUÇÃO DE INDICADORES.....	73

APRESENTAÇÃO TRIMESTRAL DE INDICADORES DE DESEMPENHO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	74
PRODUÇÃO DE INDICADORES PARA A GESTÃO DO SERVIÇO E a FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	75
6 A ATUAÇÃO CONJUNTA NOS PEDIDOS DE SOCORRO MÉDICO	79
A DIVISÃO DE ÁREAS DE ATUAÇÃO ENTRE AS INSTITUIÇÕES	79
REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	81
COMUNICAÇÃO ENTRE AS CENTRAIS 190, 192 E 193.....	82
A INTEGRAÇÃO FÍSICA DAS CENTRAIS	85
7 ESTRUTURA FÍSICA	87
ÁREAS DE CONFORTO E ALIMENTAÇÃO.....	87
ESTOCAGEM DE MEDICAMENTOS	89
LOCAL PARA GUARDA DAS AMBULÂNCIAS	92
8 OUTRAS SITUAÇÕES ENCONTRADAS	98
ABASTECIMENTO DAS AMBULÂNCIAS FORA DA MESORREGIÃO.....	98
INFORMAÇÕES INICIAIS COLETADAS PELO TARM	98
INTERAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE	99
UNIFORMES.....	101
ALIMENTAÇÃO	102
SEGURANÇA DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO.....	103
JORNADA DE TRABALHO.....	104
9 COMENTÁRIOS DOS GESTORES.....	106
COMENTÁRIOS DA SES	106
Análise dos comentários da SES	106
COMENTÁRIOS DA SSP	106
Comentários do COBOM	107
Comentários da PM.....	109
10 CONCLUSÃO	111
11 PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	115
12 REFERÊNCIAS	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Cursos ministrados pela SES, com carga horária	25
Quadro 2: Vínculo contratual e vigência dos contratos	29
Quadro 3: Plano de Cargos e Salários da SES.....	31
Quadro 4: Atas do Comitê Gestor do SAMU/SC que contemplaram problemas de leitos hospitalares.....	47
Quadro 5: Ações desenvolvidas pelos SAMUs do Brasil para a redução do número de trotes, com endereço eletrônico	56
Quadro 6: Relação de antenas e repetidoras instaladas no Estado.....	70
Quadro 7: Indicadores produzidos pelas CRs	75
Quadro 8: Fonte de informações utilizadas para a produção de indicadores.....	76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Quantidade de USA e USB, por mesorregião.....	16
Gráfico 2: Quantidade de atendimentos/mês no Estado	17
Gráfico 3: Quantidade de profissionais que receberam capacitação inicial	26
Gráfico 4: Nível de satisfação dos profissionais quanto aos cursos de capacitação recebidos.....	27
Gráfico 5: Percentual de profissionais que afirmaram que responderam se a linha 192 era exclusiva para atendimentos de urgências e emergências	41
Gráfico 6: Total de profissionais que trabalhavam na sala de regulação, por CR, que responderam que a linha 192 era ocupada para uso particular	42
Gráfico 7: TARMs, por CR, que afirmaram ocorrer congestionamento das linhas 192	43
Gráfico 8: Formas de detectar os congestionamentos das linhas 192 apontadas por profissionais que atuavam nas salas de regulação	44
Gráfico 9: Quantidade de profissionais, por CR, que têm conhecimento das Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimento de Urgência	49
Gráfico 10: Quantidade de profissionais, por CR, que têm conhecimento dos Manuais de Normas e Rotinas de Serviço	49
Gráfico 11: Quantidade de TARMs que registram ou não os trotes por Central de Regulação	52
Gráfico 12: Percentual de trotes por CR nos anos de 2007 e 2008	53
Gráfico 13: Quantidade de USAs e USBs e população atendida, por mesorregião ..	58
Gráfico 14: Comparação entre a quantidade de USAs existentes com o estabelecido na Portaria nº 1.864/2003.....	58
Gráfico 15: Comparação entre a quantidade de USBs existentes com o estabelecido na Portaria nº 1.864/2003.....	59
Gráfico 16: Resposta dos profissionais do SAMU quanto à contribuição da localização das USAs para o melhor tempo-resposta de atendimento	60
Gráfico 17: Profissionais que responderam se acionam a PM e/ou o COBOM quando necessário	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxo de atendimento do SAMU	15
Figura 2: CR de Joinville	50
Figura 3: CR de Joaçaba	50
Figura 4: Protocolo de alerta triangular	83
Figura 5: Área de conforto e TV na CR de Blumenau	88
Figura 6: Cadeiras reclináveis para conforto	88
Figura 7: Uso das cadeiras reclináveis pelos médicos (1)	89
Figura 8: Uso das cadeiras reclináveis pelos médicos (2)	89
Figura 9: Almoxarifado de medicamentos da CR de Blumenau (1).....	91
Figura 10: Almoxarifado de medicamentos da CR de Blumenau (2).....	91
Figura 11: Almoxarifado de medicamentos da CR de Chapecó (1)	91
Figura 12: Almoxarifado de medicamentos da CR de Chapecó (2)	91
Figura 13: Almoxarifado de medicamentos da CR de Balneário Camboriú	92
Figura 14: Almoxarifado de medicamentos da CR de Joaçaba.....	92
Figura 15: Almoxarifado de medicamentos da CR de Joinville	92
Figura 16: Almoxarifado de medicamentos da CR de Lages	92
Figura 17: Estacionamento de ambulâncias na CR de Blumenau	93
Figura 18: Portão de acesso das ambulâncias na CR de Blumenau	93
Figura 19: Portão de acesso das ambulâncias na CR de Chapecó	94
Figura 20: Estacionamento das ambulâncias na CR de Chapecó	94
Figura 21: Estacionamento de ambulância na CR de Criciúma	94
Figura 22: Garagem para as ambulâncias da CR de Criciúma	94
Figura 23: Estacionamento de ambulâncias na CR de Florianópolis	95
Figura 24: Garagem para ambulâncias na CR de Florianópolis.....	95
Figura 25: Acesso para a garagem de ambulâncias na CR de Florianópolis.....	95
Figura 26: Garagem coberta para ambulâncias da CR de Joinville	96
Figura 27: Estacionamento de ambulância da CR de Joinville.....	96
Figura 28: Garagem para ambulância na CR de Lages	96
Figura 29: Estacionamento de ambulância em frente a CR de Lages	96
Figura 30: Tipos de respostas possíveis a serem utilizadas pelo médico regulador do SAMU	100

Figura 31: Portão de acesso à CR de Joinville.....	104
Figura 32: Portão de acesso à CR de Chapecó	104

LISTA DE SIGLAS

ACT – Admitidos em Caráter Temporário
CBMSC – Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina
CFM – Conselho Federal de Medicina
COBOM – Corpo de Bombeiros
CR – Central de Regulação
EPI – Equipamento de Proteção Individual
LC – Lei Complementar
LCP – Lei Complementar Promulgada
MS – Ministério da Saúde
NEU – Núcleo de Educação em Urgências
PCS – Plano de Cargos e Salários
PEAU – Plano Estadual de Atenção às Urgências
PM – Polícia Militar de Santa Catarina
RO – Radioperador
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SAMU/SC – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências de Santa Catarina
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SSP – Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão
SUS – Sistema Único de Saúde
Sv de APH – Serviço de Atendimento Pré-hospitalar
TARM – Técnico Auxiliar de Regulação Médica
USA – Unidade de Suporte Avançado à Vida
USB – Unidade de Suporte Básico à Vida
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

APRESENTAÇÃO

Dados do Processo

Processo nº: AOR 07/00373454

Assunto: Auditoria Operacional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/SC

Relatório de Auditoria Operacional nº: 004/2008

Entidade

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Natureza jurídica: Órgão da Administração Direta do Estado de Santa Catarina, conforme a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual constante na LCP nº 381 de 07/05/2007.

Realização da auditoria

Período abrangido: 2006 a 2008

Período de execução: março a julho de 2008

Período de elaboração do relatório: julho a novembro de 2008

Período de revisão: dezembro de 2008

Relatório final com manifestação do gestor: Fevereiro 2009

Equipe de auditoria: Gláucia da Cunha

Leonir Santini

Michelle Fernanda De Conto

Responsáveis

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

Nome do responsável: Luiz Eduardo Dado Cherem

CPF: 507.193.009-91

Período: 06/04/2004 a 30/03/2006; 02/01/2007 a 02/06/2008 e 18/12/2008 até os dias atuais

Nome do responsável: Carmen Emília Bonfá Zanotto

CPF: 514.342.459-34

Período: 03/06/2008 a 18/12/2008

RESUMO

1. O SAMU faz parte da Política Nacional de Atenção às Urgências e foi implantado em Santa Catarina em novembro de 2005 com a inauguração da sua primeira Central de Regulação, local onde se atende as chamadas de socorro para o número gratuito 192. Sua estrutura durante a execução da auditoria era composta por 08 (oito) Centrais de Regulação que abrangem mesorregiões do Estado, para atender toda a população catarinense. Além disto, dispunha de 71 (setenta e uma) ambulâncias de Suporte Básico e 21 (vinte e uma) ambulâncias de Suporte Avançado de Vida e contava com a atuação de 612 (seiscentos e doze) profissionais.
2. A partir deste contexto, a auditoria operacional foi realizada com o objetivo de avaliar os aspectos estruturais e gerenciais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, com abrangência no ano de 2008, onde foram analisados os aspectos físico, operacional e humano das Centrais de Regulação do SAMU/SC; a abrangência territorial dos atendimentos; a atuação conjunta para os atendimentos dos pedidos de socorro médico entre SAMU/SC, COBOM e PM; a produção de indicadores e sua utilização como ferramenta de gestão; e, a evolução do número de trotes e os mecanismos adotados para sua redução, bem como foi verificado se os critérios legais e normativos estavam sendo atendidos, tudo com o intuito de aprimorar o serviço oferecido à população.
3. Das análises, verificou-se que muitos profissionais não recebiam capacitação inicial e continuada e os que recebiam não consideravam seus conteúdos suficientes para o exercício da função. Ademais, apenas 15% dos profissionais eram servidores efetivos; os demais foram admitidos em caráter temporário ou por contrato de prestação de serviço, ou seja, sem realização de concurso público, apesar da existência dos cargos no Plano de Cargos e Salários da SES. E, ainda, 74% dos não efetivos estavam com os contratos vencidos.
4. Foram observadas equipes incompletas das salas de regulação e das ambulâncias, em virtude da falta de profissionais para completar as equipes, o que gerava excesso de horas extras; do não cumprimento integral da jornada de trabalho e da saída do local de trabalho por um longo período, para descanso, refeições e assuntos particulares.
5. A análise apontou que existiam horários de congestionamento das linhas 192, ocasionados tanto pela demanda, quanto pelos trotes e uso da linha para ligações particulares, contudo não havia meio para detectar-se os congestionamentos. Além disso, algumas das ferramentas de regulação estipuladas pelo MS não estavam disponíveis na sala de regulação e, também, destacando-se as Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimento de Urgência e o Manual de Normas e Rotinas de Serviço.
6. Sob o aspecto disciplinar observou-se profissionais das salas de regulação adotando comportamentos incompatíveis com o trabalho, como acesso a internet e jogos e realização de trabalhos manuais. Foi constatado, também, que o registro dos trotes era parcial, em virtude da não identificação do número que originou a chamada e por decisão pessoal dos profissionais.
7. O percentual de trotes registrados em relação aos atendimentos era elevado, apresentando o índice médio de 32% no período de janeiro de 2007 a maio de 2008. Apesar de existirem ações voltadas à divulgação do SAMU para a redução do número de trotes, constatou-se que os resultados não foram satisfatórios.

8. Na perspectiva dos coordenadores, a quantidade de USAs para suprir a demanda e melhorar o tempo-resposta dos atendimentos deveria ser ampliada. No período da auditoria existiam 05 (cinco) ambulâncias fora de operação por falta de profissionais, documentação do veículo ou problemas mecânicos. Também não havia controle da frota e manutenções preventivas nas ambulâncias.

9. Quanto aos equipamentos e sistemas, as CRs de Joaçaba e Lages ainda não dispunham de sistema informatizado de dados e gravação de voz. O sistema das CRs e Gerência Estadual não estavam interligados. As CRs possuíam problemas com a gravação das ligações via rádio e telefone e com cópia de segurança, por falta de assistência e conhecimento do sistema. Em virtude de o sistema possuir número limitado de relatórios e de ser um sistema fechado, não era possível reprogramá-lo para a emissão de novos relatórios, necessários à gestão.

10. Não existia sistema de comunicação direto entre os atores, ou seja, a comunicação era pelo 192. O sinal de rádio não abrangia toda a mesorregião, além da frequência de rádio ser precária. Onde o sinal de rádio funcionava com qualidade, os profissionais das ambulâncias não o utilizavam para a regulação médica. Além disso, havia ambulâncias que não possuíam celular fornecido pelo Estado para comunicação com a Central. Ocorria, também, direcionamento incorreto de ligações, onde a ligação chegava à Central de outra mesorregião.

11. Em relação à estrutura física das CRs, verificou-se que as salas de conforto para as equipes não possuíam o padrão estipulado pelo Estado e não estavam estruturadas e sendo utilizadas adequadamente. Os locais para a guarda de materiais e medicamentos das CRs não estavam adequados à legislação sanitária e não havia farmacêutico responsável. Os locais para as ambulâncias também não estavam adequados, pois nem todas as garagens eram cobertas, protegidas e fechadas.

12. No tocante à regulação médica dos atendimentos de urgências realizados por profissionais da Polícia Militar (PM) e do Corpo de Bombeiros (COBOM), constatou-se que o SAMU não estava regulando os casos atendidos por estes órgãos. A atuação conjunta não era comum. A falta de comunicação entre as Centrais acarretava no acionamento de diversos meios sem a real necessidade e o não acionamento em casos efetivamente necessários. Constatou-se o desconhecimento da PM e COBOM de quais casos devem ser repassados ao SAMU.

13. As CRs afirmaram que produziam indicadores, porém somente os solicitados pela Gerência Estadual. Não ficou comprovado se a Gerência Estadual estava apresentando os indicadores de desempenho ao MS. Foram apontadas carências assistenciais quanto às especialidades médicas no Estado.

14. Fora do escopo da auditoria foi observada a dificuldade de abastecimento das ambulâncias fora de sua mesorregião; a não utilização das informações iniciais coletadas pelo TARM pelo médico regulador; a inexistência de pactuação entre os serviços de saúde para direcionamento dos casos não urgentes recebidos pelo SAMU; o não fornecimento de uniformes pelo Estado; o não fornecimento de alimentação aos profissionais de plantão; a falta de segurança para as equipes, ambulâncias e equipamentos das CRs; e, a jornada de trabalho excessiva.

15. Diante das situações encontradas, estão sendo propostas determinações e recomendações que constarão de um Plano de Ação que contemplará as atividades a serem desenvolvidas, os prazos para execução e os responsáveis, tudo com o intuito de melhoria do serviço prestado à população.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgências SAMU-192 é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências. Em Santa Catarina, este serviço é desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde - SES, em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde organizadas macrorregionalmente.

1.2 Santa Catarina desenvolveu um Plano Estadual para o SAMU estruturando-o de forma a fazer parte de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado.

1.3 A Secretaria de Estado da Saúde é responsável pelo componente Regulação dos Atendimentos de Urgência, pelo Atendimento Móvel de Urgência e pelas transferências de pacientes graves. As atividades do SAMU no Estado iniciaram em 07 de novembro de 2005 e contam atualmente com 08 (oito) Centrais de Regulação, abrangendo as 08 (oito) mesorregiões, a fim de atender a população catarinense dos 293 (duzentos e noventa e três) Municípios.

1.4 O SAMU tem a missão de diminuir o intervalo terapêutico para os pacientes vítimas de traumas e urgências clínicas, prestando-lhe atendimento e transporte adequado e encaminhando os pacientes aos diferentes serviços de saúde que sejam referência às suas necessidades, de acordo com a complexidade de cada caso, possibilitando maior probabilidade de sobrevivência, diminuição das seqüelas e garantia da continuidade do tratamento (Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, do Ministério da Saúde).

1.5 Sob esta ótica, a presente auditoria teve como objetivo geral avaliar os aspectos estruturais e gerenciais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Catarina – SAMU/SC, através da verificação da adequação das Centrais de Regulação com a legislação vigente e com o Plano Estadual de Atenção às Urgências, nos aspectos físico, operacional e humano; da abrangência territorial dos atendimentos; da atuação conjunta para os atendimentos dos pedidos de socorro médico entre o SAMU/SC, o Corpo de Bombeiros e a Polícia Militar; da produção de indicadores e sua utilização como ferramenta de gestão; e, da evolução do número de trotes e mecanismos adotados para sua redução.

1.6 Este Relatório, após a presente introdução, apresenta no Capítulo 2 uma visão geral do auditado, destacando informações sobre o atendimento pré-

hospitalar móvel de urgência, o SAMU em Santa Catarina, as limitações da auditoria, o problema e as questões que delimitaram e detalharam operacionalmente o problema de auditoria levantado, as metodologias utilizadas para a coleta de dados e a relação das atividades desenvolvidas no planejamento da auditoria.

1.7 Nos capítulos seguintes são apresentados os resultados da auditoria. O Capítulo 03 discorre sobre os recursos humanos das CRs, tanto na parte operacional quanto administrativa. O Capítulo 4 descreve como se dava a operacionalização do serviço. O Capítulo 5 diz respeito à estrutura física das CRs. O Capítulo 6 trata da atuação conjunta do SAMU, COBOM e PM nos pedidos de socorro médico. No Capítulo 7 encontram-se os resultados encontrados sobre a produção de indicadores e o Capítulo 8 apresenta as outras situações encontradas, fora do objeto e do planejado para a auditoria.

1.8 O Relatório segue com o registro e a análise dos comentários oferecidos pelos gestores à versão preliminar da matriz de achados a eles apresentada, em que constam as situações encontradas na execução da auditoria e as determinações e recomendações a serem sugeridas.

1.9 O Capítulo 10 apresenta as conclusões da auditoria, sintetizando os aspectos mais relevantes levantados neste trabalho, assim como os possíveis benefícios esperados decorrentes das correções das deficiências encontradas.

1.10 Por fim, o Capítulo 11 coloca a proposta de encaminhamento deste Relatório, em que constam as determinações e recomendações aos gestores com vistas à melhoria de desempenho do Programa, a serem submetidas ao Relator do processo.

2 VISÃO GERAL

2.1 A Secretaria de Estado da Saúde é órgão da Administração Direta do Estado de Santa Catarina, conforme a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual constante na LCP nº 381 de 07/05/2007. A Secretaria da Saúde segue a Política Estadual de Saúde Descentralizada e está presente em 36 (trinta e seis) cidades de Santa Catarina através das Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional.

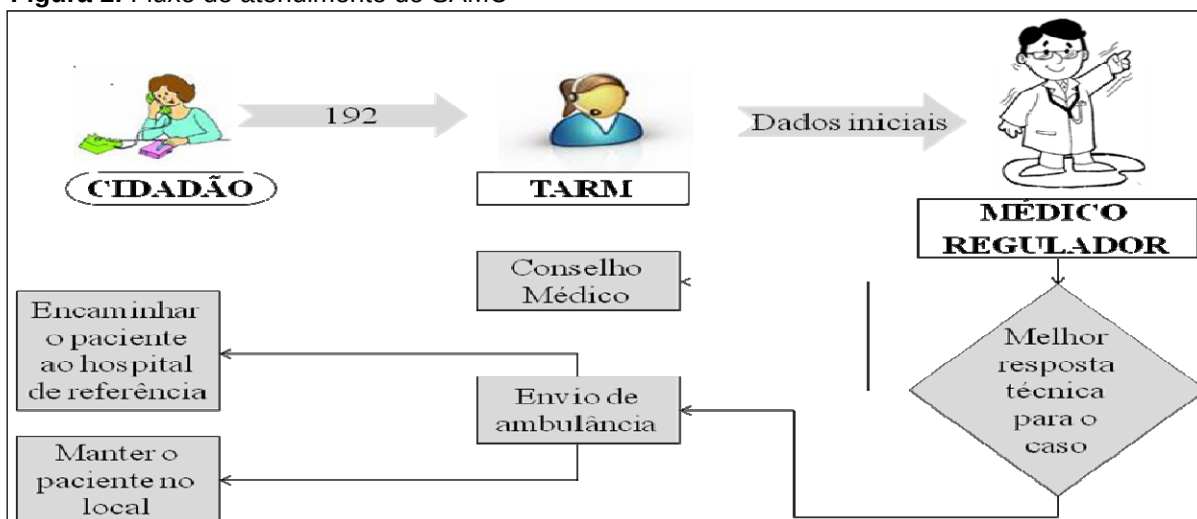
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA

2.2 A Portaria nº 2.048/GM, de 05/11/2002, do Ministério da Saúde aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Na sequência, a Portaria 1.863/GM, de 29/09/2003, instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, e a Portaria nº 1.864/GM, de 29/09/2003, instituiu o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção a Urgências, por intermédio da implantação de Serviços Móveis de Urgência em Municípios e regiões de todo território brasileiro: SAMU-192.

2.3 De acordo com a Portaria nº 2.048/2002, o atendimento móvel de urgência é o nível pré-hospitalar que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido o agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde integrado ao Sistema Único de Saúde – SUS.

2.4 O fluxo de atendimento das chamadas para o SAMU está demonstrado na Figura 1:

Figura 1: Fluxo de atendimento do SAMU



Fonte: TCE/SC

2.5 A ligação para o número 192 é atendida pelo TARM – Técnico Auxiliar de Regulação Médica que, após colher as informações iniciais da ocorrência, transfere a ligação ao médico regulador. Cabe ao médico obter maiores detalhes da ocorrência e definir a melhor resposta técnica para o caso, seja um conselho médico, seja o envio de uma equipe até o local da ocorrência.

2.6 O SAMU/SC dispõe de dois tipos de ambulância para atendimento: Unidade de Suporte Básico à vida – USB e Unidade de Suporte Avançado à vida – USA. As equipes das USBs são compostas por um motorista-socorrista e um técnico de enfermagem e as equipes das USAs, também conhecidas por UTIs móveis, são compostas por um motorista-socorrista, um enfermeiro e um médico.

2.7 Quando o médico regulador decide por enviar uma equipe ao local da ocorrência, deve monitorar todo o atendimento e, através das informações repassadas pela equipe, tomar nova decisão: encaminhar ou não o paciente/vítima para um hospital de referência, ou seja, um hospital credenciado, em virtude da sua estrutura, para o atendimento de determinadas patologias.

2.8 Caso haja necessidade de encaminhar o paciente a um hospital de referência, o médico regulador do SAMU deve entrar em contato com o médico do serviço de saúde receptor para avisá-lo deste encaminhamento, a fim de preparar o acolhimento do paciente.

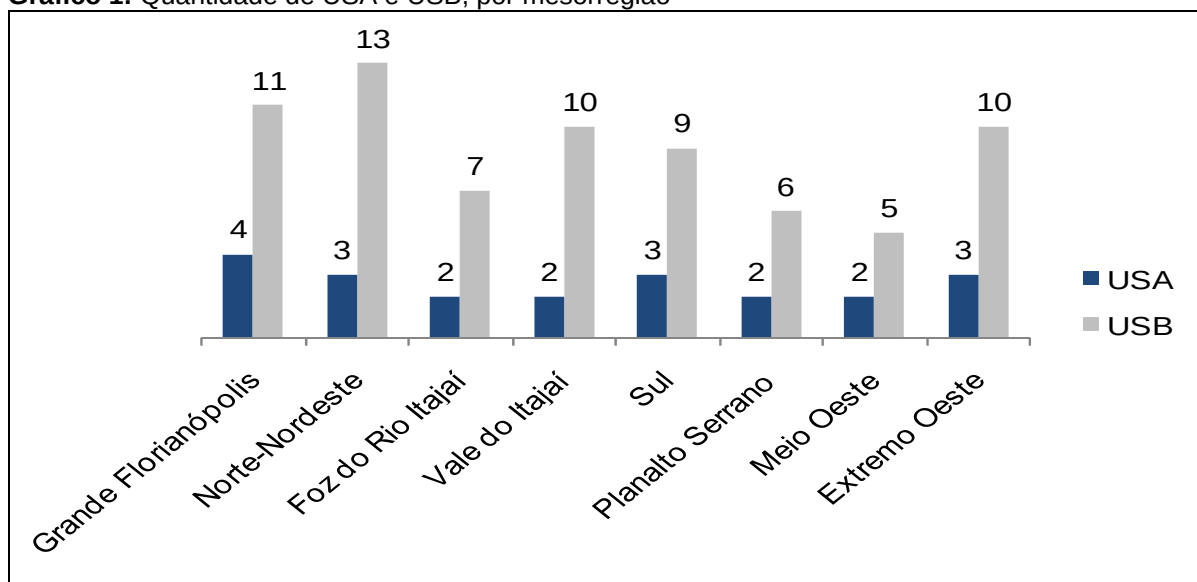
O SAMU EM SANTA CATARINA

2.9 Em Santa Catarina, o atendimento pré-hospitalar móvel é realizado pelo SAMU, pelo Corpo de Bombeiros, pelas Polícias Rodoviárias Federal e Estadual e, no Município de Joinville, também pela Polícia Militar.

2.10 Para realizar os atendimentos, o SAMU/SC possui 08 (oito) Centrais de Regulação, atendendo a 08 (oito) mesorregiões do Estado, contemplando, desta forma, todos os Municípios catarinenses.

2.11 O SAMU/SC dispõe de 71 (setenta e uma) USBs e 21 (vinte e uma) USAs, distribuídas conforme Gráfico 1:

Gráfico 1: Quantidade de USA e USB, por mesorregião



Fonte: SES – Gerência Estadual do SAMU

2.12 A manutenção das CRs e das USAs é responsabilidade do Estado e as USBs são responsabilidade dos Municípios que as sediam, porém o custeio é tripartite.

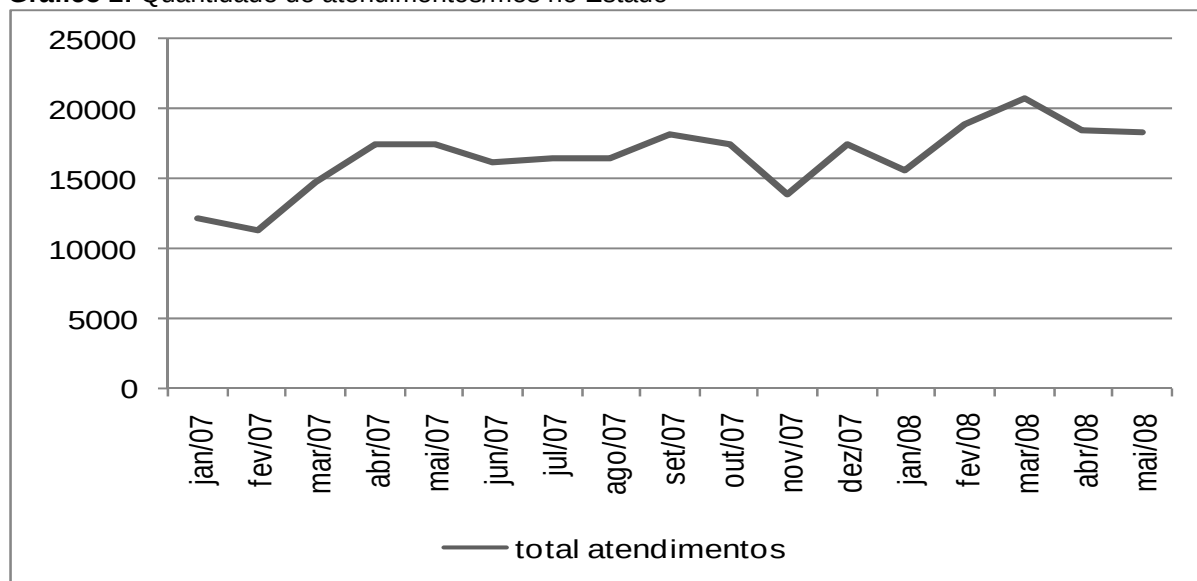
2.13 A União, através do Ministério da Saúde, repassa recursos ao Estado para o custeio das CRs e das USA, na modalidade fundo a fundo. Da mesma forma, recursos federais são repassados aos fundos municipais de saúde para o custeio das USBs.

2.14 O Ministério da Saúde repassa mensalmente recursos para manutenção das equipes efetivamente implantadas (USB – R\$ 12.500,00; USA – R\$ 27.500,00; e CR – R\$ 19.000,00), cabendo o restante dos recursos necessários para

o custeio ao Estado e Municípios. Os Municípios podem se agrupar, através de pactuação, para o custeio das USBs.

2.15 O número de atendimentos do SAMU vem crescendo gradualmente em todas as mesorregiões, chegando a ultrapassar a casa dos 20.000 (vinte mil) atendimentos no mês de abril de 2008, conforme apresenta o Gráfico 2.

Gráfico 2: Quantidade de atendimentos/mês no Estado



Fonte: SES - Relatórios ano 2007 e 2008 SAMU 192

2.16 Destaca-se que o total de atendimentos no mês de maio de 2008 pode não expressar a realidade, pois, segundo o próprio relatório do SAMU, o sistema informatizado DATASUS não registrou nenhum atendimento neste mês. Desta forma, utilizaram-se da média dos meses anteriores para realizar a estatística mensal, tornando os dados não confiáveis.

LIMITAÇÕES

2.17 Para atender os 293 (duzentos e noventa e três) Municípios catarinenses, o SAMU/SC instalou 08 (oito) Centrais de Regulação, sendo que cada uma atende a uma mesorregião. Além disto, o SAMU/SC dispõe de 71 (setenta e uma) ambulâncias USB, distribuídas em 62 (sessenta e dois) Municípios, e 21 (vinte e uma) ambulâncias USA, distribuídas em 19 (dezenove) Municípios.

2.18 A disposição geográfica da maioria das bases das USBs e algumas bases das USAs, diverge da localização das CRs. Em virtude dessa dispersão no

território catarinense, foram avaliadas somente as estruturas físicas das CRs e as respectivas ambulâncias sediadas no mesmo local.

2.19 Da mesma forma, a abrangência do questionário ficou limitada aos profissionais que atuam nas CRs e nas ambulâncias sediadas no mesmo local.

2.20 A elevada rotatividade dos profissionais e a forma de organização das equipes, por escalas e por turno, dificultaram a observação do atendimento de todos os profissionais. Segundo os coordenadores regionais, seria necessária uma semana para observá-los, todavia a equipe de auditoria não dispunha deste tempo para permanecer em cada Central de Regulação. Esta limitação de tempo também influenciou no percentual de retorno dos questionários, pois os que foram respondidos durante a visita *in loco* foram recolhidos imediatamente e os demais foram deixados com os coordenadores regionais para serem enviados posteriormente via correio.

2.21 O sistema informatizado representou outra limitação, pois emitia relatórios limitados para avaliação de desempenho do Programa, face a inacessibilidade dos dados registrados. Além disto, percebeu-se que os relatórios não forneciam dados confiáveis, por erros de preenchimento ou preenchimento incompleto dos dados.

PROBLEMA

2.22 A Portaria nº 2.657/GM, de 16 de dezembro de 2004, do Ministério da Saúde, estabelece as atribuições das Centrais de Regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.

2.23 Segundo a Portaria, as Centrais de Regulação do SAMU são uma fonte privilegiada da saúde:

[...] constituem-se em observatório privilegiado da saúde, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral.

2.24 A fim de se garantir o aprimoramento e a qualidade dos serviços prestados, o SAMU deve produzir indicadores, a partir das chamadas recebidas e

dos atendimentos realizados, para serem utilizados como ferramenta de gestão interna e para a formulação de políticas públicas de saúde.

2.25 Com base no que estabelece a legislação pertinente e na capacidade do serviço em produzir indicadores, foi elaborado o seguinte problema de auditoria: **O SAMU/SC está estruturado para atender as urgências e emergências no Estado e produzir indicadores para serem utilizados como ferramenta de gestão?**

QUESTÕES

2.26 Para responder o problema levantado, foram definidas 05 (cinco) questões de auditoria, que delimitaram e detalharam operacionalmente o problema, permitindo cumprir os objetivos ao qual se dispôs o trabalho:

2.27 1ª Questão – As Centrais de Regulação estão estruturadas de acordo com a legislação pertinente e o Plano Estadual de Atenção às Urgências?

- Para responder esta questão foram analisadas 03 (três) variáveis, sendo que, para cada uma delas, elaborou-se uma sub-questão:

- ✓ 1ª subquestão: A estrutura física das Centrais de Regulação obedece ao disposto na Portaria nº 2.657/2004 e no Plano Estadual de Atenção às Urgências?

- ✓ 2ª subquestão: A estrutura humana das Centrais de Regulação obedece à legislação pertinente e ao Plano Estadual de Atenção às Urgências?

- ✓ 3ª subquestão: As Centrais de Regulação estão estruturadas operacionalmente de acordo com a legislação pertinente e o Plano Estadual de Atenção às Urgências?

2.28 2ª Questão – O SAMU/SC atende todo o território catarinense?

- Para responder esta questão foram analisadas 02 (duas) variáveis: a localização das ambulâncias do SAMU e do COBOM, e a existência ou não de áreas não atendidas e o motivo.

2.29 3ª Questão – O SAMU/SC, o Corpo de Bombeiros e a Polícia Militar agem conjuntamente para o atendimento dos pedidos de socorro médico?

- Para responder esta questão, foram analisadas 04 (quatro) variáveis: a integração das Centrais de Atendimento de Emergências (SAMU, PM e COBOM), o

conflito de competências entre as instituições, a existência de Protocolo de Alerta Triangular e a existência de regulação médica nos pedidos de socorro médico.

2.30 4ª Questão – O SAMU/SC produz indicadores e os utiliza como ferramenta de gestão?

- Para responder esta questão, foram analisadas 03 (três) variáveis: a produção de indicadores de desempenho, a utilização destes indicadores para gestão interna do serviço, e a produção e a apresentação aos órgãos competentes de indicadores para a formulação de políticas públicas.

2.31 5ª Questão – O SAMU/SC tem adotado mecanismos para a redução do número de trotes?

- Para responder esta questão, foram analisadas 05 (cinco) variáveis: o percentual de trotes em relação às chamadas, o comportamento (aumento ou redução) do número de trotes, a forma de registro dos trotes, as discrepâncias dos percentuais de trotes entre as Centrais de Regulação e as ações adotadas para reduzir este tipo de chamadas.

METODOLOGIAS UTILIZADAS

2.32 Como estratégia metodológica utilizada na coleta de dados, foi utilizada a pesquisa documental, através da solicitação de documentos à Gerência Estadual do SAMU, ao Comando-geral do Corpo de Bombeiros e ao Comando-geral da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina, bem como aos Coordenadores Regionais das Centrais de Regulação do SAMU e das Centrais de Atendimento da PM e do COBOM, das cidades de Balneário Camboriú, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joaçaba, Joinville e Lages, por ocasião da inspeção a estas centrais.

2.33 A visita de estudo às Centrais 190, 192 e 193 foi uma segunda estratégia utilizada, a qual possibilitou a obtenção de dados e informações através da observação direta e da aplicação de papéis de trabalho. As técnicas utilizadas foram a entrevista com os coordenadores das três Centrais, listas de checagem quanto às estruturas física, operacional e humana das Centrais de Regulação e aplicação de questionário para os profissionais do SAMU.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA FASE DE PLANEJAMENTO

2.34 As atividades desenvolvidas na fase de planejamento foram as seguintes:

- definição do período de planejamento da auditoria;
- agendamento de reunião com representantes da SES, da PM e do COBOM;
- apresentação da equipe e explanação dos objetivos e atividades a serem desenvolvidas, para o representante da SES, PM e COBOM;
- agendamentos e reuniões com as pessoas envolvidas com o assunto do objeto da auditoria, para esclarecer dúvidas e colher informações desejadas; :
- discussão e elaboração da Matriz de Planejamento;
- elaboração dos papéis de trabalho;
- apresentação da Matriz de Planejamento para o Conselheiro Relator;
- definição da data e agendamento do Painel de Referência;
- elaboração dos convites às entidades participantes do Painel de Referência;
- apresentação e discussão da Matriz de Planejamento a representantes do SAMU, da PM e do COBOM;
- apresentação do Painel de Referência;
- revisão da Matriz de Planejamento e dos papéis de trabalho com base nas sugestões colhidas no Painel de Referência;
- seleção dos locais a serem visitados para o teste piloto dos papéis de trabalho;
- discussão do teste piloto, junção do material necessário e seleção do período de realização do teste piloto dos papéis de trabalho;
- realização do teste piloto na CR do SAMU e nas Centrais de Atendimento da PM e do COBOM, todos de Florianópolis;
- ajustamento da Matriz de Planejamento com base no teste piloto;
- revisão dos papéis de trabalho com base no teste piloto;
- definição dos locais, períodos e horários de aplicação das técnicas de coleta de dados; e
- elaboração do Projeto de Auditoria.

3 RECURSOS HUMANOS

3.1 Sobre os recursos humanos das Centrais de Regulação foi verificada a existência de cursos de capacitação, inicial e continuada, aos profissionais do SAMU, ministrados pelo Núcleo de Atenção em Urgências (NEU) e/ou seus multiplicadores, assim como a qualidade e periodicidade destes cursos.

3.2 Além disto, verificou-se a criação dos cargos e funções do SAMU/SC no Plano de Cargos e Salários da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e se estes cargos foram devidamente preenchidos com servidores efetivos.

3.3 Outro item abordado diz respeito às equipes administrativa, da sala de regulação e das ambulâncias. A abordagem feita foi sobre os cargos/funções que compunham cada equipe; a quantidade de profissionais, se suficientes e de acordo com a legislação; o cumprimento da jornada de trabalho e as formas de controle de frequência e permanência no local; e, por fim, a realização de horas extras e sua efetiva remuneração.

PROGRAMAS DE CAPACITAÇÃO E O NEU

3.4 A Portaria nº 2.048/2002, do Ministério da Saúde (MS), em seu Capítulo V, item 2.1.1, assinala que todos os profissionais devem ser capacitados pelo Núcleo de Educação em Urgências (NEU) e treinados em serviço por equipe de treinamento, sendo responsável o coordenador da CR. Além disso, uma cópia do programa de treinamento deve sempre estar disponível e, ainda, deve haver uma escala de treinamento de novos funcionários.

3.5 A instituição do NEU, juntamente com a instituição do SAMU-192, está prevista no art. 1º da Portaria nº 1.864/2003, do MS, e no Plano Estadual de Atenção às Urgências, elaborado pela SES em dezembro de 2003.

3.6 As atividades de capacitação para urgência, tanto inicial quanto continuada, deveriam estar a cargo do NEU, conforme consta na Portaria nº 2.048/2002, Capítulo VII.

3.7 Os objetivos do NEU estão enumerados no item 1.4, do Capítulo VII, da Portaria nº 2.048/2002, tais como, promover programas de formação e educação continuada, estimular equipes multiplicadoras em cada região, certificar e re-

certificar os profissionais a cada dois anos e promover parâmetros de progressão funcional vinculados à participação de cursos de capacitação.

3.8 Para verificar as atividades de capacitação realizadas pelo NEU em Santa Catarina, foi solicitado o relatório de atividades, desde sua criação.

3.9 Em resposta, foi encaminhado ao Tribunal cópia *ipsis literis* do Plano Estadual de Atenção às Urgências (fls. 93 a 113 dos autos) como pré-condição para implantação do SAMU. Nenhum dos documentos enviados diz respeito à criação e às atividades do NEU.

3.10 Diante disso, foi solicitado novamente este documento, oportunidade em que foi enviada a este Tribunal, cópia da Portaria nº 015/GABS/2006 que trata da homologação e aprovação do NEU da empresa UNIMED, evidenciando, desta forma, que o NEU de Santa Catarina não foi criado.

3.11 Disso, **recomenda-se** à SES que desenvolva projeto de criação e capacitação de equipes de multiplicadores em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência, conforme item 13.6, do Plano Estadual de Atenção às Urgências e 1.4, do Capítulo VII, da Portaria nº 2.048/2002, do Ministério da Saúde.

3.12 Ressalta-se, que a Portaria nº 1.864/2003, em seu art. 2º, § 5º, instituiu o financiamento para o investimento e custeio do SAMU e estabeleceu o repasse de recursos financeiros para o NEU, inclusive para capacitação. Entretanto, o art. 6º da citada Portaria assevera que a captação destes recursos fica condicionada à comprovação de pré-requisitos e compromissos. Ademais, o art. 9º determina a forma de elaboração, de encaminhamento e aprovação dos projetos.

3.13 Portanto, além dos recursos estaduais, há recursos federais que podem ser utilizados para qualificação de instrutores e multiplicadores, em consonância com objetivos específicos do NEU.

