

**ATA DA 222ª REUNIÃO PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**

**SÃO PAULO, 13/04/2017**

**PRESIDENTE**

WILSON MODESTO POLLARA

**COORDENADORA DA COMISSÃO EXECUTIVA**

MARIA ADENILDA MASTELARO

**SECRETÁRIO GERAL DO CMS-SP**

JÚLIO CÉSAR CARUZZO

**LISTA DE PRESENÇA**

**I – Conselheiros Presentes**

**Representantes da Sociedade Civil:**

MARIA ADENILDA MASTELARO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE LESTE  
ADÃO DO CARMO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUDESTE  
MARIA MACEDO COSTA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUDESTE  
SUELY LEVY BENTUBO FONSECA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE CENTRO  
JOSÉ ROBERTO DE OLIVEIRA E SILVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE CENTRO  
FRANCISCA ANDRADE QUINTEROS (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUL  
JOÃO CORTEZ NETO (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  
MANOEL OTAVIANO DA SILVA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
ALEXANDRE BONFIM FRANÇA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
MARIA CONCEIÇÃO AMARAL (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
FRANCESCA EDNELDA ANDRADE GOMES (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
JOÃO CORDEIRO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
DARCY DA SILVA COSTA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
ELIZABETE FERREIRA – (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
REGINA CÉLIA PEDROSA VIEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
NADIR FRANCISCO DO AMARAL (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
EULÁLIA ALVES CORDEIRO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

**Representantes dos Trabalhadores em Saúde:**

IVONILDES FERREIRA DA SILVA - (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
DEODATO RODRIGUES ALVES (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
ANA ROSA GARCIA DA COSTA (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
LOURDES ESTEVÃO DE ARAÚJO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
VALÉRIA LUZIA FERNANDES (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
JASON GOMES RODRIGUES SANTOS (TITULAR) – REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM  
VIVIANI DOS SANTOS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM

### **Representantes das Instituições Governamentais:**

CÉSAR AUGUSTO DE OLIVEIRA PAIM – (TITULAR) REPRESENTANTE DOS PRESTADORES FILANTRÓPICOS

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

WILSON MODESTO POLLARA – PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
WILLIAM HÉLIO DE SOUZA – (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
EDMIR PERALTA ALBUQUERQUE – (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
JOVINO PAES JÚNIOR – (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
DENIZE CALVO COSTA – (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
JOSEFA LUCILEIDE DE LIMA ABREU – (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
MIRIAM CARVALHO DE MORAES LAVADO – (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

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

PEDRO CARLOS STELIAN (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
DIONÍSIO REIS SIQUEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS CENTRAIS SINDICAIS  
ÉDER GATTI FERNANDES (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
MARLY APARECIDA LOPES ALONZO MAZZUCATO (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ASSOCIAÇÕES DE PROFISSIONAIS LIBERAIS  
JACIARA ARAÚJO SANTOS DA SILVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
MARIA JOSÉ ROLLO RIBEIRO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO  
JOÃO LADISLAU ROSA – (SUPLENTE) REPRESENTANTE DOS PRESTADORES FILANTRÓPICOS

### **III – Ausentes:**

PAULO ROBERTO BELINELO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE LESTE  
ANA ARLENE CARVALHO GOUVEIA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE OESTE  
MARIA REGINA DA COSTA E SILVA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NORTE  
LÍDIA TAVARES DA SILVA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
AIRSON DA COSTA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
FRANCISCO JOSE C. DE FREITAS (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
CÁSSIA SCHIFFER ROGERO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS  
GERSONITA PEREIRA DE SOUZA (TITULAR) – REPRESENTANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA SOCIAIS E COMUNITÁRIOS  
EVANICE GOMES DE OLIVEIRA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS CENTRAIS SINDICAIS  
ANGELA APARECIDA DOS SANTOS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE  
SELMA MARIA SILVA DOS SANTOS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS  
JOANA PAULA CAMILO PAGLIARINI (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM  
DURVAL RODRIGUES (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM

IRAMIR BASTOS GOMES (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  
IVAN GUILHERME LADAGA VICENTE (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PRESTADOR LUCRATIVO  
LUCIANA AMARAL TIRADENTES (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PRESTADOR LUCRATIVO

#### **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

#### **GRAVAÇÃO:**

EMMANUEL DUDA CÂNCIO DOS SANTOS – AGPP

#### **REVISÃO GERAL:**

JÚLIO CÉSAR CARUZZO – SECRETÁRIO GERAL

**Maria Adenilda, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste, coordenadora da Comissão Executiva:** Inicia a reunião cumprimentando a todas e todos. Atende à solicitação do conselheiro Anselmo Silva e propõe um minuto de silêncio em homenagem póstuma ao ex-conselheiro Maurício Silva Lima, conselheiro de 2012 a 2015, lutador na luta antimanicomial, e também à Sra. Maria Margarida de Melo, presidente de entidade filantrópica COTIC, assassinada num assalto a pedido da conselheira Regina Pedrosa. Um minuto de silêncio.

**Julio Cesar Caruzzo, secretário geral do CMS/SP:** Lê a pauta da reunião.

**A-** Aprovação da Ata da 221ª Reunião Plenária Ordinária;

**B-** Informes da Mesa;

**C-** Informes dos Conselheiros;

**D-** Informes das Comissões;

**E-** Ordem do Dia:

- Apresentação do Plano de Metas;

- Relatório Anual de Gestão 2016 - RAG 2016

F – Deliberações

- 1– Aprovar o Planejamento do CMSSP para 2017;
- 2 – CONDEFI;
- 3– Aprovar o Regulamento da 2ª Conferência Municipal de Saúde das Mulheres;
- 4-Criação de Grupo de Trabalho para discussão do Sistema CONEP

**William Hélio de Souza, Conselheiro Titular representante do Poder Público:** Solicita inclusão de pauta na Ordem do Dia, Apresentação do SAMU.

**Deodato Rodrigues Alves, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Categoria Saúde:** Solicita inclusão de pauta nas deliberações: Coordenação da comissão executiva do CMS/SP.

**Maria Adenilda, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste, coordenadora da Comissão Executiva:** Esclarece que o RAG foi entregue no dia 30 de março ao CMS/SP e que o Dr. Claudio não poderá comparecer hoje para fazer a apresentação. A pedido do conselheiro Deodato será analisado pelas comissões antes de vir ao Pleno; em respeito ao senhor secretário será acatado o pedido de adiamento da apresentação, mas lembra que a Lei 141 precisa ser cumprida. Há solicitação de iniciar a reunião pela Ordem do Dia. Há um pedido da SMS para ser apresentado o SAMU. **Consulta ao Pleno: Aprovado.** Serão lidos os informes da mesa para que os novos conselheiros possam participar da reunião de hoje como conselheiros.

#### **Informes da Mesa**

**Julio Cesar Caruzzo, secretário geral do CMS/SP** informa que a SMS enviou ofício indicando novos representantes do Poder Público para o restante do biênio 2016/2017:

William Hélio De Souza, Edmir Peralta Albuquerque, Denize Calvo Costa, Maria José Rollo Ribeiro, Jovino Paes Júnior, Josefa Lucileide de Lima Abreu e Miriam Carvalho de Moraes Lavado. No segmento prestador filantrópico, a conselheira Maria José Rollo Ribeiro é substituída pelo Sr. José Ladislau Rosa, por indicação do Fórum das OSS, e que não se encontra presente e justificou sua ausência, por motivo de viagem. Carta da Central de Movimentos Populares de Saúde indicando o Sr. Alexandre Bonfim Santos em substituição à Sra. Vera Lucia Padilha, segmento dos usuários. Carta do Movimento Popular do Estado de São Paulo indicando a Sra. Lidia Tavares da Silva em substituição à Sra Marizi da Silva Ferreira. Deseja boas vindas a todos.

**Dra. Maria da Glória Zenha Wieliczka, Secretária adjunta da SMS :** Cumprimenta a todas e todos , agradece a compreensão por poder realizar essa apresentação no Pleno de hoje, pela urgência em apresentar o projeto de urgência e emergência, que é uma área que precisa ser organizada, pois é perceptível a deficiência que existe nesta questão na cidade de São Paulo. Não há um sistema estruturado na cidade. Um dos pontos importantes a ser apresentado refere-se ao SAMU, que é a parte móvel. Pediu

ao Dr. Takano, que está respondendo pelo SAMU e que coordena a parte de urgência e emergência para fazer esta apresentação ao CMS/SP para conhecimento, discussão e também tirar as dúvidas que por ventura ocorram.

**Dr. Marcelo Itiro Takano:** Cumprimenta a todos, dizendo que é sempre um prazer estar nessa casa. Contextualizar a problemática que atinge o componente pré-hospitalar móvel da rede de urgência e emergência. Um dos fatores muito importantes para trazer ao CMS é a situação de como se encontra o SAMU hoje, o que está justificando o gabinete e a coordenação buscar alternativas para dar uma melhor resposta para os usuários, dar melhor estruturação e ganhar um novo entendimento e um novo status gerencial, estrutural e principalmente assistencial. Antes de chegar ao programa proposto é importante que todos saibam do tamanho que é o SAMU. Um dos maiores da América Latina. Hoje, a estrutura que tange o SAMU comporta em torno de 239 viaturas atualmente, mais 36 motolâncias habilitadas, uma central de regulação, seis Coordenadorias Regionais, 64 bases descentralizadas, para cobertura de um território tão extenso como o do município de São Paulo. Hoje, a sede administrativa e a central de regulação trabalham no mesmo local, próximo ao gabinete, no Bom Retiro. Nós temos habilitados no Ministério da Saúde 122 viaturas, sendo 107 de suporte básico, com condutor e auxiliar, e 15 de suporte avançado, com condutor, médico e enfermeiro. Fora as 122 viaturas habilitadas, contamos hoje com 88 viaturas de reserva técnica, duas de múltiplas vítimas, uma de remoção operacional, como se fosse um furgão, para transportar equipes para grandes necessidades, 6 veículos operacionais de apoio e 20 administrativos para fazer toda a operação. Temos 48 motos, que acompanham a nossa frota de ambulâncias, com uma dificuldade de evolução dentro do registro junto ao Ministério da Saúde. Houve tentativa de habilitação maior em meados de 2013, que não pode ser concluída por falta de RH e temos mantido nos últimos anos um número estável de viaturas. É com esse quantitativo que o município de São Paulo dispõe hoje para tentar fazer assistência à sua população. Obviamente esse é o número cadastrado. Infelizmente não estamos reunindo condições operacionais dentro do contexto atual para colocar de fato as 122 viaturas nas ruas. Isso gera muita angústia para o gestor, que precisa criar alternativas para atender a sua população de forma melhor. O SAMU foi criado em 2003, com 33 unidades. Ele foi ampliando progressivamente até chegar ao número atual, que não está a contento da nossa administração. A intenção é ampliar para garantir uma assistência melhor. A gente tem um grande desafio, que é como fazer toda a operação dessa estrutura, dessa máquina, numa cidade tão grande. O Ministério da Saúde qualifica e habilita, e isso significa prover custeio para a estrutura da base da central de operações das ambulâncias. Toda operação que está agregada à assistência, o esforço tem que ser dado pelo gestor local, então a estrutura de base descentralizada, gerência, administrativo, provimento, já estão constantes dentro do recurso financeiro destinado pelo Ministério da Saúde. E hoje a gente vive uma situação de trabalhar muito em bases alugadas. Para se ter uma ideia, nós temos 36 bases modulares que a gente paga aluguel para cada uma e 28 convencionais. Das 28 convencionais, 22 encontram-se em

