

1 **ATA Nº124.** Aos vinte e um dias do mês de agosto de dois mil e dezessete, o Conselho Municipal de Saúde –
2 CMS, reuniu-se para sua trecentésima décima sétima plenária **ORDINÁRIA**, às quatorze horas, no Auditório da
3 Secretaria da Saúde de Chapecó. Estiveram presentes os conselheiros **TITULARES:** Francisco Rafael Klosinski,
4 Silvana Hoffmann Velasques Moreira, Osmar Arcanjo de Oliveira, Gilberto Jose Mario, Erli terezinha de Abreu,
5 Tiago Zanela, Nailde Brunetto, Olvides Borghelot, Roseli Malacarne, Odete Rizzi Orsolin, Tania Chiometto
6 Filipin, Djalma Velho de Azevedo. **SUPLENTE:** Luciana Azevedo, Leandro Ugolini, Terezinha Scalvi Brazzo
7 Pacheco, Jeane Barros de Souza Silva, Marilene Antunes, Gabriel O. de Oliveira, Jeane Carla Mohr. Estavam
8 presentes os vereadores Derli Maier e Cleiton Fossá. Estavam presentes representantes dos conselhos locais de
9 saúde do Chico Mendes, da Sul e do Santo Antonio. A Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde,
10 Sonia Scussiato fez a leitura do quorum qualificado, dezesseis conselheiros aptos a votar. A Vice-presidente do
11 Conselho Municipal de Saúde, Tania Chiomento Filipin justificou a ausência da Presidente Izelda Oro e informou
12 que irá conduzir a reunião. **Ordem do dia: 1. Discussão e deliberação sobre a Ata nº 123; 2. Discussão e**
13 **deliberação para habilitação de quatro leitos para o serviço hospitalar de referência para a atenção a pessoa**
14 **com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes ao uso de craque, álcool e drogas; 3.**
15 **Apresentação do Sisreg – Sistema Nacional de Regulação; 4. Apresentação sobre os cadastros dos usuários**
16 **do SUS, no município de Chapecó; 5. Apresentação das propostas a serem defendidas na Conferência**
17 **Macrorregional de Vigilância em Saúde; 6. Sugestão de pauta para a próxima reunião.** A Vice-presidente do
18 Conselho Municipal de Saúde, iniciou a reunião informando que o terceiro ponto de pauta, **Apresentação do**
19 **Sisreg – Sistema Nacional de Regulação**, não poderá ser apresentado devido a problemas de saúde de uma das
20 profissionais que iriam apresentar e que o mesmo ficará para apresentação na próxima reunião. O **primeiro ponto**
21 **de pauta: Discussão e deliberação sobre a Ata nº 123:** o conselheiro Osmar falou que fez algumas anotações e
22 encaminhou em um envelope para a Secretaria de Saúde e Sonia informou que não recebeu e que o usual é
23 encaminhar no e-mail as solicitações de alteração na ata. A conselheira Nailde questionou o fechamento da
24 Farmácia Popular se é para sempre ou poderá voltar. Jeane falou que a Farmácia Popular vinculada a Secretaria de
25 Saúde teve suas atividades encerradas por decisão do Ministério da Saúde, as farmácias da rede privada que
26 aderiram ao Programa Farmácia Popular ainda continuarão com suas atividades. Nailde questionou a quantidade
27 mensal de atendimentos feitos pelo SAER que não está em ata. Sonia garantiu que irá buscar esses dados para a
28 conselheira e irá informar na próxima reunião. O conselheiro Gilberto salientou que é importante entender quais as
29 funções do Estado e suas responsabilidades. A Ata nº 123 foi aprovada por 15 votos e 1 abstenção. Segundo ponto
30 de pauta: **Discussão e deliberação para habilitação de quatro leitos para o serviço hospitalar de referência**
31 **para a atenção a pessoa com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes ao uso de**
32 **craque, álcool e drogas.** A coordenadora de Saúde Mental, Luciana Azevedo, informou que quando foi montada a
33 Rede de Atenção Psicossocial uma das indicações foi que contemplasse alguns leitos no Hospital Regional para
34 atender essa demanda. Luciana lembrou que já foi discutido em 2014 e agora o Hospital Regional se mostrou
35 favorável para contemplar esses leitos. Informou que não é internação de trinta dias, são pacientes graves que
36 tiveram tentativas de suicídio, pacientes que tem algum tipo de distúrbio, que necessitam de alguns dias de
37 internação até estabilizar o quadro clínico. Informou que, pelo número de habitantes no município de Chapecó, há a
38 necessidade de contemplar esses leitos. Lembrou que são quatro leitos para toda a região oeste do Estado de Santa
39 Catarina que é o que o Ministério da Saúde preconiza. Luciana informou que no CAPS AD existem quatorze leitos
