

ATA DA 276ª REUNIÃO PLENÁRIA ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

SÃO PAULO, 11/11/2021

PRESIDENTE

EDSON APARECIDO DOS SANTOS

COORDENADOR 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 AUXILIADORA CHAVES DA SILVA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE LESTE

ALBERTINA SOUZA RIBEIRO JUSTINO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE LESTE

ADRIANA RAMOS COSTA MATEUS (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUDESTE

MARCIONÍLIA NUNES DE SOUZA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE CENTRO

DÉBORA ALIGIERI (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE CENTRO

ELZA CALIXTO LIMA (SUPLENTE) REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUL

RUBENS ALVES PINHEIRO FILHO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE OESTE

GIVANILDO OLIVEIRA DOS SANTOS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE OESTE

CIRLENE SOUZA MACHADO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NORTE

JILSOMAR PINHEIRO DA SILVA (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

MARTA ANTÔNIA SOARES (TITULAR) - REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

MÁRIO FRANCISCO FRANÇA DA SILVA (TITULAR) - REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS

VITA AGUIAR DE OLIVEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS

NADIR FRANCISCO DO AMARAL (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS

PATRÍCIA PEREZ E SILVA DE FREITAS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS

GILBERTO FRACHETTA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

JOSÉ HENRIQUE MARQUES CAMARGO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES PATRONAIS

CARLOS MIGUEL BARRETO DAMARINDO (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS CENTRAIS SINDICAIS

Representantes dos Trabalhadores em Saúde:

JOSÉ ERIVALDER GUIMARÃES DE OLIVEIRA - (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE

DEODATO RODRIGUES ALVES (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE
LEANDRO VALQUER JUSTINO LEITE DE OLIVEIRA (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS
FLÁVIA ANUNCIÇÃO DO NASCIMENTO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS
SILAS LAURIANO NETO (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS
CLÁUDIO ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA (TITULAR) – REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM
ALEXANDER DE CARLO FREITAS NAVARRO (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ASSOCIAÇÕES DE PROFISSIONAIS LIBERAIS

Representantes das Instituições Governamentais:

JORGE HARADA (TITULAR) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PÚBLICA
REINALDO JOSÉ TOCCI (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PRESTADOR LUCRATIVO
VERA MARIA DA SILVA RIBEIRO (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS PRESTADORES FILANTRÓPICOS

Representantes do Poder Público:

FABIO HENRIQUE SALLES– (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO
RITA DE CASSIA BATISTA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO
MARILDA SILVA SOUSA TORMENTA (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO
NELZA AKEMI SHIMIDZU (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO
DRAUSIO SOARES FILHO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

II – Justificativas de ausência:

EDSON APARECIDO DOS SANTOS – PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO
ALESSANDRA ESTEVÃO DA ROCHA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUDESTE
ANDERSON PEREIRA LOPES (TITULAR) REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE SUL
PAULO MOURA DA SILVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NORTE
JAQUELINE TEIXEIRA DOS SANTOS (TITULAR) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS
MARISA ROSA BARBOSA DA SILVA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS
JOCILEIA NEIA DA COSTA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS
RICARDO MARCIANO DE SOUZA (TITULAR) - REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS
ZANDRA FÁTIMA BAPTISTA (TITULAR) - REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS
DAVI ALVES SENA (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS
SUELY LIMA (SUPLENTE) - REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E COMUNITÁRIOS
MARGARETE APARECIDA DE OLIVEIRA PRETO (TITULAR) - REPRESENTANTE DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS
PAMELLA DE FREITAS SAIÃO SCAFURA (TITULAR) – REPRESENTANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
ISMAEL GIANERI (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS CENTRAIS SINDICAIS
EDUARDO GIACOMAZZI (TITULAR) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES PATRONAIS
ANA LÚCIA FIRMINO - (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE
VALTER MARTINS - (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS CATEGORIA SAÚDE
JOSÉ CARLOS SALVADOR (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ENTIDADES SINDICAIS GERAIS
JULIA PAGANO COSTA (TITULAR) – REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM
JAMES FRANCISCO PEDRO DOS SANTOS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM
MARGARETH ANDERAO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE CONSELHOS REGIONAIS FUNÇÃO FIM
JOSÉ ANIBAL GONÇALVES DE ALMEIDA (TITULAR) – REPRESENTANTE CONSELHOS FUNÇÃO MEIO
DANIELA DOS SANTOS- (SUPLENTE) - - REPRESENTANTE CONSELHOS FUNÇÃO MEIO
NEIDE APARECIDA SALES BISCUOLA (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DAS ASSOCIAÇÕES DE PROFISSIONAIS LIBERAIS
MARCO AKERMAN (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PÚBLICA
MARIA DA PENHA MONTEIRO OLIVA (TITULAR) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PRIVADA
JASON GOMES RODRIGUES SANTOS (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE PRIVADA
CARLOS ALBERTO FERREIRA GOULART -(SUPLENTE) - REPRESENTANTE DO PRESTADOR LUCRATIVO
FERNANDA SILVA FUSCALDI (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DOS PRESTADORES FILANTRÓPICOS
MARTA LOPES DE PAULA CIPRIANO (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

FRANCIS DA SILVA FERNANDES (SUPLENTE) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO
MARCELO MONTEIRO PINTO (TITULAR) – REPRESENTANTE DO PODER PÚBLICO

III – Ausentes:

Em virtude da realização da reunião através de videoconferência, onde alguns conselheiros não puderam ter acesso ou relataram dificuldades no uso da ferramenta Cisco Webex, os ausentes terão justificativa garantida.

ATA ELABORADA PELA EQUIPE TÉCNICA DO CMS/SP:

DENIZE CALVO COSTA – ASSISTENTE TÉCNICA

DIGITAÇÃO:

DENIZE CALVO COSTA – ASSISTENTE TÉCNICA

SUELI DE OLIVEIRA GIMENEZ – AGPP

REVISÃO GERAL:

JÚLIO CÉSAR CARUZZO – SECRETÁRIO GERAL

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: Após verificação de quórum, inicia a reunião cumprimentando a todos. A reunião está sendo transmitida pelo Facebook e Youtube.

Pede que todos curtam e compartilhem. Solicita ao Secretário Geral que leia a pauta.

Júlio Cesar Caruzzo, secretário geral do CMS-SP: Faz leitura:

- A- Aprovação das Atas da 275ª Reunião Plenária Ordinária e 7ª Reunião Plenária Extraordinária;
- B- Informes das Mesa;
- C- Informes dos Conselheiros;
- D- Informes das Comissões;
- E- Ordem do Dia.

- Relatório do pedido de vistas do conselheiro Fábio Henrique Salles à Minuta de Resolução sobre a Prevent Senior:

- Situação da Covid 19 no município de São Paulo;

- Desobrigatoriedade do uso de máscara, carnaval, eventos em geral, critérios técnicos.
- Relatório da Vigilância em Saúde sobre a Prevent Senior.

- IV Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo, Etapa da III Conferência Estadual de Saúde Mental e V Conferência Nacional de Saúde Mental;

- Plano Municipal de Saúde 2022-2025;

- Urgência e Emergência. Fechamento do PS.

Deliberações:

- Frente Ampla em Defesa do SUS – participe do CMS/SP;

- Orientação do CMS/SP para os processos eleitorais dos conselhos gestores dos equipamentos de saúde do município de São Paulo.

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: Consulta os conselheiros com relação à

proposta de pauta. Pergunta se há solicitação de inclusão. Propõe alteração. Deixar os informes para o final. Iniciar com Ordem do Dia, depois Deliberações e deixar os Informes para o final, tendo em vista que há convidados aguardando.

