



166ª Sessão Ordinária Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis

Informações Preliminares

25 de junho de 2019

166ª Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis

Caráter Ordinário

Auditório Central da Secretaria Municipal de Saúde – SMS

Av. Prof. Henrique da Silva Fontes, 6.100, Trindade, Florianópolis, SC - 88036-700

Conselheiros Presentes Gestão 2018-2021

Presidente

1. Carlos Alberto Justo da Silva, Secretário Municipal de Saúde.

Governo Municipal

2. Edenice Reis da Silveira, Secretária Municipal de Saúde;
Daniela Baumgart de Liz Caldeiron, Secretária Municipal de Saúde (Suplente);
3. Audenir Cursino de Carvalho, Secretária Municipal de Assistência Social;
4. João Henrique de S. Q. Pereira, Secretária Municipal de Infraestrutura;

Entidades Prestadoras de Serviço em Saúde

5. Maria Elizabeth Menezes, Sindicato de Lab. de Análises Clínicas, Patologia Clínica e Anátomo-Citopatologia de SC;

Entidades Sindicais e Associações de Profissionais de Saúde

6. Karin Gomes Paz, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia;
7. Deise Maria Pacheco Gomes, Conselho Regional de Nutricionistas 10ª Região (Suplente);
8. Donavan Bacilieri Soares, Sindicato dos Odontologistas no Estado de Santa Catarina;
9. Marcos Revillion de Oliveira, Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade;

Entidades Sindicais e Associações de Trabalhadores em Saúde do Serviço Público

10. Wallace Fernando Cordeiro, Sindicato dos Empregados em Estabelecimento de Serviços de Saúde de Florianópolis;
11. João Paulo Silvano Silvestre, Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Serviço Público Federal de Santa Catarina;

Instituições Públicas ou Privadas de Ensino Superior com Sede em Florianópolis

12. Josimari Telino de Lacerda, Universidade Federal de Santa Catarina;
Janaina das Neves, Universidade Federal de Santa Catarina (Suplente);

Entidades Populares

13. Marcos Cesar Pinar, União Florianopolitana de Entidades Comunitárias;
14. Irma Manuela Paso Martins, Instituto Arco-Íris;
15. Janaina Conceição Deitos, Federação Catarinense de Mulheres;
16. Leonardo Moura da Silva, União de Negras e Negros pela Igualdade de Santa Catarina (Suplente);

17. Leonilda Delourdes Gonçalves, Pastoral da Pessoa Idosa – Arquidiocese Florianópolis;
18. Roseane Lucia Panini, Associação de Moradores do Campeche;
19. Aparecida Eli Coelho, Cons. Comunit. Lot. Jd. Anchieta;

Entidades de Aposentados e Pensionistas

20. Maria Helena Possas Feitosa, Associação dos Funcionários Aposentados e Pensionistas do Banco do Brasil em Santa Catarina;

Conselhos Distritais de Saúde

21. Carmen Mary de Souza Souto, Conselho Distrital de Saúde Centro;
22. Adélio José da Costa, Conselho Distrital de Saúde Norte;

Entidades Não Governamentais que atuam no atendimento a pessoas com patologias crônicas e pessoas com deficiência

23. Maria Conceição dos Santos, Associação Brasileira de Portadores de Câncer;

Faltas justificadas

24. Estrela Guia - Associação em Prol da Cidadania e dos Direitos Sexuais;
25. Academia Catarinense de Odontologia;
26. Associação de Hospitais de Santa Catarina;

Entidades Ausentes

Governo Municipal

27. Secretaria Municipal de Educação;

Governo Estadual

28. Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina

Conselhos Distritais de Saúde

29. Conselho Distrital de Saúde Continente;
30. Conselho Distrital de Saúde Sul;

Entidades Sindicais e Associações de Trabalhadores

31. Central Única dos Trabalhadores;

Entidades não Governamentais que Atuam no Atendimento a Pessoas com Patologias Crônicas e Pessoas com Deficiência

32. Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS de Florianópolis;

Participantes

1. Gerusa Machado, Secretária Executiva do CMS;
2. Werner Franco, Técnico Administrativo, Secretaria Executiva do CMS;
3. Sílvia Eloisa Grando Águila, Socióloga, Secretaria Executiva do CMS;
4. Amanda Rafaella Athayde da Rosa, estagiária, Secretaria Executiva do CMS;
5. Jainaina Gomes Vincky, estagiária, Secretaria Executiva do CMS;
6. Gabriela Gorelik Valente, Residente;
7. Vicente Souza Barreto, Médico;
8. Ingrid do Socorro da Silva Lopes;

9. Roseli Eggert Nascimento, Nutricionista;
10. Anilton Graciliano Bardança;
11. Marília Dietrich Schmitz, Estagiária;
12. Maira Tiemi Cavazzana Sonoda, Residente;
13. Sandra Regina da Costa, DAS;
14. Michelle Casal Coleta de Barros;
15. Selma Celise Benchimol Moreira;
16. Luiza Soares Gutterres Lima, Residente;
17. Bruna Peixer, Residente;
18. Tânia Regina Prado, Nutricionista;
19. Lucas de Oliveira;
20. Tamires Corrêa Gaspar, Residente;
21. Lorena Baião Vieira, Residente;
22. Ana Delgado, Residente;
23. Adriana Benkendorf Friese, Conselheira;
24. Eliane da Silva, Residente;
25. José Eradi Rodrigues;
26. Luiza Chagas Pires, Dentista;
27. Pamela de Moraes Pavinato;
28. Gabriela Bampi, Cirurgiã Dentista;
29. João Paulo Silveira;
30. Suzane P. da Cruz A. Santos, Assistente Social;
31. Mônica Costa Silva, Residente;
32. Talita Cristine Rosinski, Gerente Regulação.

Entrega e recebimento de documentos na Plenária

1. CLS Barra da Lagoa – OF. 01/junho: Solicitação para Gerência de Atenção Primária de esclarecimentos sobre a não reposição do servidor.
2. Usuário: Senhor Lourival Nunes – Carta 01: Falta de tiras reagentes de glicemia.
3. Vereador Marquito – OF. 021 Convite ao CMS para reunião políticas públicas LGBT na Câmara de Vereadores.
4. Assistência Farmacêutica – CI 389: Resposta a carta 01 Sr. Lourival Nunes.
5. CLS Carianos – Abaixo Assinado junho/2019: Solicitação de RH/Câmara fria/ Medicamentos e materiais, enviado para o Gabinete.

Desenvolvimento dos Trabalhos

PAUTA

1. Aprovação da ata de nº 165;
2. Informes e entrega documentos Conselhos Distritais;
3. Apresentação Lista de Pacientes e Saúde na Hora – Diretoria de Atenção à Saúde;
4. Informe parecer da Câmara Técnica sobre Regimento Interno dos Conselhos Locais de Saúde e Conselhos Distritais de Saúde;
5. Informes Secretaria Executiva (RESOLUÇÕES);
6. Informes gerais;
7. Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima Sessão Plenária de nº. 167, em 30 de julho de 2019.

1º Ponto de Pauta | **Aprovação da Ata de nº 165**

1.1. Carlos Alberto Justo da Silva

Coloca em aprovação e a ata Nº 165, que é aprovada por unanimidade pelos conselheiros presentes.

2º Ponto de Pauta | **Apresentação Lista de Pacientes e Saúde na Hora**

2.1. Sandra Regina da Costa

Atualmente sou Diretora de Atenção à Saúde e fui convidada pelo Conselho para fazer essa apresentação. A princípio eu fiz uma discussão com a Gerusa que eu acreditava que podíamos amadurecer isso, pois ainda temos dúvidas sobre o assunto e por esse motivo o que trouxe hoje não está nada pronto, está aberto a discussão e é um assunto que causa um pouco de polemica, então teremos que ouvir muitas pessoas.

Vamos mostrar uma primeira versão/imagem daquilo que nós pretendemos fazer em nossas unidades. Então o que seria essa lista de pacientes? É uma forma de vinculação dos sistemas de Atenção Primária à Saúde, usada em outros lugares do mundo inclusive que atribui uma equipe de referência com base na escolha do usuário, as equipes realizam seu planejamento, vigilância e ações de saúde com base na lista de pessoas que realmente é atendida pela equipe, usamos por muito tempo e ainda se usa para alguns dados a população IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), nem sempre aquela população IBGE é a que está vinculada com o Centro de Saúde (CS). As pessoas podem escolher seus profissionais de confiança com base em empatia, qualificação técnica e modalidades de acesso. Por que Florianópolis pretende adotar a lista de pacientes? A primeira coisa que nos faz pensar nisso é a satisfação do usuário, os usuários poderão escolher quem é a equipe que vai atendê-los e hoje não, hoje eles estão vinculados a área territorial. Alguns estudos demonstram essa relação entre adoção desse modelo e a melhoria no grau de satisfação dos usuários e equipes, e define melhor a carga de trabalho das equipes e garante que nenhum profissional se responsabilize por um número excessivo de pessoas, pois tem algumas áreas que tem uma sobrecarga total. Dimensionamento das demandas, então as listas são fontes de demanda não apenas para consulta, mas também para coordenação do cuidado, para vigilância em saúde, renovação de receitas, aprazamento de exames de rotina, matriciamentos, comunicação por e-mail, ele vai ter cadastrado todas as pessoas e te-las como contato. Permite avaliar o desempenho de diferentes equipes com listas de tamanho semelhante, favorecendo a gestão no apoio e aperfeiçoamento dos processos de trabalho com mais dificuldades e insatisfação dos usuários, nós vivemos isso em algumas unidades, por exemplo, unidade de duas equipes, onde todo mundo quer ser atendido por uma equipe só. Ajuda a melhorar os resultados em saúde. Identificando melhor seus pacientes as equipes se comprometem mais com a continuidade do trabalho, o que aumenta resultados clínicos, diminui internações, mortes evitáveis, o que resulta em uma diminuição de custo e maior resolução de cada problema de cada consulta.