terreno próprio e 6 em terrenos locados. Fora as coordenadorias regionais, que são todas praticamente instaladas em terrenos locados. Isso gera um custo e uma dificuldade administrativa muito grande. O SAMU já chegou a ter 100 bases descentralizadas ao longo de sua evolução, desde a sua criação. Houve uma redução importante em 2014, 2015, 2016, na tentativa de otimizar e administrar melhor também o seu RH. O SAMU é um dos setores da SMS com um quantitativo profissional muito grande ligado à sua estrutura administrativa. O SAMU conta com aproximadamente 2.300 funcionários com estrutura administrativa incipiente para cuidar tanto da central quanto da parte descentralizadas. Há uma limitação na condição técnica do gabinete de gerar uma responsabilização com toda essa estrutura. De 2011 a 2016, perdemos 11% do nosso corpo funcional. Padece de redução de funcionários, seja por aposentadoria, seja por desligamento. Se a gente fizer restrição do corpo funcional ao corpo assistencial, a perda foi de 24%. Isso deixa muito clara a necessidade da nova gestão intervir, promover mais ambulâncias na rua e melhorar a assistência à população. Precisamos também estar atentos às condições do nosso trabalhador. Precisamos melhorar o gerenciamento e a atuação junto ao nosso trabalhador para que ele não se afaste tanto quanto vem acontecendo. Enquanto o SAMU tem o olhar muito mais para o lado administrativo, ele precisa também voltar o olhar para a saúde do seu servidor. Investir em trabalhos assistenciais, profiláticos, treinamentos e capacitação. Numa avaliação de 2016, nós tivemos 1.105 eventos de afastamentos em nossa rede. Isso significa em média, 36 ambulâncias a menos rodando por afastamento de servidores. Precisamos agregar uma estrutura gerencial e de capacitação ao nosso funcionário para que ele atenda bem e que seja respeitada a sua saúde. Todo o exposto levou a gestão atual a repensar a maneira de distribuir a sua parte administrativa do SAMU, lembrando que o SAMU trabalha em dois níveis operacionais: o nível 1, que é o acolhimento da demanda do usuário, e o nível 2 – o despacho. Hoje se trabalha muito e se ocupa muito com o tempo de assistência, que é o tempo de abertura da chamada até a chegada ao hospital. Essa tomada de decisão está sendo feita primeiro em quem vai atender e depois para onde eu vou levar. Isso gera um tempo de ocorrência que está dentro do parâmetro atual, mas que desconsidera um intervalo muito importante que é a tomada de decisão. Quem vai fazer o atendimento final do usuário? Quanto tempo está demorando para que esse usuário chegue ao hospital e a equipe do hospital esteja livre para um outro usuário, numa condição melhor? O SAMU hoje é um dos serviços mais universais e mais democráticos dentro do SUS, independente se o usuário é SUS dependente ou não. Independente do maior grau prioritário, o SAMU acolhe. O SAMU de São Paulo não fala não. O problema de não falar não é que ele gera uma gama muito grande de ocorrências com prioridade clínica diferente. E a gente precisa atender melhor todas as prioridades. Então, quando a gente fala que atende 96% dos casos gravíssimos, o SAMU de São Paulo hoje atende só 36% dos casos de baixa complexidade. Temos que atender o usuário grave cada vez melhor. Precisamos atender também aquele grau de gravidade presumida que hoje está sendo mal acolhido. 40% dos casos que não são tão graves e num tempo de resposta que ainda não está satisfatório. Há necessidade de uma estratégia que atenda a todos da melhor forma, respeitando a priorização clínica, mas que a gente consiga dar uma resposta mais contundente. E é daí que veio a proposição do SAMU Linhas de Cuidado. É entender que

hoje, tão importante quanto ampliar a cobertura de atendimento, e que fique registrado que o município de São Paulo, apesar de toda a sua riqueza, não consegue contemplar 100% da cobertura assistencial do SAMU, grande parte por dificuldade de composição de RH. Nós temos 122 ambulâncias e a gente não consegue colocar todas nas ruas, sendo que trabalhamos com centro de custo de 239 viaturas. Nós temos que fazer a melhor gestão dessas viaturas, fazendo com que as ambulâncias que nós temos, que nós custeamos, que nós damos a manutenção, possam efetivamente prestar serviço aos cidadãos. É colocar essas ambulâncias em efetiva operação. É principalmente, além dessa parte administrativa, identificar um mecanismo regulatório que busque o paciente no seu território para a porta certa. É colocar o paciente certo no lugar certo. Tão grave quanto ter uma estrutura deficiente, é ter uma estrutura redundante. E é por isso que está sendo proposta a integração. A prioridade do sistema de classificação de risco do SAMU varia, da mais grave para a menos grave. Somente 3% das solicitações são de casos extremamente graves. 35% de casos médio graves e todo o restante dos casos de baixa prioridade. Apesar dessa situação hoje, grande parte das demandas do SAMU, as pessoas não procuram as unidades alternativas, eles vão para o hospital. 80% dos encaminhamentos, até mesmo dos casos não graves do SAMU, vão para a porta do hospital. Uma situação que atrapalha o fluxo operacional, numa situação em que a gente está entregando um produto muito aquém da necessidade do usuário, impedindo também que os que mais precisam possam ser atendidos de forma mais adequada. Essa distribuição ocorre e a avaliação é regional. A gente precisa dar um requinte de planejamento e acompanhamento regional. Os tempos respostas atualizados neste último semestre também precisam melhorar. Em dezesseis minutos que atende na prioridade eco e uma hora e 36 minutos na prioridade alfa. Então, qual é a necessidade? Integrar as estruturas para que através de 4 grandes eixos de ação: SAMU Cuidados Básicos, SAMU Cuidados Prioritários, SAMU Saúde Mental, e SAMU Vias Seguras, os equipamentos de saúde de urgência e emergência se integrem e deem uma resposta adequada, considerando a gravidade de cada solicitação. O SAMU Cuidados Básicos nada mais é do que a integração das bases descentralizadas dentro do território aos equipamentos de saúde já presentes nos territórios, principalmente aqueles equipamentos que possuem condições de atender à demanda espontânea de baixa prioridade. Então, se a gente tem 60% dos casos de baixa prioridade, eles não têm que ir para o hospital, eles têm que ser acolhidos bem nas unidades básicas de saúde no nível estratégico correspondente com a necessidade e precisa ter a vinculação territorial. A região, a população, precisa saber ao certo quem vai atender a demanda de saúde de urgência/emergência de baixa prioridade em cada região. É essa integração, não só o fato de dar uma resposta, mas principalmente vincular aquela população dentro de um equipamento, dentro de um território e dentro de uma lógica assistencial que seja coerente. Essa vinculação, além de melhoria assistencial, proporciona maior integração do paciente à equipe. O SAMU não pode pegar o paciente e levar para onde der. Tem que estar integrado dentro do equipamento de sua região. Isso permite, além da integração, também um suporte - definição de papel de responsabilidade, permitir um suporte recíproco. Se a unidade precisar de um atendimento de urgência, ela não vai ter que recorrer a outro equipamento e outro tipo de ambulância, porque a equipe está integrada, conhece seus

companheiros, vai apresentar a mesma estrutura gerencial. O gerente da unidade de demanda espontânea é o mesmo gerente da equipe que vai buscar o paciente. O principal conceito a ser quebrado é que o SAMU não tem que levar, a princípio, o paciente a lugar nenhum, tem que identificar qual a necessidade de saúde e assumir a responsabilidade da atenção integral do território. Existem os casos de alta complexidade que exigem treinamento mais integrado com a unidade que vai receber. Isso é importante. Além de tentar agregar essa hierarquização da assistência, cada pessoa do seu território tem que saber qual vai ser o equipamento que vai atender ao caso grave, seja por demanda espontânea, seja por demanda referenciada, mas principalmente melhorar muito o tempo de transição. Os hospitais, tanto os estratégicos quanto os hospitais estruturantes, darão apoio assistencial às unidades de suporte básico. A transição, a disponibilização da ambulância e o tempo que ela leva para chegar até o local. A ambulância precisa estar pronta para o atendimento. A Saúde mental é uma briga que nós temos de uma maneira constante. Há uma necessidade de tratarmos o paciente de saúde mental numa prioridade diferenciada. A prioridade de Saúde Mental muitas vezes não é clínica, mas tem uma valência social, uma importância muito grande. E não há como tratar componente pré-hospitalar móvel sem dar essa expertise no território, não só no atendimento primário, na qualificação da demanda e o atendimento em cena, mas principalmente por abrir portas para o atendimento primário de urgência que não o pronto-socorro hospitalar. Nós não queremos mais o usuário de saúde mental competindo com leito dentro do hospital geral sem que efetivamente haja necessidade para isso. A estruturação da rede de saúde mental abrirá as portas dos equipamentos, principalmente dos CAPS tipo 3 para que a equipe reconheça e acolha numa porta não só hospitalar, e se for necessário, remeta para o hospital e principalmente crie vinculação com o seu território. Cada região terá uma equipe especializada efetivamente de saúde mental para prover assistência. SAMU Vias Seguras: Todo mundo entende a problemática do acidente de trânsito dentro do nosso município. Não só num programa que a gente está conseguindo dar uma excelente cobertura assistencial, que é o Programa Marginal Segura, mas principalmente em todas as vias que hoje são palcos de acidentes e morbidades que são trazidas para nosso hospital. Nós precisamos atender essas pessoas cada vez melhor e mais rápido. E aqui há uma excelente oportunidade de integração com a CET, com o Corpo de Bombeiros, fazer atendimento especializado, com equipe treinada, integrada com seus hospitais estratégicos. A gente está propondo criar e trazer para São Paulo um conceito extremamente moderno que já existe em vários locais do Brasil, mas que não existe em São Paulo, que é a introdução do custeio do veículo de intervenção rápida, composto por um médico e um enfermeiro. Vai de encontro com o paciente. Se houver necessidade, ele compõe a tripulação de uma viatura normal, e se ele não tem, já vai atender a uma outra ligação. Não perde tempo na transição. É um porta voz rápido, uma assistência que vai modulando cada vez mais. Então, é uma importante oportunidade da gente conseguir introduzir essa marca dentro do município. A assistência à saúde precisa ser regionalizada, hierarquizada, cada componente entendendo sua missão assistencial, sabendo qual a competência de cada região administrativa.

