TC 11.088/2018

AUDITORIA EXTRAPLANO. SMS. FMS. Auditoria de natureza operacional relacionada aos contratos de gestão celebrados com Organizações Sociais. 1. Fragilidade nos controles e necessidade de aprimoramento dos procedimentos. CONHECIDA. DETERMINAÇÕES. 1. Readequação e/ou implantação de novas unidades de saúde. 2. Realização de estudo da população de abrangência das unidades de saúde. 3. Implementação de política municipal de conscientização da população. 4. Estabelecimento de parâmetros objetivos para o dimensionamento de pessoal. 5. Inclusão de estudos que embasem a definição do quantitativo de recursos humanos nos próximos Chamamentos Públicos. 6. Inclusão nos Contratos de Gestão de cláusula que estabeleça prazos para reposição de equipe mínima. 7. Realização de revisão e controle dos dados dos Sistemas Informatizados de Controle. 8. Apresentação das conclusões dos relatórios da CTA corroboradas com registro de dados correspondentes. 9. Estabelecimento de roteiros-padrão para elaboração de relatório pela CTA. 10. Realização de reuniões da CTA dentro do prazo estipulado. 11. Implementação de interface entre os sistemas utilizados pela PMSP, de modo a viabilizar a integração das informações. 12. Estipulação de parâmetros condizentes para as metas de produção. 13. Inclusão nos Contratos de Gestão de cláusula que verse sobre a obrigatoriedade de existência de Ponto Eletrônico nas unidades. 14. Implementação de interface entre os sistemas de Ponto Eletrônico e de Prontuário Eletrônico. 15. Implantação de Sistema de Prontuário Eletrônico em todas as unidades de saúde. 16. Atualização do Manual de Acompanhamento Financeiro. 17. Definição objetiva do fluxo dos procedimentos que envolvem o planejamento, execução e controle dos Contratos de Gestão. 18. Realização de análise detalhada de todos os processos de prestação de contas por sistema informatizado, com cruzamento de dados com os demais sistemas. 19. Demonstração da adequação do quadro de pessoal nas áreas envolvidas. 20. As equipes médicas se apresentem completas nas Unidades de Atendimento. 21. Análise das prestações

de contas por sistema informatizado com cruzamento de dados com outros sistemas. Votação unânime.

3.145ª Sessão Ordinária

A C Ó R D Ã O

Vistos, relatados e discutidos estes autos, dos quais é Relator o Conselheiro MAURÍCIO FARIA.

ACORDAM os Conselheiros do Tribunal de Contas do Município de São Paulo, à unanimidade, de conformidade com o relatório e voto do Relator, em conhecer da Auditoria Extraplano, para fins de registro.

ACORDAM, à unanimidade, tendo em vista as constatações feitas pela Subsecretaria de Fiscalização e Controle, bem como a fragilidade de determinados controles e a necessidade de aprimoramento dos procedimentos, em determinar à Secretaria Municipal da Saúde que, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias**, contados do término do período de emergência declarado pela pandemia do coronavírus, apresente Plano de Ação para correção das irregularidades e aprimoramento de procedimentos que inclua:

01) A readequação e/ou implantação de novas unidades de saúde, de modo a atender o disposto no Documento Orientador – Desenho de Redes Assistenciais da SMS, que estabelece uma UBS para cada 20 mil habitantes;
02) Realização de estudo atualizado da população de abrangência das unidades de saúde, com utilização de dados atualizados e fidedignos;
03) Implementação de política municipal de conscientização da população acerca dos diversos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde da prefeitura e em quais situações procurá-los;
04) Estabelecimento de parâmetros objetivos para o dimensionamento de pessoal nas UBSs tradicionais e AMAs;
05) Inclusão, nos próximos processos de Chamamento Público para contratação de Organizações Sociais para serviços de saúde, de estudos que embasem a definição do quantitativo de recursos humanos;
06) Inclusão nos Contratos de Gestão de cláusula que estabeleça prazos para reposição de equipe mínima preestabelecida, após baixas eventuais de colaboradores, sob pena de aplicação de sanção;
07) Realização de efetiva revisão e controle dos dados constantes no WebSAASS ou em outros Sistemas Informatizados de Controle utilizado pela SMS, de modo a confirmar registros de valores correspondentes a profissionais não contratados e para que haja correlação de dados com os apurados nas reuniões da CTA;
08) Apresentação das conclusões dos relatórios da CTA corroboradas com registro de dados correspondentes, extraídos do WebSAASS ou de

outro sistema que dê suporte;
09) Estabelecimento de roteiros-padrão para elaboração de relatório pela CTA;
10) Realização de reuniões da CTA dentro do prazo estipulado na Portaria n° 2.342/16-SMS.G e nos Contratos de Gestão;
11) Implementação de interface entre os sistemas utilizados pela PMSP, de modo a viabilizar a integração das informações da Prefeitura em suas diversas bases de dados e permitir controles e cruzamentos de informações automáticos, por sistema;
12) Estipulação de parâmetros condizentes para as metas de produção, que considerem as particularidades de cada região, bem como o perfil demográfico da área de abrangência da UBS, levando em conta, por exemplo, questões como número de gestantes e número de crianças;
13) Inclusão nos Contratos de Gestão de cláusula que verse sobre a obrigatoriedade de existência de Ponto Eletrônico nas unidades;
14) Implementação de interface entre os sistemas de Ponto Eletrônico e de Prontuário Eletrônico, para que seja possível efetuar a associação entre a presença do médico na unidade e a sua produção, visando verificar não apenas a presença física do médico na unidade, mas o seu efetivo atendimento à população;
15) Implantação de Sistema de Prontuário Eletrônico em todas as unidades de saúde;
16) Atualização do Manual de Acompanhamento Financeiro, contendo em seu texto uma definição padronizada das rotinas relacionadas ao processo de análise das prestações de contas;
17) Definição objetiva do fluxo dos procedimentos que envolvem o planejamento, execução e controle dos Contratos de Gestão, no âmbito da SMS;
18) Realização de análise detalhada de todos os processos de prestação de contas por sistema informatizado, com cruzamento de dados com os demais sistemas utilizados pela SMS, no âmbito do acompanhamento e controle dos Contratos de Gestão;
19) Demonstração da adequação do quadro de pessoal nas áreas envolvidas no controle dos Contratos de Gestão.

ACORDAM, à unanimidade, consoante proposta formulada pelo Conselheiro ROBERTO BRAGUIM, nos termos da sua declaração de voto, acolhida pelo Relator, em determinar à Origem que:

- as equipes médicas se apresentem completas nas Unidades de Atendimento, para que o serviço médico seja prestado com a qualidade que o munícipe merece;

- aprimore as ações do Departamento de Prestação de Contas – DPC, na forma observada pela Subsecretaria de Fiscalização e Controle no subitem 3.12.3, recomendando, ainda, que faça uma análise detalhada das prestações de contas por sistema informatizado com cruzamento de dados com

outros sistemas utilizados pela Pasta, considerando que, assim, o controle do uso do dinheiro público sairá fortalecido.

ACORDAM, à unanimidade, em determinar o envio de cópia deste Acórdão ao Excelentíssimo Senhor Prefeito do Município de São Paulo, ao Secretário Municipal de Saúde, à Controladoria Geral do Município e ao Ministério Público do Estado de São Paulo, observado o prazo assinalado para cumprimento das determinações.

Participaram do julgamento os Conselheiros DOMINGOS DISSEI – Revisor, ROBERTO BRAGUIM e EDUARDO TUMA.