Estamos fazendo piloto em quatro unidades. As listas foram montadas com base nas pessoas que já utilizaram os atendimentos clínicos nos últimos dois anos, não só por consulta médica, mas por atendimento de enfermagem também. As listas possuem um limite de 2.500 pessoas por equipe, reduzindo para 2.000 em áreas de interesse social e que não tenham programa de residência implementado, e a cada mês essas listas serão atualizadas. Pegamos como exemplo o Centro de Saúde (CS) Monte Cristo, no qual podemos ver que a área 41 que está com uma lista de população ativa num número próximo a 2.500, e outra como a área 45 que tem uma população menor. O que muda para o usuário? As pessoas que já usam o Centro de Saúde nos últimos dois anos entram automaticamente nas listas de origem. Para as pessoas que irão procurar o serviço pela primeira vez, se tiver vaga na sua lista ela vai ser atendida lá, com algumas exceções, mas essa pessoa será atendida por alguém da equipe, vai ter sua necessidade atendida no momento e depois para vinculação ela vai ser direcionada para onde tem espaço na lista para escolher, a pessoa não sai dali sem uma equipe, a unidade irá fornecer informação sobre uma equipe com disponibilidade. O usuário pode optar por outra equipe de acordo com a sua acessibilidade cotidiana e preferência por profissional. Ele pode trocar de lista desde que tenha vagas. Se a lista estiver lotada ele tem a garantia de continuidade da assistência a saúde. São considerados como usuários prioritários acamados que vivem no território da equipe, portadores de necessidades especiais, parentes de primeiro grau, dependentes legais de usuários da lista, idosos acima de 65 anos, portadores de doença

crônica, usuários com quadros graves de doenças mentais, usuários vivendo com HIV/AIDS. Se a minha lista esta cheia e eu recebo um comunicado que um paciente está tendo alta, onde o mesmo foi internado por quatro meses por que tem uma tuberculose super resistente, ele é obrigado a estar na lista de vinculação, ele não tem que esperar para estar em outra lista. Outra questão que preocupa é a vigilância do território. A realização da ação de vigilância em território permanece sob a responsabilidade do Centro de Saúde e suas equipes, conforme seu território de origem. Se o paciente não for residente daquela área ele escolhe uma equipe da sua área de trabalho, mas em algum momento a equipe vai acionar o Agente Comunitário de sua residência, então os agentes comunitários também terão listas de pessoas que estão na área dele, mas não são atendidas pela equipe e que ele vai ter que dar conta também. Em caso de diagnósticos que envolvam a necessidade de busca ativa ou avaliação territorial de focos de doença, o agente comunitário vai trazer para aquela equipe daquela área, independente da lista dele, se a gente receber um comunicado que tem um caso de sarampo no Pantanal, é aquela equipe que vai atender e não importa se não estiver na lista de ninguém, essa vigilância tem que continuar, tem que descrever isso. Por isso que deve ser bem discutido, pois todos os moradores de Florianópolis são do Sistema Único de Saúde (SUS) e temos que continuar nessa perspectiva. A lista que estamos propondo, não é a mesma lista que existe em outros países por que nossa realidade é diferente e vamos ter que adaptar a proposta para nossa região.

Os apoiadores territoriais de Distrito Sanitário (DS) e a Gerência de Atenção Primária (GAP), também terão um papel importante nisso, pois irão realizar apoio à execução e planejamento de ações de saúde no território. Então como eu havia dito haverá a lista de pacientes dos Agentes Comunitários, e é uma coisa nova porque ele não vai ter apenas a lista que está com a equipe de saúde restrita aos nomes que estão na lista, mas sim continuar olhando o território como um todo. O que eu tinha comentado com a Gerusa e quero discutir com vocês quais são os medos que vocês têm a respeito disso? Tem horas que fico pensando qual é a melhor maneira e eu não tenho duvida que a lista de território vá ser uma coisa boa, agora a forma como ela irá ser implantada pode nos levar a nos preocupar com o foco da gestão, então precisamos discutir isso. Precisamos ver cenários externos, a Talita trouxe uma questão recentemente sobre como fica a questão da regulação, como fica quando ela atende um paciente que é de outro lugar e a gente faz isso todo dia. Como vamos trabalhar com essas questões? Tem muita coisa técnica que deve ser estudada, mas é muito importante a voz de vocês. Tem coisas que não conseguimos entender, mas precisamos nos abrir para isso e eu posso dizer que muitas coisas dentro da diretoria também me causam medo.

2.2. Carmen Mary de Souza Souto

A minha preocupação é em relação ao território, por exemplo, se vem um pessoal do Saco dos Limões consultar no Pantanal como que fica essa questão? Como que fica o relacionamento do medico se o usuário não é morador daquela área? Gostaria de mais clareza sobre isso. Outra questão é sobre uma observação minha que tem moradores que se consultam três vezes na semana, como fica isso quando você vai fazer uma avaliação da quantidade de pessoas atendidas?

2.3. Sandra Regina da Costa

Em relação à primeira pergunta se é do Pantanal e vai se consultar no Saco dos Limões tem vaga na lista e ele entrou na lista, ele vai ser atendido lá. Vou dar um exemplo, é uma gestante que precisa ir à consulta e ela não compareceu a consulta para mostrar os exames, então eles irão acionar os Agentes Comunitários do Pantanal que irão procurá-la. Não tem mais essa divisão de território. A lista é baseada no número de pessoas diferentes atendidas, então aquele que consultou três vezes vai contar uma vez, então isso não é um problema.

2.4. Calos Alberto Justo da Silva

Nós controlamos na Secretaria o número de pacientes novos e o número de consultas totais, tudo isso é computado.

2.5. Marcos Revillion de Oliveira

Na apresentação Sandra tem algumas coisas que notei. Aqueles pacientes que estariam na lista de qualquer maneira, como estavam colocados sobre parentes de primeiro grau, mesmo não tendo se consultado em ate dois anos eles estão na lista, que segundo a promessa do CELK

(Empresa responsável pelo novo sistema de informação da SMS) a gente já teria o prontuário de família dentro do próprio sistema, algo que não ocorreu ainda, passar do cadastro familiar que os Agentes Comunitários fazem para o sistema da CELK com essa lista já unificada, então tendo isso no novo sistema a gente já poderia também quantificar o número de pacientes em cada território com vinculação de primeiro grau, o que agregaria nessa lista territorial de cada pessoa. Por que muitas vezes eu estou lá no Centro de Saúde atendendo a mãe e o filho, mas não atendo o pai por que está trabalhando, é um adulto jovem que não está precisando se consultar, mas que quando precisar da consulta deve estar na lista, pois é um parente de primeiro grau, então já temos como quantificar isso antes. Outro ponto é que você falou das listas em relação à Residência Médica e de enfermagem, isso é um assunto que fico pensando. Hoje temos em torno de 20/30 equipes com Residência Médica ou de enfermagem, essas equipes irão mudar a cada dois anos, então uma equipe que está com a Residência há um ou dois anos pode deixar de ter, e aí vamos ter que tirar 500 pessoas da lista quando não tiver mais o Residente? Como vai ficar essa equação da Residência? Você mostrou em uma foto o Centro de Saúde do Monte Cristo e na foto tinha sete equipes, hoje o Monte Cristo não tem sete equipes, uma daquelas equipes, principalmente a que tem menos atendimentos, que você usou como exemplo, é uma equipe formada por Residente Médico e de enfermagem que teoricamente pelo que foi falado aquele número de atendimentos já devia estar vinculado à outra equipe que é de quem esse Residente recebe a preceptoria, então temos que ter cuidado com isso também, nessa relação de número de pacientes com os Residentes, porque podemos acabar sobrecarregando os profissionais. A Residência é um período onde a pessoa está estudando, está no serviço, mas é uma forma educacional então o número de atendimentos, a forma como são atendidos os pacientes, e o tempo de consulta para cada residente é diferente do médico ou do enfermeiro da equipe. Precisamos observar isso, ter um Residente na equipe acrescenta e muito o número de atendimentos, mas o exemplo dado de Monte Cristo não foi colocado em cima da equipe que esse Residente faz parte mesmo.

2.6. Sandra Regina da Costa

A primeira colocação sobre o prontuário de família pela CELK tem uma comissão trabalhando nisso com médicos, enfermeiros, dentistas para ver essa questão. Quanto ao Monte Cristo eu vou passar para o João que ele vai poder explicar melhor e te elucidar sobre essa parte da Residência que apresentamos aqui.

