ATA DA 197ª REUNIÃO ORDINÁRIA

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Data: 26 de abril de 2013

Horário: 8h30 às 18h.

Local: Sala Takumi – Hotel Nikko, Rua Barão do Rio Branco, 546- Curitiba, PR.

Conselheiros membros – Gestão 2012-2015

	Nome		**Condição**	**Órgãos, Entidades e Instituições.**
	Usuários			
1	Luciano Zanetti	Ausente	Titular	SINDPETRO
	Valton Witkowski	Presente	Suplente	SINDPETRO
2	Maria Marucha S. Vettorazzi	Justificativa	Titular	FETAEP
	Wilson de Souza Silva	Justificativa	Suplente	FETAEP
3	Jonas Braz	Ausente	Titular	CUT
	Lucia Bretamo Vogt	Presente	Suplente	CUT
4	Ildemar Gorges	Presente	Titular	Força Sindical
	Junior Ribeiro da Silva	Ausente	Suplente	Força Sindical
5	Gildo Antônio Cabral Falcão	Presente	Titular	UGT
	Custodio Rodrigues do Amaral	Presente	Suplente	UGT
6	Manoel Rodrigues do Amaral	Presente	Titular	SINDNAPI
	Edvirges de Oliveira	Ausente	Suplente	SINDNAPI
7	Livaldo Bento	Presente	Titular	MOPS
	Antonio Barrichello	Presente	Suplente	IMOPS
8	Amauri Ferreira Lopes	Presente	Titular	ANEPS
	Celso Luiz Gonçalves dos Santos Junior	Presente	Suplente	ANEPS
9	Sandra Dolores de Paula Lima	Ausente	Titular	Fórum ONG AIDS
	Sirlene Aparecida Candido	Presente	Suplente	Fórum ONG AIDS
10	João Maria Chagas	Presente	Titular	IBDA
	Rosania Boleta Mendonça	Presente	Suplente	IBDA
11	Amaury César Alexandrino	Justificativa	Titular	DEFIPAR
	Tânia Roseli Minusculi	Ausente	Suplente	DEFIPAR
12	Luiz de Mauro	Presente	Titular	FAMOPAR
	Lívia Diniz Sola	Justificativa	Suplente	FAMOPAR
13	Joelma A. De Souza Carvalho	Presente	Titular	CMP
	Ozório Borges Neto	Presente	Suplente	CMP
14	Genecilda Gotardo	Presente	Titular	MST
	Adaíze Citron da Silva	Ausente	Suplente	MST
15	Márcia Beghini Zambrim	Presente	Titular	Pastoral da Saúde
	Antonio Pitol	Presente	Suplente	Pastoral da Saúde
16	Clarice Siqueira dos Santos	Presente	Titular	Pastoral da Criança
	Erica Ana Hobold	Justificativa	Suplente	Pastoral da Criança
17	Maria Lucia Gomes	Presente	Titular	ASSEMPA
	Rosalina Batista	Presente	Suplente	ASSEMPA
18	Terezinha (Mãe Omin)	Presente	Titular	Rede de Mulheres Negras
	Heliana Neves Hemeterio dos Santos	Presente	Suplente	Rede de Mulheres Negras
	Profissionais de Saúde		**Condição**	**Entidade**
19	Clayton de Oliveira beloni	Presente	Titular	CRF
	Nilson Hideki Nishida	Presente	Suplente	SINDIFAR-PR
20	Wanderli Machado	Presente	Titular	CRESSS
	Sirleide Ferreira de Mauro	Presente	Suplente	AATO
21	Guilherme Bertassoni da Silva	Ausente	Titular	CRP
	Regina Maria Ferreira Lang	Ausente	Suplente	CRN
22	Olga Laura Giraldi Peterlini	Ausente	Titular	ABEN
	Nelson Mayrink Giansante	Presente	Suplente	CRM
23	Gisela Soares de Souza	Presente	Titular	CREFITO
	Nana Momoi	Presente	Suplente	CRMV

24	Guilherme Fernandes Graziani	Ausente	Titular	CRO
	Mariangela de Assis Gomes Fortes	Presente	Suplente	ABO
25	Giordano Pedro de Oliveira	Presente	Titular	SINDSAÚDE/PR
	Mari Elaine Rodella	Presente	Suplente	SINDSAÚDE/PR
26	Sebastião José de Oliveira	Presente	Titular	SINDPREVS
	José Carlos Leite	Presente	Suplente	SINDPREVS
27	Irene Rodrigues dos Santos	Presente	Titular	FESSMUC
	Solange Izabel Marega Batista	Presente	Suplente	FESSMUC
	Prestadores de Serviços		**Condição**	**Entidade**
28	Rosita Márcia Wilner	Presente	Titular	FEMIPA
	Artemízia Bertolazzi	Presente	Suplente	FEMIPA
29	Eliane Maria Cornelsen	Ausente	Titular	FEHOSPAR
	Mauricio Duarte Barcos	Presente	Suplente	FEHOSPAR
30	Zuleide Bezerra Dalla Costa	Justificativa	Titular	ACISPAR
	Alfredo Franco Ayub	Presente	Suplente	ACISPAR
31	Denise Akemi Mashima	Presente	Titular	UEL
	Jeremias Bequer Brizola	Presente	Suplente	UEL
32	Ely de Campos	Presente	Titular	UEM
	Lilian Denise Mai	Ausente	Suplente	UEM
	Gestores		**Condição**	**Entidade**
33	Antonio Carlos Nardi	Justificativa	Titular	COSEMS
	Luzia Tiemi Oikawa	Presente	Suplente	COSEMS
34	Sezifredo Paulo Alvez Paz	Presente	Titular	Fundo Estadual de Saúde
	Charles London	Ausente	Suplente	Fundo Estadual de Saúde
35	Rene Jose Moreira dos Santos	Presente	Titular	SESA
	Marise Gnatta Dalcuche	Ausente	Suplente	SESA
36	Jorge Luiz Bostelmann de Oliveira	Ausente	Titular	Ministerio da Saúde
	Gislaine Mari França de Oliveira	Presente	Suplente	Ministério da Saúde

1. **Expediente Interno**
2. **Ordem do Dia**

2.1 Aprovação da Pauta

2.2 Assuntos para Deliberação e Discussão Temática

2.2.1 Mesa Diretora
Justificativas e substituições
1º Assunto: Aprovação da ata da 195ª Reunião Ordinária do CES/PR.
2° Assunto: Hospital Evangélico.
3° Assunto: Reestruturação da Lei do Fundo Estadual de Saúde – FUNSAÚDE – Dr. Rene.
4º Assunto: Apresentação da Prestação de Contas do CES/PR.
5º Assunto: Programação Anual de Saúde – PAS 2013.
6° Assunto: Comissão Organizadora do Seminário DST/AIDS.
7° Assunto: Indicação da Comissão Organizadora da 1ª Conferência Temática da Saúde da População Idosa.
8° Assunto: Comissão Organizadora da I Conferência Temática de Saúde Integral da População Negra.
9º Assunto: Campanha Vacinação da Gripe – Sezifredo.
10º Assunto: Situação da Dengue – Sezifredo.
11° Assunto: Proposta Orçamentária da SESA/FUNSAÚDE para o Ano de 2013 [pauta permanente].

3. **Informes**

3.1 Informes Gerais
Saúde +10.
MENPSUS
3.2 Comissões Temáticas.

(F1) Joelma (CMP) cumprimenta a todas e faz verificação de quorum. Vinte e quatro conselheiro, já havia quorum, então iniciou a Centésima Nonagésima Sétima Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, ao dia vinte e seis de abril de dois mil e treze, das oito horas e trinta minutos às dezoito horas, no Hotel Nikko. Ordem do dia, aprovação da pauta. **Rosalina (ASSEMPA)** pediu pauta para a Comissão de Educação permanente. **Leite (SINDPREVS)** pediu pauta para a Comissão de Vigilância em Saúde. **Manoel**

(Sindnapi) pede pauta para a Comissão de Acesso ao SUS. **Joelma (CMP)** diz que alguém pediu pauta para DST/AIDS. Conclui dizendo que ficaram as comissões de Educação Permanente, Vigilância em Saúde, Acesso ao SUS e DST/AIDS. Colocou em regime de votação a aprovação da pauta, não havendo nenhum voto contrario e duas abstenções, foi aprovada a pauta. Passou para as substituições e justificativas. **Maurício (Secretária Executiva)** cumprimentou a todos e leu as justificativas de Lívia Diniz Lopes Sola (FAMOPAR), Erica Ana Hobold (Pastoral da Criança), Zuleide Bezerra Dalla Costa (ACISPAR), Antonio Carlos Figueredo Nardi (COSEMS), Maria Marucha (FETAEP), Amaury César Alexandrino (DEFIPAR), Nicole Cristina (FEHOSPAR). Substituições: Sr. Jorge Luiz (Ministério da Saúde) pelo Sr. Moacir Gerolomo; Sr. Erivelton Wagner (COSEMS) pela Sra. Luzia Tieme; Sr. Jeferson Leandro (CUT) pela Sra. Lucia Vogt. **Jorge (Ministério da Saúde)** pediu para falar sobre a substituição do Ministério da Saúde. Diz ter tido a oportunidade de explicar essa substituição no dia anterior na Comissão de Educação Permanente, mais acha que isso também deve ser de conhecimento de todos os conselheiros. Diz terem recebido a informação no Núcleo do Ministério da Saúde, de que haveria essa substituição, e pelas informações fornecidas, por pessoas do Ministério da Saúde e por demais pessoas da Secretária estadual, que estavam indignados com a forma como estava acontecendo, de que teria havido uma articulação envolvendo o gestor estadual, o representante do CONASEMS do Paraná e a Secretaria de Gestão do Ministério da Saúde, no sentido de promover a substituição da representação do Ministério da Saúde no estado do Paraná. Diz entender perfeitamente que não é do campo de decisão do CES discutir eventuais propostas de substituição de qualquer entidade membro, e que tem pleno conhecimento de que os mandatos são das instituições e não das pessoas, todavia a questão que discutiram e que trazem para reflexão do CES não é essa, e sim de que houve uma articulação de entidades de gestores no sentido de promover a mudança do representante de outra entidade, diz que isso é absolutamente grave, porque começa a demonstrar que, quando o controle social, por alguma razão incomoda, ele tem que ser calado. O Núcleo Estadual do Ministério da Saúde trabalha na forma de colegiado, isso por proposição do próprio Ministério, as decisões e indicações do Ministério da Saúde no CES foram todas por colegiado e a intervenção se da por meio de uma decisão unilateral e até onde se sabe nem o próprio Ministro tomou conhecimento desta decisão. Diz ter procurado saber das razões que teriam motivado essa proposta de substituição e entraram em um território cinza, porque as ações são cometidas, mas não há justificativa para isso. Então em contato com um ex-diretor na área de auditoria do ministério, ele informou que o Sr. Odorico, Secretário de Gestão, teria sido procurado por representantes da Gestão Estadual no sentido de promover essa substituição, porque o representante do Ministério em seção do Conselho teria sido desrespeitoso com o Secretário Estadual de Saúde, diz que basta uma leitura das atas, e até a comprovação dos fatos que aconteceram, para saber que isso não é verdade. Quando essa versão não vingou, surgiu outra versão de que teria feito criticas ao Ministério da Saúde, concordou que fez essas criticas, dentro inclusive do próprio Ministério da Saúde, quando o Ministério da Saúde, muitas vezes por caráter de interesses pessoais, atentam contra os princípios do Sistema Único de Saúde. Por fim, uma informação que foi publicada em um blog ficou sabendo que essa intervenção teria se dado por estar atrapalhando programas de interesse do gestor estadual, diz que não consegue entender onde isso possa ter ocorrido, já que nas propostas e nos programas apresentados pelo gestor, se manifestou favorável a todos eles, até por entender que eram importantes para a população do estado. Informou que o colegiado do núcleo elaborou um documento, que encaminhou a Mesa, com relação a esse processo todo, onde se solicita, inclusive, que a substituição seja sobre estado, até que se esgote por via administrativa no âmbito do Ministério, sem prejuízo de que outros fóruns sejam também procurados para essa discussão. Agradeceu a todos os colegas conselheiros e disse que se aprende tanto as coisas positivas como as coisas negativas, e pensa que o que fica disso tudo é a reflexão de que ou se ergue a cabeça e começa definitivamente a lutar pelo fortalecimento do SUS e pelas instancias de controle social ou vão conviver permanentemente com a espada do “cala a boca” conselheiro. **Clarice (Pastoral da Criança)** justificou a ausência da Tânia. **Moacir (Ministério da Saúde)** primeiramente se apresentou, disse que é funcionário do Ministério da Saúde há quase trinta anos e diz respeitar muito o Jorge, e que foi designado por um oficio do Secretário de Gestão, e que como é um trabalhador, apenas acatou a decisão. Em relação ao Núcleo do Ministério da Saúde, do colegiado, diz entender perfeitamente a posição, não tem o conhecimento da ata que o Jorge colocou, mas diz que sugeriram a ele que não viesse a reunião, e que respondeu que não poderia, pois foi designado pela Secretaria de Gestão Estratégica, que é representante e que só não viria se fosse ordem da chefia imediata. E essa ordem não veio, diz ter acatado a decisão do Ministério da Saúde e da Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, participar do Conselho não foi uma solicitação dele, foi uma indicação, embora isso não seja desprazer, participou como gestor na Secretaria Municipal de Saúde, durante seis anos e foi um grande aprendizado, acha que o Conselho também será. Diz que se o núcleo mandou um documento para o Ministério solicitando alteração, esta a disposição do que for decidido, como servidor, não pode desacatar uma ordem. **Malu (ASSEMPA)** pede para o Moacir dizer nomes de quem o orientou a não participar da reunião. **Moacir (Ministério da Saúde)** disse que não gostaria de citar nomes. **Joelma (CMP)** disse que iria abrir para o plenário, para não dizerem que a mesa diretora é autoritária, porque nunca foi aberto esse tipo de esclarecimento, porque a vaga é da entidade e ela que escolhe seus representantes. Passou para aprovação da plenária para encerrar a discussão e darem continuidade a pauta. Plenário de acordo. Passou para o assunto um, aprovação da ata da Centésima Nonagésima Quinta Reunião

Ordinária do CES. **Rosalina (ASSEMPA)** na linha quinhentos e trinta e sete corrigir o nome do Livaldo está escrito Nivaldo. **Joelma (CMP)** sem mais nenhuma colocação passou para votação. Nenhum voto contrário e duas abstenções, aprovada a ata. Passou para o próximo ponto de pauta, Hospital Evangélico, relatou a presença do Promotor Marco Antonio Teixeira que irá falar um pouco da situação de todas as denuncias a respeito do Hospital Evangélico. Convidou também a Dra. Ana Paula, para falar sobre o processo criminal que foi gerado em cima das denuncias. **Dr. Marco Antonio Teixeira (Ministério Público)** agradeceu pelo convite para estar nessa reunião prestando esclarecimentos a respeito da questão do Hospital Evangélico. No Ministério Público essa questão foi dividida em duas faces. A Primeira face tem-se um procedimento de acompanhamento da situação do hospital, esse procedimento foi aberto a dois anos atrás e cuida exatamente do que se via na imprensa, de que o hospital estava numa situação de penúria muito grande, ameaça de fechamento, greve de médicos, greve de servidores, e essa situação não poderia passar incólume pelo Ministério Público em face das responsabilidades que têm, embora saiba-se que não são os gestores desse tipo de serviço, nem os gestores públicos que contratam esses serviços. Esse procedimento ainda esta em curso, o hospital não saiu dessa situação, ainda está em dividas, questões de gestão que ainda apresenta, e esse procedimento acaba por ter alguns ganhos, foram feitas três reuniões muito grandes, com membros da comunidade de saúde que trabalha no hospital, também com os médicos, em um outro momento, com gestores, enfim foi um processo que teve uma sequência de um bom tempo. Como frutos dos entendimentos que ocorreram nesse processo, foi possível evitar, por exemplo, uma greve de médicos que estava sendo anunciada na imprensa numa negociação que se fez com a direção do hospital onde se reconheceu a divida dos médicos e se escalonou, ao longo de três ou quatro meses, o pagamento dos atrasos, isso satisfez a categoria e ao mesmo tempo manteve as portas do hospital abertas. Tem que se ter a noção de que o Hospital Evangélico é o maior prestador privado do Sistema Único de Saúde, e é referencia não apenas para Curitiba, mais para muitos municípios do interior, e tem uma importância fundamental, de tal magnitude é a produção do hospital, que o Sistema Único hoje, nem Curitiba, nem o próprio estado do Paraná, têm condições de substituí-lo por outro serviço, inclusive há certas situações no hospital que não ficarão sem nenhum atendimento, que não adianta nem buscar na rede privada da capital, como por exemplo, a questão de queimados. O Hospital Evangélico, pelo menos com a Direção que assumiu esse ano, e que já não e mais ela, pois houve uma troca recentemente, mais até então era tratado com ela, não tinha clareza sobre o efetivo debito do hospital. Então você pergunta, qual é o debito que você tem na justiça trabalhista? Qual o débito total com fornecedores? Não havia segurança quanto essa resposta. Então você fazia perguntas muito simples para uma instituição poder responder, desde que sua contabilidade esteja em ordem, eles não sabiam responder, não que fossem pessoas desonesta, não sabiam por que não tinham conhecimento, a situação é de difícil acesso mesmo, até para eles. Então isso levou ao pedido de uma auditoria do município de Curitiba, uma auditoria operacional nos últimos seis meses, mais o problema da auditória do município, que é o gestor que se entende diretamente com esse prestador, era uma auditoria parcial, porque não pegava todas as atividades do hospital, porque ela vai auditar aquela parte do hospital a qual recebe recurso público. Aquela parte do hospital que recebe recursos privados, o hospital pode fazer isso, pela sua natureza, uma instituição privada sem fins lucrativos, ele pode receber recursos de plano de saúde, recursos privados de outra natureza. Então a auditoria do SUS ela tem que pegar o que é SUS, porém o hospital é mais que SUS, então pode haver problemas na parte que não é SUS. Resumindo, o que a auditoria do município, com essa limitação legal que tinha, indicou, é que o que foi verificado estava em ordem, ou seja, o serviço foi prestado e também foi pago. Por ali não levantaram grande problema, mais ficaram as grandes duvidas como o hospital não sabe o valor de sua divida. O hospital contratou uma auditoria particular, para fazer esse levantamento, fizeram a apresentação ao Ministério Público, **(F2)** e ali eles chagaram a um determinado valor, de qualquer forma, o Ministério está na altura do procedimento em que vai remeter todo esse material a auditoria do Ministério Público que pega todo o arco de atividades do hospital, de atividade pública, ligado ao Sistema Único e o ligado ao de atividade privada, espera-se com isso que possam ser mais conclusivos sobre qual a efetiva situação do hospital, diz isso ser importante porque se não tiver uma clareza com relação ao diagnóstico da situação do hospital, onde estão os problemas, não terão condutas boas em relação ao mesmo, iram ter uma conduta muito subjetivada e não dá para ser dessa forma, tem que se ter dados, que estão sendo trazidos pela auditoria, uma parte já veio pelo município e outra parte serão por essa auditoria do Ministério Público que começa agora e ainda levara algum tempo. O hospital teve muita dificuldade de receber recursos, porque não tinha CND, e isso gerou uma dificuldade muito grande, porque ele dependia desses recursos para sobreviver, não apenas da sua fatura SUS, mais por força de ordem judicial, ele acabou inserido no HOSPSUS, um programa da SESA, ele voltou a receber valores de um convênio mais antigo que havia e que tinha sobrestado, enfim o hospital caminha, não para uma estabilização, mais para sair da "UTI", ele vai ficar sob "tratamento", mais aquele risco de sucumbência, por hora, está superado. Foram ouvidas desde pessoas transplantadas, que traziam suas angustias ante a possibilidade do fechamento desse serviço do hospital, os profissionais de saúde daquela instituição, todos foram ouvidos, agora é a faze de acertamento de auditória. Portanto a todo momento tiveram clareza de que há problemas no Hospital Evangélico, aguardam que a auditoria possa dizer onde estão os problemas e quem são os responsáveis, não na perspectiva de comprometer o hospital, mais de, dentro da lei, sanear o hospital, do ponto de vista da responsabilidade do Ministério Público, em face do cumprimento da lei,

que é sua missão maior. Mais sempre foi ressaltado a importância do serviço, o valor dos profissionais que lá trabalham, que a população continuasse absolutamente segura com relação as práticas que lá se exercem, então o problema administrativo do hospital não poderia comprometer a sua imagem, que é uma imagem muito antiga de Curitiba, que é um hospital escola, que tem formado gerações de médicos e outros profissionais de saúde e na altura em que está é um hospital que não pode ser substituído. É nesse contexto de busca, de saída para o Hospital Evangélico que surge o caso criminal, que acabou este sim surgindo na imprensa. Esse processo de recuperação do hospital teve uma nota ou outra, muito espaça no tempo, principalmente quando haviam servidores, trabalhadores, médicos querendo parar, e era muito interessante a questão do médico querendo parar, porque o médico está em uma situação muito peculiar no hospital, porque quem faz greve é o trabalhador, ai se perguntava para os médicos se eles tinham carteira de trabalho e eles respondiam que não tem, então não podem falar em paralisação, mais o que se dizia na imprensa era greve. Por outro lado, eles trabalham lá, não são empregados, não tem CTPS, então o que eles eram, diziam que eram prestadores de serviço, mais não emitiam nota do serviço prestado. Então não são empregados, não são prestadores de serviço, o que seriam? Ninguém sabe direito, é uma crise de identidade. Eles se comportam em alguns momentos como se fossem empregados, em alguns momentos como se fosse prestadores de serviço, mais eles mesmo não tem clareza sobre isso e o mais interessante é que quando se perguntava aos médicos, em grupo ou individualmente, qual o valor que eles tinham para receber, ninguém sabia. Isso é fruto da falta de organização deles mesmo e principalmente da desorganização do hospital, falta de documentação, então são expectativas de direito em relação a recebimentos que tem nos serviços prestados, que estão diluídas um pouco no ar, porque não se tem uma base física para comprovar isso. Porque o que o serviço recebe do SUS vai para o próprio hospital, e ai se tem um outro problema, desde que acabou o código sete, o dinheiro da fatura SUS vai para o hospital que depois faz o rateio interno e ai nem sempre vai para os médicos o que a eles correspondem, o hospital por dificuldades ou problemas acaba ficando com um pouco do que seria devido aos médicos. Então eles já recebem atrasado, já recebem com uma “perna” a menos, existe tudo isso. Diz esse ser um breve indicativo do que há nesse lado da investigação. O outro lado tem-se a questão do problema que houve envolvendo uma médica do hospital, irá passar a palavra para a Dra. Ana Paula, mais antes gostaria de fazer uma introdução por que esse caso irá acabar nas mãos dele e gostaria de explicar como isso acontece. Portanto está se falando a mais de um ano atrás, quando foi convidado, teve noticias da ouvidoria do Estado, onde o ouvidor na época tinha uma gravação, já em um papel, de um zero oitocentos, destacou que não teve acesso ao nome desse denunciante, mais teve acesso ao que a pessoa disse. Esse zero oitocentos, já dava noticias muito claras do que depois veio a se apurar o que ocorria no interior do hospital, diz que quando leu aquele documento e foi para a promotoria precisando de apoio, tinha muita dúvida a respeito da veracidade do que ali estava, porque ali era um documento apócrifo, e a própria constituição proíbe o anonimato, mais o dado tinha indícios de seriedade. Então o que pode perceber foi que quem denunciou aquilo ali conhece, não é uma amador, é alguém que trabalha com esse tipo de atividade. Mais ficava com a percepção dividida, pois poderia ser uma vingança, com relação a um determinado profissional, isso pode ser uma retaliação ao próprio hospital, a pessoa pode ter sido despedida sem justa causa, enfim. Isso levou a mais de um ano de investigações, foi conversado sobre o assunto no Ministério Público, e por óbvio chamaram a delegada, que ainda hoje é a Dra. Paula, responsável pelo Nucrisa, e começaram a discutir as possibilidades de investigação, sabendo que não poderiam ter o nome do denunciante, que depois se revelou que era uma denunciante, que já se identificou e já depós ao longo da investigação. Isso demorou muito para ser feito, porque estava se pensando como iriam entrar na UTI para descobrir se isso ocorre ou não. Então houve um momento em que esse inquérito deixou de ser algo público, para se tornar uma investigação sigilosa, foi quando se pensou em fazer uma infiltração de um agente policial que deveria ter formação em saúde, seria um enfermeiro, e essa formação voltada para UTI. Conseguiram identificar, depois de uma busca enorme nos quadros da policia, a pessoa que preenchia essas característica e que a principio aceitou, mais ao longo do tempo declinou, não quis mais cumprir esse papel e então voltaram a estaca zero. Foi ai que surgiu a interceptação telefônica, também determinada pelo Juiz, a pedido do Ministério e da Delegada, e foi na interceptação telefônica que tiveram efetiva segurança e convicção de que aquela primeira denúncia, a mais de um ano atrás tinha procedência. O mais interessante é que foi uma interceptação de quinze dias mais ou menos, e quando começaram a ver que, desliga aquilo, fulano vai, fulano não vai, enfim, coisas que saíram nos jornais, tiveram que tomar uma decisão inusitada. A vocação de Ministério Público, era prosseguir na escuta, era melhorar a prova, saber de mais pessoas, saber de mais detalhes, como aquilo ocorria, porém se fizessem isso, prolongar a escuta que já estava autorizada pelo judicial, por mais três ou quatro meses, quantas pessoas iriam morrer mais para concluir essa investigação. Era um preço que o Ministério Público não poderia pagar de forma a que o que se tem hoje nessa investigação é uma fração do que poderia ser muito maior, optou-se por quinze dias, levantados os primeiros dados que chegaram interromper a investigação, promover a responsabilidade pelo que já havia, e entre aspas abriram mão do resto, porque o risco de prosseguir na colheita de provas implicava em morte de pessoas, isso ocorria com a maior freqüência dentro do hospital. Conclui dizendo que o Ministério Público recebeu mil e oitocentos prontuários para analisar. Disse que existem médicos no Ministério Público para analise desses prontuários, e como se tratava de uma unidade muito especifica dentro do hospital, chamaram também dois intensivistas que