Trabalhando paralelamente com as mesmas prioridades, estarão as equipes de saúde mental, e as equipes das vias seguras, principalmente com o paralelo da ação do resgate 193 atuando dentro de sua competência. O fluxo de trabalho, a tomada de decisão, vem sendo organizada, esse processo assistencial vem sendo debatido em vários fóruns, a gente já teve a oportunidade de apresentá-lo aos companheiros da mesa sindical em duas oportunidades; com a área técnica nos estamos debatendo, com os parceiros, e é importantíssimo que a gente faça essa discussão aqui no CMS/SP. Mais importante que de que as pessoas entendam toda essa matriz de decisão, é entender também os benefícios. O grande benefício é que a gente vai ampliar a nossa cobertura populacional hoje, que é de 122 viaturas não operantes, por conta da dificuldade de estrutura gerencial, por conta da dificuldade de RH, com uma meta inicial de atingir 154 ambulâncias, sendo 122 de suporte básico, 26 de suporte avançado e 6 veículos de atenção rápida. E o que é importante: esse número só reflete o que o município de São Paulo precisa colocar no seu território para ter a cobertura de 100%. Nós iremos alcançar os 100% de cobertura assistencial do SAMU dentro deste município.

Como faremos isso, já que não existe mágica, será com uma arquitetura não só assistencial, mas arquitetura financeira. A integração desses componentes, desses equipamentos redundantes dentro do nosso território, ou seja, aquela base do SAMU que está apartada do território, se ela se integrar com as unidades que já existem, que já um centro estrutural administrativo de custo, o potencial de redução, tanto com diminuição de aluguel e manutenção chega hoje na casa de 27 milhões. Se a gente chegar na meta proposta, a gente tem a condição de pleitear, junto ao ministério da Saúde, um custeio adicional de 13 milhões. E há um investimento importante que também não é só de urgência, mas que efetivamente ocorre tanto na autarquia quanto na CRS, que é a solicitação do transporte complementar para uma outra forma de transporte que não o SAMU, que gira em torno de 27 milhões. Com certeza esse valor também poderá ser otimizado. É fazer melhor a gestão do recurso público já utilizado. É colocar em efetiva operação todo centro de custo que nós pagamos. Colocar na rua, para atender a população e melhorar nosso tempo resposta. É esse o programa e a gente está muito feliz em chegar a mais um fórum para receber opiniões, críticas, incorporá-las dentro do programa, que vem ganhando corpo, estrutura, e a função principal é atender melhor a população de São Paulo. Obrigado.

**Anselmo Silva, Conselheiro Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Norte:**

Declara-se preocupado, apesar da excelente apresentação. Que haja campanha de educação para a população. Chama o SAMU para ir ao hospital. Isso é cultural. É necessária uma campanha de esclarecimento. Temos equipamentos de TV nas unidades de saúde, só que não tem som. Propõe que se coloque chamada por senha no televisor e que este equipamento seja utilizado para discutir esse assunto do SAMU. Não concorda que se tirem as bases do SAMU, mesmo sendo caras. Acontece que as UBS funcionam até às 19 horas. E depois? Como ficam os atendimentos e as remoções?

**Darcy Da Silva Costa, Conselheiro Titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:**

Temos na cidade, segundo pesquisa recente da FIPE, mais de quinze mil pessoas em situação de rua, sendo oito mil em albergues e mais de sete mil em situação de rua. Ocupam diversos territórios: Mooca, Centro, 14 Bis, etc. São regiões com grande concentração de pessoas em situação de rua. Reclamam muito do atendimento prestado pelo SAMU. São de 4 a 5 horas de espera por atendimento, quando chega. Lembra que com a aproximação do inverno precisam se preocupar com o Programa Baixas Temperaturas, pois no ano passado morreram sete pessoas e o SAMU não teve tempo de socorrer essas pessoas. Viu as prioridades apresentadas pelo Dr. Takano e quer saber onde fica a prioridade para atendimento a essa população.

**Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Suplente representante dos Portadores de Patologias:**

Parabeniza o SAMU. Considera quem trabalha nesse atendimento verdadeiros heróis. Já teve caso na família de necessidade de acionar o SAMU. Os planos de saúde usam o SAMU e o poder público não é ressarcido. Precisam ser incluídos nessa discussão. Deveria haver um departamento na SMS para verificar os planos de saúde, já que estamos falando de otimizar recursos. Serviços usados por planos de saúde que não ressarcem o SUS.

**Jason Gomes Rodrigues Santos, Conselheiro Titular representante Conselhos Regionais Função**

**Fim:** Preocupa-se com a Saúde Mental. Como será a operacionalização, a articulação com os CAPS? Vai haver equipe em todas as regiões? Preocupa-se também com a população de rua, porque muitas vezes a porta de entrada do paciente de saúde mental é por aí, ou pela polícia. Preocupa-se também com a quebra do início do atendimento e a continuidade do mesmo. Por exemplo, um caso de AVC, o paciente vai para o hospital, sofre intervenção, é estabilizado e fica com comprometimento de linguagem, por exemplo, problema de afasia. Hoje, há uma quebra aí. A reabilitação fonoaudiológica de uma pessoa afásica necessita de atendimento contínuo, porque senão, não há recuperação. Quer saber se essa questão foi pensada. A emergência é fundamental, mas às vezes pega um caso que tem que ser continuado; o paciente é o mesmo e muda de serviço, e a gente fica sem saber o que acontece.

**Francesca Ednela Andrade Gomes, Conselheira Titular representante dos Movimentos Sociais e**

**Comunitários:** Preocupa-se com as pessoas em situação de rua e com o atendimento em vias públicas; de que forma esse serviço vai chegar a essas pessoas? Com referência às coordenadorias e supervisões técnicas, existem viaturas que transportam pacientes para determinados serviços. Considera que já estão sendo prejudicados e quer saber como ficarão esses serviços. A preocupação com as UBS é ainda maior, porque não funcionam 24 horas. Algumas fecham às 17 horas. Pergunta de que forma esses pacientes serão atendidos com essa integração se hoje nem a prevenção as UBS estão conseguindo realizar.

**Dr. Marcelo Itiro Takano, do SAMU:** É muito importante a conscientização da população, não só saber quando chamar o SAMU, mais principalmente o poder público deixar claro para cada usuário dentro do território, quais são as alternativas assistenciais, de acordo com a gravidade do caso. A população tem que saber que quando tiver um quadro agudo, um quadro que necessita de atendimento e não consegue se transportar, tem que ligar para o SAMU. O SAMU não vai ser unidade de taxi para levar o paciente, ele tem uma necessidade. Ao mesmo tempo, ele vai ter que saber qual tipo de problema vai ser atendido numa UBS, numa AMA, num pronto-socorro ou num hospital geral. Faz parte da função do poder público deixar claro para a população as alternativas de atendimento. E a população precisa confiar. Se ela não confiar que será bem atendida na UBS, ela vai direto para o hospital. E a construção da confiança, de mostrar para a população que nós estamos para atender casos de gravidade leve neste local, gravidade média no pronto-socorro e o que é grave no hospital, é fundamental, função de esclarecimento e conscientização. A população só erra quando ela não é informada. É nossa função informar. A questão da população em situação de rua, o cuidado básico é a melhor oportunidade de estratificar essa modalidade de atendimento de baixa prioridade clínica, mas extremamente alta em vulnerabilidade social e condição técnica. É saber que população em situação de rua e a questão de baixas temperaturas, o primeiro atendimento é emergencial, mas que efetivamente, o que esse paciente precisa é o cuidado para sua enfermidade aguda e vinculação dentro do seu território. Que não seja em uma UBS pela sua situação, mas dentro de um centro de acolhida. A Assistência Social e a Saúde devem trabalhar lado a lado. Teve a oportunidade de fazer parte da última transição, e o cuidado que vem sendo dispensado para atender a população de rua, ela evoluiu significativamente se você comparar 14, 15 e 16. Como o Programa SAMU Cuidados Básicos, a gente espera que essa adesão seja ainda maior. O paciente que vai a óbito, e eventualmente vai a óbito não só pelo frio, dos seis pacientes que morreram somente um tinha como causa relacionada com o frio, mas os pacientes passam mal e precisam ser atendidos rapidamente, e a condição social não pode ser impedimento para ele ser atendido por um hospital, uma UBS. A gente tem que ter a condição de pegar rápido a solicitação, avaliar para onde precisa ir, e precisa dessa informação integrada no território. A estrutura de saúde mental é matriciadora com um suporte avançado por região. A saúde mental está paralela no programa. Deve haver suporte técnico-assistencial para casos leves, graves e médios. E também pra os CAPS, especialmente CAPS 3. O paciente pode necessitar de uma estabilização que pode requerer 24 horas, dentro do CAPS ou vai ser necessária a internação. Tem que haver essa vinculação ao território. Se é uma população transitória, tem que ser identificada, se precisou de atendimento de saúde mental e esse atendimento não vai se limitar a uma internação ou tirar da crise. Definir pontos assistenciais é definir eixos de toda a rede. Quantos centros de trauma existem no município de São Paulo? Nenhum. Quantos centros de coronária existem? Nenhum. Isso significa que é preciso estruturar isso na rede. Nós temos unidades que resolvam problemas de AVC, problemas de trauma, que resolvam problemas de coronária. Isso não significa que eles estejam articulados em rede. E a prerrogativa do MS para reconhecer a habilitação é a articulação de rede, que é o maior espaço, a maior oportunidade. O SAMU é o programa do SUS mais universal e mais democrático e de mais fácil acesso.

Três dígitos e qualquer cidadão tem acesso. Na questão das UBS, deixa claro que no SAMU Cuidados Básicos, a unidade não vai necessariamente se vincular à UBS, mas precisa ficar claro qual a UBS será responsável pela cobertura. Não temos hoje a vinculação territorial. Cada componente tem que saber a unidade que vai ser responsável pela cobertura. E em vias públicas a parceria com a CET facilita a localização do paciente.