2.7. João Paulo Mello da Silveira

Meu nome é João sou médico de família trabalho na Gerência de Atenção Primária e antes disso coordenei o programa de Residência de 2014 até 2017, e em 2014 a gente recebia a mesma crítica e a mesma preocupação. Mas nós tomamos todos os cuidados e hoje nós temos toda a experiência para saber que não corremos esse risco. No Brasil inteiro o Ministério da Saúde incentivou Residências na Saúde e criou uma forma de que os residentes assumam as equipes no Brasil inteiro. Esse modelo foi feito em Fortaleza, por exemplo, em que se colocava médico e enfermeiro residente em uma unidade com três equipes e o preceptor ficava apenas os acompanhando. Nós nunca fomos a favor desse modelo e ao mesmo tempo foi política acertada nossa em um modelo subfinanciado aproveitar sim a presença dos enfermeiros e médicos residentes para cadastrar novas equipes no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde) e buscar novos recursos. Então de 2014 até agora tivemos 124 equipes com profissionais concursados e mais 20 equipes com residentes. Essas equipes jamais assumiram responsabilidade sanitária por população, e isso tem como provar. Era uma preocupação legítima e nós tomamos todos os cuidados para que isso não acontecesse aqui. A Atenção Primária é uma baita responsabilidade e não é justo nem com a população, nem com os residentes jogar nas costas deles a responsabilidade por acesso, integralidade, coordenação do cuidado e outras atribuições do profissional de saúde. O que nós estamos fazendo agora apoiados pelo recurso Programa Saúde na Hora é: no Monte Cristo onde havia equipes que eram apenas de Residência, lotar profissionais e transformar em equipes de verdade, então essa crítica é importante para trazer a tona essa situação e esclarecer, agora nós estamos tranquilos no sentido que estamos fazendo melhor que muitos municípios e qualquer programa de Residência no país. Então no dimensionamento do processo seletivo, nas vagas autorizadas e inclusive para o concurso público, por exemplo, Santo Antônio de Lisboa, Barra da Lagoa, a própria Tapera que tinha equipes de Residência para captar recursos, essas

equipes já estão incluídas no planejamento para receber profissionais, estamos passando de 120 equipes para 151 no modelo ideal, e cadastraremos novas equipes com os residentes se assim o Ministério permitir para que possamos captar mais recursos. O nosso modelo pedagógico a preocupação era sempre essa, os preceptores sentavam comigo ou com o coordenador pedagógico para discutir as possibilidades caso o residente saísse, mas nunca aconteceu, e onde aconteceu corrigimos. Essa preocupação para nós na Gestão é pagina virada, por que conseguimos ao longo desses anos evitar que qualquer equipe de Residência assumisse a responsabilidade sozinha e onde a Residência deixou de existir por alguma razão fora da nossa governabilidade, o residente saiu, pediu exoneração, e foi embora nós não ficamos com nenhuma equipe a perigo disso. O lado positivo de olhar para esse cenário na lista de paciente e poder ver que sim transformar equipe com profissionais concursados, estamos abrindo acesso, ampliando a cobertura e qualificando ainda mais. Dentro do escopo para finalizar o Saúde na Hora e as Listas de Pacientes, dentro do planejamento da própria Diretoria, da Programação Anual de Saúde (PAS), desde inicio da gestão nós já colocamos que investimos na formação de preceptores, você mesmo participou do curso de preceptores que a gente bancou, tivemos que bancar aqui no Conselho inclusive por que precisávamos tirar você lá da Tapera dois dias inteiros para te formar como preceptor, formamos mais de 60 preceptores para hoje estar em condição de expandir o programa de Residência. Essa iniciativa reforça as equipes existentes, porque os residentes são profissionais formados em regime de Pós Graduação, que tem muito a contribuir e ao mesmo tempo mantendo sustentabilidade nessas unidades com a presença de mais profissionais. Então no limite a gente planeja ter 30 vagas em Residência de enfermagem R1 e R2 dariam 60. E ainda estamos pautando a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, estamos pautando o Ministério da Educação para que eles abram previsão legal para ver um R3 de enfermagem práticas avançadas, e com isso temos 20 vagas. Existe possibilidade para odontologia também, no momento a Comissão Nacional só permite R3 para implantodontia. E a gente gostaria de poder ter um R3 também de odontologia se fosse possível, baseado no aprimoramento como é o R3 de medicina e continuidade do aprimoramento do trabalho na Atenção Primária por que está longe de ser básico. Na Europa e nos Estados Unidos qualquer Residência de Medicina de Família são três anos. No Brasil nós fazemos em dois anos com uma carga horaria elevada de 60 horas por semana e a gente gostaria de mudar esse cenário para que ela se torne mais “cursavel” para os residentes, pois 60 horas é um absurdo e não tem porque ser 60 horas presenciais. Isso não existe na Atenção Primária, ninguém trabalha nesse regime e ao mesmo tempo, que a gente possa fazer um melhor aproveitamento pedagógico das ações da Atenção Primária.

2.8. Carlos Alberto Justo da Silva

Nós estamos fazendo uma discussão que cabe em Florianópolis, pois menos de 15% dos médicos no Brasil que trabalham com Saúde da Família tem Residência em Saúde da Família, ou não tem nenhuma especialidade e são eles que tocam o serviço. Em Florianópolis temos 75% de nossos profissionais de Residência, e estamos investindo na capacitação em Residência com expectativa de que todos os nossos profissionais na rede tenham Residência. Este é um modelo que nós queremos fazer para qualificar ainda mais as Residências da Atenção Primária que já possuem um nível elevado. Reconhecemos a importância dos residentes dentro do contexto para preparar o futuro do serviço. Mas como disse um conhecido meu: “É muito difícil levar Florianópolis para o Brasil inteiro, por motivos de suas características atualmente”.

2.9. Adélio José da Costa

Eu sei que o programa é bom e pode ser polêmico também, mas ele visa exatamente melhorar o atendimento ao usuário e faz com que ele tenha preferência. Só que de repente ele pode ter preferência em uma determinada equipe que atende muito bem, e isso se espalha para a cidade toda e nisso alguém se destaca, fazendo com que um atenda 4.000 pessoas e outro 1.500 pessoas. Como fica essa relação?

2.10. João Paulo Mello da Silveira

Essa é a situação de hoje que queremos mudar. O que o senhor aponta como problema na lista de pacientes é nosso problema atual. Hoje temos equipes nos CS Rio Vermelho e Ingleses que atenderam mais de 3.000 pessoas em dois anos. Quem é morador desses bairros sabe que

é difícil conseguir consulta no Rio Vermelho. Recebo muitas perguntas sobre isso, e eu respondo que com as listas de pacientes convertemos equipes que eram de Residência em equipes reais, e amplia. O Secretário Paraná e o Prefeito desde o início da gestão tomaram como deles uma meta nossa da construção do CS do Capivari, para equacionar e ter mais cobertura naquela região. Hoje nós temos a obra encaminhada, então com a Lista de Paciente acontece que se tem profissional que atende melhor e a lista dele cresce o que é ótimo, mas ele tem um limite que quando atingido esse número não vai aumentar. A crítica que poderia ser feita é que a equipe não é tão boa e a lista de pacientes é menor, essas listas já existem. O Continente tem lugares que atendem 1.200/ 1.500 pessoas por equipe em dois anos, com a lista isso se torna visível e nós incluímos no Programa de Acreditação há um ano. Foi por isso que nos lembramos do Programa de Acreditação em 2017 e 2018, não sei dizer em quantas reuniões eu fui ou quantas propostas eu fiz, e quantas horas trabalhei junto com a minha equipe em cima disso e dentro da gestão. Isso para que constasse hoje na Acreditação uma oferta de qualificação para esses profissionais. Então o que faz o Dr. o enfermeiro e odontologista serem vistos pela população, é o atendimento e é importante saber quais elementos transformam um bom atendimento. O método clínico centrado na pessoa é um método que se estruturou no Canadá e ganhou o mundo inteiro e que a consulta médica centrada na pessoa, nós incorporamos isso para o cuidado em saúde por que filosoficamente ele atende a um pleito que é da Reforma Sanitária que considerasse a objetividade da pessoa, que é considerar o contexto em que ela trabalha e em que ela vive, e ele estabelece como fazer isso. Como eu faço uma consulta desde o “Oi, bom dia” até a saída, então se equipe tivesse usando esse método clínico ia pontuar na Acreditação. Estamos ofertando esses cursos, nesse momento temos uma equipe de apoiadores trazendo para nosso próprio recurso que deveria ser só gerenciar a Atenção Primária fazendo as ofertas educacionais para as equipes. Nesse mesmo mês vem outra oferta que é de Habilidades de Comunicação por Videogravação, ou seja, o profissional pede autorização do paciente, ele filma a consulta e depois ele vai para um grupo de estudo para mostrar a consulta e os colegas possam dar um feedback construtivo. Temos evidências que isso melhora o atendimento pela satisfação do usuário, mas pelo desfecho da consulta, então isso consta no programa de acreditação. A equipe que tiver feito treinamento em Habilidade de Comunicação vai pontuar. A ideia é que as ofertas educacionais levem o profissional e sua equipe a qualificar seu atendimento por meio de palestras e outras atividades com esse fim.

Desde 2012 eu marcava as consultas do Saco Grande por celular e hoje estamos comprando os celulares para as unidades fazerem os agendamentos, e os indicadores da equipe do Saco Grande são os melhores, em termos de taxa de internação e cobertura. O sistema de Acreditação já está montado para que as equipes que eventualmente fiquem com a lista vazia adotem isso e comecem a pontuar na Acreditação.