auxiliaram muito para descobrir as falhas que haviam, esses médicos que trabalharam com esses processos sofreram ameaças, sofreram pressão e ainda hoje passam por essa situação, a reação da classe foi muito forme, e eles sofrem os efeitos da pressão dos próprios colegas, enfim foram colocados em uma situação muito desconfortável, o Ministério tem acompanhado com cuidado, o CRM cumpre o seu papel, e estão todos atentos a esse processo de desgaste, de pressão e de uma certa forma de "responsabilização" ao que vier a ocorrer. Diz também que no âmbito das interlocuções que tiveram nesse inquérito, que hoje é uma ação penal, chamaram os conselhos profissionais, que tinha seus profissionais envolvidos, para explicar tudo o que estava se passando, colocar a disposição deles os dados que eram possíveis. E com relação a prisão da médica, que foi a primeira que aconteceu, chamaram o presidente do CRM, anteriormente a qualquer linha que tivesse sido publicada na imprensa, por respeito a instituição, para que eles soubessem do que iria ocorrer pela voz de quem estava promovendo a prisão, que era a polícia, mais com o aval do Ministério Público, e que ele pudesse tomar providência que a seu cargo entendesse cabível, então se teve esse cuidado com os conselhos profissionais, não no sentido de eximir os seus integrantes de qualquer responsabilidade, mais de colos a par e estão permanentemente nessa situação, tem-se fruto dos mil e oitocentos prontuários, que já foram revistos, uma segunda triagem dos que foram separados, também feita por médicos, e do remanescente dessa segunda triagem iram poder ter muitos outros processos crime para além deste que ficou famoso, que foi o primeiro, e ganhou as manchetes de jornais e noticiários de televisão. **Ana Paula (Ministério Público)** cumprimentou a todos e disse que com relação à ação penal que já esta em andamento, cuja denuncia já foi oferecida, receberam o inquérito policial que foi relatado pela delegada dentro do prazo legal, porque quando há indiciado preso existe um prazo a ser cumprido, então a Dra. Paula relatou isso e remeteu para o Ministério Público, esses mil e oitocentos prontuários foram apreendidos a pedido do Ministério Público para analise não só do prontuário eletrônico, que é o que é feito quando há esse pedido, porém foi solicitado o prontuário físico, onde há toda a anotação de enfermagem, as assinaturas dos médicos, e inicialmente quando foi recebido esse inquérito policial, iniciaram uma analise dos depoimentos dos técnicos de enfermagem, dos enfermeiros que já haviam prestado depoimento na delegacia, e relatavam alguns casos específicos que eles se recordavam de pacientes, foram atrás desses prontuários específicos, que passaram por analise do setor médico e foi constatado que efetivamente havia uma estabilidade, dentro de um quadro muito grave dentro da UTI, que talvez não fossem sobreviver, mais diante de uma estabilidade naquele momento de respiração, pressão, que estavam respondendo naquele momento aos medicamentos e então sem qualquer indicação terapêutica no prontuário, sem qualquer indicação médica, eram prescritos pela Dra. Virginia esse medicamento, esse "kit" como foi chamado pela imprensa, de Pavulon, que é um medicamento que paralisa todos os músculos do corpo, que é utilizado dentro de UTI para fazer uma intubação, também foram prescritos anestésicos, analgésicos e sedativos. Quando é aplicado o Pavulon, o paciente necessita da respiração mecânica, porém os parâmetros do respirador eram abaixados, e isso muitas vezes leva o paciente a óbito. Após essa analise foi constatado que houve uma intenção deliberada de acabar com a vida desses pacientes e em alguns casos sem até a necessidade de diminuição do respirador, então alguns dos esclarecimentos dos médicos foi que, o paciente nessa situação, com a pressão do jeito que estava com a situação clinica dele, com a administração desses três medicamentos que não é feita junto na bomba, onde se dilui os medicamentos e é aplicado aos poucos, aplica-se um medicamento, outro medicamento, são três seringas uma em seguida da outra, isso causa uma depressão respiratória, uma diminuição da pressão e pode causar a morte mesmo que mantido o respirador do jeito em que o paciente já estava. Então nesse primeiro momento, que foram em sete dias de analise dos prontuários e dos depoimentos, foram identificados sete casos em que não há dúvida em que houve o homicídio Foram denunciados além da Dra. Virginia outros três médicos, dois enfermeiros e uma fisioterapeuta, tanto por homicídio quanto por formação de quadrilha. Então alguns desses casos são os que apareceram na gravação, em que houve a menção a nomes de pacientes, alguns desses casos são referentes aquela denúncia anônima inicial, que a pessoa que denunciou e uma fisioterapeuta que trabalhava no hospital e na época citou na noticia alguns nomes, e o Ministério foi atrás desses prontuários e efetivamente havia aplicação do "kit" sem indicação terapêutica. Ainda nesse primeiro momento conseguiram identificar outros vinte e um prontuários em que há indícios também da prática dessa conduta, existem também alguns casos de aplicação no mesmo dia, enfim, foram vinte e um prontuários que foram separados e foi solicitado ao magistrado que encaminhassem esses prontuário novamente para a delegacia para que se instaurasse um novo inquérito policial para apurar agora essas vinte e uma mortes. A delegada recebeu isso a no máximo dez dias atrás, em decorrência até da urgência do caso na justiça, e agora então está sendo instaurado um novo inquérito para investigar essas outras vinte e uma mortes. E, além disso, desses mil e oitocentos prontuários apreendidos foi feita uma primeira verificação por determinação judicial por auditores que já separaram quatrocentos e vinte prontuários em que há suspeitas de alguma coisa, ou seja, a aplicação desses medicamentos e ainda não está bem claro se havia ou não indicação ou se era o caso ou não, **(F3)** diz não afirmar que existem quatrocentos homicídios, mais diz que são esses quatrocentos que serão investigados mais a fundo, e vão passar pela analise dos intensivistas, mais especializada, para que se possa verificar o que houve nesses casos. O que esta se recebendo muito, tanto na Promotoria quanto na delegacia, são pessoas cujo familiares faleceram na UTI, e estão indo atrás de respostas. Esses mil e oitocentos prontuários são de dois mil e seis até agora, porque em dois mil e seis foi quando a Dra. Virginia assumiu o comando da

UTI, embora não de forma legal, uma vez que ela não era a responsável técnica pela UTI, mais foi o momento em que ela realmente assumiu na prática a direção da UTI. Isso levara muito tempo mais será analisado. **Marco Antônio (Ministério Público)** acrescentou primeiramente que estão atuando numa vertente criminal desses casos que já foram denunciados, existem mais vinte e um que podem se encaixar nessa hipótese, reproduzindo o modelo criminal da denúncia e tem mais essas quatro centenas, porém estão atuando nesse momento na questão criminal, estão atuando no aspecto administrativo, porque o levantamento em relação às praticas administrativas e de gestão do hospital evangélico vai para auditoria do Ministério Público, mas é importante saber que tinham que ser feitos dois trabalhos, que aparentemente eram contraditórios, de um você queria salvar o hospital, não pelos problemas que ele tem que ainda vão descobrir quais são, mais porque a cidade precisava dele, e ao mesmo tempo trabalhavam com outro caso que desgastaria enormemente o hospital, desacreditaria os seus profissionais, porem um risco muito maior o que já ocorria há anos de má gestão, então se tentou fazer as duas coisas da melhor forma possível. Essa abordagem administrativa que se desenvolve ainda hoje, e a criminal que também se desenvolve, não envolve responsabilidade civil, quer da instituição, quer dos profissionais de saúde, em relação a casos que já estão sob denuncia, caberá a família das vitimas, porque a maioria delas não sobreviveu, se quiser entrar com as devidas ações de reparação civil, contra quem é de direito, então nessa parte é a critério de cada família. Na imprensa tem saindo com certa frequência uma expressão chamada antecipação de óbito, essa expressão, que se usa jornalisticamente, que se usa nos outros meios de comunicação, ela tem um significado jurídico igual a zero, o Direito Penal não comporta, não prevê a antecipação do óbito, as práticas já denunciadas e as outras por denunciar, não cuidam desse fenômeno, o que se tem são casos simples de homicídio doloso, não estão tratando com hipótese de erro médico, que é uma conduta culposa, estão tratando com condutas de profissionais de saúde, não apenas médicos, com dolo, com intenção de matar, e isso é homicídio, não se trata de antecipação de óbito, essa expressão é muito equivoca, por exemplo, se alguém aqui sacar uma arma e me der um tiro, antecipou meu óbito, então isso não tem nenhum significado técnico do ponto de vista penal, não se trata de eutanásia, que por sua vez se tratasse estaria proibido em lei e não se trata de ortotanasia, que é prevista, é admitida e com a qual concorda, se trata sim de homicídio. Para corrigir essa situação, foi convidada a Associação de Medicina em uma reunião com o corregedor e com o Presidente do CRM, que houve no Ministério Publico, onde foram colocadas todas as questões, para que eles soubessem do processo. Por ultimo colocou que o papel do Ministério Público na divulgação dessas informações foi na emissão de duas notas para os meios de comunicação, antes da denúncia, porque queria que os casos se referem a hipóteses passadas, isso não está ocorrendo hoje nas UTI´s do Hospital Evangélico, segundo lugar a população pode e deve procurar o serviço do Hospital com a mesma segurança que procuraria qualquer outro hospital, ele não se tornou um hospital pior ou de “risco” por conta do que ocorreu, os padrões de qualificação nas praticas que lá se exercem são os padrões admitidos pelo Ministério da Saúde, pelos órgãos de classe, então procurou-se pacificar a população. Foi emitido também um juízo de confiança nos profissionais de saúde que lá trabalhavam, porque essas pessoas de alguma forma se sentiram estigmatizadas pelo que ocorreu com alguns colegas que estavam sendo incriminados, e isso não é justo, as pessoas precisam ser preservadas. A instituição do Hospital Evangélico, corrigido seus problemas, havendo as devidas responsabilizações precisa ser preservada, é uma instituição que tem décadas de serviços prestados a essa cidade, e não só a cidade, há pessoas que vem do interior para se tratar nos seus serviços, têm gerações de profissionais formados no hospital escola, isso não é pouco. A terceira manifestação que tiveram foi uma única entrevista coletiva quando da apresentação da acusação, que tecnicamente o nome da peça é denuncia criminal, chamaram a imprensa para explicar o que estava sendo feito, quem estava sendo acusado, quais eram os crimes, rapidamente, e fizeram isso concentrado em uma única entrevista porque se não fosse feito isso não poderia mais se trabalhar, cada dia haveria um repórter na porta perguntando e querendo saber no seu exercício de repórter. Relata que foi feito isso porque o Ministério Público do Paraná, que atua na saúde, não tem o perfil de midiatizar suas ações. A historia do serviço da Saúde do Ministério Público tem sido pautada pela discrição, sem omissão de dados, e busca de qualidade nos resultados. **Manoel (Sindnapi)** cumprimentou a todos e parabenizou o Dr. Marco Antonio, a Dra. Ana Paula e a Dr. Fernanda, pelo trabalho. Diz que trabalhou antes de ser conselheiro na Santa Casa como instrumentador cirúrgico, e o Centro Cirúrgico e o local onde mais se concentra esses medicamentos, e depois a UTI. Sempre se luta para que a rotina de trabalho nesses setores sejam revistas todos os dias, porque inconscientemente algum funcionário pode causar a morte de um paciente. Concluiu dizendo que sua intenção era parabenizar o Ministério Público. **Rene (SESA)** primeiramente cumprimentou a todos. Reportou-se as questões iniciais das substituições, dizendo que a SESA desde o primeiro momento dessa administração, quando esteve presente o Secretario Michele Caputo Neto, deixou muito claro como seria a conduta da SESA no que diz respeito a sua atuação, principalmente no sentido de dizer que essa Secretaria não tutela, mais também não se omite, no sentido de estar presente em todos os momentos para discussão aberta principalmente com os conselheiros nas questões mais importantes da saúde pública, prova disso foi uma mudança radical na participação dos representantes dessa Secretaria nesse Conselho, que levou a situações nunca antes vistas, por exemplo, de ficar em reunião quatorze horas debatendo detalhe por detalhe, seja o Plano Estadual de Saúde, seja o Relatório de Gestão, seja em outras ações que são inerentes ao Controle Social. Segundo disse que acredita que não só a SESA mais todas as entidades que estão

presente nesse conselho respeitam a autonomia das instituições para indicar seus representantes, que é a essência do processo que começa na ponta, na Conferência Estadual de Saúde, quando as entidades são escolhidas e depois cabe a elas indicar seus representantes, e por tanto, na medida que essas entidades foram escolhidas na Conferência, todos os representantes indicados por essas entidades são legítimos representantes junto a esse Conselho, e que isso representa também o fato de reconhecer que essas entidades também têm autonomia para fazer as respectivas indicações, dessa forma saldou a Tieme que substitui o Secretario Municipal de Saúde Erivelton na representação do COSEMS. Saldou também a substituição do Gestor, no caso Federal, Moacir Gerolomo. Saldou também a apresentação do Ministério Público, disse que a apresentação apenas reforça a importância do Ministério Público de como as suas atribuições devem ser preservadas. Diz que o Dr. Marco Antonio foi muito correto em sua apresentação quando separou as duas questões. Iniciou pela primeira, dizendo que acha fundamental, reconhecendo a crise, a dificuldade gerencial já de algum tempo do Hospital Evangélico, deixa claro também que se tem que ter um cuidado institucional de preservar a instituição e o que ela representa para o Estado do Paraná. Varias vezes ocorreram no conselho essas discussões, houve momentos que o hospital mesmo tendo dificuldades, do ponto de vista legal de ter repasses, por conta de diversas dificuldades, tiveram que buscar soluções para o hospital, para houvesse viabilização de transferência de recursos financeiros e esclareceu que esse não é um hospital que se substitui rapidamente por qualquer plano emergencial, qualquer projeto de construção de um hospital desse porte para sua implantação completa levaria mais de quatro ou cinco anos, então se deve ter clareza que para o momento em que se vive esse é um hospital essencial para o próprio sistema, e pro sistema esse hospital tem umas características próprias, não é um hospital que atende só Curitiba e Região Metropolitana, atende todo o Paraná e em algumas circunstâncias referencia até para alguns estados brasileiros. Tem que se entender que o fato ocorrido não deve ser colocado sobre a égide da confiança ao hospital, teve-se que deixar claro para a população que o Hospital Evangélico tem os padrões de qualidade necessários para fazer atendimento a população paranaense, tem profissionais preparados para isso e deve sim ter a confiança da população paranaense para seu atendimento, inclusive naquele movimento que teve em um domingo pela manha, se deixou muito claro em relação as instituições presentes. Com relação aos fatos objetos da investigação do processo criminal, o procedimento judicial, na medida em que as partes se manifestam e o Ministério Público agrega essas informações, deve ser objeto da avaliação judicial e das punições devidas, como qualquer circunstancias quando se depara com relação a isso. Também tem que se tirar dessa situação algumas observações que diz considerar importantes, ontem na CIB,o Ministério da Saúde apresentou uma proposta,que está em consulta pública, de um grande programa voltado à padronização de algumas condutas, justamente para trabalhar a segurança do paciente, o caso Evangélico pode ser observado um caso recente, com problemas de atendimento que levaram a óbitos de pacientes, então precisa realmente ter um olhar cada vez maior sobre a segurança do paciente. Precisa-se colocar em todos os hospitais um trabalho voltado também a verificação de óbitos através de uma comissão que seja ativa em relação a isso, porque tem que se observar que desses fatos precisa ir além da figura da auditoria tradicional, mais sim buscar um olhar pela a segurança, pela qualidade, pelo resultado final, valorizar alguns indicadores que são importantes, para que se possa garantir maior segurança para o paciente. Sem dúvida, pelo olhar da situação, é claro que isso entristece, porque gostariam que não estivessem vivenciado situações como essa. Mais na vida se sabe que, em qualquer área humana, iram se deparar em relação a isso, o importante é que se possam tomar as medidas necessárias e adequadas a situação. No caso criminal, que se apura, se investigue, se defina as responsabilidades e se punam aqueles que forem considerados culpados. No caso como gestores públicos, que se preservem a figura do hospital evangélico e que melhorem a sua condição gerencial, para que ele possa dar a contribuição que já da há anos a toda a população paranaense, e que coloquem diante disso um olhar qualitativo sobre a segurança do paciente. Novamente saudou ao Ministério Público e destacou a importância do mesmo nessas atribuições. **Sezifredo (SESA)** cumprimentou a todos. Diz que acompanharam e também prestaram total apoio a iniciativa de todos os órgãos que participaram dessa investigação, inclusive com a Dra. Paula Brizola, e como colocado pelo Dr. Rene o que a SESA pretende desenvolver, mais irá colocar mais algumas informações. De fato a segurança do paciente é um desafio hoje mundial, tanto que tem um estratégia que a Organização Mundial da Saúde vêm divulgando e apoiando. A dimensão da segurança do paciente vai muito alem dos aspectos relacionados, por exemplo, ao controle de infecção hospitalar, e na SESA tem-se discutido e tem-se a intenção de fato de desenvolver ate o final dessa gestão, um programa, inclusive é uma das diretrizes dentro do HOSPSUS, que vai ser implantado a segurança do paciente em todas as dimensões possíveis, e também nesse aspecto, o episodio do Evangélico revelou essa necessidade de se discutir a atuação das comissões e também as normas de paliativismo, que ai transcendo o papel de vigilância sanitária, ai vai para o lado dos profissionais e dos conselhos, diz que é fundamental tirar desse episodio a lição de que precisam aperfeiçoar os mecanismos de segurança do paciente no Paraná e no Brasil. A Mesa diretora, quando decidiu trazer essa apresentação era exatamente nessa perspectiva, também foi discutida a questão do Hospital São Vicente, que alguns conselheiros também apontaram como uma necessidade, deixando claro, informando a população, como ele deve atuar em relação a determinadas situações de urgência. Acha que a vinda do Ministério cumpre essa papel importante, inclusive deixando aos conselheiros **(F4)** a certeza da boa condução desse episodio, e a perspectiva de que não se tenha mais isso, isso é o mais

importante. Diz que o consumidor tem que confiar não em um ou outro serviço, mais tem que confiar no sistema, esse é um aspecto importante que se tem de tirar desse episodio. **Jeremias (UEL)** passou a vez para a Dra. Denise que é da mesma entidade. **Denise (UEL)** cumprimentou a todos. Parabenizou os representantes do Ministério Público e agradeceu pela postura que se tem observado, não só nessa apresentação, mais que em todo o evoluir desse caso que acontece aqui no Paraná, mais que por outro lado, esta mostrando que algumas situações acontecem, que não se pode mais colocar em baixo do tapete, que é importante que se identifique, que se apure, que se separe da instituição, até não só porque ela é importante, porque ela é necessária, não só porque se ela fechar vai criar o caos, mais porque verdadeiramente se constata que é uma instituição que exerce o seu papel, então por uma pessoa não se poderia colocar em risco, principalmente, o que é o pilar da medicina, que é a confiança. Referiu-se a fala da Dra. Ana Paula, que lembrou que em alguns momentos esses medicamentos precisam ser usados, não é que ninguém pode nunca tomar essa medicação, tem a hora certa, talvez naqueles casos não tenha sido a hora certa, que não é o caso de todos se recusarem a permanecer na instituição ou querer ver se está recebendo a medicação e se negar a receber, pode ser que alguns casos precisem no momento certo, e ai a proposta é manter a confiança e que as pessoas possam realmente se comunicar com as equipes para entender o que esta sendo feito. Na maior parte das vezes, os médicos e profissionais da saúde estão trabalhando no sentido de cumprir as suas funções. **Malu (ASSEMPA)** parabenizou os representantes do Ministério Público e estendeu esse cumprimento para a equipe do NUCRISA. Relatou que participa do Conselho Municipal e que preside um conselho de segurança. Diz que quando saiu essa noticia, se ouviu muita coisa, como que deixaram morrer tanta gente para depois vir à tona, então quando o Dr. Marco Antonio relatou o inicio, que foi em uma denuncia da ouvidoria, diz que muita coisa que ouvem não pode responder antes que o Ministério traga essa informação. Por fim, parabenizou o Ministério Público, pelo comprometimento que tiveram nessa investigação. **Giordano (SindSaúde)** Diz fazer dele as palavras da Malu, e ficar muito grato pelo trabalho desempenhado pelo Ministério, de forma ética. Perguntou se houve alguma evidência naqueles procedimentos que ocorriam na UTI de necessidade de rodar os pacientes para abertura de vaga, ou se ouve algum pressuposto, alguma motivação financeira para liberar vaga. Porque se não houvesse essa necessidade os pacientes continuariam ali recendo tratamento. Perguntou para um responsável da SESA como está sendo feito o acompanhamento dessa investigação, se estão acompanhando a analise de prontuários, quem da SESA está fazendo isso. Colocou que o Hospital Evangélico sempre teve problema de infra-instrutora, sempre teve carência de colaboradores e uma alta rotatividade, mostrando que a precarização da área da saúde, não só no Hospital Evangélico, ocorre também nos hospitais privados, e há também um grande assedio moral, porque muitas pessoas o questionarão porque as pessoas viam o que acontecia e ninguém falava nada de imediato, as pessoas tem medo, porque onde você ganha o pão, você tem medo de denunciar, o medo de perseguição, e era o que ocorria naquela unidade. Existe uma falha no campo federal, estadual e municipal, porque quando se faz um convenio com um prestador de serviços para o SUS e para o privado, havendo essas falhas, vão passando e acabam infelizmente estourando nesse sentido. **Ozório (CMP)** Perguntou se isso foi uma pratica que ocorreu somente no Hospital Evangélico ou se ocorrem em outras instituições, porque o que levou a médica ou essa quadrilha a agir dessa forma, o que ela vem a ganhar com isso, porque a principio eles eram funcionários ali dentro. E nesse sentido se a pratica deles teve um objetivo, se outras instituições poderiam estar agindo da mesma pratica. Sugeriu que o Ministério Público investigue também outras instituições para averiguar. **Paulo Almeida (SESA)** cumprimentou a todos, em especial ao Dr. Marco Antonio Teixeira e a Dra. Ana Paula. Disse que a SESA tomou conhecimento dessa situação do Evangélico através do Secretário Municipal de Saúde de Curitiba, que procurou o Secretario Michele Caputo Neto, e solicitou que designassem um auditor para compor um grupo de auditoria junto a SMS de Curitiba, lembrou que esse hospital esta na gestão do município de Curitiba, que existe toda uma rotina dentro do SUS, principalmente de internações em leitos de UTI, um protocolo estabelecido. Diz ver que toda crise e uma oportunidade de rever alguns conceitos e alguns processos de trabalho, que a questão dos protocolos de UTI e da autonomia do médico é uma coisa que se tem que repensar no sistema, do próprio processo da auditoria, que esses prontuários foram previamente auditados, que a cada quarenta e oito horas tem médico auditor do SUS vendo esses prontuários, do funcionamento dessas comissões de verificação de óbitos, que é uma exigência legal, das taxas de mortalidade, lembrando sempre que algumas UTIs tem uma característica diferenciada, que recebem muitos pacientes crônicos e terminais, que tem taxas realmente altas, então as vezes não só o fato de se ter essa taxa significa que está tendo algum erro de imprudência do médico ou do estabelecimento. Desde o inicio, o Secretario pediu que o próprio (Paulo Almeida) acompanhasse essa situação do Evangélico, tiveram sempre contato permanente sobre essa situação, foi designado o Dr. Ivandro Carula para compor essa comissão, para auditoria. Diz que existem algumas divergências, porque a auditória do SUS tem um caráter administrativo, quando no processo de auditoria detecta, ou tem algum indicio de conduta profissional, isso é mandado para o CRM, porque é a quem cabe julgar o ato médico. Não fazem trabalho de pericia, se existe culpa ou não, o processo que eles fazem é administrativo, se o procedimento atende ou não as normas do SUS, quando existe algum indicio em relação a isso é mandado para o Ministério Público, ou para a Polícia Federal, quando detecta alguma informação de desvio de dinheiro, ai dentro da competência de cada ente que se estabelece dentro desse processo de auditoria. Diz que a SESA esta acompanhando esse processo de auditoria, e