**Dra. Maria da Glória Zenha Wieliczka, Secretária adjunta da SMS:** Estamos hoje falando do sistema móvel de urgência e emergência. Queremos avançar. É claro que quando uma pessoa tem um enfarte, um AVC, tem que haver continuidade. Estamos trabalhando, o secretário trouxe experiências de CCI, Centros de Cuidados Integrados, que já existem no interior, e que são extremamente interessantes. São centros onde a pessoa que tem um AVC e sai com sequelas, vai para um desses centros, tem tratamento com equipe multidisciplinar, recuperando aquilo que é possível recuperar. Quando volta para casa, muitas vezes volta podendo retomar seu papel dentro da família, dentro da sociedade. Traremos isso ao CMS. Mas hoje estamos falando do atendimento móvel de urgência e emergência. Quando uma ambulância fica na unidade, na hora em que a unidade fecha, ela vai para a unidade que está aberta mais próxima. Mas continua sendo a referência daquela região. Com isso, estamos levando o SAMU mais perto da região. Quando ligamos para o 192 não sabemos qual a base. Com esse projeto, ficamos sabendo que é para aquela base da nossa região, que nos representa. A população vai aprender e entender. É uma maneira muito mais democrática de se colocar o serviço muito mais próximo da comunidade com eficácia e maior poder de resolutividade.

**Dr Wilson Pollara, Secretário Municipal de Saúde de São Paulo e Presidente do CMS/SP:** Reitera a fala da Dra. Glória. Faz questão de estar presente no CMS mas hoje está com a imprensa procurando-o sobre o fechamento de alguns leitos de câncer do Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho. Também já conta com os números do Corujão da Cirurgia. Rapidamente começaremos a chamar os pacientes que estão na fila para realização de cirurgias em atraso. Vamos ter que explicar para a população que a base operacional é a UBS e a equipe de saúde da família, que vai orientá-la para onde ir. Cada um vai ter que ter a sua UPA, a sua UBS, o seu médico da família, sua ambulância e o seu hospital. Faremos a orientação por site, para que as pessoas reconheçam o seu médico da família, responsável por elas, qual a UPA que irá atendê-las. Isso para a gente evitar coisas como as que ocorreram com este Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, que havia contratado 130 cirurgias conosco e nos informaram que apareceram 500 pessoas que foram operadas. E o Instituto quer receber pelas cirurgias realizadas. Fica difícil porque há uma verba lotada naquele hospital. As coisas precisam ser mais organizadas, de forma que a gente tenha todas as pessoas com suas vagas garantidas em um determinado hospital em suas regiões. Isso está na Constituição, é o artigo 198 da Constituição Federal, que diz “As ações de saúde devem ser realizadas através de redes regionalizadas e hierarquizadas, que constituem o Sistema Único de Saúde”.

**Maria Adenilda, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste, coordenadora da Comissão Executiva:** Como já foi falado na prestação de contas da SMS, gastamos muito com média a alta complexidade e a nossa competência municipal não é essa. O Hospital Beneficência Portuguesa cobra muito caro e os pacientes não são do município. Temos que rever o uso do recurso na cidade de São Paulo. O Estado tem uma competência muito grande com relação às ações de média e alta complexidade.

**Dr Wilson Pollara, Secretário Municipal de Saúde de São Paulo e Presidente do CMS/SP:** Concorda com a conselheira. A metade dos atendimentos da Beneficência Portuguesa são para moradores de fora do município. Com essa reformulação isso vai mudar. Aquele hospital vai atender somente aquela população que está referenciada para ele. Somente se houver alguma necessidade extrema irá atender outras pessoas. Caso, por exemplo, de uma especialidade que ele tenha que não haja nas outras. As áreas fronteiriças também constituem um problema. Hoje as farmácias das áreas fronteiriças disponibilizam 30% dos medicamentos a pessoas residentes em outros municípios. Isso sai tudo do nosso bolso.

**Regina Célia Pedrosa Vieira, Conselheira Titular representante dos Portadores de Patologias:** Declara que já esperou 4 horas pelo SAMU. É de Casa de Apoio. Quando chegou a viatura, a demora foi justificada por falta de gasolina. Na região norte, conhece três bases: na Braz Leme, no Mandaqui e outra. Tendo três bases na região, sua casa de apoio foi atendida certa vez com viatura da Zona Leste. Sugere uma campanha de conscientização da população, para explicar como vai ser a partir de agora. O hospital do Mandaqui atende trauma, é referência de trauma.

**Miriam Carvalho de Moraes Lavado, Conselheira Suplente representante do Poder Público:** Parabeniza a apresentação, considera importante a regionalização, mas há alguns pontos que gostaria de esclarecer. Durante a apresentação, entendeu que algumas bases serão revistas para que não se tenha o custo da locação delas, para que se possa investir na estrutura, e que isso será movido para a UBS. Entendeu que não são todas as UBS que terão uma ambulância, serão escolhidas as de referência da região e quer saber qual será o critério para escolha. Uma segunda preocupação é de que forma se dará a comunicação. Como se integrar na rede? O RH será compartilhado com a UBS? Reforça também a pergunta sobre as remoções assistenciais, porque na ponta há um grande número de solicitações de remoções assistenciais para consultas. Foi gerente de UBS durante algum tempo, e o grande movimento da ambulância que é da coordenadoria é para essa remoção assistencial, e ela não dá conta de fazer essa remoção. Fica preocupada se essa ambulância for aproveitada para o sistema de urgência e emergência. A coordenadoria não dá conta. Como ficará essa situação?

**Lourdes Estevão de Araújo, Conselheira Suplente representante das Entidades Sindicais Gerais:** Teria outras questões, mas parabeniza o Dr. Takano porque nesse processo de discussão, temos tido alguns problemas na discussão com os trabalhadores, mas isso estão fazendo. Foi criada uma mesa e a discussão é bastante produtiva. Porém, como munícipe, gostaria de expressar algumas preocupações com a natureza em si do SAMU. Não dá para pensar o SAMU, rede de urgência e emergência sem olhar a rede hospitalar. Porque essa é a nossa maior dificuldade. Como pertence ao sindicato, muitas vezes é procurada pela imprensa para saber como funciona. E sempre diz que não dá para falar do SAMU sem falar dos hospitais. Os hospitais carregam uma culpa que não é verdadeira, que as ambulâncias ficam todas presas no hospital. Acontece que nem todos os hospitais recebem o SAMU, e é verdade que em algumas horas da noite, alguns hospitais a partir de meia noite já ligam para o SAMU para dizer que não têm mais vagas. O hospital da OSS não gosta de receber o SAMU. E a ambulância fica circulando até ser atendida. E quando chega ao hospital, sobretudo no hospital municipal, se não tiver leito o paciente vai na maca, se não tiver maca vai na cadeira, e se não tiver cadeira é atendido de pé. O pessoal do SAMU precisa deixar o paciente para poder buscar outro paciente que está chamando. E não tem onde colocar o paciente. Os funcionários vão colocar no chão? Não existe solução para o SAMU se a gente não trabalhar com a rede hospitalar. E para isso, precisamos de RH, os trabalhadores de hospital hoje e boa parte tem contrato de emergência. Esses trabalhadores não têm estabilidade e se encontrarem um emprego amanhã, eles saem. De um dia para o outro você fica sem trabalhadores, e isso gera um reflexo extremamente importante no SAMU. E é esse serviço que dá óbito. O paciente que sofre infarto, que sofre acidente precisa de atendimento imediato.

**João Cordeiro, Conselheiro suplente representante dos movimentos sociais e comunitários:** Passa a palavra ao Sr. Sandro do Hospital Tide Setúbal, e membro do CONDEFI: Quer saber como será o treinamento do pessoal, porque há a questão de continuidade do tratamento. Cita que não se quer que ocorra o que aconteceu no Hospital Padre Bento, onde só entra no hospital se for de SAMU. O que ninguém quer também é a reedição do PAS. Considera a proposta de regionalizar a saúde igual ao PAS. Pode haver regionalização quando há rede ampla de atendimento nas regiões. Como trabalhador de hospital que tem um AMA que não serve para nada, se preocupa e quer saber por que os trabalhadores do hospital vão ficar expostos. Como representante sindical e funcionário concursado quer reivindicar concurso. Falou-se em transferir trabalho para o bombeiro. E a gente não quer isso. A gente quer concurso público, funcionário público. O terceirizado se arrumar emprego que paga mais ele sai, não tem propósito, planejamento de vida pública, não é funcionário público e não liga para o paciente. O negócio dele é lucro. E a saúde não pode ser vendida, ser colocada como lucro.

**Hugo Fanton Ribeiro da Silva, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Oeste:** Acredita que, na apresentação, foram identificados corretamente uma série de problemas da organização da atenção básica na cidade de São Paulo. Seu medo é que a resposta para a solução desse problema seja a descaracterização da organização do atendimento de urgência e emergência. Corre-se o

risco de não dar a resposta efetiva para a organização da atenção básica, da rede de cuidados e ao mesmo tempo perder aquilo que a gente tem na atenção à urgência e emergência. Este é o risco que está colocado. Quando a gente olha para a organização do cuidado na atenção básica, a questão da ambulância e do transporte, entre os equipamentos, é uma das questões que vão muito além daquilo. Não há uma coordenação do cuidado de fato, e sequer a clareza na organização dos serviços, de quais são as portas de entrada para os usuários, que unidade ele deve seguir, e em qual momento. Esta é sua maior preocupação. Ao tentar responder a uma série de problemas da atenção básica, de organização em rede que vão muito além da disponibilidade ou não de ambulâncias, descaracterizar um serviço de atendimento para urgência/emergência. E a gente corre o risco de não ter nem um nem outro. Aproveita para mostrar quão embaixo está o buraco, e sabe que não é um problema que não é só desta gestão, é um problema que é histórico, de como organizar a atenção básica, mas é uma questão que aconteceu nesta gestão, que é uma foto de um cartaz que foi colocado numa unidade de saúde, numa UBS do Butantã, que é a região da qual é usuário. Diz assim: “Quando ir à UBS e quando ir ao AMA”. O paciente deve olhar quando deve procurar um serviço e outro. Quando ir ao AMA está: febre alta, diarreia, ferimentos superficiais, dor no peito, hipertensão, bronquite, asma e falta de ar, diabetes. Ou seja, entende que não é para a pessoa ir à UBS. E o pior é que são colocados endereços de AMA localizados em outras regiões. AMA Santa Cruz, AMA Sé e AMA Sorocabana. Esse cartaz é bastante elucidativo na sua opinião de um problema que a gente tem que é como organizar o cuidado na região, qual a porta de entrada. E não se trata apenas de uma questão de esclarecimento, é de organização e de gestão do serviço. Qual a opção? Estratégia de Saúde da família, ou UBS tradicional, com especialista. No próprio discurso para a imprensa que se dá é que vai ter naquela unidade o ginecologista, etc. aí vem o secretário e diz que é a ESF. Não está claro para ninguém como de fato vai ser organizada a rede de atenção. Preocupa-se com um problema dessa magnitude que vai muito além do serviço de ambulância, esteja tendo como resposta uma mudança na organização do SAMU. Considera que se corre um sério risco de descaracterizar um serviço sem melhorar a organização em rede do cuidado. Também não funciona o serviço de referência e contrarreferência. Para finalizar, cita a questão do financiamento, foi colocado na apresentação o investimento do governo federal. Quer saber por que a ausência do Estadual. É obrigação do Estado colocar 25%, o Estado não financia a saúde na cidade de São Paulo, acha que agora é o momento de colocar na previsão de orçamento não só o governo federal mas também o governo Estadual.