Débora Aligieri, Conselheira Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Centro: Tem questão de Ordem. O Relatório de vistas não foi enviado previamente, então esse ponto está prejudicado. Está no Regulamento.

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: Acata. Este ponto está fora da pauta.

Propõe a seguinte ordem:

- 1) Covid 19;
- 2) Urgência e Emergência;
- 3) IV Conferência;
- 4) Plano Municipal de Saúde

Consulta o Pleno. Aprovado.

José Erivalder Guimarães de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Categoria Saúde: Quer manter a pauta da Prevent Senior na próxima reunião. Vai dar Informe sobre o assunto.

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: Passa à aprovação das atas: - 275ª Reunião Ordinária e 7ª Reunião Extraordinária. Aprovadas por unanimidade.

Fabio Henrique Salles, Conselheiro Titular representante do Poder Público – SMS: Vai entrar Dra. Mayara da COVISA na reunião.

Informes da Mesa: Não há.

Fabio Henrique Salles, Conselheiro Titular representante do Poder Público – SMS: Há manifestações desrespeitosas no chat. Pede respeito aos servidores públicos. Fazemos um trabalho único. SINDSEP está presente, e os servidores merecem respeito.

Dra. Maiara Martininghi, da COVISA: - Cumprimenta a todos. Inicia apresentação:



Fala sobre o Plano apresentado ontem na coletiva do Prefeito Ricardo Nunes, desenvolvido pela área do Núcleo de Doenças Transmissíveis da COVISA, a fim de promover flexibilização segura do uso de máscaras. Inicialmente, a flexibilização ocorrerá em espaços abertos.

Medidas controle COVID-19

- Recomendadas medidas pelo MS para resposta e enfrentamento da covid-19.
- Medidas não farmacológicas:
 - > distanciamento social.
 - > etiqueta respiratória e de higienização das mãos.
 - > uso de máscaras.
 - > limpeza e desinfecção de ambientes.
 - > isolamento de casos suspeitos e confirmados e quarentena dos contatos.

Medidas controle COVID-19

- As medidas devem ser utilizadas de forma integrada, a fim de controlar a transmissão do SARS-CoV-2, permitindo também a retomada gradual das atividades desenvolvidas pelos vários setores e o retorno seguro do convívio social.
- Para orientar decisões sobre as medidas de controle da pandemia:
 - > Avaliação de indicadores de nível de transmissão de COVID-19
 - > Avaliação de indicadores da assistência

Para orientar as decisões de controle, foram avaliados os indicadores dos níveis de transmissão da COVID e indicadores da assistência.

Níveis de Transmissão Comunitária COVID-19

Categoria - nível de transmissão	Definição
Nenhum caso (ativo)	Nenhum caso novo detectado por pelo menos 28 dias na presença de um sistema de vigilância robusto. Isso implica um risco quase zero de infecção para a população em geral.
Casos importados / esporádicos	Os casos detectados nos últimos 14 dias são todos importados, esporádicos ou estão todos ligados a casos importados / esporádicos, e não há sinais claros de transmissão adquirida localmente. Isso implica um risco mínimo de infecção para a população em geral.
Clusters de casos	Os casos detectados nos últimos 14 dias são predominantemente limitados a clusters bem definidos que não estão diretamente ligados a casos importados, mas que estão todos ligados por tempo, localização geográfica e exposições comuns. Isso implica um baixo risco de infecção para outras pessoas na comunidade em geral, se a exposição a esses aglomerados for evitada.
Transmissão comunitária - nível 1 (TC1)	Baixa incidência de casos adquiridos localmente e amplamente dispersos detectados nos últimos 14 dias, com muitos dos casos não ligados a clusters específicos, e transmissão pode ser focada em certos subgrupos da população. Baixo risco de infecção para a população em geral.
Transmissão comunitária - nível 2 (TC2)	Incidência moderada de casos amplamente dispersos adquiridos localmente detectados nos últimos 14 dias; transmissão menos claramente focada em certos subgrupos da população. Risco moderado de infecção para a população em geral.
Transmissão comunitária - nível 3 (TC3)	Alta incidência de casos adquiridos localmente e amplamente dispersos nos últimos 14 dias; transmissão generalizada e não focada em subgrupos da população. Alto risco de infecção para a população em geral.
Transmissão comunitária - nível 4 (TC4)	Incidência muito alta de casos amplamente dispersos adquiridos localmente nos últimos 14 dias. Risco de infecção muito alto para a população em geral.

Reitera que o nível 04 já foi ultrapassado.

Indicadores epidemiológicos – Níveis de Transmissão Comunitária (TC)

Nome	Indicador	Peso	Descrição	Limitações	Nível de transmissão comunitária			
					TC 1	TC 2	TC 3	TC 4
Taxa de Hospitalização (Novas SRAIs Hospitalizadas por COVID)	Novas hospitalizações (SRAI) por COVID-19 por 100 mil habitantes por semana*	2	Conjunto de novos casos que requer hospitalização; indicador indireto de incidência.	Podem ser influenciado pela política de hospitalização (mesmo que os casos leves sejam hospitalizados para fins de isolamento).	< 5	5 - < 10	10 - < 30	30*
Mortalidade	Número de mortes atribuídas ao COVID-19 por 100 mil habitantes por semana*	2	Conjunto de todos os óbitos por COVID-19; indicador indireto de incidência.	Medida atrasada de incidência.	< 1	1 - < 2	2 - < 5	5*
Incidência	Novos casos confirmados por 100 mil habitantes por semana*	1	Medida direta de incidência	Fortemente influenciado pelo desempenho do sistema de vigilância, política de testes e capacidade de testes.	< 20	20 - < 50	50 - < 150	150*

*Fazer a média em um período de duas semanas para minimizar o efeito das flutuações diárias.

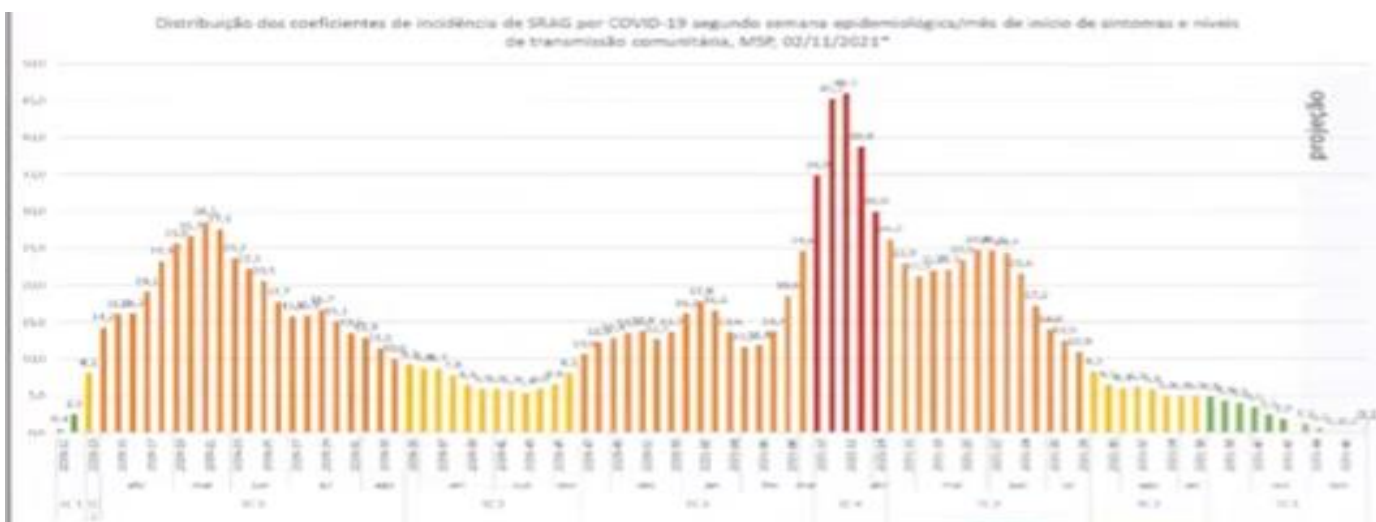
Matriz baseada em diretriz da OMS.