sempre a posição do Secretario, do Diretor Geral e em relação a instituição, sempre foi tentar preservar isso, houve um momento causou uma instabilidade inclusive interna, na relação com os médicos, com o fluxo de pacientes que não queriam ir para o Evangélico, e se sabe a importância estratégica do Hospital Evangélico no SUS do estado do Paraná, um hospital privado com maior número de leitos, o segundo maior em número de leitos de UTI, a importância da rede de urgência, transplante, área de queimados, então é um hospital referência. A preocupação da SESA sempre foi tentar investigar a fundo isso e que se houvessem culpados que fossem punidos. **Marco Antonio (Ministério Público)** em relação a pergunta do Ozório, porque que razão os profissionais denunciados cometiam esses atos, o Ministério Público até esse momento não tem nenhuma evidencia de que houve por parte desses profissionais o recebimento de qualquer vantagem para assim agirem, ou para praticar os crimes que estão sendo acusados, evidentemente amanha pode surgir essa evidencia, até esse momento não se pode fazer essa afirmação. Diz ter particularmente uma percepção do porque isso ocorria mais como isso é um dado subjetivo, que ainda não tem suporte fático, prefere não avançar sobre o assunto. A questão também colocada se isso ocorre também em outras instituições, não é possível dar uma resposta afirmativa ou negativa, pode ser que ocorra, e pode ser que não ocorra, o que tem se que encarar, essa situação dentro da sua realidade, mesmo que ocorra aqui ou ali, continuamos precisando dessas instituições, a idéia não é criar agora um clima de insegurança e começar a colocar todas as UTIs debaixo de auditoria, de revisão, isso vai criar um clima de guerra com os profissionais de saúde, vai criar uma intranqüilidade muito grande para a população, vai desacreditar instituições de forma que o que prefere é ter um cenário de controle do trabalho praticado dentro da UTI, que seria um controle para além do que os profissionais podem exercer na qualidade de suas praticas, é seguir as regras já pré-estabelecidas para atividades nessas unidades, regras da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, regras estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina, regras estabelecidas eventualmente até pelo gestor público, Ministério da Saúde. Se esse conjunto de regras obedecidas, tenderá a ter muito reduzida a possibilidade de problema. E a questão do controle que o MP poderia fazer desse tipo de situação para essas outras UTIs, como não existe nenhuma tendência que isso ocorra em outra UTI, os casos que o MP teve acesso serão investigados com a mesma atenção que tiveram com o caso do Evangélico, os profissionais em algum momento se sentiram atemorizados, não os que estão sendo acusados, mais os demais, e independente de trabalhar ou não no Hospital Evangélico, e o MP fez um registro de que a denuncia que o MP ofereceu e outras que eventualmente venham a apresentar para o judiciário de forma nenhuma podem causar nos trabalhadores da saúde nenhuma insegurança, os protocolos de atenção continuam devendo ser rigorosamente obedecidos, a denúncia não dita uma nova regra de conduta médica na UTI de forma nenhuma, a denuncia existe porque as regras existentes não foram observadas, é outra analise que se faz. Portanto, o MP, ao dizer isso, diz que não tem um controle direto para atuar em cada UTI, essa competência pertence ao poder público, inclusive naquelas UTIs que não pertencem ou não estão integradas ao SUS, um efeito positivo dessa situação é que isso acaba provocando uma grande discussão técnica sobre o assunto, nos setor profissionais que atendem esse tipo de serviço e também provoca uma discussão na sociedade **(F5)**, porém não é uma discussão técnica, de seguir protocolos, de verificar a questão do trabalho interno dos profissionais de saúde, a discussão que se coloca é sobre a terminalidade física em instituições de saúde, e dentro delas, particularmente a UTI, a sociedade acordou para um discussão que já deveria ter se instalado, porque essa discussão de como morremos dentro de uma instituição de saúde passa longe das pessoas, porque as pessoas não querem morrer, isso é natural mais também é fatal, e você afasta esse tipo de discussão e isso fica sendo um grande fantasma dentro de um armário que nunca se abre a porta. Essa discussão pertence à sociedade, como por exemplo, quando se põe a vida ao feto no aborto, isso esta muito mais discutido entre nós, embora sem pacificação, do que esse outro termino de vida que já não diz mais a respeito da questão do aborto, mais dentro das instituições de saúde. **Joelma (CMP)** agradeceu a presença do Dr. Marco Antônio e da Dra. Ana Paula. Referiu-se a discussão efetuada na capacitação que ocorreu em Cascavel, na qual foi discutido o papel do Ministério Público em relação aos Conselhos Municipais de Saúde, sempre contribuindo nessas discussões. Entregou uma cópia do PES e do relatório da décima Conferência de Estadual de Saúde. **Marco Antônio** agradeceu o convite e a possibilidade de apresentação. **Joelma (CMP)** passou para o terceiro ponto que é a reestruturação da lei do Fundo Estadual de Saúde. **Rene (SESA)** entregou cópia da Lei Complementar um cinco dois. Disse que o decreto regulamentador já foi assinado pelo governador, mais ainda não tem a versão do Diário Oficial. Primeiramente disse o porque se buscou fazer uma nova legislação em relação ao Fundo Estadual de Saúde, no começo de dois mil e doze foi feita a publicação da lei um quatro um, que define a regulamentação da emenda constitucional vinte e nove, e que entre outras questões coloca papéis fundamentais para o Fundo Estadual de Saúde e nesse caso especificamente fez por exigir poder estar estruturando o Fundo Estadual. O segundo motivo foi também para dar o valor legal para uma reestruturação do Fundo que vêem sendo feita desde dois mil e onze, para qual querem proporcionar ao fundo uma mudança significativa no seu funcionamento, seja no sentido de responder a necessidade de uma unidade orçamentária e gestora dos recursos do SUS, seja no sentido de ampliar a capacidade de transparência de informações do que é gasto com ações públicas de saúde, e nesse período foi feito uma serie de reformulações internas. Primeiramente a lei diz que o Funsaúde constitui-se de unidade orçamentária dos recursos financeiros destinados as ações e serviços públicos de saúde. Isso da ao Fundo uma característica muito além do que a características

anteriores, no inicio das discussões do Fundo, quando eles eram meramente receptores de recursos federais. A grande mudança ao constituir o Fundo uma unidade orçamentária e gestora, entende-se que todo o volume de recursos previstos para o cumprimento da emenda constitucional vinte e nove, deve fazer parte do orçamento e deve ser feita sua gestão dentro desse fundo. Segundo é importante porque a lei coloca que esses recursos financeiros devem ser administrados pela SESA, por meio do Funsaúde e observado o PES, sendo que a sua gestão deve ser acompanhada e fiscalizada pelo CES, respondendo aos dois requisitos principais da lei um quatro um, que se tem que ter um Plano de Saúde, um Fundo de Saúde e um Conselho Estadual de Saúde em funcionamento. No Artigo quarto, fica claro que a gestão do Funsaúde é de competência do Secretário de Estado da Saúde, uma questão que historicamente já vinha sido colocada e isso não vale somente para os fundos estaduais, mais também para os fundos municipais de saúde, e trata-se justamente da autorização expressa e do que significa, em termos de recurso aquilo que está se falando, que é justamente o que está no artigo sexto, nono e décimo da lei complementar um quatro um, que define quais são as receitas, quais são as despesas. Observa-se que a partir daí, essa lei que foi feita no final do ano passado, ela já se refere praticamente a vários artigos da um quatro um. Fala também sobre quem vai fazer a ação executiva do Funsaúde, e no caso cria essa figura do Diretor Executivo do Funsaúde, a legislação até então não dava na estrutura organizacional essa definição. Foi feito um novo organograma onde fica muito claro essa nova estrutura do Funsaúde. A Lei define as atribuições do Diretor Executivo do Funsaúde, as receitas que constituem os recursos a serem alocados no Funsaúde, ai ela se remete ao que está na lei um quatro um em termos de receitas estaduais, se remete as chamadas transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde, que são as transferências fundo a fundo, quando se fala em fonte cento e dezessete se fala dessas transferências, se referem a outras formas de arrecadação e também se refere aquela produção de serviços próprios, quando o Estado, na condição de prestador de serviço, também aufere uma receita, que é a fonte duzentos e cinqüenta. E com isso elenca todas as receitas para as quais se incorpora o papel do Fundo. Também estabelece uma questão em relação ao orçamento, no que diz respeito o orçamento do Fundo ser uma unidade orçamentária própria. Remeteu a discussões feitas em dois mil e onze e dois mil e doze, quando se dizia que o orçamento do Fundo é tanto, ele aparece sob a forma de um grande programa, Saúde para todo o Paraná, aparece sobre a forma de iniciativas e sob a forma de ações. E com isso, tem-se que o orçamento do fundo tem que observar o Plano Pluri Anual e a Lei de Diretrizes Orçamentárias, além do Plano Estadual de Saúde. A Lei também é importante porque ela reproduz exatamente como está na lei um quatro um o que se considera como despesas e ações de serviço público de saúde. A LDO desse ano traz exatamente a mesma apresentação dessas despesas. E na Lei do fundo no parágrafo único do artigo nono o que não constituirá como despesas com ações e serviços públicos. No artigo onze estabelece a questão das transferências Fundo a Fundo, que seriam aquelas oriundas de programas financiados ou pelo Ministério da Saúde ou pelo Governo do Estado do Paraná, e que permitem transferências para os Fundos Municipais de Saúde, correspondendo ao que está previsto na lei um quatro um. O artigo onze também deixa claro sobre a transferência de custeio e de capital, não é somente a transferência para custeio é a transferência fundo a fundo para aquisição de equipamentos, para uma obra e normalmente eram vistas como transferência via convênio, isso vai agilizar bastante o processo porque vai haver condições de estar agilizando o processo de investimento, reduzindo os prazos de repasses. O parágrafo primeiro e o parágrafo segundo estabelece as regras de como essas transferências fundo a fundo vão ser estabelecidas, primeiro que como a lei um quatro um não permite a figura da condicionalidade nessa transferência, a única condicionalidade que pode ser posta e justamente comprovar que tenha Conselho, que tenha Fundo e que tenha Plano de Saúde, com isso corresponde ao desenho original da lei um quatro um, e todas as vezes que se for repassar fundo a fundo terá que ter nos processos que para se receber fundo a fundo o município vai ter que ter a lei que cria o Conselho Municipal de Saúde e um Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, a lei que criou o Fundo Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde com os aspectos da um quatro um, e o Plano Estadual de Saúde vigente. Com isso teve-se a aprovação da lei no final do ano passado, e a lei definia que deveria ser feito a regulamentação dessa lei por meio de decreto. A SESA trabalhou com as demais Secretarias e no dia dezesseis de abril, quando foi assinado o decreto sete nove oito meia, que regulamenta a Lei Complementar um cinco dois, que dispõe sobre o Fundo Estadual de Saúde, esse decreto é extremamente simples, porque ele só faz as regras que precisam ser estabelecidas. No seu artigo inicial coloca novamente de forma clara a questão de o fundo ser uma unidade orçamentária gestora, continua deixando explicito que os recursos financeiros destinados as ações de serviços públicos de saúde, administrados pela Secretaria de Estado da Saúde, devem observar o PES, acompanhada da fiscalização do CES sem prejuízo do exercício dos demais órgãos de controle interno e externo. Fala sobre a finalidade do Fundo, que é justamente a de gerenciar, prover e aplicar os recursos financeiros destinados as ações de serviços de saúde, executados pela SESA, no seu Funsaúde. Trata da figura da execução descentralizada, naquelas circunstâncias, por exemplo, em que algumas iniciativas são feitas, também com participação de outras secretarias, como com a Secretaria de Ciência e Tecnologia com a questão dos Hospitais Universitários, junto a Secretaria de Segurança Pública com relação ao sistema de atendimento ao trauma de emergência, e que isso repercute de certa forma na composição final do orçamento da própria SESA. Com isso tem-se algumas execuções descentralizadas, mais todas as ações dentro do orçamento do Funsaúde. Sobre a questão da execução orçamentária, reforça a questão da LOA, reforça que a

execução orçamentária depende do detalhamento das despesas e reforça também a figura do papel do Funsaúde como órgão que vai fazer todo esse acompanhamento, remete as competências delegadas ao Diretor Executivo do Funsaúde ao que já esta descrito na lei, porque não se vai além da lei. O artigo sétimo fala sobre o cronograma do desembolso financeiro no que diz respeito aos recursos estaduais, nesse caso, como já estava previsto na lei, haverá um cronograma de desembolso financeiro que será feito a partir de um processo que a SESA estará informando a SEFA suas necessidades, e esse cronograma se fará a partir, inclusive, da forma que será estabelecida essa resolução conjunta entre a SESA e a SEFA. Isso é importante porque se passa a ter a gestão sobre a necessidade financeira, isso já tinha se constituído antes do decreto e da lei, desde dois mil e onze já se trabalha com essa figura do cronograma, que é o cronograma a partir das necessidades da Secretaria **(F6),** isso faz com que se consiga também monitorar, não só o desempenho orçamentário da chamada fonte recurso estadual, como também se começa a trabalhar diretamente com a questão do desempenho financeiro do recurso estadual, o que é muito importante para dar essa gestão geral do recurso da saúde para a SESA. Lembrou que isso já tem sido feito desde dois mil e onze, mais agora irá se estabelecer algumas regras, inclusive a idéia é estruturar mais ainda o Funsaúde, para que se tenha cada vez mais uma maior autonomia em relação ao desembolso financeiro. A sessão dois é a que vai promover as mudanças mais radicais sobre o ponto de vista de agilidade do processo de transferência fundo a fundo, porque ela trata da transferência regular e automática aos fundos municipais de saúde, para despesas de custeio e capital das ações e serviços de saúde. No artigo oitavo da sessão dois consta primeiramente que os recursos alocados no Funsaúde destinados ao programas do Ministério da Saúde ou de programas do Estado do Paraná, para despesas de custeio e capital, serão transferidos de forma regular e automática exclusivamente aos fundos municipais de saúde. Ressaltou que transferência fundo a fundo só pode ser feita de ente público para ente público. Essas transferências regulares e automáticas, são instituídas por programas estaduais, independem de previa formalização de convênio e passam a ter uma característica de obrigatoriedade para despesas de custeio e capital no âmbito do SUS, isso significa, por exemplo, quando se apresenta no CES um programa, por exemplo, do APSUS, que tem uma serie de ações de custeio e investimento em capacitação, dentro desse programa tem um incentivo, que é o de atenção primaria à saúde, que vai ser para desenvolver as ações de custeio e etc., mais também se tem recursos para investimento, que vai permitir a construção de Unidades de Saúde da Família, tem recursos para equipamentos, que permite que se equipem essas Unidades ou que se coloquem ambulâncias a disposição da atenção primaria. Então isso é um contexto que permite uma transferência Fundo a Fundo, lembrou que os programas da SESA são todos estruturantes com um foco em si, que são as redes de atenção à saúde, esses programas somam-se para a formação de uma rede. As transferências estabelecidas em programas passam a ter uma característica de obrigatoriedade, e isso é importante porque assim o gestor público municipal pode se planejar, diferente de um convênio que de repente pode ser que se renove ou não, que ocorra algum problema que não possa repassar o recurso e ai ele começa a ter problemas nesse sentido. Em situações especificas se terá a figura da transferência voluntária, ou seja, aquelas situações que não se coloquem diante de programas, ou na constituição de rede. Não é que irá acabar o convênio, irá existir o convenio, mais em algumas situações especificas. Para habilitação o decreto deixa claro que deverá algumas condicionalidades já referidas, isso irá exigir que a cada momento se tenha o monitoramento do funcionamento do Fundo e do Conselho. E trata dos processos que levam a instituição dos programas de saúde, por exemplo, os programas que são de ação municipal e estadual terão que ser objetos de previa aprovação na CIB, e todos os programas devem levar em consideração os critérios da um quatro um, que são critérios de necessidade da população beneficiada, as dimensões epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas, capacidade de oferta de ações e serviços de saúde. O objetivo que esses programas têm que atingir são a redução das desigualdades regionais e a organização das redes de atenção a saúde. Lembrou que no PES diz que a locação de recurso financeiro será feito de acordo com o critério do índice de necessidades, que busca atender aqueles que mais precisam de acordo com essas condições. Os recursos transferidos aos Fundos Municipais serão objeto de resolução da SESA e serão colocados alguns condicionantes mínimos no acompanhamento, primeiro no caso de investimento que se tenha objeto determinado, tem-se que ter clareza do porque está se transferindo esse recurso, quais são as obrigações do município quanto à aplicação do recurso, porque deixa de ser um convênio, mais tem que se ter algum mecanismo de obrigação a ser executada. Tem que se ter hipóteses de suspensão de recurso e que se tenha nas deliberações da CIB, na resolução da SESA, em relação a esses repasses de custeio e investimento, condições para que se possa estar avaliando o cumprimento de metas e no caso de despesas de capital as condições para o cumprimento dos objetos das transferências, porque não é uma questão de transferir, é regular, automática e obrigatória, mais tem que se ter um processo de avaliação de cumprimento de metas, porque assim não estaria fazendo um processo de dar melhor utilização de recurso observado pelo sentido do resultado. As transferências podem ser suspensas, quando for verificado durante a vigência do programa o descumprimento do que estiver previsto nos termos dos repasses, ocorrer desvio de finalidade do programa. O parágrafo sétimo, que trata sobre os decretos que abrangem todos os recursos governamentais, e que fazem com que a partir de um determinado valor todas as despesas sejam autorizadas previamente pelo governador, diz que o Secretário de Estado da Saúde, em exercícios subseqüentes a instituição do programa cujos recursos são movimentados por forma de transferência regular e automática,

está autorizado a ordenar a realização da despesa, até o limite da programação orçamentária financeira para o exercício vigente, sendo facultada a autorização do Governador do Estado. A partir de agora, ano a ano, aquilo que for transferido Fundo a Fundo, não requer uma nova autorização desde que esteja previsto orçamentariamente. Isso irá trazer um ganho de tempo e orçamentário, porque ira ser ampliado a execução orçamentária. Ressaltou que o importante da questão da reestruturação do fundo previsto na lei é essa grande novidade da transferência Fundo a Fundo para despesas de custeio e investimento, e isso dará uma nova dinamicidade para relação dos processos com os gestores municipais, mais paralelo ao que esta na lei e ao que esta no decreto, há também o que esta sendo feito no Funsaúde, foi feita toda a definição do organograma, e com base na lei um quatro um, foi definido uma nova sistemática de atuação do Fundo, inclusive esta se trabalhando juto a CELEPAR, para criar alguns sistemas de informação que permita que posse ter, por exemplo, dentro do site da SESA, a condição que o município possa entrar e verificar quanto ele recebeu no mês de repasse dos programas, porque isso também da transparência e previsibilidade ao gestor, e essa pagina estará disponível também para qualquer cidadão. Conclui dizendo que toda essa reestruturação representa um grande avanço para o estado do Paraná. **Leite (SINDPREVS)** diz que com esse decreto se define claramente a regra de utilização de recursos. Com relação a questão de repasse Fundo a Fundo, primeiramente questionou que a maioria dos convênios estabelece uma contra partida do município, e se no caso, até para o repasse ele tem que ter a programação especifica de onde ele ira gastar esse repasse, e que precisa estar no plano municipal de saúde, se tem hoje alguns municípios que estão iniciando o seu Plano Municipal de Saúde, e se não tem um período definido para isso estar sendo feito? Nesse ínterim há algum impeditivo de se ter esse repasse? **Jordano (SindSaúde)** no artigo dez, disse que tem uma dúvida em relação ao texto "vincular os saldos positivos apurados no balanço patrimonial do Funsaúde, deveram ser transferidos para o exercícios financeiros subseqüentes", se isso é feito quando sobra o dinheiro no Fundo e vai para o outro ano. E apresentou os servidores do Hospital Regional do Litoral que compareceram a reunião para manifestar em relação ao atraso no pagamento do vale transporte, que não está sendo pago porém esta sendo descontado na folha de pagamento. **Tieme (COSEMS)** complementou que o COSEMS tem orientado os novos Gestores municipais para revisarem as leis municipais de criação do Fundo Municipal de Saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde, de forma que atenda as exigências e adequações da lei um quatro um. Esse trabalho tem sido feito por meio dos dez apoiadores regionais, além disso esta sendo pedido para que se atentem de que esse ano é o ano que se elabora obrigatoriamente os Planos Municipais de Saúde, porque todos estão assumindo no ultimo ano do Plano construído pela Gestão anterior, e eles obrigatoriamente tem que fazer o Plano Municipal para o próximo quadriênio, de forma que para o próximo Gestor que assuma no próximo mandato trabalhe no último ano do Plano. Comentou que existe um prazo legal para aprovação de todos os instrumentos de gestão e todos estão casados entra si, esta sendo feita uma divulgação dessa agenda mínima obrigatória, no sentido de não só orientar verbalmente mais de construir modelos desses instrumentos de gestão, para orientar esses municípios. Esse é o esforço que o COSEMS tem feito para cumprir o Decreto sete cinco zero oito e a Lei Complementar um quatro um. Perguntou sobre a característica de obrigatoriedade, qual seria a melhor forma de dinamizar essa orientação para não criar dificuldades posteriores, porque quanto controle social diz que deveriam ter o domínio do que esta sendo proposto, para que se possa exercer a ação elucidativa de forma adequada. **Sebastião (SINDPREVS) (F7)** perguntou ao Gestor, sobre o artigo dez da lei, qual a diferença entre o inciso um e inciso três? Qual a diferença da questão voluntária e automática? Elogiou os trabalhadores lá presentes pela manifestação silenciosa que estão fazendo e relatou sobre a questão da diferença de diárias do Estado e do Ministério Público. **Solange (FESMUC)** perguntou sobre o que o CES pode fazer diante de um fato que envolve recursos, onde os trabalhadores estão presentes pagam o valor que devem para ter esse auxilio e não estão recebendo o mesmo, direcionou a pergunta a Presidente do CES, e concluiu dizendo que se há algo que se possa fazer, que deve ser feito. **Rosalina (ASSEMPA)** sobre a lei e o decreto, eles vem ligados à questão dos Planos Municipais de Saúde. E como já relatado anteriormente sobre as capacitações realizadas nas Macrorregionais, onde um dos pontos discutidos foi à questão de que os Conselhos Municipais devem acompanhar o cumprimento dessas leis, na elaboração dos Planos Municipais e dos Relatórios de Gestão, o que se pode perceber desses encontros foi à dificuldade que esses Conselhos Municipais têm de acompanhar essa elaboração. Um dos pedidos que foram feitos foi para que o CES pudesse instrumentar mais esses conselhos para que pudessem cumprir a lei. Foi dito sobre esse grande esforço de estar conversando com os Secretários Municipais, mais o que esta se vendo na prática é que a Gestão não tem muito costume, nesses municípios, de respeitar o Conselho Municipal. O CES tem sido dito para esses Conselhos que agora está em lei que tem que ser apresentado os instrumentos de gestão nos Conselhos Municipais. Sugeriu o envio de questionário aos municípios para saber como esta a participação dos Gestores em relação ao Controle Social. **Joelma (CMP)** complementou dizendo que é muito importante esse dialogo com os Gestores Municipais, porque muitas vezes se tem um Conselho na Lei, mais esses Conselhos não funcionam. Sugeriu o que fosse feito uma recomendação para todos os Gestores municipais, referente ao cumprimento da legislação e do funcionamento desses Conselhos, mais do funcionamento com paridade. **Rene (SESA)** respondendo aos questionamentos da Rosalina, disse que foi feito uma reunião no CES/PR, quando os conselheiros fizeram uma serie de sugestões. O artigo onze, parágrafo primeiro contou com essas contribuições do CES, dizendo

