Ata n° 13/2026 da Reunião Extraordinária de 22 de setembro de 2026. Ocorreu de forma híbrida com as seguintes participações: Drª Amanda Doo Bittencourt – representante da ABRASBUCO; Drª Elaine de Oliveira Bastos – representante do CREFITO; Srª Luciana Ferreira – representante do GETHOMN; Srª Maria José Ricardo – representante da AMEAS; Dr. André Luiz Martins Machado – representante da OAB; Srª Terezinha Ruade – representante do MAMAS; Srª Mônica Gonçalves, Srª Luciani Veras; Srª Vera Lúcia e Srª Márcia Costa – representantes da SMS e Srª Renata Pinto – representante do planejamento da SMS (Não conselheira). A reunião foi iniciada com a apresentação da **P2. Plano das arboviroses**. Srª Vera informou que o Plano foi elaborado com base no modelo disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde, sendo adaptado à realidade do Município. O documento passou por análise das áreas relacionadas à assistência e vigilância em saúde. Foi ressaltada a importância do Plano diante da possibilidade de ocorrência de epidemias de dengue e de outras arboviroses, destacando-se que as ações devem ocorrer de forma integrada entre os diferentes setores da rede municipal de saúde. Foi informado que o hospital realiza acompanhamento dos atendimentos e dos registros, sendo necessária a investigação e a notificação dos casos suspeitos, especialmente diante da presença de sintomas como febre, cefaleia e dores musculares. Os casos identificados são encaminhados à equipe responsável pelas arboviroses, sendo realizadas reuniões periódicas do comitê para acompanhamento das ocorrências. Também foram apresentadas informações sobre o monitoramento do mosquito transmissor, realizado por meio de armadilhas e coleta de ovos em pontos estratégicos do Município. A área de Urbanismo participa do mapeamento das regiões com ocorrência de casos, contribuindo para a identificação dos locais que demandam maior atenção. Foi mencionada a dificuldade de realização de inspeções em imóveis de veraneio. Durante a discussão, destacou-se ainda que o diagnóstico das arboviroses pode ser realizado clinicamente pelo profissional médico, podendo ser solicitados exames complementares, quando indicados. Reforçou-se a importância da investigação dos casos para evitar subnotificação e permitir o adequado acompanhamento epidemiológico. O Plano de Contingência é um instrumento utilizado pelas equipes e discutido com os responsáveis pelos diferentes setores da Secretaria Municipal de Saúde. Após os esclarecimentos, o plano foi aprovado por unanimidade, ficando autorizados os ajustes finais de formatação, incluindo a alteração das marcações destacadas no documento e a organização da paginação. Na sequência, Srª Mônica apresentou a **P1. 2º RDQA**. Inicialmente, foram apresentadas as informações referentes à identificação do Município, território, população, Secretaria Municipal de Saúde, Fundo Municipal de Saúde, gestores, legislação aplicável, Plano Municipal de Saúde e composição do Conselho Municipal de Saúde. Também foram abordados dados populacionais e indicadores utilizados na elaboração do relatório. Em relação às internações hospitalares, o quantitativo aproximado é de 6.500 internações no período analisado. Também foi esclarecido que determinadas classificações, como gravidez, parto e puerpério, integram as estatísticas de internação, embora não correspondam propriamente a doenças.

Entre as causas relacionadas a agravos e doenças, foram mencionadas ocorrências dos aparelhos digestivo, geniturinário e respiratório, neoplasias e causas externas. Na Atenção Primária à Saúde, foram apresentados dados referentes à produção dos serviços, com aproximadamente 803 mil procedimentos registrados no período acumulado de janeiro a agosto que está relacionado à ampliação do número de equipes. Ainda foram apresentados os serviços de urgência e emergência, abrangendo unidades localizadas em Jaconé, Saquarema e demais serviços de referência, bem como informações sobre internações decorrentes desses atendimentos. Na sequência, foram apresentados dados relativos à produção cirúrgica, procedimentos clínicos, serviços especializados, CAPS e demais componentes da rede de atenção à saúde. Foram mencionados recursos destinados à manutenção e funcionamento dos serviços, bem como programas e estratégias de ampliação da oferta e outras iniciativas voltadas à realização de procedimentos especializados. Foi apresentada a composição da rede municipal de saúde, incluindo hospitais, unidades de urgência, ambulâncias, unidades de Vigilância em Saúde, central de abastecimento e almoxarifado, serviço de regulação, unidades básicas e de Estratégia de Saúde da Família, Policlínica, Clínicas Especializadas, serviços de diagnóstico, laboratórios, centros de imagem, CAPS, serviços de apoio à Saúde da Família, Casa de Amamentação e demais equipamentos próprios, contratados ou conveniados. Foi informado quantitativo aproximado de unidades integrantes da rede, ressaltando-se a participação de serviços estaduais e contratualizados. Também foram prestados esclarecimentos sobre a participação de Saquarema no Consórcio Intermunicipal da Baixada Litorânea, incluindo ações relacionadas ao programa “Agora Tem Especialista” e à realização de procedimentos cirúrgicos. Foi abordada, ainda, a implantação da estrutura regional do SAMU no Município de Saquarema, sendo esclarecido que se trata de serviço de caráter regional, destinado aos municípios integrantes da região, com rateio dos custos entre os municípios participantes, conforme os critérios estabelecidos. Em seguida, foram apresentados indicadores de cobertura da Atenção Primária, da Saúde Bucal e de outros serviços. Foi mencionada cobertura aproximada de 90,88% da Atenção Primária e de 51,4% da Saúde Bucal, além de percentual aproximado de 59% para a realização do teste do pezinho. Foi esclarecido que os percentuais podem sofrer alterações em razão da atualização das estimativas populacionais e da ampliação de equipes e unidades de saúde. No debate sobre a assistência odontológica, foram discutidos os serviços especializados, destinados principalmente aos procedimentos de maior complexidade encaminhados pela Atenção Primária. Foram levantados questionamentos sobre demanda, agendamento, capacidade de atendimento e utilização dos serviços. Também foram abordadas questões relacionadas à estrutura física e acessibilidade de determinadas unidades, incluindo circulação, equipamentos e condições necessárias para atendimento adequado aos usuários. Na sequência, passou-se à análise da execução financeira e orçamentária constante do RDQA. Foi informado que o Município se encontrava sob acompanhamento do Tribunal de Contas, com análise de despesas, processos administrativos, legalidade

