

Investigado: Município de Peruíbe

RECOMENDAÇÃO ADMINISTRATIVA

Considerando que incumbe ao Ministério Público a defesa do patrimônio público e social, da moralidade e eficiência administrativas, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos, na forma do artigo 127, *caput*, e artigo 129, inciso III, ambos da Constituição da República, bem como do artigo 25, inciso IV, alínea “a”, da Lei 8.625/93.

Considerando a relevância e a magnitude das atribuições conferidas ao Ministério Público no tocante à defesa do patrimônio público, por força do artigo 129, inciso III, da Constituição da República e das disposições da Lei 7.347/85.

Considerando a atuação preventiva, fiscalizatória e repressiva do Ministério Público e que a recomendação é instrumento destinado à orientação de órgãos públicos ou privados, para que sejam cumpridas normas relativas a direitos e deveres assegurados ou decorrentes das Constituições Federal e Estadual e serviços de relevância pública e social.

No bojo do inquérito civil nº 14.0375.0001154/2016-3 (que trata da Unidade Básica de Saúde Guaraú-Barra do Una), em trâmite nesta 3ª Promotoria de Justiça de Peruíbe, foram constatadas graves irregularidades relativas à saúde pública local.

Consta que a Unidade Básica de Saúde Guaraú-Barra do Una estaria em situação precária.

Foi instaurada sindicância (nº 186.597/2014) no âmbito do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) para “realizar vistoria na ‘UBS Barra do Una, para verificar diagnóstico do serviço’” (fls. 03). Trata-se de UBS situada na Estrada Barra do Una, s/nº, Barra do Una, Peruíbe. Solicitação feita na data de 05 de novembro de 2014. Vistoria realizada na data de 30 de junho de 2015, por volta das 15h00. Relatório datado de 30 de julho de 2015 – fls. 07/11. Caracterização geral: “Unidade pública municipal, de administração direta da Secretaria da Saúde, a qual atende aos pacientes de sua área de abrangência. Local praticamente desativado, atendimento médico ocorre semanalmente, sendo o mesmo realizado por equipe de outras Unidades da Estratégia da Saúde da Família. O profissional aí lotado, segundo os registros do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, é a recepcionista, o local não conta com Equipe da Estratégia da Saúde da Família nem com outros profissionais”. “Unidade não está registrada no CREMESP”. “Estabelecimento de Saúde praticamente desativado. O atendimento é semanal e, segundo os registros do CNES, está lotado no local apenas uma recepcionista”.

O Município de Peruíbe informou, a fls. 32 (fls. 53), que “a Unidade de Saúde Barra do Una não é uma Unidade Básica de atendimento, e sim

um posto rural avançado para atendimento de famílias rurais de locais distantes. Portanto, não possui CNES e conta apenas com uma atendente geral para a manutenção e higienização da Unidade. A equipe de atendimento é a mesma do PSF Guaraú, que faz atendimento no local uma vez por semana”.

A vigilância sanitária realizou vistoria no local e constatou que: “a unidade encontra-se em local de difícil acesso na área da reserva ecológica da Juréia acerca de 90 minutos do centro de Peruíbe, em um local onde, segundo informações, residem cerca de 100 pessoas. Ao chegarmos na unidade, depois de uma viagem difícil, a mesma encontrava-se fechada, nos sendo informado por vizinhos que diariamente uma funcionária que mora próximo abre a unidade por um período de tempo, onde possivelmente faz a limpeza da mesma, fechando-a em seguida e que há atendimento apenas uma vez na semana, sempre às quartas-feiras, por um médico e uma auxiliar de enfermagem que vem da UBS do Guaraú, sendo que muitas semanas não há atendimento”. Verificou-se que “as reclamações são referentes à falta de atendimento no local”.

A vigilância ainda esclareceu que: “estivemos na UBS do Guaraú, onde conversamos com a enfermeira responsável pela unidade, a qual informou que com relação à UBS Barra do Una, esta é um prolongamento da unidade do Guaraú, e que o médico desta unidade e uma funcionária da enfermagem, muitas vezes a própria enfermeira, se deslocam às quartas-feiras até a Unidade Barra do Una para atender a população que ali reside, porém, nesses momentos, deixam a unidade principal do Guaraú descoberta de profissionais. Informou também que a ida da equipe muitas vezes não ocorre, pois depende das condições da estrada e do clima. Que trabalha na unidade apenas uma funcionária

da limpeza que reside próximo da mesma, não havendo ali mais nenhum trabalhador, nem mesmo agente de saúde” (fls. 67).

