

SECRETARIA DE  
GESTÃO E CONTROLE



PREFEITURA DE  
**CAMPINAS**

## **RELATÓRIO FINAL DE AUDITORIA**

**Nº 03 / 2024**

**SEI Nº 2024.00048829-14**

**Relatório de Auditoria – PAINT 2024,  
realizada na Secretaria Municipal de  
Saúde.**

**Outubro / 2024**

## RESUMO

A presente auditoria teve como foco aferir a conformidade, eficiência e eficácia operacional dos Centros de Saúde de Campinas.

Durante a execução dos trabalhos foram identificadas inconformidades na observância aos critérios mínimos de acessibilidade nos locais de funcionamento dos Centros de Saúde e na composição das equipes de Atenção Primária à Saúde, que alguns casos se encontravam incompletas.

Ademais, foram constatadas também algumas deficiências quanto a infraestrutura dos Centros de Saúde, com salas insuficientes para a demanda, bem como locais com necessidade de reparos e manutenções. No que se refere aos equipamentos essenciais aos serviços, foi possível verificar que muitas vezes não atendiam plenamente à quantidade de profissionais ativos.

Além disso, constatou-se a dificuldade de manter todas as Equipes de Atenção Primária à Saúde completas e de possuir um quadro funcional que fosse proporcional a população local. Apesar dessas dificuldades, mostrou-se evidente o comprometimento das equipes e demais profissionais em adequar as escalas de trabalho e atividades para garantir um atendimento completo da população.

Não obstante, foi possível verificar que a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza frequentemente cursos e treinamentos aos seus servidores, mantendo-os atualizados e em constante desenvolvimento para um atendimento de qualidade aos cidadãos usuários do município de Campinas.

Portanto, é digno de nota a dedicação e esforço dos profissionais da saúde em garantir um atendimento de qualidade e humanizado dos cidadãos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde, sendo papel da auditoria interna identificar e sugerir oportunidades que contribuam para o aprimoramento da gestão pública.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CS – Centro de Saúde

ESF – Equipes de Saúde da Família

ISSAI – Normas Internacionais das Entidades Fiscalizadoras Superiores

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAINT – Plano Anual de Auditoria Interna

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

POA – Plano Operativo Anual

SEI – Sistema Eletrônico de Informações

SMGC – Secretaria Municipal de Gestão e Controle

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
1.1. OBJETO.....	5
1.2. OBJETIVO.....	5
1.3. ESCOPO.....	6
1.4. NORMATIVOS RELACIONADOS AO OBJETO DA AUDITORIA.....	6
<b>2. METODOLOGIA APLICADA.....</b>	<b>7</b>
<b>3. LIMITAÇÕES DE AUDITORIA.....</b>	<b>7</b>
<b>4. CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>5. Fiscalização <i>in loco</i>.....</b>	<b>12</b>
<b>6. RESULTADO DOS EXAMES.....</b>	<b>13</b>
6.1. DA ANÁLISE DA ESTRUTURA FÍSICA DOS CENTROS DE SAÚDE.....	14
6.1.1. Da Acessibilidade.....	14
6.1.2. Da Infraestrutura.....	17
6.1.3. Dos Equipamentos.....	20
6.1.4. Dos Materiais e Insumos.....	22
6.1.5. Da Limpeza.....	23
6.2. DA ESTRUTURA FUNCIONAL DOS CENTROS DE SAÚDE.....	24
6.2.1. Equipes de Atenção Primária à Saúde.....	24
6.2.2. Quadro funcional dos Centros de Saúde.....	26
6.2.3. Boas Práticas.....	26
6.3. DA SEGURANÇA E CONTROLE.....	28
6.3.1. Do Acesso a Salas Restritas.....	28
<b>7. RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>29</b>
<b>8. CONCLUSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>9. MANIFESTAÇÃO DA UNIDADE AUDITADA E ANÁLISE DA EQUIPE DE AUDITORIA.....</b>	<b>33</b>

<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>44</b>
<b>10.1. Acessibilidade.....</b>	<b>44</b>
<b>10.2. Infraestrutura.....</b>	<b>46</b>
<b>10.3. Equipamentos.....</b>	<b>50</b>
<b>10.4. Equipes de Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>51</b>
10.4.1. Quadro funcional dos Centros de Saúde.....	52
<b>10.5. Segurança e Controle.....</b>	<b>53</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

O presente relatório consigna os resultados do trabalho da Auditoria nº 03/2024, realizado conforme previsão do Plano Anual de Auditoria Interna – PAINT 2024, inserido no Plano Operativo Anual – POA 2024 da Secretaria Municipal de Gestão e Controle – SMGC, e em atendimento à determinação da Ordem de Serviço de Auditoria nº 03/2024, conforme documento nº 10958928, que deu abertura ao SEI nº 2024.00048829-14, e do despacho de nº 10973478, que informa o início dos trabalhos da equipe de auditoria. A Unidade Auditada é a Secretaria Municipal de Saúde – SMS.

Os exames foram realizados por meio de testes e análises em documentos e processos disponibilizados pela Unidade Auditada, a partir de Solicitações de Auditoria específicas e visitas *in loco* nos Centros de Saúde, além do exame das justificativas e esclarecimentos apresentados em resposta aos questionamentos formulados pela equipe.

Dessa forma, e conforme o Programa de Auditoria elaborado, foram determinados o objeto, o objetivo, o escopo e os normativos relacionados ao objeto da auditoria, abaixo descritos:

### **1.1. OBJETO**

Análise operacional dos Centros de Saúde de Campinas.

### **1.2. OBJETIVO**

Avaliar os aspectos relacionados ao atendimento, ao acesso, à infraestrutura e à resolutividade da Atenção Primária à Saúde para os cidadãos usuários do município de Campinas, com o objetivo de verificar sua conformidade, eficiência, eficácia e efetividade e compreender seus reflexos capazes de comprometer os recursos públicos e o alcance dos objetivos estabelecidos pelas normas de saúde, enfim, apresentar possíveis espaços de aperfeiçoamento.

### 1.3. ESCOPO

Verificação e avaliação dos procedimentos operacionais e de conformidade realizados pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS sobre serviços de Atenção Primária dos Centros de Saúde.

### 1.4. NORMATIVOS RELACIONADOS AO OBJETO DA AUDITORIA

- a. Art. 196 da [Constituição da República Federativa do Brasil](#);
- b. [Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012](#) - Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993, e dá outras providências;
- c. [Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990](#) – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- d. [Decreto nº 7.508 de 21 de junho de 2011](#) - Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;
- e. [Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013](#) - Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- f. [Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017](#) - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- g. [Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019](#) - Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;
- h. [Portaria nº 4.179 de 30 de dezembro de 2010](#) - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

i. Manual de Gestão para Organização de Unidade de Saúde.

## 2. METODOLOGIA APLICADA

Os trabalhos foram conduzidos mediante a execução dos procedimentos abaixo detalhados:

a) Mapeamento da legislação e demais atos normativos relacionados ao objeto da auditoria, com o objetivo de compreender as obrigações e os requisitos a que a unidade em análise está vinculada;

b) Realização de questionários, *check-lists* e entrevistas com agentes públicos dos órgãos auditados, para fins de obter uma compreensão aprofundada das rotinas de trabalho e procedimentos adotados, no que se refere aos Centros de Saúde;

c) Visita *in loco* nos Centros de Saúde para análise do atendimento, acesso, infraestrutura, conformidade e efetividade da Atenção Básica;

d) Análise do quadro funcional e da estrutura organizacional, com o propósito de verificar a capacidade operacional e humana do órgão e instrumentos de trabalho disponíveis.

Os trabalhos foram desenvolvidos pelo método de seleção de itens, na extensão julgada necessária conforme circunstâncias apresentadas e limites existentes.

## 3. LIMITAÇÕES DE AUDITORIA

No planejamento das ações de auditoria são observados critérios de materialidade, relevância, criticidade e disponibilidade operacional da equipe de auditoria para a seleção de objetos e determinação de escopo e não escopo.

Outrossim, e de acordo com a ISSAI 100 – Princípios Fundamentais de Auditoria do Setor Público, “as auditorias devem fornecer informação baseada em evidência suficiente e apropriada”, ressaltando ainda que “o auditor executa procedimentos para reduzir ou administrar o risco de chegar a conclusões inapropriadas, reconhecendo que

as limitações inerentes a todas as auditorias significam que uma auditoria nunca pode fornecer absoluta certeza da condição objeto”. (itens 31 e 40 da ISSAI 100)

Dessa forma, devido às limitações inerentes a uma auditoria, juntamente às limitações inerentes ao controle interno, faz-se necessário salientar que há um risco inevitável de que algumas distorções relevantes não tenham sido detectadas, ainda que o trabalho tenha sido adequadamente planejado e executado de acordo com as normas brasileiras e internacionais de auditoria aplicáveis ao setor público.

Diante do exposto, considerando o tempo de auditoria e os recursos humanos e operacionais disponibilizados para o presente trabalho, registramos que os testes e procedimentos que subsidiaram os resultados dos exames expostos neste relatório foram executados estritamente dentro dos objetivos gerais e sem qualquer restrição ou adversidade por parte da Unidade Auditada.

#### **4. CONTEXTUALIZAÇÃO**

Conforme determinado pelo art. 196 da Constituição Federal de 1988, a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Com o advento da CF/88, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, que proporciona à população brasileira o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios.

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde, e engloba a atenção primária<sup>1</sup>, média e alta complexidades, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

---

<sup>1</sup> A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.

A Atenção Primária à Saúde (ou Atenção Básica à Saúde) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade.

Durante a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978 na cidade de Alma Ata, a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - foi reiterada como um direito humano fundamental. Desde então, a OMS tem consistentemente destacado a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como o fundamento para alcançar o mais elevado padrão de saúde possível para todos os indivíduos.

Um sistema de saúde com base na APS tem como objetivo garantir cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis pela população, enfatizando a atenção clínica, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Contudo, a APS vai além por assegurar o cuidado no primeiro atendimento, tendo as famílias e comunidades como sua base de organização, assim como recursos humanos e tecnológicos adequados e sustentáveis, observando o significado real de sustentabilidade como capacidade de atender às necessidades do presente sem comprometer a capacidade de atender às do futuro.

