

- 1 Data: 29 de Março de 2012
- 2 Horário: 08h30 às 18 horas
- 3 Local: Auditório da SESA – Rua Piquiri, 170,
- 4 Conselheiros membros – Gestão 2012-2015

	Nome		Condição	Órgãos, Entidades e Instituições.
	Usuários			
1	Luciano Zanetti	Presente	Titular	SINDPETRO
	Valton Witkowski	Justificado	Suplente	SINDPETRO
2	Maria Marucha S. Vettorazzi	Ausente	Titular	FETAEP
	Wilson de Silva	Presente	Suplente	FETAEP
3	Jonas Braz	Presente	Titular	CUT
	Jefersson Leandro Gomes Palha	Ausente	Suplente	CUT
4	Ildemar Gorges	Ausente	Titular	Força Sindical
	Junior Ribeiro da Silva	Presente	Suplente	Força Sindical
5	Evilasio Francisco Pinheiro	Presente	Titular	UGT
	Neusa Maria dos Santos	Justificado	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	Justificado	Titular	ANEPS
	Maria Elvira de Araújo	Presente	Suplente	ANEPS
9	Sandra Dolores de Paula Lima	Presente	Titular	Fórum ONG AIDS
	Sirlene Aparecida Candido	Justificado	Suplente	Fórum ONG AIDS
10	Juliana Bandeira Cordeiro	Presente	Titular	IBDA
	Rosania Boleta Mendonça	Presente	Suplente	IBDA
11	Amaury César Alexandrino	Presente	Titular	DEFIPAR
	Tânia Roseli Minusculi	Presente	Suplente	DEFIPAR
12	Luiz de Mauro	Presente	Titular	FAMOPAR
	Livia Diniz Sola	Justificado	Suplente	FAMOPAR
13	Joelma Apa. De Souza Carvalho	Presente	Titular	CMP
	Elizabeth Bueno Candido	Presente	Suplente	CMP
14	Genecilda Gotardo	Presente	Titular	MST
	Adaíze Citron da Silva	Presente	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	Presente	Suplente	Pastoral da Criança
17	Maria Lucia Gomes	Presente	Titular	ASSEMPA
	Rosalina Batista	Presente	Suplente	ASSEMPA
18	Terezinha Pereira Da Silva	Presente	Titular	Rede de Mulheres Negras
	Michely Ribeiro da Silva	Presente	Suplente	Rede de Mulheres Negras

	Profissionais de Saúde		Condição	Entidade
19	Antônio Garcez Novaes Neto	Ausente	Titular	C.R. de Farmácia
	Nilson Hideki Nishida	Presente	Suplente	SINDIFAR-PR
20	Wanderli Machado	Presente	Titular	CRESS
	Sirleide Ferreira de Mauro	Presente	Suplente	AATO
21	Guilherme Bertassoni da	Presente	Titular	CRP
	Regina Maria Ferreira Lang	Ausente	Suplente	CRN
22	Olga Laura Giraldi Peterlini	Presente	Titular	ABEN
	Nelson Mavrink Giansante	Presente	Suplente	CRM
23	Gisela Soares de Souza	Presente	Titular	CREFITO
	Nana Momoi	Ausente	Suplente	CRMV
24	Guilherme Fernandes	Presente	Titular	CRO
	Marianqela de Assis Gomes	Presente	Suplente	ABO
25	Soraia Reda Gilber	Presente	Titular	SINDSAÚDE/PR
	Mari Elaine Rodella	Presente	Suplente	SINDSAÚDE/PR
26	Sebastião José de Oliveira	Presente	Titular	SINDPREVS
	José Carlos Leite	Ausente	Suplente	SINDPREVS
27	Irene Rodrigues dos Santos	Presente	Titular	FESSMUC
	Solange Izabel Marega	Presente	Suplente	FESSMUC
	Prestadores de Serviços		Condição	Entidade
28	Rosita Márcia Wilner	Presente	Titular	FEMIPA
	Artemizia Bertolazzi	Justificado	Suplente	FEMIPA
29	Maciel Costa	Ausente	Titular	FEHOSPAR
	Mauricio Duarte Barcos	Ausente	Suplente	FEHOSPAR
30	Denise Akemi Mashima	Presente	Titular	UEL
	Jeremias Bequer Brizola	Presente	Suplente	UEL
31	Zuleide Bezerra Dalla Costa	Presente	Titular	ACISPAR
	Gizeli Terezinha Portela	Presente	Suplente	ACISPAR
32	Paulo Donadio	Presente	Titular	UEM
	Elv de Campos	Presente	Suplente	UEM
	Gestores		Condição	Entidade
33	Luzia Tieme Oikawa	Ausente	Titular	COSEMS
	Marcia Vicentina Ricardo	Presente	Suplente	COSEMS
34	Jorge Luiz Bostelmann de	Presente	Titular	Ministério da Saúde
	Gislaine Mari Franca de	Presente	Suplente	Ministério da Saúde
35	Rene Jose Moreira dos	Presente	Titular	SESA
	Matheos Chomatas	Presente	Suplente	SESA
36	Sezifredo Paulo Alvez Paz	Presente	Titular	Fundo Estadual de Saúde
	Charles London	Presente	Suplente	Fundo Estadual de Saúde

5

6 1. - Apresentação do Plano Estadual de Saúde/PES 2012 – 2015

7 Conselheiros, conselheiras, sejam todos bem vindos pra nossa reunião, hoje a reunião é pauta
8 especifica a discussão do plano estadual de saúde, e nós gostaríamos também de estarmos
9 apresentando aqui, a mesa, nossa primeira reunião. Então nós temos aqui a **Eli**, pode falar. Bom
10 dia a todos meu nome é **Eli**, eu estou como terceira vice e representante de prestadores. Bom dia,
11 **Márcia Zambrim**, representante de usuários, Pastoral da Saúde e estou na mesa como primeira
12 secretaria. Sou **Sezifredo** Passos, sou representante do gestor, segundo vice presidente. Bom dia
13 sou **Gisela Soares de Souza** representante do CREFITO representando os trabalhadores como
14 segunda secretaria aqui na mesa. E nós temos o Jonas que é da CUT, que justifica a sua ausência
15 hoje na reunião, o **Guilherme** que é do CRO, também justifica e a **Maria Marucha** da FETAEP,

16 então essa é a mesa. Então vamos estar passando agora pro **Renê** que vai estar explicando a
17 dinâmica da apresentação do Plano e em seguida nós já começamos. Bom dia a todos. **Joelma**,
18 só um minutinho, não vai apresentar os conselheiros novos? Os novos conselheiros? Nós
19 pensamos nisso, mas aí a gente achou melhor deixar pra amanhã, pra nossa reunião, tem mais
20 gente! Isso, porque vai chegar mais gente, tá. Bom, nem todos os conselheiros estarão aqui hoje,
21 mas amanhã com certeza. Obrigada. Bom dia a todos e a todas, acho que ficou melhor essa mesa,
22 depois a gente vai fazer uma pesquisa aí, hein **Manoel**, isso é homenagem ao retorno do **Manoel**,
23 primeiro quero saudar a nova composição do Conselho Estadual de Saúde aos novos membros,
24 saudar os membros que continuaram, lembrar que essa proposta dessa plenária, ela foi fruto de
25 uma discussão na reunião anterior antes da eleição, quando nós propusemos, nos mesmos moldes
26 que fizemos em relação a discussão do PPA e do Projeto lei orçamentária dois mil e doze, no ano
27 passado e que nós tivéssemos a possibilidade de apresentar o Plano Estadual de saúde, de forma
28 completa numa reunião específica de dia todo, segundo quero justificar a situação que ocorreu que
29 nós podemos ter encaminhado a versão preliminar na sexta-feira, na quinta-feira passada, a
30 comissão inter gestores TRIPARTITI aprovou para fins do contrato organizativo de ação pública as
31 metas e os indicadores do COAPE e nessas circunstâncias aprovou uma definição de indicadores
32 que ficaram chamados de indicadores universais, o que significa esses indicadores universais? São
33 indicadores que todos os contratos de organizativos de ação públicas que serão feitos no país,
34 deverão contemplar, e no documento cita claramente que esses indicadores universais terão que
35 compor, aparecer a partir dos planos de saúde, como uma parte desses indicadores não estavam
36 contemplados na nossa proposta, nós tivemos que no final de semana, refazer esse pedaço todo
37 pra podermos contemplar os indicadores que vão estar no COAPE, dentro do nosso Plano Estadual
38 de Saúde, eu até argumentei em Brasília, que isso vai trazer uma série de transtornos pra algum
39 estado que já tenha aprovado seu plano, que provavelmente vai ter que voltar ao conselho pra
40 incluir esses indicadores, mas como nós ainda estávamos em fase de elaboração, nós achamos
41 melhor já fazermos isso adequado ao desenho que está sendo proposto pro anexo dois do COAPE
42 e por essa razão que nós não conseguimos enviar a tempo na sexta-feira pra todos os
43 conselheiros, de qualquer maneira, ontem nas reuniões das comissões, todos os nossos
44 superintendentes e diretores estiveram nas respectivas comissões fazendo os esclarecimentos
45 específicos da comissão obviamente, em relação ao plano estadual de saúde e como ele se
46 compõe e principalmente as diretrizes, as metas e indicadores que estão sendo compostos,
47 primeiro justificar justamente porque a gente achou melhor por estar num processo de elaboração
48 que a gente já se adequasse a proposta do COAPE que está aprovada em termos nacionais. A
49 segunda questão que eu queria colocar aqui é propor a metodologia do dia de hoje, nós achamos
50 que a experiência da apresentação do PPA e do projeto de lei orçamentária dois mil e doze
51 comprovou que trazer uma discussão ampla pro plenário faz com que o conjunto dos conselheiros
52 consigam ter toda a visão de uma proposta e no caso específico do Plano Estadual de Saúde mais
53 ainda porque se tem uma ação que é assim, digamos assim principal do conselho é justamente o
54 momento em que discute o Plano Estadual de Saúde, e o que estamos propondo em relação a
55 questão da metodologia, apresentação de todo o plano e aqui não só das discussões da diretrizes,
56 dos indicadores e das metas, por uma razão importante, porque pra entender as diretrizes é
57 necessário entender como se chegou a um diagnóstico, como se propõe soluções e é por isso que
58 nós precisamos ter a visão geral de todo o plano. O plano está composto de uma parte que vai
59 apresentar as questões socioeconômica, as questões epidemiológicas, basicamente como nós
60 combinamos na última reunião, a primeira parte de análise situacional, uma parte que apresenta

61 como funciona a Secretaria de Estado da Saúde, uma parte que apresenta como se organiza o
62 Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná, para que haja um entendimento completo de todas
63 nuances que envolvem a questão da saúde no estado, e a ultima parte que é a quinta parte do
64 plano, é a parte que define objetivo, a diretriz as metas e os indicadores pros quais nós vamos fazer
65 acompanhamentos. É nessa parte que nós vamos ter visualizado as ações que vão ser
66 desenvolvidas e principalmente a partir das metas que indicadores nos vamos utilizar pra avaliar o
67 desempenho do Plano Estadual de Saúde, lembrando que do Plano Estadual de Saúde vai sair à
68 programação anual de saúde dois mil e doze e as demais programações anuais de saúde inclusive
69 é interessante fazer essa colocação porque a cada ano a programação na saúde, nós também
70 vamos estar olhando a proposta de lei orçamentária, porque as vezes as pessoas dizem como é
71 que fica a questão da Lei orçamentária, cada ano a Lei orçamentária vai apresentar o desenho que
72 vai ser o orçamento do ano que vem, e nós vamos trabalhar em cima de uma programação, por
73 esse motivo que algumas questões, por exemplo, como obras ou a questão por exemplo de
74 capacitação, nós vamos ter uma programação anual e não tentar ter produzido, por exemplo na
75 capacitação, a partir do plano quatro anos a partir de agora, a cada ano de acordo com a
76 programação e de acordo com a lei orçamentária, nós vamos ter uma programação da saúde em
77 cima do próprio plano, outro aspecto que eu queria abordar é em relação aos indicadores, na ultima
78 reunião aqui do Conselho, foi feito esse debate de indicadores e eu me surpreendi porque alguém
79 me disse que não tinha chegado a contar, mas alguém contou, diz que nós temos no plano que se
80 encerro agora no final de dois mil e onze, nós tínhamos cento e oitenta e cinco indicadores, que
81 realmente se a gente for pensar, são indicadores que na sua grande maioria eram indicadores de
82 processo , ou seja, o que fazer pra se chegar a um resultado, e nós fizemos com o Conselho
83 inclusive essa discussão, no sentido de que nós buscaríamos colocar indicadores de resultados,
84 porque os indicadores de resultados eles também dependem do processo mas eles tem um efeito
85 mais direto para a população, e a primeira coisa que eu quero deixar colocado pra todos é que nós
86 conseguimos a partir desse desenho reduzi muito a questão porque os indicadores ficaram em
87 torno de sessenta indicadores que são realmente indicadores de resultado como por exemplo a
88 redução da mortalidade infantil, a redução da mortalidade materna, e isso pra nós é importante
89 porque? Porque vai facilitar também a leitura pra sociedade e pro Conselheiro quando ele fizer
90 avaliação anualmente do relatório de gestão, porque que pegar o relatório de gestão e nós vamos
91 ter essa experiência agora e ficar imaginando, nós vamos conseguir dar conta de olhar o s cento e
92 oitenta indicadores e fazer uma comparação pra saber que desempenho se teve, É uma coisa
93 muito complexa inclusive nos indicadores que estão sendo trabalhados os indicadores universais,
94 que nós estamos colocando aqui, alguns já contemplam, por exemplo, o IDESUS. IDESUS é um
95 índice que foi criado pelo Ministério da Saúde, a partir de alguns indicadores que não são cento e
96 oitenta também e que está agora sendo usado como balizador pra ver o desempenho do SUS, acho
97 que vocês ouviram falar dos resultados do IDESUS e isso se deu em análise de estado e também
98 análise e de municípios. Pra parte da manhã, nós imaginamos que nós vamos tentar trabalhar num
99 esforço de conseguir passar todo o perfil epidemiológico demográfico toda a questão de
100 estruturação da secretaria do estado da Saúde e talvez até entrar no detalhamento de como o SUS
101 se organiza. Pra que a gente possa na parte da tarde se concentrar bastante na questão do objetivo
102 diretrizes, metas e indicadores que e provavelmente serão aqueles pontos em que as comissões
103 mais vão, trabalharam ontem no sentido até de fazer uma discussão sobre esse ponto. Eu quero
104 aqui registrar a presença do Dr. **Julio Takeshe Suzuki Junior** que é diretor do centro de pesquisa
105 do IPARDES. O IPARDES numa parceria com a Secretaria de Estado da Saúde ficou responsável

106 pela elaboração da primeira parte do plano que é justamente a questão das análises demográficas
107 e sócio econômicas que eu acho que é fundamental inclusive pra entender uma coisa que nós
108 vamos apresentar amanhã pra todos vocês que é o fator de redução das desigualdades regionais
109 que vai ser o fator que nós vamos utilizar pra balizar toda questão de recurso, e é interessante ver a
110 apresentação do IPARDES pra entender que o Paraná é um estado, entre aspas, rico comparado
111 com os demais estados da federação mas quando olhado município a município, região a região
112 nós ainda temos distorções e discrepâncias muito grandes sob o ponto de vista sócio econômico e
113 também epidemiológico, e nós precisamos fazer esse entendimento até pra entender como o plano
114 de Estadual de saúde vai ser colocado no sentido da redução das desigualdades regionais, vocês
115 vão ouvir o tempo todo essa expressão redução das desigualdades regionais, e lembrar que isso
116 não vai ser só uma fala nossa, a lei um quatro um que regulamentou a emenda 29 transformou isso
117 numa questão legal, toda a locação de recurso na área da saúde tem que levar em conta a questão
118 da redução das desigualdades regionais, então eu passo de imediato a palavra ao **Dr. Julio**, na
119 seqüência o **Sezifredo** vai fazer também a fala na questão epidemiológica e aí num espécie de
120 jogral os superintendentes vão fazendo as demais falas, eu quero de imediato justificar que vou ter
121 de me ausentar por cerca de duas porque tenho um compromisso as dez horas, mas retorno pra
122 gente dar continuidade aqui, vocês podem ficar tranqüilo, vocês vão me ouvir bastante durante o
123 dia, sem problema, doutor Julio, obrigado. Bom dia a todos, meu nome é **Julio Suzuki**, eu sou do
124 IPARDES que é um instituto de pesquisa sócio econômica do estado e a principal função do
125 IPARDES realmente é subsidiar as políticas publicas do estado, na pessoa do Maria Leonor que me
126 convidou pra fazer essa apresentação, uma breve contextualização demográfica e socioeconômica
127 do estado, eu acredito que seja melhor a gente, eu fazendo a apresentação, se houver alguma
128 duvida as pessoas podem intervir, se houver um detalhamento maior de informação **Leonora**,
129 depois você me peça que o IPARDES tabula ou explica o que for necessário a gente complementa,
130 tanto o material que foi enviado por escrito pra vocês, quanto essa apresentação que nada mais é
131 expressão em PowerPoint daquele documento. Bem eu acho que vamos concentrar primeiro na
132 questão demográfica do estado do Paraná, nas ultimas décadas a gente percebe que a gente tem
133 uma oscilação bastante relevante das taxas de crescimento anual da população, tanto no Paraná,
134 na região Sul e no Brasil, a taxa do Brasil desde a década de setenta ela vem declinando muito
135 mais rapidamente do que as taxas regionais, de acordo com o ultimo senso na ultima década, o
136 Paraná ele cresceu somente zero ponto oitenta e nove por cento ao ano a sua população, a
137 população da região sul cresceu zero ponto oitenta e sete por cento, a gente tem que levar em
138 consideração que o Rio Grande do Sul está crescendo muito pouco a sua população e Santa
139 Catarina um pouco mais, mas de qualquer forma a gente percebe uma certa convergência dos
140 resultados, o Brasil também caindo muito a sua população passando a década de setenta de um
141 crescimento anual de dois ponto quarenta e oito por cento, pra um ponto dezessete. O crescimento
142 paranaense é o menor das ultimas décadas. Bem, como que a gente observa a distribuição desse
143 crescimento, aqui nós já temos uma divisão por município e por regional de saúde, os municípios
144 que vem apresentando maior dinamismo demográfico são o municípios próximo a Curitiba da
145 região metropolitana de Curitiba, então Fazenda Rio Grande, Piraquara, Pinhais, São José dos
146 Pinhais, são municípios que tem apresentado taxa de crescimento demográfico muito elevado,
147 principalmente por conta da questão migratória. No interior do estado a gente pode citar um
148 desempenho muito forte de Maringá, Maringá é um cidade que esta crescendo muito
149 demograficamente, muito mais até do que Londrina, geralmente a gente faz essa comparação, mas
150 o dinamismo demográfico de Maringá tem sido muito maior nos últimos anos, aqui é o crescimento

151 demográfico de acordo com a Regional de Saúde, é preciso atentar aqui as regionais de saúde
152 polarizadas por Campo Mourão, Ivaiporã e Cornélio Procópio, elas têm apresentado decréscimo da
153 população, então na verdade eu acho que isso tem de ser considerada uma política pública, porque
154 além das mudanças de faixa etária, o contingente de pessoas nessas regionais tem diminuído na
155 última década, e as maiores taxas de crescimento demográficos são nas regionais de saúde de
156 Curitiba e de Paranaguá, o litoral tem crescido bastante a região metropolitana tem crescido
157 bastante, região de Maringá também acima da média do estado, em contra ponto aos decréscimos
158 demográficos das regionais de saúde de Campo Mourão, Ivaiporã e Cornélio Procópio. Essa outra
159 lâmina é o crescimento da população urbana, quanto mais claro, menor a taxa, o que esta em
160 branco é decréscimo da população urbana, então a gente observa que repete aquele movimento, a
161 gente tem uma região, Norte Pioneiro, Noroeste, região central do estado com alguns municípios
162 que vem decrescendo sua população urbana inclusive, a gente tem de levar em consideração que a
163 taxa de urbanização no estado do Paraná tem crescido, tem havido um processo de migração do
164 campo pra cidade, mas mesmo nesse critério de população urbana, em alguns municípios
165 principalmente no Norte Pioneiro, região central do estado e Noroeste, tem havido decréscimo da
166 população urbana, ai o quadro um pouco mais, digamos assim, preocupante, a população rural
167 decrescendo muito fortemente, todos esses municípios em branco, tem taxa de decréscimo da
168 população rural no Paraná, o processo migratório é muito forte, o que acontece na região
169 metropolitana de Curitiba? A gente percebe que aqueles municípios em verde escuro, eles tem
170 apresentado um crescimento muito elevado, da população rural inclusive, o que acontece? A
171 população que reside na região metropolitana e que esta em áreas urbanas periféricas, ele esta
172 passando a migrar, inclusive pra áreas rurais, você tem um adensamento populacional muito
173 grande, aquelas pessoas que já tem uma condição de precariedade no meio urbano eles, em razão
174 de um deslocamento, eles passam ocupar inclusive espaços rurais, então você tem um crescimento
175 suigênese, eu diria, dos espaços rurais na região metropolitana de Curitiba. Isso depende muito das
176 legislações municipais. Eu só perguntei que significa essa área que é urbana, que é rural está se
177 tronado urbana pra aumentar a população. Isso depende muito das legislações estaduais, Curitiba
178 não tem mais população rural, não tem mais meio rural, Pinhais também não tem mais meio rural,
179 então é um processo de incorporação, a população se instala nesse meio rural, certo, ai há uma
180 demanda social por construção de infraestrutura e subsequentemente você tem uma pressão na
181 mudança de reconhecimento dessa área como urbana, é um processo, na região metropolitana, é
182 provável que essas ocupações em área rurais, eles passem a ser considerados futuramente como
183 áreas urbanas, certo. Bem aqui é uma tabela e que traz somente a questão do crescimento
184 populacional do Paraná, por extrato de idade, a gente percebe que na última década, os extratos
185 que compõem a base da pirâmide etária, eles tem apresentado decréscimo muito pronunciado, zero
186 a quatro anos na última década decresceu menos dois pontos quatorze ao ano, a gente costuma
187 falar, puxa não tem mais criança na rua, e é verdade assim, não tem mais criança na rua que eu
188 digo assim brincando, etc. e tal, também por conta disso, a nossa população infantil tem decrescido
189 bastante no estado nos últimos tempos, cinco a nove anos também tem decrescido, dez a quatorze
190 também, quinze a dezenove anos tem decrescido, a partir dai a população tem crescido,
191 principalmente nos extratos de setenta anos ou mais, certo. Cinquenta a cinquenta e quatro anos, e
192 também de quarenta e cinco a quarenta e nove anos, é isso é prova cabal de que a política pública
193 não só a política de saúde ela trem de migrar na direção de atendimento dessa população idosa, a
194 gente tem uma taxa de fecundidade muito baixa, não só no Paraná, quanto na região sul, mas nos
195 temos uma esperança de vida das pessoas em elevação e consequentemente a mudança na

196 pirâmide etária, só pra ter uma idéia nas mudanças na pirâmide etária, a pirâmide etária do Paraná,
197 ele esta passando por um processo em que a base esta ficando menor e o ápice maior, certo?
198 Nossa pirâmide etária em noventa e um, o ápice apresenta pessoas com idade mais elevada, a
199 base em idade menor, noventa e um, dois mil, dois mil e dez ela esta ficando uma pirâmide menos
200 simétrica, então hoje aqueles extratos que compõem aquela força de trabalho que o IBGE
201 considera de quinze a sessenta e quatro anos, são pessoas que tem idade produtiva e que são
202 hoje, estão crescendo, isso é bom pro ponto de vista econômico, você tem mais gente pra
203 trabalhar, mas no futuro vai ser uma pressão sobre serviço de assistência, exatamente, uma
204 mudança muito forte da pirâmide etária do Paraná. Taxa de fecundidade do estado do Paraná, da
205 região Sul e do Brasil, bem aqui a gente observa, é uma característica da região Sul, taxa de
206 fecundidade muito baixa, comparativamente ao Brasil, Brasil tem uma taxa mais elevada por conta
207 dos resultados das regiões Norte e Nordeste, a gente percebe que a nossa taxa de fecundidade no
208 Paraná, ela passou de dois ponto cinqüenta e quatro filhos por mulher no inicio da década de
209 noventa, rompendo a taxa de reposição no inicio do ano dois mil, taxa de reposição é o seguinte,
210 seria ideal que uma mulher ao longo de sua idade reprodutiva ela tivesse pelo menos dois filhos né,
211 porque é um casal, a reposição são dois filhos, no inicio dos anos dois mil, a gente, o estado do
212 Paraná rompe essa questão da taxa de reposição, que são dois filhos por mulher, passa a cair em
213 dois mil e oito, um ponto sete filhos por mulher, é um movimento nacional, mas que na região Sul é
214 muito mais presente, em contra ponto a esperança de vida ao nascer ela tem crescido, a gente tem
215 um indicador, eu acho que isso é novidade, todo mundo fala que o Paraná tem em alguns casos
216 bons indicadores, mas sempre abaixo da região Sul né, então aqui se repete isso, o Paraná com
217 uma esperança de vida ao nascer, passando no inicio dos anos noventa de sessenta e nove ponto
218 quatro anos, para setenta e quatro ponto sete anos em dois mil e nove, acima do Brasil, mas abaixo
219 da região Sul. Aqui é um indicador de razão de sexo, o que é razão de sexo? É o numero de
220 mulheres em relação ao numero, é o numero de homens em relação ao numero de mulheres, se
221 um indicador for maior que cem, se for maior que cem, é que há mais homens que mulheres,
222 abaixo de cem, mais mulheres do que homens, o que nós observamos? O indicador do Paraná
223 passa nos anos setenta de cento e cinco ponto dois, para noventa e seis ponto seis, então a gente
224 passa nos anos setenta a gente tinha, nós tínhamos cinco pontos dois por cento mais homens que
225 mulheres nos anos setenta, e nos anos dois mil, os homens representam noventa e seis ponto seis
226 por cento da população feminina é um processo, a gente sabe as causa né, a gente tem uma
227 esperança de vida menor entre os homens, nós temos uma taxa de mortalidade por causas
228 externas maiores entre os homens, então a gente tem um processo migratório também. Aqui nos
229 anos setenta a gente sabe que houve um processo principalmente no Paraná, na região sul, a
230 população masculina migra principalmente pro centro oeste, tem um processo de saída também e
231 quem migrou foram principalmente os homens, então explica a taxa, a queda acentuada desse
232 indicador ao longo das décadas, é aqui a gente coloca esse dado de razão de sexo por município, a
233 gente percebe que as mulheres são predominantes nos grandes centros urbanos, Curitiba,
234 Londrina, Maringá o que está em branco, é um indicador muito favorável as mulheres, o que é mais
235 escuro, é onde tem proporcionalmente mais homens que mulheres, bem, bem quem é solteiro é
236 uma boa dica né, é uma boa dica, mas assim a grosso modo os grandes centro urbanos, qual o
237 perfil da população dos grandes centro urbanos? Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa, etc.
238 Bem é uma população mais feminina, é uma população um pouco mais velha também, esse é o
239 perfil do grande centro urbano. Então é essa condição, em contraponto o interior ele tem uma
240 condição diferente, principalmente na região central do estado, região central do estado, tem uma

241 população rural ainda representativa, então por conta dessa condição, você tem proporcionalmente
242 mais homens, população menos envelhecida do que a população dos grandes centros urbanos.
243 Aqui é um mapa de razão da dependência, o que é a razão de dependência? É a relação das
244 pessoas em idade consideradas dependente, seriam pessoas de quinze a sessenta e quatro anos
245 em relação ao numero de pessoas consideradas em idade produtiva, desculpa, idade de
246 dependência é zero a quatorze e sessenta e cinco anos ou mais, exatamente, em relação as
247 pessoas em idade produtiva de quinze a sessenta e quatro anos, então quanto mais claro esses
248 município tem proporcionalmente uma população em idade produtiva maior, quanto mais claro,
249 então, Curitiba, Londrina, Região de Maringá, oeste do Paraná, proporcionalmente tem pessoas em
250 idade produtiva, em termos relativos maior, isso é bom hoje, mas no futuro indica que essa
251 população vai chegar ao envelhecimento mais cedo, ela tem um efeito econômico, essas regiões
252 mais clara, um efeito econômico positivo, tem mais gente pra trabalhar, em idade pra trabalhar, as
253 populações dos município em cor mais escura, elas demonstram que elas tem pessoas em
254 condições de dependência proporcionalmente maior, porque isso, o processo migratório, quem
255 migra? Quem migra procura trabalho, então ele sai do seu local de origem, certo, e deixa os
256 dependentes no município, por isso que isso ocorre, exatamente, então criança e idoso migra
257 menos, quem migra mais são pessoas em idade produtiva, então isso leva a esse resultado um
258 pouco contraditório heterogêneo no estado do Paraná, as pessoas saindo pros grandes centros,
259 certo, engordando contingente de pessoas em idade produtiva, mas ao mesmo tempo deixando
260 pessoas em idade de dependência nesses municípios em azul. Aqui a taxa de alfabetização do
261 Paraná, eu acho que em termos de política de saúde, né Leonora, acho que a efetividade da
262 politica ela tem uma perfeita aderência com o grau de escolaridade do individuo né, quanto mais
263 elevado o grau de instrução, a efetividade o entendimento da politica publica é maior com certeza, o
264 Paraná atinge uma taxa de noventa e quatro ponto dois por cento de alfabetização, novamente
265 abaixo da região Sul, mas acima do Brasil, certo. Bem essa é uma taxa até que vem sendo
266 elevando nos últimos anos e é elevada, mas se a gente fizer uma análise, em nível de município a
267 gente percebe a taxa de alfabetização também é heterogênea no estado, então a gente percebe
268 que as maiores taxas de alfabetização são os municípios em escuro, então novamente, Curitiba,
269 Região Metropolitana, Ponta Grossa, Região Oeste, Londrina a Maringá, Região Sudeste aqui tem
270 um dado interessante, é região polarizada por União da Vitoria também tem um resultado muito
271 bom, uma taxa de alfabetização elevada e em contra ponto a região central do estado tem uma taxa
272 de alfabetização mais baixa. Bem aqui nós temos assim, um resultado que esconde a taxa de
273 alfabetização, a pessoa é alfabetizada, mas ela tem um nível de instrução baixo, o que tem de ser
274 considerado uma politica de educação é o seguinte, quarenta e oito por cento da população
275 paranaense é sem instrução fundamental incompleta, a pessoa, muitos são considerados
276 alfabetizados, mas tem um nível de instrução baixo, o próximo passo da politica de educação
277 realmente é o choque pelo ensino médio, certo, nós temos uma taxa de educação elevada, mas
278 ainda proporcionalmente poucas pessoas com ensino médio completo. Essas condições
279 demográficas e sociais que nós colocamos redundam nesse mapa, principalmente isso, é aqui a
280 gente procurou explicitar a questão de como se distribui a pobreza no estado, a pobreza tem vários
281 critérios pra ser definido, mas assim nós optamos por aqueles domicílios que tem um rendimento
282 percapta inferior a um quarto de salario mínimo, quanto mais escuro, pior é a situação do município,
283 mais elevada é a taxa, então repete aqueles indicadores apresentados anteriormente, os
284 municípios da região central do estado tem uma pobreza maior, isso não quer dizer que em termos
285 absolutos eles sejam representativos, a taxa é uma proporção em relação ao numero da população,

286 os municípios da região central tem os piores indicadores em termos de pobreza, região
287 metropolitana bons indicadores e aqui uma observação que a gente coloca, região Norte ela tem
288 bons indicadores em termos de pobreza, porque? Entre outros fatores, por conta daquela questão
289 etária né, tem muita gente pra trabalhar proporcionalmente, então isso eleva o rendimento do
290 município, mas isso logicamente tem outro fatores relativos a estrutura econômica. Bem aqui nos
291 temos também um indicador que complementa o anterior, que é o PIB percapta do estado, como foi
292 colocado anteriormente, o estado do Paraná é a quinta maior economia do Brasil, apresenta um
293 dinamismo muito forte nos últimos anos, mas em termos regionais há diferenças, a gente tem de
294 levar em consideração que o PIB percapta do estado ele oscila de cinco mil reais por habitante no
295 caso de Imbaú até mais de cem mil por habitante como é no caso de Araucária. Araucária tem seu
296 PIB elevado e conseqüentemente o PIB percapta por conta da instalação da refinaria Presidente
297 Getúlio Vargas, então eleva muito o PIB, mas de qualquer modo, ela evidencia a desigualdade
298 regional do estado, novamente os grandes municípios, região metropolitana, quanto mais escura
299 melhor é o resultado como alguns municípios com alto PIB per capta, Curitiba, Araucária, São José
300 dos Pinhás, Londrina com PIB per capta elevado, Maringá também, Região Oeste, aqui nos temos
301 Campo Mourão também com PIB per capta elevado, mas por outro lado novamente região central,
302 Norte Pioneiro com resultado do PIB per capta baixos. Eu acho que essa breve apresentação, eu
303 acho que só foi pra dar uma contextualização, se a secretaria precisar de dados mais
304 desagregados mais precisos, o IPARDES esta a disposição, vocês também se precisarem, podem
305 escrever pra mim, se precisarem de algum dado no planejamento regional também e se alguém
306 tiver alguma questão, estamos aqui a disposição. Algum conselheiro quer fazer alguma colocação,
307 quer fazer alguma pergunta? Então ta **Julio**, obrigada! Nós vamos seguir as apresentações. Bom
308 dia a todos e a todas, eu sou **Sezifredo**, superintendente de Vigilância e Saúde. Coube a mim
309 apresentar o conteúdo da análise de situação de saúde, que no nosso documento aí, salvo engano,
310 vai até a pagina quarenta e oito, então a parte que o Gilson apresentou e a parte minha, vai até a
311 pagina quarenta e oito, eu não pretendo fazer uma apresentação exaustiva, porque o documento
312 nosso possibilita que vocês peguem por menores de cada aspecto que a gente vai colocar, mas em
313 alguns aspectos é mais relevante, a gente tem de destacar, lembrando que a análise de situação de
314 saúde é uma das atividades mais importantes que tem aqui na secretaria de saúde análise de
315 situação de saúde, nos permite saber, como vivem, adoecem e morrem as pessoas e como nós
316 podemos planejar as atividades, as ações da secretaria e dos demais entes do SUS, primeiramente
317 já foi comentado pelo Suzuki a questão da estrutura etária e razão de sexo, até dezenove anos a
318 gente tem taxas negativas de crescimento, de zero a quatro anos, alias variações negativas, de
319 zero a quatro anos, crescimento da população em decréscimo e daí pra frente, de cinqüenta e cinco
320 a cinqüenta e nove anos, as outras faixas mais altas, etárias, taxa de crescimento em ascensão, só
321 lembrando aquela comparação do crescimento da nossa população em dois mil a população
322 maiores de oitenta anos era a meta da população de menores de um ano em dois mil e dez, elas
323 praticamente se igualam com um trinta e nove por cento e um trinta e oito por cento
324 respectivamente, então nós estamos envelhecendo, o nosso estado logo, logo vai ser um estado
325 como já é uma tendência até mundial nos países em desenvolvimento e desenvolvidos de uma
326 população mais idosa, aqui a distribuição por faixa etária, só pra vocês terem uma idéia, pode
327 passar, pessoas que morrem com mais de cem anos, em dois mil e nove já tivemos cento e setenta
328 e quatro, em dois mil e dez duzentos e quarenta e esse dado em dois mil e onze ainda não esta
329 fechado, mas também revela uma tendência das pessoas avançarem a mais de cem anos, o que é
330 bom, provavelmente nessa sala aqui, vamos ter pessoas que vão viver mais de cem anos,

331 principalmente as mulheres, as mulheres tem mais probabilidade de chegar aos cem anos, a taxa
332 de fecundidade que já colocado pelo Suzuki também, a nossa taxa de fecundidade vem caindo,
333 taxa de fecundidade é o numero de filhos que uma mulher teria ao final de sua vida reprodutiva,
334 então nós já baixamos de dois e estamos desde de dois mil e um, as nossas mulheres em média
335 com menos de dois filhos, pode passar. Bom, aqui claro, começamos especificamente nos aspectos
336 epidemiológicos, então a mortalidade infantil, a taxa de mortalidade infantil do Brasil de noventa e
337 oito a dois mil e dez, diminuiu de trinta e três virgula cinco, pra vinte e dois, no Paraná também de
338 dezenove virgula cinqüenta e três pra onze virgula trinta e sete por mil nascidos vivos, a maior
339 concentração de óbitos é em menores de um ano, no período Peri natal, revelando a estrita relação
340 dessas mortes com a qualidade de atenção a saúde da gestante ao parto ao recém nascido, então
341 essa relação é forte, quer dizer, a qualidade de atenção vem comprometendo os nossos
342 indicadores em termos de mortalidade infantil, e as principais causas que nós levantamos no ano
343 de dois mil e dez, as afecções do período pré natal, com a maioria com cinqüenta e sete virgula
344 cinqüenta e oito por cento, mal formação congênitas com vinte e seis virgula três, causa externas
345 já aparecendo com quarto virgula cinqüenta e seis, mal definidas três virgula vinte e três, e as
346 doenças do aparelho respiratório com dois virgula quarenta e quatro, pode passar. Um fator
347 importante é que, é a questão da raça, da cor das pessoas influencia nesse contexto, então as
348 pessoas, os bebes da raça branca tem uns índices menor de mortalidade infantil, destaca se
349 bastante a raça negra, amarela a parda, e a indígena. Muitos municípios do Paraná em torno de
350 trinta, a mortalidade infantil indígena influencia substancialmente a mortalidade geral do município
351 em termos de mortalidade infantil, pode passar, ah volta um pouquinho, por favor, a evitabilidade,
352 analisando também os dados da mortalidade infantil, a gente vê que sessenta e oito vírgula vinte e
353 cinco das causas da morte em dois mil e sete, poderiam ser, são por causas evitáveis, foram por
354 causas evitáveis, em dois mil e dez, sessenta e um vírgula cinco por cento, então isso revela uma
355 distorção grave na atenção, pré parto e também no parto, enfim no primeiro ano de vida. Pode
356 passar. Ai também a mortalidade infantil a Peri natal, neonatal precoce, neo tal tardia, pós natal. Em
357 pós neonatal destacando ai um alto nível de também na Peri natal, pode passar. Mortalidade
358 materna, Peri natal é da vigésima segunda semana até, se eu não me engano ate sexto dia de vida,
359 mortalidade materna, a razão da mortalidade materna no Paraná, nos períodos de oitenta e nove a
360 noventa e três foi de oitenta e três vírgula nove, e dois mil e quatro a dois mil e oito foi de sessenta
361 e dois vírgula oito por cem mil nascidos vivos, indicando redução de vinte e nove. Essa é na minha
362 concepção e da nossa equipe ainda tímida, pra vocês terem uma idéia a organização Pan-
363 americana No da saúde considera a razão de mortalidade materna baixa, quando ela fica em torno
364 de vinte, então vocês veja o grande espaço que a gente tem de diminuição da mortalidade materna
365 no Brasil e no Paraná. Oitenta e cinco por cento dos casos, são considerados evitáveis dos óbitos
366 das mães no Paraná, isso são dados baseados nos estudos de caso na investigação e na
367 conclusão do óbito relacionado a mortalidade materna, setenta e um por cento destes óbitos são
368 atribuídos a tensão pré natal por Peri assistência hospitalar, quer dizer, se tivéssemos uma
369 qualidade melhor na tensão nesse caso, nos poderíamos evitar esses óbitos, vinte e três por cento
370 estão relacionados a causas sociais e seis por cento ao planejamento familiar e outro, entre as
371 causas de morte materna, sessenta e sete virgula oito por cento, são obstétricas diretas, são
372 relacionadas ai a intervenções, omissões e tratamento incorreto da gestante, seja antes ou durante
373 o parto, entre dois mil e dois mil e oito, esse dado é entre dois mil e dois mil e oito. Em dois mil e
374 nove em torno de cinqüenta por cento, dentre essas causas obstétricas diretas, destaca a questão
375 a doença hipertensiva especifica da gestante e a hemorragias em trinta e dois vírgula dois por

376 cento, então nós temos um comprometimento severo na tensão das gestantes no momento do
377 parto, pré parto em relação essas causas obstétricas. Ai esta a razão da nossa mortalidade
378 materna, vocês podem ver que tem variações, mas infelizmente ela vem se mantendo num patamar
379 acima ai em média de sessenta a cada ano. Pode passar, então aí esta, que ontem a gente
380 trabalho, a nossa equipe da epidemiológica e depois vocês vão ver como é importante a gente
381 conhecer os dados, socioeconômico, aspectos sociais mesmos em relação a nossa população, se
382 vocês olharem ali, vocês vão ver que de dois mil e sete a dois mil e onze, conforme a raça da
383 falecida, nós vamos ver que há uma influencia direta na probabilidade dela, então da raça branca,
384 óbitos maternos, trezentos e trinta e sete mil, é trezentos e trinta e sete óbitos pra seiscentos e
385 noventa e nove mil nascidos vivos, uma razão de mortalidade materna de quarenta e oito virgula
386 dezenove, quando a mulher é parda, essa razão de mortalidade sobe pra cento e oito, praticamente
387 dobra, quando ela é negra, ela vai a cerca de doze vezes mais, quando ela é amarela, mais ou
388 menos três vezes mais, indígena também, então vejam que há uma influencia direta em relação a
389 isso. Pode passar. No período acumulado ainda de dois mil e sete a dois mil e onze, conforme o
390 grau de escolaridade da falecida, então nós vemos que, mulheres que com menos graus, com
391 menos estudo, com grau menor de alfabetização tem uma probabilidade maior de ir a óbito no
392 parto, há uma razão direta em relação a isso, com nenhum estudo, a razão da mortalidade chega a
393 cento e oitenta, de uma a três, cento e quarenta e cinco, quatro a sete oitenta e um, e assim vai,
394 conforme vai aumentando os anos de estudo, temos menos óbitos dessa pessoa, isso é importante
395 porque, por exemplo, no mãe paranaense nós vamos, claro, priorizar as gestantes de risco. Na
396 literatura, tecnicamente, usualmente havia uma classificação em dois graus, as mulheres com risco
397 habitual e as mulheres com alto risco, risco habitual, são aquelas gestantes que não apresentariam
398 fatores de risco individual, sócios demográficos, ou historia reprodutiva anterior de doença ou
399 agravo, e as de alto risco, são aquelas que apresentam condição clinica importante, por exemplo,
400 hipertensão arterial dependência na droga, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias e outras
401 doenças. Nós aqui no Paraná vamos criar a de risco intermediário, uma classificação de risco
402 intermediário, são gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados a essas características
403 que eu citei aqui, individuais, sócio-demográficas e de história reprodutivas também anteriores. São
404 as gestantes negras ou indígenas, aquelas que têm menos de quinze anos ou mais de quarenta
405 gestantes analfabetas ou com menos de três anos de estudo, gestantes com menos de vinte anos
406 com filho morto anteriormente, gestante com menos de vinte anos com mais de três filhos, em
407 suma, esse dado revela que temos de ter sim uma atenção, como diz a **Maricia Solake**, devemos
408 pregar nelas, nessas gestantes, e cuidar delas pra que elas não venham a óbito e também seus
409 filhos. Pode passar. Aqui gente são doenças e os agravos não transmissíveis, então na composição
410 na mortalidade por grupo de causa, se observa a ascensão das doenças não transmissíveis e de
411 causas externas, com a redução das infecciosas, parasitarias, e das afecções do período Peri natal,
412 então pegando os dados de dois mil e dez, a gente vê que o primeiro lugar na, de causas de morte
413 no Paraná geral estão as doenças do aparelho cárdio circulatório, o infarto do miocárdio, o acidente
414 vascular cerebral e outras relacionas ao aparelho cardio circulatório, são vinte e nove virgula cinco
415 por cento dos óbitos nesse ano, o segundo lugar vem a neos plasias, com dezoito por cento dos
416 óbitos, e o terceiro as causas externas, quatorze virgula quatro por cento, causas externas estão
417 vocês sabem, estão principalmente é a violência, os acidentes e aqui compõem pelo menos um
418 terço das causas externas se você a página a página vinte e vinte e um do nosso documento vocês
419 vão ver dois quadros que revelam por faixa etária quais são as causas de óbito ou para o homem
420 se na página vinte e mulheres na página vinte um se vocês pegarem aí a primeira causa vocês vão

421 ver que causas externas para homens está na faixa de um até quarenta e nove anos como a
422 primeira causa, no caso das mulheres vocês vão ver que as causas externas se estão de um a
423 vinte e nove anos, depois no caso das mulheres vêm as neoplasias, depois a gente vai comentar
424 aqui, é importante até fiz uma chavinha aqui, nas cinco primeiras causas de cada grupo que a
425 gente faça sempre uma análise, porque para nós é esse o enfrentamento que nós vamos ter que ter
426 em termos de mortalidade no estado do Paraná com a implantação das redes e dos cuidados
427 todos que a gente vai fazer. Então as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório,
428 como já falei, lideram, já vem desde a década de oitenta, as causas externas também em
429 crescimento desde oitenta, depois vêm às parasitárias, aliás, as doenças infecciosas e parasitárias
430 com um decréscimo não significa que a gente não tenha esses problemas ainda, temos doenças
431 infecciosas e parasitárias que persistem, mas elas vêm caindo. As doenças, as neoplasias um
432 crescimento significativo também que vem ao longo da nossa série histórica e assim por diante.
433 Bom, aqui são os acidentes por transporte é importante destacar que o fato de estar verde não
434 significa que está bom, é apenas em relação à média do estado, o Paraná tem uma média de trinta
435 e um vírgula três por cem mil habitantes teve em dois mil e dez, e se destacam os acidentes por
436 transporte nas regiões de Maringá, Londrina... Aliás, aquele município do meio Apucarana, Cianorte,
437 Francisco Beltrão. Em amarelo, intermediário risco, os outros ali que vocês estão vendo, e depois
438 aqui na região leste o de verde. Suicídios, suicídios importante causa externa está também no
439 centro Sul do Paraná, temos uma alta taxa na região de Pato Branco, Francisco Beltrão,
440 Guarapuava e Ivaiporã. Volto a dizer que o fato de estar verde não significa que está numa
441 condição boa, mas em relação à média do estado. Aqui a distribuição por agressões, no caso,
442 também homicídio, morte violenta, o Paraná tem uma taxa de trinta e dois vírgula seis por cem mil.
443 Teve em dois mil e dez, destacando o toda a região metropolitana de Curitiba, que já é notório,
444 todos nós sabemos a situação aqui, e também foz do Iguaçu com quarenta e nove por cem mil e as
445 outras regiões do estado: o litoral, Cascavel também com números altos e as outras regiões.
446 Número de óbitos pelos principais tipos de câncer, eu já tinha citado, então em homens são os
447 cânceres relacionado ao aparelho respiratório principalmente que lideram, vem crescendo,
448 provavelmente o tabagismo vem influenciando significativamente por isso ações de combate ao
449 tabagismo são fundamentais, o câncer de próstata a saúde do homem deve ser intensificada, de
450 estômago e da bexiga, e assim por diante. Na mulher, é diferente, claro, o câncer de mama está em
451 primeiro lugar brônquios e pulmões, seja pelo tabagismo ou pelo fumo passivo também, que
452 também é um fator de risco grande no caso das mulheres. Neoplasia do estômago, dos brônquios,
453 aliás, ali tem uma quase empatada, do estômago, pâncreas, e do colo de câncer uterino empatado.
454 Bom, vamos lá. As taxas de mortalidade por doenças cardio, cerebrovasculares também
455 significativas nas faixas etárias mais velhas, acima de cinquenta anos, mas já aparecendo
456 significativamente também nas faixas de quarenta anos. Podem passar. Bom, esse é o panorama
457 das doenças não transmissíveis. As doenças transmissíveis, o Paraná, ele apresenta um quadro de
458 tripla carga de doenças com predomínio das condições crônicas e o incremento da violência em
459 todas as regiões persiste, no entanto, situações de enfrentamento, a emergência ou re-emergência
460 de doenças e agravos infecciosos como a hepatite a dengue as bactérias multi resistentes às
461 zoonoses, as doenças dos animais que a gente também pode adquirir, de interesse a saúde pública
462 entre outras. Antigos problemas de saúde ainda persistem no Paraná, como a tuberculose e a
463 Hanseníase, a malária, malária na região de foz do Iguaçu ainda temos casos autóctones, as
464 doenças sexualmente transmissíveis e a os AIDS. Pode passar. Então nós vivemos transição
465 epidemiológica com a tripla carga de doenças. Podem passar. Aqui vou destacar algumas dessas