que no sentido de habilitação dos recebimentos dos recursos, quando a questão da comprovação do Plano, Fundo e Conselho, ele foi colocado entre vírgulas, remetendo a lei oito um quatro dois, em relação ao Conselho, que foi exatamente o que foi dito em reunião do CES, que não era apenas para ter o Conselho, mais que o mesmo tivesse de acordo com o estabelecido na Lei. Portanto o repasse de recurso do Estado está condicionado a isso, que funcione o Conselho, que tenha o Fundo, de acordo com o previsto em Lei. O que se pode fazer, a partir de agora, é observar isso, que o cada município para receber esse recurso, deve comprovar o cumprimento do que esta na lei, visto que ela é a que regulamenta a matéria do Conselho. Com relação à utilização do recurso pelo Município e como ele ira prestar contas, e até mesmo por questão de coerência, o município apresentará a utilização desses recursos no seu Relatório Anual de Gestão, e nele irá dizer quais são as ações que ele executou a partir daqueles recursos, seja por transferência Federal ou Estadual. E são os Conselhos que vão ter esse papel de acompanhamento, de como esse recurso é utilizado e como esta sendo descrito no Relatório Anual de Gestão, nessa analise do Relatório não irá ser feito somente no sentido orçamentário e financeiro, mais no sentido de resultado. Com relação aos Planos Municipais, eles são essenciais para orientação de despesa. Porque pela Lei um quatro um, qualquer despesa, porque existe um conjunto de situações, isso tudo é considerado ações com serviço público de saúde, mais serão considerados gastos aquilo que estiver orientado pelos Planos, portanto sim os municípios precisão ter um Plano que reflita nas suas diretrizes, nas suas metas e nos seus indicadores, ações que tenham ligação com os repasses que esta sendo feito. Hoje os municípios estão sobre a égide de um Plano, que foi feito com base no Plano Pluri Anual, que se encerra nesse ano. Nesse ano os municípios terão que elaborar o Plano Municipal de Saúde para dois mil e quatorze até dois mil e dezessete, é importante se associar isso porque tem relação com a discussão da estratégia de ligar o Planejamento Orçamentário e o Planejamento de Gestão. Hoje os municípios que recebem transferência Fundo a Fundo têm que ter dentro do seu plano previsto ações que tenham ligação com o repasse que estão fazendo. O que esta sendo pedido a partir de agora é que os Planos busquem contemplar o que está previsto no Decreto sete mil quinhentos e oito, que diz que a partir do Plano Nacional de Saúde, são estabelecidas diretrizes nacionais, e de forma ascendente se busca aplicar essas diretrizes nacionais de acordo com o local. Quanto ao repasse Fundo a Fundo, lembrou que a maioria dos convênios feitos com os municípios, muitos já não contemplam a contra partida percentual. Em geral hoje se faz um convênio em que você considera como contra partida. No Fundo a Fundo não tem contra partida, o que você considera é que você transfere um recurso em cima de obrigações ou de compromissos assumidos entre gestores, então a hora que você transfere recursos da atenção primaria a saúde, você estabelece alguns compromisso base que aquele gestor vai fazer e você transfere aquele recurso para que ele faça. Precisa contar tudo isso no Plano de Saúde, da mesma forma que quando se traz aqui uma proposta de um programa ou de uma rede, primeiro olhar que se faz é no Conselho. Sobre o Relatório de Gestão é importante lembrar que a figura dele ganha uma dimensão diferente na um quatro um, primeiro porque ele dimensiona como foi utilizado o recurso público, segundo que é monitorado pelo Relatório Quadrimestral na medida em que se pode fazer ajustes, e terceiro que quando se aprova o Relatório de Gestão orienta, a partir dos ajustes, a Programação Anual de Saúde. Então por mais que se diga, Plano de Saúde, Fundo de Saúde e Conselho de Saúde, a figura do Relatório de Gestão é essencial, porque ele significa a prestação de contas da Gestão no sentido dos recursos que foram recebidos. Os saldos positivos significam que se houver recurso financeiro ao final de um exercício ele passa para o outro exercício. A diferença entre o inciso um do artigo dez e o inciso três, o inciso um é o dinheiro transferido Fundo a Fundo do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde. O três que é transferência voluntária é o dinheiro repassado por convenio do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde. Quanto a figura do obrigatório ele difere do convenial, porque o convenial é transferência voluntária, ela não é baseada em um programa, em um processo de pactuação, ela pode ser baseado por uma situação especifica. O caráter obrigatório não significa que todo município vai receber recurso, significa que dentro das regras estabelecidas em programas e na discussão de redes, no que estiver previsto no Plano Municipal de Saúde, no que foi deliberado de forma bipartite, ele vai receber aquele recurso, no entanto assumindo obrigações. Agora o caráter voluntário estabelece algumas regras adicionais, e é por isso que de certa maneira ele se transformou em algo que vai ser exceção, porque entre entes que estão implantando o SUS, não pode existir um tratamento em que parece que tem um ente que faz sozinho as regras e que recebe o recurso de acordo com as suas regras, tem que haver pactuação entre todos. Uma das preocupações com a implantação do Fundo a Fundo é fazer paralelo a isso que os municípios também façam a mesma reestruturação que o estado. Lembrou que essa legislação ganha um componente muito importante, porque muitas vezes foi vivenciado no CES que os aspectos do Fundo não eram atribuição da SESA, era uma discussão da área econômica. Um decreto e uma lei como essa representa que foi superado também um grande desafio, **(F8)** não é só se estabelecer as regras do que são ações de despesa em saúde, mas estabelecer também que a gestão do Fundo Estadual de Saúde é da Secretaria de Estado da Saúde e que todos os recursos pertinentes à Emenda vinte e nove têm que estar previsto no orçamento do Fundo Estadual de Saúde, isso tem uma história de dez, doze anos de discussão. Rene quer deixar registrado que não existe nenhuma condição por parte desta administração de se colocar na posição de que continuamente seja fazendo ataque a qualquer instituição ou trabalhador. Os problemas existem, esses problemas são enfrentados, mas gostaria de colocar claramente que independente de onde se esteja, seja numa função sindical, seja numa

função de gestão, seja numa função de outras áreas, seja na condição de usuário, todos aqui tem o mesmo nível de preocupação em relação a implantação do SUS, não seria adequado imaginar e partir da premissa que não haja vontade, há vontade, e quando os problemas se defrontam se tem vontade e a posição de buscar a solução. Ele só gostaria que nesse debate se estabelecesse essa figura, ninguém está atacando ninguém aqui, há a condição clara de olhar olho no olho e saber que aqui dentro tem pessoas extremamente comprometidas com o SUS. Ele se considera numa posição de pessoa que representa o SUS, que defende o SUS, ele não se envergonha de defender o SUS diante do poderio da saúde suplementar e talvez por isso ele tenha sido escolhido pelo CONASS como representante agora do CONASS na Agência Nacional de Saúde Suplementar. Então, não se está em lados opostos, se está dentro da mesma situação e tem que se buscar a visão dos problemas e a solução. Rene passará a palavra para o Romildo, o qual tem informações mais atualizadas, até porque houve reunião no dia anterior sobre esse assunto Mas antes ele quer deixar claro a todos aqui, que não estão em posição diferentes em relação ao enfrentamento do sistema, inclusive terá no segundo semestre o lançamento de um grande programa Estadual de Qualificação e Estruturação dos Hospitais do Governo do Estado do Paraná, um programa que vai melhorar as condições de estrutura, melhorar as condições de custeio e que vai melhorar as condições de capacitação dos hospitais, com um volume nunca antes posto por qualquer governo. Então é sinal de que se tem um compromisso e isso não foi dito hoje, aqui, porque se tem aqui os trabalhadores e todos sabem disso que está escrito no Plano e foi dito no ano anterior, está se criando condições para que isso aconteça. **Romildo (Recursos Humanos - SESA)** cumprimenta a todos. Fala sobre vale-transporte, que em respeito aos servidores do litoral, mesmo porque eles têm o direito de receber o vale-transporte, realmente a Secretaria atrasou o pagamento do vale-transporte dos servidores e eles merecem uma explicação do por que. Houve entendimento novo do Tribunal de Contas e uma orientação do Tribunal de Contas para que o processo de aquisição e distribuição do vale-transporte obedecesse a legislação da licitação e todos os órgãos do Estado entendiam em anos anteriores que os totais até oito mil reais, que é o limite para licitação, eram feitos por meio de empenhos diretos, compra direta. E, o novo entendimento do Tribunal de Contas que ocorreu por setembro/outubro, entendeu que esse limite era anual e não mensal. Então todos os órgãos públicos tiveram que adequar essa nova orientação e fazer a licitação, o processo licitatório ou de dispensa, inegibilidade ou de concorrência, principalmente naquelas cidades onde tem concorrência de empresas de transporte. No caso do Paraná, é Paranaguá que tem concorrência e Francisco Beltrão, quase todas, mas nessas duas unidades em que o total de vale-transporte ultrapassa oito mil, evidentemente o processo foi mais complexo, teve que fazer o processo de concorrência e obviamente os servidores tiveram esse atraso no recebimento do vale-transporte. Está aqui o Olavo, que é o Diretor Financeiro da SESA, que trabalhou com a sua equipe para que esses pagamentos fossem regularizados o mais rápido possível, no caso, ele acredita que tem informações de segunda-feira e não de hoje que se tem três unidades com atraso no vale-transporte, é exatamente Paranaguá, a sexta regional e uma das unidades de Londrina – ele não se lembra se é o Zona Norte ou o Zona Sul – mas ele promete que na saída da reunião, verificará exatamente a posição para viabilizar esse pagamento. Uma notícia boa, o SindSaúde esteve presente no dia anterior no Fórum de Entidades Sindicais na Secretaria da Administração junto com a Secretária Dinorah e ela posicionou em relação ao posicionamento de governo que por meio da proposta que a Secretaria de Saúde fez , que o Secretário Michele Caputo fez, em transformar a concessão do vale-transporte em auxílio transporte, igual se tem na Educação, a Secretária Dinorah sinalizou positivamente que vai viabilizar isso o mais rápido possível e iniciando, conforme palavras dela, iniciando pela Secretaria de Saúde. Então é uma notícia do dia anterior à tarde, na reunião do Fórum Sindical, que ele transmite a todos e inclusive aos servidores do litoral. Em relação à diária do Ministério da Saúde, que foi comentado, existe uma vinculação entre diária e uma gratificação a GACEN, essa gratificação, o regulamento dessa gratificação para o servidor do Ministério da Saúde, prevê que ao viajar naquele mês ele deixa de receber parte ou todo dessa gratificação. E, houve um posicionamento do Ministério da Saúde de que o servidor federal à disposição do Estado, lotados numa unidade do Estado ou de uma prefeitura, quando em viagem, o pagamento e o custeio da diária dessa viagem sejam feito de acordo com a regra do instituto ou órgão em que ele esteja trabalhando. No caso dos servidores da Saúde que estão á disposição do Estado, a regra é pelo regulamento das diárias do Estado, porém ficam ou permanecem vinculados a recebimento ou não dessa gratificação chamada GACEN, que ele gostaria que a Gislane do Ministério da Saúde fechasse essa informação. **Gislane (Ministério da Saúde)** diz que o que o Romildo pontuou é certo e é claro, também cabe esclarecer ao Sebastião que o questionamento que o SINDPREVS foi encaminhado à coordenação geral em Brasília e que até o momento não tem um posicionamento claro sobre o assunto por conta das legislações, mas infelizmente a lei que instituiu a portaria que normatizou o pagamento da GACEN, ela prevê que se receber diária não recebe a gratificação, tem toda uma legislação vigente que para o pagamento da GACEN e da diária, da diária particularmente, tem que obedecer “n” regras que acabam entrando em atrito e foi isso que o SINDPREVS questionou administrativamente e que está se esperando a resposta, mas infelizmente não tem um parecer se receber essa específica gratificação para o combate e controle de endemias eles não vão receber cumulativamente o pagamento da GACEN. **Sebastião (SINDPREVS)** queria esclarecer que essa mesma lei a Gislane comentou, fala em um dos seus parágrafos que exceto quando o servidor tiver pernoite, então se o servidor que está cedido ao Estado ou ao município, seja lá qual for o órgão em que ele estiver, que ele sair e

fazer qualquer atividade fora do seu local de trabalho ele fará jus sim à diária e será cumulativo com essa gratificação. Então a lei é bem clara e ele acha que é isso que se tem buscado, inclusive conversado e não se está aqui para criar polêmicas, ele acha que se está aqui para resolver problemas, problemas que estão à vista, tanto é que há companheiros da saúde fazendo hoje esse protesto da qual o sindicato já se pretendia fazer esse tipo de protesto mas até agora não foi feito por respeito à categoria, para não se expor. Essa discussão tem sido feita com o Ministério e com o Estado am alguns momentos e ele acha que é o momento de voltar a discutir novamente essa questão. **Gislane (Ministério da Saúde)** só para complementar, quando gera o pernoite, aí sim o servidor tem direito à acumulação e ela aproveita para dizer que provavelmente a partir de junho, o pessoal da equipe de serviço de ação de pessoa estará visitando as regionais, fazendo alguns encontros e solicitando a presença dos representantes do município para entender a legislação do servidor federal e quem sabe criar um canal melhor de esclarecimento e vinculação para ter um olhar melhor sobre o servidor que está lá na ponta. **Joelma (CMP)** sobre a questão que a Solange levantou, da questão do Conselho. Ela não sabe se foi discutido no dia anterior na MENP-SUS e como todas essas entidades fazem parte da Mesa de Negociação, era um dos assuntos que teria que ter sido discutido no dia anterior, mas pelo que o Romildo informou, assim que ele sair da reunião, à tarde ele verificará e trará informação a respeito do vale-transporte para poder verificar se acerta na segunda-feira. Então ela pede para que se aguarde essas informações para verificar a questão levantada pela Solange. **Olavo (Fundo Estadual de Saúde)** explica sobre o vale-transporte como o Romildo já colocou, houve um problema no trâmite do processo licitatório, exigência do Tribunal de Contas e exigência da legislação. Se discute muito a questão de transparência, então para isso tem que se cumprir também as formalidades legais para a compra de vale-transporte. O vale-transporte, inclusive, é direito do trabalhador e dentro das regionais eles fazem a opção pela linha de transporte que ele deseja, então envolve mais de uma empresa e essas empresas envolvem além de licitar, tem que se formalizar contratos com eles, por isso essa demora. O Secretário pediu celeridade no pagamento dos vales transportes e estão sendo feitos com recursos da fonte duzentos e cinquenta para não envolver a Secretaria da Fazenda, para dar agilidade inclusive na normalização da situação. No caso do litoral, não são todas as empresas que não receberam ainda a questão do vale, não foram pagos, o Romildo fará o levantamento depois pois ele não sabe pontuar exatamente quais são. Mas todos os procedimentos estão sendo feitos para que se regularize essa situação. Não foi vontade da direção que isso ocorresse e sempre se trabalha em prol do trabalhador, do usuário do SUS. **Joelma (CMP)** passa para o próximo ponto de pauta, que é a prestação de contas do CES, que será feita pelo Fábio da Secretaria Executiva. **Fábio (Secretaria Executiva/CES/PR)** cumprimenta a todos e informa que se tem uma prévia do que foi gasto nos quatro primeiros meses, uma vez que as despesas de abril ainda estão sendo contabilizadas. Então o valor exposto ainda não é o total, houve já duas reuniões no presente mês de abril e os valores ainda não foram incluídos devido ao atraso no faturamento de quem prestou serviço para o Conselho. Então se tem uma média de gastos de sessenta e sete mil e quinhentos e noventa reais e três centavos nesses quatro primeiros meses detalhados nos elementos de despesas presentes na tabela apresentada; passagens aéreas no valor de trinta e oito mil trezentos e dezesseis reais e vinte e sete centavos; passagens terrestres em três mil e noventa e nove reais e cinquenta e três centavos; o hotel só na parte de hospedagem e alimentação, quarenta e cinco mil seiscentos e oitenta e dois reais; as salas para as reuniões ordinárias nesses quatro meses, sete mil quatrocentos e cinquenta e dois reais e dez centavos; esses quatro elementos saindo da fonte cem que é do Tesouro do Estado. O translado, que é o transporte feito pela van, três mil e seiscentos reais; serviço de transcrição de atas, mil e quatrocentos reais; as salas na Funpar para as comissões temáticas, dois mil seiscentos e sessenta e seis reais e quarenta centavos; o serviço de som e gravação das reuniões e computadores para as comissões temáticas, três mil e seiscentos e noventa reais; esses quatro elementos saindo da fonte duzentos e cinquenta, que é do recurso próprio da Secretaria. Ainda há serviços gráficos e adiantamento, e como falado no início, esses valores ainda estão sendo contabilizados e estão sendo feitos serviços gráficos para eventos do Conselho que ainda acontecerão e a questão da conta adiantamento que ainda não fechou e por isso não tem os valores. Então é uma prévia de sessenta e sete mil, mas com os gastos de abril, muito provavelmente vai fechar na casa dos cem mil reais, mas só é possível contabilizar quando as empresas enviarem as notas referentes aos serviços do mês de abril e poder efetuar o pagamento. **Joelma (CMP)** encerra a reunião no período da manhã. **(F9) Joelma (CMP)** iniciou a discussão da Programação Anual de Saúde e disse que a mesma foi apresentada nas comissões no dia anterior, portanto utilizarão a mesma metodologia aplicada no Relatório de Gestão, onde as comissões irão fazer as devidas colocações, que surgiram nas reuniões de ontem e havendo dúvidas das outras entidades conselheiras e outras comissões, a SESA estará à disposição para responder. As comissões dão os seus pareceres e depois será aberta discussão no plenário. Informa que o Mauricio vai apresentar mais uma substituição. **Mauricio (Secretaria Executiva)** informa a substituição do conselheiro Guilherme Graziani sendo substituído por Clayton Celestino Poitevin do Conselho Regional de Odontologia do Paraná. **Sezifredo (SESA)** dá inicio a apresentação pela Diretriz um – Organização da Atenção Materna e Infantil por meio da Rede Mãe Paranaense. **Joelma (CMP)** passa a palavra para a Comissão de Saúde da Mulher, porém pela falta da mesma e de demais comissões passaram para o próximo ponto de pauta e após retornarão a esta discussão. Comissão Organizadora do Seminário DST/AIDS. A mesa ficou de repassar uma nova data para a realização

da mesma ficando a data do dia vinte e sete de novembro de dois mil e treze. **Sirlene (fórum ONG AIDS)** pede a mudança da data, justificando que esse dia ela estará na semana da base, pois o dia primeiro de dezembro é o dia mundial de luta contra a AIDS, e essa semana do dia vinte e sete ela precisa estar em Umuarama. **Joelma (CMP)** disse então que estarão revendo essa data e trarão na próxima reunião uma nova data. Passou para o próximo tópico, Indicação da Comissão Organizadora da I Conferência Temática de Saúde da População Idosa, e pediu para que os conselheiros que já fazem parte de outras comissões que não participem desta, pois são em, setenta e dois conselheiros e ficam sempre os mesmos participando das comissões organizadoras. **Leite (Sindprevs)** pergunta se tem previsão de data. **Márcia Zambrim (Pastoral da Saúde)** informa que está previsto para o dia vinte e cinco de outubro de dois mil e treze. **Manoel (Sindnap)**pede para pertencer a esta comissão, pois apesar de estar participando da Comissão da Conferência da População Negra também trabalha com a população idosa. **Amaury Lopes (ANEPS)** defende a indicação do Sr. Manoel. **Joelma (CMP)** ficam indicados os seguintes representantes: Manoel (usuário), Nelson (trabalhador), Valton (usuário), João Maria (trabalhador), Custódio (usuário), Nilson (trabalhador), Ely (prestador) e o Gestor ainda vai ser indicado. Passou para o próximo ponto de pauta, Comissão organizadora da I Conferência Temática de Saúde Integral da População Negra. **Mãe Omin (Rede de Mulheres Negras)** será feita a apresentação do Regulamento da Conferência. **Mauricio (Secretaria Executiva)** inicia a leitura do Regulamento, com alguns ajustes. **Joelma (CMP)** esclarece que o regulamento voltou devido alguns ajustes que foram feitos, por ser uma conferência temática o regulamento pode ser mais sucinto e também foi retirada a questão de fazer as conferências macrorregionais. **Mauricio (Secretaria Executiva)** continua a leitura do Regulamento. **(F10) Mauricio (Secretaria Executiva)** continua a leitura. **(F11)** Mauricio encerra a leitura do regulamento. **Sezifredo (FUNSAUDE)** fala que há uma questão importante nesse artigo que fala dos custeios dos delegados, tem uma contradição, é óbvio que as despesas vai ser pela Secretaria com a verba do Conselho, então tem que suprimir aquele parágrafo que fala que os delegados vão ser custeados pelas suas entidades. **Joelma (CMP)** fala sobre a alimentação e hospedagem, que como vai ser um dia então a despesa vai ser a alimentação, então a alimentação vai ser por conta do Conselho. O translado daí fica a cargo das entidades, como é feito em toda conferência. **Leite (SINDPREVS)** questiona se as inscrições dos delegados dos municípios serão efetuadas via regionais. Ele sugere que se fosse possível, fosse incluído no regulamento, uma população que é bem específica, que seriam os quilombolas e pode incorrer no caso de não conseguirem vaga na hora da inscrição, então que pelo menos estivesse garantindo já no próprio regulamento, de nos locais onde tiverem os quilombolas, que eles fossem incluídos já e se estabelecesse um percentual que garantisse vaga para participação no evento. É uma população altamente interessada e condiz muito com a própria Conferência. **Amauri (ANEPS)** diz que o que o Sezifredo coloca é ponderante e a comissão organizadora estava conversando sobre essa questão, que passou novamente despercebido essa questão de custeio e que bom que atentamente foi percebida. Na questão que o Leite coloca, é aberto a todos, em especial à comunidade quilombola. A entidade colocando a maneira que realmente precisa se colocar para dizer que existe, ela vai na regional e se inscreve, ele acha que é meio dirigido, mas o regulamento está em construção então aberto a sugestões. **Mariângela (ABO)** também faz parte da comissão organizadora e fala para o Leite que essa situação é como o Amauri comentou, que fica dentro das macros e aquela macro que tenha essa população possa direcionar sim, mas as vagas foram estipuladas pelo local mesmo, que não tem como caber mais do que está ali descrito. **Leite (SINDPREVS)** diz que entendeu e para comentar, ele está entendendo mas só para levantar a questão quando se diz que as vagas serão distribuídas igualitariamente, então quando ele levanta esse questionamento é para que se tenha justamente a garantia da participação dele, em função do número de vagas de repente acaba não sobrando essa vaga que seria específica, tanto que tem uma discussão dentro de todo esse processo. Até de uma forma nos locais onde tiverem quilombolas, se garanta a participação desses grupos. **Heliana (Rede de Mulheres Negras)** dando continuidade ao que o Leite falou, lembrar o seguinte, na segunda-feira e terça-feira esteve na capacitação macrorregião de Foz do Iguaçu e houve a presença dos quilombolas e há uma dificuldade muito grande de os quilombolas saírem de seus locais de moradia para a capital, esse deslocamento é muito difícil, então que as regionais ficassem atentas a isso, eles realmente precisam de uma atenção especial no sentido de horário, de ajuda financeira para deslocamento de ônibus. **Mãe Omin (Rede de Mulheres Negras)** fala que é legal que tenha muita gente discutindo, porque vai surgindo aquilo que não se põe, aquilo que se quer, aquilo que se pensa. Então ela propõe para que seja visto com a comissão e se a mesa acate que se disponibilize dez por cento de cada vaga para cada macro que tenha a população quilombola, que as regionais dessas macros tenha o cuidado de encaminhar esses quilombolas para a Conferência e os contatos da base poderiam verificar isso. **Joelma (CMP)** fala que cinco das cinquenta vagas por macrorregional seriam disponibilizadas para as que tiverem a comunidade quilombola. **Mãe Omin (Rede de Mulheres Negras)** e se passar disso, daí se vê o que se faz. **Joelma (CMP)** pede que já se faça essa modificação, que já seja incluído isso e corrigir a questão da alimentação e hospedagem para os que precisarem sejam custeadas pelo Conselho. **Mãe Omin (Rede de Mulheres Negras)** diz que foi até discutido, mas é muita coisa para mudar em pouco espaço de tempo e acabou-se deixando isso de lado. **Joelma (CMP)** abre para votação e o regulamento da Conferência com essas alterações é aprovado. Joelma sugere que como a questão do regimento é para o dia da Conferência, que então ele fosse debatido novamente no mês seguinte em maio porque a pauta da reunião está muito longa

