

1 **ATA DA 145ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO COMUS – CONSELHO MUNICIPAL DE**
2 **SAÚDE DE SÃO SEBASTIÃO.**

3 **Data: 17 de abril de 2018, às 14h e 30 minutos – 2ª chamada - término às 17h e 10 minutos.**

4 **Local: Auditório do Observatório Ambiental.**

5 **Sra. Isabel** lembrou aos membros presentes que na última reunião ficou deliberado pela
6 realização de duas reuniões extraordinárias nas semanas subsequentes, uma para apresentação
7 do RAG – 2017 e a outra para formação da Comissão que acompanhará as denúncias recebidas
8 pelo COMUS no período. Em seguida, apresentou sugestão para que se realizasse as duas no dia
9 em questão (10/04/18), considerando que em consulta ao Conselho Estadual de Saúde não foi
10 apontado nenhum impedimento para a realização e duas reuniões extraordinárias no mesmo dia e
11 em horários diferentes, desde que a legislação interna do COMUS também não tivesse proibições.
12 Colocado em votação a sugestão para realização de outra reunião extraordinária subsequente a
13 apresentação do RAG - 2017, **sugestão aprovada por unanimidade pela plenária. Dando**
14 **continuidade**, solicitou autorização da plenária para efetuar algumas considerações relacionadas
15 à última reunião, ocorrida no dia 10 de abril. Em seguida pontuou algumas situações, sendo estas:
16 *“somos 36 conselheiros aqui, quando recebemos uma pauta e percebemos alguma irregularidade,*
17 *devemos nos manifestar imediatamente, e não deixar para a hora da reunião, para que ocorram*
18 *discussões e desentendimentos, causando tumulto; Os conselheiros devem ter prioridade nos*
19 *assentos da plenária, ficando à frente para que possa facilitar suas manifestações e votos; O*
20 *Regimento Interno, em seu Artigo 16 reza que “Outras comissões permanentes ou provisórias*
21 *poderão ser criadas pelo pleno do conselho, na medida em que as considerar necessárias”,*
22 *tornando assim perfeitamente legítima a criação de uma comissão para analisar as denúncias;*
23 *Todos os conselheiros tem direito a voz, mas o Presidente é o mediador da reunião; 34 funcionários*
24 *do Hospital deixaram os seus afazeres para participar da reunião; além de desfalcarem o serviço*
25 *público, tumultuaram a reunião; acredito que quatro ou cinco técnicos para prestar esclarecimentos,*
26 *caso necessário, seja suficiente; O Conselho Municipal de Saúde é independente, e seus membros,*
27 *quando em atuação pelo conselho tem o mesmo caráter de servidor público; merecem ter suas*
28 *opiniões ouvidas e respeitadas e, não podem sofrer nenhum tipo de pressão ou coação, muito*
29 *menos ser desrespeitado no seu âmbito de trabalho ou em função dele.”* Por último, solicitou que o
30 COMUS parasse para pensar quais os rumos a serem tomados, bem como perguntou o que
31 esperam para os próximos anos. Sugeriu que a identidade do Conselho seja mantida, identidade
32 de Conselho forte, coeso, independente, atuante. Considerou que o COMUS é um Co-Gestor da
33 Saúde, e disse que espera contar com os parceiros (Secretaria da Saúde -SESAU, Fundação de
34 Saúde – FSPSS e Hospital de Clínicas - HCSS), para uma saúde de qualidade e um SUS
35 eficiente. Sugeriu que fosse repensada a participação dos funcionários do Hospital às reuniões de
36 Prestação de Contas, pois no seu entendimento crê que a presença da interventora, diretor
37 técnico e diretor clínico e alguns outros cargos de chefia talvez já fosse suficiente para
38 esclarecimentos. Informou que recebeu muitos questionamentos se o Hospital havia parado o
39 serviço administrativo. Em seguida, **Sr. Carlos Roberto**, Conselheiro nato e Secretário da Saúde,
40 solicitou a palavra e aproveitou o momento para apresentar as suas desculpas publicamente pelo
41 ocorrido na última reunião, isto é, no que diz respeito a sua meia culpa. Em seguida, estendeu
42 suas desculpas ao Conselheiro Daniel Galani, conselheiros e presidente. Disse que discussões
43 acirradas sempre existirão, porém é preciso manter a postura de cordialidade e urbanidade na
44 condução dos relacionamentos. Agradeceu aos conselheiros pelo acolhimento e disse que
45 divergências poderão ocorrer, porém de forma respeitosa e responsável. A seguir, **Sra. Isabel**
46 passou para ordem do dia. **Sr. Magiolino** lembrou que na última reunião optou-se por uma
47 interpretação literal do Regimento Interno do COMUS, cumprindo-o rigorosamente sem a