2.11. Marcos César Pinar

Acredito que seja um debate que temos que fazer com muita paciência, por que está em jogo propostas que foram constituídas no Sistema Único de Saúde, e eu não estou convencido, mas estou aqui para aprender. Primeira coisa que devemos assumir, o problema atual de Florianópolis é a falta de equipe de Saúde da Família. Nós já tivemos 100% de cobertura e hoje nós temos 65%, se eu achar que isso não afeta o atendimento, acesso e tudo mais é meio esquisito por que 65% para quem já teve 100% é um problema que temos que resolver. Quem é que vai para a lista? O usuário muda, e passa a ser atendido por toda a outra equipe? Por que a Sandra falou isso ou é só o médico, ou seja, eu vou ser atendido no norte da ilha, a minha equipe vai toda para o Norte da Ilha, meu dentista vai ser do norte, meu enfermeiro vai ser do norte ou não? Seria apenas o médico no norte da ilha e o resto da minha equipe fica no meu bairro? A família toda muda ou mudamos por pedacinhos? Por que o marido trabalha no Norte da Ilha, a mulher trabalha no Sul da Ilha e o filho fica com a avó no Continente, como vai ser isso? Qual é o procedimento e como vamos trabalhar com isso? Toda família tem que ir para uma equipe só, ou vamos dividir isso? E aí vem critérios para que a gente discuta como vamos determinar isso? Sobre os Agentes de Saúde, fazer a busca ativa é ótimo, mas por que o atendimento está ruim? Irei dar um exemplo do Continente que não tem Agentes de Saúde fazendo busca ativa há muito tempo, áreas descobertas na Vila Aparecida, Abraão não tem o número de Agentes de Saúde cobrindo toda equipe de territorialização, então se hoje não

damos conta pelo numero de agente de saúde que temos de fazer a busca ativa, vai ter uma ampliação de agentes de saúde? O agente está mais distante da comunidade e passa a maior parte do tempo dentro do Centro de Saúde.

2.12. Janaina Conceição Deitos

Acredito que sejam importantes esses debates, é a primeira vez que o Pleno do Conselho está fazendo esse debate sobre a lista, havia uma comissão, mas no Pleno são mais cabeças pensantes e acho isso importante porque essa proposta transforma o modelo de atenção vigente. Tudo que é novo, causa certa resistência e acho que o Marcão colocou bem que esse Conselho precisa se apropriar desse debate, nós precisamos estar abertos a ouvir as ponderações da equipe técnica da mesma maneira que a equipe técnica está aberta para ouvir as nossas ponderações. Ouvindo a Sandra e o João, eu não participei de nenhuma reunião desse grupo, me vem a mente algumas questões. Todos nós queremos a satisfação do usuário e também dos profissionais, por que não existe usuário sem profissional e não existe profissional sem usuário, essa é a primeira questão que precisamos pontuar. Profissional sobrecarregado é usuário insatisfeito. Eu entendo quando se fala em definição da carga horária de trabalho, dimensionamento das demandas, avaliar o desempenho de diferentes equipes que ajudam a melhorar os resultados em saúde, mas eu me pergunto por que no modelo atual isso não é possível, mas com a lista sim? Penso que em tese quando temos turno estendido nas unidades e 100% de cobertura das equipes ESF, já melhora o acesso, então por que a lista está sendo apresentada como a solução para melhorar e qualificar o acesso dos usuários ao serviço de saúde. A segunda questão que coloco é que é muito interessante que eu esteja num bairro e tenha a possibilidade de consultar em outro bairro, no bairro que eu trabalho porque a unidade fica aberta das 8h as 17h, isso é extremamente crucial, porém pergunto por que no modelo atual isso não é possível se nós temos prontuário único e sistema informatizado? Não existe no SUS qualquer impedimento, pois independente da unidade se eu estiver doente serei atendido num primeiro momento onde estiver. Estou fazendo essas perguntas por que vamos enfrentá-las nos Conselhos Locais de Saúde e precisamos entender isso, então por que não fazemos isso no sistema atual? Esse cenário colocado é do total da população ou do total da população que consultou nos últimos dois anos? Por um lado estamos falando que o usuário ficará mais satisfeito, pois poderá optar pela equipe com quem ele se sente bem. A Sandra falou uma coisa muito importante, o Agente Comunitário continuará responsável pelo território. Então o papel do Agente Comunitário tomou uma proporção nesse modelo que já tinha no outro, só que pelo que foi apresentado se agigantou. Não estamos contratando esse profissional desde 2008, então temos um problema por que a população de 2008 para 2019 cresceu, temos que contratar Agente Comunitário. Isso está previsto?

2.13. Wallace Fernando Cordeiro

Às vezes a gente vê situações que vem acontecendo, e somos muito bons para criar coisas, agora para resolver trabalho antigo é um parto. Criamos vários programas e projetos, chega a um determinado momento por que a força política não quer ou por que não tem dinheiro então o negocio é deixado para trás. Minha cunhada foi fazer uma consulta e está há quatro meses esperando pelo retorno, se fosse em uma clínica particular ela teria um retorno em até 15 dias. Nisso criamos uma situação onde vamos depender de um software, já tivemos problemas há um tempo e a Prefeitura praticamente ficou “fora do ar” por quase 6 ou 7 meses por causa de um software, por que a Fazenda não conseguia trabalhar. Acredito que a realização do trabalho é valida, o que está acontecendo é que estamos tirando o total da população do Município e está se colocando a utilização de dois anos para o indivíduo permanecer na lista, então eu diminuo o numero da população de Florianópolis eventualmente e vamos repor um pouquinho aqui e ali, otimizando o trabalho. A crise ainda está se acentuando, e devemos ficar ainda mais quatro anos com o mesmo Governo sem perspectiva de crescimento econômico nenhum, e a população ainda hoje têm migrado do Plano de Saúde para o SUS. Vai chegar um momento que as 151 equipes não serão suficientes, ao mesmo tempo a gente vê a não reposição de RH. Eu vi anuncio da banca para Concurso Publico para Educação, mas não vi para a Saúde. Parabênizo o João que como servidor acredita nisso, e mesmo que de errado ou certo você está tentando fazer de alguma forma, mas às vezes a coisa foge de nossas mãos, se a força política não dá apoio, tudo que você fez pode ser

jogado fora. Temos que ter um plano B para isso e temos que fazer isso com calma para que de certo.

2.14. Josimari Telino de Lacerda

Tive oportunidade de ir a duas reuniões da comissão para escutar o João, e escutar a Sandra hoje foi muito importante. Eu como conselheira estou sendo cobrada sobre como será essa questão da Lista, então queria reafirmar que é a primeira vez que o Conselho está discutindo e mostrando as suas preocupações. Eu entendo que temos um problema de gestão e desde o primeiro momento que escutei é um problema de gestão principalmente por parte de RH, onde os dois principais motivos são avaliação de desempenho e a sobrecarga e como nós podemos redefinir. Na última fala do João ele ainda se pergunta como fazer para resolver essa questão sobre os profissionais residentes que não aderem às normas. Minha pergunta é como a lista nominal resolve isso se a Acreditação já não resolve isso separado do indicador de lista, por exemplo. Eu entendo que Florianópolis está inovando e isso é muito bom, nossa cidade é espelho para o Brasil e por isso aumenta nossa responsabilidade nas inovações. No momento temos pessoas no Ministério da Saúde que tem discernimento que Florianópolis não pode se reproduzir Brasil a fora, mas quem garante que daqui a algum tempo outra pessoa estará fazendo uso indevido de uma proposta que inicialmente está centrada no modelo do SUS, deturpando o sistema. Temos algumas alternativas, e eu vejo Florianópolis tentando melhorias no acesso, ao adotar em número significativo de unidades o horário estendido. Dessa forma nós resolvemos boa parte do problema. Ao adotar o processo de avaliação por desempenho ela também consegue resolver problemas de gestão e ter mecanismos para fazer melhor qualificação ou mesmo punição de profissionais por que somos estatutários, precisamos de instrumentos de gestão e podemos sim demitir por justa causa. A lista não resolve, pois ela irá expor uma realidade que você mesmo diz que já acontece, então estaremos jogando para a população a situação em que estamos. Hoje temos pessoas que não usam tanto o serviço, mas logo elas irão precisar, por que estamos falando da população economicamente ativa, aquela que está trabalhando e não necessariamente usa. Precisamos ir com cautela em determinadas coisas, eu vejo que a gestão está cautelosa, temos duas grandes novidades para dar conta e quem sabe a gente implanta essas duas novidades e analisa, sei que temos quatro unidades piloto e que essas não são problemáticas. Quem sabe a gente amplia uma unidade piloto para o Saco Grande, para o Monte Cristo, para os Ingleses, onde a gente tenha problemas, por que você colocar piloto em unidades tranquilas é um resultado, agora fazer piloto mais demorado, pois são dois meses apenas, colocar um piloto de seis ou oito meses em uma unidade difícil, como essas que citei poderá dar os dados mais próximos da realidade que vamos enfrentar. Vamos testar diferentes cenários e avaliar com cuidado, discutindo sobre isso, vendo alternativas para que a gente melhore nossa concepção e tenha bons resultados para não ficar vulnerável. E sobre os Agentes Comunitários estou muito feliz com essa proposta, a questão é como estamos e como vamos resolver? Quem sabe resolvemos essa questão dos Agentes antes para estabilizar essa questão da vigilância de território e assegurar isso.