466 doenças que persistem, a hanseníase que apesar de ter uma queda significativa nos últimos anos,
467 nós ainda temos muitos casos de hanseníase no estado do Paraná. Pode passar. Hanseníase o
468 grave é a questão da incapacidade quando a pessoa atinge o grau dois, significa que ela não teve o
469 diagnóstico e o tratamento a tempo, ela está com alguma seqüela por conta da hanseníase, nós
470 pretendemos esse ano iniciar cirurgias e reabilitativas da terra para esses pacientes no hospital de
471 reabilitação para e inclusive, claro, reduzir o impacto desse problema ainda temos aquelas doenças
472 que apresentam quadros de persistência ou de redução recente como as meningites, especial as
473 causadas por meningocócos B e C, que são importantes na questão de transmissão, são muito
474 transmissíveis as hepatites virais, a tuberculose, AIDS, as DSTS, as doenças diarréicas, entre as
475 zoonoses temos a esquistossomose a febre amarela, a leishmaniose, a leptospirose, a malária, as
476 DSTS e outras. Podem passar. Então as hepatites a gente destacou um pouco, aqui na
477 apresentação e no documento por que é uma doença que está cada vez mais ganhando uma
478 relevância no nosso estado, como em todo o mundo, particularmente a hepatite B e C, que vem
479 crescendo. Então essa é a detecção de hepatite virais e portadores e crônicos por cem mil no
480 Paraná, vejam em azul a hepatite B, vejam que nós temos regiões aonde a situação é muito grave,
481 principalmente do sudoeste, pato Branco, Francisco Beltrão, Oeste, Foz do Iguaçu, Cascavel e
482 também Toledo. Há muitas hipóteses porque essas regiões têm uma incidência maior de hepatite
483 B, tem gente que fala até que é o chimarrão, não sei, o fato é que há uma incidência maior nessas
484 regiões, a hepatite C vem também ganhando significância, cada vez mais ao aprimorar a testagem,
485 o diagnóstico, ela vem crescendo, o fato que é uma prioridade para nós as hepatites nesse plano
486 estadual de saúde também. Aí também a incidência por cem mil de hepatite B, em alguns dados ali
487 acerca das vacinações que vêm sendo ampliadas paulatinamente nas faixas etárias. Aí são a
488 detecção acumulado de hepatite por cem mil por região, já citei as regiões que são mais
489 importantes. Bom, tuberculose, a tuberculose ainda persiste no estado Paraná, nós temos ainda
490 muitos casos ao ano, ganha relevância cada vez mais a tuberculose associada ao HIV, então a
491 comunidade traz a tuberculose e o tratamento é difícil, a estratégia de tratamento hoje, precisa ser
492 reforçada principalmente o tratamento diretamente observado que aquele que o agente de saúde
493 vai e ele mesmo acompanhado administra o remédio diariamente, nós temos que diminuir o
494 abandono, porque o abandono não só impacta na taxa de cura mas também no aparecimento de
495 resistência aos medicamentos para a tuberculose. Então temos regiões do Paraná com incidências
496 altas, como o litoral e alguns municípios também do interior. A porcentagem de cura, estamos
497 aquém do que deveríamos estar, nós estamos ainda com a taxa de setenta e quatro vírgula quatro,
498 eu não me lembro agora o dado mas eu acho que é abaixo de sessenta por cento que tem de ter,
499 então nós precisamos intensificar ainda mais o tratamento para atingir a cura. Aí a incidência de
500 AIDS, temos uma queda significativa de casos ao longo da série histórica, mas continuamos ainda
501 ter um mil e trezentos casos por ano novos de AIDS no estado do Paraná. Aqui estão algumas
502 doenças a leptospirose permanece, leishmaniose a tegumentar, a esquistossomose, a malária, eu
503 não citei a dengue nessa transparência, mas nós passamos nos últimos cinco anos por três
504 epidemias de dengue você se lembram, então é uma questão grave. Acidentes por animais
505 peçonhentos, nós destacamos porque no SINAM, sistema de informação dos agravos de
506 notificação do sistema nossos, nós temos três agravos que se destacam: animais peçonhentos,
507 agressão para animais a questão o tratamento anti-rábico e as intoxicações exógenas, seja a por
508 medicamentos, por agentes químicos e por outras substâncias químicas, então aparecimento de
509 animais peçonhentos isso é uma realidade no estado do Paraná nós temos um recorde de casa em
510 termos de aranha marrom, nós temos o maior número, as taxas de incidência vem crescendo

511 principalmente em pequenos municípios por acidentes, por animais peçonhentos de modo geral, o
512 aparecimento de acidente de escorpiões e vem crescendo nos municípios, acidentes por serpentes,
513 entre outros. Aí está a nossa situação em termos de animais peçonhentos: a aranha, lagarta e
514 assim por diante. Bom, acidentes graves, lesões envenenamentos e algumas outras de
515 conseqüência de causas externas. Aqui se destaca os aspectos também relacionados à saúde do
516 trabalhador, nós temos em média, mais de mil amputações por ano no Paraná, por conta de
517 atividades de trabalho, são máquinas inseguras até estamos trabalhando numa regulamentação
518 para proibir máquinas inseguras em termos de proteção ao trabalhador, então amputações e
519 esmagamento muito, os acidentes de trânsito que eu já citei as fraturas e outras lesões. E um
520 agravo importante que ainda persiste também é a anemia falciforme, nós temos no mundo uma
521 prevalência de cinco por cento, é uma doença genética um de maior gravidade clínica e
522 ematológica, uma mortalidade de vinte e cinco a trinta por cento de criança com até cinco anos de
523 idade, no Brasil são pelo menos dez mil portadores e três mil e quinhentos novos casos por ano. No
524 Paraná a prevalência de dois mil e dois a dois mil e quatro foi o de dois virgula dois por cem mil
525 recém-nascidos e com maior concentração aqui na região metropolitana de Curitiba e na Décima
526 Quinta Regional, então, essa questão está relacionada ao teste do pezinho para identificação da
527 anemia falciforme, para finalizar, mas temos uma série de questões do ponto de vista e
528 epidemiológico e o Paraná não está imune .A chamada transição epidemiológica, nutricional,
529 demográfica e os efeitos da globalização, então, nós vivemos uma nova fase do ponto de vista do
530 quadro de saúde da nossa população e isso impõe para nós novos desafios por isso a estruturação
531 de ações redes projetos que respondam a essa realidade epidemiológica a é uma e deve ser um
532 foco das políticas de saúde do nosso plano nós procuramos então abordar, tentar abordar em todos
533 os aspectos esse quadro que nós temos hoje no Paraná. Era isso, obrigado. Se tiverem alguma
534 pergunta. Tem alguma pergunta alguma colocação? **Soraya. Soraya SINDSAÚDE, Sezifredo,**
535 você falou assim bem rapidamente da questão das mutilações dos trabalhadores e tal, porém, eu
536 achei assim um pouco incipiente esse dado como saúde do trabalhador e eu achei que ou o
537 levantamento foi assim focado nas mutilações e mortes, possivelmente da parte da construção civil,
538 que nós temos visto bastante acidente, de quedas e etc., mas nós temos outros tipos de
539 agravos, como vocês têm os dados nas mãos, não tem como apurar o fato de outros
540 transtornos ou sei lá, depressões, suicídios até por questões de estresse no trabalho, existe uma
541 série de causas que a gente sabe que os trabalhadores estão sendo afetados e outros problemas
542 menores, como problemas de colunas, a gente sabe que tem muitos trabalhadores de hospitais
543 particulares, por exemplo, e mesmo de hospitais públicos que as pessoas que trabalham na
544 enfermagem pelo motivo de carregar pacientes, dar banho e têm um desgaste muito grande na
545 questão da coluna, até a incapacidade obrigando as vezes algum trabalhadora ser aposentado por
546 invalidez por incapacidade decorrentes ao trabalho, esses dados vocês não têm para apresentar,
547 por exemplo, para a gente até verificar a questão da saúde do trabalhador? Sim, eu acho
548 importante esse teu registro, realmente apresentação ela é rápida, eu acho que pode ser a gente
549 pode tirar hoje, acrescentar no plano estadual mais dados sobre a saúde do trabalhador. Por
550 exemplo: acidente com materiais biológicos que afeta diretamente os trabalhadores de saúde, é um
551 agravo que vencendo já notificados significativamente também, mas nós precisamos melhorar as
552 notificações em saúde do trabalhador, essa uma das questões, uma das linhas da política estadual
553 de saúde do trabalhador, precisamos aperfeiçoar as nossas fontes de notificação, capacitar nossos
554 profissionais desde a atenção primária até todo os níveis para que a gente para que a gente melhor
555 a notificação, então eu acho, o **Lucio** está aqui e a gente pode, né **Lucio**, pegar mais dados de

556 saúde do trabalhador e acrescentar no diagnóstico aqui, tem problema não. Sequer usar a palavra?
557 **Sezifredo**. É **Sebastião** do SINDPREVS Paraná, no mapa anterior apresentado pelo **Suzuki**, ele
558 colocava ali na região sudoeste em especial Pato Branco e Beltrão e toda aquela região um grande
559 índice de mortalidade em relação à saúde do trabalhador, nunca foi levantado talvez alguns dados
560 em relação a questão da agricultura desses trabalhador, será que não tem nada a ver com a
561 questão da inseticida aplicado na agricultura problemas neurológicos, porque a gente não tem
562 esses dados quanto saúde do trabalhador e o aumento de suicídio naquela região. Bom dia a
563 todos, bom rapidamente só para colocar o aquilo que a senhora levantou e Sebastião também e
564 complementando que o **Sezifredo** falou, do ponto de vista da saúde do trabalhador nós discutimos
565 o ano passado a política estadual, as que todos têm conhecimento e tem um grande enfoque na
566 melhoria na questão de notificação, nós estamos trabalhando fortemente nisto de porque hoje nós
567 temos em termos de notificação mais consistente de fato os acidentes nas temos aí diversos tipos
568 de acidentes mas nós temos muita carência de notificação especialmente no CINAM, em relação
569 por exemplo lerdorte, a apair e intoxicações exógenas que embora já está crescendo o Sebastião e
570 isso nos deixa bastante feliz, nós temos bastante conhecimento desta realidade e estamos
571 trabalhando sim relação aos onze agravos como um todo na portaria cento e quatro e eu acho que
572 é Soraya, nós temos alguns dados, são incipientes que podemos estar disponibilidade sim, mas
573 estamos trabalhando para que nos próximos anos temos um melhor conhecimento desse quadro,
574 agora com relação ao que o Sebastião levantou, Sebastião nós estamos trabalhando sim, na
575 questão agrícola, e começamos a alguns anos atrás e estamos concluindo agora uma pesquisa na
576 região do Rio Azul com os funicultores, família. Porque nós pegamos ali, porque há um grande uso
577 de inseticidas neste tipo de cultura e daí nós estamos levantando este tipo de questões que
578 estamos falando e qual produto que nós estamos tendo disso, tem agora uma Web conferência,
579 acho que todos receberam por expresso no último dia três, que vai tratar somente esta questão,
580 porque nós construímos um roteiro diagnóstico para profissional de saúde, especialmente pro
581 médico porque as intoxicações agudas elas são resolvidas do ponto de vista do pronto atendimento
582 e como hoje relativamente são bastante satisfatórios, agora as intoxicações crônicas que é o nosso
583 foco e você levantou Sebastião, elas muitas vezes passa batida ao longo do da vida do cidadão que
584 vai a ao médico vai ao SUS e muitas vezes ela passa a batida, e infelizmente o passa, esse roteiro
585 vai auxiliar muito profissional na hora do atendimento e no diagnóstico, acho que por aí deve criar
586 um cenário diferente em pouquíssimo tempo a partir desse roteiro, então nós estamos trabalhando
587 e está previsto na política e de saúde do trabalhador que é uma política estadual, acho que dá para
588 contar os estados que têm uma política própria da saúde do trabalhador e baseado na realidade e
589 que a gente pretende de fato estar atendendo esses anseios, tanto no ponto vista da notificação
590 quanto do ponto de vista de enfrentamento de um quadro muito grave que a questão do uso do
591 inseticida pro nosso meio agrícola que do Paraná é muito expressivo. Lembrando que nos
592 indicadores de que a gente trabalhou no peso, vocês vão ver a tarde tem um indicador importante
593 para a melhoria da notificação da saúde do trabalhador, temos uma meta que foi colocado lá, então
594 assim, essa questão é uma prioridade para nós dos indicadores da vigilância de saúde de saúde e
595 um deles é específico para a questão de saúde do trabalhador. Ok. **Sirlene**. Bom dia todos e a
596 todas, **Sirlene** Fórum Paranaense de ONG - AIDS, eu só quero deixar registrado que, assim, um
597 pensamento que nós ONGS temos, é que a AIDS, ela esta sendo bastante diagnosticada, então a
598 gente fala assim: está aumentando o número de casos, está aumentando o número de casos, tem
599 dinheiro específico não estamos fazendo nada? Não, muito pelo contrário, eu acho que governo e
600 sociedade civil está fazendo a parte deles só que infelizmente esses são casos que está vindo lá de

601 trás, e infelizmente aonde que vem a cadeia maior e essas pessoas e não se preveniram
602 disseminando, então o trabalho está sendo feito e o que eu vejo assim, o que eu quero deixar
603 registrado aqui, é que nós temos que saber a qualidade de vida que estes usuários que não
604 adianta você pegar um diagnóstico de AIDS na mão e aí, como que vai ser sua qualidade de vida
605 após o diagnóstico, então é isso que a gente não está pensando, a gente está pensando na
606 prevenção, na prevenção e estamos esquecendo realmente de conquistar a adesão de sujeito,
607 como que está ter medicamento à saúde e funciona cem por cento, toda a medicação que precisar
608 você consegue, mas e aí a gente está pensando nesse ser, a gente está pensando nesse sujeito,
609 então é o que eu gostaria de deixar bem registrado para a gente começar a debater em cima
610 realmente da adesão à medicação. Obrigada! Soraya é em cima da... nós temos a Soraya, a Gisela
611 a mãe Omi, o Guilherme e a Rosalina inscrito, na fala da Soraya nós estamos encerrando as
612 inscrições. É novo sentido de dar uma contribuição em relação à questão da notificação, nós temos
613 os SIATES e os SAMUS, que são os primeiros organismos no caso de serem chamados de
614 quando acontece um acidente de porque não ter um CAT dentro da própria ambulância entendeu
615 como primeira notificação, o cara vai atender e já vai ali fazendo a notificação foi num prédio que
616 foi atendido, foi violência doméstica, uma violência sexual, foi um acidente de trânsito, entendeu,
617 porque eu acho assim, chega no hospital e o pessoal nem lembra, e a primeira linha de
618 atendimento, o primeiro enfrentamento é você colocar o cara numa ambulância e chegar rápido ao
619 hospital, eu acho que ali já tinha que começar a fazer um trabalho de notificação já cruzando os
620 dados para a gente não perder os casos, porque o que a gente tem visto é essa a sub notificação,
621 depois chega no hospital, há por que está aqui, precisou fazer uma cirurgia e tal e acaba se
622 perdendo no meio do caminho como se isso não fosse ou um acidente, ou uma violência ou alguma
623 coisa assim, até pra gente poder fechar melhor esses quadros. Ok! **Gisela**. Bom dia! **Gisela** do
624 **CREFITO**, eu gostaria de levantar uma questão importante aqui neste relatório epidemiológico, eu
625 acho que a gente poderia ter mais informações sobre a incapacidade e funcionalidade, isso na
626 verdade não é um problema só do Paraná é um problema no Brasil inteiro, para gente entender
627 como essas patologias geram funcionalidade incapacidade para as pessoas que isso tem impacto
628 na vida, tem um impacto econômico importante, por exemplo saber além da mortalidade quantas
629 pessoas morreram por acidentes de transportes ou pela violência urbana, quantos ficaram
630 incapazes com seqüelas que têm prejuízo, e como a gente consegue lidar com isso, é um problema
631 que também interessa a população com deficiência e a gente ainda tem que trabalhar muito para
632 conseguir todas informações porque é uma informação difícil de que, até para os conselheiros
633 saberem, uma iniciativa bem interessantes que o Paraná está saindo na frente é a utilização CIF,
634 que é a classificação de funcionalidade, assim como a SID, tem uma classificação de doenças a
635 organização mundial da saúde traz a classificação de funcionalidade, a CIF e o hospital de
636 reabilitação começou essa semana a se capacitar e a criar um projeto piloto para utilização da CIF
637 para a gente ter essas informações, é um trabalho longo porque exige capacitação do profissional,
638 de uma reestruturação do sistema para a gente conseguir compilar esses dados, mas é uma coisa
639 que a gente tem que se atentar tem que ter esses dados para poder depois gerar ações nesse
640 sentido. Mãe Omi. **Mãe Omi**, Rede de Mulheres Negra Paraná, bom dia, **Sezifredo**, presidente,
641 bom dia a todos, eu fico assim feliz em estar discutindo à saúde da população negra e
642 especificamente a anemia falsiforme, nós já tivemos aqui no conselho uma triste eu lamento o
643 sofrimento de uma parceira da gente que perdeu o seu filhinho é uma doença que ela não tem
644 assim a cara, a condição social, pode ser o pobre pode ser o rico, mas a população negra, ela é
645 muito vulnerável no nosso Paraná tanto que o querem formar, não sei se é de conhecimento de

646 todos os conselheiros, nós temos uma secretaria especial aqui na SESA que trata dessas
647 comunidades que é a população negra e indígena e **Sezifredo** você falou do teste do pezinho, que
648 é feito quando a criança nasce, mas nós temos muitos casos, eu acompanho três casos em
649 Londrina que não deu no pezinho, não é que não deu no pezinho, os primeiros traços não deram
650 tanta atenção e não chamaram as famílias, o segundo quando a criança apresentou o problema,
651 nem o teste do pezinho a mãe sabia se foi feito, mas se a Mãe Paranaense vai, seu projeto vai
652 acompanhar esse tipo de população é muito importante que essa secretaria especial que nós temos
653 aqui acompanhe isso, por que o problema da do Vulnerabilidade social na população negra é a
654 base é o assentamento é a favela é lá que mora esse pessoal que tem maior dificuldade. Outra
655 coisa que mexe muito comigo, que eu passei por esse apreço, foi ano passado e mãe de uma
656 mulher negra, avó de uma adolescente negra e a hipertensão arterial ela é muito grande nessa
657 população também e a morte nessas adolescentes esta muito grande também nessa população
658 negra, porque minha filha teve a hipertensão arterial e de última hora teve uma pré eclampse e não
659 teve nada a fazer, o tratamento foi muito bom, eu ainda pude acompanhar, mas eu acompanho
660 casos de última hora que não tem o que fazer mais sofre, então eu acho que Mãe Paranaense está
661 de parabéns, os gestores, a nós que estamos aqui batalhando em cima desse plano, está muito
662 bom, mas eu luto e peço sempre quando aos meus companheiros, quando eu falo na política
663 nacional e de saúde integral da população negra eu falo é nesse tipo de povo é nesse tipo de gente
664 mas às vezes não chega ao conhecimento dos senhores aqui no estado como nem dentro dos
665 conselhos municipais, então assim, hoje eu estou feliz em estar partilhando aqui há aqui um
666 sofrimento grande na pele, outra coisa também que eu quero também é parabenizar, agradecer e
667 dizer que estar junto com nós aqui, como conselheira a doutora Denise Aquiles, do HU de Londrina,
668 quem é uma grande parceira desse tipo de população em Londrina, que não nos deixou na mão até
669 agora, nem a rede de mulheres negras nem o Ilchel Polmin, que as entidades luta por essa causa
670 no norte do Paraná. Obrigada! . É apenas, agente claro, tem a questão do tempo, mas, eu acho que
671 todos conselheiros estão a abordando, aspectos importantes, A Gisela colocou muito bem, nós
672 quando elaboramos esse diagnóstico, tivemos sim dificuldades em relação a essa questão,
673 reconhecemos, inclusive se você tiver alguma fonte para que possa nos ajudar, a questão da SIF,
674 é uma proposta que você está colocando então nós vamos também ter a oportunidade no período
675 da tarde de discutir, acho que vamos levar nesse momento essa questão, a Soraya deu uma
676 sugestão também que eu acho que a tarde a gente pode discutir melhor, e acatar, porque neste
677 momento, é o momento de diagnóstico, tem que realmente fazer os apontamentos da situação e
678 epidemiológica e aí depois a gente estudar os enfrentamentos dessa realidade, acho importante
679 manifestação também da Mãe Omi, coloca a vulnerabilidade da população negra, uma outra
680 população que nos preocupa muito e o representante do ministério da saúde está aqui, é a
681 população indígena, eu citei a nossa preocupação com mortalidade infantil indígena, é uma das
682 interfaces na verdade da saúde que a gente tem que articular essa ação entre os municípios e o
683 ministério que cuida disso, em suma, eu acho que todas as abordagens remetem a uma questão, a
684 gente definir claramente as prioridades e poder também dentro dos projetos estratégicos que a
685 SESA vem desenvolvendo encaixá-las porque o foco nosso realmente é a estruturação das redes
686 dos projetos estratégicos, nós temos que caminhar aí e fortalecer o enfrentamento dessas questões
687 que vocês colocaram, então o Lucio colocou o bem na saúde do trabalhador mas em todos os
688 programas que nós temos de projetos estratégicos há essa perspectiva, nós não queremos
689 trabalhar sob foco da hegemonia da classe social dominante nós sabemos que nós temos grupos
690 vulneráveis, regiões vulneráveis, à apresetação IPARDES deixou bem claro isso e essa é a linha,

691 inclusive para a questão dos investimentos e a SESA vai fazer, nós até estávamos assistindo a
692 apresentação do **Suzuki** e vendo que criamos um índice que amanhã vocês vão conhecer que
693 bate exatamente com essa realidade sócio-econômica que ele apresentou do estado, então hoje
694 não se faz mais política pública de saúde sem essa intercetorialidade em abordar esses aspecto,
695 então é nessa linha que nós vamos trabalhar, então eu sugiro que todas essas propostas
696 colocadas aqui, a gente também discuta tarde na hora das diretrizes e das ações e das metas.
697 Guilherme. Bom dia **Sezifredo, Guilherme** conselho regional de psicologia, me ficou tem uma
698 dúvida bastante pontual na verdade, quando a gente esta falando, está na página quinze do
699 relatório, com relação, evitabilidade de óbitos infantis, traz que no nosso Estado hoje ele está em
700 sessenta e um meio por cento e uma de discrepância grande com o número no Brasil de dezessete
701 virgula seis por cento, meu questionamento é se nós temos os dados de porque essa discrepância
702 tão grande? O Brasil, ah, desculpa, depois eu respondo. Vamos fechar o bloco, daí ele responde
703 em bloco. Rosalina. **Rosalina**, ACEFA usuária, ainda na saúde do trabalhador, eu queria colocar se
704 tem como, também apresentar a questão de gênero, porque ela vem só questão do trabalhador, ela
705 não mostra, questão do trabalhador quanto as mulheres e a causa a mortis dessas mulheres, ainda
706 também na questão da mortalidade, fura a alfabetização da mulher, chama a atenção também
707 dessa questão da região, mas quando traz dentro da que não concluir o ensino médio, isso dentro
708 das grandes cidades é um número muito também por causa dessas imigrações da zona rural, que
709 as pessoas vão para a cidade grande, isso é um trabalho que a gente tem feito tem lá em Londrina,
710 nesse comportamento da mulher, elas abandonam a escola para poder trabalhar e talvez da gente
711 na hora de diretrizes a gente precisa ver se não é uma questão só da saúde e como o de agente
712 pode estar integrando na questão da educação e a questão das mulheres indígenas que aí até a
713 gente estava discutindo lá no HU, com abstrata o doutor Marcio numa ficha reunião que a gente
714 teve na questão da maternidade do HU, essa relação dos hospitais, onde é que está mais perto
715 dessa comunidade que essa necessidade de formação de recursos humanos para entender essa
716 questão não é somente levantar esse caso, essa pessoa, eu já falei aqui, eu já acompanhei junto
717 no hospital ficar internada com meu neto, junto com pessoas que ficam um lá, é muito difícil, eu
718 acho que isso quando a gente por trabalhar nas diretrizes tem que ser uma questão muito bem
719 pensado dessa proposta para o plano. **Amaury** e a **Elaine**. Alo dia, bom dia a todos, **Amaury**
720 **Aneps**, Articulação Nacional De Movimentos, assim, na questão da AIDS, o que nos preocupa
721 realmente é o vírus super resistente da região sul todos os senhores e senhoras sabem que o
722 Paraná, o Sul enfim, não é diferente questão do adolescente está infectado as nossas mulheres a
723 terceira idade isso é muito alarmante, que bom que Cirlene puxa a questão da adesão, que na
724 verdade o que acontecendo, tem nós temos um tipo de, vamos colocar dessa maneira, um
725 bichinho diferente, nosso bichinho é mais resistente a questão é essa, nesse diagnóstico se ha
726 algum estudo no sentido do, do, desse vírus resistente e que está acontecendo no Paraná
727 principalmente por conta das pessoas que estão abandonando a adesão até por conta de vários
728 critérios, vários fatores aí determinantes, mas isso está ocorrendo seguinte, as pessoas criando um
729 super vírus resistente da AIDS no sul e especialmente no Paraná, isso nos assusta muito, hoje
730 mesmo a gente deixou umas camisinhas, femininas e masculinas e a gente espera que as pessoas
731 falem realmente de prevenção, mas também falem da coisa de estar vivendo com HIV São vários e
732 irmãos nossos vários companheiros nossos que hoje vivem com HIV, existe qualidade de vida?
733 Existe. Mas alguns não conseguem, nós também temos um entrave na saúde mental, que
734 realmente nós perdemos muito, estamos perdendo muito por conta do uso abusivo do Crak, por
735 conta do álcool, São fatores a assim bastante delicados que tiram a pessoa do tratamento,

736 tratamento não é só tomar droga, o tratamento é todo uma aporte de cuidados graças a Deus o
737 Paraná, gente tem que registrar também que tem uma excelência no serviço, agora nós temos que
738 estar pensando nessa questão do vírus resistente, no subtipo que nós temos no Paraná, e já esta
739 colocado a nível nacional que o bichinho do Sul é mais forte, agente fala isso até triste, por que isso
740 são coisa que nos chocam mesmo, obrigado. **Elaine.** Bom dia, primeiro quero fazer uma ressalva
741 talvez o que eu fale não esteja cem por cento correto, porque como a gente, eu recebi isso ontem à
742 tarde, não consegui ler, não consegui mesmo, então talvez eu esteja falando coisa errada, quero
743 fazer essa ressalva, mas dizendo também que por esse documento ser tão importante como o
744 próprio Renê falou, a gente tem que ter o cuidado de tentar elaborar bem o plano, para depois dar
745 continuidade a bons instrumentos de gestão ano a ano e aí eu estou sentindo falta de algumas
746 avaliações como a questão da saúde do idoso eu acho que o que tem da saúde do idoso, ainda é
747 pequeno visto o dado que o IPARDES trouxe do o crescente envelhecimento da população.
748 Também não observei um diagnóstico sobre doenças imunopreveníveis e imunização na página
749 quarenta e seis tem um parágrafo sobre a saúde do deficiente aí na página vinte cinco fala de
750 incapacidade não tem nenhum dado quem diga ou seguinte: problemas, deficiências no parto que a
751 criança ficou incapacitada por conta do parto ou porque que a saúde do trabalhador está deixando
752 pessoas cadeirantes, enfim com problemas, então a assim, algumas coisas têm relação
753 incapacidade deficiência pode ter relação com vários temas, eu não percebi essa articulação com
754 os vários temas, acho que falta também, veja foi o estado tem investido no ultimo governo, governo
755 anterior e nesse muito na questão dos hospitais e não têm nenhum dado de morbidade hospitalar,
756 nada, não consta uma linha pelo que eu, pelo pouco que eu li, então eu falando o que eu posso
757 estar errada mas eu acho que eu queria fazer uma proposta e que a gente hoje debatesse, mais
758 que houvesse um prazo para que a gente apresentasse os temas que a gente acha que está
759 faltando para que a SESA pudesse dizer isso aqui se justifica no texto da página tal, ou isso aqui
760 realmente nós temos que acrescentar, na mesma linha que a Soraya falou, na saúde do
761 trabalhador, gente que não tem nenhum dado , sobre veja isso tem tudo a ver com o sistema e
762 econômico hoje a gente tem todos os bancos todas as grandes empresas inclusive no setor público
763 dizendo trabalhe para cumprir a meta senão cumprir a meta é rua ou vai ser penalizado sem uma
764 gratificação, em isso ou sem aquilo e nós não temos dados em relação ao que está acontecendo na
765 saúde do trabalhador pela informalidade ou pela falta de pessoal ou nessas metas que você atingir
766 cada dia na questão de transtorno mental de metal pesado, enfrentam eu fiz uma pequena relação
767 aqui, que eu estou, não é completa, lógico, a questão também do aleitamento materno, programa
768 do leite, tanto investimento, daí assim, aqui a gente também não fala nem dos bancos de leite
769 humano acho que esse é o diagnóstico, pode falar lá na frente do serviço, por isso que eu estou
770 falando, eu posso estar incorrendo em erro, mas eu acho que tenha alguma coisa, vigilância
771 nutricional, num sei, mas eu acho que a gente, a minha proposta de encaminhamento é, a gente
772 debate, mais abre-se um prazo para que os conselheiros possa estar mandando por escrito outras
773 sugestões para depois a SESA poder complementar ou não, obrigada. Bom, eu peço até que a
774 Leonor foi uma das pessoas que coordenou esse trabalho principal, possa me ajudar nessa
775 questão, se eu não me engano aleitamento materno tem uma abordagem aqui, isso. Algumas
776 questões citadas pela Elaine, ela estão no capítulo três e quatro que ainda vão ser apresentados,
777 estão também no texto do plano. Mas eu acho que a sugestão da Elaine se houver questões que a
778 gente e possa agregar no diagnóstico é óbvio que nós queremos, nunca escondemos a dificuldade
779 com nossos sistemas de informação, todos sabem que o SUS, o sistema de informação na área de
780 vigilância e saúde precisa ser aperfeiçoados, há uma série de questões que a gente precisa

781 melhorar, mas a sugestão então fica assim aberta, vocês identificando pontos que vocês acham
782 que devem como Gisela colou aqui, das pessoas com o dos eu acho que é importante eu vou
783 destacar então a fala do **Amaury** já de início dizer Amaury que nós temos uma grande preocupação
784 com essa questão do comportamento do vírus, o Paraná tem um bom diagnóstico hoje de HIV e
785 AIDS, de carga viral, nós estamos inclusive querendo um dos indicadores se eu não me engano
786 que nós colocamos é relacionado a isso, também ontem até na comissão a gente destacou e é
787 claro, tratamento e adesão é um ponto fulcral, importantíssimo da questão das AIDS no Paraná e
788 principalmente quando ele está correlacionado com condições sociais que você citou, com a
789 comobilidade com tuberculose, nós temos uma questão por exemplo, quando paciente tem Tb e
790 AIDS, ele é tratado para TB com o TDO (tratamento diretamente observado) um agente vai lá na
791 casa e leva o remédio para que ele não tenha solução de continuidade do tratamento, e o
792 medicamento da AIDS ele pode levar? Não. O protocolo ainda não especifica isso, então claro, nós
793 temos essas dificuldades de relação a questão da adesão mas é um registro importante eu acho
794 que nós temos que investir mesmo nesta questão do tratamento das pessoas com HIV e AIDS.
795 Outro aspecto importante que a dona Rosalina colocou, eu gostaria de destacar que a mulher
796 trabalhadora é sim foco da nossa política de saúde do trabalhador nós sabemos que muitas
797 mulheres adquirem nós mesmos e conversando, né Lucio, sobre a gestantes que tem que trabalhar
798 em pé, jornadas exaustivas que adquirem depois infecções urinárias porque não podem sair para ir
799 ao banheiro por que a linha de produção exige que elas fiquem ali e ha questões específicas de
800 gênero sim, na questão do trabalho quem tem que ser abordado, então isso na política de saúde do
801 trabalhador, Dona Rosalina, a gente está discutindo e vai colocar, não sei se esqueci de mais
802 alguém aqui, Elaine já falamos, dona Rosalina, ah o Guilherme, importantíssimo isso que você falou
803 Guilherme, se tenho uma coisa que no Brasil a gente tem que melhorar é a investigação e a
804 conclusão dos óbitos maternos lei infantis, eu tenho tranqüilidade de dizer que no Paraná o comitê
805 de mortalidade infantil esse dado é fidedigno, eu não tenho essa tranqüilidade de em relação ao
806 Brasil porque , porque que nós sabemos que nem todos os estados tem um trabalho consistente
807 de investigação e conclusão dos óbitos tanto o materno quanto o infantil, no materno a gente
808 reconhece alguns problemas pela dificuldade que nós temos sim, no ponto de vista de articulação
809 até, tanto que nós temos conversado muito com o comitê de mortalidade materna e também com o
810 comitê de mortalidade infantil para aperfeiçoar isso, nós até criamos agora uma nova estratégia de
811 fazer a investigação em tempo que tem que ser feito pelas portarias a conclusão, chegar a causa
812 básica da morte, enfim. Agora eu vi e lhe asseguro esse dado aqui é um dado fidedigno e nós
813 somos até bastante ciosos na questão de fechar, nós poderíamos ter trazido a que os dados de
814 dois mil e onze, de mortalidade infantil, mas seguramos porque temos algumas regionais de
815 esclarecer alguns pontos, mas isso que você colocou é pertinente e é um dos focos que nós
816 temos também sem melhorar nossos sistemas de informação a nossa capacidade de investigação
817 e conclusão dos óbitos, a gente vai estar guiando no escuro, trabalhando sem um referencial
818 seguro para implantar seja numa cidade, seja numa região ou no estado inteiro as ações que a
819 gente precisa, acho que era isso. Ok. **Sezifredo**, obrigada! Obrigada conselheiros. Nós vamos dar
820 intervalo de dez minutos, gostaria de pedir mesmo atenção pra dez minutos até pra que a gente
821 monte aqui um banner para a próxima apresentação. Bom dia! Vamos pedir para o pessoal o que
822 entrar para a gente continuar até para o final do dia a gente puder concluir todas as apresentações
823 e discussões, ó gente, passou os dez minutos, não passou? Então vamos começar, o problema é
824 que a gente começa depois reclama que perdeu a apresentação. Bem para quem não conhece
825 meu nome é Maria Leonor eu sou responsável pela área de planejamento da secretaria que está

826 consolidando o plano estadual de saúde, cujo a coordenação era a secretaria de estado da saúde,
827 bem então nós vamos iniciar agora, a partir da página quarenta e nove, vocês têm aí o plano, os
828 capítulos três, quatro, e o capítulo três, ele trata da organização e o funcionamento do SUS, na
829 questão da gestão estadual que cabe e a secretaria de estado da saúde. A secretaria de estado da
830 saúde ela estabeleceu como uma das prioridades quando assumiu a nova gestão a questão da
831 modernização administrativa, partindo do princípio que para esta modernização ela precisaria de
832 um planejamento estratégico e para isso que o processo foi realizado ano passado que culminou na
833 elaboração do mapa estratégico da secretaria, quem estava aqui no conselho ano passado,
834 provavelmente deve ter assistido a apresentação desse mapa, o mapa está aqui ele está na forma
835 de texto no plano e que foram definidas as questões básicas para estabelecer qual caminho a
836 secretaria iria adotar, onde ela estava, onde ela gostaria de ir, que meio de chegar nesse resultado
837 que ela espera, então nós temos no mapa, estabelecido a missão da secretaria de estado da
838 saúde, é o que é a missão, para que a secretaria existe, o para que ela está aqui e qual a sua
839 finalidade, então comissão secretaria tem que formular e desenvolver a política estadual de saúde
840 de forma a organizar o SUS no Paraná exercendo sua função reguladora garantido atenção a
841 saúde para população com qualidade e equidade, a partir dessa missão, então para que estamos
842 aqui, então foi definido para onde vamos, para onde queremos ir que é a visão, então a visão é ser
843 até dois mil e vinte, uma instituição inovadora, modelo de gestão em saúde pública no Brasil,
844 articulada com outras áreas governamentais e sociedade civil garantindo a atenção à saúde e
845 qualidade de vida todo cidadão paranaense, para a secretaria ser o que deseja até dois mil e vinte,
846 ela tem que se basear em alguns princípios, alguns valores e os valores são, ética e transparência,
847 competência, compromisso e censo demográfico. Com base no diagnóstico que se tinha no ano de
848 dois mil e onze já foram estabelecidos alguns resultados esperados, Quais sejam: reduzir a
849 mortalidade infantil, reduzir a mortalidade por causas externas, ampliar a longevidade e reduzir a
850 incapacidade, reduzir a mortalidade por doenças crônicas e degenerativas com enfoque no risco
851 cardiovascular Global. Isso vai estar reforçado lá no capítulo cinco quando vai se falar das diretrizes
852 da suas metas e dos seus indicadores a partir desses resultados para a sociedade a secretaria
853 precisava estabelecer estratégias, que meios para chegar nesses resultados ter aquela visão de
854 futuro que ela pretendia chegar, então, dentre os meios, as estratégias de processos São a
855 estruturação do plano no diretor e atenção primária, hoje plano de qualificação a atenção primária,
856 a implantação das rede, rede e da pessoa com deficiência, rede dá atenção à saúde mental, rede
857 de Mãe Paranaense, HOSPSUS, que é o programa de qualificação dos hospitais do SUS, rede de
858 atenção à saúde do idoso e rede de urgência e emergência, essas redes, né, teriam como base a
859 questão da vigilância em saúde e a regulação ter também um programa de enfrentamento das
860 violência no estado, esse articulado com outros setores do governo. Outras estratégias dizem
861 respeito a questão da gestão e a questão financeira e essas estratégias elas vão estar também,
862 elas serão visíveis no capítulo cinco, promover a descentralização e o desenvolvimento regional de
863 saúde articulados com outros setores governamentais e não-governamentais implantar na SESA,
864 uma gestão pública voltada para resultados em consonância com o governo do estado, implantar o
865 plano de qualificação dos pontos de atenção das redes, desenvolver e incorporar novas tecnologias
866 de gestão da saúde, ampliar e fortalecer espaço de participação da sociedade e do controle social,
867 promover a reestruturação organizacional da SESA, para o cumprimento do seu papel de gestor e
868 estadual do SUS, democratizar a gestão de trabalho na SESA, valorizando o servidor público a
869 saúde, desenvolver a política estadual de formação de educação permanente de acordo com as
870 necessidades de saúde da população e voltadas aos trabalhadores da saúde, para que essas

871 estratégias de concretizem nós precisamos de financiamento, nós precisamos de um suporte das
872 áreas orçamentária financeira, tendo como foco a qualidade dos gastos e a quantidade de recursos,
873 otimizar e racionalizar recursos orçamentários e financeiros rede definindo sua vocação conforme
874 for o planejamento estratégico, prestar contas de forma transparente da aplicação dos recursos
875 orçamentários e financeiros garantir a aplicação integral da EC vinte e nove, agora já
876 regulamentada pela lei complementar federal cento e quarenta e um de dois mil e doze e ampliar a
877 captação de recursos dentro da área governamental e instituições financeiras internacionais, então
878 este é o mapa estratégico da secretaria. A partir desse mapa, a secretaria estabeleceu quais são as
879 suas diretrizes e a partir desse mapa se visou a necessidade de uma reestruturação administrativa
880 da secretaria que é uma das e estratégias que estão aqui, então a atual estrutura formal da
881 secretaria de estado da saúde, ela se rege pelo decreto sete, sete, sete de dois mil e sete, já existia
882 uma proposta sendo encaminhada para formalização em dois mil e doze de uma nova estrutura
883 voltada para esse mapa estratégico e essa nova estrutura, ela vai também está sendo visualizada
884 durante a apresentação do plano, seria isso então de forma sintetizada. Nós estamos até
885 conversando aqui, eu acho que a melhor fazer apresentação toda, depois se tiver alguma pergunta
886 alguns questionamentos daí a gente abre, pode ser assim? Bom dia a todos, meu nome é **Isaías** eu
887 trabalho aqui na secretaria desde um mil novecentos e oitenta em um e atualmente respondo pelo
888 departamento de apoio à descentralização. Com a nova proposta do planejamento estratégico da
889 secretaria, a gente identificou uma fragilidade no processo de discussão regional, as discussões do
890 ponto de vista das políticas e das estratégias de implantação desta proposta de atuação, nós
891 sentimos a necessidade de fortalecer as instâncias regionais, ou seja, as regionais de saúde as
892 secretarias municipais de saúde de cada uma das vinte e duas regiões de saúde e esse
893 departamento surge justamente com esse objetivo, trabalhar mais a articulação interfederativa, do
894 ponto de vista secretaria estadual vê saúde e secretarias municipais de saúde teve também as
895 políticas do ministério da saúde para com as políticas da secretaria estadual da saúde para que a
896 gente possa estreitar a essas distâncias para que a gente consiga em tempo real estar trabalhando
897 todas as propostas políticas que estão sendo discutidas no nível nacional, aqui no nível estadual e
898 no nível regional, para isso nós estamos trabalhando fortalecimento da BIPARTITE estadual e
899 também a reestruturação e fortalecimento das vinte e duas BIPARTITES regionais, dando a essas
900 instâncias regionais capacidade de estar fazendo a discussão com todos os municípios, porque o
901 processo de regionalização das ações de saúde passa muito pela discussão e pela articulação
902 regional, a proposta de construção das redes de atenção à saúde no estado, o foco principal é o
903 ponto de atendimento nos municípios, regionais e para isso, esse trabalho junto às vinte e duas
904 regionais de saúde é muito importante, qualificando a discussão regional e fazendo com que o
905 processo se implemente mais rapidamente além disso, esse departamento tem também uma
906 função, uma missão de trabalhar bastante a atenção secundária no estado Paraná, que é grande
907 dificuldade que nós temos hoje, nós não temos muita dificuldade para alta complexidade e atenção
908 primária e todos os municípios já fazem, mas a gente tem uma dificuldade a grande hoje no acesso
909 a atenção secundária principalmente na área de exames e consultas especializadas, a secretaria
910 estadual de saúde está trabalhando para que a gente fortaleça no âmbito de cada uma das regiões
911 a possibilidade de acesso a esses serviços de média complexidade, então nós estamos
912 trabalhando como parceiros preferenciais, estruturas que já fazem parte e do SUS do Paraná que
913 são os consórcios intermunicipais de saúde que desde década de mil novecentos e noventa, já vem
914 atuando mas que a gente percebe que nos últimos anos com uma fraca a ação do estado, então
915 nós estamos tentando agora recuperar esta participação mais ativa do estado para que a gente

916 possa em parceria com os consórcios intermunicipais de saúde fortalecer essa área tão importante
917 para atenção a saúde dos cidadãos do Paraná, mais adiante no capítulo, mais adiante do plano ai a
918 gente vai estabelecer quais as ações, quais os objetivos que todos fazemos, isso está na página
919 cinquenta do relatório. Bom dia à mesa do conselho, a todos os conselheiros, todas as pessoas,
920 meu nome **Dayse Pontarole**, eu sou, aqui do departamento de assistência farmacêutica aqui da
921 SESA e vou conversar com vocês sobre o que consta das páginas, agora cinquenta e um e
922 cinquenta e seis do plano que são as ações, pelo menos o contexto da assistência farmacêutica no
923 SUS e na SESA aqui do Paraná. Bom, para facilitar fiz uma apresentação onde esta constando
924 praticamente todo o contexto, e todo o texto que está aqui no plano, então se vocês quiserem
925 acompanhar aí nos documentos, ou aqui a gente teve o cuidado de reproduzir a mesma coisa, vou
926 ser um pouco mais objetiva, a gente colocou praticamente tudo, mas se tiver alguma dúvida vocês
927 podem me perguntar depois. Então, vamos começar pelo conceito da assistência farmacêutica, a
928 gente já esteve aqui algumas vezes no conselho conversando com vocês sobre isso, mas sei que
929 vem conselheiros novos, sempre é bom retomar a questão da conceituação, então assistência
930 farmacêutica trata de um conjunto de ações e estão voltadas a promoção, proteção e recuperação
931 da saúde o que é importante, tanto individual, como da coletividade e que tem no medicamento um
932 insumo essencial, e trabalha visando o acesso e uso racional desse medicamento, ela tem caráter
933 sistêmico e multidisciplinar e representa hoje uma atividade de grande impacto financeiro no
934 âmbito do sistema único de saúde, por que? Porque a gente tem uma crescente demanda por
935 medicamentos, e isso não tem tido outro quadro nos últimos anos, as ações da assistência
936 farmacêutica, todas, tão fundamentadas em preceitos da constituição, na lei orgânica da saúde, e
937 em toda a legislação específica da área, nós temos hoje por parte do ministério muitas portarias,
938 decretos, legislações, que nos embasam no comprimento das atividades da assistência farmacêutica,
939 na seqüência a gente faz uma descrição de uma linha de tempo, do que é importante dentro
940 contexto para que a gente possa executar as nossas ações. Então a gente começa com a
941 constituição federal, vamos passar pela lei orgânica da saúde, a política de medicamentos a
942 resolução do conselho nacional de saúde na seqüência o pacto pela saúde portaria duzentos e
943 quatro e as últimas legislações desse ano. Então lá na constituição lá em oitenta e oito, onde a
944 saúde foi entendida como direito social extensível a todos os brasileiros, a gestão da saúde como
945 competência comum a união, estados, Distrito federal e Municípios e na nossa área na
946 principalmente questão de medicamentos, um artigo muito utilizado isso vocês vão ver na
947 demanda, quando a gente falar um pouquinho de demandas judiciais. É o artigo cento e noventa e
948 seis da constituição que estabelece a saúde é o direito de todos e dever do estado, mas esse
949 direito deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de
950 doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua
951 promoção, proteção e recuperação é muito comum agente ouvir falar só do cento e noventa e seis,
952 como se ele estivesse um ponto, a saúde é direito de todos e dever do estado, mas é importante a
953 gente ter clareza do artigo como um todo, porque é uma política pública, que tem base e que deve
954 ser garantido mediante as políticas sociais. Na seqüência em mil novecentos e noventa as duas leis
955 que vocês também conhecem bem, mas no artigo sexto da lei orgânica de saúde, a lei 8080, tem a
956 determinação de Campo de atuação do SUS a formulação de uma política de medicamentos e
957 essa formulação é atribuída ao setor saúde então a responsabilidade pela execução das ações de
958 assistência terapêutica integral inclusive a farmacêutica, então aqui vão começa a se tomar formam
959 o que a gente tem as normas e as diretrizes para as normas e assistência farmacêutica. A lei 8080
960 aponta ainda para uma necessidade de formulação de uma política nacional de medicamentos que

961 vai ser publicada só em um mil novecentos e noventa e oito então vejo que apesar da constituição
962 ser de oitenta e oito, a 8080 de ser de um mil novecentos e noventa no somente em um mil
963 novecentos e noventa e oito, dez anos após a promulgação da constituição é que nós tivemos a
964 política nacional de medicamentos publicada. Antes disso até uma questão histórica que era a
965 centralização da assistência farmacêutica por parte da existência da CEME que era a central de
966 medicamentos que noventa e sete teve um papel importante de estruturação, mas com compra
967 centralizada para os países inteiro os medicamentos e insumos tem visão a política principais
968 finalidades a garantia necessária a seguranças a eficácia e qualidade dos medicamentos a
969 promoção do uso racional desses medicamentos e o acesso da população a aqueles
970 medicamentos considerados essenciais e descreve vários diretrizes freio prioridades na verdade
971 são oito as diretrizes teve fresco são colocadas nessa política. Isso também têm no material Quais
972 são as diretrizes da política a adoção da Rename a regulação sanitário e aí a gente tem uma
973 interface importante com a vigilância sanitária na regulação sanitária desses medicamentos a
974 reorientação da assistência farmacêutica que teve que tomar um outro desenho no país inteiro, a
975 promoção do uso racional o desenvolvimento científico e tecnológico a promoção da produção de
976 medicamentos a garantia da segurança da eficácia e qualidade dos medicamentos e seu
977 desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos. Aí, com base nas deliberações da 12ª
978 conferência nacional de saúde de e da primeira conferência nacional de medicamentos e das
979 ciências farmacêuticas em dois mil e quatro conselho nacional de saúde publicou a política nacional
980 de assistência farmacêutica, então a gente considera esses dois grandes marcos históricos tanto a
981 política de medicamentos quanto a política de farmacêutica e nessa resolução o conselho entende
982 como a assistência farmacêutica sendo uma política pública norteia dura para a formulação de
983 políticas setoriais e tem treze eixos e estabelecidos nessa política entre eles a manutenção e a
984 qualificação dos serviços de assistência farmacêutica que são bastante amplos na rede pública de
985 saúde e a qualificação dos recursos humanos também e dar descentralização das ações quer dizer
986 não é mais possível numa área tão complexa como essa as ações serem tão centralizada. Em
987 2006 então a gente tem um desenho diferente dentro do sistema único de saúde que foi a
988 publicação da portaria 399 que trouxe o parque pela saúde onde o financiamento da assistência
989 farmacêutica começou a ser entendido como o de responsabilidade das três esferas de gestão
990 cada vez que a gente fala em assistência farmacêutica a gente tem o que pensar que gente tem
991 um insumo que pode ser de baixo custo de alto custo de média complexidade, de alta
992 complexidade, de baixa densidade tecnológica ou de alta densidade tecnológica e isso tem um
993 custo importante para o sistema. Então sempre atrelada ou a questão do medicamento a gente tem
994 situação do financiamento quem entre os três entes financiam o que? Esse é o grande xis da
995 questão. A portaria duzentos e quatro lá em dois mil e sete e trouxe a regulamentação da
996 transferência dos recursos financeiros federais e estabeleceu entre os seis blocos de financiamento
997 um bloco exclusivo para assistência farmacêutica, tamanho o volume dos recursos envolvidos e
998 organizou esses blocos em três componentes, o componente básico dá assistência farmacêutica o
999 componente estratégico e o componente a época era excepcional e que agora tem outra
1000 denominação que é o componente especializado. Para finalizar esse contexto do histórico da
1001 assistência e como está inserido dentro do SUS nós temos, tivemos no ano passado duas
1002 legislações, a lei dois quatrocentos e um e o decreto quatro mil quinhentos e oito, vejam a gente
1003 passa dessa promulgação da 8080 que foi em noventa, praticamente vinte e dois anos e aí a gente
1004 começa a ter alguma definição em relação à responsabilidade em incorporação tecnológica vocês
1005 sabem que na área de medicamento isso é bastante importante, nós temos os laboratórios