Os princípios da Atenção Básica à Saúde consistem em: 1) Acesso (primeiro contato): implica acessibilidade e utilização dos serviços pelas pessoas para cada problema novo ou para cada novo episódio do problema já existente; 2) Longitudinalidade: é a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. Além disso, a ligação entre a população e sua fonte de atenção deve refletir-se em relações interpessoais intensas que expressem a identificação mútua entre as pessoas atendidas e os profissionais de saúde; 3) Integralidade: a atenção primária deve organizar-se de tal forma que o cidadão tenha

todos os serviços de saúde necessários, identificando e proporcionando os serviços preventivos, bem como serviços que possibilitem o diagnóstico e o tratamento das doenças, estabelecendo também a forma adequada para a resolução de problemas, sejam orgânicos, funcionais ou sociais; 4) Coordenação: o serviço de APS deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o cidadão recebe nos diferentes níveis do sistema de saúde; 5) Atenção centrada na família (abordagem familiar): é o conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças; 6) Enfoque comunitário: é o conhecimento, por parte do provedor da atenção, das necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; envolve também o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços; e 7) Competência cultural: é a adaptação e capacidade do provedor do cuidado (profissional de saúde) em facilitar a relação com a população que apresenta características culturais especiais.

O Centro de Saúde é a Unidade Básica de Saúde – UBS, a porta de entrada para início de tratamento através do SUS, destinado à Atenção Básica. Ao Centro de Saúde cabe conhecer a realidade das doenças que afligem a população de sua comunidade; desenvolver ações de vigilância à saúde atuando no controle de doenças; prestar atenção integral aos munícipes, resolvendo a maior parte dos problemas da saúde detectados; organizar os serviços estabelecendo vínculos e desenvolvendo ações educativas; realizar processo de trabalho integrado aos demais níveis de atenção do sistema de saúde garantindo continuidade e qualidade da atenção. A lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde ofertados no âmbito da APS brasileira é disponibilizada na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde<sup>2</sup>.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) atribui a todas as esferas de governo a responsabilidade para desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da Atenção Básica, de acordo com suas competências, bem como as ações referentes ao planejamento e à programação desse nível de atenção.

A PNAB prevê ainda, como dever das Secretarias Municipais de Saúde, programar suas ações relativas à Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde da população, organizando o fluxo de usuários conforme tais necessidades. No

---

<sup>2</sup> [Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde \(CaSAPS\) do Ministério da Saúde – Brasil.](#)

âmbito do SUS, configura-se como pressuposto o planejamento ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde da população, próprios de cada região de saúde, nos termos da Portaria GM/MS nº 2.135, de 25/9/2013.

Nesse sentido, compete à Secretaria Municipal da Saúde (SMS) a responsabilidade de planejar, organizar, controlar, avaliar e executar as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal, ampliando a participação e o controle social, e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde, em observância aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, e promover e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde no Município de Campinas.

Em observação ao organograma disposto na **FIGURA 1**, realizado no âmbito desta auditoria, foi constatado que a Secretaria Municipal de Saúde - SMS está estruturada da seguinte forma:



**FIGURA 1:** Organograma da SMS adaptado para o estudo do objeto desta auditoria.

Conforme Organograma apresentado acima, o Departamento de Saúde é composto por 4 (quatro) coordenadorias, entre elas a **Coordenadoria Departamental de Atenção Primária**, que, conforme art. 68 da Lei Complementar nº 421 de 29 de

Junho de 2023<sup>3</sup>, é a responsável por formular as diretrizes para a política municipal de atenção à saúde; organizar, executar e gerenciar as ações da atenção primária; planejar e programar as ações da atenção primária; garantir o adequado cadastro e atualização de dados nos sistemas de informações assistenciais e governamentais; estimular a participação do controle social; desenvolver ações de articulação intersetorial e com outros órgãos governamentais e de controle; garantir que as solicitações referentes a recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento dos Centros de saúde e equipes sejam encaminhadas às instâncias competentes e; acompanhar a oferta e o apoio diagnóstico e terapêutico necessário ao cuidado resolutivo da população.

Nesse contexto, foram analisadas questões de conformidade e operacionais no tocante a acessibilidade, infraestrutura, instrumentos/equipamentos e insumos, quadro de funcionários, controles e sistemas, capacitação dos profissionais e atendimento dos cidadãos usuários dos serviços de saúde.

## **5. FISCALIZAÇÃO *IN LOCO***

Os Centros de Saúde – CS's são unidades básicas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) distribuídas por todo Município para atendimento e prestação de cuidados de saúde à população, onde o paciente pode receber atendimentos básicos e gratuitos, como consultas médicas, vacinas, encaminhamentos para especialidades e dispensação de medicamentos da Atenção Básica.

Com o objetivo de avaliar os aspectos operacionais e de conformidade, os auditores da SMGC promoveram uma fiscalização *in loco* para identificar possíveis

---

<sup>3</sup> Art. 68. Compete à Coordenadoria Departamental de Atenção Primária:  
I - formular diretrizes para a política municipal de atenção à saúde;  
II - organizar, executar e gerenciar as ações da atenção primária, garantindo a relação com outros níveis assistenciais;  
III - planejar e programar as ações da atenção primária a partir de sua base territorial, de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;  
IV - garantir o adequado cadastro e atualização de dados nos sistemas de informações assistenciais e governamentais, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;  
V - estimular a participação do controle social;  
VI - desenvolver ações de articulação intersetorial e com outros órgãos governamentais e de controle;  
VII - garantir que as solicitações referentes a recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento dos centros de saúde e equipes sejam encaminhadas às instâncias competentes, para a execução do conjunto de ações propostas;  
VIII - acompanhar a oferta e o apoio diagnóstico e terapêutico necessário ao cuidado resolutivo da população.

pontos de melhoria. A análise foi realizada por meio de amostragem e, para tal, foram selecionadas 12 (doze) Centros de Saúde do Município de Campinas. A seleção se deu de forma aleatória, buscando visitar duas unidades por distrito e, dessa forma, promover uma análise do serviço prestado no município como um todo.

As visitas foram acompanhadas pelos servidores designados pela Secretaria Municipal de Saúde: Rejane Trautwein (Coordenadora Departamental da Atenção Primária); Ricardo Jalbut (Coordenador da Urgência e Emergência do Departamento de Saúde); e Mara Lilian Resende (Administradora representante do Controle Interno da SMS). A participação desses servidores foi fundamental para a garantia da transparência e a precisão das informações coletadas durante as fiscalizações.

Segue abaixo a relação das unidades selecionadas:

DATA DA VISITA	DISTRITO	UNIDADE	PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHARAM
17 de julho	Leste	CS CENTRO	Karen e Fabíola
		CS TAQUARAL PADRE MILTON SANTANA	Lindomar e Tadeu
18 de julho	Noroeste	CS PEDRO DE AQUINO NETO	Elaine Rampazzo, Daniela e Daniela
		CS JARDIM ROSSIN	Elaine Rampazzo e Erick
19 de julho	Norte	CS BARÃO GERALDO	Bruno e Carina
		CS JARDIM SÃO MARCOS	Cristiane e Raquel
24 de julho	Sudoeste	CS CAMPOS ELÍSEOS TANCREDO NEVES	Janaína
		CS SANTA LÚCIA	Antonieta e Michele
25 de julho	Sul	CS PARQUE DA FIGUEIRA	Liliane e Luciana
		CS SANTOS DUMONT	Michele e Felipe
31 de julho	Sudeste	CS ERNESTO SIERRA HUNOVITCH OROZIMBO MAIA	Luciana e Andréa
		CS SANTA ODILA	Joyce e Tatiana

## 6. RESULTADO DOS EXAMES

Em cumprimento ao Programa de Auditoria nº 03/2024, e após a execução dos procedimentos de auditoria para obtenção de evidências suficientes e adequadas para fundamentar a opinião da equipe de auditoria, foram alcançados os resultados a seguir expostos.

## 6.1. DA ANÁLISE DA ESTRUTURA FÍSICA DOS CENTROS DE SAÚDE

Neste tópico, abordamos a análise da estrutura física dos Centros de Saúde do município de Campinas, destacando aspectos críticos relacionados à acessibilidade, infraestrutura, limpeza, materiais, insumos e equipamentos.

Nesse sentido, foram identificadas algumas deficiências que serão apresentadas a seguir.

### 6.1.1. Da Acessibilidade

Os Centros de Saúde são locais que atendem toda a população de Campinas, e têm como premissa o fornecimento de seus serviços de forma universal e igualitária a todos os seus usuários. Nesse sentido, os locais de instalação dos Centros de Saúde necessitam se adequar a normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, estabelecidas pela Lei nº 10.098/2000, para que haja atendimento de qualidade e integral a todos cidadãos que necessitarem dos serviços.

Considerando os **critérios** supramencionados e após *visita in loco* aos Centros de Saúde, verificou-se que os padrões mínimos de acessibilidade não estão sendo respeitados em diversos estabelecimentos.

- **Vagas de Estacionamento:** Embora a disponibilidade de vagas de estacionamento prioritárias para idosos e pessoas com deficiência tenha sido considerada aceitável, foi constatado que alguns Centros de Saúde não possuem vagas de estacionamento reservadas ou as que existem estão inadequadamente sinalizadas<sup>4</sup>. Essa deficiência pode comprometer o acesso seguro e prioritário desses usuários aos serviços de saúde
- **Rampas de Acesso:** A presença de rampas de acesso foi observada na maioria dos Centros visitados. No entanto, em diversos casos, identificou-se que muitas

<sup>4</sup> O CS Ernesto Sierra Hunovitch Orozimbo Maia possui as vagas destinadas a idosos e pessoas com deficiência, contudo, há uma árvore que impede a visualização da sinalização. Foi informado que a árvore possui um vespeiro que impede sua poda.

delas se encontram inadequadas ou não atendem completamente às normas de inclinação ou largura, comprometendo o acesso de cadeirantes e pessoas com mobilidade reduzida.

- **Banheiros Acessíveis:** Verificou-se que a maioria dos Centros de Saúde possui banheiros acessíveis e em bom estado. No entanto, uma parte significativa dos Centros de Saúde visitados, como o CS Jardim São Marcos, CS Tancredo Neves e CS Parque da Figueira, não dispõe de banheiros acessíveis. Essa ausência constitui uma grave falha de acessibilidade, impedindo que pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida utilizem os banheiros com segurança e dignidade.
- **Barras de Apoio:** A instalação de barras de apoio nos banheiros e em outras áreas críticas é um requisito essencial para a segurança de pessoas com mobilidade reduzida. Observou-se que, na maioria dos Centros de Saúde que possuem banheiros acessíveis, as barras de apoio estão adequadas. Contudo, o CS Santa Lúcia não possuía barras de apoio suficientes ou em boas condições, o que representa um risco para a integridade física dos usuários.
- **Sinalização Tátil e Visual:** A maioria dos Centros de Saúde não possui sinalização tátil adequada para orientar pessoas com deficiência visual. Em algumas unidades, a sinalização tátil está desgastada ou necessita de reparos, o que compromete a orientação e a segurança desses usuários dentro dos estabelecimentos.
- **Informação e Sinalização Sonora:** A sinalização sonora, fundamental para orientar pessoas com deficiência auditiva, foi considerada inadequada ou ausente na maioria dos Centros de Saúde visitados. A ausência de sistemas de alerta sonoro, como campainhas ou sinais auditivos nas áreas comuns, limita a autonomia e segurança de pessoas com deficiência auditiva.