2.15. Carlos Alberto Justo da Silva

Não se tem expectativa que a Lista de Pacientes vá resolver todos os problemas da saúde no município, por outro lado, o desafio da gestão é buscar grau de satisfação do usuário do SUS, e que estamos cientes de que o usuário não está desejando ter um Plano de Saúde Privado. Portanto é buscado na literatura, situações, lugares, processos que estão levando os usuários a ficarem satisfeitos, e imagina-se que não há uma resposta milagrosa para isso. Não há nenhum país no mundo que tenha uma completa satisfação com as equipes de saúde, ou com a saúde no país, alguns com mais problemas outros com menos, e há inclusive uma relação muito próxima com o financiamento. Em Florianópolis já se trabalha com lista, “da rua tal a rua tal”. Nessa proposta o usuário não tem escolha, o território é dividido geograficamente. Na Lista de Pacientes a única diferença é que os usuários irão fazer a escolha. Existem equações que estão tentando ser resolvidas para melhorar, como por exemplo, quem vai atender a lista do médico que entrar em férias. O que está sendo procurado junto ao Conselho é ampliar essa discussão e ver de que maneira será encontrada resposta para os problemas já existentes. Florianópolis não deve entrar em área de conforto, deve o tempo inteiro buscar melhorias, se não funcionar, ter condições permanentes de trabalhar essas questões. A questão da falta de Agentes Comunitários é igual com território ou sem, com lista ou sem, não está sendo mudado

o papel do Agente Comunitário, o que está sendo feito é a definição de qual é esse papel abrangente que a nova geração trouxe e ao mesmo tempo incorporar novas tecnologias para ele poder dar conta de suas funções. O intuito é poder ter mecanismos tecnológicos para que todo mundo tenha essa transparência desse processo. Isso não irá resolver o problema da falta de Agentes Comunitários ou até mesmo da capacitação deles, mas será um instrumento que facilitará o processo. Estão tentando fazer a cobertura das equipes, trabalhando com a cobertura populacional, tentando introduzir no país um conceito do Ministério que é uma Equipe Saúde da Família a cada 3250 pessoas, estamos trabalhando e reforçando o conceito para uma equipe a cada 2500, e quem sabe ainda reduzir para 2000 usuários. O que está sendo feito é desafiar o modelo e ir em frente. Cada uma das propostas que estão sendo apresentadas fazem parte de um trabalho que é dar conta da saúde, nenhum deles vai ser a solução para todos os problemas. Novas questões irão surgir, é a primeira vez que está sendo trazido isso à Plenária, que se continue discutindo isso e que seja possível ampliar esta discussão para mais pessoas, e será mantida a idéia de continuar estudando os pilotos, para que possa ter uma confiança maior de fazer isso. A base territorial já existe, se por acaso não der certo e tiver que voltar para a base territorial, será feito. Com a proposta que o João trouxe, toda equipe terá em média de 200 a 300 vagas, se todo mundo com 150 equipes aderisse o sistema de saúde e fosse dividido teria 3500 pessoas por equipe. Os trabalhos que tem levantado a questão por lista têm sido altamente satisfatórios, e a gestão está em busca da satisfação do usuário.

2.16. Josimari Telino de Lacerda

Tem uma Revisão Sistemática que fala da satisfação, mas coloca também algumas preocupações, e são nessas preocupações principalmente na continuidade do cuidado que não há evidência. São essas preocupações que trazemos no sentido de colaborar para que seja possível atender a satisfação sem quebrar os princípios do sistema.

2.17. Sandra Regina da Costa

Existem coisas que devem ser respondidas, e a equipe técnica irá responder, reunindo-se novamente para que seja possível continuar a discussão. O que não pode ser perdido é a coordenação do cuidado, não está sendo implantada uma lista de outro país como meramente uma lista. Falando como parte da Direção, o foco do usuário não é a maioria. Do outro lado tem o servidor, utilizando as palavras usadas pela Conselheira Janaina “usuário satisfeito é servidor satisfeito”, por outro lado é outro debate incansável sobre o servidor que se coloca numa zona de conforto e não olha para o usuário. É um dilema chegar a este ponto, e difícil saber equilibrar isto. Não dá para pensar que o modelo que se tem está dando conta, aquilo que se vê nem sempre é o ideal.

2.18. João Paulo Mello da Silveira

Das reuniões do CMS, foram passados inúmeros estudos de Revisão Sistemática sobre a lista de pacientes, sobre território, porque o conceito de território enquanto espaço geográfico é totalmente furado. A questão do por que a pressão, é que a Lista de Paciente é igual ao aumento da continuidade do cuidado. Quando se implanta a Lista de Pacientes e melhora a continuidade do cuidado, reduz a internação hospitalar, é necessário reduzir a internação hospitalar e ela voltou a subir. Os distritos de Santa Catarina com 100% de cobertura no modelo SUS tem as taxas muito maiores que as nossas, nossa taxa é no mínimo 8% mais baixa que outros municípios e 10% mais baixa do que a média nacional. Não é apenas o fetiche ou a questão de poder escolher como se escolhe um sapato, quando é dada a oportunidade a pessoa de escolher o seu profissional, melhora a continuidade do cuidado, e a literatura está repleta de estudo sobre isso, estão disponíveis com a Gerusa para quem tiver interesse em ler, será feito este debate com base nas evidências. Um último detalhe sobre as unidades piloto, um profissional destes que se sabe que é difícil remanejar, foi feita uma reunião da gerência com ele após ele ser abordado pelo Distrito e também pela coordenação da unidade, ele terminava o atendimento e pedia para a pessoa pegar a receita na impressora e levar até ele. Foi sinalizado para não fazer mais isso, mas continuava fazendo, unidade piloto na lista de pacientes em 3 dias 7 pessoas pediram para sair da lista dele, na semana seguinte não pediu mais para ninguém pegar a receita na impressora. Isso os estudos mostram e chamam de “proxi de qualidade”. A partir do momento que o profissional está sob avaliação de ser

escolhido ou não, ele melhora a prática dele. Poderia ser inferido a partir do senso comum, mas também está escrito na literatura. O que se procura é um sistema que de resposta para os usuários dentro daquilo que lhes cabe que é ser bem atendido.

2.19. Carlos Alberto Justo da Silva

Da as boas vindas a Conselheira Elizabeth que representa o SINDILAB (Sindicato dos Laboratórios de Análises Clínicas, Patologia Clínica e Anátomo – Citopatologia do Estado de Santa Catarina).

2.20. João Paulo Silvano Silvestre

A discussão precisa ser mais aprofundada, pois se trata de uma alteração relativa na estrutura de como se oferece o serviço de saúde para a população. Foram colocados vários gargalos que o modelo de listas teoricamente poderia ajudar a resolver, mas não consegue visualizar essas resoluções, tecnologia na mão das equipes, tecnologia na mão de ACS (Agentes Comunitários de Saúde) ou capacitação, podem ser enfrentados no modelo territorial como tem hoje na mesma maneira. Deve ser pensado qual argumento de fato para passar para um padrão diferente de listas, o que está sendo colocado como carro chefe é a satisfação do usuário, sendo que deve ser tomado cuidado com este elemento, porque em alguns exemplos de questão de satisfação por atendimento foi usado exemplo que a pessoa não conseguiu o atendimento naquela Unidade de Saúde ou esperou muito tempo pra conseguir aquele atendimento, sendo que se resolve isso pensando se é necessário mais equipes naquele lugar. Não acha que a lista resolveria este problema, porque aí não se trata de satisfação de onde o usuário quer ser atendido, pois no exemplo que o Secretário deu a pessoa queria ser atendida no Rio Vermelho e se força a procurar outra lista porque lá ela não conseguiu atendimento. Tem que tomar cuidado com o que é de fato um argumento, com o que é um problema estrutural que precisa ser enfrentado, por exemplo, com contratação de profissionais. Em relação ao elemento satisfação do usuário, parece muito perigoso olhar para um sistema de saúde como o SUS, e tomar como indicativo, não que não seja importante a satisfação do usuário, pois é o que se busca, mas entender ser a satisfação individual do usuário o centro da estruturação do SUS, porque se tem tudo isso condicionado a partir da cultura da sociedade em que vivemos, tem pessoas que acham que são mal atendidas porque o médico não deu uma receita de remédio. O SUS é construído com a força da Reforma Sanitária a partir da perspectiva da saúde coletiva, e aí entendendo a relação saúde/doença construída a partir dos determinantes sociais e aí o território é sim em grande parte a questão geográfica, porque é no território principalmente de moradia em que a cidade se organiza de acordo com a diferença de determinantes sociais, os bairros são diferentes, e as pessoas que vivem neles vivem de formas diferentes. Os determinantes sociais são completamente implicados em onde a pessoa passa a maior parte da sua vida, o seu cotidiano, a sua sociabilidade. O território é muito debatido na construção do SUS, é central na Reforma Sanitária, se debate saúde coletiva a partir da perspectiva de Milton Santos, Josué de Castro, tem uma bibliografia grande que trás a questão geográfica e de território pro centro do planejamento de saúde, e tem que se debater sobre isso. A princípio a proposta de listas não resolve a maioria dos problemas que está colocado como ela poderia resolver, e existe uma série de medidas que na proposta teria que vir junto, então é preciso debater o que vem junto primeiro, por exemplo: vai dar certo se tiver ampliação das equipes, então porque não debater a ampliação das equipes primeiro, ver se esta previsto concurso público, pressionar se for preciso, pois o Conselho está preparado para isto. É preciso refletir junto, trabalhar junto, e tentar não atropelar as coisas, pois tem muita coisa estrutural para resolver na saúde do município antes de mudar o padrão, que vai de encontro com o que foi construído na Reforma Sanitária.

