



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**



**ATA DA 5ª REUNIÃO PLENÁRIA EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**

**SÃO PAULO, 28/05/2018**

**PRESIDENTE**

WILSON MODESTO POLLARA

**COORDENADOR(A) DA COMISSÃO EXECUTIVA**

LEANDRO VALQUER JUSTINO LEITE DE OLIVEIRA

**SECRETÁRIO GERAL DO CMS-SP**

JÚLIO CÉSAR CARUZZO

**LISTA DE PRESENÇA**

**I – Conselheiros Presentes**

**Representantes da Sociedade Civil:**

MARIA MACEDO COSTA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUDESTE  
MARIO SÉRGIO BORTOTO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE OESTE  
URANEIDE SACRAMENTO CRUZ (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
LÍDIA TAVARES DA SILVA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
MARIA CONCEIÇÃO SILVA DO AMARAL (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
DARCY DA SILVA COSTA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
FERNANDO LEONEL HENRIQUE DE PAULA – (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
MANOEL OTAVIANO DA SILVA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
FRANCISCO JOSE C. DE FREITAS (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
PEDRO CARLOS STELIAN (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
PAULO ROBERTO GIACOMINI (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
VITA AGUIAR DE OLIVEIRA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
ANDRÉ ANCELMO ARAÚJO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

**Representantes dos Trabalhadores em Saúde:**

ANGELA APARECIDA DOS SANTOS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
LEANDRO VALQUER JUSTINO LEITE DE OLIVEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
VALÉRIA LUZIA FERNANDES (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS

**Representantes das Instituições Governamentais:**

### **Representantes do Poder Público:**

ADALBERTO KIOCHI AGUEMI (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
JOÃO BATISTA NARARETH AGUIAR (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

### **II – Justificativas de ausência:**

SEITI TAKAHAMA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
CIRLENE SOUZA MACHADO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NORTE  
PAMELLA DE FREITAS SAIÃO SACAFURA (TITULAR) – REPRESENTANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
SELMA MARIA SILVA DOS SANTOS (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
RAQUEL CRISTINA DELFINE RIZZI GRECCHI (TITULAR) – REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS  
FUNÇÃO FIM  
VIVIANI DOS SANTOS FONTANA (TITULAR) – REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM  
PRISCILA PEREIRA TANCREDI (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ASSOCIAÇÕES DE PROFISSIONAIS  
LIBERAIS  
JORGE HARADA (TITULAR) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PÚBLICA  
MARÍLIA CRISTINA PRADO LOUVISON (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PÚBLICA  
MÁRCIA CRISTINA RIBEIRO BOACNIN (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
MIRIAM CARVALHO DE MORAES LAVADO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

### **III – Ausentes:**

WILSON MODESTO POLLARA – PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
PAULO ROBERTO BELINELO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE LESTE  
MARIA AUXILIADORA CHAVES DA SILVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE  
SAÚDE LESTE  
ADÃO DO CARMO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUDESTE  
MARCIONÍLIA NUNES DE SOUZA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE  
CENTRO  
SUELY LEVY BENTUBO FONSECA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE  
CENTRO  
ROBERTO COSTA FERREIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUL  
EDILEUZA CONCEIÇÃO SILVA LIMA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE  
SUL  
HUGO FANTON RIBEIRO DA SILVA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE  
OESTE  
ANSELMO SILVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NORTE  
MARIA DA CONCEIÇÃO MARQUES BORGES (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E  
COMUNITÁRIOS  
CELESTE DA SILVA GASTÃO - (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E  
COMUNITÁRIOS  
MARIA RITA DA SILVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
EVANICE GOMES DE OLIVEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS CENTRAIS SINDICAIS  
CARLOS MIGUEL BARRETO DAMARINDO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS CENTRAIS SINDICAIS  
IVONILDES FERREIRA DA SILVA - (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA  
SAÚDE  
VERA HELENA LESSA VILELA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA  
SAÚDE  
JOSE JAILSON DA SILVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
LOURDES ESTEVÃO DE ARAÚJO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
CLÁUDIO LUIZ AS SILVEIRA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM  
ALINE LOPES DE ASSUNÇÃO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM  
NEIDE APARECIDA SALES BISCUOLA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ASSOCIAÇÕES DE  
PROFISSIONAIS LIBERAIS  
MARIA CRISTINA BARBOSA STOROPOLI (TITULAR) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PRIVADA  
CINTHYA COSME GUTIERREZ DURAN (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PRIVADA  
LUCIANA AMARAL TIRADENTES (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PRESTADOR LUCRATIVO  
IVAN GUILHERME LADAGA VICENTE (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PRESTADOR LUCRATIVO  
CÉSAR AUGUSTO DE OLIVEIRA PAIM – (TITULAR) REPRESENTANTE DOS PRESTADORES FILANTRÓPICOS