**Dra. Maria da Glória Zenha Wieliczka, Secretária adjunta da SMS:** Declara que essas questões que o conselheiro Hugo levantou e os demais conselheiros que se manifestaram, vai responder. Gostaria muito que o Sr. Sandro ainda estivesse presente para ouvir. Em 1974, já era médica desta secretaria. Não é pouco tempo. Não está aqui brincando. Veio aqui porque acredita e sempre acreditou no SUS. Em 1988, esteve em Brasília, discutiu toda a questão da estruturação do SUS, trabalhou na atenção básica quase que toda a sua vida de médica pediatra, e aceitou este convite para vir aqui fazer um trabalho no qual acredita, com a intenção de melhorar. O quanto vai conseguir não depende só dela. Mas comparar o

trabalho que estamos querendo fazer com o PAS é um desconhecimento do que foi realmente o PAS, e o não entendimento do que está sendo proposto agora. Isto é uma coisa que quer deixar muito clara. Veio, como secretária adjunta, para fazer um trabalho sério e no qual acredita. Passa 12 horas ou mais nesta secretaria, levando com muita seriedade o seu trabalho. A construção de tudo isso não é responsabilidade só do administrativo desta secretaria. O Conselho Municipal de Saúde é uma parte ativa dessa construção. A crítica tem que vir, ela é importante, mas tem que vir junto com a sugestão. A crítica pela crítica não tem valor. Fazer uma apresentação de propostas, numa construção democrática. A saúde é feita em muitas mãos. Não só do administrador ou do profissional que está lá atendendo. E o papel do CMS é preponderante nessa construção. Que as críticas venham com sugestões que possam ser incorporadas. Vem aqui quantas vezes forem necessárias. Não admite que se compare o que está sendo feito com o PAS. Pede respeito. Nunca concordou com aquilo. Saiu da secretaria na época do PAS. Pede respeito ao trabalho que está sendo realizado. Acreditem na seriedade desse trabalho. Não há bandeira política, e sim a vontade de ver a sua cidade de São Paulo com uma saúde melhor, a população com atendimento melhor. E tem certeza que é possível, porque com esses anos todos de trabalho já viu momentos maravilhosos. Chegou em Cidade Ademar em 2000, e não havia nada. A mortalidade infantil era a maior do município. Hoje ela é menor. Não foram só eles que fizeram o papel lá, mas com certeza o papel de colocar uma unidade junto da outra, unindo a área de abrangência, dando uma cobertura de atenção básica maior fez diferença. Estão preocupados sim, precisamos ver o depois. A ideia é fazer uma estruturação de rede. Não é fácil. Não dá para fazer na cidade inteira. Mas em alguns lugares será possível. E esses lugares vão servir para avaliação e ver como se pode aprimorar e melhorar. Podem contar com ela o tempo que quiserem. Esse tipo de cartaz é um equívoco. Alguém na unidade que quis fazer. A rede básica hoje é uma confusão. Ninguém sabe direito o que é: tem unidade ESF, unidade tradicional, unidade integral, unidade integrada, ninguém sabe o que é a rede básica. Uma das primeiras medidas da gestão foi fazer uma discussão, com gente da ponta, com todos, sobre o que é a nossa rede. A população não sabe mesmo para onde ir. Esses são trabalhos que precisam ser feitos, um pouco de cada vez, trabalhar com rede, com atenção básica exige paciência, perseverança, acreditar no que está fazendo, mas há bons resultados. Ao longo de seus mais de quarenta anos de trabalho viu vários lugares dando resultado. Podem contar com ela sempre que for preciso, mas de uma forma respeitosa de lado a lado, e com sugestões. Este é um fórum tão grande, quantas sugestões boas podem vir de todos.

**Dr. Marcelo Itiro Takano, do SAMU:** Respondendo às questões, a primeira conselheira representou muito bem a preocupação da gestão. Quando ela citou a região norte com atendimento da região leste. O que a gestão está propondo é vincular ao território cada componente. E até reforçar; existem várias unidades do município capacitadas a fazer qualquer tipo de procedimento. Mas a articulação em rede, de acordo com os critérios da Portaria, nós de fato não temos. A colocação da conselheira Miriam foi excepcional. A questão da integração, e entenda-se integração e não substituição, e não desativação, não é exclusivamente de caráter econômico. O principal mote da integração é o caráter assistencial. A

unidades selecionadas, num trabalho que vem sendo feito em cada CRS, de identificação dos postos que são capazes de atender a demanda de baixa complexidade, a serem integrados às unidades do SAMU. Se eventualmente dentro de um território uma UBS, mesmo que nas suas doze horas tenha condição de abrigar tecnicamente uma equipe do SAMU e for capaz de atender a demanda espontânea de baixa complexidade, ela será identificada. É importante que dentro de cada distrito administrativo se saiba qual é o nome e o sobrenome de quem vai atender, na baixa, média e alta complexidade. O Programa SAMU Linhas de Cuidados não vai mudar uma vírgula as diretrizes da Portaria 2048. O atendimento, a captação, a autorização da remoção, de quem vai ser dada prioridade será dada pela central, que ela mantenha esse cuidado. A equipe local, quando chega, confirma o despacho. Se confirmou, vai para a unidade que lhe é pertinente, se não confirmou, a central determina o novo destino. Isso é muito importante. Hoje, a remoção assistencial muitas vezes é pouco efetiva porque ela também tem que fazer a remoção de urgência. O SAMU no cuidado básico não vem substituir o trabalho social. Não é competência do SAMU. Ele vem tirar da competência dessas ambulâncias a função de fazer urgência, que é de responsabilidade do SAMU. Então, essa somatória e esse equilíbrio vai gerar um produto final, e definindo competências de quem é o transporte sanitário, otimizando a assistência do transporte de urgência que é dado pelo SAMU. Com relação à conselheira Lourdes, considera o trabalho que vem sendo feito na mesa é o principal exemplo de como uma contribuição pode ser útil para a gestão. Na última mesa sindical a gente externou a preocupação de que a gestão tem que ter com as saúde do trabalhador. E a gente já definiu isso como pauta. Uma proposição efetiva, que vai fazer diferença vem sendo incorporada. A boa ideia é incorporada e a gestão agradece. Na questão do Sr. Sandro, a gente volta a falar de treinamento. Treinamento da central, treinamento em cena será executado. Um paciente que tem um AVC vai para o hospital, a gente não quer protelar cuidado. Foi falado sobre composição de equipe, a integração vai seguir as diretrizes gerenciais, administrativas e de contratação de cada unidade. A proposta só é viável porque está sendo projetada uma expansão, ou seja, agregar funcionários, concurso para aquelas unidades que forem de concurso, agregar funcionários com relação à operação local, aquelas que forem da direta ou indireta. A questão da organização do cuidado é a grande preocupação. A gente precisa identificar quem vai atender. É um desafio muito grande que só vai ser executado com a participação, entendimento e compreensão de todos.

**Maria Conceição Amaral, Conselheira Suplente representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Declara-se contemplada na fala do conselheiro Jason, mas quer perguntar sobre os CAPS 3.

**Deodato Rodrigues Alves, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Categoria Saúde:** Foi falado que a quantidade de ambulâncias não atende à necessidade. Pergunta qual a quantidade de ambulâncias efetivamente necessárias? Quer saber também o efetivo necessário que também não há. Passa a palavra para a Sra. Ana Lucia Firmino.

**Convidada Ana Lucia Firmino:** Declara que é do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo. É ex-conselheira. Já prestou serviços no SAMU/SP. Hoje está no SAE Santana. Parabeniza o Dr. Takano, que continua no trabalho, construímos bastantes processos dentro do SAMU/SP, principalmente a opção política do governo anterior e a manutenção do SIV, que é o Serviço Intermediário de Vida no município de São Paulo, que não é contemplado pela legislação federal, e nós queremos que se mantenha esse serviço, não só pela importância da qualidade do serviço prestado, mas também pela otimização dos recursos em função dos municípios. Uma colega já colocou a preocupação das UBS, da essência da UBS, e sabemos que isso tem um tempo. Sabemos que isso demanda infraestrutura e que não é a curto prazo. No município de São Paulo há hoje, cerca de 1.200 equipes de ESF, e o secretário disse que vai haver um aumento. Isso é bom, pois vai aumentar o acesso ao SUS. Saiu publicado no DOC um projeto de lei 463/2013 que dispõe sobre a criação de estrutura administrativa para o serviço de atendimento móvel de urgência do município de São Paulo com a criação de entidade autárquica e regime especial. Isso vai ser discutido na próxima reunião da Comissão de Saúde da Câmara. Quer esclarecimentos sobre o assunto, o que isso significa do ponto de vista administrativo.

**João Cortez Neto, Conselheiro Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Sul:** Relata que já presenciou casos de ambulância não poder sair do hospital por ambulância estar presa. O SAMU e o resgate, a própria promotoria, no dia 6 de setembro soltou um documento sugerindo que embora sejam administrados por órgãos públicos diferentes, que houvesse maior interação entre os dois. Quer deixar registrado que a polícia trata de casos de saúde mental como se fossem casos de polícia, e não são. Deve haver uma conversa entre a saúde e os delegados de polícia. Acha que a UBS não dá conta dessa estruturação, talvez a integral. Devemos ter mais UPA como a que temos na Vila Santa Catarina.