Indicadores epidemiológicos – Níveis de Transmissão Comunitária (TC)

- O nível de transmissão para cada indicador será confirmado após 4 semanas na mesma categoria;
- Os indicadores serão avaliados semanalmente, considerando a média das duas semanas epidemiológicas anteriores;
- Podem ser utilizadas outras informações epidemiológicas disponíveis rotineiramente ou estudos especiais, bem como dados não epidemiológicos e outras considerações, para tomada de decisões estratégicas e operacionais.



Ainda não estamos em situação confortável, estamos em queda, mas não chegamos ao nível confortável.



O pico vermelho é referente à variante P1, que se estendeu entre março e abril. Para SRAG, entramos no nível de transmissão comunitária 01, representado pela cor verde.

Indicadores epidemiológicos – níveis de transmissão comunitária (TC)

Incidência
TC 3

Novas SRAGs Hospitalizadas
TC 1

Mortalidade
TC 2

Nível de Transmissão no MSP = TC 2

Indicadores assistenciais

Indicador	Classificação		
	Adequado	Moderado	Limitado
Letalidade de SRAG por COVID (2)	Tendência de queda	Estável	Tendência aumento
Novas Internações COVID (1)	Tendência de queda	Estável	Tendência aumento
Internações UTI COVID (1)	Tendência de queda	Estável	Tendência aumento

Sobre ocupação de vagas de UTI – situação está estável – adequada. Acompanha nº de casos. Indicador assistencial – Moderado.



Hoje, a letalidade está em queda, com taxa variando entre 18% e 20%. Para SRAG, é ideal que fique abaixo de 15%. A situação não é confortável.



Explica dados do gráfico. Há tendência de queda.



Queda no número de solicitações de vagas de UTI refletem a redução do número de casos graves. A situação atual é adequada.

Indicadores – Assistência



Indicador assistencial - Moderado.

Indicador Complementar Vacinação no MSP

Vacinação

	População Estimada	Esquema Completo	%
Adulto	9.230.227	8.887.519	96,3
Adolescentes	844.073	162.197	19,2
Total	10.074.300	9.049.716	89,8

**95%
População
Elegível**

*Adolescentes de 12 a 15 anos: início em 06/09. Em 01 de novembro foi iniciada a aplicação de D2 para esta faixa etária.

Doses Adicionais

Monitoramento conforme faixa etária

São Paulo está muito bem na vacinação. É considerada a capital da vacina.



Vacina – indicador complementar. Separam adultos e adolescentes, mas para o estudo, juntaram a população elegível. Recomendação é cobertura de 95%. Hoje, a cobertura vacinal está em 89,8%.

**Situação atual:
Nível transmissão – TC2
Assistência – Moderado**

Nível de transmissão	Assistência		
	Adequado	Moderado	Limitado
Nenhum caso ativo	0	0	1
Casos importados / esporádico	0	1	1
Clusters de casos	1	1	2
Transmissão comunitária - nível 1 (CT1)	1	2	2
Transmissão comunitária - nível 2 (CT2)	2	2	3
Transmissão comunitária - nível 3 (CT3)	2	3	3
Transmissão comunitária - nível 4 (CT4)	3	3	4

Vacinação na população elegível – 95%

Adolescentes iniciaram a vacinação mais tarde. Há possibilidade de adiantamento da 2ª dose para 21 dias para essa população.

Projeção a ser atingida em 5/12: atingimos a cobertura de 95,1%.

Situação 1

- Epidemia controlada por meio de medidas eficazes em torno dos casos;
- Medidas específicas em torno dos casos e reforçadas as medidas individuais - impacto limitado nas atividades sociais e econômicas;
- A ênfase deve ser colocada na detecção de casos, investigação e rastreamento de contatos.
- Recomenda-se, sempre que possível evitar aglomerações e manter medidas não farmacológicas de controle;
- **Recomenda-se que o público em geral use uma máscara em ambientes fechados (por exemplo, lojas, locais de trabalho compartilhados, escolas) ou ambientes externos/abertos onde pode ocorrer aglomeração de pessoas.**

Situação 2

- Medidas adicionais podem ser necessárias para controlar a transmissão: no entanto sempre que possível, sem interrupções nas atividades sociais e econômicas;
- Recomenda-se, sempre que possível, evitar aglomerações e manter medidas não farmacológicas de controle;
- Abordagem baseada em risco para avaliação da operacionalização de eventos de massa;
- Rastreamento e monitoramento de contatos, considerando a priorização para casos confirmados e surtos em locais fechados;
- **Recomenda-se manter o uso de máscaras obrigatório na comunidade bem como as demais medidas não farmacológicas de controle (evitar aglomerações, higienização frequente das mãos, evitar compartilhamento de objetos de uso pessoal, etc).**

Transmissão comunitária hoje – nível 2.
Assistência moderada.

Aprendemos muita coisa para poder indicar o melhor. Seria irresponsabilidade, nossa e da Gestão, dizer que a situação atual é confortável para liberar o uso de máscara em ambientes abertos.

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: Passa às inscrições.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Suplente representante dos Portadores de Patologias: Sobre a população idosa – vacinação, apresentação, demonstração, porque há casos de idosos que ainda não foram vacinados, que se recusam. Como a SMS atua com essa população.

Débora Aligieri, Conselheira Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Centro: Valoriza o SUS e parabeniza. Fala dos critérios adequados – Seria interessante ter números. Há falta de médicos nas unidades. Quer saber o número de testagem. Como está sendo articulado o trabalho de funcionário na vacinação. Há funcionários trabalhando até 12h por dia.

Convidado Jorge Kayano: - Quer esclarecimento. Se a abertura vacinal apresentada está levando em consideração o fato de que 20% das vacinas são para pessoas que não moram na cidade, além de 5 a 7% de moradores de São Paulo que tomam vacinas em outras cidades. Se vocês estão fazendo este ordenamento. O cálculo de cobertura é diferente.

Vita Aguiar de Oliveira, Conselheira Titular representante dos Portadores de Patologias: Com relação à máscara para ser retirada, traz sua preocupação. Há aumento de casos na Europa e no Estado de São Paulo também. Não seria melhor aguardar mais um pouco? A retomada depois fica mais difícil.

Gilberto Frachetta, Conselheiro Suplente representante da Pessoa com Deficiência: Questão de encaminhamento: - Melhor responder primeiramente a esse grupo.

Dra. Maiara Martininghi, da COVISA: O questionamento da pessoa idosa convidou o José para falar sobre cobertura vacinal em idosos.

Convidado José, enfermeiro da COVISA: Analisa cobertura vacinal. Desejam alta cobertura para todas as vacinas. Existe resistência de pessoas que não querem ser vacinados.

Trabalham no convencimento, busca ativa, Dra. D, agentes vão às casas às ILPI para cobertura vacinal. A porcentagem é adequada. Trabalham com a Vacivida, Sistema, sistema estadual e recebem o banco de dados de volta da capital. O Vacivida foi baseado com as exigências do CNS. O CEP não era exigido. Hoje fazemos análises baseados no local de vacinação. Tentam minimizar utilizando estimativas populacionais do SEADE. Muito confiável de se trabalhar. Muita tradição. Existe o fator migratório. Conseguem população idosa vacinada por CRS. Dado fácil de se obter. O acesso está sendo revisto. Existe boletim no site e vão incrementar com mais informações nos próximos dias.