FERNANDA SILVA FUSCALDI (SUPLENTE) REPRESENTANTE DOS PRESTADORES FILANTRÓPICOS  
LUIZ ANTÔNIO VIEIRA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
MARIA APARECIDA DE LAIA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
ARTHUR GUERRA DE ANDRADE (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
NILSON HERNANDES FORTES FILHO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

#### **IV – Visitantes:**

Conforme Lista

#### **ATA ELABORADA PELA EQUIPE TÉCNICA DO CMS/SP:**

DENIZE CALVO COSTA – ASSISTENTE TÉCNICA  
JÚLIO CÉSAR CARUZZO – SECRETÁRIO GERAL

#### **DIGITAÇÃO:**

AMANDA SAMPAIO MACHADO DA SILVA – AGPP  
DENIZE CALVO COSTA – ASSISTENTE TÉCNICA  
MARIA TERESINHA GONÇALVES DE LELLO – ENCARREGADA DE EQUIPE

#### **GRAVAÇÃO:**

FRANCISCO FLÁVIO DE OLIVEIRA SOUSA – AGPP

#### **REVISÃO GERAL:**

JÚLIO CÉSAR CARUZZO – SECRETÁRIO GERAL

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Cumprimenta a todos. Cita as dificuldades das pessoas estarem presentes nesta reunião, devido aos problemas de transporte. Alguns justificaram. Faltam 4 pessoas para dar quórum. Consulta o Pleno, se os conselheiros consultaram o Pleno, para contribuir com as discussões. Pergunta quais áreas seriam discutidas no dia de hoje. Temos condição de prosseguir?

**Solange, APPGG, da Assessoria do Gabinete:** Atenção Domiciliar, Criança e Adolescente, População Negra, Saúde da Mulher, Saúde da Pessoa Idosa. Os técnicos estão presentes – 3 áreas.

**Francisco Jose C. De Freitas, Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Propõe que, em função das dificuldades de locomoção, se marque novo Pleno, mas que hoje, em respeito a todos que chegaram até aqui, se faça o debate.

**Manoel Otaviano da Silva, Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Considera que, se não há quórum, que se faça apresentação e tire um quadro.

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Consulta o Pleno.

**Dra. Athenê, Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente da Atenção Básica:** Saúde da Criança e de Adolescente/Saúde na Escola – não se incomoda em falar sobre as áreas, mas terá que ser feita outra apresentação.

**Letícia, APPGG, da assessoria do Gabinete:** Não ficou definido o método de aprovação. Na reunião anterior havia quórum e também não foi aprovado.

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Esse Pleno foi solicitado para trabalhar a Programação Anual, Resoluções da Conferência incorporadas. Resposta do governo com relação à 19ª Conferência. PPA – o Conselho precisa olhar o Orçamento, o que foi executado. Temos responsabilidades e temos que olhar todos os instrumentos. O governo deve responder. O que está projetado para o 2º semestre. O relatório da 19ª está dependendo do aval da Comissão de Relatoria. Essas reuniões são de esclarecimento. Deve haver agilidade – se houver necessidade de novas apresentações, agradece a palavra da Dra. Athenê, que se dispôs a fazê-la.

**Mario Sérgio Bortoto, Conselheiro suplente representante do Movimento Popular de Saúde Oeste:** Diz que amanhã tem reunião e quer saber qual a pauta.

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Reunião pela manhã da Comissão de Orçamento e Finanças. Se não houver quórum, considera complicado ficar adiando. Às 11h haverá apresentação ao CMS – prestação de contas do 1º quadrimestre.

**Francisco Jose C. De Freitas, Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** A agenda é apertada e o sacrifício de nossa parte existe – há prazos, temos que fazer esse sacrifício. Tudo o que for considerado pertinente, será apresentado ao governo.

**André Ancelmo Araújo, Conselheiro Suplente representante da Pessoa com Deficiência:** O Pleno é formalidade – é preciso aprovar para mandar para o MS. Existem o Plano de Metas da Prefeitura e as Diretrizes Orçamentárias. Existem coisas no Plano que estão no Plano de Metas. Temos que saber o que foi feito, executado até agora no Plano. E o quanto isso custou. Traga-se relatório – dos 6 primeiros meses – o que foi executado nas áreas – tudo o que está no Plano. Cita o exemplo do caso da sífilis congênita? O que já se atingiu?