Presente o Procurador-Chefe da Fazenda ROBINSON SAKIYAMA BARREIRINHAS.

São Paulo, 26 de maio de 2021.

JOÃO ANTONIO
Presidente

MAURÍCIO FARIA
Relator

ROBERTO BRAGUIM
Conselheiro, com declaração de voto

RELATÓRIO

Trata o presente de Auditoria Operacional sobre os Contratos de Gestão da Saúde.

O escopo desta Auditoria está delimitado pelos pontos listados por esta Relatoria em memorando encaminhado à Subsecretaria de Fiscalização e Controle (Peça 3), quais sejam: (i) contemplar a identificação das necessidades regionalizadas e a distribuição das unidades e serviços; (ii) avaliar o dimensionamento e cumprimento de equipe mínima; (iii) analisar a existência de ponto eletrônico nas unidades; (iv) avaliar a estipulação e cumprimento de metas de produção; (v) identificar os responsáveis nas diversas etapas compreendidas no gerenciamento dos Contratos, incluindo o aspecto específico do controle, o processo de pagamento dos repasses, a análise da prestação de contas financeira, e a validação de dados assistenciais (produção, equipe mínima e indicadores de qualidade).

A realização da auditoria, que não contemplou verificação analítico-financeira dos Contratos de Gestão, abrangeu as seguintes fases:

- 1ª Planejamento - elaboração de programa durante a fase de execução da auditoria, elaboração de questionários, requisições e roteiros de visitas (entrevista inicial na CPCS; elaboração do questionário, roteiro de visitas e seleção de unidades);

- 2ª Teste piloto em uma Organização Social/Contrato de Gestão (selecionada com base em critérios de risco) com visita a UBS/CRS/STS para validação dos questionários e roteiros, além de entrevistas na UBS/AMA Integrada Massagista Mário Américo, UBS Mista Vila Dionísio, STS Casa Verde/Cachoeirinha, CEInfo, CPCS e CAB. Realizado estudo das Diretrizes;

- 3ª Adaptação dos questionários e seleção da amostra;

- 4ª Visitas às Unidades de Saúde, Coordenadorias Regionais e Supervisões Técnicas. (Entrevista na CPCS e análise de prestações de contas).

- 5ª Elaboração do Relatório de Auditoria com tabulação de dados dos checklists e questionários.

Para elaboração do Relatório, foram realizadas visitas técnicas a 67 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Atendimento Médico Ambulatorial (AMAs) do Município, selecionadas aleatoriamente, nas quais foram conferidos itens do checklist elaborado pela Auditoria e aplicados questionários aos gerentes e pacientes das unidades. Adicionalmente, foram realizadas reuniões e entrevistas com órgãos da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), como a Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde (CPCSS), Coordenadoria de Atenção Básica e Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo).

De acordo com o disposto no art. 7º, da Resolução nº 14/2019[1], o Relatório de Auditoria Operacional em versão preliminar (Peça 11) foi entregue à Secretaria Municipal da Saúde para comentários do gestor em reunião realizada com a participação da equipe da Subsecretaria de Fiscalização e Controle e desta Relatoria, em 18 de julho de 2019.

Os comentários do gestor (Anexo 6 – Peça 24) foram considerados na elaboração do Relatório de Auditoria Operacional Consolidado (Peça 25), o qual apresenta as seguintes conclusões: 1) De acordo com informação prestada pela CEInfo, 253 de 456 Unidades Básicas de Saúde do Município, ou seja, 55% das unidades possuem população de abrangência superior a 20 mil habitantes, contrariando o preconizado no Documento Orientador – Desenho de Redes Assistenciais da SMS, que estabelece uma UBS para cada 20 mil habitantes

[1] "Art. 7º Após elaboração do Relatório de Auditoria Operacional, este deverá ser enviado ao gestor para comentários.
Parágrafo único. O prazo para a apresentação dos comentários do gestor acerca dos achados e das recomendações contidos no Relatório de Auditoria Operacional será de 15 (quinze) dias úteis."

(subitem 3.5); 2) De acordo com os questionários aplicados aos gerentes, há unidades em que o dimensionamento de pessoal não atende às demandas da população (subitem 3.5.1); 3) Nos questionários aplicados, dentre os pacientes das UBSs ESF e Tradicional que tiveram alguma dificuldade no agendamento da consulta, 61,73% relataram que a agenda estava lotada, e 17,28% indicou ausência de médico (subitem 3.5.1); 4) Não foi demonstrado como os parâmetros informados são utilizados para o dimensionamento de pessoal das UBSs Tradicionais e AMAs (subitem 3.6.1); 5) A definição do número de médicos por especialidade cabe precipuamente a cada STS e CRS, de forma subjetiva, levando em consideração conceitos abertos como “necessidades em saúde da região”, sem ser especificado, por exemplo, como serão mensuradas tais necessidades, ressalvando que para as UBSs ESF, existem critérios objetivos para dimensionar o número de equipes por UBS, com limite mínimo e máximo (subitem 3.6.1); 6) Ausência de aplicação de penalidades pelo descumprimento de equipe mínima, haja vista que ocorre apenas o não repasse do valor correspondente àquele profissional não contratado. Além disso, não há no contrato de gestão limitação temporal para que a OS contrate os profissionais faltantes, sob pena de sanção (subitem 3.6.2); 7) Constata-se, em consulta ao WebSAASS, períodos com dados de produção zerados, indicando que há falta de profissionais, a exemplo das AMA/UBS Integrada Jardim São Francisco II, UBS Vila Arapuã, e AMA/UBS Integrada Jardim Três Marias – Dr. Maurício Zamijovsky (subitem 3.6.2); 8) Os dados de produção e de equipe mínima não são atualizados no sistema WebSAASS após a ocorrência da reunião da CTA (subitem 3.6.2); 9) O controle do cumprimento da manutenção de equipe mínima é frágil e subjetivo, em especial em razão de não existir um padrão de relatório ou análise dos dados, visto que cada ata de reunião e relatório da CTA são emitidos de forma diferente, com dados diversos e conclusões discrepantes entre si. Em alguns casos, apesar de a CTA informar que não houve descumprimento da obrigação, o sistema WebSAASS demonstrava o oposto (subitem 3.6.2); 10) Os relatórios de auditorias realizadas demonstram que por vezes não ocorrem os descontos de equipe mínima, ou ocorrem de forma intempestiva, o que contraria o disposto nos Contratos de Gestão vigentes, que estabelecem que o desconto de equipe mínima incidirá no repasse do mês subsequente à prestação de contas do mês de ocorrência (subitem 3.6.2); 11) Conforme os questionários aplicados aos gerentes das unidades de saúde, 59,37% das UBSs ESF possuem taxa de absenteísmo superior a 20%, enquanto o percentual verificado para as UBSs Tradicionais foi de 80% (subitem 3.7.1); 12) Dentre as razões apresentadas pelos pacientes para o não comparecimento às consultas marcadas, constatamos que a maior parte era decorrente de esquecimento (23,68% para UBSs ESF e 25,93% para UBSs Tradicionais) ou de questões envolvendo o trabalho (23,68% para UBSs ESF e 18,52% para UBSs Tradicionais) (subitem 3.7.1); 13) Em relação à perda primária, 78,13% dos gerentes das UBSs ESF informaram ter perda primária inferior a 5%, enquanto nas UBSs Tradicionais o percentual foi de 88%, consoante ao estipulado pelo Programa de Metas 2017-2020 em sua linha de ação 1.5 (subitem 3.7.1); 14) As metas mensais para consulta médica, consulta de enfermeiro e visita de ACS são quantidades padrão multiplicadas pelo número de profissionais previstos para a unidade, o que demonstra que não há adequação das metas às realidades de cada região (subitem 3.8); 15) Para os descontos de equipe mínima, não há um padrão