Dra. Maiara Martininghi, da COVISA: Para todos os indicadores usam a SIBEP. Utilizam dados oficiais. Estudos da Fiocruz.

Como Vigilância, não consegue responder à questão da falta de médico e profissionais que fazem vacinação. Dados são atualizados diariamente quanto à situação epidemiológica. Estimativa da população é feita pela SEADE. A pauta da máscara foi falada da ascendência de número de casos em país que aboliram o uso. Isso foi considerado. Por isso fizeram plano robusto. Temos indicadores e acompanhamento.

Estão fazendo projeção que nas primeiras semanas de dezembro estarão em situação estável, podendo recomendar retirada de máscaras em ambientes externos.

Temos bons indicadores e se em dezembro não tivermos atingido o verde, vão discutir. Temos que cuidar da população e sabem e quantos foram penalizados nessa pandemia.

Gilberto Frachetta, Conselheiro Suplente representante da Pessoa com Deficiência: Há anseio de muita gente, porque tem gente usando máscara por solidariedade ao outro. Quais indicadores exatos, detalhados, para retirada da máscara?

Rubens Alves Pinheiro Filho, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Oeste: Tem identificado queda de pessoas com suspeita de Covid. Tem recebido solicitação sobre a 3ª dose. Sua região tem muitos idosos e há confusão. Melhor informação é necessária. Não só nos equipamentos de saúde. Tem criado confusão. Como pode ser ampliada a comunicação?

Maria Auxiliadora Chaves da Silva, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste: Lê observação do convidado Jorge Kayano. Conclusão: - é que a cobertura vacinal efetiva, de pessoas moradores em São Paulo é bem menor - cerca de 20%. E a cobertura efetiva em alguns distritos mais periféricos é bem menor do que a média da cidade.

Carlos Miguel Barreto Damarindo, Conselheiro Titular representante das Centrais Sindicais: Receberam denúncias pela dificuldade de vacinação de imigrantes e refugiados por falta de CPF. Não conseguem vacinação, mesmo legalmente morando em São Paulo. Fala sobre autonomia de olhar o cenário do mundo. Qual a preparação para receber turista no Réveillon e Carnaval. Haverá possível aumento de casos?

Flávia Anunciação do Nascimento, Conselheira Suplente representante das Entidades Sindicais Gerais: (lida por Débora): - De um lado temos vacinas ----casos, óbitos, intubação. De outro temos variantes. Não estaremos em risco desnecessário com essa medida?

Dra. Maiara Martininghi, da COVISA: Gilberto fez pergunta interessante – Recomendaram retirada de máscaras em locais públicos sem aglomeração. Estádio de futebol – é aberto, mas tem aglomeração. Iniciar em parques, mas, vão liberando com observação. Fala do Secretário e do Prefeito. O vírus vai nos ensinando.

Com relação aos indicadores, há os da vigilância epidemiológica com tendência de queda. Incidência – casos novos – há menos casos novos no momento. População está se vacinando o que diminui hospitalização, óbitos. A população está comprometida.

Uso de máscaras, no metrô, no ônibus – Isso é comprometimento. Estamos com menos casos e isso precisa se manter.

Com relação ao outro indicador – da SRAG – vacina ajuda muito nisso. Conscientização da importância. A parte de interação está claramente diminuindo. Um indicador está ligado no outro.

Rubens Alves Pinheiro Filho, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Oeste: Fala da queda de procura de serviços de vacina. Estão numa entressafra onde os adultos já terminaram a vacinação. População elegível para dose adicional que não é tão grande. Tem que agendar 6 meses após 2ª dose. Os adolescentes devem levar acompanhante. O município está preocupado. Sábado serão abertos todos os serviços. A baixa procura em termos de casos é uma coisa boa. Queda na incidência. Tudo isso é importante.

Carlos Miguel Barreto Damarindo, Conselheiro Titular representante das Centrais Sindicais: Complementa fala do Kayano: - o método utilizado para cobertura vacinal é o utilizado em todo o país. Há falhas. Mas há impedimentos. A metodologia de local de vacinação é aceita no Brasil. O ideal seria por domicílio. O ideal seria fazer inquérito vacinal.

Dra. Maiara Martininghi, da COVISA: Quanto à pergunta dos imigrantes à questão do CPF foi muito questionado no início. Mas conseguiram que isso fosse revertido. Se a pessoa não tem CPF pode-se

usar o Cartão SUS, suficiente para receber a vacina. Para receber turistas seguem orientação da ANVISA.

Teste no embarque, apresentação do comprovante de vacinação. Regras em São Paulo – eventos com menos de 500 pessoas. Não queremos retroagir em quesito nenhum.

A retirada das medidas de protocolo tem riscos. Por isso buscaram análise de indicadores, que será diária. Tem que haver estabilidade da situação.

Maria Auxiliadora Chaves da Silva, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste: Dr. Jorge Kayano pede que a pesquisa seja publicada na página da SMS.

Dra. Maiara Martininghi, da COVISA: Já está.

Gislane Soares – Assessora da Dra. Marilande Marcolin – está à disposição.

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: Cita casos de reunião com presença da Dra. Marilande que fez apresentação. Pedem essa pauta para que Dra. Marilande faça apresentação sobre os propósitos.

Convidada Gislane: - Sobre a parte referenciada, precisam trabalhar em rede. Paciente certo no lugar certo. Encaminhamentos adequados e mais resolutivos. Conceito do referenciamento é mudança de cultura e não é rápido.

Dra. Marilande Marcolin, Secretária Executiva da Atenção Hospitalar da SMS: - Está à disposição. Tem participado de Fóruns com o tema hospitalar.

A cidade está se organizando desde 2010, com portarias e decretos ministeriais sobre a superlotação na porta dos hospitais. Isso ocorre no mundo todo. Começaram a discutir ferramentas para melhorar o acesso da população. Nessa década, começou a haver diálogo com a OMS, OPAS, Banco Mundial, Ministério da Saúde sobre o enfrentamento da superlotação da porta de hospitais em todo o mundo. Ferramentas de gestão e modelos de gestão passaram a ser discutidos para melhorar o acesso da população.

Por mais que tenhamos 460 UBS na cidade, as pessoas continuam reclamando do acesso, mesmo que os postos de saúde representem o atendimento imediato mais próximo das casas. O projeto de entrada da ESF permitiu verificar pacientes que pudessem ser atendidos prioritariamente, antes que tivessem seu quadro clínico agravado. O modelo é baseado em modelos internacionais. Com toda a rede de Saúde da Família, com funcionários visitando as casas, ainda temos pessoas procurando serviços de urgência e emergência sem necessidade. Deveriam entrar pelas UBS. Ainda há muito o que evoluir nesse aspecto.

Não há como construir grandes hospitais que se tornam “elefantes brancos”. Um exemplo é o Hospital Heliópolis, de grande porte, de difícil administração, como ocorre no Rio de Janeiro. Hoje em dia tem-se optado por hospitais menores.

Com o fim dos hospitais exclusivos para saúde mental, durante a década de 2010, os hospitais absorveram essa demanda.

A guerra traz a morte, mas também a possibilidade de se desenvolver a vida. A pandemia trouxe isso. O leito hospitalar, hoje, é utilizado para o que deve ser utilizado, não sendo mais reservado a determinadas equipes.