3.14 Segundo documento enviado pela Gerência Estadual (fl. 402 dos autos), o Estado não conseguiu recursos federais para implantação do NEU, bem como de seus pólos, e para capacitação de multiplicadores. Porém, alocou recursos da SES na importância de R\$ 308.813,60 (trezentos e oito mil, oitocentos e treze reais e sessenta centavos), para realização de sete cursos no Estado:

Os recursos provenientes dos projetos enviados ao Ministério da Saúde assim como aqueles previstos pela Portaria Ministerial MS 1863 e 1864 de dezembro de 2003 não foram liberados, cabendo à Secretaria de Estado da Saúde implementar os cursos de capacitação inicial em todos os SAMU a serem implementados, com recursos da SES. Para isto e prevendo-se

inicialmente sete cursos iniciais de capacitação foram realizadas as planilhas individuais de custos e alocados recursos da SES no montante de R\$ 308.813,60 para realização destes sete cursos no Estado.

3.15 Sendo assim, **recomenda-se** à SES que elabore projeto para captação dos recursos disponíveis junto ao Ministério da Saúde, para capacitação de multiplicadores regionais previstos no art. 2º, § 5º c/c art. 6º e 9º, da Portaria nº 1.864/2003, do Ministério da Saúde.

Capacitação inicial e continuada

3.16 A capacitação continuada está prevista nas normas de criação e no regulamento técnico do SAMU, Portarias nº 1.864/2003 e 2.048/2002, ambas do MS, bem como no Plano Estadual de Atenção às Urgências.

3.17 O item 2.1.1 do Capítulo V da Portaria nº 2.048/2002 coloca que, em virtude da pouca atenção dada à área de urgências nos cursos de graduação de medicina e enfermagem, os profissionais que venham a atuar nos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devem ser habilitados pelo NEU, sendo que o conteúdo curricular e as cargas horárias mínimas propostas para as diversas categorias de profissionais do SAMU estão definidas no Capítulo VII.

3.18 Para verificar a realização de capacitação foi solicitada, junto à Gerência Estadual do SAMU, a relação dos cursos realizados pelo NEU desde a sua criação, contendo o nome dos participantes, carga horária e plano de ensino.

3.19 Em resposta, a Gerência Estadual encaminhou documento contendo cursos e carga horária (fls. 402 a 442 dos autos), descritos no Quadro 1.

Quadro 1: Cursos ministrados pela SES, com carga horária

CURSO	DATA	HORAS/AULA
Princípios do SUS	18/11/2005	02
Princípios de hierarquização e regionalização do SUS	18/11/2005	02
Regulação e SAMU	18/11/2005	02
Ambiente, códigos, uniformes, uso de sirenes/sinais luminosos	18/11/2005	01
Remoção e Transporte de Vítimas/Pacientes	19/11/2005	04
Reanimação cardíaco-pulmonar	19/11/2005	04
Regulação Ministério da Saúde (Médico/Enfermeiros)	24/11/2005	12
Revisão de regras para acionamento de ambulâncias - Motorista Socorrista	25/11/2005	04

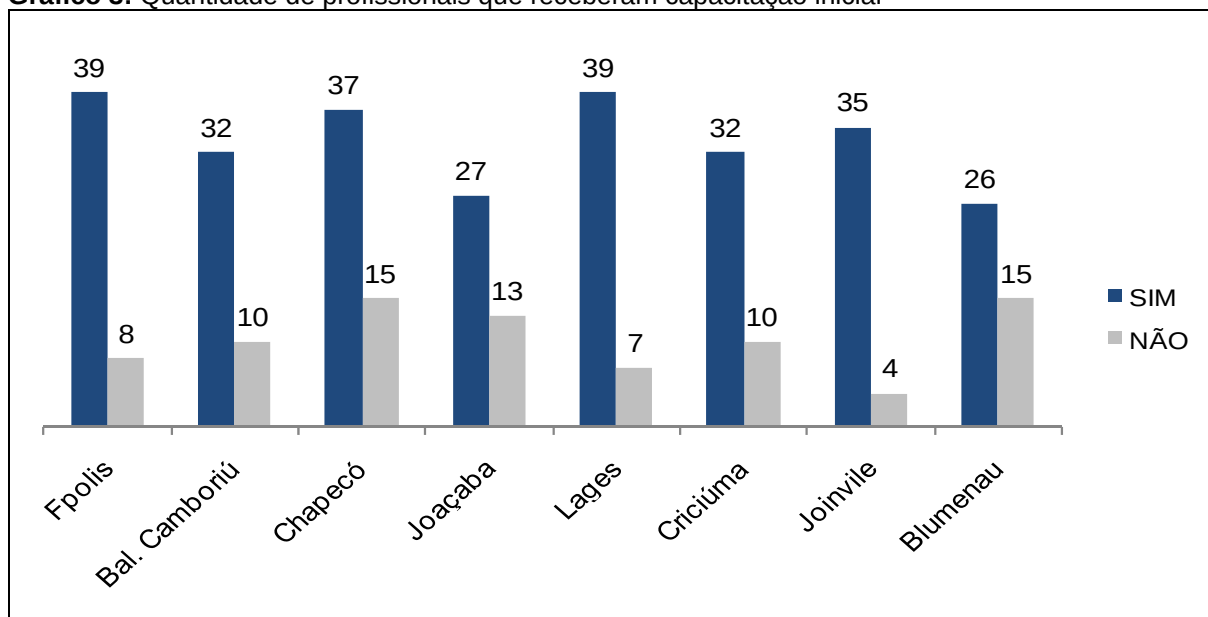
Fonte: SES - Gerência Estadual do SAMU

3.20 Como ficou demonstrado no Quadro 1, a Gerência Estadual do SAMU providenciou cursos de capacitação inicial para os profissionais somente quando da instalação das CRs, no final de 2005.

3.21 As cargas horárias previstas na Portaria nº 2.048/2002 eram de 64 (sessenta e quatro) horas para motorista-socorrista, 56 (cinquenta e seis) horas para TARMs e radioperadores, 154 (cento e cinquenta e quatro) horas para auxiliares e técnicos de enfermagem, 130 (cento e trinta) horas para enfermeiros e 120 (cento e vinte) horas para médicos reguladores. Entretanto, segundo documento enviado pela Gerência Estadual, para os profissionais da área da saúde os cursos foram de 27 (vinte e sete) horas e para motoristas-socorristas, de 04 (quatro) horas.

3.22 Ainda foram realizados questionários com os profissionais do SAMU em todas as CRs. Dos 349 (trezentos e quarenta e nove) que responderam a questão sobre a capacitação inicial, 267 (duzentos e sessenta e sete) informaram tê-la recebido, ou seja, 76,5% deles. A quantidade de profissionais que receberam ou não a capacitação inicial está representada no Gráfico 3.

Gráfico 3: Quantidade de profissionais que receberam capacitação inicial

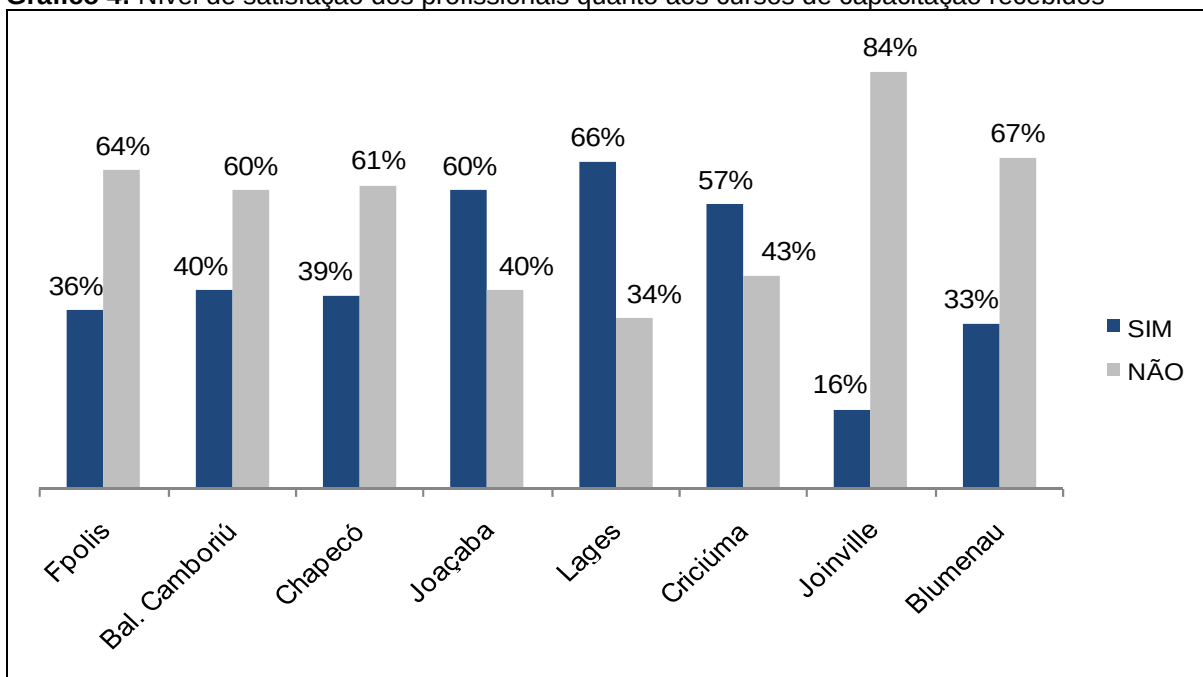


Fonte: Questionário aplicado aos profissionais do SAMU

3.23 De acordo com a Portaria nº 2.048/2002, Capítulo VII, os profissionais devem ser recapitados a cada 02 (dois) anos. Disso, levantou-se nos questionários que 224 (duzentos e vinte e quatro) profissionais atuavam no SAMU há mais de 02 (dois) anos, mas apenas 95 (noventa e cinco), ou 43%, receberam recapitação ou educação continuada.

3.24 No questionário também foi perguntado aos profissionais se os conteúdos curriculares apresentados nos cursos de capacitação inicial e/ou continuada contemplaram às necessidades para o exercício da função, tanto na regulação quanto no atendimento nas ambulâncias. Dos que responderam a questão, 57% definiram como insuficientes os conteúdos recebidos. Os percentuais encontrados em cada CR estão apresentados no Gráfico 4.

Gráfico 4: Nível de satisfação dos profissionais quanto aos cursos de capacitação recebidos



Fonte: Questionário aplicado aos profissionais do SAMU

3.25 Desta forma, **recomenda-se** à SES que elabore projeto de capacitação inicial e continuada aos profissionais do SAMU, com temas, conteúdos e carga horária mínimos, de acordo com o previsto no Capítulo VII da Portaria nº 2.048/2002, do Ministério da Saúde.

3.26 Também foi analisado se os profissionais capacitados e os cursos oferecidos sofreram alguma avaliação, conforme previsto no Capítulo VII da Portaria nº 2.048/2002, no Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 13.6, bem como no item 5, do Anexo I, da Resolução CFM nº 1.671/2003.

3.27 Para tanto, foram solicitados à Gerência Estadual do SAMU relatórios com resultados das avaliações realizadas pelo NEU no tocante aos profissionais, aos capacitadores e ao conteúdo dos cursos ministrados. A resposta apresentada foi de que não foi possível levantar estas avaliações (fl. 354 dos autos).

3.28 Assim, **recomenda-se** à SES que avalie os profissionais capacitados, bem como os capacitadores ao final dos cursos realizados, de acordo com o previsto no Capítulo VII da Portaria nº 2.048/2002, no Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 13.6, bem como no item 5, do Anexo I, da Resolução CFM nº 1.671/2003.

FORMA DE CONTRATAÇÃO

3.29 A forma de contratação no serviço público é o concurso público, conforme determina o art. 37, II, da Constituição Federal:

A investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração. (grifo nosso)

3.30 A exceção à contratação por concurso público está prevista no inciso IX, do art. 37, da Constituição Federal: **“A lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado** para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público.” (grifo nosso)

3.31 Para regulamentar o inciso IX, do art. 37, da Constituição Federal, o Estado de Santa Catarina editou a Lei Complementar nº 260, de 22 de janeiro de 2004, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público.

3.32 O artigo primeiro da citada lei afirma que poderá ser contratado pessoal por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público quando ficar comprovada a impossibilidade de suprir a necessidade temporária com o pessoal do próprio quadro e desde que não reste candidato aprovado em concurso público aguardando nomeação.

3.33 O art. 2º desta Lei Complementar define o que seja necessidade temporária de excepcional interesse público:

[...] aquela que comprometa a prestação contínua e eficiente dos serviços próprios da administração e que não possa ser satisfeita com a utilização dos recursos humanos que dispõe a Administração Pública Estadual, especialmente para execução dos seguintes serviços:

I – assistência a situações de emergência ou de calamidade pública;

II – combate a surtos endêmicos, pragas, doenças e surtos que ameacem a sanidade animal e vegetal;

III – admissão de pessoal para atender às necessidades do serviço público nos casos declarados de situação de emergência pelo Poder Executivo e à demanda comprovada de Secretarias de Estado e entidades da Administração Pública.

3.34 O art. 4º determina que o prazo máximo de contratação será de 12 (doze) meses, sendo que, no caso de extrema relevância e urgência, justificadas através de exposição de motivos, aprovada pelo Chefe do Poder Executivo e publicada no Diário Oficial do Estado, poderá ser prorrogado por mais 12 (doze) meses.

3.35 A Portaria nº 1.864/2003, art. 6º, “k”, determina que o SAMU deve comprovar que a contratação de pessoal respeitou a legislação vigente e **vedou a precariedade de vínculo**, por tratar-se de um serviço de natureza continuada.

3.36 Meirelles (2007, p.420) afirma que as funções permanentes da administração só podem ser desempenhadas pelo titulares de cargos efetivos e as transitórias (temporários), por servidores designados, admitidos ou contratados precariamente.

3.37 No que tange à criação de cargos, o art. 48, X, c/c art. 61, § 1º, inciso II, “e”, da Constituição Federal, apud Meirelles (2007, p.422), assevera que:

A criação, transformação e extinção de cargos, empregos e funções públicas do Poder Executivo exige lei de iniciativa privativa do Presidente da República, dos Governadores dos Estados e do Distrito Federal e dos Prefeitos Municipais, conforme seja federal, estadual ou municipal a administração interessada, abrangendo a administração direta, autárquica e fundacional (CF, art. 48, X, c/c art. 61, § 1º, II, “e”).

3.38 Portanto, compete ao Governador do Estado a iniciativa de criação, estruturação e atribuições dos órgãos da administração pública, bem como a criação, transformação e extinção de cargos, empregos ou funções públicas, e sua aprovação pela Assembléia Legislativa.

3.39 Nesta ótica, foi avaliado se os cargos e funções do SAMU haviam sido criados e se todos os profissionais foram contratados através de concurso público.

Situação dos contratos dos profissionais do SAMU

3.40 Conforme documentação solicitada à Gerência Estadual (fls. 140 a 161 e 445 a 463 dos autos), o SAMU/SC, em maio de 2008, possuía 612 (seiscentos e doze) profissionais contratados pelo Estado, sendo que destes, apenas 91 (noventa e um) eram estatutários, ou seja, aproximadamente 15%. Dos demais profissionais, 264 (duzentos e sessenta e quatro) foram admitidos em caráter temporário, ou seja, 43% e 257 (duzentos e cinquenta e sete) profissionais por contrato de prestação de serviço, representando 42%.

Quadro 2: Vínculo contratual e vigência dos contratos

LOCAL	VÍNCULO			CONTRATO	
	ESTATUTÁRIO	ACT	CPS*	VIGENTE	VENCIDO
Gerência Estadual	5	0	0	5	0
CR Fpolis	46	19	42	46	61

CR Blumenau	6	30	28	14	50
CR Chapecó	14	31	34	17	62
CR Criciúma	10	37	30	11	66
CR Balneário	0	44	35	37	42
CR Joaçaba	3	32	23	9	49
CR Joinville	7	37	44	14	74
CR Lages	0	34	21	6	49
TOTAIS	91	264	257	159	453

Fonte: SES - Gerência Estadual do SAMU

*CPS: Contrato de Prestação de Serviço

3.41 Da documentação solicitada à Gerência Estadual, constatou-se que os TARMs, técnicos de enfermagem, enfermeiros, motoristas-socorristas e radioperadores foram admitidos em caráter temporário (ACT) e os médicos foram contratados através de contrato de prestação de serviço.

3.42 No que concerne aos médicos, estes foram contratados via inexigibilidade de licitação, que, segundo a Lei nº 8.666/93, art. 25, se dá quando há inviabilidade de competição e em especial:

- I - para aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros [...];
- II - para a contratação de serviços técnicos enumerados no art. 13 desta Lei, de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação;
- III - para contratação de profissional de qualquer setor artístico, [...].

3.43 Ou seja, as contratações de médicos para prestar serviço no SAMU não se enquadram nas hipóteses previstas para inexigibilidade de licitação.

3.44 Além disso, contrato de serviço ou de prestação de serviço, segundo Meirelles (2007, p. 257/258), não se presta à contratação de mão-de-obra, mas de serviço:

Contrato de serviço (prestação de serviço) é todo ajuste administrativo que tem por objeto uma atividade prestada à Administração, para atendimento de suas necessidades ou de seus administrados.

[...]

É relevante notar que **o contrato é de serviço, não de mão-de-obra**, pois esta caracterizaria **contratação indireta de pessoal**, vedada pelo art. 37, II, da Constituição Federal e Decisão do TCU nº 567/1995, Plenário, Acórdão 062/1995 e Medida Cautelar no TC 009545/2004-3, DJU de 02/06/2004. (grifo nosso)

3.45 Portanto, a forma de contratação dos médicos ensejou fuga ao concurso público, em desatendimento ao art. 37, II da Constituição Federal (CF) e, ainda, contrariando o disposto no inciso IX do mesmo artigo que trata da exceção a esta regra.

3.46 Com relação aos Admitidos em Caráter Temporário (ACT), a seleção deve se dar via processo seletivo simplificado, conforme exige a Lei Complementar nº 260/2004, em seu art. 3º.

3.47 Destaca-se que desde a instalação das primeiras CRs em 2005, após quase três anos, a estrutura do SAMU/SC continua sendo suprida de modo temporário, apesar de as contratações efetuadas para o SAMU não se enquadrarem em nenhuma das hipóteses previstas na Lei Complementar nº 260/2004.

3.48 Conclui-se, então, que a contratação de profissionais do SAMU/SC somente deva ser procedida via concurso público, ou o preenchimento dos cargos por pessoal devidamente concursado.

3.49 O Plano de Cargos e Salários da SES, aprovado pela Lei Complementar nº 323/2006, atualizados pelas LCs nº s 369/2006 e 390/2007, contém os seguintes cargos com o conseqüente número de vagas, conforme Quadro 3.

Quadro 3: Plano de Cargos e Salários da SES

CARGO	FUNÇÃO	VAGAS
Técnico em Gestão e Promoção	Motorista-socorrista	115
	TARM	84
	Radioperador	42
	Técnico em Enfermagem	2000
	Farmacêutico	120
	Auxiliar de Enfermagem	1300
	Técnico em Informática	40
	Enfermeiro	910
	Médico	1.969

Fonte: Anexo Único da Lei Complementar nº 323/2006

3.50 Portanto, os cargos necessários ao funcionamento do SAMU existem no Plano de Cargos e Salários da SES.

3.51 Cabe destacar que, mesmo que os contratos tivessem respaldo na LC nº 260/2004, a sua validade seria de 01(um) ano e sua prorrogação somente poderia ser efetuada nos casos de extrema relevância e urgência, e devidamente justificadas e aprovadas pelo Governador do Estado, o que não ocorreu.

3.52 Dos 521 (quinhentos e vinte e um) profissionais não efetivos que estão lotados no SAMU/SC, 453 (quatrocentos e cinquenta e três), ou seja, 87% deles, estavam com os seus contratos vencidos, conforme Quadro 2.

3.53 Tanto os contratos temporários (ACTs) quanto os contratos de prestação de serviço (médicos) possuíam vigência de 01(um) ano, prorrogáveis por mais 01 (um). Sendo assim, todos aqueles admitidos em 2005 estavam com os contratos vencidos, porém, continuavam trabalhando e percebendo os vencimentos como se estes estivessem vigentes.

3.54 Cabe ressaltar, ainda, que os cargos de comando das Centrais de Regulação, isto é, os de Coordenação Regional, não eram ocupados por servidores efetivos, ou seja, estatutários, conforme art. 37, V, da Constituição Federal.

3.55 Desta forma, **recomenda-se** à SES que preencha os cargos do SAMU somente com servidor público efetivo, de acordo com o art. 37, II da Constituição Federal.

EQUIPES DAS SALAS DE REGULAÇÃO E AMBULÂNCIAS

3.56 A Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU-192, II, “b”, estabeleceu que as CRs devem contar com pelos menos 01 (um) médico regulador e correspondentes TARMs e radioperadores.

3.57 Já o Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.3.9, estabeleceu os profissionais e o número destes, por equipe, para cada Sala de Regulação, da seguinte forma: 02 (dois) médicos, 02 (dois) técnicos de enfermagem atuando como TARMs, 01(um) radioperador e 01 (um) controlador de frota. No tocante as USAs, estas equipes deveriam ser compostas por 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro e 01 (um) motorista-socorrista.

3.58 Em todas as CRs foram feitas entrevistas com os coordenadores, os quais especificaram a situação das suas equipes.

3.59 Foi diagnosticado que as equipes das Salas de Regulação de Balneário Camboriú, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages estavam incompletas, ou seja, apenas as CRs de Blumenau e Joaçaba estavam com as escalas da regulação completas.

3.60 Já no tocante às ambulâncias, todas as CRs apresentavam equipes incompletas, o que comprometia o atendimento das urgências e emergências, pois

uma USA sem o médico intensivista não pode atuar. Em Blumenau havia USAs baixadas (não-operando) por falta de médico e em Joinville por falta de enfermeiro.

3.61 Na CR de Joinville, em alguns dias da semana, as USAs de Jaraguá do Sul e Mafra deixavam de operar, pois os médicos das ambulâncias eram deslocados para atuar na Regulação, em Joinville, pela falta de médicos reguladores.

3.62 Nesta CR foi relatada a necessidade de contratação de 03 (três) a 04 (quatro) médicos e 02 (dois) enfermeiros para atuarem na USA de Mafra. Para as USAs e sala de regulação de Joinville, foi relatada a necessidade de contratar-se médicos para mais 4,5 (quatro e meio) vínculos, sendo que cada vínculo correspondia há um contrato de 24 (vinte e quatro) horas semanais, portanto a escala ficava incompleta por 108 (cento e oito) horas semanais.

3.63 Na CR de Criciúma faltavam 03 (três) médicos para atender nas USAs e na regulação. Na CR de Joaçaba faltava um motorista-socorrista. Na CR de Chapecó faltavam 01 (um) enfermeiro em Xanxerê e 01 (um) em Chapecó. Na CR de Balneário Camboriú faltava 01 (um) médico na USA de Itajaí.

3.64 Pela observação *in loco* e através da lista de checagem das equipes das CRs, observou-se que em Joaçaba e Lages as equipes da sala de regulação eram compostas por apenas 01 (um) médico regulador.

3.65 Questionados sobre o motivo da falta de profissionais, principalmente de médicos, os coordenadores informaram que o vínculo precário de emprego, proibido pelo MS, pela falta de garantias e de direitos trabalhistas, ausência de regras para reajuste de salários e garantias previdenciárias leva à desmotivação. Relataram, também, que muitos profissionais utilizam o SAMU como “bico”, até conseguirem um emprego melhor.

3.66 Para isto, **recomenda-se** à SES que complete 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.

3.67 Nas CRs de Chapecó e Criciúma, os coordenadores informaram que havia profissionais que não estavam cumprindo integralmente a jornada de trabalho. Houve relatos de profissionais que se ausentavam do seu posto para tratar de assuntos pessoais e, também, de profissionais que possuíam outro emprego e, por isso, antecipavam o horário de saída do SAMU para cumprirem seu horário de chegada no outro local.

3.68 Nas CRs de Balneário Camboriú, Blumenau e Joaçaba os profissionais tinham intervalo para descanso e refeição durante a jornada de trabalho.

3.69 Os médicos da CR de Chapecó se revezavam entre a regulação médica, o trabalho na ambulância e o descanso, em intervalos de 04 (quatro) horas, ficando, portanto, descansando durante 04 (quatro) horas durante a jornada de trabalho.

3.70 Os controles de frequência eram efetuados através de livros ou fichas-ponto, mecanismos esses, sabidamente fáceis de serem burlados. Sendo assim, constatou-se que não existia um controle efetivo do cumprimento da jornada de trabalho. O descontrole ocorria por não existir a presença de um coordenador em tempo integral nas CRs e até por um acordo tácito entre os profissionais, que se revezavam a fim de permitir intervalos de descanso dentro da jornada de trabalho.

3.71 Outro assunto abordado no questionário tratou das horas extras. Dos 217 (duzentos e dezessete) profissionais que responderam esta questão, 48% assinalou executar horas extras regularmente. Destes, 56% respondeu que recebia integralmente as horas extras executadas. O restante assinalou que recebia parcialmente a remuneração devida (35%) ou simplesmente não as recebia (9%). A resposta dos médicos não foi considerada nesta análise, pois o contrato de prestação de serviço não permite a percepção de horas extras.

3.72 Há relato do coordenador da CR de Florianópolis de que estava havendo registro das horas extras sem que houvesse a contraprestação de serviço, o que demonstra a ausência de controle presente durante os plantões. (fl. 1.504 dos autos)

3.73 Ademais, o excesso de horas extras revela também a insuficiência de profissionais e, por conseguinte, o desembolso maior por parte do Estado, pois o custo da hora extra é maior do que o da hora normal (fls. 1.523 e 1.524 dos autos).

3.74 Tudo isso demonstra que as equipes encontravam-se incompletas, que havia precariedade no registro de frequência e que a coordenação era ineficaz, gerando perda de qualidade no atendimento, pagamento indevido de horas extras e aumento de custos para o Estado.

3.75 Desta forma, **recomenda-se** à SES que adote mecanismo de controle efetivo da jornada de trabalho e faça cumprir integralmente a carga horária contratada.

EQUIPES ADMINISTRATIVAS DAS REGIONAIS DO SAMU

3.76 O item 12.3.9 do Plano Estadual de Atenção às Urgências, que trata do dimensionamento dos recursos humanos, estabelece que a equipe administrativa será composta de um diretor da unidade, um gerente administrativo e financeiro e um gerente do corpo de enfermagem, que deveriam trabalhar em tempo integral. Além destes, elencou mais dois técnicos administrativos, um técnico de informática, um farmacêutico e dois agentes de serviços gerais, todos com carga horária de 08 (oito) horas diárias.

3.77 A Portaria nº 2.048/2002, em seu Capítulo IV, item 1.1, assegura que as equipes de profissionais oriundos da saúde, devem ser compostas por: Coordenador de Serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas; Responsável Técnico: Médico responsável pelas atividades médicas de serviço; e, Responsável de Enfermagem: Enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem.

3.78 Das entrevistas com os coordenadores das CRs, foi levantada a carência de pessoal administrativo nestes locais.

3.79 A CR de Balneário Camboriú solicitou um coordenador de motoristas-socorristas. A CR de Chapecó solicitou um profissional farmacêutico, pois possuíam problemas com a farmácia e a guarda de medicamentos. A CR de Lages solicitou mais um auxiliar administrativo para execução de estatísticas. A CR de Criciúma solicitou um técnico em informática. A CR de Joinville necessitava de mais um auxiliar administrativo e a CR de Blumenau, de um técnico de informática.

3.80 O pessoal administrativo é necessário para a realização das tarefas do dia-a-dia e, especialmente para tratamento dos dados, fazendo estatística e produzindo indicadores para a própria gestão da CR e para as políticas públicas da regional.

3.81 A necessidade de pessoal de informática evidencia-se, especialmente, para servir de suporte das atividades desenvolvidas pelo pessoal e equipamentos e armazenamento de dados, bem como, pela precariedade da assistência técnica, tanto dos equipamentos quanto dos sistemas informatizados.

3.82 Quanto ao farmacêutico responsável para controlar o estoque de medicamentos do almoxarifado e/ou da farmácia, constatou-se que somente a CR

de Florianópolis dispunha deste profissional, apesar de ser exigido pela Lei Federal nº 6.360/1976, art. 2º e 53, bem como no item 1.2, do Manual de Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos, do Ministério da Saúde.

3.83 Percebeu-se que havia indefinição de estrutura organizacional das CRs, isto é, cada CR se estruturou como pode, sem nenhuma padronização, contrariando o disposto no Plano Estadual de Atenção às Urgências.

3.84 Ou seja, apesar de o Plano definir uma estrutura administrativa com os cargos apontados no parágrafo 3.76, a entrevista com os coordenadores apontou que as equipes administrativas deveriam ser compostas por auxiliares administrativos, técnicos em informática e farmacêuticos responsáveis pelas farmácias e almoxarifados das CRs e das Bases Descentralizadas, além dos cargos de coordenação.

3.85 Sendo assim, **recomenda-se** à SES que faça adequação do Plano Estadual de Atenção às Urgências e estruture as equipes administrativas das CRs com Coordenador Regional do Serviço, Responsável Técnico e Responsável de Enfermagem, segundo estabelece a Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1, do Ministério da Saúde, todos atuando em tempo integral; farmacêutico responsável, em atendimento ao disposto na Lei Federal nº 6.360/1976, art. 2º c/c art. 53; auxiliar(es) administrativo(s) e técnico em informática.

4 OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO

4.1 A Portaria nº 2.657/2004, do Ministério da Saúde, estabelece as atribuições das centrais de regulação médica das urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.

4.2 Disto, foi verificado o funcionamento da sala de regulação quanto à utilização da linha 192 e o motivo, ao acesso restrito à sala de regulação e ao comportamento dos profissionais que nela atuam.

4.3 Além disso, foi observada a existência e/ou disponibilização das ferramentas de regulação e normas gerais e fluxos da regulação, conforme disposto na Portaria.

4.4 No tocante aos trotes, foi analisado o seu percentual em relação à quantidade de chamadas, por CR, nos anos de 2007 e 2008. Foi avaliado, também, se os trotes estavam sendo registrados em sua totalidade, a fim de confirmar-se o indicador percentual de trotes. Ainda, foi verificado se estavam sendo adotadas medidas para a redução do número de trotes e os resultados obtidos.

4.5 Outro item abordado diz respeito à frota de ambulâncias, relativo à quantidade de USAs e USBs em operação em cada mesorregião e se foi detectada a necessidade de ampliação da frota.

4.6 No que concerne à estruturação física, apesar de haver neste Relatório capítulo específico sobre o tema (Capítulo 7), os achados referentes aos equipamentos e sistemas das CRs foram abordados neste tópico, por influenciarem diretamente na operacionalização do serviço.

FUNCIONAMENTO DA SALA DE REGULAÇÃO

4.7 A sala de regulação é o espaço físico onde ficam os postos de trabalho dos médicos reguladores, dos TARMs e dos radioperadores, sendo operacionalizados os chamados de socorro pelo telefone 192 (Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.2.4).

4.8 Para a análise, foi verificado se as Centrais de Regulação, neste caso as salas de regulação, atendiam os requisitos da Portaria nº 2.657/2004, do Ministério da Saúde, e do Plano Estadual de Atenção às Urgências, quanto às

estruturas física e operacional, no tocante a existência de ferramentas de regulação e obediência às normas gerais e o fluxo de regulação.

Acesso à sala de regulação

4.9 Conforme a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências, item I, “b”, **o acesso à sala de regulação médica deve ser “restrito aos profissionais que nela trabalham, exceto em situações de ensino com prévia aprovação da coordenação”**. (grifo nosso)

4.10 Através da lista de checagem da estrutura física, com base na Portaria nº 2.657/2004, e da observação direta, verificou-se que o acesso à sala de regulação das Centrais de Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages não era restrito aos profissionais de plantão daquele ambiente.

4.11 Foi observado que os profissionais das USAs, USBs e administrativo permaneciam e utilizavam a sala de regulação para outros fins, como bate-papo e acesso a internet.

4.12 Disso, **recomenda-se** à SES que garanta o acesso restrito à sala de regulação de profissionais que nela atuam, de acordo com a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências, item I, “b”, do Ministério da Saúde.

Plantão dos profissionais na sala de regulação

4.13 Conforme a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU-192, item II, “b”, o funcionamento da sala de regulação deve ser ininterrupto, contando com pelo menos um médico regulador e correspondentes TARMs e radioperador, de plantão presencial nas 24 horas do dia, todos os dias.

4.14 Segundo o Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.3.9, a equipe operacional da sala de regulação deve ser composta por 02 (dois) médicos, 02 (dois) técnicos de enfermagem (TARM), 01 (um) radioperador e 01 (um) controlador de frota.

4.15 Quando da visita às CRs, constatou-se que alguns profissionais de plantão permaneciam fora da sala de regulação por um longo período, apesar de não saírem da Central.

4.16 Na CR de Chapecó, apesar de haver 02 (dois) médicos reguladores por equipe, somente 01 (um) estava regulando e, mesmo assim, permaneceu na “sala de conforto” a maior parte do tempo. Presenciou-se o telefone para regulação tocando várias vezes, sem a presença de um médico na sala de regulação, provocando a demora no atendimento ou até a desistência pelo solicitante. Os médicos relataram que realizavam revezamentos de 04 (quatro) em 04 (quatro) horas, ficando sempre um médico na regulação, um na USA e um descansando durante 04 (quatro) horas, ou seja, não cumpriam integralmente a jornada de 12 (doze) horas.

4.17 Na CR de Blumenau observou-se que os profissionais realizavam um intervalo de 02 (duas) horas durante a jornada. Neste momento ocorria um revezamento entre os TARMs e o radioperador, quando então, existia somente um TARM atendendo as ligações 192.

4.18 Na CR de Criciúma, o coordenador relatou que tomou conhecimento de profissionais que saíam durante o expediente para tratar de assuntos particulares. Informou, também, que havia muitas reclamações de não atendimento das chamadas ao 192 durante as madrugadas. Para apurar a situação, o coordenador, em uma visita durante a madrugada, flagrou todos os profissionais dormindo na sala de regulação. Disto, estava tomando providências para advertir e/ou punir os funcionários que não cumpriam sua jornada diária integralmente, porém, durante a inspeção nada foi observado.

4.19 Em relação à ausência dos profissionais, os coordenadores das Centrais de Balneário Camboriú, Blumenau e Joaçaba, relataram que os profissionais que trabalhavam na sala de regulação saíam para se alimentar durante o expediente. No caso de Joaçaba, os TARMs e radioperador tinham intervalo de 01 (uma) hora para descanso e refeição.

4.20 Disto, **recomenda-se** à SES que garanta o funcionamento ininterrupto das salas de regulação com, no mínimo, um médico regulador, TARM e radioperador, de plantão presencial durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004, Anexo,

Operacionalização das Centrais SAMU-192, item II, “b”, do Ministério da Saúde; e faça cumprir a jornada integral de trabalho por todos os profissionais.

Recebimento de ligações particulares pelo 192

4.21 De acordo com a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, A Regulação Médica das Urgências, as Centrais SAMU-192, de abrangência municipal, micro ou macrorregional, devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, **exclusivo para as urgências médicas**, bem como aos profissionais de saúde, em qualquer nível do sistema.

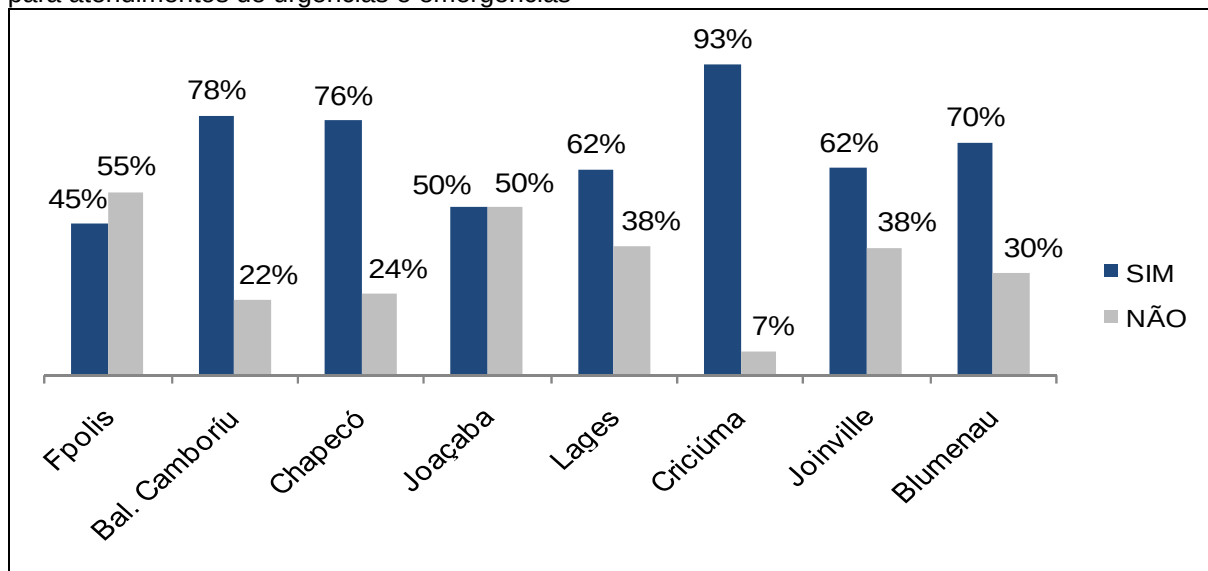
4.22 Deste modo, foram entrevistados os coordenadores das CRs para verificar se a linha 192 era exclusiva para os atendimentos de urgências e emergências e quais chamadas ocupavam esta linha.

4.23 Os coordenadores das Centrais de Joaçaba e Joinville disseram que a linha 192 não era exclusiva para os atendimentos de socorro. Já os coordenadores das Centrais de Criciúma e Lages responderam que a linha 192 era de uso exclusivo para os atendimentos de socorro porém admitiram o uso particular da linha.

4.24 Do mesmo modo, foi questionado aos profissionais do SAMU/SC se o uso da linha 192 era exclusivo para o atendimento de urgências e emergências.

4.25 Para a análise foram utilizadas somente as respostas dos profissionais que trabalhavam na sala de regulação, ou seja, foram excluídos os enfermeiros, técnicos em enfermagem, motoristas-socorristas, auxiliares administrativos e coordenadores que não atuavam como médico-regulador. O total de respostas consideradas foi a de 216 (duzentos e dezesseis) profissionais, quando então, aproximadamente 33% respondeu que a linha 192 não era exclusiva para o atendimento das urgências e emergências. Ao analisar as respostas por CR, obtiveram-se os percentuais constantes no Gráfico 5:

Gráfico 5: Percentual de profissionais que afirmaram que responderam se a linha 192 era exclusiva para atendimentos de urgências e emergências



Fonte: Questionário aplicado aos profissionais do SAMU

4.26 Ao analisar o Gráfico 5, constata-se que em todas as CRs houve profissionais que afirmaram que a linha 192 não era exclusiva para os atendimentos de urgência e emergência.

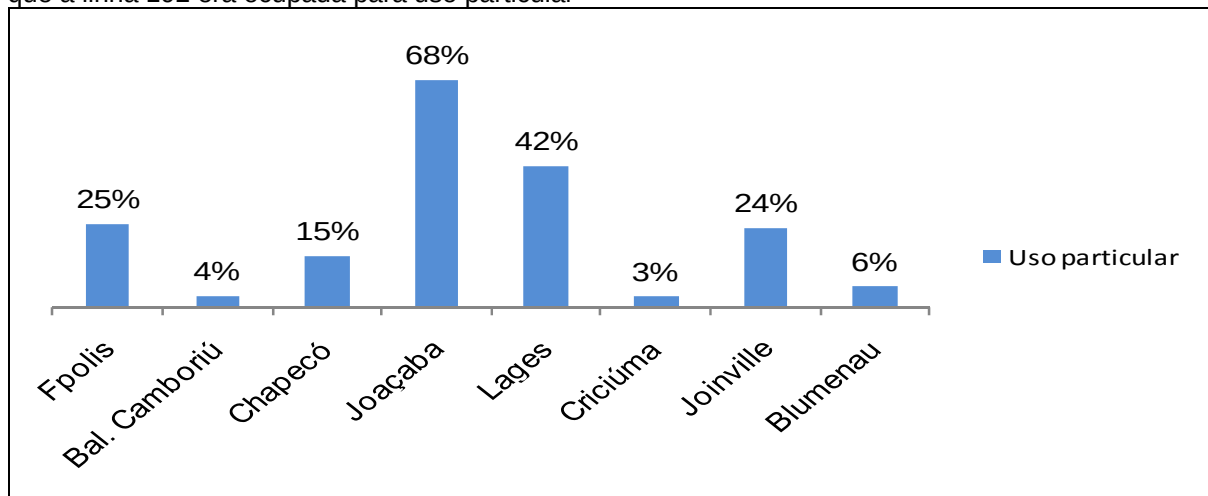
4.27 Nas Centrais de Florianópolis e Joaçaba as afirmações de que a linha 192 não era exclusiva para atendimentos de urgência e emergência foram mais representativas, com 55% e 50%, respectivamente.