48 possibilidade de flexibilização para a formação da Comissão de Acompanhamento das Denúncias,
49 considerando que a pauta de reunião de Prestação de Contas deveria ser única. Em seguida,
50 citou o artigo 36 - parágrafo 1º da lei 141/2012 – onde versa que o RAG-2017 deveria ter sido
51 apresentado ao COMUS até o dia 30/03/18, porém o referido Relatório foi apresentado ao
52 COMUS no dia 03/04/18, sendo também considerada uma apresentação intempestiva. Solicitou
53 que a presidente colocasse em votação da plenária seus dois questionamentos antes da
54 apresentação do RAG, sendo estes: 1- Conhecer o RAG mesmo ele sendo intempestivo? 2-
55 Adotar a interpretação literal da Lei 141/2012 na qual versa que o RAG deveria ter sido
56 apresentado até dia 30/03/18 e optar por não o conhecer? **Sr. Henrique Simões** pediu a palavra
57 para tecer alguns esclarecimentos. Explicou que a Lei versa sobre a entrega do Relatório Anual de
58 Gestão – RAG e depois sobre a criação do SARGSUS – Sistema de Relatório de Apoio ao
59 Relatório de Gestão – Sistema Nacional de uso obrigatório determinado pelo Conselho Nacional
60 de Saúde e Ministério da Saúde para utilização, reconhecendo que o ambiente de entrega é o
61 SARGSUS. Então até o dia 30/03/18 o gestor tem a obrigatoriedade de inserir o Relatório Anual
62 de Gestão dentro do Sistema e protocolá-lo. No momento que o arquivo eletrônico é gerado no
63 Sistema registra até o horário que ele foi inserido, que nesse caso foi entregue no dia 29/03/18, às
64 21h e 25m. A partir desses trâmites, o COMUS depois de receber o referido relatório deve se
65 manifestar por meio do acesso ao portal do SARGSUS para validação conforme o tipo de
66 aprovação por meio de manifestação com a senha única e exclusiva fornecida pelo Ministério à
67 Sra. Isabel, presidente do COMUS. Explicou que o COMUS é um órgão co-gestor na área da
68 saúde e que também tem os seus parceiros mais fortes. Em seguida discorreu sobre o fluxo a ser
69 seguido pelo Conselho caso haja alguma situação adversa com os gestores, sendo estes: Câmara
70 de Vereadores, Tribunal de Contas e Ministério Público respectivamente. Informou que no
71 SARGSUS consta a data da apreciação (no caso a apresentação em pauta) e reanálise do
72 COMUS (próxima para aprovação/aprovação com ressalvas ou reprovado). **Sr. Magiolino** disse
73 que o artigo 36º da lei 141/2012 é bem claro quando fala que a entrega do relatório deve ser feita
74 ao Conselho até dia 30/03/18 e não ao Sistema SARGSUS e citou que o horário no qual ele foi
75 enviado está fora do horário de expediente da secretaria do COMUS. Em seguida questionou qual
76 a data que deve ser considerada oficial de entrega, a data de entrega ao COMUS ou a data de
77 entrega validada no SARGSUS. **Sr. Henrique** informou que o considerado oficial é a data
78 eletrônica. Em seguida, informou que tem uma portaria do Ministério da Saúde que elege o
79 SARGSUS como o local para entrega. A lei determina que se entregue no Conselho, porém a
80 portaria que se baseia no Conselho Nacional de Saúde segue essa mesma linha. **Sr. Magiolino**
81 argumentou que uma portaria não tem força para contrariar uma lei. **Sr. Henrique** salientou que
82 não contraria, ela complementa. Diferenciou o momento de entrega do documento do momento de
83 sua apreciação. **Sra. Giuliana** perguntou ao Sr. Henrique se haverá prejuízos com relação a
84 repasses financeiros caso o RAG não seja apreciado. **Sr. Magiolino** respondeu que o prejuízo
85 será o mesmo da reunião anterior, considerou que toda vez que o Conselho tem uma discussão
86 intempestiva a SESAU utiliza o Regimento Interno como interpretação literal e que nesse caso
87 não deveria ser diferente, em seguida efetuou novamente o trecho da lei 141/2012 e solicitou que
88 por uma questão de ordem a sua solicitação seja colocada em votação. **Henrique Simões**
89 discordou da interpretação do descumprimento de prazo, citou a portaria 575/2012 – MS e em
90 seguida fez um resgate da legislação balizadora do SUS (Lei 8080/90 criação do SUS, 8142/90
91 criação participação social no SUS, EC 1029/00 e Lei 141/2012 e Decreto 7508/ 11 regulamenta a
92 lei 8080/90) e disse que mesmo que questões equivocadas tenham sido colocadas no referido
93 decreto, caberá aos entes federados o cumprimento, sob pena de não receber repasses de

94 recursos financeiros do Ministério da Saúde. Informou que qualquer adesão aos Programas de
95 Saúde deverão seguir os parâmetros do Ministério da Saúde e à medida que se cumpre os
96 referidos parâmetros, os recursos são repassados, ainda que se adote a prerrogativa de
97 independência dos poderes. Explicou que no âmbito Municipal existe três esferas hierárquicas,
98 Conselho de Saúde (órgão tripartite – representação colegiada do Gestor, Trabalhador de Saúde
99 e Usuários), Comissão Intergestora Regional - CIR com participação dos gestores de saúde e do
100 Governo do Estado e na hierarquia da escala - vem a Comissão Intergestora Tripartite com
101 representação dos Municípios por meio dos Conselheiros Nacionais de Saúde, dos Gestores
102 Municipais e Estaduais. Explicou que numa das reuniões da Tripartite, autoridade máxima de
103 controle social do SUS, suas deliberações foram definidas na portaria 575/2012, de 29/03/12 – MS
104 (Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no
105 âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS) e na sequência efetuou a leitura na íntegra da referida
106 portaria. Por último, informou que o COMUS tem o prazo de 45 dias para apreciar o RAG-2017
107 com validação no Sistema até 30/05/18. Concluiu que todas as ações na área da saúde são
108 norteadas pelas portarias do Ministério da Saúde e que essas deveriam ser consideradas, pois só
109 assim o pacto do ente federativo será eficaz. **Sr. Magiolino** disse que em nenhum momento a
110 portaria afasta a obrigatoriedade do cumprimento do prazo de entrega do RAG ao Conselho, disse
111 que a portaria regulamenta, mas não tem mais poder que a lei 141/2012, e que um ato não anula
112 o outro, visto que também houve o encaminhamento por escrito ao COMUS no dia 03/04/18. **Sr.**
113 **Henrique** disse que ainda que respeite não concorda com o posicionamento do conselheiro.
114 Disse que nunca viu durante toda a sua vida profissional alguém questionar uma portaria do
115 Ministério da Saúde. Dando continuidade, **Sra. Isabel** colocou a solicitação do Sr. Magiolino em
116 votação, sendo **Aprovada a Apresentação do RAG-2017, pela maioria de votos (9x1)**. **Sra.**
117 **Isabel** acordou com a plenária que as intervenções serão feitas simultaneamente a apresentação
118 do RAG-2017, em seguida, passou-se a ordem do dia.