**Letícia, APPGG, da Assessoria do Gabinete:** O Conselho tem que ter tudo o que estiver disponível no momento. Estão tentando transformar o Plano num documento efetivo do que estão pretendendo fazer nos próximos 4 anos. O Programa de Metas – parte da Saúde é recorte – o Plano deve falar de tudo. Conjunto de ferramentas que o Plano deve acompanhar. Não considera a questão do Orçamento tão crucial.

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** O governo se comprometeu trazer a Programação Anual. Recebeu a informação de que a Programação Anual ainda está sendo trabalhada. Obter o máximo de informação possível.

**Luiz Carlos Barbosa, Representante da COVISA:** representa a Vigilância – faz apontamentos. Questionaram e cobraram a Programação. O cenário muda. Tivemos caso gravíssimo de febre amarela, que não consta de nenhuma programação. Quer saber exatamente o que o Conselho quer. Precisam otimizar os recursos. Apresentar o que já foi feito é uma coisa, Plano é outra. Querem atender às solicitações.

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Como discutir Programação e Plano no meio do ano? A Conferência atrasou. Sabemos o que queremos, mas estão fazendo de forma atrasada. O Brasil está parado por problemas de planejamento. Nossos pedidos foram atendidos. Queremos ter olhar sobre as questões de forma geral, porque temos que prestar contas à sociedade.

**Dr. Edmir Peralta, Coordenador do Programa Melhor em Casa da SMS:** Gosta de vir ao CMS, pois sempre se aprende. É sanitaria – está no “Melhor em Casa”, “Cidade de Grande Porte e sua Heterogeneidade”. Questão importante é a equidade.

Lei Federal – agosto de 2011 –

Outubro de 2011 se efetiva como Portaria que cria o programa.

Fala da Lei PROHDOM nº 15447 – 26/09/2011 – qualifica a Atenção Domiciliar e garante o financiamento das equipes em funcionamento. Distribuição das equipes pela equidade e vulnerabilidade – periferias.

Centro – Santa Cecília e Cambuci.

Construção de forma ascendente – passou pelo Conselho – Programa Federal – verba 02 – recurso para municípios. Hoje estive na região Leste discutindo a doença falciforme com OSS Santa Marcelina. Não se pode tirar alguém do hospital que não esteja estável. Já fez apresentação à Comissão de Patologias. As especificidades das doenças são definidas por especialistas e são seguidas.

AD2 e AD3 – precisam de pelo menos 1 visita semanal.

AD1 – UBS/ESF.

Há protocolo elaborado com colaboração de CEINFO – instrumento de gestão, Referência – Contrarreferência – porta de entrada é UBS.

Passa aos indicadores. Começou em dezembro/2012. Foi feito cronograma de atuação. Começaram com 11 equipes. O Projeto contempla 76 equipes e assumimos isso. Temos hoje 43 com mais 3, em breve serão 46. São 3.600 pessoas atendidas por mês AD2 e AD3.

Garantia de estrutura – transporte necessário das equipes sob gestão direta e não pelos parceiros.

Taxa de sinistralidade – gastar 98% dos recursos para custeio das equipes – 2% para questões administrativas.

Pessoas pedindo *homecare* – pedindo para incorporar – AD4 – 10 casos por mês.

Casos de ventilação invasiva.

Antecipar questões de judicialização e aliviar leitos de UTI no município. É área transversal – atende criança, adulto e idosos – atualmente a maioria dos atendimentos é de idosos – AVC – fraturas, demência.

São 96 pessoas com doenças raras atendidas pelo “Melhor em Casa”.

APRESENTAÇÃO:

#### **BASE LEGAL**

- Lei Federal nº 10.424 de 15/04/2002 que estabeleceu Assistência e Internação Domiciliar no âmbito do Sus
- **LEI PROHDOM nº 15.447 de 26/09/2011;**
- **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 do ministério da Saúde,** que qualifica a Atenção Domiciliar e garante o financiamento das equipes em funcionamento.