4.28 Ainda se questionou quais situações ocupavam a linha 192, além dos chamados de socorro. Nesta análise também foram consideradas somente as respostas dos profissionais que trabalhavam na sala de regulação. No total, 220 (duzentos e vinte) profissionais responderam este questionamento.

4.29 O questionário tinha como opções de respostas as chamadas das ambulâncias para o 192 e vice-versa, as dos serviços de saúde e vice-versa; para transmissão de dados, para uso administrativo, uso particular e outros.

4.30 Da análise, obteve-se confirmação de profissionais de todas as CRs que a linha 192 era usada para ligações particulares. O Gráfico 6 apresenta o percentual de profissionais por CR que afirmou o uso particular da linha 192. Destaque para as CRs de Joaçaba e Lages, onde todas as linhas disponíveis na sala de regulação recebem chamadas 192. Esta situação não ocorre nas demais Centrais, em que somente as linhas dos TARMs recebe chamadas 192, os aparelhos dos médicos e dos radioperadores usam outras linhas telefônicas diversas da 192.

Gráfico 6: Total de profissionais que trabalhavam na sala de regulação, por CR, que responderam que a linha 192 era ocupada para uso particular



Fonte: Questionário aplicado aos profissionais do SAMU

4.31 Além disso, foi observado durante a execução da auditoria, o recebimento de ligações particulares pelo 192 nas Centrais de Blumenau, Criciúma, Joaçaba e Lages.

4.32 Destaca-se que o uso particular da linha 192 enseja pelo menos 02 (dois) problemas: o custeio pelo Estado de ligações particulares e o congestionamento das linhas 192.

4.33 Deste modo, **recomenda-se** à SES que garanta a utilização do número público gratuito 192 exclusivamente para o atendimento às urgências e emergências médicas, conforme Portaria nº 2.657/2004, Anexo, A Regulação Médica das Urgências, do Ministério da Saúde.

Congestionamento da linha 192

4.34 Para que os atendimentos do SAMU/SC sejam eficazes é imprescindível que as linhas telefônicas 192 estejam disponíveis para recebimento de ligações, possibilitando o contato da população com a CR.

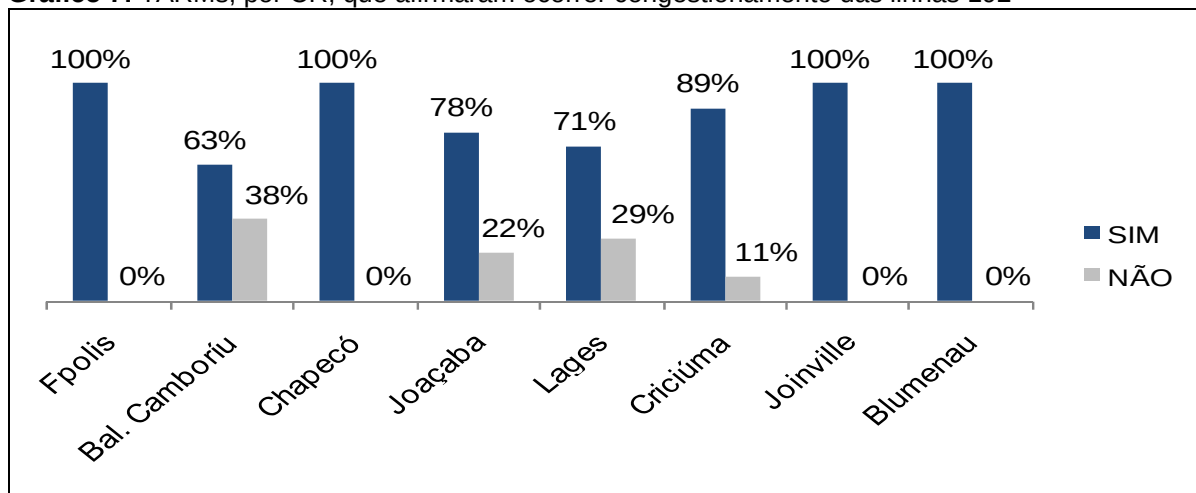
4.35 Através de entrevista, todos os coordenadores das CRs afirmaram que existiam horários de congestionamento das linhas 192, principalmente próximo ao meio-dia e no final de tarde.

4.36 Os profissionais do SAMU/SC que trabalhavam na sala de regulação (médicos, TARMs e radioperadores), ao responderem o mesmo questionamento, também afirmaram que existia congestionamento das linhas 192. Do total de 206

(duzentos e seis) respondentes, 177 (cento e setenta e sete) ou 86% afirmaram esta situação. Ao verificar somente as respostas dos TARMs, este índice de afirmação sofreu pequena alteração, alcançando o resultado de 88%.

4.37 O Gráfico 7, destaca a porcentagem de TARMs por CR que responderam que existia congestionamento da linha 192.

Gráfico 7: TARMs, por CR, que afirmaram ocorrer congestionamento das linhas 192



Fonte: Questionário aplicado aos profissionais do SAMU

4.38 Conforme relatado no parágrafo 4.88, no período de janeiro de 2007 a maio de 2008 a média de trotes do SAMU em Santa Catarina foi de 32%. Também consta no parágrafo 4.91, que a grande maioria dos trotes é praticada por crianças, nos horários de entrada e saída das escolas, ou seja, próximo do meio-dia e final de tarde, coincidindo com os períodos em que ocorriam os congestionamentos de linha.

4.39 Portanto, percebe-se que os trotes causam o congestionamento das linhas, impedindo que ligações de socorro sejam atendidas tempestivamente.

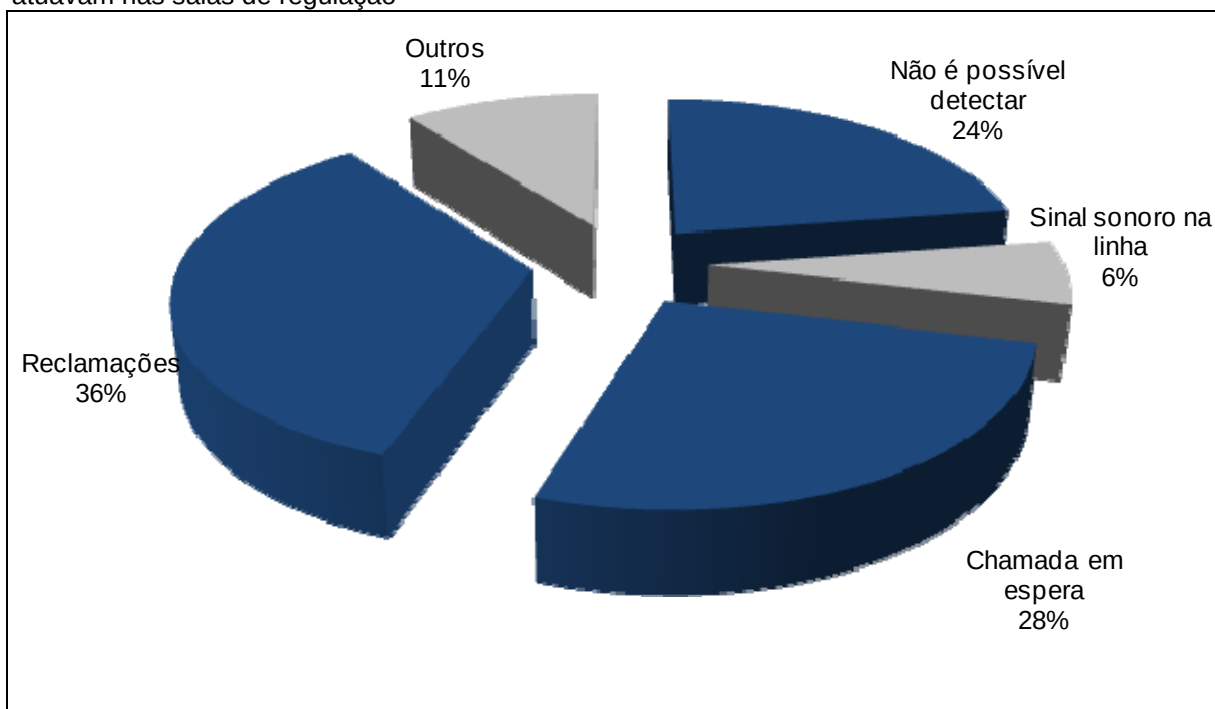
4.40 Assim, reduzindo a quantidade de trotes, os congestionamentos das linhas 192 também irão reduzir. Neste sentido, foi recomendado o desenvolvimento de estratégias promocionais e de conscientização contínuas sobre o serviço e os trotes, conforme consta no parágrafo 4.96.

4.41 Os coordenadores também responderam que os congestionamentos de linha não eram detectados, exceto nas ligações para a Central de Blumenau em que existia um sinal sonoro como alerta.

4.42 Já os 218 (duzentos e dezoito) profissionais do SAMU/SC que trabalhavam na sala de regulação e responderam o questionário, apontaram que os congestionamentos eram percebidos, na sua maioria, pelas reclamações recebidas

(36%) e quando a chamada era atendida e ficava em espera aguardando regulação médica (28%), conforme demonstra o Gráfico 8.

Gráfico 8: Formas de detectar os congestionamentos das linhas 192 apontadas por profissionais que atuavam nas salas de regulação



Fonte: Questionário aplicado aos profissionais do SAMU

4.43 Disso, **recomenda-se** à SES que disponibilize 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 é suficiente.

Ferramentas de Regulação

4.44 A Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais do SAMU 192, itens I e II, elenca as ferramentas, normas gerais e fluxos de regulação que devem constar na sala de regulação:

I - Ferramentas de Regulação:

- mapas do Município e região de cobertura do serviço, onde estejam localizados os serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte inclusive privados, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outros;
- mapas do Município e região de cobertura do serviço, com as estradas e principais vias de acesso, registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso a cada local;
- listas de telefones de todos os serviços de saúde do Município ou região, além de outros setores envolvidos na assistência à comunidade;

- d) grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas, com informações efetivas sobre a composição e a capacidade operativa diária e horária da estrutura dos serviços, organizados em redes e linhas de atenção, hierarquizados por complexidade de resposta técnica. Essas grades deverão ser mantidas atualizadas diariamente pelos serviços, indicando e justificando se há impedimento de uso do potencial do serviço, ocasião em que os serviços comunicarão formalmente por escrito a alteração transitória de grade e, em caso de alteração definitiva, deverão comunicar com antecedência adequada ao comitê gestor das urgências e ao gestor municipal ou estadual competente;
- e) mecanismos de relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços auxiliares de diagnóstico, quando estas existirem ou criação e utilização de planilhas auxiliares com vagas/censos diários etc;
- f) diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência;
- g) agenda de eventos;
- h) planos para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de resposta por setores públicos e privados encarregados (planos de desastre com protocolos integrados entre todos os agentes públicos e privados responsáveis); e
- i) manuais de normas e rotinas do serviço.

II - Normas Gerais e Fluxos da Regulação:

- a) a Central de Regulação Médica de Urgências deve ser acessada pelo número gratuito nacionalmente designado para o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel 192, admitindo-se outro número exclusivo e gratuito apenas em locais onde haja impedimento técnico da área de comunicações para sua utilização;
- b) seu funcionamento deve ser ininterrupto, contando com, pelo menos um médico regulador e correspondentes TARM/RO de plantão presencial na sala de regulação, nas 24 horas, todos os dias, incluindo sábados, domingos e feriados;
- c) todo chamado deve ser atendido pelo telefonista auxiliar de regulação médica e, após a devida identificação e localização do solicitante, ser repassado ao médico regulador;
- d) nos trotes ou enganos, o chamado deverá ser registrado, mas não contabilizado como “caso” e a ligação pode ser encerrada sem a interveniência do médico regulador;
- e) o telefonista auxiliar de regulação médica deverá ser treinado e devidamente instrumentalizado para atender aos pedidos de informação que acorrerem à central;
- f) nos chamados em que o solicitante necessite apenas de informação que não caracterize pedido de socorro de urgência, o telefonista auxiliar de regulação médica está autorizado a fornecer a informação, se ela estiver disponível em suas ferramentas de trabalho e encerrar a solicitação, sem a interveniência do médico regulador. Caso não possua a informação, deverá repassar o chamado ao médico regulador, para que ele dê a melhor orientação possível ao solicitante;
- g) o médico regulador, ao receber o caso, deverá, num curto espaço de tempo (de 30 segundos a 1 minuto), por meio da utilização de técnicas específicas para este fim, julgar a gravidade de cada caso e, em se tratando de situação crítica, deverá desencadear imediatamente a melhor resposta, acionando, inclusive, múltiplos meios, sempre que necessário, podendo, em seguida, concluir o detalhamento do caso;
- h) nos casos de menor gravidade, o médico poderá optar inclusive pelo não envio de equipe ao local, orientando o solicitante sobre como proceder em relação à queixa relatada;
- i) nos casos de simples orientação, o médico regulador deve colocar-se à disposição do solicitante para novas orientações, caso haja qualquer mudança em relação ao quadro relatado na primeira solicitação;

- j) caso o médico regulador opte pelo envio de equipe de suporte básico ou avançado de vida ao local, deve monitorar todo seu deslocamento e receber o relato do caso quando a equipe lá chegar, confirmando ou alterando a gravidade estimada inicialmente;
- l) após essa reavaliação, o médico regulador deverá tomar uma segunda decisão a respeito da necessidade do paciente, definindo inclusive para qual unidade de saúde o paciente deve ser transportado, se for o caso;
- m) se o paciente for transportado, cabe ao médico regulador monitorar e acompanhar todo o atendimento prestado no trajeto;
- n) o médico regulador deve estabelecer contato com o médico do serviço receptor, repassando a ele as informações técnicas sobre cada caso, para que a equipe local possa preparar-se para receber o paciente da melhor maneira possível;
- o) naquelas situações de atendimento médico no pré-hospitalar móvel, sempre que possível e com conhecimento e autorização do médico regulador, o médico assistente deverá manter-se em contato direto com o médico assistente do serviço de destino definido pela regulação, para repasse das informações sobre o paciente, a fim de instrumentalizar a organização da melhor recepção possível para os casos graves;
- p) após o adequado recebimento do paciente no serviço determinado, o médico regulador poderá considerar o caso encerrado; e
- q) o rádio operador deve acompanhar a movimentação dos veículos do SAMU, durante todas as etapas da regulação acima mencionadas.

4.45 Assim, foi verificada a existência das ferramentas de regulação, através de uma lista de checagem, em cada CR.

4.46 Na CR de Criciúma não existiam na sala de regulação Mapas do Município e da região de cobertura do serviço, com estradas e vias de acesso para orientação e localização dos locais para atendimento.

4.47 Nas CRs de Criciúma e Lages não existiam na sala de regulação grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas para orientar os profissionais para onde encaminhar os atendidos pelo SAMU naquelas mesorregiões.

4.48 Em todas as CRs não existiam mecanismos de relacionamento direto com as centrais de leitos hospitalares, conforme item I, “e”, da Portaria nº 2.657/2004, em virtude de o Estado não possuir uma central de leitos e, neste caso, não existiam também planilhas auxiliares com vagas e censos diários.

4.49 Ao analisar as atas do Comitê Gestor do SAMU/SC, constatou-se que no período de 2006 a 2008 foram apontados problemas do SAMU relacionados com leitos hospitalares, tais como dificuldade de conseguir leitos, falta de leitos de UTI e negativa de atendimento por falta de leitos. Ou seja, situações que influenciam diretamente no atendimento do serviço de urgência em que uma central de leitos no Estado poderia sanar e/ou que poderia gerar indicadores para detectar deficiências na área da saúde para a busca de soluções. Estas informações constam resumidamente no Quadro 4.

Quadro 4: Atas do Comitê Gestor do SAMU/SC que contemplaram problemas de leitos hospitalares

DOCUMENTO	DATA	Fis. PROCESSO	PROBLEMA
Ata do Comitê Gestor da Região de Joinville	03/05/2006	1.150	Faltam leitos pré-natal
Ata do Comitê Gestor da Região de Blumenau	21/05/2006	1.076	Negativa de atendimento ao SAMU por falta de leitos
Ata do Comitê Gestor da Região de Criciúma	22/06/2006	1.090	Ampliação de leitos de UTI
Ata do Comitê Gestor da Região de Criciúma	24/08/2006	1.118	Mais leitos de UTI
Ata do Comitê Gestor da Região de Joaçaba	13/12/2006	1.110	Falta de leitos
Ata do Comitê Gestor da Região de Blumenau	15/10/2007	1.058	Escondem leitos de UTI – propunha a criação da regulação de leitos
Ata do Comitê Gestor da Região de Criciúma	24/10/2007	1.067	Falta de leitos, superlotação dos hospitais
Ata do Comitê Gestor da Região de Blumenau	28/06/2008	1.080	Problemas com leitos de UTI
Ata do Comitê Gestor da Região de Joinville	05/07/2008	1.143	Dificuldade de conseguir leitos

4.50 Nenhuma das CRs possuía agenda de eventos para conhecimento e aviso prévio da concentração de pessoas em um único local. No caso das CRs de Criciúma, Joaçaba, Joinville e Lages foi relatado que alguns promotores de eventos comunicavam sobre os acontecimentos.

4.51 Nenhuma CR possuía plano para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas, porém as CRs de Joaçaba, Joinville e Lages relataram que estava em elaboração.

4.52 Solicitou-se as diretrizes técnicas de regulação médica e atendimentos de urgência e os manuais de normas e rotinas de serviço à Gerência Estadual do SAMU/SC (fl. 349 dos autos), porém, esta encaminhou diversos documentos, como Portarias do MS, Resoluções do Conselho Regional de Medicina de SC, apostila do SAMU/SC e Planos de Trabalho (fls. 487 a 619 dos autos).

4.53 Dentre os documentos encaminhados encontra-se a apostila do SAMU/SC e a Portaria nº 2.048/2002 (fls. 493 a 519 dos autos) que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, no qual contém as atribuições dos profissionais dos atendimentos pré-hospitalares móveis, dentre outros regramentos, que não são específicos do SAMU/SC.

4.54 Ao manusear a apostila do SAMU/SC, observou-se que contém informações sobre regulação médica de urgência (atribuições, papéis, tarefas e fluxo de tarefas), protocolos de regulação e rotinas básicas de serviço, que descrevem as diretrizes técnicas de regulação médica e atendimentos de urgência.

4.55 Disso, ao verificar nas CRs a existência das diretrizes técnicas de regulação médica e atendimentos de urgência e os manuais de normas e rotinas de serviço, buscou-se a apostila do SAMU/SC.

4.56 Entretanto, constatou-se que a apostila do SAMU/SC não se encontrava nas salas de regulação das CRs de Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis e Joinville, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004.

4.57 Como boa prática, foi observada a existência de quadros grandes e visíveis com as equipes de trabalho das ambulâncias e da sala de regulação, com o nome e telefone dos profissionais e a situação dos veículos (operando ou não) nas paredes das salas de regulação das Centrais de Florianópolis, Joaçaba, Joinville e Lages, o que facilitava a operacionalização, diminuindo o tempo-resposta dos atendimentos.

4.58 Portanto, **recomenda-se** à SES que disponibilize todas as ferramentas de regulação nas salas de regulação, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU 192, item I, “a” a “i”, do Ministério da Saúde.

4.59 Conforme relatado no parágrafo 4.54, as Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimentos de Urgência e os Manuais de Normas e Rotinas de Serviço estão inseridos na apostila do SAMU/SC.

4.60 Deste modo, os profissionais do SAMU/SC foram questionados sobre o conhecimento deste documento.

4.61 Do total de 336 (trezentos e trinta e seis) profissionais que responderam sobre as diretrizes técnicas de regulação médica e atendimento de urgência, 14% afirmaram não conhecer o documento. A quantidade por CR está representada no Gráfico 9.

4.62 E, do total de 339 (trezentos e trinta e nove) profissionais que responderam o questionamento sobre o Manual de Normas e Rotinas de Serviço das CRs do SAMU/SC, 16 % afirmaram não conhecer o documento (Gráfico 10).

Gráfico 9: Quantidade de profissionais, por CR, que têm conhecimento das Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimento de Urgência

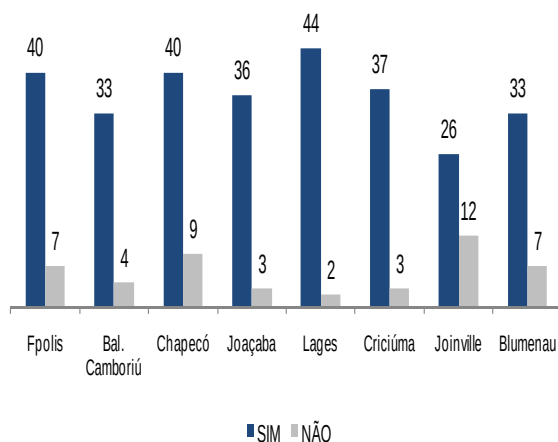
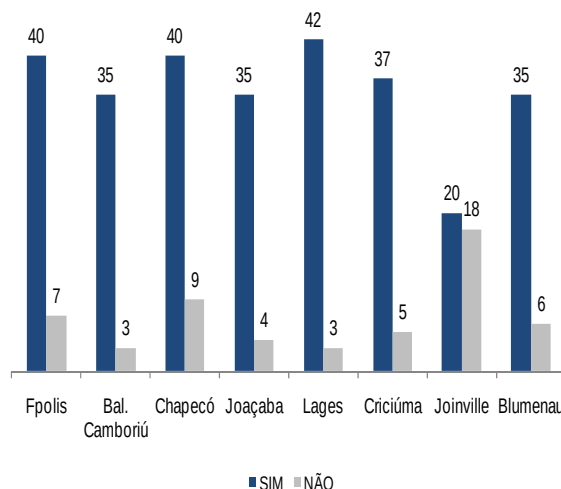


Gráfico 10: Quantidade de profissionais, por CR, que têm conhecimento dos Manuais de Normas e Rotinas de Serviço



Fonte: Questionário aplicado aos profissionais do SAMU

4.63 Portanto, do constante no Gráfico 9 e Gráfico 10, a maioria dos profissionais do SAMU/SC pesquisados, ao conhecer a apostila do SAMU/SC, tem conhecimento das Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimentos de Urgência e dos Manuais de Normas e Rotinas de Serviço. Porém, o conhecimento das atribuições deveria ser de todos aqueles que trabalham para o SAMU/SC.

4.64 Desta forma, **recomenda-se** à SES que edite ato normativo próprio com as Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimento de Urgência e as Normas e Rotinas de Serviço, a fim de regulamentar as atribuições e, até, possibilitar responsabilizações.

Disciplina

4.65 A disciplina pode ser dita como regime de ordem imposta ou livremente consentida que convenha ao funcionamento regular de uma organização, implicando na observância a preceitos ou normas estabelecidas.

4.66 Sobre este assunto, observou-se nas visitas às CRs comportamentos diversos na sala de regulação que comprometiam os atendimentos de socorro e o acompanhamento dos casos.

4.67 Nas CRs de Blumenau, Joinville e Lages foi observada a realização de trabalhos manuais (bordado e tricô), durante o plantão na sala de regulação.

4.68 Nas CRs de Balneário Camboriú, Chapecó, Joaçaba, Joinville e Lages observaram-se profissionais na sala de regulação acessando a internet para assuntos particulares e jogos, durante o plantão. O acesso ocorria tanto do microcomputador do SAMU como de laptop particular, conforme se observa na Figura 3.

4.69 Destas situações verificadas, constatou-se que o SAMU/SC não possuía normas de comportamento para seus profissionais.

4.70 Como boa prática, a Central de Emergência Integrada de Balneário Camboriú apresentou documento intitulado “Regras de Comportamento da Central de Emergência” (fl. 1.540 dos autos) que contém, dentre várias situações, o que é proibido e o que é obrigatório na sala de regulação.

4.71 Disso, **recomenda-se** à SES que elabore e a adote regras de comportamento padrão para as salas de regulação.

4.72 Nas CRs de Blumenau, Criciúma, Florianópolis e Joinville foi observada a existência de televisão na sala de regulação e não na sala de conforto, conforme consta na Figura 2.

Figura 2: CR de Joinville



Fonte: Foto CR Joinville (19) - TCE/SC

Figura 3: CR de Joaçaba



Fonte: Foto CR Joaçaba (1) - TCE/SC

4.73 O trabalho realizado em uma sala de regulação requer ambiente silencioso e tranquilo, inclusive a Portaria nº 2.657/2004, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192, item I, “b”, dispõe que o **acesso deve ser restrito** aos profissionais que nela trabalham e o item I, “c”, que as salas de regulação devem ter **isolamento acústico**, iluminação e temperaturas adequadas. Constata-se, então, que as TVs instaladas nas salas de regulação distraíam os profissionais que lá

atuavam, podendo acarretar na demora do atendimento e na desconcentração na execução dos seus serviços.

4.74 Em virtude disto, **recomenda-se** à SES que proíba a instalação e o uso de equipamentos como TV e rádio na sala de regulação, que possam atrapalhar na concentração dos profissionais que atuam nestes ambientes.

TROTES

4.75 Do diagnóstico inicial efetuado sobre o SAMU, constatou-se que o número de trotes a nível nacional era elevado. Disso, foi levantado o percentual de trotes em relação ao total de chamadas/mês por Central de Regulação do SAMU/SC e o comportamento dos trotes nos anos de 2007 e 2008. Foi verificado, também, se os trotes estavam sendo registrados na sua totalidade, se estavam sendo adotadas ações para redução do número de trotes e os efeitos delas decorrentes.

4.76 O registro dos trotes é feito pelas Centrais de Regulação para serem enviados à Gerência Estadual do SAMU e ao Ministério da Saúde.

4.77 Dentre os objetivos do SAMU, elencados no Plano Estadual de Atenção às Urgências, consta a provisão de banco de dados e estatísticas atualizadas no que diz respeito a atendimentos de urgência, bem como de dados administrativos, dentre outros e, ainda, através deste banco de dados, identificação de ações que precisam ser desencadeadas em diversos setores.

4.78 Neste sentido, o registro de todos os trotes efetuados ao 192 são de fundamental importância para que se possa conhecer a realidade e desenvolver ações para a correção dos problemas que porventura possam existir e estar influenciando nos atendimentos do SAMU.

4.79 Os trotes ao 192 podem ocasionar prejuízos à qualidade do serviço, pois provocam congestionamento de linhas. Enquanto o TARM atende um trote, pode deixar de atender uma solicitação que realmente necessite de socorro. Além disso, quando há deslocamento de ambulâncias, acarreta em prejuízo financeiro para o Estado.

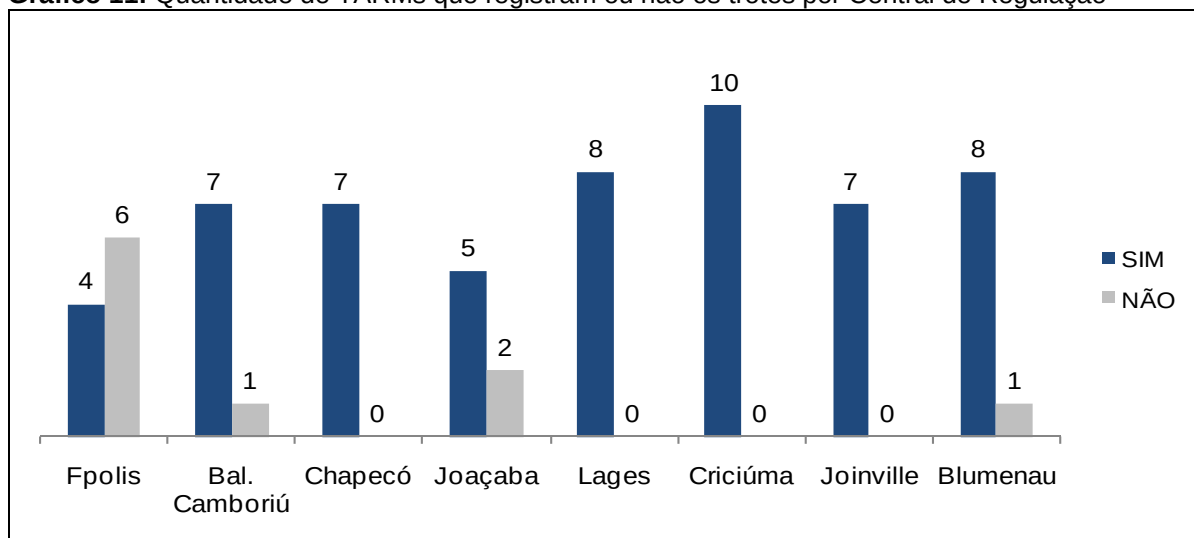
4.80 Assim, medidas para combater este tipo de chamada ao 192 são essenciais para a efetividade e continuidade do serviço.

Registro parcial dos trotes

4.81 A Portaria nº 2.657/2004, que estabelece normas e atribuições às Centrais de Regulação, em seu Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU-192, item II, “b”, assevera que todo trote deve ser registrado, não devendo este ser contabilizado como caso, podendo a ligação ser encerrada sem a interveniência do médico regulador. Deste regramento, foi pesquisado se os trotes estavam sendo registrados.

4.82 A ligação efetuada para o 192 é atendida pelo TARM, cabendo a ele registrar os trotes, quando identificados. Do total de 76 (setenta e seis) TARMS que prestavam serviços ao SAMU/SC à época da auditoria, 66 (sessenta e seis) responderam o questionário aplicado, sendo que 10 (dez) profissionais ou 14%, afirmaram que não registravam este tipo de ligação. A quantidade por CR está demonstrada no Gráfico 11.

Gráfico 11: Quantidade de TARMS que registram ou não os trotes por Central de Regulação



Fonte: Questionário aplicado aos profissionais do SAMU/SC

4.83 Através da observação direta, durante a execução da auditoria, constatou-se que os TARMS das CRs de Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joaçaba e Joinville não registravam todos os trotes.

4.84 Constatou-se, também, através de observação e relato dos TARMS, que o registro total dos trotes não estava ocorrendo em virtude da não identificação do número que originou a chamada, nos casos em que o aparelho telefônico não possuía identificador de chamada (relatados nos parágrafos 4.189 a 4.191) e por

decisão pessoal dos profissionais, que, desmotivados pela quantidade elevada destas ligações e ausência de ações de coerção, não as registrava.

4.85 Dentre as atribuições dos TARMS, constantes na apostila do SAMU/SC, está elencado o registro de dados, assim como, a tentativa de detectar trotes. Portanto, o registro dos trotes é atividade que cabe ao TARM executar e, caso esta função não seja executada por algum profissional, cabe a ele punição.

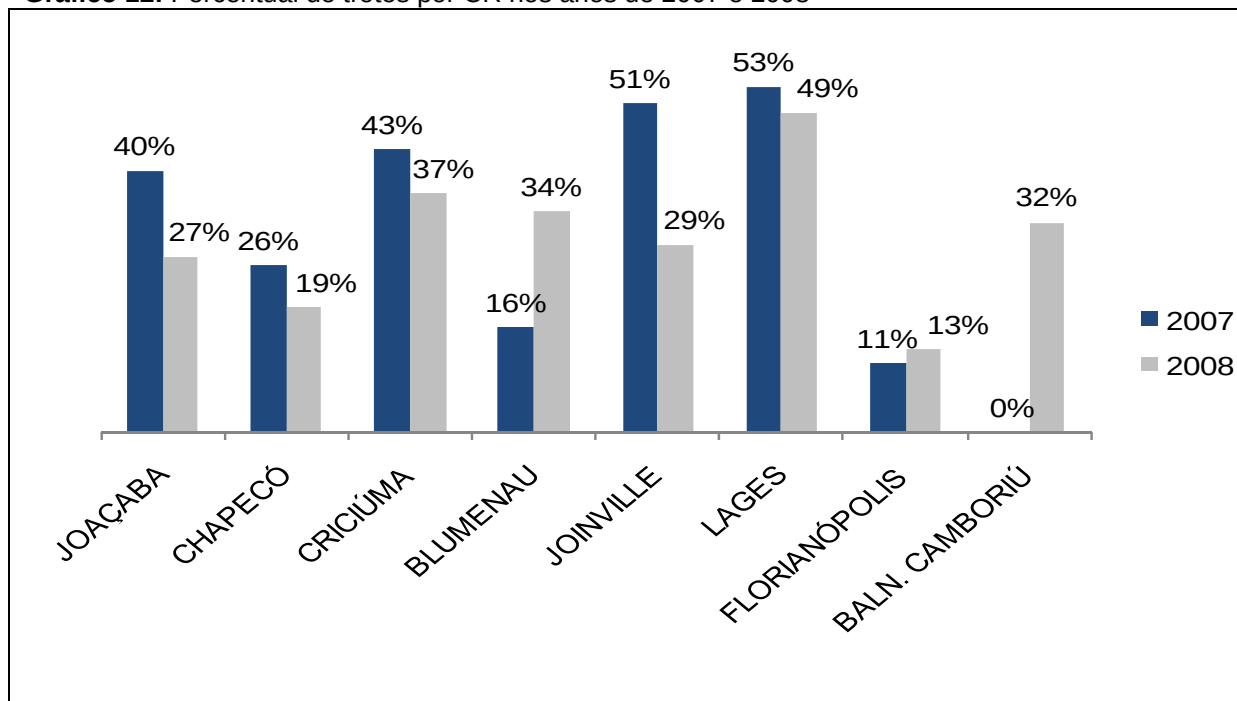
4.86 Disso, **recomenda-se** à SES que efetue o registro de todos os trotes identificados, em função do que consta na Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU-192, item II, “b”, do Ministério da Saúde.

Elevado número de trotes

4.87 Com base nos relatórios produzidos pela Gerência Estadual do SAMU/SC (fls. 246 a 305 dos autos), foi levantado o percentual de trotes em relação ao total de chamadas/mês por Central de Regulação, assim como o seu comportamento nos anos de 2007 e 2008.

4.88 Dos levantamentos efetuados no período de janeiro de 2007 a maio de 2008, chegou-se a conclusão que a média de trotes do SAMU em Santa Catarina neste período foi de 32%. Os percentuais por CR estão apresentados no Gráfico 12.

Gráfico 12: Percentual de trotes por CR nos anos de 2007 e 2008



Fonte: Relatórios ano 2007 e 2008 SAMU 192 da SES

4.89 Analisando o Gráfico 12, percebe-se que nas Centrais de Blumenau, Criciúma e Lages as médias de trotes de 2008 superaram a média geral do Estado, chegando a 49% nesta última.

4.90 Disso, constatou-se que o percentual de trotes em relação aos atendimentos era elevado, porém, conforme apresentado nos parágrafos 4.82 e 4.83, os trotes eram parcialmente registrados pelos profissionais, ou seja, os índices apresentados eram ainda maiores.

4.91 Segundo relatos dos TARMs, a grande maioria dos trotes era praticada por crianças, nos horários de entrada e saída das escolas. Havia casos, também, de adultos que simulavam casos falsos de acidentes ou de atendimento clínico. O sistema de dados informatizado atual utilizado pelas CRs não possuía registro diferenciado dos tipos de trote para contabilizar estas ocorrências separadamente.

4.92 Neste sentido, buscaram-se informações sobre ações adotadas para a redução do número de trotes em cada Central de Regulação e os efeitos delas decorrentes.

4.93 Das entrevistas com os Coordenadores, constatou-se que a Gerência Estadual não desenvolveu ações para redução do número de trotes, entretanto, das 08 (oito) CRs, 06 (seis) apontaram entrevistas na mídia; 05 (cinco) realizaram palestra nas escolas; 04 (quatro) realizaram denúncias à PM e 02 (duas) distribuíram folders à população.

4.94 Ao serem questionados sobre os resultados obtidos com as ações desenvolvidas, 04 (quatro) CRs relataram que houve redução do número de trotes quando foram tomadas medidas de divulgação e conscientização da população sobre os serviços prestados pelo SAMU. Os coordenadores das Centrais de Balneário Camboriú e Lages relataram que as ações desenvolvidas reduziram os trotes por um período curto de tempo, entretanto, o coordenador da Central de Chapecó relatou que, quanto mais a mídia divulga, mais aumenta o número de trotes. No caso das ações em que ocorreu o acionamento da PM, com a identificação dos responsáveis, estes deixaram de passar os trotes, relatou o coordenador da CR de Lages.

4.95 Concluiu-se, então, que apesar de existirem ações voltadas à divulgação do SAMU para a redução do número de trotes, conforme consta no parágrafo 4.93, os resultados não foram satisfatórios.

4.96 Desta forma, **recomenda-se** à SES que desenvolva estratégias promocionais e de conscientização contínuas sobre o serviço e os trotes, focando públicos alvos distintos: adultos e crianças.

4.97 Para a identificação dos responsáveis pelos trotes há a necessidade de se conhecer, primeiramente, os números de telefone que originaram as ligações, assim como os registros de todas as ocorrências, com data e hora, além de cadastro com a quantidade de ligações efetuadas por um número. Destes registros, poder-se-á obter relatório de trotes detalhado para tomar as medidas necessárias, como ações de punição.

4.98 Para se obter relatórios de trotes com as informações mínimas necessárias para abertura de um processo de responsabilização, o SAMU/SC deve possuir um sistema de dados que atenda às suas necessidades, contudo, este assunto está sendo tratado no item Equipamentos e Sistemas deste Relatório.

4.99 Em relação à punição dos responsáveis pelos trotes, o art. 265 do Código Penal Brasileiro (Decreto nº 2.848/1940, atualizado pela Lei nº 11.596/2007) estabelece como crime atentar contra a segurança ou funcionamento de serviço de utilidade pública, com reclusão de 01 a 05 (um a cinco) anos e multa para o infrator.

4.100 Assim, **recomenda-se** à SES que encaminhe mensalmente lista dos números de telefones que efetuam trotes recorrentes ao SAMU, aos órgãos competentes para adoção de medidas coercitivas e divulgue as ações e punições decorrentes destas medidas.

4.101 Outra dificuldade relatada pelos coordenadores foi a ausência de um cadastro dos proprietários dos números dos telefones.

4.102 Esta dificuldade ocorria porque, para punir o responsável pelo trote ao SAMU, principalmente o adulto, além de se conhecer o número do telefone, há a necessidade de saber quem é o proprietário do telefone, para identificação e localização do mesmo.

4.103 Desta forma, **recomenda-se** à SES que providencie os cadastros dos proprietários de telefones fixos e móveis, para identificação dos responsáveis pelos trotes.

Ações desenvolvidas pelos demais SAMUs para redução do número de trotes

4.104 Para dar suporte à auditoria e auxiliar esta SES, foram pesquisadas ações desenvolvidas pelos SAMUs do Brasil para a redução do número de trotes, já que a quantidade elevada deste tipo de chamada é uma realidade nacional. Os resultados desta pesquisa estão relacionados no Quadro 5.

Quadro 5: Ações desenvolvidas pelos SAMUs do Brasil para a redução do número de trotes, com endereço eletrônico

SAMU	AÇÃO	SITE
Florianópolis-PI	Acionamento da Polícia buscando a punição dos responsáveis	WWW.180graus.com
Campina Grande-PB	Distribuição de panfletos por funcionários do SAMU e voluntários Doutores da Alegria	WWW.wscom.com.br
São Paulo-SP	Projeto SAMU nos Parques voltado para adultos visa mostrar a ambulância e orientar sobre quando acionar o SAMU e como prestar os primeiros socorros; Projeto SAMU nas escolas, com palestras interativas com a participação de funcionários	HTTP://noticias.uol.com.br e prefeitura.sp.gov.br e g1.globo.com , ultimosegundo.ig.com.br
Aracaju-SE	Projeto “conhecendo o SAMU” trabalhando os professores para que estes repassem aos alunos; Acionamento do Ministério Público para abrir processo de investigação de trotes; através do identificador de chamadas constatou-se que muitos “trotes” são do mesmo número de telefone, sendo que através do acionamento da polícia estão processando-os com base na lei das contravenções penais, art. 41, da LEI Nº 3.688/1941	WWW.correiodesegipe.com e WWW.interativ.com.br e WWW.informesegipe.com.br e WWW.ses.se.gov.br
Ministério da Saúde	Projeto “Samuzinho” da Coordenação Geral de Urgências e Emergências (CGUE), voltado a estudantes, onde consta a importância do SAMU, o uso adequado do 192, o prejuízo causado pelos trotes	WWW.saude.gov.br
Rio Branco-AC	Projeto SAMU nas escolas	WWW.agenciadenoticias.ac.gov.br
Maceió-AL	Projeto SAMU nas escolas, envolvendo alunos, professores e pais	WWW.ouvidoria.al.gov.br
Joinville-SC	Acionamento do Ministério Público que em caso de trote de crianças os pais são responsabilizados e no caso de adultos o trote pode dar até três anos de detenção ou pena alternativa Houve a comunicação de um falso acidente, o SAMU acionou a polícia e processou-o com base no código penal, art. 266	WWW.simesc.org.br
Brasília-DF	Projeto “Samuzinho” nas escolas	WWW.clicbrasil.com.br e WWW.saude.df.gov.br
Porto Alegre-RS	Projeto “SAMU nas Escolas”; campanha institucional de mídia; Acionamento da Brigada Militar para apurar os trotes	WWW.clicrbs.com.br , WWW.jornalminuano.com.br

SAMU	AÇÃO	SITE
Cuiabá-MT	Colocaram na memória do computador o endereço de todos os telefones públicos para checagem dos trotes e a partir daí acionar a polícia	WWW.secom.mt.gov.br
SAMU Litoral Leste-CE	Acionamento da polícia e processamento do “troteiros” de acordo com o art. 266, do Código Penal	www.opovo.com.br
Mossoró-RN	Acionamento do Ministério Público para providências	www2.uol.com.br/omossorens e
Dourados-MS	Projeto “SAMU nas Escolas, com a participação de Diretores, professores, coordenadores pedagógicos, uma cruzada para conscientizar os estudantes dos malefícios do trote; aquisição de um identificador de chamadas para que se possa acionar as autoridades policiais	WWW.oprogresso.com.br
Caruaru-PE	Panfletos e cartazes educativos com distribuição à imprensa, escolas, associações de bairro e entidades de classe. Processamento de acordo com o Código Penal	WWW.caruaru.pe.gov.br
Ribeirão Preto-SP e São Carlos-SP	Acionamento da Polícia e Processamento através do Código Penal, Projeto ‘Samuzinho’	WWW.jornalacidade.com.br

A FROTA DE AMBULÂNCIAS

4.105 A Portaria nº 1.864/2003 instituiu o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências e, em seu art. 3º, § 3º, estabeleceu que a cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes seria adquirida uma ambulância de suporte básico à vida (USB) e a cada grupo de 400.000 a 450.000 habitantes uma ambulância de suporte avançado à vida (USA).