Há alguns anos, havia unidades de PS e Pronto Atendimento na cidade, apenas com o atendimento de clínico e pediatra. Muitas vezes, não havia suporte diagnóstico necessário. Foi feita discussão a fim de melhorar a rede dos ambulatórios de especialidades, para que a porta de hospital fosse meio de atendimento do trauma, do paciente agudo, urgente. O hospital não deveria ser referenciado como uma

rede ambulatorial. O Hospital Waldomiro de Paula tinha esse modelo assistencial. As pessoas se acostumaram.

Na década de 90 começaram a discutir a linha de cuidados, assim como níveis de complexidade do cuidado - UBS; Ambulatórios de Especialidades e Centros de Referência de Especialidade. Esse modelo foi ampliado por território, distrito e supervisão. Tudo isso para que o paciente entrasse por determinadas portas, sem ter de recorrer a hospitais.

Em 2005 começaram a discutir outras possibilidades de modelos de serviços. Aumentaram hospitais - Como o Cidade Tiradentes e o M'Boi Mirim. É muito caro manter um hospital. Demora para ser construído. Isso causa defasagem. Não há tamanha velocidade de construção, que é dependente de recursos.

Por causa da Copa do Mundo no Brasil – em São Paulo, tivemos inauguração da UPA 26 de Agosto, ao lado do estádio de Itaquera. Isso foi um legado da Copa.

Foram realizados cursos nas capitais onde havia estágios, incentivando a reflexão sobre melhorias no sistema de saúde.

Cita a introdução de ferramentas de gestão com classificação de risco. Em 2010, equipamentos começaram a trabalhar com estratificação de risco canadense, Manchester, entre outras classificações de risco que trazem a ideia de trabalhar queixa/tempo. A queixa tem tempo de segurança para que possa aguardar para ser atendida - É o princípio do modelo Manchester. Se o tempo acabar, o paciente deve ser reclassificado, podendo mudar de cor na triagem.

No governo anterior inauguraram as AMA. Após o PAS os hospitais precisaram ser reestruturados. Não havia RH. Muitos hospitais não foram entregues da maneira como era planejado antes do PAS. Havia população desassistida, sem rede básica, nem hospitais em condições.

Na cidade, há quase 100 AMAs distribuídas. Porém, nas AMAs havia clínico e pediatra. Foi aí que se entendeu que algumas AMAs deveriam ter RX, sala de emergência e laboratório

Pegamos postos em que havia metade UBS e metade AMA. e passaram ao modelo de AMA 24h. Todo hospital recebeu uma AMA 24h. Embrião do referenciamento das portas. O paciente era atendido e classificado na AMA, e só entrava para o hospital se tivesse classificação amarela, laranja ou vermelha. Assim, espaços do PS foram adequados para leitos. Referenciar a porta de um hospital não significa fechá-lo, mas garantir assistência ao paciente que chegasse do SAMU, bombeiro, etc; sem deixar de lado as fichas verdes e azuis.

Cita o número de AMA nas regiões:

15 AMAs na região Sul;

5 AMAs na região Oeste;

25 AMAs na região Sudeste;

21 AMAs na região Leste;

18 AMAs na região Norte.

Mesmo assim, houve a migração dos pacientes ficha verde/azul para a porta dos hospitais. Junto com a Copa e discussão sobre o referenciamento de pacientes, foi discutida a implantação do modelo UPA – hoje 18 unidades – e mais 23 que devem ser construídos e 3 serão inaugurados em dezembro. A classificação para UPA – São Paulo optou fazer todas UPA 3 – área maior, no mínimo 9 médicos que podem ser divididos em especialidade. Capacidade de 850 pessoas por dia.

Hoje fazem discussão em cima das UPA. Em 2014 havia 3 – Campo Limpo, Vila Santa Catarina, 26 de Agosto. De 2014 pra cá, estão com 18 UPAs equipadas com sala de emergência, sala vermelha, sala de observação e estabilização. Há suporte para leitos hospitalares, 700 leitos em UPA. O diagnóstico tem que ser feito em 24h. Não significa que deve ser transferido, mas sim, deve ser estabilizado. Atendem pacientes de todas as classificações de risco. Inclusive SAMU e Bombeiros. Somente pacientes estabilizados podem ser transferidos.

Hoje, as UPAs contam com RX, ECG, laboratório, clínico, pediatra, cirurgião e ortopedista. Algumas têm psiquiatra e algumas, saúde bucal.

É feita discussão com o território para fazer desenho do plano de trabalho. Se houver necessidade de mudança, poderá ser realizada.

Hoje está na etapa de discutir o melhor atendimento do paciente na UPA. A SMS considera introduzir US até 2023 na UPA. Possibilidade de UPA piloto com tomógrafo, para aceitar a linha de cuidado no AVCI. A tomografia é essencial para definir a necessidade de trombólise. Estão discutindo a melhora da qualificação do atendimento do paciente que chegar na UPA, para melhorar o referenciamento hospitalar. A partir de então, UPAs em mesmo território de hospital, como a UPA Jabaquara e a UPA Campo Limpo, referenciam para o local mais próximo. Nenhum hospital está com porta fechada.

Fechar porta significa não ter possibilidade de acesso. Continuam recebendo pacientes graves. Todas as portas referenciadas têm equipe de triagem. A intenção é melhorar as equipes das UPAs. É obrigação da gestão avaliar a qualidade dos profissionais.

Ressalta que não há ingerência sobre hospitais estaduais. A discussão perpassa por equipamentos da PMSP.

Em fevereiro de 2020, havia 464 Leitos de UTI em 30 hospitais, além de 3038 leitos de Enfermaria. Hoje, em outubro de 2021, há 1367 leitos de UTI e 4101 leitos de Enfermaria. Muitos leitos são legado da Pandemia. Se somarmos aos leitos estaduais, chegaremos próximo ao número ideal recomendado para cada 1000 habitantes.

De agosto a novembro, houve queda do número de internações, com 80% da população vacinada com a primeira dose. Escolas, estádios, casas de shows estão sendo abertas. Nova onda de contágio atinge a Europa. Pensando nisso, leitos mobilizados para COVID não foram desmobilizados. A partir de setembro, foram transformados em leitos de transição, para que se pudesse avaliar a evolução da doença da cidade. O que está impactando mais as portas? Vão buscar respostas na Central de Regulação.

Observaram alterações venosas e neurológicas em pacientes pós Covid. A discussão foi iniciada, sobre necessidade maior de certas especialidades em alguns hospitais.

Os hospitais municipais não dão conta. Há hospitais estaduais. Para isso, há reuniões mensais de discussão com o território, com diretores hospitalares municipais e estaduais, diretores de UPAs, coordenadores, supervisores, participantes do município e do estado, que representam o DRS-1, para discutir as portas hospitalares e deficiência de equipamentos.

Mensalmente fazem prestação de contas ao Dr. Arthur Pinto, do MP. Como estão as portas e modificações propostas para otimizar o tratamento, com equidade. É difícil, mas essa discussão vem desde o ano 2000;

Fizeram contabilização de leitos de longa permanência. Alguns territórios receberão Centros de Cuidado Integrais, onde o paciente internado para completar antibioticoterapia possa ser transferido, por exemplo.

Há 07 Hospitais Dia que foram transformados em 24h, onde poderão ser realizadas cirurgias a fim de desafogar a fila do SIGA sem competir com centros cirúrgicos de hospitais que atendem Urgência e Emergência. Esses hospitais possuem estrutura de UTI. Leitos são destinados para desafogar hospitais. Pacientes de cirurgia eletiva não podem competir com pacientes de cirurgia eletiva.

Nada está sendo feito por acaso. Deve-se fazer com que as redes hospitalares conversem com a Atenção Básica. Quais os equipamentos meio, quais as missões deles? O paciente não pode peregrinar entre UBS e AMA, disputando vaga com equipamentos de urgência e emergência.