e justificou que ele será utilizado só no dia da conferência. Passou para a Programação Anual de Saúde – PAS dois mil e treze. **Sezifredo (SESA)** lembrou que só será lido o titulo da diretriz e que cada comissão faça suas colocações, sugestões e pedidos de esclarecimentos. Passou para a Diretriz um – Organização da Atenção Materna e Infantil por meio da Rede Mãe Paranaense. **Rosalina (ASSEMPA)** diz que na comissão de Saúde da Mulher a Olga apresentou essa diretriz e também a Coordenação de rede que estará trabalhando alguns temas pertencentes à essa diretriz. A comissão concluiu que ficou faltando a questão da redução da mortalidade materna e outras ações de saúde da mulher, que não foram apresentadas. **Denise (HU – Londrina)** colocou sobre a redução da mortalidade materna, em que a meta de redução era cinco por cento até dois mil e quinze, e que para dois mil e treze, a proposta esta sendo a manutenção. Disse que não fica claro quanto a valores e se já foi superada essa meta, pois não existem observações. Outra dúvida foi quanto à vinculação da gestante no parto que a meta proposta era cinqüenta por cento, e no relatório está setenta por cento, se esses valores são porque a meta já foi superada? **Elaine (SindSaúde)** coloca sobre os itens um, dois e três, dessa diretriz no item ações ela repassa incentivos financeiros aos municípios, só que quando se avalia indicador e meta não existe nenhum indicador. Esse é um documento que tem suas quinze diretrizes, três são de financiamento para os municípios, coisa que não discordam, mas não existe nada nas ações, diz que pode não ter no indicador, mais pode ter nas ações, por exemplo a constituição de uma equipe para avaliar o processo de modificação de perfil de atenção a saúde, por exemplo a partir do novo financiamento. Nos itens quatro, cinco, seis e sete fala sobre a capacitação de profissionais, o que também e muito importante, só que ao mesmo tempo também não tem nenhuma ação de acompanhamento, de continuidade, parece que não é uma questão de processo. Também colocou a questão do parto humanizado, que tem um dos itens que fala que tem que aumentar o número de unidades que atendem dentro do processo do parto humanizado, também não cita nada para dentro da SESA, afirmou que a SESA tem pelo menos cinco hospitais que tem maternidade, fora os HU´s, que diz entender que também são financiados com o dinheiro da saúde, que também tem maternidade e que também não fala nada sobre a questão de implantar o parto humanizado dentro das unidades próprias. E concluiu perguntando para a comissão de Saúde da Mulher, que uma das metas diz no indicador número absoluto de óbitos materno, e depois diz que a meta é manter o mesmo número de dois mil e doze, e que se fala que o número de óbitos maternos em sua totalidade é evitável, se irão deixar que a mortalidade materna continue sem nenhum desafio de diminuir a incidência? Reitera a pergunta para o CES, se irão aceitar que é suficiente manter o que aconteceu em dois mil e doze, que foram aproximadamente quarenta e sete óbitos. **Rene (SESA)** primeiramente relembrou a metodologia, afirmou que a PAS é apenas o reflexo do que já havia sido aprovado no CES, e que tem que estar na PAS o que o Conselho colocou como indicador para o Plano Estadual de Saúde - PES, então as ações que estão descritas na PAS são as que estão no PES. Disse primeiramente, que isso é importante porque a PAS não visa reescrever ações, mais sim fazer com que a cada ano sejam colocadas as ações que estão previstas no PES. Segundo que quando foi feita a proposta do PES foi dito que iriam associar as metas a resultados e não necessariamente associar metas às ações, por que senão teria o triplo de metas. Relembrou que isso foi combinado em reunião do CES. Reafirmou que a PAS visa situações de resultados. As ações que estão colocadas nessa Programação se referem também ao fato de que elas se identificam com as metas colocadas e isso já foi feito no Relatório de Gestão e no PES. Passou a palavra para Márcia para responder em relação à Mortalidade Materna e a vinculação do parto, e respondeu que a redução da mortalidade materna foi superada, e que isso tem um lado extremamente positivo, os números finais de dois mil e doze comprovam esses avanços. Diz que o que fica claro com isso é que os cinco por cento já não são mais referenciais, no entanto diz que quem conhece essa área, da mortalidade materna, sabe que essa situação é uma situação sensível a números pequenos, e que qualquer um, dois ou três você caminha, por causa da taxa, para uma situação difícil em termos de manutenção, **(F12)** então não é fácil trabalhar com a redução da mortalidade materna porque ela tem essa sensibilidade e assim fica claro também o fato de que estão trabalhando no sentido de buscar essa redução com certo equilíbrio dentro das ações possíveis. E diz que é difícil mensurar uma situação de queda maior, que estão ainda analisando sobre que base se estará falando, porque pode ser que estejam falando de uma base até menor, por isso que o trabalho foi feito utilizando os números preliminares, e que é obvio que se puderem estar estimando a partir dessa base outra redução, terão que ter o cuidado de verificar que ações complementares vão além dessa base que já atingiram, porque não é por acaso que a mortalidade materna cai, são por meio de ações complementares. Um exemplo quando vemos a redução da mortalidade infantil quando sabem que ao chegar ao componente neonatal, tem outro tipo de ação efetiva e a partir daí as quedas não são tão significativas e nem tão rápidas em termos absolutos. **Márcia (SESA)** primeiramente esclareceu que todas as ações em relação à mulher estão na diretriz seis, questões de violência e de prevenção do câncer uterino e de mama. Essa diretriz foca mais na atenção materna e infantil. Explicou que eles têm trabalhado muito seriamente com indicador epidemiológicos. Quando iniciaram o Mãe Paranaense fizeram uma análise da mortalidade materna e infantil no Paraná, na época em dois mil e onze, analisaram entre os anos de dois mil e seis a dois mil e dez, todos os óbitos maternos e infantis que ocorreram, onde ocorreram e como ocorreram, disse que essa coleta de dados foi o que deu uma base para construir o Mãe Paranaense, portanto o programa nasceu dos problemas que foram identificados na atenção materna e infantil por esses óbitos, porque se morreram houveram falhas. Respondendo ao questionamento da Elaine disse que era claro

que tinham uma mortalidade alta só que o que aconteceu, e que foi por isso que criaram a estratificação de risco, a carteira da gestante, trabalharam as ações do Mãe Paranaense, a vinculação do parto, o HOSPSUS com as portas hospitalares, com vinte e sete hospitais hoje no Paraná, em que todas as regiões de saúde há uma vinculação para a gestante de alto risco, relatou que essa analise, de dois mil e seis a dois mil e dez, serviu para orientar em tudo que estavam falhando, principalmente a estratificação de risco, que é fundamental para poder dar uma boa atenção a gestante, porque todas as gestantes daquele período morreram em hospital, durante ou logo após o parto. A partir disso identificaram que o problema era vincular a gestante no ponto de atenção certo, e fizeram isso desde dois mil e onze, ano em que tiveram uma redução da mortalidade materna no Paraná de vinte por cento. Quando você olha para historia da mortalidade materna, onde são analisados todos os óbitos de mulheres em idade materna, podem acontecer situações em que não é declarado óbito materno mais é sim um óbito materno, por isso primeiro é feita uma investigação, segundo toda e qualquer declaração já é avaliada o prontuário pelo comitê de morte materna. Da analise do Paraná de mil novecentos e noventa até dois mil, o Paraná reduziu vinte por cento a mortalidade, e então saíram de noventa de mortalidade materna e foram para sessenta e seis, de dois mil até dois mil e dez não houve redução de mortalidade materna no Paraná, saíram de sessenta e seis vírgula quarenta e seis por cento, para sessenta e cinco vírgula vinte por cento, e que zero vírgula um por cento não é redução do ponto de vista estatístico em dez anos. De dois mil e dez a dois mil e onze, foi intensificado toda a investigação, reestruturado todos os comitês e foi reduzido vinte por cento em um ano. No período de dois mil e onze a dois mil e doze ainda estão fechando a mortalidade, não é mais quarenta e sete, porque quando foi feito a PAS, que já faz mais de trinta dias e ela não está fechada ainda, foi colocado todas as investigações, que muitas, em quando você não tem o prontuário, enquanto você não avalia para ver se é óbito ou não, é mulher em idade fértil, foi mantido o quarenta e sete, hoje já não é mais esse número, por isso que foi colocado reduzir três por cento, porque com essa redução, do número que tem hoje, que não está fechado ainda, já se tem uma redução de quarenta e cinco por cento relativa a dois mil e dez, então a mortalidade materna foi reduzida no Paraná em dois anos o que não se conseguiu em mais de vinte anos. O que foi feito foi reduzir morte evitável, agora vai ficar mais difícil reduzir, porque agora é com a morte inevitável que se tem de trabalhar, mas a morte evitável, aquela que é previsível, por uma vinculação inadequada, por uma gestante que não estava acompanhada, é um número muito significativo, que ainda estão sendo fechados os dados e por isso estão propondo uma meta para dois mil e treze, uma redução de três por cento em relação ao número que der em dois mil e doze, quando fechar esses dados. Concluiu reafirmando que todas as mortes evitáveis foram trabalhadas com os serviços do Mãe Paranaense, e que tem certeza de que essa redução foi conseguida através de todas as ações feitas pelo programa. Da mesma forma é a questão da vinculação do parto, que existia uma meta que já foi atingida, e já esta com mais ou menos sessenta por cento da vinculação, e por isso foi ampliado para setenta por cento, porque já foi atingida e a meta inicial era cinco por cento da mortalidade, portanto já estão em dois anos com quarenta e cinco por cento mais do que superou a meta, e a questão da vinculação. **Elaine (SindSaúde)** se referiu ao Dr. Rene, dizendo que na lógica que ele coloca, ela entende que daí fica tudo muito amarrado e que não vê sentido então de se discutir a PAS, diz que se lembra que na discussão do PES, foi dito, inclusive num pacto com o próprio diretor na pessoa do Dr. Rene, que o CES teria oportunidade de a cada vez que a Programação Anual de Saúde fosse vista, de rever indicadores e que não foi somente ela que levantou essa questão e que isso ficou pactuado, e é por isso que ela traz esses questionamentos, porque ela vê que as ações que foram desenvolvidas em dois mil e treze, por exemplo, implementar ações que colaborem para que os hospitais próprios da SESA tenham maternidades mais adequadas que sejam equipadas, que sejam reformadas e que implantem o parto humanizado, diz que acha que essa ação pode ser incrementada. Têm-se hoje na rede Mãe Paranaense um investimento pesado em recursos para os hospitais filantrópicos, nós tínhamos que ter aqui, porque não tem nenhuma ação em relação a esses hospitais, a não ser ao incentivo financeiro. E vê que inclusive já foi debatido no CES que o HOSPSUS tem os seus processos e protocolos de avaliação e que parte dos hospitais não estão cumprindo as metas, que continuam com taxa de cesárea alta e não têm nada a respeito disso nas ações desenvolvidas. Então se isso é para ser corrigido e fazer valer os objetivos dos programas aonde o dinheiro público esta sendo colocado, é preciso que o texto da PAS reflita também essa prioridade. Porque é dado dinheiro, tem-se os protocolos de avaliação, mais na PAS não há uma reavaliação do que foi feito a um ou dois anos atrás. Afirma que irá continuar a fazer os questionamentos porque se lembra desse pacto, que esta em ata, e acha que estão lá para debater, e que gostaria de colocar que nas ações se pense nos hospitais próprios que tem maternidade, porque se quiserem qualidade em tudo, querem nos hospitais públicos também e realmente a opinião da Comissão de Saúde da Mulher, sobre o indicador número absoluto de óbitos maternos, se há concordância da comissão sobre o que está colocado como meta anual. **Denise (UEL)** agradeceu a fala da Márcia e pediu desculpa porque tentou participar da reunião da Comissão de Saúde da Mulher mais não conseguiu e queria ter perguntado isso para ela na comissão e não nessa reunião. Dá a sugestão de colocar uma observação, de como é visto em outros itens, em que se explica que já estava sendo atingido e neste não havia essa observação. **Tiemi (COSEMS)** diz em relação entendimento que tem quanto a fala da Elaine, é que em relação as ações desenvolvidas no ano de dois mil e treze, elas serão acompanhadas por meio do RAG, e que se no acompanhamento do cumprimento das ações que deveram estar expressos no RAG iram ter a possibilidade de avaliar no pleno se

essas metas estão sendo atingidas ou não, e de que forma. Nesse sentido, é que, se houver alguma dificuldade de por meio das ações, que estarão sendo acompanhadas pelos grupos condutores estaduais de avaliação e monitoramento, e especialmente no caso do controle social por meio dos RAG é que irão sugerir as modificações ou adequações das ações no PAS de dois mil e quatorze, de forma que em quatro anos consigam ter uma visibilidade de todas as metas cumpridas ou não, das dezesseis diretrizes que estão estabelecidas no PES. **Rosalina (ASSEMPA)** diz que a Comissão de Saúde da Mulher é regimental igual a qualquer outra comissão, e que a SESA tem duas pessoas que participam da comissão, que são a Márcia e a Olga. Ontem quando foi aberta a reunião só estava a ASSEMPA presente e por isso não iriam fazer a avaliação, e que as duas e trinta horas o começaram a chegar os demais membros, e disse que existem várias instituições que não estão comparecendo as reuniões, dentre elas o SindSaúde que não comparece há duas reuniões. Então fala sobre o seu papel de coordenadora da comissão, na função de coordenar a reunião e dar encaminhamentos. Referendou a composição do conselho, e disse que se a SESA está presente na comissão esta como representante da instituição e o que a Márcia responde, e que é o que eles estão colocando como comissão é que foi apresentado na reunião foi somente a diretriz um da rede mãe paranaense e que a comissão sentiu falta dos outros tratamentos que estão na diretriz seis, conforme fala da Márcia. A questão de recomendação dos índices que se tem que aumentar ou diminuir não são debatidos na PAS e sim no RAG que serão avaliados e pactuados esses índices. **Rene (SESA)** esclarece que os hospitais do governo do Estado do Paraná, entendidos como hospitais da SESA e hospitais da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, estão com o programa de estruturação e qualificação estão compreendidos na diretriz nove, e que nos próximos meses trarão ao conselho o próprio programa de qualificação e estruturação dos hospitais do Governo do Estado do Paraná, que já foi discutidos que viria essa proposta, inclusive, com um grande programa de investimento, custeio e capacitação nessa área, e a ação que pode ser objeto de forma geral, não só dessa ação especifica para a questão das maternidades mais também para a estruturação dos hospitais próprios, é a ação cinco que esta na diretriz nove, portanto discutiram com mais ênfase quando chegar nesta diretriz. Em relação à diretriz um, disse que fica claro ao seu entendimento, que tenham os resultados finais de dois mil e doze, dimensionando inclusive como se sucedeu essa redução, que conforme observado vai ser extremamente significativa, para que se possa mensurar qualquer expectativa de meta percentual, porque quando foi visto no PES, onde se trabalhava até o ano de dois mil e quinze, se olhar o que foi previsto até dois mil e quinze e o que já foi atingido, pode se levar a uma reflexão, porque não é para escolher um número, pois esse número tem que ser compatível com a ação que irá realizar, portanto nesse momento é importante que a PAS, em relação a meta especifica redução da mortalidade materna, fique na dependência de se saber exatamente até onde se quer chegar em relação a mortalidade materna, porque é uma forma de ser responsável pelos números que são colocados na Programação, porque para a administração seria muito fácil colocar, em relação aos números obtidos, um por cento e achar que essa meta ela se completa pela situação atual, e que iram ter que realmente mensurar isso, a redução da mortalidade materna é extremamente significativa, superando as expectativas iniciais, inclusive em relação ao que estava no plano, sendo assim fica claro que a hora que tiverem, até o final de maio mais ou menos, condições de trazer esses números a reunião, ai sim poderão, ao olhar do número final e das ações possíveis de execução para que esses números baixem, e que pode ser repassado em cima das ações, e a partir disso discutir com o conselho sobre o percentual de redução. Diz que é importante salientar que os números colocados na PAS, observam inclusive em outras áreas a mesma lógica, como o colocado pela Denise, que tinha um percentual de cinquenta e passou para setenta, porque já havia sido visto que se esta evoluindo rapidamente em relação a essa questão. Com relação a questão colocada pela Dona Rosalina, o que é importante é que saibam que o PAS ela tem que refletir em desdobramentos anuais do que foi colocado como ações previstas pelo período de quatro anos, porque isso fala com o PPA, com todas as discussões das ações, nada impede que possam discutir indicadores e lembrou o objeto dessa discussão de indicadores, por que muitas vezes é questionado no conselho muitas vezes que procura-se indicadores que não são capazes de medir o resultado a partir daquela ação, então ficou muito claro que o conselho a qualquer momento poderia estar discutindo se esses indicadores se mostravam viáveis. E disse que provavelmente, a partir de uma discussão nacional, haverá mudanças em relação ao número de indicadores que são considerados universais, os quais iram diminuir, e alguns indicadores de algumas ações, por exemplo na área epidemiológica, chegou-se a conclusão de que aquele indicador não estava conseguindo medir aquilo que se propôs inicialmente. Provavelmente na seqüência iram discutir no conselho os indicadores universais e tem que rever os próprios indicadores discutidos hoje, mais isso futuramente porque não está completamente fechado. **Márcia (SESA)** com relação as ações, elas buscam atingir o resultado, então na questão tanto do incentivo da atenção primaria, construção, ampliação de unidades de atenção primária e equipamentos, se foi objetivado ampliar cobertura de pré-natal e o atendimento a gestante, tem-se que criar os meios para isso acontecer, por isso essas ações estão intrinsecamente ligadas com a cobertura que está como indicador de pré-natal, de sete ou mais consultas, e a questão é do indicador final que é a redução da mortalidade materna e infantil, quer dizer que não há redução se não garantir algumas condições para isso. Quanto a diretriz nove, relembrou que fizeram agora o chamamento publico para implantar o incentivo de qualidade ao parto, para a vinculação do parto de risco habitual e intermediário, que foi o chamamento número cinco de dois mil e doze, que agora já estão

contratualizando os hospitais desde março desse ano, que tem nos contratos alguns compromissos na questão da ambiência, da qualidade e da garantia do acompanhante, questões que também objetivam atingir o indicador da melhoria da qualidade da atenção da gestante e da criança. **(F13) Joelma (CMP)** passou para a apresentação da segunda diretriz. **Sezifredo (SESA)** diretriz dois – Implantação dos componentes da Rede de Atenção as Urgências e Emergências. **Denise (UEL)** disse que essa diretriz foi discutida na Comissão de Assistência e Acesso ao SUS e foi aprovada sem ressalvas. **Elaine (SindSaúde)** disse que ainda algumas discussões equivocadas e que acha que ainda o conceito do Relatório de Gestão, PAS, PES, dos instrumentos de gestão ainda está confuso na cabeça de algumas pessoas. Diz saber que agora não se avalia o que é avaliado no Relatório de Gestão, e que estão propondo metas para o ano de dois mil e treze, agora foi visto que no relatório de Gestão várias coisas ficaram sem cumprir a meta ou então estavam de uma forma solta, e é isso que precisa ser corrigido, que têm que se olhar os três instrumentos juntos e saber qual o papel e atribuição de cada um deles. Não é a primeira vez que o Rene diz que esta diminuindo a nível nacional a discussão de número de indicadores, e diz ficar pensando o conselho tem a clareza e a certeza de que o que o Dr. Rene esta falando se é o mais adequado nesse momento da saúde pública no Paraná. Acha ainda que se tem de olhar as coisas e problematizá-las, e que não duvida do que o Dr. Rene esta falando, mais esta questionando se isso vale para a realidade do Paraná e para o que se vive hoje e para o que se quer, tanto que Márcia e toda a equipe da SESA, desde o primeiro dia desse governo, falaram que a saúde pública estava um caos no Paraná, que pegaram uma herança maldita, então, as vezes dependendo do cenário e do quadro se tem que pensar o que será feito. Sobre a questão da rede de atenção a rede da urgência e emergência, colocou que no item três foi colocado implantação e consolidação de dose SAMUs regionais, descrevem quais são os SAMUs, e nos outros itens como o cinco e seis, colocam também situações sobre os SAMUs, mais diz achar que esse serviço esta sendo implantado e que é preciso retomar como se avalia a implantação, por parte desses SAMUs foram implantados no ano passado, e por isso que diz que a realidade do relatório de Gestão sobre o SAMU tem que estar pautado na PAS de forma a ver o que aconteceu ano passado e as ações a serem desenvolvidas trabalharem na perspectiva de implantarem de fato os doze SAMUs e de avaliar os que foram implantados em dois mil e doze, como pode ajudar na implantação dos novos, então propõe que os SAMUs implantados em dois mil e doze tenham uma avaliação, acompanhamento e monitoramento para que ajude os SAMUs que serão implantados no ano de dois mil e treze, não terem os mesmos problemas que ocorreram em dois mil e doze, sendo assim a colocação de mais uma ação que acha que esta faltando. Outra questão é o que está posto em um jornal, retornou a dizer que o CES e a Gestão estão jogando no lixo as USAVs e construindo os SAMUs como se começasse do zero, então diz achar que as USAVs têm que estar claro na PAS, o que vai acontecer com elas, porque elas existem em dois mil e treze, se é para elas fecharem tem que estar escrito, o que vai se substituir os serviços das USAVs pelo SAMU, e diz defender o contrário que é a potencialização da USAVs, o investimento nelas e num trabalho de junção dos dois serviços de urgência. Por último voltou a dizer que a Rede de Urgência também esta ligado ao programa HOSPSUS que tem um forte investimento e diz que não vê ações que dêem suporte para garantia de que os hospitais da rede de urgência e emergência e do HOSPSUS estejam sendo acompanhados a fim de melhorar a atenção na Rede de Urgência e Emergência por esses serviços que estão recebendo dinheiro para isso e que quando vai se olhar o questionário de avaliação das comissões regionais do HOSPSUS se vê que tem um monte de problemas ainda, então se querem a qualificação da rede de Urgência e Emergência, diminuir o número de sequelados por má assistência na área de Urgência e Emergência, tem que se acrescentar ações em razão de todo esse investimento financeiro feito. **Manoel (Sindnapi)** complementou o que a Denise falou afirmando que houveram questionamentos e avaliações na comissão, os quais foram respondidos pelos servidores que estavam presentes na reunião, por isso a Denise falou que a comissão concordou. **Rene (SESA)** falou que deveria ser feito um momento de reflexão sobre o que significa na área do planejamento, estabelecimento de metas e a importância de indicadores, diz que sempre é dito mais sobre indicadores do que metas e ações, deve ser tomado cuidado porque os indicadores são apenas uma parte das questões mais que o importante e a partir das ações fazer as metas e ter um bom diagnostico. Repete que a discussão dos indicadores não é só uma discussão do Paraná e sim nacional. Diz que quando se coloca muitos indicadores escamoteiam os péssimos resultados, porque pode-se fazer tantos indicadores que não medem nada e dizer que atingiu “x” por cento de indicadores, mais quando você coloca indicadores que são fundamentais esses sim são indicadores de qualidade, aja vista que as metas do milênio cada vez mais se situam em poucas metas, mais quando se fala em poucas metas não quer dizer que elas sejam atingidas, pelo contrario, são extremamente difícil de serem atingidas. Diz que na administração pública sempre devem ser olhados os indicadores de resultados. Com relação a questão da urgência e emergência, disse primeiramente que não gostaria que fossem colocadas palavras que em geral ele não usa, que não costuma falar de herança maldita, não se lembra de ter falado isso, e que não gosta de falar a palavra caos, acha que isso contamina muitas vezes, porque ele ouve muito falar sobre o SUS estar um caos, então, não há duvidas, e disse que o conselho sabe muito bem, as condições em que eles receberam a Secretaria de Estado da Saúde, e ao mesmo tempo em que trouxeram de forma transparente as condições encontradas, e que também tiveram a responsabilidade de trazer de forma clara as propostas de soluções dos problemas.Com relação a implantação dos SAMUs regionais, esse é um bom exemplo de um problema que foi herdado, infelizmente por completa falta de planejamento e por outros