40 mas não é dentro do hospital. A Vice-presidente solicitou votação na pauta que foi aprovada por unanimidade. O
41 quarto ponto de pauta: **Apresentação sobre os cadastros dos usuários do SUS, no município de Chapecó** foi
42 apresentado pela enf^a Lidiana Pauletto Piovesan, que está na coordenação do Saúde da Família e apresentou a
43 equipe aos presentes. Lidiana informou que o setor envolve o e-SUS, Programa Saúde da Família e Agentes
44 Comunitários de Saúde. Lidiana informou que, atendendo a solicitação da presidente Izelda, fizeram várias visitas a
45 campo para saber como estavam as Unidades Básicas de Saúde e os cadastros dos usuários. Lidiana explicou que
46 haviam quatorze Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em laudos de incapacidade temporária e isso já foi
47 resolvido, pois entraram onze ACS novos para cobrir esses atestados e ainda entrarão nove do processo seletivo que
48 está em andamento, deixando as equipes completas. Informou que são trezentos e quarenta e seis ACSs que estão
49 em atividade atualmente, dado solicitado pela Presidente do CMS. Lidiana explicou que em fevereiro havia
50 quatrocentas e quarenta mil pessoas cadastradas no sistema WinSaúde, sendo que a estimativa do IBGE é de
51 duzentos e nove mil habitantes. Lidiana falou que cento e oito mil pessoas não tinham vínculo com nenhuma
52 Unidade Básica de Saúde e esses pacientes foram inativados até que as Agentes Comunitárias de Saúde atualizem
53 seus cadastros. Lidiana explicou que a partir de 2015 mudou o sistema que era o SIAB para o e-SUS, nesse período
54 cento e trinta e oito mil pessoas estavam cadastradas e morando em Chapecó. Até o momento existem cento e
55 setenta mil cadastros no e-SUS (sistema atual) de usuários do Sistema Único de Saúde. Lidiana falou que a meta
56 será aproximar os números dos cadastros a estimativa do IBGE. Lidiana mostrou que cento e oito mil cadastros
57 estão inativados e oitenta e nove mil não possuem vínculo com o município, os pacientes são cadastrados para
58 realizarem alguns exames ou consultas pactuados com outros municípios. Lidiana apresentou o número de visitas
59 dos ACSs que estão aumentando, e isso está mostrando que muitas pessoas estão consultando em Unidades Básicas

60 de Saúde que não são de sua área de abrangência, isso ocasiona uma resistência do usuário em regularizar a
61 situação por estar familiarizado com o Centro de Saúde que costuma frequentar. A enfª Jucieli explicou que esse
62 trabalho é intenso e de grande importância, a própria Política de Saúde da Família trata a questão de
63 territorialização, pois os médicos atendem um determinado número de consultas e as equipes são distribuídas pela
64 quantidade de população. Jucieli explicou que, de acordo com a territorialização, algumas UBS ganharam mais de
65 uma equipe de Saúde da Família sendo que as equipes podem atender a determinado número de usuários e,
66 conforme a abrangência, os usuários são obrigados a trocar o profissional que normalmente o atende, gerando
67 desconforto, mas que essa redivisão é extremamente necessária para garantir o atendimento de qualidade. Jucieli
68 afirma que muitas reclamações dos usuários são devido a necessidade da visita do ACS para concluir o cadastro,
69 mas isso também é necessário para garantir que esses usuários novos sejam moradores de Chapecó. Lidiana
70 ressaltou que essa adequação nos cadastros não serve para negar o acesso e sim para regularizar através da visita
71 das ACSs. Nailde observou que muitos usuários não são moradores do bairro que sua Unidade Básica de Saúde
72 atende e quando questionou a Agente de Saúde essa informou que não seria possível “obrigar” a pessoa a trocar de
73 UBS. Nailde perguntou quanto aos recursos financeiros se são distribuídos conforme a população da área de
74 abrangência das UBS. Lidiana explicou através do mapa como se faz a distribuição da população para garantir o
75 acesso a todos, que cada equipe de Saúde da Família pode atender até três mil e quinhentas pessoas e por isso se faz
76 necessária essa redistribuição. Gessiani informou que a Política Nacional de Atenção Básica está sendo
77 reestruturada pelo Ministério da Saúde, cada Unidade de Saúde pode atender até mais ou menos doze mil usuários,
78 e existe um planejamento para atender esse número de usuário, se for deixado a liberdade desses escolherem as