Nada aconteceu de ontem para hoje.

Avalia, diariamente, o atendimento em equipamentos de UPA. A coordenação da Regulação de Urgência e Emergência tem trabalho na priorização de locais do município.

A UPA Mooca foi inaugurada em setembro. Há RX móvel lá.

A UPA Jaraguá vai inaugurar em breve.

Débora Aligieri, Conselheira Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Centro: Foi falado que há conversa. Mas há impressão que os Conselhos Gestores têm ficado de fora. Quer saber como está sendo feito esse diálogo. Lembra o princípio do SUS que é a participação da comunidade.

Silas Lauriano Neto, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais: O que lhe intriga é que num momento de pandemia, de crise sanitária, começa com o Estado, fechando PS. Foi nesse momento de pandemia. o do M' Boi Mirim passou na Globo. Não tinha triagem na porta. O da Brasilândia também não tem. A referência do povo era o PS. O momento e a forma não foram acertados. Não houve diretrizes.

O CMS não participou disso. Embora o hospital não seja do município, a população é. Solicita representante da SMS no CMS para discussão. Participar dessas reuniões, dessas mesas para saber o que está acontecendo.

Convidada Raquel: - Conseguiram reabrir a porta do Hospital M' Boi Mirim. A UPA de lá não são nem UPA 1. O Conselho Gestor do Hospital do Campo Limpo convidou-a para reunião dia 17, às 14h no Hospital do Campo Limpo. A UPA Campo Limpo aumentou leitos – lotando. Fala da questão da falta de insumos para cirurgias nos hospitais. Não havia necessidade de UPA no M' Boi Mirim porque era moderno.

Maria Auxiliadora Chaves da Silva, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Leste: Fala do Paciente Certo na Hora Certa. Quem depende da política pública não sabe o que é isso. Paciente quer ser atendido.

Não entende que ao abrir um serviço tem que fechar outro.

Unidade nova sem RX não dá. Abre o equipamento com mazelas na estrutura do equipamento. Acha que é para usar como marketing para o próximo ano, que é ano eleitoral.

Problemas no Valdomiro de Pauta. A saúde não é de graça.

Fica sua indignação com o desmonte de tudo.

A gente precisa de mais, parabeniza a explanação da Dra. Marilande.

Nadir Francisco do Amaral, Conselheiro Suplente representante dos Portadores de Patologias: Precisa saber qual o olhar para a população idosa.

O que sobra para o idoso. O etarismo nos ronda. A pandemia mostrou a fragilidade dessa população.

Dra. Marilande Marcolin, Secretária Executiva da Atenção Hospitalar da SMS: Com relação a fala de Débora, é fundamental. O Conselho ficou afastado nos hospitais nessa época de pandemia. Houve estímulo às reuniões online. Mas já voltaram as reuniões nos hospitais. A discussão é feita na reunião. Até 2019, foi diretora do HM Dr Alipio Correia Neto. Fez reuniões com o Conselho Gestor à época de abertura da UPA. Houve espaço para discussão. O Conselho permanece ali, pode realizar críticas. Vai tentar ir dia 17 na reunião convidada pela Raquel.

Tem que discutir com o Conselho. A UPA é da Atenção Básica. É a porta de entrada do Hospital.

Campo Limpo e Santa Catarina são dela. O serviço tem que ser discutido e compartilhado.

Na semana que vem vai ter visita no Campo Limpo. Gislaine e Flávia estarão presentes.

O território tem seu conselho – pediram para fazer discussão dos equipamentos presentes no território.

Se as UPA 12 horas são efetivas. Se há necessidade de transformar alguma em UPA 24 horas.

Discussão na base.

O Thiago tem conversado com todo o mundo sobre os locais de construção de UPA. Fez prestação de contas para vocês do BID. Faz discussão com a equipe dos conselheiros da equipa Vila Prudente/Sapopemba sobre construção da UPA que será inaugurada na região.

O cronograma não de maneira como gostaríamos.

Leva tempo. Com relação à falta de insumos, os hospitais têm compra de insumo centralizado na Secretaria. Todas as quartas-feiras, há levantamento de elementos faltantes. Têm ido a OSS e até em outras cidades.

É funcionária de carreira, é favorável aos concursos, mas para a população o que importa é que seja bem atendida.

Como gestora, tem que garantir que a população seja atendida.

À Raquel - responde que a UPA Campo Limpo entrou em reforma. Será ampliada para 60 leitos. Entrou na adequação do CME. Essa semana, foi liberada verba para adequações.

Ao Silas – Estado – concorda que o Estado tinha que estar representado. O Sr. Paulo Belinelo é do CES. Não sabe como o CMS pode trazer representantes do Estado. Acredita que seja importante que as duas entidades estejam presentes. Na outra Plenária de Regulação de Urgência e Emergência, realizará sugestão para que representantes de cada território participem.

À Auxiliadora - Não existe AMA fechar por causa da UPA. A UPA Mooca inaugurou sem RX físico, mas inaugurou com RX móvel. Tem que inaugurar completa.

Ao Nadir - População idosa – Trazer centro de cuidados integrados. Há a lei que garante o direito do idoso a trazer acompanhante. Visa a melhoria das equipes de EMAD e trazer os Centros de Cuidados Integrados, que levam atenção ao paciente idoso.

Não há geriatrias na rede, que são disputados na rede privada. Há dificuldade em trazê-los. Vão discutir isso. Neuropsiquiatra; Traz visão diferenciada ao idoso - frente a patologias como o Alzheimer e Demência Senil, por exemplo. Alguns tipos de câncer têm surgido porque a expectativa de vida aumenta. Leitos que antes eram destinados à Pediatria, cuja população padecia de desnutrição e doenças respiratórias, por exemplo; podem ser destinados à população idosa. Há visão futura de que em 2060 haverá mais idosos do que crianças. Há essa clareza. Hospitais de longa permanência, hospitais de CCI, adequação de hospitais, melhor qualificação das equipes de EMAD podem ser aprimorados futuramente.

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: Outra rodada de perguntas.

Gilberto Frachetta, Conselheiro Suplente representante da Pessoa com Deficiência: Pergunta como está o PAS na justiça?

Tinha que ter mais UPA e não AMA.

PS como fonte de referência de que? Da população do usuário.

Não de outro OS como ocorre no HU.

UBS não dão conta às vezes de prosseguir o tratamento.

Convidado Idivan: - A interlocução entre Estado e Município é feito como? Têm problemas na Vila Alpina.

Vita Aguiar de Oliveira, Conselheira Titular representante dos Portadores de Patologias: CTI seriam novas construções? UPA inaugurada.

A Vila Mariana, a pessoa é removida para UBS Santa Cruz para fazer RX. Fila de espera muito longa.

Leitos de Covid estão sendo usados para outros setores?

Fala do CROSS – precisa de entendimento. Cita caso de pessoa que mora aqui e teve que fazer ressonância em Campinas.

Fala das Doenças Raras – difícil atendimento.

O que sempre quiseram que os servidores da direta criam vínculos. Pessoal da OSS sai e fica rotatividade constante.

Convidado Alexandre: - Leitos de saúde mental do Hospital Einstein e colocaram maternidade no espaço. UPA Santo Amaro – espaço inadequado.

Convidada Ivoneide: - O executivo pode fazer lei, vereador pode fazer lei. Lei das OSS foi casada com o executivo que está aí há quase 30 anos.

Jorge Harada, Conselheiro Titular representante da Universidade Pública: Discutir desde a Atenção de Saúde não se convence a nível federal – Questão da gestão dos serviços estaduais e municipais – Há esferas e instâncias para discutir essa relação – CROSS – SIGA.