interesses não tão justificáveis, cedeu ambulância do SAMU em dois mil e dez, não tinha nenhuma estrutura, só uma ambulância, como se um operação de um sistema como esse dependesse só do carro, gradativamente a secretária compôs uma estratégia para implantação desses SAMUs regionais, lembrou que estiveram no Conselho e mostraram que iriam mudar a sistemática de financiamento, o Estado do Paraná tem o melhor financiamento de contrapartida estadual para SAMU regional e isso sem duvida foi indutor para que pudessem chegar na implantação desses SAMUs e estão ai com alguns SAMUs para implantar, mais mostrando claramente, primeiro o Estado participa desse processo, com uma contrapartida igual ao do governo Federal. Os municípios também devem participar desse processo, e tiveram sem dúvida os problemas em algumas situações que houveram problemas com os municípios nessa participação então disse esperar que isso se resolva agora. E estão consolidando todo um processo gerencial sobre isso, o que é importante é que a população já esta sentindo que estão ampliando significativamente o percentual de população coberta, que já são mais sessenta por cento, inclusive uma meta que tiveram também que rever, porque atingiram antes do tempo. A questão da USAV, novamente apela para as atas, diz que é a terceira ou quarta vez que iram falar sobre o mesmo assunto e diz que já falaram isso, porque no desenho do SAMU regional, lembrou que na ação número seis da diretriz dois, implementação do serviço de transporte inter hospitalar qualificando os serviços de pacientes críticos integrando aos SAMUs regionais e ampliando sua capacidade de intervenção, o que precisa saber é que esse tipo de serviço é um serviço que tem peculiaridades, tem que estar sobre permanente regulação e tem que falar com o próprio sistema transportes sanitários discutidos aqui, agora o importante em relação aos SAMUs, nesse ano estão fazendo um grande esforço para consolidar essa questão do SAMU ainda em todas as regionais esse ano, não depende só da SESA, depende dos desenhos regionais, da compactuações. Lembrou que ao final, quando todos os SAMUs regionais estiverem funcionando, significa que trezentos e noventa e nove municípios desse estado pactuaram isso. Que é um processo extremamente trabalhoso por que você tem que esta compondo as características de cada região, do ponto de vista político, do ponto de vista técnico, do pronto de vista de acesso, mais o que é importante primeiro que a proposta da rede ela não é um olhar apenas sobre o ponto de atenção SAMU, tem todo um conjunto de ponto de atenção que estão sendo tratados desde a atenção primaria, que é colocar claramente a implantação da classificação de risco com uma forma, inclusive, de melhorar e mensurar melhor o deslocamento dos pacientes do sistema, a qualificação dos hospitais de referência, e um cuidado que tiveram tanto no HOSPSUS quanto no CONSUS, foi colocar junto a essas comissões que acompanham os o desempenho do HOSPSUS, seja pra rede materna e infantil ou da rede de urgência e emergência, a participação do conselho de saúde, tem ate representante do CES nessas comissões, o que fica claro é que já conseguiram desmembrar, por exemplo, o resultado da diminuição da mortalidade materna e infantil associado a criação de UTIs neo natal e isso surgiu do investimento do HOSPSUS, voltado para a questão materna infantil,do custeio que permite a presença desses profissionais, como também se observa na qualificação que iram fazer a partir desse ano, nas portas de entrada da urgência e emergência do HOSPSUS, fizeram no estado do Paraná a implantação em todo o estado a implantação de uma rede de urgência e emergência e uma rede materna e infantil, infelizmente a proposta nacional só implanta nas regiões metropolitanas, e aqui no estado estão implantando em todas as regiões do estado. **Márcia (SESA)** relembrou que ano passado fizeram apresentação dos dez componentes na rede de urgência, uma rede se consolida com a organização da atenção primaria, os pontos de atenção secundária e terciários e atenção terciária esta muito vinculada ao programa de apoio aos hospitais, ampliação de leitos de UTI adulto, centro cirúrgico, pronto socorro e ampliação do serviço para atendimento de urgência, toda a questão da organização do sistema logístico, incluindo o SAMU, que é um sistema de transporte desses indivíduos com suporte básico e suporte avançado, e o transporte aero medico que estão implantando no PR, só em dois mil e doze fizeram mais de setecentos e vinte transportes aéreos destinados a transferir pacientes graves para as portas hospitalares, que exigiam uma atenção diferenciada. Então precisa se pensar nesse conjunto da organização da rede tem toda a questão que tem sido trabalhada com a vigilância do núcleo da prevenção, porque quando se olha para o indicador de mortalidade, em dois mil e doze tiveram sessenta e nove mil óbitos no PR, desses, vinte mil foram por duas causas básicas da urgência e emergência: infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico; quatro mil desses óbitos foram de pessoas com menos de 60 anos, para isso que é organizada a rede de urgência para poder ter tempo resposta e a terceira causa que são as causas externas, que aí se entra muito com a questão dos núcleos de prevenção a violência. Quando se fala em violência também deve-se atender essas vitimas com traumas, então na rede de urgência também tem que trabalhar as ações de prevenção e promoção, fazendo parte da rede o núcleo de prevenção a violência. Foi discutido no Conselho a questão das USAVs, a política nacional quando foi implantado esse sistema, em dois mil e um não existia uma rede de urgência, o próprio ministério quando implantou o SAMU regional já previu a implantação inclusive do transporte aéreo, ele esta previsto na própria normativa federal da política da rede de urgência e que se tem otimizado em algumas regiões de difícil acesso. Ou então não iria conseguir levar todo o recurso assistencial que o paciente precisa, então esta agora na organização dessas unidades que estão sendo implantadas, incorporando dentro dessa política, vinculada a todo um complexo regulador, porque hoje precisa então estar vinculada para se garantir tempo resposta, e por isso muitas vezes é utilizado o transporte aéreo. **Rosalina (ASSEMPA)** pediu uma explicação para a Elaine, porque quando apresentou o jornal colocou que o governo do Paraná e o conselho, e diz não conseguir associar porque o

conselho esta trabalhando dentro do que prorroga a questão da lei, o que deve ser feito pelo conselho e chama atenção porque e colocado no jornal "Beto 2012" e diz que o conselho não trabalha com campanha política. Pediu explicação por que diz estar sempre defendendo o SUS e não fica clara essa vinculação conselho com a política. **Elaine (SindSaúde)** diz para a Dona Rosalina que quando o conselho aprova uma política do Gestor ele é co-responsável com o gestor e o que se entende é que muitas vezes o debate não é feito profundamente e daí o conselho é co-responsável, se o conselho é apenas um espaço, diz que esse jornal não é para o conselho Estadual, esse jornal é para todo o Estado do Paraná para ver que não é só no Hospital Regional do Sudoeste, do litoral, do Zona Sul ou do Zona Norte que tem problema, diz não gosta de destruir o SUS, mais é por isso que não é conivente, e nem o SindSaúde é conivente com o que esta acontecendo de errado, seja no ministério da saúde. Então quando o SindSaúde faz essa charge, entende que o Beto Richa esta em campanha eleitoral, e por isso que esta por ai inaugurando até parede pintada da farmácia especial, não mudou a refrigeração, não mudou a disponibilização, não mudou o local de estocagem, mais mesmo assim foi lá **(F14)** inaugurar. Décima regional de saúde, o estoque da farmácia é no subsolo, continua dividindo espaço com as vacinas, não tem espaço correto, mudou-se cadeiras e uma parede, mais o Beto Richa foi lá fazer a inauguração da parede e das cadeiras falando que era da farmácia. Voltou a falar da rede de urgência e da PAS, fez três propostas, todas nas ações: acompanhar e assessorar os SAMUs já em funcionamento visando superar as dificuldades encontradas no processo de implantação para pleno atendimento de sua missão; implantação dos SAMUs campos gerais, oeste, os que ainda não foram implantados, garantindo suporte e assessoramento técnico da SESA para o seu efetivo funcionamento, porque foi visto que o pessoal do litoral entrou em greve, porque houve um erro na hora da formulação, na hora de estabelecer os contratos, diz que quando faz esta proposta é para que quando os novos SAMUs regionais forem instalados não ocorram os mesmos problemas que ocorreram no ano passado, é uma meta para dois mil e treze; baseado na portaria do Ministério da Saúde número oitocentos e quatro, de vinte e oito de novembro de dois mil e onze, também colocando a questão da integração dos SAMUs com as USAVs, outra coisa que gostaria de mudar a redação é que no item um está escrito "ampliação e qualificação do componente hospitalar" e "instalação de helipontos", quando algum gestor diz que vai ter avião e helicóptero, o SindSaúde nunca se colocou contra, sempre falou que era importante mais que não podia se reduzir a isso, e nunca ninguém propôs que estava se reduzindo a isso, mais questiona quantos hospitais tem heliponto. Então para ter noção do que vai ser implementado como ações desenvolvidas em dois mil e treze, é colocar em uma outra ação "instalação de helipontos em tantos hospitais", ou de alguma outra forma colocar isso pois está no orçamento, então tem que ser colocado a realidade, se um, dois ou três helipontos a serem instalados, diz não ser contra as ações que estão no plano, mais tem que estar descrito quantos serão construídos, para garantir que esse dinheiro que pode ser pra compra ou locação de aeronave, que haja uma clareza no entendimento no que a SESA esta propondo enquanto instalação de heliponto e mesmo se houver a questão do avião como faz este transporte porque como fazer esse transporte se na segunda maior cidade do estado o tempo quando esta nublado o avião não decola e não pousa. Por isso diz que existem certas divergências, mais não querem somente apontar divergências, querem contribuir, construir e apresentar propostas e pensar na efetivação dessa PAS. **Rene (SESA)** disse que em um colegiado, com a representatividade que tem o CES, com a diversidade dessa representação, sem duvida um ponto fundamental em qualquer conselho é a democracia, e acha que essa parte do principio de que há um respeito muito solidário em relação às decisões tomadas sob a forma democrática, e diz ser fundamental até nos momentos em que esse ou aquele segmento em uma discussão democrática não tem seu ponto de vista prevalecido, ao final da discussão é uma decisão do CES, diz ter certeza que isso vai ficar claro nos próximos dias quando anunciarem a redução da mortalidade materna e infantil e poder dizer que o CES foi responsável por isso, porque em determinado momento veio aqui e aprovou uma medida que fez a mudança de rumo em relação a mortalidade materna. Diz ainda que acha as divergências importantes, mais o respeito as decisões em colegiado são fundamentais para que essa democracia se concretize. Afirma que o governador do Estado do Paraná não está em campanha política e sim que esta governando, e que bom que está indo as regiões levando questões e aspectos concretos dessa administração. Não foi inaugurar uma parede pintada da farmácia de Cascavel. Diz ser interessante mudar o foco e fazer uma pesquisa de satisfação dos Usuários, porque o que está sendo proposto com a farmácia do Paraná tem a ver com qualidade, com financiamento, mas tem um foco muito grande de respeito ao usuário. Com relação às propostas de inclusão da Elaine acha que elas acrescentam questões que descritas de outras formas poderiam estar contempladas, mais não há dificuldade de acrescentar isso ou aquilo. Com relação à USAV relembra que a proposta da mesma foi feita em dois mil e um, e que ele mesmo estava na Diretoria Geral na época, diz não ter mudado e sim o sistema que mudou, as questões de organização mudaram. Diz que na época não havia transporte hospitalar, não havia regulação deste transporte, e agora existe uma lógica diferente e só porque antes foi implantado as USAVs, vão transformar isso em uma bandeira na contra mão da melhoria do serviço, tem que se ter a visão do momento, tem que se evoluir de acordo com possibilidades. Diz que as propostas colocadas para a Rede de Urgência e Emergência acrescentam ao texto um detalhamento, mais em nenhum momento as ações da PAS desconhecem as ações de controle e acompanhamento do HOSPSUS. **Márcia (SESA)** com relação a proposta da Elaine, reafirma que a Rede de Urgência têm dez componentes e que não se resume ao transporte, que as vezes é o menos relevante no momento e que o mais

importante muitas vezes é o recurso assistencial que dispõe e a localização. Com relação aos helipontos existem vários prestadores privados e muitas vezes também pode-se baixar em estradas, campo de futebol, quadra de escolas, etc. Estão sendo feitos vários transportes em União da Vitória, Irati, etc. Não são apenas a SESA que esta fazendo heliponto, os prestadores também estão fazendo. Quanto a questão dos aeroportos, quando não consegue descer na cidade que precisa pode-se descer em uma cidade próxima e realizar o transporte através de ambulância. Quanto ao componente SAMU que faz parte da Rede de Urgência, é um componente de habilitação do município, a SESA é indutor da política e tem que apoiar técnico e financeiramente mais não habilita um SAMU municipal. Estão trabalhando desde dois mil e onze para colocar as ambulâncias que foram herdadas da gestão passada jogadas nos municípios sem estruturação para transporte. Diz não ser o Estado o responsável por habilitar o SAMU municipal, é o município que faz o projeto e habilita, o recurso relativo ao componente SAMU que vem do Ministério da Saúde não é repassado para o Estado, é repassado para os fundos municipais de saúde. Coloca que hoje o que é repassado para a Rede de Urgência pelo Ministério da Saúde ao Paraná é recurso relativo ao SAMU. **Joelma** passa para a Diretriz três – Implantação da Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência. **Denise** pela comissão de Acesso diz que avaliaram essa diretriz e que como tinham varias diretrizes para avaliar adotaram o método de avaliar meta e indicador proposto comparando o PES. Relata que aprovaram a meta e alteração na segunda meta a alteração de "teste de triagem auditiva em cem por cento dos nascidos vivo" para "cinquenta por cento dos serviços que fazem parto realizando triagens" com a justificativa de que com a meta anterior não seria possível avaliar. Diz que a comissão concordou que existe falta de novos indicadores e metas porque existem muitos indicadores que estão sem. Com relação a diretriz três a comissão não tinha muitas propostas e então compuseram uma nova subcomissão que vai se dedicar a criação dos indicadores e metas da Diretriz três e cinco com o compromisso de trazer na próxima reunião dessa proposta para se possível inclusão no Plano ainda de dois mil e treze. **Elaine** diz que em relação a rede de urgência porque a meta anual é de reduzir em um vírgula um por cento a taxa de mortalidade por causas externas, gostaria de saber o porque do um vírgula um por cento com um investimento tão grande, não é possível ter uma meta maior? **Márcia (SESA)** diz que tiveram nove mil, seiscentos e trinta óbitos por violência em dois mil e treze, que significa homicídio e acidente de trânsito, mortes que estão ligadas as ações que a saúde não tem impacto, porque se pode atender rapidamente depois que bateram o carro ou após algum acidente, mais a saúde não pode impactar no motoqueiro que bebeu ou que dirige muito rápido. **Elaine (SindSaúde)** pergunta qual a base de dados que são extraídas essas informações. **Márcia (SESA)** o dado é do sistema de mortalidade, e é o que geralmente é utilizado. A SESA tem insistido e tem trabalhado nos núcleos de prevenção e proteção a violência para que possa haver a redução das causas externas. **Elaine (SindSaúde)** na diretriz três sugeriu o acréscimo de ações, porque grande parte dos servidores relata que atendimento a criança com deficiência ainda causada por má assistência no parto, com essa preocupação propõe a redação " analisar os dados de informação referente a deficiências físicas ou neurológicas decorrentes do parto" ou " criar um sistema de informação a partir da má assistência no parto geradora de problemas neurológicos ou físicos nos recém nascidos", mais a preocupação é essa, porque se vê no CRAID, que é serviço próprio da SESA, essa é ainda uma demanda de atendimento bastante forte. Gostaria de rever o item dez, que fala em ampliar o acesso para atendimento hospitalar e ambulatorial do centro hospitalar de reabilitação, relembrou que este é um hospital que vai completar oito anos de funcionamento e até hoje não funciona com cem por cento da capacidade instalada, diz que o "ampliar" poderia ser mais claro, se é possível se setenta por cento dos leitos e toda a capacidade ambulatorial, pediu explicação do porque isso ficou genérico e não estabelecido de uma forma mais clara, porque esse é um ponto bastante critico para a SESA. **(F15) Gisela (CREFITO)** na comissão de acesso ao SUS estavam discutindo essa diretriz e a questão dos indicadores já estava sendo discutida desde o ano passado, a necessidade de novos indicadores, já que muitas ações são relacionadas a diversos tipos de deficiência e intervenções em deficiências e as metas e indicadores estão ainda muito vinculadas com a questão da prevenção da criança mais ainda não tem metas relacionas as ações desenvolvidas na reabilitação. Outra questão é a do Hospital de Reabilitação, a necessidade de reativar a subcomissão que estava responsável por avaliar esse hospital. **Maria da Graça Lima (SESA)** a questão dos indicadores da pessoa com deficiência, diz estarem propondo para a próxima PAS, porque não será possível construir tão rápido para essa programação, a do idoso sim está sendo proposto para essa programação até porque esta sendo retirado um indicador. **Rene (SESA)** em relação à questão colocada dos indicadores, sem duvida essa diretriz complexa para construção de indicadores, a tendência dessa diretriz é que os indicadores de processo sejam colocados ate para dar vazão a existência de algum indicador. O grande problema que se tem hoje é que as bases de dados para essas ação é uma base nacional, não há como o Estado assumir para si a função de criar um sistema de informação que permita fazer esse acompanhamento, precisa-se que o sistema SIASUS permita identificar questões mais detalhadas em relação ao atendimento da pessoa com deficiência e isso foi o motivo da alteração da proposta do indicador porque conseguiram identificar serviços, mais pelo sistema esta identificando a situação de cada nascido vivo. Com relação a indicadores de resultados na parte assistencial, uma das ações que esta sendo feita no conjunto das ações do programa HOSPSUS, é o fato de que os consórcios assumam o compromisso de implantar equipes multidisciplinares para atenção a pessoa com deficiência, registro que esta no primeiro indicador. Sobre a ampliação dos serviços ambulatoriais das unidades próprias, diz que na diretriz nove há

indicativos de aumento de serviços ambulatórias e hospitalares, não só deste hospital mais também de outros hospitais, de qualquer forma uma tarefa importante dessa comissão a identificação de metas e indicadores, mais lembrou que todo indicador para poder ser utilizado tem que ser validado, então mesmo que se defina a partir de uma ação uma meta que possa ser muito bem definida e a partir daí um indicador, terá que aplicar isso num processo de validação, porque as vezes pela base de informações que se tem pode existir essa informação disponível somente nas grandes cidades. **Ely (UEM)** passou para diretriz quatro. **Elaine (SindSaúde)** no item sete "construção, estruturação e apoio ao custeio para o funcionamento de centros" diz lembrar que no PES falava que deveria estar instalado o cascavel e piraquara, pediu esclarecimento, porque ate agora não tinha nenhum CETRADE funcionamento, se esse ano entrara em funcionamento o de Cascavel ou os dois, Piraquara e Cascavel, para poder entender as ações a serem desenvolvidas. Outra ação que diz que a SESA deveria fazer, que é um debate bastante complicado, é que propõe que seja um acréscimo de ação, estimular que os hospitais conveniados ao SUS aumente a oferta de leitos para saúde mental nos hospitais gerais, porque nunca se trabalhou exatamente o dado de quantos hospitais gerais ofertam o que a lei da reforma psiquiatra determina, se estiver equivocada e existir leito de saúde mental no Paraná em todos os hospitais próprios ou nos conveniados, diz retirar a proposta, se não acha que é uma evolução que se precisa pensar, porque se estão falando de CAPs, de Serviços de Acolhimento, tem que se pensar no nível hospitalar, não que seja a favor da hospitalização, mais acha que tem que estar contemplado também. E diz que quando em vários momentos na rede de urgência e emergência, na rede mãe paranaense, diz ter falado de colocar um item mais claro sobre avaliação e monitoramento do que esta sendo feito, nessa diretriz esta sendo colocada o item nove é avaliação e monitoramento da rede de atenção a saúde mental, coisa que sentiu falta nos outros itens. Em termos de meta anual, o governo anterior diz que tinha aumentando a cobertura dos CAPS e queria entender melhor essa meta colocada. **Márcia (SESA)** com relação aos CETRAD, a obra de cascavel esta em fase final, e já foi discutido o termo de cooperação e a previsão é que em sessenta dias a obra esteja finalizada. A obra de Piraquara já foi licitada e esta em reforma, até o final de dois mil e treze tem-se a meta de que esses dois serviços estejam em funcionamento. Em relação aos leitos em hospitais gerais, faz parte de toda a estruturação da rede de saúde mental a discussão de leitos em hospital geral, existe uma portaria que o ministério em dois mil e onze regulamentou toda a organização desses leitos e estabelece um leito por vinte e três mil habitantes, então esses critérios têm que ser respeitados. A cobertura de CAPS, quando assumiram o governo do Paraná existiam noventa CAPS e hoje existem cento e dois CAPS, então tem que se ampliar muito isso porque esta se vivendo a epidemia do crack e das drogas, que tem levado ao aumento de demanda do tratamento desses usuários. Muitas vezes o usuário de drogas desencadeia em uma doença mental, por isso tem se trabalhado uma ampliação desse tratamento e foi aprovado no CES a proposta de ampliação de um CAPS álcool e drogas nas regiões do estado do Paraná, para dar conta dessa epidemia. **Ely (UEM)** diretriz cinco – ampliação da rede de atenção a pessoa idosa. **Denise (UEL)** na comissão de acesso ao SUS foi feita uma discussão bem ampla, é a diretriz que tem apenas dois indicadores com duas metas, sendo que um dos indicadores e meta esta sendo proposta retirada até porque considerar que taxa de internação por fratura de fêmur, é complicado julgar que isso é indicador de qualidade de atenção a saúde do idoso, foi apresentado a justificativa e o que a comissão colocou foi que concordam com a alteração e igualmente a diretriz três, foi organizada uma subcomissão composta por Mariana (ministério da saúde), Denise (HU Londrina), Gisela (CREFITO), Manoel (SINDNAP) e Rosania (IBDA), para apresentar proposta de indicador e meta, não só nesta diretriz como na diretriz três, porque se acredita que possa ter um avanço com relação a essa diretriz, apresentaram algumas propostas na reunião e pediram a participação da SESA, colocando que quando se propõe é possível ou não se levantar dados, de maneira geral aprovar a proposta apresentada pela SESA e solicitar que sejam colocados destaque de que a comissão esta se comprometendo a apresentar novos indicadores. **Manoel (Sindnapi)** foi discutido também sobre o tempo se internamento do idoso, pode-se justificar que o indicador não é realmente eficiente em medir a qualidade de vida ou a assistência prestada para pessoa idosa, mantendo a proposta de se construir novos indicadores, que permitam avaliar as condições de saúde da população idosa. **Elaine (SindSaúde)** no item dois esta "formação de profissionais da rede publica nas áreas de geriatria e gerontologia", gostaria de saber o que a SESA vai fazer em relação a esse processo, se será feito pela Escola de Saúde Pública. Diz concordar com a revisão dos indicadores, porque quando leu essa programação pensou que se existe um investimento conforme o colocado, tanto nos Núcleos de Atenção a Família, quanto nos Centros de Atenção Especializada (item nove), então porque não se coloca isso como indicador? Se a comissão vai pensar em rever indicador, que estes sejam a partir de serviços instalados no Centro de Atenção Especializada ou criar um indicador de Avaliação de Trabalho do PSF, na linha da promoção de Saúde. Diz que existe a necessidade de se colocar indicadores mais adequados para o que esta colocado como dez ações a serem desenvolvidas. **Denise (UEL)** o que começou a se trabalhar e que a SESA ficou de verificar foi uma maneira de verificar se esta acontecendo isso, do PSF e da Atenção Primária trabalhar talvez com internação por causa sensível a atenção primaria e por faixa etária, mais ainda vai ser feita a verificação, então e intenção é trabalhar com indicador mensurável e que seja também de resultado. **Ely (UEM)** passou para a Diretriz seis – Programa de Qualificação da Atenção Primária a Saúde – APSUS. **Denise (UEL)** essa diretriz foi aprovada na Comissão de Assistência e Acesso ao SUS, pediu destaque no que diz respeito cobertura populacional pelas equipes de atenção primaria e equipes de saúde bucal, que nesse ano já