**Ana Rosa, Conselheira Titular, representante das Entidades Sindicais Gerais:** Elogia a fala da Dra. Glória, porque os programas estão sendo implantados sem discussão neste CMS. Fecharam CTA, ameaçaram fechar farmácias nas UBS, sumiram medicamentos, e o Corujão da Saúde foi implantado sem discussão aqui no CMS. E se não passar por aqui e não for avaliado por aqui, vai dar problema lá na frente. E depois não podem falar que é posição política. A 141 é clara. Se não for aprovado e incluído no PMS, não pode ser pago. Quanto aos concursos públicos, como vamos atender ao SAMU, se não damos conta do que temos? Relata que esteve junto com o Dr. Jovino no Hospital do Servidor Público Municipal de Saúde. Parecia um hospital de campanha de guerra que passa na TV. Um horror. Macas e macas nos corredores do hospital. Mais de dez macas e o SAMU na porta esperando as macas. Qual será a participação dos hospitais privados? Como ficam os atendimentos camuflados nos hospitais privados? Por exemplo, estou esperando exame há meses. Se quiser, vou ao Hospital Beneficência Portuguesa, pago R\$800,00 e faço os exames pelo SUS. E eles ainda vão receber de vocês. Quem vai fiscalizar isso? Isso é apropriação indébita. E isso ocorre há anos. Tenho uma lista de hospitais. Estruturação da rede: Quando? Como? Com que recursos? Porque não está

prevista. Esta questão é muito séria. Em Cidade Ademar não tem remédios. Percorreu diversas unidades em busca de losartana, remédio básico, e não tem.

**Dra. Maria da Glória Zenha Wieliczka, Secretária adjunta da SMS:** E se não tiver recursos, como vamos fazer? Qual será o plano B?

**Ana Rosa, Conselheira Titular, representante das Entidades Sindicais Gerais:** Tem que cobrar do Estado que ele colabore. Ele é responsável por 6% do orçamento nosso e não manda nada.

**Dra. Maria da Glória Zenha Wieliczka, Secretária adjunta da SMS:** Estamos trazendo a proposta do que está se fazendo com que há hoje. O recurso é esse que tem, e dá para estruturar a rede, que não é só construir coisas novas, às vezes é mudar um pouco a maneira de trabalhar. Quanto à construção, terá que ser vista. Dependemos de verba. Podemos defender isso nos vários conselhos. E o CMS tem seu papel. A reestruturação vai sair e precisamos trabalhar juntos.

**Francisca Andrade Quinteros, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Sul:** Pergunta ao Dr. Takano sobre os obesos. Relata caso de uma pessoa extremamente obesa que não tem atendimento domiciliar. Ela teve uma intercorrência a o tomar uma injeção e fraturou o pé. Foi levada pelo SAMU ao OS e depois o SAMU não quis leva-la de volta. Um grande problema que precisa ser previsto. Foi constrangedor o transporte da pessoa por um vizinho que teve que tirar os bancos do carro para levá-la para casa.

**Convidada Maria Helena Lima de Freitas:** O Dr. Takano começou com linha de cuidados e central de atendimento. Pertence ao movimento ecumênico. Está trabalhando junto da igreja católica com bioma. A agenda de 2030 vai manter algumas prioridades e uma delas é a saúde. A partir da ONU quer pegar a atenção básica e o atendimento primário. É de Alma Ata. Junto com isso veio também o financiamento do PROESF para infraestrutura e informação. Quer perguntar como realizar uma boa gestão em infraestrutura, trabalho e trabalhador, e isto não favorece a urgência e emergência?

**Elizabete Ferreira, Conselheira Suplente representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Fizeram trabalho árduo sobre transporte sanitário na comissão que coordena de saúde das pessoas idosas. Há muito trabalho para transportar pessoas idosas para hemodiálise, tratamento de câncer, muitas não têm condições de ser transportadas para tratamentos.

**Francesca Ednela Andrade Gomes, Conselheira titular representante dos Movimentos Sociais e Comunitários:** Não entendeu como as ambulâncias de remoções, por exemplo, Parelheiros tinha uma, e não tem mais faz muito tempo. O Conselho da supervisão está sempre cobrando uma posição da

secretaria e não obteve resposta. Serão contratadas ambulâncias para essas remoções? Quando? São de extrema necessidade.

**Dr. Marcelo Itiro Takano, do SAMU:** A questão do transporte sanitário é uma pauta que vem de encontro a um projeto, não no sentido que o SAMU vai substituir ou complementar, mas muito provavelmente algo de transporte sanitário está sendo utilizado para fazer assistência à urgência. É de competência do SAMU a situação de urgência e estruturando este programa, o transporte sanitário melhora. E a primeira onda de melhoria virá. Obviamente que a questão do transporte sanitário não envolve só a competência da SMS. É uma pauta que tem que ser discutida que não a de hoje. Existe uma onda de transformar CAPS 2 em CAPS 3, e dentro do programa SAMU 192 Saúde Mental, as unidades matrificadoras compostas por enfermeiros, médicos, e profissionais especializados estarão no CAPS 3. As demandas serão encaminhadas para CAPS ou hospitais. O SAMU tem um centro de custo de 239 ambulâncias, obviamente o problema não é falta de equipamento, mas falta de estrutura administrativa gerencial para coloca-las efetivamente em operação. Há uma projeção para colocar 154, porque esse é o coeficiente de cobertura integral que o município de São Paulo tem que ter para atingir os 100%. O Ministério nos dá uma segunda alternativa de pedir mais ambulâncias, baseado no tempo resposta. A questão é que se quer atender melhor e mais rápido a quem mais precisa. Se as 154 não forem suficientes, o município vai se embasar tecnicamente no tempo resposta para chegar em 160, 180, o número mágico que a experiência mostrar que é suficiente para ser efetiva. Hoje, nosso primeiro desafio é colocar na rua o que já está habilitado e o programa vai permitir essa ampliação. A busca do SIV não foi uma opção política, mas técnica. O terceiro componente dentro do atendimento pré-hospitalar móvel no nosso entendimento pessoal e técnico é que ele é fundamental. Seja no suporte avançado, seja no suporte básico agregado a um terceiro elemento que é o que São Paulo chama de SIV. É uma opção técnica mantida dentro do desenho. Não há dúvidas que o terceiro elemento é importante na assistência. A questão do projeto de lei vai de encontro a essa proposta. É um projeto antigo. O grande desafio é fazer mais com menos recursos. A gente conseguiu demonstrar dentro da composição orçamentária do nosso programa que há condição de se fazer um remanejamento interno direcionando os recursos que hoje são destinados a pagamento de aluguel e manutenção para a composição da equipe. Não só da composição da equipe, mas da estrutura local, em cada unidade, para que ela atenda todos os requisitos da Portaria 2048, de composição de uma base descentralizada. Não há equívoco, não há dúvida. A demonstração orçamentária virá dessa racionalização. Já estamos numa fase inicial de discutir com os elementos regionais quais são os pontos de atenção que são capazes de atender e receber essas equipes. Definido isso, é estratégia de implementação gradual, contando com a discussão e contribuição de todos os setores para chegarmos num objetivo comum. Quanto ao transporte de obesos, fica contente que o SAMU se esforce para dar todo e qualquer tipo de atendimento. A obesidade é uma linha de cuidado que vem sido discutida não só no ministério, mas na SMS, o cuidado ao obeso tem que ser aprimorado. Mas o SAMU tem um protocolo e ele pede às vezes o apoio do corpo de bombeiros para fazer essa integração. A integração 192/193 vai

ocorrer, não há um tipo de cidadão, munícipe ou gestor que seja contra a integração. Temos que somar forças e atender melhor a população. Isso significa definir uma matriz de responsabilidade, definir uma condição hierárquica e de composição de quem atende que. Há um grupo de trabalho constituído, a proposta vai ser debatida e apresentada e tem certeza que haverá consenso e bom encaminhamento na questão da integração. A questão da relação trabalho e trabalhador, não tem dúvidas que tem que haver investimento na condição de trabalho, na especificidade de qual a nossa missão, para atender melhor e não prejudicar o trabalhador.

**Maria Adenilda, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste:** Solicita que o CMS receba informações atualizadas dessa construção dessa estruturação do SAMU e propõe que o CMS envie ofício para solicitar mais repasse de recursos para o SAMU, junto à SMS e Comissão Bipartite. Acredita ser o papel deste Conselho. É consenso? Então, aprovado. O CMS tem orgulho de trabalhar junto na construção de uma política, principalmente na assistência de rede. Agradece a apresentação.

**Hugo Fanton, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Oeste:** Quer fazer uma proposta adicional, talvez uma manifestação deste Conselho para o governo estadual, para a Secretaria de Estado sobre a importância de investimento do repasse dos 25%. Às vezes a gestão não tem forças para fazer essa conversa, e considera importante que o CMS se manifeste em relação à Secretaria, fazendo essa exigência do repasse que já é previsto e que não é feito.

**Dr. Daniel, Chefe de Gabinete da SMS:** Cumprimenta a todos e dando prosseguimento à pauta da reunião de hoje, fará uma apresentação bem mais rápida do Plano de Metas, que tem como objetivo mostrar quais são as diretrizes gerais do Plano de Metas, e, na sequência, encaminhar aos conselheiros por e-mail o material para estudo e análise ao longo das próximas semanas e na reunião do próximo mês voltará para a discussão dos pontos em detalhes. Lembra que o Programa de Metas está previsto, do ponto de vista legal, na Emenda nº 30 da Lei Orgânica do Município, e no artigo 69, que diz que o prefeito eleito apresentará o programa em até noventa dias após a sua posse. Esse programa foi realizado com base num esforço interno, coordenado por uma equipe de consultoria e também pela Secretaria de Gestão, nos meses de janeiro e fevereiro. No mês de março houve uma participação online, e a elaboração da versão preliminar, que já foi publicada. No mês de abril estão sendo realizadas as audiências públicas, a participação online continua, por e-mail e por ofícios também. No mês de maio serão analisadas as contribuições recebidas, e no mês de junho essa publicação acontece em sua versão final. Há ainda algum prazo para discutir, para debater, e apesar disto já estar sendo feito, este Conselho terá tempo e condições de fazer contribuições, de propor alterações, sugerir mudanças, isso ser analisado, incorporado junto ao Plano de Metas em sua versão final. A versão preliminar do Programa está composta por três grandes grupos de conteúdo, o primeiro que contém as metas, o segundo contém os projetos