79 Unidades de Saúde que irão lhes prestar atendimento, ocorrerá uma certa desorganização no planejamento.
80 Gessiani informou que nesse planejamento são consideradas as quantidades de insumos e medicamentos para
81 atenderem a essa população. A Vice-presidente concorda que não faz sentido sair do seu bairro para ser atendido
82 em uma Unidade de Saúde de outra localização, só porque a equipe é considerada melhor pelo usuário. A
83 conselheira Gessiani falou que quanto a qualidade nos atendimentos é necessário que os usuários se envolvam nos
84 Conselhos Locais de Saúde. Gessiani informou que está sendo planejado um regimento interno para os Conselhos
85 Locais se constituírem. Sonia informou que fez contato com o Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis que
86 prometeu enviar o regimento interno dos Conselhos Locais de lá. A partir desse regimento será possível adequar a
87 nossa realidade local. Também está sendo feito um trabalho de divulgação para que os membros dos Conselhos
88 Locais participem das reuniões do Conselho Municipal de Saúde para que seja levado para as comunidades as
89 deliberações que acontecem na reunião. Sonia comemorou que nessa reunião do Conselho Municipal de Saúde três
90 membros dos Conselhos Locais de Saúde estavam presentes. A conselheira Nailde acredita que os membros dos
91 Conselhos Locais de Saúde possam dar uma excelente contribuição. Margareth, presidente do Conselho local de
92 Saúde do bairro Universitário, acredita que falta informações de como conduzir as atividades do conselho. Gessiani
93 sugeriu que, após organizar a legislação dos Conselhos Locais, o Conselho Municipal de Saúde poderá chamar os
94 representantes dos vinte e seis Conselhos Locais de Saúde para capacitá-los. Sonia falou ainda que haverá eleição
95 dos novos conselheiros e os representantes dos Conselhos Locais podem concorrer a vagas no Conselho Municipal
96 de Saúde através das associações de moradores dos bairros. Lidiana informou que cada agente de Saúde é
97 responsável por uma microárea de abrangência. A conselheira Jeane Barros acredita que o trabalho é importante
98 mas lembra que os usuários devem ser avisados com antecedência para que não sejam pegos de surpresa ao ir na
99 Unidade de Saúde para consultar e lembrou que a Presidente já havia comentado sobre os cadastros de usuários que
100 não eram ativos e da necessidade de regularizar. Lidiana falou que no passado os cadastros necessitavam apenas
101 do comprovante de residência, mas atualmente além da documentação o cadastro só é validado mediante visita da
102 Agente Comunitária de Saúde. A conselheira Odete informou que na Unidade de Saúde Alta Floresta não repassa
103 as informações para os usuários e Lidiana afirmou que a coordenação realiza reuniões periódicas com as
104 coordenadoras para repassar as informações. Jucieli explicou que alguns médicos são do Programa Mais Médicos
105 ou de processos seletivos temporários, quando encerra o contrato, deve ser substituído. Lidiana agradeceu e pediu
106 apoio quanto a orientação da população. Naum, representante dos imigrantes, perguntou como é realizado o
107 atendimento dessa população e Jucieli falou que os usuários imigrantes são cadastrados como os outros usuários, e
108 foi elaborada uma cartilha para as Unidades de Saúde com a finalidade de melhorar a comunicação com essa
109 população. A conselheira Marilene perguntou como é feito o cadastramento da população indígena e Jucieli
110 respondeu que a SESAI encaminhou uma lista da comunidade indígena para recadastrar os usuários. Lidiana
111 informou que os usuários estão sendo informados das mudanças desde o início do ano, através dos Centros de
112 Saúde, Agentes Comunitárias de Saúde e pelos canais de comunicação como rádios e jornais. No quinto ponto de
113 pauta: **Apresentação das propostas a serem defendidas na Conferência Macrorregional de Vigilância em**
114 **Saúde**, a conselheira Roseli iniciou a apresentação informando que nos dia 14 e 15 de agosto aconteceu, no Centro
115 de Eventos Plínio Arlindo de Nês, a etapa macrorregional da Conferência de Vigilância em Saúde. A conselheira
116 Roseli foi uma das delegadas que representaram o município de Chapecó na Conferência e informou aos presentes
117 que o município levou propostas que foram discutidas e estão inseridas em algumas propostas finais. Roseli
118 apresentou o tema da Conferência Macrorregional de Vigilância em Saúde: *“Política Nacional de Vigilância em*

119 *Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo brasileiro*” que teve
120 quatro subeixos: *o lugar da Vigilância em Saúde no SUS; responsabilidades do Estado e dos governos com a*