se superou o proposto no PES e que se espera no PAS de dois mil e quatorze que se evolua um pouco. Destacou também a inclusão de uma nova meta que não estava proposta **(F16)** que é a realização de mamografias e solicita uma alteração na meta com relação a exames cito patológicos de colo de útero, a proposta que esta apresentada é zero vírgula sessenta e três e propôs que fosse zero vírgula sessenta e cinco. **Ely (UEM)** diretriz sete – melhoria do acesso e do cuidado das comunidades vulneráveis. **Denise (UEL)** o que foi discutido na comissão de Acesso ao SUS é destacar a meta relacionada as comunidades quilombolas, sendo que foi feito o encaminhamento que é importante entender qual o mecanismo de acompanhamento das ações que estão sendo implantadas nessas comunidades quilombolas. Foi negociado com a SESA para apresentar o mecanismo de acompanhamento dessas ações. A meta "implantação de protocolo de investigação de mortalidade materna e infantil em áreas indígenas" foi questionado e solicitado que esclarecessem como se acompanha a implantação desse protocolo nas comunidades. **Elaine (SindSaúde)** nas ações do item cinco, fala da manutenção do diagnostico precoce de anemia falciforme, pergunta se somente essa manutenção é suficiente? Também se não é necessário estruturar uma rede de referencia para o acompanhamento de anemia falciforme, porque diz lembrar que muitas vezes se teve na hora de uma situação emergencial de anemia falciforme não tinha um assistência especializada, não se sabia como atender, diz que acha que o caso de dentro das ações sendo desenvolvido pensar e implementar um serviço, ter uma rede de referencia para o atendimento a anemia falciforme. Em relação a população indígena, diz ter lido um estudo sobre o uso de drogas entre a população indígena, e gostaria de saber se a SESA tem pensado em algo para atender essa necessidade. **Denise (UEL)** com relação a manutenção do diagnostico precoce ele é feito pelo teste do pezinho, como já esta pontuado que atinge cem por cento, não da para ultrapassar mais. **Heliana (Rede de Mulheres Negras)** o teste do pezinho é feito em todas as crianças, diz que isso é de suma importância, pois grande parte de população é afro descendente e que a doença falciforme pode ser no futuro uma grande preocupação para a saúde. **Márcia (SESA)** hoje já foi ampliado o teste do pezinho e são diagnosticados sete doenças através dele, o qual é realizado em cem por cento dos nascidos vivos no Paraná e esta sendo ampliado o diagnostico através do teste. Estão, em parceria com a FEP, implantado a partir do mês de maio para cem por cento das gestantes a Eletroforese de Hemoglobina. Na questão do ambulatório, hoje se tem ambulatório para todas essas doenças em parceria com a FEP, o que esta sendo trabalhado desde o ano passado também com a FEP o Centro Mãe Paranaense, que é o centro especializado ambulatorial para gestante e criança de risco. A FEP irá começar a migrar esse serviço para outras cidades porque hoje essas mãe tem que se deslocar para Curitiba para ter esse atendimento. Com relação às comunidades quilombolas, existem no Paraná dezoito municípios que possuem comunidade quilombola e a SESA tem um incentivo Estadual para esses municípios, para poder apoiar, porque são comunidades distantes e mais isoladas. Aponta um erro na PAS e pede para corrigir que na pagina dezessete, não são quinhentos mil e sim oitocentos mil, que é um valor repassado a esses municípios mensalmente para apoiar a estruturação de equipes para melhorar o acesso e o atendimento dessas comunidades. Esses municípios têm com a SESA um plano de trabalho que pode ser apresentado às ações a serem desenvolvidas para essas comunidades trabalharem esse acesso e a equipe de saúde com essas comunidades. Com relação aos indígenas no inicio desse ano foi apresentado no CES sobre o atendimento das populações indígenas, por definição federal o atendimento a população indígena foi criado um sistema a parte de SUS, que é o Sistema de Atenção as Populações Indígenas, que não é de responsabilidade do Gestor Estadual e Municipal, porem o Paraná não entende dessa forma e procuraram o Ministério da Saúde de representação do Paraná, porque grande parte da mortalidade infantil é de população indígena e não se pode fechar os olhos para essa questão embora não seja de responsabilidade nem do Governo do Estado nem do Município, conversaram também com a SESAI, e fizeram uma parceria no sentido de se trabalhar toda a capacitação desses profissionais que atuam e que são contratados pela SESAI para atuar nas aldeias para trabalhar os protocolos de atenção a gestante e a criança e toda a atenção a essa população, e trabalhar também a investigação desses órgãos, porque existem questões culturais dessas tribos. Diz que realmente houve um grande aumento no uso em especial de álcool e que também esta sendo trabalho, junto com a ABEN, foram feitas capacitações dos profissionais que atuam com essa população no ano passado na região de Guarapuava e Palmas, e na região de Londrina, e ainda estão sendo realizadas essas capacitações. **Mãe Omin (Rede de Mulheres Negras)** diz estarem lutando através do grupo de trabalho de Londrina e da SESA, para que o retorno desses testes de pezinho sejam mais rápidos, porque algumas vezes em Londrina, com a demora do retorno a criança já morria. Diz que na criança e no adolescente existe a falta de cuidado, ainda não conseguiu um mapeamento de dados da doença para que se possa fazer um acompanhamento dessa doença. Quanto à questão do incentivo para as comunidades quilombolas, gostaria de sabe se as comunidades estão recebendo esse incentivo porque receberam denuncias na Rede de Mulheres Negras. **Márcia (SESA)** diz que quanto ao repasse podem ate encaminhar a lista, porque o repasse é feito mensal ao município, mais ele vai para o fundo municipal de saúde, então cabe ao Gestor Municipal e ao Conselho Municipal de Saúde fiscalizar essas ações. **Livaldo (MOPS)** relatou o fato ocorrido com uma negra no dia da coleta de assinaturas do movimento Saúde +10 que acabou falecendo devido à doença falciforme, e diz apoiar a luta que estão tento em relação à doença. **Denise (UEL)** diz que o HU é um dos únicos hospitais e o mais antigo que tem um laboratório que trabalha com hemoglobinopatias, diz que esta sendo solicitado que fosse aceito a avaliação que é feita por lá e não fosse

necessário o paciente se deslocar para Curitiba, e que os resultados seriam transmitidos para que se possa ter o conjunto de dados do Estado, diz que esses dados já são levantados no próprio hospital e estão querendo implantar esse ambulatório dentro do Hemocentro para que fosse um laboratório aberto a toda a cidade de Londrina, relata que muitas vezes é complicado para as pessoas se deslocarem para Curitiba por causa da preocupação com os gastos. **Mãe Omin (Rede de Mulheres Negras)** diz que é uma luta grande da Rede de Mulheres Negras e do GT de londrina um apoio, um projeto, para ampliação desse ambulatório, e pede também o apoio da SESA para essa ampliação, porque se tiverem que deslocar essas crianças para Curitiba ela não volta, pois as crianças menores muitas vezes vêm a falecer. **Tieme (COSEMS)** colocou uma sugestão de encaminhamento em relação às denúncias do mau uso do dinheiro que está destinado a uma determinada finalidade e nem sempre ela esta sendo utilizada. Enquanto representante dos municípios sugeriu que nessas situações que as denuncias sejam registradas nas ouvidorias, **(F17)** porque assim você formaliza a denuncia e tem como se fazer o encaminhamento adequado. Enquanto COSEMS diz que em muitas situações existem municípios cujo gestor não sabe que esse dinheiro esta disponível para essa finalidade, para determinadas ações, o que se tem encontrado no campo da Gestão é uma deficiência enorme principalmente no financiamento da Gestão do recurso publico, muitas vezes esse dinheiro já chegou e o gestor nem sabe que chegou, porque nem sempre ele tem o acesso direto, por que o financeiro esta todo localizado na prefeitura não esta na saúde, a gestão da saúde necessariamente não tem essa autonomia e nem o conhecimento para ir buscar no seu próprio fundo esses recursos. **Ely (UEM)** diretriz oito – fortalecimento do desenvolvimento regional da atenção a saúde. **Elaine (SindSaúde)** como essa diretriz trabalha bastante com a questão dos Centros de Especialidades Regionais que é uma parceria da SESA com o consorcio intermunicipal de saúde, lembrando que a um mês atrás foi discutido no CES o CONSUS, e que a Marise disse que estava assumindo esse programa e que não havia ainda um processo instalado de avaliação e monitoramento do CONSUS, propõe que seja acrescentado uma ação que é a implantação de um processo de avaliação e monitoramento dos Consórcios integrantes do CONSUS e também do aumento da qualificação da atenção a saúde com a criação dos Centros Regionais de Especialidades. Não sabe se isso pode ser feito em uma só ação ou se divide em duas. **Lilian (Núcleo de descentralização do SUS)** diz que em relação ao monitoramento tiveram uma reunião com todos os consórcios então onde já foi implantado, estão na fase de que as regionais estão fazendo essa avaliação para que depois retorne e então faça a comissão estadual. **Elaine (SindSaúde)** depois da fala da Lilian parece ainda mais uma coisa para estar posta na PAS, já que já foi deflagrado e a Lilian trouxe mais um elemento dizendo que vão ser criadas comissões. **Denise (UEL)** diz que essa diretriz foi avaliada pela Comissão de Assistência e Acesso ao SUS, foram aprovadas às metas e indicadores sem ressalvas. **Tieme (COSEMS)** a título de informação, o COSEMS tem tido assento em todos os grupos condutores e comitês estaduais dos programas estratégicos da SESA e da mesma forma que se tem composto os grupos condutores estaduais da rede Mãe Paranaense, e dos outros programas estratégicos, da mesma forma tem a expectativa de que no CONSUS esse grupo condutor se constitua e tenha como uma de suas atribuições o acompanhamento da implementação e da execução dos recursos repassados e acompanhado dessa forma os resultados. **Rene (SESA)** esclareceu que o CONSUS é um programa que a exemplo do APSUS que tem aqueles três componentes, custeio, investimento e capacitação. A exemplo do APSUS e do HOSPSUS também foi pensado no sentido de ter mecanismo de acompanhamento e avaliação, com um olhar regional e um estadual e sempre com a participação da representação do controle social. O CONSUS tem uma serie de elementos de compromissos e os centrais são, por exemplo, na implantação de serviços de atenção especializada em todos os consórcios voltados essencialmente para gestação de alto risco e a questão de atendimento, por exemplo, na área de saúde mental e outras áreas. O CONSUS representa que ao fazer aquele repasse, por exemplo, todos os consórcios que receberem esse rapasse estão assumindo um compromisso de colocar um cento mãe paranaense para questão de atendimento da gestação de alto risco, que foi o que foi colocado anteriormente. O centro de especialidades que foi colocado e que não foi feita nenhuma intervenção, ele já é um investimento além desse, é um investimento de estruturação física, de mudança de modelo assistencial, com outra lógica de atendimento. Com isso o Estado esta buscando reorganizar a assistência especializada para que ela tenha um padrão estadual, que isso na dependa daquilo que a capacidade do consórcio A, B, C ou D oferecer, que padrão é esse? Acesso a consultas, exames especializados, cirurgias ambulatoriais eletivas, num mesmo lugar e de preferência se possível no mesmo dia, porque a grande parte das reclamações dos usuários do SUS hoje é a demora para conseguir agendar o atendimento e a demora para ser atendido, diz que precisam superar isso e garantir nas regiões a capacidade, principalmente na parte especializada. Nos centros de especialidades, tem-se dois centros de especialidades já sendo construídos no Estado do Paraná, um em Toledo e outro em Pato Branco, e ai que pode-se ver que uma das metas para esse ano é colocar esses centros de especialidades em funcionamento. Já tem no orçamento desse ano, e vão desenvolver orçamentariamente para mais sete centros de especialidades esse ano, como já foi apresentado no CES, perfazendo a possibilidade de chegar até dois mil e quatorze com metade das regiões cobertas pelos centros de especialidades com essa modalidade de atendimento, e isso significa que estarão trabalhando outra lógica de modelo assistencial que não vê o acesso especializado somente focado ao acesso a consulta especializada, porque muitas vezes a pessoa vai a um medico especialista e precisa fazer um exame especializado que não pode ser feito no mesmo lugar e no mesmo dia,

então com esse redesenho vão ser vistas metas que foram estabelecidas e paralelas a isso a implantação de um sistema estadual de transporte sanitário, que é justamente para garantir o acesso das pessoas em uma determinada região, em que se tem um fluxo de transporte sanitário através de ônibus ou microônibus, que aquelas pessoas possam ser pegas em seus municípios e serem levadas para sede desse centro de especialidades e poderem receber o atendimento. Então a partir desse ano terão mudanças significativas no atendimento de média complexidade que é um grande vazio assistencial, não só no Paraná, mas também no Brasil. Em relação às regionais, mantendo o trabalho de reestruturação também dos espaços administrativos. **Ely (UEM)** Diretriz nove – Estruturação dos Recursos Próprios. **Denise (UEL)** nessa diretriz a Comissão de Assistência e Acesso ao SUS fez algumas colocações mais direcionadas a rede de hemoterapia que já foram esclarecidas com o Paulo Almeida e com relação às demais metas e indicadores não teve nenhuma observação, então estaria aprovada a diretriz sem ressalvas. **Elaine (SindSaúde)** quando fez uma proposta na diretriz um, sobre a questão de parto humanizado nos hospitais próprios, o Dr. Rene falou que esse assunto poderia ser debatido nessa diretriz, volta a lembrar que tem vários hospitais que tem maternidade e que hoje tem dificuldade para criar uma forma de atendimento que cumpra os critérios de parto humanizado, lembra isso porque é um assunto que não pode estar só para quem é prestador, tem que estar também para o gestor público. Além disso, gostaria de pedir esclarecimento do porque está colocada genericamente à reestruturação das áreas físicas, está colocada especificamente a conclusão da obra do hospital de Telêmaco Borba, mais ai se comparar com a lei orçamentária de dois mil e treze, tem-se a questão de uma modificação no Hospital Zona Norte, com novo espaço para almoxarifado e manutenção, e obra de UTI, isso não esta posto na PAS por quê? Diz perguntar isso porque nas ações têm sete ações, as metas esta em numero maior, fala da construção do LACEN, da construção da Unidade de Coleta e Transfusão de varias unidades e não fala do Hospital Zona Norte e considerando essa demanda de UTI, gostaria de esclarecimento. Outra questão que na diretriz da pessoa com deficiência, levantou a questão (na pagina cinco da PAS), que no item dez da diretriz três, tem ampliar o acesso para atendimento hospitalar e ambulatorial do Centro Hospitalar de Reabilitação, já que o Centro de Reabilitação é uma unidade própria, que o Gestor explique se é demais colocar isso na PAS o que estava sendo levantado na outra diretriz? Fora isso se tem várias unidades em processo de reforma um tanto conturbado, como é a situação do Hospital Regional São Sebastião da Lapa, que é uma reforma da área de tisiologia masculina, que houve problemas, pois quem ganhou a obra não tinha estrutura para realizar a obra e a obra esta parada, o que prejudica o atendimento das crianças da Lapa, porque a pediatria foi fechada para dar lugar à tisiologia feminina. Sobre o hospital de Ponta Grossa, que também houve o ingresso de duzentos servidores agora e que também deveria estar colocado na PAS como o aumento da disponibilização de leitos do Hospital Regional de Ponta Grossa. Pergunta o porquê que alguns assuntos de problemas que existem nas unidades próprias poderiam estar considerados na PAS e não estão colocados. **Rene (SESA)** diz que não foi esquecido, que foi uma opção metodológica, que buscaram acompanhar o conjunto de ações que estava descrito no PES, se pegar o PES praticamente essas ações que estão descritas são as ações do Plano. Lembrou que no caso numero um, na verdade tem uma especificidade no contexto inclusive do orçamento. E no item cinco, tem uma amplitude que não passa só pelos hospitais, que passa por todas as unidades da Secretária de Estado da Saúde que tem algum tipo de atendimento, tanto que pode ser visto, por exemplo, que não foram colocados no descritivo da ação, ações relacionadas especificamente ao CPPI ou ao LACEN, quando foram relacionadas às ações as metas é porque essas metas já apareciam no PES, então por uma questão metodológica foi entendido que tinham que estabelecer uma relação entre ação e meta. Lembrou de uma situação especifica, que é a implantação de um programa voltado a qualidade e estruturação das unidades próprias do Governo do Estado do Paraná, contempla todas as ações de investimento dos hospitais próprios. Diz que então entenderam que quando colocaram na meta dois, implantar o programa de estruturação dos hospitais próprios do estado do Paraná com recurso para investimento, custeio e capacitação de todas as unidades próprias dos hospitais universitários, estão contemplando tudo que está previsto no orçamento de dois mil e treze, como tudo que vai vir a ser previsto no orçamento de dois mil e quatorze. Diz não ver problema nenhum de incluir a ação citada pela Elaine em relação ao parto humanizado, porque ela vem realmente de acordo com o perfil de cada hospital, a ser necessária para qualificação dos hospitais, mais foi uma opção metodológica, porque se tivessem que incluir na PAS, teriam que incluir todo o programa de obras, o que diz não ver problemas se for de entendimento desse Conselho, de que anexem à diretriz nove todo o conjunto que esta previsto de investimentos, porque já foi entregue ao CES, então todo o conjunto de investimentos no sentido de capital para os hospitais, da SESA ou da Secretaria da Ciência e da Tecnologia, que componha dentro da PAS esse descritivo que facilitaria o entendimento, porque a idéia basicamente é essa. **Charles London (SESA)** complementou a questão da sistemática dos leitos, que em momento nenhum foi utilizado esse critério sobre aumento de leitos, mais ele está indiretamente relacionado, ou diretamente relacionado, com o aumento da produtividade que esta como meta o "aumento da produção dos indicadores ambulatoriais e de internamento", então uma coisa anda junto com a outra. **Elaine (SindSaúde)** disse que parte dos hospitais da SESA tem convênios com outras entidades, então é uma parceria, tem um contrato. Propôs uma ação a ser desenvolvida que é a implantação de um processo de monitoramento e avaliação dos hospitais próprios que mantêm convênios com outras entidades. Vários dos hospitais são gerenciados diretamente pela SESA e parte pela SESA e conselho diretor com as outras entidades conveniadas, diz que se

esse processo já existe não é de conhecimento do CES, existe um conselho diretor, o que ele avalia, se ele avalia, não é de conhecimento. **Rene (SESA)** diz discordar de uma palavra, que não vai ser implantado porque ele já existe, a figura do conselho diretor é justamente ter esse papel, se colocar manutenção do processo ou alguma coisa assim, porque se colocar implantação parece que não existe controle, não existe monitoramento. O processo de monitoramento e avaliação se deu porque a avaliação dessas parcerias é por resultado, então no relatório de gestão foram dez, quinze, dezoito paginas, a maior parte do Relatório de Gestão é avaliação de resultados desses hospitais. Tem que ficar claro que esse processo de monitoramento existe, não há dificuldade nenhuma de acrescentar essa ação de continuidade. **Ely (UEM)** passou para a Diretriz dez. **(F18) Denise (UEL)** na Comissão de Acesso ao SUS foi discutida essa diretriz e não houve ressalva. **Ely (UEM)** passou para a Diretriz onze. **Denise (UEL)** também foi discutida na Comissão de Assistência e Acesso ao SUS e aprovada sem ressalva. **Ely (UEM)** passou para a diretriz doze. **Leite (SINDPREVS)** diz que essa diretriz foi feita junto com a Comissão de Vigilância em Saúde e a Comissão de DST/AIDS, pela de Vigilância foi feita a apresentação e foi aprovada. **Osório (CMP)** não foi identificado nessa diretriz com relação ao Centro de Zoonoses, que o deputado Traiano viabilizou em torno de um vírgula cinco mil para implantação de um centro de zoonoses, mais não aparece nada na PAS e nem no Plano Municipal de Francisco Beltrão e no orçamento desse ano. Segundo a imprensa diz que já havia um plano sendo trabalhado a dois anos, mas como não tinha nada no orçamento do município o prefeito não aceitou esse recurso, daí Pato Branco disse que já que Beltrão não quer Pato Branco quer. O recurso esta liberado, deve estar voltando para o Estado, mais gostaria de saber onde se encaixa isso na PAS, e pelo que estavam vendo no PES dois mil e quinze, consta alguma coisa sobre zoonoses, mais também não tem metas e no PAS não tem nada nesse sentido. **Ivana (SESA)** diz que os centros de zoonoses estão ainda em discussão no CONAS e ainda não esta finalizada essa discussão e não foi publicada essa portaria, então existe um empecilho para poder definir quais são as atribuições de uma UVZ, e ai a construção dele depois pode esbarrar em algumas situações, então por isso não tinha nada previsto quanto a construção dos centros de zoonoses no Estado, eles são muito importantes nesse contexto e até tem uma discussão muito grande em cima da legislação estadual com relação a eutanásia, e que ela envolve não os centros de zoonoses, mais sim algum Gestor Estadual ou Municipal que vão ter a incumbência de recolher os animais e fazer a manutenção para adoção, então essas situações ainda estão em discussão, principalmente a questão das zoonoses e por isso não estão determinados como obras a serem executadas. **Osório (CMP)** pergunta o porque então que esse recurso foi liberado através desse deputado para Francisco Beltrão. Gostaria de esclarecimento, porque provavelmente esse assunto esta em pauta na reunião do Conselho Municipal de Saúde de Francisco Beltrão. **Ivana (SESA)** diz que a minuta dessa portaria está em discussão no CONAS, mais uma das grandes discussões que existem dentro da discussão do Centro de Zoonoses são as atribuições que não são apenas da saúde, porque não se pode usar recurso de saúde para outras ações de outras esferas do Estado ou do Município que seriam, desde a parte da agricultura, do transito, de gestão municipal que não competem ao setor saúde, porque recolher animais de rua para adoção não é uma questão de um Centro de Zoonoses, a discussão esta muito grande em cima da questão de que o que é de zoonoses é o que trás risco para a saúde da população, então é nesse sentindo que existe a construção e a intervenção dentro de uma obra de uma unidade de vigilância de zoonoses, ela até vai mudar de nome, vai ser chamada de Unidade de Vigilância de Zoonoses, então essas UVZ vão ter uma ação especifica para o atendimento do risco à saúde humana e vai ser estabelecido através dessa portaria o que vai ser atribuição dos órgãos de transito, de meio ambiente e outras, que também tem parceria no recolhimento de animais que estão soltos em vias públicas ou pela cidade, e no recolhimento e manutenção desses cães e trabalho de divulgação para adoção, que isso não é uma atribuição do setor saúde e essa portaria vai definir isso desta forma. Então se pensa em construir uma unidade de vigilância de zoonoses, com estrutura para manutenção de cães para adoção, ela vai set um recurso que vai ser investido em uma coisa que não é atribuição da saúde, tem que ver se esse recurso era realmente dirigido como uma fonte de recurso da saúde. **Nilson (Sindifar)** a Comissão de Saúde do Trabalhador aprovou a meta sem problemas, e lembrou sobre o ciclo de debates sobre a saúde do trabalhador. **Moacir (ministério da saúde)** em relação ao Cetro de Controle de Zoonoses diz que o conceito de proteção animal e de controle de zoonoses é diferente, a saúde pública tem que fazer o controle de doenças transmitidas pó animais e a proteção animal, toda sua legislação está voltada para o meio ambiente, então foram anos de luta e conseguiram passar muitas dessas atribuições para Secretaria Municipal de Meio Ambiente, que é a questão da proteção animal e muitas pessoas entendem o centro de zoonoses como a carrocinha, que captura e extermina, e isso hoje é completamente proibido por lei, hoje um gestor que faça isso vai ser preso porque isso é crime ambiental. Então se o Gestor Municipal não aceitou é porque ele não iria saber nem o que fazer com esse centro e o centro de controle de zoonoses não é só a questão da construção, a manutenção é muita cara, então se não vai investir no local, não tem que ir para outro município também. O município que pleitear o Centro de Controle de Zoonoses tem que ter bem claro se quer fazer controle de zoonoses ou proteção animal, e daí distribuir as tarefas. **Elaine (SindSaúde)**diz que em uma das últimas metas que fala dos laboratórios de água, e nas ações diz que só tem uma coisa genérica que ela subentende que a SESA tem vários laboratórios de água e na PAS só diz “implantação e implementação da rede estadual de laboratórios de saúde pública”, quando é feita essa descrição, também foi uma opção metodológica de não estar nominando os laboratórios? A segunda questão é em relação à saúde do