119 **ORDEM DO DIA:**

120 **1- Apresentação do Relatório Anual de Gestão – RAG – 2017: Sr. Henrique Simões**, diretor
121 do Departamento de Planejamento em Saúde da Secretaria de Saúde, informou que o Sistema de
122 Planejamento do SUS segue um ciclo semelhante ao Sistema de Planejamento Municipal, na qual
123 o Plano de Governo eleito é a ferramenta que balizará todas as outras questões. O Plano de
124 Governo atualmente virou um compromisso de governo, pois ele é registrado em cartório e o
125 prefeito pode sofrer sanção no descumprimento dele. O Plano de Governo do candidato é
126 homologado na urna e quando ele ganha a eleição depois ele se transforma nos instrumentos
127 básicos de planejamento, sendo estes: PPA – Plano Plurianual (instrumento de longo prazo da
128 gestão e ele subsidia a formação da Programação Anual de Saúde - PAS), explicou que pelo
129 princípio da continuidade administrativa os instrumentos de gestão transpassam o primeiro ano da
130 gestão subsequente, LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias (instrumento que estima as diretrizes
131 – ela estima a receita e fixa a despesa) e a LOA – Lei Orçamentária Anual (instrumento que
132 estima os valores). Informou que a Secretaria de Saúde, quadrimestralmente, emite relatórios que
133 são apreciados pelo Conselho em Prestações de Contas e estes atuam como uma parcial da
134 Programação Anual de Saúde e que na última Programação foi previsto, no quesito reorganização
135 administrativa, a criação do Departamento de Planejamento em Saúde justamente para
136 condicionar, não só a entrega da programação e análise do montante financeiro, mas também
137 para desenvolver mecanismos para avaliação da eficácia dos indicadores de saúde, visualizando
138 se os dispêndios econômicos equivalem as ações propostas. A partir dessa etapa o RAG é
139 emitido e num processo dinâmico de planejamento alterará as programações e assim
140 sucessivamente. Em seguida destacou a participação do Conselho em todos os processos, pois a
141 sua estrutura comporta as três fatias de representações: Governo, Trabalhador e Usuários. Em