para aplicação das penalidades pelo descumprimento das metas de produção, de forma que em cada relatório a indicação de desconto é feita de uma forma (subitem 3.8); 16) Existem períodos em que as informações acerca dos dados de produção não constam registradas no sistema WebSAASS (subitem 3.8); 17) As reuniões da CTA estão ocorrendo de forma intempestiva e, consequentemente, os descontos de produção (subitem 3.8); 18) Mais de 96% das UBSs ESF e Tradicionais constantes da amostra da auditoria não atingiram as metas de produção em pelo menos um dos meses, no período compreendido de março/2018 a fevereiro/2019 (subitem 3.8.1); 19) As análises realizadas sobre o atendimento dos indicadores de qualidade previstos nas matrizes constantes nos Contratos de Gestão são frágeis, visto que nas reuniões da CTA não eram analisados todos os índices listados na matriz, e que as atas não se apresentam com anexos documentais de modo a corroborar as avaliações realizadas, o que impede a conferência e demonstração das análises realizadas (subitem 3.9); 20) De acordo com informação prestada pela SMS, 64,56% das unidades de saúde do município geridas por OSs utilizam Ponto Manual (subitem 3.10); 21) Nas visitas realizadas, constatou-se o preenchimento das folhas de ponto manual com uniformidade nos horários de entrada, saída e intervalos de almoço, que se comparado com a predominância de horários constatada nas folhas de ponto eletrônico, pode indicar ocorrência de preenchimento das folhas manuais em momento anterior ou posterior ao dia trabalhado (subitem 3.10); 22) Na AMA/UBS Integrada Fazenda do Carmo constatamos que, apesar de o médico estar presente na unidade, seu ponto do dia não estava preenchido. De modo análogo, na AMA/UBS Vila Nova Piauí e na AMA Juscelino Kubitschek, os médicos não haviam preenchido a folha de frequência do mês, apesar de terem sido verificados atendimentos no mês, evidenciando, assim, a fragilidade do Ponto Manual (subitem 3.10); 23) Em checklists aplicados às unidades, 27% das unidades possuem Sistema de Prontuário Eletrônico (subitem 3.10); 24) Devido à estrutura precária da UBS Jardim Fontalis, os pacientes com dificuldade de locomoção são atendidos na rua (subitem 3.11); 25) Das unidades visitadas, 92,54% dos imóveis possuem rampas de acesso para pessoas com limitação de locomoção, e 97,01% das unidades possuem sanitário específico para deficiente (subitem 3.11); 26) Foram observados problemas em 19 banheiros para pessoas com deficiência (29%), tais como ausência de assento, banheiro interditado, banheiro entupido, e ausência de sabonete (subitem 3.11); 27) Das unidades visitadas, 24% dos banheiros para a população em geral não possuem assento ou tampa no vaso sanitário, 21% não possui papel higiênico, 15% não possui sabonete ou álcool em gel, e 12% não possui toalha de papel, além de outros problemas pertinentes aos banheiros, como mau cheiro, maçaneta da porta quebrada, a porta do banheiro não possuía tranca, torneira com defeito, e saboneteira quebrada (subitem 3.11); 28) Das unidades visitadas, 77,61% das unidades não possuem Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB), o que representa um risco à segurança dos usuários e profissionais que atuam nessas unidades (subitem 3.11); 29) De acordo com os Cheklists aplicados, 77,61% das unidades visitas se encontrava em imóvel próprio da prefeitura, e dos 15 imóveis alugados, 86,67% tem o aluguel pago pela Organização Social (subitem 3.11); 30) O endereço constante no contrato de locação de imóvel da UBS Jardim Fontalis, Rua Mota, 01, Jardim Fontalis, difere daquele constatado em visita realizada à

unidade, Rua Antônio Piccarolo, 41, Jardim Fontalis (subitem 3.11); 31) A CPCSS abre um processo SEI por ano, para cada contrato de gestão, com o fim de analisar as prestações de contas (subitem 3.12.3); 32) O DPC estabeleceu um fluxo interno padronizado para análise das prestações de contas dos Contratos de Gestão. A análise passa pelas seguintes etapas: verificação da entrega dos documentos pela OS, conciliação dos extratos bancários e análise da adequação do montante das despesas realizadas, com o previsto no plano orçamentário do contrato de gestão, por item de despesa (subitem 3.12.3); 33) Em entrevista com a CPCSS, foi informado que, em relação aos Contratos de Gestão, não está sendo feita a conferência total de profissionais contratados, por categoria profissional, em relação ao previsto na tabela de lotação de pessoas (TLP), mas unicamente a análise mensal da produção. Quanto à conferência se a média de gasto com os profissionais, por categoria, corresponde à previsão do Plano de Cargos e Salários das OSs, a diretora informou que está sendo feita análise no total mensal da Folha de Pagamento (subitem 3.12.3); 34) Ausência de verificação quanto à aplicação dos saldos existentes em conta corrente, se são direcionados à poupança (aplicações com vencimento superior a um mês); ou a fundo de aplicação de curto prazo, ou operação de mercado aberto lastreado em dívida pública (aplicações com vencimento inferior a um mês) (subitem 3.12.3); 35) Em entrevista com a CPCSS, foi informado que, uma vez por mês, o DPC seleciona um contrato de gestão, amparado no julgamento profissional, com base em uma análise macro preliminar, para análise percuciente das despesas de pessoal, com terceiros, equipamentos, materiais de consumo, medicamentos. Tal procedimento visa alcançar todos os Contratos de Gestão, ao menos uma vez, durante um exercício. Entretanto, até o fechamento do relatório foi realizada apenas uma análise detalhada da prestação de contas apresentada, correspondente ao CG R012/2015 (subitem 3.12.3); 36) Não estão sendo realizados os acompanhamentos anuais das prestações de contas apresentadas pelas OSs, visto que a CAF ainda não foi constituída, em infringência ao Decreto Municipal n° 52.858/11 (subitem 3.12.3); 37) Dos pacientes entrevistados, mais da metade (64,46%) avaliou a estrutura das unidades de saúde como excelente ou boa, 29,20% avaliou como regular, 4,96% avaliaram como ruim, e 1,38% avaliou como péssima. As unidades que receberam avaliação péssima foram: AMA/UBS Integrada City Jaraguá, AMA/UBS Integrada Padre Manoel da Nóbrega, UBS Brasília-M'Boi, e UBS Jardim Fontalis. Cabe destacar que a estrutura da UBS Jardim Fontalis apresentou apenas as avaliações regular (50%), ruim (35,71%) e péssima (14,29%) (subitem 3.13.1); 38) Dos pacientes entrevistados, mais da metade (83,75%) avaliou a limpeza das unidades de saúde como excelente ou boa, 13,22% considerou regular, e 3,03% avaliou esse critério como ruim ou péssimo (subitem 3.13.2); 39) Dos pacientes entrevistados, mais da metade (51,24%) avaliou o tempo de espera para atendimento médico como excelente ou bom, 31,13% considerou regular, e 17,63% avaliou esse critério como ruim ou péssimo (subitem 3.13.3); 40) As OSs Fundação ABC e Associação Comunitária Monte Azul não tiveram classificação excelente pelos pacientes entrevistados. (subitem 3.13.3); 41) Dos pacientes entrevistados, 79% avaliaram acessibilidade das unidades como excelente ou boa, 11,33% considerou regular, e 9,67% avaliou esse critério como ruim ou péssimo (subitem 3.13.4); 42) Dos pacientes entrevistados, 86,23% avaliaram o atendimento médico das unidades como