O Conselho Regional de Enfermagem também realizou vistoria na UBS do Guaraú e constatou que (fls. 71/81): “prestam atendimento de baixa complexidade, na atenção básica”. “Desenvolvem os Programas de Saúde do Idoso, HIPERDIA – Programa de Hipertensão e Diabetes, Saúde do Adolescente, Saúde da Gestante, Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Tuberculose, Hanseníase e Saúde Bucal”. “Como a equipe não tem médico de saúde da família, desde 01/12/2016, e agentes comunitários de saúde (ACS), desde 17/09/2016, devido ao término do contrato desses profissionais, o município não está recebendo a verba do Ministério da Saúde, referente ao Programa de Estratégia de Saúde da Família”. “Foi passada a informação de que em fevereiro será contratado um médico cubano e está sendo estudada a contratação dos ACS, através de processo seletivo, porque o concurso que foi realizado em 2016 foi suspenso por ordem judicial. A unidade não desenvolve programa de vacinação, devido à inexistência de sala de vacinas”. “A sala de vacinas não pode ser construída, porque a unidade está em uma área de preservação ambiental, assim como não pode ser construído um muro ou instalado alambrado nos fundos da construção, o que faz com que entrem cobras e aranhas na unidade. A referência para a administração de imunobiológicos e para atendimento de gestantes com gravidez de médio risco é a Casa da Mulher e da Criança, localizada no centro de Peruíbe e para gravidez de alto risco, o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos. A equipe possui 4.500 pacientes cadastrados no Programa de ESF. A equipe de ESF do Guaraú é responsável pelo atendimento no PAR Una, que era realizado às quartas-feiras, no entanto, com a saída do médico, a inexistência de maca ginecológica e de carro para transportar a equipe, esse atendimento não ocorre há

aproximadamente dois meses. Além disso, o acesso ao local é dificultado pelas más condições da estrada, principalmente quando chove, porque a estrada é de terra, além de ser cortada por rios, sendo que por vezes, nem mesmo os ônibus fazem o trajeto e nesses casos os moradores necessitam fazer o trajeto de aproximadamente 15 quilômetros a pé”. “Foi constada ausência de enfermeiro na unidade, durante as folgas, faltas abonadas, visitas domiciliares, reuniões e participação em treinamentos da enfermeira Cléa”, que atua na unidade das 08 às 17 horas. “Segundo a Dra. Cléa, quando ocorria o atendimento no PAR Una, a auxiliar de enfermagem acompanhava o médico e ela permanecia na unidade”. “Os profissionais de enfermagem da unidade não realizam dispensação de medicamentos. Os pacientes retiram os medicamentos na farmácia central do município”. “A realização de procedimentos considerados limpos, como administração de medicamentos, no mesmo local onde são realizados procedimentos considerados contaminados, como curativos e coleta de exames, não é recomendado, por aumentar o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde aos pacientes e profissionais”. “Não há protocolos de atendimento validados pelo município”, “não realiza prescrição de medicamentos”. Não se realiza escala de enfermagem mensalmente. Regimento de enfermagem, manuais de normas e rotinas de enfermagem e protocolos assistenciais não estavam disponíveis. “A Dra. Cléa informou que recebeu treinamento para a realização do teste rápido de HIV, porém esse exame não está sendo realizado para as gestantes e demais pacientes, porque o frigobar que foi recebido há um ano, para o acondicionamento dos kits, nunca foi instalado, devido à falta de tomada compatível, além disso, o município não tem os kits necessários para a realização dos exames. A não realização do teste rápido de HIV está em desacordo com o Protocolo pré-natal, instituído pelo Ministério da Saúde para evitar a transmissão vertical do HIV (da gestante para o bebê). O teste tem a finalidade de detectar precocemente a doença para iniciar o