142 seguida, explicou que o Relatório de Gestão é oriundo da Programação Anual de Saúde de
143 Gestão e que é a última fatia da gestão anterior e que as ações nela propostas também
144 pertencem ao governo passado. Lembrou que todo Planejamento deve constar quem vai executá-
145 lo, quando será executado e quanto irá custar. Salientou que toda ação pressupõe a necessidade
146 de se fixar o recurso financeiro. Em seguida apresentou os dados constantes no referido RAG,
147 discorrendo detalhadamente sobre os dados e suas respectivas justificativas. Acordou com a
148 plenária que as dúvidas poderão ser sanadas simultaneamente a apresentação. Informou que
149 será disponibilizado aos conselheiros um documento anexo complementar ao referido Relatório
150 chamado de Planilha de Programação do RAG – 2017. Informou que das 492 ações previstas na
151 Programação, 48% foram executadas, 42% não foram não executadas e 10% foram parcialmente
152 executadas. Em seguida, passou-se a apresentação do RAG-2017. **Conselheira Ana Elisa**
153 questionou o fato de constar no RAG-2017 a informação de não ter Programação Anual de Saúde
154 2018. **Sr. Henrique** explicou que no momento da transmissão a Programação ainda não estava
155 concluída, disse que está em fase de elaboração, por isso não consta do referido relatório. **Sra.**
156 **Isabel** questionou o 3º parágrafo do **Item 1.8 – Introdução - Considerações Iniciais**, com
157 relação a Fundação de Saúde realizar os serviços de Especialidade, Urgência e Emergência. **Sr.**
158 **Henrique** informou que após tratativas com a Irmandade, em não haver mais interesse em
159 prosseguir com o convênio com a Prefeitura após o término com a intervenção, a Fundação será a
160 entidade que assumirá o gerenciamento dos serviços por meio de contrato de gestão. Em
161 seguida, solicitou ao Sr. Bruno César providenciar a alteração na redação do item referenciado,
162 considerando que este fato ainda não aconteceu. Explicou que a questão da Fundação gerenciar
163 os serviços elencados sob coordenação da Secretaria da Saúde e fiscalização do Conselho
164 Municipal de Saúde, com base na Programação Anual de Saúde e Plano Municipal de Saúde,
165 está em andamento e em fase de elaboração de edital. **Sr. Clausius** informou que faz parte do
166 Conselho Fiscal da Fundação e que acompanha os andamentos para o processo de emancipação
167 financeira da Fundação desde o início. Salientou que ela continua como mera gestora de recursos
168 humanos e que a autonomia proposta para gerir seus processos de licitação, compra e outros
169 ainda não aconteceu. Considerou que nesse interim a Fundação foi transformada em O.S e em
170 seguida questionou se mesmo diante do relatado, a Fundação reúne bagagem e estrutura para
171 gestão proposta. **Sr. Henrique** informou que já existe instrumentos legais para que ela possa gerir
172 seus orçamentos, licitações, locações de imóvel, contratações. Disse que já fizeram algumas
173 alterações relacionadas a sua autonomia e que estas já passaram pelo Conselho Curador. **Sr.**
174 **Magiolino** perguntou se a Fundação terá suporte para abraçar todo o passivo trabalhista do
175 hospital e condição para gerir outros serviços. Sugeriu repensar esta proposta e perguntou se já
176 existe entendimento com relação as empresas de contratos médicos. Questionou também a
177 questão da manutenção do controle de ponto biométrico. **Sr. Henrique** disse que existe até uma
178 determinação do Ministério do Trabalho com relação ao controle de ponto. Explicou que qualquer
179 ação no sentido da Fundação administrar o Hospital passará, primeiramente, pela questão
180 financeira. Informou que o primeiro passo adotado foi a mudança da legislação e regime da
181 Fundação, criando-se cargo de emprego público e que todo processo de formação da Fundação
182 está acontecendo de acordo com as necessidades. Com relação ao Corpo Técnico da Fundação
183 informou que já existem três funcionários efetivos com a formação/qualificação de pregoeiro,
184 aguardando somente a questão orçamentária. Informou que assim como na gestão municipal, a
185 Fundação também tem a prerrogativa da contratação temporária de profissionais por meio de
186 cargo em comissão, e que esses profissionais com vínculo de caráter temporário poderão também
187 participar desse contexto. Lembrou que atualmente o Corpo Técnico que gerencia o Hospital é o
188 Corpo Técnico da Gestão. Complementou que a Prefeitura almeja sanar todo o passivo trabalhista
189 do hospital antes de passar a gestão para a Fundação de Saúde. Informou que os serviços de
190 cunho especializado agregado (CIAMA, Reabilitação, fisioterapia e outros) serão os primeiros a
191 migrarem para a Fundação gerenciar e os demais virão gradativamente. **Secretário Carlos**
192 **Roberto** considerou que o 3º setor concede agilidade na área da saúde e por isso considera tão

193 importante a questão do gerenciamento do Hospital pela Fundação e que a Secretaria e seus
194 técnicos estão dando o suporte necessário para esta transição e que será um trabalho conjunto e
195 com muita responsabilidade técnica e com o apoio do COMUS este trabalho será bem gerido.
196 **Sra. Isabel** perguntou se todo o município está cadastrado no PSF – Programa de Saúde da
197 Família. **Sr. Henrique** respondeu que o cadastramento do PSF está em torno de 23%, cobertura
198 de 99% com base populacional (Proporção de Equipe X Proporção populacional). Na sequência
199 esclareceu que os dados a serem apresentados são importados da Fonte Portal DATASUS. Em
200 seguida discorreu sobre o item de Mortalidade por Grupos de Causas, Faixa Etária e por
201 Residência e Internações e suas principais causas e incidências. Discorreu sobre a apresentação
202 gráfica sobre as doenças do Aparelho Circulatório – doenças evitáveis. Deu ênfase ao trabalho
203 desenvolvido pelo CIAMA – Banco de Leite e problemas ocorridos com relação aos prédios das
204 unidades de saúde não serem próprios, ocasionando problemas com locação e estrutura predial.
205 Porém, mesmo diante do exposto, a Prefeitura tenta minimizar as dificuldades, providenciando as
206 adequações necessárias. Informou que inauguraram uma unidade de saúde nova no bairro do
207 Jaraguá. Na sequência discorreu sobre o **Item (4)** do RAG - dados referentes aos profissionais de
208 saúde – com detalhamento do tipo de vínculo. Informou que esses dados foram importados do
209 CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. **Sr. Magiolino** perguntou se os
210 funcionários da Irmandade estão inclusos nos dados apresentados. **Sr. Henrique** explicou que
211 dentro do quadro em pauta só constam os funcionários da Prefeitura ou Fundação. **Sr. Magiolino**
212 questionou se a Fundação se encaixará nas determinações de cotas de vagas para portadores de
213 necessidades especiais e aprendizes. **Sr. Henrique** respondeu que sim, a partir do momento que
214 ela assumir as prerrogativas de uma Organização Social - O.S.. Na sequência passou para o **Item**
215 **(5) – Programação Anual de Saúde e Pactuação da Saúde – Indicadores.** Em seguida fez
216 algumas considerações sobre a proposta de substituição da lógica de pactuação (SISPACTO)
217 para o regime de Contrato Organizativo de Ações Públicas da Saúde, conhecida como COAP,
218 porém informou que pouquíssimos municípios aderiram a pactuação do referido contrato, somente
219 alguns municípios da região do Norte e Nordeste. Citou como exemplo o serviço de hemodiálise
220 que está centralizado em Caraguatatuba que atualmente começou a negar a realização dos
221 serviços, alegando não possuir verba. Em seguida discorreu sobre a **Relação de Indicadores** –
222 Pactuação Interfederativa 2017/2021, apresentando as metas propostas e resultados obtidos,
223 lembrando que as metas apresentadas foram pactuadas pela gestão anterior. **Sr. Henrique**
224 chamou a atenção para o **Indicador de Colo de Útero nº11-** que se apresentou baixo em relação
225 ao pactuado – valor pactuado 0,77 e o executado 0,55, em seguida passou a palavra a **Sra.**
226 **Isabele**, Diretora da Fundação, que explicou que quando foram pactuar esta meta não
227 encontraram indicador de referência estadual que está em torno de (0,41/0,45) e nem meta base
228 dos últimos três anos de referência do município que foi de (0,47), portanto observando
229 tecnicamente disse que não encontraram parâmetros para justificar a meta de 0,77 fixada em
230 2016. **Sr. Daniel Galani** perguntou como é feito o cálculo para se chegar na meta proposta. **Sra.**
231 **Isabele** explicou que o valor pactuado não pode ser inferior ao pactuado pelo Estado e em
232 seguida discorreu sobre o cálculo efetuado para se chegar na meta proposta. Disse que é a
233 divisão do total da população feminina (na faixa etária fixada 25 a 69 anos) dividido pela
234 população (nessa faixa etária) por 100, o que torna possível chegar na média aproximada. **Sr.**
235 **Henrique** considerou que se a pactuação tivesse observado os parâmetros mínimos teriam
236 avançado na questão. Salientou que essa é uma prioridade para atual gestão, considerando que
237 esse indicador de saúde da mulher precisa estar em nível bem mais elevado e que a equipe
238 técnica tem trabalhado muito para que isto ocorra. Considerou que este é um indicador que
239 consegue fazer o acompanhamento citopatológico desde o início com taxa de cura muito alta e
240 que o resultado dele depende muito da adesão e responsabilidade da mulher em buscar o serviço
241 de saúde e, caso a prevenção não ocorra poderá resultar no tratamento oncológico. **Srta. Ana**
242 **Elisa** considerou que é sabido que existem ainda problemas ligado a falta de acesso às unidades
243 básicas de saúde para realização do exame preventivo (Papanicolau). Salientou que o acesso não