excelente ou bom, 11,29% considerou regular, e 2,48% avaliou esse critério como ruim ou péssimo (subitem 3.13.5); 43) Dos usuários das UBSs ESF, 40,12% classificaram o atendimento médico como excelente, e nenhum paciente o avaliou como péssimo (subitem 3.13.5); 44) No critério atendimento médico, as unidades que obtiveram as piores avaliações foram: AMA/UBS Integrada Vila Guarani (OS SPDM), AMA/UBS Integrada Jardim Icaraí Quintana (OS ASF), AMA/UBS Integrada Fazenda do Carmo (OS Santa Marcelina), e UBS Guaianases II (OS Santa Marcelina) (subitem 3.13.5); 45) Dos pacientes entrevistados, 76,19% avaliaram o grau geral de satisfação com as unidades como excelente ou bom, 23,10% considerou regular, e 1,93% avaliou esse critério como ruim. Nenhum dos entrevistados avaliou esse critério como péssimo (subitem 3.13.6); 46) Em relação ao grau geral de satisfação dos pacientes, a maioria das OSs recebeu classificação boa. Nenhuma OS recebeu avaliação péssima (subitem 3.13.6); 47) A região que apresentou, proporcionalmente, mais avaliações como excelente e boa para o critério grau geral de satisfação foi a região Oeste, com 86,21%, e por outro lado, a região com maior proporção de classificação como ruim foi a região Leste, com 4,05% (subitem 3.13.6).

Diante das constatações feitas, a Subsecretaria de Fiscalização e Controle propôs várias Recomendações à Secretaria Municipal de Saúde.

A Procuradoria da Fazenda Municipal, considerando a natureza instrumental do feito, manifestou-se pelo conhecimento, para fins de registro.

Finalizando este Relatório, vale consignar que, por se tratar da primeira Auditoria Operacional realizada, a qual conforme já dito, teve início como Auditoria Programada, com necessidade de melhor compreensão da sistemática fixada pela Resolução nº 14/2019[2], excepcionalmente, não foi submetida a este Colegiado no prazo de 30 dias fixado pela mencionada Resolução.

É o Relatório.

VOTO

Os levantamentos efetuados pela Subsecretaria de Fiscalização e Controle consubstanciados Relatório de Auditoria Operacional Consolidado, apresentam informações sobre a elaboração dos Contratos de Gestão e seus planos de trabalho, a execução do disposto nos ajustes e na legislação, bem como o gerenciamento desses contratos pela Secretaria de Saúde do Município. Vejamos:

[2] "Art. 9º. Nos processos referentes às auditorias operacionais, o Tribunal deliberará mediante recomendações ou determinações em até 30 (trinta) dias corridos do término da instrução processual, após o devido exame pelo Revisor e devolução ao Relator, para inclusão em pauta".

O município de São Paulo, à época da realização da Auditoria, possuía 32 Contratos de Gestão, tendo sido 23 (22 de rede e 01 hospital) firmados a partir de chamamentos públicos realizados a partir de 2014, com 09 Organizações Sociais distintas. Os contratos têm por objeto o gerenciamento de ações e serviços de saúde da rede assistencial do Município de São Paulo, distribuídos com base nos territórios de abrangências das Supervisões Técnicas de Saúde (STS). Tais contratos envolvem o gerenciamento de unidades dos tipos Unidade Básica (PSM), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital Dia (HD), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros serviços, estando as UBSs e AMAs no escopo das análises realizadas no presente relatório.

A Subsecretaria de fiscalização e Controle informou que, em auditoria de Função de Governo realizada em 2018, foi constatada a execução por meio de Convênios e Contratos de Gestão 68,5% das despesas do programa Ações e Serviços de Saúde e 50,8% da Função Saúde. Em 2018, o total gasto com transferências a Entidades sem Fins Lucrativos chegou a, aproximadamente, R$ 4,95 bilhões.

Já em 2019, foram executadas por meio de Convênios e Contratos de Gestão 68,5% de despesas do programa Ações e Serviços de Saúde, repetindo o percentual de 2018, e 52,3% da Função Saúde, representando aumento de 3% em relação a 2018. Em 2019, o gasto com transferências a Entidades sem Fins Lucrativos foi de, aproximadamente, R$ 5,63 bilhões.

As transferências realizadas para Entidades sem Fins Lucrativos evidenciam a política municipal de terceirização desses serviços, realizada mediante parcerias entre a Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) e essas entidades do terceiro setor.

Quanto ao controle dos Contratos de Gestão, o relatório da presente Auditoria concluiu que, apesar de a maior parte dos recursos da Saúde ser destinada aos Contratos de Gestão e às respectivas Organizações Sociais, os controles da elaboração, execução e da prestação de contas dos referidos ajustes apresentaram-se frágeis.

Para realização do presente trabalho, foi utilizada técnica de amostragem estatística, visando selecionar as unidades que seriam visitadas para aplicação de questionários e checklists elaborados pela Auditoria. Para tanto, foram considerados três tipos de serviços oferecidos pela Prefeitura Municipal de São Paulo na área de saúde: UBS Estratégia Saúde da Família – ESF, UBS Tradicional e Assistência Médica Ambulatorial – AMA.

Os serviços foram selecionados com base na relevância que apresentam nas diretrizes da Rede de Atenção à Saúde do Município, além da sua representatividade no atendimento à população. As amostras foram segmentadas por tipo de serviço, considerando suas características diferenciadas, as quais levaram à necessidade de elaborar questionários específicos para cada

serviço:

- AMA – Atende a demanda espontânea de agravos menores (baixa e média complexidade).
- UBS ESF – UBS com Equipe(s) Saúde da Família, compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 5 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
- UBS Tradicional – UBS com Equipe de Atenção Básica – possui especialidades básicas de Clínica Geral, Ginecologia e Pediatria.

À época da Auditoria, havia 481 estabelecimentos geridos pelas Organizações Sociais por meio de Contratos de Gestão. Desse total, 349 correspondiam a estabelecimentos que possuíam pelo menos um dos três serviços citados acima, representando 72,56% do total.

Na definição da população, foram desconsideradas as 2 (duas) UBSs exclusivas ESF/Indígena. Neste sentido, o universo para o presente trabalho representa a quantidade de unidades do tipo AMA, UBS ESF e UBS Tradicional gerenciadas por Organizações Sociais, por meio de Contratos de Gestão.

Para o dimensionamento das amostras por cada tipo de serviço, considerando a existência de unidades que abrangem mais de um dos três tipos selecionados, a Auditoria baseou-se nos seguintes quantitativos:

Quadro 01: Quantitativo total de unidades por serviço no Município, gerenciadas por OSs.

Tipo de serviço	**Número de unidades**
AMA	77
UBS ESF	255
UBS Tradicional	148

Fonte: Planilha encaminhada pela SMS.

Por meio da ferramenta de seleção aleatória da Estatística Inferencial da SFC, com 90% de nível de confiança e margem de erro de 15%, foram selecionadas 74 unidades de saúde (sendo 22 AMA, 27 UBS ESF e 25 UBS Tradicional) para a análise. Considerando que algumas unidades oferecem mais de um tipo de serviço, chegou-se a um total de 66 unidades distintas a serem visitadas, para serem aplicados questionários correspondentes a cada serviço selecionado.

