CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

COMUS

São Sebastião

1 ATA DA 171ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMUS – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
2 DE SÃO SEBASTIÃO.

3 Data: 11 de dezembro de 2012, às 16h20 horas, em segunda chamada.

4 **Expediente – Leitura dos documentos:**

5 **A)** Disponibilizados para conhecimento dos Conselheiros os ofícios recebidos, e-mails
6 recebidos, ofícios enviados, e-mails enviados, resoluções do COMUS, bem como
7 correspondência geral destinada ao COMUS. Assim dispostas: **Resoluções:** 45/2012 – PAM
8 2013 – CEMIN. **Ofícios Expedidos: Ofício 99, 119 ao 124/12, 131 ao 145/12** (Solicitação de
9 manifestação propostas da 5ª Conferência de Saúde), **ofício 125/12** – para SESAU (Denúncia Conselho
10 Idoso), **ofício 126/12** – Frequência da APAE no COMUS; **ofício 127/12** – frequência da AMESSI no
11 COMUS, **ofício 128/12** – frequência Corpo Clínico no COMUS, **ofício 129/12** - Frequência Inst.
12 Ciências no COMUS, **ofício 130/12** – para OUVIDORIA (Denúncia do Conselho do Idoso). **Ofícios**
13 **Recebidos:** Ofício do Instituto Educacional de Ciências; ofício 027/12 – Federação Face
14 Norte; Ofício 541/2012 – SESAU.

15

16 **B)** Leitura das atas: 170ª ordinária do COMUS, aprovada por unanimidade.

17

18 **Ordem do Dia:**

19 **1- Apresentação do Relatório do Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal**
20 **referente a 2011;**

21 ~~2-~~ **2- Revisão do Regimento Interno do COMUS;**

22 ~~3-~~ **3- Calendário das reuniões do COMUS para 2013;**

23 ~~4-~~ **4- Eleição para preenchimento de cargo vago na Comissão de Finanças;**

24 ~~5-~~ **5- Assuntos Gerais.**

25 **Sra. Márcia Guimarães** presidiu a reunião devido à ausência do Dr. Antonio por
26 compromissos de trabalho fora do município.

27 **1 - Apresentação do Relatório do Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal**

28 **referente a 2011: Dra. Shirley** iniciou a apresentação informando que houve demora na

29 disponibilização dos dados por parte do SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados

30 para apuração das informações. Informou ainda que o procedimento normal é que após essa

31 fase, seja enviado relatório para o gestor adotar as providências cabíveis, principalmente em

32 caso de detecção de falhas. Foram apresentadas as séries históricas de 1996 a 2011 de

33 Nascidos Vivos, coeficientes de Mortalidade infantil, Neonatal, Neonatal precoce, Neonatal

34 tardia, Mortalidade infantil tardia, Natimortalidade, Mortalidade Perinatal e Razão de

35 mortalidade Materna. Alguns dos coeficientes do Município foram comparados com os do

36 Estado, sendo que o coeficiente desfavorável em relação ao Estado é o de Natimortalidade.

37 **1)** Foram apresentados os percentuais de evitabilidade dos óbitos e as dificuldades

38 encontradas pelo Comitê: **1.1)** Falta de representantes médicos da obstetrícia e pediatria do

39 corpo clínico do hospital no Comitê de Mortalidade. Somente a enfermagem participa

40 ativamente; **1.2)** Compreensão do real papel do Comitê pelos setores envolvidos com o

41 atendimento à gestante e à criança; **1.3)** Demora na realização das visitas domiciliares por

42 algumas ESF acarreta o não preenchimento da Ficha de Investigação Domiciliar, pois a

43 família não é mais localizada no endereço; **1.4)** Prontuários Ambulatoriais com poucas

44 informações médicas e letra ilegível. Houve melhora em relação aos outros anos, porém

45 ainda não é ideal; **1.5)** Falha no preenchimento do cartão da gestante; **1.6)** Letra ilegível dos

46 médicos prejudica muito a obtenção dos dados, embora a nível hospitalar tenha havido

47 melhora na qualidade da evolução clínica. Algumas vezes só é possível utilizar os dados da