tratamento adequado, evitando assim a transmissão vertical. O teste rápido de HIV também deve ser oferecido aos demais pacientes que manifestem interesse em realizá-lo, como informa a campanha do Ministério da Saúde ‘Fique Sabendo’”. O dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade “não estava de acordo com a Resolução COFEN nº 293/2004. “A esterilização de materiais é realizada na autoclave da odontologia, porque não dispõe de autoclave e de local adequado para o processo. O serviço de odontologia dispõe de uma autoclave antiga, que não passa por manutenção preventiva e não é realizada a validação do processo de esterilização. A utilização de materiais processados sem a garantia da esterilização propicia o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde. A Dra. Cléa foi orientada sobre a Resolução COFEN nº 424/2012, que normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem e Centro de Material e Esterilização (CME) e em empresas processadoras de produtos para saúde”. Visita às dependências: “Recepção: divisória de madeira, sendo visualizada a deterioração pela presença de cupins. A madeira não é indicada para unidade de assistência à saúde, por não permitir a correta desinfecção, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 50/2002 da ANVISA”. “Sala de procedimentos: constatada a existência de 03 ampolas do medicamento Nausicalm B6, laboratório União Química, Lote 1429882, vencido em 11/2016 e 02 ampolas de vitamina C, laboratório Farmace, lote AA14M119, vencido em 12/2016”. “Essas situações estão em desacordo com a RDC 63/2011”. “A unidade não dispõe de material para atendimento de urgências/emergências. A Dra. Cléa informou que já solicitou aos gestores, mas que não obteve resposta. A Portaria 2048/GM/MS, que regulamenta tecnicamente o atendimento às urgências e emergências, estabelece que as unidades básicas de saúde devem estar preparadas para prestar o primeiro atendimento a pacientes em situação de urgência e emergência, devendo portanto dispor de medicamentos e materiais para prestar a assistência, até a remoção do paciente. Segundo Dra. Cléa,

faltam esfigmomanômetros para a verificação de pressão arterial. Os existentes estão em condições precárias e não devidamente calibrados”. “Segundo informou a Dra. Cléa, durante os três anos em que atua na unidade, não foram realizadas a limpeza da caixa de água e a desinsetização. Os ralos não são escamoteáveis, permitindo a entrada de animais sinantrópicos. A instituição está sem papel toalha há seis meses, sendo necessária a utilização de papel lençol para a secagem das mãos”. “Havia materiais esterilizados vencidos ou sem a correta identificação”. Orientou-se sobre a necessidade de observância da RDC 15/2012. “Não há local apropriado para a manutenção do lixo séptico, sendo o mesmo acondicionado dentro do banheiro dos pacientes, em um balde com tampa. O lixo séptico deve ser acondicionado em local exclusivo e com acesso restrito, para impedir o manuseio inadequado o que proporciona o risco de contaminação com material biológico. A área destinada ao compressor utilizado pela odontologia, não possui grade de proteção, podendo causar risco de acidentes se manuseado indevidamente. Os salários dos funcionários estão sendo pagos com atraso há aproximadamente seis meses. O relógio de registro de ponto não está funcionando devido à queda de um raio próximo ao local, que danificou a placa eletrônica. Os funcionários estão realizando os registros em livro de ponto. O processo de enfermagem não é realizado de acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009”. Havia uma cadeira de rodas quebrada. “Não há outra para utilização na unidade. Identificou-se lixeira sem tampa, ausência de sabonete líquido e papel toalha, balde utilizado para o acondicionamento de lixo séptico, proporcionando o risco de manuseio inadequado por pacientes. Ausência de sabão líquido e papel toalha no lavatório do consultório. No consultório havia ralo sem tampa, propiciando a entrada de animais sinantrópicos. No consultório havia lixeira sem tampa. No consultório de ginecologia havia foco em más condições de higiene e conservação, lixeira sem tampa, más condições da maca, impedindo a correta desinfecção. Más condições de

higiene da cortina da odontologia. Havia gaveta do consultório com materiais embolorados juntamente com espátulas, propiciando a contaminação dessas e conseqüentemente dos pacientes. Havia materiais esterilizados com data de validade expirada. Segundo a Dra. Cléa, esse material não é utilizado na unidade. Orientou-se que não podem ser mantidos materiais fora da validade em serviços de saúde, para evitar o risco de utilização indevida. Havia material esterilizado com prazo de validade de um ano. Segundo a Dra. Cléa, esse material foi processado em Óxido de Etileno, no Hospital Guilherme Álvaro em Santos. Orientado que materiais esterilizados em outros serviços de saúde ou empresas, devem conter a identificação completa destes, além do nome completo do profissional responsável e lote. Foram encontrados medicamentos vencidos, encontrados na sala de procedimentos de enfermagem, bem como almotolias sem identificação do produto, data de envase, data de validade e profissional responsável, frasco de solução fisiológica com agulha acoplada propiciando contaminação do produto e sem data de abertura e validade, caixa de descarte de material perfurocortante sem suporte exclusivo, frigobar desativado que deveria ser utilizado para o acondicionamento de kits de testes rápidos de HIV. Identificou-se a presença de bolor no teto devido à infiltração de água pelo telhado e más condições de higiene e conservação da unidade. Constatações: inadequação da execução do processo de enfermagem; inexistência do cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem; inexistência de documentos relacionados ao gerenciamento dos processos de trabalho do Serviço de Enfermagem; profissional de enfermagem que atua em Centros de Material e Esterilização, ou empresas processadoras de produtos para saúde, que não cumpre as determinações da Resolução Cofen nº 424/2012.