244 é tão fácil como demonstrado. **Sr. Henrique** disse que também existe uma questão de cunho
245 social para colheita do exame e lembrou que também existe a taxa de absenteísmo com relação
246 às consultas agendadas. Por isso a equipe tem este indicador como uma das prioridades. **Carlos**
247 **Roberto** corroborou a fala do Sr. Henrique com relação ao absenteísmo, disse que a população
248 perde a consulta agendada nas unidades básicas de saúde e recorre ao atendimento na UPA, em
249 seguida solicitou apoio do Conselho com relação ao trabalho em conjunto de educação à
250 população para utilização adequada dos serviços de saúde. Estendeu o convite aos vereadores
251 para que também apõem nesta questão, considerando que eles são procurados pela população
252 para realização de exames. **Sr. Henrique** informou que a prevenção do câncer de mama
253 realizado por meio da mamografia passa pelos mesmos problemas ocorridos na prevenção do
254 câncer de útero, disse que este indicador necessitará de mais empenho da equipe técnica para
255 melhora da adesão. Em seguida deu destaque para o **Indicador nº 14 – Proporção de Gravidez**
256 **na Adolescência entre as faixas etárias (10 a 19)** disse que apesar da meta ter sido alcançada
257 existe uma necessidade educativa para esses adolescentes, pois disse que existe um crescente
258 na evolução de doenças associadas a esta faixa etária, principalmente, com relação a Sífilis, o
259 Estado de São Paulo atualmente vive uma epidemia. **Sra. Isabel** sugeriu que a questão da
260 classificação da faixa etária seja discutida em outras esferas, objetivando a mudança no
261 parâmetro de fixação da referida faixa etária, principalmente no intervalo entre 10 a 14 anos,
262 considerou situação crítica e grave. No **Indicador 15 – Taxa de Mortalidade Infantil**, **Sr. Daniel**
263 **Galani** perguntou o que seria casos de óbitos evitáveis. **Sra. Mara**, coordenadora do SAMU,
264 exemplificou com a doença Eclampsia, disse que é uma situação de risco que pode levar a mãe e
265 o feto ao óbito no momento do parto – crise convulsiva em decorrência da crise hipertensiva, mas
266 que poderia ter sido evitada durante o período de pré-natal com a realização de exames
267 laboratoriais, controle da pressão arterial e medicação adequada, sendo assim considerado óbito
268 evitável. **Sra. Isabele** informou que as questões referentes às causas do óbito são discutidas pelo
269 Comitê de Mortalidade e que muitas vezes elas estão ligadas ao próprio serviço de saúde e falta
270 de adesão da gestante ao pré-natal, principalmente, quando se trata de usuárias de craque e
271 drogaditas moradoras de rua. Explicou que o Comitê não aponta culpados, estuda as causas e as
272 transforma em capacitação para o Corpo Técnico da Rede. **Sr. Henrique** informou que existe uma
273 movimentação sazonal de fluxo migratório acentuado na região da Costa Sul, na qual a gestante
274 chega na unidade de saúde somente no momento de ganhar o filho, sem se quer ter feito uma
275 consulta de pré-natal. **Dra. Lidiane** informou que também existe o turismo na saúde, disse que é
276 possível observar que as pessoas vêm para o município para efetuar tratamento. **Sr. Magiolino**
277 perguntou se existe um plano específico para estas situações. **Sr. Henrique** informou que na
278 parte da Atenção Básica, o atendimento é sempre vinculado a inclusão da pessoa no Programa
279 de Saúde da Família, porém no serviço de média complexidade o acesso é de demanda
280 espontânea e todos são contemplados. Disse que quando conseguirem expandir as equipes de
281 Atenção Básica quanto ao número de agentes comunitários conseguirão conhecer esta população
282 a cada 45 dias. **Sra. Dirceia** salientou que os agentes comunitários não estão conseguindo atingir
283 a porcentagem de visitas adequadas. **Sra. Isabele** salientou que a divisão geográfica atual é a
284 mesma que iniciou no ano de 2000, portanto houve um crescimento territorial acentuado, com
285 diminuição de Recursos Humanos e manutenção do número de equipes que se mantém a mesma
286 há 18 anos. **Sr. Henrique** reforçou a questão da organização orçamentária da Fundação para
287 resolução desses problemas. **Sra. Dirceia** argumentou que existe um buraco no sistema que
288 precisa ser corrigido, em seguida citou a falta de apoio às gestantes da Costa Sul que dão à luz
289 no centro, salientou que precisam de apoio de transporte ao retornarem para suas residências.
290 Disse que o próprio hospital poderia verificar as necessidades de retorno das gestantes. **Sr.**
291 **Henrique** considerou junto ao Secretário a possibilidade de melhorar o apoio à gestante quando
292 de sua alta médica, juntamente com o serviço social do hospital e unidade básica de saúde. **Sr.**
293 **Daniel Galani** questionou a possibilidade de o parto ser realizado na Costa Sul. **Sr. Henrique**
294 disse que somente os casos de baixa complexidade. **Indicador 22 – Número de ciclos que**