2.21. Maria Elizabeth Menezes

Compreende a angustia de todos, que também é pessoal. Compartilha que passou uma semana na África, possui um projeto nos países de Língua Portuguesa que vai ao encontro com o programa que está sendo apresentado. Por ser um país com grandes adversidades, o fato de utilizarem a tecnologia a favor deles, conseguiram fazer o geo referenciamento, o prontuário vai direto ao médico, facilitou de tal maneira a informação a chegar que o paciente de um extremo pode ir ao outro e seu prontuário estará lá. Precisa ser feita uma reflexão do conjunto, pois há uma transversalidade das ações e talvez com isso esse dinheiro que muito se

joga para Media e Alta Complexidade possa ser recursos para serem trazidos para Atenção Primária. Se disponibiliza, para contribuir nestes estudos.

2.22. Carlos Alberto Justo da Silva

Considera relevante que alguém pudesse fazer a tradução dos artigos para que seja acessível a quem tiver interesse de ler, e ter uma base do que se está sendo elaborado. Deixa aberto a sugestões, e que se utilize da metodologia científica na tomada de decisões.

3º Ponto de Pauta | **Informes e entrega documentos Conselhos Distritais**

3.1. Carmen Mary de Souza Souto

Preocupa-se com que cada Centro de Saúde tenha sua equipe completa. Tem impressão que dentro dessa nova proposta de descentralização de área, que haja uma sobrecarga de atendimento, pois a demanda tem aumentado e a falta de funcionários também, e é sentido em todos os Centros de Saúde.

3.2. Carlos Alberto Justo da Silva

Nos últimos 6 meses foram contratados 126 profissionais, é um processo dinâmico, com pessoas se aposentando toda semana, entrando em férias. É certo que precisa mais, e há o intuito de chegar a 151. O Prefeito já anunciou que será lançado o concurso para prefeitura, e deve lançar nos próximos dias a lista dos concursados efetivos, e existem ainda a questão de esperar que a cidade melhore economicamente para sair do limite prudencial, e o compromisso do Prefeito é de tentar recuperar 100% das equipes ESF, e tem tido autorizações para isso.

3.3. Carmen Mary de Souza Souto

Não se trata da situação do Pantanal, mas de outros Centros de Saúde do Distrito Centro, como por exemplo, a Agrônômica, que têm profissionais querendo sair, pois a situação é de profissionais sendo agredidos. Pois os usuários também são agressivos. Como será trabalhado isso em lugares que não tem Conselhos Locais? A população tem que ser informada das novas situações de vida que se passa. Considera angustiante, pois algumas pessoas vão 3 vezes se consultar na semana. Agradece pela equipe do Pantanal, pelo bom atendimento.

3.4. Sandra Regina da Costa

A Agrônômica nos últimos tempos tem sofrido vários problemas, porém foi colocado recentemente um médico mapeado para ir pra lá, que tem uma experiência da Rocinha que tem interesse em trabalhar com essa comunidade, e será uma excelente aquisição pra lá. Quando é feita essas mudanças de lotação, que se mapeia alguém para entrar é por causa do perfil que tem para atuar naquela comunidade.

3.5. Irma Manuela Paso Martins

Informa que na próxima semana 1 a 3 de julho será feito o 4º Seminário de Atenção Psicossocial organizado pelo Conselho Regional de Psicologia, 4 eixos que são importantes de conhecer: 1. Saúde mental nos seus diferentes pontos de atenção, pautar a discussão na humanização de assistência integral considerando o processo de trabalho e o atendimento ao sofrimento psíquico; 2. Política de estruturação da rede de atenção psicossocial, que se estabeleça entre os componentes da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) em seus diferentes pontos de atenção no território; 3. O movimentopsicossocial, os avanços na tecnologia de cuidado a partir da reforma psiquiátrica e sanitária e da luta antimanicomial contrapondo a praticas asilares e segregacionistas; 4. Protagonismo dos Movimentos Sociais e dos lugares de expressão do fenômeno da loucura na sociedade, participação dos sujeitos de direito da saúde mental em conjunto com movimentos sociais e com o controle social na direção de auto-avaliação desses espaços visando o fortalecimento coletivo e organização social. As inscrições são gratuitas, as informações estão disponíveis no Conselho Regional de Psicologia de SC (CRP/SC) e estarão também na mídia, o local é no Centro Sul. É importante a participação de todos por ser um momento difícil, quando o Ministério da Saúde está retrocedendo na Política de Saúde Mental infringindo direitos conquistados na Reforma Psiquiátrica. Pensando nisso se decidiu fazer este seminário

3.6. Carlos Alberto Justo da Silva

Gostaria de dar a notícia ao Conselho que junto ao promotor Luciano Trierweiller Naschenweng Promotor de Justiça 33ª PJ – Comarca da Capital – MPSC fizemos uma visita ao Secretário de Infraestrutura do Estado, e ele assinou a possibilidade de renovar a cessão da Ponta do Coral por mais 25 anos, mas só é possível começar a tocar os projetos após ser aprovado, e para isso ser aprovado depende de Lei. Existe uma lei atual que diz que até julho não pode ser feito nenhuma transferência desse tipo, então após acabar esse prazo, o Secretário de Infraestrutura do Estado enviará para a Câmara a nova Lei com o parecer favorável do Estado, para que seja possível renovar a ponta do Coral por mais 25 anos.

3.7. Adélio José da Costa

Traz informação sobre o Centro de Saúde de Canasvieiras que atualmente opera junto com o Centro de Saúde Ingleses, mantendo a situação de atendimento estabilizada. A construção do novo Centro de Saúde Ingleses está deixando a população eufórica, principalmente a liderança que está falando que está ficando muito boa, e está num ritmo que a expectativa é que não precise ficar por muito mais tempo junto ao de Canasvieiras. Outra situação é que a UPA Norte está com menos um médico que está de licença por 2 meses. A UPA está tendo uma procura grande, e é preciso dar uma atenção em termos de recursos humanos naquela unidade. Outra situação é que tem uma campanha há quase 2 anos para se fazer uma construção digna para a unidade de Jurerê, que está tendo um desdobramento bom, a comunidade de Jurerê está se mobilizando para ajudar, existe uma adesão grande do CLS, e acredita estar chegando na reta final para conseguir a construção. Última informação é que o Conselho Distrital Norte realizará uma reunião quinta-feira dia 27/06 às 18h30min no 3ª andar da UPA Norte, convida a todos para participar.

3.8. Carlos Alberto Justo da Silva

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Norte e a UPA Sul tem em Portaria 6 médicos de dia e 5 médicos à noite. Decidiu-se dividir isso por especialidades, e essa fragmentação das UPAs foi um erro que agora é difícil de corrigir. Agora está sendo feita uma Residência que prepara os médicos para trabalhar nas UPAs, futuramente a ideia é acabar com o plantão na UPA. Levará algum tempo para corrigir essa situação atual das UPAs. A ideia das UPAs é ter médicos especialistas em Saúde da Família que resolvam 90% dos agravos. Estão aguardando a autorização do Prefeito para a construção do Centro de Saúde de Jurerê, já estão em fase final para a definição do terreno, será na entrada de Jurerê. Estão um pouco atrasados com o início das obras do Capivari, pois foi encaminhado uma solicitação para mudar o zoneamento, ali é uma área de declive e só permite um piso, e o intuito é futuramente construir a creche nesse mesmo lugar e também, precisa ser aprovado no Conselho da Cidade. A mesma situação do CS da Costeira.

3.9. Zeli Sabino Delfino

O Prefeito colocou um recurso para fazer um CS, e chegou uma informação que não pode ser confirmada, que tem um pessoal que está contra a construção ao lado do Centro Ecumênico e estavam fazendo um abaixo assinado nesse sentido. Então as pessoas favoráveis à construção também fizeram um abaixo assinado. Estão em mobilização inédita na região. Será feita uma reunião junto ao Secretário apresentando esse abaixo assinado, quem quiser participar pode participar assim que a data estiver agendada.

3.10. Carlos Alberto Justo da Silva

Na primeira semana de Julho acontecerá o Congresso do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde-CONASEMS. No ano passado o presidente do CONASEMS Mauro, encontrou o secretário em um evento e sugeriu que após o Congresso que será feito em Brasília esse ano, se realizasse em Florianópolis a próxima edição no ano que vem. E que durante os dias de duração do evento os participantes tivessem a possibilidade de fazer visitas nos Centros de Saúde da cidade. O staff da Secretaria do Piauí recebeu essa mesma proposta. Ainda a escolha da próxima capital para a realização do congresso será feita na parte final do

Congresso deste ano, e Goiás que é a terra do atual Ministro da Saúde também se candidatou. Porém, através desses convites e certa pressão interna, foi decidido que Florianópolis se candidataria da mesma maneira e a Secretaria esta vendo sobre os custos para a realização desse evento, trazendo isso para passar no Conselho e saber a opinião dos conselheiros. Sendo assim na semana que vem estarei em Brasília para participar e representar Florianópolis, e na outra semana estarei nos Estados Unidos, voltando para Florianópolis dia 24 (vinte e quatro) de julho. Para melhores esclarecimentos o secretário é agente da Miami School, sendo assim, sistematicamente ele possui por direito 15 (quinze) dias de férias, das férias de verão e de inverno. Basicamente para melhor entendimento de como funciona lá, é lançado um tema, e cada representante do seu determinado país fala sobre como é o desdobramento desse tema em seu território. No período que o secretário estará fora, o mesmo acredita que o Conselho deva conversar com o Michel, pois esse está pegando a nossa planta junto com a Sandra e está aplicando em cima terreno já com a igreja do lado e vendo como irá ficar a pracinha e a vegetação ao redor para a Construção desse Centro de Saúde. Assim que estiver pronto esse passo, deve ser apresentado ao Conselho, podendo ser feito com o Michel ou Secretário Adjunto Sandro Andretti. Não estava previsto a construção do Centro de Saúde de Jurerê esse ano, mas por decisão do Prefeito o mesmo será feito; e o atraso do Capivarí tem uma pauta agendada para o Conselho da Cidade, se o mesmo aprovar não é preciso mudança de agendamento para Câmara de Vereadores, caso contrário, isso deve ser solicitado, aparentemente o Conselho é favorável a Construção do Centro de Saúde.