#### **OBJETIVOS**

1. Aumento do Giro do leito
2. Redução da média de permanência
3. Agilizar as altas hospitalares
4. Aumento de ofertas de leitos e procedimentos

## **METAS**

### Projeto inicial

Implantar 76 EMADs e 36 EMAPs sob gestão municipal

### Situação atual

\*51 EMADs e 15 EMAPS

Prioridade: implantar EMAD em todos hospitais e ocupar vazios assistenciais com EMAD nas UBS

*\*Expansão futura para outras iniciativas (SES, SMS, + arranjos especiais) =39 espaços livres no território*

## **RESULTADOS**

1. Aumento do número de vagas nos hospitais
2. Clínica de Transição com 4.560 vagas/leitos cuidados continuados
3. Melhoria da Qualidade de vida do usuário
4. Impacto Político Administrativo

### **Distribuição das Equipes e Justificativa Teórica das Implantações**

- Vulnerabilidade
- Equidade

**Composição da EMAD:** médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, assistente social ou fisioterapeuta.

**Composição das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), compostas por pelo menos 3 profissionais nível universitário entre as seguintes profissionais: assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, dentista e psicólogo.**

### **QUEM PODE PARTICIPAR DO PROGRAMA?**

Usuários em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador na convalescença, nos paliativos e contribuindo na desospitalização em tempo oportuno.

- Usuário internado: a equipe clínica avaliará se é possível a continuidade do tratamento em casa.
- Usuário em casa: demanda espontânea ou a própria equipe da UBS identifica essa necessidade e providencia a solicitação a EMAD do território.

### **ELEGIBILIDADE AO MELHOR EM CASA**

- Elegível: cenário que contempla a estabilidade clínica, contexto domiciliar, contexto familiar, cuidador responsável, critérios de inclusão e exclusão do Melhor em Casa – *Protocolo Regulação de Acesso – Gestão de Casos da Cidade de São Paulo.*

### **ORGANIZAÇÃO DO MELHOR EM CASA**

AD 1 - AT.BÁSICA

ESF

NASF- AE – CER – NIR no mínimo 1 visita mês

AT.BÁSICA

ESF

NASF- AE – CER – NIR no mínimo 1 visita mês – RESPONSABILIDADE UBS/ESF

AD 2

Problemas saúde e impossibilidade física no mínimo 1 visita semanal

AD 3

Maior freqüência de cuidado, acompanhamento contínuo e equipamentos 1 visita semanal

AD2 E AD 3 = RESPONSABILIDADE DE EMAD

PROCOLO REGULAÇÃO DE ACESSO AO MELHOR EM CASA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE SÃO PAULO

*Divulgação do Protocolo Regulação de Acesso – Gestão de Casos da Cidade de São Paulo aos Hospitais sob Gestão Estadual.*

<https://goo.gl/MFCYnH>

### **EQUIPE MELHOR em CASA**

Ana Maria Monte Verde Romão

[amonte@prefeitura.sp.gov.br](mailto:amonte@prefeitura.sp.gov.br)

Edmir Peralta Rollemberg Albuquerque

[edmirpa@prefeitura.sp.gov.br](mailto:edmirpa@prefeitura.sp.gov.br)

Soraia Rizzo

[srizzo@prefeitura.sp.gov.br](mailto:srizzo@prefeitura.sp.gov.br)

Fones: 3397-2410/2231/2529

ATENÇÃO BÁSICA SMS.G

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Passa aos inscritos.

**André Ancelmo Araújo, Conselheiro Suplente representante da Pessoa com Deficiência:** Apresenta vídeo de uma mãe que possui filho acamado. A mãe do Alex, na região de Ermelino Matarazzo – sofreu acidente e perdeu massa encefálica. Queixa-se da equipe de EMAD, dizendo que fazem o que querem. Travado por problema de fisioterapia. Problemas de equipes incompletas, sondas para alimentação. Está atrofiado. A fisioterapeuta aparece quando quer. Alex está morrendo por causa de EMAD. Quantas pessoas atendidas? Qual a fila de espera? Quantas equipes de direta? E terceirizadas? Quais parâmetros não serão cumpridos? Qual valor equivalente aos 98% em reais? Quanto recebe e quanto gasta?

**Paulo Roberto Giacomini, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias:** Pergunta quanto tempo levarão para completar as 76 equipes? Qual forma de contratação das pessoas que trabalham nas equipes?

**Vita Aguiar de Oliveira, Conselheira Suplente representante dos Portadores de Patologias:** Cita o esforço do Dr. Edmir. A população envelhece e precisa de mais cuidados. Cuidados paliativos faz parte da EMAD – evitar sofrimento sem procedimentos invasivos. Foi colocada questão de *homecare*, quer saber o que oferece? Fala da necessidade de treinamento.

**Eufrosina Teresa Oliveira (Lola) usuária, membro da Comissão de Saúde da População Negra do CMS:** Algumas coisas têm que ser discutidas com o setor financeiro. Pede esclarecimento com o trabalho com Santa Marcelina e doença falciforme. Como será o fluxo.

**Manoel Otaviano da Silva, Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Nunca viu atendimento desse tipo na região Sudeste. Onde é feito atendimento?