295 **atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da**
296 **dengue, Sr. Maurilio**, Chefe de Vigilância Epidemiológica, fez algumas considerações a respeito
297 da condição geográfica peculiar do município, 120 quilômetros de costa, região central com
298 deslocamentos de agentes para visitas domiciliares e em seguida citou o levantamento efetuado
299 pela SUCEN. Disse que o trabalho dos agentes se torna pequeno diante da grande demanda
300 formada pela falta de conscientização da população, pois segundo o levantamento da SUCEN os
301 criadouros estão dentro das residências e a questão de combate depende muito dessa
302 mobilização social e consciência responsável da população cada um fazendo a sua parte. Por
303 último, solicitou o apoio do Conselho nessa causa. **Sr. Henrique** lembrou que diferentemente de
304 outros municípios com o mesmo porte populacional, São Sebastião tem equipe de controle de
305 vetores, com ações para identificar criadouros. **Sr. Maurilio** informou que a técnica utilizada para
306 combater o mosquito é a mesma utilizada desde 1942 e que estão revisando com a implantação
307 de novas técnicas, por isso chamam a atenção para a mobilização social. Questionado pelos
308 presentes com relação aos imóveis de temporada, informou que teve um trabalho de pesquisa
309 desenvolvido por um pesquisador da SUCEN que apontou que existe um fator de proteção em
310 relação a esses casos, mesmo sendo um contra ponto, são imóveis que estão sob cuidados por
311 empregados/caseiros. **Sra. Dirceia** questionou a questão da proibição da aplicação do veneno
312 nas cachoeiras. **Sr. Maurilio** explicou que a aplicação do veneno impacta em questões ambientais
313 e que os simulídeos não transmitem nenhuma doença, somente incomodo. E que o custo do
314 veneno é muito dispendioso. **Indicador nº 09 – Número de casos novos de sífilis congênita**
315 **em menores de um ano de idade – Sr. Henrique** deu destaque nesse indicador como problema
316 de saúde pública muito grave. **Sra. Dirceia** perguntou o porquê não fazem a esterilização nessas
317 pacientes jovens usuárias de drogas após darem à luz, pois não possuem responsabilidade. **Sr.**
318 **Henrique** explicou que essa prática não é autorizada. **Sr. Magiolino** informou que essa conduta
319 poderia ocasionar processos de crimes de lesão corporal de natureza grave. **Sra. Dirceia**
320 agradeceu publicamente ao Sr. Henrique Simões o apoio dispensado para um paciente jovem
321 morador do bairro de Maresias que estava acamado há muitos anos desamparado pela
322 administração anterior. Salientou que com o apoio da SESAU por meio do Sr. Henrique a situação
323 de saúde do paciente melhorou e suas dívidas hospitalares foram sanadas. Informou que o
324 menino está sendo assistido pelo setor de fisioterapia do hospital e está andando com apoio e
325 frequentando a escola. **Sr. Henrique** explicou que os dados apresentados no referido relatório
326 estão dispostos da seguinte forma: Indicador, Meta Proposta e Resultado Obtido e que ao final
327 são apresentadas justificativas para cada indicador apresentado. Na continuidade, apresentou o
328 **Indicador nº 06 – Demonstrativo da Utilização de Recursos – Fonte (SIOPS) –** informou que
329 com relação as despesas liquidadas no período – \$142.622.746,12 referente ao montante do
330 serviço comprado com nota fiscal e pagamento com vencimento até 30 de janeiro do ano
331 subsequente. No quadro **nº 08 – Indicadores Financeiros** destacou o valor de R\$ 1.768,65
332 aplicado em despesa total com saúde, em R\$/hab., sob responsabilidade do município, por
333 habitante e 29,75% - referente a receita própria aplicada em saúde conforme a Lei Complementar
334 nº 141/2012. Em seguida discorreu sobre as considerações finais sobre os indicadores
335 financeiros. Com relação ao **Item nº10 – Auditorias** informou a Sra. Dirceia que existem
336 aproximadamente 4 auditorias em andamento em processo de elaboração de relatórios. Disse que
337 não existem mais auditorias de cunho estadual em aberto, somente processos abertos pelo
338 Componente Municipal. Em seguida, efetuou a leitura das considerações gerais do **Item nº 11 –**
339 **Análise e Considerações Gerais sobre o Relatório de Gestão.** **Sra. Isabel** informou que
340 recebeu uma reclamação da unidade de saúde UPA referente a impossibilidade de atendimento
341 em decorrência da Unidade estar sem sistema de informatização temporariamente (3 horas de
342 espera sob alegação de não ter como fazer a ficha sem o sistema). **Sr. Henrique** salientou que
343 quando a referida unidade de saúde fica sem sistema de informatização utilizam o sistema
344 manual. **Sr. Secretário Carlos Roberto** informou que todo sistema de informatização funciona
345 desde a recepção até o consultório médico e quando, por qualquer motivo este falha utilizam o