4.106 Conforme o Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 7, o desenho proposto de implantação do SAMU/SC em mesorregiões, segue critérios populacionais previstos na Portaria nº 1.864/GM/2003. Este desenho contempla atualmente 08 (oito) mesorregiões com a localização das ambulâncias de suporte básico e avançado de vida.

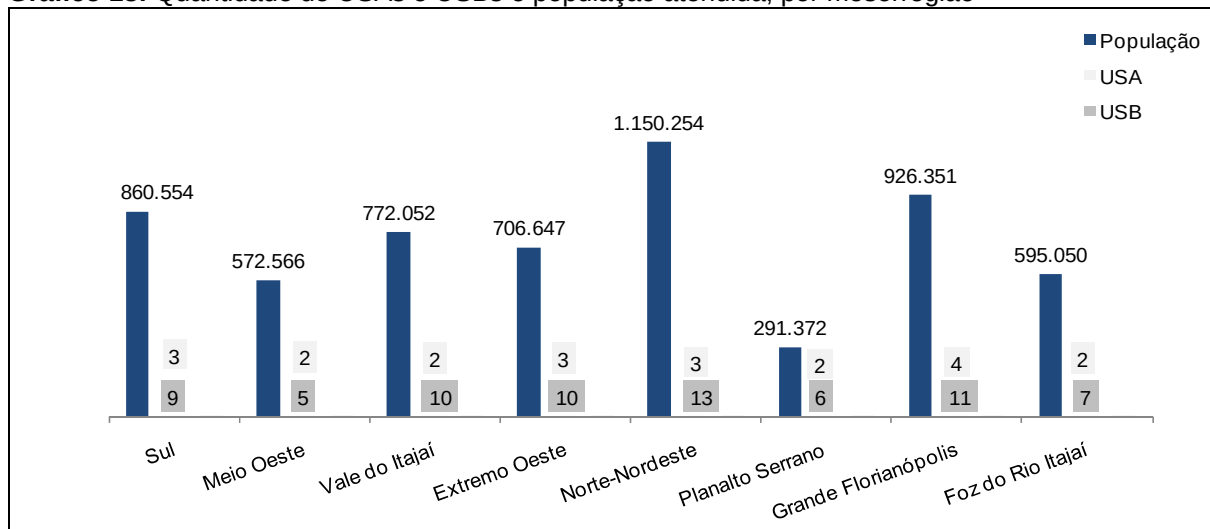
Quantidade de USAs

4.107 Em março de 2008 existiam 21(vinte uma) USAs e 71(setenta e uma) USBs distribuídas nas 08 (oito) mesorregiões do Estado: Sul, Meio-Oeste, Vale do Itajaí, Extremo-Oeste, Norte-Nordeste, Planalto Serrano, Grande Florianópolis e Foz

do Rio Itajaí, segundo documento enviado pela Gerência Estadual do SAMU (fl. 175 dos autos).

4.108 As mesorregiões com a população e o total de ambulâncias USAs e USBs estavam assim distribuídas:

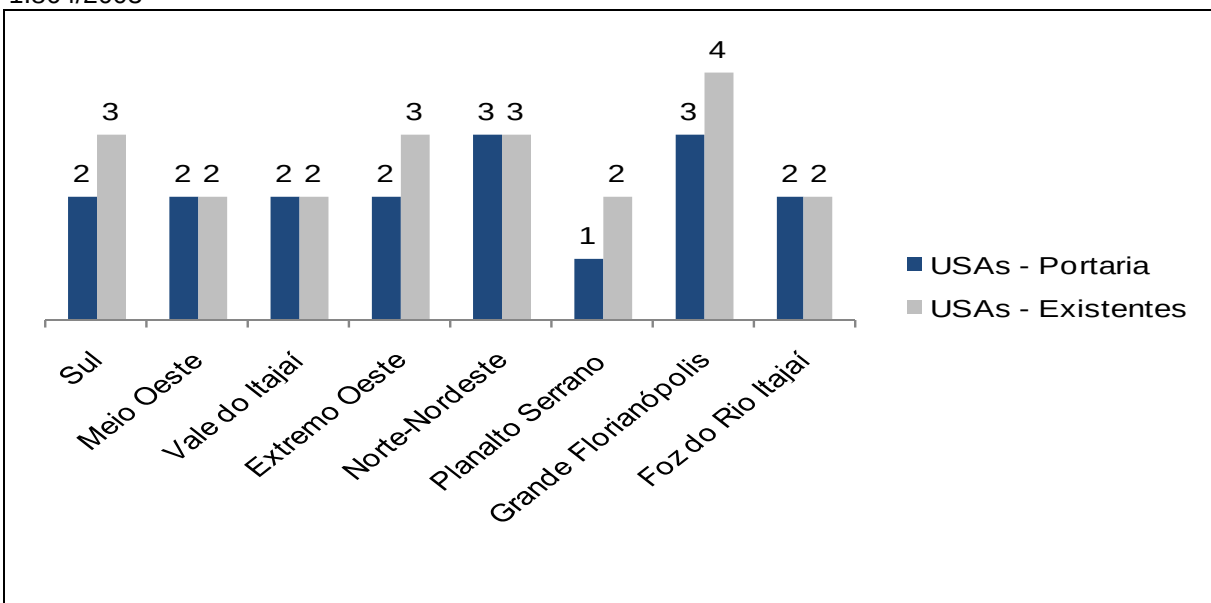
Gráfico 13: Quantidade de USAs e USBs e população atendida, por mesorregião



Fonte: SES – Gerência Estadual do SAMU

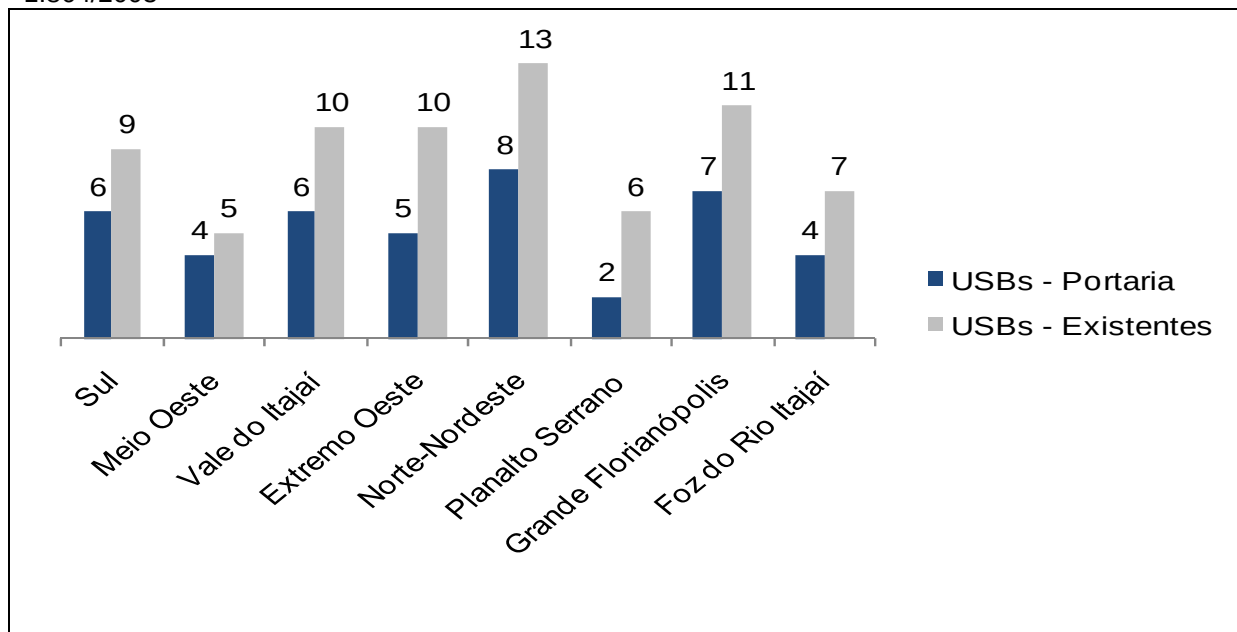
4.109 Os gráficos Gráfico 14 e Gráfico 15 demonstram que o Estado possuía USAs e USBs em quantidade superior ao previsto na Portaria nº 1.864/2003, levando-se em consideração a população máxima atendida, ou seja, 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes para cada USB e 450.000 (quatrocentos e cinquenta mil) habitantes para cada USA.

Gráfico 14: Comparação entre a quantidade de USAs existentes com o estabelecido na Portaria nº 1.864/2003



Fonte: SES – Gerência Estadual do SAMU

Gráfico 15: Comparação entre a quantidade de USBs existentes com o estabelecido na Portaria nº 1.864/2003



Fonte: SES – Gerência Estadual do SAMU

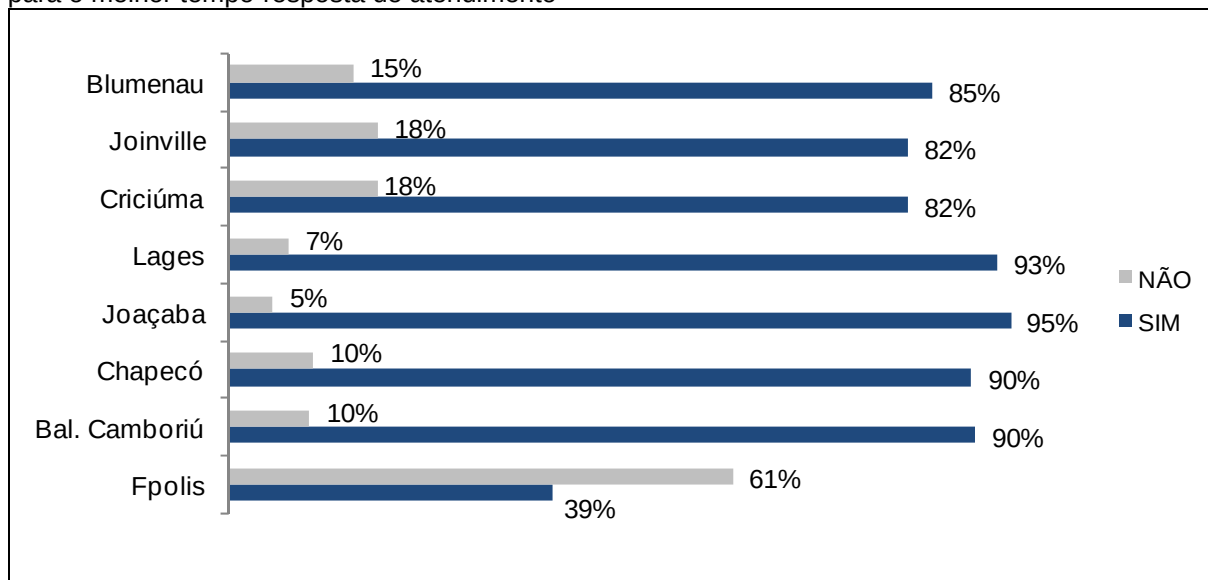
4.110 Todavia, não basta possuir ambulâncias em quantidade suficiente, mas localizá-las em pontos estratégicos com relação ao tempo-resposta e à demanda de atendimento. Disto, foi questionado aos coordenadores das CRs como consideravam a distribuição das USAs na sua mesorregião.

4.111 Somente o coordenador de Lages considerou inadequada a distribuição. Relatou que as duas USAs deveriam estar em Lages devido à demanda ser maior nesta cidade, inclusive porque os pacientes atendidos em São Joaquim (local onde se encontrava a outra USA da mesorregião) precisavam ser transferidos para Lages, pois não existiam hospitais de referência naquele Município.

4.112 Foi perguntado aos profissionais do SAMU/SC se eles consideravam que a localização das USAs contribuía para o melhor tempo-resposta de atendimento. Do total de 334 (trezentos e trinta e quatro) profissionais que responderam o questionamento, 272 (duzentos e setenta e dois) ou 82% responderam que sim.

4.113 Pelo Gráfico 16, percebe-se que a maioria dos profissionais da CR de Florianópolis, 61% dos 46 (quarenta e seis) que responderam o questionário, considerava que a localização das USAs não era adequada. Isto ocorria porque das 04 (quatro) USAs da mesorregião, 03 (três) ficavam sediadas na CR localizada no Centro da Capital.

Gráfico 16: Resposta dos profissionais do SAMU quanto à contribuição da localização das USAs para o melhor tempo-resposta de atendimento



Fonte: Questionário aplicado aos profissionais do SAMU

4.114 O SAMU no Brasil foi instituído inicialmente para atender a um Município ou a uma região metropolitana, a exemplo do SAMU de Campinas/SP e Salvador/BA. Entretanto, em Santa Catarina, o SAMU foi instituído para atender todos os 293 (duzentos e noventa e três) Municípios do Estado. Sendo assim, deve-se levar em conta não apenas a população atendida, mas também a dimensão geográfica.

4.115 Ciente desta situação, o MS estabeleceu critérios para complementação da frota de ambulâncias (fls. 100 e 101 dos autos) para os SAMUs que já se encontravam em operacionalização. Estes critérios levam em consideração a população atendida, a distância entre os Municípios, a situação da malha viária, áreas de difícil acesso, aumento dos atendimentos e tempos-resposta.

4.116 Todavia, o aprofundamento da análise, levando-se em consideração os critérios estipulados pelo MS, ficou prejudicado em virtude da deficiência da SES em apresentar dados gerenciais e índices de desempenho, ou pela falta de informatização das CRs ou pelo sistema utilizado não gerar relatórios gerenciais de localização dos atendimentos e tempos-resposta.

4.117 Na busca de outras evidências, os coordenadores regionais foram questionados sobre a necessidade de ampliação da frota de USAs na mesorregião. Com exceção da CR de Balneário Camboriú, que relatou necessitar apenas de mais uma USB no Município de Itajaí, todos os demais informaram que a quantidade de

USAs para suprir a demanda e melhorar o tempo-resposta dos atendimentos deveria ser ampliada da seguinte forma:

- Mesorregião Sul: 01 (uma) em Criciúma – para transferências e 01 (uma) em Tubarão;
- Mesorregião do Meio-Oeste: 01 (uma) em Caçador ou Videira;
- Mesorregião do Vale do Itajaí: 01 (uma) em Blumenau e 01 (uma) em Rio do Sul;
- Mesorregião do Extremo-Oeste: 01 (uma) em Chapecó – para transferências;
- Mesorregião Norte-Nordeste: 01 (uma) em Joinville e 01 (uma) em Canoinhas;
- Mesorregião do Planalto Serrano: 01 (uma) em Lages - para transferências;
- Mesorregião da Grande Florianópolis: 01 (uma) em Canelinha e 01 (uma) em Rancho Queimado.

4.118 Destas informações, percebe-se que as mesorregiões com sede em Chapecó, Criciúma e Lages alegaram a necessidade de mais USAs em razão do elevado número de transferências inter-hospitalares na região. Destaca-se que as transferências ocorrem pela falta de hospitais de referência, ou seja, com equipamentos e profissionais especialistas nas diversas complexidades médicas e pela falta de leitos de UTI, conforme relatado pelos médicos do SAMU/SC.

4.119 Em algumas cidades a demanda por transferência era muito elevada, acarretando a ausência de ambulância para o atendimento pelo 192. Segundo os coordenadores, fazia-se necessária a existência de ambulância para esta finalidade.

4.120 No caso de Rio do Sul eram cerca de 40 Municípios do Alto Vale de Itajaí dependentes de uma única UTI móvel que era utilizada grande parte do tempo para transferências inter-hospitalares.

4.121 No caso de Lages, que possuía apenas uma UTI móvel e era utilizada para transferências, precisava atender, também, a BR-116 e 282, com distâncias de até 200 Km, além das cidades da região.

4.122 A região de Caçador não possuía USA. Esta região era atendida pela USA de Joaçaba, sendo que dificilmente a ambulância de Joaçaba atendia os chamados daquela região em virtude da distância, pois dependendo da ocorrência, aquelas que envolvem risco de vida, paradas cardio-respiratórias e acidente vascular cerebral, por exemplo, que demandam um tempo-resposta diminuto para o

salvamento ou a redução de seqüelas, não era viável o deslocamento para atendimento.

4.123 No caso da região da Grande Florianópolis, o coordenador relatou que, pelas distâncias e pelo tempo-resposta, as regiões do Vale do Rio Tijucas e da BR-282 até Alfredo Wagner necessitariam de mais USAs.

4.124 O mesmo ocorria na região do Planalto Norte, principalmente a região de Canoinhas e Porto União que distam cerca de 300 km de Joinville onde se encontravam as referências hospitalares e especialidades médicas.

4.125 Apesar de todas as necessidades apontadas nas entrevistas, a Gerência Estadual do SAMU informou que não existia um plano de expansão da frota (fl. 83 dos autos).

4.126 Portanto, **recomenda-se** à SES que elabore 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.

Ambulâncias fora de operação

4.127 Na entrevista realizada com os coordenadores, foi questionado se existia alguma USA daquela mesorregião fora de operação. Constatou-se que 05 (cinco) USAs estavam paradas quando da execução da auditoria, em julho de 2008. Os motivos apontados foram: falta de profissionais, de documentação do veículo ou problemas mecânicos.

4.128 Na CR de Criciúma, uma das duas USAs da mesorregião, a sediada em Criciúma, estava parada há aproximadamente 20 (vinte) dias aguardando conserto. Segundo o coordenador, as oficinas se recusaram a fazer o conserto porque existiam pendências financeiras em todos os locais que prestavam este serviço para o SAMU (fls. 1.726 a 1.737 dos autos). Naquele momento, em substituição à USA fora de operação, estava sendo utilizada uma reserva técnica do Estado.

4.129 A CR de Blumenau havia recebido uma USA nova há aproximadamente 02 (dois) meses, porém estava parada por falta de documentação. Já a USA de Rio do Sul não tinha médico para preencher todas as escalas, portanto, nestas situações, a ambulância ficava parada.

4.130 Na entrevista com o coordenador de Joinville foi registrado que, das 03 (três) USAs localizadas na mesorregião Norte-Nordeste, 01 (uma) estava fora de operação há 20 (vinte) dias, porém estavam utilizando uma USA da reserva técnica. Nesta mesma mesorregião havia revezamento entre os médicos das USAs de Jaraguá do Sul e Mafra para completar a equipe da regulação médica, sendo que, nestas ocasiões, as ambulâncias ficavam paradas.

4.131 Na mesorregião do Extremo-Oeste existiam 03 (três) USAs, sendo que uma estava parada por falta de enfermeiro na equipe.

4.132 Destaca-se que a USA só pode operar como tal quando sua equipe está completa. Portanto, fica parada na falta do motorista-socorrista ou do enfermeiro. Porém, segundo relataram os coordenadores, na ausência do médico, a USA atua como uma USB, o que não se confirmou no caso descrito no parágrafo 4.130.

4.133 Conforme já relatado no parágrafo 3.60, a falta de profissionais é um problema no SAMU/SC. Todas as 08 (oito) CRs existentes estavam com as equipes incompletas, gerando conseqüências como ambulâncias fora de operação.

4.134 Em relação à ambulância estar fora de operação por problemas mecânicos, buscou-se informações sobre as manutenções efetuadas nos veículos do SAMU/SC.

4.135 As ambulâncias do SAMU/SC são da marca Renault e IVECO. Segundo o site da Renault [HTTP://renault.com.br/Master](http://renault.com.br/Master), a revisão deve ser feita a cada 7.500 Km, com tolerância de 1.000 Km para mais ou para menos. Já para as ambulâncias IVECO, produzidas pela FIAT do Brasil, a revisão deve acontecer a cada 10.000 Km, segundo o site [HTTP://www.fiat.com.br/serviços](http://www.fiat.com.br/serviços).

4.136 Neste sentido, foi questionado aos coordenadores das CRs se eram efetuadas manutenções preventivas nas ambulâncias. Das 08 (oito) CRs, 07 (sete) não realizavam este tipo de manutenção nos veículos. Apenas na CR de Balneário Camboriú foi relatada a existência de manutenção preventiva nas ambulâncias daquela região, conforme a quilometragem, a cada 15.000 km.

4.137 Portanto, **recomenda-se** à SES a contratação de serviço especializado para revisão/manutenção preventiva das USAs, de acordo com os manuais dos fornecedores dos veículos.

4.138 Segundo o Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.3.9, as CRs devem estar compostas por um controlador de frota. Porém, não foram localizadas as funções atribuídas a este profissional na legislação pesquisada.

4.139 Constatou-se durante as visitas que nenhuma CR possuía profissional desempenhando o papel de controlador de frota e, ainda, não se sabia a situação diária de cada veículo, com acompanhamento e registro de ocorrências, para conhecimento e programação das manutenções previstas nos manuais de fabricação dos veículos, consertos e limite de quilometragem para substituição.

4.140 Cabe destacar que, devido ao reduzido número de USAs por mesorregião, não se revelou necessária a contratação de um profissional exclusivamente para exercer o controle de frota, apesar de constar no Plano Estadual de Atenção às Urgências. Sendo assim, esta função pode ser exercida por qualquer outro profissional designado pela Gerência Estadual ou Coordenação Regional.

4.141 Assim, **recomenda-se** à SES que realize o controle da frota de ambulâncias, com acompanhamento e registro de ocorrências, para conhecimento e programação das manutenções previstas nos manuais de fabricação dos veículos, consertos e limite de quilometragem para substituição.

EQUIPAMENTOS E SISTEMAS

4.142 A Portaria nº 2.657/2004, do Ministério da Saúde, e o Plano Estadual de Atenção às Urgências estabelecem que as CRs devem estar estruturadas e equipadas com algumas ferramentas. Disso foi verificada a existência e o funcionamento dos equipamentos e sistemas disponíveis.

Sistema Informatizado de Dados

4.143 A Portaria nº 2.657/2004, Anexo, 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 de regulação devem dispor de sistema de informática e de gravação de voz contínua.

4.144 A Gerência Estadual do SAMU informou que as CRs de Joaçaba e Lages não dispunham destes equipamentos e sistemas (fl. 353 dos autos),

colocando como prazo provável para instalação o mês de junho de 2008. Em visita a estas CRs, em julho do corrente ano, constatou-se que continuavam sem o sistema informatizado e de gravação, realizando a regulação através de fichas.

4.145 Durante a visita à CR de Lages, ocorreu o recebimento de um grande número de chamadas. O TARM recebia a ligação e preenchia uma ficha de atendimento que era passada para o médico regulador e, em seguida, para o radioperador, a quem competia acionar a ambulância. Esta sistemática de trabalho, gerava certa confusão na sala de regulação, como troca de fichas e, conseqüentemente, anotações de dados em fichas erradas, conforme relataram os profissionais que lá atuavam. Percebeu-se, também, que a utilização das fichas manuais comprometia o tempo-resposta da sala de regulação.

4.146 Disto, **recomenda-se** à SES que disponibilize equipamentos e sistema informatizado de dados e de gravação de voz nas CRs de Lages e de Joaçaba, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais SAMU-192, item I, “g” e “h”, do Ministério da Saúde.

4.147 As CRs de Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis e Joinville utilizavam o sistema informatizado de dados disponibilizado pelo Ministério da Saúde, através do DATASUS (fl. 353 dos autos). Já a CR de Balneário Camboriú utilizava-se de um sistema diferente das demais, em virtude de estar sediada em uma Central de Emergências integrada com a Polícia Militar.

4.148 Os relatórios do SAMU eram divulgados mensalmente, com dados de atendimento acumulativos desde o início do ano, ou seja, o relatório de fevereiro de 2008 apresenta os dados de janeiro e fevereiro de 2008 e assim por diante até que se encerre o ano.

4.149 Em maio deste ano o relatório apresentou divergências de dados com relação ao divulgado nos meses anteriores. A Gerência Estadual citou no relatório (fl. 304-verso dos autos) que “foram feitas algumas correções nas estatísticas deste mês em relação aos meses anteriores, no número de atendimentos do estado”.

4.150 Esta situação gera dúvidas quanto à confiabilidade dos dados dos sistemas e dificuldade para obtenção de dados e indicadores úteis para a gestão do serviço. Além disto, a utilização de sistemas diferentes impedia a interligação dos sistemas entre as CRs, principalmente no tocante às transferências inter-

hospitalares, e das Centrais com a Gerência Estadual, servindo, desta forma, como ferramenta de gestão.

4.151 Desta forma, **recomenda-se** à SES que utilize sistema de dados informatizado único em todas as CRs, permitindo a interligação dos sistemas entre as Centrais e destas com a Gerência Estadual.

4.152 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. Em Chapecó informaram que, apesar de haver sistema informatizado, não tinham conhecimento se ocorria a gravação de voz.

4.153 Para que ocorresse a gravação deveria haver um equipamento que conectava o aparelho telefônico ao computador, porém em Florianópolis, somente um telefone possuía este conector. Sendo assim, somente as ligações recebidas por este aparelho eram gravadas.

4.154 Em Criciúma, ocorria somente a gravação nos ramais dos TARMs, porém, quando a ligação era transferida para o médico regulador, a gravação era interrompida. Não souberam explicar o motivo.

4.155 Além disto, as CRs que possuíam a gravação relataram dificuldade na recuperação dos dados e falta de assistência técnica dos equipamentos. Em Blumenau foi relatado que só era possível recuperar as gravações ocorridas há, no máximo, 30 (trinta) dias.

4.156 Sendo assim, **recomenda-se** à SES que grave todas as comunicações efetuadas via rádio e telefone das salas de regulação, conforme Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais SAMU-192, item I, “g”, do Ministério da Saúde.

4.157 Atentou-se também para a existência de cópias de segurança, tanto dos dados da regulação médica, quanto das gravações de voz. Na CR de Florianópolis foi relatado que estava ocorrendo a cópia, porém se apagava a cada 30 (trinta) dias. Já nas CRs de Chapecó, Criciúma e Joinville havia dúvidas quanto à cópia de segurança, pois o sistema não recebia manutenção periódica e não havia profissional habilitado na CR para realizar este serviço.

4.158 Portanto, **recomenda-se** à SES que providencie cópia de segurança dos registros efetuados no sistema informatizado e das gravações de voz e efetue cópia periodicamente.

4.159 A obtenção de dados e indicadores durante o planejamento de auditoria foi difícil, tanto junto à Gerência Estadual quanto ao DATASUS, em virtude de o sistema possuir número limitado de relatórios e de ser um sistema fechado, ou seja, não era possível reprogramá-lo para a emissão de novos relatórios. Neste sentido, as coordenações regionais das CRs informaram que o sistema utilizado não fornecia relatórios que servissem como ferramenta de gestão.

4.160 Através da observação *in loco*, constatou-se que os sistemas informatizados utilizados pelas CRs de Balneário Camboriú, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis e Joinville possibilitavam o registro dos dados referentes aos horários de atendimentos pelos TARMs, pelos médicos reguladores, de acionamento das ambulâncias, de chegada e saída do local da ocorrência, de chegada e saída do hospital, bem como de retorno da ambulância à base, porém os sistemas não permitiam a extração de relatórios de tempo-resposta.

4.161 Além disso, dados sobre tempo-resposta e casuística de atendimento, que deveriam ser enviados ao Ministério da Saúde trimestralmente para acompanhamento e avaliação das ações, conforme estabelece a Portaria nº 1.864/2003, Anexo, item 1, do Ministério da Saúde, não estavam sendo enviados, pois o sistema não disponibilizava os relatórios e a extração manual dos dados era considerada difícil diante do número de ligações atendidas e atendimentos realizados pelo SAMU.

4.162 Ainda sobre o sistema informatizado, durante a visita às CRs, os profissionais que atuavam na sala de regulação disseram que ele caía freqüentemente, o que se pode observar durante a visita, não era ágil, possuía muitas telas e dados desnecessários, portanto não eram preenchidos, e, ainda, a falta de campos para registro de dados considerados necessários/úteis para o atendimento. Ressalta-se que o preenchimento incompleto dos dados prejudica a obtenção de indicadores confiáveis.

4.163 Disso, **recomenda-se** à SES que disponibilize sistema de dados informatizado adaptado às necessidades do SAMU, em todas as CRs, de forma a agilizar o atendimento das salas de regulação, emitir relatórios com os indicadores

solicitados pela Portaria nº 1.864/2003, Anexo, item 1, do Ministério da Saúde, e outros que sirvam de fonte de informações para a gestão do serviço.

Canais de Comunicação

4.164 Uma das estratégias de ação apontadas no Capítulo 9 do Plano Estadual de Atenção às Urgências (p. 47) é a de:

[...] dotar a central de recepção e regulação de equipamentos que possibilitem resposta à demanda de chamados e a expedição de ambulâncias no menor tempo, permitindo o contato permanente entre as equipes de intervenção/ atendimento e o médico regulador.

4.165 Com relação aos canais de comunicação, a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192, item I, “f”, estabelece que as CRs devem dispor de:

f) sistema de comunicação direta entre os rádio-operadores, as ambulâncias, suas bases operacionais e de estabilização, outras unidades de saúde e outras centrais de regulação, bem como com outros atores diretamente relacionados aos atendimentos móveis, como o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil, a Polícia Militar, Operadoras Privadas de Serviços Móveis de Urgência e outros.

4.166 O Plano Estadual de Atenção às Urgências, no item 12.2.8, detalha a Portaria nº 2.657/2004, relacionando os equipamentos necessários nas CRs para a comunicação direta entre os atores internos e externos:

m) Linhas dedicadas: Três linhas dedicadas para contato com os serviços de saúde, Corpo de Bombeiros, Polícias, dentre outros.
n) Frequência de rádio exclusiva para comunicação entre o SAMU-192 e os bombeiros, polícia e serviços privados.
o) Equipamentos necessários para comunicação por telefone e radiocomunicação para as ambulâncias.

Todas as unidades móveis deverão contar com no mínimo dois sistemas de comunicação: telefonia móvel (celular) e rádio-comunicador, evitando-se assim ao máximo ficar sem comunicação com a central de regulação.

4.167 Com base nisto, foi verificada a existência e a efetiva utilização destes sistemas de comunicação direta entre os atores relacionados no parágrafo 4.165, nas 08 (oito) CRs.

4.168 No que diz respeito às linhas dedicadas, somente a CR de Joinville dispunha deste tipo de linha, porém era apenas 01 (uma) linha, a qual era utilizada exclusivamente para contato entre a CR e as ambulâncias; os demais atores (Corpo

de Bombeiros, Polícias, Serviços de Saúde, dentre outros) acionavam o SAMU através da linha 192.

4.169 Através da lista de checagem da estrutura física, com base na Portaria nº 2.657/2004 e no Plano Estadual de Atenção às Urgências, e da observação direta, verificou-se em todas as CRs que as equipes intervencionistas do SAMU e os atores externos (Polícia, Bombeiros e Hospitais) utilizavam a linha 192 para acionar a Central de Regulação.

4.170 Com relação à frequência de rádio exclusiva entre o SAMU e atores externos, verificou-se que as CRs de Criciúma, Florianópolis, Joaçaba e Lages dispunham de equipamento de rádio disponibilizado pelo Corpo de Bombeiros, porém apenas ouviam as comunicações efetuadas entre eles, ou seja, não o utilizavam para comunicação.

4.171 Sendo assim, **recomenda-se** à SES que disponibilize linha direta (ou linha dedicada) e frequência de rádio exclusiva para comunicação entre os atores, conforme Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192, item I, “f”, do Ministério da Saúde.

4.172 Quanto ao equipamento de radiocomunicação nas ambulâncias, efetivamente todas as CRs e ambulâncias possuíam rádio, porém em todas as CRs houve reclamações sobre a qualidade e a abrangência do sinal. Geralmente o sinal do rádio só funcionava nos Municípios sede das CRs ou, no máximo, até o Município vizinho.

4.173 Todos os coordenadores regionais do SAMU informaram em entrevista que o sinal de rádio não abrangia toda a mesorregião, obrigando as equipes a utilizarem o telefone móvel (celular) para fazer contato com a regulação médica. Além disso, relataram que havia várias áreas da mesorregião que não recebia sinal de celular, impossibilitando a atuação da regulação médica. Na CR de Blumenau se presenciou tentativas frustradas de contato via rádio, impossibilitadas pela má qualidade do sinal.

4.174 O Plano Estadual de Atenção às Urgências coloca no item 12.2.8 os equipamentos necessários para o funcionamento das CRs, dentre eles 08 (oito) torres de transmissão de sinais de rádio instaladas em cada uma das 08 (oito) CRs, totalizando 64 (sessenta e quatro) torres e mais 20 (vinte) torres de transmissão de

sinais de rádio com repetidoras, instaladas em cumes montanhosos para instalação da rede de comunicação via rádio em todo o Estado.

4.175 Com base nisto, foi solicitado à Gerência Estadual do SAMU a quantidade e os locais de instalação destas antenas e repetidoras. Na resposta (fls. 2055 a 2058 dos autos) consta que foram instaladas 26 (vinte e seis) torres e 18 (dezoito) repetidoras, conforme apresentado no Quadro 6.

Quadro 6: Relação de antenas e repetidoras instaladas no Estado

Município	Quantidade Antenas	Quantidade Repetidoras
Balneário Camboriú	03	03
Blumenau	03	03
Chapecó	03	02
Criciúma	03	02
Florianópolis	03	02
Joaçaba	03	00
Joinville	03	03
Lages	01	02
Itapema	01	01
Serraria	01	00
Santo Amaro da Imperatriz	01	00
Braço do Norte	01	00
Total	26	18

Fonte: SES – Gerência Estadual do SAMU

4.176 Percebe-se no Quadro 6 que menos da metade das antenas transmissoras a serem instaladas nas CRs efetivamente as foram.

4.177 Disto, **recomenda-se** à SES que garanta a comunicação entre as equipes de intervenção e as CRs, através da instalação de antenas e repetidoras para comunicação via rádio, conforme o Plano Estadual de Atenção a Urgências, item 12.2.8, ou outro meio técnica, econômica e operacionalmente .

4.178 Percebeu-se que, mesmo onde o sinal de rádio funcionava com qualidade, os profissionais das ambulâncias não o utilizavam para a regulação médica, ficando seu uso restrito apenas para a comunicação do endereço da ocorrência pelo radioperador para a equipe e dos horários de movimentação da ambulância.

4.179 Esta prática diverge do disposto na Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, do Ministério da Saúde, no tocante ao monitoramento pelo médico regulador, **via rádio**, orientando a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso.

4.180 Destaca-se que a sala de regulação possuía apenas um equipamento de rádio que ficava à disposição do radioperador, ou seja, os médicos não dispunham de equipamento de rádio para a regulação médica através deste canal.

4.181 Desta forma, **recomenda-se** à SES que disponibilize equipamentos de radiocomunicação para os médicos reguladores que permitam a regulação médica via rádio de todas as equipes em atendimento, conforme determina a Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, do Ministério da Saúde.

4.182 Conforme citado no parágrafo 4.166, as ambulâncias devem ser estruturadas com equipamento de rádio e de telefonia móvel (celular), evitando assim ficar sem comunicação com a CR.

4.183 Constatou-se que as ambulâncias da CR de Lages não possuíam celular fornecido pelo Estado e na CR de Chapecó muitos aparelhos estavam quebrados. Nestes casos, os profissionais eram obrigados a utilizar seus próprios aparelhos para se comunicarem com a regulação médica, ligando para a linha 192, provocando congestionamento da linha e, quando ocupada, aumento do tempo de permanência da equipe no local da ocorrência.

4.184 Disto, **recomenda-se** à SES que disponibilize telefones móveis (celulares) para todas as ambulâncias USA e USB, programados de forma a utilizarem as linhas dedicadas das CRs, a fim de evitar o congestionamento das linhas 192 e agilizar o atendimento das equipes intervencionistas, conforme previsto no Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.2.8, “o”.

4.185 Foi relatado nas CRs de Blumenau e Balneário Camboriú que ligações de algumas operadoras de telefonia móvel (não souberam especificar quais) que deveriam ser atendidas por esta última estavam sendo direcionadas para a CR de Blumenau. O direcionamento incorreto de ligações vinha ocorrendo desde o final de janeiro de 2008, quando a mesorregião atendida pela CR de Blumenau foi dividida e criada a mesorregião da Foz do Rio Itajaí, atendida pela CR de Balneário Camboriú.

4.186 Constatou-se, porém, que o direcionamento incorreto ocorria também de telefones fixos, conforme relato de profissionais da CR de Blumenau.

4.187 Esta situação prejudicava o atendimento tempestivo de casos extremamente graves, como se pode acompanhar na CR de Blumenau de uma vítima de parada cardiorrespiratória que veio a falecer sem atendimento, pois o solicitante só conseguiu contato com a CR depois de mais de 01 (uma) hora da ocorrência.

4.188 Sendo assim, **recomenda-se** à SES que exija das operadoras de telefonia fixa e móvel o correto direcionamento das chamadas.

Inexistência de equipamentos

4.189 Dentre os equipamentos necessários para a CR descritos no item 12.2.8, “d”, do Plano Estadual de Atenção às Urgências, consta a existência de identificador de chamadas. Destaca-se que a identificação do número de telefone que ligou para o 192 é fundamental para efetuar-se qualquer registro no sistema informatizado. Sendo assim, foi verificada a existência dos identificadores em todos os telefones das CRs que recebiam chamadas 192, de forma a agilizar o atendimento dos TARMs e viabilizar o registro de todos os trotes.

4.190 Dos 03 (três) telefones que recebiam chamadas 192 na CR de Florianópolis, 01 (um) não possuía identificador de chamadas. A mesma situação foi encontrada em 02 (dois) aparelhos dos 04 (quatro) existentes na sala de regulação de Lages.

4.191 Já na CR de Blumenau todos os aparelhos telefônicos possuíam identificador de chamadas, porém relataram que o equipamento não identificava o número do telefone se a ligação fosse originária de celulares de determinadas operadoras, mas não souberam informar quais.

4.192 A CR de Balneário Camboriú utilizava o EMAPE, sistema informatizado da Polícia Militar que captura automaticamente o número do telefone que está chamando a Central.

4.193 Então, **recomenda-se** à SES que disponibilize equipamentos de identificação de chamadas em todos os telefones que recebem ligações para o 192, conforme o Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.2.8, “d”, ou sistema informatizado que execute a captura automática dos números de telefone.

5 A PRODUÇÃO DE INDICADORES

5.1 A Portaria nº 2.657/2004, do Ministério da Saúde, que estabelece atribuições às Centrais de Regulação, assevera que estas se constituem em observatório privilegiado da saúde.

As Centrais de Regulação de Urgências – Centrais SAMU-192 constituem-se em “observatório privilegiado da saúde”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, **devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral.** (grifo nosso)

5.2 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)

5.3 O Ministério da Saúde preocupou-se com a criação de indicadores de desempenho quando instituiu o componente pré-hospitalar móvel, através da Portaria nº 1.864/2003, tanto que a criação de indicadores é pré-requisito para a implantação do sistema.

Art. 6º - Definir que a captação de recursos necessários a implantação do componente pré-hospitalar móvel [...] ficará condicionada à comprovação do cumprimento dos seguintes pré-requisitos e **compromissos:**
[...]

j) **apresentação trimestral de indicadores de desempenho do serviço**, baseados no tempo-resposta e seus componentes, casuística de atendimento e taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar, conforme Anexo, Item A. (grifo nosso)

5.4 Os indicadores constantes do item A do Anexo da referida Portaria são os seguintes:

1.O acompanhamento e avaliação das ações será efetuado por intermédio da apresentação trimestral de casuística e de indicadores de desempenho a seguir relacionados:

- 1.1 - tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência;
- 1.2 - tempo médio decorrido no local da ocorrência;
- 1.3 - tempo médio de transporte até a unidade de referência;
- 1.4 - tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência);

- 1.5 - indicadores de adequação da regulação (% de saídas de veículos de Suporte Avançado após a avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico);
- 1.6 - taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar;
- 1.7 - mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24 horas);
- 1.8 - casuística de atendimento de urgência por causa clínica e as relacionadas às causas externas, considerando a localização das ocorrências e suas causalidades, idade, sexo, ocupação, condição gestante e não gestante.