**Francisco Jose C. De Freitas, Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Quando se fala em ampliação para 76 equipes, querem que toda a população seja atendida. Apresentação de dados de pacientes, porque há reclamações e a assistência não chega na ponta. Teoricamente e politicamente o programa é uma beleza. O Plano não é ruim. O problema é a execução na ponta. Cita exemplo do SAMU – que falou em atendimento em 12 minutos. Acha impossível. Qual investimento concreto para este programa?

**Maria Macedo Costa, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste:** Há EMAD na Vila Prudente – quer saber a área de abrangência que pode atender e quais critérios utilizados. Tiveram problema sério na Califórnia porque as pessoas achavam que era exclusivo da UBS.

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Como é a relação entre contrato de gestão e administração direta.

#### **Respostas do Dr. Edmir Peralta:**

Duas equipes no Ermelino – uma no Hospital e outra no Claudio Muniz. A equipe do hospital não é completa. Está conversando com a Autarquia, para completá-la. Quer averiguar o que está acontecendo com o garoto citado (Alex). Precisa de mais dados e dará retorno.

O “Melhor em Casa” tem mais vitórias do que derrotas, mas há exceções. Pesquisas mostram 90% a 93% de aceitação. Há problemas de estrutura – pessoal e de insumos.

Trabalho humanizado. Projeto terapêutico singular para cada paciente. Considera o melhor programa do MS. Há vários treinamentos via EAD, inclusive presencial. Não é o que falta. Tem que seguir parâmetros do MS – AD1, AD2, AD3 – cita entrevistas feitas pela Globo e Record, com aprovação da população. Implantadas na periferia, sem descartar o Centro. Geoprocessamento do CEINFO. É coordenador do programa, mas vai às casas das pessoas. Quer atender a população toda, mas primeiro quem precisa mais. A classe média está migrando para o serviço público. A região central, embora tenha recursos hospitalares, tem problemas.

Ao Paulo – depende da disponibilidade financeira. Acha que cada hospital deva ter EMAD. Tem cronograma. O custo é caro, mas o retorno compensa. São R\$ 100.000,00 para 1 equipe de EMAD – para atender de 60 a 90 pessoas. Comparando com UTI, sai mais barato e a pessoa está na sua própria casa.

Hoje, na região Leste, houve treinamento em Doença Falciforme – diretora de EMAD – não da Santa Marcelina. Cumpre o que combinou com a área técnica.

Cuidados Paliativos – parcerias ICESP – INCOR – Dante Pazzanese. Pessoa quer ser atendida ou morrer em casa, se quiser.

<https://goo.gl/MFC4nH> - todo o protocolo, todas as EMADs.

Equipamentos estaduais devem participar desse processo. Temos EMAD dentro do HC.

Sudeste – trabalhou 17 anos lá. Foi gerente do Sacomã – parceria com Hospital Heliópolis.

Não temos *homecare*, estamos pedindo AD4 – que é semelhante. Temos muita judicialização, que sai caro. Na Penha, Patriarca, Talarico e Granada (3 equipes) e vai ter mais uma. Na Vila Prudente tinham 2 – Califórnia e Vila Prudente. Califórnia – 100.000 pessoas, não pela UBS.

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** As equipes diretas dependem de concurso. É maior a quantidade por gestão indireta.

**Paulo Roberto Giacomini, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias:** quer saber o que é custeio de equipe. Não entendeu a resposta. Quando chegaremos em 76 equipes? De quem é a responsabilidade?

**Maria Conceição Silva do Amaral, Conselheira suplente representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Pergunta por que essas informações não vão para as UBS.

**Maria Macedo Costa, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste:** Não se sentiu contemplada se a equipe do seu território está completa.

**Francisco Jose C. De Freitas, Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Nesta gestão, quantas equipes foram implantadas? O que vai ser realizado ano a ano?

**Dr. Edmir Peralta:** Há cronograma de implantação? Depende do financeiro-orçamentário da Prefeitura. Não pode afirmar que vai cumprir as 76 até 2021. É sua intenção, vai atrás e conta com o CMS. Custeio – custo de R\$ 100.000,00 – MS – 40%. O município gasta de 50 a 60% do custeio das equipes. MS encolheu investimentos – não repassa integralmente às 43 equipes – MS paga apenas 33. Município arca com as outras – fonte 00.

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Propõe combinar teto para término da reunião – 17h30. Aprovado.

#### **Área Técnica de Saúde da População Negra.**

**Valdete, Coordenadora da Área Técnica da Saúde da População Negra da SMS:** traz a planilha do Plano – 4 objetivos bem abrangentes.