[Clique aqui](#) para visualizar as fotos que demonstram as constatações sobre deficiências na acessibilidade ou vide página [44](#).

É relevante mencionar que muitos dos Centros de Saúde visitados são unidades mais antigas, construídas em uma época em que as políticas de acessibilidade praticamente não eram discutidas como são nos dias de hoje. No entanto, isso não exime a responsabilidade de promover as devidas adequações conforme a Lei nº 10.098/2000<sup>5</sup>, que se encontra em vigor há 24 anos – tempo considerado suficiente para que as reformas e ajustes fossem implementados nos Centros de Saúde do Município.

Dessa forma, os achados de auditoria indicam que as principais **causas** das desconformidades encontradas são a falta de manutenção e a inadequação das instalações em relação à legislação vigente. Em muitos casos, trata-se de ajustes simples, como a instalação de barras de apoio ou a reforma de rampas de acesso, evidenciando que a questão não se trata apenas de uma limitação estrutural das construções mais antigas. Assim, é imprescindível que, independentemente da data de construção das unidades, haja um compromisso em garantir a acessibilidade plena para todos os usuários.

Como **efeito** dessas desconformidades, observa-se uma limitação no acesso seguro e digno aos serviços de saúde para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. A falta de acessibilidade adequada – seja em banheiros, rampas ou sinalizações táteis e sonoras – compromete diretamente a autonomia e a segurança dos usuários, impactando não só qualidade do atendimento prestado, mas também o devido cumprimento dos princípios de universalidade e equidade dos serviços de saúde.

---

<sup>5</sup> Art. 11. A construção, ampliação ou reforma de edifícios públicos ou privados destinados ao uso coletivo deverão ser executadas de modo que sejam ou se tornem acessíveis às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Parágrafo único. Para os fins do disposto neste artigo, na construção, ampliação ou reforma de edifícios públicos ou privados destinados ao uso coletivo deverão ser observados, pelo menos, os seguintes requisitos de acessibilidade:

I – nas áreas externas ou internas da edificação, destinadas a garagem e a estacionamento de uso público, deverão ser reservadas vagas próximas dos acessos de circulação de pedestres, devidamente sinalizadas, para veículos que transportem pessoas portadoras de deficiência com dificuldade de locomoção permanente;

II – pelo menos um dos acessos ao interior da edificação deverá estar livre de barreiras arquitetônicas e de obstáculos que impeçam ou dificultem a acessibilidade de pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

III – pelo menos um dos itinerários que comuniquem horizontal e verticalmente todas as dependências e serviços do edifício, entre si e com o exterior, deverá cumprir os requisitos de acessibilidade de que trata esta Lei; e

IV – os edifícios deverão dispor, pelo menos, de um banheiro acessível, distribuindo-se seus equipamentos e acessórios de maneira que possam ser utilizados por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

### 6.1.2. Da Infraestrutura

A análise detalhada das condições de infraestrutura dos Centros de Saúde visitados revelou uma série de pontos positivos, mas também identificou diversas necessidades de melhorias e adequações, conforme listado a seguir:

- **Salas de Espera:** Todas as salas de espera foram consideradas adequadas, atendendo às necessidades dos usuários em termos de espaço e conforto.
- **Salas de Acolhimento:** A maioria das salas de acolhimento estava em conformidade com as exigências. Entretanto, foi identificado que, nos CS's Santa Lúcia, Tancredo Neves e Parque da Figueira, ocorriam até três atendimentos simultâneos em um espaço comum. Essa prática destaca a necessidade de um espaço adicional que permita a realização de atendimentos individualizados, a fim de garantir a privacidade e a qualidade do atendimento.
- **Consultórios Médicos:** Todos os consultórios foram considerados adequados. No entanto, alguns Centros de Saúde relataram a necessidade de mais consultórios para atender melhor à demanda. No CS Tancredo Neves, os consultórios eram muito grandes, e foi sugerido que fossem divididos em dois para otimizar o atendimento.
- **Salas de Procedimentos e Curativos:** Todas as salas de procedimentos e curativos estavam adequadas, atendendo aos padrões de qualidade e segurança necessários.
- **Salas de Vacinas:** As salas de vacinas foram consideradas adequadas. No entanto, algumas unidades necessitam de armários adicionais para o armazenamento seguro de materiais.
- **Salas/Copas de Funcionários:** Em geral, as salas e copas dos funcionários estavam adequadas. Porém, foi observada a ausência de placas de acesso restrito em várias unidades. No CS Aquino Neto, a mangueira de gás do fogão na área dos funcionários estava inadequadamente posicionada, atravessando o ambiente e apresentando um risco de segurança. Situação semelhante foi

observada no CS Santa Odila, onde a mangueira do fogão passava por trás da geladeira. O CS Santos Dumont não possui uma copa para funcionários, há apenas uma sala improvisada de tamanho reduzido para essa função.

- **Sanitários para Pacientes:** No geral, os sanitários estavam em boas condições. No entanto, os CS Aquino Neto, Parque da Figueira e Santa Lúcia apresentavam ausência de assento no banheiro dos usuários.
- **Farmácias para Dispensação de Medicamentos:** As farmácias estavam estruturalmente adequadas, mas em 20% delas foi encontrado armazenamento de materiais de enfermagem no mesmo local, o que compromete a segurança dos medicamentos<sup>6</sup>. Além disso, constatou-se que não há um padrão de controle de acesso biométrico nas farmácias, o que representa uma vulnerabilidade na segurança<sup>7</sup>.
- **Almoxarifado de Materiais de Enfermagem:** Embora a estrutura dos depósitos fosse adequada, em 20% dos casos houve armazenamento inadequado de materiais de enfermagem nas farmácias, comprometendo a segurança. No CS Tancredo Neves, não havia um local específico para armazenamento de material de enfermagem, com materiais dispersos em vários pontos. No CS Aquino Neto, alguns materiais e caixas estavam mal armazenados, favorecendo o aparecimento de mofo. No CS Santa Lúcia, a sala de raio-X estava sendo utilizada como almoxarifado de material de enfermagem.
- **Depósitos de Material de Limpeza (DML):** Os depósitos estavam, em sua maioria, adequados. No entanto, o CS Aquino Neto apresentou deficiências no depósito de material de limpeza, que possuía caixas no chão e encostadas nas paredes, favorecendo a formação de mofo. Além disso, o local carecia de ventilação adequada e apresentava mofo nas paredes e no teto.
- **Consultórios Ginecológicos e Odontológicos:** Todos os consultórios ginecológicos foram considerados adequados. Os consultórios odontológicos

<sup>6</sup> No CS Santa Odila, a coordenadora Joyce afirmou que há um projeto de ampliação para adequar o armazenamento de material de enfermagem. Enquanto esse projeto não ocorre, informou que é feita uma escala de pedido semanal do material de enfermagem que é destinado aos consultórios e salas.

<sup>7</sup> Abordado em tópico próprio (item 6.3.1).

estavam estruturalmente adequados, porém, foi constatada, através do relato de funcionários, a ausência de bombas a vácuo em praticamente todas as unidades avaliadas, além de cadeiras inadequadas e problemas nos aparelhos de ar-condicionado. No CS Santa Lúcia, houve também queixas de falta ocasional de insumos.

- **Salas de Expurgo e Esterilização:** Todas as salas de expurgo e esterilização estavam adequadas. No CS Tancredo Neves, ambos os serviços eram realizados na mesma sala, mas sem comprometer a qualidade do atendimento.

Adicionalmente, no âmbito infraestrutural, observou-se outras lacunas pontuais as quais apresentamos a seguir:

- **“Estrutura Estadual” e armazenamento:** O espaço do CS Santos Dumont é organizado segundo a chamada “estrutura estadual” que consiste em consultórios que se comunicam com um corredor interno, onde estão localizadas outras salas. A disposição do local, a primeira vista, parece funcional, contudo, observou-se que na estrutura estadual não há um espaço específico destinado para armazenamento de materiais, por acreditar-se que a sua entrega seria feita com uma periodicidade que não exigiria o seu estoque, o que não reflete a realidade do município. Como consequência, observou-se o uso de salas improvisadas como almoxarifado, bem como um corredor cheio de caixas e armários que não cabem nas salas, indicando a necessidade de adaptação estrutural para melhor armazenamento desses materiais e móveis.
- **Problemas estruturais e necessidade de reformas:** O CS Barão Geraldo apontou problemas antigos no telhado que resultam, ocasionalmente, em vazamentos. O CS Santa Lúcia apresenta uma estrutura pequena, com vários andares e acesso dificultado ao espaço dos funcionários devido a uma escada caracol. O CS Parque da Figueira requer reforma na parte antiga e ampliação da quantidade de consultórios. No CS Orozimbo Maia, a sala da equipe multidisciplinar necessita de mais armários, reparos e pintura. O CS Santa Odila relatou a necessidade de ampliação estrutural para caber mais 1 (uma) equipe.

- **Identificação e Acesso Restrito:** Diversos Centros de Saúde carecem de placas de identificação adequadas para as salas e de placas de acesso restrito, o que pode comprometer a organização e a segurança interna.

Dessa forma, foi constatado que as deficiências na infraestrutura das construções dificultam o acesso, a execução adequada e o atendimento pleno das necessidades operacionais e funcionais dos serviços de saúde.

[Clique aqui](#) para visualizar as fotos que demonstram as constatações sobre deficiências na infraestrutura ou vide página [46](#).

Os achados da auditoria revelam que as principais **causas** das deficiências identificadas na infraestrutura dos Centros de Saúde estão associadas não apenas a questões de planejamento inicial, mas também à evolução das complexidades assistenciais. Independentemente da causa, é necessário que a Unidade Auditada providencie as adequações necessárias para garantir que as instalações físicas acompanhem as novas demandas assistenciais.

Como **efeito** dessas deficiências estruturais, observa-se uma limitação na eficiência dos serviços de saúde, uma vez que os profissionais enfrentam dificuldades operacionais que limitam sua capacidade de atendimento. Além disso, a inadequação dos espaços e a falta de manutenção comprometem a qualidade do atendimento prestado, dificultando o acesso integral aos serviços de saúde por seus usuários, que podem encontrar barreiras físicas e estruturais que impactam negativamente sua experiência e bem-estar.