O Conselho Regional de Medicina realizou vistoria no local e constatou, além de outras, as seguintes irregularidades (fls. 103/111): não existe local específico para atendimento às emergências que eventualmente ocorram, como determina a Portaria nº 2048/2002. Não há laringoscópio adulto e infantil, Ambu adulto, Cânulas de Guedel, aspirador de secreções. Não havia drogas preconizadas para atendimento às urgências, tais como: adrenalina, amiodarona, atropina, diazepam, fenobarbital, insulina deslanosideo, dobutamina, dopamina. Não havia caixa de medicamentos de urgência. Não há sala de vacina. Não há sala de curativo. Não há sala de esterilização. Não há abrigo para resíduos infectantes. O lixo comum é depositado em sacos e colocado na área externa da unidade. O lixo séptico fica depositado no banheiro de usuários, o que não é adequado. Não há controle da qualidade da esterilização dos materiais odontológicos. Não há manutenção preventiva do equipo odontológico, autoclave e sonar. O esfigmomanômetro (aparelho de pressão) foram para manutenção há cinco meses e não retornaram. Os próprios funcionários trazem seus aparelhos particulares para aferir a pressão dos pacientes no local. Insumos: há falta de lençóis descartáveis e aventais, dessa forma as pacientes ficam expostas, sem privacidade, durante a coleta de Papanicolau. Serviço de limpeza e higienização é realizado apenas duas vezes por semana.

Considerando que, para Hely Lopes Meirelles: “A **legalidade**, como princípio de administração (CF, art. 37, *caput*), significa que o administrador público está, em toda a sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum, e deles não se pode afastar ou desviar, sob pena de praticar ato inválido e expor-se a responsabilidade disciplinar, civil e criminal, conforme o caso”². E continua: “A eficácia de toda atividade

administrativa está condicionada ao atendimento da Lei e do Direito” (Direito Administrativo Brasileiro, Malheiros, 2005, pg. 52).

Considerando que, em relação ao **princípio da moralidade**, o Supremo Tribunal Federal já decidiu que: ”A atividade estatal, qualquer que seja o domínio institucional de sua incidência, está necessariamente subordinada à observância de parâmetros éticos jurídicos que se refletem na consagração constitucional do princípio da moralidade administrativa. Esse postulado fundamental, que rege a atuação do Poder Público, confere substância e dá expressão a uma pauta de valores éticos sobre os quais se funda a ordem positiva do Estado. O princípio constitucional da moralidade administrativa, ao impor limitações ao exercício do poder estatal, legitima o controle jurisdicional de todos os atos do Poder Público que transgridam os valores éticos que devem pautar o comportamento dos agentes e órgãos governamentais”. (ADI 2.661 MC, Rel. Min. Celso de Mello. DJ 23/08/02).

Considerando que, conforme lição lapidar de Kildare Gonçalves: “O **princípio da eficiência** foi introduzido pela Emenda Constitucional nº 19/ 98. Relaciona-se com as normas da boa administração no sentido de que a administração Pública, em todos os seus setores, deve concretizar suas atividades com vistas a extrair o maior número possível de efeitos positivos ao administrado, sopesando a relação custo benefício, buscando a excelência de recursos, enfim, dotando de maior eficácia possível as ações do Estado” (Direito Constitucional Didático, p 303).

De acordo com o disposto no artigo 196 da Constituição da República, a saúde é um direito de todos, de índole social e fundamental, e dever do Estado.