**1.** Ampliar o acesso da população negra na RAS – por meio da linha de cuidados. É a área articuladora e transversal. Colocar nas outras áreas as especificidades da população negra. Acompanhar as inserções. Meta – considerar as especificidades em todas as linhas implantadas.

Objetivo – que todas contemplem a saúde da população negra.

Indicador – percentual das linhas de cuidado com especificidades da população negra.

**2.** Ampliar inserção de temática étnico-racial nos processos de Educação Permanente – falar do racismo institucional dos trabalhadores do SUS.

Meta – incluir o tema racismo institucional no PLAMEP.

Indicador – percentual de PLAMEP com ações de enfrentamento ao racismo institucional. Atender bem a população negra, gostem ou não. Pré-natal cuidadoso, propensão à hipertensão.

**3.** Qualificar coleta, processamento, análise e publicação de informações desagregadas por raça/cor.

Produzir boletim bianual com informações desagregadas por raça/cor. Incluir indicadores de população negra no Painel de Monitoramento.

As pessoas não declaram o quesito raça/cor – vão tirar o não informado – banco de dados importante para informações sobre saúde dos negros.

Problema sério é a violência contra a juventude. Genocídio da juventude negra está muito alta. Projeto Juventude Viva – implementada – junto com Direitos Humanos e antigo Igualdade Racial.

Capacitar profissionais da saúde para colocar jovens, com acolhimento humanizado dentro das UBSs.

A Comissão da População Negra sugeriu mais objetivos, a seguir:

**Eufrosina Teresa Oliveira (Lola) usuária, membro da Comissão de Saúde da População Negra do CMS:** inserir, em todos os contatos de gestão, indicadores de qualidade em saúde da população negra – incluir anemia falciforme na RAS.

A Comissão leu o Plano e notou a carta de apresentação do Secretário, que deixa claro que o Plano teve como eixo a Agenda 2030 – tem nas premissas a questão da discriminação racial.

Objetivo do Desenvolvimento Social

A Prefeitura olhou para a ONU, para ver nossa política. Mas, temos o Programa de Saúde da População Negra. Plano Operativo de Saúde da População Negra é de março do ano passado. Alinhamento com a Política Nacional de Saúde da População Negra, ale, da ONU.

A área de saúde da população negra não está no eixo central do Plano – aparece num eixo – Múltiplas modalidades de saúde. Chamou a atenção porque é um grupo que não tem políticas implementadas e nós já temos. Esse eixo não contempla a política.

Outro exemplo desse eixo é o Programa Redenção – que tem fim. A saúde da população negra não tem fim. Situação de rua – são situações.

50,7% da população é negra. O eixo tem que ser ilhado. A proposta é que no Plano a área permaneça na Atenção Básica.

Cita a Resolução 16 de 30/03/2017 – Plano Operativo aprovado na CIT. Que se considerem esses dados – quem organiza o Plano.

**Valdete Ferreira dos Santos, Coordenadora da Área Técnica da Saúde da População Negra:** PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - Atenção à Saúde da População negra: Propomos que a Saúde da População Negra seja incluída como uma das modalidades da Atenção Básica, pois a Política de Saúde da População Negra é estrutural e é baseada na Lei Federal 12.288/2010.

<b>Objetivo</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Envolvidos</b>
Ampliar o acesso da população negra às Redes de Atenção à Saúde	Considerar as especificidades de saúde da população em todas as linhas de cuidado implantadas	Percentual de Linhas de Cuidados com as especificidades de saúde da população negra contempladas.	Saúde da Pop. Negra; CS/SMS; Prog. Munic.DST/AIDS; SMADS; SMDHC
Ampliar a inserção da temática étnico-racial nos processos de educação permanente dos trabalhadores de saúde do SUS	Incluir o tema de Racismo Institucional nas capacitações previstas nos Planos Municipais de Educação Permanente (PLAMEP)	Percentual de PLAMEP com ações de enfrentamento ao Racismo Institucional contemplado	Saúde da Pop. Negra; CS/SMS; CRS; STS; Prog. Munic. DST/AIDS
Qualificar a coleta, processamento, análise e publicação de informações desagregadas por raça/cor.	Produzir um boletim bianual com informações desagregadas por raça/cor Incluir indicadores da saúde da população negra no Painel de Monitoramento	Boletins produzidos Indicadores incluídos no Painel de Monitoramento	Saúde da Pop. Negra; CTIC; CEInfo; Ouvidoria
Desenvolver ações para redução dos altos índices de violência contra a juventude negra	Implementar as ações de saúde do Projeto Juventude Viva	Ações do Projeto Juventude Viva implementada	CAS; Saúde da Pop. Negra; STS; CRS; SMDHC
*Inserir em todos os contratos de gestão indicadores de qualidade em saúde da população negra.	Monitorar e Avaliar a implementação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra.	Percentual de contratos de gestão com indicadores inseridos.	Saúde da Pop. Negra; Contratos; CEInfo