346 atendimento manual. Em seguida, informou que existem duas pessoas fundamentais no processo
347 de informatização na UPA, enfermeira administrativa e um profissional da DTI – Departamento de
348 Tecnologia da Informação, bem como o Sistema de Ouvidoria. **Sra. Dirceia** perguntou como está
349 o andamento do processo de informatização das unidades de saúde. **Sr. Henrique** informou que
350 este processo está em andamento e o Ministério da Saúde – MS fez a publicação do PIUBS –
351 Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de implantar o
352 Prontuário Eletrônico em todas as Unidades Básicas de Saúde. Informou que o Ministério da
353 Saúde está contratando empresas, pela modalidade credenciamento, aptas a fornecer o referido
354 serviço. Explicou que será como um empréstimo concedido ao Município que será pago em
355 suaves prestações. Porém o Ministério Federal bloqueou esse processo de credenciamento do
356 Ministério da Saúde porque entendeu que para atender o princípio da competitividade precisaria
357 ter no mínimo a participação de 05 empresas credenciadas. Informou que já existem a referidas
358 empresas credenciadas e no dia 29/03/18 fizeram adesão ao Programa e estão entre os 10
359 municípios escolhidos dentro da estrutura que o município tem e estão aguardando a liberação do
360 Ministério para a implantação do referido Programa e que serão contempladas inicialmente 17
361 unidades de saúde. **Sr. Clausius** argumentou que essa questão é antiga e que a empresa
362 SISSONLINE recebeu cerca de 6 milhões para implantação e manutenção do referido serviço e
363 pelo que foi informado não implantou nada. Disse que esse questionamento foi efetuado por sua
364 pessoa como membro da COFIN na gestão anterior e não teve retorno. Ressaltou que pode
365 observar que esta empresa atuou em outros municípios apresentando o mesmo problema com
366 relação a não conclusão do serviço contratado. Em sua pesquisa, observou também que ela
367 atuava em outros programas da Prefeitura utilizando razão social diferente. Em seguida perguntou
368 quais providências foram tomadas pela atual administração, pois não viu retorno pela auditoria.
369 Finalizando, informou que na gestão anterior questionou esse assunto incansavelmente com o Sr.
370 Daniel e Secretário Urandir e que desde o início do contrato sempre fez apontamentos que existia
371 várias irregularidades. **Sr. Henrique** informou que a referida empresa não implantou nada e a
372 atual gestão rescindiu o contrato e retirou os equipamentos (computadores) de todas as unidades
373 de saúde, com nova reposição de equipamentos fornecidos pela Prefeitura. Informou que a
374 situação está sendo analisada pelos órgãos de controle e inclusive o Tribunal de Contas está no
375 município analisando as contas referentes ao ano de 2016 e nessa próxima sexta feira estará na
376 Secretaria de Saúde. Disse que toda ação do passado não oferece prejuízo na gestão atual visto
377 que os órgãos de controle oferecem essa proteção. Em seguida citou a Ação Torniquete como
378 resultado do Controle Social. **No item 11.1 – Considerações Gerais - Sra. Claudia** perguntou
379 quais seriam as dificuldades enfrentadas com relação ao item **Dificuldades** na fixação de
380 médicos na Atenção Básica. **Sr. Henrique** explicou que a classe médica oferece resistência para
381 cumprir as 40 horas propostas para execução do trabalho. Eles vêm para o município com a
382 cultura de trabalhar por 20 horas ganhando por 40 horas, baseado em várias outras
383 argumentações do gênero, porém nessa administração estamos conseguindo mudar este
384 panorama e por isso destacamos esse item como umas das dificuldades. **Sr. Carlos Roberto**
385 lembrou que antigamente o profissional médico era fixado no município com muitos benefícios
386 (moradia, despesas de energia, água, transporte e outros) além da manutenção de um salário
387 elevado, porém esses acordos acabaram e quem não se encaixa nos moldes exigidos pelo
388 município pede demissão e vai embora ou nem assume. Considerou que gradativamente esta
389 situação está mudando e o Município já conta com a procura de profissionais para trabalhar em
390 São Sebastião e muitos desses profissionais já estão trabalhando na Costa Sul e com moradia
391 fixa. Lembrou também que com a vinda do Hospital Regional para a região haverá mudança e
392 contribuição positiva para mudança desse panorama. **Sr. Henrique** lembrou que também existe o
393 contraponto na situação de médicos plantonistas x médicos do Programa de Saúde da Família,
394 haja vista que o salário de médico plantonista é maior, tornando-se também uma dificuldade na
395 fixação desses profissionais. **Sr. Magiolino** questionou se conseguirão implantar o ponto
396 biométrico para a classe médica. Em seguida, questionou o fato da Dra. Luciana não acatar a