1006 investindo pesadamente em novas tecnologias com bons resultados ou nem tanto com
1007 medicamentos que fazem algumas diferenças outros nem tanto, muito da produção da indústria
1008 hoje, é o que a gente chama dos Michus, quer dizer os medicamentos que tem uma outra situação
1009 de agregar uma molécula, mas nem sempre eles têm uma função de um resultado diferente na no
1010 tratamento das doenças até então a lei doze mil quatrocentos e um alterou os artigos dezoito lá
1011 no capítulo oitavo, e ela vai destinar sobre assistência terapêutica, incorporação de tecnologia
1012 em saúde no âmbito do SUS. Lembram que e lá na oitenta, oitenta o pessoal dizia que o sistema
1013 tinha que prover assistência terapêutica integral inclusive a farmacêutica e aqui ela vem e traz
1014 muitos artigos e começa a definir de quem que é a responsabilidade dessa incorporação ou pelo
1015 menos dessa avaliação. Esses capítulos então, vão conceituar assistência terapêutica e integral
1016 definir as atribuições do ministério referente à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de
1017 novos medicamentos e produtos e procedimentos, vejam que isso não é só a área de
1018 medicamentos, hoje há necessidade de pelo menos de avaliação, não necessariamente de
1019 incorporação, paça pela questão dos procedimentos que são ofertados pelo sistema também, e
1020 bem como a constituição e alteração dos protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas. Qual
1021 nosso sonho de consumo dentro da área de assistência farmacêutica é disponibilizar
1022 medicamentos, mas também estabelecer através de protocolos com que critérios esses
1023 medicamentos vão ser fornecidos o que a gente almeja com esses tratamentos como é que esses
1024 pacientes vão ser atendidos, não é só uma questão de fornecer o insumo e principalmente de
1025 acompanhá-los, importante também nessa lei é a criação da comissão nacional de incorporação de
1026 tecnologia no SUS, a CONITEC que deve assessorar o ministério da saúde nessa área. A gente
1027 tinha antes a figura da CITÉC que era uma comissão de incorporação de tecnologia, mas a
1028 CONITEC vem agora com novas determinações e a gente espera que ela seja bem mais atuante
1029 nessa área. Bom, o decreto sete mil quinhentos e oito, também vem regulamentar a lei 8080,
1030 dispõe aqui sobre a organização do SUS o planejamento da saúde de assistência à saúde,
1031 articulação interfederativa e das outras providências, bem interessante conhecê-lo na íntegra e
1032 nesse decreto os artigos vinte e cinco a vinte e nove dizem respeito exclusivamente à assistência
1033 farmacêutica com foco na nova definição da RENAME, então nós tínhamos uma definição da
1034 RENAME como a relação nacional de medicamentos essenciais, ela passa agora a ser a relação
1035 nacional de medicamento que o SUS vai disponibilizar aos seus usuários, fala sobre a competência
1036 da atualização e, então puxa para o ministério a responsabilidade sobre atualização dessa relação
1037 bem como do formulário terapêutica nacional e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que
1038 o ministério elabora fala também sobre o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica a
1039 que a gente tem uma grande discussão, usuário que não está dentro do sistema têm direito de
1040 receber o medicamento dentro do sistema? O usuário que é da iniciativa privada pode adentrar
1041 pular a porta de entrada do SUS chegaria ter o medicamento aqui, então ela traz a regulamentação
1042 nesse sentido, de quem é o usuário que vai chegar e ter o direito a receber o medicamento. E aí de
1043 forma mais didática, na seqüência a gente vai falar sobre a organização da assistência
1044 farmacêutica nos componentes que foram denominados anteriormente, então o componente
1045 básico. O que é esse componente? Aqui a gente vai estar tratando da aquisição dos medicamentos
1046 no âmbito da atenção básica em saúde, então são aqueles medicamentos que estão lá disponíveis
1047 nas unidades básicas de saúde do municípios. Quem financia esses medicamentos? Os três entes
1048 do governo. A união hoje aporta cinco reais e dez centavos por habitante por ano, nesse
1049 componente, os estados no mínimo um e oitenta e seis e os municípios no mínimo um em oitenta e
1050 seis, então vejam a relação per capita pactuada a última portaria que rege isso é a portaria

1051 quarenta e dois dezessete de vinte e oito de dezembro de dois mil e dez, o gerenciamento desses
1052 medicamentos é de responsabilidade da esfera municipal e é através das comissões intergestores
1053 BIPARTITES, que se dá o mecanismo de operacionalização dessas sistemática, a gente tem
1054 desenhos diferentes no país inteiro, tem estados que alocam todos os recursos e o município é que
1055 faz as compras, tem estado que fazem as compras desses medicamentos e distribuem para os
1056 seus municípios, então isso não existe uma regra fixa, cada estado foi se organizando ao longo
1057 desses anos se organizando para adquirir e disponibilizar esses medicamentos dessa área.
1058 Recursos distintos daqueles que eu falei, dos cinco e dez e oitenta e seis e oitenta e seis, são
1059 destinados ao financiamento de outros medicamentos e insumos, também relacionados a atenção
1060 básica, então o que nós temos o diálogo, a aquisição dos insumos complementares para os
1061 diabéticos insulino dependentes, então a aquisição de tiras, lancetas para pulsão digital seringas,
1062 agulhas acopladas e para isso tem um recurso especial que é fora daquele recurso dito
1063 anteriormente que é de cinquenta centavos por habitante anos, aportado pelo estado e pelos
1064 municípios, o ministério da saúde compra e distribui para o país inteiro os contraceptivos e os
1065 programas da saúde da mulher, então aqui o papel do estado é receber e redistribuir no nosso caso
1066 as regionais e depois para os municípios e o ministério ainda mantém centralizada a compra da
1067 insulina NPH e regular também para os pacientes diabéticos um recurso federal daí da ordem de
1068 sessenta e oito centavos habitantes ano. E como que se dá aqui no Paraná essa operacionalização
1069 desse componente básico a estratégia do Paraná desde mil novecentos e noventa e nove foi a
1070 constituição do consórcio Paraná saúde, a maioria dos senhores também já conhecem, hoje nós
1071 temos trezentos e noventa municípios consorciado onde os recursos financeiros do ministérios são
1072 depositados no fundo estadual de saúde e juntamente com recursos estadual é repassado para o
1073 consórcio Paraná saúde, através de um convênio então os municípios aí podem adquirir os
1074 medicamentos com a sua contrapartida ou mesmo alocar também os seus recursos, hoje isso é
1075 possível através de convênio com os consórcios e comprar através do consórcio, os municípios
1076 não consorciado hoje são somente nove no Paraná, a gente tem aí a relação deles, a contrapartida
1077 estadual e a em contrapartida federal é depositada diretamente no fundo municipal de saúde eles
1078 são responsáveis pela aquisição desses medicamentos nós temos a pactuação também
1079 BIPARTITE nesse componente de cento e cinquenta e duas apresentações de medicamentos que
1080 tenham aí a finalidade de dar uma cobertura a atenção primária em saúde de pelo menos 90% da
1081 necessidade deles nessa área. Em relação aos insumos lá para os pacientes diabéticos como a
1082 gente está organizado, tanto os municípios sejam eles consorciado ou não, são responsáveis por
1083 adquirir as lancetas e os lancetadores e as seringas também, isso foi uma pactuação na SIB. Os
1084 municípios consorciados, a contrapartida estadual referente a esse insumos repassada ao
1085 consórcio que efetua a aquisição das tiras e para os não consorciado se quem compra essas tiras
1086 daí é o estado. Em relação ao consórcio, então que funciona desde noventa e nove, inicialmente
1087 ele tinha função de adquirir medicamentos para esses municípios, no entanto o crescimento que
1088 ele teve durante esses últimos anos possibilitou que ele ampliasse essa gama de atuação, que o
1089 consórcio ainda ajuda? Celebrar o convênio com os municípios para executar a contrapartida
1090 estadual isso do ponto de vista prático pra gestão é muito interessante, quem mexe, quem
1091 acompanha compra pública sabe quanto é trabalhoso, então município ter a possibilidade de só
1092 fazer a programação do que ele precisa e o consórcio executar essa compra dentro de toda a
1093 legislação é bem interessante, o próprio consórcio disponibiliza sistema de informação para essa
1094 programação acontecer, no ano passado foi elaborado um guia de medicamentos com a finalidade
1095 de dar suporte a prescrição nas unidades de saúde e adquiriu computadores para as regionais e

1096 para os municípios, isso vai estar no nosso relatório de gestão e a gente tem um trabalho conjunto
1097 então, eles apóiam as atividades da SESA, muito próximo com a assistência farmacêutica em
1098 relação a esse componente básico, o segundo componente é o componente estratégico e do que a
1099 gente está falando aqui? Daqueles medicamentos que são utilizados para tratamento de doenças
1100 de perfil endêmico e que tem impacto sócio econômico, então esses medicamentos tem um
1101 controle um tratamento e o ministério estabelece quais são essas diretrizes ou esses protocolos e
1102 essas doenças são configurada como um problema de saúde pública. Que programas são a esses?
1103 Os medicamentos anti retro virais destinados ao tratamento da AIDS os medicamentos para
1104 endemias focais como malária, leishmaniose, chagas e outras doenças. A hanseníase, a
1105 tuberculose, talidomida para três tipos de agravo, Lupos ele tem um ator sistêmico doença de
1106 enxerto contra hospedeiros e meloma múltiplo as doenças hematológicas e os hemoderivados frio
1107 fez essa é uma área bem importante com recurso financeiro bem grande e os medicamentos e
1108 insumos para o controle do tabagismo. Aqui também fica clara relação que a assistência
1109 farmacêutica têm que ter com as outras áreas na secretaria com os coordenadores dos programas
1110 tem que se reproduzir no nível regional e também nos municípios você não pode ter essas ações
1111 isoladas apesar do cuidado com medicamento essa ação tem que ser conjunta com as
1112 coordenadorias do programa, bom esses medicamentos do componente estratégico são adquiridos
1113 pelo ministério e distribuído a todos os estados, no Paraná, o CIMEPAR que recebe distribui pros,
1114 para as regionais e as regionais repassa aos seus municípios juntamente e com o soro e as
1115 vacinas. O terceiro componente é o componente de especializado que diz respeito então aos
1116 medicamentos mais relacionados a um custo maior uma estratégia de acesso então aos
1117 medicamentos do SUS, ali tem as duas portarias que regulamentam hoje esse componente e aqui
1118 objetivo maior é garantir a integralidade enfoque do tratamento medicamentoso dessas doenças
1119 que são contempladas nesse componente, o ministério define essa padronização e elenca essas
1120 doenças. As linhas de cuidado então aqui são claramente definidas, nos protocolos clínicos e
1121 diretriz terapêuticas que o ministério pública esses protocolos estabelecem critérios diagnóstico,
1122 critério de inclusão e exclusão os medicamentos os esquemas terapêuticos também como todos os
1123 mecanismos de monitoramento e avaliação esses medicamentos estão divididos em três grupos. O
1124 grupo Um, o grupo Dois e o grupo Três. O grupo Um, são medicamentos financiados
1125 exclusivamente pela União, são medicamento mais caros deste componente, normalmente
1126 fabricado por um ou no maximo por dois laboratórios, a responsabilidade da aquisição desse grupo
1127 Um, ele tem uma subdivisão, os do grupo Um A, o ministério compra e os do grupo Um B, o estado
1128 que compra mas é o ministério que ressarci o estado, o grupo dois então nós temos doenças de
1129 menor complexidade em relação aos medicamentos elencados ao Grupo Um e aqui a
1130 responsabilidade pela compra, o financiamento mesmo, a compra e a dispensação é todas as
1131 secretarias estaduais importante ressaltar que são um componente que funciona dessa forma, essa
1132 regra no país inteiro, mesmo que você tenha um usuário que não seja que do Paraná essa regra
1133 ela vale para conhecimento de orientação como ele acesso a esse grupo de medicamentos e no
1134 grupo Três a gente tem medicamentos que seriam destinados a primeira linha de cuidado e que aí
1135 fazem parte la da RENAME então esse medicamento vai estar disponível lá na unidade básica de
1136 saúde, porque ele já tem o financiamento tripartite que a gente falou lá no componente básico é um
1137 grupo que mescla aí o componente básico e o componente especializado. Independentemente do
1138 grupo a que esse medicamento pertença, o acesso desses medicamentos no componente
1139 especializado está bem desenhado e está organizado no estado através da entrada do processo lá
1140 na regional de saúde, então o paciente ou responsável por ele apresenta toda a documentação que

1141 é exigido em cada protocolo na regional na farmácia da regional, relacionada ao seu município de
1142 residência, esse processo vai ser avaliado do ponto de vista técnico e de comprimento de todos os
1143 critérios do protocolo e com base nesses critérios esse processo em sendo definido é encaminhado
1144 devota regional, a regional autoriza esse início de tratamento e o paciente passa a receber esse
1145 medicamento mensalmente nessa farmácia. Além dos três componentes a SESA, têm alguns
1146 programas especiais, como o programa Paraná sem Dor, da mucoviscidose o da fibrose cística, um
1147 protocolo de paracocidiode e micose a profilaxia e tratamento Das doenças oportunistas e violência
1148 sexual relacionada a DST - AIDS , por que? O ministério manda os antiretrovirais, o maior custo
1149 dentro do programa, mas é responsabilidade do estado dar o suporte para esses outros
1150 medicamentos relacionados a doenças oportunistas, é um programa e um protocolo de análogos
1151 insulina daí destinado para as diabético tipo um, fluoreto de sódio para dar suporte ao programa de
1152 saúde bucal. E além da aquisição de medicamentos, que daí é um grande rol, praticamente
1153 setecentos e cinquenta itens que a gente faz aquisição para as unidades próprias e inclusive aí os
1154 hospitais do estado, então para esse grupo de programa a responsabilidade do financiamento, a
1155 aquisição, distribuição é da SESA, segue a lógica do ciclo de assistência. Para encerrar minha fala
1156 eu queria só dar algumas informações como funciona atendimento às demandas judiciais, aqui vou
1157 falar um pouco da questão da demanda judicial por medicamentos, então a gente tem um elevado
1158 número de ordens judiciais para cumprir, o estado sendo réu muitas vezes junto com o união junto
1159 com o município, e isso é uma realidade, então foi estabelecido um fluxo para cumprimento
1160 dessas demandas e o mesmo passo que a gente cumpre , a gente subsidia a PGE o nosso sentido
1161 de dar argumentação técnica e avaliar aquele caso e ver se é possível reverter essa situação em
1162 defesa do estado, os procedimentos para aquisição de medicamentos então são iniciados pelo
1163 CIMEPAR, esse medicamento e remetido às vinte e duas farmácias, e isso junto com os novos
1164 medicamentos lá na farmácia e especiais e essas farmácias a é que executam então a dispensa
1165 são do produto para os usuários, mediante recibo, e isso é bastante importante, e isso funciona
1166 também assim especializado, mas aqui a gente manteve essa questão de atestar o recebimento por
1167 esse usuário, é um trabalho que tem aí a participação pelo menos na área da assistência
1168 farmacêutica conjunto com a área da assessoria jurídica com o controle de avaliação e auditoria por
1169 que é necessário a elaboração de pareceres técnicos médicos em relação a cada situação e a
1170 secretaria então olhando para esse aumento expressivo desse número de ações o objetivo ao
1171 longo do próximo ano estruturar um núcleo técnico para acompanhamento dessas demandas, como
1172 já acontece em outros estados porque hoje as demandas não são só por medicamento, se pleiteia
1173 internamento, se pleiteia procedimentos, se pleiteia vários produtos para saúde, então a e
1174 necessidade de estruturar isso numa área conjunta. A novidade também aqui é a questão depois
1175 de audiência pública que ocorreu lá em dois mil e nove no conselho nacional de justiça, foi
1176 organizado um fórum nacional dentro do CNJ para acompanhar essa questão, e aqui no Paraná foi
1177 criado o comitê executivo da saúde e instalado desde abril do ano passado, onde fazem parte todas
1178 essas entidades, Ministério Público Federal e estadual, o a justiça federal e estadual a OAB aqui do
1179 Paraná, a SESA tem dois acentos nesse comitê a defensoria pública, a procuradoria geral do
1180 estado, tudo no sentido de esclarecer quais são as demandas, como isso pode ser, a gente pode
1181 avançar na nessa discussão e cada um entender o sistema muitas vezes a demanda por
1182 medicamentos que nós temos ou por medicamentos que a gente tem alguma coisa para ofertar no
1183 lugar. Acho que é isso, não, só um pouquinho a estrutura da assistência farmacêutica como a que
1184 está organizado isso então na SESA, para a frente, mais um pouquinho, pode pular esse, nós
1185 temos então o departamento de assistência farmacêutica o Cimepar e as farmácia das regionais de

1186 saúde e dos hospitais das unidades próprias e a sessão de insumo das regionais de saúde. Então
1187 para o DAF, as atribuições são de formular, e implementar a política de assistência farmacêutica,
1188 coordenar e executar o as atividades relacionadas ao planejamento das ações e a gestão de
1189 projetos e processos, formular, coordenar e monitorar as atividade inerentes à qualificação dos
1190 serviços farmacêuticos. Então identificar onde isso é deficiente, elaborando diagnósticos que
1191 subsidie a sua estruturação, capacitação e desenvolvimento de pessoas, ainda estabelecer
1192 parcerias para fins de recuperação técnica e científica com instituições de ensino e demais afins.
1193 Pro CIMEPAR então ficou mais a questão da logística, operacionalização logística, referente à
1194 programação, aquisição, recebimento armazenamento e distribuição de medicamentos e
1195 imunobiológicos, tanto para as regionais como para as unidades próprias, pra a sessão de insumos,
1196 então é com quem a gente fala na nossa regional, até bem pouco tempo e isso não tinha
1197 identificação de um lugar na regional, então hoje quem gerencia toda essa logística do
1198 medicamento na regional é a seção de insumos que tem várias atribuições, inclusive a de
1199 acompanhar nos municípios toda a questão da assistência farmacêutica também, interface com as
1200 coordenações, tudo que está é colocado, as farmácias, aí vão ter a função principal da dispensação
1201 pro usuário, vejam na seção de insumos, a principal finalidade de distribuição e aqui a gente está
1202 falando de dispensação atendimento direto ao usuário com orientação para que a gente possa ter
1203 efetividade nesses tratamentos. E as farmácias dos hospitais, receber, armazenar e dispensar
1204 todos os produtos para os seus usuários atendidos na sua rede. Acho que é isso. Essa fica para a
1205 segunda parte da discussão da diretriz dez, que a gente vai fazer depois, obrigado. Bom dia a
1206 todos, para quem não me conhece e eu sou a **Graça Lima**, e hoje eu estou na Superintendência de
1207 Atenção Saúde. Então é assim, na realidade foi-me passado que a gente teria somente cinco
1208 minutinhos, para prazer a nossa apresentação, senão a gente não consegue apresentar para
1209 organização todo o item três e quatro, por que a tarde pelo que estou sabendo é o item cinco só as
1210 diretrizes, então a minha apresentação está bem sucinta na realidade eu não entrei no detalhe todo
1211 da apresentação do que está no plano. Então é assim, a superintendência de atenção em saúde,
1212 nessa superintendência acho que é importante até colocar que essa superintendência conforme a
1213 Leonor já tinha falado na sua fala, Leonor, nós estamos revendo a estrutura da secretaria e no
1214 contexto da implantação das redes detenção saúde esse é uma superintendência que teve
1215 mudanças na sua estrutura, ela vai agregar, ela vai abrigar ali as redes de atenção à saúde, e
1216 nesse contexto de abrigar as redes de atenção à saúde, ela passa a se denominar, que ela era a
1217 superintendência de atenção primária em saúde, e já é equivocada porque ali nessa
1218 superintendência também já tinha que atenção as condições crônicas, então no contexto de abrigar
1219 as redes de atenção à saúde, ela passa a se denominar superintendência de atenção saúde onde
1220 estão as coordenações das políticas estaduais de atenção primária à saúde, de atenção às
1221 condições crônicas e atenção as urgências e emergências, a nossa superintendente hoje é a
1222 **Márcia Huçulak**, era para ela estar fazendo essa apresentação, mas infelizmente a Márcia não
1223 pôde estar presente agora ou felizmente né, que estão inaugurando o hospital do idoso aqui em
1224 Curitiba, então ela foi de nessa inauguração, no departamento de atenção, ah, é importante
1225 também assim, como não vou entrar no detalhes de todo o plano né, até entendo que apesar de a
1226 gente ter enviado praticamente ontem, foi ontem que a gente enviou mesmo né Leonor, as
1227 comissões temáticas discutiram também um pouco, então eu só vou estar falando mesmo da
1228 estrutura da superintendência, de qualquer maneira quando abrir para discussão a nossa equipe
1229 está aqui, a Cristina que é da atenção primária, acho que é importante até apresenta o pessoal, a
1230 Isa que é da condições crônicas e o Vinícius que estava aqui, que é da urgência e emergência, mas

1231 o Vinicius teve que sair um porquinho, mas ele já vota a que também. Então no departamento de
1232 atenção primária em saúde estão as políticas e as ações voltadas para a saúde da família, grande
1233 parte de você já sabe que na saúde da família na realidade a execução desse programa é pelos
1234 municípios, mas o estado tem um papel importante que esse formulador das políticas na atenção
1235 primária e para a saúde da família também. E até o estado entendendo a importância dessa
1236 estratégia saúde da família para o fortalecimento da atenção primária, ele já tinha implantado
1237 incentivo para o fortalecimento das equipes de atenção da saúde da família e incentivo esse que
1238 vocês vão ver a tarde na parte da diretriz que nós estamos revendo, no programa de atenção é
1239 qualificação primária, esse incentivo não vai ser somente para as equipes de saúde da família mas
1240 também para o fortalecimento da atenção primária no seu todo, então está dentro desse
1241 departamento a saúde da família, saúde da criança e do adolescente com todas as ações voltadas
1242 para questões da saúde da criança e do adolescente, então ali entra por exemplo a questão, como
1243 a **Elaine Rodela** tinham colocado a questão dos bancos de leite, ali a gente descreve as ações que
1244 a gente está executando, e a gente pretende aprimorar essas ações na implantação da rede Mãe
1245 Paranaense, e também até para esclarecer o ir no item quatro, a gente também fala do número de
1246 bancos de leite, mas a gente acaba não detalhando todos esses bancos, porque está até no
1247 relatório, é que vocês também vão está recebendo o relatório, acho que amanhã né Leo? Então ta,
1248 as ações da saúde da mulher que comporta além das ações, voltado para a questão da atenção
1249 primária, a questão do controle do câncer serviço uterino, controle do câncer de mama, então são
1250 várias ações que estão aí nessa política a saúde do homem que a gente está tentando, buscando
1251 fortalecer a questão da saúde do homem e por enquanto a gente trabalhando muito a questão da
1252 capacitação com a carteira da saúde do homem, mas a gente também pretende estar
1253 implementando as ações na saúde do homem. A saúde da pessoa idosa, essa vai ser uma rede
1254 que também a gente vai implementar, hoje a gente tem ações também voltadas para a questão da
1255 carteira para questão de capacitação para a questão da atenção que fica tudo dentro da
1256 coordenação da saúde da pessoa idosa. A atenção domiciliar, então essa é uma política que a
1257 gente vai estar implementando até porque tem uma portaria nova agora do ministério que ela trata
1258 da questão domiciliar e a gente tem dentro da superintendência que além das ações, muito das
1259 ações voltadas para a atenção domiciliar, ela praticamente da atenção primária e são executados
1260 pela atenção primária mas é que a gente tem uma coordenação que é o fornecimento do aparelhos
1261 de oxigênio terapia que apesar de ser atenção pode-se dizer secundária mas ela é coordenada
1262 pelas equipes de saúde da família pela atenção primária e a saúde bucal, também está dentro
1263 departamento de atenção primária em saúde que além das, até voltando pouquinho atrás eu já
1264 queria observar que com a Leonor, no plano gente tem alguns e errinhos ali quando fala da
1265 superintendência, a gente vai estar corrigindo plano quando a gente fizer a versão final tem
1266 algumas correções que vão estar posta no plano. A saúde bucal aqui eu também já percebi no
1267 nosso plano, é muita política que a gente tem ali na superintendência de atenção à saúde, faltou a
1268 questão da prevenção que a gente coordenou, o Paraná é precursor na questão de bochecho com
1269 flúor, essas coisas todas que a gente vai incluir que depois do plano. Departamento de atenção às
1270 condições crônicas, então dentro do departamento gente está trabalhando a atenção ao risco
1271 cardiovascular, trabalhando muito dentro da atenção o risco cardiovascular a questão da
1272 hipertensão e diabetes, estilo de vida, se a gente não trabalhar a questão da hipertensão e da
1273 diabetes você não vai mudar a atenção ao risco cardiovascular, nós vamos continuar com nossos
1274 indicadores lá em cima, nosso coeficiente de mortalidade sendo uma das principais causas de
1275 morte, a questão da cardiovascular, nós vamos ter que trabalhar muito a questão da hipertensão e

1276 diabetes a atenção ao câncer e até assim, a gente no plano está trabalhando o separado, a atenção
1277 ou câncer o controle do tabagismo está mais na frente, mas a gente tem que entender mesmo o
1278 controle do tabagismo que ele está dentro da tensão ao câncer dentro do risco cardiovascular,
1279 então a gente só procurou direcionar um pouquinho não por um item separado de controle do
1280 tabagismo, mas ele no plano tem, mas assim, ele está diretamente ligado a questão dá atenção ao
1281 risco cardiovascular e a atenção ao câncer. Atenção à saúde mental, eu acredito que a comissão
1282 ontem que tenha discutido exaustivamente esta questão, a atenção a pessoa com deficiência,
1283 atenção às comunidades vulneráveis e o enfrentamento da violência, então lembrando gente a
1284 atenção à saúde mental, atenção a pessoa com deficiência são redes que a gente também vai estar
1285 implantando provavelmente em dois mil e treze e o enfrentamento a violência ele é um programa de
1286 enfrentamento a violência que a gente também pretende estar dentro das diretrizes, só um
1287 porquinho volta pra mim, faz o favor, e eu vou pra frente e volta entendeu, então atenção à pessoa
1288 com deficiência que eu quero destacar aqui e depois vocês vão ver a no diagnóstico, até em cima
1289 não me lembro quem que falou na apresentação do Sezifredo a questão de não ter no diagnóstico,
1290 a gente não sinalizar as deficiências, o sistema de informação hoje não permite isso, então uma das
1291 propostas que a gente esta colocando no plano é o desenvolvimento do sistema de informação e a
1292 gente tem essa questão não só na deficiência como você vai ver a questão do idoso entendeu,
1293 você não consegue, porque a saúde do idoso, ela tem 'n' fatores que podem estar afetando a saúde
1294 do idoso, as doenças crônicas podem estar dentro da saúde do idoso a hipertensão cardiovascular
1295 então tem várias coisas, a saúde do idoso não é só atenção primária e a gente acaba não
1296 identificando no sistema de informações que a gente tem hoje, então uma das propostas que a
1297 gente tem e já estamos trabalhando isso aqui na secretaria o desenvolvimento de um plano diretor
1298 de informação, né Leonor, é que a gente esta chamando né, onde gente está identificando na
1299 secretaria o sistema de informação que a gente talvez tenha de desenvolver dentro do estado
1300 mesmo que a gente consiga mais informações de trabalhar os indicadores melhores, quando a
1301 gente vai por exemplo no plano diretor da pessoa idosa vocês novela que uma das propostas que a
1302 gente tem, a gente não consegue trabalhar indicadores melhor porque a gente não tem como ter
1303 informação então uma das propostas também entrem no plano diretor da pessoa idosa é, construir
1304 melhores indicadores mas para isso precise o sistema de informação melhores, e outro
1305 departamento que está dentro da superintendência departamento de atenção à as urgências de
1306 emergência que ele tem a questão das urgências de emergência a regulação do acesso e a
1307 educação e pesquisa em urgência e emergência. Eu entendi Leonor e Joelma que a gente só ia
1308 fazer a apresentação bem sintética que depois íamos abrir as perguntas depois das apresentações
1309 de todo mundo, então as dúvidas que o se estiverem, e eu acabei esquecendo falar a pagina que
1310 trata da questão, é das cinqüenta e sete nas sessenta e seis então as dúvidas que vocês tiverem
1311 depois a equipe está aqui e a gente pode estar esclarecendo para você está bom? E eu vou
1312 obedecer bem o chefe que falou que não era para trazer lâmina separadas, então eu só vou falar,
1313 bom dia todos e todas meu nome **Regina Gil**, eu estou atualmente respondendo pela direção da
1314 escola de saúde pública do Paraná, como todos nós sabemos e só recordando o papel da escola
1315 no processo de formação para o SUS, a constituição federal no seu artigo duzentos, ela coloca que
1316 compete ao SUS a ordenação formação de recursos humanos para saúde e esse é o nosso
1317 principal desafio dentro desse processo de construção e renovação da escola de saúde pública,
1318 nós sabemos que a formação dos profissionais de saúde hoje, em que pese todas as mudanças
1319 que vêm acontecendo no Brasil, ainda predomina muito enfoque voltado para a doença, para
1320 assistência especializada, pro cuidado fragmentado e grande ênfase na assistência hospitalar, ou

1321 seja, característica do modelo antes dos anos setenta e com toda essa proposta que foi
1322 apresentada aqui e o desafio que nós temos SUS e construção do cuidado em rede de atenção,
1323 cada vez fica mais claro para a gente o desafio e importância da gente enfrentar essa questão que
1324 é a formação dos profissionais de saúde, mas voltados a integralidade do cuidado a resolatividade
1325 na garantia do acesso a humanização, enfim todos os princípios contemporânea e que a gente tem
1326 discutido bastante. É nesse sentido, o ministério da saúde ele tem sido em tutor de políticas
1327 públicas para mudar esse cenário acho que passou agora pelos conselhos municipais as propostas
1328 os prós saúde dos Pets saúde que são iniciativas para fazer com que a formação dos médicos e
1329 enfermeiros dentistas os profissionais saúde saiam dos muros dos hospitalares e comecem a
1330 valorizar a atenção básica como cenário de formação e no mundo de serviços que esse que a
1331 gente está representando o ministério da saúde lançou já desde dois mil, dois mil e três oficialmente
1332 a educação permanente em saúde como estratégia de formação no SUS e para o SUS e tem
1333 provocado as escolas no sentido de que ela se atualizem, se renove, se revigore, enfim revejam
1334 seu papel na formulação de política de formação que conversem com as necessidades dos
1335 profissionais que trabalham no sistema, a gente fala muito no SUS, no SUS, nas necessidade de
1336 capacitação, mas os profissionais quando precisam se capacitar muitas vezes precisam ir para
1337 outros cursos ofertados por outras instituições que não necessariamente dialogam com as
1338 necessidade do trabalho, então a educação permanente ela é uma ferramenta para pensarmos
1339 processos formativos que intervenham e ajude no processo de trabalho dos profissionais aqui no
1340 Paraná nós temos duas instâncias, uma escola de saúde pública que foi criado em 1954 o centro
1341 formador de recursos humanos que foi criado em 1956, que desde então vieram trabalhando de
1342 forma paralela mais separada, essa gestão de uma forma muito corajosa enfrentando essa
1343 situação, propôs e nós já estamos trabalhando na fusão dessas duas instâncias para que a gente
1344 possa construir uma política de educação voltada para as necessidades do SUS. O centro formador
1345 ele trabalha com a formação média e inicial e a escola com as atualizações e capacitações para os
1346 profissionais de nível superior, então nós precisamos fazer com que esses processos, eles sejam
1347 integrados porque que lá na ponta o técnico e de saúde bucal trabalha com quem? Com o dentista.
1348 Eles integram o que? Uma equipe de saúde da família, então nós precisamos pensar esses
1349 processos integrados para que lá na ponta a gente tenha resultados satisfatórios para o trabalho,
1350 então nós estamos trabalhando já numa mesma sede e estamos reestruturando todos esses
1351 processos formativos no sentido de primeiro fazer com que a escola diferente não é só os quadros
1352 apresentados pelo e IPARDES e pelo **Sezifredo** que mostra que o Paraná está atrasado em
1353 relação à região sul e mesmo em relação a Brasil, várias escolas hoje saúde pública já são
1354 certificadora das especializações já tem tele saúde implantado, já tem educação a distância
1355 implantado tem vários processos que nós estamos atrás, então aqui no Paraná nós estamos nesse
1356 processo de credenciamento da escola para que ela possa ser certificadora de especialização e
1357 estamos readequando a metodologias dos cursos para que eles atendam mais as necessidades
1358 colocadas aqui nos quadros de situação de saúde e atendam às necessidades da rede e estamos
1359 projetando uma nova escola de saúde pública que seja adequada conceitualmente,
1360 estruturalmente, fisicamente para atender as necessidades de trabalho e de formação pro sistema
1361 único de saúde então em linhas gerais nós temos trabalhado dessa forma, estamos nessa situação
1362 sempre articuladas com as áreas técnicas com as universidades, a gente tem esse trabalho
1363 também buscar integração ensino serviço e principalmente tentando ver as necessidades dos
1364 trabalhadores do SUS, então nós informatizando os processo que não estavam informatizados
1365 também e repensando inclusive, reestruturando nas metodologias pedagógica da escola que não

1366 queremos mais que seja de transmissão de conhecimentos mais sim de valorização ao trabalhador
1367 e ao seu conhecimento já existente, a partir daí complementando seu processo informativa, então
1368 acho que em linhas gerais e me coloco à disposição para as dúvidas na seqüência, obrigada. Bom
1369 dia a todos e a todas, **Romildo** GRHS da secretaria de saúde, recursos humanos, há uma diretriz
1370 do plano nacional de saúde e a diretriz número onze que fala que a contribuição no sentido em
1371 relação o recurso humano, a contribuição a adequada a formação, alocação, qualificação,
1372 valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS. A secretaria de
1373 saúde tem por objetivo até pelo próprio, por indicação do próprio Conselho Estadual de Saúde no
1374 item democratização da gestão das relações de trabalho no SUS Paraná, que tem por objetivo
1375 ampliar o número de servidores, obrigado, ampliar o número dos servidores da SESA por meio de
1376 chamamento e nomeação de concursados democratizar as relações de trabalho no SUS Paraná,
1377 bem, nós temos no quadro bem rapidinho em torno de trinta a trinta e cinco por cento na divisão
1378 entre os servidores de nível superior, média e elementar num total de nove mil, quinhentos e
1379 sessenta e nove servidores, a gestão do trabalho da secretaria então, tem como mote esse item
1380 consolidação do chamamento de nomeação dos servidores concursados para a secretaria como a
1381 ação numero um, a número dois implantação na mesa estadual de negociação MENSUS Paraná,
1382 que foi submetida aqui ao conselho, aquele trabalho feito pela comissão do próprio conselho de
1383 recursos humanos, número três, elaboração de proposta de plano de carreiras dos servidores da
1384 secretaria, cumprindo o prazo estabelecido pela própria conferência estadual de saúde que vai ser
1385 para entrega da proposta em julho de dois mil e doze e por último a elaboração de um projeto
1386 técnico de saúde ocupacional para os servidores da secretaria, são essas as quatro ações que a
1387 área de recursos humanos e gestão de recursos humanos em complementação à área de
1388 capacitação da escola de saúde, então como metas para dois mil e doze seriam, a primeira,
1389 nomear um mil setecentos e setenta e três novos devedores cujo protocolo já estão tramitando,
1390 meta dois mil e treze de dois mil e quinze de nomear mais um mil e quinhentos novos servidores,
1391 como indicador então temos servidores concursados e nomeados, número dois a estalar a mês
1392 estadual de negociação e como indicador a mesa estadual de negociação instalada e não tem meta
1393 dois mil e treze a dois mil e quinze porque a mesa instalada é um trabalho da mesa, com licença,
1394 pois não presidente, com licença um pouquinho? Toda. Por que agora seria uma apresentação,
1395 essa daqui seria na parte da tarde, ok. Seria só a estruturação, ta bom então. Alguma dúvida aí,
1396 esse quadro apresento a tarde. Obrigando, agradeço. Bom dia todos, eu sou **Márcia Blaski**, sou
1397 administrador hospitalar da diretoria de unidades próprias, estou falando em nome do doutor
1398 **Charles London** que infelizmente não pode estar aqui conosco mas vai estar a tarde para
1399 apresentar as ações as metas e os indicadores, bom vou fazer uma apresentação breve dos
1400 hospitais, né, nos temos dezesseis hospitais na rede própria do estado, páginas sessenta e oito.
1401 Seremos dezessete hospitais com a abertura do hospital de Telêmaco Borba previsto para dois mil
1402 e treze. Nós abrangemos aí uma, nós temos uma localização, os hospitais tem localização
1403 estratégica dentro do estado, eles atingem uma população de 5,3 milhões de habitantes, eles
1404 realizaram em dois mil e onze, a média de dois mil e onze foi de dois vírgula três milhões de
1405 atendimento, em dois mil onze. Entre UTI, entre internações clínicas, cirúrgicas, partos, UTI geral,
1406 UTI neonatal, UTI pediátrica, unidade de semi intensiva, atendimento de urgência e emergência
1407 consultas ambulatoriais, exames de diagnose e terapia. Em dois mil e onze a ADUPI realizou um
1408 amplo diagnóstico situacional desses hospitais, onde foram levantados pontos críticos, pontos de
1409 melhoria, oportunidade de melhoria E desse relatório surgiu alguns desafios que nós colocamos ai
1410 no plano, então vamos fala um pouquinho sobre eles, um dos desafios integrar o trabalho dos

1411 hospitais entre si, inseridos nas redes prioritárias do governo, os hospitais eles estavam
1412 trabalhando na forma autônomas, com a criação da, com o trabalho da DUPI, que vai virar
1413 superintendência agora na nova reestruturação, nós criamos então a cultura do trabalho em rede
1414 dentre próprios hospitais e a partir de disso inseri-lo dentro das redes prioritárias do governo,
1415 temos como desafio aumentar a cobertura, a complexidade e a qualidade do atendimento à
1416 população, aumentar a cobertura é aumentar o número de pessoas atendidas, aumentar a
1417 complexidade através das obras e reformas que estão sendo feita ou que serão feitas, e do
1418 reequipamento do parque tecnológico dos hospitais e a qualidade do atendimento, que diz respeito
1419 à gestão propriamente dito dos hospitais, contribuir na redução dos agravos de saúde a população,
1420 sem isso, eles não teriam necessidade de existir, otimizar e racionalizar a utilização dos recursos
1421 financeiros e humanos e físicos tecnológicos e de insumo de disponibilizados. Vocês vão ver
1422 claramente isso a tarde na questão das ações e das metas a gestão de custo que vai ser
1423 implantada nos hospitais, garantir a produtividade ambulatorial e hospitalar hoje nós temos mil,
1424 setecentos e vinte leitos na capacidade operacional própria de hospitais e estamos com 70% de
1425 leitos ativos, desse 70% de leitos ativos, nós estamos em torno de 60% de ocupação, então nós
1426 temos aí uma grande oportunidade de melhoria e de aumentar a produtividade nesses hospitais,
1427 também a produtividade ambulatorial, muitos hospitais tem os seus ambulatórios com consultas
1428 referenciadas pelos municípios e nós temos como garantir uma produtividade maior nos indicadores
1429 da produtividade ambulatorial, uma das coisas que impede um pouco esse aumento de
1430 produtividade é questão do absenteísmo, em torno de trinta por cento de absenteísmo, nas
1431 consultas marcadas nos hospitais, nós temos como desafio implantar a gestão da qualidade
1432 hospitalar, estamos aí com trabalho bastante grande com relação à comissão inter-hospitalar da
1433 qualidade, que foi criada ano passado através da resolução do secretário, esse trabalho está dentro
1434 do que está proposto no planejamento estratégico da SESA, que tanto que na sua missão que tanto
1435 na sua visão nós vemos a palavra qualidade e resultados, então esse programa de qualidade dos
1436 hospitais, ele visa a certificação das unidades dentro do padrão de acreditação hospitalar da ONA,
1437 que é Organização Nacional de Acreditação brasileira. A ONA, ela tem três níveis de acreditação, o
1438 nível um é o nível de segurança do paciente, o nível dois é a gestão dos processos e o nível três
1439 são os resultados, então nós temos como meta dentro do trabalho do programa de qualidade
1440 hospitalar da rede própria de certificar os hospitais e todos os hospitais da rede até dois mil e
1441 catorze Nível Um, pelo menos no nível um que é o nível que fala da segurança do paciente, sem
1442 esse Nível Um hoje, fazendo uma análise e eu acho que os hospitais não deveriam nem existir o
1443 estar funcionando para que diz respeito a todas as questões de segurança, vigilância sanitária de
1444 corpo de bombeiros, de quantitativo de pessoas necessária o atendimento qualitativo da
1445 assistência. Bom, os desafios também que nós temos que buscar padrões de realização de
1446 atividades dentro do hospital, olhar para fora e fazer um “benchmarking”, olhar pra fora e vê o que
1447 pode ser, pra fora o que eu digo para outros hospitais do estado ou do país o internacionalmente
1448 para ver o que a gente pode aproveitar de melhor para nossas unidades hospitalares, estabelecer
1449 sistemas contínuos de avaliação e de monitoramento dando elementos para a melhoria dos
1450 processos e resultados da gestão e implantar novas formas de gerenciamento das unidades, a
1451 gente está com uma dentro dessa reestruturação organizacional, nós temos prevista também a
1452 reestruturação organizacional dos hospitais, utilizar sistemas de gestão voltados para áreas
1453 hospitalar, nós tivemos muitas dificuldades esse ano com relação à informação, implantamos um
1454 sistema de informações gerenciais nos hospitais que nos fornece alguns indicadores, nós
1455 implantamos esse sistema em julho, esse sistema é um levantamento, nada mais que um

1456 levantamento manual de todas as informações necessárias para a gestão dos hospitais que se
1457 transforma numa planilha que a gente chama de sistema de informações gerenciais, mas ainda não
1458 temos um sistema de informação informatizado para fazer a gestão dos hospitais. Então esse é um
1459 dos nossos desafios que está previsto inclusive no PPA, essa informatização, ampliar a captação
1460 de recursos e parcerias governamentais e inter-governamentais, ali nós temos um gráfico com
1461 relação às especialidades atendidas, então nós temos seis dentro desses dezesseis que serão
1462 dezessete hospitais, nós temos seis hospitais especializados as especialidades e onze hospitais
1463 gerais, nós temos dentro desses hospitais especializados atendimento, nós temos hospitais
1464 especializados em infectologia que é o hospital Oswaldo Cruz, reabilitação que é o centro hospitalar
1465 de reabilitação, nós temos o hospital de tizologia, que é o hospital São Sebastião da Lapa, nós
1466 temos hanseníase tratada no hospital de dermatologia sanitária do Paraná, a psiquiatria tratada no
1467 hospital Aduino Botelho e a pediatria especificamente tratada no hospital infantil Waldemar
1468 Monache de Campo Largo e os onze hospitais gerais que atendem as especialidades, dentro das
1469 clínicas, nossa clínica cirúrgica e clínica médica a pediatria obstétrica são as maiores clínicas dos
1470 hospitais, depois nós temos as clínicas especializadas e as clínicas de UTI, UTI Neo, UTI
1471 pediátrica, UTI adulto e UTI de queimados que tem ali que diz respeito essa UTI de queimados
1472 dentro dos hospitais universitários faz parte desse contexto não de gerenciamento direto da
1473 diretoria de unidades próprias, mas, vamos dizer assim de interface também porque eles são
1474 administrados pela SETE. Os hospitais universitários são administrados pela SETE, mais existe
1475 uma interface na saúde, por isso que eles estão contemplados aqui no plano também, então hoje
1476 essa parte seria mais uma explanação do diagnóstico e da realidade, à tarde vai ser feita a questão,
1477 apresentados às diretrizes, as ações, os indicadores para esse trabalho. Obrigada. No Paraná nos
1478 termos noventa e dois municípios que recebem esse recurso desses noventa e dois municípios,
1479 não são todos, teoricamente todos deveriam ter ouvidoria, mas não tem. Então uma das metas e a
1480 gente estar chegando agora em dois mil e doze nesses municípios para implantação ouvidoria. Eu
1481 acho que ouvidoria seria essa questão. Bom dia todos e a todas **Paulo Almeida** Superintendente
1482 de Gestão de Sistemas de Saúde, nós vamos fazer uma apresentação que compreende da página
1483 setenta e um a setenta e sete, vamos falar um pouco da estrutura do HEMEPAR, da central de
1484 transplante e do sistema estadual de auditoria, gostaria ainda de destacar que nós temos mais dois
1485 departamentos que produzem dados que compõem o relatório do plano estadual de saúde, que são
1486 departamentos entre contratualizações e habilitações, inclusive aí onde se insere um programa
1487 estruturante a SESA, COSP SUS e o departamento de organização da gestão que produzem
1488 dados cadastrais, cadastro nacional de estabelecimentos de saúde e todo o processamento,
1489 produção hospitalar, e ambulatorial dos municípios que estão na gestão estadual. Aí nós podemos
1490 ver a rede do HEMEPAR, que hoje é composta por vinte e duas unidades, um hemocentro
1491 coordenador que se situa aqui em Curitiba na região metropolitana quatro hemocentros regionais,
1492 Guarapuava, Cascavel, Maringá e Londrina. Sete Hemonúcleos que são: Ponta Grossa, Beltrão, foz
1493 do Iguaçu, Campo Mourão, Umuarama, Paranavaí e Apucarana e dez unidades de coleta, aí
1494 compreendendo a abrangência estadual, que seriam Paranaguá, Irati, União da Vitória, Pato
1495 Branco, Cianorte, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Toledo, Telêmaco Borba e Ivaiporã. Então a
1496 missão do HEMEPAR é fornecer produtos e serviços de hematologia e hemoterapia de forma
1497 sustentável para rede assistencial dentro dos padrões de qualidade, queria destacar aí que até
1498 podia ser colocado como a visão do HEMEPAR, de se adequar aí a portaria no ministério de saúde,
1499 a dezessete, trinta e sete de dezoito de agosto de dois mil e quatro que a estruturação de
1500 serviços públicos para atender integralmente a demanda de fornecimento de hemocomponentes

1501 para os SUS com qualidade. Alguns dados principais aí do HEMEPAR o acréscimo de 1,3% na
1502 cobertura de leitos do SUS em dois mil e onze, passando de 63,11 em dois mil e dez para 64,11 em
1503 dois mil e onze, pediria até que vocês fizessem a correção no texto do plano que foi colocado de
1504 forma incorreta, acréscimo de 2,7% entre bolsas coletadas em dois mil e onze em relação a dois mil
1505 e dez e a diminuição das transfusões de 73,8% em dois mil e dez para 69,8% em dois mil e onze, e
1506 isso até o resultado positivo que determina uma ação de educativa do HEMEPAR, com o
1507 conseqüente vem tem racionalidade do uso, da indicação pelo corpo médico a produção do
1508 HEMEPAR que já consta do relatório aí, número de bolsas coletadas, número de bolsas de
1509 concentrados de hemácias descartadas por sorologia e numero de bolsas concentradas de
1510 hemácias transfundidas no período e de dois mil e oito a dois mil e onze. Queria ressaltar também
1511 que o HEMEPAR amanhã completa 30 anos e é uma instituição hoje modelo a nível nacional na
1512 política nacional do sangue. Daí a central de transplante que é responsável pela coordenação de
1513 todas as atividades de transplante em âmbito estadual. Aí incluindo política estadual de transplante
1514 no que se refere à definia rede com o planejamento quantitativo e distributivo desses serviços e
1515 equipes habilitadas no estado Paraná. Aí um quadro que demonstra que hoje nós temos quinze
1516 estabelecimentos no estado, em torno de trinta e dois serviços e equipes cadastradas habilitadas
1517 pelo SUS, pelo sistema único de saúde e comparando aí, parâmetros em relação aos
1518 recomendados pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, então nós temos catorze
1519 serviços de rim, quando a BTO recomenda oito, fígados seis, três recomendado pela BTO, coração
1520 seis, dois recomendados pela BTO, pâncreas três, um recomendado pela BTO, rim e pâncreas
1521 associados três. A princípio a gente até pode pensar que se isso fosse uma concentração ideal de
1522 serviços, mas nós temos que ver que trinta e dois desses serviços no Paraná o que corresponde a
1523 75% da oferta e estão concentrados em Curitiba e região metropolitana quem estava no conselho
1524 ano passado uma das grandes prioridades estabelecida quando da apresentação da política
1525 estadual de transplante que foi aprovada por este conselho em vinte e cinco do onze de dois mil e
1526 onze, seria uma redistribuição geográfica de serviços facilitando aí a questão do acesso e
1527 melhorando a equidade em relação a esses serviços, em relação aos serviços de transplantes
1528 fígado, pâncreas e rim, pâncreas. Todos os serviços estão habilitados na região metropolitana.
1529 Alguns dados em relação a órgãos e tecidos transplantados em dois mil e dez e dois mil e onze nós
1530 queremos destacar que houve um incremento de 64,2% na questão de órgãos sólidos e 71% em
1531 córneas, nós conseguimos zerar a fila de transplante de córnea na região metropolitana e diminuir
1532 sensivelmente perto de zerar isso, a nível de outras regiões do estado. Transplante de tecidos,
1533 córneas, válvulas cardíacas, tecidos músculos e esquelético, medula óssea e pele são cinquenta e
1534 seis serviços, equipes habilitadas no estado. Também tem destaque aí, a questão do registro dos
1535 doadores voluntários de medula óssea, em torno de quatrocentos mil doadores, é o segundo está
1536 no Brasil que realiza na classificação de transplante de medula óssea, correspondendo ai a 39,6%
1537 de procedimentos por milhão de habitantes. Destacar também que em dois mil e dez registrou se
1538 um índice de oito virgula sete doadores efetivos para cada milhão de habitantes de dois mil e onze
1539 esse numero chegou a dez virgula sete doadores, representando um aumento de vinte e três
1540 virgula por cento do sistema nacional transplante preconiza em torno de quinze doadores efetivos
1541 por milhão de habitantes. Agora passando por sistema estadual de auditoria e avaliação no Paraná
1542 isso é fruto de uma lei estadual, foi criada uma lei estadual treze mil trezentos e trinta e um de vinte
1543 e três de novembro de dois mil e onze e regulamentada no decreto cinco mil setecentos e onze de
1544 vinte e três de maio de dois mil três as principais atribuições são controlar avaliar e fiscalizar ações
1545 e serviços de saúde, aplicação de recurso adequação, qualidade e resolubilidade e eficiência e