Tal preceito constitucional, desdobramento do direito fundamental à vida (artigo 5º, “caput”, da Constituição da República) e de dois dos princípios fundamentais da República Federativa do Brasil (cidadania, art. 1º, II, e dignidade da pessoa humana, art. 1º, III), traduz norma de eficácia plena, a irradiar integral e imediatamente seus efeitos no ordenamento jurídico.

A Constituição da República consagra, em seu artigo 1º, que a República Federativa do Brasil, constituindo-se em um Estado Democrático de Direito, tem como princípio fundamental a dignidade da pessoa humana. Corolário desse princípio é o direito à vida e o direito à saúde que devem ser assegurados a todos os cidadãos. Para atingir esse objetivo, no entanto, o Estado, através da administração pública, deve agir na mais estrita observância dos princípios da legalidade, moralidade e eficiência. Além disso, dispõe o artigo 196 da Carta Magna que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Corroborando tais dispositivos, temos os artigos 6º, *caput*, e 194, ambos da Constituição da República.

O artigo 197, também da Constituição da República, bem como o art. 220, da Constituição do Estado de São Paulo, estabelecem que “são de relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle”.

O inciso II, do artigo 7º, da Lei nº 8.080/1990 prescreve a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das

ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

O artigo 219, parágrafo único, da Constituição Estadual determina que incumbe ao Poder Público Estadual e Municipal a garantia integral e universal do direito à saúde e o acesso, em todos os níveis, às ações e aos serviços de saúde.

O Código de Saúde do Estado de São Paulo - Lei Complementar Estadual nº 791/95 -, não bastasse o exposto, estabelece, em seu artigo 2º, § 1º, que o direito à saúde é inerente à pessoa humana, constituindo-se em direito público subjetivo.

O art. 2º do Código do Consumidor prescreve que *“consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”*.

E o art. 6º, inc. I, do Código do Consumidor, assim dispõe:

“Art. 6º. São direitos básicos do consumidor: I – a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos”.

Por sua vez, o art. 22 do Código de Defesa do Consumidor determina que: ***“Os órgãos públicos, por si ou suas empresas, concessionárias, permissionárias ou sob qualquer outra forma de empreendimento, são obrigados a fornecer serviços adequados, eficientes, seguros e, quanto aos essenciais, contínuos”***.

Importante registrar que “a **saúde** tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o **acesso aos bens e serviços essenciais**” (artigo 3º, da Lei nº 8.080/1990).

E mais, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (artigo 2º, da Lei nº 8.080/1990), obrigação que compreende a “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 2º, § 1º, da Lei nº 8.080/1990).

A saúde é um direito fundamental e social sem o qual a vida não prospera nem subsiste.

O artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Culturais e Sociais, dispõe que “1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda a pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental” e que “2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias de assegurar: d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica”.

Nos termos da Portaria nº 2.488/2011 (que aprova a Política Nacional de Atenção Básica) do Ministério da Saúde, “a Atenção Básica 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, 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos”. (...). “Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral”.

Eis alguns pontos da Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde que foram (e estão sendo) violados:

Das responsabilidades

III - **Garantir a infraestrutura necessária** ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades

VI - Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de **qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais** das equipes, a **garantia de direitos trabalhistas e previdenciários**, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários.

Compete às Secretarias Municipais de Saúde

X - **Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde** e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

XI - **Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;**

XII - **Programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local.**

Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica

São necessárias à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e Distrito Federal:

I - **Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS;**

II - As Unidades Básicas de Saúde:

a) Devem estar cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes;

b) Recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de **infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS:**

1. Consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica;

2. Área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros:

III - Manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde;

IV - Existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando esta dispensação está prevista para serem realizadas naquela UBS;

V - Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população;

VI - Cadastro atualizado dos profissionais que compõe a equipe de atenção básica no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade;

VII - Garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; e

VIII - Garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes

configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade

tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - **Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;**

VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - Participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

Especificidades da equipe de saúde da família

São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por

equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - Carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade nas Equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família;

II - 3 (três) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de saúde da família;

III - 4 (quatro) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de saúde da família;

IV - 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família; e

V - 1 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal

equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com esta configuração são denominadas Equipes Transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência neste formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que **garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.**

Nota-se claramente que a infraestrutura da Unidade Básica de Saúde Guaraú-Barra do Una é precária. Não há materiais, pessoal, medicamentos e insumos suficientes para o atendimento da demanda da população atendida, conforme amplamente exposto nos relatórios do Conselho Regional de Medicina, do Conselho Regional de Enfermagem e da Vigilância Sanitária.