A seleção aleatória resultou em uma amostra que abarcou unidades de todas as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e

Organizações Sociais, e de 21 dos 22 Contratos de Gestão de rede, celebrados a partir de 2014.

Tendo em vista que a presente Auditoria apresenta um quadro amplo da situação dos Contratos de Gestão no Município, neste voto selecionei alguns aspectos para destaque, quais sejam:

a) identificação das necessidades regionalizadas e a distribuição das unidades e serviços

Para distribuição das unidades e serviços em cada região, o Documento Orientador – Desenho de Redes Assistenciais da SMS (documento norteador das Redes de Atenção à Saúde - RAS), preconiza que deve haver uma UBS para cada 20 mil habitantes. Ou seja, cada UBS deveria ter 20 mil pessoas como população de abrangência.

Em face dessas informações, a Auditoria solicitou à CEInfo relação com a população da área de abrangência das Unidades de Saúde do Município de São Paulo, por unidade de saúde, estando estas unidades classificadas pelas suas respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde. A Coordenação respondeu que, para estimar a população residente nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (AA UBS), são utilizados os dados censitários do Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2010.

Muitas mudanças podem ocorrer no período de realização do Censo Demográfico realizado pelo IBGE. A estimativa feita pela Secretaria Municipal de Saúde deve refletir a realidade, motivo pelo qual entendo que outros instrumentos deverão ser utilizados para estimar a população de abrangências das Unidades Básicas de Saúde.

Analisando o dado fornecido pela CEInfo, a Subsecretaria de Fiscalização e Controle verificou que 252 das 456 unidades do Município listadas possuem população de abrangência superior a 20 mil habitantes, o que corresponde a 55% das unidades listadas. Os casos que apresentaram maiores discrepâncias, no que tange à população de abrangência preconizada pelo Documento Orientador, estão a seguir demonstrados:

Quadro 06: Unidades com população da área de abrangência superior a 20 mil.

CNES	NOME UBS	STS	CRS	Total de Pessoas
2752336	UBS STA CECILIA HUMBERTO PASCALE	SE	CENTRO	103.406
2091321	CS SES GERALDO DE PAULA SOUZA-FACS PUBLICA	LAPA / PINHEIROS	OESTE	92.615
2787253	UBS J CASTRO ALVES	CAPELA DO SOCORRO	SUL	78.255

2786834	UBS CAMBUCI	SE	CENTRO	76.424
2788330	UBS PQ IMPERIAL-MANOEL A S SARAGOSA	VILA MARIANA / JABAQUARA	SUDESTE	72.056
2788683	UBS V ANGLO-JOSE SERRA RIBEIRO	LAPA / PINHEIROS	OESTE	66.665
2787156	UBS J AEROPORTO-MASSAKI UDIHARA	SANTO AMARO / CIDADE ADEMAR	SUL	65.752
2788047	UBS LAUZANE PAULISTA	SANTANA / TUCURUVI / JAÇANA / TREMEMBE	NORTE	65.388
2752387	UBS V STO ESTEVAO	MOOCA / ARICANDUVA / FORMOSA / CARRAO	SUDESTE	64.891

Fonte: Planilha encaminhada pela CEInfo.

Em entrevista, a CRS Norte afirmou que a alocação de unidades na região depende da disponibilidade de terrenos públicos para ocupação e que há dificuldade de encontrar espaços adequados. Reafirma que o ideal seria uma unidade para cada 20 mil habitantes, porém não é o que ocorre.

Quanto às AMAs, a Auditoria apurou que não há área de abrangência obrigatória, esta funciona como uma unidade de referência. Ou seja, diferentemente das UBSs, onde o munícipe só irá conseguir agendar consulta na unidade de sua área de abrangência, as AMAs podem ser utilizadas por qualquer pessoa, independente da região em que residem, muito embora cada munícipe também tenha uma unidade AMA de referência.

Nos questionários aplicados aos gerentes das AMAs, foi constatado que 18 das 23 unidades visitadas possuíam controle do número de pacientes que utilizam a unidade, mas que não pertencem a sua área de referência. Esse dado é importante para o estudo de como a AMA é utilizada e por qual perfil de usuário, de forma a otimizar a prestação do serviço e verificar pontos de melhoria nas demais unidades da rede. Exemplificando: o serviço AMA da AMA/UBS Integrada Vila Sílvia tem 42,24% da sua demanda advinda de, aproximadamente, 90 unidades distintas da própria unidade, como também de outros municípios do Estado de São Paulo e de fora do estado.

A Coordenadoria de Atenção Básica informou que a regra é haver uma AMA para cada quatro UBSs, de forma que os usuários dessas unidades serão considerados população de referência da AMA.

Por tal razão, a Auditoria consignou a necessidade de que a Secretaria Municipal de Saúde reanalise a distância entre unidades de saúde, considerando toda a rede e principalmente o limiar entre as áreas de abrangência para que as unidades sejam distribuídas de forma a abranger o maior número de munícipes. Também é necessário rever o quantitativo de unidades de saúde, considerando a norma exarada pela própria Secretaria – uma unidade para cada 20 mil habitantes. Essa medida tem como objetivo melhorar a execução do serviço,

melhorando o atendimento, bem como reduzindo o tempo de espera para atendimento dos usuários.

Diante das constatações feitas, a Subsecretaria de Fiscalização e Controle recomendou também a realização de estudo atualizado da população de abrangência das unidades, visto que os dados censitários utilizados não trazem uma representação fidedigna da população abrangida, tendo em vista que são baseados no **censo de 2010 do IBGE.**

Ainda em relação a esse aspecto – identificação das necessidades regionalizadas e distribuição das Unidades – as informações obtidas nos questionários aplicados, também fornecem dados que impõem providências por parte da Secretaria Municipal de Saúde, a saber:

Nos questionários aplicados aos gerentes das **AMAs,** a equipe auditora concluiu que 86,96% dos gerentes entrevistados consideraram que a demanda de pacientes era adequada para o dimensionamento da unidade. Apenas três gerentes (13,04%) afirmaram que a demanda de pacientes é inferior ao dimensionamento da unidade.

Nos questionários aplicados aos gerentes das **UBSs ESF**, quando questionados se a demanda de pacientes era inferior, superior ou adequada ao dimensionamento da unidade, 50% dos gerentes responderam que a demanda de pacientes era adequada ao dimensionamento da unidade, 43,75% aduziram que a demanda é superior ao dimensionamento da unidade, e apenas 6,25% afirmaram que a demanda é inferior ao dimensionamento da unidade.

Nos questionários aplicados aos gerentes das **UBSs Tradicionais**, 64% consideraram a demanda adequada, sendo que 32% dos entrevistados classificaram a demanda como superior ao dimensionamento da unidade. Apenas um gerente (4%) afirmou que a demanda seria inferior ao dimensionamento.

Dessa forma, constata-se que, enquanto há mais AMAs que consideram que a demanda é inferior ao dimensionamento e nenhuma considera superior, uma parcela das UBS, em especial de Estratégia de Saúde da Família, possui percepção de que a demanda é superior ao seu dimensionamento. Esses dados revelam que há unidades de saúde em que o dimensionamento dos médicos não atende às demandas da população, cabendo uma reavaliação dessa distribuição, inclusive das unidades em que ocorre um superdimensionamento da equipe – o que representa uma ociosidade dos recursos humanos dispendidos.

Quanto à população de abrangência de determinada UBS ser superior àquela preconizada pelo Documento Orientador, tem-se como efeito a possibilidade de uma descaracterização da função das AMAs, situação em que os pacientes com doenças de baixa gravidade, por não conseguirem agendamento para consultas, buscam o serviço AMA, quando poderiam recorrer às UBSs.