397 determinação de bater ponto e mantém uma carga horária de 40 hora semanais. **Sr. Henrique**
 398 respondeu que o controle de ponto será para todos, sem exceção, em seguida informou que
 399 existe uma Ação Civil Pública do Governo Federal de Caraguatatuba, sendo solicitado uma
 400 dilação de prazo para regularização dessa situação, com reabertura de novo processo de licitação
 401 para compra desses equipamentos. Informou que assim que todos os equipamentos de controle
 402 de ponto estiverem comprados, todas as unidades de saúde serão contempladas e todos os
 403 funcionários farão uso desse controle de ponto e que essa é uma das prerrogativas do Conselho
 404 Municipal em acompanhar sua efetividade. **Sr. Magiolino** salientou que a Dra. Luciana está em
 405 desvio de função e ninguém da Secretaria de Saúde toma providências, disse que o cargo de
 406 diretora técnica não existe no quadro de funcionários. Questionou o porquê que não fazem nada
 407 para mudar essa situação. Sugeriu que se emita um ofício a corregedoria para esclarecimento do
 408 caso. **Sr. Henrique** argumentou que essa questão será objeto de discussão da próxima reunião.
 409 **Sr. Magiolino** perguntou como está o processo de conclusão da obra do Hospital de Boiçucanga.
 410 **Sr. Henrique** informou que no mês anterior a ação transitou injulgável e não houve manifestação
 411 pela empresa e que atualmente já existe estudo da adequação do prédio para funcionamento,
 412 com serviço de Pronto Atendimento, agregando os Serviços do Pronto Atendimento de
 413 Boiçucanga, SAMU e Serviços Especializados, com a possibilidade de agregar o Serviço de
 414 Maternidade. **Sr. Magiolino** perguntou se as obras serão finalizadas este ano. **Sr. Henrique**
 415 explicou que este ano não e que em discussão com o Prefeito, os andamentos da obra serão
 416 equacionados por etapas. **Sr. Carlos Roberto** informou que existe um estudo específico de
 417 engenharia para continuidade desse projeto, considerando o seu superdimensionamento e
 418 salientou que ele não ficará pronto esse ano e sim as obras serão iniciadas mediante o referido
 419 estudo e planejamento. Disse que nesse estudo também chegaram a conclusão que não existe a
 420 necessidade de construção de um hospital no porte que foi proposto para atender a realidade da
 421 Costa Sul. **Sr. Henrique** sugeriu que diante da observação do Sr. Magiolino é salutar alterar a
 422 redação do **Item 11.2 – Recomendações para a Próxima Programação Anual de Saúde e/ou**
 423 **Redirecionamentos para o Plano de Saúde – Finalizar as obras do Hospital de Boiçucanga**
 424 alterando para “dar andamentos na obra do Hospital de Boiçucanga”. Quanto a sua conclusão,
 425 disse que não é possível mensurá-la nesse momento. **Sr. Magiolino** questionou se a assessoria
 426 do Sr. Fabreti se estende para o hospital. **Sr. Henrique** respondeu que sim porque o Pronto
 427 Atendimento de Boiçucanga faz parte do Complexo Hospitalar e este estará dentro dessa
 428 estrutura pública já disponível. Concluindo, informou que o COMUS tem o prazo de 45 dias, a
 429 partir do dia 29/03/18, para apreciar o RAG-2017. Em seguida, sugeriu o agendamento de uma
 430 nova reunião extraordinária para sua votação, **sendo aprovado por unanimidade, pela plenária**
 431 **o dia 10 de maio**. Em seguida apresentou como anexo da Programação uma Planilha a qual
 432 estão pontuadas as diretrizes, objetivos e indicadores, sendo possível visualizar se ações foram
 433 realizadas, não realizadas ou parcialmente realizadas. Informou que as ações apresentadas no
 434 RAG 2017 com o status não realizada ou parcialmente não realizada constará da Programação
 435 Anual de Saúde – 2018. **Sra. Isabel** agradeceu a presença de todos e encerrou a reunião.
 436 Nada mais havendo a tratar e sendo sanadas todas as dúvidas, foi lavrada a presente ata que
 437 será **aprovada** e assinada pelos presentes.

438 Ata elaborada por Ana Maria Assis Leite dos Santos e presidida por Isabel Cristina do
 439 Nascimento Oliveira

440 **São Sebastião, 17 de abril de 2018.**

441 **LISTA DOS MEMBROS PRESENTES QUE ASSINAM ESTA ATA.**

Carlos Roberto Pinto		Henrique Simões Rodrigues da Silva	
Bruno César Silva Santos		Fernanda Carolina da S. L. P. Cunha	
Marcela Prates Santana		Giuliana Zen Petisco Del Porto	
Cláudia Prudente de S. Canhadas		Ana Elisa Barbosa Cavichi	
Isilda Aparecida de Rezende Giudice		Viviane Moura Snodgrass	

