



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Guilherme Schell, 6068 eq. Ernesto Wittrock.
CEP: 92.310.000 – CANOAS - Fone (51) 34767784/34763590.
02/20

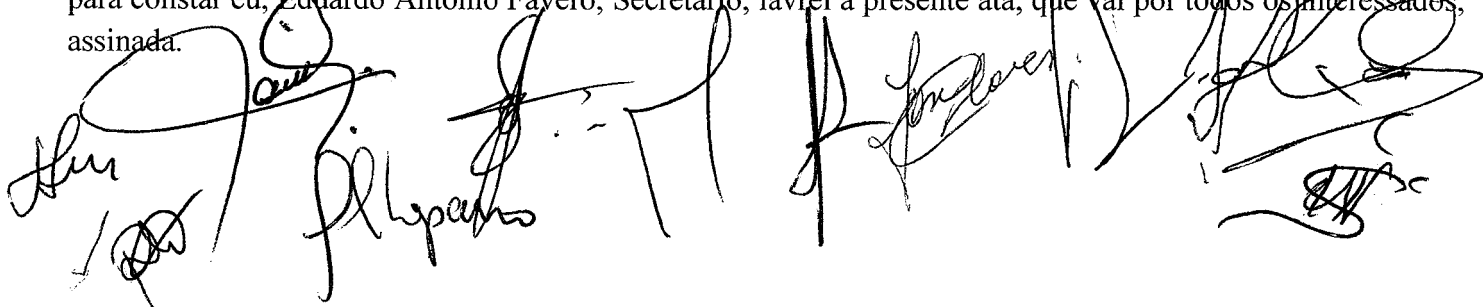
Aos dez dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte, no Auditório Sady Schwitz, sito a rua Quinze de Janeiro, 12, às 19h11min, em segunda chamada se dá o início a reunião ordinária do CMS de Canoas. A assembleia desta data contará com a seguinte pauta: Informes da Mesa, Programa de Apoio à Atenção Domiciliar, Programa Saúde Melhor em Casa e assuntos gerais. O Presidente agradece a cedência do espaço para a realização desta assembleia e informa que em reunião da Mesa Diretora foram readequadas as Resolução 01/2019, referente a participação em perguntas e respostas referentes as pautas apresentadas na Plenária deste Conselho. Fica definido que serão dois minutos por pergunta e resposta e que em assuntos gerais o limite será de cinco questionamentos, desde que seja informado ao secretário da Mesa, até antes da leitura da ata, com assunto a ser tratado. O Presidente solicita ao Secretário da Mesa, CM Eduardo que faça a leitura da ata 01.2020, de 20.01.2020. O Sr. Florizeu, do CLS da UBS Nova Niterói, pede que seja inclusa a reclamação quando a sala de curativos da unidade que não está funcionando e os usuários têm que se dirigir a outras UBSs. O Sr. Jaime Maldini reclama que não queria falar que poderia filmar quem quisesse, sendo seu desejo dizer é que o STF garantiu o direito de filmar qualquer funcionário público, em seu local de trabalho. O CM Eduardo responde que o artigo trinta e sete da CF iguala o Conselheiro ao funcionário público, em suas responsabilidades para os devidos fins, porém garante o direito a imagem, sendo assim se não tiver autorização, não poderá fazer. Pede que seja retificada a afirmativa, porém o CM Eduardo diz que não se alterará, pois foram as palavras utilizadas. Concordância dos presentes. Ata aprovada por dezoito votos favoráveis e nenhum contrário ou abstenção. O Presidente informa que devido a denúncias da CLS Elisabete da UBS Niterói acerca do atendimento no Setor de Oncologia, do HNSG, foi feita uma visitação ao local pelos conselheiros Janete, Mário, Getúlio e a Sra. Elisabete, onde foram recebidos pela enfermeira Caroline, responsável pelo setor. Declara “que a Sra. Elisabete “saiu de lá satisfeita, pelas explicações”. Em relação a manifestação da conselheira Nedy de que o HU tem três sistemas de marcação de consultas diz que as conselheiras Margarete e Janete foram em busca de explicações para marcações em duplicidade. Fala o conselheiro Presidente que não se trata de três sistemas, mas que algumas especialidades têm uma divisão específica, como exemplo Cardiologia, Neurologia, Vascular e Bariátrica cujo total se dá em 20% para o município e 80% para o estado. Para se definir o porquê dos erros, sugere que se peguem dados, pois acredita ser falha humana. O Presidente informa que foi recebido o Relatório de Gestão do 3º Quadrimestre da SMS para análise. O CM Mário relaciona os conselheiros Eduardo, Janete, Margarete, Ivo Nunes e Luiz Ferreira como componentes das Comissões de Orçamento e Finanças e Técnica que o analisará. O CM Eduardo diz que o referido instrumento tem 585 páginas e entrega uma das quatro partes em que foi dividido o documento, ao CM Luiz Ferreira. Fala o Presidente das comissões internas e externas em que o CMS tem ou faz parte. A CLS Maria Aparecida reclama do abandono dos Conselhos Locais e que se sente desconfortável. O Presidente Mário pergunta aos coordenadores de quadrante e a outros coordenadores presentes, se isto está ocorrendo? Não houve concordância. O CM Eduardo pergunta se ele não está presente e a conselheira Maria Aparecida, diz que está, mas que sua reclamação se deve a efetividade. Algumas inconformidades. O CM Eduardo pede que haja continuidade da pauta, por ser longa e a CM Margarete reforça o pedido. Situação contornada. O Presidente informa que conforme calendário, nossas próximas reuniões serão dias nove e vinte e três de março, na Casa dos Conselhos, caso não haja nenhuma alteração. Pauta iniciando e a apresentação do Programa de Apoio à Atenção Domiciliar será feita pelo senhor Jurandir Maciel. O servidor conta o quadro encontrado quando chegou na secretaria e das alterações propostas. Elogia o diretor Eloir pela grande parceria e as demais secretarias. Diz que já foram encaminhados, desde novembro de 2019, a contratação de sete vans para o programa. Dá a previsão de itens a disposição como cento e vinte mil fraldas, seis mil cento e cinquenta equipamentos, dezessete mil frascos, catorze mil quatrocentos