De acordo com os dados apurados nas entrevistas realizadas, 81,36% dos pacientes das AMAs tinham classificação de risco azul ou verde, isto é, casos de baixa complexidade.

Daí a importância na implementação de política municipal de conscientização da população acerca dos diversos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde da prefeitura e em quais situações procurá-lo, uma vez que a inadequação da população de abrangência ao previsto pode levar a um aumento no tempo para marcação de consultas.

Nos questionários aplicados, dentre os pacientes das UBSs ESF e Tradicionais que tiveram alguma dificuldade no agendamento da consulta, 61,73% relataram que a agenda já se encontrava lotada; 11,11%, que a agenda estava fechada; e 17,28% apontaram a ausência de médico.

b) dimensionamento e cumprimento da equipe mínima

Os Planos de Trabalho dos Contratos de Gestão preveem o dimensionamento da equipe de profissionais por unidade de saúde, de acordo com os dados populacionais fornecidos pela CEInfo e com as normas referenciais do Ministério da Saúde e do próprio município.

De acordo com as informações obtidas, a Auditoria constatou que não resta demonstrado como os parâmetros informados são utilizados para o dimensionamento de pessoal nas UBSs Tradicionais e nas AMAs.

A quantidade de médicos por especialidade é definida pela Supervisão Técnica e pela Coordenadoria Regional, levando em consideração conceitos abertos como “necessidades em saúde da região”, sem ser especificado, por exemplo, como serão mensuradas tais necessidades.

No que diz respeito às UBSs ESF, a equipe auditoria verificou a existência de critérios objetivos para dimensionar o número de equipes por UBS, com limite mínimo e máximo. Entretanto, não constam nos processos dos chamamentos para celebração dos Contratos de Gestão os cálculos utilizados para embasar os números de equipe mínima, razão pela qual mostra-se adequado constar nos próximos chamamentos públicos os estudos utilizados para definição do quantitativo de recursos humanos.

O descumprimento da equipe mínima tem como consequência o não repasse do valor referente aos médicos faltantes/não contratados. Não se trata de penalidade, mas sim imposição para a não realização de repasse do valor correspondente ao profissional não contratado.

Em face disso, a Auditoria observou que há períodos em que as Organizações Sociais não atendem a exigência de manutenção de equipe

mínima e, em decorrência de não haver nenhuma punição pelo não cumprimento, não há preocupação com a pronta recomposição da equipe.

Em consulta ao WebSAASS, verificam-se períodos com dados de produção zerados, indicando que há falta de profissionais, conforme apresentado abaixo:

- AMA/UBS Integrada Jardim São Francisco II: produção zerada de consultas de ginecologia no mês de maio/18 e no período de setembro/18 a fevereiro/19;
- UBS Vila Arapuã: produção zerada de consultas de ginecologia no período de agosto/18 a novembro/18;
- AMA/UBS Integrada Jardim Três Marias – Dr. Maurício Zamijovsky: produção zerada de consultas de ginecologia no período de março/18 a fevereiro/18, e produção zerada de consultas de pediatria no período de junho/18 a agosto/18.

Por tais razões, há necessidade de estabelecer, nos Contratos de Gestão, uma limitação temporal para que a Organização Social recomponha as equipes mínimas fixadas no Contrato, sob pena de aplicação de sanção, garantindo assim o cumprimento do ajuste e um melhor atendimento médico à população. Se houver demonstração de que o atendimento à população é satisfatório com a equipe inferior (incompleta) ao que está estabelecido no Contrato, cabe revisão do Plano de Trabalho, uma vez que este instrumento deve refletir a realidade da unidade.

A análise do cumprimento das metas é feita mensalmente pelas STSs e CRSs. Trimestralmente, nas reuniões de CTA, esses dados devem ser analisados e, depois de verificada a justificativa da OS pelo não cumprimento, a Comissão decide pela aplicação ou não da penalidade. Conforme informação da CPCSS, cabe à Divisão de Avaliação e Monitoramento Assistencial (DAMA) – área responsável pela análise de dados assistenciais dentro da CPCSS – verificar quais metas não foram atingidas e, após retificação ou ratificação da CTA, enviar para a área financeira, a quem cabe o cálculo final do desconto.

O trabalho realizado nesta Auditoria Operacional também selecionou 03 atas de reunião da Comissão (CTA) para avaliar as análises de manutenção de equipe realizada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Das análises realizadas, cujo detalhamento consta do relatório de Auditoria, resulta constatado que o controle do cumprimento da manutenção da equipe mínima é frágil e subjetivo, e que não há um padrão de relatório ou de análise dos dados, visto que cada ata de reunião e relatório da CTA são emitidos de forma diferente, com dados diversos e conclusões discrepantes.

A Auditoria apurou que, em alguns casos, apesar de a CTA informar que não houve descumprimento da obrigação, o WebSAASS demonstrava o oposto. Deste modo, cabe orientação à Comissão para uniformizar

os relatórios, sendo necessário que as conclusões apresentadas sejam corroboradas com os dados correspondentes, sejam eles retirados do WebSAASS ou de outro sistema que dê o devido suporte. O simples registro em ata de que "não houve déficit de equipe mínima" não deve ser aceito, sem a devida comprovação analítica e documental.

A Auditoria também verificou que os dados de produção e de equipe mínima não são atualizados no WebSAASS após reunião da CTA. Essa situação enseja limitações para fiscalizações realizadas pelos órgãos de controle, razão pela qual há necessidade de se realizar o efetivo controle dos dados constantes no Sistema Informatizado de Controle utilizado pela SMS.

Além disso, de acordo com o disposto nos Contratos de Gestão vigentes, o desconto de equipe mínima incidirá no repasse do mês subsequente à prestação de contas do mês de ocorrência, todavia, os descontos da equipe mínima não estão ocorrendo, ou estão ocorrendo de forma intempestiva.

c) Absenteísmo e perda primária

O absenteísmo pode ser definido como o não comparecimento do paciente às consultas marcadas. É calculado pela divisão de consultas não realizadas pelo total de consultas agendadas. Seu grau elevado acaba ocasionando ociosidade dos profissionais de saúde e comprometendo a eficiência dos serviços, sendo importante a redução da taxa.

A perda primária representa o percentual do número de vagas livres sobre o número de vagas disponibilizadas pelo sistema para marcação.

O Manual de Diretrizes Operacionais de Atenção Básica SMS/SP estabeleceu, no item 10.6 – Gestão da Informação, que a meta para taxa de absenteísmo nas unidades de saúde deve ficar entre 10% a 15%. Em relação à perda primária, o Manual estabeleceu que o percentual deve ser monitorado, visando atingir resultados próximos a "zero".

De acordo com os questionários aplicados aos gerentes das UBS, foi constatado neste trabalho que 19 (59,37%), das 32 UBSs ESF visitadas, e 20 (80%), das 25 UBSs Tradicionais visitadas, possuem taxa de absenteísmo superior a 20% - acima, portanto, do percentual máximo recomendado pelas diretrizes municipais.

Conforme informações prestadas pelos usuários destes dois serviços, os pacientes da estratégia da família possuem maior facilidade para agendamento de consulta e uma maior quantidade consegue agendar a consulta para até um mês, o que poderia ser uma das razões pela qual o absenteísmo superior a 20% nas UBSs Tradicionais apresentou um valor 35% maior do que o absenteísmo superior a 20% encontrado nas UBSs ESF.