5.5 Portanto, o sistema informatizado deve possuir dados capazes de constituir estatísticas e indicadores que possam identificar ações ou políticas públicas para melhoria do SAMU, da saúde e de outras áreas.

APRESENTAÇÃO TRIMESTRAL DE INDICADORES DE DESEMPENHO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

5.6 Sobre a apresentação de indicadores de desempenho ao MS foi solicitada à Gerência Estadual do SAMU, cópia dos documentos apresentados ao MS, desde a criação do SAMU/SC (f. 349 dos autos).

5.7 A Gerência Estadual respondeu que estas informações constam do Plano Estadual de Atenção às Urgências. Contudo, o Plano foi elaborado em dezembro de 2003, antes da implantação do SAMU em Santa Catarina que foi no final de 2005 e, ainda assim, nada consta sobre indicadores de desempenho do SAMU/SC.

5.8 Desta forma, restou a ausência da comprovação de que as CRs e a Gerência Estadual têm apresentado os indicadores de desempenho do serviço para O MS. A apresentação destes indicadores, assim como a produção e a utilização são fortes fontes para a melhoria do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral.

5.9 Sendo assim, **recomenda-se** à SES que acompanhe e avalie as ações do SAMU por intermédio da apresentação trimestral de casuística e de indicadores de desempenho exigidos na Portaria nº 1.864/2003, Anexo, item A, do Ministério da Saúde.

PRODUÇÃO DE INDICADORES PARA A GESTÃO DO SERVIÇO E A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

5.10 Com intuito de verificar a produção de indicadores pelas CRs, foram entrevistados os coordenadores das Centrais de Regulação de Balneário Camboriú, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joaçaba, Joinville e Lages.

5.11 Todos afirmaram que produziam indicadores e, quando perguntados quais indicadores eram produzidos, todos responderam que eram aqueles solicitados pela Gerência Estadual. Porém, analisando os relatórios encaminhados, verificou-se que tratavam de quantitativos dos atendimentos efetuados, tais como, total de chamadas, número de trotes, de informações prestadas e atendimentos, e não de indicadores do serviço.

5.12 Alguns coordenadores responderam que tomaram a iniciativa de produzir indicadores, apresentados no Quadro 7.

Quadro 7: Indicadores produzidos pelas CRs

Central de Regulação	Indicadores Produzidos
Balneário Camboriú (f. 1.530 dos autos)	- número de ligações perdidas; - tempo-resposta dos TARMs; - tempo-resposta dos médicos reguladores; - número de atendimentos por USA e USB.
Lages (f. 1.632 dos autos)	- atendimentos por USA e USB; - destino dos pacientes; - transferências municipais e intermunicipais.
Joinville (f. 1.806 dos autos)	- destino dos pacientes; - atendimento por bairro; - atendimento por faixa etária; - atendimento por horário; - atendimento por sexo; - atendimento por queixa identificada; - atendimento por tipo de trauma; - atendimentos em código 01 e 02; - percentual de pacientes que usaram psicotrópicos; - atendimentos por Municípios.
Blumenau (f. 1.864 dos autos)	- atendimentos por Município; - tempo-resposta por ambulância; - mapeamento da rede de atendimento de saúde dos Municípios.

Fonte: Entrevista com os coordenadores das CRs

5.13 Perguntou-se, ainda, aos coordenadores das CRs como e de onde eram extraídos os dados e indicadores. As respostas estão apontadas no Quadro 8.

Quadro 8: Fonte de informações utilizadas para a produção de indicadores

Fonte das informações	Fpolis	Balneário	Chapecó	Joaçaba	Lages	Criciúma	Joinville	Blumenau	Total
Do sistema informatizado	X	X				X	X	X	5
Das fichas de regulação				X	X			X	3
Das fichas das ambulâncias			X	X	X	X	X		5

Fonte: Entrevista com os coordenadores das CRs

5.14 Ressalta-se que as CRs de Joaçaba e Lages não possuíam sistema informatizado, porém a CR de Lages produzia os indicadores com dados extraídos das fichas de atendimento. As CRs de Chapecó e de Criciúma, apesar de possuírem sistema informatizado não o utilizavam para a produção de indicadores.

5.15 Com base na entrevista feita aos coordenadores regionais do SAMU, constatou-se que, das Centrais que possuíam sistema informatizado, Balneário Camboriú, Blumenau e Joinville, por iniciativa própria, trabalham os dados, criando estatísticas que podem servir como ferramentas de gestão para o sistema de saúde da região, porém estes dados não eram repassados para a Gerência Estadual.

5.16 Destaca-se que a iniciativa de Joinville partiu da Secretaria de Saúde do Município, remunerando uma técnica de enfermagem que trabalhava numa USB para, nas horas vagas, coletar os dados do sistema e das fichas das ambulâncias, tabulá-los e criar estatísticas acerca de atendimentos por bairro, faixa etária, horário, queixa identificada, trauma e códigos 1 ou 2.

5.17 Estas estatísticas podem servir tanto para analisar o desempenho do SAMU como para identificar as maiores incidências de atendimentos clínicos e traumas, por bairro ou região do Município, podendo orientar políticas públicas nas áreas de saúde, segurança, trânsito ou planejamento urbano. Contudo, ainda está limitada ao Município de Joinville, não atingindo toda a mesorregião.

5.18 No que se refere à CR de Blumenau, existia um servidor administrativo que consolidava dados em planilhas eletrônicas de dados no que tange a atendimentos por Município da região, à tabulação de tempo-resposta por

ambulância e o mapeamento da rede de atendimento de saúde dos Municípios da mesorregião.

5.19 A exemplo das estatísticas criadas nas CRs mencionadas no parágrafo 5.15, as produzidas na CR de Joinville e Blumenau também não eram enviadas para a Gerência Estadual do SAMU. Portanto, não era uma iniciativa planejada da Gerência Estadual com a finalidade de criação de indicadores de desempenho do SAMU ou de criação de indicadores orientados à gestão das políticas públicas da região.

5.20 Desta forma, **recomenda-se** à SES que:

1. Produza indicadores em cada mesorregião do SAMU com relação à (ao):
 - % 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);
2. Encaminhe os indicadores levantados aos órgãos competentes, como Secretarias 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.

5.21 Em relação à posição do SAMU diante dos demais serviços de saúde que acarretam em demanda ao atendimento pré-hospitalar de urgência a Portaria nº

1.864/2003, Anexo, item B, dispôs que cabe ao gestor estadual (entenda-se Gerência Estadual do SAMU):

3.7 – compilar, consolidar dados e realizar a análise epidemiológica das demandas direcionadas às Centrais SAMU-192, no âmbito estadual, identificando lacunas assistenciais e subsidiando ações de planejamento ou investimento e de controle do SUS.

5.22 Com base nesta função, foram perguntadas aos coordenadores regionais quais as carências de especialidades médicas e equipamentos na sua mesorregião.

5.23 Apenas em Balneário Camboriú não foi apontada nenhuma carência. Os coordenadores das demais CRs apresentaram problemas quanto à falta de leitos; condições de diagnóstico; especialidades médicas, como neurologista e neurocirurgião; hospitais de referência na mesorregião para as mais diversas patologias; e Central de Leitos.

5.24 Estas são evidências que demonstram lacunas assistenciais na área de saúde do Estado, todavia não se configuram em novidade para a Administração Pública Estadual. As atas dos Comitês Gestores Estadual e Regionais (fls. 807 a 1.166 dos autos) registram todas estas carências apontadas pelos coordenadores entrevistados.

5.25 Ressalta-se, porém, que as lacunas assistenciais quanto às especialidades médicas, equipamentos de elucidação diagnóstica, hospitais de referência, leitos, dentre outras poderão ser visualizadas através da análise dos indicadores sugeridos por este Tribunal no parágrafo 5.20, ou outros que venham a ser elaborados pela administração do SAMU.

6 A ATUAÇÃO CONJUNTA NOS PEDIDOS DE SOCORRO MÉDICO

6.1 Em Santa Catarina o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência é realizado pelo SAMU, com unidades de suporte avançado e básico de vida; pelo Corpo de Bombeiros (COBOM), com unidades de suporte básico de vida; e, em Joinville, também pela Polícia Militar (PM), com unidade de suporte básico de vida. Além destes, este serviço também é prestado pelas Polícias Rodoviárias Federal e Estadual, todavia estes não fizeram parte do escopo da auditoria.

A DIVISÃO DE ÁREAS DE ATUAÇÃO ENTRE AS INSTITUIÇÕES

6.2 Por existirem três instituições que realizam atendimentos móveis de urgência, foi solicitado a cada uma delas documentos que contenham seus objetivos e competências, a fim de verificar se existem conflitos de competências.

6.3 O documento enviado pela PM (fls. 51 a 57 dos autos) apresenta as diretrizes de ação operacional na área de atuação da Central 190, sendo que o serviço destina-se ao atendimento de chamadas de emergências referentes a “atos delituosos e/ou situações críticas que ofereçam risco à vida, ao patrimônio, e à incolumidade pública”. Ou seja, em nenhum momento o documento cita o atendimento pré-hospitalar móvel de urgências.

6.4 O documento enviado pelo COBOM (fls. 62 a 66 dos autos) trata do Procedimento Operacional Padrão (POP) para atendimento pré-hospitalar de urgências e emergências. Este documento aponta dentre as competências dos socorristas dos bombeiros: “realizar manobras de suporte **básico** de vida”. (grifo nosso). Ressalta, ainda, no item 6, “f” e “g”, a proibição do COBOM para a realização de atendimentos exclusivamente clínicos:

f. **Fica proibida a realização de atendimentos de cunho exclusivamente clínico**, além do transporte de pacientes de hospital para hospital, ou ainda, do hospital para casa, pois estes atendimentos transferem para o Sv de APH do CBMSC uma responsabilidade que é **exclusiva da unidade hospitalar e que necessita de supervisão médica, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde.**

g. **Os atendimentos clínicos são de responsabilidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192)** e, em princípio, não serão atendidos pelo CBMSC. (grifo nosso)

6.5 Ou seja, os bombeiros têm competência para atender casos traumáticos, sendo que os casos clínicos devem ficar sob responsabilidade do SAMU.

6.6 Para verificar se estava ocorrendo o direcionamento dos casos clínicos para o SAMU, foram entrevistados os coordenadores das Centrais 190 e 193 das cidades de Balneário Camboriú, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joaçaba, Joinville e Lages. Na ocasião foi perguntado aos coordenadores se haviam recebido alguma orientação sobre as situações de atendimento que devem ser repassados ao SAMU.

6.7 Com relação à PM, destaca-se o funcionamento da Central Integrada de Balneário Camboriú, onde os casos de saúde eram repassados imediatamente para o SAMU, através da transferência da ligação do ramal 190 para o 192, ou seja, sem que o solicitante precisasse realizar nova ligação.

6.8 Das demais Centrais 190 visitadas, Blumenau, Chapecó e Lages informaram que não tinham conhecimento de quais casos devem ser repassados ao SAMU. Os coordenadores de Blumenau e Chapecó informaram que preferiam acionar o Corpo de Bombeiros quando a vítima precisava de atendimento pré-hospitalar de urgência.

6.9 Nas Centrais 193 constatou-se que algumas não receberam nenhuma orientação quanto às ocorrências que devem ser encaminhadas para o SAMU, como foi relatado em Chapecó e Joaçaba.

6.10 Assim, **recomenda-se** à SSP que dissemine a todos os profissionais da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina quais casos são atendidos pelo SAMU.

6.11 Os coordenadores das Centrais 193 de Balneário Camboriú, Blumenau, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages informaram que tinham conhecimento da divisão de tarefas, ou seja, atendimentos clínicos devem ser realizados pelo SAMU e traumáticos, pelo COBOM. Todavia, em Balneário Camboriú, Florianópolis e Lages, os coordenadores relataram que, apesar de haver esta divisão, atendiam todo tipo de caso, independente da causa. O coordenador de Blumenau informou que procurava cumprir o acordo, porém, quando o SAMU negava o atendimento e o COBOM percebia que o solicitante não possuía condições de procurar atendimento por meios próprios, ou seja, detectava a necessidade social

do caso, acabava enviando a ambulância para fazer o transporte do paciente até o serviço de saúde, tarefa esta que cabe ao serviço social da Prefeitura.

6.12 Sendo assim, **recomenda-se** à SSP que faça o COBOM cumprir o POP para atendimento pré-hospitalar de urgências e emergências, item 6, “f” e “g” que proíbe seus profissionais a realizarem atendimentos de cunho exclusivamente clínico.

REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

6.13 Conforme a Portaria nº 2.048/2002, a regulação médica das urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Neste sentido, o Capítulo II, item 3, da Portaria estipula que:

Os Corpos de Bombeiros Militares (incluindo as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS.

6.14 Para isto a Portaria determina no Capítulo IV que:

Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

6.15 A Portaria nº 2.048/2002, Capítulo II, atribui ao médico regulador a responsabilidade de monitorar e orientar o atendimento feito por profissionais da área da saúde, segurança ou bombeiro militar, respeitando o limite das competências de cada profissional.

6.16 Durante a visita *in loco* foi observado nas CRs de Balneário Camboriú e Blumenau o acionamento de ambulâncias do COBOM para atendimentos de casos recebidos pelo SAMU, e em Criciúma o médico regulador pediu para o solicitante acionar a Central 193, pois o SAMU não dispunha de ambulâncias no momento. Em nenhum destes casos as equipes intervencionistas retornaram o contato para o médico regulador, ou seja, não houve regulação médica do caso. Da mesma forma, não foi observado em nenhuma CR o contato de equipes da PM, especificamente em Joinville, ou do COBOM para se submeterem à regulação médica do SAMU.

6.17 Segundo informações do Comando-geral do Corpo de Bombeiros e obtidas nas entrevistas com os coordenadores regionais do COBOM e da PM de Joinville, a filosofia de atuação do SAMU segue o padrão francês, enquanto o atendimento pré-hospitalar realizado pela PM de Joinville e pelo COBOM segue o modelo americano. No modelo americano não existe o papel da regulação médica e, por isso, os profissionais que atuam conforme essa filosofia não aceitam reportar-se à regulação médica do SAMU.

6.18 Inclusive o COBOM passou a orientação aos seus profissionais neste sentido, conforme consta do POP enviado a este Tribunal (fls. 62 a 66 dos autos), como segue:

i. Operacionalmente, o COBOM não recebe ordens do médico regulador do SAMU, no entanto, sempre que uma viatura de suporte avançado do SAMU chegar numa cena de emergência, o atendimento do/s paciente/s deverá ser transferido para o médico na cena da emergência.

6.19 Pelo atendimento pré-hospitalar de urgência se tratar de um serviço de saúde, todos os profissionais que nele atuam devem obediência às regras do Ministério da Saúde, inclusive quanto à regulação médica das ocorrências.

6.20 Sendo assim, **recomenda-se** à SSP que faça cumprir o disposto na Portaria nº 2.048/2002, Capítulo II, item 3 e Capítulo IV, do Ministério da Saúde, no tocante à regulação médica dos atendimentos de urgências realizados por profissionais da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

COMUNICAÇÃO ENTRE AS CENTRAIS 190, 192 E 193

6.21 Com a disseminação dos telefones móveis (celulares) é comum ocorrer o acionamento de socorro para as três centrais (190, 192 e 193) para atendimento de uma mesma ocorrência. Entretanto, cada agente tem funções e competências específicas e, dependendo do caso, deve haver a atuação conjunta dos profissionais da PM, SAMU e COBOM, conforme aponta o Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 10.2.1, cada um seguindo suas funções e competências principais:

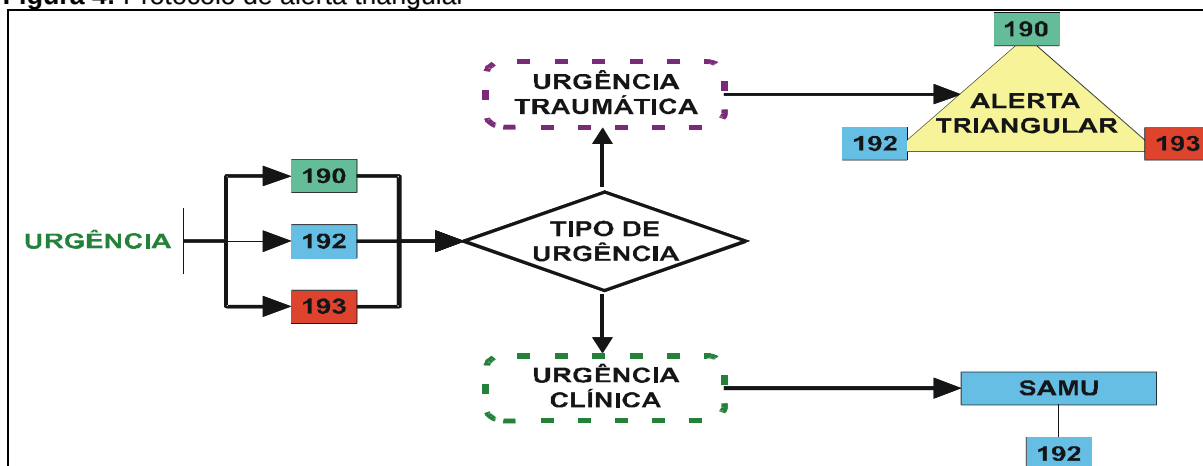
- Central 192 – SAMU – COMPONENTE DE SAÚDE
Regulação de Urgência da Saúde – Aspectos Médicos
- Central 190 – COMPONENTE POLICIAL
Central de Chamadas da Polícia – Aspectos Policiais e de Segurança Pública
- Central 193 – COMPONENTE DE SALVAMENTO E RESGATE
Central de Chamadas dos Bombeiros – Aspectos de Resgate e Segurança à Vítima

6.22 Sob esta ótica, dispõe a Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1 que:

[...] em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde – bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos) obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

6.23 Para esclarecer os casos em que deve ocorrer a atuação conjunta dos profissionais do SAMU, Corpo de Bombeiros e Polícia Militar, o Plano Estadual de Atenção às Urgências apresentou o protocolo de alerta triangular para atendimento das urgências traumáticas, representado pela Figura 4.

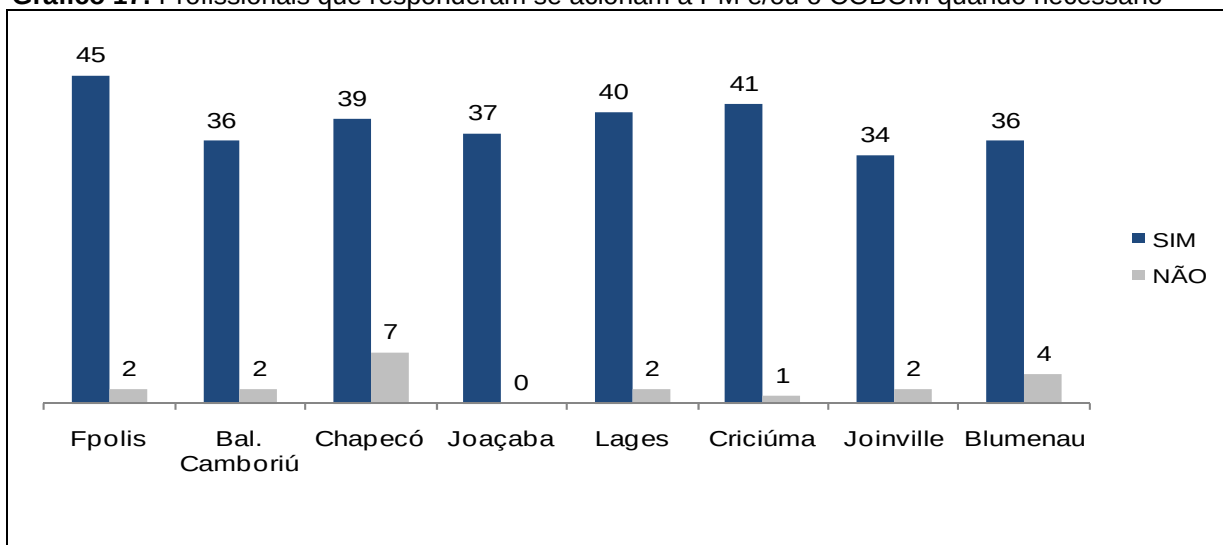
Figura 4: Protocolo de alerta triangular



Fonte: SES – Plano Estadual de Atenção às Urgências

6.24 No questionário aplicado aos profissionais do SAMU foi perguntado se estes acionavam as Centrais 190 e 193 quando detectavam a necessidade da atuação destes profissionais na cena da ocorrência. As respostas apontaram que 94% dos 328 (trezentos e vinte e oito) profissionais que responderam a questão, ou seja, a maioria deles entrava em contato com a PM e com o COBOM quando necessário. A quantidade por CR está representada no Gráfico 17.

Gráfico 17: Profissionais que responderam se acionam a PM e/ou o COBOM quando necessário



Fonte: Questionário aplicado aos profissionais do SAMU

6.25 Da mesma forma, foi perguntado aos coordenadores das Centrais 190 e 193 visitadas se acionavam o SAMU quando detectada a necessidade de atendimento da equipe de saúde.

6.26 Todos os coordenadores das Centrais 190 visitadas relataram acionar o SAMU quando percebiam a necessidade de atendimento destes profissionais, através da linha 192. Em Joinville o acionamento se dava também por uma linha direta do SAMU e em Balneário Camboriú, por ser uma Central Integrada, pelo ramal do médico regulador.

6.27 Dos coordenadores das Centrais 193, apenas o de Chapecó relatou não acionar o SAMU em nenhum caso. Todos os demais acionavam o SAMU quando detectavam a necessidade do atendimento da equipe de saúde, utilizando-se da linha 192. Nos Municípios de Joinville e Blumenau, os coordenadores informaram que usavam outra linha telefônica, diversa da 192, para contato com o SAMU.

6.28 Em Balneário Camboriú, Blumenau, Criciúma, Joaçaba, Joinville e Lages foi informado que também utilizavam o rádio para acionar o SAMU, todavia, observou-se que as centrais de Balneário Camboriú, Blumenau e Joinville não dispunham de equipamento de rádio para contato com o SAMU. Em Criciúma, Joaçaba e Lages havia o equipamento, porém não o utilizavam para contato entre as duas centrais.

6.29 A observação direta nas CRs do SAMU não coincidiu com as respostas obtidas dos coordenadores das Centrais 190 e 193. Durante a visita às CRs não foi

verificado nenhum contato destas Centrais com o SAMU para acionamento de equipes de saúde.

6.30 Conclui-se, então, que na prática a atuação conjunta não era comum. A falta de contato entre as Centrais acarreta no acionamento de diversos meios sem a real necessidade e o não acionamento em casos efetivamente necessários. Quem perde com isso é a sociedade que não recebe o atendimento adequado e o Estado que sustenta todos estes serviços.

6.31 Sendo assim, **recomenda-se** à SSP e à SES que elaborem documento de pactuação contendo quais atendimentos necessitam da atuação conjunta da Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros e do SAMU e quais as funções / competências de cada profissional na cena da ocorrência, em atendimento à Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1, do Ministério da Saúde.

A INTEGRAÇÃO FÍSICA DAS CENTRAIS

6.32 Em Balneário Camboriú a CR do SAMU foi implantada em janeiro de 2008 nas instalações da Central 190, de forma integrada. Além do SAMU e da PM, a Guarda Municipal também atuava nesta Central. Este é um projeto piloto no Estado, o qual visa integrar todos os serviços públicos de emergência, inclusive com a integração da Central 193 – do Corpo de Bombeiros.

6.33 Segundo informaram os coordenadores do SAMU e da Central Integrada, ambos de Balneário Camboriú, a integração física das Centrais promoveu melhora no relacionamento entre os profissionais das duas instituições e, principalmente, direcionamento correto de chamadas em consonância com o tipo de ocorrência, casos de segurança para a PM e de socorro médico para o SAMU.

6.34 Além da Central Integrada de Balneário Camboriú, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a Secretaria da Segurança Pública (SSP) prevêm a implantação de Centrais Integradas em outros Municípios do Estado, iniciando-se por Criciúma, Florianópolis e Joinville, segundo Portaria nº 910/GABS/SSP de 13/11/2007 (fls. 1342 a 1344). Destaca-se que em Criciúma e Florianópolis, a PM e o COBOM já atuavam na Central Integrada.

6.35 Neste sentido, os coordenadores das três Centrais (190, 192 e 193) foram questionados se tinham conhecimento do protocolo de integração elaborado

pelas Secretarias e quanto às dificuldades que poderiam existir caso ocorresse a integração física.

6.36 Os coordenadores das Centrais 190 de Chapecó e Joaçaba informaram não ter conhecimento deste documento. Os demais tinham conhecimento, inclusive em Blumenau, Joinville e Lages a estrutura física das Centrais Integradas já estava sendo providenciada, apesar de os Municípios de Blumenau e Lages não estarem contemplados na Portaria conjunta nº 910/2007.

6.37 Algumas das dificuldades apontadas pelos coordenadores das Centrais da PM foram: adaptação dos sistemas informatizados, adaptação para o convívio entre civis e militares e contingente de pessoal insuficiente para o atendimento.

6.38 Já nas Centrais do Corpo de Bombeiros, todos os coordenadores informaram saber da integração das Centrais 190, 192 e 193. Algumas das dificuldades apontadas foram as seguintes: falta de pessoal para atuar na Central Integrada; diminuição de canais de comunicação para a sociedade; diferentes filosofia de atuação, sistemas informatizados e frequências de rádio; e relacionamento entre os profissionais de instituições diferentes, principalmente quanto à disciplina, pois serão civis e militares em um mesmo ambiente, sujeitos às mesmas regras.

6.39 No mesmo sentido, todos os coordenadores regionais do SAMU informaram terem conhecimento deste protocolo para integração física das Centrais e apontaram as seguintes dificuldades: operacionalização do serviço e comando, a integração entre civis e militares, a sujeição à disciplina militar e, principalmente o relacionamento com os bombeiros, pois estes não aceitam a regulação médica.

6.40 Ressalta-se, porém, que todos reconheceram a importância de um serviço integrado para o bom atendimento à população.

6.41 Diante disso, **recomenda-se** à SSP e à SES que dêem continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193, abrangendo todas as cidades que sediam uma Central de Regulação do SAMU.

7 ESTRUTURA FÍSICA

7.1 O item I do Anexo - Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192 da Portaria nº 2.657/2004 relaciona os parâmetros para a estrutura física e operacional das salas de regulação e o item II trata das demais dependências da Central de Regulação. Nisto, foi verificada a existência e a adequação de alguns dos itens constantes da Portaria, dentre eles as áreas de conforto e alimentação, locais para estocagem de medicamentos e garagem ou estacionamento para as ambulâncias.

ÁREAS DE CONFORTO E ALIMENTAÇÃO

7.1 Em atendimento à Portaria nº 2.657/2004, o Plano Estadual de Atenção às Urgências apresenta a planta física para a construção ou reforma das CRs no item 12.2.4. Nesta planta pode-se visualizar a sala de conforto, denominada de sala de lazer ou de desestresse, em área separada, porém contígua à sala de regulação. A copa e a sala de refeição, segundo a planta física apresentada no Plano, deveriam ficar no setor de plantão das unidades móveis.

7.2 Desta forma, verificou-se a existência e as condições destas salas em todas as 08 (oito) CRs do SAMU.

7.3 Quanto à área para alimentação, todas as CRs atenderam este item.

7.4 Com relação à sala de conforto, as situações encontradas foram as seguintes:

- CRs de Balneário Camboriú e Criciúma – não existia;
- CR de Blumenau – existia uma área contígua, com camas para os profissionais descansarem. Havia uma TV dentro da sala de regulação (Figura 5);

Figura 5: Área de conforto e TV na CR de Blumenau



Fonte: Foto CR Blumenau (23) – TCE/SC

- CR de Chapecó – existia uma área de conforto contígua, com TV, computador com acesso à internet e um quarto contíguo a esta sala para descanso, porém estas áreas eram exclusivas para os médicos. Havia cadeiras reclináveis na sala de regulação;
- CR de Florianópolis – dentro da sala de regulação havia TV e cadeiras reclináveis (Figura 6) para conforto dos profissionais. Fora da sala de regulação havia outra sala para conforto e alimentação, porém distante dali;

Figura 6: Cadeiras reclináveis para conforto



Fonte: Foto CR Fpolis (9) – TCE/SC

- CR de Joaçaba – dentro da sala de regulação, separada por armários, havia uma área com sofá, cadeiras reclináveis, TV e computador;
- CR de Joinville – na sala de regulação havia TV e cadeiras reclináveis. A sala de conforto ficava afastada da sala de regulação;

- CR de Lages – possuía uma área contígua a sala de regulação com sofá e TV.

7.5 As cadeiras reclináveis deveriam ser utilizadas para descanso dos profissionais, portanto, o local correto para elas seria a sala de conforto. Contudo, observou-se nas CRs de Blumenau, Chapecó, Joaçaba e Joinville que os médicos substituíam suas cadeiras pelas reclináveis, utilizando-as como mobiliário de trabalho, conforme Figura 7 e Figura 8.

Figura 7: Uso das cadeiras reclináveis pelos médicos (1)



Fonte: Foto CR Joaçaba (5) – TCE/SC

Figura 8: Uso das cadeiras reclináveis pelos médicos (2)



Fonte: Foto CR Joaçaba (28) – TCE/SC

7.6 Das situações encontradas **recomenda-se** à SES que disponibilize salas de conforto para as equipes das salas de regulação, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192, item II, “c”, do Ministério da Saúde; sendo contíguas à sala de regulação e de uso extensivo a todos os profissionais que nela atuam, conforme consta do Plano Estadual de Atenção às Urgências.

ESTOCAGEM DE MEDICAMENTOS

7.7 A Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192, item II, “e”, estabelece que as CRs devem dispor de local para guarda de materiais e medicamentos controlados, atendendo os critérios legais e sanitários vigentes.

7.8 O Ministério da Saúde elaborou o manual de Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos que detalha como deve ser o local para a guarda ordenada e segura dos medicamentos. Dentre os requisitos apresentados, foi verificada a existência de local para guarda de materiais e medicamentos controlados e suas condições, bem como a existência de farmacêutico responsável por estas farmácias ou almoxarifado de medicamentos. O art. 53 c/c art. 2º da Lei Federal nº 6.360/1976 e o § 1º do art. 61 da Lei Estadual nº 6.320/1983 exigem a presença de farmacêutico responsável com responsabilidade técnica em todas as farmácias, inclusive as públicas.

7.9 Os medicamentos da CR de Florianópolis eram armazenados na sala da Gerência Estadual, sob supervisão e controle de farmacêutico responsável. Porém esta não era a realidade das outras 07 (sete) CRs que não possuíam farmacêutico responsável, profissional qualificado para organizar e administrar um almoxarifado de medicamentos.

7.10 Disto, **recomenda-se** à SES que defina farmacêutico responsável para cada almoxarifado de medicamentos das CRs e Bases Descentralizadas do SAMU, conforme estabelece a Lei Federal nº 6.360/1976, art. 2º c/c art 53 e Lei Estadual nº 6.320/1983, art. 61, § 1º.

7.11 Além disso, **recomenda-se** à SES que disponibilize e treine profissional responsável em cada almoxarifado de medicamentos das CRs e Bases Descentralizadas do SAMU, mediante orientações do farmacêutico responsável.

7.12 Outras situações encontradas foram as seguintes:

- Na CR de Blumenau foram encontradas caixas de medicamentos pelo chão do almoxarifado e medicamentos armazenados em prateleiras encostadas nas paredes (Figura 9 e Figura 10). Os funcionários informaram que estavam fazendo um levantamento e reorganizando o ambiente;

Figura 9: Almojarifado de medicamentos da CR de Blumenau (1)



Fonte: Foto CR Blumenau (14) – TCE/SC

Figura 10: Almojarifado de medicamentos da CR de Blumenau (2)



Fonte: Foto CR Blumenau (16) – TCE/SC

- Na CR de Chapecó encontrou-se local totalmente inadequado para a guarda de medicamentos. A sala destinada a este fim apresentava bolor¹ nas paredes e estava com a tinta soltando pelo excesso de umidade (Figura 11e Figura 12);

Figura 11: Almojarifado de medicamentos da CR de Chapecó (1)



Fonte: Foto CR Chapecó (23) – TCE/SC

Figura 12: Almojarifado de medicamentos da CR de Chapecó (2)



Fonte: Foto CR Chapecó (21) – TCE/SC

- As CRs de Balneário Camboriú, Joaçaba, Joinville e Lages armazenavam materiais de limpeza juntamente aos medicamentos (Figura 13, Figura 14, Figura 15 e Figura 16).

¹ Bolor – nome vulgar dos fungos que se desenvolvem em alimentos e produtos manufaturados, em que produzem alterações químicas; mofo. Dicionário Eletrônico Michaelis.

Figura 13: Almoxarifado de medicamentos da CR de Balneário Camboriú



Fonte: CR BalCamboriú (14) – TCE/SC

Figura 14: Almoxarifado de medicamentos da CR de Joaçaba



Fonte: CR Joaçaba (13) – TCE/SC

Figura 15: Almoxarifado de medicamentos da CR de Joinville



Fonte: Foto CR Joinville (5) – TCE/SC

Figura 16: Almoxarifado de medicamentos da CR de Lages



Fonte: Foto CR Lages (13) – TCE/SC

7.13 Apesar de estes locais não necessitarem de licença por serem estabelecimentos integrantes da Administração Pública, devem atender à legislação sanitária, conforme estabelece a Lei Estadual nº 6.320/1983, art. 61, § 1º, no tocante às instalações e à assistência e responsabilidade técnica.

7.14 Para garantir a qualidade dos medicamentos dispensados **recomenda-se** à SES que adequue os almoxarifados de medicamentos das CRs e das Bases Descentralizadas à legislação sanitária, em obediência à Lei Estadual nº 6.320/1983, art. 61, § 1º, e solicite inspeção da Vigilância Sanitária para confirmação da adequação do local.

LOCAL PARA GUARDA DAS AMBULÂNCIAS

7.15 A Portaria nº 2.657/2004, Anexo – Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais

SAMU-192, item II, “g”, estabelece que as CRs devem dispor de garagem para as ambulâncias. O item III da Portaria estabelece que as Bases Descentralizadas também devem estar estruturadas com estacionamento para as ambulâncias.

7.16 A planta física das CRs apresentada no Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.2.4 especifica uma área para estacionamento das ambulâncias, a qual deve ser coberta, protegida e fechada. O item 12.2.6 do Plano detalha esta área, colocando que o estacionamento deve ser em área coberta, murada, com portão eletrônico de acesso e com iluminação abundante tanto natural como artificial.

7.17 O local para estacionamento das ambulâncias na CR de Blumenau era coberto, o terreno era fechado por um muro baixo e não havia portão eletrônico (Figura 17 e Figura 18).

Figura 17: Estacionamento de ambulâncias na CR de Blumenau



Fonte: Foto CR Blumenau (7) – TCE/SC

Figura 18: Portão de acesso das ambulâncias na CR de Blumenau



Fonte: Foto CR Blumenau (2) – TCE/SC

7.18 Na CR de Chapecó ficavam sediadas 03 (três) ambulâncias - 01 (uma) USA e 02 (duas) USBs -, todavia a garagem só dispunha de 02 (duas) vagas cobertas; sendo assim, quando todas as ambulâncias estavam na base, uma delas ficava estacionada em área descoberta (Figura 19 e Figura 20).

Figura 19: Portão de acesso das ambulâncias na CR de Chapecó



Fonte: Foto CR Chapecó (8) – TCE/SC

Figura 20: Estacionamento das ambulâncias na CR de Chapecó



Fonte: Foto CR Chapecó (28) – TCE/SC

7.19 Na CR de Criciúma ficavam sediadas 01 (uma) USA e 01 (uma) USB, porém, quando da inspeção *in loco*, a Central estava com 04 (quatro) ambulâncias. Havia 02 (duas) ambulâncias paradas: 01 (uma) aguardava documentação, pois era nova, e a outra, manutenção, sendo que esta foi substituída por uma da reserva técnica do Estado. A garagem só tinha cobertura para dois veículos, sendo que uma vaga estava sendo ocupada pela ambulância nova e a outra por uma ambulância em operação, portanto 02 (duas) ambulâncias ficavam a céu aberto (Figura 21 e Figura 22).

Figura 21: Estacionamento de ambulância na CR de Criciúma



Fonte: Foto CR Criciúma (18) – TCE/SC

Figura 22: Garagem para as ambulâncias da CR de Criciúma



Fonte: Foto CR Criciúma (20) – TCE/SC

7.20 Na CR de Florianópolis, as ambulâncias ficavam estacionadas na rua (Figura 23), pois a garagem era utilizada por veículos particulares (Figura 24 e Figura 25). Além disso só havia 02 (duas) vagas cobertas para estacionamento, sendo que 04 (quatro) ambulâncias ficavam sediadas nesta CR.

Figura 23: Estacionamento de ambulâncias na CR de Florianópolis



Fonte: Foto CR Fpolis (1) – TCE/SC

Figura 24: Garagem para ambulâncias na CR de Florianópolis



Fonte: Foto CR Fpolis (24) – TCE/SC

Figura 25: Acesso para a garagem de ambulâncias na CR de Florianópolis



Fonte: Foto CR Fpolis (25) – TCE/SC

7.21 A CR de Joinville era sede de 03 (três) USBs e 01 (uma) USA. O estacionamento das ambulâncias ficava no pátio do Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, porém só dispunha de 03 (três) vagas cobertas, portanto 01 (uma) ambulância ficava a céu aberto (Figura 26 e Figura 27).

Figura 26: Garagem coberta para ambulâncias da CR de Joinville



Fonte: Foto CR Joinville (14) – TCE/SC

Figura 27: Estacionamento de ambulância da CR de Joinville



Fonte: Foto CR Joinville (18) – TCE/SC

7.22 Na CR de Lages ficavam 01 (uma) USA e 01 (uma) USB, porém só havia uma vaga de garagem coberta, sendo que a outra ambulância ficava descoberta, no pátio em frente ao edifício (Figura 28 e Figura 29).

Figura 28: Garagem para ambulância na CR de Lages



Fonte: Foto CR Lages (36) – TCE/SC

Figura 29: Estacionamento de ambulância em frente a CR de Lages



Fonte: Foto CR Lages (39) – TCE/SC

7.23 As CRs de Balneário Camboriú e Joaçaba atendiam às exigências da Portaria nº 2.657/2004 e do Plano Estadual de Atenção às Urgências.

7.24 Destaca-se que o custo de uma ambulância e de seus equipamentos é elevado e que os critérios para reposição destas ambulâncias pelo Ministério da Saúde são baseados no tempo de utilização ou na quilometragem rodada, conforme informação repassada pela Gerência Estadual do SAMU (fl. 83 dos autos). Sendo assim, deve o Estado e os Municípios guardar as ambulâncias em local seguro, evitando furto ou avarias.

7.25 Disso, **recomenda-se** à SES que disponibilize garagem coberta, protegida e fechada para todas as ambulâncias do SAMU, conforme a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192, item II, “g” e o Plano Estadual de Atenção às Urgências, itens 12.2.4 e 12.2.6; e garanta que estes locais sejam usados exclusivamente pelas ambulâncias e não por veículos particulares.

8 OUTRAS SITUAÇÕES ENCONTRADAS

8.1 As outras situações encontradas que não fizeram parte do escopo da auditoria dizem respeito à dificuldade de abastecimento das ambulâncias nas transferências inter-hospitalares para fora da mesorregião, à não utilização pelo médico regulador das informações coletadas pelo TARM, à falta de interação entre o SAMU e demais serviços de saúde, à não disponibilização de uniformes pela SES, à não disponibilização de refeições para os profissionais de plantão, à falta de segurança nas CRs e à carga horária de trabalho dos profissionais.

ABASTECIMENTO DAS AMBULÂNCIAS FORA DA MESORREGIÃO

8.2 Os abastecimentos das ambulâncias eram realizados em postos de combustíveis cadastrados e localizados na mesorregião em que os veículos estavam lotados, através da utilização de cartão de abastecimento específico para este fim.

8.3 Nos casos de transferências inter-hospitalares de pacientes para hospitais fora da mesorregião de origem, ocorria necessidade de abastecimento em outra mesorregião. Para isto, fazia-se necessária a autorização da Regulação Estadual.

8.4 Durante a visita à CR de Chapecó, acompanhou-se a dificuldade de abastecimento de uma ambulância que estava realizando transferência inter-hospitalar de um paciente desta mesorregião para outra, pois o tanque da ambulância não comportava combustível suficiente para a viagem de ida e volta. Esta dificuldade foi relatada, também, pelos coordenadores das CRs de Blumenau, Criciúma e Lages.

8.5 Para resolver esta situação, **recomenda-se** à SES que viabilize o abastecimento das USAs fora da sua mesorregião quando em procedimento de transferência inter-hospitalar.