1546 eficaz e efetividade e também auditar os sistemas municipais de saúde muitas vezes de forma
1547 cooperativa. Então as prioridades que estão colocadas são essas não vou até pelo adiantado da
1548 hora está repetindo. Eu posso dizer junto com o sistema de auditoria que os acompanha o sistema
1549 de regulação, mais tarde vamos estar discutindo ai a questão da regulação, ontem nós tivemos na
1550 comissão de acesso já está discutindo isso, e a importância que isso tem na estruturação do SUS
1551 na medida que ele tem de se organizar em todas as regionais de saúde de forma regionalizada e
1552 hierarquizada, então a idéia é que nós tenhamos equipes multiprofissionais a nível das macro-
1553 regiões para fazer inclusive auditorias de gestão, as auditorias regionais recompondo o quadro que
1554 acabou se deteriorando nos últimos anos nos últimos dez anos inclusive com regionais sem auditor,
1555 e uma auditoria central que caberia toda essa coordenação técnica de todo sistema de auditoria.
1556 Então seria isso, depois nos colocamos à disposição para os esclarecimentos necessários,
1557 obrigado. Nós gostaríamos de estar agradecendo, nós vamos então parar para o horário de almoço
1558 e voltamos a uma e trinta. Vamos reiniciar a nossa reunião se tiver conselheiro lá fora entre para
1559 nós começarmos, no jogo está passando agora para o Sezifredo, que vão estar fazendo a
1560 continuação das apresentações. Boa tarde! Estão ouvindo bem? Então é o seguinte, faltam três
1561 unidades da secretaria de saúde para gente apresentar, que é a minha área, o CRAID e CAÍF, eu
1562 não sei se o pessoal do CRAID estão aí. Então é o seguinte, vigilância em saúde acho que todos
1563 aqui já conhecem a nossa área, então na página setenta e sete tem uma descrição do que a
1564 vigilância e saúde e nós já apresentamos na estrutura aí, como vai ser a nova estrutura que
1565 deveremos aprovar em breve mediante decreto estadual, alterando alguma coisa em termos de
1566 organograma, eu sei que de longe é ruim para ver mais eu vou ler que para vocês, então a
1567 superintendência, ela vai ter como estrutura alguns centros nós estamos mudando o nome de
1568 alguns departamentos para centros e vamos manter claro e alguns deles, então nós temos um
1569 centro de suporte técnico operacional, que a parte toda administrativa cuida do financeiro,
1570 planejamento, o centro de epidemiologia, o centro de vigilância ambiental, o centro de informações
1571 e respostas de vigilância e saúde e o centro de vigilância sanitária teremos ainda o centro estadual
1572 de saúde do trabalhador que já existe, o laboratório central e a sala de situação e saúde, então
1573 essa organização é aqui ligado ao nível central, vocês sabem que nós temos vinte e duas regionais
1574 e em cada regional nós temos uma divisão de vigilância e saúde que foi implementada a partir do
1575 nosso governo com duas sessões, uma sessão de vigilância sanitária, ambiental e saúde do
1576 trabalhador e uma de vigilância epidemiológica, então essa estrutura é que trata da vigilância e
1577 saúde no estado Paraná pelo estado, lembrando que nós ainda temos a como estrutura oito
1578 núcleos de entomologia, localizados em Paranaguá, Jacarezinho, Londrina, Apucarana, Maringá,
1579 Porto Rico, Guaíra e Foz do Iguaçu, que apóiam as ações de vigilância de doenças transmitidas por
1580 insetos, entomologia, então é ligada a insetos, temos ainda uma unidade é muito importante para
1581 nós que foi no ano passado até uma reivindicação aqui do conselho para que a gente
1582 institucionalizasse que a nossa central de armazenamento e disponibilização de insumos para a
1583 dengue que se localiza em Maringá, nós chamamos a ela de CALI, então hoje tem uma resolução
1584 do secretário que já define as atribuições dela, enfim a gente esta, então já foi institucionalizado.
1585 Temos ainda uma unidade de Campo ligada aquele centro de informações e respostas rápidas de
1586 vigilância e saúde que atualmente, provisoriamente está localizada no hospital São Roque, mas nós
1587 pretendemos definitivamente alocá-la onde era, quem conhece o esse centro, o ex-centro de
1588 pesquisa e produção de alimentos que tem ali na cidade industrial, que é a unidade de Campo de
1589 respostas rápidas que trabalha hoje com epizootia, com várias emergências de campo, por
1590 exemplo, a questão da febre amarela e outros eventos importantes, então essa é a estrutura, como

1591 novidade ainda no organograma a Soraya acho que não esta ai, ah esta aí, mas nós estamos
1592 institucionalizando lá no LACEN a nossa divisão do sistema estadual de laboratórios e saúde
1593 pública que essa divisão ela vai coordenar ar a rede estadual de laboratório ligado ao SUS é
1594 necessário isso porque com o crescimento da rede, não só do próprio LACEN, mas também da
1595 rede de que presta serviço para o SUS, nós precisamos ter essa estrutura, bom nós temos todos os
1596 processos de trabalho estabelecidos na vigilância em saúde do estado Paraná, até temos um
1597 mapa, que onde a gente coloca tudo isso e eu vou elencar aqui os principais que eu acho
1598 importante, sistema de informação eu acho que vocês não imaginam o quanto os sistemas de
1599 informação tem hoje da vigilância em saúde do Paraná, São quarenta e um sistemas, alguns
1600 funcionando até, as vezes de forma paralela, um grande objetivo nosso é juntar esses sistemas de
1601 informação de forma temos o melhor possível de informação pra gestão, numa sala de situação que
1602 é um dos projetos estratégicos que a gente vai desenvolver esse ano ainda, lembrando que criamos
1603 uma sala de situação emergencial para dengue, ela está funcionando até agora, mas ela, nós
1604 pretendemos que seja uma sala de situação não só para esse agravo, mas para todos os outros.
1605 Um outro processo importante é a análise de risco e da situação de saúde que deve ser
1606 permanente, sistema de inspeção de ambientes, processos e produtos, regulação de produtos e
1607 serviços, investigação e controle de agravos e eventos adversos, você deve ter visto, várias
1608 iniciativas, da última nossa que nós tivemos que repercutiu foi o botulismo, mas sempre que houver
1609 algum evento importante nós temos que trabalhar, análise laboratoriais, o LACEN tem toda uma
1610 rede, daqui a pouco falo um pouco mais, educação e comunicações saúde, e pesquisa técnico-
1611 científico e inovação e corporação tecnológico, produção e pesquisa imunobiológico, coordenação
1612 das atividades de imunização, acho que vocês sabem a imunização do estado Paraná, da
1613 secretária estadual de saúde é reconhecidamente uma das mais eficientes do Brasil, nós sempre
1614 conseguimos atingir as metas, precisamos melhorar um pouco a homogeneidade em relação aos
1615 municípios, mas tem sido destaque, coordenação das atividades de imunização, programas
1616 estratégicos e controle de risco e agravos, promoção e saúde. Promoção e saúde que é uma área
1617 que vem sendo progressivamente também incorporada à vigilância, não é exclusiva da vigilância
1618 que na secretaria permeia a assistência, enfim várias áreas e que na vigilância temos lá a questão
1619 da violência e outros agravos que nós trabalhamos em relação a questão da promoção e destaque o
1620 LACEN, o LACEN é uma rede como eu disse, hoje nós temos duas unidades em Curitiba, uma no
1621 Abaldino do Amaral que está em reforma, que é menor que trabalha a questão de alimentos e água
1622 se eu não me engano, e a do Guatupê, um prédio novo que vem progressivamente também se
1623 estruturando, lá temos o restante das ações que atendem a questão da vigilância epidemiológica,
1624 das doenças transmissíveis já demos hoje aqui vários exemplos, vai desde a questão do HIV, da
1625 dengue, da tuberculose, da Hanseníase, das hepatites, da malária, da resistência microbiana,
1626 depois a questão da influenza o Paraná tem um sistema que foi implantado no começo do ano
1627 passado que monitora os agentes que causam síndromes respiratórias aqui no nosso estado, hoje
1628 nós monitoramos treze agentes, é o estado que faz mais agentes e etiológicos em termos de
1629 síndrome respiratórias tem sido muito importante para a vigilância da influenza e de outras
1630 síndromes respiratória. Temos também chagas e a questão da toxoplasmose que vai entrar como
1631 uma das doenças monitorado pelo Mãe Paranaense, a leishmaniose, as diarreias, a raiva, a leptospirose,
1632 enfim, as doenças provocadas por fungos, tudo isso o LACEN do Paraná desenvolve, é importante
1633 dizer que temos daí algumas unidades regionais também do LACEN, que atendem também a
1634 vigilância ambiental que hoje nós temos em Francisco Beltrão, Campo Mourão, Cianorte, Cornélio
1635 Apucarana, jacaré e Ivaiporã. E temos convênio com duas universidades, a UEM e o LEPAC, que

1636 presta serviço para nós também, não só na questão de doenças como a dengue mas também na
1637 parte ambiental e a UEL que também tem um laboratório que nos apóia, resumindo, o LACEN é
1638 uma estrutura importante para a saúde pública do Paraná, temos hoje uma estrutura razoável,
1639 como eu disse que está, inclusive, sendo reformada. A idéia no futuro é que essa unidade da
1640 Ubaldino do Amaral, vá pro Guatupê, que é lá a sede, que deve ser mesmo a sede do LACEN e a
1641 outra unidade especial para que nós temos é o CPPI, quem produz imunobiológicos é também uma
1642 unidade importantes, é um dos laboratórios reconhecido pelo ministério de saúde de maior
1643 importância estratégica, porque lá produzimos além do soro da aranha marrom, nós produzimos
1644 também soro para veneno de cobra alguns antígenos, por exemplo para o programa nacional de
1645 Hanseníase o antígeno de mitsuda é produzido ali, em Piraquara, no CPPI, para a leishmaniose, o
1646 antígeno de Montenegro, o antigo para coxidiode brasiliensis o paracoco que é importante e o
1647 esteritexte além de outros que estão sendo desenvolvidos, o CPPI passou por um processo de
1648 planejamento estratégico e também vamos nessa gestão procurar implementar as ações, bom
1649 resumindo, eu acho que eu dei um panorama do que a vigilância em saúde, eu não vou entrar em
1650 detalhes de cada programa , porque é bem extensivo, mas vocês têm uma idéia de que a vigilância
1651 e saúde do Paraná, ela precisa realmente ter uma reestruturação, principalmente nas regionais, nos
1652 municípios esse processo está em andamento, e a gente pretende nesse plano que nós estamos
1653 trabalhando agora, vocês vão ver depois na diretriz, implementar essas medidas, obrigado. Ô
1654 **Márcia**, você pode falar sobre o CAIF e o CRAID? Boa tarde a todos, o CRAID, vou falar do CRAID,
1655 apesar dele não estar na nossa diretoria, mas o CRAID é um centro regional de atendimento
1656 integrado ao deficiente, ele faz atendimento global interdisciplinares e centralizados a crianças e
1657 adolescentes com deficiência, ele atendeu em dois e onze cinqüenta e quatro mil quinhentos e
1658 quarenta e dois, é me realizou cinqüenta e quatro mil quinhentos e quarenta e dois procedimentos,
1659 foram cadastradas mil crianças novas dentro do programa, e o programa dele é atendimento ao
1660 bebe de risco, atendimento a paralisia cerebral e problemas neuro-motores, atendimento médico
1661 odontológico a pessoas com deficiência de zero a dezoito anos e a estimulação visual, e o CAIF é
1662 um centro de atendimento ao fissurado lábio palatal ele foi criado em noventa e dois e ele tem a
1663 missão de promover o tratamento da interdisciplinar das deformidades crânio faciais, então a visão
1664 dele, a meta dele ser um centro de referência para as deformidades de crânio faciais no estado do
1665 Paraná, tendo em vista o serviço multidisciplinar. Bom, retornando da parte da manhã, primeiro eu
1666 estive junto, nós estivemos lá, o Velásio e eu, na inauguração do hospital do idoso, uma estrutura
1667 do município de Curitiba que contou com recursos do governo municipal o do governo estadual e do
1668 governo federal, um hospital que vai ser referência na a atenção à pessoa idosa com cerca de 140
1669 leitos e com certeza vai ser um paradigma em relação a nova abordagem que nós temos que ter
1670 daqui para frente em relação à população paranaense na medida em que vocês viram de manhã
1671 cedo na a apresentação do IPARDES, que a nossa pirâmide já não dá pra ser chamada mais
1672 assim, e que nós vamos ter que nos defrontar com a necessidade do serviço público e
1673 principalmente da área de saúde, estar preparado para esse novo enfoque de abordagem com
1674 relação às pessoas com mais 60 anos, é um hospital que já nasce inovador, porque ele não é dos
1675 um hospital só ligado à questão de internação e o próprio representante do ministério da saúde que
1676 estava no evento, o secretário de atenção a saúde, ou doutor Euvécio, já colocou e sinalizou que
1677 vai ser um hospital que vai ser um grande observatório e acompanhamento da questão de atenção
1678 idoso e eu acho que isso é fundamental inclusive para nós do Paraná e especialmente de Curitiba
1679 porque isso também representa uma inovação na área da saúde, numa área que provavelmente
1680 com o passar do tempo todos estados vão ter se debruçar com mais atenção na questão de

1681 atenção à pessoa idoso. Como vocês viram a apresentação pela parte da manha, agora nós vamos
1682 entrar no quarto bloco de apresentações, mas que na verdade é mais um painel geral sobre o
1683 sistema de único de saúde no Paraná, aí mais abrangente que as ações da própria secretaria de
1684 estado de saúde, então vamos começar pelo **Paulo Almeida** que vai falar sobre a questão dos
1685 estabelecimentos de serviços de saúde no Paraná. Boa tarde a todos! Nós vamos falar aí referente
1686 a página oitenta e dois ou contido o na página oitenta e dois a página noventa e dois. A base dos
1687 dados são cadastro nacional do estabelecimento de saúde, e o sistema de informação ambulatorial
1688 e hospitalar do sistema único de saúde conforme consta no cadastro nacional de saúde, nós temos
1689 hoje cadastrado, dezenove mil e oitenta estabelecimentos sob gestão municipal, estadual,
1690 municipal e estadual sob dupla gestão, deste dezenove mil e oitenta estabelecimentos, três mil
1691 seiscentos e sessenta e quatro são públicas, correspondente a dezenove virgula dois por cento e
1692 quinze mil quatrocentos e dezesseis são estabelecimentos de natureza privada corresponde a
1693 80,8%, dos públicos nós temos nove federais, correspondendo a 0,2%, cento e treze estaduais,
1694 3,1% e três mil quinhentos e quarenta e dois municipais correspondendo a 96,7% num total de e
1695 três mil seiscentos e sessenta e quatro estabelecimentos. Das habilitações aí referente a média e
1696 alta complexidade, nós temos mil e noventa e seis serviços, ou mil e noventa e seis habilitações, a
1697 nefrologia que é terapia renal substitutiva , nós temos 40 serviços e talvez das redes é que tem uma
1698 distribuição geográfica mais adequada, facilitando ai o processo de equidade em relação a questão
1699 principalmente do acesso e a garantia da linha de cuidado completa. A cardiologia que também não
1700 temos grandes problemas no estado em relação a oferta e a linha de cuidados, nós temos vinte e
1701 cinco serviços, a neurologia vinte e três serviços, nós temos aí, nós temos alguns vazios
1702 assistenciais no estado apesar de estar cumpridos os critérios em relação a portaria, a ortopedia
1703 são vinte e quatro serviços, e existe uma dissociação algumas situações em que nós temos esse
1704 serviço num determinado estabelecimento no mesmo município e a ortopedia num outro
1705 estabelecimento que gera uma dificuldade, principalmente em relação a atendimento da urgência e
1706 emergência e a oncologia, são vinte e seis serviços que são os Unacons e os Cacons que estão
1707 distribuídos no estado do Paraná, que inclusive na ultima SIB, nós propusemos aí uma avaliação
1708 desses serviços no modelo de atenção da Oncologia, como esta proposto no estado, e visando a
1709 questão principalmente da integralidade de atendimento, seja a nível de ambulatorial, hospitalar e
1710 da questão de medicamento do acesso ao medicamento. Leitos gerais no Paraná, nos temos
1711 28.712 leitos existentes, sendo vinte mil setecentos e setenta leito SUS. Acho que todo mundo já
1712 ouviu falar nessa portaria onze zero um de dois mil e dois que é um parâmetro que se utiliza muito,
1713 mas que a gente sabe que ele é um parâmetro que foi estabelecido lá trás, que não seja mais
1714 adequado, mas ela estabelece aí dois a três leitos por mil habitantes, então nós temos hoje leitos
1715 em relação a leito SUS, um percentual de dois vírgula, em relação ao total de leitos 2,7 leitos por
1716 mil habitantes e leito SUS de 2,0 leitos por mil habitantes, uma característica que a gente tem, a
1717 maioria dos leitos hoje estão em hospitais de pequeno porte com até trinta leitos, então são
1718 hospitais poucos e resolutivos, quase 80% dos leitos dos hospitais existentes no estado, num total
1719 quatrocentos e quarenta e quatro hospitais gerais e sessenta e três especializados totalizando
1720 quinhentos e três, nós temos no SUS trezentos e noventa e dois hospitais, sendo que somente
1721 sessenta e um hospitais têm mais de cem leitos, a gente sabe que um hospital para ser, ter
1722 qualidade de atendimento ser resolutivo, ele tem que ter uma escala, acima, superior a cem leitos,
1723 igual ou acima de cem leitos. Leito de UTI SUS ai considerando, nós temos um total de 1.259 leitos
1724 e um percentual de 4,8% do total de leitos gerais. Só um pouquinho volta pouquinho antes ali,
1725 parâmetros estabelecido nesta mesma portaria que nós nos referimos, de quatro a 10% nós

1726 trabalhamos com uma relação de 7% de leitos, que a gente considera a questão do acesso, tempo
1727 resposta e a distribuição geográfica no Paraná como uma referência para se determinar uma
1728 condição ideal de percentual de leitos em UTI de adulto. Em relação a UTI neonatal nós utilizamos
1729 o parâmetro da sociedade brasileira de pediatria, leito de UTI para cada mil nascidos vivos, três
1730 leitos de UCI para cada mil nascidos vivos, e aí tem um trabalho bastante importante o HOSPSUS,
1731 que vocês podem ver que hoje nós somos suficiente na questão de leitos de UTI neonatal, são
1732 cento e cinqüenta e dois mil, trezentos e dezoito nascidos vivos, tem um erro na pontuação ali,
1733 quatrocentos e trinta e dois leitos de UTI neonatal e existentes, cento e cinqüenta e dois leitos, uma
1734 diferença de UTI por mil nascidos vivos, uma diferença de ter duzentos e oitenta ou dois ponto
1735 oitenta e quatro e o CI um ponto zero oito e isso a gente quer trabalhar bastante na segunda fase aí
1736 do HOSPSUS, ai isso integrado aí a implantação da Rede Mãe Paranaense. Produção
1737 ambulatorial, se vocês, da média e da alta complexidade, então no total de 757.071.025,13 milhões,
1738 82,7% dessa produção esta concentrada na gestão estadual, na verdade quarenta e dois virgula
1739 três por cento, corresponde a trezentos e vinte mil quatrocentos e setenta, duzentos e noventa e
1740 nove virgula cinqüenta e dois e 57,7% na gestão municipal, o que está colocada em que 82% dos
1741 municípios dos trezentos e noventa e nove municípios estão na gestão do estado e dezessete
1742 virgula três por cento corresponde a sessenta e nove municípios na gestão municipal. Das
1743 consultas médicas especializadas num total de quatro milhões setecentos e vinte um mil
1744 quatrocentos e cinqüenta e seis, isso é por local de atendimento não é por local de domicílio pode
1745 ser até que um dado assim muitos pacientes de outros municípios que estão na gestão do estado
1746 acabem sendo atendidos nesses municípios que têm a gestão do sistema então nós temos trinta e
1747 seis por cento desses procedimentos ofertados nesses municípios com o estabelecimento com
1748 gestão estadual, num total de um milhão, setecentos e vinte e duas mil quatrocentos e setenta e
1749 cinco, e na gestão municipal dois milhões novecentos e noventa e oito mil novecentos e oitenta e
1750 um procedimentos, nas consultas mais realizadas são: de oftalmologia, ortopedia, cardiologia,
1751 psiquiatria e neurologia. Aí em relação às autorização de internação hospitalar, a AIH, a gente pode
1752 observar que na média complexidade existe uma freqüência maior de internações na gestão
1753 estadual e na alta complexidade a gente pode observar que a freqüência é maior nos municípios
1754 que têm a gestão municipal, até porque os estabelecimentos de maior complexidade situam se
1755 nesses municípios, então nós temos um total de quatrocentos mil, quatrocentos e uma internações
1756 de média complexidade na gestão estadual, trezentos e treze mil, quatrocentos e dezesseis na
1757 gestão municipal, totalizando setecentos treze mil oitocentos e dezessete internações na média
1758 complexidade, na alta, vinte e cinco mil e quarenta e sete na gestão estadual e trinta e sete mil
1759 setecentos e setenta e seis internações correspondendo a um total de sessenta e duas mil
1760 oitocentos e vinte e três internações na alta complexidade e na soma dos dois, tanto na média
1761 quanto na alta no estado setecentos e setenta e seis mil seiscentos e quarenta internações. Aí a
1762 produção hospitalar de média complexidade e alta complexidade e relação a valores, novecentos e
1763 seis mil, duzentos e cinqüenta e seis, setecentos e oitenta e quatro e vinte e sete no estado como
1764 todo, sendo, milhões né, quatrocentos e quarenta e quatro milhões na gestão estadual e
1765 quatrocentos e sessenta e um milhões na gestão municipal. Aí também observar a questão da taxa
1766 de internação, que nós tínhamos uma taxa em dois mil e dez, quando a gente assumiu a gestão de
1767 oito ponto dois por cento, nós conseguimos reduzir essas internações para sete ponto quatro por
1768 cento, há de se considerar também que nós temos um índice ainda bastante alto de internações por
1769 condições sensíveis da atenção primária que gira em torno de trinta por cento das internações e
1770 isso se dá principalmente em hospitais de pequeno porte. A política dos hospitais de pequeno porte,

1771 uma política que foi instituída pela portaria dez quarenta e quatro do ministério da saúde de dois mil
1772 e quatro, ela estabelece alguns critérios, para a habilitação dos hospitais nessa política, que seriam
1773 municípios com menos de trinta mil habitantes, cobertura de PSF acima de 70%, e números de
1774 leitos inferior a trinta leitos, nós tínhamos 77 hospitais que aderiram a essa política, homologados
1775 através da portaria dois quatrocentos e noventa e dois de quatro de dezembro de dois mil e cinco,
1776 atualmente nós possuímos em torno de cinqüenta e cinco hospitais, então a tendência natural na
1777 medida que vai estruturando serviço de referência macrorregionais, estabelecendo uma rede
1778 hospitalar que seja resolutiva, facilitando o acesso e estabelecendo uma linha de cuidados que
1779 esses hospitais ou se transforme em unidades mistas ou se transformem e unidades de pronto
1780 atendimento de acordo com a política de urgência e emergência estabelecida hoje para o estado
1781 do Paraná. Então era isso, acho que tem mais dado detalhado no plano, que vocês podem
1782 observar, é bastante número, então a gente não quis trazer muitos números até para não poluir a
1783 apresentação. Nós vamos entrar no item que fala da atenção à saúde, eu vou pedir para **Márcia**
1784 falar sobre a atenção primária em saúde. Boa tarde, se vocês quiserem me acompanhar página
1785 noventa e dois do nosso plano, é só a Graça por a apresentação ali, nós vamos fazer um
1786 detalhamento da questão. Vou começar com a atenção primária, o Paulo já falou, acho que já
1787 detalhou aí toda a parte da, dos recursos do SUS, da assistência ambulatorial e hospitalar de média
1788 e alta complexidade, vou falar da atenção primária. Paraná nós temos 2011, nós fechamos com
1789 1557 unidades básicas de saúde e 953 postos de saúde e isso dá um total de 2510
1790 estabelecimento da atenção primária no Paraná, 11.985 agentes comunitários, 382 municípios com
1791 a estratégia de saúde da família e 371 municípios com e equipes de saúde Bi calculo, vocês
1792 podem ver, a gente tem uma boa cobertura na área da atenção primária. Este é o gráfico que
1793 mostra para nós, se vocês observarem este gráfico está na página noventa e três aí do plano, nós
1794 tivemos em 2010 e 2011 uma redução, e teve mesmo, mas eu diria que eu acho que as pessoas
1795 nem perceberam por que essa redução foi da avaliação que nós fizemos em 2011, equipes que
1796 constavam apenas nos CENES mas, não na prática, então do ponto de vista de acesso a gente for
1797 normalizar um procedimento de informação, de constar a equipe lá no cadastro, mas toda via essa
1798 equipe não existia de fato atendendo a população nos seus municípios, então nós fizemos uma
1799 adequação aí, e estamos fazendo monitoramento das equipes para efetivamente e manter, nós
1800 queremos que a equipe esteja no cadastro mas esteja atendendo a população do estado Paraná.
1801 Claro que nós queremos ampliar a cobertura, mas ampliar a cobertura real não só no cadastro aí
1802 das equipes. A nossa cobertura, falando em cobertura hoje nós temos uma cobertura de setenta,
1803 nos municípios, 312 municípios então dos 399 do Paraná, 312 tem menos de 20 mil esses têm uma
1804 cobertura aí em torno de 78% de estratégia saúde da família, dos 79 municípios entre 20 e 100 mil
1805 habitantes, 54% de cobertura, você sabe que quanto maior o município mais difícil ampliar essa
1806 cobertura e os municípios acima de 100 mil, 42% de cobertura da estratégia de saúde da família. Aí
1807 vocês têm no mapinha então colorido, o azul mais escuro, uma cobertura até 50% e o mais clarinho
1808 é de 90% a 100% de cobertura, os tons aí de cobertura. Nós temos como, salvo em algumas
1809 regiões ali, como região de Cianorte, desculpe Cianorte não, algumas regiões, hoje o maior
1810 quantitativo de municípios com maior população uma cobertura menor. Ainda com relação a
1811 atenção primária a gente tem nessa, aí vocês têm as maiores cidades, então de cem mil habitantes
1812 a cobertura de cada uma, começando a primeira é Curitiba depois Londrina e aí Maringá, os
1813 grandes neste primeiro bloco, Ponta Grossa, Cascavel no vermelhinho que tem uma baixa
1814 cobertura, 9%. São José dos Pinhais e 44%, Foz do Iguaçu cinqüenta e cinco, após, Colombo trinta
1815 e seis que é aqui na nossa região metropolitana, Guarapuava setenta e dois, Paranaguá cinqüenta

1816 e três, Apucarana 98%, Toledo 11%, Araucária 31%, Pinhais quarenta e três, Campo largo 51%,
1817 Arapongas 74%, Almirante Tamandaré 7%, região metropolitana e Umuarama com 42%. Ao olhar
1818 esse quadrinho é importante a gente ver, por que quando a gente começa a olhar o sistema de
1819 saúde que, a gente precisa olhar o todo, a gente vai ver que quem tem baixa cobertura, com
1820 certeza tem uma maior insatisfação da população com os serviço de saúde e um menor acesso,
1821 digamos assim e que acaba implicando muitas vezes na necessidade, aquilo que o Paulo falou,
1822 quando a gente levanto às internações do Paraná, o ano passado a tínhamos quase 1/4, 23%
1823 quase 24% das internações por condições sensíveis a atenção primária, se eu não tenho uma boa
1824 atenção primária, acabo tendo que internaram uma situação que poderia ser atendida lá mas como
1825 o caro cidadão não tem acesso e acaba tendo que ir para uma porta do hospital e o que torna às
1826 vezes o cuidado mais caro e mais difícil para aquele usuário que chegou numa situação de
1827 agravamento, de piora. É, ainda com relação a atenção primária nós temos setenta e três núcleos
1828 de apoio à saúde da família em trinta e dois municípios, essa é uma estratégia mais recente de
1829 apoio do ministério, que trabalha os profissionais por exemplo de fisioterapia, psicologia, enfim, uma
1830 gama de profissionais, educador físico que eu possa estar trabalhando de apoio à saúde da família,
1831 especialidades por exemplo, eu posso ter um ginecologista apoiando as equipes, dois consultórios
1832 de rua, esse também é uma estratégia na área de saúde mental mais recente que a gente tem
1833 trabalhado que Curitiba que foi pioneira e Maringá, projeto também, nós temos aí o projeto do
1834 PROESP para os municípios acima de cem mil habitantes que é um projeto que a gente trabalha
1835 apoio técnico e o monitoramento e a gente também a questão do tele saúde. O ministério, nós
1836 estamos trabalhando também junto no ministério programa de valorização da atenção básica que é
1837 um programa que o ministério lançou ano passado, a questão do programa de melhoria da
1838 qualidade de acesso e da qualidade de atenção, nós fizemos a adesão de trezentos e vinte e quatro
1839 municípios do Paraná nesse projeto com 1093 equipes, então 81% dos nossos municípios, esse
1840 projeto é muito interessante para melhorar a qualidade atenção primária, tem inicialmente a equipe
1841 trabalha uma auto avaliação, depois nós nos fazer uma avaliação, teremos uma avaliação de uma
1842 entidade e externa, ha um recurso alocados para essas equipes nos municípios para a melhoria da
1843 qualidade atenção primária, também o programa de requalificação das unidades básicas de saúde
1844 no Paraná, nós tivemos quatrocentos e onze unidades de cento e sessenta e dois municípios que é
1845 um projeto aqui, que trabalha recursos para a ampliação e para a reforma e a atenção domiciliar.
1846 Na saúde bucal nós temos hoje 1199 equipes na cobertura hoje na estratégia saúde da família de
1847 39,6% quase 40%, temos 45 laboratórios de prótese dentária e 49 centros de especialidades CEUS
1848 odontológicos. Ainda na atenção primária nós tivemos, nós temos 19 hospitais que estão aí como
1849 hospitais amigos da criança que atende as exigências e 9 bancos de leite humano. Tivemos ainda
1850 na área do controle do tabagismo 355 ambulatórios para tratamento, essa é uma ação que a gente
1851 tem trabalhado muito na questão, vocês sabem muito bem o tabagismo tem forte relação com
1852 várias doenças: hipertensão, diabetes, cânceres de um modo geral, nós estamos trabalhando
1853 muito, é fator de risco para essas doenças e nós estamos trabalhando fortemente nessa questão da
1854 redução do tabagismo. Na área de saúde mental nós temos, eu já tinha falado, dois consultórios de
1855 rua, que é Curitiba e Maringá. O ministério refez toda a política de saúde mental, publicou uma
1856 portaria agora em dezembro e mais doze portarias em janeiro desse ano reformando toda a
1857 proposta da área de saúde mental e consultório de rua a gente deve ter um posicionamento esse
1858 ano porque ele trabalha fortemente essa questão para questão da dependência química,
1859 principalmente usuários de drogas, nós temos 54 ambulatórios de saúde mental, 95 CAPS no
1860 Paraná, 22 serviços residenciais terapêuticos uma casa de acolhimento, 176 leitos psiquiátricos em

1861 hospitais gerais, é essa é uma área que o ministério com a nova política está impulsionando muito
1862 leito psiquiátrica em hospital geral, porque até então era uma política, mas ela não estava tão
1863 valorizada pelo ministério, e quando eu digo valorizada, tanto do ponto de vista financeiro quanto do
1864 ponto de vista dessa organização, quatrocentos e sessenta e oito vagas em hospitais dia e dois mil
1865 duzentos e sessenta e oito leitos em hospitais psiquiátricos. Na questão ainda nas condições
1866 crônicas, nós temos um trabalho e estamos trabalhando na questão de enfrentamento a violências
1867 e aí nós temos aí um trabalho junto à região metropolitana, Ponta Grossa, foz do Iguaçu, Cascavel
1868 e Maringá onde a gente está trabalhando impulsionando essas ações, primeiro fazendo oficinas de
1869 sensibilização e depois trabalhando junto ao gestores, inclusive nós lançamos, está na nossa
1870 página, aliás, aproveito fazer um comercial aqui, entrem , logo ao entrar em nossa página vocês
1871 têm a linha guia, está em consulta pública, nós queremos ouvir a opinião das pessoas, trabalhar
1872 com a questão da violência é uma nação multi setorial, claro que tenho aí muita questão que a
1873 saúde pode fazer, mas precisamos envolver a sociedade nessa questão, então a área de
1874 educação, a área social, as organizações não governamentais ver os então nós estamos com uma
1875 proposta no ano uma linha guia para a questão e a gente quer ouvir a sociedade a respeito, ela
1876 está em consulta pública. Ainda nós temos na décima sexta regional a formação da rede, na 17ª a
1877 constituição do núcleo de prevenção e promoção e alguns projetos que a gente tem aí, municipais e
1878 regionais, na 20ª também o núcleo de prevenção da violência e promoção. Na área da pessoa com
1879 deficiência, nós temos, na área de reabilitação física e dezesseis serviços de atenção secundária e
1880 três serviços de atenção terciária, são serviços mais complexo com maior agregação tecnológica e
1881 de especialistas, temos doze serviços na área de reabilitação auditiva, doze serviços de atenção
1882 secundária, sete de atenção terciária, são dezenove serviços e na reabilitação e intelectual
1883 duzentos e noventa e nove serviço de reabilitação mental e autismo, em 98% das APAES. Na
1884 saúde indígena então, no Paraná nós temos vinte e cinco mil, novecentos e quinze indígenas, em
1885 trinta e dois municípios em aldeias em trinta e dois municípios, o nosso distrito sanitário ele trabalha
1886 na verdade não respeita, não é que não respeita, ele tem outra divisão geográfica, não trabalha
1887 com a divisão territorial do estado, as aldeias, elas perpassam municípios e até estado, então nós
1888 somos aí do distrito sul e litoral sul, essa é uma política que tem todo uma legislação fora do SUS
1889 porque ela é regida e pela questão, o ministério da saúde eles têm uma legislação própria e tem
1890 uma secretaria especial de atenção ao indígena, essa é uma discussão que a gente quer fazer
1891 também muito com o ministério, porque os problemas que a gente tem do ponto de vista da atenção
1892 de acompanhamento da mortalidade materno infantil, são muito graves dessas aldeias e nós temos
1893 poucos, inclusive o secretário municipais têm pouca autonomia, como tem nos demais municípios
1894 para a agir dentro dessas aldeias e aí nas precisamos enfrentar esse desafio no Paraná, de uma
1895 integração maior com esse sistema e de atenção aos indígenas. Nós temos cinco unidades saúde
1896 cadastradas que estão localizadas em reservas indígenas e temos aqui em Curitiba a casa de apoio
1897 à saúde indígena, que tem uma capacidade de abrigar vinte e quatro indígenas, quando eles
1898 precisam para tratamento de saúde mais complexo, eles vêm para cá. Acho que da urgência
1899 emergência doutor Vinícius, fique a vontade. Bem, boa tarde a todos, Na área de atenção urgência
1900 e emergência uma síntese rápida a respeito do serviço instalados no Paraná, todos eles existem
1901 pronto atendimento na maior parte dos municípios, e existem unidades de pronto atendimento
1902 pronto socorro, ambulâncias e o que caracteriza essa rede que ela hoje não tem ainda a integração
1903 em forma de rede o que significa isso? Significa que todos serviços trabalham e trabalham muito,
1904 estão superlotados de pacientes com baixa resolutibilidade e conseqüentemente trabalha fazendo
1905 duas a três vezes atendimento no mesmo paciente ou seja, o paciente quando ele não é

1906 direcionado corretamente para essa rede de, ele entra numa porta ou hospitalar ou pré hospitalar
1907 fixa que ele escolhe, é atendido, ou seja, ele já consumiu tempo, espaço, equipe e medicamento,
1908 não é resolutivo o atendimento, ele precisa de transferência para outro local, então ele onera a rede
1909 de transportes de pacientes, acaba entrando numa fila de priorização, ainda não organizada em
1910 relação a complexidade e a gravidade do tratamento que ele precisa e conseqüentemente existe
1911 demora do atendimento. Então para a urgência e emergência ser efetivo atendimento é necessário
1912 que exista a identificação rápida do paciente, existe um paciente com um quadro de urgência, pode
1913 ser um quadro clínico, traumático ou pediátrico ou saúde mental, qualquer um agravo agudo a
1914 saúde do paciente é uma emergência, desde uma cefaléia, uma dor, até um trauma supere grave.
1915 Independente da natureza do quadro de urgência, o que é essencial? A identificação precoce que
1916 existe esse doente, que ele possa ser direcionado para ponto de atenção mais resolutivo Possível
1917 disponível naquele momento, com critério de tempo resposta. Cada condição clínica, cada doença
1918 tem uma, um tempo ideal de inter posição, da primeira ação terapêutica, para doença
1919 cardiovascular você tem até seis horas para fazer a angioplastia, para o AVC até quatro horas para
1920 receber o trombolítico, para o trauma até uma hora para ser operado, então o critério de tempo
1921 resposta tem que orientar o direcionamento desse paciente, nesse serviço onde ele vai ser atendido
1922 tem que ter disponibilidade e capacidade física do serviço, disponibilidade de equipes médicas,
1923 enfermagem, fisioterapia ou seja, e equipes multidisciplinares, capacidade de fazer diagnóstico e o
1924 tratamento definitivo desse doente. Após o tratamento do quadro agudo, o paciente passa por uma
1925 necessidade de tratamento continuado até alta definitiva daquele quadro agudo e esse tratamento
1926 continuado não precisa ser feito no local onde está sendo tratado, mas pode perfeitamente ser feito
1927 com atenção domiciliar com redirecionamento para a rede básica para que ele possa então fazer o
1928 tratamento até a extinção da doença base que ele tem, muitas condições crônicas provocam agrava
1929 os agudos a hipertensão, o diabetes, são situações que provocam inúmeras busca de serviços de
1930 urgência por parte dos pacientes, portanto a necessidade de reduzir a incidência desses agravos
1931 agudos faz com que a atenção primária tem um papel fundamental, além disso, a estratégia de
1932 prevenção e redução da incidência dos agrava os agudos, como um relato rápido a respeito da
1933 estrutura de urgência, nós temos pronto atendimentos situados na maior parte dos municípios todos
1934 eles com a capacidade de limitada e pelo fato de não estarem integrados em rede não são
1935 resolutivos, existe a unidade de pronto atendimento que é um dos componentes da rede de
1936 urgência do ministério da saúde tem instituído no Brasil em sua política de financiamento, hoje nós
1937 temos apenas três unidades já implantadas em funcionamento habilitadas pelo ministério da saúde,
1938 que são Foz do Iguaçu, Castro e Apucarana. Existem mais quarenta e três unidades autorizadas
1939 pelo ministério em diferentes etapas de construção e de complementação de contratação de
1940 equipes, que devem entrar em funcionamento nos próximos meses. Em relação a serviço pré
1941 hospitalar ou ambulâncias, o Paraná conta de bens de um mil novecentos e noventa com o trabalho
1942 do que SIATE que é desenvolvido hoje em oito pólos no estado, são os maiores municípios do
1943 estado que tem o SIATE em funcionamento, parceria da SESA com o município sede do SIATE, e
1944 com a secretaria de segurança pública, vocação do SIATE é atendimento pré hospitalar de trauma,
1945 existo SAMU, implantado em oito regiões também, e nessas regiões abrangendo hoje quinze, até a
1946 metade do ano quinze municípios, até o final do ano houve a regionalização do SAMU de
1947 Apucarana e do SAMU de Londrina. Esse é um quadro que consta do plano, a gente pode detalhar
1948 posteriormente se vocês têm interesse de alguma pergunta complementar, em relação ainda a
1949 serviços pré-hospitalares móveis, nós temos as unidades de porte avançado de vida que são
1950 unidades da SESA, ambulâncias, UTI móveis que fazem transporte e de pacientes quando há

1951 necessidade de transferência de paciente de qualquer município do estado para tratamento
1952 definitivo em outro local, essas unidades, elas têm hoje uma distribuição regionalizada e a
1953 tendência, que consta do nosso plano, a gente vai discutir o mais tarde é a articulação desses
1954 serviços junto com SAMU. E o transporte aéreo médico hoje existe já instalado em funcionamento
1955 um helicóptero da polícia rodoviária federal em convênio com o SAMU Curitiba, que já dá cobertura
1956 para resgate e atendimento de transferência dentro da região metropolitana de Curitiba, litoral até a
1957 união da Vitória, Ponta Grossa enfim, mais ou menos duzentos quilômetros de raio ao em torno de
1958 Curitiba, e existe um helicóptero da polícia militar que é um agrupamento aéreo da polícia militar
1959 que faz o atendimento de resgate em parceria com SIATE Curitiba, existem aviões, aeronaves da
1960 casa militar que fazem o transporte de pacientes graves ao invés de utilizarmos já ambulâncias
1961 terrestres, utilizamos aviões que são ainda de modo não ideal, mas já fazendo a transferência de
1962 pacientes, quando a distância de transferência desse paciente ultrapassa a duzentos quilômetros, a
1963 gente sempre considera a possibilidade do uso do transporte aéreo. Existe um sistema de
1964 regulação estadual que faz parte da área da urgência e emergência que contém cinco centrais de
1965 regulação macro regionais e uma central de regulação estadual. Esse sistema, nós não possuímos
1966 um registro um sistema operacional eficiente de controle de leitos e na verdade nós temos na
1967 prática um sistema de registro e de encaminhamento de solicitações, também é um foco de
1968 mudança dentro do planejamento que a SESA tem nesse planejamento anual. Acho que na parte
1969 da urgência seria isso, não sei se tem alguma pergunta em relação a essas áreas anteriores,
1970 depois. Agora é o item participação e controle social. Antes das diretrizes. Então mas daí, a gente
1971 já não vai apresentar a estrutura? Nós distribuímos, nós distribuímos ontem nas comissões aquele
1972 plano do controle social, todos têm, aí nós vamos assim, porque fala da estrutura do conselho
1973 estadual, a sala, equipamentos, funcionários, então nós vamos pular essa parte e depois a Márcia
1974 vai estar apresentando daí as metas, as ações, as metas e os indicadores, pode ser assim?
1975 Porque isso daí todo mundo já recebeu, vai estar incluído no plano, mas aí nós não vamos ler aqui
1976 agora e daí depois a gente já parte para as ações das metas e os indicadores, ok? Então eu vou
1977 pedir pro e **Isaiás** sobre a regionalização e de descentralização da saúde. Boa tarde a todos, o item
1978 quatro ponto quatro ele está na página cento e três do plano. Na parte da manhã quando a Daisy
1979 coloca, esta lá apresentando a política de assistência farmacêutica, ela fez referência ao decreto
1980 sete mil quinhentos e oito que regulamenta a lei orgânica da saúde e o processo de regionalização
1981 e de descentralização da saúde, nós temos como pano de fundo a operacionalização do decreto
1982 naquilo que diz respeito ao processo de regionalização e para que a gente possa a implementar
1983 esse processo nós temos já definido no estado Paraná as vinte e duas regiões de saúde, temos
1984 definidos as quatro macro regiões de saúde e esse processo de planejamento e organização da
1985 atenção à saúde, no espaço do território do Paraná a gente vai trabalhar na conformação das redes
1986 de atenção a saúde, para que a gente possa a partir daí estabelecer o que o decreto prevê, que é o
1987 contrato organizativo da ação pública da saúde que vai fazer com que todos os entes e federados,
1988 tanto o estado quanto municípios como o governo federal, após definir o planejamento regional ou
1989 seja que elas ações que deverão ser implementadas, esse contrato ele formaliza essa relação,
1990 estabelece quanto vai ser a parte que cada um dos trezentos e noventa e nove municípios vai
1991 colocar para o desenvolvimento daquela ação, qual vai ser a parte que o estado do Paraná colocará
1992 para o desenvolvimento da ação e também qual é a parte que a união vai estabelecer. A
1993 regionalização a partir do COAP, o grande processo de discussão da regionalização se dará nas
1994 instâncias de pactuação, ou seja, a comissão inter gestores, BIPARTIT estadual, e as comissões
1995 inter gestores e BIPARTITES regionais, que o decreto o denomina de comissão e intergestores

1996 regionais, CIRCE, e no caso nós manteremos o nome de batismo, o processo de regionalização
1997 discutido na CIB e o que a gente tem percebido é que a CIB cada vez mais tem se transformado
1998 efetivamente numa grande reunião de pactuação, nós temos essa semana, por exemplo, tivemos a
1999 comissão inter gestores BIPARTIT, a participação de mais de cem representantes de gestores
2000 municipais de saúde participação da representação do conselho estadual da saúde, participação da
2001 representação da secretaria estadual de saúde, fazendo com que esse espaço efetivamente se
2002 torne o grande fórum de pactuação das ações e serviços de saúde no Paraná por isso nós estamos
2003 fortalecendo as instâncias regionais, dotando as de condições para que esse processo também se
2004 de nas regiões de saúde, por que na proposta de formação das redes, cada uma das vinte e duas
2005 regiões de saúde terão suas atribuições. Um outro elemento que também é muito importante no
2006 processo de organização do SUS e que necessariamente fará parte dessas redes são os
2007 consórcios intermunicipais de saúde, os consórcios intermunicipais de saúde no Paraná hoje são
2008 vinte e quatro consórcios intermunicipais e de saúde que atendem às vinte e duas regiões de saúde
2009 do estado, além desses vinte e quatro consórcios intermunicipais de saúde a gente tem, a Daisy já
2010 falou de manhã ao consórcio Paraná saúde e também temos o a organização de mais dois
2011 consórcios, que são consórcios que tem a finalidade exclusiva de operacionalizar o plano regional
2012 de urgência e emergência na região sudoeste e na região noroeste do estado, com os consórcios
2013 intermunicipais de saúde que já existem no Paraná desde a década de noventa, nós vamos
2014 trabalhar para que eles se integrem e efetivamente dentro do processo de regionalização e uma vez
2015 que eles são os responsáveis por grande parte da assistência regional especializada na área de
2016 consultas e na área de exames especializados. Na hora que a gente foi estabelecer as diretrizes,
2017 na seqüência do plano, aí a gente vai entrar em mais detalhes de como isso se dará na
2018 implementação. Bom para concluir essa parte do plano, a vigilância em saúde, **Sezifredo**. Bom eu
2019 já havia falado um pouco sobre como está organizada vigilância e saúde. A vigilância em saúde foi
2020 descentralizada no estado do Paraná a mais de vinte anos, muitos aqui participaram disso, mas na
2021 verdade a estruturação, ela está ainda incompleta, nós temos uma situação diferenciada, do ponto
2022 de vista formal a vigilância sanitária, a vigilância ambiental e a vigilância epidemiológica, ela existe
2023 em todos os municípios, porém nem sempre os municípios estão com estas áreas estruturadas e
2024 executam aquelas ações que devem executar, então uma das ações que nós estamos fazendo
2025 agora é justamente montando o processo para monitorar e saber o que esses municípios estão
2026 fazendo nessas três áreas, lembrando que saúde do trabalhador também uma das áreas que
2027 menos estruturada está no Paraná nos municípios, né **Vilasio**, você conhece bem, excetuando
2028 alguns grandes municípios que já conseguiram como Curitiba e Maringá algum desses municípios
2029 ainda gente uma incipiente ação principalmente na vigilância dos ambientes de trabalho, então hoje
2030 o desafio nosso é levantar esse trabalho. Na parte de laboratório, nós temos quatrocentos e setenta
2031 e três laboratórios, hoje prestando serviço ao SUS, não só para assistência, mas para vigilância
2032 epidemiológica, alguns também para a vigilância ambiental e sanitária desses, cento e sessenta e
2033 seis são públicos, são laboratórios de prefeituras e alguns até de consórcios de universidade que
2034 prestam serviços também para com os municípios e o estado, no entanto nem todos claro, no amplo
2035 esse espectro da vigilância e saúde, alguns têm apenas apoio a vigilância epidemiológica, alguns já
2036 mais estruturados também apóiam a vigilância, por exemplo da qualidade água, de alimentos,
2037 algumas ações nesse sentido, então resumindo e nós temos esse panorama. Temos na vigilância
2038 sanitária um quadro também importante, porque a vigilância sanitária teoricamente seria e é a área
2039 onde há uma tradição maior da ação da secretaria de saúde dos municípios, hoje nós temos quinze
2040 municípios que ainda não pactuaram, dos trezentos e noventa e nove, as ações de vigilância

2041 sanitária. Então são municípios aonde o estado teria que fazer o seu, a sua vigilância sanitária em
2042 caráter suplementar, nós temos duas ações de vigilância sanitária que é específica do estado, que
2043 é a vigilância sanitária do serviço de radioterapia e os de medicina nuclear, mas acabamos em
2044 caráter suplementar na verdade tendo que fazer daí outras ações, por exemplo, vigilância sanitária
2045 de hospitais ou vigilância sanitária de determinados tipos de serviços mais complexos, resumindo a
2046 um quadro que necessita mesmo uma reestruturação no estado e que como eu disse, vai ser um
2047 dos objetivos do plano estadual de saúde na nossa área. Bom agora nós vamos entrar no quinto
2048 capítulo do plano, que significa na prática a resposta em termo de proposta ao diagnóstico que foi
2049 executado, antes de fazer a apresentação das diretrizes, eu gostaria de fazer uma reflexão de
2050 sobretudo que vocês ouviram aqui, eu não estava aqui mas já tinha ouvido isso no sábado durante
2051 a tarde toda, pessoal reclamou que trabalhou sábado o dia inteiro sem almoço, a teve pão com
2052 mortadela, verdade tinha esquecido. Nós desde que o ano passado já trouxemos a este conselho
2053 uma discussão em cima de plano de governo, lembro que na primeira reunião desse conselho, nós
2054 apresentamos a todos uma linha de planejamento que incluía um diagnóstico feito ainda no período
2055 eleitoral. O diagnóstico passado para o conselho no ano passado é o diagnóstico que inclusive do
2056 ponto de vista sócio-econômico e epidemiológico trazido hoje aqui. E qual foi esse diagnóstico? O
2057 diagnóstico observado inclusive durante a elaboração do plano de governo de que nós temos um
2058 estado, apesar de ser um estado reconhecidamente acima da média nacional em várias questões,
2059 quando olhado internamente é um estado de grandes discrepâncias, seja sob o ponto de vista
2060 sócio-econômico, seja sob o ponto de vista e epidemiológica seja sobre o ponto de vista de oferta
2061 de serviços e capacidade instaladas e um outro ponto que chama a atenção é que nós nos
2062 deparamos também com uma questão colocada pela população que com certeza todos vocês aqui
2063 diuturnamente houve isso, que é a percepção das pessoas, a dificuldade de acesso à assistência à
2064 saúde e principalmente não só a dificuldade de acesso mas também a dificuldade de percorrer
2065 longas distâncias, muitas vezes, para terem seus problemas de saúde resolvidos porque naquela
2066 sua região não consegue ter aquele serviço resolutivo. Por tanto o objetivo do plano tem que ser
2067 olhar para esta situação colocada no diagnóstico então é por isso que foi colocado aqui o objetivo
2068 central, que é o que está na página do capítulo cinco, o objetivo do plano estadual de saúde é
2069 aperfeiçoar o SUS no Paraná para reduzir as distâncias e o tempo de resposta do atendimento às
2070 necessidades de atenção a saúde do cidadão, que essa é uma demanda geral, levando a saúde
2071 mais perto das pessoas por meio das redes de atenção à saúde organizadas em todas as 22
2072 regiões do estado Paraná. Portanto a resposta que o plano traz para a questão de enfrentamento a
2073 todas essas questões levantadas nesse diagnóstico amplo é a organização das redes de atenção à
2074 saúde, nós aqui inclusive, durante a conferência estadual de saúde, nós tivemos inclusive o tema
2075 central da conferência construindo as redes de atenção à saúde do Paraná e no contexto das suas
2076 liberações a ênfase nas diversas redes consideradas prioritárias, para o enfrentamento dessa
2077 questão e para a construção dessas redes, desde o ano passado a secretaria está propondo uma
2078 série que de ações estruturantes, e nós achamos fundamental antes de colocar as diretrizes, que
2079 haja esse entendimento. Quais são as ações estrutura antes que a secretaria está fazendo desde o
2080 ano de dois mil e onze? Primeiro, uma ação estruturante voltada a questão da qualificação da
2081 atenção hospitalar, e vocês já tiveram a oportunidade aqui de ver a apresentação do programa
2082 HOSPSUS, que é um programa voltado a qualificação de atenção hospitalar. A necessidade da
2083 qualificação da atenção primária à saúde, por quê? Por que atenção primária à saúde é a partir dela
2084 que se faz toda a ordenação das redes de atenção à saúde e para isso foi no lançado ano passado,
2085 também já foi apresentado aqui nesse conselho, o APESUS, que é um programa de qualificação da