3.11. Wallace Fernando Cordeiro

O Conselho Local de Saúde do Carianos está com algumas dificuldades e para a resolução de tais, a população usuária produziu um abaixo assinado quer passarei posteriormente. Estão com problemas em mobilizar a população para participação do Controle Social; também estão ainda com a falta de médicos, que o secretário explicou que será suprida através desse concurso que será feito; têm-se um déficit no quadro técnico na área administrativa do CLS; quanto à medicação ainda está sendo repassada de maneira inadequada, com falta ou envio de medicamentos trocados; há também um problema na câmara fria, pois a mesma não está adequada, sendo um pedido do Conselho Local e da unidade para a troca ou conserto. O bairro do Carianos é próximo da Ressacada, com o acesso novo, têm-se a previsão do aumento gradativo de moradores no local, sendo uma discussão que já foi trazida, o aumento do horário de funcionamento do posto e a ampliação do espaço e das equipes. Junto à coordenadora do Centro de Saúde do Carianos, estamos auxiliando na medida do possível. Será passada a lista assinada por em média 20% da população usuária local, calculada pelo IBGE em sua totalidade em quase 8(oito) mil.

3.12. Carlos Alberto Justo da Silva

Quanto ao problema da falta de médicos, este estava na centralidade de resolução da Secretaria, mas aconteceu um pedido de saída do médico que estava. Para maior esclarecimento ao Conselho, estamos conseguindo colocar uma médica na Caieira da Barra do Sul, estamos nesse processo no Carianos, e esta sendo visto agora sobre a segunda equipe em Rationes e em Jurerê, aos poucos estamos recompondo a rede, claro que está sendo esperada a cobertura integral das equipes Estratégia Saúde da Família, com o concurso público para efetivos que está para abrir. Quanto às medicações, homologamos já todo o processo licitatório que foi de 16 (dezesesseis milhões) para esse ano. Têm a questão do Losartana que está em falta e foi sabido que era por uma questão de importação, contudo agora sabemos que não foi apenas isso, foi devido ao sal na medicação que continha uma porcentagem alta de nitrossamina e pode causar câncer em longo prazo. O Governo Brasileiro proibiu novas importações e já esta sendo feita a substituição dessa medicação e sendo enviada aos postos de saúde, pois a Losartana não é a única medicação para pessoas com problemas de pressão arterial. Tem a questão das fitas de insulina também, aderimos à ata do Governo do Estado, que faz uma licitação para as fitas no mês de novembro e nós tínhamos medicação até o mês de junho. Em novembro o Governo do Estado entrou com o processo licitatório para a compra das fitas, no entanto, o pedido foi julgado e a empresa primária que é a Roche foi desabilitada, dada a dificuldade de uso dos pacientes. O Laboratório Roche judicializou essa questão no Estado, e o processo ficou prejudicado. Nossa Secretaria optou por individualmente fazer a licitação para as fitas, porém o processo ainda está em andamento e o Estado não dispõe das

fitas de insulina para serem repassadas. Das 3 (três) empresas que concorreram no processo licitatório feito pela nossa Secretaria, primeiramente foi excluído o Laboratório Roche, diante as dificuldades da população usuária em se adequar ao aparelho, a segunda empresa desistiu da licitação quando entramos em contato, com a justificativa do aumento do valor do dólar e a última colocada como o valor era muito alto, quase o dobro, resolvemos chamar os pacientes que representam e utilizam a medicação para debate. Houve uma reunião com eles, e ficou decidido que aceitaríamos o pedido de consideração da Roche que foi feito anterior a judicialização, e assim continuaríamos com o fornecimento dessa empresa, pois ficou decidido que o produto era realmente de qualidade e que a grande dificuldade era da população na utilização do aparelho, fato que pode ser suprido com o auxílio de manuseio. Então mês passado foi assinado com a Roche que venceu a licitação, contudo ela tem 15 (quinze) dias para o repasse desta, o que acontecerá provavelmente na semana que vem. A Roche dado o pedido de consideração, com o aceite, pediu revisão no prazo e no valor, contudo não foi aceito, porém mesmo com a demora para ser assinado, eles selaram o acordo com medo da decisão do juiz, com a promessa de que na primeira semana de Julho eles já estariam colocando em dia a reposição das fitas, o que temos tentado resolver aqui na Secretaria desde novembro. No nosso planejamento tinha fitas que durariam até agosto, contudo esse ano muitas pessoas de planos privados estão pegando as fitas de insulina e outras medicações nos postos, sendo assim a previsão do estoque acabou antes do esperado.

3.13. Roseane Lucia Panini

Informa que é Farmacêutica e trabalha perto do CS do Campeche, atende muitos pacientes na Farmácia Popular, que é subsidiada pelo Governo Federal, então possui muito medicamento gratuito. Se o Governo Federal esta dando de graça esses medicamentos, por que não desonerar os municípios, e comprar outros medicamentos necessários e que não são gratuitos. Outra questão é que as receitas são válidas apenas por 6 meses, então os médicos devem ter um cuidado nesse sentido. Outro ponto é que tem recebido receitas de anticoncepcionais injetáveis assinados por enfermeiros, e isso não passa na Farmácia Popular, o que impede a dispensação do remédio, sugere mais cautela.

3.14. Carlos Alberto Justo da Silva

O Secretário informa que muitas Farmácias Populares estão se desvinculando do governo para o fornecimento dessas medicações e que, além disso, nem todas são honestas e acabam oferecendo outras medicações e vendendo-as, por isso que a Secretaria se preocupa em ter essas medicações. É muito importante democratizar essas informações passando para o Conselho e para a população.

3.15. Roseane Lucia Panini

Vai repassar a lista das medicações que são dispostas nas farmácias populares para o Conselho.

3.16. Carlos Alberto Justo da Silva

Para facilitar a vida dos usuários, uma divulgação com cartazes e panfletos, etc. é muito importante, pois facilita para que esses peguem suas medicações num local mais próximo de casa.

3.17. Marcos Cesar Pinar

O Conselho deve ter um posicionamento mais deliberativo, se às farmácias populares não estão fornecendo as medicações, deve ser feito uma diligência enquanto Conselho de Saúde. É preciso saber quais são essas farmácias para serem fiscalizadas pelos Conselheiros e depois denunciadas ao Ministério Público porque isso é crime.

3.18. Carlos Alberto Justo da Silva

Para a realização disso deveria ter mais reclamações e denúncias da população, pois essas farmácias não vendem essas medicações que são dispostas pelo governo, na realidade são feitas substituições vendendo genéricos, dizendo que está em falta, então é um processo mais intenso nesse tipo de fraude. Com certeza retomar essa questão e democratizar essas informações é muito importante e a população usuária utilizando mais as farmácias populares

vão reduzir as demandas nos postos de saúde, fazendo apenas que nos próximos processos licitatórios a quantidade desses medicamentos seja diminuída.

3.19. Marcos Cesar Pinar

Trás como proposta fazer uma visita nas farmácias populares, pois de certa maneira causa um constrangimento nessas farmácias que são desonestas.

3.20. Sandra Regina da Costa

Relacionado à questão dos anticoncepcionais injetáveis prescritos por enfermeiros, essa questão é regulamentada desde 1986, e têm o parecer do Conselho Regional de Santa Catarina. Então não deve ser proibida essa venda, será escrito para os Conselhos relatando esses fatos, pois estão baseados na lei.