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

COMUS

São Sebastião

48 enfermagem; **1.7)** Preenchimento inadequado das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA)
49 nos Prontos Socorros; **1.8)** Declarações de óbito e de nascimento com campos não
50 preenchidos ou preenchidos incorretamente. **2)** Foram citados como fatores de evitabilidade:
51 **2.1)** Após a inauguração da UTI Neonatal de Caraguatatuba foi observada maior facilidade na
52 disponibilização de vagas para gestantes e recém-nascidos de risco; **2.2)** Falta de
53 padronização de conduta para os pacientes internados na Maternidade e na Pediatria por
54 falta de Protocolos de Conduta, apesar do segmento horizontal; **2.3)** Falta de integração entre
55 pré-natal de alto risco e equipe obstétrica do hospital; **2.4)** A falha no Planejamento Familiar
56 que se reflete no número de natimortos e óbitos infantis resultantes de gravidez não
57 planejada. Fatores sócio-econômico-culturais, aliados à baixa escolaridade e ao uso de álcool
58 e drogas, influenciam o acesso e a adesão aos métodos de planejamento familiar. A
59 informação de que a realização de laqueadura pode ser feita no momento do parto cesariana
60 é fato, por isso muitas mulheres engravidam na tentativa de realizar laqueadura. Há mulheres
61 que engravidam enquanto aguardam o processo de laqueadura, seja pelo tempo exigido
62 entre a opção pelo método e a realização do procedimento, por falta de leito hospitalar para
63 realização do mesmo ou discordância de conduta entre o médico que indica o método e
64 aquele que executa; **2.5)** Dificuldade de acesso da gestante à maternidade e à criança
65 doente ao hospital para os moradores da Costa Sul; **2.6)** O uso de álcool e drogas aparece
66 como causa de baixa adesão ao planejamento familiar e pré-natal, negligência no cuidado
67 com a criança; **2.7)** Monitoramento inadequado do trabalho de parto (falta de protocolo); **2.8)**
68 Não observância ao Protocolo de Pré-natal implantado no município no que se refere ao
69 encaminhamento ao serviço de alto risco. **2.9)** Falha na percepção da gravidade caso; **3.0)**
70 Falta de um serviço de SVO – Sistema de Verificação de Óbito. **3)** Foram apresentadas as
71 seguintes propostas: **3.1)** Sensibilizar os médicos para a necessidade de preenchimento
72 adequado dos prontuários com historia clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e conduta,
73 com grafia minimamente legível; **3.2)** Criar um Comitê de Investigação de Óbitos a nível
74 hospitalar; **3.3)** Investir em programas de educação continuada para médicos e enfermeiros
75 nas áreas de obstetrícia, pediatria e neonatologia; **3.4)** Implementação dos Manuais de
76 Atendimento ao Pré-natal Normal e de Risco do Ministério da Saúde; **3.5)** Implementação do
77 Programa de Saúde do Adolescente; **3.6)** Estabelecer um protocolo de condutas para
78 gestantes e crianças a nível do Pronto Socorro; **3.7)** Implementar o serviço de Planejamento
79 Familiar com maior divulgação junto à população dos métodos e protocolo; **3.8)**
80 Intersetorialidade na atenção à criança e gestante com estímulo à discussão de casos como
81 forma de agilizar a condução dos mesmos e de aprendizagem; **3.9)** Implementação do
82 Protocolo de Pediatria na rede básica; **3.10)** Padronização de conduta obstétrica e pediátrica
83 no Hospital; **3.11)** Preenchimento adequado das declarações de óbito e de nascimento; **3.12)**
84 Atualização da equipe pediátrica do Hospital em cuidados neonatais | Após a apresentação
85 passou-se a discussão dos dados. **Sr. Puríssimo** indagou de que maneira o COMUS poderia
86 ajudar, sugeriu a criação de Comissão para avaliar melhor a situação. **Sra. Márcia** informou
87 que na próxima reunião ordinária a sugestão será colocada em pauta. **Dra. Shirley** entende
88 como soluções a informatização da rede, liderança de equipes, comprometimento,
89 desenvolver relacionamentos pessoais e profissionais, pois muitos avanços não envolvem
90 investimento. Não havendo mais questionamentos, **Sra. Márcia** agradeceu a Dra. Shirley
91 pela apresentação e passou ao item seguinte da pauta.
92 **2 - Revisão do Regimento Interno do COMUS:** **Sra. Márcia** informou da sugestão da Dra.
93 Tânia Sarak para alterar apenas o artigo 26, definindo o tempo estimado para as reuniões em
94 1 (uma) hora, prorrogável por mais 30 minutos. Proposta rejeitada. Sr. André Fontes lembrou