Competências, atribuições, urgência, emergência, deliberar o acesso da população. Fortalecer o espaço.

Responsabilidade da Gestão – do CIR.

Discutir a política da rede de atenção Urgência e Emergência. Como capilarizar isso nas regiões.

UPA 12h em 24h tem que acontecer mesmo.

Muito rica a discussão.

Dra. Marilande Marcolin, Secretária Executiva da Atenção Hospitalar da SMS: Concorda com Gilberto, precisa ter mais UBS – cuja função é realizar prevenção, promoção de saúde. Devemos fazer funcionar melhor os equipamentos. Abriremos mais serviços quando houver a certeza de que aqueles que estão abertos estejam funcionando plenamente.

Não sabe como estão andando os processo do PAS. A discussão vai descer para o território para que os conselhos discutam.

Os conselhos precisam entender que UPA 12h é muito cara.

São 21 UPA em discussão para construção em 2022, fora as que estão sendo reformadas, como a UPA Maria Antonieta, o City Jaraguá, a Vergueiro e a Parelheiros - que vão inaugurar.

Precisamos de UPA 3 que é muito mais resolutiva. Deve haver poder de espaço.

Não importa que o serviço não é habilitado. AMA não recebe dinheiro federal, mas se é útil tem que ser bancada.

Precisam ter mais força na CIR, devido à complexidade, tamanho e estrutura da cidade de São Paulo.

Não há como comparar com cidades menores, como Avaré e Mirandópolis. É preciso rever o nosso teto, o que estamos fazendo. CROSS é plataforma do Estado. Usamos uma parte.

O CCI é construção nova. Não é espaço adaptado dentro do hospital. Deve haver leito novo, e não disputa pelo mesmo leito. O Hospital Menino Jesus será adequado para se tornar o primeiro CCI da zona Leste. O RX da Vila Mariana só tem RX móvel. Por isso, a fratura está sendo deslocada ao Hospital São Paulo, que é referência dele.

O CROSS é plataforma do Estado. Nós usamos a Central de Regulação de Urgência e Emergência. Há rede de encaminhamentos entre os hospitais - exceto os universitários.

Marca passo também é problema. Anteriormente, apenas o Estado instalava marcapasso. Fizeram contrato para Beneficência Portuguesa para colocar marca passo, com prazo médio de 5 a 10 dias. Assim como o M' Boi Mirim vai aplicar.

A rede do infarto – paciente ia para hospital e ficava na fila para fazer cateterismo que chegava a demorar mais 21 dias. Hoje, na UPA, já fazem trombólise lá mesmo e o paciente vai para a Beneficência Portuguesa para o cateterismo, em caso de IAM com supra de ST.

O que precisa de cateterismo indireto vai direto para o hospital. Tudo isso são tempos que estão diminuindo para guiar os leitos, otimizando-os.

Temos que melhorar a relação com o CROSS. O CROSS é uma fila. A ficha deve ser bem preenchida pelo médico da ponta.

Precisa de pauta sobre o Sistema de Regulação de Urgência e Emergência.

Doenças Raras – Estão fazendo trabalho, duas vão ficar como referência no Menino Jesus. Precisam fazer educação continuada. Como aumentar mais rápido um paciente raro para hospital.

Rotatividade de profissionais - Há profissionais concursados que têm saído. Não há tempo para preparo do profissional. Não se aprende em um ano. É preciso passar por todos os serviços. A função de Secretaria é ter suporte de auditores e gestores em grupo forte, para que possa funcionar.

Alípio – Sobre a saúde mental do HM Alípio - Fizeram convênio com Hospital Cantareira. Foram abertos 30 leitos para Saúde Mental; Enfermaria para Psiquiatra. Álcool e Drogas também. Haverá intersecção com a Neurologia.

Participou da Rede de Urgência e Emergência da Sudeste. Pede que chamem nos territórios. Quer discutir o território com o território. É muito grande discutir a cidade. Se compromete a conversar. Será mais rico.

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: Agradece a participação da Dra. Marilande. Próximo Ponto – IV Conferência de Saúde Mental.

Patrícia Perez e Silva de Freitas, Conselheira Suplente representante dos Portadores de Patologias: Conseguiram avançar bastante. Espaço para Pré-Conferência só ficou pendente Capela do Socorro. Horário é padrão, das 08h às 17h em todas as regiões. Amanhã começam. A Leste abre e fecha as pré-conferências. São 27 Pré-Conferências. No site da SMS será publicado. Solicita a publicação no site do CMS para Mário e Nadir. Tiveram dúvidas com relação à relatoria, infraestrutura, etc. Nos eixos serão tomadas as 3 prioritárias.

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: Passa ao Ponto PMS – duas agendas, para organizar. Congresso de Comissões, coordenadores de Comissões trabalhando juntos. Diálogo com os territórios.

Passa às deliberações:

- 1- Frente Ampla do SUS – participação do CMS-SP.
Deliberação da plenária Estadual, aproximação do controle social, Documentos já foram enviados.
Traz proposta de adesão do CMS como um colegiado.
Demanda do coletivo – Suprapartidária.
Espero a aprovação de todos – Dia 18/11 – reunião de organização – 18h30.

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: consulta o Pleno – aprovado.

- 2- Orientação sobre processos eleitorais:

Recomendações do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo sobre os processos eleitorais para renovação ou formação dos Conselhos Gestores das STS e dos equipamentos de saúde do município de São Paulo

Conforme Ordem Interna publicada em Diário Oficial da Cidade, no dia 19/09/2021, página 22, que estabelece o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo e dos conselhos gestores, o retorno das reuniões e eleições de forma híbrida, sendo opcional a participação remota ou presencial.

O Conselho Municipal de Saúde de São Paulo recomenda:

- que sejam retomados os processos eleitorais de renovação dos conselhos gestores das Supervisões Técnicas de Saúde e de todos os equipamentos de saúde do município, respeitando-se, na íntegra as seguintes leis:

- Lei Municipal nº 13.325, de 08 de fevereiro de 2002 e o Decreto Municipal nº 42.006, de 17 de maio de 2002, que regulamentam a referida lei;

- Lei Municipal nº 13.716, de 07 de janeiro de 2004 e o Decreto Municipal nº 44.556, de 23 de abril de 2004, que regulamentam a referida lei;

- Resolução nº 06, de 15 de abril de 2004 e Resolução nº 03, de 18 de julho de 2013, do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo;

- Lei Municipal nº 15.940, de 23 de dezembro de 2013 e o Decreto Municipal nº 56.021, de 21 de março de 2015, que regulamentam a referida lei (que dispõe sobre a obrigatoriedade de, no mínimo, 50% de mulheres na composição dos conselhos de controle social no município de São Paulo);
- Formação de comissão organizadora do processo eleitoral para início do processo;
- Preferência pelo processo eleitoral presencial, respeitando as condições sanitárias vigentes à época, utilizando espaços abertos e, ampliado, se for o caso, o prazo de votação para mais de um dia;
- Que o candidato não faça parte da comissão organizadora do processo eleitoral;
- O conselho gestor, cujo mandato tenha sido prorrogado, a partir da publicação da Ordem Interna nº 01, de 17 de março de 2020, deverá iniciar imediatamente o processo de renovação. Na impossibilidade, poderá prorrogar o mandato, por, no máximo, 90 dias, não prorrogáveis;
- O conselho gestor, cujo mandato será encerrado até 16/03/2022, e que não foi prorrogado, poderá efetuar prorrogação de mandato por, no máximo, 90 dias, não prorrogáveis;
- Todas as solicitações de prorrogação de mandato deverão ser publicadas em DDC;
- O conselho gestor, cujas cadeiras estejam vagas, deverá realizar processo para recomposição imediata dessas cadeiras, respeitando as leis mencionadas;

- A pessoa que vier a completar uma dessas cadeiras será considerado 1 (um) mandato cumprido;
- O conselheiro que cumprir 2 (dois) mandatos e que se encontra em período de "carência" não poderá participar de processo para recomposição de cadeiras;
- Implementar, imediatamente, conselhos gestores nos equipamentos de saúde onde não houver;
- O Conselho Municipal de Saúde estará à disposição para acompanhar os processos e dirimir as dúvidas.