Entre as razões apresentadas pelos pacientes para o não comparecimento às consultas marcadas, a maior parte era decorrente de esquecimento ou de questões envolvendo o trabalho, corroborando que a demora para a efetiva realização da consulta pode ser um fator relevante para as altas taxas de absenteísmo encontradas nas unidades.

Quadro 12: Motivos de falta nas consultas relatados pelos pacientes

Causa	**UBS ESF**	**UBS Tradicional**
Esquecimento da consulta	23,68%	25,93%
Razões ligadas ao trabalho	23,68%	18,52%
Razões ligadas à família	18,42%	18,52%
Confundiu data/horário	5,26%	11,11%
Viagem	5,26%	3,70%
Não necessitava mais do serviço/não estava mais doente	2,63%	0,00%
Outros	21,05%	22,22%

Fonte: Elaborado pela Auditoria.

Vale ressaltar que, desde 2015, no julgamento das Contas do Prefeito, este Tribunal está determinando que a Secretaria Municipal de Saúde reduza os percentuais de absenteísmo de consultas e exames. Além disso, a partir de 2018, esta Corte, nos processos da Função Saúde, vem determinando que a Secretaria Municipal de Saúde reduza o absenteísmo para os procedimentos de saúde. Ainda neste tema, no julgamento do TC 72.002.042/17-24, este Plenário determinou à SMS o registro “em sistema de dados de ausência de pacientes para procedimentos agendados de modo a permitir a elaboração de medidas específicas voltadas à diminuição das taxas de absenteísmo”, bem como a adoção de procedimentos para diminuição do absenteísmo, com melhor aproveitamento da estrutura disponibilizada.

Nos questionários aplicados aos gerentes das UBSs ESF e Tradicionais, a Especializada constatou que 18,75% das UBSs ESF visitadas entraram em contato com os pacientes para confirmar as consultas agendadas e 21,88% fazem agendamento com overbooking, enquanto o número observado para UBSs Tradicionais foi de 76% e 64%, respectivamente. Além disso, conforme consta no Quadro 13, há maior proporção de unidades que agendam com overbooking dentre aquelas que apresentaram maior taxa de absenteísmo, indicando que a alta taxa de absenteísmo possa ser uma das motivações para a decisão da unidade em agendar com overbooking.

Quadro 13: Relação entre taxa de absenteísmo e agendamento com overbooking nas UBS ESF e UBS Tradicional

UBS ESF	**ndamento com overbooking**	**Taxa de absenteísmo**		
		De 10% a 20%	**De 20% a 30%**	**Mais de 30%**
	Sim	8,33%	15,38%	66,67%
	Não	91,67%	84,62%	33,33%
UBS Tradicional	**ndamento com overbooking**	**Taxa de absenteísmo**		
		De 10% a 20%	**De 20% a 30%**	**Mais de 30%**
	Sim	40,00%	53,85%	100,00%
	Não	60,00%	46,15%	0,00%

Fonte: Elaborado pela Auditoria.

No que tange à perda primária, 25 (78,13%) gerentes das UBSs ESF informaram estar abaixo de 5% - consoante com o estipulado pelo Programa de Metas 2017-2020 em sua linha de ação. Por outro lado, para 07 unidades (21,87%) foi afirmada a perda primária superior a 5%, sendo que para 03 delas a perda primária seria superior a 10%, quais sejam: UBS Nova América, UBS Vargem Grande, e UBS Vila Jaguará.

Em relação às UBSs Tradicionais visitadas, 22 (88%) possuem taxa de perda primária inferior a 5%, também, de acordo com as informações prestadas pelos gerentes. Para a AMA/UBS Integrada Vila Medeiros foi informada a taxa perda primária de mais de 10%.

d) Indicadores de Qualidade

Os contratos de Gestão preveem que as metas de qualidade serão avaliadas através de indicadores estabelecidos na “Matriz de Indicadores de Qualidade” do Plano de Trabalho. Essa análise deve se dar trimestralmente pela Comissão Técnica de Avaliação (CTA), e o não cumprimento implicará desconto proporcional a multa não cumprida, a qual incidirá sobre 5% do valor global do custeio do contrato.

A Coordenadoria de Atenção Básica informou que a definição dos indicadores é de responsabilidade das áreas técnicas de SMS, juntamente com a CEInfo. Esclareceu que a escolha dos indicadores é realizada considerando os pontos relevantes para as políticas públicas de saúde, a possibilidade de monitoramento e avaliação, bem como a existência de um sistema de informação, esclarecendo que os indicadores são objetivos e estão de acordo com os parâmetros de políticas de saúde e diretrizes da SMS

No entanto, o que a Auditoria verificou na análise dos Contratos de Gestão, nos relatórios das CTAs e nas prestações de contas é que os indicadores não permitem, em sua maioria, a apuração da qualidade dos serviços, uma vez que consistem em obrigações da Organização Social contratada, como entregar pontualmente os relatórios, preenchimento de prontuários com aspectos formais e colocar em funcionamento o conselho gestor.

Assim, outros aspectos deixam de ser avaliados pela SMS para fins de apuração da qualidade dos serviços, como por exemplo, o tempo de espera de atendimento, a estrutura e acessibilidade da unidade e o nível de satisfação do usuário com o serviço.

Como forma de avaliar as análises de atingimento dos índices de qualidade realizadas nas reuniões de CTA, a Subsecretaria de Fiscalização e Controle selecionou 04 atas de reunião da Comissão.

O trabalho realizado concluiu pela fragilidade das análises realizadas sobre o atendimento dos indicadores de qualidade previstos nas matrizes dos Contratos de Gestão. Em regra, as reuniões da CTA ocorrem de forma intempestiva, o que dificulta a aplicação de descontos. Também foi constatado que, nas reuniões de CTA, não foram analisados todos os índices listados na matriz que compõe o Plano de Trabalho dos Contratos de Gestão. Outra irregularidade é a apresentação da ata sem os documentos que evidenciam as avaliações realizadas, o que impede a verificação dos resultados apresentados.

e) Controle da frequência nas unidades

Os Contratos de Gestão preveem como obrigação da Organização Social a contratação de pessoal para a execução das atividades previstas. O processo de contratação deve seguir as regras do CG, respeitando os princípios constitucionais de igualdade de condições, publicização e critérios objetivos de classificação.

O item 4.2.8 dos CG estabelece que a contratada deverá "manter controle do ponto biométrico, cartão eletrônico ou folha de frequência de todos os profissionais em serviço na Unidade, mantendo sob sua guarda para eventual solicitação por parte da CONTRATANTE".

De acordo com informações prestadas pela Secretária Municipal de Saúde, das 917 unidades/serviços do município geridos pelas Organizações Sociais, 325 possuem ponto eletrônico, o que representa 35,44% das unidades, ou seja, 64,56% das unidades no Município geridas por Organizações Sociais ainda utilizam o ponto manual.

Em que pese a inexistência de cláusula contratual obrigando a implantação de Sistema de Ponto Eletrônico nas Unidades, o avanço tecnológico impõe a utilização de meios modernos de controle, sendo certo que o

controle de frequência manual não é prática atualmente adotada.

Nenhuma das unidades geridas pela Fundação ABC possui ponto eletrônico, e apenas uma proporção pequena (0,64%) daquelas geridas pela OSs Santa Marcelina possui este tipo de controle de frequência. Por outro lado, a OS Monte Azul implantou o sistema de ponto eletrônico na maioria (94,12%) das suas unidades.