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

e quarenta sondas de aspiração e doze mil duzentos e quarenta sondas uretrais, além da necessidade da aquisição de camas hospitalares, aparelhos de aspiração e nebulização bem como no mínimo dois elevadores de pacientes. Informa que hoje, o município tem na rede de hipossuficiência: quatrocentos e seis pacientes de uso de fraldas, duzentos e cinquenta pacientes de sondas uretrais e aspiração, equipos e frascos para alimentação enteral; trezentos pacientes de fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, consultas e exames e noventa pacientes de oxigenioterapia. Objetivasse implantar a fisioterapia domiciliar. Fala que conseguiram emenda no valor de R\$ 150.000,00, que servirá para comprar vinte e cinco camas hospitalares, cinco elevadores de pacientes, cinquenta mil fraldas, quinze mil frascos, oito mil equipos de alimentação e vinte mil sondas de aspiração e uretral. Cita que alguns empresários ficaram de doar cinco camas hospitalares, seis aparelhos de aspirações e nebulização e um elevador de pacientes. O MACA será o braço social para receber as doações e entregar, via documento de comodato aos pacientes. O Programa contará além da entrega dos produtos, visitas a pacientes, sete vans adesivadas com o nome dos parceiros, ambulância e o atendimentos a pacientes hipossuficientes de hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, fisioterapia, exames e consultas em Canoas e Porto Alegre, sequelados de AVC, doenças crônicas, síndromes e apoio as UBSs, ACS e ao Programa Melhor em Casa. Fala de todos os parceiros e finaliza com o objetivo que é fortalecer a política de assistência em rede, onde todos se unem para otimizar a assistência ao paciente domiciliado, trazendo a saúde para atuar junto a família, melhorando as condições do paciente, do cuidador, e, em função disto, diminuindo as intercorrências clínicas e ou hospitalar, ampliando a assistência com diminuição de gastos. O Presidente Mário pede ao conselheiro local José Fernando sua manifestação, por ser coordenar um grupo de pessoas que tratam feridas. O Sr. José Fernando explica o que é o PAC e diz considerar o Programa muito importante e que trará muitas vitórias. O CM Mário fala que o conselheiro não sabia que seria chamado e o Sr. Jurandir responde a Fernando que o PAC é um serviço que todas as cidades deveriam ter. Fala da existência de uma pele sintética que ao ser aposta no lugar das feridas, evita as chamadas escarras. O CM Eduardo questiona sobre o conceito de hipossuficiente, fator de discussão constante e que considera extremamente aberto pela legislação municipal existente. O Sr. Jurandir confirma a existência da lei e sua precariedade, porém revisaram o Decreto de 2004, definindo hipossuficiência como a renda até salários mínimos por família., como a lei estadual e federal. O Presidente Mário fala que a secretaria só poderá dar o próximo passo, se os conselheiros aprovarem o programa, Colocado em votação, a matéria foi aprovada por catorze votos favoráveis e nenhum contrário ou abstenção. O próximo item a ser analisado será o Programa Melhor em Casa, que será apresentado pela secretária adjunta Fernanda dos Santos Fernandes. A servidora define a atenção domiciliar como uma nova modalidade de atenção à saúde no município, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Explica o porquê de se investir no programa, enfatiza que os principais objetivos do Programa são a desospitalização, reduzindo os períodos de internação hospitalar, disponibilizando leitos, possibilitando sua melhor ocupação e diminuindo os índices de infecção hospitalar e diminuir a lotação das portas de urgência (HPSC, HNSG e UPAs), com a saída de usuários que podem concluir tratamento em casa, como pneumonias; agudizações de quadros crônicos e assim evitar a hospitalização. Diz que o cálculo do custo de uma diária no programa Melhor em Casa pode ser até 80% menor que de uma diária hospitalar, otimizando os recursos e humanizando a atenção a saúde do paciente, ao preservar os vínculos familiares e ampliar a autonomia dos usuários e familiares. Cita as premissas que dirigiram o Programa de Atenção Domiciliar que será estruturado na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, incorporada ao sistema de regulação, baseada nos princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência e inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência, com equipes multiprofissionais e interdisciplinares e na participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador. Passa a descrever as modalidades de atendimento ao usuário em sua casa, que é atenção básica (ADI) destinada a pacientes que possuam problemas de saúde