dos atos e execução de contratos, incluindo aqueles relacionados à prestação de serviços por Organizações Sociais. Foram apresentados dados relativos às receitas municipais, transferências e demais recursos que compõem a base utilizada para cálculo da aplicação mínima em saúde. Também foram abordados recursos provenientes de royalties e transferências estaduais e federais. Durante a apresentação, foram explicadas as diferenças entre os valores previstos e aqueles efetivamente arrecadados ou transferidos. Foi esclarecido o significado das etapas de execução da despesa pública, compreendendo empenho, liquidação e pagamento, destacando-se que o empenho representa a reserva ou comprometimento do recurso, a liquidação corresponde à verificação do cumprimento da obrigação e o pagamento representa a efetiva saída do recurso financeiro. Durante a análise, foram apresentados questionamentos sobre o crescimento das despesas na área da saúde. Foram discutidos como possíveis fatores a ampliação da rede de atendimento, aumento do número de equipes e profissionais, aquisição de medicamentos e insumos, equipamentos e variações nos preços dos serviços e materiais. Foi informado que, até o período analisado, o Município havia aplicado aproximadamente R$ 107 milhões em ações e serviços públicos de saúde, correspondendo a cerca de 11,83% da base de cálculo apresentada no relatório. Considerando que o percentual mínimo constitucional de aplicação em saúde é de 15% e que o relatório corresponde a um período ainda não encerrado, foi esclarecido que a execução poderia sofrer alterações até o encerramento do exercício. Também foram discutidos contratos e serviços executados por Organizações Sociais, com questionamentos dos conselheiros quanto aos valores contratados, execução dos serviços, acompanhamento e fiscalização. Ressaltou-se a necessidade de transparência, controle e verificação da correspondência entre os serviços contratados e aqueles efetivamente prestados. Na continuidade da reunião, foram retomadas questões relacionadas às visitas técnicas realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde em unidades e serviços de saúde. Foi relatado que, após as visitas, algumas observações identificadas não haviam chegado formalmente à Secretaria Municipal de Saúde, o que poderia dificultar a adoção das providências necessárias. Foi discutida a necessidade de aprimorar o fluxo de encaminhamento dos termos de visita, de modo que a gestão municipal tenha ciência formal das ocorrências verificadas pelo Conselho e possa realizar as cobranças e providências pertinentes junto às unidades e aos responsáveis pela execução dos serviços. Nesse sentido, foi proposta a adoção de um fluxo em que os termos de visita sejam produzidos em três vias, sendo uma destinada à unidade visitada, uma para arquivo do Conselho Municipal de Saúde e outra encaminhada formalmente à Secretaria Municipal de Saúde, mediante ofício. O objetivo é garantir que as situações identificadas durante as visitas sejam oficialmente comunicadas à gestão. Foi ressaltado que o termo de visita possui função de registro das condições observadas durante a fiscalização, enquanto o relatório deve apresentar de forma detalhada as ocorrências e os encaminhamentos necessários. As informações relevantes discutidas durante as visitas deverão constar dos respectivos relatórios e, quando pertinente, das atas das reuniões do Conselho.

Durante a discussão, foram mencionadas situações relacionadas a materiais, organização dos ambientes, condições de atendimento e outras ocorrências verificadas durante as visitas. Também foi ressaltada a importância de que a Comissão Especial de Avaliação e Fiscalização do município acompanhe as situações identificadas, considerando suas atribuições de fiscalização e avaliação da execução dos serviços. Em relação a uma das visitas realizadas, foram discutidas divergências quanto ao recebimento e à ciência do termo de visita pela supervisão da unidade. Foi informado que houve contato com a responsável pela supervisão, Srª Denise, para esclarecimento das situações observadas e apresentação das informações decorrentes da fiscalização. Durante o debate, ressaltou-se a necessidade de evitar divergências quanto ao recebimento dos documentos e assegurar que todos os registros sejam formalmente encaminhados. Foi esclarecido que determinadas situações observadas durante uma visita poderiam estar relacionadas a atividades de rotina ou procedimentos que estavam programados para ocorrer posteriormente, sendo necessário considerar as informações apresentadas pelos responsáveis pela unidade antes de concluir pela existência de irregularidade. Nesse sentido, reforçou-se a importância do registro formal, da apuração e do encaminhamento das informações aos setores competentes. Os participantes concordaram que, para evitar falhas de comunicação, os relatórios das visitas deverão ser encaminhados formalmente à Secretaria Municipal de Saúde, acompanhados de ofício, para conhecimento e adoção das providências cabíveis. A Secretaria deverá, a partir das informações recebidas, realizar os encaminhamentos necessários e acompanhar as respostas dos responsáveis pelos serviços. Também ficou ressaltada a necessidade de digitalização e arquivamento dos documentos produzidos nas visitas técnicas, garantindo a preservação dos registros e facilitando o acompanhamento das providências posteriores. Dessa forma, a Reunião Extraordinária de 22 de setembro de 2026 foi encerrada e, eu, Juliana Raqui, lavrei a presente ata.