### **6.1.3. Dos Equipamentos**

Os aparelhos e equipamentos médicos auxiliam os profissionais de saúde a oferecer um atendimento completo e personalizado. O Manual de Estrutura Física das Unidades de Básicas de Saúde recomenda quantitativos mínimos de equipamentos, instrumentos e mobiliários necessários para o adequado trabalho de uma Equipe de Saúde da Família – ESF, que devem ser ajustados conforme a ampliação dessas equipes.

Durante as fiscalizações realizadas *in loco* pela equipe de auditoria, constatou-se que todas as unidades de saúde visitadas possuíam instrumentos médicos, tais como estetoscópios, termômetros, oxímetros, esfigmomanômetros, eletrocardiógrafos, desfibriladores e ressuscitadores manuais. No entanto, foram identificadas algumas situações específicas que comprometem a plena adequação e a suficiência desses equipamentos. No CS Barão Geraldo, embora os instrumentos básicos estivessem presentes, os profissionais relataram que a quantidade disponível era insuficiente para atender à demanda diária da unidade. Já no CS Tancredo Neves, foi observada a ausência de esfigmomanômetros, o que dificulta a realização de aferições de pressão arterial, um procedimento essencial para o monitoramento de muitos pacientes.

Importante destacar que, em muitos casos, os profissionais de saúde recorrem aos seus próprios instrumentos para garantir a continuidade do atendimento, demonstrando comprometimento e zelo no exercício de suas funções. No entanto, essa prática não exime a administração pública da responsabilidade de fornecer todos os materiais necessários para o pleno atendimento da população. Durante a auditoria, também foram identificados casos de médicos e coordenadores que, por iniciativa própria e às suas expensas, adquiriram equipamentos como ares-condicionados e balanças, itens que deveriam ser disponibilizados pela própria unidade de saúde.

Adicionalmente, foram registradas reclamações recorrentes em relação aos refrigeradores das salas de vacinas. Alguns funcionários dos Centros de Saúde Aquino Neto, Barão Geraldo e Santos Dumont mencionaram que os equipamentos, fundamentais para o armazenamento seguro das vacinas, apresentavam problemas, como excesso de ruído, além de alguns serem antigos ou necessitarem de reparos. Também foram relatadas queixas frequentes sobre o estado dos móveis, especialmente cadeiras e armários, que se encontravam desgastados ou danificados, comprometendo o conforto e a funcionalidade dos espaços de atendimento.

Outro ponto crítico identificado foi o uso de computadores obsoletos nos Centros Santa Lúcia e Tancredo Neves, o que pode comprometer a eficiência no registro e na consulta de dados dos pacientes. Houve também relatos sobre a

insuficiência de balanças nos consultórios, um equipamento básico para a avaliação do estado de saúde dos usuários.

[Clique aqui](#) para visualizar as fotos que demonstram as constatações sobre os equipamentos dos Centros de Saúde ou vide página [50](#).

Observou-se que, as principais **causas** dessas deficiências pontuais parecem estar relacionadas à falta de planejamento adequado para a aquisição, manutenção, revisão e substituição dos equipamentos necessários para o funcionamento eficaz dos serviços de saúde.

Como **efeito**, apesar da equipe de auditoria ter encontrado equipamentos e instrumentos em quantidade satisfatória na maioria das unidades, verificou-se a insuficiência ou inadequação desses materiais em alguns Centros de Saúde específicos. Essas deficiências pontuais podem comprometer a eficácia dos serviços prestados e reduzir a qualidade do atendimento e acompanhamento dos usuários nessas unidades, sem, no entanto, representar uma condição generalizada em toda a rede.

#### **6.1.4. Dos Materiais e Insumos**

Durante as fiscalizações realizadas *in loco* pela equipe de auditoria, foi verificado que todos os Centros de Saúde visitados possuíam materiais e insumos essenciais para o atendimento adequado dos usuários. As unidades estavam **devidamente abastecidas** com materiais para curativos, como gazes, algodão e esparadrapo, além de medicamentos, soros e vacinas necessários para os tratamentos e procedimentos emergenciais. Também foram observados suprimentos de higiene básica, incluindo álcool em gel, sabão e papel, assim como seringas e agulhas em quantidade suficiente para as demandas das equipes de saúde. Os materiais de assepsia estavam disponíveis em todas as unidades, garantindo condições adequadas para a realização de procedimentos seguros e eficazes.

### 6.1.5. Da Limpeza

A limpeza adequada das superfícies e ambientes é essencial para a manutenção de um ambiente seguro e higiênico nos Centros de Saúde, garantindo a proteção tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários. Durante as fiscalizações realizadas, observou-se que todos os Centros de Saúde visitados cumpriram com excelência os requisitos de limpeza. As superfícies estavam visivelmente limpas e os procedimentos de limpeza eram realizados com a frequência necessária para manter a higiene dos ambientes.

Foi constatado que a limpeza de todos CS's é realizada diariamente, utilizando materiais adequados e específicos para a desinfecção das diferentes áreas.

Vale ressaltar que os profissionais que acompanharam a visita ao CS Aquino Neto relataram que a limpeza era realizada três vezes ao dia. No entanto, mencionaram a possibilidade de aumentar essa frequência para quatro vezes ao dia, caso seja possível, a fim de garantir um padrão ainda mais elevado de limpeza e higiene.

Essas **boas práticas** observadas contribuem significativamente para a prevenção de infecções e para a promoção de um ambiente seguro para todos os frequentadores dos Centros de Saúde do Município de Campinas.

Face ao exposto, **recomenda-se:**

1 – Realizar uma análise criteriosa para identificar quais Centros de Saúde não atendem aos padrões mínimos de acessibilidade. Deve-se implantar as adequações necessárias o mais breve possível, garantindo condições de acesso seguras e inclusivas para todos os cidadãos usuários dos serviços de saúde;

2 – Avaliar as condições estruturais de cada Centro de Saúde, especialmente aqueles que necessitam de manutenção e adequação. A partir dessa avaliação, estabelecer um cronograma para reformas ou considerar a possibilidade de mudança de local, de acordo com a urgência e a gravidade das deficiências encontradas;

3 – Realizar a aquisição de instrumentos médicos atualizados e em quantidade suficiente, ajustados ao tamanho das Equipes de Saúde da Família e à demanda da população atendida em cada unidade;

4 – Desenvolver um plano de manutenção preventiva e corretiva para os instrumentos médicos, mobiliário e demais itens utilizados nas unidades de saúde. Este plano deve incluir a substituição de equipamentos obsoletos, reparo de móveis avariados e a renovação de itens que apresentam sinais de desgaste ou que já não atendem aos padrões de qualidade exigidos;

5 – Promover o uso eficaz e contínuo do canal de comunicação já existente, composto pelo Colegiado Gestor das unidades e pelos Conselhos Locais de Saúde e Distritais, para que os funcionários das unidades de saúde possam reportar deficiências estruturais, falta de equipamentos ou quaisquer outros problemas operacionais.

## **6.2. DA ESTRUTURA FUNCIONAL DOS CENTROS DE SAÚDE**

A estrutura funcional dos Centros de Saúde é um elemento crucial para o funcionamento eficaz e eficiente dos serviços prestados à população. Uma composição adequada das equipes de saúde é fundamental para garantir a cobertura necessária e a qualidade dos atendimentos, atendendo aos padrões estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica e pelas diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

Este tópico aborda a composição e a suficiência das Equipes de Atenção Primária à Saúde, bem como da equipe técnica e demais funcionários, considerando as diretrizes normativas e as observações realizadas durante as fiscalizações *in loco*.

### **6.2.1. Equipes de Atenção Primária à Saúde**

Os **critérios** de formação das Equipes de Saúde da Família – ESF ou Equipes de Atenção Primária à Saúde são definidas pela Portaria nº 2.436/2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e conforme estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS com base na população da região atendida.

Com base nos relatórios fornecidos pela SMS e na confirmação feita pela equipe de auditoria junto aos coordenadores dos Centros de Saúde durante as visitas *in loco*, verificou-se que há Equipes de Atenção Primária à Saúde incompletas e uma necessidade de ampliação no número de médicos e Agentes Comunitários de Saúde – ACS.

Nesse sentido, constatou-se que, embora as equipes existentes estejam atendendo à demanda da população com os recursos atualmente disponíveis, 50% (cinquenta por cento) dos Centros de Saúde visitados apresentaram equipes incompletas ou em quantidade insuficiente, o que demanda ações imediatas para suprir essas carências e assegurar a continuidade e a qualidade do atendimento prestado aos usuários.

Durante a visita ao CS Orozimbo Maia, foi relatado pelo médico responsável pela Ginecologia e Obstetrícia a necessidade de **incluir uma pessoa do sexo feminino** na equipe de apoio, a fim de qualificar o atendimento e atender de forma mais adequada às necessidades dos pacientes. No CS Santa Lúcia, um dos médicos informou a existência de poucas vagas para agendamentos, o que limita o acesso dos usuários aos serviços de saúde e pode indicar uma demanda maior do que a capacidade atual da equipe.

[Clique aqui](#) para visualizar os relatórios que demonstram as constatações sobre a formação das Equipes de Atenção Primária à Saúde ou vide página [51](#).

Observou-se que, as principais **causas** que culminaram nesses apontamentos são a dificuldade de retenção e alta rotatividade de funcionários, além da demora na substituição de cargos vagos.

Como **resultado**, há o comprometimento da eficiência e continuidade dos serviços de saúde prestados, bem como na diminuição da qualidade e demora no atendimento do cidadão usuário em decorrência da sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde ativos, especialmente em áreas de alta demanda.

### 6.2.2. Quadro funcional dos Centros de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde é a responsável pelo estabelecimento do quadro funcional dos Centros de Saúde, considerando seu tamanho e a demanda populacional local.

Durante as visitas *in loco* e as conversas com os coordenadores das unidades, constatou-se que a maioria dos Centros de Saúde enfrenta a necessidade de ampliar seu quadro funcional. Essa insuficiência é particularmente evidente nas farmácias das unidades, onde a falta de pessoal se mostra um fator crítico diante do aumento da demanda pelos serviços de saúde nos últimos anos.

Observou-se que, no CS Barão Geraldo, a farmácia contava com apenas uma funcionária, o que foi identificado como um fator limitante para um atendimento eficiente. No CS Tancredo Neves, a farmácia opera em horários e dias diversos em razão da ausência de funcionários e, no dia da fiscalização *in loco*, encontrava-se fechada, o que prejudica a dispensação adequada de medicamentos. Situação semelhante foi verificada no CS Parque da Figueira, onde a farmácia também funcionava em horários variáveis devido à limitação de pessoal.