Acrescente-se que “os direitos fundamentais à vida e à saúde são direitos subjetivos inalienáveis, constitucionalmente consagrados, cujo primado, em um Estado Democrático de Direito como o nosso, que reserva especial proteção à dignidade da pessoa humana, há de superar quaisquer espécies de

restrições legais” (STJ; RECURSO EM MANDADO DE SEGURANÇA Nº 24.197 - PR (2007/0112500-5)).

O direito à saúde apresenta índole social e fundamental e *status* constitucional. Pode ser ampliado, jamais restringido.

O “atendimento integral” é uma diretriz constitucional das ações e serviços públicos de saúde (art. 198).

Cabe ao **Município de Peruíbe** zelar pela correta prestação do serviço público na Unidade em questão, pois, conforme decidiu o Superior Tribunal de Justiça: ***"ao Poder Executivo cabe o poder indeclinável de regulamentar e controlar os serviços públicos, exigindo sempre sua atualização e eficiência, de par com o exato cumprimento das condições impostas para a sua prestação ao público"*** (STJ - 1ª. T - RMS n. 7.730/96 - RS - Rel. Min. José Delgado, Diário da Justiça, Seção I, 27, out. 1997, p. 54.720).

O administrador está vinculado às políticas públicas, de modo que sua omissão é passível de responsabilização e sua margem de discricionariedade é mínima, que não contempla o não fazer. É inadmissível a análise da oportunidade e conveniência no campo da concretização de direitos fundamentais (incluídos os sociais) discriminados na Constituição da República, especialmente nos casos em que a omissão é apta a gerar danos à vida, saúde e integridade física de crianças e adolescentes.

A conveniência e a oportunidade (mérito do ato discricionário) encontram limites na legalidade, moralidade, razoabilidade e eficiência.

O Professor Hely Lopes Meirelles (in *Direito Administrativo Brasileiro*, Ed. RT, 16ª ed., 1991) define poder discricionário como o direito concedido à Administração de modo explícito ou implícito, para a prática de atos administrativos com liberdade na escolha de sua conveniência, oportunidade e conteúdo. Mais adiante o nobre jurista adverte que poder discricionário não se confunde com poder arbitrário. Discricionariedade e arbítrio são atitudes inteiramente diversas. Discricionariedade é liberdade de ação administrativa, dentro dos limites permitidos em lei; arbítrio é ação contrária ou excedente da lei. Ato discricionário, quando autorizado pelo direito, é legal e válido; ato arbitrário é sempre ilegítimo e inválido.

A população é titular do direito transindividual à prestação adequada, satisfatória e eficaz dos serviços públicos essenciais, tendo os prestadores de serviço o dever de executá-los. É inconcebível, dessa forma, que uma unidade de saúde (de responsabilidade do Município de Peruíbe) prejudique um direito pertencente a toda a coletividade, ignorando e descumprindo todo um ordenamento jurídico, elegendo procedimentos absolutamente incorretos e perigosos, omitindo-se em seu dever de prestar serviço de saúde - dito de relevância pública - de forma eficiente, adequada, contínua e segura.

Questões ligadas à previsão orçamentária já foram objeto de deliberação pela mais alta Corte do Brasil (Ministro Celso Mello, apreciando pedido de suspensão de liminar formulado pelo Estado de Santa Catarina, em petição n.

1246-1): “Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível ação: o respeito indeclinável à vida”.

Não há que se falar em infração ao princípio da separação dos poderes, mesmo porque não se trata de mérito administrativo, ou seja, de um ato discricionário, mas sim de um poder-dever do Estado (em sentido amplo).

O Tribunal de Justiça de São Paulo assentou que: “A separação dos poderes é justamente a técnica pela qual o Poder é contido pelo próprio poder. É o sistema de freios e contrapesos (*checks and balances*, ou método das compensações), uma garantia de que os dogmas inseridos na Constituição Federal e que representam a vontade da maioria do povo serão cumpridos inclusive pelo Poder Público. (...). ‘A discricionariedade administrativa não constitui óbice para a decisão jurisdicional, no caso de obrigação de fazer ou não fazer fundada em interesses do bem comum, porque a definição do que seja este não é exclusiva do Executivo, mas objetivo fundamental da República e seus Poderes’” (Câmara Especial, Ap. Civ. nº 097.863.0/2-00, Rel. Des. Theodoro Guimarães, j, 24.2.2003).