INFORMAÇÕES INICIAIS COLETADAS PELO TARM

8.6 Segundo o Manual de Regulação Médica das Urgências, do Ministério da Saúde, Parte IV, a chamada telefônica recebida pela CR é atendida primeiramente pelo TARM, que tem a função de identificar o solicitante e a natureza

do agravo, localizar o evento e registrar as informações, devendo, em seguida, transferir a ligação para o médico regulador, que obterá as informações complementares e decidirá a forma de atendimento.

8.7 Além disso, o Manual estabelece que o médico regulador deve proceder “com interrogatório específico e estabelecer diagnóstico sindrômico no menor intervalo de tempo possível”.

8.8 Constatou-se, através de observação direta, que o médico regulador não utilizava as informações iniciais coletadas pelo TARM, as quais eram disponibilizadas via sistema informatizado ou pelas fichas de regulação, ou seja, realizava novamente todas as perguntas efetuadas pelo TARM, prolongando o tempo de atendimento da regulação e retardando o acionamento da ambulância. Tal situação foi observada nas CRs de Balneário Camboriú e Chapecó.

8.9 O coordenador da Central 190 de Chapecó informou que preferia acionar os bombeiros, em virtude da demora do atendimento do SAMU. Considerava perda de tempo falar com o TARM e depois com o médico regulador, tendo que passar os mesmos dados para os dois profissionais.

8.10 Disto, **recomenda-se** à SES que avalie o tempo-resposta de cada profissional da sala de regulação, a fim de evitar a duplicidade de funções e reduzir o tempo de atendimento da regulação médica.

8.11 Além disso, **recomenda-se** à SES que exija o cumprimento das funções do TARM e limite a função do médico regulador ao interrogatório específico, possibilitando o atendimento no menor intervalo de tempo possível, de acordo com o Manual de Regulação Médica das Urgências, do Ministério da Saúde.

INTERAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

8.12 Segundo o Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 10.2.1, o médico regulador, após receber o caso, “através de anamnese dirigida tria, levanta uma hipótese diagnóstica sindrômica, classifica o grau de urgência, e decide o tipo de resposta mais adaptada”.

8.13 A Portaria n.º 2.048/2002 define que:

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, **incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas neste Regulamento** e portas de entrada de urgências com hierarquia

resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades. (grifo nosso)

8.14 Os tipos de respostas possíveis apontadas no Plano e que podem ser apresentadas pelo médico regulador estão demonstradas na Figura 30 .

Figura 30: Tipos de respostas possíveis a serem utilizadas pelo médico regulador do SAMU



Fonte: SES – Plano Estadual de Atenção às Urgências

8.15 Inclusive, o Plano Estadual de Atenção às Urgências apresentou ao Ministério da Saúde todos os serviços de saúde não-hospitalares e hospitalares, por macrorregião. Para o SAMU utilizar-se de todos estes recursos, deve haver uma pactuação entre a SES e os gestores de cada unidade de atendimento da região.

8.16 Durante a visita à CR de Lages, observou-se o médico regulador utilizando algumas das respostas não-hospitalares apontadas na Figura 30, através do acionamento de serviços como o PSF e de ambulância do Município para realização de transporte simples de pacientes não graves.

8.17 Na CR de Blumenau, observou-se, também, orientação do médico regulador para o solicitante entrar em contato com a Central de Ambulâncias do Município, pois o caso não caracterizava urgência.

8.18 Diante dessas situações, **recomenda-se** à SES que realize 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 Portaria nº 2.048/2002, Capítulo II, do Ministério da Saúde.

UNIFORMES

8.19 O Ministério da Saúde elaborou o Manual de Identidade Visual do SAMU 192, em que consta o uniforme padrão para os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores. O uniforme apresentado é um macacão, sendo a principal peça do uniforme dos membros da equipe SAMU 192. Descreve, ainda, que o uniforme deve ser confeccionado em material confortável e adequado ao clima da região.

8.20 De acordo com o POP – Procedimento Operacional Padrão - do SAMU/SC 192, de outubro de 2006, consta, dentre os procedimentos padrão, portar uniforme padronizado do SAMU. Conforme o item 3.5, referente à utilização dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI, o uniforme (macacão) deve estar fechado até o pescoço, podendo ser utilizada outra blusa por baixo, de cor branca. O sapato deve ser na cor preta, sem cadarço e todo fechado.

8.21 Alguns profissionais relataram que já atuavam há bastante tempo no SAMU e que receberam o uniforme apenas quando ingressaram no serviço. Outros relataram que sequer o receberam, portanto, estavam usando uniformes usados, deixados por outros profissionais que saíram do SAMU.

8.22 Assim, **recomenda-se** à SES que providencie periodicamente uniforme padrão (macacão) para os profissionais das equipes intervencionistas do SAMU/SC, de acordo com o Manual de Identidade Visual do SAMU 192, do Ministério da Saúde.

8.23 Nas visitas *in loco* nas CRs, observou-se alguns profissionais da sala de regulação utilizando uniforme diferente do padrão, porém com a logomarca do SAMU. Destaca-se que, o Manual de Identidade Visual do SAMU, do Ministério da Saúde, não contemplou se estes profissionais devem usar uniforme.

8.24 Esta situação foi encontrada nas CRs de Criciúma, Joinville e Lages, onde os profissionais vestiam camisetas, moletons e jaquetas com a logomarca do SAMU, os quais não consistiam em uniforme padrão do serviço. O coordenador da

CR de Balneário Camboriú relatou que fazia frio na região e que era preciso utilizar uma jaqueta por cima do macacão.

8.25 Diante desta situação, os coordenadores e profissionais foram questionados sobre a origem dos uniformes, os quais responderam que adquiriam diretamente de uma empresa de Blumenau.

8.26 Isto posto, **recomenda-se** à SES que providencie periodicamente uniformes, compatíveis com o clima, levando em consideração as variações de temperatura existentes no Estado, para todos os profissionais do SAMU; e proíba o uso de uniformes diferentes dos fornecidos.

ALIMENTAÇÃO

8.27 Conforme o Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.2.6, o serviço de nutrição deve ser realizado de acordo com a localização das unidades. Quando instalada nas dependências ou anexa a um hospital, o serviço de nutrição do hospital deve disponibilizar copeira para servir as refeições na área da Central de Regulação. As equipes móveis instaladas em bases descentralizadas realizarão refeições junto às unidades onde se encontram e, na impossibilidade disto, será contratada empresa para o fornecimento de refeições.

8.28 Com base na entrevista com os coordenadores das CRs, contabilizou-se que nas CRs de Balneário Camboriú, Blumenau, Chapecó, Florianópolis e Joaçaba não existia serviço de nutrição, ou seja, não havia fornecimento de refeições para os profissionais destas CRs. Nestes casos, os profissionais levavam ou encomendavam suas refeições para realizá-las na CR, podendo, também, sair da CR para alimentar-se em algum restaurante.

8.29 Geralmente os profissionais que trabalhavam nas ambulâncias realizavam as refeições fora da CR, porém, caso fossem acionados durante este período, abandonavam a refeição e iniciavam o deslocamento para atendimento da ocorrência.

8.30 Na CR de Joaçaba, o coordenador informou que uma empresa local estava iniciando o fornecimento de refeições gratuitamente.

8.31 Nas CRs de Chapecó e Criciúma, os profissionais que trabalhavam na USB recebiam gratuitamente refeição de empresa local, porém necessitavam fazer as refeições naquele local. Os demais profissionais, da regulação e das USAs, não

recebiam alimentação. Em Criciúma o coordenador informou que os profissionais estaduais não saíam da Central para este fim.

8.32 Na CR de Lages as refeições eram realizadas na própria CR, com fornecimento de jantar pela Prefeitura Municipal e almoço pela Maternidade Estadual, com entrega na CR.

8.33 Na CR de Joinville, as refeições eram feitas no local, com fornecimento pelo Município.

8.34 Disso, **recomenda-se** à SES que forneça refeições junto às unidades onde trabalham os profissionais do SAMU/SC, conforme versa o item 12.2.6 do Plano Estadual de Atenção às Urgências.

SEGURANÇA DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

8.35 Apesar de o assunto não ter sido abordado nesta auditoria, os profissionais das CRs de Blumenau, Criciúma e Joinville relataram situações enfrentadas pela falta ou precária segurança no local da Central, onde pessoas se dirigiam à CR para efetuar reclamação sobre o serviço, geralmente em estado psicológico alterado.

8.36 Na planta física das CRs apresentada pelo Plano Estadual de Atenção às Urgências constam guarita e portão eletrônico de acesso para o local de estacionamento das ambulâncias (item 12.2.6).

8.37 A guarita foi observada apenas na CR de Joinville, porém o portão eletrônico que era operado pelo guarda ficava sempre aberto (Figura 31). Nas CRs de Balneário Camboriú, Chapecó e Lages havia portão eletrônico de acesso, porém em Chapecó havia outro portão que ficava sempre aberto, tornando vulnerável a segurança da CR (Figura 32).

Figura 31: Portão de acesso à CR de Joinville



Fonte: Foto CR Joinville (22) – TCE/SC

Figura 32: Portão de acesso à CR de Chapecó



Fonte: Foto CR Chapecó (6) – TCE/SC

8.38 A CR de Blumenau possuía apenas uma porta de vidro impedindo o acesso de estranhos. As CRs de Criciúma, Florianópolis e Joaçaba tinham acesso livre, portanto encontravam-se totalmente vulneráveis à entrada de estranhos.

8.39 Então, **recomenda-se** à SES que faça 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 o disposto no Plano Estadual de Atenção às Urgências.

JORNADA DE TRABALHO

8.40 Segundo o Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 10.1, 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.

8.41 Nos contratos administrativos de caráter temporário dos profissionais do SAMU/SC, modelo padrão, a carga horária de trabalho era de 40 (quarenta) horas semanais, podendo ser cumprida em horário misto (fls. 1.618 e 1.619 dos autos). No caso dos médicos, o contrato de prestação de serviço previa a duração de 30 (trinta) horas semanais (fls.112 a 115 dos autos).

8.42 Todavia, foi constatado em todas as CRs que os profissionais executavam jornada diária de 12 (doze) horas contínuas, cada qual cumprindo a carga horária contratada.

8.43 Esta situação foi uma das constantes reclamações relatadas pelos profissionais do SAMU/SC, exceto pelos médicos, em virtude da forma de contratação e da característica da habilitação profissional.

8.44 Disso, **recomenda-se** à SES que estipule jornada diária de trabalho não excedente a 06 (seis) horas, atendendo o previsto no Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 10.1, visto o nível de exigência do trabalho.

9 COMENTÁRIOS DOS GESTORES

COMENTÁRIOS DA SES

9.1 Os resultados de auditoria foram apresentados e entregues à SES, juntamente com o Ofício DAE Nº 16.693/2008, de 17 de outubro de 2008, com prazo de 10 (dez) dias para manifestações. Este prazo foi dilatado por solicitação do gestor através do Ofício nº 138108, protocolado neste Tribunal em 24 de novembro de 2008.

9.2 Em 05 de janeiro de 2009 foi protocolado o Ofício nº 146908-A (fls. 2068 e 2069), o qual consiste em um histórico do SAMU SC, não se referindo aos resultados desta auditoria. Foram enviados anexos a este Ofício vários documentos acerca das recomendações e determinações deste Tribunal, os quais foram analisados e serão revistos na ocasião do monitoramento.

Análise dos comentários da SES

9.3 Os documentos enviados acarretaram na adequação de algumas recomendações, a fim de torná-las mais adequadas a realidade do SAMU e ao fim a que se pretende.

9.4 Destaca-se que já foram adotadas medidas para sanar alguns problemas detectados nesta auditoria. Como exemplo, cita-se a elaboração de regras de comportamento para os profissionais das Centrais de Regulação, a aquisição de aparelhos celulares para as ambulâncias e a distribuição de uniformes aos profissionais.

COMENTÁRIOS DA SSP

9.5 Os resultados da auditoria que trataram da atuação conjunta entre o SAMU, a PM e o COBOM foram apresentados para representantes da SSP, da PM e do COBOM em 17 de novembro de 2008. Nesta ocasião foi entregue o Ofício DAE 17.546/2008 a SSP, com prazo de 10 (dias) para apresentar suas manifestações.

9.6 A SSP encaminhou cópia do Ofício citado acima para os Comandos-gerais do COBOM e da PM, os quais encaminharam seus comentários a este Tribunal. Destaca-se que não foram recebidas manifestações do gestor da SSP.

Comentários do COBOM

9.7 O COBOM encaminhou em 05 de dezembro de 2008 o Ofício nº 495 Cmdo-Geral CBMSC (fls. 2065 e 2066 dos autos), protocolado na mesma data, contendo suas manifestações, conforme transcrição a seguir:

Com os meus cordiais cumprimentos, acuso o recebimento do ofício n.º 3283.15/GABS/SSP, através do qual tomamos conhecimento do teor do ofício DAE n.º 17.546/2008, da Diretoria de Atividades Especiais do Tribunal de Contas do Estado, no qual é apresentado a síntese do Relatório de Auditoria Operacional realizada para avaliar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-SC), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. Da parte do CBMSC, em relação a matriz de achados apresentada (item 4. Atuação conjunta nos pedidos de socorro médico), temos as seguintes considerações a registrar:

1) O Comando Geral do CBMSC irá providenciar a atualização da sua Diretriz de Procedimento Operacional Padrão (DtzPOP) n. 02/2007/BM-3/EMG/CBMSC, que dispõe sobre as normas gerais de funcionamento do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (Sv APH) prestado pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC), de forma a atender as sugestões e recomendações da DAE/TCE.

2) Convém lembrar que o Comando Geral do CBMSC já participou de um trabalho conjunto com a Coordenação Estadual do SAMU-SC e o Comando Geral da PMSC, com vistas a assinatura de um convênio para regulamentar as ações de socorro público pré-hospitalar (Termo de Cooperação Técnica e Operacional). Neste documento ficou acordado que para simplificar e direcionar objetivamente as atividades de atendimento onde possa haver mais de uma Instituição qualificada para a prestação do socorro, fica definido que nas ocorrências de salvamento e resgate, prioritariamente, serão despachados os órgãos da forma que segue: em caso de atendimento de ocorrências que caracterizam quadros clínicos – equipes do SAMU; nos casos de ocorrências que caracterizam quadros traumáticos – equipes de Bombeiros. Caberá ao médico regulador, com base nas informações repassadas pelos solicitantes e pelas equipes que estão prestando o socorro desencadear o deslocamento de unidades avançadas, bem como, promover a regulação da unidade hospitalar para onde as vítimas serão encaminhadas.

3) O Comando Geral do CBMSC somente não concorda com a recomendação 4.2 da matriz de achados que recomenda à SSPDC fazer cumprir o disposto na portaria nº 2.048/2002, Capítulo II, item 3 e Capítulo IV, do Ministério da Saúde, tendo em vista que tal recomendação fere normativa Constitucional, senão vejamos:

A Constituição Federal, atribuiu aos Corpos de Bombeiros Militares competência relacionadas a execução de atividades de Defesa Civil e outras definidas em lei. A legislação infra-constitucional define como atribuição do CBMSC as atividades de prevenção e combate a incêndios, além da busca e salvamento de pessoas e de bens. No Estado de Santa Catarina, essas atividades estão previstas para o Corpo de Bombeiros

Militar na Lei nº 6.217, de fevereiro de 1983, que dispõe sobre a Organização Básica do Corpo de Bombeiro Militar, competindo-lhe realizar os serviços de prevenção e de extinção de incêndios, simultaneamente com os de proteção e salvamento de vidas e materiais no local do sinistro, bem como os de busca e salvamento, prestado socorro em casos de afogamento, inundações, desabamentos, acidentes em geral, catástrofes e calamidades públicas, como consta no art. 2º, Capítulo II, da aludida Lei Barriga-verde que está recepcionada pelo art. 144, § 5º, da Constituição.

A Constituição catarinense no art. 108 de 1989 (alterada pela Emenda constitucional 033, de 17 de junho de 2003, publicada no DOE nº 17.176) a qual estabelece que o Corpo de Bombeiros Militar, órgão permanente, Força Auxiliar, Reserva do Exército, organizado com base na hierarquia e disciplina, subordinado ao Governador do Estado, cabe, nos limites de sua competência, além de outras atribuições estabelecidas em Lei:

I – realizar os serviços de prevenção de sinistros ou catástrofes, de combate a incêndio e de busca e salvamento de pessoas e bens e o *atendimento pré-hospitalar* (grifo nosso).

Análise dos comentários do COBOM

9.8 Denota-se dos comentários do gestor, que o COBOM concorda com as recomendações deste Tribunal, no tocante ao cumprimento do POP para atendimento pré-hospitalar de urgências e ao direcionamento dos atendimentos. Diante disto, afirmou haver acordo entre as instituições SAMU e COBOM em que, prioritariamente, o SAMU deve atender os casos clínicos e o COBOM, os traumáticos, ambos devendo se reportar ao médico-regulador do SAMU para direcionamento da vítima à unidade hospitalar.

9.9 Todavia, o COBOM se pronunciou contra a recomendação que trata da submissão dos atendimentos realizados pelo COBOM à regulação médica do SAMU. Segundo o Comando Geral do COBOM, é dever constitucional dos seus profissionais realizar o atendimento pré-hospitalar.

9.10 Entretanto, entende este Tribunal que reportar-se à regulação médica do SAMU, conforme determina a Portaria nº 2.048/2002, Capítulo II, item 3 e Capítulo IV, do Ministério da Saúde, não fere norma constitucional, pois é competência deste Ministério normatizar os serviços de saúde prestados pela rede do SUS.

9.11 Portanto, sendo o atendimento pré-hospitalar um serviço de saúde e os pacientes/vítimas atendidos pelo COBOM serem encaminhados a um hospital público mantido com recursos do SUS, devem estes profissionais cumprir a regulamentação do MS. Com base nisto, mantém-se a recomendação para o

cumprimento da Portaria nº 2.048/2002, Capítulo II, item 3 e Capítulo IV, do Ministério da Saúde.

Comentários da PM

9.12 A PM enviou seus comentários via fax no dia 16 de dezembro de 2008, conforme transcrição a seguir:

Em referência ao ofício nº 3283/GABS/SSP, encaminhando cópia do ofício DAE 17.546/2008, da Diretoria de Atividades Especiais do Tribunal de Contas do Estado, contendo questionamento acerca da atuação desta Corporação nos serviços de emergências, informo-vos que:

Esta Corporação, em parceria com a SSP, está proporcionando a integração dos prestadores de Serviços de Emergências, SAMU, Corpo de Bombeiro Militar e Corpo de Bombeiro Voluntário. A integração já está ativada nas cidades de Blumenau e Balneário Camboriú; em fase de integração, com previsão para até fevereiro de 2009, nas Cidades de Joinville, Florianópolis e Criciúma; em fase de preparação para integração nas cidades de Lages, Chapecó e Joaçaba, completando assim, todos os atendimentos do SAMU integrados às Centrais de Emergências.

Com a integração, a regulamentação médica e o atendimento clínico serão realizados pelo SAMU. Quando houver necessidade da PM fazer o atendimento clínico, a regulamentação médica do SAMU será acionada.

A padronização do atendimento integrado entre Polícia Militar e SAMU, está especificada no Termo de Cooperação Técnica e operacional nº 001/2008/SSP.

Com a integração, a Polícia Militar espera obter melhor atendimento ao Público, otimização dos recursos, maior integração no atendimento pelas equipes de Bombeiros, SAMU e PM.

Análise dos comentários da PM

9.13 Analisando os comentários enviados pelo gestor, percebe-se que o Comando-geral da PM já está providenciando a integração de todas as Centrais SAMU-192 às Centrais de Emergências da PM.

9.14 O gestor da PM destacou que somente realizarão atendimentos clínicos quando acionados pelo médico do SAMU e, nestes casos, se submeterão à regulação médica.

9.15 Com relação à padronização dos atendimentos integrados, ou conjunto, entre SAMU, COBOM e PM, informou que já existe um Termo de Cooperação Técnica e Operacional neste sentido.

9.16 Anota-se, dos comentários apresentados, que a SSP já está encaminhando ações para correção de algumas deficiências apontadas, porém existe resistência do Comando-geral do COBOM com relação à regulação médica do SAMU.

9.17 Diante disso, cabe ao gestor da SSP uniformizar o entendimento entre o COBOM e a SSP para que faça cumprir a Portaria nº 2.048/2002, Capítulo II, item 3 e Capítulo IV no tocante à regulação médica dos atendimentos pré-hospitalares realizados por estas instituições.

10 CONCLUSÃO

10.1 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências. É um programa do Governo Federal, em parceria com os Governos Estaduais e Municipais, que tem como finalidade prestar o atendimento pré-hospitalar à população em casos de emergência (grave risco imediato).

10.2 Neste contexto, para que os atendimentos de socorro atinjam seu objetivo, é de suma importância que a estrutura existente do SAMU esteja em consonância com o serviço oferecido e com a demanda da sociedade pelo atendimento. Assim, esta auditoria avaliou os aspectos estruturais e gerenciais do SAMU/SC, com abrangência no ano de 2008.

10.3 Como síntese do exposto ao longo deste relatório, no que concerne aos recursos humanos, constatou-se que a maioria dos profissionais que atuavam no SAMU/SC não era servidor efetivo e, além disto, seus contratos estavam vencidos, portanto estavam percebendo suas remunerações sem documento legal que respaldasse o pagamento. Verificou-se, também, que o Núcleo de Educação em Urgências (NEU) era omissa na sua função de capacitar os profissionais, e por isto estavam atuando sem capacitação inicial e continuada. Outra constatação foi de que havia falta de profissionais para completar as equipes das salas de regulação e das ambulâncias, decorrente da alta rotatividade oriunda da forma de contratação, o que acarretava em redução da capacidade de operação do serviço. Quase a metade dos profissionais que responderam o questionário colocou que fazia horas extras com regularidade, porém apenas 45% destes as percebiam integralmente. Este era mais um efeito da falta de profissionais para completar as equipes. Na área administrativa das CRs, foi constatada a necessidade de profissionais farmacêuticos e técnicos de informática para manutenção dos sistemas.

10.4 Quanto à operacionalização do serviço foram observados alguns problemas comportamentais nas salas de regulação como acesso irrestrito à sala, não cumprimento da jornada de trabalho, recebimento de ligações particulares pela linha 192 e utilização de equipamentos eletrônicos que promoviam a desatenção no ambiente de trabalho.

10.5 Com relação aos trotes, constatou-se que mesmo não estando registrados na sua totalidade, seja por decisão pessoal, seja pela inexistência de

identificadores de chamada, seu número era elevado, provocados principalmente por crianças nos horários de entrada e saída dos colégios.

10.6 Os trotes congestionavam as linhas 192 nestes horários, prejudicando substancialmente o serviço, já que nestes horários também se concentrava o maior número de ligações de pedidos de socorro. Diante desta situação, verificou-se que não havia nenhum mecanismo para detectar os congestionamentos de linha e, além disso, a Gerência Estadual do SAMU não estava tomando ações de educação e de coerção para inibir os trotes. Sensíveis a este problema, as coordenações regionais estavam adotando algumas medidas isoladamente, não gerando resultados significativos para a redução do número de trotes.

10.7 Outro fator que acarretava no congestionamento das linhas era a inexistência de outros canais de comunicação entre os atores internos e externos, como rádio e linha direta, ou a sua sub-utilização, principalmente no tocante ao rádio. Ainda, porque o sinal de rádio mostrou-se limitado quanto à área de abrangência, em todas as CRs. Também foram verificados problemas quanto ao direcionamento de chamadas oriundas das operadoras de telefonia fixa e móvel.

10.8 Observou-se, também, que não se encontravam, nas salas de regulação, várias das ferramentas de regulação exigidas pela Portaria nº 2.657/2004 do Ministério da Saúde (MS), o que prejudicava o tempo-resposta e a padronização dos atendimentos, além de acarretar no desconhecimento das funções de cada profissional.

10.9 Quanto às ambulâncias, verificou-se que a quantidade de USAs e USBs no Estado atendia o mínimo disposto pela Portaria nº 1.864/2003 do MS, porém, em virtude de o SAMU/SC atender todos os Municípios do Estado e da grande distância que pode existir entre a base da ambulância e o local da ocorrência, constatou-se a falta de ambulâncias para atender integralmente toda a população. Ciente desta realidade, o MS estabeleceu uma série de critérios para a solicitação de ampliação da frota, todavia a Gerência Estadual não adotou providências para este fim.

10.10 Com relação aos equipamentos e sistemas das CRs, constatou-se que havia duas Centrais (Joaçaba e Lages) operando sem sistema informatizado de dados desde a sua instalação, há mais de dois anos. Em virtude disto, estas Centrais também não efetuavam a gravação de voz dos atendimentos, exigida pelo MS, que servem tanto como ferramenta de avaliação do serviço como prova em

ações judiciais ou reclamações. Todavia, em outras CRs também não estava ocorrendo a gravação contínua das comunicações via rádio e telefone, seja pela falta de equipamentos ou de manutenção, seja pela desconexão proposital pelos profissionais da sala de regulação do aparelho que permitia a gravação. Outro problema detectado sobre os sistemas foi a inexistência de cópias de segurança, tornando vulnerável a memória do serviço.

10.11 Ainda sobre o sistema, detectou-se que a CR de Balneário Camboriú utilizava um sistema informatizado diferente das demais CRs e que estes sistemas não eram interligados. Também não existia interligação entre as CRs que utilizavam o mesmo sistema, nem entre as CRs e a Gerência Estadual. Além disso, os coordenadores e profissionais colocaram que o sistema não atendia as necessidades operacionais e de gestão do serviço.

10.12 Da estrutura física das CRs observou-se a inexistência, inadequação ou uso incorreto da sala de conforto, exigida pela Portaria nº 2.657/2004. Verificaram-se, também, irregularidades na área e na forma de estocagem de medicamentos, como ambientes úmidos e medicamentos estocados junto a materiais de limpeza. Quanto às garagens para as ambulâncias, observou-se CRs com insuficiência de vagas cobertas, uso da garagem para estacionamento de veículos particulares e locais que não garantiam a segurança das ambulâncias e seus equipamentos.

10.13 A atuação conjunta entre o SAMU/SC, o Corpo de Bombeiros (COBOM) e a Polícia Militar (PM) foi foco desta auditoria, em que constataram-se conflitos entre profissionais, principalmente do SAMU/SC e COBOM. Isto ocorria pelo conflito de competências entre os órgãos, pelas diferenças de filosofia de atuação e pela não aceitação do COBOM em submeter-se à regulação médica do SAMU nos atendimentos. Na contramão desta realidade, a SSP e a SES assinaram a Portaria conjunta nº 910/2007 para a integração física das Centrais de Atendimento 190, 192 e 193, da PM, SAMU/SC e COBOM, respectivamente. A CR de Balneário Camboriú já estava integrada à Central 190 daquele Município e os resultados apresentados foram positivos, tanto de relacionamento entre os profissionais quanto de operacionalização dos atendimentos.

10.14 Sobre a produção de indicadores para a gestão do serviço e para a formulação de políticas públicas, fazendo jus ao *status* que possui o SAMU de “observatório privilegiado da saúde” e ao compromisso de apresentação de

indicadores ao MS, constatou-se que era limitada a quantidade de indicadores produzidos. Ademais, do que era enviado pelas CRs à Gerência Estadual e ao MS, a maioria eram dados, não indicadores. Isso se dava, em parte, porque o MS não cobrava a apresentação dos indicadores, apesar de constarem de Portaria do órgão, tampouco havia incentivo da Gerência Estadual para a produção de indicadores pelas CRs. Além disso, não eram todas as CRs que possuíam sistema informatizado e, mesmo assim, o sistema informatizado não disponibilizava os indicadores exigidos pela Portaria do MS.

10.15 Fora do escopo da auditoria, foram encontradas situações que mereceram destaque neste Relatório. Tratam da dificuldade encontrada pelas equipes intervencionistas para abastecer as ambulâncias quando em procedimento de transferência inter-hospitalar para fora da mesorregião ao qual pertencem e da inexistência de interação entre o SAMU/SC e os demais serviços de saúde da região, o que limitava o leque de respostas possíveis pelo médico regulador às solicitações recebidas. Na parte operacional, detectou-se a duplicidade de perguntas efetuadas pelo técnico auxiliar de regulação médica (TARM) e pelo médico regulador ao solicitante de socorro; a falta de uniformes aos profissionais das CRs e o não fornecimento de refeições a estes profissionais, acarretando na redução de oferta do serviço, pois precisavam se ausentar da Central, durante a jornada de trabalho, para se alimentar.

10.16 Todas estas situações culminaram em determinações e recomendações à SES e à SSP, as quais, após implementadas, promoverão melhoria nos atendimentos, nas condições de trabalho e na gestão do serviço.

11 PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

11.1 À vista do exposto no presente Relatório de Auditoria Operacional na modalidade de Desempenho, referente ao resultado obtido pela análise do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Catarina, realizado no período de março a julho de 2008, conclui a equipe de auditoria, lotada na Divisão 3, Inspetoria 2, da Diretoria de Atividades Especiais - DAE, com fulcro no artigo 59, inc. V da Constituição Estadual c/c art. 1º, inc. V, da Lei Complementar nº 202/2000, que possa o Tribunal Pleno conhecer o presente Relatório, propondo-se pelo seguinte:

11.2 CONHECER o Relatório de Auditoria Operacional nº 04/2008 realizada no SAMU/SC, de competência da Secretaria de Estado da Saúde, com abrangência aos exercícios de 2005 a 2008.

11.3 DETERMINAR à SES e à SSP, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta decisão no Diário Oficial Eletrônico do Órgão, para que os titulares das unidades gestoras apresentem Plano de Ação (modelo apenso), estabelecendo responsáveis, atividades e prazos para o cumprimento das determinações e recomendações, nos termos do art. 5º, da Instrução Normativa nº TC-03/2004:

11.4 **Determinações à SES:**

11.4.1 Desenvolver projeto de criação e capacitação de equipes de multiplicadores em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência, conforme item 13.6, do Plano Estadual de Atenção às Urgências e 1.4, do Capítulo VII, da Portaria nº 2.048/2002, do Ministério da Saúde (parágrafo 3.11);

11.4.2 Elaborar projeto para captação dos recursos disponíveis junto ao Ministério da Saúde, para capacitação de multiplicadores regionais, previstos no art. 2º, § 5º c/c art. 6º e 9º, da Portaria nº 1.864/2003, do Ministério da Saúde (parágrafo 3.15);

11.4.3 Elaborar projeto de capacitação inicial e continuada aos profissionais do SAMU, com temas, conteúdos e carga horária mínimos, de acordo com o previsto no Capítulo VII, da Portaria nº 2.048/2002, do Ministério da Saúde (parágrafo 3.25);

11.4.4 Avaliar os profissionais capacitados, bem como os capacitadores, ao final dos cursos realizados, de acordo com o previsto no Capítulo VII, da Portaria nº

2.048/2002, no Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 13.6, bem como no item 5, do Anexo I, da Resolução CFM nº 1.671/2003 (parágrafo 3.28);

11.4.5 Preencher os cargos do SAMU somente com servidor público efetivo, de acordo com o art. 37, II, da Constituição Federal (parágrafo 3.55);

11.4.6 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 (parágrafo 3.66)

11.4.7 Fazer a adequação do Plano Estadual de Atenção às Urgências e estruturar as equipes administrativas das CRs com Coordenador Regional do Serviço, Responsável Técnico e Responsável de Enfermagem, segundo estabelece a Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1, do Ministério da Saúde, todos atuando em tempo integral; farmacêutico responsável, em atendimento ao disposto na Lei Federal nº 6.360/1976, art. 2º c/c art. 53; auxiliar(es) administrativo(s) e técnico em informática (parágrafo 3.85);

11.4.8 Garantir o acesso restrito à sala de regulação de profissionais que nela atuam, de acordo com a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências, item I, “b”, do Ministério da Saúde (parágrafo 4.12);

11.4.9 Garantir o funcionamento ininterrupto das salas de regulação com, no mínimo, um médico regulador, TARM e radioperador, de plantão presencial durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU-192, item II, “b”, do Ministério da Saúde; e fazer cumprir a jornada integral de trabalho por todos os profissionais (parágrafo 4.20);

11.4.10 Garantir a utilização do número público gratuito 192 exclusivamente para o atendimento às urgências e emergências médicas, conforme Portaria nº 2.657/2004, Anexo, A Regulação Médica das Urgências, do Ministério da Saúde (parágrafo 4.33);

11.4.11 Disponibilizar todas as ferramentas de regulação nas salas de regulação, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU 192, item I, “a” a “i”, do Ministério da Saúde (parágrafo 4.58);

11.4.12 Efetuar o registro de todos os trotes identificados, em função do que consta na Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU-192, item II, “b”, do Ministério da Saúde (parágrafo 4.86);

11.4.13 Disponibilizar equipamentos e sistema informatizado de dados e de gravação de voz nas CRs de Lages e de Joaçaba, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais SAMU-192, item I, “g” e “h”, do Ministério da Saúde (parágrafo 4.146);

11.4.14 Gravar todas as comunicações efetuadas via rádio e telefone das salas de regulação, conforme Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais SAMU-192, item I, “g”, do Ministério da Saúde (parágrafo 4.156);

11.4.15 Disponibilizar sistema de dados informatizado adaptado às necessidades do SAMU, em todas as CRs, de forma a agilizar o atendimento das salas de regulação, emitir relatórios com os indicadores solicitados pela Portaria nº 1.864/2003, Anexo, item 1, do Ministério da Saúde, e outros que sirvam de fonte de informações para a gestão do serviço (parágrafo 4.163);

11.4.16 Disponibilizar linha direta (ou linha dedicada) e frequência de rádio exclusiva para comunicação entre os atores, conforme Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192, item I, “f”, do Ministério da Saúde (parágrafo 4.171);

11.4.17 Garantir a comunicação entre as equipes de intervenção e as CRs, através da instalação de antenas e repetidoras para comunicação via rádio, conforme o Plano Estadual de Atenção a Urgências, item 12.2.8, ou outro meio técnica, econômica e operacionalmente (parágrafo 4.177);

11.4.18 Disponibilizar equipamentos de radiocomunicação para os médicos reguladores que permitam a regulação médica via rádio de todas as equipes em atendimento, conforme determina a Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, do Ministério da Saúde (parágrafo 4.181);

11.4.19 Disponibilizar telefones móveis (celulares) para todas as ambulâncias USA e USB, programados de forma a utilizarem as linhas dedicadas das CRs, a fim de evitar o congestionamento das linhas 192 e agilizar o atendimento das equipes intervencionistas, conforme previsto no Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.2.8, “o” (parágrafo 4.184);

11.4.20 Disponibilizar equipamentos de identificação de chamadas em todos os telefones que recebem ligações para o 192, conforme o Plano Estadual de Atenção

às Urgências, item 12.2.8, “d”, ou sistema informatizado que execute a captura automática dos números de telefone (parágrafo 4.193);

11.4.21 Acompanhar e avaliar as ações do SAMU por intermédio da apresentação trimestral de casuística e de indicadores de desempenho exigidos na Portaria nº 1.864/2003, Anexo, item A, do Ministério da Saúde (parágrafo 5.9);

11.4.22 Elaborar documento conjunto com a SSP de pactuação contendo quais atendimentos necessitam da atuação conjunta da Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros e do SAMU e quais as funções / competências de cada profissional na cena da ocorrência, em atendimento à Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1, do Ministério da Saúde (parágrafo 6.31);

11.4.23 Disponibilizar salas de conforto para as equipes das salas de regulação, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192, item II, “c”, do Ministério da Saúde; sendo contíguas à sala de regulação e de uso extensivo a todos os profissionais que nela atuam, conforme consta do Plano Estadual de Atenção às Urgências (parágrafo 7.6);

11.4.24 Definir farmacêutico responsável para cada almoxarifado de medicamentos das CRs e Bases Descentralizadas do SAMU, conforme estabelece a Lei Federal nº 6.360/1976, art. 2º c/c art 53 e Lei Estadual nº 6.320/1983, art. 61, § 1º (parágrafo 7.10);

11.4.25 Disponibilizar e treinar profissional responsável em cada almoxarifado de medicamentos das CRs e Bases Descentralizadas do SAMU, mediante orientações do farmacêutico responsável (parágrafo 7.11);

11.4.26 Fazer a adequação dos almoxarifados de medicamentos das CRs e das Bases Descentralizadas à legislação sanitária, em obediência à Lei Estadual nº 6.320/1983, art. 61, § 1º, e solicitar inspeção da Vigilância Sanitária para confirmação da adequação do local (parágrafo 7.14);

11.4.27 Disponibilizar garagem coberta, protegida e fechada para todas as ambulâncias do SAMU, conforme a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192, item II, “g” e o Plano Estadual de Atenção às Urgências, itens 12.2.4 e 12.2.6; e garantir que estes locais sejam usados exclusivamente pelas ambulâncias e não por veículos particulares (parágrafo 7.25);

11.4.28 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 nº 2.048/2002, Capítulo II, do Ministério da Saúde (parágrafo 8.18);

11.4.29 Fornecer refeições junto às unidades onde trabalham os profissionais do SAMU/SC, conforme versa o item 12.2.6 do Plano Estadual de Atenção às Urgências (parágrafo 8.34);

11.4.30 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 o disposto no Plano Estadual de Atenção às Urgências (parágrafo 8.39);

11.5 **Determinações à SSP:**

11.5.1 Fazer cumprir o disposto na Portaria nº 2.048/2002, Capítulo II, item 3 e Capítulo IV, do Ministério da Saúde, no tocante à regulação médica dos atendimentos de urgências realizados por profissionais da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (parágrafo 6.20);

11.5.2 Elaborar documento conjunto com a SES de pactuação contendo quais atendimentos necessitam da atuação conjunta da Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros e do SAMU e quais as funções / competências de cada profissional na cena da ocorrência, em atendimento à Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1, do Ministério da Saúde (parágrafo 6.31);

11.6 **Recomendações à SES:**

11.6.1 Adotar mecanismo de controle efetivo da jornada de trabalho e fazer cumprir integralmente a carga horária contratada (parágrafo 3.75);

11.6.2 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 (parágrafo 4.43);

- 11.6.3 Editar ato normativo próprio com as Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimento de Urgência e as Normas e Rotinas de Serviço, a fim de regulamentar as atribuições e, até, possibilitar responsabilizações (parágrafo 4.64);
- 11.6.4 Elaborar e adotar regras de comportamento padrão para as salas de regulação (parágrafo 4.71);
- 11.6.5 Proibir a instalação e o uso de equipamentos como TV e rádio na sala de regulação, que possam atrapalhar na concentração dos profissionais que atuam nestes ambientes (parágrafo 4.74);
- 11.6.6 Desenvolver estratégias promocionais e de conscientização contínuas sobre o serviço e os trotes, focando públicos alvos distintos: adultos e crianças (parágrafos 4.96);
- 11.6.7 Encaminhar mensalmente lista dos números de telefones que efetuam trotes recorrentes ao SAMU, aos órgãos competentes para adoção de medidas coercitivas (parágrafo 4.100);
- 11.6.8 Divulgar as ações e punições decorrentes das medidas coercitivas em relação aos trotes (parágrafo 4.100);
- 11.6.9 Providenciar os cadastros dos proprietários de telefones fixos e móveis, para identificação dos responsáveis pelos trotes (parágrafo 4.103);
- 11.6.10 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 (parágrafo 4.126);
- 11.6.11 Contratar serviço especializado para revisão/manutenção preventiva das USAs, de acordo com os manuais dos fornecedores dos veículos (parágrafo 4.137);
- 11.6.12 Realizar o controle da frota de ambulâncias, com acompanhamento e registro de ocorrências, para conhecimento e programação das manutenções previstas nos manuais de fabricação dos veículos, consertos e limite de quilometragem para substituição (parágrafo 4.141);
- 11.6.13 Utilizar sistema de dados informatizado único em todas as CRs, permitindo a interligação dos sistemas entre as Centrais e destas com a Gerência Estadual (parágrafo 4.151);
- 11.6.14 Providenciar cópia de segurança dos registros efetuados no sistema informatizado e das gravações de voz e efetuar cópia periodicamente (parágrafo 4.158).