[Clique aqui](#) para visualizar os relatórios que demonstram as constatações sobre a formação das Equipes de Atenção Primária à Saúde ou vide página [52](#).

Como efeito, temos prejuízos ao atendimento do cidadão usuário dos serviços de saúde, como, por exemplo, atrasos e demoras nos acolhimentos, consultas e acompanhamentos e dificuldade de acesso a medicamentos.

### 6.2.3. Boas Práticas

É notório e digno de reconhecimento o esforço e a dedicação das Equipes de Atenção Primária à Saúde, bem como dos demais funcionários dos Centros de Saúde, em assegurar um atendimento de qualidade e integral aos usuários dos serviços de saúde no município de Campinas. Mesmo diante das dificuldades encontradas, como a falta de profissionais de saúde e o crescente aumento da demanda pelos serviços, os funcionários demonstram um compromisso exemplar com o atendimento público.

Apesar de desafios como a alta rotatividade de pessoal, a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos, as equipes de saúde têm se dedicado intensamente para manter a eficácia e a continuidade dos serviços prestados. Em várias ocasiões, foi observado que os profissionais, por conta própria, buscam alternativas para superar as limitações, evidenciando um grande zelo pelo bem-estar dos usuários e um forte compromisso com a missão do serviço público de saúde.

Ademais, constatou-se que todos os Centros de Saúde visitados realizam capacitações contínuas para seus profissionais, o que contribui significativamente para a atualização constante de conhecimentos e habilidades, refletindo uma gestão proativa em relação à qualificação continuada dos colaboradores.

Essas atitudes refletem um elevado nível de profissionalismo e dedicação dos servidores municipais, que, mesmo em condições adversas, continuam a desempenhar suas funções com competência e empenho, garantindo que a qualidade do atendimento e o acesso aos serviços de saúde sejam preservados para toda a população.

Face ao exposto, **recomenda-se:**

6 – Providenciar a adequação das Equipes de Atenção Primária à Saúde que se encontram incompletas ou em quantidade insuficiente, conforme as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica e pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando assim um atendimento adequado e contínuo à população atendida;

7 – Ampliar o quadro funcional nos Centros de Saúde com maior demanda de usuários ou que estejam desproporcionais à população atendida, principalmente em áreas de risco e vulnerabilidade social;

8 – Estabelecer processos mais céleres de substituição de profissionais, a fim de garantir a continuidade e qualidade do atendimento.

### **6.3. DA SEGURANÇA E CONTROLE**

O controle de acesso às áreas restritas nos Centros de Saúde é uma medida fundamental para garantir a segurança e proteção dos equipamentos, materiais e medicamentos essenciais ao adequado funcionamento dos serviços de saúde. Essa prática não apenas impede o acesso de pessoas não autorizadas a locais sensíveis, mas também desempenha um papel crucial na mitigação de riscos potenciais que poderiam comprometer a integridade dos profissionais de saúde, dos pacientes e dos recursos disponíveis nas unidades.

Além de proteger ativos valiosos contra roubos e vandalismos, um sistema eficaz de controle de acesso contribui para a manutenção da privacidade dos pacientes e a conformidade com regulamentos de saúde. Em um ambiente onde a eficiência e a segurança estão intrinsecamente relacionadas, a implementação rigorosa dessas medidas se torna indispensável para assegurar a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade.

#### **6.3.1. Do Acesso a Salas Restritas**

No decurso das fiscalizações nos Centros de Saúde, foi identificado que muitas das farmácias apresentavam falhas significativas no controle de acesso. Enquanto algumas contavam com placas de identificação e restrição de entrada, outras implementaram sistemas de controle de acesso biométrico. A ausência de padronização nos métodos de controle pode comprometer a segurança e a eficiência das operações.

Ainda nesse contexto, verificou-se que, em alguns Centros de Saúde, os estoques de medicamentos e materiais de enfermagem estavam sendo realizados no mesmo local. Esta prática é considerada inadequada, uma vez que dificulta a supervisão e o monitoramento adequados, além de comprometer a integridade dos medicamentos. Dessa forma, a segregação de estoques é essencial para garantir a segurança dos medicamentos e o bom funcionamento das unidades de saúde.

[Clique aqui](#) para visualizar as fotos que demonstram as contatações sobre a deficiência nos controles de acesso às áreas restritas dos Centros de Saúde ou vide página [53](#).

Ademais, importante destacar um incidente preocupante relatado por um funcionário do CS Santa Lúcia, onde teriam acontecido **atos de violência** por parte de pacientes. Esse cenário evidencia a necessidade urgente de medidas de segurança mais eficazes para prevenir situações de risco e proteger tanto os profissionais de saúde quanto os cidadãos usuários.

Como **consequência** das falhas constatadas, temos a dificuldade de monitoramento pelos profissionais de saúde das áreas restritas, devido à alta circulação de pessoas nesses locais, assim como a vulnerabilidade dos recursos gerenciados pelos Centros de Saúde, expostos a riscos de furtos, perdas e contaminações.

Face ao exposto, **recomenda-se:**

9 – Avaliar a possibilidade de padronização da utilização de fechaduras biométricas em todas as farmácias dos Centros de Saúde;

10 – Efetuar a separação dos estoques de medicamentos e de materiais de enfermagem que atualmente se encontram no mesmo local, a fim de facilitar a supervisão e assegurar sua integridade;

11 – Implantar a sinalização adequada de controle de acesso às áreas restritas.

## **7. RECOMENDAÇÕES**

Enumera-se as recomendações de forma consolidada, conforme abaixo:

1 – Realizar uma análise criteriosa para identificar quais Centros de Saúde não atendem aos padrões mínimos de acessibilidade. Deve-se implantar as adequações necessárias o mais breve possível, garantindo condições de acesso seguras e inclusivas para todos os cidadãos usuários dos serviços de saúde;

- 2 – Avaliar as condições estruturais de cada Centro de Saúde, especialmente aqueles que necessitam de manutenção e adequação. A partir dessa avaliação, estabelecer um cronograma para reformas ou considerar a possibilidade de mudança de local, de acordo com a urgência e a gravidade das deficiências encontradas;
- 3 – Realizar a aquisição de instrumentos médicos atualizados e em quantidade suficiente, ajustados ao tamanho das Equipes de Saúde da Família e à demanda da população atendida em cada unidade;
- 4 – Desenvolver um plano de manutenção preventiva e corretiva para os instrumentos médicos, mobiliário e demais itens utilizados nas unidades de saúde. Este plano deve incluir a substituição de instrumentos obsoletos, reparo de móveis avariados e a renovação de itens que apresentam sinais de desgaste ou que já não atendem aos padrões de qualidade exigidos;
- 5 – Promover o uso eficaz e contínuo do canal de comunicação já existente, composto pelo Colegiado Gestor das unidades e pelos Conselhos Locais de Saúde e Distritais, para que os funcionários das unidades de saúde possam reportar deficiências estruturais, falta de instrumentos ou quaisquer outros problemas operacionais;
- 6 – Providenciar a adequação das Equipes de Atenção Primária à Saúde que se encontram incompletas ou em quantidade insuficiente, conforme as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica e pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando assim um atendimento adequado e contínuo à população atendida;
- 7 – Ampliar o quadro funcional nos Centros de Saúde com maior demanda de usuários ou que estejam desproporcionais à população atendida, principalmente em áreas de risco e vulnerabilidade social;
- 8 – Estabelecer processos mais céleres de substituição de profissionais, a fim de garantir a continuidade e qualidade do atendimento;
- 9 – Avaliar a possibilidade de padronização da utilização de fechaduras biométricas em todas as farmácias dos Centros de Saúde;

10 – Efetuar a separação dos estoques de medicamentos e de materiais de enfermagem que atualmente se encontram no mesmo local, a fim de facilitar a supervisão e assegurar sua integridade;

11 – Implantar a sinalização adequada de controle de acesso às áreas restritas.

## **8. CONCLUSÃO**

A presente auditoria promoveu a avaliação, sob os aspectos operacionais e de desempenho, nos Centros de Saúde do município de Campinas. O objetivo foi assegurar a conformidade com a legislação, bem como da eficiência e eficácia operacional dos serviços prestados pela administração pública aos cidadãos usuários.

Ao longo do processo de auditoria, foram constatados alguns problemas relacionados à infraestrutura, equipamentos e quadro funcional nos Centros de Saúde.

Dentre as adversidades encontradas nas fiscalizações, a principal deficiência foi o não cumprimento dos critérios mínimos de acessibilidade nos locais visitados, o que dificulta o acesso integral e atendimento de qualidade dos usuários com deficiência ou mobilidade reduzida. É basilar garantir que todos os Centros de Saúde se encontrem em conformidade com as normas de acessibilidade, proporcionando um ambiente inclusivo e acolhedor para todos os usuários.

Esta equipe de auditoria destaca que muitas das reclamações e observações mencionadas neste relatório não foram identificadas exclusivamente durante a visita de auditoria, mas foram relatadas pelos próprios funcionários dos Centros de Saúde. Esses profissionais, que vivenciam diariamente a realidade das unidades, possuem uma perspectiva mais detalhada e precisa das necessidades e desafios enfrentados. Assim, as informações fornecidas por eles são valiosas e devem ser consideradas pela Unidade Auditada, pois refletem um conhecimento profundo das condições operacionais e estruturais das unidades, que muitas vezes podem não ser plenamente captadas em uma visita pontual de fiscalização.

Além disso, é importante pontuar a constante capacitação dos profissionais de saúde por meio de cursos e treinamentos, bem como salientar o constante empenho

desses profissionais em entregar o melhor serviço de saúde possível com as limitações que enfrentam nos Centros de Saúde.

Por todo o exposto, e tendo em vista que a Auditoria Interna deve ser entendida como atividade de assessoramento à Administração, destinada a agregar valor e contribuir para a qualificação da gestão pública, apresentando propostas de melhoria que proporcionem aumento da eficiência, da eficácia e da efetividade das ações realizadas pelo município, como resultado do presente trabalho de auditoria, foram produzidas recomendações para as ocorrências constatadas, as quais podem ser verificadas ao final de cada tópico do “Capítulo 5 – Resultados dos Exames”, compilados no “Capítulo 6 – Recomendações”.

Saliente-se que, em continuidade a este relatório, e com objetivo de estabelecer as medidas a serem adotadas para sanar as impropriedades e inconformidades identificadas nos pontos de auditoria, e, conseqüentemente, aprimorar a gestão, será pactuado um Plano de Providências, devendo seu cumprimento ser objeto de monitoramento e avaliação.