*Incluir a doença falciforme na RAS Incluir a doença falciforme na relação de doenças de notificação compulsória.	Fortalecer e apoiar a implantação da linha de cuidado em doença falciforme.	Doença incluída na RAS  Doença incluída na relação de doenças de notificação compulsória.	Saúde da Pop. Negra; CS/SMS; COVISA
*Fortalecer e articular ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna em mulheres negras.	Qualificar o acolhimento, a classificação de risco e a vigilância em obstetrícia.	Redução da disparidade nos índices de mortalidade entre mulheres brancas e negras.	Saúde da Pop. Negra; Saúde da Mulher

**\*Observação: Propostas apresentadas pela Comissão de Saúde da População Negra do CMS/SP**

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Passa aos inscritos.

**André Ancelmo Araújo, Conselheiro Suplente representante da Pessoa com Deficiência:** De que forma será feita essa discussão intersecretarial. Dificuldade de diálogo. Se a população negra tem que sair das múltiplas modalidades, saúde bucal também tem que sair e EMAD também.

**Paulo Roberto Giacomini, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias:** Na gestão passada a Coordenadora do Programa DST/Aids fez recorte bastante sensível. Quanto mais pobre, preto e periférico, maior a vulnerabilidade. Se for jovem, maior ainda. Qual é a especificidade colocada dentro da linha de cuidado de Aids? E não deveria estar na linha de Aids também? Não está. Qual envolvimento efetivo do Programa DST/Aids na área de população negra? Importante para São Paulo – Aids/População Negra/Pobreza.

**Francisco Jose C. De Freitas, Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Preocupa-se quando se trata dessa população. Fazem confusão, como se o Brasil fosse composto por brancos. Dos 12 milhões de paulistanos, 52% são negros e pardos. Também tem a questão dos imigrantes. Ficou 12 anos no Japão e voltou. Negro é povo. Brasileiro. Tem que se construir política para acabar com o racismo. A Atenção Básica precisa responder como que com número reduzido de pessoas, consegue dar resposta aos conselheiros e à sociedade. Uma só pessoa na área da população negra e na EMAD.

**Convidado Vitor:** Concorde que não fique nas múltiplas modalidades. É de Patologias e Doenças Raras, desconhecidas dentro do Plano. Levamos proposta na Conferência para construção de Política de Doenças Raras. De 6 a 7% da população vivem com doença rara. É preciso organizar essa política. Senti falta da política de Atenção à Pessoa com Deficiência. Que se atentem a esse segmento. Discutir com Atenção Básica.

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Parabeniza a apresentação.

**Valdete Ferreira dos Santos, Coordenadora da Área Técnica da Saúde da População Negra da SMS:** Articulação com outras Secretarias. Há interlocutores. A Secretaria de Direitos Humanos passa por modificações. Os interlocutores que compunham a Secretaria de Igualdade Racial não estão mais lá. Temos que ver com quem falar. O Daniel também não está mais lá.

**Eufrosina Teresa Oliveira (Lola) usuária, membro da Comissão de Saúde da População Negra do CMS:** Esse encaminhamento é institucional – ver lá quem é responsável e interlocutor. Para a Comissão fica difícil, porque a Secretaria de Igualdade Racial virou um departamento. São 29 itens na Política discutidos antes de falar com SMADS. A política tem que existir em todas as franjas da cidade, vistas no mapa apresentado pelo Dr. Edmir.

**Darcy da Silva Costa, Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Fala do serviço híbrido da SMADS e Saúde.

**Valdete Ferreira dos Santos, Coordenadora da Área Técnica da Saúde da População Negra da SMS:** AB tem papel importante na questão de Aids. A taxa de mortalidade é bem maior na população negra. Óbitos no 1º ano por diagnóstico tardio. Onde tem parceiro, a entrada e saída de funcionários é muito grande, profissional era treinado e depois saía. Propõe que seja obrigatório entrar no contrato de gestão para fazer teste rápido de Aids. Nos hospitais o teste é feito quando a pessoa já está doente e não com o HIV. Fala dos horários de funcionamento nas periferias que é até às 17horas. Tudo tem que ser avaliado.