trabalhador. Nos últimos anos tem-se visto que um dos principais problemas de saúde pública, inclusive de morte, é decorrente do ambiente e da condição de trabalho, e aí se vêem duas ou três ações sendo desenvolvidas na área de saúde do trabalhador, e apenas uma meta e um indicador nesse item, que o indicador é "percentual de notificações de agravos de doenças em saúde do trabalhador" e a meta "ampliar as notificações de agravos de doenças em saúde do trabalhador em dez por cento", diz que isso preocupa porque sabe que tem um plano estadual de saúde do trabalhador, e pensa se esse é o indicador mais importante para esta na PAS ou o único para estar, ate porque a rede de saúde do trabalhador, os CEST e os CEREST, dentro da SESA, eles não tem uma equipe bem formada, como o exemplo de Maringá. Outra preocupação é com relação a cura de hanseníase, "curar noventa por cento dos casos diagnosticados de hanseníase, entre os casos novos diagnosticados no ano do corte" então gostaria de entender melhor o porque a cura é somente de noventa por cento. Diz que tem mais algumas preocupações por ser uma área tão importante e de uma extensão muito grande, mais não irá mais se estender. **Moacir (Ministério da Saúde)** quanto a hanseníase, diz que foi feito ano passado pelo Ministério da Saúde, através de DENASUS, uma auditória em todo o país, em Curitiba, em um mostra de Unidades de Saúde, só hanseníase, a meta de noventa por cento é até audaciosa, a meta do Ministério da Saúde é bem menor, isso porque tem aquele paciente morador de rua que você não localiza porque tem o tratamento supervisionado que não consegue fazer, tem a questão do paciente que interrompe e fica resistente ao tratamento, então realmente a meta da Secretaria Estadual de Saúde é até mais alta que a própria meta do Ministério da Saúde, porque realmente não se faz cem por cento. **Rene (SESA)** diz que ficou um pouco preocupado com a meta, mas em um sentido diferente do da Elaine, diz que o pessoal esta realmente ousando, é preciso realmente fazer esse tipo de busca, sabem que a meta nacional e as metas que se colocam em relação a essa questão, que não é só em relação a hanseníase, mais também com relação a tuberculose, elas são elementos que mostram, claro que se tem que ousar, mais diz saber o grau de dificuldade que é em função de tudo o que acabaram de relatar. **Lucio (CEREST)** a questão do indicador, que se fala em aumento de dez por cento, esse indicador tem um olhar bastante amplo, quando você trabalha para aumentar a notificação, você está a acessibilidade das unidades de saúde no sentido de enxergar os agravos na saúde do trabalhador, e daí você trabalha no processo de qualificação da atenção. Se você notifica, você enxerga, se você enxerga você investiga, se você investiga você intervém necessariamente no ambiente de trabalho para que isso de fato vá diminuindo ou não aconteça de forma alguma, então esse indicador ele atende sobre vários olhares sobre aquelas diretrizes postas na política de saúde do trabalhador que vai desde a questão da organização do fluxo e da qualificação da assistência, da questão da melhoria da epidemiologia no sentido de analise e investigação e também no sentido de você prover para que isso aconteça no eixo da educação permanente e também na melhoria dos ambientes de trabalho, dessa forma, embora seja um indicador, entende que esse indicador remete a olhar a política como um todo. Inclusive na reunião da CIST, em que teve a oportunidade de discutir, no item que fala de ação e implementação da política integral de saúde do trabalhador, as varias ações que isso remete a trabalhar, e foi discutida uma por uma, passando por todas as diretrizes da política. **Ely (UEM)** para encaminhamento diz que ainda tem a comissão de Educação permanente, então terminando a fala da Cleide, encerram as respostas da diretriz doze e para a discussão da PAS e se der tempo retorna ainda hoje, se não ficara para próxima reunião. **Cleide (SESA)** com relação ao questionamento sobre a taxa de cura em tuberculose, hoje a proposta é para que chegue a oitenta e cinco por cento, tanto para tuberculose quanto para hanseníase. Noventa por cento é uma taxa extremamente ousada, no ano passado foi fechado com oitenta e dois por cento na tuberculose e na hanseníase quase oitenta e oito por cento. Não é uma meta que se consegue atingir somente com ação educativa. **Ivana (SESA)** com relação aos laboratórios de água, a meta que foi colocada do aumento de cinco por cento das analises de água e uma meta nacional que já tem que cumpri-la obrigatoriamente. O que se tem com relação aos laboratórios regionais é que eles estão previstos adequação junto com a reestruturação das regionais de saúde. Esse aumento de cinco por cento é referente às analises feitas pelo LACEN e dos convênios que a SESA tem com as Universidades que prestam serviços para SESA. **Irene (FESMUC)** solicitou que a diretriz treze ficasse para a próxima reunião devido falta de informações ontem na reunião da comissão de RH. **Ely (UEM)** passou para a Comissão de Educação Permanente. **Rosalina (ASSEMPA)** depois de quase dois anos de trabalho da Comissão de Educação Permanente **(F19),** com o apoio da Escola de Saúde Pública e uma comissão menor, conseguiram terminar o projeto de capacitação de conselheiros municipais do estado do Paraná, então a Regina Gil irá apresentar primeiramente uma proposta do Quali-conselho e depois a proposta da capacitação dos Conselheiros. **Regina Gil (ESPP)** em relação a proposta de capacitação esclareceu que ano passo foi iniciado o processo de discussão na Comissão, junto com a questão do planejamento, que foi priorizado e foi formado uma sub comissão. No meio desse processo foram convidados para participar de um processo nacional de capacitação, chamado Quali-conselhos, financiado pelo Ministério da Saúde, em conjunto com a Escola Nacional de Saúde Pública, e uma proposta bastante participativa. Então foi discutido isso na comissão e foi aderido a essa proposta, a partir daí essa proposta foi reformulada e redesenhada, que tem uma logística bastante grande. Como essa discussão foi ganhando peso nacionais e muitas discussões, foi deixado o Quali-conselhos e foi retomado a capacitação estadual, e agora as duas estão prontas e iram acontecer quase na mesma época. Sobre o Quali-conselhos, ele passou de um curso inicialmente proposto, para um processo de sensibilização de oitenta horas, totalmente a distância, e para que

ele fosse oferecido o critério de inclusão era que os conselheiros se inscrevessem aqueles que já tivessem uma iniciação ou um domínio de informática, as Escolas de Saúde Pública foram escolhidas como apoiadores desse processo. O custo dessa capacitação é todo subsidiado pela Escola Nacional de Saúde Pública com um recurso federal. O lançamento nacional será no dia treze de maio e o do Estadual será no dia onze de maio. Iram acontecer em vinte turmas e por macrorregional. Passou para apresentação do Pré-projeto da Capacitação dos Conselheiros Estaduais. Após termino da apresentação passou para esclarecimentos e para aprovação. **Rosalina (ASSEMPA)** esclareceu sobre o porquê a comissão resolveu trabalhar com essas oito regionais. Quando a comissão sentou para trabalhar com o projeto não sabia de fato a quantidade de conselheiros no estado. Então foi encaminhado oficio para todas as regionais solicitando o numero de conselheiro e a lei que criou o conselho municipal. E essas oito regionais foram as únicas que responderam em prazo para o fechamento do projeto, então foi adotado como critério os que atenderam o chamado primeiramente, mais o projeto irá até dois mil e dezesseis, para capacitar todos os conselheiros municipais. Colocou que esse projeto também foi elaborado em resposta as solicitações da Conferência Estadual de Saúde e agradeceu a toda a equipe que trabalhou nesse projeto. **Ely (UEM)** passou para votação referente a aprovação do Pré-projeto. Aprovada a proposta. Parabenizou a equipe que elaborou o projeto. **Rosalina (ASSEMPA)** disse que o caderno dos conselheiros vai ser elaborado coletivamente, e pediu para que os Conselheiros contribuíssem na elaboração do mesmo, **(F20)** e que encaminhem até a próxima reunião, em maio, sua contribuição. **Ely (UEM)** passa agora para os Informes. Cleide **(Vigilância em Saúde da SESA)** informa que se tem uma meta de vacinar dois milhões e quatrocentos mil pessoas no Estado do Paraná, dos grupos priorizados. E vacinou-se até a data de hoje, com dados das quinze horas, sessenta e sete por cento dessa população, então quase um milhão e meio. Dos grupos priorizados, os de comorbidade e trabalhador são os que mais está se tendo uma dificuldade maior para se atingir a meta, então as pessoas portadoras de comorbidade não se está com uma cobertura boa, contudo, acredita-se que não está com uma cobertura como se esperava porque não se tem uma série histórica, então foi uma meta estabelecida em cima de diagnóstico registrados, contudo, essas pessoas acredita-se que podem estar distribuídas em outros grupos, ou seja, uma pessoa que é gestante e tem uma comorbidade ou uma pessoa de sessenta anos que tem uma comorbidade. Então, quem tem uma dessas comorbidades crônicas que tem estabelecido dentro da faixa, ela pode estar distribuída dentro das demais, por isso que se pensa que não está atingindo a cobertura. Então dos dois milhões e quatrocentos e oitenta e quatro mil que pretende-se vacinar, foi vacinado quase um milhão e meio. Curitiba tem uma Comissão de Infectologia formada com profissionais da área da saúde da sociedade científica, que são representantes do CRM, da Sociedade de Infectologia, de Pediatria, gestores e trabalhadores da Secretaria de Estado e juntos vão discutindo o perfil da campanha da vacina, para ver e orientar de como é que pode estar se reorientando os próximos passos da vacina. Com isso, na segunda-feira anterior, observou-se já que na semana anterior a cobertura de vacina para a questão de comorbidade já não estava muito grande e também de trabalhadores de saúde. Os trabalhadores de saúde, acredita-se que seja o seguinte: no ano anterior foi vacinada a faixa de trabalhador de saúde de uma forma mais aberta e como esse ano o Ministério da Saúde fez uma orientação que os trabalhadores sejam da área de frente de atendimento àquelas pessoas que lidam com a questão da doença respiratória, então o número cai bastante, com isso o grupo técnico analisou e fez uma reorientação a partir de terça-feira de que trabalhadores de saúde de uma forma não tão fechada, que trabalhadores de saúde teriam que ser vistos como um todo, por exemplo, o dentista trabalha com a questão respiratória e tem uma exposição grande, então a nota técnica de terça-feira foi que os trabalhadores de saúde, eles todos, desde que com uma identidade profissional poderiam ir em seu local mais próximo de vacina e que seriam vacinados. **Ozório (CMP)** questiona como ficaria na questão da educação, de professores e trabalhadores de escolas. **Cleide (Vigilância em Saúde da SESA)** diz que sobre professores, hoje, não se tem como ampliar o grupo de professores, porque se for para ampliar o grupo de professores não terá vacina suficiente para ofertar para todos os professores. Então não tem como ofertar a vacina nesse momento, salvo se for recebido um quantitativo maior, porque não dá para fazer uma abertura geral e por isso ela disse que a Comissão de Infectologia está se reunindo e avaliando a cada instante o perfil de vacina que se está atingindo. Se concluir o prazo, que agora o Ministério da Saúde prorrogou até o dia dez, se for concluído o prazo estabelecido com saldo de vacina, essa mesma Comissão é que estará redirecionando para quais faixas que se deve mudar, sempre em cima de perfil epidemiológico: quem mais adoece e quem mais tem tido agravo; estão serão os grupos que serão priorizados na questão de sobra de vacina. **Romildo (Recursos Humanos – SESA)** fala sobre votação do novo texto do regimento da MENP-SUS Paraná, substituindo os Conselhos Regionais Profissionais por Entidades Sindicais, lembrando a todos que o Ministério da Saúde fez aquele questionamento de porque razão teria a Mesa de Negociação do SUS no Paraná os Conselhos Regionais Profissionais e o Conselho Estadual nessa plenária acatou e teve então a substituição, tem uma folha que foi entregue no início da manhã onde foi impresso quais foram as instituições, que é a cláusula quinta do regimento interno da constituição da MENP-SUS Paraná, onde constam todas as vinte e seis instituições que compõem a mesa. Ficou uma dúvida no dia anterior durante a reunião sobre a letra "g": entidade patronal do setor privado de saúde com duas representações. Por indicação do SindSaúde e do FESSMUC, foi sugerido que se nominem quais são essas duas entidades, porque das demais, tem os nomes delas específicos, os nomes institucionais e na letra "g" tem um nome genérico "entidade patronal do setor

privado de saúde". Uma delas é a FEHOSPAR e a dúvida é se a FEHOSPAR fica com duas vagas ou se fica a FEHOSPAR com uma vaga e mais uma "n" e daí qual seria essa entidade? Esse é o questionamento e após essa definição a votação pelo sim ou pelo não, pela alteração da cláusula quinta e subsequente alteração do regimento com um todo, nesse quesito para que seja isso transformado numa resolução do Conselho e uma resolução da Secretaria nominando os representantes de cada uma dessas instituições. A dúvida, que ele questiona é se ficam duas vagas para a FEHOSPAR ou se além da FEHOSPAR com uma vaga, se designaria um terceiro ente patronal nesse caso. **Irene (FESSMUC)** fala que não diz respeito à bancada dos trabalhadores, mas com certeza a Mesa é para resolução de conflitos e questiona como que fica a questão dos trabalhadores. Ela não tem nada contra a FEHOSPAR, mas e os trabalhadores dos consórcios que não são servidores? Ela acha que talvez fosse interessante que tivesse na Mesa alguém dos consórcios também, porque com certeza quando a Mesa estiver trabalhando, vão aparecer certas situações referentes aos consórcios, demandas dos consórcios. Então, hoje, se aprovar as duas vagas para a FEHOSPAR, os trabalhadores do consórcio não vão ter entidade patronal na Mesa, mas o FESSMUC enquanto representante dos trabalhadores fará cobrança na mesa também para os consórcio, então ela já está colocando sua posição como de trabalhadora. **Leite (SINDPREVS)** diz que até pela especificidade dos próprios consórcios, de característica público-privado, ele acha que poderia ocupar esse espaço, até pela característica de privado e viria bem até em função das próprias demandas que já tem gerado e devem gerar muito mais ainda com relação às questões de negociação. **Romildo (Recursos Humanos – SESA)** diz que então pode-se então combinar que a SESA como coordenadora da Mesa, encaminhará esse convite à coordenação dos consórcios para indicar um e caso haja uma negativa, a FEHOSPAR ficará com as duas vagas. Só que dessa forma fica o regimento ainda suspenso para o mês seguinte, só que tem que se ter um cuidado, uma pressa, porque em junho a Mesa Nacional estará fazendo evento no Paraná e já se queria ter a Mesa trabalhando, a não ser que, se for possível, a plenária incluir o consórcio já de ofício e aprovar o regimento nesse sentido. **Ely (UEM)** questiona aos conselheiros presentes se já aprovarão o regimento. **Leite (SINDPREVS)** diz que se é só alteração, daí nesse caso que é alteração do regimento já está aprovado. E, então se faz a convocação da Acispar, que ele tem certeza que eles terão todo interesse de participar, porque eles também estarão solicitando essas demandas. **Ely (UEM)** abre a votação com as devidas modificações e é aprovada a nova redação do regimento. Ely então repassa para as comissões. **Leite (SINDPREVS)** da Comissão de Vigilância, informa que no dia anterior, na reunião da comissão foi feita apresentação do relatório de diagnóstico da vigilância em saúde do Estado do Paraná e eles como comissão acharam alguns dados de grande importância principalmente no tocante a conselhos no Estado do Paraná. E já que essa comissão tem feito esse trabalho de aproximação nessas plenárias macrorregionais de conselhos municipais e por ele ter participado, ele pede que seja feita uma apresentação na plenária por macrorregião, até porque vai servir de subsidio para a compilação do produto que está sendo elaborado nessas macrorregionais. **Rosalina (ASSEMPA)** informa ao Leite que foi pautada na Comissão de Educação Permanente a sistematização do relatório das três macros que vai ser feito até a reunião de maio para ser apresentado na plenária de maio o resultado dessas reuniões que tem sido feitas. E, foi aprovado na outra plenária e na Comissão de Educação Permanente trabalhar um projeto na educação sobre a vigilância em saúde, trabalhar a educação popular mas voltado às doenças como a dengue e que ia terminar esse projeto para trabalhar isso. **Denise (HU-UEL)** da Comissão de Acesso ao SUS, dia que a comissão estava em dúvida se necessitava de deliberação e aprovação da plenária da subcomissão que foi proposta para trabalhar nas diretrizes e na comunicação de que esses membros da subcomissão na próxima reunião comparecessem após o almoço para concluir o trabalho e apresentar no dia seguinte na Comissão de Acesso, porque a reunião é de manhã. Então, ela não sabe se precisa formalizar a subcomissão ou como funciona. **Ely (UEM)** lembra que os nomes da subcomissão já foram indicados no período da manhã e a questão de a reunião se reunir no dia que antecede as comissões, será discutido na reunião da mesa diretora. **Clarice (Pastoral da Criança)** da Comissão de Saúde Mental, informa que a comissão solicitou como ponto de pauta para a reunião de maio sobre as internações compulsórias, já foi feita a redação e passada para a mesa diretora. **Livaldo (MOPS)** repassa que o seu informe é referente à ida dele e outros conselheiros para Brasília no dia dez de abril, financiado pelo Conselho, para o Movimento Mais Dez. Gostaria de dizer que chegaram lá às dez horas da manhã e foram direto para a Esplanada com a caminhada, discutindo as ações, o recolhimento das assinaturas e chegando na Esplanada onde foi a parada onde o pessoal em cima do caminhão de som foram falando de seus atos. Eles ficaram muito contentes com o resultado das assinaturas, que aquelas assinaturas já chegavam a um milhão e duzentas e cinquenta e duas mil, considerando cinco por cento dos eleitores do Brasil, faltava cento e trinta e duas assinaturas. Mas lendo a constituição na reunião passada do Conselho Nacional, viu-se que era zero vírgula três por cento dos eleitores do Brasil quiçá já daria o total. Uma coisa que deixou eles preocupados no Conselho Nacional de Saúde foi, por exemplo, Minas Gerais apresentou um cartaz de quatrocentos e vinte e duas mil assinaturas, mas lá no Conselho essas assinaturas ainda não estavam. No Conselho Nacional de Saúde, a comissão conferiu e o Conselho reuniu e disseram, lá tinha oitenta mil assinaturas do Paraná, mas o Paraná tem mais de cem mil assinaturas e não sabem onde estão essas assinaturas. Os secretários de saúde estão desleixados, não estão recolhendo, não estão se empenhando, o movimento social está se empenhando mais que as secretarias, as regionais do Brasil todo. Então, lá só aparece quatrocentos e oitenta mil assinaturas no Conselho Nacional de

Saúde, então para eles, ele ficou na comissão de resgatar no Paraná e levar e protocolar no Conselho Nacional de Saúde, mas na contagem faltam cento e trinta e duas mil assinaturas. No dia onze ele participou de manhã da reunião do Conselho Nacional de Saúde, pois ele é o primeiro suplente, aonde de manhã das oito horas às onze horas e trinta minutos reuniu segmentos, os segmentos dos trabalhadores, dos gestores, prestadores e usuários para discutir a coordenação e o subcoordenador das comissões. Nessas comissões foram discutidas as coordenações e foram indicados nomes e os nomes foram para o pleno do Conselho para que fossem homologados ou tivessem intervenções de outras pessoas que queriam assumir as comissões. Nesse caso, o MOPS assumiu a coordenação da comissão de capacitação permanente do Conselho Nacional de Saúde, que tem que ser conselheiros, no caso ele – Livaldo Bento – é o coordenador da comissão permanente do Conselho Nacional de Saúde e a CISSMU é a sua vice. Outra coisa, poderia ser indicado pessoas dos Estados para as comissões, para renovar as comissões, o Conselho Nacional de Saúde tem vinte e seis comissões e o MOPS fez oito indicações, nessas oito indicações, no dia anterior já foram confirmadas duas; a Mãe Omin já confirmada na comissão da saúde da população negra do Conselho Nacional de Saúde pelo MOPS, então no mês anterior ela já foi indicada para isso e está aguardando sobre as outras. **(F21) Irene (FESSMUC)** só queria dizer que participou, representando o Conselho do Paraná na Audiência Pública do Saúde Mais Dez e dessa audiência pública ela trouxe alguns encaminhamentos. Só para deixar claro que o Paraná, levou em mãos e foi protocolado para o dia do ato, dez mil assinaturas. Então quando fala desse detalhe das assinaturas que não estão lá, para que os conselheiros fiquem bem tranquilos, as do Paraná estão lá, foram levadas, está tudo assinado. E por fim, dizer que participaram no dia seguinte, e no dia que ela chegou, ela soube pelo Livaldo que foi informado por um rapaz que no dia seguinte teria reunião dos coordenadores de plenária, então ficaram lá no papel principal de entender do movimento social, e para deixar claro, não foram com recursos do Conselho ou da SESA, mas as suas entidades que permitiram que eles ficassem mais um dia para poder participar da coordenação de plenária e provavelmente deve ter tido algum problema com a documentação e da próxima vez estarão direito com os coordenadores eleitos na plenária. **Lucia (CUT)** só um informe com relação ao dia vinte e oito de abril, que é o dia mundial das vítimas de acidente e/ou doença do trabalho, então na região onde ela mora, acabou virando uma atividade regional que inclui Foz do Iguaçu, Cascavel e Toledo, serão feitas atividades no dia seguinte como todo aparato legal e justamente para chamar a atenção da população e será entregue um panfleto para a população porque é um informativo de como proceder no caso de doença, de intoxicação rural, assédio moral, LER/DORT e várias informações. **Gislane (Ministério da Saúde)** aproveita o momento Saúde Mais Dez para passar a pedido do Jorge, mais algumas fichas que foram coletadas, mais cento e setenta e cinco assinaturas. **Amauri (ANEPS)** as fotos da viagem a Brasília, são um registro dessa manifestação, o Paraná foi singelamente representado por poucos, ele acha que se precisa ter mais cuidado, as delegações eram grandes, mas os que foram, fizeram a sua parte, caminharam muito, foram feitos muitos contatos, o registro fotográfico está lá e o Pitol também fez registro da fala da Irene que esteve no caminhão falando enquanto Paraná e foi uma mobilização bastante interessante e tem que lembrar que precisa se priorizar os eventos que os conselheiros participam enquanto Conselho Estadual. Também da mesma forma, ele acabou ficando em Brasília para o Relançamento da Frente Parlamentar Mista de Enfrentamento à DST/HIV/Aids e estão com problemas sérios na questão dos recursos para a Aids, basta ver que só se conseguiu fazer a aprovação das contas do governo do dinheiro do incentivo da PAM de dois mil e doze no dia anterior e só se conseguiu construir a PAM dois mil e treze no dia antes do anterior. As coisas no Paraná precisam ser colocadas de uma maneira melhor, precisa continuar avançando no controle social e na Aids, sabendo que a epidemia está avançando de forma acelerada. **Ely (UEM)** sugere ao Amauri que as fotos fossem passadas para a Secretaria Executiva do CES para poder disponibilizar no site. **Amauri (ANEPS)** informa que as fotos já foram repassadas. **Ely (UEM)** repassa um informe: Primeiro Encontro de Presidentes de Conselhos Estaduais de Saúde, que vai acontecer em Curitiba nos dias oito e nove de maio e é mais uma atividade com iniciativa do Conselho Estadual do Paraná. Esse evento já foi aprovado em reuniões anteriores, foi uma proposta do próprio Conselho e vai acontecer no hotel Nikko, a partir das dezoito horas do dia oito de maio e por enquanto já com a confirmação de quatorze Presidentes de Conselhos Estaduais. **Gisela (CREFITO)** gostaria de informar que representou o Conselho Estadual numa reunião para a elaboração do Comitê Estadual para Implantação da Política para População em Situação de Rua, isso é uma questão que o Conselho tem que ter conhecimento e estar se organizando e daqui para frente vai ter essa pauta definida num momento mais oportuno para que se consiga organizar a implantação dessa política, porque é muito importante cuidar da saúde dessa população de rua. Então tem um material que ficará no Conselho para quem quiser saber mais sobre essa política que ainda não está na programação de saúde mas que em algum momento vai ter que entrar. **Ely (UEM)** repassa mais um informe: que foi recebido um documento, um e-mail, de uma pessoa dizendo ser presidente do Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista da Aparecida e quer sair devido a problemas na gestão, todos os documentos foram pegos pela Secretaria de Saúde, não foram entregues os equipamentos conforme enviados pelo Ministério da Saúde nem tão pouco possuem uma sala para o Conselho e ele gostaria de saber legalmente como fazer o seu desligamento e de alguns outros membros secretárias e vice-presidente. Esse e-mail foi repassado para a Comissão e a Dona Rosalina participou das discussões, a resposta então para essa conselheira de Boa Vista da Aparecida foi: “Cumprimentando-a cordialmente, em relação a reunião ocorrida no dia dezesseis de abril de

dois mil e treze, com os presidentes dos conselhos municipais de saúde da abrangência da décima Regional de Saúde – Cascavel, momento em que foi abordado junto a esta presidência a denúncia encaminhada por e-mail em anexo, a este Conselho Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR, temos a informar que o caso foi levado à Comissão de Comunicação e Educação Permanente para o Controle Social para deliberação, tendo a mesma concluído que esse Conselho Municipal está dentro da conformidade da lei, na oportunidade, renovamos expressões de estima e consideração." Na realidade ela fez uma denúncia e a Dona Rosalina participou das discussões e na reunião em Cascavel foi observado que realmente está tudo em conformidade. **Rosalina (ASSEMPA)** diz que na reunião, ela e a Joelma conversaram com a Secretária de Saúde do município e a pessoa que fez a denúncia não está mais no conselho, e essa Secretária de Saúde é a primeira-dama do município, então ela cobrou do conselho e foi remetido um ofício que foi recebido no dia anterior pela Terezinha que vai levar e levantar a situação real e depois vai informar o Conselho Estadual a questão da fala da Secretária que está tudo dentro da lei, mas a pessoa que denunciou não está mais no conselho e é outra pessoa que é a presidente do conselho. **Amaury (ANEPS)** só gostaria de comunicar que no dia dois e três do mês de maio estará acontecendo no Hotel Nikko o Encontro Estadual da ANEPS e estão todos convidados. **Ely (UEM)** encerra a reunião.