Campinas/SP, 04 de outubro de 2024.

## 9. MANIFESTAÇÃO DA UNIDADE AUDITADA E ANÁLISE DA EQUIPE DE AUDITORIA

Seguindo as orientações previstas na IN nº 08/2017 da CGU (Manual de Orientações Técnicas da Atividade de Auditoria Interna Governamental do Poder Executivo Federal), registramos nesta seção a manifestação da Unidade Auditada, bem como a análise da equipe de auditoria.

Conforme o mencionado manual:

A manifestação da Unidade Auditada é importante para que a equipe avalie se as evidências suportam plenamente as conclusões. Constitui também oportunidade para que sejam levantadas e analisadas eventuais falhas de entendimento, erros de interpretação ou fragilidades das evidências, levando a equipe a rever seu posicionamento ou a embasá-lo de forma mais consistente. As discordâncias devem ser analisadas criteriosamente e os eventuais erros materiais, corrigidos.

Dessa forma, após elaboração do Relatório Preliminar de Auditoria, foi dada a oportunidade da Secretaria Municipal de Saúde se manifestar acerca do relatório, a qual foi exercida tempestivamente pela Pasta<sup>8</sup>, e, após discussão pela equipe de auditoria, resultaram na conservação majoritária dos apontamentos identificados, com a inclusão das considerações realizadas pela SMS. Contudo, é relevante dizer que foram acatados alguns trechos da manifestação da Unidade Auditada, que trouxeram esclarecimentos acerca de determinados assuntos e resultaram nas adequações necessárias.

Assim, seguem as considerações acerca das recomendações emanadas pela equipe de auditoria, a seguir expostas, com as devidas fundamentações dos auditores sobre o conteúdo.

**Trecho 1:** *“Conforme Relatório Preliminar da Auditoria nº [12223289](#), vimos realizar as seguintes considerações e com a responsabilidade de realizar alguns acertos relacionados aos apontamentos de inconformidades, inclusive com a necessidade de envolver outros Departamentos da SMS, nestas ações.*

*Em atenção à apresentação do relatório preliminar da auditoria realizada em uma amostra de unidades básicas de saúde, gostaríamos de esclarecer que,*

*Em que pese a informação sobre a metodologia considerar a avaliação da legislação e normativas vigentes além das visitas in loco para averiguação e análise da estrutura organizacional e capacidade operacional e humana, (pág. 7),*

---

<sup>8</sup> Conforme Despacho nº 12333273, incluído no processo SEI nº PMC.2024.00048829-14, autos em que processam a presente auditoria.

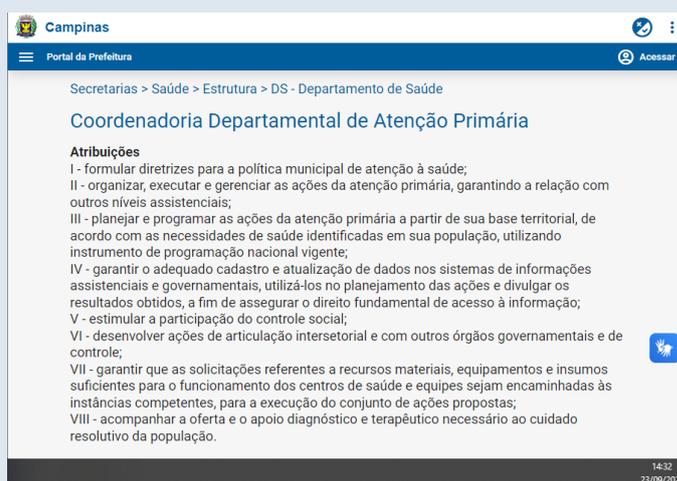
Considerando que de acordo com a ISSAI 100 - Princípios Fundamentais de Auditoria do Setor Público, “as auditorias devem fornecer informação baseada em evidência suficiente e apropriada” ressaltando que o auditor executa procedimentos para reduzir ou administrar o risco de chegar a conclusão inapropriada reconhecendo as limitações inerentes a todas as auditorias significam que uma auditoria nunca pode fornecer absoluta certeza da condição do objeto ( itens 31 e 40 da ISSAI 100), o Departamento de Saúde oferece algumas informações adicionais e algumas sugestões referente ao testificado no corpo do documento nº [12223289](#).

Dentro do tópico 4 da contextualização, ao definir a atribuição da coordenação da APS, sugerimos a utilização da definição estabelecida no município na Lei Complementar 421 de 29/06/2023.

No trecho acostado na (pag. 12) do documento, atribui-se a esta coordenação elementos de gestão pertencentes a outros departamentos.”

**Consideração dos Auditores:** Manifestação apontada no tópico 4. CONTEXTUALIZAÇÃO. No que pese a manifestação da Unidade Auditada, esta equipe de auditoria entende que as atribuições da Coordenadoria Departamental de Atenção Primária descritas no Relatório Preliminar estão em conformidade com a supracitada Lei Complementar nº 421, de 29 de junho de 2023.

Ressalta-se que o texto do Relatório foi redigido de maneira objetiva, sem prejuízo das atividades principais atribuídas à Coordenadoria, conforme descrito no Art. 68 da referida Lei, bem como no [Portal da Prefeitura](#).



Quanto à alegação de que o Relatório teria atribuído à Coordenadoria Departamental de Atenção Primária elementos de gestão pertencentes a outros departamentos, esta equipe de auditoria não identificou tal ocorrência. As atribuições mencionadas estão delimitadas pelo texto legal vigente, não havendo extrapolação de competências ou sobreposição de funções que sejam de outros setores. O Relatório apenas reflete o que está estabelecido na legislação e nas fontes consultadas.

Diante disso, a equipe de auditoria decidiu pela alteração do Relatório Preliminar, apenas para incluir em seu texto a referência ao art. 68 da LC nº 421, reforçando que as atribuições e responsabilidades da Coordenadoria Departamental de Atenção Primária à Saúde estavam em total conformidade com o que estabelece a legislação supracitada.

**Trecho 2:** *“No Item 6.1.1 a Secretaria de Saúde vem discutindo o aprimoramento das ações de saúde no que tange a pessoa com deficiência. Em que pese os apontamentos realizados sobre a acessibilidade das unidades avaliadas, não foi mencionado no texto que se tratam, em sua maioria, de unidades muito antigas, algumas inclusive foram construídas a tempos atrás, quando a discussão de políticas de acessibilidade, em contexto de políticas públicas de saúde com outro perfil de atendimento e equipes profissionais diminutas em tamanho.*

*O auditor aponta como causa “a ausência de planejamento na escolha dos locais de instalação dos Centros de Saúde pode dificultar a realização de reformas e melhorias” Porém, esclarecido o contexto histórico acima, o Departamento de Saúde sugere rever o nexos causal, pois não há razoabilidade para inferir como causa a falta de planejamento na escolha do local, pelo tempo decorrido da referida construção.”*

**Consideração dos Auditores:** Manifestação apontada no item 6.1.1. Da Acessibilidade. Foi acatada a manifestação da Unidade Auditada acerca da antiguidade das unidades de saúde e a falta de discussão sobre políticas de acessibilidade na época de sua construção. Sendo assim, promoveu-se a alteração do texto do Relatório Preliminar para incluir essas informações, bem como para reforçar que tais fatos não eximem a administração pública de sua responsabilidade de adequar suas instalações conforme a Lei nº 10.098/2000, em vigor há 24 anos.

Além disso, a análise foi aprofundada no sentido de especificar que as adequações necessárias em muitos casos são de baixa complexidade e não se restringem a limitações estruturais antigas. Foi detalhado também que as desconformidades observadas podem comprometer a segurança e a dignidade dos usuários, resultando em impactos negativos diretos sobre a autonomia das pessoas com deficiência e a equidade dos serviços prestados.

**Trecho 3:** *“Em relação ao acesso restrito a área das farmácias é importante ressaltar que as unidades que não possuem padrão de controle biométrico Institucionalizado, apresentam outras metodologias para manutenção da sala restrita, tais como chaveamento convencional da porta, presença constante de servidores entre outros.”*

**Consideração dos Auditores:** Manifestação apontada no item 6.1.2 – Da Infraestrutura, sub item Farmácias para Dispensação de Medicamentos. Esta equipe de auditoria

reconhece que os métodos atualmente utilizados, como chaveamento convencional e presença constante de servidores, oferecem certa proteção, contudo, ainda assim, esses mecanismos apresentam vulnerabilidades, pois dependem da ação humana e, por isso, estão sujeitos a falhas. O controle biométrico, por sua vez, representa uma solução mais robusta e confiável, reduzindo o risco de acessos não autorizados.

Diante disso, mantém-se o disposto no Relatório Preliminar e a recomendação de avaliar a possibilidade de padronização da utilização de fechaduras biométricas em todas as farmácias dos Centros de Saúde, visando garantir maior segurança e controle do ambiente.

**Trecho 4:** *“Especificamente sobre a sala de raios-X do CS Santa Lúcia, a sala foi utilizada temporariamente para armazenar insumos da dengue, pois, devido à epidemia de dengue foi necessário aportar um volume maior do que o convencional de insumos para a unidade, com necessidade de uso de mais espaço para armazenamento desses insumos de forma temporária. Hoje, esta sala não está sendo utilizada como almoxarifado de enfermagem (pag. 17).”*

**Consideração dos Auditores:** Manifestação apontada no item 6.1.2 – Da Infraestrutura, subitem Almoxarifado de Materiais de Enfermagem. Esta equipe de auditoria reconhece a possibilidade da utilização temporária de salas para o armazenamento de insumos em casos excepcionais, como na recente epidemia de dengue. No entanto, destaca-se que não foram apresentadas evidências que comprovem a regularização da situação, como fotos ou outros documentos que atestem o restabelecimento do uso adequado da sala.

Assim, embora a explicação tenha sido fornecida, a manifestação escrita pela Unidade Auditada, por si só, não é suficiente para corroborar a regularização. Portanto, o achado permanece, visto que a situação foi constatada durante a vistoria e não houve comprovação formal de que o espaço já não é mais utilizado como almoxarifado.

Dessa forma, mantém-se o disposto no Relatório Preliminar.