2086 atenção primária à saúde e, obviamente também para a questão de valorização de rede é
2087 fundamental que se tem um apoio para a questão de assistência farmacêutica e nós tivemos o ano
2088 passado também o lançamento do programa farmácia do Paraná, que também já foi apresentado
2089 nesse conselho. E para concluir os pontos de atenção à rede de atenção à saúde, nós precisamos
2090 necessariamente de atuar num ponto de atenção que é talvez os maiores motivos de reclamação
2091 dos usuários do SUS, que é a atenção secundária ou atenção especializada, nós sabemos
2092 claramente como fica claro para a população principalmente tirando serviço de urgência e
2093 emergência que o foco da atenção secundária tem sido um foco de permanente queixa, de
2094 permanente reclamação, até porque é uma área que não tem e não dispõe de nenhuma política
2095 pública federal nessa questão de atenção secundária e nós para o enfrentamento dessa questão
2096 estaremos lançando também a questão do CONSUS que é um programa voltado justamente em
2097 parceria com os consórcios de saúde, fazer o enfrentamento da questão da atenção secundária.
2098 Com isso nós fechamos os três pontos de atenção necessários para se colocar a organização das
2099 redes. Mas não bastam só isso, nós vamos trabalhar fortemente o plano identifica isso também, um
2100 enfrentamento na lógica também tem um grande programa na questão de vigilância e saúde,
2101 promoção da saúde, que nós não podemos imaginar que nós vamos dar conta de toda a questão
2102 de saúde, só olhando pela lógica da assistência é preciso fazer um equilíbrio na questão da
2103 promoção e prevenção, claro que associado a isso também nós não podemos deixar de ter um
2104 programa que está sendo trabalhado nesse sentido também, que é um grande programa de
2105 educação permanente no SUS, quando estiver formatado, também nós vamos trazer ao conselho,
2106 porque também nós não podemos abdicar na área da saúde do permanente, progressivo
2107 conhecimento e nós sabemos inclusive nessa área que o conhecimento se mede por hora às
2108 vezes, às vezes de um dia para outro você tem novidades o tempo todo, mas principalmente que
2109 nós queremos nessa área é de educação permanente do SUS é promover uma grande valorização
2110 do processo de formação da área de gestão pública principalmente a partir da escola de saúde
2111 pública do Paraná. E um programa que é um programa voltado para a estrutura interna que não
2112 usam desenvolver é um grande programa voltado à chamada rede própria do governo do estado do
2113 Paraná que inclui os hospitais da Secretaria de Estado da Saúde e os hospitais universitários, todos
2114 esses programas terão o mesmo tripé. Tripé porque realmente precisa se sustentar custeio,
2115 investimentos e capacitação e todos eles articulados vão ser a base das redes de atenção à saúde,
2116 quais são as redes? Rede de saúde materna e infantil Mãe Paranaense, rede de urgência e
2117 emergência, rede de atenção à pessoa com deficiência, rede de atenção a pessoa idosa, e rede de
2118 atenção a questão da saúde mental. Eu fiz esse breve relato porque esse é o conjunto da proposta
2119 e essa proposta vai trabalhar em cima de dezesseis diretrizes, que são as diretrizes que vão passar
2120 a ser apresentadas agora e a partir dessa diretriz nos vamos ter um conjunto de ações articuladas
2121 para as quais estão se estabelecendo metas e indicadores de acompanhamento para vocês terem
2122 uma idéia o plano nacional de saúde dispõe de catorze diretrizes, diferente do plano nacional de
2123 saúde nós estamos contemplando três diretrizes do plano nacional de saúde por causa da sua
2124 especificidade, uma delas no plano nacional de saúde é a implantação de subsistema de saúde
2125 indígena, que não necessariamente não é o modelo que nós vamos atuar aqui, por que o
2126 subsistema de saúde indígena é uma discussão nacional a outra é a questão que envolve a
2127 questão da saúde e suplementar que é uma ação específica, portanto a INS se encontra desse
2128 contexto na questão federal e que nesse caso também nós não vamos contemplar não há
2129 especificidade de ter colocado aqui. E a outra que envolve o desenvolvimento de ciências e
2130 tecnologia em relação à indústria nacional que também é uma política nacional, mas de qualquer

2131 forma teremos dezesseis diretrizes ampliando no caso algumas diretrizes nacionais que tenham
2132 especificidade na base do estado Paraná. Nós vamos fazer a apresentação de diretriz novamente
2133 por cada área pela vamos começar pela diretriz, oi? Só antes de entrar nas diretrizes Senil, o que
2134 foi de acordado aqui com o plenário de manhã, que a gente fazer todas as apresentações, dos
2135 diagnósticos de da estruturação, isso. E daí depois. Isso, mas assim quem fizesse as, mesmo os
2136 diagnósticos as apresentações, tinha gente que estava se levantando, levantando, pedindo para
2137 falar, o que é que nos combinamos? Que a gente ia abrir só depois de todas as apresentações,
2138 então agora está aberto a palavra. Não, não relação a diretriz, isso o diagnóstico. Então em cima
2139 Soraia. **Soraia** SINDSAUDE, é quanto à diretriz da vigilância sanitária né, quando o **Sezifredo**
2140 apresentava o LACEN dizendo que o LACEN hoje está dividido em dois prédios, inclusive um deles
2141 está em reforma e realmente ele não tem mais condições de funcionar da maneira como estava,
2142 mas que o ideal é que o LACEN todo depois vá para Guatupê, não estão nas ações por exemplo
2143 que pra essa parte poder ir para o LACEN tem que ser construído uma outra unidade o terreno do
2144 LACEN é enorme no Guatupê e há muito tempo é o pleito do LACEN que se construa essa outra
2145 unidade que é específica para vigilância sanitária, que seria a análise de medicamento de
2146 alimentos e outras coisas, que não é o diagnóstico no caso humano, então isso não está previsto
2147 no plano, então queria saber se nesta gestão por exemplo isto está contemplado no futuro e na
2148 questão também do CPPI que a gente sabe, porque nós no LACEN usamos muitos insumos
2149 biológicos do CPPI para realizarmos vários diagnósticos, não sabemos que a ANVISA não aprovou
2150 alguns dos componentes que eles produzem, alguns kits por falta de estruturação predial que daí
2151 demandaria de reformas do prédio, também não vi escrito aqui, reformas em relação ao ser CPPI
2152 para poder se adequar às normas da ação ANVISA e poder ser patenteado os kits e produtos que
2153 ele já produz, então que eu queria saber isto este plano e realmente tem certos setores que
2154 precisam o ser complementados por que aquilo que foi impressa aqui tem, por exemplo o LACEN
2155 tem algumas coisas que é aqui não estavam escritos que depois o **Sezifredo** até acrescentou
2156 porque eu até chamei a atenção mas tem mais isso, isso e aquilo e realmente não está
2157 contemplado aqui. **Rosalina. Rosalina** ASSEMPA, usuária. Eu não consegui achar no diagnóstico,
2158 não sei, talvez podem estar em algum local a questão da saúde visual, porque a gente viu aqui foi
2159 só na questão de transplante e a gente sabe que isso tem trazido um transtorno muito grande para
2160 a população, nessa questão de acesso as consultas visuais, a questão de demora que está tendo,
2161 e eu não vi isso no diagnóstico. Jeremias, nós temos o Jeremias e o seu Manoel inscritos, na fala
2162 do Jeremias nós estamos encerrando as inscrições. No geral eu observei que as apresentações
2163 algumas foram mais detalhadas contendo informações relevantes que não constam do documento
2164 e eu acho que devem ser incluídos nesse documento essas informações mais detalhadas que
2165 foram apresentadas por alguns, mas acho que apresentaram resumido acho que não
2166 comprometem, nós temos a que mais detalhado, ficou boa apresentação, e eu particularmente
2167 estou com a dúvida com relação à regionalização, na verdade a cinco redes, não sei se dá conta
2168 de toda a atenção, eu tenho dificuldade por exemplo de entender, eu fiz uma releitura agora do
2169 decreto sete mil quinhentos e oito e a questão das redes de atenção à alta complexidade e eu fiquei
2170 na dúvida, o nós temos um plano diretor que foi feito em dois mil e nove, o anterior era de dois mil
2171 e um se eu não me engano, e essas redes de alta complexidade não sei como que se inserem, em
2172 diversos momentos foi colocada a questão da regionalização aqui, tanto da organização da
2173 estrutura da SESA, como da atenção e parece que para mim ficou um vácuo aí que estou com
2174 dúvidas de me situar nesse contexto. Ok. **Manuel. Manoel** Rodrigues do Amaral, conselheiro
2175 usuário representando o sindicato nacional dos aposentados, pensionistas e idosos. Eu gostaria de

2176 falar um pouco sobre essa diretriz cinco, saúde do idoso, por que não deu ara entender, reduzir a
2177 taxa de internação por fratura de fêmur na população idosa em relação ao ano de dois mil e onze, o
2178 que o querem entender é o seguinte, diminuir, sabe por que diminuir, porque quando a pessoa está
2179 fraturada e tem que internar é um acidente, não é ? Ou eu não estou falando na hora certa? Então
2180 tudo bem, eu vou fazer depois de então. Obrigada seu Manoel. Solange. Boa tarde a todos sou
2181 **Solange** da FESMUC, eu penso que no diagnóstico a gente tem de lembrar, na hora de
2182 acrescentar aquilo que já foi falado de manhã nos dois primeiros tópicos apresentados , a gente
2183 não pode deixar perder o que foi sugerido e aí algumas coisas que para mim fica faltando que
2184 talvez precisasse ser completado com relação ao diagnóstico. Os números de leitos teve uma
2185 apresentação que ele coloca, que deixa claro onde tem mais serviços e onde tem menos, com
2186 relação aos leitos psiquiátricos, se eles estão bem distribuídos ou se estão muito centralizados em
2187 determinadas regiões, acho que isso tem que ficar claro o diagnóstico, inclusive para depois a
2188 gente puder combinar o que vai ser pactuado ou não, com relação aos trabalhadores, o RH falou se
2189 em algumas questões de estrutura no entanto não tem no diagnóstico seu número de trabalhadores
2190 e o suficiente para rede ou se existe déficit também para que a gente possa pensar aí na questão
2191 de estar ampliando ou não o quadro de trabalhadores, eu não consegui ver no diagnóstico isso.
2192 Com relação às equipes que eu acho que isso é grave, que foi colocado que algumas equipes de
2193 fato não existia, existia só lá no papel, eu acho que precisa dizer onde estavam essas equipes,
2194 porque a gente precisa cobrar la dos municípios que fizeram isso, então acho que no diagnóstico
2195 tem que deixar claro quais foram esses municípios, com relação às UPAS, contando aqui da
2196 quarenta e nove e não quarenta e seis, eu não sei se é quarenta e seis ou quarenta e nove, talvez
2197 seja só um erro aqui que poderia estar sendo observado. Penso que do que eu anotei que está
2198 faltando aí é isto. Ok, obrigada. Pitol. **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde, usuários. Minha indagação
2199 é em relação ao excesso de demanda judiciais por medicamento, nós sabemos que isso implica em
2200 grande gasto não só aqui para o estado do Paraná mas como todo o Brasil tem esse dispêndio
2201 enorme de recursos para atender a essas necessidades, não digo que não seja necessário, mas
2202 existe alguma causa que determina essa grande demanda de ações judiciais e se isso pode constar
2203 no plano, seria talvez alguma deficiência na atenção básica, alguma coisa que a gente pudesse
2204 prever para diminuir esse excesso? É, eu entendo Soraia que atua intervenção a exemplo do
2205 Manoel e eu acho que ela vai ser melhor trabalhada no item de diretrizes e ações. não, assim por
2206 que o desenho da proposta, o que vai ser proposto ele vai estar com esse desenho dentro das
2207 diretrizes de ações, inclusive eu acredito que até o próprio, as próprias câmaras técnicas têm um
2208 debate maior, inclusive em relação à proposta em ações. Eu pedi pro pessoal aqui nosso ver a
2209 questão da dona Rosalina sobre saúde visual, eu acho que seria bom verificar se tem essa
2210 informação ou não até para dar a resposta da dona Rosalina. Ta ok, de qualquer forma, acho que
2211 indica essa anotação da dona Rosalina, porque o que é importante a gente discutir aqui também é
2212 que o plano está sendo construído aqui também, ta certo? Eu diria que esse é o exercício, então
2213 acredito que aqui, eu e nossa equipe, não ficamos nem um pouco constrangidos de fazer um
2214 debate e inclusive que se identifique alguma coisa que precisa ser corrigido, inclusive e sujeito a
2215 alterações, inclusão e tal, e sujeito inclusive algumas alterações de forma até gramatical e essas
2216 coisas precisam ser alteradas mesmo. É Jeremias. Eu queria só começar pelo fim, nós não vamos
2217 ter uma rede de atenção de alta complexidade, redes de alta complexidade foi uma proposta e
2218 equivocada do ministério da saúde ao entender que um pedaço de um ponto de atenção se
2219 transformava numa rede, para nós rede começa lá na unidade básica de saúde na atenção primária
2220 à saúde que ordena a partir vinculação daquele usuário, todos esses usuário durante o processo da

2221 rede, por isso que eu digo que a rede perpassa a região e termina na macroregião, por que o
2222 usuário pode começar a atenção primária que é o primeiro de atenção, que é a porta de entrada,
2223 ter contato com a atenção secundária a ter contato com a atenção terciária, ele vai perpassa todo
2224 esse processo, então quando se diz assim será que essas redes vão ser suficientes, essas redes
2225 são conformadas pelo desenho de toda a estrutura de atenção à saúde, é diferente desse desenho
2226 de rede que você mapear por unidade de saúde, e de alta complexidade por exemplo, então vocês
2227 não vão nos ver mais falar de rede de atenção de alta complexidade, como também não vão nos
2228 ver falar de rede de atenção primária, porque a rede, ela se constitui de todos os pontos de atenção
2229 necessários para garantir a integralidade da assistência e exatamente o que está escrito isto no
2230 decreto setenta e sete mil quinhentos e oito que a rede se constitui a partir de todos os pontos de
2231 atenção e que elas devem ser colocadas de acordo com as necessidades para atender na
2232 integralidade da assistência, por isso quando a gente fala, o que uma rede atenção materna infantil,
2233 uma rede composta da unidade básica de saúde, pela estratégia saúde da família, por núcleo de
2234 apoio à saúde da família, pelas unidades que vão da por exemplo suporte no caso SAMU, do
2235 SAMU até a questão de transportar as vezes uma gestante, uma unidade hospitalar de referência,
2236 gestação de alto risco unidade de atenção secundária, esse é o conceito de rede e não aquela rede
2237 que formatada por alguns serviços, por isso que dá a idéia assim, e essa rede de atenção a alta
2238 complexidade, não vai existir nesse conceito. Essa que é a questão que foi colocada nesse sentido.
2239 Manoel, só pra gente adiantar, o Manoel falou alguma coisa. Não, mas eu queria só ressaltar o
2240 seguinte Manoel, o teu questionamento, acho que na medida nós que chegarmos a discutir a
2241 diretriz, haverá uma explicação sobre essa meta, essa meta na verdade ela tem a ver com as
2242 questões relacionadas justamente a qualidade da assistência à qualidade de vida da pessoa idosa,
2243 não é para diminuir que as pessoas não tenham acesso, é para que elas não precisam ter acesso
2244 por essa inter ocorrência citada ali como meta, não se quer que as pessoas sofra acidente em casa,
2245 etc. Solange, você levantou vários questionamentos aqui, acho que aí vai ter que fazer por partes.
2246 Eu vou começar aqui pedindo o Vinícius sobre a diferença quarenta e nove ou quarenta e seis
2247 UPAS, que aí há um problema de entendimento e o Vinícius pode verificar. Eu não sei se eu falei
2248 rapidamente na apresentação, mas são quarenta e seis UPAS que o ministério já autorizou e estão
2249 em implantação, dessas quarenta e seis, três já estão concluídas e em funcionamento e habilitadas.
2250 Por isso não é quarenta e seis mais três, é quarenta e seis incluindo as três. As três habilitadas
2251 estão contidas no gráfico, por isso que dá para entender quarenta e nove, as três UPAS que já
2252 estão habilitadas, está diferente a soma? Bom, eu posso rever a planilha, talvez esteja com alguma
2253 incorreção, a informação correta é essa são quarenta e seis UPAS aprovadas e a implantação, três
2254 dessas quarenta e seis já habilitadas. Ok, então aí fazer a correção, o terceiro ponto levantado pela
2255 Solange, quando nós discutimos a diretriz de questão de gestão de saúde de pessoas, lá vai ter
2256 exatamente uma expectativa de inclusão de novos recursos humanos a secretaria de saúde, no
2257 capítulo cinco. Leitos psiquiátricos, Paulo, questionamento de leitos psiquiátricos foi no sentido de
2258 que se fizesse no detalhamento diagnóstico, um detalhamento por região para ver como é que isso
2259 se comporta no estado e não necessariamente no geral, porque para dar uma definição
2260 logicamente de como se comporta a distribuição desses leitos no estado, é isso que entendi. E
2261 deixa eu ver o que mais aqui, e eu escrevo mais as vezes eu não entendo. Antonio, falou sobre a
2262 questão do e excessivo número de demandas, eu não consigo, desculpa. A sim é isso mesmo, eu
2263 tinha até anotado aqui, equipe de saúde da família, anotar quais municípios teriam tido esse
2264 problema de redução de cobertura por conta de não ter as equipes completas. É, Antonio, o
2265 excessivo número de demandas judiciais, essa situação não é uma situação apenas do estado do

2266 Paraná, é uma situação nacional inclusive nós achamos até que poderemos ter um outro cenário a
2267 partir do advento da lei numero doze quatrocentos e um, que é a lei na verdade ela foi incorporada
2268 dentro da lei 8080 com indicativo de definição do conceito o que é a assistência integral à saúde e
2269 assistência terapêutica que la vai atrelar a questão de protocolos e vai inclusive quebrar situações
2270 antigas que no Paraná já não existia mas que em alguns estados estavam ocorrendo que é a
2271 proibição de fornecimento de medicamentos em caráter experimental e a proibição de fornecimento
2272 de medicamentos que não tenham registros não ANVISA, os demais terão que fazer parte de um
2273 protocolo e a inclusão se dará a partir de uma comissão nacional de incorporação e tecnologia, nós
2274 achamos que isso vai pelo menos balizar melhor quando a demanda vinda do ministério público ou
2275 do poder judiciário para fins da demanda judicial, de qualquer forma esse é um assunto nacional
2276 porque o que se põe em discussão até isso aqui nós colocamos, começamos a falar nesse
2277 conselho. O decreto sete mil quinhentos e oito e a lei doze mil quatrocentos e um de certa forma a
2278 tento balizar o que é o acesso à assistência farmacêutica, inclusive o decreto sete mil quinhentos e
2279 oito deu ao ministério da saúde a incumbência de definir o acesso nas situações que não sejam
2280 SUS, e até eu quero informar o conselho, que no final do ano passado, o ministério da saúde já
2281 publicou uma portaria permitindo esse acesso a não SUS também, que é uma situação mesmo que
2282 fosse tentar fazer de outra forma, já existe até um posicionamento do Supremo Tribunal Federal
2283 contrária a qualquer cerceamento de acesso para aquelas situações não SUS é um problema que a
2284 gente administra, esse tem tido, na nossa opinião, um grande avanço, temos um contato
2285 permanente com ministério público e com operadores de direito na área do poder judiciário e
2286 obviamente nós estaremos sempre sujeito a demanda judicial, mesmo que a lei diga que uma
2287 determinada situação é restrita, todo cidadão brasileiro tem o direito a ir à justiça e demandar a
2288 justiça algo que ele ache que é sua possibilidade de atendimento, o que nós temos evitado de uns
2289 tempos para cá é que essas coisas aconteçam sem que a gente tem consiga e estar a diante do
2290 poder judiciário ou do ministério público e esclarecendo muitas vezes o porquê de uma negativa,
2291 porque em muitos casos tem a negativa inclusive pelo lado, olhando pelo lado da saúde pública e
2292 ao lado as vezes da saúde do próprio usuário. E nós temos tido uma boa aceitação, nós não
2293 podemos dizer que essa situação número de demandas de judiciais é umas situação crítica, já foi
2294 muito pior e acho que nosso relacionamento hoje com o ministério público e com poder judiciário já
2295 melhorou muito essa situação, mas é inevitável, todo dia surge uma nova tecnologia, essa
2296 tecnologias nem está, estará disponível a qualquer momento, nesse momento provavelmente
2297 teremos demanda judiciais e aí o que nós queremos é ter um diálogo com o poder judiciário e
2298 ministério público para atender a população da melhor maneira possível. Só o Jeremias que, você
2299 respondeu, mas ele tem uma dúvida, Jeremias. Eu acho que talvez eu tenha me expressado mal e
2300 eu entendi o conceito de rede, ta Renê. Agora, mas eu queria saber como se insere, a gente viu
2301 com relação a transplante de rim, por exemplo, existe, nós temos o dobro de serviço credenciado
2302 no Paraná e existe o problema de concentração na região de metropolitana de Curitiba, eu estou
2303 dizendo assim, a minha dúvida é uma dúvida assim: como o que esses serviços de alta
2304 complexidade vão se inserir na rede mas, nas redes que estão estabelecidas e a questão estão
2305 idealizadas aí que estão sendo implementadas, porque nas, Londrina por exemplo, eu sei que em
2306 outras cidades também existe um ponto de conflito entre quando a gestão é municipal em função
2307 de ser referência ao não para determinada, pacientes de determinados municípios, então existe
2308 uma indefinição vamos colocar assim, no que diz respeito a abrangência da referência de um
2309 determinado serviço, endovascular por exemplo, neurocirurgia e outros serviços, no transplante eu
2310 sei que não tem, não está definido, de qualquer origem você pode atender e realizar um

2311 transplante, mas algum serviço de alta complexidade e o próprio ministério da saúde quando
2312 credenciou já definiu a região territorial e aí a gente tem dúvida com o passar do tempo se isso
2313 parece não estar sendo reconhecido pelo menos na nossa experiência de Londrina, existe o
2314 questionamento, atendeu o paciente de determinado município, Londrina não é referência para
2315 esse município, então, vocês entenderam? Entendeu Renê? Entendi. Bom a até foi bom você falar
2316 que nós ter um item sobre isso. É o que o decreto prevê aí, são duas coisas, o decreto faz um
2317 desenho geral do conceito de redes, mas o decreto também cria um instrumento chamado contrato
2318 organizativo de a ação pública em saúde que é o COAPI, o COAPI ele vai ser feito a partir de
2319 alguns estão instrumentos, primeiro deles chamado mapa da saúde, mapa da saúde na verdade
2320 um desenho com a locação de todos serviço existente na região para servir de parâmetro para que,
2321 para a atuação das referências, o que acontece hoje, na verdade hoje nós temos o que a gente
2322 chama de plano diretor de regionalização que são as pactuações das referências regionais, com o
2323 mapa da saúde nós vamos ter um outro instrumento que é o COAPI, então nós vamos saber qual é
2324 a referencia para transplante do tipo A...ta...ta e isso vai ser definido a partir de uma pactuação
2325 entre os gestores, obviamente que essa pactuação ela transcende as cinco redes porque o sistema
2326 não vai ficar a teto a só cinco redes, nós temos outras questões que vão ser trabalhada em termos
2327 de pactuação, principalmente aqueles seres de maior complexidade e é por isso que não estamos
2328 criando nessa concepção quatro macro regiões que é onde esses serviços mais complexos, de
2329 maior complexidade vão ter que estar sendo pactuados para serem atendidos, macro região de
2330 Curitiba, macro região de Londrina, macro região de Cascavel e macro região de Maringá, e a
2331 partir desse desenho de macro região nos vamos ter várias regiões para alguns serviços de maior
2332 complexidade que terão referência nessas macro regiões, como podemos ter para alguns serviços
2333 muito peculiares talvez até um pólo estadual para todo e estado, alguns serviços que por ventura só
2334 seja feito em um ou dois município, é esse o desenho, mais esse desenho inclusive ele vai
2335 aparecer aqui quando a gente coloca a questão da regionalização na diretriz da regionalização e
2336 quando ele coloca diretriz da descentralização da assistência, o que na prática você falou uma
2337 coisa que a verdade, hoje nós trabalhamos redes na lógica da secretaria da ministério da saúde e
2338 de alta complexidade, começa por um programa sério por exemplo, rede de oncologia, e de
2339 oncologia difícil até ampliar a rede de antologia, hoje o parâmetro que o número de casos ele já não
2340 consegue digamos, ser tão adequado porque ele acaba prejudicando o acesso e é por isso que nós
2341 estamos administrando várias situações difíceis de oncologia porque o ministério da saúde trabalha
2342 fortemente ainda em cima da lógica só da questão de números de novos, como o Paraná já tinha
2343 serviços anteriormente credenciados, acabou restringindo para algumas regiões, e nós temos
2344 dificuldade de acesso. Para essa situação, nós vamos definir no mapa sanitário qual é a referência
2345 macro regional, qual é referência regional e no caso da oncologia, nós temos de ir para cima do
2346 ministério para dizer que acesso tem de superar muitas vezes parâmetros e números de casos.
2347 Agora sim, desculpa pessoal eu não estava de manhã aqui, desculpa de ter antecipado, então eu
2348 vou pedir para cada superintendente apresentar a diretrizes, o inclusive a exemplo do conselho
2349 também eu queria pedir para entregar aqui com um complemento da diretriz de dezesseis para
2350 leitura de vocês, eu vou passar a que, vão entregar agora porque, não é essa é a quinze, eu estou
2351 falando da dezesseis, falei a exemplo do conselho porque ...quinze, não eu já tirei cópia aqui,
2352 porque a gente fez essa alteração? Porque nós somos revisitar a leitura da um quatro um e
2353 checamos que é fundamental que a diretriz dezesseis e identifique a figura da transferência fundo a
2354 fundo, porque a partir da lei um quatro um, todas as transferências pela lei deverão ser feita fundo
2355 a fundo, inclusive para custeio e investimento e a questão de convenio deve ser residual, então é

2356 importante que o conselho já registre isso no seu plano estadual da saúde porque isso aí já é
2357 atualizar para aquilo que vai ser uma exigência da lei um, quatro um essa é diretriz dezesseis, a
2358 diretriz quinze é isso? É o texto que foi feito aqui pela secretaria executiva do conselho que está
2359 sendo apresentado também na seqüência, só para todo já terem na mesma seqüência de leitura.
2360 Márcia, diretriz um. Só para fixar, é diretriz, a partir das diretrizes nós temos ações, nós temos
2361 metas e aí os indicadores é essa a seqüência. Renê eu queria fazer uma questão de
2362 encaminhamento a mesa, como vai ser pontos polêmicos a partir da diretriz um, até a final, que a
2363 cada discussão de cada superintendência, a gente fizesse a discussão já de imediato para não
2364 esquecermos nada. Se for por superintendência e eu vou até as sete, então podemos ir. De um a
2365 sete é da superintendência. Sebastião, a sua sugestão é que a gente faça diretriz por diretriz?
2366 Positivo. Ele falou por superintendência. Não, não, não é não é por diretriz, é diretriz. Diretriz por
2367 diretriz. Isso diretriz. Tá, nós temos dezesseis diretrizes, vai ter a apresentação, depois tem ainda o
2368 cumprimento das comissões Temáticas de ontem, cada comissão, então nós temos essa proposta
2369 e tem a proposta do que estava sendo encaminhada pela mesa, a proposta encaminhada pela
2370 mesa é que a gente fizesse todas as diretrizes e depois a gente voltava com os complementos das
2371 comissões e tal. O Sebastião faz a proposta, o conselheiro Sebastião faz a proposta que seja por
2372 diretriz, então nós temos duas propostas, nós vamos pôr em votação ok? Então a primeira proposta
2373 é que a gente faça a apresentação e todas as diretrizes e depois a gente volta diretriz para depois
2374 fazendo os complementos conforme foram discutidos ontem nas comissões temáticas e a segunda
2375 proposta é a que foi apresentada pelo conselheiro Sebastião, que faça diretriz para diretriz, todo
2376 mundo está esclarecido? Então em regime de votação, os favoráveis a primeira proposta, por favor,
2377 levanto o crachá. Ok, obrigada. Os favoráveis a segunda proposta, por favor, levantem crachá. Ok.
2378 Abstenções? Uma abstenção. Aprovado então a proposta do conselheiro Sebastião, nós vamos
2379 diretriz por diretriz. Bom, para cima, diretriz um é, vou pedir para você baixar para mim ai por no
2380 começo, é a organização da atenção materno infantil por meio da rede de atenção à rede de Mãe
2381 Paranaense, vocês já devem ter visto pela manhã a apresentação do diagnóstico de situação, mais
2382 sucintamente nós temos uma mortalidade materna infantil no Paraná que ela tem, infantil vem
2383 reduzindo, mas muito lentamente, nós temos diferenças importantes por regiões de saúde vocês
2384 viram no quadro que apresenta aí indicadores de mortalidade infantil por região, o Paraná é muito
2385 desigual, a gente já vem falando isso desde o ano passado aqui no conselho, em termos de
2386 condições de vida e saúde, a nós temos uma taxa média de mortalidade infantil de doze mas temos
2387 regiões com dezoito, o ano passado até vinte e um o que é muito desigual nessa média, da mesma
2388 forma quando a gente observa a mortalidade materna, nossa razão de mortalidade materna é de
2389 63,8 por cem mil nascidos no vivos, uma taxa considerada alta para os padrões do Paraná em
2390 condições de de vida do Paraná e de novo quando a gente abre por regiões têm variações
2391 importantes dessa mortalidade. Diante desse diagnóstico, a gente observa que 86% das nossas
2392 gestantes tem sete ou mais consultas de pré-natal e cerca de 85% dos óbitos infantis e maternos
2393 que ocorrera em dois mil e dez, a gente pode trabalhar em cima deste dado, são evitáveis por
2394 ações ou por melhoria da condição de atenção na atenção primária ou até mesmo no momento do
2395 atendimento hospitalar dessa gestante, as nossas estantes todas, a grande maioria delas, 99,8%
2396 em partos hospitalar, o nosso problema não é de acesso nosso parto, só não teve parto hospitalar
2397 aquela que por uma razão ou outra, que não era o primeiro filho e acabou nascendo no caminho
2398 que a gente diz, mas hoje o nosso quarto é quase que cem por cento hospitalar. Então, nossas
2399 gestantes têm acesso a consulta pré natal, sete ou mais, tem o parto hospitalar e mesmo assim nós
2400 temos uma condição que eu tenho chamado de agente imprimir qualidade da atenção, nós

2401 precisamos ainda melhorar vocês viram a apresentação do Paulo Almeida, oferta ainda de alguns
2402 leitos de UTI neonatal, unidade de cuidados intermediários que a gente tem um déficit importante,
2403 unidades de cuidados intermediários neonatal, o UTI adulto, mas o grande ponto, o grande X da
2404 questão para a assistência, materno, infantil no Paraná é qualidade, qualificação das equipes e a
2405 melhoria da qualidade, 70% do nosso óbito infantil é a neonatal até vinte e oito dias de vida e 80%
2406 desse óbito neonatal é até seis dias de vida, então o bebe nem sai do hospital , muitas vezes e tem
2407 a ver com a má condição de pré-natal que não identificou por exemplo uma infecção urinária, todo
2408 mundo sabe, pelo menos profissionais de saúde sabe que infecção urinária não identificada, não
2409 tratado desencadeia trabalho de parto prematuro, aí eu tenho um baixo peso, preciso de uma UTI
2410 neonatal, e aí esse bebê muitas vezes vai a óbito, então condições de qualidade são fundamentais
2411 para a gente mudar essa lógica , e eu fiz muito resumidamente, acho que tem todo uma análise, a
2412 Ivana já esteve aqui, a superintendente de vigilância em saúde, apresentando, nós fizemos um
2413 estudo da mortalidade materno infantil dos últimos cinco anos, dois mil e seis a dois mil e dez para
2414 nos balizar nas ações da rede a Mãe Paranaense, o que a gente observou, então primeiro muito
2415 fortemente nós vamos trabalhar com a questão da qualidade da atenção à gestante e a criança, e
2416 aí a gente coloca na rede Mãe Paranaense dentro dos componentes de níveis de atenção, a
2417 atenção primária, secundária e terciária as ações que nós vamos desenvolver, e eu preciso
2418 melhorar a qualidade do pré-natal, então nós estamos colocando aqui muito fortemente o apoio aos
2419 municípios para a melhoria da estrutura da atenção primária. Eu preciso captar a gestante
2420 precocemente pro meu pré-natal, 50% das nossas gestantes iniciam o pré-natal a partir, com mais
2421 de cento e vinte dias de gestação, isso não é um bom indicador eu estou captando muito tarde
2422 minha gestante, do então mas precisamos captar precocemente e nisso a gente e daí estabeleceu
2423 na atenção primária quais são as ações que nós vamos apoiar, que a atenção primária é
2424 responsabilidade dos municípios, mas há a necessidade de um apoio fundamental, nós definimos
2425 apresentar até na reunião de manhã do conselho a nossa proposta do APSUS, mas eu já
2426 adiantando do Mãe Paranaense o fator das desigualdades, nós definimos uma alocação de
2427 recursos esse ano na ordem de trinta milhões para a construção de unidades de atenção primária
2428 com padrão de ambiência mínimo, nós estamos estabelecendo um padrão de acordo com as
2429 normas da vigilância RDC minimamente o que é uma unidade de atenção primária à saúde, então
2430 não é qualquer lugar de qualquer jeito, nós precisamos ter um consultório para fazer um pré-natal
2431 com uma mesa ginecológica, com banheiro, junto a esse consultório enfim, nós estamos
2432 trabalhando com recursos para a aportar atenção primária para unidade atenção primária que serão
2433 oitenta unidades nosso compromisso são, o ano passado nós tivemos oitenta, oitenta esse ano até
2434 dois mil e catorze, quatrocentas unidades, quer dizer toda a população do Paraná, toda a gestante
2435 e toda criança sabe qual é sua unidade de referência onde ela vai fazer seu pré-natal e onde vai ter
2436 o acompanhamento da criança, e estamos colocando também um aporte recurso para custeio das
2437 ações, os municípios recebem recursos do PAB, do ministério da saúde e recursos por equipe de
2438 saúde da família, mas nós sabemos que não é suficiente pelo hoje nós precisamos adensar com
2439 mais profissionais a atenção primária, as nossas, vocês viram pelas apresentações de manha, o
2440 Paraná está envelhecendo e as condições crônicas estão aumentando e condição crônica nós
2441 vamos ter que manejar muito na atenção primária com muitos profissionais apoiando essas equipes
2442 só fazer com médico e enfermeiro ou auxiliar e o agente comunitário não vai mais dar conta pro
2443 nosso envelhecimento vamos ter que botar aí gente, os núcleos de apoio à família já fazem isso, a
2444 nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional enfim, profissionais, educador físico que vão
2445 trabalhar também o estilo de vida das pessoas, então para isso nós estamos também aportando um

2446 recurso dentro da proposta aqui é de custeio das equipes a atenção primária aportando, que eu vou
2447 apresentar isso detalhadamente para vocês. Também a questão, o que nós identificamos na
2448 atenção quando a gente analisou a mortalidade materno infantil, nós precisamos classificar riscos,
2449 as gestantes são diferentes, as crianças são diferentes, a nós não podemos tratar todos iguais e,
2450 então para botar um foco especial nós identificamos e aí a gente está implantando a classificação
2451 de risco no pré-natal, gestante e de risco habitual, gestante de risco intermediário e gestante de alto
2452 risco, nós criamos para o Paraná e essa tipologia serve para o Paraná, para a realidade do Paraná.
2453 O que, que a gente ao analisar com a equipe da superintendência de vigilância, os óbitos nós
2454 identificamos que há grupos ou por faixa etária ou por etnia ou por cor por nível de escolaridade
2455 que são diferentes e é preciso ter uma atenção mais especial, quais são esses grupos, se a
2456 gestante negra, indígena no Paraná a mortalidade dobra por condições um pouco das condições de
2457 atendimento dessa raça e dessa etnia, então nós vamos trabalhar indiferentemente esse pré-natal,
2458 então nós criamos um risco intermediário para a mãe gestante negra, indígena, menor de quinze
2459 anos, maior de quarenta anos e mães analfabetas, se a gestante é analfabeta ou com menos de
2460 três anos de estudo e mãe com menos de vinte anos com história de um do filho morto
2461 anteriormente, de uma perda de um bebê, elas são riscos intermediários e o alto risco é o que a
2462 literatura médica já nos coloca que são mães que têm patologias associadas, ela chega para o pré-
2463 natal, está grávida e ela tem uma hipertensão, tem uma pressão alta já, ela já é uma diabética, ela
2464 é uma obesa mórbida, ela em uma depressão, uma psicossocial, ela tem um problema, uma
2465 nefropatia, enfim, o ela já tem uma patologia associada, então nós de trabalhar com a classificação
2466 de risco, para isso, nessa mudança de lógica, vocês lembram que eu falei, nós vamos trabalhar
2467 muito capacitação que já começamos, o Renê falou ano passado, quando a gente não sou o
2468 APSUS, nós lançamos um programa de capacitação em massa no Paraná com trinta e cinco mil
2469 profissionais de atenção primária, fazendo as oficinas a nossa atenção primária, nós fizemos em
2470 setembro do ano passado dos trezentos e noventa e nove municípios, trezentos e noventa e um
2471 participaram das nossas ou oficinas com suas equipes de atenção primária discutindo o conceito
2472 de rede e como é que eu implanto rede e agora nós estamos fazendo o segundo oficina que é ou
2473 Mãe Paranaense, que é tudo que eu estou contando para vocês aqui com mais detalhes amanhã,
2474 nós estamos discutindo, trabalhando com as equipes, como é que classifica risco, essas oficinas
2475 trabalha isso, como é que eu identifico risco o da gestante e como é que eu vou atender essa
2476 gestante e que essa criança porque da mesma forma que eu vou classificar risco da gestante, e eu
2477 vou classificar risco da criança, se esse bebe é prematuro que ficou sessenta dias numa UTI
2478 neonatal, ele deve sair do hospital com a atenção primária já classificada como um bebê de risco,
2479 porque ele tem mais propensões a ter problemas que um bebê que nasceu com um peso
2480 adequada e numa condição melhor que um bebê que teve uma situação. É toda essa discussão de
2481 apoio, capacitação, nós estamos fazendo o APSUS, temos um conjunto de oficinas, e além disso
2482 nós estamos firmando uma parceria com as entidades profissionais que têm a ver com atenção
2483 materno infantil, então a nossa sociedade de ginecologia obstetrícia do Paraná a SOGIPA, ABEM e
2484 a sociedade de pediatria e o COSEMS do Paraná, o conselho de secretários municipais de saúde,
2485 que nós queremos impulsionar os municípios fazem essa atenção de pré-natal, não é o estado mas
2486 nós queremos impulsionar, então nós temos um programa de capacitação desenhada na área de
2487 materno infantil com capacitações que começa agora em maio até o ano que vem, é um plano de
2488 trabalho de um ano, não terminam o ano que vem, mas nós vamos levar ano a ano, mas com um
2489 desenho desse perfil que nós identificamos de problema, tratar infecção urinária na gestante, e nós
2490 vamos capacitar os profissionais de atenção primária dos trezentos e noventa e nove municípios do

2491 Paraná, então com essas entidades fazendo a capacitação da SOGIPA para os médicos ABEM
2492 trabalhando os enfermeiros e os agentes comunitários, o agente comunitário é um potente a agente
2493 de mudanças, na sua comunidade porque ele vai estar atento para o risco e atento se aquela
2494 gestante está acompanhando para Natal ou se o bebe está sendo acompanhado, e com os nossos
2495 secretários a gente vai trabalhar também a gestão dessa rede, o acompanhamento dessa rede, isso
2496 na atenção primária. Do ponto de vista, também vamos trabalhar na atenção primária à questão da
2497 tele saúde, acho que a Regina quando falar de educação e saúde, vai falar mais detalhada, mas
2498 nós colocamos aqui, o tele saúde também apoio as equipes de atenção primária e a segunda
2499 opinião para situações da gestante e da criança com enfoque a esse grupo, e estamos
2500 padronizando uma carteira de gestante e da criança no Paraná. Os municípios que já usam uma
2501 carteira de gestante da criança ótimo, nós estamos apoiando, mas nós temos vários municípios que
2502 não tem isso padronizado e a gestante chega no hospital muitas vezes sem nada, ela passa para o
2503 profissional que está recebendo, como é que foi o pré-natal, se ela fez, se fez exames, enfim, nós
2504 queremos ter uma carteira que ela chegue no pré-natal ou no momento do parto e apresente sua
2505 carteira que vai ter seus resultados de seus exames, esta lá a classificação de risco, quer dizer
2506 aquele profissional ele vai estar atento porque ela é de risco ou não é que, quer dizer ele já está
2507 alerta para aquela situação, daquela gestante ou da criança que chega, então nós estamos
2508 padronização, essa carteira também passou pela análise da SOGIPA, da ABEM e da sociedade de
2509 pediatria que são as entidades aí, pela universidade federal do Paraná, a gente conversou com as
2510 entidades e os profissionais também, então nós estamos, a secretaria vai reproduzir e disponibilizar
2511 para que toda a gestante tem a sua carteira e toda criança no Paraná tem a sua carteirinha para ver
2512 peso e altura perímetro encefálica o as vacinas se estão em ordem, enfim que qualquer profissional
2513 que pegue e está atendendo tenho condições de ter uma boa avaliação daquela criança ou daquela
2514 gestante. Estamos trabalhando também com a questão de implantar uma central de atendimento a
2515 gestantes e a questão do investimento em ampliação, eu já falei no começo na área hospitalar,
2516 então no nível terciário aí, de secundário e terciário é ampliação de leitos de unidade e cuidados
2517 intermediários neonatal e a unidade de terapia intensiva adulto, neonatal e pediátrica. A questão de
2518 um protocolo de atendimento à gestante a criança, nós estamos aí trabalhando com essas
2519 entidades o protocolo, atender bebês de risco, já trabalhamos no HOSPSUS a oficina do mães
2520 paranaenses para que o hospital ao receber essa gestante, essa criança desenha para dentro do
2521 hospital qual é o fluxo que vai seguir, eu não posso, as condições de atendimento são diferentes
2522 para cada grau de classificação de risco. Estamos trabalhando também dentro da Mãe Paranaense
2523 a questão do alojamento conjunto vai ser na contra atualização dos hospitais para o Mãe
2524 Paranaense, vai ser uma exigência alojamento conjunto e o acompanhamento do pré parto do parto
2525 e no puetério da gestante ou direito o acompanhante e a implantação, porque como vocês viram eu
2526 falei nós vamos classificar a gestante lá no pré natal e ela vai ser vinculada já quando ela começar
2527 seu pré-natal ao hospital conforme o grau de risco, se ela é risco habitual, ela pode ir para um
2528 hospital local hospital da sociedade, um hospital de baixa complexidade se ela é risco intermediário
2529 ou alto risco ela não poderá ser vinculada, porque se eu vincular uma gestantes de alto risco num
2530 hospital que não tem a equipe e não têm tecnologia para uma complicação e eu já estou elevando o
2531 grau de risco dessa situação pelo que se eu já sei que ela é diabética, e uma grande chance de ela
2532 descompensar durante o parto, ela não pode estar vinculado em uma maternidade de que não
2533 tenha UTI adulto, UTI neonatal, não tem genético obstetra de plantão vinte e quatro horas,
2534 anestesista pediatra, enfim, enfermeira, uma equipe para recebê-la, então nós vamos trabalhar
2535 também a vinculação do porto e nós já quantificamos isso, 70% por esse estudo de cinco anos o

2536 que nós identificamos. Cinco anos de história da mortalidade no Paraná, nós identificamos que 15%
2537 das nossas gestante, com essas características que eu citei são de risco intermediário e 15% são
2538 de alto risco, então eu tenho 30% de gestantes de risco intermediário e alto risco, hoje no Paraná
2539 nós temos cerca de cento e setenta e duas mil gestante ano, dessa gestantes 25% não são SUS,
2540 elas têm plano, enfim porque nós não analisamos também pela declaração de nascidos vivos então
2541 nos pegamos o quantitativo total e um quantitativo dessa gestante já está vinculado ou no Mãe
2542 Curitiba aqui, nós temos vinte e cinco mil gestantes vinculada aqui, que já tem essa metodologia
2543 que nós vamos trabalhar para os demais municípios, então estamos falando hoje em torno aí no
2544 Paraná de cem, cento e vinte e cinco mil gestantes SUS que nós vamos trabalhar. Para essa
2545 vinculação do risco habitual e intermediário por que se vocês lembrarem quando a gente
2546 apresentou o HOSPSUS o ano passado e os programas estruturantes APESUS, COMSUS e,
2547 depois O Isaias vai falar, e o HOSPSUS, no HOSPSUS já defini o alto risco, e nós já sabíamos que
2548 era 15% das gestantes quando a gente fez o HOSPSUS, e já qualificou os leitos então, quem é que
2549 vai atender ou a risco São os hospitais que estão já no programa de apoio que a gente definiu do
2550 HOSPSUS na fase um. O que é o HOSPSUS fase dois? A de vinculação dos hospitais para atender
2551 risco habitual e risco intermediário que nós estamos identificando junto com os secretários
2552 municipais de todas as regiões do Paraná quais são os hospitais e nós criamos uma tipologia dos
2553 hospitais, por que o SUS do Paraná tem quatrocentos hospitais a grosso modo, quatrocentos e
2554 cinqüenta e quatro hospitais, desses cerca de trezentos e cinqüenta fazem parto, mas fazem parto
2555 assim, de um parto ano, dois, três, quinhentos, quatro mil, nós temos aí, essas diferenças. Quem
2556 faz dois, três, cinco, não tem as condições adequadas para atendimento ao parto, quais são as
2557 condições adequadas para o atendimento? Ter um médico e uma enfermeira no mínimo vinte e
2558 quatro horas, Porque parto não tenho hora, a gente não marca, cirurgia eletivo e o marco sete
2559 horas da manhã para fazer a cirurgia, mas o porto todo mundo sabe aqui. Então o que nós estamos
2560 trabalhando na vinculação do parto, nessa vinculação nós criamos uma de tipologia do hospital de
2561 risco habitual tem que ter no mínimo um médico uma enfermeira vinte e quatro horas, tem de
2562 permitir o alojamento conjunto, a presença do acompanhante durante toda a parto e parte pelo pós-
2563 parto das gestantes, enfim tem que ter alojamento conjunto, incentivada as ações do aleitamento,
2564 ter uma comissão interna de prevenção de óbito materno infantil e para esses hospitais nós vamos
2565 fazer, e se comprometem com a vinculação para determinados unidades, em determinados
2566 municípios e de e nós estamos criando incentivo de qualidade ao parto pelo da mesma forma o
2567 risco intermediário, mas o risco intermediário têm que ter médico obstetra, eu já não posso trabalhar
2568 no risco intermediário só com o médico, digamos um generalista, vai ter que ter um gineco obstetra,
2569 ter um pediatra e ter a enfermeira para dar condições e a gente está incentivando pro risco
2570 intermediário a implantação de unidades de cuidados intermediários neonatal, com isso a gente
2571 vincula a gestante a partir da sua classificação de risco a unidade mais adequado para atender, e
2572 isso vai significar que a gestante nem sempre vai ganhar o seu bebe na sua cidade, porque se ela
2573 é de risco e na sua cidade não tem hospital com um qualidade para isso, ela vai ser vinculado a um
2574 hospital para fazer o risco, da mesma forma na atenção secundária, nós estamos desenhando todo
2575 ambulatório para o risco intermediário, essa gestante de da precisar de um suporte da atenção
2576 primária e deu um especialista, de um gineco obstetra para orientar o seu pré-natal lá na atenção
2577 secundária, então nós estamos trabalhando a vinculação de acordo com a classificação de risco,
2578 tanto o ambulatório de gestação de alto risco, quanto para atendimento ao parto da gestante de
2579 risco, e a gente gostaria muito, esse é uma proposta de adesão que os municípios aderem ao Mãe
2580 Paranaense e ao aderir eles terão os recursos de incentivo para atenção primária, para a