A teoria da reserva do possível reveste-se de um caráter contingente, somente sendo aplicável diante de certas condições: “primeira, a de que o mínimo vital esteja satisfeito (acesso à saúde, educação básica, etc.); segunda, a de que o Estado comprove gestões significativas para a realização do direito social reclamado; terceira, a avaliação de razoabilidade da demanda”. (NUNES JÚNIOR,

2009, p. 175). Em outras palavras, a teoria da reserva do possível não é oponível quando o ente político houver deixado de demonstrar, objetiva e concretamente, a falta de recursos orçamentários, pois, existentes estes, há o dever imperioso e primário de efetivação dos direitos fundamentais, inclusive os sociais, concebidos como os destinados a materializar o princípio da igualdade, propiciando meios eficientes para igualar aqueles que ocupam posições díspares.

O Superior Tribunal de Justiça já decidiu que “a reserva do possível não pode ser oposta à efetivação dos direitos fundamentais, já que não cabe ao administrador público preteri-la, visto que não é opção do governante, não é resultado de juízo discricionário, nem pode ser encarada como tema que depende unicamente da vontade política. Nem mesmo a vontade da maioria pode tratar tais direitos como secundários. Isso porque a democracia é, além dessa vontade, a realização dos direitos fundamentais. Portanto, aqueles direitos que estão intimamente ligados à dignidade humana não podem ser limitados em razão da escassez, quando ela é fruto das escolhas do administrador. Não é por outra razão que se afirma não ser a reserva do possível oponível à realização do mínimo existencial. Seu conteúdo, que não se resume ao mínimo vital, abrange também as condições socioculturais que assegurem ao indivíduo um mínimo de inserção na vida social” (REsp 1.185.474-SC, Rel. Min. Humberto Martins, julgado em 20/4/2010).

Em atenção ao mínimo necessário ao funcionamento regular e contínuo da Unidade Básica de Saúde Guaraú-Barra do Una, o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO RECOMENDA** ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal de Peruíbe e ao Senhor Secretário de Saúde do município que, NO PRAZO DE 120 DIAS:

1-Desenvolvam programa de vacinação, providenciando geladeira adequada e estoque suficiente das vacinas regulamentares;

2-Proibam a realização de procedimentos considerados limpos, como administração de medicamentos, no mesmo local onde são realizados procedimentos considerados contaminados, como curativos e coleta de exames;

3-Prestem orientações adequadas aos funcionários da unidade para a correta desinfecção de materiais;

4-Providenciem a efetiva prestação de atendimento a situações de urgência e emergência, bem como material para atendimento das urgências/emergências. A Portaria 2048/GM/MS, que regulamenta tecnicamente o atendimento às urgências e emergências, estabelece que as unidades básicas de saúde devem estar preparadas para prestar o primeiro atendimento a pacientes em situação de urgência e emergência, devendo, portanto, dispor de medicamentos e materiais para prestar a assistência, até a remoção do paciente;

5-Providenciem kits para a realização do teste rápido de sífilis, hepatite e HIV para prevenir a infecção vertical do bebê;

6-Providenciem geladeiras apropriadas para armazenamento dos kits de teste rápido de sífilis, hepatite e HIV;

7-Providenciem a correta esterilização dos materiais, evitando a presença e utilização de materiais esterilizados vencidos ou sem a correta

identificação. A utilização de materiais processados sem a garantia da esterilização propicia o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde;

8-Providenciem e fiscalizem o armazenamento do material esterilizado em local próprio e adequado;

9-Providenciem a manutenção preventiva do equipo odontológico, autoclave e sonar;

10-Providenciem e fiscalizem a eliminação regular dos medicamentos vencidos. Foi constatada a existência de 03 ampolas do medicamento Nausicalm B6, laboratório União Química, Lote 1429882, vencido em 11/2016 e 02 ampolas de vitamina C, laboratório Farmace, lote AA14M119, vencido em 12/2016. Essas situações estão em desacordo com a RDC 63/2011;

11-Providenciem material para atendimento de urgências/emergências;

12-Providenciem esfignomanômetros para a verificação da pressão arterial, em número suficiente para o atendimento da demanda

13-Providenciem a limpeza da caixa de água e a desinsetização;

14-Providenciem sabão líquido, álcool em gel e papel toalha para a lavagem das mãos dos funcionários e pacientes;

15-Providenciem recipientes adequados para o descarte de materiais perfurocortantes;

16-Providenciem o armazenamento adequado do lixo séptico, em local exclusivo e com acesso restrito, além de lixeiras com tampas.