Convidada Raquel: - Na sua região, a maioria dos mandatos está vacinada.

Vão tentar fazer eleição coletiva em março.

Propõe alterar o prazo até abril/22.

Adriana Ramos Costa Mateus, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde

Sudeste: Tem documento do Conselho Gestor da V. Prudente/Sapopemba pedindo adiamento por conta da Conferência em janeiro.

Gilberto Frachetta, Conselheiro Suplente representante da Pessoa com Deficiência: Tem uma recomendação. Não é obrigado a cumprir. Tem muita experiência e deve ser levada em conta. O candidato não faça parte da comissão é contra. Não pode ser da comissão eleitoral para não finalizar ele próprio. Todos os mandatos foram prorrogados até 16 de março.

Quer saber o que significa a palavra carência.

Rubens Alves Pinheiro Filho, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde

Oeste: O Butantã tem apresentado atraso na eleição. É contrário às questões colocadas pelo Gilberto. Tem atraso de 1 ano a eleição no Butantã. Não aceita aparelhamento e golpe.

Cirlene Souza Machado, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Norte:

O documento da Vila Prudente pede prorrogação de 1 ano. Isso é uma baderna. Todos podem fazer o processo eleitoral. Vamos respeitar.

Júlio Cesar Caruzzo, secretário geral do CMS-SP: Vai esclarecer a situação. Tem uma diferença de Conselho que seguir o ano da pandemia sem prorrogação.

A pandemia prejudicou os conselhos cujos mandatos venceriam não os que tomaram posse.

O prazo para adequação é 90 dias porque muitos já foram prorrogados mais de uma vez. A questão de não participação da comissão organizadora está na resolução 08. Nada fora da lei.

Rubens Alves Pinheiro Filho, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Oeste: Questão de Ordem - Essa recomendação pode ser transformada em resolução? Ficou irritado com as questões colocadas aqui. Esse documento foi muito bem discutido e construído baseado na legislação.

Deodato Rodrigues Alves, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Categoria Saúde: Preocupa-se com essa questão de recomendação.

Júlio Cesar Caruzzo, secretário geral do CMS-SP: As leis são maiores que as resoluções; Por isso foi colocado que as leis devem ser cumpridas.

Vita Aguiar de Oliveira, Conselheira Titular representante dos Portadores de Patologias: Esse documento foi trabalhado bastante. Concorda com a recomendação que é baseada em leis. Acha um absurdo o candidato ser da comissão organizadora. Colocaria em votação.

José Erivalder Guimarães de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Categoria Saúde: Evidente que a recomendação se baseia na legislação. Mas dá certa dubiedade ao processo. O correto seria resolução. Reforça a lei. É mais seguro. Ninguém que é candidato pode ser membro da comissão eleitoral. Do ponto de vista ético, é uma excrescência.

Convidada Marisa: Não quiseram desrespeitar lei alguma. Sempre ajudou nos processos eleitorais. Mas estamos em momento de pandemia. O Conselho da Unidade tem como poder suas questões para STS. Estão com os 2 vencidos. Querem fazer 1º a eleição da STS e depois das unidades. Por isso pediram 1 ano.

Convidada Raquel: - Entende o que o Júlio fala, já houve prorrogação além do que a lei permite. Acha importante resolução. Comissão Organizadora e eleitoral é a mesma coisa. Precisa iniciar 60 dias antes da eleição. Está na lei.

Gilberto Frachetta, Conselheiro Suplente representante da Pessoa com Deficiência: Não vê problema o candidato contribuir na formulação do processo eleitoral. Porém, a partir do momento que o regulamento é aprovado, por questão de ética, quem vai ser candidato deve se retirar da comissão. Pede explicação à fala do conselheiro Rubens.

Rubens Alves Pinheiro Filho, Conselheiro Titular representante do Movimento Popular de Saúde Oeste: É a favor do que a Vita e Erivalder colocaram. Uma coisa é discurso e outra é prática. Respeita o Gilberto, que sabe o que está acontecendo no Butantã. Não está falando que é o Gilberto que está fazendo? Golpe, mas sabe de tudo. Vão resolver a questão no local.

Cirlene Souza Machado, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Norte: Propõe transformar em resolução.

Marcionília Nunes de Souza, Conselheira Titular representante Do Movimento Popular De Saúde Centro: Pede consciência devido ao avançado da hora.

Convidada Regina: - Mesmo que seja feita resolução é uma recomendação baseada na lei. Os 6 meses de prazo diante da questão da pandemia é razoável.

Débora Aligieri, Conselheira Suplente representante do Movimento Popular de Saúde Centro: Eticamente é questionável participação de candidato na comissão organizadora, mas às vezes é tudo o que se tem. Lê regimento do CMS a respeito de resolução e recomendação.

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: Passa ao encaminhamento;

- 1- Resolução ou Recomendação
- 2- Prazos 90 dias ou 120 dias.

Coloca em votação:

Auxiliadora – 2; Adriana – 1; Nila -; Débora – 2; Elza -2; Rubens – 2; Cirlene – 2; Jaqueline -; Joyce -; Zandra -; Jilsomar -; Marta – 2; Mário – 2; Vita – 2; Patrícia – 2; Gilberto – abstém; J. Henrique -; Carlos – abstenção; Erivalder – 2; Deodato -2; Leandro – 2; Silas – 2; Cláudio -; Alexander -; Jorge Henrique -; Reinaldo -; Vera -; Fábio -; Rita -; Marilda -2; Marcelo -; Drausio -.

Declaração de voto – Carlos – As duas propostas abrem precedentes. Estão mexendo com processo eleitoral para trabalhar de mudanças. É a favor de uma 3ª proposta que é reafirmação da legislação.

Venceu - Proposta 2 – Resolução.

Segunda Votação – Prorrogação.

- 1- 90 dias
- 2- 180 dias.

Auxiliadora – 2; Adriana – 2; Débora – 2; Elza – 2; Rubens – 1; Cirlene – 1; Marta – abstenção; Mário – abstenção; Vita – 1; Patrícia – 2; Gilberto – abstenção; J. Henrique -; Carlos – 1; Erivalder – abstenção; Deodato – 2; Leandro – 2; Silas – 2; Marilda -1.

Resultado: - 5 votos na proposta 1;
8 votos na proposta 2;
4 abstenções e 1 declaração de voto.

Venceu proposta 2

Gilberto Frachetta, Conselheiro Suplente representante da Pessoa com Deficiência: Como é conselheiro na Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, se absteve na votação por questão de ética, pois essa resolução prorroga seu mandato. A ética faz parte de seus princípios.

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: Há grupo inscrito para informes.

Cirlene Souza Machado, Conselheira Titular representante do Movimento Popular de Saúde Norte: Não contem com ela para roda.

Leandro Valquer Justino Leite de Oliveira, Conselheiro Titular representante das Entidades Sindicais Gerais e Coordenador da Comissão Executiva: Encerra reunião por falta de quórum, que foi verificado.

Encerrada reunião às 21h16.