2581 construção de unidade, equipamentos e as ações, a carteira enfim todas as ações e nós
2582 gostaríamos que todos os municípios façam a adesão, mas é por adesão nós não mandamos nos
2583 municípios, nós somos o parceiros, nós somos um governo que apóia e incentiva, é indutor de
2584 política mas nós não podemos obrigar aqui todos os municípios façam adesão, gostaríamos que
2585 todos fizessem por isso que a gente colocou como meta de 80% no mínimo. 80% dos municípios
2586 aderindo ao Mãe Paranaense. Acho que eu falei muito rapidamente, mas, e as metas, bem
2587 lembrado doutor Renê.(tk 13 11:29) Hoje a gente está trabalhando com as metas que estão já
2588 aprovadas pelo ministério, acho que foi falado de manhã, pelo COAPI, que já estão previstas, então
2589 a gente alinhou também a nossa proposta com o que está previsto para o ministério, nós estamos
2590 propondo a ampliação das gestantes com cobertura de pré-natal com sete ou mais consultas, nós
2591 estamos com 86, querendo chegar, com a gente está trabalhando para a implantação do Mãe
2592 Paranaense a partir de maio, 88% esse ano e noventa por cento em dois mil e treze a dois mil e
2593 quinze, reduzir a mortalidade materna e esse ano a um por cento e até a dois mil e dez cinco por
2594 cento, em número absoluto tá, é, é percentual em número absoluto, redução em número absoluto e
2595 redução do coeficiente de mortalidade infantil também esse ano, em 2012 3% e até 2015, 15%, nós
2596 queremos chegar, o Paraná pode chegar a um dígito de mortalidade, por esse estudo que o doutor
2597 **Sezifredo** coordenou com sua equipe nós podemos chegar a até um indicador de nove, abaixo de
2598 dez no Paraná e nós vamos trabalha intensamente com as ações do Mãe Paranaense para isso
2599 acontecer. Ainda temos como indicador aumentar o parto normal, nós temos um pequeno problema
2600 que a gente já vem discutindo com ABEM e a SUGIPA que é a nossa taxa de cesárea é a mais alto
2601 do Brasil, o Paraná é, esse campeonato não quero ganhar jeito maneira, a gente querer lá o final,
2602 mas somos hoje, a nossa taxa de cesárea está em 58% é altíssima e a gente quer trabalhar muito a
2603 questão cesárea é necessária sim, em algumas em situações, não há dúvida que a melhor
2604 indicação, mas ela precisa estar melhor indicada, muitas vezes cesárea hoje elas são em função
2605 da, um pouco da mulher, a pressão, hoje a nossa sociedade ela não quer sofrer dor nenhuma,
2606 direto já quer marcar no dia do aniversário do marido, da mãe, da madrinha, enfim no aniversário
2607 do outro filho, perto e também por conta do profissional, mas a gente quando conversa com o
2608 profissional ele se sente pressionado pela usuária e vice-versa, então nós vamos trabalhar para
2609 questões de indicação de cesárea e com a SUGIPA, inclusive faz parte do nosso cardápio de curso
2610 com a SUGIPA essa questão para aumentar esse ano 2% e até 2015, 10% de parto normal, a
2611 questão do teste rápido de sífilis, nós estamos colocando também em 5% e chegar a 50% em 2015,
2612 a investigação de 100% dos óbitos maternos para nós é meta e a gente tem trabalhado para toda a
2613 investigação, porque investigação nos remete a mudança de rumos e correção do rumo pras ações
2614 que nós vamos fazer, da mesma forma aos óbitos infantis e a vinculação como nós estamos
2615 trabalhando como a ação primordial a vinculação de 5% que nós começamos agora esse ano, a
2616 uma mudança de lógica muito profunda na cabeça das pessoas até porque os prefeitos gostam
2617 muito que as crianças e as gestantes tenham bebe na sua cidade, nos seus hospitais locais, mais
2618 nem sempre esses hospitais vão apresentar condições ideais para nascimento, para o parto
2619 daquela gestante, então nós vamos também mudar, mudança de pensamento das pessoas do
2620 ponto de vista deve vinculação e nem sempre ela vai ganhar o Nenê na sua cidade, inclusive a
2621 gente já discutiu com o ministério, eles vão mudar até a BIENE por conta disso, que ela vai ter
2622 registrado lá da onde a criança é residente, por que ela vai ter muitas vezes ter o neném em uma
2623 cidade diferente por ter uma condição melhor e chegar a cinqüenta por cento da vinculação. Só
2624 para lembrar uma situação, que é o seguinte, eu quero só relembrar o que nós encaminhamos
2625 nesse conselho na reunião anterior que é o seguinte: nós estamos colocando aqui metas de

2626 resultados, como nós combinamos, nós não vamos colocar aqui metas de processo, porque em
2627 geral as pessoas estão muito acostumadas a ver com o rol de ações e daí para cada ação se busca
2628 uma meta, mas o conjunto das ações é que leva ao resultado, a redução da mortalidade infantil e a
2629 redução da mortalidade materna é resultado somatória de várias ações, então só para ficar claro
2630 isso porque como no plano passado havia quase um por um, nós chegamos a cento e oitenta e
2631 cinco metas e indicadores, agora o conjunto de metas refletem a partir da somatória da ação,
2632 resultados, e isso pode inclusive para as pessoas ficar numa situação de entendimento assim, o
2633 que se significa somatória de ações? Aquela meta, redução da mortalidade infantil, redução do
2634 numero de casos de sífilis congênita, só para lembrar isso porque acho que isso dá um
2635 esclarecimento na seqüência para demais discussão também. Ok. Bem lembrado Renê. Vamos
2636 passar então para a questão das comissões. Comissão de saúde da mulher, em cima dessa
2637 diretriz. A comissão de saúde da mulher, nós tivemos a grata satisfação da Márcia estar com a
2638 gente, fazer toda a apresentação e a gente pôde fazer a grande discussão, reconheceu o grande
2639 avanço, o momento que a gente está vivendo de poder fazer parte de uma discussão que muitas
2640 vezes a gente não tinha esse conhecimento das ações e também das questões do Paraná como
2641 todo, onde é que as pessoas ficam doentes. Em relação à questão da discussão da saúde da
2642 mulher e da questão da Mãe Paranaense, dentro do que está apresentado no plano para nós, a
2643 gente só precisa que o controle social precisa ser conhecido também, fazendo parte dos municípios
2644 para que a gente possa cobrar as ações, porque muitas vezes as ações de governo, elas são
2645 implantadas e se controle social não tem ciência do que está sendo feito no local, não há jeito da
2646 gente cobrar e vir também trazer resultado para o Conselho Estadual. E um pedido que foi discutido
2647 na comissão, que é questão da regionalização, da alta complexidade do norte do Paraná, a gente
2648 possa discutir com a equipe para que a alta complexidade seja entendida, a estruturalização do
2649 hospital HU, não do norte do Paraná vendo numa situação também de colaborador das políticas de
2650 formação de recursos humanos, que é um dos hospitais que trabalha nessa questão e também
2651 vendo nessa questão da apresentação da qualidade de morte que a questão indígena, que o
2652 hospital também está numa localização, já um trabalho com esta qualidade dessa população, e é
2653 um dos locais aonde que a população procura pela qualidade do atendimento, em cima da
2654 precariedade que esta, mas é uma qualidade que a sociedade ainda pede, e isso foi uma das mais,
2655 mais, dar os parabéns pela maneira que foi nos apresentado e a maneira do espelho que a gente
2656 pode estar olhando e contribuindo nessa questão do projeto de atendimento a redução da
2657 mortalidade materna e infantil, que é uma questão, uma bandeira muito forte para nós do
2658 movimento de mulheres e da comissão de saúde da mulher. Comissão de Saúde Mental. É o
2659 **Mauro**. Olá, boa tarde a todos, **Mauro Anante**, a comissão reunida ontem pontuou e está sendo
2660 colocada e na tela, na página quarenta e cinco dados epidemiológicos, substituir por estimativa
2661 epidemiológica, a página quarenta e cinco. Segundo estimativas da organização mundial de saúde
2662 os transtornos mentais afetam doze por cento da população geral. O **Mauro**! Mauro, assim, agora
2663 nós abrimos para as comissões estarem dando às suas contribuições em cima das diretrizes, nós
2664 estamos nessa diretriz primeira, em cima dessa diretriz a comissão de saúde mental tem alguma
2665 coisa? Não, não temos. Ok, obrigado. Alguma outra comissão tem alguma questão pra ser
2666 colocado em cima dessa primeira diretriz? Não, não, não, quer porque é assim Soraya, nós falamos
2667 que a gente que estará abrindo primeiro para as comissões, calma que nós ao estar abrindo para
2668 as pessoas também. Comissões, tem mais alguma? Mauro, Comissão de orçamento. **Mauro** da
2669 EFIPAR, o que foi analisado na hora, na parte introdutórias aqui que a gente discutiu na comissão,
2670 o que faltou assim alguma vinculação as políticas e ações estratégica do ministério da saúde

2671 relacionada à referida diretriz no sentido de facilitar a equalização de recursos, então se nesse
2672 programa do Mãe Paranaense, como têm os programas também de atendimento a mulher do
2673 ministério da saúde essa vinculação e um trabalho em conjunto. Mais algum conselheiro gostaria de
2674 estar fazendo alguma colocação, Solange? É, primeiro assim, eu queria de fazer uma proposta pela
2675 talvez que é a mais geral, só para tentar entender, o representante da SESA colocou aqui no
2676 diagnóstico e eu entendi que um todo na verdade, a gente está construindo junto agora o plano,
2677 então eu estou entendendo que as diretrizes também, é isso? Então todas as sugestões e aí eu
2678 queria também sugerir, e a gente conversou isso nas comissões e eu não sei se as outras, pelo
2679 menos a de acesso ao SUS e a da Saúde ao Trabalhador conversou de que, como a gente recebeu
2680 em cima da hora, de que mesmo com o debate aqui e o debate enriquece a reflexão de todos nós,
2681 que pudesse ser dado um tempo para que a gente pudesse encaminhar ainda sugestões e depois a
2682 SESA nos dizer se estaria acatando ou não e porque as sugestões. Então a uma sugestão de
2683 encaminhamento para depois para a falar especificamente dessa coisa, eu queria assim, não sei se
2684 isso caberia uma votação para a gente fazer isso ou não, mesa? É, aí depois eu queria falar
2685 especificamente dessa diretriz. Essa é a nossa primeira reunião que nós estamos, desde a fala do
2686 Renê, desde cedo nós estamos falando que nós estamos construindo um plano estadual de saúde,
2687 então nós não vamos estar fechando ela aqui hoje nessa reunião, ok? E pode essas sugestões
2688 todas estar encaminhando outras propostas também que podem ser contemplada, pode ser feito no
2689 decorrer até a próxima reunião? É, veja bem nós em nenhum momento imaginávamos, a gente
2690 pode até ter bastante vontade assim de agilizar o processo, mas um caso como esse com a
2691 profundidade da discussão, não há nenhuma possibilidade de fazer uma aprovação hoje, fechando
2692 isso aqui, só que em relação as propostas, o que eu acho interessante é que a proposta saiam do
2693 pleno e que o pleno referende-o, que cada um apresentar proposta, a secretaria teria que imaginar
2694 que isso é uma proposta do conselho, então é ideal que as propostas saiam do pleno, acho que
2695 isso configura uma legitimação do que vai ser feito, se individualmente cada uma mandar, eu
2696 pessoalmente entenderia que eu teria de submeter isso ao pleno do conselho. Tem duvida! Tem
2697 duvida! Só imaginei para ficar em isso claro, porque aí acho que no final do encaminhamento da
2698 tarde pode se até que se estabeleça um outro momento de discussão das propostas que surgir aqui
2699 do pleno se for o caso, apesar que pelo visto que as duas propostas que foram apresentadas aqui,
2700 vão ser acatadas de imediato, pelo tempo de discussão, acho que a gente vai ter possibilidade de
2701 colocar mais propostas. Eu entendo que tem que estar pelo pleno, jamais uma sugestão de um
2702 individual, só assim, pra agilizar, eu imaginei que as pessoas pudessem passar e fosse
2703 encaminhada pra que na próxima reunião a gente já viesse tendo conhecimento do que a Irene, por
2704 exemplo, pensa, do que o outro pensa, pra não sermos, só isso, tá. É, bom daí então, com relação
2705 a dúvida que tenho é que nos estamos pactuando aqui, percentuais de crescimento, aí eu quero
2706 saber o seguinte, primeiro, nós estamos combinando um x de percentual, tendo como referência o
2707 ano de dois Mil e onze, e aí a gente pactua dois mil e doze e dois mil e treze, esse percentual em
2708 cima do que já foi em dois mil e doze ou ele tem como referência os dados de dois mil e onze?
2709 Acho que tem que ficar claro para nós isso. E outra dúvida que eu tenho, que eu tenho não, duvida
2710 não, eu queria entender por que, talvez eu, a questão do teste rápido para sífilis, são só cobrado do
2711 usuário SUS, porque pactuar só usuário SUS? Realmente eu entendo que depois as
2712 conseqüências não é só do usuário SUS que vem pro SUS, de outros usuários também vem pro
2713 SUS, talvez a gente pudesse pensar em uma solução mais ampla do que só o SUS. Elaine. Elaine
2714 SINDSAUDE, hoje pela manhã, eu ressaltai a questão de que este documento tem que ser bem
2715 elaborado e a gente pensar bem nele por conta que depois esses indicadores, eles serão nossa

2716 referência, nosso parâmetro para todos os relatórios de gestão, para todas as programações anuais
2717 de saúde, enfim, ele é um documento norteador para os próximos quatro anos e como no
2718 documento anterior, no plano estadual de saúde anterior os indicadores eram muito ruins, a gente
2719 acabava depois não questionando o que aconteceu, mas questionando o próprio indicador, daí fica
2720 um vaivém, um vaivém, e a gente não sai do lugar, então por isso que eu quero reforçar a fala da
2721 Solange nesse sentido, de agentes poder ter tempo de analisar, não só os textos de avaliação de
2722 diagnóstico, da estrutura da SESA, e dos serviços, mas também essa parte das diretrizes e nesse
2723 sentido, eu também penso assim, eu gostaria inclusive que o Renê me explicasse, eu
2724 sinceramente, boiei pela manhã quando você falou, indicador de resultado, o indicador de processo,
2725 eu não sei qual essa diferença, não sei se alguém pode me explicar além do Renê, se não a gente
2726 vai fazer, vai ficar falando, pra gente não se entender, não adianta, isso é uma questão. A outra
2727 questão é que eu acho que tenha assim, sobre alguns itens que a Márcia apresentou, em relação
2728 a diretriz eu acho que também a gente, eu precisava ter uma leitura maior para poder entender
2729 mais, então assim, a gente pegar por exemplo o item seis ali, implantação da segunda opinião e
2730 tele saúde para apoiar os profissionais das equipes de atenção primária, eu não sei o que é isso,
2731 aqui ó, tem uma outra, implantação da central de atendimento as gestantes que promoverá
2732 orientações e monitoramento das gestações de risco, de responsabilidade de quem? O que é isso?
2733 Onde estaria instalada? Eu também não sei o que é. Então, na verdade acaba tendo uma série de
2734 ações propostas que a gente tem que entender melhor, lógico que isso vai ser entendido melhor na
2735 comissão, daí por isso que ontem no SINDSAUDE a gente ficou discutindo o que cada um viu em
2736 cada comissão, mas ainda também tem coisas que ainda não ficou claro, então para a gente poder
2737 entender as ações de entender as metas é preciso uma avaliação melhor, eu também digo o
2738 seguinte, me parece que uma das metas seria que todas as construções novas na área de
2739 atendimento a mulher, tivesse garantido o cumprimento da RD cento e trinta e seis, porque isso não
2740 pode ser uma meta? É, não sei que, mas assim, eu estou dizendo o seguinte, e eu quero mais
2741 tempo para olhar todo o documento que os indicadores e alguns itens poder ter tempo de poder
2742 entender melhor, e estudar melhor e aprofundar, até conversar com outros técnicos da área para a
2743 gente poder entender o que prescrito nesse documento, obrigada. **Leite.** Na fala do leite nós
2744 estamos encerrando essas inscrições. Ok, **Leite** SINDPREVIS Paraná, para me fazer a discussão
2745 da diretriz um eu tenho que voltar na atenção as condições crônicas, até pelo que eu vi anterior,
2746 quando se trata da questão indígena no Paraná, aqui diz no último parágrafo que elas estão a cargo
2747 de distritos especiais indígenas e tal, sobre responsabilidade do Ministério da Saúde até aí é fato, e
2748 quando você vê as questões de precariedade como se encontra as comunidades indígenas e
2749 inclusive um processo de terceirizações e isso apresenta resultados nesse momento de questões,
2750 de mortalidade infantil, de mãe, você acaba vendo que o resultado não é da precariedade de
2751 serviços, porque lá na. Não está sendo executadas as ações necessárias dentro da comunidade
2752 indígena, não porque os recursos humanos que está à disposição não está cumprindo seu papel e
2753 sim pela questão de logística que deixa de ser repassada pela própria instituição, eu vejo aqui as
2754 questões dos pré-natais aqui de até sete, nós temos, só na minha região em torno de setecentos
2755 índios, e o índio só para se ter uma idéia a mulher casa a partir dos treze anos, já casa, então com
2756 catorze anos, quinze anos já tem um, dois filhos. Isso figurativo. E não é só para se ter uma idéia na
2757 questão a atenção a saúde principalmente. Amanhã nós temos na região para atender sete
2758 agrupamentos e das quais ela está desde dezembro que ela está estragado e até agora não se ha
2759 resolução, quando vejo aí apresentando resultados da precariedade da mortalidade, são resultado
2760 justamente dessa falta de ações imediatas na ponta, então quando se está estabelecendo na rede

2761 de Mãe Paranaense, quando se falou em conversar com o ministério da saúde e organizar melhor
2762 isso aí, acho que tem que estar levantar isso também, Renê, justamente esse tipo de ação,
2763 inclusive as causas do por que isso está acontecendo porque você esta tendo informações, mas
2764 não sabe da onde, muitas vezes, de que forma ela está sendo gerada lá na ponta. Gisela. **Gisela**
2765 do CREFITO, eu gostaria de comentar algumas coisas sobre a forma desse relatório como já foi
2766 comentada aqui, acho que a gente tem que pensar uma forma que seja possível ser feita discussão
2767 lá em dois mil e treze, dois mil e quinze. Então a primeira questão é que a gente definiu que lá no
2768 começo gente estaria a uma posição da situação atual, e aí nesse relatório quando a gente chega
2769 na diretriz, na verdade a situação atual está relatada aqui, então a gente sentiu falta na
2770 apresentação mas como está a situação atual, a gente sente um pouco de falta, mas aí vem aqui.
2771 A outra questão é sobre um erro de digitação, acho que pode melhorar, aumentar o dois por cento
2772 de parto normal no estado, mas acho importante deixar correto o texto, é só uma observação para
2773 garantir que foi observado e você passou várias informações que não estão descritas aqui, por
2774 exemplo o atendimento especial para a população negra e indígena e que talvez deva estar escrita,
2775 como uma das metas a serem realizadas. Fechou Gisela? Fechou? Está ok. Guilherme, nós temos
2776 o Guilherme e o Paulo inscrito aí, já passamos para poder está respondendo, Guilherme. É, já que
2777 a Gisela apontou, tem outros erros desse sentido no quadro do um, dois por cento ou dez por
2778 cento, mas não é isso que eu queria contar, na fala da Márcia, ah perdão, **Guilherme** Conselho
2779 Regional de Psicologia do Trabalhador, na questão foi colocada com os núcleos de apoio à saúde
2780 da família, que tem objetivo de efetuar mudanças de estilo de vida para trabalhar com a gestante e
2781 assim melhorar os indicadores, e que isso não está claro nessas, nas ações, eu acho que isso em
2782 algum ponto, não sei se no ponto dois ou ponto cinco, deveria ficar mais claro. Só esta sugestão.
2783 Paulo. **Paulo Donadildo** do HU de Maringá, Eu entendi a angustia da Solange, com relação a essa
2784 questão da sífilis aí, porque a Márcia quando fez a exposição falou que os partos no Paraná em
2785 torno de vinte e cinco por cento, não são do SUS, a sífilis é uma doença de notificação compulsória,
2786 mas a gente não sabe exatamente, existem planos e planos de saúde, existe alguns que são uns
2787 arremedo de atendimento, a gente não sabe se as notificação é feita realmente, então que isso não
2788 se aplicasse somente ao parto do SUS, mas que isso efetivamente a vigilância pudesse agir sobre
2789 os planos também pra que essas doenças de notificação compulsória fosse notificadas, não
2790 passassem, porque depois as complicações disso, boa parte delas caem no SUS, então depois
2791 vem pra UTI neonatal do SUS, e vem lá dos planos que são, que não dão atendimento correto. Eu
2792 acho que isso tem que rever mesmo, com relação aqui o que foi observado, eu acho que é
2793 pertinente as pessoas estar preocupado com a ortografia, e com os erros de digitação, mas se a
2794 gente começar a corrigir isso aqui nessa reunião, nós ficar aqui até amanhã, então quem tiver
2795 correção de ortografia então sugira para a mesa aí depois, m

2796 s não aqui, senão não vamos sair daqui hoje. Com relação às ações as metas propostas e
2797 indicadores, ontem eu participei de duas comissões e essa questão foi levantada nas duas
2798 comissões, tem um hol grande de ações e o número pequeno de metas indicadores, até foi falado
2799 ontem que existiam cento e oitenta e poucos indicadores, agora tem sessenta e poucos, reduziu
2800 facilita a avaliação sem dúvida, mas não fica claro, nem sempre a gente consegue identificar nas
2801 metas e nos indicadores onde está contemplado determinada ação que está a proposta, eu acho
2802 que uma solução para isso, como a SESA elaborou, a equipe da SESA que elaborou o plano,
2803 pudesse colocar um quadradinho mais nesses quadro que tem aqui dizendo: ações: um, dois, três...
2804 nessa meta que eu estou contemplando tais ações, porque a gente não consegue as vezes
2805 visualizar qual é a ação que está sendo contemplada naquele indicador ali ou naquela não custa

2806 nada colocar um quadradinho a mais do que, quem elaborou o projeto, colocar um quadradinho a
2807 mais lado nessa tabela dizendo, ações: um, dois, três... aí eu vejo aqui, essa meta, esse indicador
2808 vai atender tais ações, concordando ou não concordo com isso, aí vão discutir, mas a gente tentar
2809 adivinhar, porque tem ação que eu não consigo ver onde é que está aqui na meta e no indicador, eu
2810 não consigo, então eu acho que quem elaborou deveria deixar claro isso pra gente, porque não está
2811 claro. Vou tentar ver se eu consegui anotar tudo aqui, vou começar pela Donadildo, primeiro assim, o
2812 ponto de vista que nós usamos Donadildo foi entender que a grande parte das ações são lincadas a
2813 programas e redes, e o que nós tomamos cuidado foi aquelas situações que implique em processos
2814 não se transformasse em indicadores dentro da proposta, só para se ter uma idéia nós estamos com
2815 mais de cento e oitenta ações aqui, se cada pessoa quiser ver uma ação em cada indicador, nós
2816 voltaremos aos cento e oitenta indicadores, não, não eu estou fazendo uma fala no sentido mais
2817 genérico, então assim, as ações que estão contempladas aqui, invariavelmente elas contribuem
2818 para aquela meta que está sendo colocada como a ser atingida e você sabe muito bem disso
2819 quando eu coloco aqui a redução da mortalidade infantil, tem pelo menos várias ações aqui que
2820 contemplam esse processo, então eu acho que a sua sugestão é muito clara, e pela é buscar ,
2821 agrupar as ações para o entendimento, mas não para buscar correlação numérica, respondendo a
2822 Elaine, essa foi a grande discussão que teve com o COAPI eu participei em Brasília e que teve com
2823 o plano nacional de saúde, o plano nacional de saúde ele tem vinte e nove indicadores, vinte e nove,
2824 catorze diretrizes e uma sucessão de ações e um grupo de metas, inclusive não tem indicador para
2825 todas as metas, mais complexo ainda de compreender do que aqui a gente ta tentando fazer, mas é
2826 justamente por causa dessa lógica, o que se observa, aí eu vou voltar do plano estadual de saúde,
2827 fazer o planejamento, o plano de qualquer coisa lá para fazer tal coisa, tem enes situações desta no
2828 plano estadual de saúde hoje, e elaborar documento tal, entregar o relatório tal, isso é o processo,
2829 mesmo em situações que a gente faz por exemplo, a questão do financiamento, o financiamento em
2830 si, ele é um processo que leva um resultado, financiar uma determinada situação representa que eu
2831 vou lá ao final, qual é o objetivo de financiar a unidade atenção primária à saúde, é ter unidades
2832 construídas ou ter uma qualidade de atenção primária à saúde que se demonstra no indicador da
2833 redução do número de internações por condições sensíveis a atenção primária, é essa discussão
2834 que nós estamos fazendo aí, então é essa distinção que nós queremos fazer, porque senão nós
2835 vamos cair novamente na situação de ter, e eu digo a vocês com toda franqueza, aqui tem mais de
2836 sessenta indicadores eu acho muito, muito, porque com sessenta ou setenta indicadores realmente a
2837 gente não consegue dar foco em questões que vão representar mudanças significativas na saúde só
2838 para você ter uma idéia, a ONU estabeleceu metas para milênio, estabeleceu oito, eu não estou
2839 dizendo que para ficar com oito, mas vamos tentar um futuro pensar em alguns focos, de qualquer
2840 maneira acho que fica a Donadildo, por que é importante, nós vamos associar as ações ao
2841 entendimento das metas, mas com esse foco de a gente buscar que essas metas reflitam em
2842 resultados, que eu acho é o ponto principal em relações a isso. Em relação às questões colocadas
2843 aqui, vou passar para Márcia, mas eu só queria citar o seguinte: eu acho que não precisa haver a
2844 preocupação com as questões ortográficas, se tem uma pessoa chata para ortografia sou eu, posso
2845 garantir aqui que possa ter igual pior não vai ter, só que nós tivemos uma preocupação ou nós nos
2846 preocupava em por isso numa revisão ortográfica isso leva dois dias, aí nem é que nós
2847 apresentáramos ou nós estamos buscando a essencialidade aqui que é a discussão, depois que
2848 tudo tiver discutido, tudo acertado, isso vai para a revisão ortográfica, então virgula, ponto e virgula,
2849 palavras que acabam tendo denominações às vezes diferente num determinado momento, deixemos
2850 para a revisão ortográfica, porque o importante agora nós discutimos a base e o conteúdo, então só

2851 para dizer claramente isso porque ninguém tenha dúvidas que nós nos fazer impressos disso aqui,
2852 inclusive para distribuição a todos os conselhos municipais de saúde e ele vai passar por uma
2853 revisão ortográfica, então pode ficar tranqüilos que se tem chato que não vai deixar sair nada com
2854 uma, mais ou uma palavra escrita errado serei eu. Bom, vamos começar pela dona Rosalina, eu
2855 acho que já vou pôr uma, um décimo quinto item aqui até cochichei com Renê e com a Joelma, a
2856 gente pode propor que a adesão ao Mãe Paranaense seja aprovada nos conselhos municipais de
2857 saúde, aliás eu recomendaria que os conselhos a cada óbito materno e acaba óbito infantil que
2858 acontecer no município deveria ser debatido, porque que aquele óbito ocorreu, onde que se teve
2859 falha, onde que ocorreu, porque hoje se a gente fizer investigação do óbito e seguir cada óbito, nós
2860 podemos mudar radicalmente as condições de atendimento, tem muitas situações, embora a
2861 estrutura esteja adequada, nem sempre as condições de atendimento daquele momento estão
2862 adequadas, então eu vou propor já doutor, dona Rosalina, bem lembrado que a adesão ao Mãe
2863 Paranaense seja aprovada nos conselhos municipais e seja acompanhado pelos conselhos
2864 municipais de saúde nos municípios do Paraná. Com relação ainda a sua questão da regionalização,
2865 nós estamos fazendo inclusive dia três e quatro, a senhora está convidada, nós vamos dia três estar
2866 em Maringá, na macro Maringá, e dia quatro em Londrina fazendo a discussão com as regionais e
2867 os secretários municipais da conformação da rede de hospitais, nós estamos levando todo o
2868 planilhamento das ações do Mãe Paranaense para a discussão, vai ser lá no auditório da zona norte,
2869 sul, é, eu me perco lá, tem hora. Mas é assim, nós vamos estar discutindo justamente isso, essa,
2870 quem vai fazer quem vai fazer auto risco é a vinculação e essa discussão vai ser levada para todos
2871 os secretários municipais inclusive aprovadas nas BIPATITES regionais. Eu só vou pedir para que
2872 depois a gente encaminha para a mesa, mas eu vou estar na representando o conselho estadual.
2873 Perfeito, bem-vindas. Com relação ainda a questão do Amauri colocou dos programas materno
2874 infantil, o ministério lançou a rede cegonha, só que por problemas orçamentários do ministério,
2875 infelizmente a rede cegonha, por decisão do ministério não foi nossa nós batemos o pé, mas não
2876 adiantou, só vai ser implantado na região metropolitana os vinte e nove municípios do Paraná. E o
2877 Paraná não pode esperar, então nós vamos fazer o Mãe Paranaense nos trezentos e noventa e nove
2878 municípios do Paraná para todos, então a rede cegonha por decisão do ministério, embora teve toda
2879 a uma divulgação, ficou focada nos vinte e nove municípios, tanto que aí a gente já tem toda uma
2880 discussão aqui diferenciada, o que a gente conseguiu ampliar com o ministério da saúde depois da
2881 nossa discussão, eles ampliaram o componente pré-natal hoje que ele já repassa os dez reais, isso
2882 é repassado já desde mil novecentos e noventa sete, quem plantou na época era o serra, os dez
2883 reais por capitação precoce da gestante desde que o município registre no SIS pré-natal eles estão
2884 alocando um recurso de cinquenta reais por os exames, então na verdade, assim o Mãe Paranaense
2885 é o rede cegonha no Paraná e isso a gente já discutiu com o ministro Alexandre Padilha, com o
2886 Euvécio, inclusive ele estava hoje na inauguração no nosso hospital do idoso e é referendado pelo
2887 próprio ministério da saúde, o próprio ministro falou no Paraná a rede cegonha é a rede mãe
2888 paranaense, até porque nós estamos botando uma azeitona na empadas dele, porque ele não faria
2889 para o Paraná todo, ele tem só aos vinte e nove, nós estamos trabalhando toda vinculação a
2890 classificação a carteira da gestante que o ministério não está dando, da criança enfim, todas as
2891 ações, garantindo os exames de pré-natal todo o acompanhamento para todos os municípios, então
2892 acho que esclarecem aí, nós não estamos, se alguém está pegando carona não somos nós, pelo
2893 contrário. A questão do usuário SUS e não SUS, obviamente quando nós analisamos os óbitos ADN
2894 de todos os nascimentos, avaliação da gestante, os óbitos maternos e infantis é dos 100%, claro que
2895 nos preocupa o convenio que o Paulo Donadildo colocou, o particular só que nós não temos

2896 ascendência sobre esses serviços por que nós temos hospitais que atendem exclusivamente
2897 convênios de particulares aqui nessa cidade Maternidade Curitiba não atende SUS , maternidade
2898 Santa Brigida não atende SUS, aliás esse é o problema do Mãe Curitibana hoje, os óbitos que
2899 ocorrem hoje não são das gestantes acompanhadas no Mãe Curitibana, a mortalidade materna hoje
2900 chegou num patamar em Curitiba por conta dos óbitos que correm convênio particular, que aí nós
2901 estamos discutindo com a sociedade científica, com esses profissionais da academia por que do
2902 ponto de vista do SUS eu posso discutir um protocolo do HU, posso discutir um protocolo do
2903 hospital municipal, mas eu não tenho como entrar num hospital do ponto de vista da condição de
2904 atendimento, claro que nós sabemos que a nossa ação vai influenciar neles e que o óbito impacta
2905 aqui porque eu não separo o óbito de um de outro, mas que nós não infelizmente não temos ainda a
2906 ascensão do poder da qualidade, que muitas vezes no hospital bonito não significa que tem
2907 qualidade gente, granito o, mármore uma recepção cheio de flores não significa que tenha as
2908 condições adequadas para que bactéria, cuidado, enfim outras ações conduta profissional é
2909 complicado, acho que a Renê já falou para Elaine questão de indicador de resultado e de processo
2910 que, com relação aos indígenas que o leite colocou, nós já fizemos uma reunião, e tive oportunidade
2911 por uma situação que aconteceu aqui em Curitiba receber os caciques das aldeias indígenas, eu
2912 digo que a gente teve um problema que eles invadiram aqui o escritório do Ministério da Saúde, né
2913 Isa e vieram nos visitar e foi muito boa conversa, foi a melhor conversa que tive nessa secretaria
2914 tentam, foi com os caciques das aldeias, eu conversei com os caciques, Palmas, Medianeira, São
2915 Jerônimo da Serra enfim, tinham vários aqui eu não vou citar todos para não cansá-los, e é a
2916 angústia deles, gente, quando coloquei a proposta do mãe paranaense, eles estão abertos, inclusive
2917 já temos uma proposta de agenda com o Ministério da Saúde que cuida com o distrito sanitário
2918 indígena aqui no Paraná para a gente trabalhar com essas aldeias, os caciques estão abertos para a
2919 gente trabalhar, eu falei que nós vamos fazer capacitação, que nós vamos trabalhar, entrar pra
2920 dentro, fazer essa discussão e integrar junto com os secretários municipais onde essas aldeias,
2921 Medianeira enfim, onde essas aldeias, Mangueirinha, onde elas estão alocados, então a conversa foi
2922 muito boa e a gente vai trabalhar junto nessa questão, com relação a Guilherme colocou, do Nácio
2923 nós temos uma diretriz sete dá atenção primária Guilherme, é lá que nós vamos tratar do Nácio, aqui
2924 eu só citei que ele também é um elemento de apoio com relação as equipes e pode apoiar muitas as
2925 equipes de atenção primária, ainda com relação ao que o Paulo colocou da sífilis, nós uma proposta
2926 aí com o **Sezifredo** de tornar, nós temos um sistema de gerenciamento de ambiente laboratorial e a
2927 gente quer estar pensando inclusive de tornar obrigatória a notificação de todos, a gente receber
2928 todos os resultado por exemplo de sífilis e a gente fazer o monitoramento disso para ver se essa
2929 gestante foi tratado seu parceiro, em fim a gente ter um monitoramento disso, isso está no escopo da
2930 proposta do Mãe Paranaense, acho que isso Azevedo pode falar. É, essa questão é muito
2931 importante porque, todos os laboratórios que integram a rede pública de saúde, devem se incorporar
2932 a esse sistema que se chama gerenciamento do ambiente laboratorial, o que significa isso? Tudo
2933 resultado deve ser colocada nesse sistema e nós teríamos acesso a esse resultado, então, por
2934 exemplo, uma mãe teve toxoplasmose, AIDS identificado ou sífilis, o laboratório deverá colocar o
2935 resultado nesse sistema e através de um gerenciamento que a gente faz, a gente pega resultado e
2936 pode desencadear uma ação de monitoramento daquela gestante , isso é uma questão que talvez a
2937 gente possa pôr no termo de adesão ao Mãe Paranaense, para os laboratórios públicos ou
2938 conveniados ao SUS, então isso vai possibilitar que a gente identifique que determinada gestante
2939 teve uma positividade para uma dessas doenças e ela passa a ser monitorada daí por uma estrutura
2940 de saúde. Eu acho que tem a questão que a Elaine colocou é implantação da segunda opinião, o

2941 que é a segunda opinião? Eu não queria adiantar, porque a Regina vai falar isso quando a gente
2942 trabalhar diretriz de educação permanente. Segunda opinião aqui e o tele saúde são hoje,
2943 estratégias que nós temos disponível na atual tecnologia do mundo atual, com trabalhar por
2944 exemplo, profissional está acompanhando uma gestante lá na atenção primária, ele identifica, por
2945 exemplo, vou pegar a sífilis aqui, uma situação de tratamento que essa gestante está reincidindo ou
2946 qualquer coisa, ao invés de ele já encaminhar, ele entra, ele vai estar vinculado a um profissional,
2947 uma equipe de universidade, vai mandar um email relatando a situação e pode receber uma
2948 orientação, olha tente tal medicação, faça tal exame e tente tal abordagem, muitas vezes antes de
2949 encaminhar um paciente e ele pode ajudar inclusive na formação dele, ele acaba capacitando esse
2950 profissional da atenção primária como agiliza o procedimento da atenção daquela paciente, daquele
2951 paciente, acompanhando uma criança de risco enfim, várias situações, então a segunda opinião é
2952 nesse sentido, hoje com a Internet, nós temos aí vídeos conferência que nós estamos implantando
2953 nas nossas regionais que nós vamos trabalhar a questão da capacitação de deslocar muitas vezes o
2954 profissional, você ter uma, e a questão do tele saúde na mesma linha de trabalhar com as
2955 universidade obviamente tem que ter, quem tem é notório saber e nós temos universidades
2956 felizmente muito bem distribuídas no Paraná, em todas as regiões para trabalhar essa questão do
2957 Tele saúde e a segunda opinião. Da mesma forma implantação da central de atendimento, que a
2958 gente está pensando, junto com a regulação que nós estamos implantando ter um local onde
2959 gestante possa numa situação de risco, cheguei aqui me mandaram meu hospital que está vinculada
2960 aqui, cheguei aqui, disseram que não tem leito, ela imediatamente poder ter um local para ela se
2961 comunicar o alguma situação. Eu estou com gripe e me deram esse remédio, posso tomar ou não
2962 posso tomar? Enfim, ter orientações para ela e a gente está estruturando essa proposta. Acho que
2963 com isso, não sei se eu esqueci de alguma coisa. Então com isso a gente encerra essa primeira
2964 diretriz para nós estarmos passando para a segunda, antes disso eu gostaria de estar vendo com a
2965 plenária que a nossa pauta está até as dezessete e trinta, nós poderíamos ir até as dezenove horas,
2966 o que o plenário me diz? Ok, ok plenária? Não mas daí não gostou tem que falar. Estou
2967 perguntando, ninguém fala. Quem concorda que a nossa reunião vai até as dezenove horas, por
2968 favor, levante o crachá? Ok, então nós vamos até as dezenove. Bem, boa tarde a todos novamente,
2969 a segunda diretriz ela diz respeito à implantação dos componentes da rede de atenção às urgências
2970 e emergências do estado do Paraná. Para que a gente possa compreender as ações que estão
2971 propostas aqui em conjunto do que significa a rede, quero fazer uma rápida contextualização
2972 novamente a respeito da urgência, toda condição clínica de qualquer paciente, seja ela crônica, ou
2973 seja, ela aguda ela pode cursar com situações de urgência. Urgência vai desde uma sensação
2974 individual de insegurança, de medo, dor até uma lesão auto provocada, uma lesão externa, um
2975 quadro infeccioso, um quadro neoplásico que cursa com dor abdominal, qualquer doença, qualquer
2976 condição, ela pode apresentar quadros de urgência em qualquer momento da sua evolução. Para
2977 aquecer uma rede atendimento a urgência? Cada patologia tem uma gravidade diferente, tem,
2978 portanto prognóstico diferente e tem um tratamento que precisa ser desencadeado para aquela
2979 condição clínica do doente, tratar a urgência não é tratar definitivamente a doença que o paciente
2980 tem, às vezes, a doença é a própria urgência, ou seja, atropelado fratura de perna o tratamento da
2981 urgência inicia com o tratamento inicial da urgência da fratura, estabilização e conclui quando dali a
2982 sete ou oito meses se consolida a fratura e o paciente tira o gesso e está reabilitado e volta a andar
2983 normalmente, toda doença então pode ter acometidos urgentes em qualquer momento do seu ciclo
2984 evolutivo, um sistema de urgência tem que ser capaz portanto, de receber todas as demandas de
2985 urgência que a população apresenta e qualquer usuário que tenha uma situação que ele considera

2986 urgência, ele pode solicitar o pode se encaminhar a um atendimento que ele escolha, se esse
2987 usuário não consegue por si próprio se deslocar, alguém pode levá-lo, um familiar, um indivíduo está
2988 inconsciente na rua vai ser atendido por um serviço de ambulância, alguém vai colocá-lo no carro,
2989 vai levá-lo até a uma entidade qualquer, um serviço de saúde qualquer. Muito bem, quando se
2990 estabelece então esse diferencial? Doença episódio de urgência. Esse episódio precisa ter uma
2991 classificação em termos de gravidade de risco que esse paciente possa ter, uma doença grave como
2992 a neoplasia, não tem de começar o tratamento em trinta segundos pode começar em cinco dias uma
2993 semana, sem prejuízo da evolução final. Um ferimento de arma de fogo no abdômen, com
2994 sangramento hepático, tem que começar em trinta segundos se possível, portanto cada episódio de
2995 urgência tem um risco associado e que precisa ser identificado não pelo cidadão, pelo usuário, mas
2996 sim pelo sistema, o sistema tem que ter a capacidade de acolher as demandas que o paciente
2997 usuário tem, classificar o risco iminente desse usuário e estabelecer o tratamento necessário para
2998 aquela situação. De novo quero fazer um comentário. Tratar o momento da urgência não é igual a
2999 tratar completamente a doença, então são dois momentos que tem interligação, mas eles são
3000 intervenções diferentes, o tratamento da urgência, qualquer doença, você precisa ter para
3001 tratamento, um serviço que tenha recursos humanos com condição técnica adequada para fazer o
3002 diagnóstico estabelecer o tratamento necessário e fazer o acompanhamento do quadro até alta
3003 definitiva e tem que ter uma agregação tecnológico para esse recurso humano poder trabalhar, por
3004 exemplo, consultório atenção primária o paciente tem um quadro de cefaléia não muito intensa ele
3005 então se dirige a atenção primária e faz uma consulta que agregação tecnológico precisa para esse
3006 quadro inicial? Precisa de um bom clínico geral, termômetro, estetoscópio enfim, não precisa de
3007 grande agregação tecnológica para esse tipo de situação, mas o paciente que chega inconsciente,
3008 em convulsão já precisa de uma agregação tecnológica mais aprofundada, onde é que eu quero
3009 chegar com esta contextualização? O sistema tem que identificar, qual é o doente, aonde ele está,
3010 localização dele, qual é o risco iminente desse paciente se ele ficar sem assistência, isso vai me dar
3011 uma priorização de atendimento doentes, eu preciso atender mais rapidamente quem tem um quadro
3012 de maior risco neste momento e o eu preciso de direcionar e paciente para porta correta do o
3013 sistema de saúde, vamos fazer a seguinte experiência, eu sou um indivíduo alcoolista, tabagista e
3014 que têm uma dieta totalmente desregrada, o biótipo quase comprova isso, uma barriguinha, ou seja,
3015 eu tenho um quadro súbito de cefaléia, se eu por minha própria vontade procuro qualquer porta do
3016 sistema de saúde, eu possa entrar na porta certa, eu não sei disso mas neste momento a minha
3017 cefaléia é uma ruptura de um aneurisma cerebral que está começando com quadro inicial de cefaléia
3018 pequena e daqui a um hora eu estarei em coma, e eu não sei disso ainda, mas eu procuro
3019 atendimento onde eu acho o primeiro lugar que eu acho que melhor para mim. Ah essa dor de
3020 cabeça eu sempre vou ali à farmácia e ali na farmácia eu sou atendido, quando nós permitimos pelo
3021 sistema de saúde que o usuário escolha indistintamente a porta e nós não regulamos o acesso
3022 desse usuário, ele não tem obrigação de saber aonde que ele tem que ir, mas nós temos que dizer,
3023 o que acontece? Um paciente como esse, por exemplo, podem ir para o hospital que tem um pronto
3024 atendimento de uma cidade que tem quinze mil habitantes qualquer do estado Paraná e que tem um
3025 plano atendimento que tem lá um clínico geral que atenda que pacientes, bom é um quadro que o
3026 médico diagnosticou como um provável AVC, vá internar esse paciente, o que significa isso? Nesse
3027 hospital ele não tem tomografia, ele não tem capacidade completar o diagnóstico correto desse
3028 paciente e muito menos de fazer o tratamento, no entanto, o sistema permite que ele interne o
3029 doente, resultado, nós, gestores do sistema, nós conselho, estamos validando, muito bem, internou,
3030 ah beleza interou. Aonde, num hospital que não tinha capacidade de resolver o problema, gastamos

3031 a primeira vez, o que está acontecendo com esse paciente enquanto ele não chega la no hospital
3032 para fazer o seu tratamento neurocirúrgico? Esta passando o tempo. O tempo está passando, a
3033 doença está evoluindo, a gravidade do paciente está aumentando, ai chega o momento que o
3034 sistema de saúde pede para o paciente ser transferido. Ah olhe, eu estou com um paciente grave
3035 ontem transferi-lo pelo amor de Deus, urgência, emergência ta internado, esta morrendo. Bom
3036 estava assim desde ontem, mas agora virou uma emergência, aí a gente corre com sistema todo
3037 regulação, leito, ambulância por a gente faz uma intermediação de uma vaga e aí quem que leva o
3038 doente, de que maneira ele vai? Ele ai de ambulância UTI? Ele vai e a pé? Ele vai de táxi? Quem
3039 vai levar esse doente? Então essa desarticulação dos serviços que a gente tem hoje no estado do
3040 Paraná é responsável sem dúvida pelo fato de que a gente, nós não temos notícia de que as
3041 pessoas não são atendidas na urgência do Paraná, elas são, só que são atendidas em locais de
3042 pouca resolutividade desarticulados e conseqüência temem que nós não estamos trazendo benefício
3043 para o cidadão, quando a gente propõe uma rede de urgência, a gente precisa ter mecanismos que
3044 garantam que esse paciente em qualquer lugar onde ele se apresentar, ele vai ter a classificação de
3045 risco do quadro dele e o direcionamento uma vez só, para o local ideal, o mais ideal possível que
3046 seja adequado para ele, respeitando os tempo resposta necessário para todos tratamentos e que
3047 nesse local definitivo ele tenha agregação tecnológica suficiente para aquele caso. Voltando lá atrás,
3048 quando a gente fala em urgência e emergência, qual é a primeira coisa que vem na cabeça da
3049 gente? Hospital lotado. Médico bravo com muito paciente para atender, o paciente morrendo na
3050 marca deitado no corredor, briga na porta, o indivíduo brigando porque ele quer consultar e outro
3051 levou um tiro, quem que tem que ser atendido primeiro? Ontem na comissão a gente estava fazendo
3052 essa apropriação e o falei assim: na unidade básica de saúde, qual é o paciente chega primeiro de
3053 manhã cedo, para pegar, tirar a consulta? É o que está mais doente ou é o que está menos doente?
3054 Porque o que está menos doente se mobiliza mais rápido, não está tão doente assim a ponto de não
3055 conseguir pegar ônibus ou ir a pé, então quem chega antes está menos doente que quem chega
3056 depois, porque quem chega depois as vezes nem chega. Se nós não permitimos que haja
3057 classificação correta desse risco, nós vamos atender todos pacientes em momentos inadequados,
3058 então essa contextualização da base para que a gente entenda quais são as ações que a gente
3059 propõe aqui. No nosso plano de ação existem nove componentes que nós vamos trabalhar, dentro
3060 dessa rede. Os componentes estão descritos aqui, mas de qualquer maneira eu quero revisar eles
3061 todos com vocês. Os nove componentes, desses nove componentes aqui, sete componentes são os
3062 mesmos componentes da rede de urgência que o Ministério da Saúde propõe na portaria um mil e
3063 seiscentos. Está no documento né? Então, os componentes que contém o nosso plano que são
3064 exatamente similares ao do Ministério da Saúde é: promoção e prevenção, vigilância, atenção
3065 primária em saúde, o SAMU, sala de estabilização, UPA, porta de emergência hospitalares e
3066 atenção domiciliar, dois componentes que estão aqui, não são detalhados na portaria um mil e
3067 seiscentos que é componente de atendimento aero médico, componente complexo desfibrilador,
3068 existe um componente na portaria um mil e seiscentos que é a força nacional do SUS que não tem
3069 uma ação específica do estado, porque é uma organização do Ministério da Saúde para grandes
3070 atendimentos de catástrofes, etc., então as ações. Pode passar por favor. Existem catorze ações
3071 propostas e as ações são as seguintes: a ampliação e qualificação do componente hospitalar do
3072 SUS através do HOSPSUS, o aumento de leitos de UTI adulto e pediátrico, leitos de retaguarda
3073 clínico cirúrgica, serviço hospitalar de emergência, prontos socorros, helipontos e ampliação do
3074 parque de e equipamentos de diagnóstico e terapêuticos, ou seja, ampliar a capacidade de leitos
3075 qualificados. Dos vinte e dois mil leitos no estado do Paraná, cinqüenta por cento deles São leitos

3076 que se situa em hospitais de pequeno porte, menos de cinqüenta leitos, um hospital que tem
3077 cinqüenta leitos, não tem atratividade para uma equipe médica especializada, o médico não se fixa
3078 nesse, o especialista não se fixa nesta unidade hospitalar. Pensando só no componente hospitalar,
3079 se nós não oferecermos condição e segurança para o atendimento do paciente, não haverá médico
3080 que aceite trabalhar como especialista, o que nós fazemos então com esse componente hospitalar
3081 hoje no Paraná? Metade dos nossos leitos não são leitos adequados para atendimento de urgência e
3082 nós financiamos todos esses leitos, o que precisava haver, uma inversão, uma qualificação desses
3083 leitos, ou eles, ou nós aumentamos o número de leitos nos capitais de alta complexidade ou
3084 desenvolvemos os leitos onde eles estão, criando condição para que o hospital tenha atratividade e
3085 fixe equipe e equipamentos. O segundo componente, a segunda ação é a implantação do complexo
3086 regulador de assistência com ampliação reforma e a articulação da central de regulação do SAMU e
3087 das centrais de leitos macro regionais estadual e aí tem uma articulação com a segurança pública,
3088 porque no manejo numa situação de urgência tem situações em que você precisa de articulação com
3089 a segurança pública para que você possa manejar situações que no ambiente de atendimento pré
3090 hospitalar são próprias da segurança por exemplo, tenho um tiroteio e tem um paciente ferido a
3091 ambulância vai atrás do ferido, no entanto se ela entrar no meio do tiroteio vai ter mais feridos, o
3092 motorista da ambulância, o médico, o socorrista, então precisa haver essa articulação, isso
3093 compõem o complexo regulador. Terceira ação, implantação e consolidação dos doze SAMUS
3094 regionais que estão listados aqui. A quarta ação, implantação no atendimento e resgate aero médico
3095 com helicópteros e vinculados ao SAMU e avião para a transferência de pacientes, é importante
3096 ressaltar o seguinte, um helicóptero ele é muito mais rápido que uma ambulância, no entanto ele
3097 pousa em lugares restritos não consegue chegar em todos lugares possíveis, dentro de um
3098 helicóptero, nós temos condição técnica de fazer o resgate e a estabilização de qualquer doente, no
3099 entanto para transferência de um paciente que necessita de vaga de UTI, que já está em tratamento
3100 determinado hospital, o helicóptero tem algumas restrições, de espaço físico, de capacidade de
3101 oxigênio de alimentação elétrica e principalmente de capacidade de manejo do paciente, salvo um
3102 mega helicóptero que você possui uma sala inteira lá dentro, os helicópteros normais você não
3103 consegue fazer isso, helicóptero é um veículo para resgate, transferência rápida de pacientes, tem
3104 uma área de abrangência aproximada de duzentos e cinqüenta quilômetros em relação a sua base
3105 principal, já o avião é um equipamento que pelo fato de ser mais espaçoso, poder voar à noite, em
3106 condições climáticas diferentes do helicóptero, porque helicóptero só voa normalmente em
3107 condições diurnas e que você tenha visibilidade, portanto nem todo dia toda hora o helicóptero vai
3108 estar disponível, o avião sim, consegue fazer essa transferência com segurança, mas o avião só
3109 pousa onde tem aeroporto, e o aeroporto não é do lado do hospital, então o transporte aero médico
3110 tem que ser entendido como componente muito bem articulado, mas fundamental para essa
3111 transferência. Quinta ação, implementação no serviço de trauma, resgate e SIATE mediante a
3112 ampliação do SIATE e qualificação, vinculando-os ao SAMU regional, garantindo regulação médica
3113 de todas as ambulâncias da frota, existe ambulância hoje do corpo de bombeiro que presta um
3114 serviço inestimável para a população, porém sem regulação médica, o que isso significa? Essa
3115 ambulância está atendendo não necessariamente com a priorização provavelmente correta, nós
3116 temos que regular dessas ambulâncias, pra que a gente use corretamente o recurso, continuem
3117 atendendo, mas com a priorização correta e principalmente o direcionamento para receber o
3118 hospitalar e pré hospitalar correta. A sexta ação, implementação no serviço de transporte inter
3119 hospitalar, quando o paciente está no hospital e precisa transferência para outro que é um paciente
3120 crítico ou o de risco, é necessário que haja a transferência com uma equipe médica acompanhando