121 *vigilância em saúde; saberes, práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde; Vigilância*
122 *em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde.* No subeixo “*o lugar*
123 *da Vigilância em Saúde no SUS*” teve as seguintes propostas: 1 – Garantir que o processo de planejamento de
124 vigilância em saúde seja realizado de maneira territorializada, baseado nos indicadores de saúde, qualificando e
125 unificando os sistemas de informação e integrando os demais serviços da rede (RAS) a partir da Atenção Básica; 2
126 - Utilizar a gestão do conhecimento na educação permanente e formação de multiplicadores, visando a integração
127 das ações de vigilância em saúde com os demais serviços da rede de atenção à saúde; 3 - Ampliar o número de
128 CEREST Regionais no Estado de SC contemplando 100% de cobertura para os municípios; 4 – Ampliar a
129 conscientização dos (as) profissionais em relação à importância das Notificações Compulsórias de Doenças e
130 Agravos, tanto nos setores públicos como privados; 5 – Promover campanhas de sensibilização dos (as)
131 profissionais de saúde e da comunidade em relação à função das vigilâncias na proteção e promoção da saúde; 6 –
132 Definir ações com base nos indicadores apresentados pela vigilância em saúde envolvendo equipe intersetorial e
133 interdisciplinar. No subeixo “*responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde*” teve as
134 seguintes propostas: 1 – Definir um número mínimo de profissionais efetivos das vigilâncias em saúde de acordo
135 com o perfil epidemiológico de risco sanitário e ambiental de cada município e o número de habitantes; 2 –
136 Garantir que o estado mantenha a capacitação permanente de cursos de formação das vigilâncias (Curso Básico de
137 Vigilância Epidemiológica, VISA e ambiental dentre outros) de acordo com as necessidades municipais, e que esse
138 profissional seja efetivo e que permaneça no setor no mínimo cinco anos; 3- Criar uma lei a nível federal, estadual
139 e municipal que garanta que os recursos advindos de multas e alvarás sanitários sejam utilizados nas ações de
140 vigilância em saúde; 4 – Garantir que os gestores invistam em recursos humanos, financeiros e materiais em
141 quantidades suficientes e adequadas para o desenvolvimento das atividades de vigilância em saúde; 5 – Garantir
142 plano de carreira com remuneração adequada para os fiscais de vigilância sanitária em função da dedicação
143 exclusiva no desempenho de suas funções; 6- Garantir que o (as) gestores do SUS sejam profissionais de carreira
144 com nível superior e/ou tenham experiência em saúde pública, coibindo as indicações meramente políticas; 7 -
145 Garantir e ampliar a manutenção de recursos federais adequando os valores às realidades regionais; 8 – Garantir
146 que os profissionais das vigilâncias em saúde sejam servidores de carreira, concursados/efetivos, para possibilitar a
147 formação de vínculos com a comunidade e atuação junto aos demais serviços da rede; 9 – Deflagrar ações de base
148 territorial e integradas voltadas aos problemas definidos coletivamente em processos participativos e
149 descentralizados com garantia de financiamento público com a participação do governo nos diversos níveis; 10 –
150 Fortalecer o empoderamento da Vigilância em Saúde reduzindo interferências político partidárias e interesses
151 individuais com a ampliação do interesse coletivo de proteção da saúde e estimulação das ações educativas de
152 diagnóstico e apresentação das soluções dos principais problemas do território; 11 – Garantir recursos financeiros
153 para projetos e execuções de ações relativas ao saneamento básico; 12 – Criar leis municipais e estadual de Santa
154 Catarina que contemplem o salário diferenciado para os fiscais sanitários que trabalham em regime de dedicação
155 exclusiva conforme determinam as leis federais: 5.991 de 1973 – artigo 73, 6.360 de 1976 – artigo 74, lei 13.021 de
156 2014 – artigo 15; 13 – Capacitação continuada para servidores de forma integrada entre as vigilâncias, interligando
157 os setores para a melhoria do desenvolvimento do exercício profissional, com equipe mínima para o
158 desenvolvimento efetivo do trabalho; 14 – Implantar políticas públicas de capacitação contínua para equipes,
159 trabalhadores em saúde, conselheiros municipais de saúde e prestadores de serviços em parceria com a rede
160 privada, afim de atuar continuamente em ações de prevenção e promoção de saúde para a população, através da
161 avaliação contínua de indicadores e de novos saberes tradicionais, tecnológicos e alternativos em saúde.