17-Providenciem a manutenção, limpeza e higienização frequente (ao menos uma vez ao dia, e não apenas duas vezes por semana) da unidade e dos equipamentos, como macas, cadeiras e cortinas;

18-Providenciem trocas rotineiras e afixação de data de validade em almotolias;

19-Providenciem balança antropométrica, negatoscópio e martelo para exame neurológico nos consultórios;

20-Providenciem laringoscópio adulto e infantil, Ambu adulto, Cânulas de Guedel, aspirador de secreções;

21-Providenciem o abastecimento contínuo, adequado e tempestivo dos insumos (por exemplo, lençóis descartáveis e aventais), curativos e dos medicamentos básicos e para atender situações de emergência e urgência, tais como: Enalapril 10mg e 20mg; Paracetamol comprimido; Neomicina pomada; Mebendazol solução e comprimido; Atenolol 25mg; Vitaminas A e D; Nistatina; Carbocisteína; Dexametasona; Dexclorfeniramina; Hidróxido de Alumínio; e Salbutamol; adrenalina, amiodarona, atropina, diazepam, fenobarbital, insulina deslanosideo, dobutamina, dopamina, caixa de medicamentos de urgência;

22-Providenciem equipamentos, medicamentos e insumos adequados para o atendimento às urgências e emergências, como aludido na Portaria 2048/2002 e também na Portaria 2488/2011;

23-Providenciem o armazenamento dos medicamentos em local adequado, com o controle da temperatura;

24-Providenciem equipamentos para monitoramento e controle de temperatura e umidade ambiente;

25-Identifiquem o medicamento com nome, lote e validade;

26-Providenciem telas de proteção contra entrada de insetos nas janelas da unidade;

27-Providenciem assistência farmacêutica (Lei nº 13.021/14) durante todo o horário de funcionamento da farmácia, destacando que a atividade de dispensação de medicamentos é privativa do farmacêutico, conforme Decreto nº 85.878/81;

28-Providenciem e fiscalizem a correta e tempestiva esterilização dos equipamentos, contendo a data do processamento, validade e nome do profissional responsável;

29-Providenciem a troca de todos os vidros quebrados;

30-Providenciem e fiscalizem a correta identificação da data de troca das almotolias, validade e nome do profissional responsável;

31-Providenciem a regularização dos kits de sutura, de curativo e cuba rim, para evitar a expiração dos prazos de validade, com correta identificação do serviço e profissional responsável;

32-Proibam a prática de deixar solução fisiológica aberta, com agulha e seringas acopladas, colocar data da abertura, validade e profissional responsável.

Necessária a integral observância da Lei nº 8.666/1993.

Necessária, ainda, a inclusão de dotação orçamentária suficiente na Lei de Diretrizes Orçamentárias para atender às adequações necessárias, vedada a dispensa e inexigibilidade de licitação.

Esta **RECOMENDAÇÃO** representa o mínimo necessário (não é limitação de responsabilidade) para o funcionamento adequado da Unidade Básica de Saúde Guaraú-Barra do Una e não afasta a observância de outras obrigações legais.

O descumprimento da presente recomendação acarretará a responsabilização por ato de improbidade administrativa, notadamente pela incidência nas hipóteses previstas na Lei nº 8.429/1992, sem prejuízo da adoção de outras providências extrajudiciais ou judiciais.

Os investigados deverão comprovar (nos autos do inquérito civil nº 14.0375.0001154/2016-3) documentalmente e por parecer (instruído com fotografia) do órgão municipal com atribuição, no prazo de 120 dias, o cumprimento das providências veiculadas nesta **RECOMENDAÇÃO**, conforme disposto no art. 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei nº 8.625/93, sem excluir a ação dos órgãos de fiscalização e do Ministério Público do Estado de São Paulo.

No prazo de 15 dias, os investigados devem dar PUBLICIDADE a esta **RECOMENDAÇÃO**, comprovando referida providência nos autos do inquérito civil nº 14.0375.0001154/2016-3, nos termos do art. 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei nº 8.625/93.

Peruíbe, 28 de julho de 2017.

Thiago Tavares Simoni Aily
3º Promotor de Justiça