3121 esse paciente, esse serviço já é prestado no estado do Paraná, por dez ambulâncias que a SESA
3122 administra regionalmente. Esse serviço tem que ser integrado ao SAMU, é a mesma natureza de
3123 serviço, serviço de transporte de pacientes e atendimento, então a vinculação do transporte aero
3124 médico, o SIATE e as unidades de porte avançado com a estrutura do SAMU. A sétima ação,
3125 qualificação das equipes assistenciais de toda equipe assistenciais de toda a rede de urgência,
3126 abrangendo processo de classificação de risco e protocolo assistenciais. Classificação de risco é um
3127 termo que muitos serviços já conhecem e alguns já utilizam, muita gente não faz a menor idéia do
3128 que seja e precisa haver essa classificação para que a gente atenda o doente certo, no momento
3129 certo com recurso correto com o gasto adequado e com a eficiência necessária e os protocolos
3130 existenciais a cada semana são publicadas centenas de artigos científicos, fazendo revisões
3131 bibliográficas, novos estudos, interpondo novos tratamentos, que acabam sendo incorporados no
3132 sistema de saúde, os protocolos assistenciais que eu aprendi quando eu me formei, por exemplo,
3133 em mil novecentos e oitenta e quatro, já vai um tempo atrás, metade deles já não serve para mais
3134 nada hoje em dia, metade acho que é pouco, muito menos da metade serve, é necessário capacitar
3135 novamente as equipes na urgência para que usem tecnologias mais eficientes que podem-se até ser
3136 mais caras nesse momento, mas o ganho de benefício no final é vantajoso, então essa capacitação
3137 fundamental. A oitava ação, implantação da classificação de risco em todos os pontos de atenção, a
3138 partir da atenção primária e estendendo se a todos os demais, a atenção primária e tem uma função
3139 fundamental na urgência, por mais que ela não vai tratar do doente e crítico, mas ela vai tratar e
3140 absorver uma grande parcela dos pacientes de urgência que hoje procuram os hospitais
3141 superlotando as emergências e não precisa estar no hospital, concorrendo com o paciente
3142 acidentado grave ou com infartado, a atenção primária tendo acolhimento para esse paciente, uma
3143 palavra um pouco vencida, mas enfim, acolhendo essa demanda reinserindo esse pacientes, dando
3144 continuidade ao tratamento do paciente, reduz a pressão sobre a urgência e a classificação de risco
3145 tem que compensar a partir da atenção primária, quando na atenção primária o doente for com a
3146 gravidade acima do que seja sua resolutividade, é acionadas o SAMU, é referenciado o doente para
3147 a transferência. A nona ação, desenvolvimento e implantação do protocolo assistenciais na urgência
3148 e emergência baseados em evidências científicas se implantados todos os pontos da rede, ou seja,
3149 quanto mais uniforme for o tratamento do enfarte em todas as unidades do estado, quanto mais for
3150 uniforme ao tratamento do trauma, nós ganhamos eficiência, ganhamos foco, ganhamos a economia
3151 de escala e escopo. A décima a ação, implantação de tele medicina, linhas de cuidado, cardio,
3152 cérebro vascular e de trauma em serviço de referência nessas três linhas de cuidado, para que serve
3153 a tele medicina? Suporte clínico especializado para profissionais que na urgência tem um quadro
3154 que ele não consegue, tem limitação de conhecimento técnico para manejar, ele pode acessar um
3155 colega especialista mediante a tele medicina e que possa confirmar ou afastar o diagnóstico daquele
3156 paciente. A tele medicina evita o encaminhamento desnecessário de paciente, retém o paciente no
3157 seu município de origem sem necessidade que eles se desloque, sem gastar, entre aspas, uma
3158 consulta especializada inútil, a tele medicina pode propiciar isso. A décima primeira ação,
3159 implantação do núcleo técnico de manejo e desastre, qualificação da resposta mediante e
3160 equipamentos, protocolos e potencializando a resposta do SAMU e do SIATE, desastres gente, nós
3161 temos aqui no Paraná mais freqüentemente são desastres de origem natural, chuvas, enchentes,
3162 secas, ou seja, e com isso a geração de vítimas, mas temos também desastres de ordem
3163 tecnológica, capotamento de uma Kombi com cinco pessoas num local onde você não tem nenhum
3164 hospital de referencia para tratar um trauma grave, isso é um desastre, você precisa identificar e
3165 manejar isso adequadamente. Quem tem que fazer isso? Quem tem de fazer isso é a equipe pré-

3166 hospitalar e direcionar, mas é uma articulação que tem que estar bem feita com a defesa civil
3167 inclusive. Décima segunda ação, implantação da estratégia de prevenção de agravos com ações
3168 intersetoriais para redução de incidência de agravo da saúde, e isso é muito importante
3169 principalmente na questão da causa externa, é uma parte importante da causa externa que diz
3170 respeito à violência interpessoal, a maior mortalidade por causa externa que nós temos hoje no
3171 Paraná, é violência, não é acidente de trânsito e a violência ela tem um caráter de dolo quando ela é
3172 gerada, isso portanto uma articulação inter setorial, não é só a saúde que podem fazer reduzir esse
3173 índice, mas a articulação inter setorial é que vai fazer isso diminuir, se nós não diminuirmos a
3174 quantidade de pacientes em situação de urgência, nós não teremos capacidade de atender a todos
3175 pacientes. Décima terceira ação desenvolvimento da operação verão saúde atual. A Décima quarta.
3176 Bom isso é durante operação verão com grande deslocamento de grande contingente de pessoas de
3177 um lugar para outro dentro do estado, onera a estrutura de saúde daquela região, precisa haver uma
3178 estratégia de reforço sempre que se identificar esse deslocamento. A Décima quarta ação e a
3179 estruturação da rede existencial para atendimento a evento da copa do mundo em dois mil e catorze,
3180 aí existem cinco indicadores que estão estabelecidos, sendo que três deles são originários do
3181 COAPI, os primeiros dois não são originários do COAPI, e para dois mil e doze reduzir em meio por
3182 cento a mortalidade por causa externas, exceto violência, em relação a 2010, esse indicador para
3183 2013, 2015 é reduzir em até dois ponto nove em relação a 2010, o indicador a taxa de mortalidade
3184 por causa externas por cem mil habitantes. O segundo indicador é a taxa de mortalidade por
3185 doenças cardio cérebro vasculares na faixa etária de 0 a 79 anos por 100 mil, a meta é reduzir em
3186 um 1% para 2012 e 4% em relação a 2010 até 2015. O terceiro indicador, proporção de unidades de
3187 saúde com serviço de notificação da violência implantada, para dois mil e doze, dez por cento, para
3188 dois mil e treze a quinze, trinta por cento. O quarto indicador, percentual de regiões de saúde coberta
3189 pelo SAMU, para dois mil e doze, quarenta e cinco por cento das regionais de saúde, ou seja, dez
3190 regionais de saúde totalmente coberta pelo SAMU em dois mil e doze e para dois mil e quinze cem
3191 por cento. O quinto indicador proporção de internação de urgência e emergência reguladas, ou seja,
3192 que o sistema direcionou esse paciente para a internação, que não foi gerada pelo próprio pronto-
3193 socorro, para dois mil e doze, trinta por cento e para dois mil e quinze, cinqüenta por cento. Então
3194 essas são as metas e estou a disposição para os comentários. Só um pouquinho, seu Manoel, tem
3195 alguma comissão? Qual comissão? Acesso, ta. Então pode começar SISTE. **Nilson**, Sindicato dos
3196 Farmacêuticos, coordenador da SISTE, a comissão solicitou uma inclusão de texto na ação número
3197 doze, para facilitar e ficar mais claro a ação do centro estadual de saúde do trabalhador, quando ele
3198 for fazer as ações dentro dos municípios, com a inclusão do texto a ação ficaria assim: implantação
3199 de estratégias de prevenção de agravos com desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas a
3200 redução da incidência de agravo da saúde com foco nas maiores causas de mortalidade, inclusive
3201 relacionado ao trabalho. Era isso. Ok. Acesso. Pela comissão de acesso ao SUS, nós discutimos e
3202 nós tínhamos três sugestões aqui para a equipe, nessa primeira meta aonde você tem redução de
3203 taxa de mortalidade, exceto violências, o que o grupo estava discutindo é exatamente essa dúvida
3204 que a violência pode ver por conta de trauma e o Vinícius até explicou que quando ele quis dizer,
3205 quando ele colocou exceto violência, ele quis se referir à violência de causa dolosa, aí a gente ficou
3206 em dúvida se tem como separar, por que o trauma pode entrar no índice, mas como alterar, como
3207 interpretar melhor isso aqui. A outra sugestão é na terceira meta, onde a gente fala em notificação de
3208 violência e o indicador está como proporção de unidades de saúde com serviço de notificação, a
3209 sugestão era colocar porcentagem mesmo, se o objetivo é o trinta por cento lá no máximo, não sei.
3210 A equipe achou que proporção ficaria muito, é, a percentual de notificação. A outra era a última

3211 sugestão, se vocês entendem que valha a pena acrescentar, a sugestão é acrescentar uma nova
3212 meta além das cinco que estão ela atende a ação número um, então colocar uma meta que fizesse
3213 referência à ampliação de leitos de UTI adulto, pediátrico, leito de retaguarda que não contempla
3214 nessas metas, o pessoal achou que valia a pena registrar para poder ter mais garantia que pudesse
3215 essa ação ser contemplada, obrigada. Não, na ação numero um a citação é por todos, leitos de UTI
3216 adulto, pediátrico e leitos de retaguarda clínico e cirúrgico. Ok. Comissão de vigilância DST- AIDS
3217 que foi feito a discussão do plano em conjunto? Sim, tem uma proposta de inclusão na ação sete, da
3218 vigilância em saúde, então ficaria assim: qualificação das equipes assistenciais de toda a rede de
3219 urgência e emergência e vigilância em saúde, abrangendo o processo de classificação de risco e
3220 protocolos assistenciais. Também na ação onze, a inclusão da vigilância em saúde, implantação de
3221 núcleo técnico de manejo de desastre, qualificando a resposta mediante equipamentos e protocolo
3222 técnicos e de gestão, potencializando a resposta do SAMU, SIATE e da vigilância em saúde
3223 agregando ação da defesa civil. Na ação doze também uma alteração no texto da seguinte forma:
3224 implantação de estratégias de prevenção e agravos e de eventos adversos de saúde de qualquer
3225 natureza com desenvolvimento de ações intersetoriais voltados à redução da incidência de agravos
3226 a saúde com foco nas maiores causas de morbimortalidade. E por fim na ação catorze, estruturação
3227 da rede assistencial e de vigilância em saúde para atendimento ao evento da copa do mundo de dois
3228 mil e catorze e outros eventos de massa. Seria essa a proposta da comissão. Das duas comissões?
3229 Vigilância sanitária e de DST – AIDS. Ok. Tem mais alguma comissão? Conselheiros? Seu Manoel.
3230 Barrichello, você pediu também? Manuel o usuário, SINDNAP. Eu só quero fazer uma pergunta, é
3231 sobre a emergência que se o senhor falou bastante em emergência, inclusive iniciando a fala, o
3232 senhor falou de um tiro na barriga e tal emergência é parecido com isso, eu só queria saber a
3233 diferença e por que uma fratura de colo do fêmur ela entra como emergência ou ela entra como
3234 eletiva? E se essa eletiva pode se tornar emergência? Dentro do hospital diz que o idoso tem a
3235 resistência muito mais fraca, pode inclusive se complicar e vir a falecer, eu queria saber só a
3236 diferença das duas. Evilásio. Alô, **Evilásio** conselheiro usuário. Dentro dessas propostas, eu não vi,
3237 você colocou quase tudo aqui, menos o atendimento ao acidentado no trabalho ao trabalhador,
3238 inclusive o senhor comentou aqui, teria um desastre caso houvesse um acidente em um local onde
3239 não tivesse atendimento de qualidade, aí são dois desastre, são um pelo acidente em si e outro pela
3240 falta do atendimento ao usuário, então eu fico preocupado na questão do trabalhador, a identificação
3241 em determinados setores em determinados locais do estado, determinadas cidades, municípios aí,
3242 que não tem uma qualificação para identificar um acidentado do trabalho, muitas vezes e eles
3243 procuram o sistema e não tenho uma resposta e dentro deste plano e desses catorze itens em aqui,
3244 não está descrito nada a respeito. Jorge. **Jorge** Ministério da Saúde, na verdade eu tenho só uma
3245 dúvida eu queria só um esclarecimento aqui, quando a gente fala em desastre, a associação de
3246 imediato é com eventos de ordem natural, no entanto nós temos também os acidentes com produtos
3247 químicos, têm um potencial danoso bastante elevado, quando se fala aqui implantação do núcleo
3248 técnico de maneja e desastre, qualificando a resposta mediante equipamentos protocolos técnicos e
3249 de gestão, para mim não ficou claro aqui, não sei se é só uma questão de terminologia, a questão da
3250 capacitação dessa equipe para essa resposta. Jeremias, e na fala do Jeremias nós estamos
3251 encerrando as inscrições, nós temos o Jeremias e o Arruda. Solange, quem mais esta pedindo? Fala
3252 o nome, por favor? Então nós temos o Jeremias, o Arruda, a Solange e o Dalton? Valton. Tudo bem,
3253 eu vou pedir desculpas pelo plenário se eu estou equivocado, então assim, na ação doze
3254 implantação de estratégias de prevenção de agravos, com desenvolvimento de ações inter setoriais
3255 voltada a redução da incidência, e na catorze, a estruturação da rede assistencial para atendimento

3256 ao evento da a copa do mundo de dois mil e catorze, agora tem uma proposta de aumento, de
3257 complemento, com a qual eu concordo também, me parece que foi aprovada ontem o antes de
3258 ontem na Câmara, a lei da copa e uma e com a liberação de vendas de bebidas alcoólicas, eu acho
3259 que vai pro senado se eu não me engano, politicamente, quer dizer, não seria importante uma
3260 posição do conselho com relação a isso? Talvez não seja este o momento oportuno, mas existe
3261 ainda a possibilidade da gente intervir, vamos colocar assim, enquanto esse projeto está na Câmara,
3262 eu acho que é uma ação, eu fiquei com essa preocupação, não consegui acompanhar direito o
3263 noticiário, mas me parece que é isso que de fato aconteceu. Arruda. Boa tarde, Arruda CRO,
3264 representando o CRO, gostaria de perguntar pro doutor a respeito da urgência e emergência, na
3265 questão de cronologia, logística no atendimento e interestadual, visto que o SUS pode ser atendido a
3266 nível nacional. E eu não vi contemplar essa situação, e os municípios que se encontram em áreas de
3267 divisa, muitas vezes a cidade lado estadual, do outro estado, está mais próxima do que o recurso do
3268 próprio estado, como isso revisto e o que pode ser contemplado? Ok, Solange. Eu estou começando
3269 a achar interessante essa história de processo e coisa, então fica a seguinte sugestão, é, estou
3270 começando, então na questão da pactuação, uma das coisas que a gente colocou é que prevalece la
3271 no três, mas acho que daí tem também a quarta que está pactuando a questão de percentual de
3272 regiões de saúde é coberta pelo SAMU, então não vai poder ser o percentual, eu acho que tem que
3273 ver qual é o indicador, o indicador não é o percentual é o que representa ter essas regionais, o que
3274 vocês querem diminuir ou o que nós queremos diminuir ao ter SAMU em todas as outras, acho que
3275 não, assim como na de cima agente sugeriu que seja a aumentar a notificação, talvez tenha que
3276 pensar num termo para isso aqui, e aí eu pergunto a menina do CREFITO se não caberia aqui, a
3277 gente pactuar alguma coisa no sentido de que, é o que que ficou do agravo do acidente, a gente tem
3278 o que, as pessoas, a questão do óbito, mas ficou a sugestão dela lá na hora que ela está falando de
3279 diagnóstico de que aqui a gente pactuasse alguma coisa que fosse verificado a consequência,
3280 porque tenho o óbito mas também tem as pessoas que ficam com limitação ou que ficam
3281 impossibilitada de estar exercendo, pensando na questão de saúde do trabalhador, e uma outra
3282 sugestão que fica, é que eu fico muito preocupada que o seu Manuel falou da questão da saúde do
3283 trabalhador, eu acho que aqui tem que ter alguma coisa que a gente veja que seja pactuado que o
3284 trabalhador está contemplado e tem um olhar , aí fica a sugestão que foi falado ontem em alguma
3285 comissão eu ouvi, que nas viaturas do SIATE e do SAMU, talvez não é uma pactuação mas uma
3286 ação que tenha o CAT e que tenham a questão no SAMU e no SIATE que tenham o CAT. Valton.
3287 **Valton**, SINDPETRO. Eu gostaria de saber a respeito da regulamentação dos veículos dos SAMU e
3288 do SIATE, eu não vejo diferença, nem equipamentos e nem nas viaturas, outra coisa, essa central de
3289 tele saúde vai ser parecido com a da SAMU, é do SIATE? Essa e minha dúvida. É isso? Ok.
3290 Questões mais técnicas para o Vinícius responder, em relação à questão de cobertura de região eu
3291 confesso que aqui, eu acho que o ideal é cobertura populacional e não percentual de região de
3292 saúde, até acho que deve ser corrigido imediatamente, até para eu ser coerente com que eu estou
3293 dizendo aqui, até porque o que eu estou dizendo não é invenção minha, gostaria de ser mais se eu
3294 não tenho esse conhecimento de metodologia científica para que me arcar de detentor dessa
3295 novidade, então isso aí uma coisa que já é amplamente conhecido, então é metodologia científica eu
3296 não vou envolver essa discussão aqui, mas eu acho que aqui é cobertura populacional, é quantos
3297 por cento da população a ficar coberto pelo SAMU regional? Quando ficou quarenta e cinco por
3298 cento das regiões, na verdade o ideal é pegar a cobertura populacional do estado para chegar a uma
3299 meta futura de ter a maior parte da população coberta pelo SAMU regional, coerente com o fato de
3300 ser resultado e não processo, processo é desde o momento que a gente vai discutir la no município

3301 e depois discute na região vê como é que vai tocar os unidade de suporte básico , quem é que vai
3302 fazer o gerenciamento da central de regulação, tudo isso é processo, o resultado final é cobertura
3303 da população, quantos por cento da população das regiões vão estar cobertas pelo SAMU regional.
3304 Eu tenho uma certa dúvida na sugestão de ampliação de leitos, por que simplesmente trabalhar o
3305 número de leitos pode não ser a melhor avaliação como indicador, o processo é ampliar leitos mas
3306 eu acho que nós temos que imaginar o que isso significa como indicador de qualidade de resultado,
3307 então eu preferia que fosse discutido um pouco mais isso do que simplesmente aceitar a ampliação
3308 de leito como sendo uma coisa simplesmente, até porque aquela portaria um mil cento e um é de
3309 dez ou doze anos atrás, eu sinceramente não sou tão fiel a entender que ela responda a todas as
3310 necessidades, eu preferia trabalhar mais a questão do acesso aos leitos de UTI necessariamente do
3311 que estabelecer percentual de leitos, sem ter esse cuidado regional do acesso. Bom, se eu
3312 esquecer de alguma pergunta por favor alguém me lembra depois, em relação a inclusão do
3313 acidente de trabalho, tem duas situações aqui a respeito do acidente de trabalho, na verdade a ação
3314 ela efetivamente não detalha necessariamente num diz que também em registrar acidente de
3315 trabalho, quando a gente fala em causa externa de modo geral como é um plano de urgência é para
3316 todo tipo de agravo, inclui necessariamente a causa externa que a maior freqüência do acidente de
3317 trabalho é de origem violenta, mas de qualquer forma se for consenso incluir, eu não vejo problema
3318 nenhum com relação a isso, o acidentes de trabalho em sendo causa externa, ele fica amparado no
3319 guarda-chuva da causa externa, se a causa externa é bem atendida e inclui acidente dentro da
3320 fábrica, o acidente atropelamento, o acidente de trânsito de trajeto, eu não vejo problema com
3321 relação a isso. Solicitação da inclusão da vigilância nas ações da copa do mundo e nas ações sete e
3322 onze, também foi na verdade um foco mais voltado para estruturação da estrutura de resposta
3323 imediata para o atendimento, a vigilância ela tem uma característica de detecção inicial e o manejo
3324 continuado, então ele não ficou bem caracterizado aqui, não acho também nada complicado incluir
3325 isso. Em relação as solicitações da comissão de acesso que ate a gente até discutiu ontem, com
3326 relação a diminuição da mortalidade, exceto a violência, quando eu fiz a descrição disso pra
3327 comissão ontem a tarde, o que diferencia a causa externa, associada a violência e não associada a
3328 violência. Causa externa não é simplesmente agressão, privação de oxigênio, afogamento, uma
3329 queda acidental, existem vario tipos de causa externa que não são necessariamente relacionadas à
3330 dolo, a violência, a causa externa gerada a partir da violência, pressupõe que dentro do ambiente
3331 social que a vítima está inserida, existe um desequilíbrio, vocês sabem bem do que estou falando,
3332 até citei exemplo meu como médico do SIATE desde noventa, eu sou plantonista do SIATE aqui de
3333 Curitiba, hoje em dia, noventa e cinco por cento dos baleados que o SIATE atende aqui em Curitiba
3334 e região metropolitana, estão relacionados ao tráfico de drogas, aí não é a relação ao usuário, mas
3335 sim a briga de gangue o usuário que não pagou o traficante, o traficante quer tomar o ponto do
3336 outro, este fator ele transcende qualquer tipo de possibilidade de acesso de manejo exclusivamente
3337 relacionado a saúde e tem que ter uma ação inter setorial com outras áreas, tem a atenção primária,
3338 claro, na atenção primaria você pode manejar a condição de saúde do paciente e diminuir a
3339 incidência drogadição, ok, eu vou ter lá no futuro menos violência gerada pela drogadição, mas a
3340 violência gerada pelo trânsito, por exemplo, o indivíduo que bebe e bate o carro, é problema de
3341 saúde? Sim, sem dúvida, tem uma vítima , tem uma agravo. Mas esse doloso ou isso é culposo? O
3342 supremo tribunal federal ontem aprovou que passa a ser jurisprudência de que só o exame clínico
3343 antigamente era identificado como prova positiva, não serve mais, é só o bafômetro ou exame de
3344 sangue, se o individuo se recusar a fazer isso, o que isso significa? Eu sou um usuário do sistema de
3345 saúde, bebo e atropelo cidadão e Mato ou levo o cidadão a para UTI, muito bem e eu sou um

3346 criminoso portanto, do ponto de vista moral, do ponto de vista legal, não serei processado, porque eu
3347 me recuso a fazer o bafômetro e não deixo ninguém fazer, bom o delegado vai ter que mandar fazer
3348 a alcoolemia, o dolo tem uma questão fundamental, quando você tem dois pacientes para atender, e
3349 você tem um leito na UTI, isso é freqüente, um dia vai acabar mais hoje não vai acabar tão fácil,
3350 você tem que tomar uma decisão, existem um mérito para se identificar o paciente que vai merecer a
3351 UTI, quando isso tem um viés de dolo, de interação, por exemplo, o rapaz levou um tiro e é um
3352 traficante que foi baleado pela quadrilha e eu tenho um paciente da mesma gravidade de que não
3353 era envolvido em ação criminal, isso na verdade faz com que o sistema de saúde têm que atender
3354 os dois, sem dúvida nenhuma, mas a nossa preparação tem que estar articuladas com outras áreas
3355 inter setoriais, porque enquanto a gente não acabar com essa, digamos assim, essa multiplicidade
3356 de fatores que geram a violência, isso vai sempre agravar cada vez mais a superlotação, então
3357 quando fiz referência à ação da saúde para a diminuição da mortalidade exceto violência, é porque
3358 essa mortalidade de causa externa com a ação de detecção precoce de intervenção rápida de
3359 transporte adequado, centro cirúrgico disponível, UTI qualificada, e isso reduz a mortalidade do
3360 paciente com fratura de colo de fêmur e que não vai te embolia, mas assim, a violência tem outra
3361 gênese e ela por si só, não, a gente não consegue interagir, em relação a notificação de violência, foi
3362 comentado ontem para a gente trocar o percentual de unidades que fazem a notificação pelo número
3363 de notificações, eu entendo assim, não acho incorreto a sugestão, porém vamos supor uma
3364 situação ideal que a gente adota estratégia de ambiente seguros e que a gente faz uma ação
3365 adequada na atenção primária e que reduza a violência, eu não vou ter mais notificação porque não
3366 vou ter mais violência, então se eu espero que haja a notificação é porque eu não estou atuando
3367 para diminuir a violência, eu quero que o tenha antenas abertas para captar a violência, se ninguém
3368 vai lá modificar, e eu imagino que seja que não tem violência, agora esperar que o indicador
3369 aumente e demonstre apenas o crescimento absoluto do número de violência é um indicador
3370 justamente ao contrário do que eu quero, eu quero que eu tenha mais capacidade de captar e que a
3371 notificação seja efetiva, mas que um dia a violência não seja mais notificada porque não tem. Em
3372 relação ao número de leitos, o Renê já definiu. Em relação a pergunta do seu Manoel, a fratura, eu
3373 sou cirurgião então eu posso falar uma bobagem do ponto de vista ortopédico, toda a fratura até que
3374 a gente comprove o diagnóstico e a gravidade, ela é uma emergência, o tratamento da fatura pode
3375 ser feita em caráter emergencial quando você tem comprometimento vascular, tem fratura exposta
3376 precisa de procedimentos cirúrgicos imediato, os seja, situações que você precisa manejar em até
3377 seis horas essa fratura, para o tratamento da lesão fratura, fora isso, ele entra num critério de
3378 urgência ortopédica, e que precisa quando for necessário procedimentos cirúrgicos pode ser feito em
3379 mais de seis homens, pode ser feita em vinte e quatro, em setenta e dois em três dias e existem
3380 vários fatores que justificam eventualmente a necessidade de aguardar essa fixação, a cirurgia em
3381 si, ela não é isoladamente, ela não tem que ser feito só porque existe a fratura, existem condições
3382 clínicas do paciente que pode citar a estabilização, o senhor mesmo citou ontem na comissão, a dai
3383 paciente idoso fica na cama esperando cirurgia, espera uma semana duas semanas, infecções
3384 urinárias, a septicemia, morte. Bem, podem acontecer mesmo, tem que antecipar o tratamento da
3385 fratura dentro daquilo que tenha segurança para cirurgia ser bem realizada, mas que não prejudique
3386 o paciente, mas a grosso modo até confirmação final do diagnóstico definitivo da lesão é uma
3387 emergência, a partir dessa confirmação, é uma fratura de fêmur sem comprometimento vascular,
3388 sem exposição, pode ser operado sem prejuízo para fratura, algumas horas depois. No entanto o
3389 protocolo de entendimento desse paciente, na instituição que está sendo atendido tem que haver um
3390 consenso entre a equipe ortopédica e os anestesistas e a equipe da UTI, qual é o melhor momento

3391 de operar esse paciente, isso a gente trata relativa aos protocolos assistenciais, um protocolo é uma
3392 coisa muito difícil de ser conseguida tem que haver uma certa concordância entre todos os
3393 participantes do atendimento daquele paciente para que aquilo vira uma regra geral e uma regra
3394 geral ela não é uma lei o médico tem por definição autonomia de seguir a sua conduta, a
3395 recomendação de seguir o protocolo é fundamental isso vai salvar mais pessoas mas isso a gente
3396 trata com o protocolo assistencial e não necessariamente apenas como momento da cirurgia. A
3397 intervenção do seu Evilasio, o acidente de trabalho não está incluído, não está detalhada aqui de
3398 fato no texto, como já comentei anteriormente, não é um, talvez seja apenas um esquecimento, na
3399 verdade o trauma é causa externa de modo geral inclui, abrange acidente de trabalho, se houver
3400 necessidade de detalhar, eu não vejo problema de inclui porque ele é uma causa externa em geral é
3401 uma causa externa e que portanto merece o tratamento do mesmo padrão dos outros pacientes. A
3402 intervenção la do seu George, quando se fala em desastres, com situação de desastre ela é um
3403 pouco controversa, cada lugar os um nome diferente, mas nós classificamos em geral, aqui no
3404 Paraná pela experiência do SIATE de Curitiba, nós estabelecemos na verdade e isso embasado na
3405 literatura dois níveis: acidentes com múltiplas vítimas, quando você tem capacidade de gerenciar
3406 todos os pacientes atendidos, sem necessidade de recursos adicional ou sem superlotação da
3407 estrutura, ou sem prejuízo para atendimento iminente, o desastre, ele pode ter causas naturais ou
3408 não naturais, e o desastre, a característica dele é que o número de pacientes ele é maior do que a
3409 capacidade imediata de atendimento, de qualquer forma isso se resolve com o protocolo
3410 assistencial, o protocolo de desastre significa, o que é isso? Qual é a gravidade? Que recursos
3411 necessários? Que eu articulação adicional? Por isso que ficou genericamente não são descrito como
3412 o protocolo de atendimento a desastres. Em relação à situação do Jeremias, em relação ao álcool na
3413 copa, eu acho que é uma ação, me parece que, eu não vi ou texto final da aprovação lá, mas o
3414 encaminhamento que o congresso estava dando é para deixar para os estados decidirem, quem usa,
3415 que não usa, aí é uma questão assim, nós temos o estado que quer álcool na copa ou não quer, o
3416 Brasil abriu mão como federação para com o governo federal e a relação da budwaiser com a Fifa,
3417 etc. quer dizer, transferiu para nós aqui, então a gente vai ter menos quatro patrocínio, vai vir menos
3418 jogo, tem uma porção de coisas que precisam ser visto, mais assim, o álcool é sem dúvida,
3419 isoladamente, o fator mais gerador de violência que existe . Arruda, a pactuação interestadual, o
3420 atendimento da urgência, da emergência, ele tem que levar em consideração uma situação de tempo
3421 resposta. As situações de limite entre dois estados é absolutamente impossível que o município de
3422 Rio Negro, por exemplo, o município de Mafra, que são separados por uma rua, você não tenha
3423 interação entre os dois, tem que ter, por isso que não está detalhado no plano porque já faz parte da
3424 legislação federal, da portaria um mil e seiscentos, a instituição obrigatória dos comitês estadual,
3425 regionais e municipais de urgência, neste comitê é que se deve discutir toda pactuação regional, ela
3426 claro, a idéia é que toda a região seja auto-suficiente na gestão da emergência e os limites entre as
3427 regiões têm que ser tratada entre os comitês, então por exemplo, essas situações que você tem
3428 cidades vizinhas, muitas vezes te recurso em outro estado que não tem aqui e vice-versa, gera a
3429 necessidade dessa pactuação interestadual, isso genericamente já está incluído na legislação geral
3430 na portaria um mil e seiscentos. Em relação a Solange, o percentual do Samu, seja cobertura
3431 populacional acho que daí fica resolvido dessa forma, e com relação ao preenchimento da CAT dos
3432 SAMU, não é impossível, mas eu digo por experiência própria que é muito pouco efetiva essa
3433 notificação, o protocolo prevê atendimento pré hospitalar , pressupõe que você tenha dez minutos
3434 em cena para atender o paciente, estabiliza-lo e levá-lo para o local de tratamento definitivo e
3435 durante esse tempo você tem de continuar atendendo paciente, o foco desse atendimento portanto é

3436 a assistência, a notificação têm que ser necessariamente um complemento disso ,a vinculação de
3437 isso como acidente de trabalho, depende da equipe saber que ela está no ambiente de trabalho,
3438 perguntar para o paciente ter, perguntar para as outras pessoas que estão na região, ele estava em
3439 horário trabalho, eu posso configurar isso como acidente de trabalho ou não? Isso consome um
3440 tempo precioso no atendimento, então acho que a gente pode discutir isso necessariamente com a
3441 vigilância, não há problema nenhum, mas operacionalmente é bastante complexa essa solicitação,
3442 mas é possível levar para uma discussão técnica mais apropriada. Em relação ao Valton,
3443 ambulância do SAMU e do SIATE elas têm uma diferenciação, estabelecida pela portaria vinte
3444 quarenta e oito, que é portaria mãe do SAMU, de dois mil e dois, que estabelece um tipo de
3445 ambulâncias, tipo A, B, C e D. A ambulância do SAMU é uma ambulância do tipo B, quando ela dá
3446 suporte básico de vida, tipo o C quando uma ambulância de resgate, ou seja de do SIATE e
3447 ambulância tipo D, quando essa ambulância leva uma equipe médica e de esses tipos de
3448 ambulância, eles têm equipamentos diferentes e têm equipes diferentes dentro delas, então existe
3449 uma diferença mesmo, mas sem dúvidas que são ambulâncias do SAMU, ela tem que ter hoje
3450 tecnicamente as condições, as mesmas condições que as ambulâncias do SIATE tem que ter, então
3451 a tipo B tem que ser mais completa que a tipo C, então a do SIATE é uma ambulância até mais
3452 simples, ela tem menos, ela pode ter menos equipamentos de atendimento, porque ele só faz
3453 atendimento de urgência traumáticas e os SAMU não, atende o trauma e atende a urgência clínica,
3454 então existe uma certa diferença é uma nuance, mas ela é diferente sim. E por fim essa, a tele
3455 medicina a idéia que você possa ter, por exemplo, paciente que chega na unidade de saúde com dor
3456 no peito, ele não precisa ser transportado para uma unidade dor torácica para saber que aquilo é um
3457 infarto, o médico clínico pode ter um suspeito de infarto, pode rodar um eletro, naquela unidade
3458 saúde, transmitir esse eletro por fax ou meio eletrônico para uma central que ficaria locada, num
3459 local específico, em princípio no hospital universitário ou na própria central do SAMU, o local onde só
3460 fica não é importante porque a distância, onde tem um especialista que diz assim: este quadro
3461 clínico que está me relatando ih este traçado eletro é um infarto, faça esse medicamento agora e
3462 esse paciente transporta pelo SAMU para tal local. Então essa central ela fica à distância e nós
3463 podemos ter e hipoteticamente, por exemplo, ter uma central dessa para atender o estado todo?
3464 Pode, mas nós temos que ter vários pontos de atendimento desse paciente infartado, dispostos o
3465 mais perto possível de tenho infartado, então tem que ter maior quantidade possível de unidades de
3466 dor torácica, a mesma coisa vale para o AVC, acidente vascular cerebral ou derrame, se a gente tem
3467 até quatro horas para fazer o trombolítico, o diagnóstico confirmado pela inter consulta entre o
3468 médico clínico la da unidade ou dá UPA e o especialista em neurologia que está numa central vinte e
3469 quatro horas, aí ele confirma que isso se é ou não é e já indica o início do protocolo, então ela pode
3470 estar vinculada no SAMU ou não. Vamos passar então para a terceira diretriz, que são: a
3471 implantação da rede de atenção a saúde a pessoas com deficiência, quem vai apresentar é a Márcia
3472 Solake. Bom, continuando então a diretriz três, é a implantação da rede de atenção a pessoas com
3473 deficiências, a gente tem uma estimativa que no Paraná, nós temos aí 1.462.233 pessoas,
3474 habitantes com alguma deficiência, seja ela auditiva, física, enfim todos tipos de deficiências no
3475 Paraná, que nós já tínhamos identificado isso lá, quando a gente que avaliou a elaboração do plano
3476 de governo a ,importância de ter uma rede, por isso é uma das cinco redes de atenção e nos
3477 pretendemos implantar no Paraná a rede do portador de deficiência, então não vou me deter muito,
3478 acho que já foi colocada aqui a solicitação da dona Rosalina da gente detalhar um pouquinho a parte
3479 da oftalmologia acho que a gente pode fazer algum o detalhamentos aí com o Paulo Almeida da rede
3480 serviço na área de oftalmo e outros que a gente possa identificar para deixar mais claro a situação

3481 atual e o diagnóstico. O que a gente está propondo para essa rede de atenção? Primeiro a atenção
3482 integral e qualificada, hoje os usuários acabam sendo atendidos da mesma forma em ambientes sem
3483 nenhum cuidado com as especificidades que é o portador de deficiência, a pessoa com deficiência
3484 que, a gente nem trabalhar o cuidado integral na atenção primária, secundária e terciária, então
3485 aquilo que o doutor Renê já falou uma rede, não é só uma rede de alta complexidade que eu voltei lá
3486 os serviços hospitalares, mais eu trabalhar a atenção primária, de novo em entra a importância de a
3487 gente estar apoiando a atenção primária da ela se estruturar na abordagem num plano de cuidados
3488 com esse portador que a gente possa estar apoiando essas ações que muitas vezes são de longo
3489 prazo, um portador de deficiência física por um acidente ou por uma condição que ele tenha, ele vai
3490 precisar ter o acompanhamento aí por exemplo com sua prótese ou com situações aí na atenção
3491 primária também que hoje não faz parte muito do escopo das equipes de atenção primária. A
3492 questão que nós já estamos trabalhando e com o Mãe Paranaense, vocês viram que nós vamos
3493 atuar fortemente na prevenção, quer dizer, se eu consigo eliminar a sífilis congênita do Paraná, eu
3494 estou diminuindo deficiências para frente, que sífilis todos sabem é causador de muitas deficiências
3495 que nós vamos ter e outras situações que nós vamos estar trabalhando aí na questão de prevenção
3496 e identificação precoce das deficiências. O Paraná hoje é um dos estados que já faz todos os
3497 exames previstos aí que o teste do pezinho, digamos assim, que também que pode e nós temos
3498 trabalhado muito fortemente aí com a parceria da fundação ecumênica no diagnóstico e no
3499 tratamento, quer dizer prevenindo essas ações nos vamos ampliar essas ações de prevenção e
3500 promoção. A promoção da melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência, por um meio
3501 de desenvolvimento de ações e inter setoriais, articulação dos três níveis de governo, a gente tem
3502 trabalhado na questão também do atendimento, sempre que indispensável para a assistência, nós
3503 na questão do CONSUS que é o nosso programa de apoio aos consórcios municipais de saúde, nós
3504 estamos implantando uma equipe para dar apoio a atenção primária nesse consórcio para a pessoa
3505 com deficiência, quer dizer, estruturar esse equipe com profissionais, o fisioterapeuta, enfim ter a
3506 equipe lá para dar apoio, fono, para essa equipe fazer um trabalho com atenção primária, então
3507 com a idéia do CONSUS, a gente leva para as vinte e duas regiões pelo menos uma equipe de apoio
3508 e suporte a atenção primária. A prestação do atendimento ambulatorial hospitalar em reabilitação,
3509 nós estamos trabalhando também que já era uma demanda desse conselho e é impedido da
3510 produção e impressão de material educativo, orientativo, divulgação, então para as pessoas
3511 portadoras de deficiência física, visual, auditiva, intelectual ou então cartazes, folders, cartilha e cds,
3512 a gente está trabalhando a capacitação das equipes para essa abordagem e o manejo dos das
3513 pessoas com deficiência a promoção é a melhoria do registro, a gente precisa melhorar muito nosso
3514 sistema de informação e infelizmente ainda a gente não tem muito o hábito das equipes registrar
3515 essa ação, por exemplo, o SEAB que é um excelente sistema que a gente trabalha, nós temos
3516 muito pouco registro, não é que o sistema não existe, sistema existe e existe a informação mas não
3517 é alimentado, mas estamos trabalhando inclusive, o que a Tatiana está me lembrando ele não
3518 diferencia o tipo de deficiência que é importante para nós para abordagem, mas a gente está
3519 trabalhando muito com atenção primária essa questão da alimentação do sistema de informação,
3520 que para nós a ferramenta para a tomada de decisão. Investimento aí em estrutura e equipamentos
3521 e unidade de saúde, observada sensibilidade, quer dizer, todos os nossos projetos, inclusive agora
3522 essas unidades de atenção primária nova, a gente já fez um padrão de orientação de construção,
3523 além de todas regras de vigilância a questão da acessibilidade nesses prédios, nessas estruturas e
3524 todos as construções que venhamos a fazer e obviamente a estruturação e funcionamento do centro
3525 de reabilitação Ana Carolina Moura Chavier que está no e escopo da nossa proposta. Como meta

3526 nós temos a implantação da equipe nos consórcios aí esse ano em três regionais e até dois mil e
3527 quinze em todas as regiões de saúde, a realizar o teste de triagem auditiva em 100% dos nascidos
3528 vivos do estado, que ele vai estar no bojo do Mãe Paranaense e a manutenção disso então até dois
3529 mil e quinze, o testa do pezinho que a gente já vem fazendo, mas a gente manter essa ação, essa
3530 ação é importante e na prevenção de várias deficiências, é isso. Alguma comissão? Orçamento?
3531 Pode falar comissão de orçamento. **Amaury**, DEFIPAR, na comissão foi solicitada a inclusão de
3532 ação relacionada ao fornecimento de ortes e prótese, melhorar as metas e indicadores por estarem
3533 insuficiente para atingir resultados satisfatórios, foi entendido na comissão que é necessário algumas
3534 ações, mais específicas e mais reais que aconteçam nessa área de deficiência porque a gente vê
3535 assim nas ações muita coisa assim na meteórica que vai fazer um folder, implantar uma promoção,
3536 uma implementação essas coisas assim, mas efetivamente você não vê a reabilitação da pessoa,
3537 mas temos um problema grave de, na ortes e prótese que tem uma demanda reprimida de quase
3538 dois anos e isso sempre foi reivindicado uma melhoria nos recursos nessa área e não se consegue,
3539 existe a prevenção, é necessária, como no caso da paralisia cerebral que em contato com as APES
3540 é o grande fator que leva a essa deficiência, são os partos e aí e onde o moderm paranaense vai
3541 entrar de precisa resolver esse problema porque o ministério veio forçando a redução de cesáreas e
3542 aí o médico então devido muitas vezes a essa exigência fica atrasando, atrasando demais esse
3543 parto e acaba a criança nascendo com paralisia cerebral depois, falta oxigenação, quer dizer, então
3544 muitas vezes a cesárea é altamente necessária para você evitar o problema da criança e toda a
3545 família e o sistema todo que vai ser onerado, existem as deficiências que não são previsíveis, não
3546 tem como prevenir, um acidente de trânsito você previne com campanhas mas eles continuam
3547 acontecendo, as pessoas continuam ficando paraplégicos, e sendo amputadas e após isso
3548 acontecer não tem mais o que fazer, você só tem que atender ele nas necessidades dele, ele vai
3549 precisar de uma cadeira de roda vai precisar de uma prótese e isso ele tem que ser atendido e é isso
3550 que não está acontecendo, nós temos uma fila de amputados aguardando há um ano uma perna
3551 mecânica quer dizer pessoa faz a reabilitação, faz a fisioterapia, faz tudo mais é depois do que a
3552 prótese para ser colocado, então isso tem que ser mais efetivamente lutado por esses recursos, o
3553 governo parece que não entende que existem inflação nesse país, a tabela de ortes e prótese não é
3554 reajustada, os prestadores que entregam esses materiais, estão ano a ano piorando a qualidade
3555 porque para eles manterem o fornecimento no mesmo preço de dez anos atrás, ele precisa piorar a
3556 qualidade, então os materiais não são duráveis, todo ano a pessoa volta para a fila de espera, por
3557 que ele precisa de outra hipótese, ele precisa de outra cadeira de roda, então isso tudo tem que ser
3558 melhorado, então essa questão da ortes e prótese e todo o serviço de atendimento ao deficiente é
3559 que precisa ser muito melhorado. Mais alguma comissão? Comissão Rosalina? Comissão? Então
3560 não temos mais comissões. Então Rosalina, depois a mãe Omin. Ah Juliana, desculpa. Boa tarde a
3561 todos, aí nunca falei, ai que vergonha, então por onde o começo? **Juliana**, IBDA, primeiro eu queria
3562 fazer uma correção só, ninguém porta uma deficiência, a pessoa não é portadora de deficiência, ela
3563 tem uma deficiência. Aqui onde diz que o material é ampliado, eu ficaria bem contente se na próxima
3564 tiver esse material ampliado, porque doeu para caramba a cabeça de ler isso aqui, o que mais,
3565 aparte de capacitação dos profissionais por exemplo, que nem a Rosalina estava me contando que
3566 no interior ela vivencia uma questão assim, as vezes tem a capacitação uma pessoa vai de uma
3567 regional, depois na hora que o deficiente precisa de atendimento naquela unidade, cadê a pessoa
3568 que foi capacitada, não está. Então como que vai ser feito isso, a qual é a proporção de pessoas que
3569 vão ser capacitadas, quais os profissionais que vão estar sendo capacitados? Para poder atender
3570 essa demanda de pessoas com deficiência. E nas ações aqui nas metas, não fala se nada das

3571 pessoas com deficiência visual, eu vi ali a triagem auditiva, o teste do pezinho, então na verdade eu
3572 acho que a triagem auditiva já é uma questão que já está atingindo cem por cento dos nascidos
3573 vivos, já tem, já acho que já é direito de ser feito a triagem neonatal. Daí com relação até o que o
3574 Amauri falou, eu alem de portadora de deficiência, falei errado, pessoa com deficiência? Eu sou
3575 enfermeira e eu trabalho na universidade de Tuiuti, la a gente tem, nós somos referência na parte de
3576 aparelho auditivo e não sobra, sobra a consulta da parte de otorrino porque agora a gente só atende
3577 a primeira regional e Curitiba para fornecer a prótese auditiva, então a gente atendia toda a região
3578 metropolitana e não lembro ao certo, acho que de uns oito meses para cá, eu não sei para onde foi
3579 repassado esses pacientes da região metropolitana que era nossa maior demanda, então não sei
3580 para onde eles estão indo, mas nossos otorrino estão lá sem fazer nada, a nossa meta de
3581 atendimento não está sendo atingida e os pacientes estão querendo atendimento, querem ainda
3582 seus aparelhos auditivos e a gente não pode mais fornecer, então queria saber se alguém sabe ao
3583 alguma coisa a respeito disso, acho que é só isso, obrigada. Rosalina. **Rosalina** SEMPRA usuário,
3584 quando coloquei na questão da saúde visual, ela não, talvez assim dentro do gráfico que apresenta
3585 que a população esta envelhecendo muito, e vivendo mais, é uma situação que agrava nessa
3586 questão visual, e o atendimento aí mais de alta complexidade, nessa questão visual, ele está muito
3587 complicado, em outubro eu passei mal da vista, fui encaminhado para o Oftalon, Oftalon ele é um
3588 centro que atende a região norte do Paraná, está centralizada em Londrina, mais ele atende a região
3589 norte, e a doutora que me atendeu, ela disse, eu estou vendo uma situação no teu olho que talvez
3590 pode ser uma doença mais grave mas pode ser o próprio envelhecimento, só que ela não me
3591 encaminhou, ela receitou um óculos, o óculos ainda é experimental e me marcou o retorno para o dia
3592 treze de abril, então isso é em outubro, ser é uma situação mais grave, eu posso ir lá e perder minha
3593 visão, então que eu estou querendo trazer que não era questão visual, acho que talvez dar um
3594 levantada do diagnóstico de isso no estado, como que esta. Tanto na média e na alta complexidade,
3595 e talvez precisa reabilitação de mais serviços, porque a outra situação que agente vivencia la, é os
3596 municípios que enche as Kombi de gente, solta de manhã e volta buscar a tarde, aí o médico não
3597 deu retorno ainda, eles tem que posa, então é uma situação muito grave, que esta ficando igual o
3598 hospital do câncer, as pessoas ficam sem lugar de posa, então assim a questão das ambulâncias, os
3599 problemas não são do meu município, eu jogo la, o local talvez, as pessoas de idade ficam muitos
3600 dele, então a minha colocação nisso, talvez, é que tenha uma revisão desses processos e
3601 atendimento que não fiquem amontoados só num local. Mãe Omin, na fala da mãe Omin, nós
3602 estamos encerrando as inscrições. Eu estou contemplada na fala da conselheira da EBDVA e da
3603 dona Rosalina. Obrigada, Elaine. **Elaine**, SINDSAUDE, é, eu sinto uma falta de poder olhar essas
3604 ações com um diagnóstico mais preciso, porque o diagnostico da pessoa com deficiência tem exatas
3605 sete linhas na pagina quarenta e seis, com um diagnostico, vamos dizer assim, muito superficial,
3606 como é que a gente vai saber se essas ações são adequadas, aí eu vejo assim, uma ação super
3607 importante que é a ação um, assistência a saúde integral e qualificada a pessoa com deficiência, na
3608 atenção primária, secundaria e terciária, mas não tem uma meta pra essa, a mais abrangente não
3609 tem meta, então como é que a pessoa com deficiência é atendida na atenção, lá na atenção básica,
3610 aí como que ela vai pro consórcio na media complexidade, como que ela vem para o centro de
3611 reabilitação ou vem para o CRAID ou algum outro serviço de reabilitação, olha só, a ação um, é a
3612 mais completa e não tem meta pra ela, aí a nossa meta é de novo, teste do pezinho isso de alguma
3613 forma já tem um sistema organizado, já é padronizado, já tem, isso daqui não é que eu quero que
3614 tirem não hein, não, por favor, não é que eu quero que tirem, mas eu acho que a meta, a ação um
3615 não ter meta é ruim, então eu sugiro que para meta um, para a ação um tenha que ter uma meta,