**Trecho 5:** *“Em relação às salas de odontologia, (pag. 18) do relatório, há referência a cadeiras odontológicas inadequadas. Esta informação, do ponto de vista técnico assistencial não procede. Refere-se à fala de um profissional que apresenta preferência por outro tipo de cadeira. Neste momento, aproveitamos para manifestar que muitos profissionais de saúde têm preferências por tipos e marcas de alguns instrumentos/equipamentos de trabalho. E não necessariamente o material fornecido pela PMC é o de preferência do profissional, mas sim dos conceitos técnicos instituídos por mecanismos de qualidade e capacidade técnica.*

*Os agentes públicos devem prezar por garantir material adequado e de qualidade, seguindo o regimento público de aquisição de bens permanentes. Estes processos, não vão se relacionar pelas preferências individuais de alguns profissionais.*

No que tange a falta de insumos (outra fala de profissional), conforme citado e constatado pela própria auditoria na (pag. 21) item 6.1.4, as unidades de saúde tem se mantido com bom abastecimento de insumos. Em que pese à importância de ouvir a impressão dos trabalhadores, temos que realizar verificação do que de fato está acontecendo nos meios instituídos de forma Institucional.”

**Consideração dos Auditores:** Manifestação apontada no item 6.1.2 – Da Infraestrutura, subitem Consultórios Ginecológicos e Odontológicos. A equipe de auditoria entende que a manifestação da Unidade Auditada, ao afirmar que a questão das **cadeiras odontológicas** reflete apenas uma preferência individual dos profissionais, pode não abranger completamente o que foi observado. No caso específico do CS Jardim Rossin, foi identificado que uma das cadeiras odontológicas (diferente das demais) estava inutilizada, sob a justificativa de que se tratava de um modelo antigo que não atendia ao recomendado no que diz respeito à sua limpeza/ esterilização.

Além disso, a equipe de auditoria reconhece que o item 6.1.4 do RPA faz referência ao bom abastecimento de materiais, como curativos, gazes, esparadrapos, medicamentos, soros, vacinas e suprimentos de higiene básica nos Centros de Saúde, de maneira geral. No entanto, a queixa relatada na página 18 se refere especificamente à falta ocasional de insumos odontológicos no consultório do CS Santa Lúcia, e não aos insumos utilizados nas demais áreas do CS.

Esta equipe de auditoria destaca que levou em consideração as observações dos profissionais ali presentes, tanto no que tange à inadequação da cadeira quanto à falta de insumos, uma vez que esses profissionais possuem o conhecimento técnico e lidam diretamente com essas questões no dia a dia. As observações não sugerem uma preferência pessoal ou uma falta generalizada, mas apontam para deficiências pontuais e específicas, tanto no caso das cadeiras quanto dos insumos, não havendo razão aparente para que os profissionais relatem tais deficiências se estas não estivessem realmente ocorrendo.

Portanto, mantém-se o disposto no Relatório Preliminar em relação às cadeiras inadequadas e aos insumos odontológicos, enfatizando a importância da adequação dos equipamentos e do abastecimento apropriado.

**Trecho 6:** *“Em relação ao item problemas estruturais e necessidade de reforma (pag. 18 e 19), telhado da unidade de Barão Geraldo, o mesmo foi recentemente reformado e readequado, não apresentando vazamento no momento da auditoria.”*

**Consideração dos Auditores:** Manifestação apontada no item 6.1.2 – Da Infraestrutura, subitem Problemas estruturais e necessidade de reformas. Conforme a manifestação da Unidade Auditada, esta equipe de auditoria atestou na visita *in loco* ao CS Barão Geraldo que a unidade havia, de fato, passado por recente reforma. No entanto, embora não tenham sido observados vazamentos no dia da inspeção, os funcionários do CS relataram que, em dias de chuva, ainda há infiltrações, indicando que o problema estrutural persiste.

Destaca-se que a equipe de auditoria não pôde realizar uma avaliação pontual das condições do telhado em situações de precipitação, pois a visita ocorreu em um dia seco. Por esse motivo, foram consideradas as observações dos profissionais que atuam na unidade e lidam diretamente com as condições daquele ambiente de trabalho.

Ademais, não foram apresentadas evidências documentais que comprovem a regularização da situação, como fotos ou relatórios que atestem a efetiva resolução do problema de infiltração. Embora a explicação tenha sido fornecida, a manifestação escrita pela Unidade Auditada, por si só, não é suficiente para corroborar que a reforma foi efetiva e que a unidade não apresenta mais problemas estruturais.

Assim, reforça-se a necessidade de um acompanhamento mais rigoroso quanto às condições do telhado do CS Barão Geraldo, para garantir a integridade da infraestrutura.

Diante do exposto, mantém-se o disposto no Relatório Preliminar, em relação aos problemas estruturais mencionados.

**Trecho 7:** *“Consta que “o CS Santa Lúcia” relatou a necessidade de ampliação estrutural para caber mais uma equipe. Atualmente esta unidade possui 4 equipes para atender uma população aproximada de 15.200 pessoas (parâmetros da PNAB é de 1 equipe para aproximadamente 4.000 habitantes).*

*No planejamento de uma unidade de saúde deve levar em conta não apenas a sensação da equipe local da relacionado à ampliação de equipe, mas sim a necessidade da implantação de uma nova unidade para possibilitar uma divisão mais equânime do território e da população atendida, gerando mais acesso.*

*Neste sentido, no tocante aos territórios com alta demanda em relação ao número de equipes, o Departamento de Saúde não entende que a ampliação do quadro funcional resolveria a demanda, e sim a reorganização do território com a criação de novas unidades, como já vem sendo estudado.”*

**Consideração dos Auditores:** Manifestação apontada no item 6.1.2 – Da Infraestrutura, subitem Problemas estruturais e necessidade de reformas. A equipe de auditoria observa que a Unidade Auditada fez referência equivocada ao CS Santa Lúcia. Conforme consta no Relatório Preliminar, a necessidade de ampliação estrutural para

comportar mais uma equipe foi, na verdade, relatada pelo **CS Santa Odila**, e não pelo CS Santa Lúcia.

O documento do SEI nº [11449592](#), que trata da cobertura das equipes de Saúde da Família (eSF) por unidade, confirma que o CS Santa Odila tem uma cobertura de **78,73%** sobre a população de 15.242 habitantes. Além disso, durante a visita *in loco*, a coordenadora da unidade informou que a população atendida estaria em torno de 18.000 habitantes, um número superior ao registrado oficialmente.

SULESTE	2022796	CS Esmeraldina	8777	2	8000	91,15%
	2023210	CS Joaquim Egídio	3574	2	8000	223,84%
	2023180	CS Orozimbo Maia	20500	5	20000	97,56%
	2022869	CS Paranaapanema	26340	4	16000	60,74%
	2022680	CS Santa Odila	15242	3	12000	78,73%
	2022656	CS São Bernardo	49725	4	16000	32,18%
	2022915	CS São Vicente	9961	3	12000	120,47%
	2022702	CS Sousas	32853	5	20000	60,88%
	2023202	CS Vila Ipê	29970	5	20000	66,73%

Independentemente da discrepância populacional mencionada, o fato é que as 3 equipes atualmente disponíveis no CS Santa Odila se mostram **insuficientes** para atender à demanda, conforme evidenciado tanto no documento quanto na visita. A ampliação estrutural solicitada para comportar mais uma equipe, portanto, é considerada necessária para garantir que a unidade possa oferecer uma cobertura adequada à população local.

Diante do exposto, mantém-se o disposto no Relatório Preliminar.

**Trecho 8:** *“No relatório (pag.19) consta que as estruturas das construções de nossas Unidades não atendem de forma plena as demandas dos serviços. Porém, não estão explícitos quais demandas de saúde não estão sendo atendidas. Ao entendimento deste departamento caberia o apontamento de quais demandas em saúde não estão sendo ofertadas ou de modo mais assertivo apontar para uma escrita de: “atende as demandas com as ressalvas citadas nos subtítulo 6.11 a 6.13.”*

*Em que pese a necessidade de adequações às quais nos dispomos a organizar, as causas das deficiências identificadas, não se trata, a priori de erro de planejamento estrutural ao nosso olhar refere-se à mudança de complexidades assistenciais.*

*Conseqüentemente, o parágrafo seguinte que versa sobre o efeito dessas “deficiências estruturais” aponta para redução da eficiência dos serviços de saúde por limitação da capacidade de atendimento dos profissionais. De acordo com a análise dos dados do e-SUS, os serviços de Atenção Primária vem apresentando um aumento da produtividade*

*e não uma limitação/redução de atendimento. Este departamento reitera seu compromisso com a qualidade da assistência prestada à população de Campinas.”*

**Consideração dos Auditores:** Manifestação apontada no item 6.1.2 – Da Infraestrutura. Após análise da manifestação da Unidade Auditada, a equipe de auditoria decidiu por modificar o texto do Relatório Preliminar para trazer maior clareza à constatação referente às deficiências na infraestrutura e esclarece que as dificuldades incluem a adequação dos espaços, a acessibilidade, entre outras deficiências dispostas no item 6.1.2.

Além disso, acatou-se a manifestação da Unidade Auditada no que se refere à evolução das complexidades assistenciais. A equipe de auditoria reconhece que as transformações no perfil de atendimento e a evolução das necessidades de saúde podem ter gerado novas demandas que não estavam previstas no planejamento inicial das estruturas físicas dos CS's. Entretanto, reitera-se que isso não isenta a Unidade Auditada da responsabilidade de realizar as devidas adequações, de forma que a infraestrutura acompanhe essa evolução.

Por fim, a equipe de auditoria destaca que a inadequação dos espaços físicos acaba por comprometer a qualidade do atendimento e a experiência dos usuários, que enfrentam barreiras físicas e operacionais. Ainda que a Unidade Auditada tenha apontado um aumento de produtividade, o desempenho poderia ser otimizado caso a infraestrutura estivesse em melhores condições. Apesar disso, decidiu-se pela alteração do trecho do Relatório Preliminar no que se refere à expressão “redução na eficiência”, substituindo-a por “limitação na eficiência” para trazer mais objetividade e coerência ao texto.