11.6.15 Exigir das operadoras de telefonia fixa e móvel o correto direcionamento das chamadas (parágrafo 4.188);

11.6.16 Produzir indicadores em cada mesorregião do SAMU com relação à (ao): (parágrafo 5.20)

- % 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);

11.6.17 Encaminhar os indicadores levantados aos órgãos competentes, como Secretarias 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 (parágrafo 5.20);

11.6.18 Dar continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193, abrangendo todas as cidades que sediam uma Central de Regulação do SAMU (parágrafo 6.41);

11.6.19 Viabilizar o abastecimento das USAs fora da sua mesorregião quando em procedimento de transferência inter-hospitalar (parágrafo 8.5);

11.6.20 Avaliar o tempo-resposta de cada profissional da sala de regulação, a fim de evitar a duplicidade de funções e reduzir o tempo de atendimento da regulação médica (parágrafo 8.10);

11.6.21 Exigir o cumprimento das funções do TARM e limitar a função do médico regulador ao interrogatório específico, possibilitando o atendimento no menor intervalo de tempo possível, de acordo com o Manual de Regulação Médica das Urgências, do Ministério da Saúde (parágrafo 8.11);

11.6.22 Providenciar periodicamente uniforme padrão (macacão) para os profissionais das equipes intervencionistas do SAMU/SC, de acordo com o Manual de Identidade Visual do SAMU 192, do Ministério da Saúde (parágrafo 8.22);

11.6.23 Providenciar periodicamente uniformes, compatíveis com o clima, levando em consideração as variações de temperatura existentes no Estado, para todos os profissionais do SAMU; e proibir o uso de uniformes diferentes dos fornecidos (parágrafo 8.26);

11.6.24 Estipular jornada diária de trabalho não excedente a 06 (seis) horas, atendendo o previsto no Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 10.1, visto o nível de exigência do trabalho (parágrafo 8.44);

11.7 **Recomendações à SSP:**

11.7.1 Disseminar a todos os profissionais da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina quais casos são atendidos pelo SAMU (parágrafo 6.10);

11.7.2 Fazer o COBOM cumprir o POP para atendimento pré-hospitalar de urgências e emergências, item 6, “f” e “g” que proíbe seus profissionais a realizarem atendimentos de cunho exclusivamente clínico (parágrafo 6.12);

11.7.3 Dar continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193, abrangendo todas as cidades que sediam uma Central de Regulação do SAMU (parágrafo 6.41).

11.8 ENCAMINHAR cópia do presente Relatório, Voto e Decisão que vierem a ser adotados pelo Tribunal:

- à Secretaria de Estado da Saúde - SES, para conhecimento e providências;
- à Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão - SSP, para conhecimento e providências;
- ao Comando Geral da Polícia Militar de Santa Catarina, para conhecimento;
- ao Comando Geral do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, para conhecimento;

- à Secretaria de Estado da Fazenda, através de sua Diretoria de Auditoria Geral, para conhecimento e providências;
- ao Exmo. Sr. Governador do Estado, para conhecimento;
- à Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, para conhecimento;
- ao Ministério Público Estadual, para conhecimento.

Florianópolis, 05 de janeiro de 2009.

Gláucia da Cunha
Auditor Fiscal de Controle Externo

Leonir Santini
Auditor Fiscal de Controle Externo

Michelle Fernanda De Conto
Auditor Fiscal de Controle Externo

Roberto Silveira Fleischmann
Auditor Fiscal de Controle Externo
Chefe da Divisão 3

De acordo
A consideração do Sr. Diretor da DAE.
Em ____/____/____

Célio Maciel Machado
Auditor Fiscal de Controle Externo
Coordenador de Controle

De acordo
Encaminhar ao Conselheiro Relator do
Processo.
DAE, ____/____/____

Kliwer Schmitt
Auditor Fiscal de Controle Externo
Diretor

12 REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 52/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006.

_____. **Lei nº 6.360**, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências.

_____. **Lei nº 8.666**, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

_____. **Decreto-Lei nº 2.848**, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.048**, de 05 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.863**, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.864**, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgências em Municípios e regiões de todo o território brasileiro: Samu 192.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.657**, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais Samu - 192.

_____. Ministério da Saúde. Manual de Identidade Visual SAMU 192. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_padroes_visuais_samu.pdf. Acesso em 06/10/2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.671**, de 29 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 33 ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

SANTA CATARINA. **Lei Complementar nº 260**, de 22 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do art. 37, IX, da Constituição Federal

e do art. 21, § 2º, da Constituição do Estado de Santa Catarina, e adota outras providências.

_____. **Lei Complementar nº 323**, de 02 de março de 2006. Estabelece Estrutura de Carreira, reestrutura o sistema de remuneração e dispõe sobre o regime disciplinar dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde e estabelece outras providências.

_____. **Lei Complementar nº 369**, de 27 de dezembro de 2006. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 323, de 2006, e estabelece outras providências.

_____. **Lei Complementar Promulgada nº 390**, de 25 de setembro de 2007. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 323, de 2006, que estabelece Estrutura de Carreira dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde e adota outras providências.

_____. **Lei nº 6.320**, de 20 de dezembro de 1983. Dispõe sobre normas gerais de saúde, estabelece penalidades e dá outras providências.

_____. Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão. **Portaria nº 910**, de 13 de novembro de 2007. Implantar , junto a Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão e a Secretaria de Estado da Saúde, a Coordenadoria dos Serviços de Emergência.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de atenção às urgências**. Florianópolis: _____ 2003.
http://samu.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=141. Acesso em 06/10/2008.

VALERY, Pedro P. T. **Boas práticas para estocagem de medicamentos**. Brasília: Central de Medicamentos, 1989.

MATRIZ DE ACHADOS

Objetivo Geral da Auditoria: Avaliar os aspectos estruturais e gerenciais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Catarina - SAMU/SC
Área de Interesse da Auditoria: Saúde
Problema de Auditoria: O SAMU/SC está estruturado para atender as urgências e emergências no Estado e produzir indicadores para serem utilizados como ferramenta de gestão?

1.RECURSOS HUMANOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
1.1. Ausência de atuação do NEU.	- A SES, inicialmente, não enviou documento de criação do NEU e depois foi encaminhada Portaria de homologação e aprovação do NEU da UNIMED. - O Estado não conseguiu recursos federais para a implantação do NEU e de seus pólos e para a capacitação de multiplicadores.	- Ausência de estruturação do NEU. - Perda de recursos federais.	- Profissionais atuando sem capacitação inicial e continuada.	- Desenvolver projeto de criação e capacitação de equipes de multiplicadores em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência, conforme item 13.6 do PEAU e 1.4, do Capítulo VII, da Portaria nº 2.048/2002, do MS . - Elaborar projeto para captação de recursos disponíveis junto ao MS, para capacitação de multiplicadores regionais, previstos no art. 2º, § 5º c/c art. 6º e 9º, da Portaria nº 1.864/2003, do MS.	- Oferta de cursos de capacitação aos profissionais do SAMU.
1.2. Profissionais atuando sem capacitação inicial e continuada. 1.3. Conteúdo das capacitações insuficientes para o exercício da função.	- A Gerência Estadual providenciou cursos de capacitação somente quando instalou as CRs, em 2005. - Os cursos oferecidos aos profissionais do SAMU contemplavam carga horária de 04 horas para motorista-socorrista e de 27 horas para os demais, ou seja, inferiores as previstas na Portaria nº 2.048/2002, que eram de 64 (sessenta e quatro) horas para motorista-socorrista, 56 (cinquenta e seis) horas para TARMs e radioperadores, 154 (cento e cinquenta e quatro) horas para auxiliares e técnicos de enfermagem, 130 (cento e trinta) horas para enfermeiros e 120 (cento e vinte) horas para médicos reguladores. - A capacitação inicial não foi oferecida a 23,5% dos profissionais que responderam o questionário. Dos que estavam há mais de 02 anos no SAMU, 57,6% não recebeu capacitação continuada. - As capacitações oferecidas não contemplaram as necessidades para o exercício da função de 57% dos profissionais que responderam o questionário. - Inexistência de mecanismos de avaliação dos profissionais capacitados, capacitadores e conteúdo dos cursos.	- Ausência de atuação do NEU. - Alta rotatividade de profissionais. - Ausência de avaliação, pelo SAMU e/ou NEU, dos profissionais capacitados. - Inexistência de avaliação, pelos profissionais capacitados, dos cursos de capacitação. - Cursos de capacitação fornecidos pelas Centrais de Regulação.	- Perda da qualidade do atendimento. - Profissionais desqualificados em urgências e emergências. - Inexistência de padronização dos atendimentos.	- Elaborar projeto de capacitação inicial e continuada aos profissionais do SAMU, com temas, conteúdos e cargas horárias mínimos, em conformidade com o previsto no Capítulo VII, da Portaria nº 2.048/2002. - Avaliar os profissionais capacitados, bem como os capacitadores ao final dos cursos realizados, de acordo com o previsto no Capítulo VII, da Portaria nº 2.048/2002, no PEAU, item 13.6, bem como no item 5, do Anexo I, da Resolução CFM nº 1.671/2003.	- Profissionais qualificados para o serviço. - Padronização dos atendimentos. - Melhoria da imagem do SAMU/SC perante a sociedade.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
1.4. Médicos contratados por contrato de prestação de serviços, através de inexibibilidade de licitação. 1.5. Profissionais admitidos em caráter temporário (ACT). 1.6. Contratos temporários e de prestação de serviço vencidos.	- O SAMU possuía, em maio de 2008, 612 profissionais contratados pelo Estado, destes 91 eram estatutários, 264 foram admitidos em caráter temporário (ACT) e 257 por contrato de prestação de serviço (médicos). - Existem no Plano de Cargos e Salários da SES os cargos para que profissionais estatutários possam atuar no SAMU. - Dos 521 profissionais não efetivos, 453 se encontravam com os contratos vencidos, ou seja, 87% do total.	- Contratação de profissionais por meio diverso ao concurso público. - Falta de substituição dos profissionais com contratos vencidos.	- Ausência de responsabilização dos profissionais. - Insegurança dos profissionais quanto aos direitos e obrigações. - Alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos. - Pagamento de salários sem documento legal que o respalde.	- Preencher os cargos do SAMU somente com servidor público efetivo, de acordo com o art. 37, II, da Constituição Federal.	- Possibilidade de responsabilização dos profissionais. - Segurança e garantias trabalhistas aos profissionais. - Redução da rotatividade de profissionais. - Amparo legal dos pagamentos efetuados. - Evitar a penalização dos responsáveis pela contratação irregular. - Preenchimento dos cargos com servidores efetivos.
1.7. Equipes incompletas na sala de regulação e ambulâncias.	- Nas CRs de Balneário Camboriú, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages as equipes das salas de regulação estavam incompletas e com relação às equipes das ambulâncias todas as CRs apresentavam equipes incompletas. - Nas CR de Joinville, em alguns dias da semana, as USAs de Jaraguá do Sul e Mafra deixavam de operar, pois os médicos das ambulâncias eram deslocados para atuar na regulação médica. - As equipes das salas de regulação de Lages e Joaçaba eram compostas por apenas um médico regulador.	- Alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos. - Descumprimento ao PEAU quanto à composição mínima das equipes da sala de regulação.	- Excesso de horas extras. - Descontinuidade no serviço ou demora no atendimento.	- Completar as equipes de trabalho, segundo consta PEAU, item 12.3.9, evitando-se a descontinuidade do serviço e o aumento de custos para o Estado pelo pagamento de horas extras.	- Redução na quantidade de horas extras. - Continuidade nos atendimentos.
1.8. Descumprimento da jornada de trabalho. 1.9. Excesso de horas extras.	- Alguns profissionais das CRs de Chapecó e Criciúma não cumpriam integralmente a jornada de trabalho. - Nas CRs de Balneário Camboriú, Joaçaba e Blumenau havia intervalo para descanso/refeição durante a jornada de trabalho. - Os médicos da CR de Chapecó acordaram entre si o revezamento entre a regulação médica, ambulância e descanso, em intervalos de 04 horas, ficando, portanto, descansando por 04 horas durante a jornada de trabalho. - Apurou-se que 48% dos profissionais que responderam o questionário executavam horas extras regularmente, sendo que destes, 56% eram integralmente remunerados, 35% recebia parcialmente as horas extras executadas e 9% sequer as recebiam. - Havia registro de horas extras sem a devida contraprestação de serviço na CR de Florianópolis.	- Precariedade do registro de frequência. - Ausência de coordenação eficaz nas CRs, em tempo integral. - Equipes incompletas nas salas de regulação e ambulâncias.	- Descontinuidade no serviço ou demora no atendimento. - Aumento de custos para o Estado, pois o custo das horas extras é maior que o da hora normal. - Pagamento indevido de horas extras.	- Adotar mecanismo de controle efetivo da jornada de trabalho e fazer cumprir integralmente a carga horária contratada.	- Continuidade nos atendimentos. - Responsabilização dos profissionais que não cumprem a carga horária. - Remuneração das horas devidamente trabalhadas.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
1.10. Carência de pessoal na área administrativa e de suporte.	- Os Coordenadores das CRs de, Balneário Camboriú, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages relataram que necessitavam de pessoal para a área administrativa e de suporte, como farmacêutico responsável e técnico de informática.	- Estruturação das CRs de forma diversa ao disposto no PEAU.	- Armazenamento de medicamentos em condições inadequadas. - Carência de suporte na área de informática. - Produção limitada de indicadores.	- Adequar o PEAU e estruturar as equipes administrativas das CRs com Coordenador Regional do Serviço, Responsável Técnico e Responsável de Enfermagem, segundo estabelece a Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1, do MS, todos atuando em tempo integral, farmacêutico responsável, em atendimento ao disposto na Lei nº 6.360/1976, art. 2º c/c art. 53; auxiliar (es) administrativo (s) e técnico em informática.	- Garantia de qualidade dos medicamentos dispensados. - Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e sistemas de informática em tempo reduzido. - Produção de indicadores para a gestão do serviço e para a formulação de políticas públicas.

MATRIZ DE ACHADOS

2. OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
2.1. Acesso irrestrito à sala de regulação.	- O acesso à sala de regulação das CRs de Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages não era restrito aos profissionais de plantão.	- Inexistência de manuais de normas e rotinas de serviço. - Ausência de coordenação eficaz nas CRs, em tempo integral.	- Desordem e desconcentração na sala de regulação. - Perda na qualidade do atendimento.	- Garantir o acesso restrito à sala de regulação de profissionais que nela atuam, de acordo com a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências, item I, "b", do MS.	- Ambiente compatível com o trabalho. - Agilidade nos atendimentos.
2.2. Interrupção do plantão presencial dos profissionais na Sala de Regulação.	- Na CR de Chapecó, os médicos relataram que realizavam revezamentos de 04 em 04 horas, ficando 01 na regulação, 01 na USA e 01 descansando durante 04 horas, durante a jornada de trabalho que era de 12 horas. - Os profissionais da CR de Blumenau realizavam uma folga de 02 horas durante o seu período de plantão. Neste momento ocorria um revezamento entre os TARMs e o RO, quando então, existia somente um TARM atendendo as ligações 192. - Na CR de Criciúma, o coordenador relatou que tomou conhecimento de profissionais que saíam durante o expediente para tratar de assuntos particulares. Além disto, flagrou todos os profissionais dormindo na sala de regulação durante uma madrugada, quando foi verificar o motivo pelo qual as ligações não estavam sendo atendidas neste período e que já tinha motivado várias reclamações. Informou que estava tomando providências para advertir e/ou punir os funcionários que não cumpriam sua jornada diária integralmente, porém, durante a inspeção nada foi registrado. - Os Coordenadores das Centrais de Balneário Camboriú, Blumenau e Joaçaba relataram que os profissionais que trabalhavam na sala de regulação saíam para se alimentar durante o expediente. No caso de Joaçaba, os TARMs e radioperadores tinham intervalo de 01 hora para descanso e refeição.	- Inexistência de manuais de normas e rotinas de serviço. - Ausência de coordenação eficaz nas CRs, em tempo integral.	- Demora no atendimento das ligações. - Solicitante desistindo do atendimento devido à demora. - Aumento do tempo-resposta.	- Garantir o funcionamento ininterrupto das salas de regulação com, no mínimo, um médico regulador, TARM e radioperador, de plantão presencial durante as 24 horas do dia, todos os dias, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU-192, item II, "b", do MS. - Fazer cumprir a jornada integral de trabalho por todos os profissionais.	- Continuidade nos atendimentos. - Redução do tempo-resposta.
2.3. Recebimento de ligações particulares pela linha 192.	- Os Coordenadores das CRs de Joaçaba e Joinville disseram que a linha 192 não era exclusiva para os atendimentos de socorro. Os Coordenadores de Criciúma e Lages disseram que a linha 192 também era usada para uso particular. - 33% dos profissionais que atuavam nas salas de regulação e responderam o questionário colocou que a linha 192 não era exclusiva para o atendimento das urgências e emergências. Os percentuais encontrados nas CRs de Florianópolis e Joaçaba foram ainda mais significativos, alcançando 55% e 50%, respectivamente. - Observou-se o recebimento de ligações particulares nas CRs de Blumenau, Criciúma, Joaçaba e Lages.	- Inexistência de manuais de normas e rotinas de serviço. - Ausência de coordenação eficaz nas CRs, em tempo integral.	- Custeio pelo Estado de ligações particulares. - Congestionamento das linhas 192.	- Garantir a utilização do número público gratuito 192 exclusivamente para o atendimento às urgências e emergências, conforme Portaria nº 2.657/2004, Anexo, A Regulação Médica das Urgências, do MS.	- Não utilização de recursos públicos para fins particulares. - Disponibilização da linha 192 para o acesso daqueles que precisam de atendimento às urgências e emergências.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
2.4. Congestionamento da linha 192 – período do meio-dia e final de tarde. 2.5. Inexistência de mecanismos para identificação dos congestionamentos.	- Os Coordenadores das CRs afirmaram que existiam horários de congestionamento das linhas 192 que se concentram no horário próximo ao meio-dia e no final de tarde. - 86% dos profissionais que trabalhavam na sala de regulação e responderam o questionário afirmou que existia congestionamento das linhas 192. Ao verificar somente as respostas dos TARMs, este índice de afirmação foi de 88%. - Os relatórios produzidos pela Gerência Estadual, no período de janeiro de 2007 a maio de 2008 apresentou média de trotes de 32%. Observou-se que os trotes eram parcialmente registrados, ou seja, os índices apresentados eram ainda maiores. - Os Coordenadores informaram que os congestionamentos de linha não eram detectados, exceto nas ligações da CR de Blumenau em que existia um sinal sonoro como alerta. - Os 218 profissionais que trabalhavam na sala de regulação e responderam o questionário apontaram que os congestionamentos eram detectados quando a chamada era atendida, porém ficava em espera aguardando regulação médica (28%) ; e devido às reclamações (36%).	-Trotes. -Demora de atendimento pelo TARM e Médico. -Quantidade de TARMs e Médicos insuficientes. - Recebimento de ligações particulares pela linha 192.	- Desistência da busca de atendimento. - Descrédito do serviço perante à sociedade. - Demanda para o Corpo de Bombeiros. - Aumento do tempo-resposta. - Não identificação dos congestionamentos das linhas 192.	- Disponibilizar dispositivo que identifique as chamadas em espera, possibilitando o acompanhamento destas ocorrências, a fim de verificar se quantidade de linhas e de profissionais disponíveis é suficiente.	- Universalização dos atendimentos. - Melhoria da imagem do SAMU/SC perante à sociedade. - Redução do tempo-resposta da sala de regulação. - Identificação das chamadas em espera. - Redução do congestionamento da linha 192. - Disponibilização de mecanismo de gestão do serviço.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
2.6. Inexistência das Ferramentas de Regulação na sala de regulação.	- A Gerência Estadual do SAMU enviou Portarias do MS, Resoluções do CRM/SC, apostila do SAMU e Planos de Trabalho quando foi solicitado o documento contendo as Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimentos de Urgência e os Manuais de Normas e Rotinas de Serviço. - Na CR de Criciúma não existiam na sala de regulação os mapas do município e da região de cobertura do serviço, com estradas e vias de acesso para orientação e localização dos locais de atendimento. - Nas CRs de Criciúma e Lages não existiam na sala de regulação as grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas para orientar os profissionais para onde encaminhar os atendidos pelo SAMU naquelas mesorregiões. - Em todas as CRs não existiam mecanismos de relacionamento direto com as Centrais de Leitos Hospitalares, em virtude de o Estado não possuí-la. Além disso, não existiam, também, as planilhas auxiliares com vagas e censos diários. - As atas dos Comitês Gestores apontam problemas no SAMU relacionados com leitos hospitalares. - Nenhuma das CRs possuía agenda de eventos para conhecimento e aviso prévio da concentração de pessoas em um único local. - Nenhuma CR possuía plano para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas, porém as CRs de Joaçaba, Joinville e Lages relataram que estava em elaboração. - As Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimentos de Urgências e os Manuais de Normas e Serviços não se encontravam na sala de regulação nas CRs de Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis e Joinville, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004. - 14% dos profissionais das salas de regulação que responderam o questionário colocaram que não tinham conhecimento sobre as Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimento de Urgência e 16% não conheciam o Manual de Normas e Rotinas de Serviço.	- Inexistência de documento próprio com as Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimentos de Urgência e com o Manual de Normas e Rotinas de Serviço. - Não disponibilização de todas as ferramentas de regulação pela Gerência Estadual e/ou Coordenação Regional do SAMU.	- Falta de padronização nos atendimentos. - Aumento do tempo-resposta. - Dificuldade de encaminhamento do paciente/vítima. - Falta de planejamento para atendimento a múltiplas vítimas. - Desconhecimento das atribuições de cada cargo e possíveis responsabilizações.	Boa Prática: - Existência de quadros grandes e visíveis contendo informações sobre as equipes de trabalho de plantão nas ambulâncias e na sala de regulação e sobre a situação dos veículos (operando ou não-operando), nas CRs de Florianópolis, Joaçaba, Joinville e Lages. Recomendação: - Disponibilizar todas as ferramentas de regulação nas salas de regulação, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU 192, item I, “a” a “i”, do Ministério da Saúde. - Editar ato normativo próprio com as diretrizes técnicas de regulação médica e atendimento de urgência e as normas de rotina de serviço, a fim de regulamentar as atribuições e, até, possibilitar responsabilizações.	- Diminuição do tempo-resposta desde a localização do local do evento, passando pela regulação, até o local de destino do paciente. - Padronização nos atendimentos. - Conhecimento de quais as atribuições de cada cargo/função. - Responsabilização pelo não cumprimento das atribuições do cargo/função.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
2.7. Comportamentos não compatíveis com o serviço, nas salas de regulação. 2.8. Existência de TV nas salas de regulação.	- Na CRs de Balneário Camboriú, Chapecó, Joaçaba, Joinville e Lages observaram-se profissionais na sala de regulação acessando a internet para assuntos particulares e jogos, durante o plantão, tanto no micro do SAMU como de laptop particular. - Nas CRs de Blumenau, Criciúma, Florianópolis e Joinville foi observada a existência de televisor na sala de regulação e não na sala de conforto. - Nas CRs de Blumenau, Joinville e Lages foi observada a realização de trabalhos manuais (bordado e tricô), durante o plantão na sala de regulação.	- Ausência de regras de comportamento, por escrito, a serem seguidas em todas as CRs. - Ausência de coordenação eficaz nas CRs, em tempo integral.	- Desconcentração dos profissionais da sala de regulação. - Demora nos atendimentos dos pedidos de socorro e conseqüente aumento no tempo-resposta.	Boa Prática: - A Central de Emergência Integrada de Balneário Camboriú apresentou documento intitulado "Regras de Comportamento da Central de Emergência" que contém, dentre várias situações, o que é proibido e o que é obrigatório na sala de regulação. Recomendações: - Elaborar e adotar regras de comportamento padrão para as salas de regulação. - Proibir a instalação e o uso de equipamentos como TV e rádio na sala de regulação que possam atrapalhar a concentração dos profissionais que atuam nestes ambientes.	- Utilização de regras padronizadas de comportamento em todas as CRs. - Ambiente compatível com o trabalho. - Agilidade nos atendimentos e conseqüente redução no tempo-resposta.
2.9. Registro parcial dos trotes.	- 14% dos TARMs que responderam o questionário afirmaram que não registravam os trotes. - Os TARMs das CRs de Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joaçaba e Joinville não registravam todos os trotes, conforme observação direta.	- Inexistência de identificador de chamadas (bina). - Sistema informatizado não facilita o registro. - Desmotivação dos TARMs em registrar a totalidade dos trotes, em virtude da quantidade elevada deste tipo de ligação e ausência de ações de coerção.	- Estatísticas e indicadores não confiáveis para a adoção de medidas para redução do número de trotes.	- Efetuar o registro de todos os trotes identificados, em função do que consta na Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU-192, item II, "b", do Ministério da Saúde.	- Confiabilidade das estatísticas e indicadores. - Possibilidade de adoção de medidas concretas para a redução do número de trotes.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
2.10. Elevado número de trotes.	- Os relatórios produzidos pela Gerência Estadual, no período de janeiro de 2007 a maio de 2008 apresentou média de trotes de 32%. Nas CRs de Criciúma e Lages, em 2008, este índice superou a média de 2007, contabilizando 37% e 49%, respectivamente. - Em virtude de o registro de trotes ser parcial, os percentuais encontrados representam valores inferiores aos reais. - Os Coordenadores Regionais e os TARMs relataram que a grande maioria dos trotes era praticada por crianças, nos horários do meio-dia e final de tarde. - A Gerência Estadual do SAMU não enviou nenhum documento com ações adotadas para reduzir os trotes. - Entrevista com Coordenadores apontou ações como: entrevistas na mídia (06 de 08); palestras nas escolas (05 de 08); denúncias à PM (04 de 08); distribuição de folders (02 de 08), dentre outras, sem resultado eficaz. - Os Coordenadores relataram que tinham dificuldade para obter o cadastro dos proprietários dos números de telefones.	- Desconhecimento pela sociedade das atribuições do SAMU. - Inexistência de estratégia específica a nível estadual para a redução do número de trotes. - Não identificação dos responsáveis, por inexistência de cadastro dos assinantes. - Inexistência de sistema que forneça relatório com informações detalhadas sobre os trotes.	- Congestionamento das linhas 192. - Aumento do tempo-resposta - Desistência da busca de atendimento por pacientes que necessitam do serviço. - Ausência de punição para os responsáveis pelos trotes. - Perda de recursos públicos no atendimento dos trotes e no encaminhamento de ambulância.	- Desenvolver estratégias promocionais e de conscientização contínuas sobre o serviço e os trotes, focando públicos-alvo distintos: adultos e crianças - Providenciar os cadastros dos proprietários de telefones fixos e móveis, para identificação dos responsáveis pelos trotes. - Encaminhar mensalmente lista dos telefones que efetuam trotes recorrentes ao SAMU, aos órgãos competentes para adoção de medidas coercitivas. - Divulgar as ações e punições decorrentes das medidas coercitivas.	- Universalização dos atendimentos. - Redução do número de trotes. - Redução dos congestionamentos das linhas 192. - Agilidade dos atendimentos. - Conscientização da sociedade quanto à importância do serviço prestado pelo SAMU e ao prejuízo que os trotes proporcionam. - Adoção de mecanismos de punição àqueles que realizam trotes para o SAMU/SC.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
2.11. Localização inadequada das USAs. 2.12. Quantidade insuficiente de USAs.	- Em março de 2008 o Estado possuía USAs em quantidade superior ao previsto na Portaria nº 1.864/2003, conforme documentos enviados pela SES. - O Coordenador de Lages considerou inadequada a localização das USAs da mesorregião, sugerindo transferir a USA de São Joaquim para Lages. - Dos profissionais da CR de Florianópolis que responderam o questionário, 61% considerou inadequada a localização das USAs da mesorregião. - Entrevista com os Coordenadores das Centrais de Regulação registrou as seguintes necessidades de USAs: • Mesorregião Sul: 01 (uma) em Criciúma – para transferências e 01 (uma) em Tubarão; • Mesorregião do Meio-Oeste: 01 (uma) em Caçador ou Videira; • Mesorregião do Vale do Itajaí: (01) em Blumenau e 01 (uma) em Rio do Sul; • Mesorregião do Extremo-Oeste: 01 (uma) em Chapecó – para transferências; • Mesorregião Norte-Nordeste: 01 (uma) em Joinville e 01 (uma) em Canoinhas; • Mesorregião do Planalto Serrano: 01 (uma) em Lages - para transferências; • Mesorregião da Grande Florianópolis: 01 (uma) em Canelinha e 01 (uma) em Rancho Queimado. - Os Coordenadores das CRs de Chapecó, Criciúma e Lages alegaram necessitar de mais USAs devido ao elevado número de transferências inter-hospitalares, decorrentes da falta de hospitais de referência e da falta de leitos de UTI, nas mesorregiões. - O Coordenador da CR de Joaçaba relatou que não enviava USA para atendimento na região de Caçador e Videira em virtude da distância e do tempo-resposta ser incompatível com o atendimento.	- Inexistência de indicadores de desempenho e relatórios gerenciais que fundamentem a necessidade de aumento da frota de ambulâncias. - Ausência de Plano de Expansão da frota de ambulâncias. - Dimensão geográfica das mesorregiões. - Situação da malha viária. - Elevado número de transferências inter-hospitalares.	- Aumento do tempo-resposta das USAs, em virtude da distância percorrida. - Não envio de equipe ao local da ocorrência decorrente do elevado tempo-resposta.	- A partir da produção de indicadores de desempenho e de relatórios gerenciais, elaborar Plano de Expansão da Frota de ambulâncias no Estado, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para complementação da frota.	- Adequação do número de ambulâncias às necessidades da mesorregião. - Universalização dos atendimentos. - Redução do tempo-resposta dos atendimentos.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
2.13. Ambulâncias fora de operação.	- Existiam 05 USAs fora de operação quando da execução da auditoria em julho de 2008, sendo: • 01 USA de Criciúma estava parada há aproximadamente 20 dias porque precisava de conserto; • 01 USA de Blumenau estava parada há aproximadamente 02 meses por falta de documentação e 01 USA de Rio do Sul não tinha médico para todas as escalas, nestas situações, a ambulância ficava parada; • 01 USA da CR de Joinville estava fora de operação há 20 dias. Nesta mesorregião havia revezamento entre os médicos das USAs de Jaraguá do Sul e Mafra para completar a equipe da regulação médica, sendo que, nestas ocasiões, as ambulâncias ficavam paradas. • 01 USA da Mesorregião do Extremo-Oeste, com sede em Chapecó estava parada por falta de enfermeiro na equipe. - Segundo os Coordenadores, 07 CRs não realizavam manutenção preventiva, ou seja, apenas a CR de Balneário Camboriú realizava manutenção preventiva a cada 15.000 km.	- Inexistência de Controlador de Frota nas CRs e não designação das atribuições deste profissional a outro (administrativo, radioperador, dentre outros). - Inexistência de manutenção preventiva das ambulâncias. - Falta de pagamento para as oficinas que prestam serviços para o Estado. - Equipes incompletas. - Veículos sem documentação.	- Recursos limitados para atendimento à população. - Profissionais parados. - Recebimento de recursos federais sem serviços efetivamente realizados.	- Contratar serviço especializado para revisão/manutenção preventiva das USAs, de acordo com os manuais dos fornecedores dos veículos. - Realizar o controle da frota de ambulâncias, com acompanhamento e registro das ocorrências, para conhecimento e programação das manutenções previstas nos manuais de fabricação dos veículos, consertos e limite de quilometragem para substituição, conforme critérios estabelecidos pelo MS.	- Redução no tempo e nos custos de manutenção das ambulâncias. - Ampliação da vida útil das ambulâncias. - Maior segurança para as equipes das ambulâncias e para os pacientes transportados. - Garantia de continuidade dos atendimentos da mesorregião, através da programação de reserva técnica, nos casos das manutenções, e da presença de todos os profissionais que compõem as equipes de trabalho das ambulâncias. - Programação para substituição das ambulâncias que atinjam o limite de quilometragem estabelecido pelo MS.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
2.14. Inexistência de equipamentos e sistema informatizado de dados e de gravação de voz nas CRs de Lages e Joaçaba.	- Constatou-se a inexistência de equipamentos e de sistema informatizado de dados e de gravação de voz nas CRs de Joaçaba e Lages, através de documentação enviada e por observação direta. - Observou-se a utilização de fichas para a regulação médica dos atendimentos nas CRs de Joaçaba e Lages.	- Indisponibilidade de equipamentos e sistema de dados informatizado e de gravação de voz pela Gerência Estadual do SAMU.	- Confusão na sala de regulação. - Dificuldade e demora no levantamento de informações, dados estatísticos e indicadores. - Aumento do tempo-resposta. - Anotações de dados em fichas trocadas. - Falta de evidências que confirmem as reclamações ou ações judiciais quanto ao atendimento prestado. - Impossibilidade de avaliação do serviço prestado.	- Disponibilizar equipamentos e sistema informatizado de dados e de gravação de voz nas CRs de Lages e Joaçaba, conforme Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais SAMU-192, item I, “g” e “h”, do Ministério da Saúde.	- Agilidade no atendimento através da captura automática de dados. - Registro de dados informatizado. - Captura de informações do sistema informatizado para a produção de indicadores. - Utilização das gravações para avaliação do serviço e como evidências para apuração de reclamações ou ações judiciais.
2.15. Inexistência de interligação dos sistemas entre as CRs e a Gerência Estadual.	- As CRs de Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis e Joinville utilizavam sistema informatizado disponibilizado pelo MS através do DATASUS, segundo documentos enviados pela SES e pela observação direta. Observou-se o uso de outro sistema informatizado de dados na CR de Balneário Camboriú, desenvolvido pela SES, funcionando integrado com o da PM. - O relatório de atividades do SAMU de maio de 2008 apresentou divergências nos resultados dos meses anteriores, os quais já haviam sido divulgados anteriormente. A Gerência Estadual colocou nota neste documento informando das correções nas estatísticas dos meses anteriores.	- Utilização de sistema de dados diferenciados pelas CRs.	- Impossibilidade de captura de informações e indicadores gerais pela Gerência Estadual. - Desconhecimento das informações de cada CR entre ambas e Gerência Estadual. - Falta de confiabilidade dos dados.	- Utilizar sistema de dados informatizado único em todas as CRs, permitindo a interligação dos sistemas entre as CRs e destas com a Gerência Estadual.	- Conhecimentos das informações entre as Centrais e a Gerência Estadual. - Captura de informações e indicadores pela Gerência Estadual em tempo real.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
2.16. Inexistência de gravação de voz contínua nas CRs.	- Não havia gravação de voz das comunicações via rádio em nenhuma CR. - A gravação de voz das comunicações via telefone ocorria nas CRs de Balneário Camboriú, Blumenau, Criciúma, Florianópolis e Joinville, porém não continuamente. - O Coordenador da CR de Chapecó informou na entrevista que não tinha conhecimento se ocorria a gravação de voz. - Na CR de Florianópolis somente um telefone possuía o conector que possibilitava a gravação de voz (só um TARM). - Na CR de Criciúma ocorria a gravação apenas dos ramais dos TARMs, porém quando a ligação era transferida para o médico regulador a gravação era interrompida. - Na CR de Blumenau foi relatado que só era possível recuperar as gravações ocorridas há, no máximo, 30 dias.	- Inexistência de sistema de gravação de voz das comunicações via rádio. - Precariedade de sistema de gravação de voz via telefone. - Inexistência de manutenção no sistema informatizado e de gravação de voz. - Inexistência de conectores nos aparelhos telefônicos de Florianópolis.	- Inexistência ou dificuldade de acesso à memória das gravações. - Impossibilidade de avaliação do serviço prestado. - Falta de evidências que confirmem as reclamações ou ações judiciais quanto ao atendimento prestado. - Impossibilidade de avaliação do serviço prestado.	- Gravar todas as comunicações efetuadas via rádio e telefone das salas de regulação, conforme Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais SAMU 192, item I, "g", do MS.	- Disponibilização de memória do serviço prestado. - Possibilidade de avaliação do serviço prestado. - Utilização das gravações para avaliação do serviço e como evidências para apuração de reclamações ou ações judiciais.
2.17. Inexistência de cópia de segurança.	- O Coordenador da CR de Florianópolis relatou que estava ocorrendo cópia de segurança dos dados informatizados e de gravação de voz das comunicações via telefone, porém a cópia se apagava a cada 30 dias. - Os Coordenadores das CRs de Chapecó, Criciúma e Joinville tinham dúvidas quanto à existência de cópia de segurança.	- Ausência de assistência/manutenção dos equipamentos e sistemas. - Ausência de conhecimento do sistema e/ou profissional capacitado para operá-lo.	- Perda da memória do serviço.	- Providenciar cópia de segurança dos registros efetuados no sistema informatizado e das gravações de voz e efetuar cópia periodicamente.	- Segurança das informações. - Armazenamento das informações. - Disponibilização de memória do serviço prestado.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
2.18. Sistema de dados não atendia as necessidades.	- Através da documentação enviada pela Gerência constatou-se que o sistema fornecia poucos relatórios e era um sistema fechado, sendo impossível reprogramá-lo para produção de outros relatórios. Os Coordenadores relataram que o sistema não fornecia relatórios para serem usados como ferramenta de gestão. - Os sistemas informatizados permitiam a inclusão de dados referentes aos horários de atendimento dos TARMs, médicos-reguladores, acionamento das ambulâncias, de chegada das ambulâncias ao local da ocorrência, de chegada e saída do hospital, bem como de retorno à base, porém o sistema não permitia a emissão de relatório de tempo-resposta, ferramenta importante para avaliação do serviço. - Dados sobre tempo de resposta e casuísticas de atendimento não eram remetidos ao MS, pois o sistema informatizado não emitia os referidos relatórios. - Os profissionais que atuavam na sala de regulação afirmaram que o sistema caía frequentemente, o que se observou durante a visita. Relataram, também, que o sistema não era ágil, possuía muitas telas e dados desnecessários e outros necessários não existiam.	- Sistema de dados disponibilizado pelo MS era fechado, não permitindo alterações. - Grande número de ligações e atendimentos que dificultavam a extração manual dos dados.	- Produção limitada de relatórios para a gestão do serviço. - Demora no atendimento da sala de regulação. - Não apresentação trimestral de indicadores ao MS.	- Disponibilizar sistema de dados informatizado adaptado às necessidades do SAMU/SC, em todas as CRs, de forma a agilizar o atendimento das salas de regulação, emitir relatórios com os indicadores solicitados pela Portaria nº 1.864/2003, Anexo, item 1, do MS, e outros que sirvam de fontes de informação para a gestão do serviço.	- Agilidade no atendimento da sala de regulação. - Obtenção de informações e indicadores através do sistema informatizado de dados para a gestão do serviço. - Apresentação trimestral de indicadores ao MS.
2.19. Inexistência de canal direto de comunicação entre os atores.	- A CR de Joinville possuía 01 linha direta de comunicação entre os atores, porém era utilizada somente entre as equipes das ambulâncias e a sala de regulação médica. - Através da lista de checagem e da observação direta, verificou-se que as equipes intervencionistas do SAMU e os atores externos (Polícia, Bombeiros e Hospitais) utilizavam a linha 192 para acionar a Central de Regulação. - Observou-se nas CRs de Criciúma, Florianópolis, Joaçaba e Lages, equipamento de rádio com a frequência do Corpo de Bombeiros, porém não era utilizado para comunicação.	- Indisponibilidade de linha direta (ou linha dedicada) e frequência de rádio exclusiva para comunicação entre os atores internos e externos.	- Congestionamento da linha 192. - Aumento do tempo de permanência da equipe intervencionista no local da ocorrência. - Ausência de regulação médica quando a equipe não consegue se comunicar com a CR.	- Disponibilizar linha direta (ou linha dedicada) e frequência de rádio exclusiva para comunicação entre os atores, conforme Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192, item I, “f”, do MS.	- Linha 192 exclusiva para receber chamadas da população. - Agilidade do acionamento da regulação médica pelas equipes intervencionistas e atores externos.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
2.20. Ineficiente canal de comunicação de rádio e telefone.	- A SES instalou apenas 26 torres de transmissão das 64 apresentadas no PEAU e 18 antenas repetidoras das 20 constantes no Plano, segundo documentos enviados pela Gerência Estadual do SAMU. - Todos os coordenadores regionais do SAMU informaram em entrevista que o sinal de rádio não abrangia toda a mesorregião, obrigando as equipes a utilizarem o telefone móvel (celular) para fazer contato com a regulação médica. Além disso, relataram que havia várias áreas da mesorregião que não recebia sinal de celular, impossibilitando a atuação da regulação médica. - Na CR de Blumenau se presenciou tentativas frustradas de contato via rádio, impossibilitadas pela má qualidade do sinal. - Os Coordenadores e profissionais das CRs de Balneário Camboriú e Blumenau relataram a ocorrência de direcionamento incorreto das chamadas. Pela observação direta constatou-se, na CR de Blumenau, o recebimento de chamada de solicitação de socorro a uma vítima grave que veio a óbito sem receber o atendimento do SAMU, pois a ligação ao 192 estava caindo em outra CR, efetivando-se o contato depois de 01 hora da ocorrência.	- Áreas não abrangidas pelo sinal de rádio e/ou telefones móveis. - Direcionamento de chamada 192 para fora da mesorregião competente para o atendimento. - Quantidade insuficiente de antenas e repetidoras para a comunicação via rádio.	- Dificuldade de acionamento do SAMU pelos solicitantes e pelas equipes de intervenção. - Demanda para o Corpo de Bombeiros. - Prolongamento do tempo de atendimento no local da ocorrência. - Ausência de regulação médica quando a equipe não consegue se comunicar com a CR.	- Garantir a comunicação entre as equipes de intervenção e as CRs, através da instalação de antenas e repetidoras para comunicação via rádio, conforme o Plano Estadual de Atenção a Urgências, item 12.2.8, ou outro meio técnico, econômica e operacionalmente viável. - Exigir das operadoras de telefonia fixa e móvel o correto direcionamento das chamadas.	- Universalização do atendimento. - Orientação e monitoramento da equipe intervencionista pelo médico regulador durante todo o atendimento.
2.21. Regulação médica exclusivamente via fone.	- Em nenhuma CR havia regulação médica via rádio, mesmo onde existia sinal de rádio. - Em todas as CRs existia apenas um equipamento de radiocomunicação, o qual ficava para uso restrito do radioperador.	- Não fornecimento do equipamento de radiocomunicação aos médicos reguladores. - Sinal de rádio deficiente, em função da não instalação das antenas e repetidoras previstas no PEAU.	- Ausência de regulação médica. - Congestionamento das linhas 192. - Prolongamento do tempo de atendimento no local da ocorrência.	- Disponibilizar equipamentos de radiocomunicação para os médicos reguladores que permitam a regulação médica via rádio de todas as equipes em atendimento, conforme determina a Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, do MS.	- Agilização da regulação médica. - Linha 192 exclusiva para atender chamadas da população.
2.22. Precariedade na disponibilização de celulares para as ambulâncias.	- As ambulâncias da CR de Lages não possuíam celulares fornecidos pelo Estado. - Na CR de Chapecó muitos aparelhos não funcionavam. - Nestes casos os profissionais eram obrigados a utilizar celulares particulares, ligando para o 192 que é gratuito.	- Indisponibilidade de telefones móveis (celulares) pelo Estado para algumas USAs e USBs.	- Ausência de regulação médica. - Congestionamento das linhas 192. - Prolongamento do tempo de atendimento no local da ocorrência. - Aumento de custos para o Estado.	- Disponibilizar telefones móveis (celulares) em todas as ambulâncias USA e USB, programados de forma a utilizarem as linhas dedicadas das CRs, a fim de evitar o congestionamento das linhas 192 e agilizar o atendimento das equipes intervencionistas, conforme previsto no PEAU, item 12.2.8, "o".	- Agilização da regulação médica. - Linha 192 exclusiva para atender chamadas da população. - Redução de custos com telefonia para o Estado.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
2.23. Inexistência de identificador de chamadas em todos aparelhos telefônicos que recebem chamada 192.	- A CR de Florianópolis possuía 03 telefones que recebiam a chamadas para o 192, porém 01 não possuía identificador de chamadas (bina). - A CR de Lages possuía 04 telefones que recebiam chamadas para o 192, porém só 02 aparelhos possuíam identificador de chamadas. - Na CR de Blumenau todos os aparelhos possuíam identificador de chamadas, porém não indicava o número quando recebiam ligação de celulares de algumas operadoras. - A CR de Balneário Camboriú utilizava o sistema EMAPE da PM que captura automaticamente o número do telefone que está chamando.	- Não disponibilização de identificador de chamadas em todos os aparelhos de telefone que recebem chamadas para o 192, ou outro sistema de captura.	- Registro parcial dos trotes. - Não identificação da totalidade dos números de telefone que originam os trotes. - Estatísticas e indicadores não confiáveis. - Aumento do tempo-resposta dos TARMS.	Boa Prática: - A CR de Balneário Camboriú utilizava o sistema EMAPE da PM que captura automaticamente o número do telefone que originou a chamada. Recomendação: - Disponibilizar equipamentos de identificação de chamadas em todos os telefones que recebem ligações para o 192, conforme o PEAU, item 12.2.8, “d”, ou sistema informatizado que execute a captura automática dos números dos telefones.	- Agilidade nos atendimentos pelos TARMS. - Confiabilidade das estatísticas e indicadores. - Viabilização do registro da totalidade dos trotes no sistema informatizado.