4º Ponto de Pauta | **Informes Gerais**

4.1. Gerusa Machado

O próximo ponto de pauta: Resoluções do Regimento Interno dos Conselhos Distritais e Locais. Estes documentos foram discutidos e apreciados pela Câmara Técnica, fazendo os ajustes necessários. Foram feitos os ajustes necessários e os documentos foram aprovados. No entanto, houve a proposta de um conselheiro para que os regimentos fossem colocados para consulta aos conselheiros locais para contribuição e apropriação desse instrumento. Dessa forma não serão passadas as Resoluções agora, pois no mês de Julho ficarão sob consulta. Na próxima Plenária os documentos serão colocados em apreciação e votação. Sobre as justificativas de ausência, as Conselheiras representantes da Estrela Guia estão em processo de capacitação, também a Valesca Pivato e Karine Arruda. Informes da Secretaria Executiva: foi criado o Conselho Local de Saúde da Vargem Pequena; promovemos junto aos Conselhos Locais 3 (três) reuniões com a equipe técnica do CCZ (Centro de Controle de Zoonoses) e a Vigilância Epidemiológica para debater a pauta da dengue, instrumentalizando os CLS para desenvolverem atividades de combate aos focos do mosquito em suas comunidades. Do dia 4 (quatro) à 6 (seis) de junho aconteceu a 8ª Conferência Estadual de Saúde de SC onde tivemos a representação de 12 delegados de Florianópolis. Destes delegados, 8 (oito) foram escolhidos para participar da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Estão sendo repassadas as respostas dos ofícios retornados ao Conselhos Locais, pois foram enviados 22 (vinte e dois) ofícios. No dia 30 (trinta) de julho o Conselho foi convidado a participar às 10 (dez) horas da manhã no auditório para a apresentação sobre a questão do sistema de custos da Secretaria que será mostrado às gerências e ao Conselho, então fica o convite aos Conselheiros que possam participar. Hoje terá uma reunião sobre a discussão do Plano Municipal de Política Pública LGBTI+ na Câmara de Vereadores, então o vereador Marquito está convidando o Secretário e o Conselho a participar, a reunião será as 19 (dezenove) horas. O tema da reunião é muito importante, pois o Brasil é o país que mais mata a população LGBTI+. Estão todos Convidados. O Conselheiro Léo irá representar o Conselho nessa reunião.

5º Ponto de Pauta | **Sugestão de Pontos de Pauta para a próxima reunião**

5.1. Carlos Alberto Justo da Silva

Então o último ponto de pauta são as sugestões para a próxima plenária. Tratar sobre a questão do esgoto sanitário do sul da ilha.

5.2. Roseane Lucia Panini

Ontem aconteceu a reunião da Frente Parlamentar do Saneamento que foi lá no Campeche teve uma abrangência da participação de segmentos e da comunidade local muito boa e esses estão bem decididos quanto ao que querem. Eles não querem o emissário submarino, pois da forma como foi apresentado pela CASAN possui muitas falhas e falta esclarecimento sobre muitos detalhes para implementação. É percebido que a prefeitura está se isentando de tal situação, deixando para a CASAN e a comunidade fazerem o diálogo sobre o assunto. Então eles queriam fazer uma audiência pública para dar continuidade ao processo. O Conselho Municipal de Saneamento impediu essa audiência para acontecer depois de 3 (três) meses para que seja discutido realmente pela comunidade. O que foi lido e visto, sabe-se que para a

implantação do emissário será investido 190 (cento e noventa) milhões de reais; sobre a torre de captação, por exemplo, não há especificações; também querem levar o esgoto sanitário de 10 (dez) bairros para o Campeche, pegando 5 (cinco) 6(seis) km para isso, fazendo tratamento secundário; não se teve estudo sobre os impactos ambientais e pesqueiros, tendo ainda muito debate para acontecer, sendo importante a força do Conselho.

5.3. Carlos Alberto Justo da Silva

Essa é uma discussão que deve ser apropriada de maneira mais próxima, pois nós temos uma realidade posta que têm esgoto nesse local que não está sendo tratado. A proposta Francesa que acabou sendo abandonada era fazer uma central de tratamento e jogar no Rio Tavares, daí não houve autorização ambiental. Depois veio essa proposta da CASAN, que a única maneira de não jogar no rio, seria jogar no emissário que o impacto seria na região onde é derramado. Em Florianópolis foi sugerido pré tratamento, o que significa aumento dos custos. A decisão do Prefeito foi apoiar tudo que for pactuado.

5.4. Marcos César Pinar

O projeto do emissário submarino já tem mais de 10 anos, já naquela época a população não queria, pois querem um processo descentralizado, que cada bairro cuide do seu esgoto, e existem outras maneiras como, por exemplo, o reuso da água. 40% da água consumida vêm da região, o resto vem de fora, já tem um processo hídrico que será prejudicado no futuro. O reuso da água não seria para consumo, mas para outras coisas como construção civil dentre outras opções. A comunidade reluta contra o emissário, pois irá mudar o bioma, a flora do Campeche, o lugar que querem colocar é no parque das dunas, e agora foi criado a Lagoinha Pequena que é uma região de proteção ambiental, o corredor ecológico. Está claro que a CASAN quer fazer esse emissário para dar suporte para a construção civil, porque existe um projeto antigo, que naquela região querem colocar 400 mil pessoas, e obviamente se tem um emissário para suprir esta demanda, é obvio que irá abrir para construção civil, muda o zoneamento e deu. Sobre a construção civil querer muito esse emissário, mas a população não quer, inclusive tem 30 milhões enterrado no Campeche a alguns anos, que a CASAN construiu e está lá abandonado. Então tem muitas coisas que ainda devem ser discutidas.

5.5. João Henrique de S. Q. Pereira

Sugere que esse tema seja discutido em outra reunião como um ponto de pauta, e que chamassem alguém para falar/apresentar sobre o assunto, indica o Alexandre Trevisan, da CASAN.

5.6. Marcos César Pinar

Sugere trazer também alguém com opinião contrária, e que se não der conta do tema na plenária que seja feita uma reunião da Câmara Técnica (CT) ampliada com os representantes das duas opiniões, a favor e contrária, para que possa levar depois já mastigado para a plenária, pois é um assunto que se estenderá por mais de 2 horas. Há duas pautas que não foram apontadas nessa reunião, uma é Saúde na hora, e o outro é a Acreditação.

5.7. Josimari Telino de Lacerda

Confirma se a sugestão dada de fazer um Projeto Piloto da lista foi acatada ou não.

5.8. Sandra Regina da Costa

Informa que será discutido na Câmara Técnica.

5.9. Maria Elizabeth Menezes

Sugere acrescentar uma pauta sobre Testes Rápidos no setor público.

5.10. Carlos Alberto Justo da Silva

Informa que essas sugestões serão levadas para a Câmara Técnica.

5.11. Irma Manuela Paso Martins

Sugere incluir na próxima plenária o CISM (Comissão Intersectorial de Saúde Mental).

5.12. Gerusa Machado

Sugere que expliquem o que é a questão do emissário.

5.13. Carlos Alberto Justo da Silva

Sugere ter dois momentos na próxima reunião, um primeiro sobre uma apresentação do emissário pra discutir tecnicamente o que é isso, e no segundo colocar as opiniões contra e a favor para debater.

5.14. João Henrique de S. Q. Pereira

Não concorda de levar alguém que seja uma opinião contrária, pois considera que a partir do momento que a pessoa da CASAN irá apresentar sobre o emissário, as posições contrárias poderão questionar e se manifestar nesse momento.

5.15. Marcos César Pinar

Discorda da sugestão do João, pois considera que é preciso ouvir as duas opiniões para entender o debate.

5.16. Carlos Alberto Justo da Silva

É indiscutível que esse assunto é importante na saúde. O que está sendo colocado é que aqueles Conselheiros membros do Conselho de Saúde e do de Saneamento, avisarem antecipadamente das reuniões, para que membros do CMS possam participar das reuniões.

Pontos de pauta para a próxima reunião: relato da CISM; Acreditação e Saúde na Hora. Agradece a presença de todos encerrando a reunião em seguida

Glossário de Siglas e Abreviaturas

ACS, Agente Comunitário de Saúde.
AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
ALESC, Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina.
CAOF, Comissão de Acompanhamento de Orçamento e Finanças.
CAPS, Centro de Atendimento Psicossocial.
CASAN, Companhia Catarinense de Água e Saneamento.
CCZ, Centro de Controle de Zoonoses.
CDS, Conselho Distrital de Saúde.
CEO, Centro de Especialidades Odontológicas.
CEREST, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.
CIB, Comissão Intergestores Bipartite.
CID, Código Internacional de Doença
CLS, Conselho Local de Saúde.
CMS, Conselho Municipal de Saúde.
COMCAP, Companhia de Melhoramentos da Capital.
CS, Centro de Saúde.
CT, Câmara Técnica.
DAS, Diretoria de Atenção a Saúde
DIBEA, Diretoria de Bem Estar Animal.
DNCI, Doenças de Notificação Compulsória Imediata.
DVS, Diretoria Vigilância em Saúde.
ESP, Escola de Saúde Pública.
FLORAM, Fundação Municipal do Meio Ambiente.
ICMBio, Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade.
INAMPS, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
INSS, Instituto Nacional de Seguridade Social.
IPHAN, Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
LAMUF, Laboratório de Saúde Pública.
LOA, Lei Orçamentária Anual.
LRF, Lei de Responsabilidade Fiscal.
MIF, Mulheres em Idade Fértil.
NASFS, Núcleos Ampliados de Saúde da Família.
ONGs, Organizações Não Governamentais.
PNAB, Política Nacional de Atenção Básica
RECCO, Rede de Comunicação dos Conselhos Locais de Saúde.
RH, Recursos Humanos.
REMUME, Relação Municipal de Medicamentos.
SAMU, Serviço de Atendimento Médico de Urgência e Emergência.
SARGSUS, Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão.
SIOPS, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.
SISREG, Sistema de Regulação.
SISVISA, Sistema de Controle da Vigilância Sanitária.
SMS, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.
TRELLO, Sistema de Monitoramento e Planejamento.
UDESC, Universidade para o Desenvolvimento do Estado de Santa Catarina.

UDM, Unidade Dispensadora de Medicamentos.

UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina.

UPA, Unidade de Pronto Atendimento.