blh
shu
[Handwritten signatures and initials]

controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica. AD2 para usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares. A população alvo do programa são os pacientes crônicos reagudizados, ou seja, com cardiopatias, síndromes de imunodeficiência adquirida, hepatopatias crônicas, neoplasia, doença pulmonar obstrutiva crônica, demência avançada e doenças terminais, usuários de sondas, ostomias, órtese/prótese, ventilação mecânica não invasiva, uso de traqueostomia, os com dieta enteral e terapia nutricional, em reabilitação motora e/ou respiratória, pessoas que necessitam de curativos complexos, cuidados paliativos, pré e pós-operatório e necessitados de antibioticoterapia parenteral, como pneumonias, pielonefrites, osteomielites. Fala depois da organização para a prestação de assistência à saúde na modalidade AD2/AD3 que é de responsabilidade da equipe multiprofissional de atenção domiciliar composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social (EMAD), que é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado e da equipe multiprofissional de apoio (EMAP), composta por três destes profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional, ambas designadas para essa finalidade. Diz a secretária que os cuidados serão divididos em três equipes divididas em três quadrantes, atendendo de 120 a 150 pacientes. A Conselheira Nedy pergunta se os profissionais citados serão das UBSs ou contratados para este fim? A secretária Fernanda responde que com exceção da equipe do EMAP, que serão utilizados os do extinto programa do NASF, o restante dos membros serão novos. A CM Fabiane pergunta se caso haja piora do paciente, o que ocorrerá? A servidora diz que o hospital continuará sendo o responsável, mesmo que esteja sob os cuidados do Melhor em Casa. O CM Eduardo pergunta sobre os recursos e a gestora diz que o projeto é maior e que irá enviar ao Conselho, sendo o valor de habilitação repassado pelo Ministério da Saúde de R\$156.000,00 (cento e cinquenta e seis mil) mensais, porém ainda é necessário mensurar o quantitativo de material, perfil do público alvo, necessidades e gastos. Diz que o programa representa a adição de leitos aos já existentes nos hospitais, aumentando a capacidade da rede. Pedirão auxílio de dados a Porto Alegre, que tem maior experiência. A Sra. Roselaine pergunta qual o número de médicos que o município conta? Se teríamos como triplicar? A Sra. Fernanda reitera que o Programa necessita de três equipes apenas, segundo critério do ministério da saúde, e cada equipe consta com quarenta horas médicas. A CLS Sinara questiona sobre o tempo que o recurso de cento e cinquenta e seis mil, duraria? A profissional responde que se trata de uma estratégia que compõe a rede de urgência e emergência e, independente do governo, deve continuar, com repasse mensal. O diretor financeiro da FMS, Sr. Pietro, informa que de acordo com levantamento da sexta-feira, sete de fevereiro, contamos com noventa médicos na rede. Colocado em votação o Programa é aprovado por unanimidade. Com o agradecimento do Presidente pela participação dos conselheiros locais e municipais, o CM Mário encerra a reunião às 21:13 horas, em que para constar eu, Eduardo Antonio Favero, Secretário, lavrei a presente ata, que vai por todos os interessados, assinada.

The image shows a series of handwritten signatures in black ink, arranged horizontally across the bottom of the page. The signatures are stylized and vary in length and complexity, representing the individuals mentioned in the text above, such as the Secretary and various council members.