**Trecho 9:** *“No item 6.1.3 referente a equipamentos, parágrafo 2 (pag. 20) apresenta uma inconsistência referente ao fornecimento de equipamentos pela SMS. Não há omissão da SMS em fornecer aos seus trabalhadores os instrumentos de trabalho para a execução de sua função. No entanto, alguns profissionais podem ter a predileção de usar seus próprios instrumentos, durante seu exercício profissional, ao invés de usar os instrumentos fornecidos pela PMC. Um exemplo clássico desta afirmação é o uso do estetoscópio. Apesar de ser um instrumento disponibilizado nas unidades, a grande maioria dos médicos prefere usar seu instrumento particular.*

*Na sequência, apresenta-se de forma generalizada, referente aos refrigeradores das salas de vacina, enquanto que no item sala de vacinas na (pag.16), às mesmas foram consideradas adequadas, apenas com necessidade de mais armários.*

*Outra informação importante é que temos um protocolo rígido com controle de qualidade dos imunológicos e averiguação periódica e rotineira da temperatura da rede de frios de vacinas. Caso tenha se identificado alguma situação singular em alguma unidade, sugerimos o relato singularizado e não generalizado.”*

*Relacionado ao relatório a auditoria refere “uso de computadores obsoletos em diversas unidades “. Recentemente a SMS realizou um grande aporte de computadores para garantir a informatização de 100% das UBS. Podemos ter situações pontuais onde se averiguou máquinas de menor desempenho. Este Departamento sugere nominar em quais unidades foi avaliada tal situação. Frente ao processo de informatização das UBS não é assertivo a generalização da situação apontada. Também não é assertivo culpabilizar a falta de integração dos sistemas de informação com o tipo de computador utilizado. A integração de sistemas é um assunto complexo que envolve desde desenvolvimento de APIs quanto permissão dos órgãos gestores dos sistemas como Ministério da Saúde e Governo do Estado.”*

**Complemento dado pela Coordenadoria Departamental de Tecnologia da Informação**

*- CDTI: “Cabe mencionar que novos projetos de aquisição de computadores estão em andamento e que situações pontuais podem ser relatadas para esta coordenadoria que irá procurar a melhor forma de atender a demanda.”*

*Também ratificamos que a integração de sistemas independe das condições do computador em uso. A integração de sistemas se dá de forma centralizada com o desenvolvimento de rotinas de relacionamento de cadastros e APIs para prover a comunicação entre os sistemas.”*

**Consideração dos Auditores:** Manifestação apontada no item 6.1.3. Dos Equipamentos. Após análise da manifestação da Unidade Auditada, a equipe de auditoria informa que, para trazer mais clareza ao texto, decidiu-se pela substituição do termo “equipamentos” por “instrumentos” no que se refere aos **instrumentos médicos individuais**, como estetoscópios, termômetros, esfigmomanômetros, entre outros. Em relação a esses instrumentos, o Relatório foi específico ao apontar os Centros de Saúde em que foram identificadas as referidas insuficiências. A observação de que alguns médicos preferem utilizar seus próprios instrumentos não altera o fato de que os fornecidos pelas unidades se mostraram insuficientes em tais localidades. Portanto, para além da substituição dos termos mencionados, mantém-se o que foi disposto no Relatório Preliminar sobre o assunto.

No tocante aos **refrigeradores** das salas de vacinas, a equipe de auditoria esclarece que as salas de vacina foram consideradas adequadas no que tange à infraestrutura física (piso, paredes, armários), conforme mencionado no item 6.1.2. No entanto, o item 6.1.3, que versa sobre os equipamentos, identificou problemas pontuais nos refrigeradores das salas de vacina de algumas unidades, sem prejuízo à avaliação positiva de sua infraestrutura. Ademais, esclarece-se que o controle de qualidade dos imunológicos e da temperatura da rede de frios de vacinas não foi objeto de questionamento, e o foco permanece nos equipamentos que necessitam de correção para evitar possíveis problemas futuros. Diante disso, a equipe de auditoria decidiu pela alteração do Relatório Preliminar para incluir os Centros de Saúde que apresentaram os problemas mencionados.

Quanto aos **computadores** obsoletos, a equipe de auditoria acatou o disposto nas manifestações do Departamento de Saúde (DS) e da Coordenadoria Departamental de Tecnologia da Informação (CDTI), reconhecendo que as constatações de máquinas de menor desempenho foram pontuais. Conforme solicitado, o Relatório foi alterado para especificar as unidades onde essa situação foi constatada, bem como para ajustar o trecho referente à integração dos sistemas de informação, visto o esclarecimento de que a mesma não depende das condições dos computadores em uso.

**Trecho 10:** *“O item 6.1.3 apresenta uma contradição, apontando como “causa das deficiências” à falta de planejamento adequado. Na sequência aponta que a “equipe da auditoria encontrou a quantidade básica de equipamentos necessários” e como efeito “comprometendo a eficácia dos serviços prestados e reduzindo a qualidade do atendimento e acompanhamento dos usuários”. Não encontramos descritos elementos de razoabilidade ou instrumentos de aferição de eficácia que possam conectar os fatos narrados com relação causal.”*

**Consideração dos Auditores:** Manifestação apontada no item 6.1.3. Dos Equipamentos. A equipe de auditoria decidiu pela alteração do Relatório Preliminar, com o objetivo de trazer maior clareza às constatações relacionadas às deficiências relacionadas aos equipamentos. Foram realizadas modificações para evitar generalizações, destacando que as insuficiências e inadequações de equipamentos e instrumentos médicos foram observadas apenas em Centros de Saúde específicos.

**Trecho 11:** *“Em relação à falta de agendamento na unidade Santa Lúcia relatado na (pág. 24), o Departamento de Saúde realiza o monitoramento das ofertas assistenciais e não foi observado redução de agendamento. Sugerimos a identificação, se possível, de qual tipo de agendamento não estão acontecendo no intuito de agregar informações para aprimoramento da gestão.”*

**Consideração dos Auditores:** Manifestação apontada no item 6.2.1. Equipes de Atenção Primária à Saúde. A equipe de auditoria esclarece que, no caso do CS em questão, a observação foi baseada no relato de um dos profissionais da unidade, que mencionou a insuficiência de vagas para o agendamento de consultas, o que limitaria o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Não foi apontada uma redução no número de agendamentos de maneira geral, mas sim uma dificuldade em atender à demanda específica da unidade.

Diante do exposto, mantém-se o disposto no Relatório Preliminar.

**Trecho 12:** *“Em relação às considerações expressas pelo auditor, referentes a ampliar meios de comunicação da gestão com os trabalhadores vêm informar que o Departamento de Saúde entende que o Colegiado Gestor das unidades (composto por*

*trabalhadores e Coordenação da UBS) e os Conselhos Locais de Saúde e Distritais são instâncias legítimas para o apontamento das necessidades de trabalhadores e usuários do SUS, sendo o canal de comunicação proposto e institucional.”*

**Consideração dos Auditores:** Manifestação apontada nas Recomendações do item 6.1. DA ANÁLISE DA ESTRUTURA FÍSICA DOS CENTROS DE SAÚDE e no Tópico 7. RECOMENDAÇÕES. Diante da manifestação da Unidade Auditada, esta equipe de auditoria decidiu pela alteração do Relatório Preliminar, considerando que o canal de comunicação citado, composto pelo Colegiado Gestor das unidades e os Conselhos Locais de Saúde e Distritais, já é uma instância legítima para apontamento de necessidades dos trabalhadores e usuários.

## 10. ANEXOS

### 10.1. Acessibilidade



CS Jardim São Marcos – Ausência de banheiro acessível.



CS Santa Lúcia – Ausência da barra de apoio lateral.



CS Santos Dumont - Piso tátil falho.



CS Centro - Ausência de vagas para deficientes e idosos.



**CS Orozimbo Maia – Árvore com vespeiro impedindo a visualização da placa de sinalização.**



**CS Santa Lúcia - Rampa de acesso com inclinação inadequada.**



**CS Santa Odila – Acesso dificultado e com piso tátil avariado.**

[Clique aqui](#) para retornar ao texto.

## 10.2. Infraestrutura



**CS Tancredo Neves - Sala de acolhimento não individual.**



**CS Aquino Neto – Posição da mangueira de gás apresenta risco de segurança.**



**CS Santa Odila – Posição da mangueira de gás apresenta risco de segurança.**



**CS Parque da Figueira – Banheiro sem assento.**



**CS Barão Geraldo – Estrutura necessita de reforma.**



**CS Aquino Neto – Caixas diretamente no chão e encostadas na parede.**



**CS Aquino Neto – Mofo nas parede e teto do DML.**



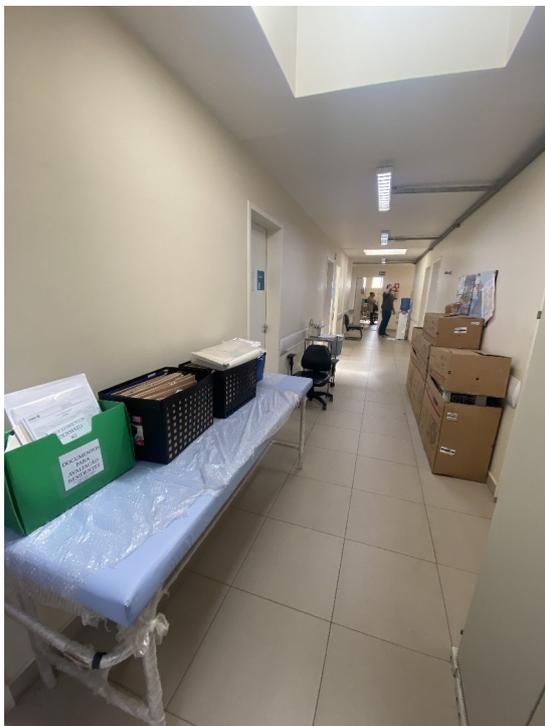
**CS Santa Odila - Medicamentos e material de enfermagem estocados no mesmo local.**



**CS Rossin - Medicamentos e material de enfermagem estocados no mesmo local.**



**CS Santos Dumont - Copa de funcionários improvisada em local inadequado.**



**CS Santos Dumont – Corredor obstruído por caixas, macas e cadeiras.**



**CS Santos Dumont – Corredor obstruído por geladeira e armários.**



**CS Orozimbo Maia – Sala Multidisciplinar com avarias nas cortinas e armários.**



**CS Santa Odila - Ausência de identificação adequada.**

[Clique aqui](#) para retornar ao texto.

### 10.3. Equipamentos



**CS Parque da Figueira - Consultório médico com pequenas avarias nas paredes.**



**CS Aquino Neto - Geladeira de vacinas apresenta ruído.**



**CS Tancredo Neves – Armários sem as alças.**

[Clique aqui](#) para retornar ao texto.

#### **10.4. Equipes de Atenção Primária à Saúde**



[Clique aqui](#) para retornar ao texto.

#### 10.4.1. Quadro funcional dos Centros de Saúde



**CS Tancredo Neves - Farmácia sem funcionários estava fechada no momento da visita.**

[Clique aqui](#) para retornar ao texto.

## 10.5. Segurança e Controle



CS Jardim Rossin - Farmácia sem controle de acesso.



CS Barão Geraldo - Farmácia sem placa de identificação ou restrição.



CS Tancredo Neves - Fechadura simples

[Clique aqui](#) para retornar ao texto.