estratégicos e dentro dos projetos estratégicos estão as linhas de ação. Com a contribuição da sociedade civil, a gente avança pra definição de indicadores, orçamentos e regionalização das metas. Essas metas não surgiram de uma visão mística ou estratégica de longuíssimo prazo, mas tudo o que está no Plano diz respeito às metas que contém intenções e diretrizes contidas no próprio SUS. Todos poderão observar ao fazerem a leitura das metas. Reduzir mortalidade infantil, aumentar a abrangência da atenção básica e assim por diante. São propostas extremamente alinhadas com o que este Conselho vem discutindo e a nível estadual e nacional aquilo que é importante para valorizar e melhorar o sistema Único de Saúde. Não há nenhuma grande inovação do ponto de vista gerencial ou assistencial no que está proposto neste Plano. Essas metas se basearam nos objetivos do desenvolvimento sustentável da Organização das Nações Unidas, que são compostas por dezessete grandes objetivos, 169 metas a serem atingidas até 2030. Esse é o programa da ONU. Objetivos de desenvolvimento sustentável. São Paulo passa a ser uma referência mundial na municipalização desses objetivos. As cinquenta metas que foram propostas pelo prefeito João Doria têm como objetivo atender à necessidade da população de São Paulo, com base nos objetivos do desenvolvimento sustentável da ONU. Dentro desses objetivos e diretrizes, três atributos se destacam. Todas as metas foram construídas levando em consideração os princípios de acessibilidade, direitos humanos e sustentabilidade. Esse foi o pano de fundo para a construção do Plano de Metas da Prefeitura de São Paulo. Construção preliminar porque ainda estamos em fase de construção. O Programa de Metas 2017/ 2020 foi organizado em cinco eixos, cinquenta metas, sessenta e nove projetos estratégicos, 433 linhas de ação e 325 intervenções urbanas, ou seja, entregas concretas para a população. Esses são os cinco eixos que formam e constituem o Programa de Metas da Prefeitura de São Paulo 2017/2020. É o eixo econômico e de gestão que contempla os conceitos de cidade inteligente, eficiente, que gera oportunidades, e simplifica a vida do cidadão. Envolvidas nessas discussões do eixo de desenvolvimento econômico e de gestão, estão as Secretarias de Trabalho e Empreendedorismo, Inovação e Tecnologia, Gestão e Desestatização e Parcerias. Dentro do eixo desenvolvimento social, que é o que nos compete neste Conselho, e o que vai ser detalhado, está a ideia de cidade sustentável, segura e inclusiva. As Secretarias que participaram do desenvolvimento dessas metas dentro deste eixo foram: Assistência e Desenvolvimento Social, Saúde, Segurança Urbana, Pessoa com Deficiência e Esporte e Lazer. Dentro do eixo desenvolvimento humano, que busca a cidade diversa, que valoriza a cultura, e garante educação de qualidade para todas e todos, participaram da elaboração das metas as Secretarias de Educação, Cultura, Direitos Humanos e Cidadania. No eixo de desenvolvimento urbano e meio ambiente, que visa uma cidade democrática integrada e conectada participaram as Secretarias de Urbanismo e Licenciamento, Meio Ambiente, Serviços e Obras, Mobilidade e Transporte e Habitação. E no último eixo, de desenvolvimento institucional, que visa uma cidade global, com governo aberto e transparente, que dialoga com seus cidadãos e valoriza seus bairros, por meio de processos participativos, participaram as Secretarias de Governo, Relações Internacionais, Justiça e Prefeituras Regionais. O Programa de Metas da Secretaria Municipal da Saúde, num recorte dentro do eixo de desenvolvimento social, tem o tema Saúde, saindo do geral e indo para o específico naquilo que diz respeito à nossa área

de atuação. Foram seis metas, oito projetos estratégicos e 73 linhas de ação. O Programa de Metas está estruturado em três grandes capítulos. O primeiro são as metas propriamente ditas, o segundo são os projetos estratégicos e o terceiro são as linhas de ação, que estão contidas dentro dos projetos estratégicos. A meta de alto impacto está focada nos resultados desejados com as políticas públicas sob a ótica do cidadão. São metas concretas que têm impacto no cidadão. Foram mais de seiscentas pessoas discutindo só este eixo. Ao longo dos dois primeiros meses do ano dentro da estrutura da Prefeitura, chama a atenção aquilo que não tem impacto no cidadão não foi considerado meta e não entrou no Programa. Só é meta aquilo que impacta a vida do cidadão da cidade de São Paulo. Cada meta tem o nome, a descrição do indicador, notas técnicas, fórmula de cálculo, valor de base, ano de base, unidade de medida, frequência, fonte, programa de governo que está inserido. Uma meta pode estar vinculada a mais de um projeto. Estas são as metas definidas como prioritárias da SMS. Isso não significa que o que não está aqui não será feito. Existem muitas ações e linhas de ação que ainda não estão descritas nas metas, mas que serão implementadas e que serão sua implementação continuada até porque muitas coisas que estão sendo feitas não estão descritas aqui no Plano de Metas. O que está sendo trazido para o Conselho? Uma pergunta frequente da conselheira Ana Rosa. Um exemplo bem claro, que ela até utilizou hoje, que é o exemplo do Corujão, nós tivemos que agir em nome de uma demanda, de uma urgência que foi impressa pela própria sociedade. O Corujão da Saúde, que realizou um volume enorme de exames ao longo dos últimos noventa dias, teve seu primeiro edital publicado no dia 6 de janeiro. Os exames do Corujão começaram no dia 10 de janeiro. Essa não é necessariamente uma justificativa, mas uma contextualização de em quais circunstâncias a ação governamental foi realizada. Assumimos no dia 2 e no dia 6 tinha um edital chamando os hospitais para realizar exames. Deixa claro que algumas ações são urgentes demais. A primeira reunião do CMS ocorreu quando a gente já estava realizando exames. A intenção não é deixar de trazer qualquer tipo de discussão para o CMS. Pelo contrário, a diretriz que temos do secretário e da secretária é que nós temos que trazer as questões e discutiremos as questões no Conselho sempre. É uma missão, é uma diretriz, intenção e é o que será feito.

As metas que foram definidas preliminarmente para a saúde são as seguintes:

- Aumentar a cobertura da atenção primária à saúde para 70% na cidade de São Paulo;
- Reduzir em 5% a taxa de mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis selecionadas, contribuindo para a expectativa de vida saudável;
- Certificar 75% dos estabelecimentos municipais de saúde conforme critérios de qualidade humanização e segurança do paciente;
- Reduzir o tempo médio de espera para exames prioritários para 30 dias na cidade de São Paulo;
- Diminuir a taxa de mortalidade infantil em 5% na cidade de São Paulo, priorizando as regiões com as maiores taxas e
- Transformar São Paulo em uma cidade amiga do idoso, obtendo selo pleno do Programa São Paulo Amigo do Idoso.

Por exemplo, transformar São Paulo numa cidade amiga da pessoa idosa envolve uma série de coisas. O pré-requisito para ser meta é que tenha impacto direto na vida das pessoas. Temos informações detalhadas sobre cada projeto. Um projeto pode estar vinculado a mais de uma meta. Cada meta está associada a um grupo de projetos estratégicos. Temos seis metas na Saúde, mas oito projetos estratégicos. A linha de ação é o nível mais operacional. O que exatamente será feito para atingir a meta. Os projetos propriamente ditos são: O Projeto Amplia Saúde, que diz respeito a aumentar a cobertura da atenção primária para 70% com foco nas regiões mais vulneráveis; O Projeto Viver Mais e Melhor; Projeto Qualifica Saúde; Projeto Reduzir o Tempo de Espera, que é o Corujão, mas na sua forma perene, contínua; Diminuir a Taxa de Mortalidade em 5%; diminuir o índice de mortalidade infantil nas regiões mais vulneráveis principalmente; O Programa Saúde Digital, que tem como objetivo melhorar a condição de disponibilidade tecnológica, tecnologia de comunicação com o cidadão além de melhorar os sistemas SIGA, Controle de medicamentos, etc. Imaginem a situação do cidadão a partir do seu smartphone ou computador saber a partir do que ele está sentindo, para onde deve ir. Isso não temos ainda e envolve gestão, inteligência e tecnologia. Projeto Amigo da Pessoa Idosa; Projeto Vida Urgente, tem muito a ver com a apresentação do Dr. Takano e da Dra. Glória; Projeto SP156 Canal Rápido e Direto, que é a linha de ação da Ouvidoria, reduzir em 20 % o tempo médio de atendimento dos cinco principais atendimentos solicitados pelas prefeituras Regionais. Essa é uma meta transversal. Não depende só da saúde. As formas de contribuição para isso que acabaram de ver : Existe uma plataforma online, chamada [planejasampa.prefeitura.sp.gov.br](http://planejasampa.prefeitura.sp.gov.br) e outra plataforma online: [programademetas.prefeitura.sp.gov.br](http://programademetas.prefeitura.sp.gov.br). Todas as contribuições serão imputadas e analisadas. As audiências públicas que já aconteceram mais de 30, e vai acontecer uma audiência no dia 24 às 15 horas na Câmara Municipal. Aberta a todos para contribuições, para críticas, etc. e o e-mail para colaborar com o programa de metas que é: [programademetas@prefeitura.sp.gov.br](mailto:programademetas@prefeitura.sp.gov.br). Também podem vir colaborações via ofício, encaminhado ao Viaduto do Chá nº15. Centro. São Paulo. Esse programa está muito conectado com boa parte das nossas prioridades que vêm sendo discutidas na cidade, no CMS, pela SMS, e que estão no radar de preocupações da população. Encerra dizendo que fizeram esse plano com esforço hercúleo, ainda numa versão preliminar, num cenário econômico terrível. A prefeitura de São Paulo, assim como outras prefeituras passa por um momento de extrema gravidade do ponto de vista econômico financeiro. Há um compromisso com a lei de Responsabilidade Fiscal e com a probidade de reduzir despesas urgentemente. E isso não é um desejo da administração. No ano passado, foi feita uma previsão orçamentária, e essa previsão simplesmente não aconteceu. Foi previsto que arrecadaríamos 9,5 bilhões de reais em 2017. E a previsão é de que se chegarmos a 8 bilhões está bom. A situação é muito grave do ponto de vista orçamentário. Não é culpa do prefeito anterior, não é culpa do prefeito atual, é um contexto que não vamos detalhar aqui. Mas é a realidade de hoje. Há uma queda de arrecadação de impostos na cidade de São Paulo. Só no primeiro trimestre foram 200 milhões de reais de ISS que deixaram de ser recolhidos em relação ao mesmo período do ano passado. Há uma perspectiva de retomada da economia, os

indicadores macroeconômicos estão apontando uma reversão nessa tendência recessiva, a taxa SELIC vem caindo, e isso é importante do ponto de vista macroeconômico para que a economia cresça novamente, para que o crédito seja concedido de novo, para que as pessoas voltem a pagar suas contas, voltem a receber em dia e a economia retoma e as pessoas voltam a pagar seus impostos. As pessoas deixam de pagar IPTU e ISS, causando impacto na arrecadação. Claro que há outros fatores que também causam impacto na arrecadação e receita do município, mas há uma dificuldade de execução do que foi pensado no ano passado. O Plano foi realizado neste contexto, um Plano com o pé no chão. Queríamos mais. Mas não poderíamos ser irresponsáveis. Agradece a atenção e encerra a apresentação com o compromisso de participar do próximo Pleno, após análise de sua apresentação que será disponibilizada.