162 Divulgando as ações via internet, através de um site específico com sala de bate papo e ouvidoria. O subeixo
163 “*saberes, práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde*” teve as seguintes propostas: 1 –
164 Incentivar que as vigilâncias em saúde ampliem ações de matriciamento para as demais equipes de saúde; 2 –
165 Promover e efetivar a integralidade entre as vigilâncias em saúde de acordo com a demanda em todas as esferas de
166 governo; 3 – Investir em pesquisa de defensores agrícolas naturais e novas tecnologias para combate de vetores e
167 doenças, que sejam economicamente viáveis, desenvolvendo produtos que causem menor impacto ambiental e de
168 saúde; 4 – Implementar e qualificar programas intersetoriais de educação alimentar e nutricional, combatendo o
169 atual modelo nutricional inadequado e consumista; 5 – Implantação de um sistema de informação articulado e
170 integrado com os demais sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde, secretaria de estado e
171 município, contemplando a saúde indígena e outras comunidades tradicionais; 6 – Fortalecimento das ações de
172 vigilância sanitária com aumento do aporte de recursos financeiros voltados para ações de saúde do trabalhador
173 garantindo fiscalizações dos ambientes de trabalho com frequência e qualidade que permitam promover e proteger
174 adequadamente a saúde dos trabalhadores e reduzir as morbimortalidades decorrentes dos modelos de
175 desenvolvimento e dos processos produtivos. Promover ações de auditoria em conjunto com outros órgãos e afins;
176 7 – Aumentar o incentivo a agricultura familiar e ao percentual do consumo de alimentos orgânicos nas escolas
177 municipais e estaduais da rede pública e privada, implantando as ações de vigilância em saúde no programa saúde

178 nas escolas; 8 – Melhorar logística do fluxo laboratorial do LACEN por região, através de uma redistribuição
179 geográfica e regionalização das análises laboratoriais em função da grande demanda apresentada pela região. Com
180 melhorias na infraestrutura, pessoal, equipamentos e insumos para a realização de análises. O subeixo “*Vigilância*
181 *em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde*” teve as seguintes
182 propostas: 1 – Fortalecer e capacitar o trabalho dos ACS, assim como dos ACEs e Conselhos Municipais de Saúde
183 em suas atividades, para o desenvolvimento de um elo efetivo de comunicação e cooperação dos serviços de
184 Vigilância em Saúde com a comunidade; 2 – Fortalecer o território com Conselhos Locais de Saúde, garantindo a
185 participação ativa no Conselho Municipal de Saúde. Implementando os Conselhos Locais através de Resolução
186 453/12, promovendo educação permanente para efetivação do controle social buscando um SUS que enfatize a
187 promoção em saúde; 3 – Fomentar o trabalho em conjunto de todas as secretarias, vigilâncias e conselhos, para
188 elencar as principais necessidades da população de cada município, levando a informação continuada para toda a
189 população; 4 – Estimular participação de gestores e trabalhadores do SUS nas práticas Integrativas e
190 Complementares (PIC), objetivando melhoria da qualidade de vida da população, através da implantação e
191 divulgação destas práticas. Roseli finalizou a apresentação informando os nomes dos delegados de Chapecó que
192 irão representar na etapa Estadual da conferência. Delegados Titulares: Karina Giachini (gestor), Rafael Hagemann
193 (gestor), Paulo Imbé (usuário), Roseli Malacarne (usuário). Delegados Suplentes: Rita Oltramari (gestor), Douglas
194 Fritzen (gestor), Tiago Zanella (usuário). A conselheira Roseli salientou que houve outros delegados eleitos, mas
195 que são de outros municípios da macrorregião. Tania deu continuidade a reunião com o sexto ponto de pauta
196 **Sugestão de pauta para a próxima reunião** e a conselheira Nailde solicitou uma discussão sobre o centro
197 cirúrgico do Hospital Regional do Oeste. Margareth solicitou a organização de um cronograma de atividades nas
198 Unidades Básicas de Saúde. A conselheira Odete perguntou o porque das consultas de oftalmo da ADEVOSC
199 terem ido para a fila normal do SUS, sendo que tinham prioridade. Sonia respondeu que as filas estarão na pauta da
200 próxima reunião que debaterá o SISREG. A conselheira Nailde perguntou sobre a capacitação para os conselheiros
201 e Sonia respondeu que como o conselho está em processo de finalização de mandato a capacitação ficará após a
202 eleição dos novos conselheiros. A plenária foi encerrada e eu, Sonia Scussiato, lavrei a presente ata.