**Maria Macedo Costa, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste:** Parabeniza as duas áreas que se apresentaram hoje. Dr. Edmir, Valdete e Lola.

**André Ancelmo Araújo, Conselheiro Suplente representante da Pessoa com Deficiência:** Deve haver consenso que a área tem que estar na Atenção Básica. Quer saber quem é o responsável por ter sido colocado em outro local.

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Vamos dar sequência a este trabalho. Continuidade.

**Letícia, APPGG, da Assessoria do Gabinete:** Declara que depende dos conselheiros as apresentações.

**Darcy da Silva Costa, Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** População de Rua quer se apresentar na próxima reunião.

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Precisamos levantar o que temos condição de fazer na próxima reunião. Hoje ficaram pendentes Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da População Idosa, COVISA. Combinar para a próxima reunião. Propõe próxima segunda-feira.

**Maria Macedo Costa, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Sudeste:** Fica cansativo para quem já veio várias vezes e não conseguiu se apresentar. Já se observou que no máximo 3 áreas são possíveis.

**Paulo Roberto Giacomini, Conselheiro Titular representante dos Portadores de Patologias:** Propõe que na convocação já se coloquem os 3 temas indicados. Sugere que se marquem várias extraordinárias.

**Francisco Jose C. De Freitas, Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Declara que o Conselho fica contente com a presença dos técnicos que tem condição de responder às questões do controle social. Sugere a presença dos técnicos em todas as reuniões.

**André Ancelmo Araújo, Conselheiro Suplente representante da Pessoa com Deficiência:** Propõe apresentações das seguintes Áreas – Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Pessoa Idosa, População Indígena.

**Solange, APPGG, da Assessoria do Gabinete:** Propõe que depois sejam apresentadas as seguintes áreas – Saúde Mental, Pessoa com Deficiência, População de Rua e DST/Aids.

**Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais, coordenador da Comissão Executiva do CMS/SP:** Considera necessário elaborar cronograma para a organização das apresentações.

Reunião encerrada às 17h45.

\*\*\*\*\*

**ANEXO 1-** Resposta enviada por e-mail após a reunião pela área técnica  
Transcrição do relatório da Supervisão Técnica de Vila Prudente/Sapopemba

“Em atenção ao solicitado informo que o território de VP/SAP está em sua totalidade coberto pelo programa "Melhor em Casa".

A EMAD Vila Prudente atualmente está composta por um médico 20 horas, uma enfermeira 30 horas, uma fisioterapeuta 30 horas, uma fonoaudióloga 30 horas, duas auxiliares de enfermagem e uma nutricionista 40 horas (licença maternidade), **assumiu todo território da UBS Califórnia** e atualmente assiste um total de 24 pacientes residentes no território da UBS Hermenegildo, UBS Califórnia, UBS Vila Alpina e UBS Vila Prudente.

As EMADs Teotônio, Reunidas 1 e Vila Prudente compartilham técnicas constantemente, os profissionais fisioterapeutas estão articulados, realizam quando necessário visitas compartilhadas em casos respiratórios complexos e em algumas situações a EMAD Reunidas 1 assumi casos complexo da EMAD VP, porém até o momento tivemos somente um caso.”

São Paulo, 11 de junho de 2018

Att

Edmir Peralta Rollemberg Albuquerque

**ANEXO 2-** Resposta enviada por e-mail após a reunião pela área técnica:

Prezado Conselheiro André

Conforme questionado em plenária extraordinária do Conselho Municipal de Saúde, realizada no dia 28 de maio de 2018, vimos a esclarecer:

- A EMAD/EMAP da UBS Ermelino Matarazzo realiza atendimento domiciliar ao Sr. A.B.S, 34 anos, desde 20/07/2017
- O atendimento domiciliar é realizado por equipe multiprofissional, entre os quais psicólogo e fisioterapeuta, com o objetivo de atender as diferentes necessidades de cuidados do usuário.
- Trata-se de um caso complexo – no qual deve-se estar atento a dinâmica familiar e sua contextualização no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário.

- Diante do contexto familiar foi realizado matriciamento com profissionais da UBS Vila Paranaguá para atender as demandas da cuidadora e seus familiares.
- O PTS foi revisado pela equipe e realizada visita domiciliar compartilhada com os pais do Sr. A.B.S. em 07 de junho de 2018, com o objetivo de acolher as demandas e necessidades da família, alinhar a oferta de serviços segundo as potencialidades da EMAD/EMAP e UBS de referência, bem como resgatar o papel do cuidador no cuidado continuado do Sr. A.B.S.

Programa Melhor em Casa

Edmir Peralta Rollemberg Albuquerque