**Maria Adenilda, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste, Coordenadora da Comissão executiva:** - agradece ao Chefe Gabinete pela apresentação e devido ao adiantado da hora propõe que passemos para as deliberações, pois há muito importantes. Quanto ao RAG, como o Dr. Claudio não pode vir, propõe que seja enviado para todas as comissões, inclusive as de base. A comissão fará o encaminhamento. Há consenso do Pleno.

1- Fala sobre a coordenação da comissão Executiva do CMS/SP. O Conselheiro Nadir assumiu, e depois, devido a compromissos teve que sair, e ela assumiu. Como havia um acordo firmado, chegou o momento de passar a coordenação da comissão executiva do CMS/SP para o segmento dos trabalhadores na pessoa da conselheira Ana Rosa Garcia.

Coloca em regime de votação. **Aprovado por unanimidade.**

2– Aprovar o Planejamento do CMSSP para 2017 – não houve tempo hábil para conversar com a Sra. Maria do Carmo, da EMS e será pautado no próximo Pleno.

3 – CONDEFI – Falta indicar o presidente e o vice do CONDEFI. Os representantes já foram indicados e seus nomes publicados em DOC. A lei da Autarquia é bem clara.

4– Aprovar o Regulamento da 2ª Conferência Municipal de Saúde das Mulheres. Este foi um trabalho da relatoria. Propõe a aprovação, porque na Conferência será possível fazer alterações e na própria conferência ele será aprovado.

**Deodato Rodrigues Alves, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Categoria**

**Saúde:** A Conferência está marcada para o dia 28 de abril, em que está marcada greve geral, inclusive de ônibus, metrô e aeroviários. Precisamos ter um plano B.

**Ana Rosa, Conselheira Titular, representante das Entidades Sindicais Gerais:** Estamos contando com os ônibus contratados. E não haverá manifestação na Paulista. O evento será às 19 horas e temos compromisso

com a empresa, SPTuris. Será apenas abertura e leitura e aprovação do Regimento. Se o problema se agravar, faremos uma adaptação.

**Maria Adenilda, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste, coordenadora da Comissão Executiva:** Propõe que se houver poucas pessoas, a leitura e aprovação do Regimento fica para ao dia seguinte, antes da palestra magna. **Aprovado.**

**Ana Rosa, Conselheira Titular, representante das Entidades Sindicais Gerais:** Propõe que, como todos receberam cópias do Regulamento, ele não seja lido nesta reunião. Se alguém quiser fazer alguma sugestão ou alteração, que se manifeste. Se não houver nenhuma colaboração, faremos uma aprovação simbólica e depois na conferência as pessoas façam seus destaques para alterações. Solicitamos filmagem e registro de filmagem pela SMS da Conferência. Temos que decidir as plenárias específicas. Precisamos pedir transporte para cadeirantes. Não poderá ser no dia 23, que é um domingo. Propomos o dia 24 de abril para todos os segmentos, à tarde, das 12 às 16h. Os locais serão determinados pelos segmentos.

**Maria Adenilda, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste, coordenadora da Comissão Executiva:** Consulta o Pleno se concorda com a sugestão da conselheira Ana Rosa. **Aprovado o Regulamento e a nova data para as plenárias específicas.** Solicita colaboração dos servidores da Secretaria Geral do CMS para divulgação.

5- Criação de Grupo de Trabalho para discussão do Sistema CONEP: Foi realizada uma oficina com a presença do representante do CONEP nacional, do conselheiro Dr. Pedro, muitos conselheiros, e foi tirada na mesma a formação de um grupo para discutir a reforma da Resolução 240, e elaboração de uma cartilha para os usuários que vão representar o CMS no CEP. Será tirado o grupo de trabalho. Será formado basicamente pela Comissão de Patologias e demais conselheiros que queiram participar.

**Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Suplente representante dos Portadores de Patologias:** Considera importante a participação dos conselheiros usuários que fazem parte dos CEP, aquele grupo que vai analisar os projetos de pesquisa. Essa resolução precisa ser revista. O grupo precisa ter conteúdo. Será elaborado um produto que será enviado para o CNS, onde o CONEP é uma comissão. Sendo aprovado aqui encaminharemos lá e será proposta a mudança da resolução 240 e da 466. Queremos validar e dar mais peso da participação do usuário no CEP. Há a proposta de elaboração de cartilha para o usuário representante do CMS nos CEP, para saber da importância dele nesse contexto e otimizar sua participação.

**Regina Célia Pedrosa Vieira, Conselheira Titular representante dos Portadores de Patologias:** Lembra que a Res. 240 não é clara quanto ao ressarcimento dos gastos que os conselheiros têm para participar das reuniões. Transporte, alimentação, etc.

**Maria Adenilda, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste, coordenadora da Comissão Executiva:** passa ao tema que foi solicitado como inclusão de pauta, a moção de DST/Aids.

**Regina Célia Pedrosa Vieira, Conselheira Titular representante dos Portadores de Patologias:** É sobre o fechamento dos CTA. O Coordenador da Região Sul não compareceu à reunião da Comissão e não enviou representante. Foi sugerida uma moção de repúdio, que precisa passar pelo Pleno. Ao Coordenador da CRS Sul, Sr. Marco Antonio por não ter comparecido à reunião da Comissão de DST/Aids, nem ter enviado representante para dialogar com as pessoas envolvidas que querem o diálogo.

**Maria Adenilda, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste, coordenadora da Comissão Executiva:** Nesta data houve também um caso de desrespeito à Dra. Laís, assessora aqui da SMS, por um dos participantes da reunião. Foi solicitada uma moção de desagravo ao CMS.

**William Hélio de Souza, Conselheiro Titular representante do Poder Público:** Informa que já agendou o Espaço Multiuso da SMS para a plenária do segmento dos usuários no dia 24 de abril e que se compromete a preparar a moção de desagravo em favor da Dra. Laís.

**Ana Rosa, Conselheira Titular, representante das Entidades Sindicais Gerais:** Acredita que o agressor deve fazer uma retratação pública. Ele faz parte da Comissão. E encaminhar a todos, inclusive ao secretário, imprensa ,etc. Informa que chegaram também duas moções de repúdio que não foram sugeridas para a pauta porque estava muito extensa. Gostaria de fazer leitura. Não passou pela executiva porque se trata de uma agressão sofrida depois da realização da reunião da Comissão Executiva. Uma é da CUT e a outra do Sindicato. Foi aprovada na Conferência Livre das Mulheres da CUT.

**Lourdes Estevão de Araújo, Conselheira Suplente representante das Entidades Sindicais Gerais: Faz leitura das duas moções.**

**Primeira:**

“Nós mulheres trabalhadoras reunidas na Conferência Livre de Saúde das Trabalhadoras da CUT, no dia 4 de abril de 2017, manifestamos nosso veemente repúdio à agressão física, moral e emocional praticada pelo Conselheiro Municipal de Saúde de São Paulo, Airson da Costa, contra a Conselheira Municipal, companheira Ana Rosa, ocorrida no dia 3 de abril de 2017, nas dependências do Conselho Municipal de Saúde de São

Paulo. Nós que lutamos contra todas as formas de violência contra as mulheres não podemos tolerar e jamais aceitar que agressões desferidas contra as mulheres sejam silenciadas. A violência contra a mulher tem que ser denunciada, os agressores punidos e a lei deve ser regamente cumprida, para conseguirmos dar um basta e acabar com a violência que assola a vida e a dignidade das mulheres. Estamos em um momento relevante de grandes debates, com vista à realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres de São Paulo e da 2ª Conferência Municipal de Saúde das Mulheres de São Paulo, pautando os desafios para integralidade com equidade. Perpassa, sobretudo, no combate a todas as formas de agressão contra as mulheres. É premissa, prática preponderante e cotidiana, principalmente por integrantes de um conselho que trata e dialoga sobre a saúde da população. Este fato jamais pode ser ignorado. A agressão ocorrida no CMS/SP não deve ficar impune. Tal atitude antidemocrática, machista e antifeminista contraria todos os princípios da CUT e de todos os organismos e instituições que defendem os direitos humanos, sobretudo os direitos humanos das mulheres. Não podemos jamais tolerar a violência, por isso exigimos a retratação pública do Conselheiro Airson da Costa e seu imediato afastamento do CMS/SP. São Paulo, 4 de abril de 2017.”

#### **Segunda: Do SINDSEP**

“ Tendo em vista o comportamento adotado por membro deste Conselho Municipal de Saúde, observado ainda que comportamento que falte com o decoro e devido respeito com os participantes e membro deste CMS, torna insuportável o bom convívio, que deveria ser harmônico. Diante dos últimos acontecimentos, e desrespeito para com a conselheira integrante deste Conselho, objeto do registro lavrado no Boletim de Ocorrência nº 929/2017. Diante ainda do desvirtuamento das finalidades precípua do Conselho que em nada se confunda com a conduta desagregadora narrada, o Sindicato dos Trabalhadores da Administração Pública e Autarquia do Município de São Paulo – SINDSEP vem perante este Conselho Municipal de Saúde manifestar repúdio a toda e qualquer ação de violência nas suas diversas formas, sugerindo que sejam adotadas as medidas devidas a fim de evitar que os episódios lamentáveis aqui declinados voltem a ocorrer.

São Paulo, 13 de abril de 2017.”

**Maria Adenilda, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste, coordenadora da Comissão Executiva:** Declara que tem o maior respeito pela conselheira Ana Rosa, só que não houve inclusão na pauta sobre essas moções. Tem o nosso apoio. Preocupa-se porque as pessoas são conhecidas. Propõe que seja encaminhado à Comissão Executiva esse assunto e que seja pautado para outro Pleno. Pergunta se há consenso e todos concordam. Não foi solicitada inclusão de pauta.

**Convidada, Sra. Sandra Andreoni –** Manifesta-se a favor dessas moções, inclusive como colaboradora da vereadora Adriana Ramalho que é membro da Comissão de Saúde da Câmara. “ Mexeu com uma , mexeu com todas.”

**Maria Adenilda, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste, coordenadora da Comissão Executiva:** Há vários itens a serem abordados, como aprovação da ata, informes , etc. Ficam para a próxima reunião.

Fala da sua preocupação com a falta de transporte das pessoas com deficiência. Solicita reunião com Dr. Daniel para que se resolva ainda nesta semana este problema. Não dá mais para ouvir que conselheira não compareceu à reunião por falta de transporte. Que conste da ata. Não se trata de uma solicitação pessoal, mas de todo o Pleno do CMS/SP. Que se cumpra o dever de dar infraestrutura para ao funcionamento do Conselho, principalmente às pessoas com deficiência. Deseja uma Boa Páscoa a todas e todos e se despede, dizendo que há muito respeito a todos de sua parte. Agradece a todos e declara encerrada a reunião às 19h30.