MATRIZ DE ACHADOS

3. PRODUÇÃO DE INDICADORES

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
3.1. Inexistência de indicadores para a gestão do serviço e a formulação de políticas públicas.	- As Coordenações Regionais encaminhavam à Gerência Estadual os dados solicitados, tais como total de chamadas, número de trotes, de informações e atendimentos, não se configurando em indicadores. - Nas CRs de Balneário Camboriú, Lages, Joinville e Blumenau eram produzidos indicadores por iniciativa própria, porém não eram enviados para a Gerência Estadual. - A Gerência Estadual do SAMU informou que não foi possível levantar as ações desenvolvidas pelo SAMU ou pela SES em relação às lacunas assistenciais e/ou problemas identificados pelos indicadores produzidos, o que leva a entender que nenhuma ação foi adotada.	- Sistema informatizado fechado, com fornecimento limitado de relatórios. - Inexistência pela Gerência Estadual, de apresentação de indicadores. - Falta de atuação dos Coordenadores Regionais.	- Indisponibilização de indicadores para a formulação de políticas públicas, aos órgãos competentes. - Desconhecimento, pelos órgãos, dos problemas que podem ser detectados pelo SAMU. - Falta de resolutividade de problemas, em diversas áreas, que podem ser detectados pelo SAMU. - Carência de ferramentas de gestão do serviço. - Dificuldade, pelas coordenações regionais, para fundamentar solicitações feitas à Gerência Estadual e desta ao MS.	- Produzir indicadores em cada mesorregião do SAMU com relação à (ao): % 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; % de atendimentos a vítimas de acidentes x município x logradouro; % de transferência de pacientes por motivo (falta de leitos, especialistas, equipamentos, hospitais de referências na região, dentre outros). - Encaminhar os indicadores levantados aos órgãos competentes, como SDRs, SMS, SSP, dentre outros, para que possam gerar políticas públicas.	- Utilização do SAMU como fonte de informações para a formulação de políticas públicas. - Conhecimento e resolutividade, pelos órgãos competentes, dos problemas levantados pelo SAMU. - Melhoria das condições de operacionalização do SAMU, decorrente da resolução de problemas por ele apontados. - Conhecimento, pela Gerência Estadual e coordenações regionais, da realidade do SAMU/SC. - Fundamentação das solicitações feitas pelas Centrais de Regulação à Gerência Estadual e desta última ao Ministério da Saúde.
3.2. Inexistência de apresentação trimestral de indicadores de desempenho do serviço ao MS.	- A Gerência Estadual não encaminhou documento comprovando a apresentação trimestral dos indicadores exigidos pela Portaria nº 1.864/2003, Anexo, item 1, do MS, informando que estas informações constam do PEAU, contudo o PEAU foi elaborado antes da criação do SAMU/SC.	- Sistema informatizado adotado não fornece relatórios com os indicadores solicitados pelo MS. - Falta de iniciativa da Gerência Estadual e das Coordenações Regionais para a produção de indicadores.	- Desconhecimento da realidade do SAMU/SC pelo MS. - Indisponibilidade e não utilização de indicadores como ferramenta de gestão e para fundamentação de solicitações feitas pelas Centrais à Gerência Estadual e desta ao MS.	- Acompanhar e avaliar as ações do SAMU por intermédio da apresentação trimestral de casuística e de indicadores de desempenho exigidos na Portaria nº 1.864/2003, Anexo, item "A", do MS.	- Melhoria da gestão interna do serviço. - Conhecimento, pelo MS, da realidade do SAMU/SC. - Fundamentação das solicitações feitas pelas Centrais de Regulação à Gerência Estadual e desta ao MS.

MATRIZ DE ACHADOS

4. ATUAÇÃO CONJUNTA NOS PEDIDOS DE SOCORRO MÉDICO

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
4.1. Atendimentos de casos clínicos pelo Corpo de Bombeiros.	- O POP do COBOM para atendimento pré-hospitalar de urgências proíbe seus profissionais a realizarem atendimentos de cunho exclusivamente clínico, o que não se confirmou nas entrevistas com os Coordenadores das Centrais 193 de Balneário Camboriú, Florianópolis e Lages. - Nas Centrais 193 constatou-se que algumas não receberam nenhuma orientação quanto às ocorrências que devem ser encaminhadas para o SAMU, como foi relatado em Chapecó e Joaçaba, atendendo todo tipo de ocorrência.	- Desconhecimento de quais casos devem ser repassados/atendidos pelo SAMU. - Descumprimento do POP do COBOM. - Negativa de atendimento pelo SAMU. - Descrédito do SAMU perante à sociedade.	- Atendimento inadequado do caso. - Envio desnecessário de mais de uma ambulância para a mesma ocorrência ou não envio de recursos necessários para o adequado atendimento do caso. - Conflitos entre profissionais do SAMU e do COBOM na cena da ocorrência.	Recomendação à SSP: - Disseminar a todos os profissionais da PM e do COBOM quais casos são atendidos pelo SAMU. - Fazer o COBOM cumprir o POP para atendimento pré-hospitalar de urgências e emergências, item 6, “f” e “g” que proíbe seus profissionais a realizarem atendimentos de cunho exclusivamente clínico.	- Correto direcionamento do caso. - Envio de recursos estritamente necessários para o atendimento. - Maior integração entre as equipes do SAMU, COBOM e PM.
4.2. Inexistência de regulação médica nos atendimentos realizados pela PM e COBOM.	- Através da observação direta verificou-se: • Nas CRs de Balneário Camboriú e Blumenau o acionamento do COBOM para casos de atendimento do SAMU, sem regulação médica. • Na CR de Criciúma como não dispunha de ambulâncias pediu ao solicitante acionar o 193, sem regulação médica. • Em nenhuma CR foi verificado o acionamento da regulação médica por parte da PM, exclusivamente de Joinville, ou do COBOM.	- Existência de POP do COBOM orientando os profissionais a não receberem ordens do médico regulador. - Instituições com filosofias diferentes de atuação.	- Atendimento inadequado do caso. - Envio desnecessário de mais de uma ambulância para a mesma ocorrência ou não envio de recursos necessários para o adequado atendimento do caso. - Conflitos entre profissionais do SAMU e do COBOM na cena da ocorrência.	Recomendação à SSP: - Fazer cumprir o disposto na Portaria nº 2.048/2002, Capítulo II, item 3 e Capítulo IV, do Ministério da Saúde, no tocante à regulação médica dos atendimentos de urgências realizados por profissionais da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.	- Padronização nos atendimentos. - Correto direcionamento do caso. - Envio de recursos estritamente necessários para o atendimento. - Maior integração entre as equipes do SAMU, COBOM e PM.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
4.3. Falta de comunicação entre as Centrais 190, 192 e 193.	- 94% dos 308 profissionais do SAMU que responderam o questionário afirmaram que acionavam o 193 e 190 quando necessário. - Todos os Coordenadores das Centrais 190 relataram que acionavam o 192 quando detectavam a necessidade. - Já os Coordenadores das Centrais 193, apenas o de Chapecó relatou não acionar o 192. - Não foi verificado nenhum contato das Centrais 190 e 193 com o SAMU durante a auditoria nas CRs.	- Inexistência de pactuação entre a SES e a SSP. - Conflito de competências entre o SAMU e o Corpo de Bombeiros. - Inexistência de canal direto de comunicação entre as Centrais.	- Envio desnecessário de mais de uma ambulância para a mesma ocorrência ou não envio de recursos necessários para o adequado atendimento do caso. - Aumento do tempo-resposta do SAMU, COBOM e PM. - Desperdício de recursos estaduais. - Conflitos entre profissionais do SAMU e do COBOM na cena da ocorrência.	Recomendação à SES e SSP: - Elaborar documento de pactuação contendo quais atendimentos necessitam da atuação conjunta da PM, do COBOM e do SAMU e quais as funções e competências de cada profissional na cena da ocorrência, em atendimento à Portaria nº 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1, do MS.	- Envio de recursos adequados ao atendimento da vítima. - Redução do tempo-resposta do SAMU, COBOM e PM. - Otimização da aplicação dos recursos públicos estaduais. - Maior integração entre as equipes do SAMU, COBOM e PM.
Boa Prática: 4.4. Integração física das Centrais 190, 192 e 193.	- A Portaria nº 910/2007, conjunta entre a SSP e a SES, implantou a Coordenadoria dos Serviços de Emergência nas Centrais integradas de Balneário Camboriú, Criciúma, Florianópolis e Joinville. - Na CR de Balneário Camboriú encontrou-se a integração física das Centrais 192 e 190, aguardando ainda a vinda da Central 193. - Em Criciúma e Florianópolis as Centrais 190 e 193 estavam integradas fisicamente e as Centrais do SAMU estavam para mudar-se para o mesmo ambiente. - Nos municípios de Blumenau, Joinville e Lages a estrutura física das Centrais Integradas estava sendo providenciada, apesar de Blumenau e Lages não constarem da Portaria nº 910/2007.			Recomendação à SES e SSP: - Dar continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193, abrangendo todas as cidades que sediam uma Central de Regulação do SAMU.	- Otimização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências. - Redução de custos para o Estado. - Agilidade no atendimento à vítimas - Padronização dos atendimentos. - Maior integração entre as equipes do SAMU, COBOM e PM.

MATRIZ DE ACHADOS

5. ESTRUTURA FÍSICA

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
5.1. Inexistência e/ou inadequação da sala de conforto.	- Inexistiam salas de conforto para os profissionais das salas de regulação das CRs de Balneário Camboriú e Criciúma. - Na CR de Blumenau havia uma área contígua, com camas para os profissionais descansarem. Havia uma TV dentro da sala de regulação. - Na CR de Chapecó existia uma área de conforto contígua, com TV, computador com acesso à internet e um quarto contíguo a esta sala para descanso, porém estas áreas eram exclusivas para os médicos. Havia, também cadeiras reclináveis na sala de regulação. - Na CR de Florianópolis existia um televisor e cadeiras reclináveis para conforto dentro da sala de regulação. Existia outra sala de conforto, distante da sala de regulação. - Na CR de Joaçaba a sala de conforto era dentro da sala de regulação, separada por um armário, com sofá, cadeiras reclináveis, TV e computador. - Na CR de Joinville o televisor e as cadeiras reclináveis encontravam-se na sala de regulação. A sala de conforto ficava afastada da sala de regulação. - Na CR de Lages havia uma área contígua à sala de regulação, com sofá e TV, ou seja, somente esta CR possuía uma sala de conforto adequada ao PEAU. - As cadeiras reclináveis para conforto dos profissionais da sala de regulação eram utilizadas como mobiliário de trabalho pelos médicos reguladores das CRs de Blumenau, Chapecó, Florianópolis, Joaçaba e Joinville.	- Ausência de padronização da sala de conforto. - Inexistência de norma para o uso da sala de conforto.	- Existência de televisão, notebook e alimentos na sala de regulação. - Utilização de cadeiras de conforto como mobiliário da sala de regulação (somente pelos médicos). - Permanência dos profissionais na sala de conforto por tempo elevado.	- Disponibilizar salas de conforto para as equipes das salas de regulação, conforme determina a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192, item II, “c”, do MS; sendo contíguas à sala de regulação e de uso extensivo a todos os profissionais que nela atuam, conforme consta do PEAU. - Normatizar a utilização da sala de conforto.	- Sala de conforto apropriada para desestresse dos profissionais da sala de regulação. - Utilização correta da sala de conforto.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
5.2. Estocagem de medicamentos em local inadequado.	- Somente a CR de Florianópolis contava com farmacêutico responsável pela farmácia. - Na CR de Blumenau foram encontradas caixas de medicamentos pelo chão do almoxarifado e medicamentos armazenados em prateleiras encostadas nas paredes. - Na CR de Chapecó o local para a guarda de medicamentos apresentava bolor nas paredes e estava soltando a tinta pelo excesso de umidade. - As CRs de Balneário Camboriú, Joaçaba, Joinville e Lages armazenavam materiais de limpeza juntamente com medicamentos.	- Falta de farmacêutico responsável pelas farmácias da mesorregião. - Ausência de atuação da Vigilância Sanitária.	- Medicamentos armazenados em condições inadequadas, com materiais de limpeza. - Perda dos medicamentos.	- Definir farmacêutico responsável em cada almoxarifado de medicamentos do SAMU, conforme estabelece a Lei Federal nº 6.360/1976, art. 2º c/c art. 53 e Lei Estadual nº 6.320/1983, art. 61, § 1º. - Disponibilizar e treinar profissional responsável em cada almoxarifado de medicamentos das CRs e Bases Descentralizadas do SAMU, mediante orientações do farmacêutico responsável. - Adequar os almoxarifados de medicamentos das CRs e das Bases Descentralizadas à legislação sanitária, em obediência à Lei Estadual nº 6.320/1983, art. 61, § 1º, e solicitar inspeção da vigilância sanitária para confirmação da adequação do local.	- Guarda ordenada de medicamentos. - Manutenção da qualidade dos medicamentos.
5.3. Ambulâncias descobertas e desprotegidas.	- O local para estacionamento das ambulâncias na CR de Blumenau era coberto, o terreno era fechado por um muro e não havia portão eletrônico. - Na CR de Chapecó ficavam sediadas 03 ambulâncias, 01 USA e 02 USBs, todavia a garagem só possuía 02 vagas cobertas. - Na CR de Criciúma ficavam sediadas 01 USA e 01 USB, porém estava com 04 ambulâncias a época da auditoria, sendo 01 da reserva técnica do Estado em substituição a USA que necessitava de manutenção e 01 nova que aguardava documentação. A garagem só tinha vaga para 02 ambulâncias, portanto 02 ficavam descobertas. - Na CR de Florianópolis ficavam sediadas 04 USAs, porém as ambulâncias ficavam estacionadas na rua, pois a garagem era utilizada por veículos particulares. Mesmo se usada, a garagem possuía acesso estreito, possibilitando a passagem de apenas um veículo por vez. Além disso a garagem possuía apenas 02 vagas. - Na CR de Joinville ficavam 03 USBs e 01 USA, todavia a garagem tinha apenas 03 vagas, portanto 01 ambulância ficava descoberta. - Na CR de Lages ficava 01 USA e 01 USB, porém só possuía 01 vaga de garagem coberta.	- Ausência de garagem. - Vagas de garagem insuficientes. - Garagem inadequada. - Uso da garagem por veículos particulares.	- Falta de segurança para os materiais, equipamentos e ambulâncias. - Diminuição da vida útil das ambulâncias.	- Disponibilizar garagem coberta, protegida e fechada para todas as ambulâncias do SAMU, conforme a Portaria nº 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências – Centrais SAMU-192, item II, “g” e o PEAU, itens 12.2.4 e 12.2.6; e, garantir que estes locais sejam utilizados exclusivamente por ambulâncias e não por veículos particulares.	- Maior segurança na guarda das ambulâncias e seus equipamentos. - Aumento da vida útil das ambulâncias.

MATRIZ DE ACHADOS

6. OUTRAS SITUAÇÕES ENCONTRADAS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
6.1. Dificuldade para abastecimento das ambulâncias nas transferências inter-hospitalares.	- Os Coordenadores das CRs de Blumenau, Criciúma, Chapecó e Lages informaram que tinham dificuldade para abastecer as USAs quando realizavam transferências inter-hospitalares para fora da sua mesorregião. - Pela observação direta, constatou-se esta dificuldade na CR de Chapecó, em que o tanque de combustível da ambulância não comportava combustível suficiente para a viagem de ida e volta e não havia permissão para abastecimento fora da mesorregião.	- Inexistência de cadastro das USA em postos de combustíveis fora da mesorregião. - Dificuldade de contato com a Regulação Estadual.	- Aumento do tempo-resposta das ambulâncias. - Aumento do tempo de permanência da ambulância fora da sua mesorregião, pela dificuldade de abastecimento para o retorno à base.	- Viabilizar o abastecimento das USAs fora da sua mesorregião quando em procedimento de transferência inter-hospitalar.	- Redução do tempo-resposta das ambulâncias nas transferências inter-hospitalares. - Permanência da USA fora da sua mesorregião somente pelo período necessário.
6.2. Duplicidade de perguntas ao solicitante, na sala de regulação.	- Constatou-se, através de observação direta nas CRs de Balneário Camboriú e Chapecó, que o médico regulador não utilizava as informações iniciais coletadas pelo TARM, ou seja, realizava novamente todas as perguntas efetuadas pelo TARM. - O Coordenador da Central 190 informou que preferia acionar os bombeiros, em virtude da demora do atendimento do SAMU. Considerava perda de tempo falar com o TARM e depois com o médico regulador, tendo que passar os mesmos dados para os dois profissionais.	- Inexistência de avaliação do tempo-resposta dos profissionais que atuam na sala de regulação. - Falta de treinamento para atuação no SAMU.	- Aumento do tempo-resposta da regulação médica.	- Avaliar o tempo-resposta de cada profissional da sala de regulação, a fim de evitar a duplicidade de funções e reduzir o tempo de atendimento da regulação médica. - Exigir o cumprimento das funções do TARM e limitar a função do médico regulador ao interrogatório específico, possibilitando o atendimento no menor intervalo de tempo possível, de acordo com o Manual de Regulação Médica das Urgências, do MS.	- Agilidade nos atendimentos. - Utilização de mecanismos de avaliação de desempenho do serviço.
6.3. Inexistência de interação entre o SAMU e demais serviços de saúde em todas as CRs.	- Pela observação direta na CR de Lages, presenciou-se o médico regulador utilizando algumas das respostas não-hospitalares apontadas no PEAU, através do acionamento de serviços como o PSF e de ambulância da prefeitura para realização de transporte simples de pacientes não graves. - Na CR de Blumenau, observou-se, também, orientação do médico regulador para o solicitante entrar em contato com a Central de Ambulâncias da prefeitura, pois o caso não caracterizava urgência.	- Inexistência de pactuação entre os gestores das unidades de saúde federais, estaduais e municipais.	- Limitação de respostas possíveis de atendimento disponíveis ao médico regulador do SAMU. - Dificuldade para o cidadão em acionar o serviço que pode atendê-lo.	- 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 Portaria nº 2.048/2002, Capítulo II, do MS.	- Ampliação do leque de respostas possíveis ao médico regulador para atendimento da população. - Direcionamento correto para atendimento dos casos recebidos pelo SAMU, independente do seu grau de urgência.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
6.4. Falta de uniformes para os profissionais que atuam nas CRs.	- Pela observação direta nas CRs de Criciúma, Joinville e Lages, observou-se alguns profissionais da sala de regulação utilizando uniforme diferente do padrão, porém com a logomarca do SAMU, como jaquetas, moletons e camisetas. Quando questionados, informaram que compraram os uniformes de uma empresa de Blumenau. - Alguns profissionais relataram que já atuavam há bastante tempo no SAMU e que receberam o uniforme apenas quando ingressaram no serviço e outros não receberam, tendo que usar uniformes velhos deixados por profissionais que saíram do SAMU.	- Não disponibilização de uniforme a todos os profissionais do SAMU. - Uniforme disponibilizado não compatível com o clima da região.	- Falta de padronização dos uniformes em todas as CRs. - Possibilidade de utilização do uniforme do SAMU por terceiros. - Aquisição direta dos uniformes pelos profissionais.	- Providenciar periodicamente uniforme padrão (macacão) para os profissionais das equipes intervencionistas do SAMU/SC, de acordo com o Manual de Identidade Visual do SAMU 192, do MS. - Providenciar periodicamente uniformes, compatíveis com o clima, levando em consideração as variações de temperatura existentes no Estado, para todos os profissionais das CRs. - Proibir o uso de uniformes diferentes dos fornecidos.	- Disponibilização de uniformes padronizados compatíveis com o clima a todos os profissionais. - Identificação dos profissionais do SAMU. - Uso de uniforme do SAMU exclusivamente pelos seus funcionários.
6.5. Indisponibilização de refeições para os profissionais de plantão.	- Da entrevista com os Coordenadores contabilizou-se que nas CRs de Balneário Camboriú, Blumenau, Chapecó, Florianópolis e Joaçaba não eram fornecidas refeições para os profissionais. Nestes casos, os profissionais levavam ou encomendavam suas refeições para realizá-las na CR, podendo, também, sair da CR para alimentar-se em algum restaurante. - Nas CRs de Chapecó e Criciúma, os profissionais que trabalhavam na USB recebiam refeição de empresa local, porém necessitavam ir à empresa para alimentar-se. Os demais profissionais não recebiam alimentação. Em Criciúma o coordenador informou que os profissionais estaduais não saíam da Central para este fim.	- Não disponibilização de refeições pela Gerência Estadual do SAMU.	- Recursos limitados para atendimento à população. - Aumento do tempo-resposta das ambulâncias. - Desinteresse dos profissionais para atuação no SAMU.	- Fornecer refeições junto às unidades onde trabalham os profissionais do SAMU, conforme versa o item 12.2.6 do PEAU.	- Disponibilização imediata das equipes para o atendimento. - Incentivo dos profissionais para atuação no SAMU.

MATRIZ DE ACHADOS

Achados principais	Análises e evidências	Causas	Efeitos	Boas práticas e recomendações	Benefícios esperados
6.6. Falta de segurança nas dependências das CRs.	- Profissionais das CRs de Blumenau, Criciúma e Joinville relataram que pessoas estranhas entraram nas dependências da CRs para ameaçá-los e agredi-los. - Na CR de Joinville havia guarita e portão eletrônico de acesso, o qual ficava sempre aberto. - Na CR de Chapecó havia 02 portões de acesso, porém 01 ficava sempre aberto. - As CRs de Criciúma, Florianópolis e Joaçaba tinham acesso livre a estranhos.	- Instalação das CRs em prédios ou casas não adequadas à planta física apresentada pelo PEAU. - Uso irregular da área para estacionamento das ambulâncias.	- Insegurança dos profissionais no local de trabalho. - Falta de segurança para os materiais, equipamentos e ambulâncias.	- Adequar as instalações físicas das CRs e Bases Descentralizadas quanto ao acesso de pessoas, garantindo a segurança dos profissionais, materiais, equipamentos e ambulâncias, atendendo ao disposto no PEAU.	- Segurança dos profissionais, materiais, equipamentos e ambulâncias. - Incentivo dos profissionais para atuação no SAMU.
6.7. Carga horária diária de trabalho excessiva.	- O PEAU previu a carga horária diária de 06 horas, se possível. - Foi constatado em todas as CRs o cumprimento de jornada diária de 12 horas contínuas.	- Configuração dos turnos de trabalho.	- Profissionais cansados. - Estresse no local de trabalho. - Licenças/afastamentos por doenças ocupacionais. - Ações trabalhistas dos profissionais da sala de regulação.	- Estipular jornada diária de trabalho não excedente a 06 (seis) horas contínuas, atendendo o previsto no PEAU, item 10.1, visto o nível de exigência do trabalho.	- Incentivo dos profissionais para atuação no SAMU. - Profissionais com disposição para o trabalho. - Continuidade nos atendimentos. - Preservar a saúde dos profissionais. - Redução de custos com ações trabalhistas.

Decisão
n. 2709/2009

1. Processo n. AOR - 07/00373454
2. Assunto: Grupo 3 – Auditoria Operacional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/SC), com abrangências aos exercícios de 2005 a 2008
3. Responsável: Luiz Eduardo Cherem - Secretário de Estado
4. Órgão: Secretaria de Estado da Saúde
5. Unidade Técnica: DAE
6. Decisão:

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

6.1. Conhecer do Relatório de Auditoria Operacional realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU/SC), de competência da Secretaria de Estado da Saúde, com abrangência aos exercícios de 2005 a 2008.

6.2. Determinar aos Secretários de Estado da Saúde e da Segurança Pública e Defesa do Cidadão que, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta decisão no Diário Oficial Eletrônico desta Corte de Contas, apresentem a este Tribunal Plano de Ação, estabelecendo responsáveis, atividades e prazos para o cumprimento das determinações e recomendações a seguir especificadas, nos termos do art. 5º da Instrução Normativa n. TC-03/2004:

6.2.1. Determinações à Secretaria de Estado da Saúde:

6.2.1.1. Desenvolver projeto de criação e capacitação de equipes de multiplicadores em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência, conforme itens 13.6 do Plano Estadual de Atenção às Urgências e 1.4 do Capítulo VII da Portaria n. 2.048/2002 do Ministério da Saúde (parágrafo 3.11 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.2. Elaborar projeto para captação dos recursos disponíveis junto ao Ministério da Saúde, para capacitação de multiplicadores regionais, previstos no art. 2º, § 5º, c/c arts. 6º e 9º da Portaria n. 1.864/2003 do Ministério da Saúde (parágrafo 3.15 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.3. Elaborar projeto de capacitação inicial e continuada aos 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 (parágrafo 3.25 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.4. Avaliar os profissionais capacitados, bem como os capacitadores, ao final dos cursos realizados, de acordo com o previsto no Capítulo VII da Portaria n. 2.048/2002, no Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 13.6, bem como no

item 5 do Anexo I da Resolução CFM n. 1.671/2003 (parágrafo 3.28 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.5. Preencher os cargos do SAMU somente com servidor público efetivo, de acordo com o art. 37, II, da Constituição Federal (parágrafo 3.55 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.6. 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 (parágrafo 3.66 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.7. Fazer a adequação do Plano Estadual de Atenção às Urgências e estruturar as equipes administrativas das CRs com Coordenador Regional do Serviço, Responsável Técnico e Responsável de Enfermagem, segundo estabelece a Portaria n. 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1, do Ministério da Saúde, todos atuando em tempo integral; farmacêutico responsável, em atendimento ao disposto na Lei (federal) n. 6.360/1976, art. 2º, c/c art. 53; auxiliar(es) administrativo(s) e técnico em informática (parágrafo 3.85 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.8. Garantir o acesso restrito à sala de regulação de profissionais que nela atuam, de acordo com a Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências, item I, b, do Ministério da Saúde (parágrafo 4.12 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.9. Garantir o funcionamento ininterrupto das salas de regulação com, no mínimo, um médico regulador, TARM e radioperador, de plantão presencial durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias, conforme determina a Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU-192, item II, b, do Ministério da Saúde; e fazer cumprir a jornada integral de trabalho por todos os profissionais (parágrafo 4.20 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.10. 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 (parágrafo 4.33 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.11. Disponibilizar todas as ferramentas de regulação nas salas de regulação, conforme determina a Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU 192, item I, "a" a "i", do Ministério da Saúde (parágrafo 4.58 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.12. Efetuar o registro de todos os trotes identificados, em função do que consta na Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Operacionalização das Centrais SAMU-192, item II, b, do Ministério da Saúde (parágrafo 4.86 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.13. Disponibilizar equipamentos e sistema informatizado de dados e de gravação de voz nas CRs de Lages e de Joaçaba, conforme determina a Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das

Centrais SAMU-192, item I, "g" e "h", do Ministério da Saúde (parágrafo 4.146 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.14. 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 (parágrafo 4.156 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.15. Disponibilizar sistema de dados informatizado adaptado às necessidades do SAMU, em todas as CRs, de forma a agilizar o atendimento das salas de regulação, emitir relatórios com os indicadores solicitados pela Portaria n. 1.864/2003, Anexo, item 1, do Ministério da Saúde, e outros que sirvam de fonte de informações para a gestão do serviço (parágrafo 4.163 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.16. Disponibilizar linha direta (ou linha dedicada) e frequência de rádio exclusiva para comunicação entre os atores, conforme Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências - Centrais SAMU-192, item I, f, do Ministério da Saúde (parágrafo 4.171 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.17. Garantir a comunicação entre as equipes de intervenção e as CRs, através da instalação de antenas e repetidoras para comunicação via rádio, conforme o Plano Estadual de Atenção a Urgências, item 12.2.8, ou outro meio técnica, econômica e operacionalmente (parágrafo 4.177 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.18. Disponibilizar equipamentos de radiocomunicação para os médicos reguladores que permitam a regulação médica via rádio de todas as equipes em atendimento, conforme determina a Portaria n. 2.048/2002, Capítulo IV, do Ministério da Saúde (parágrafo 4.181 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.19. Disponibilizar telefones móveis (celulares) para todas as ambulâncias USA e USB, programados de forma a utilizarem as linhas dedicadas das CRs, a fim de evitar o congestionamento das linhas 192 e agilizar o atendimento das equipes intervencionistas, conforme previsto no Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.2.8, o (parágrafo 4.184 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.20. Disponibilizar equipamentos de identificação de chamadas em todos os telefones que recebem ligações para o 192, conforme o Plano Estadual de Atenção às Urgências, item 12.2.8, d, ou sistema informatizado que execute a captura automática dos números de telefone (parágrafo 4.193 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.21. Acompanhar e avaliar as ações do SAMU por intermédio da apresentação trimestral de casuística e de indicadores de desempenho exigidos na Portaria n. 1.864/2003, Anexo, item A, do Ministério da Saúde (parágrafo 5.9 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.22. Elaborar documento conjunto com a SSP de pactuação contendo quais atendimentos necessitam da atuação conjunta da Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros e do SAMU e quais as funções/competências de cada profissional na

cena da ocorrência, em atendimento à Portaria n. 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1, do Ministério da Saúde (parágrafo 6.31 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.23. Disponibilizar salas de conforto para as equipes das salas de regulação, conforme determina a Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências - Centrais SAMU-192, item II, c, do Ministério da Saúde; sendo contíguas à sala de regulação e de uso extensivo a todos os profissionais que nela atuam, conforme consta do Plano Estadual de Atenção às Urgências (parágrafo 7.6 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.24. Definir farmacêutico responsável para cada almoxarifado de medicamentos das CRs e Bases Descentralizadas do SAMU, conforme estabelecem a Lei (federal) n. 6.360/1976, art. 2º, c/c art. 53, e a Lei (estadual) n. 6.320/1983, art. 61, § 1º (parágrafo 7.10 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.25. Disponibilizar e treinar profissional responsável em cada almoxarifado de medicamentos das CRs e Bases Descentralizadas do SAMU, mediante orientações do farmacêutico responsável (parágrafo 7.11 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.26. Fazer a adequação dos almoxarifados de medicamentos das CRs 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 (parágrafo 7.14 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.27. Disponibilizar garagem coberta, protegida e fechada para todas as ambulâncias do SAMU, conforme a Portaria n. 2.657/2004, Anexo, Dimensionamento Técnico para a Estruturação Física das Centrais de Regulação Médica de Urgências - Centrais SAMU-192, item II, "g" e o Plano Estadual de Atenção às Urgências, itens 12.2.4 e 12.2.6; e garantir que esses locais sejam usados exclusivamente pelas ambulâncias e não por veículos particulares (parágrafo 7.25 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.28. 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 (parágrafo 8.18 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.29. 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 (parágrafo 8.34 do Relatório de Auditoria);

6.2.1.30. 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 (parágrafo 8.39 do Relatório de Auditoria);

6.2.2. Determinações à Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão:

6.2.2.1. Fazer cumprir o disposto na Portaria n. 2.048/2002, Capítulo II, item 3, e Capítulo IV, do Ministério da Saúde, no tocante à regulação médica dos atendimentos de urgências realizados por profissionais da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (parágrafo 6.20 do Relatório de Auditoria);

6.2.2.2. Elaborar documento conjunto com a SES de pactuação contendo quais atendimentos necessitam da atuação conjunta da Polícia Militar, do Corpo de Bombeiros e do SAMU e quais as funções/competências de cada profissional na cena da ocorrência, em atendimento à Portaria n. 2.048/2002, Capítulo IV, item 1.1, do Ministério da Saúde (parágrafo 6.31 do Relatório de Auditoria);

6.2.3. Recomendações à Secretaria de Estado da Saúde:

6.2.3.1. Adotar mecanismo de controle efetivo da jornada de trabalho e fazer cumprir integralmente a carga horária contratada (parágrafo 3.75 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.2. 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 (parágrafo 4.43 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.3. Editar ato normativo próprio com as Diretrizes Técnicas de Regulação Médica e Atendimento de Urgência e as Normas e Rotinas de Serviço, a fim de regulamentar as atribuições e, até, possibilitar responsabilizações (parágrafo 4.64 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.4. Elaborar e adotar regras de comportamento padrão para as salas de regulação (parágrafo 4.71 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.5. Proibir a instalação e o uso de equipamentos como TV e rádio na sala de regulação, que possam atrapalhar na concentração dos profissionais que atuam nestes ambientes (parágrafo 4.74 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.6. Desenvolver estratégias promocionais e de conscientização contínuas sobre o serviço e os trotes, focando públicos alvos distintos: adultos e crianças (parágrafos 4.96 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.7. Encaminhar mensalmente lista dos números de telefones que efetuam trotes recorrentes ao SAMU, aos órgãos competentes para adoção de medidas coercitivas (parágrafo 4.100 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.8. Divulgar as ações e punições decorrentes das medidas coercitivas em relação aos trotes (parágrafo 4.100 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.9. Providenciar os cadastros dos proprietários de telefones fixos e móveis, para identificação dos responsáveis pelos trotes (parágrafo 4.103 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.10. 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 (parágrafo 4.126 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.11. Contratar serviço especializado para revisão/manutenção preventiva das USAs, de acordo com os manuais dos fornecedores dos veículos (parágrafo 4.137 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.12. Realizar o controle da frota de ambulâncias, com acompanhamento e registro de ocorrências, para conhecimento e programação das manutenções previstas nos manuais de fabricação dos veículos, consertos e limite de quilometragem para substituição (parágrafo 4.141 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.13. Utilizar sistema de dados informatizado único em todas as CRs, permitindo a interligação dos sistemas entre as Centrais e destas com a Gerência Estadual (parágrafo 4.151 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.14. Providenciar cópia de segurança dos registros efetuados no sistema informatizado e das gravações de voz e efetuar cópia periodicamente (parágrafo 4.158 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.15. Exigir das operadoras de telefonia fixa e móvel o correto direcionamento das chamadas (parágrafo 4.188 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.16. Produzir indicadores em cada mesorregião do SAMU com relação à (ao) (parágrafo 5.20 do Relatório de Auditoria):

- % 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);

6.2.3.17. 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 (parágrafo 5.20 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.18. Dar continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193, abrangendo todas as cidades que sediam uma Central de Regulação do SAMU (parágrafo 6.41 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.19. Viabilizar o abastecimento das USAs fora da sua mesorregião quando em procedimento de transferência inter-hospitalar (parágrafo 8.5 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.20. Avaliar o tempo-resposta de cada profissional da sala de regulação, a fim de evitar a duplicidade de funções e reduzir o tempo de atendimento da regulação médica (parágrafo 8.10 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.21. Exigir o cumprimento das funções do TARM e limitar a função do médico regulador ao interrogatório específico, possibilitando o atendimento no menor intervalo de tempo possível, de acordo com o Manual de Regulação Médica das Urgências, do Ministério da Saúde (parágrafo 8.11 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.22. Providenciar periodicamente uniforme padrão (macacão) para os profissionais das equipes intervencionistas do SAMU, de acordo com o Manual de Identidade Visual do SAMU 192, do Ministério da Saúde (parágrafo 8.22 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.23. Providenciar periodicamente uniformes, compatíveis com o clima, levando em consideração as variações de temperatura existentes no Estado, para todos os profissionais do SAMU; e proibir o uso de uniformes diferentes dos fornecidos (parágrafo 8.26 do Relatório de Auditoria);

6.2.3.24. 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 (parágrafo 8.44 do Relatório de Auditoria).

6.2.4. Recomendações à Secretaria de Estado da Segurança Pública:

6.2.4.1. Disseminar a todos os profissionais da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina quais casos são atendidos pelo SAMU (parágrafo 6.10 do Relatório de Auditoria);

6.2.4.2. Fazer o COBOM cumprir o POP para atendimento pré-hospitalar de urgências e emergências, item 6, "f" e "g", que proíbe seus profissionais de

realizarem atendimentos de cunho exclusivamente clínico (parágrafo 6.12 do Relatório de Auditoria);

6.2.4.3. Dar continuidade na integração física das Centrais 190, 192 e 193, abrangendo todas as cidades que sediam uma Central de Regulação do SAMU (parágrafo 6.41 do Relatório de Auditoria).

6.3. Dar Ciência desta Decisão, do Relatório e Voto do Relator, bem como do Relatório de Auditoria Operacional DAE n. 004/2008:

6.3.1. às Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Pública e Defesa do Cidadão - SSP, para conhecimento e providências;

6.3.2. ao Comando Geral da Polícia Militar de Santa Catarina, para conhecimento;

6.3.3. ao Comando Geral do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, para conhecimento;

6.3.4. à Secretaria de Estado da Fazenda, através de sua Diretoria de Auditoria Geral, para conhecimento e providências;

6.3.5. ao Exmo. Sr. Governador do Estado do Estado de Santa Catarina, para conhecimento;

6.3.6. à Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, para conhecimento;

6.3.7. ao Ministério Público Estadual, para conhecimento.

7. Ata n. 50/09

8. Data da Sessão: 10/08/2009 - Ordinária

9. Especificação do quorum:

9.1. Conselheiros presentes: José Carlos Pacheco (Presidente), Wilson Rogério Wan-Dall, Luiz Roberto Herbst, Salomão Ribas Junior, Otávio Gilson dos Santos, César Filomeno Fontes (Relator) e Herneus De Nadal.

10. Representante do Ministério Público junto ao TC: Aderson Flores.

11. Auditores presentes: Gerson dos Santos Sicca, Sabrina Nunes Iocken e Adircélio de Moraes Ferreira Junior.

JOSÉ CARLOS PACHECO CÉSAR FILOMENO FONTES
Presidente Relator

Fui presente: ADERSON FLORES
Procurador do Ministério Público junto ao TCE/SC