Em auditorias anteriores, principalmente as de acompanhamento de execução contratual, a Auditoria consignou como ponto de risco na prestação do serviço a utilização da folha de frequência manual pelos funcionários das unidades, em face da fragilidade do controle e da possibilidade de fraudes no preenchimento.

Nesta Auditoria Operacional, nas visitas realizadas, foram analisados o preenchimento nas folhas de frequência, sendo constatado que, na maioria das vezes, o preenchimento das folhas de forma manual apresenta uniformidade nos horários de entrada, saída e intervalos de almoço, enquanto há predominância de horários diferentes nas folhas de ponto eletrônico, o que pode indicar ocorrência de preenchimento das folhas manuais em momento anterior ou posterior ao dia trabalhado.

Em checklists aplicados às unidades, constatou-se que apenas 27% das unidades visitadas possuíam sistema de Prontuário Eletrônico.

Dada a importância da utilização deste sistema, com a manutenção do histórico de saúde, atendimento e tratamentos de cada paciente, permitindo um atendimento mais efetivo e mais eficiente dos munícipes, bem como a possibilidade de cruzamento de dados desse sistema com outros sistemas, proporcionando uma análise mais abrangente da situação da saúde no município, a implantação do sistema de ponto eletrônico deve ocorrer o quanto antes em todas as unidades de saúde.

f) Estrutura das unidades de saúde

Durante as visitas, foi constatado que 77,61% dos imóveis não possuíam o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros, o que representa um risco à segurança dos usuários e dos profissionais que atuam nas unidades de saúde do município. Além disso, 92,54% dos imóveis possuem rampas de acesso para pessoas com limitação de locomoção e 97,01% possuem sanitário específico para pessoas com deficiência. Entretanto, foram observados problemas em 19 destes banheiros (29%), tais como ausência de assento e de sabonete.

Em relação aos sanitários para população em geral, dentre outros problemas, foram apontadas ausência de assento ou tampa no vaso sanitário em 24% das unidades, ausência de sabonete ou álcool em gel em 15%, ausência de papel higiênico em 21%, e ausência de toalha de papel ou outro

equipamento para a secagem das mãos em 12%.

Desta forma, tendo alcançado o presente procedimento de fiscalização os objetivos propostos, CONHEÇO da Auditoria Extraplano, para fins de registro.

Não obstante, tendo em vista as constatações feitas, bem como a fragilidade de determinados controles e a necessidade de aprimoramento dos procedimentos, proponho a este Órgão Pleno que, nos termos da Resolução nº 14/2019, **DETERMINE** à Secretaria Municipal de Saúde que, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do término do período de emergência declarado pela pandemia do coronavírus, apresente Plano de Ação para correção das referidas irregularidades e aprimoramento de procedimentos que inclua:

1) A readequação e/ou implantação de novas unidades de saúde, de modo a atender o disposto no Documento Orientador – Desenho de Redes Assistenciais da SMS, que estabelece uma UBS para cada 20 mil habitantes;

2) Realização de estudo atualizado da população de abrangência das unidades de saúde, com utilização de dados atualizados e fidedignos;

3) Implementação de política municipal de conscientização da população acerca dos diversos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde da prefeitura e em quais situações procurá-los;

4) Estabelecimento de parâmetros objetivos para o dimensionamento de pessoal nas UBSs Tradicionais e AMAs;

5) Inclusão, nos próximos processos de Chamamento Público para contratação de Organizações Sociais para serviços de saúde, de estudos que embasem a definição do quantitativo de recursos humanos;

6) Inclusão nos Contratos de Gestão de cláusula que estabeleça prazos para reposição de equipe mínima preestabelecida, após baixas eventuais de colaboradores, sob pena de aplicação de sanção;

7) Realização de efetiva revisão e controle dos dados constantes no WebSAASS ou em outros Sistemas Informatizados de Controle utilizado pela SMS, de modo a confirmar registros de valores correspondentes a profissionais não contratados e para que haja correlação de dados com os apurados nas reuniões da CTA;

8) Apresentação das conclusões dos relatórios da CTA corroboradas com registro de dados correspondentes, extraídos do WebSAASS ou de outro sistema que dê suporte;

9) Estabelecimento de roteiros-padrão para elaboração de relatório pela CTA;

10) Realização de reuniões da CTA dentro do prazo estipulado na Portaria n° 2.342/16-SMS.G e nos Contratos de Gestão;

11) Implementação de interface entre os sistemas utilizados pela PMSP, de modo a viabilizar a integração das informações da Prefeitura em suas diversas bases de dados e permitir controles e cruzamentos de informações automáticos, por sistema;

12) Estipulação de parâmetros condizentes para as metas de produção, que considerem as particularidades de cada região, bem como o perfil demográfico da área de abrangência da UBS, levando em conta, por exemplo, questões como número de gestantes e número de crianças;

13) Inclusão nos Contratos de Gestão de cláusula que verse sobre a obrigatoriedade de existência de Ponto Eletrônico nas unidades;

14) Implementação de interface entre os sistemas de Ponto Eletrônico e de Prontuário Eletrônico, para que seja possível efetuar a associação entre a presença do médico na unidade e a sua produção, visando verificar não apenas a presença física do médico na unidade, mas o seu efetivo atendimento à população;

15) Implantação de Sistema de Prontuário Eletrônico em todas as unidades de saúde;

16) Atualização do Manual de Acompanhamento Financeiro, contendo em seu texto uma definição padronizada das rotinas relacionadas ao processo de análise das prestações de contas;

17) Definição objetiva do fluxo dos procedimentos que envolvem o planejamento, execução e controle dos Contratos de Gestão, no âmbito da SMS;

18) Realização de análise detalhada de todos os processos de prestação de contas por sistema informatizado, com cruzamento de dados com os demais sistemas utilizados pela SMS, no âmbito do acompanhamento e controle dos Contratos de Gestão;

19) Demonstração da adequação do quadro de pessoal nas áreas envolvidas no controle dos Contratos de Gestão.

Encaminhe-se cópia do v. Acórdão ao Senhor Prefeito, ao Secretário Municipal de Saúde, à Controladoria Geral do Município e ao Ministério Público do Estado de São Paulo, observado o prazo assinalado para

cumprimento das determinações.

DECLARAÇÃO DE VOTO apresentada pelo Conselheiro ROBERTO BRAGUIM

Conheço da Auditoria Operacional para registro. Destaco o trabalho da SFC, que trouxe um panorama detalhado dos Contratos de Gestão firmados com a Secretaria Municipal da Saúde, tanto sob o aspecto da *estrutura e da equipe médica* das UBSs Estratégia Saúde da Família – ESF, UBSs Tradicionais e AMAs gerenciadas por Organizações Civis e examinadas neste processo, como sob o ponto de vista da *avaliação* de tais serviços, realizada pelos *pacientes* que, em linhas gerais, os consideraram satisfatórios.

Dos pontos abordados pela SFC, reforço a necessidade de as *equipes médicas* se apresentarem completas nas Unidades de Atendimento, porque só assim o serviço médico poderá ser prestado com a qualidade que o Munícipe merece.

Ao mesmo tempo, reforço a importância da prestação de contas pelas Organizações Sociais, bem como considero que a Pasta deve aprimorar as ações do Departamento de Prestação de Contas – DPC, na forma observada pela SFC no subitem 3.12.3 (peça 25), concordando, ainda, com a Recomendação 4.18 que propõe análise detalhada das prestações de contas por sistema informatizado "com cruzamento de dados com outros sistemas utilizados pela Pasta" considerando que, assim, o controle do uso do dinheiro público sairá fortalecido.