3616 porque ela que abarca toda as deficiências e toda a atenção integral à saúde, tem outras coisas que
3617 eu tenho dúvidas e acho normal ter dúvida porque sei que amanhã os só apresentar esse outro
3618 projeto, enfim, política do CONSUS, SISCONSUS, então no item seis fala de uma coisa que a gente
3619 ainda não tem conhecimento do que é, então eu acho que a gente ainda nem pode se manifestar
3620 sobre o item seis, porque a gente não sabe o que é, e vai ser apresentado amanhã. Tem uma outra
3621 questão que assim, a população precisa de informação, não é à toa que há pouco tempo atrás muita
3622 gente fumava, porque tinha muita propaganda que cigarro era bacana, era a moda e tal, a gente
3623 precisa de muita informação, daí a ação é, produção e impressão de material educativo, também não
3624 tem a meta para ela, se fizer um material educativo, fez a ação, mas não teve meta para, não teve
3625 objetivo, não teve meta pra ela. Na questão do sistema de informação, a todo momento a gente fala
3626 que o sistema de informação da SESA tem problema que no setor X, Y, Z tem falta de informação, e
3627 também não tem indicador nem meta para o sistema de informação, e por fim, o item doze,
3628 estruturação e funcionamento do centro hospitalar de reabilitação virgula, acende a luz vermelha foi
3629 aprovado um projeto de lei de organização social, direcionado, segundo o London, cadê o London,
3630 ele não esta aqui? Segundo o London que foi lá falar na Assembléia Legislativa, então assim, o que
3631 é, como que a gente vai medir, porque hoje o hospital não funciona, ele funciona como um grande
3632 ambulatório e alguns leitos, tem a auditoria da SESA em relação a isso ano passado, e tudo mais,
3633 mas aqui, não ter meta, eu acho que também é uma coisa que, pelo menos para mim acende a luz
3634 vermelha, porque o governo teve todo um desgaste com a população com a sociedade, por conta da
3635 aprovação da lei das OSS, dizem que a direcionados só a esse hospital e daí não coloca meta
3636 nenhum também, então ele vai ficar sem funcionar até quando? Ele vai funcionar quando? Trinta,
3637 não sei aqui, quem é velho conselheiro feito eu, lembra que a gente já viu a apresentação assim, até
3638 o Peixoto ele era na época o diretor dos hospitais, ele disse assim: até dois mil e oito vai funcionar
3639 vinte por cento do hospital, até dois mil e nove vai funcionar trinta e cinco ponto noventa e nove por
3640 cento. Esta até hoje sem funcionar, então acho que aqui também merece uma meta, essas são as
3641 minhas considerações, falando que o diagnóstico de sete linhas para pessoas com deficiência é
3642 realmente uma coisa que me espanta, obrigada. Gisela. **Gisela**, eu gostaria de solicitar alguns
3643 esclarecimentos porque não ficaram, eu não entendi muito bem que, por exemplo, equipes
3644 multidisciplinares implantadas em consórcios intermunicipais de saúde. Eu gostaria de saber,
3645 implantado aonde, no centro de reabilitação, ou como um núcleo de apoio de a saúde da família, que
3646 a gente já viu que estão alguns implantados, gostaria saber o que isso e também a meta cinco que
3647 eu não entendi, acho que a redação ou alguma coisa assim, viabilização acessível para atendimento
3648 às pessoas com deficiência, sempre que indispensável para a assistência, se isso estiver
3649 relacionado com transporte da pessoa com deficiência para reabilitação, isso é bem importante e a
3650 gente, e foi uma solicitação na conferência estadual, e é realmente muito importante articular porque
3651 a gente sabe, muitas vezes as pessoas não têm acesso a reabilitação por não conseguirem ir até o
3652 centro de reabilitação. E eu gostaria de perguntar, já que esse plano foi baseado nas discussões da
3653 conferência estadual, eu lembro que lá a gente discutiu uma proposta trabalhando a importância da
3654 capacitação profissional e da reabilitação para o trabalho da pessoa com deficiência, que não é uma
3655 ação única e exclusiva da saúde, mas que tem uma capacidade importante para permitir o retorno
3656 dessas pessoas ao trabalho e eu não visualizei isso aqui nessas ações, gostaria que você falasse
3657 sobre isso. Solange. Até queria fazer um combinado aqui doutor, que de novo, eu estou entendendo
3658 que o indicador da primeira meta aqui não é, não é um resultado isso aqui, então teria que ver qual
3659 vai ser um indicador e aí fazer um combinado que nas outras que também estão assim que eu já vi
3660 que têm alguns assim, que já se corrija como ficou acordado lá da questão da meta anterior. Peguei

3661 a parte final mais é que o indicador, por que a meta é a equipe, porque não tem equipe. Aqui é
3662 realmente constituir a equipe, porque nós não temos em todas as regionais de saúde equipes
3663 preparadas para atender a pessoa com deficiência, essa realmente vai ser um indicador de resultado
3664 mesmo, nós queremos equipes preparadas para nas unidades especializadas estarem atendendo, e
3665 aí é equipe multi profissional e nos serviços de referência regional que na verdade é assim, se você
3666 pegar hoje, há duas semanas atrás, foi aprovada a rede de atenção à pessoa com deficiência
3667 federal, lá foram criados vários pontos de atenção, se criou a figura do CER, CER, com C, E, R
3668 centro de especialidades, lá inclusive está classificado essa figura de você ter equipes multi
3669 profissionais preparados para a abordagem para pessoa com deficiência, fisioterapeuta, terapeuta
3670 ocupacional e assim vai. Nós não temos essas equipes hoje nas unidades de especialidades que
3671 funcionam nas regionais, o que nós temos nas regionais normalmente nos consórcios, oferta de
3672 consultas especializadas, algumas linhas de exames e alguma coisa de cirurgia eletiva, praticamente
3673 nenhuma atuação específica voltada a pessoa com deficiência, e isso na base secundária. Na base
3674 do NAFES mesma coisa, equipe multiprofissionais, então por isso está se colocando aqui, isso aqui
3675 como meta, porque sem isso aqui nós não vamos ter a referência do ponto de atenção secundária, e
3676 sem isso aqui, nós não vamos ter a mudança, porque nós já temos na atenção primária à saúde e
3677 aqui tem uma proposta de organização e prevenção primária a saúde, que vai dar conta disso.
3678 Especificamente para pessoa com deficiência, nós temos que fortalecer a discussão da atenção
3679 secundária, que é o ponto de atenção que está faltando atendimento, quem conhece essa área sabe
3680 que é aí que está faltando, porque se nós conseguirmos melhorar atenção primária na saúde, na
3681 abordagem da pessoa com deficiência e quando falo atenção primária, foi com base de dado da
3682 saúde, estratégia de saúde da família e NAFES, que é na verdade hoje o espaço mais ainda é
3683 relativamente preparado para isso, nessa área da atenção especializada é realmente um vazio, que
3684 é o vazio que provoca muitas vezes as pessoas se deslocarem de uma região para outra, achando
3685 que na outra região vão ter atendimento, e nós temos que lembrar aqui inclusive que nós temos
3686 situações aqui nas diversas questões: visual, auditiva, física e todos eles têm que ter um
3687 componente na base de especialidade, então aqui é o momento porque nós não temos isso hoje,
3688 nós não temos unidade de saúde especializada com essa formação, agora, só para colocar no uma
3689 questão que foi colocada, acho que foi você mesmo, a preocupação do item, aquele item cinco que
3690 você falou? É o que você falou, é exatamente como está descrito na proposta da conferência, da
3691 mesma forma que é outra questão que você falou, não é possível por aqui porque nós não podemos
3692 pôr no Plano Estadual de Saúde uma ação que nós não temos ainda a condição de fazer totalmente
3693 inter setorial, então para não criar uma meta específica ou uma ação específica, a melhor solução
3694 nesse caso aqui, por exemplo, dos transportes foi colocá-lo e naquela situação que você falou, por
3695 enquanto o a gente precisa criar condições para isso. Mas a medida que você fala aí da criação de
3696 centros de especialidades, você já permite que essa pessoa deu um passo, que se aproxime ao
3697 retorno profissional, (perfeito), então será que a gente não devia então incluir essa ação, criar o
3698 centro de es... é isso que eu estou dizendo, reforçando o que eu estou dizendo, o ideal é acrescentar
3699 a essa ação como algo a ser trabalhado nesse centro de especialidades, por isso que eu reforço a
3700 dizer, é uma grande meta, porque ele pode ser o núcleo formador por essas questões, então acho
3701 que ele tem de fazer as associação na proposta de especialidades regionais. Vou tentar aqui, bom
3702 acho que a primeira questão que o Amauri coloca é da questão de melhorar as metas no
3703 fornecimento de ortese e prótese, eu diria que você tem razão, mas a gente precisava trabalhar,
3704 essa é uma área que nós temos muitos problemas, problemas da ordem de qualidade, todo mundo
3705 conhece a qualidade é ruim, tenha a ver com tabela SUS? Tem. Mas têm algumas e situações que

3706 não é a tabela, na é só questão financeira, da ortese, da prótese fornecida, a gente já teve várias
3707 situações aí de auditoria, de revisão de contratos com prestadores por conta da qualidade, então são
3708 prestadores diferentes, oferecendo qualidade frente com o mesmo recurso, quer dizer, tem a ver,
3709 tenho uma questão de monitoramento tem situações que nós precisamos avaliar também que o
3710 usuário não se adaptou aquela prótese, ou aquela ortese, aparelhos auditivos nas gavetas, nós
3711 fizemos um levantamento a um tempo atrás e chama a atenção porque não é só da prótese, eu tento
3712 fazer um processo, se bem coloca de reabilitação, para ele se adaptar aquela a perna, a cadeira de
3713 rodas, a ninguém que sofreram acidente e que ficou paraplégico, que até hoje, ontem andava, a
3714 partir da semana que vem vai ter que ser cadeira antes, mas sem uma adaptação para uso disso,
3715 então nós temos aí um hiato grande nessa área e você tem razão quando colocam a necessidade de
3716 ter um programa de reabilitação, talvez tem que melhorar aqui é esse o objetivo mesmo nessa
3717 discussão, trabalhar nesse sentido, tem um programa de reabilitação, mas com monitoramento
3718 desse fornecimento. Porque a gente acaba fornecendo muitas vezes mal, atendendo mal essa
3719 situação, com relação ao que a dona Rosalina coloca, eu até vou pedir para o Paulo falar um
3720 pouquinho dessa questão, da área visual. Com relação à rede de ao oftalmologia, isso já vem sendo
3721 discutido há algum tempo na SESA, Secretaria Estadual de Saúde, o ministério inclusive prorrogou
3722 para 31 de dezembro desse ano a habilitação da rede de oftalmologia no Paraná, essa rede já foi
3723 aprovada na SIB estadual, mas a dificuldade realmente é de encontrar prestadores até pela
3724 defasagem de valores de procedimentos de o oftalmologia da tabela SIGTAP do SUS, nós
3725 constituímos a rede recente na última reunião da SIB, acho que essa semana, a rede de glaucoma
3726 que nós estamos encaminhando para o ministério, também com alguma dificuldade em relação em
3727 algumas regionais saúde e os procedimentos de cataratas que estão na estratégia ampliação de
3728 cirurgias eletivas no qual nos amplia o sensivelmente oferta de procedimentos cirúrgicos eletivo de
3729 cataratas, no sentido de atender a demanda reprimida da maioria das regionais de saúde. Em
3730 relação a prótese auditiva, a referência para a região metropolitana ela se concentra na clínicas
3731 integradas de São José dos Pinhais, eu acho que isso merece realmente uma avaliação essa rede,
3732 nós temos feito isso, começamos com a rede de obesidade grave, estamos partindo agora para a
3733 rede de oncologia até porque quando da habilitação nós tínhamos um pleito bastante significativo de
3734 serviços procurando essa habilitação até pelo valor, principalmente do aparelho auditivo, o que a
3735 gente viu né que um aparelho houve uma correção na tabela em relação aos valores praticados para
3736 pagamento de aparelhos auditivos, hoje os serviços fazem muita questão de consulta o diagnóstico
3737 de exames e tem limitado bastante a oferta do aparelho auditivo e fugindo inclusive dos critérios que
3738 estão estabelecidos na própria portaria que instituiu as habilitação. Também com relação à ortese e
3739 prótese, na maioria das regionais têm consórcios até nós não conseguimos identificar essa fila de
3740 uma forma tão significativa, uma demanda reprimida na segunda regional já no ano passado, nós
3741 incrementamos os recursos na programação ambulatorial da PR de Curitiba e renovamos isso para
3742 esse ano, a expectativa que a gente tem é que essa fila se não zere, chegue muito próxima até o
3743 final do ano de não ter demanda reprimida de ortese e próteses locomotora aqui no âmbito da região
3744 metropolitana de Curitiba. Eu queria fazer um comentário que a Elaine colocou, nós não usamos o
3745 sistema da SESA, os sistemas são do ministério: SIM, SINAM, SINASC, SIAB, CIH, CIA, são todos,
3746 CIS pré natal, CIS cole, enfim, são todos sistemas do SUS que nós utilizamos. Qual é a deficiência
3747 que esses sistemas inclusive, Tatiana me lembrou aqui, por exemplo, o SIAB você tem um campo
3748 para registrar a deficiência mas não o tipo de deficiência, se é auditiva, se é até física, enfim,
3749 intelectual, o tipo de deficiência, nós inclusive estamos pedindo agora que o ministério abra um
3750 campo para isso, então qual é a dificuldade também do nosso diagnóstico, você está correta, sete

3751 linhas, nós não temos, o SUS, não é a secretaria de saúde do Paraná, o SUS, no sistema de
3752 informação é deficitário na coleta desse dado para a gente poder fazer as ações, então é uma
3753 dificuldade do SUS eu diria por que nós utilizamos todos sistemas do ministério da eles não tem
3754 claro esse campo pra gente coletar as informações. **Mauro** da EFIPAR, o senhor fez uma referência
3755 de que não existe, assim, não identificou uma demanda reprimida, nós, até ontem eu estive que ir lá
3756 na superintendência de gestão para verificar um pedido que nós fizemos de elevação do teto de
3757 órtese e prótese e para fazer isso, para justificar nós fizemos um levantamento da demanda
3758 reprimida na décima sexta regional de Apucarana, naquele momento, isso aí foi mais ou menos em
3759 novembro nós identificamos, somando os valores tabela SUS, uma demanda reprimida de duzentos
3760 e trinta mil e nossa entidade lá que administra a órtese e prótese, nós recebemos R\$13.500 por
3761 mês, então significa que seria de 18 a 19 meses que se não encontrasse ninguém na lista para
3762 eliminar essa lista de espera, então nós, periodicamente a secretaria de estado da saúde também,
3763 pelo menos uma vez por ano a gente acredita, é feito um levantamento e enviado os dados para cá,
3764 então se isso não está aparecendo, eu não sei para onde estão unindo esses relatórios a gente pede
3765 pro pessoal da equipe lá fazer todo o levantamento na esperança de que alguma coisa vai acontecer
3766 e ano a ano a gente manda relatório, os relatórios com a demanda reprimida em nada acontece, pelo
3767 jeito não tem nada registrado aqui, então eu não sei para quê que serve todo esse levantamento que
3768 a gente faz. Outra coisa que eu queria só perguntar para o doutor Renê, como que vai funcionar
3769 essa implantação desse serviço nos consórcios, por exemplo, Apucarana tem o serviço já como
3770 entidade de nível intermediário, aí o consórcio também a fazer, vai ter dois serviços na mesma sede
3771 regional, porque a Apucarana é sede do consórcio, sede da regional, vai ter essa equipe
3772 multidisciplinar no consórcio e também do serviço de reabilitação? É filantrópico. Não. São coisas
3773 diferentes, eu acho que são coisas diferentes, nós estamos propondo uma equipe no consórcio para
3774 apoiar a atenção primária, de trabalhar a questão de um plano de cuidar da pessoa com deficiência,
3775 o que você está colocando, até estou com uma dúvida, você está aqui como prestador de serviço, é
3776 essa a tua vaga no conselho? Mas você disse que veio... é que a entidade lá de Apucarana que eu
3777 sou deficiente também, também sou associado numa associação de deficientes físicos de
3778 Apucarana. Ah tá. Então é a entidade que a gente e convive lá e a gente tem a federação que é uma
3779 entidade a nível estadual. Porque nós temos várias entidades que são habilitadas no SUS que
3780 fornecem orteses e próteses, nós temos a PR aqui em Curitiba, como tem a entidade que Juliana
3781 trabalha aí na universidade Tuiuti que tem, está habilitada a fornecer orteses e próteses, o que nós
3782 estamos propondo não existe na verdade, estamos propondo uma introdução de uma equipe que vai
3783 fazer um apoio a atenção primária, por exemplo, o usuário está com uma perna, por que ele fez uma
3784 amputação por qualquer situação um acidente de trabalho enfim, ele volta para a atenção primária e
3785 não faz uma adaptação, essa equipe de atenção primária precisa ter um apoio de um profissional
3786 que muitas vezes para ele poder se adaptar aquela prótese, ele vai andar de muleta, ele vai andar
3787 de cadeira de rodas, enfim, vá fazer um trabalho com essa pessoa com essa deficiência, vai apoiar
3788 com um plano de cuidados e vai apoiar a equipe nas dúvidas que ela tenha no manejo desse
3789 cidadão lá na sua unidade básica, são papéis diferentes. Ah, só para lembrar aqui também,
3790 Apucarana, vocês têm que lembrar o seguinte, nós temos a gestão do prestador... dos sessenta e
3791 cinco municípios que os municípios têm a gestão do prestador, quem tem a gestão do prestador em
3792 Apucarana é o município de Apucarana, não é Secretaria de saúde do estado do Paraná. Com
3793 relação aí item um, se transformar numa meta, a gente vai ter que discutir o item um, olhando para
3794 todas as diretrizes Elaine, eu gostaria que você lesse todas as diretrizes, tem uma diretriz específica
3795 para a atenção primária, e é uma diretriz muito séria e, por que essa vai fazer a diferença das

3796 outras, então quando a gente fala da diretriz de atenção primária aqui, ela tem que aparecer olhando
3797 para o que está lá, na atenção primária, porque senão a gente vai começar a fazer diretrizes de
3798 atenção primária, meta de atenção primária em cada diretriz, quando a diretriz principal da atenção
3799 primária está dado lá, essa é a primeira questão que eu acho que precisa ficar bem colocado, porque
3800 senão a gente vai dizer, vamos fazer uma meta de atenção primária para tal coisa. Com relação a
3801 questão secundária, na questão secundária está estabelecido aqui a meta que o falei, que é o
3802 grande foco de ausência que é a questão dos centros de especialidade em relação às equipes para
3803 atender as pessoas com deficiência, e é por isso que até eu discordei aqui da colocação foi feita,
3804 que isso tem que ser uma meta mesmo, porque num contexto esta é a meta mais complexa, lá na
3805 atenção primária eu não vou ter equipes, digamos, especializadas aguardando para atender as
3806 pessoas com deficiência, lá vou ter que ter equipes preparadas para atender as pessoas em todas
3807 as suas necessidades, por isso que eu não tem uma meta aqui, eu tenho uma meta no contexto da
3808 qualidade de atenção primária como um todo, agora aqui eu tenho que ter uma meta na atenção
3809 secundária porque há uma especificidade, como vocês vão ver também que vai haver também uma
3810 especificidade na rede de saúde mental em relação a meta de ter equipes de saúde mental, como
3811 vocês vão ver que vai haver uma especificidade em relação a atenção secundária quando vai
3812 estabelecer a meta de ter equipes multi profissionais para trabalhar a saúde do idoso, é isso que eu
3813 estou colocando e que é importante fixar, nosso sistema há alguns vazios e os vazios se encontram
3814 hoje, principalmente na atenção secundária e aí em relação ao CONSUS, a manhã vai ser
3815 apresentado COMSUS e no COMSUS, o conjunto, o rol de critério a serem estabelecidos para poder
3816 entrar no COMSUS, tem exatamente dar sustentação as cinco redes, principalmente nesse caso das
3817 equipes multi profissionais, eu acho que esse é um caso que é importante registrar, por que esse é
3818 um grande vazio, nós sabemos que hoje o que gera principalmente as dificuldades e aí eu queria
3819 separar o que foi dito aqui, um prestador filantrópico tem um perfil, nós estamos falando de um
3820 profissional que vai atuar em rede no sistema, que vai ter que falar com a atenção primária o tempo
3821 todo, inclusive capacitando a atenção primária para abordagem da pessoa com deficiência, e isso é
3822 bem diferente do que nós temos hoje e muitas vezes na relação, em que a relação se dá muitas
3823 vezes muito próximo ao procedimento e isso é uma experiência inovadora, por que não existe em
3824 muitos estados brasileiros que tem desempenhado essa experiência, é importante deixar claro isso,
3825 a maioria dos serviços especializados no Brasil hoje, pouco se coloca em relação a formar equipes
3826 para a pessoa com deficiência, e eu até inclusive tive a oportunidade ontem à tarde conversar com a
3827 Terezinha por muito tempo sobre isso, ela foi conversar sobre outro assunto comigo, e eu falei
3828 exatamente isso com ela, por que ela também me falou seguinte, ela falou assim, também o pessoal
3829 da atenção primária não está preparado para receber a pessoa com deficiência, e falei, Terezinha
3830 você tem razão, mas esse pessoal não precisa ser especialista, ele precisa ser o mesmo que atenda
3831 todo mundo, mas atender de forma muito clara a pessoa com deficiência, por isso que é importante
3832 que essa situação aqui, seja vista nessa lógica, a atenção primária ela é uma diretriz muito maior do
3833 que só inserida numa rede, e vocês vão ver lá na frente que a qualificação dela vai passar por todo
3834 esse desenho. Eu não peguei muito final da questão do centro de hospitalar de reabilitação, o centro
3835 hospitalar de reabilitação ele vai ser posto para funcionar, a partir desse momento que ele é posto
3836 para funcionar nós vamos estabelecer metas gradativas de incorporação em relação a sua
3837 capacidade instalada e aí eu vou ser bem sincero, nós não vamos chegar aqui, só para facilitar a
3838 discussão e facilitar o processo, dizer assim não, vamos por uma data qualquer um percentual
3839 qualquer, porque ninguém confere, porque isso que aconteceu no passado, na hora que nós
3840 tivermos o plano estratégico que faz-se base para o contrato de gestão em relação ao hospital, nós

3841 vamos trazer as metas que serão estabelecidas porque vai ser em cima de metas que não vão
3842 cobrar o contrato de gestão, então acho que é importante isso, e se conselho assim entender
3843 quando nós tivermos todo esse processo delineado, a gente já pensa o plano estadual de saúde sem
3844 dificuldade nenhuma, porque o plano estadual de saúde pode ser dinâmico, eu só não vou usar a
3845 figura fácil de chegar aqui, usar um percentual só para encerrar a discussão, na hora que não
3846 estivemos todo o planejamento estratégico e o planejamento estratégico passa inclusive pela
3847 definição do perfil assistencial desse hospital e eu acho que é importante essa discussão que nos
3848 estamos tendo, ao perfil assistencial desse hospital, esse hospital ele tem que ter o perfil
3849 assistencial com base no funcionamento da rede, não dá para imaginar esse hospital com você na
3850 panacéia que todos os atendimentos a questão da pessoa com deficiência, ele tem que ter o perfil
3851 adequado de acordo com o desenho da rede e quando nós trouxermos aqui, e aí que eu quero
3852 encerrar, dizendo o seguinte, quando nós trouxermos aqui, como nós estamos trazendo o Mãe
3853 Paranaense, como nós vamos trazer outras redes, a proposta da rede atenção da pessoa com
3854 deficiência, nós podemos tranquilamente aqui, pactuar os percentuais de, digamos de progressão
3855 em relação a esse hospital e fazer isso inclusive focado na questão do contrato de gestão, como nós
3856 falamos na reunião que discutimos oeste para esse conselho, que nós iríamos discutir o contrato de
3857 gestão do oeste nesse conselho, nessa hora a gente vai discutir os percentuais, agora não adianta
3858 eu por um percentual ao acaso aqui, sabendo que nós vamos ter que estruturar isso baseado em
3859 orçamento, baseado no desenho da rede, porque seu perfil do hospital for perfil como o que nós
3860 imaginamos digamos assim um perfil terciário, que não deve ter porta aberta para atendimento para
3861 de questões que possam ser atendidas num centro de especialidades, que nós estamos trabalhando
3862 para que, para que nós estamos trabalhando vinte e dois centros de especialidades, justamente
3863 para a gente canalizar o que é a ambulatorial e o que pode ser feito o numa região, o que pode ser
3864 acompanhado pela atenção primária e aí o hospital vai ter seu perfil, o perfil desse hospital é, nessas
3865 áreas da pessoa com deficiência e com esse perfil, isso mais fazer parte de um plano assistencial de
3866 um contrato de gestão, que nós vamos trazer para discutir que no conselho e aí se o conselho assim
3867 entender eu acho que interessante que o plano tenha essa dinâmica, a gente já pensa aí dentro de
3868 uma coisa concreta a questão do funcionamento do hospital, não adianta eu dizer que nós vamos
3869 por um percentual agora aqui, por que seria simplesmente simplificar a discussão e não adianta
3870 simplificar a discussão de um assunto tão complicado, e aí eu quero fazer até um comentário, o
3871 ministério da saúde aprovou a rede de atenção à pessoa com deficiência, sugiro que todos leiam a
3872 portaria do ministério saúde e o foi chamado para discutir com ministério da saúde com mais
3873 algumas pessoas a proposta, estava com o Euvéssio, eu falei assim, Euvéssio, (Euvéssio secretário
3874 de atenção a saúde), rede de atenção materna infantil, rede de urgência e emergência e de saúde
3875 mental, agora vem a rede de atenção à pessoa com deficiência, essa é a rede que se tem menos
3876 acúmulo no país, menos acúmulo, por que sempre foi uma coisa tratada de uma forma, digamos de
3877 acordo com o que era possível fazer no serviço, e vai ser a rede mais complexa que nós vamos ter
3878 para discutir aqui nesse conselho, e a mais complexa, porque? Porque não é para tratar essas
3879 pessoas separadamente em relação àquilo, que no caso são pessoas com deficiências, mas que
3880 isso não implica em entendimento diferenciado e nem elas querem isso, é conseguir inseri-las no
3881 atendimento como qualquer cidadão brasileiro tem direito, e acho que esse o grande desafio, porque
3882 nós temos que mudar a abordagem que é feita na atenção primária, mudar a concepção da atenção
3883 secundária, e aí eu vou fazer uma crítica muito forte, porque toda vez que eu escuto a questão da
3884 pessoa com deficiência física, a primeira coisa que se fala órtese e próteses e sinceramente, eu
3885 sempre fiquei muito preocupado por que órteses e próteses foi sempre um motivador do interesse

3886 às vezes até financeiro da entrega da órteses e próteses e muita menos no acompanhamento, das
3887 pessoas que a utilizavam, eu sei por que foi secretário municipal de saúde por muito tempo e vi
3888 como as pessoas sofreram por muito tempo, por exemplo, com a qualidade das cadeira de roda,
3889 quem não lembra das histórias das cadeiras de rodas que nós tínhamos aí alguns anos atrás? E isso
3890 representa o que? Que nós temos que discutir muito fortemente todos os componentes e tem outros
3891 componentes que aqui foram citados e ao meu ver equivocadamente citados, que o fato que nós
3892 temos que fazer promoção e prevenção, nós temos que prevenir precocemente as deficiências, e o
3893 fato de colocar uma meta de cem por cento é compromisso não é a facilidade, por que e
3894 descompromisso é dizer tira a meta, não precisa da meta para, isso já faz, o compromisso que nós
3895 temos é a continuidade desse processo e até inclusive observar a medida que vai evoluindo o
3896 conhecimento científico, outras ações de inclusão para prevenir as doenças precocemente, nós
3897 temos que ter essa capacidade, e aí a questão da informação, hoje em dia sinceramente ainda não
3898 temos tanto informações só porque? Por que e que no Brasil inteiro essa coisa que ainda não está à
3899 tona, e lamentável, melhorou muito por que a vinte, trinta anos atrás as pessoas ficavam fechadas
3900 dentro de casa muitas vezes. Eu acho que ele melhorou até bastante, estratégia saúde da família,
3901 etc. mas, acho que nós temos aqui um grande desafio. E quando nós abordarmos a questão da rede
3902 nos ao trazer aqui a rede e dentro dela o hospital porque não dá para discutir o atendimento da
3903 pessoa com atenção a pessoa com deficiência só olhando para o hospital, e nós temos que olhar
3904 tudo, e aí nós não discuti no hospital, o que ele tem que ter, ontem mesmo estava conversando
3905 sobre esse assunto, a preocupação é, vai ser um hospital só voltado para deficiência física? Não.
3906 Mais ele pode ser um grande ambulatorios para todas as Deficiências? Não precisa. Nós temos que
3907 discutir esse perfil, é possível ter vinte e dois centros de especialidades voltados com equipes
3908 multiprofissionais a pessoa com deficiência em todo estado do Paraná? É. Nós temos equipes de
3909 múltiplos profissionais de todas as categorias para fazer isso. Temos. Como é que nós não fazer
3910 isso? Amanhã vai ser apresentado o CONSUS, nos vão financiar sim os consórcios para fazer isso.
3911 E vamos cobrar deles, e esperamos inclusive que os conselhos municipais participem desse
3912 processo até na hora de fazer também toda uma discussão sobre isso, porque eu acho importante
3913 também fazer essa discussão quando o município se puser a disposição é dizer o seguinte, olha eu
3914 quero agora fazer parte da rede de atenção a pessoa com deficiência, tudo bem. O estado vai
3915 colocar o recurso do consórcio. Em cada plano municipal que vai se discutir no ano que vem, e aí eu
3916 peço ao conselho para trabalhar isso, vamos inserir a figura na atenção primária da pessoa com
3917 deficiência, aí a gente melhora e qualifica a questão dessa atenção, agora eu já deixo claramente o
3918 seguinte, nós não vamos colocar aqui metas específicas e sim assumir compromissos de quando
3919 discutir a rede, dentro do contexto da rede nós vamos estabelecer metas específicas para a área
3920 hospitalar. Acho que nessa linha só para complementar Renê, a gente precisa discutir, quando a
3921 gente está falando, a nossa primeira causa de amputação no Paraná, pasmem os senhores e as
3922 senhoras, não é acidente, nem de trabalho nem acidente de trânsito, é diabetes, mau manejada na
3923 atenção primária, então nós estamos falando de uma ação que nós queremos mudar, eu diria que a
3924 meta que a gente gostaria de por é redução das, teria que trabalhar nessa linha hoje o indicador
3925 para nós que é importante e aí diabetes leva a amputação, pode levar. Mas hoje nós estamos
3926 fazendo uma coisa absurda com nós cidadãos em relação ao manejo da diabetes do alto cuidado, do
3927 apoio auto cuidado suportado na atenção primária, que pode evitar muito das nossas amputações no
3928 estado Paraná que vão gerar dependência é de órtese e prótese aí, então nós temos que abordar
3929 isso muito seriamente, é de longo prazo? É. Com certeza, de muito longo prazo, a gente precisa
3930 mudar muita coisa aí, nesse aspecto. Oi Bete. Ele fez uma proposta aqui, de acrescentar aqui nas

3931 metas aqui, o teste do olhinho, quem não está aqui, eu não sei, por que eu não conheço. Ela que
3932 falou. O que é? Não, as contribuições eu acho que com relação a ampliação, nós vamos ter que
3933 discutir a operacionalização também disso, acha que a gente está numa linha. Não, a gente colocou
3934 pezinho, tem o pezinho, orelhinha, auditiva, é o nosso problema é que não tem registro no sistema
3935 de informação, então o constar por constar no plano sem ter um a estratégia clara e a gente ter de
3936 discutir, essa questão porque a gente está colocando que é, bom nos temos que discutir do ponto de
3937 vista da evidência, depois no poder fazer essa discussão. Tudo bem Juliana? Então está, vão passar
3938 para a quarta diretriz. É, essa é outra polêmica a saúde mental e o fortalecimento da rede de
3939 atenção a saúde mental com ênfase no enfrentamento do uso de drogas, bom, eu apresentei o
3940 diagnóstico aí, vocês tem, nós temos os 95 CAPS, 22 serviços residenciais terapêuticos, enfim, não
3941 vou detalhar de novo, quantitativo de leitos, leitos em hospital geral em hospital, de hospitais
3942 psiquiátricos no Paraná. O que tem gente observando comitês a uma situação na área de saúde
3943 mental? Saúde mental nós dividimos em duas, em dois, duas grandes áreas, digamos assim, dois
3944 capítulos. Um é o capítulo dos transtornos mentais, que envolvem as doenças mentais,
3945 esquizofrenia, as psicose, as depressões e por aí afora e o outro capítulo, é o capítulo da
3946 dependência química, quem está muito ligado ao alcoolismo e as drogas de um modo geral e em
3947 especial nós estamos vivendo agora o advento do crack aí, que hoje está disseminado na nossa
3948 sociedade. A tendência com envelhecimento da nossa população é aumentar as depressões e os
3949 transtornos mentais, nós vamos vivendo por uma fase mais, até hoje na inauguração do hospital
3950 Zilda Arns, o filho dela Nelson Arns falou uma frase que para mim é importante, ele colocava que
3951 Zilda Arns dizia que a gente tem que ocupar os idosos e preocupar os idosos, porque mente ter não
3952 culpada vai gerar depressão e muitas vezes as famílias não vão, não vamos contar o problema para
3953 ele, pra ele não, na verdade ao contrário a gente precisa estimular essas pessoas a participar e a
3954 viver na sociedade, se envolver com as situações, porque envelhecimento também, nós temos aí
3955 muitas depressões nos nossos idosos que são transtornos mentais aí que gera, enfim, nós estamos
3956 falando disso que é uma situação, hoje a gente tem um sistema muito o hospitalocêntrico no Paraná,
3957 o nosso modelo na saúde mental infelizmente de longa data, a gente vem de um modelo
3958 hospitalocêntrico, primeiro pelo estigma da sociedade de ter um doente mental na família, é ter que
3959 colocar longe no hospital e internar, colocar lá longe, ter muita dessa história envolvida nisso, só que
3960 a sociedade evoluiu mudou e nós precisamos colocar hoje 70% dos transtornos mentais podem ser
3961 manejados na atenção primária, e quem está falando isso não sou eu, São os estudiosos, são os
3962 especialistas na área, são os professores da universidade, o que nós precisamos é de novo, você
3963 está entendendo o quantitativo, ah estão colocando tudo na atenção primária? Não. Não estamos
3964 colocando, é várias situações que nos vamos ter que capacitar as equipes, que hoje há um estigma
3965 com relação a este tipo de usuário do sistema de saúde ou que tenham um transtorno mental uma
3966 dependência química. Temos que envolver a sociedade, nós não vamos mudar isso se envolver a
3967 sociedade, mudar a questão hoje os nossos acidentes de trânsito, o Paraná tem uma posição muito
3968 ruim em termos de acidentes de trânsito, nós somos o quinto ou sexto estado com maior número de
3969 acidentes, e os nós acidentes tem por trás o uso de álcool, o alcoolismo, acidentes com mortes,
3970 grande parte dele está envolvido ao uso do álcool, enfim, os nossos homicídios que também a nossa
3971 posição não é nada favorável, tem por trás o uso de drogas e álcool, então nós estamos falando de
3972 uma área complexa, difícil, que envolve ações inter setoriais, que envolvem a participação da
3973 sociedade, isso não é uma ação só da saúde, essa é uma ação da sociedade. O que nos cabe aqui
3974 no nesse quinhão? Não, nós não estamos dizendo que agora é da sociedade de e nós não vamos
3975 fazer nada. O que a gente está propondo? Primeiro nós precisamos mudar esse modelo

3976 hospitalocentrico e como é que eu mudo, não é só botando paciente lá no hospital, o que acontece
3977 hoje no nós estudos aqui, o Paulo lá na IH mostra, é o paciente que re interna quatro ou cinco vezes,
3978 ele vai ficar um mês no hospital e volta para casa, fica um mês e volta para o hospital, porque não
3979 tem uma abordagem na atenção primária, muitas vezes não tem quem faça uma receita para ele,
3980 ele surta por falta de medicação que é barata, é acessível, que está no cardápio da atenção primária
3981 e interna de novo. Então nós estamos falando de implantar uma rede de atenção com todos os seus
3982 pontos da atenção primária e aí é trabalhar ações de promoção com a gestante, a aceitação desse
3983 bebê que muitas vezes é uma gestante adolescente que já está revoltada e que não queria o bebê,
3984 a gente sabe o quanto é importante trabalhar as questões da gestação e nos dois primeiros anos de
3985 vida, são fundamentais na vida de um ser humano, ele vai levar para o resto da vida traumas e
3986 situações que podem comprometer, levar a depressão, pode desenvolver esquizofrenia pelo seu
3987 ambiente e pelas condições adversas aí de rejeição, então trabalhar de promoção, prevenção, os
3988 núcleos de apoio à saúde da família, com suas equipes, os consultórios de rua, atenção secundária
3989 com os ambulatorios e CAPS, por isso nós estamos aportando também recursos aí, Isaías vai contar
3990 pra vocês com detalhes amanhã, no COMSUS para essa ação, é importante ter um ambulatorio de
3991 apoio à atenção primária, pelo manejo desses usuários que tem necessidade muitas vezes de uma
3992 revisão de uma receita, de uma revisão de uma terapêutica que pode evitar internamento e da
3993 qualidade de vida para ele, para o meio que ele vive, por que esse paciente quando ele surta ele
3994 destrambelha a família, a comunidade, o trabalho enfim, as pessoas ficam muito esses sensíveis a
3995 essa questão, muitas vezes por um manejo inadequado e na atenção hospitalar, nós não estamos
3996 dizendo que com isso nós não teremos que ter leito, todos pontos de atenção são importantes na
3997 rede de atenção à saúde mental e ainda trabalhar os equipamentos para o tratamento da
3998 dependência química, lembra que eu falei que os senhores e senhoras, nós temos dois capítulos,
3999 tratar transtorno mental é uma abordagem, tratar dependência química é outra abordagem. E aí nós
4000 precisamos ter outras estratégias, que não só dentro do hospital psiquiátrico, estamos colocando a
4001 questão de organização dos serviços, de novo aqui, insistir na questão de prevenção de agravos de
4002 promoção, respondendo às demandas individuais e coletivas, implantação do Paraná do tratamento
4003 da dependência química com oferta de atividades esporte e lazer, terapia ocupacional, muitas vezes
4004 os usuários de drogas precisam achar uma graça na vida a gente, seja por meio de um meio da
4005 espiritualidade, seja por meio de uma de descobrir um talento, descobrir uma atividade física enfim.
4006 Alo **Amauri Aneps**, que bom que você faz essa fala na diretriz, porque nós também temos
4007 constituição enquanto que comissão, e eu não sei se já está na hora de estar falando, mas eu
4008 gostaria de estar contribuindo. É o final. É enfim, biblioteca, cultura, ambiente acolhedor para o
4009 jovem, hoje os nossos jovens, principalmente no crack que a gente observa todos os municípios, os
4010 prefeitos, os secretários municipais pediram uma ajuda para trabalhar essa questão, a questão das
4011 equipes comunitárias de promoção à saúde mental, prevenção de agravos, suporte aos pacientes e
4012 as famílias, apoio aos municípios. Nós não fazendo uma ação junto com a nossa equipe de saúde
4013 mental para a ampliação dos CAPS, nós temos um potencial e de ampliação de CAPS importantes
4014 em algumas regiões do estado Paraná, para estar atendendo a esses pacientes que eventualmente
4015 podem ter atendimento em CAPS, é tanto álcool e drogas como dá atenção psicossocial dos
4016 transtornos mentais, a nossa proposta é ter CAPS em todas as regiões, que hoje a gente não tem
4017 em todas as regiões. A questão da educação permanente com ênfase, a gente inclusive está
4018 discutindo um programa com apoio de universidade federal do Paraná para as equipes de atenção
4019 primária na abordagem das equipes uma capacitação e para as emergências psiquiátricas porque
4020 muitos serviços de pronto-socorro de SAMU, não, acabam não acolhendo esse usuário numa

4021 situação de surto e não sabendo muito o que fazer e muitas vezes uma abordagem de emergência
4022 pode reverter e diminuir a internação. Promoção da articulação inter setorial, nós estamos em
4023 trabalhando, mas temos um comitê inter secretarial no governo que envolve a secretaria da saúde da
4024 educação, assistência social, segurança pública, enfim todas as áreas, esporte, lazer, para gente
4025 trabalhar articulação em rede e as políticas que garantam a proteção das pessoas mais vulneráveis
4026 saúde mental, implantação de ações conjuntas com a secretaria de segurança na divulgação de
4027 riscos, na prevenção e na repreensão do uso de drogas, os senhores têm visto aí os noticiários, já a
4028 segurança pública tem feito um trabalho grande nessa área, no governo, na repreensão, porque não
4029 basta só a gente atender o usuário de drogas e, nós precisamos também fazer uma ação para coibir
4030 o tráfico a droga, a questão da construção, estruturação na linha do tratamento da dependência
4031 química, a construção estruturação e apoio para o funcionamento do centro de atenção ao usuário
4032 de drogas que não é um hospital, já digo de saída, não é substituição do leito psiquiátrico, é um local
4033 onde nós teremos uma unidade de desintoxicação e o indivíduo a partir dali já pode voltar para um
4034 CAPS ou a atenção primária, mas se ele não tiver condição, uma unidade também de recuperação
4035 de uma unidade para aqueles usuários que não têm família, que não têm vínculo muitas vezes de
4036 reinserção que vai trabalhar ações do trabalho, enfim, estimular esse usuário, então não é um
4037 hospital psiquiátrico é um centro com uma abordagem diferenciada. E implantação de ambulatório e
4038 de saúde mental em todas as regiões por meio dos consórcios, por meio do CONSUS. As metas que
4039 nós estamos colocando é ampliar a cobertura, porque hoje nós temos um déficit importante na área
4040 ambulatorial, que nós identificamos é a mesma e situação da pessoa com deficiência, nós
4041 precisamos criar as estruturas para esse atendimento, então a nossa proposta é ampliar a cobertura
4042 para zero setenta e seis CAPS por cem mil habitantes e até 2015 elevar a zero oito dois CAPS por
4043 cem mil habitantes e a implantação de um centro nesse ano que até 2015, a nossa proposta do
4044 plano de governo são quatro, um para cada marco região, seria na região de Londrina, outro na
4045 macroregião de Maringá, Cascavel, esse primeiro que já está bem adiantada proposta, já está em
4046 reforma prédio juntou com em parceria com o consórcio entre municipal de saúde de Cascavel e a
4047 prefeitura de Cascavel que está nos cedendo o prédio e aqui na região metropolitana é o quarto
4048 CETRANT. É isso. Comissão de saúde mental. Alô, é, bem assim, na página 45, lá a gente está
4049 falando sobre a questão de segundo dados epidemiológicos, substituir por estimativa e na diretriz
4050 quatro, a nossa colocação seria o seguinte substituir por fortalecimento da rede de atenção à saúde
4051 mental para pessoa com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades recorrente do uso do
4052 crack, álcool e outras drogas. O tema? É, esta no pendrive, não sei se é possível. Le de novo. Ta,
4053 devagar. Então está bom. Fortalecimento da rede de atenção à a saúde mental para pessoas com
4054 sofrimento ou transtorno mental e com necessidades recorrentes do uso do crack, álcool e outras
4055 drogas. Nesse mesmo texto, a gente coloca assim, é necessário a reestruturação da atenção à
4056 saúde mental no Paraná, o uso abusivo do álcool das drogas em geral e em especial ao crack,
4057 disseminam se pelo país e não é diferente no Paraná, e nos impõe a necessidade de incorporar
4058 novas alternativas de intervenção e de tratamento deste grave problema de saúde pública, sendo
4059 assim é um desafio construir um sistema de saúde capaz de enfrentar os determinantes e
4060 condicionantes da saúde, pois sequer a estruturação de uma rede, uma rede de atenção em saúde
4061 organizada a partir da atenção primária em saúde, caracterizada por um conjunto de ações de
4062 promoção e proteção da saúde, e prevenção de agravados, diagnóstico, tratamento, reabilitação e
4063 manutenção da saúde, desenvolvida no individual e no coletivo, por meio de práticas gerenciais e
4064 sanitárias democráticas e participativa se, considerando que as drogas de um modo geral com
4065 especial foco no alcoolismo, no crack, merece uma atenção diferenciada, propõe-se a plantação de

4066 serviços especializados para lidar com estas situações por meio dos centros de tratamento para
4067 usuários de construir a rede de cuidados de saúde mental, implica em articulação, em ações
4068 articuladas, inter setoriais, desculpa, ou seja, para além dos serviços que não se limitam as
4069 questões técnicas, mas inclui no escopo de competência o trabalho com os demais equipamentos do
4070 território com vistas a ampliar saberes e aprimorar o atendimento em saúde mental, nesse sentido,
4071 pretende-se apoiar a implantação de equipes comunitários para trabalhar a promoção à a saúde
4072 mental, a prevenção e o suporte aos pacientes, as famílias e a comunidade. É, a gente fez a
4073 inversão, até para, na mesma maneira nas ações também fizemos essa junção e aí no número fica
4074 da seguinte forma: implantação é implementação da rede de atenção à saúde mental no Paraná,
4075 com todos os pontos de atração: ações de saúde mental, na atenção primária, NASFER, consultório
4076 na rua, ambulatórios, CAPS, unidade de acolhimento transitório, serviços residenciais terapêuticos e
4077 de leitos de internação para sofrimento ou transtornos mentais e necessidades recorrentes do uso do
4078 crack, álcool e outras drogas. No numero três, nós colocamos assim, a substituição: implantação no
4079 Paraná do tratamento das necessidades decorrentes do uso do crack, álcool ou e outras drogas
4080 como a oferta de atividade de esporte, lazer pela terapia ocupacional, biblioteca, a cultura e num
4081 ambiente que seja acolhedor para o jovem, da mesma forma as cinco, a apoiar os municípios para
4082 implantação de pontos de atenção à saúde mental e programas de reabilitação psicossocial em
4083 todas as regiões de saúde do estado. A oitava propõe-se a retirada do item por já estar contemplado
4084 no item sete. É, essas alterações nas passamos no pendrive e já passamos para vocês. Só queria
4085 fazer um comentário. Na verdade o item sete é um comitê intersecretarial que faz ações entre as
4086 várias ações, são papéis diferentes, e aqui a gente está propondo que nós temos inclusive uma
4087 resolução de dois mil e onze, um trabalho conjunto que nós já iniciamos com a secretaria de
4088 segurança pública para o enfrentamento daí a ação mais, um é o comitê intersecretarial de
4089 promoção e tal, aqui são ações que nós estamos desenvolvendo EMEL, a parte da vigilância e,
4090 enfim são outras ações, por isso que a gente colocou em dois itens, não são a mesma coisa. Tudo
4091 bem, mas assim a comissão entendeu que é, propõe a retirada do item por já estar contemplado no
4092 item sete. Na verdade, o olhar da saúde, acho que é realmente é legal a gente trabalhar inter setorial
4093 e é essa a proposta da saúde mental, porém, polícia é polícia, saúde é saúde, então são dois, são
4094 bem distintos como realmente você fala, então na verdade o que a gente está falando é de
4095 tratamento é de coibir. Vou te dar um exemplo aqui, coibir a da segurança, ou dar exemplo na área
4096 da mulher, da violência da mulher, nós temos uma ação com a secretaria de segurança pública e
4097 com o EMEL, e a gente trabalha essa questão, por exemplo, a mulher que sofre violência física,
4098 moral ou sexual, a criança enfim, nós temos um trabalho inclusive junto com a secretaria de
4099 segurança que claro, que é a da saúde nós cuidamos, a parte da prevenção da DST, de AIDS, o
4100 atendimento daquela vítima, os cuidados que tem que ter. Mas tem uma ação que envolve polícia,
4101 quer dizer é que vai envolver a secretaria de segurança do ponto de vista, da delegacia, da questão
4102 do registro dessa queixa, de pegar esse infrator, digamos assim, e colocar, e tem ações deles,
4103 então tem uma ação aqui que é inter secretarias, que envolve a ação das duas, inclusive um
4104 convênio com o EML, onde a gente coloca os profissionais de saúde la, para atendimento dessa
4105 vítima para ela não precisar de fazer corpo delito, por exemplo, ela vai para hospital e o perito se
4106 desloca, são ações para gente melhorar o atendimento, já que eu não posso evitar por 'n' situações,
4107 pelo menos ter um atendimento mais humanos, mais digno, ao invés das pessoas terem que ir para
4108 a delegacia, pro EML, ir para o serviço de saúde, elas vão num ponto de atenção que é saúde e os
4109 profissionais se deslocam para fazer esse atendimento. Tranquilo, eram essas as nossas
4110 considerações, no mais achamos que está ótimo, porém, houve essas pontuações e não é a minha

4111 fala, fala é a fala do coletivo, comissão de saúde mental que trabalhou ontem o dia inteiro em cima
4112 desse documento. Amauri, só para esclarecimento, eu não entendi bem o item cinco, que você quer
4113 modificar, porque para nós é fundamental que permaneça a expressão dos CAPS, inclusive com
4114 essa definição, porque isso vai falar com uma das nossas metas principais que é a ampliação da
4115 cobertura de CAPS, então se não ficar muito clara essa questão do CAPS, talvez da maneira que foi
4116 proposto em fica muito genérico e aí pode haver um entendimento que nós não estamos pondo foco
4117 no atendimento da cobertura CAPS, eu acho que dá para compor as coisas, mas eu gostaria de
4118 manter muito claro na ação a questão no apoio para implantação de serviços ambulatoriais para os
4119 municípios, CAPS e CAPSAD, até porque isso transcendem inclusive as situações que nós temos
4120 hoje, hoje nós temos ainda regiões que não tem, e nós precisamos garantir em todas as regiões,
4121 então se der para dar uma composição e manter claramente por que quando se fala CAPS e
4122 CAPSAD, ele tem um diferencial específico, nós queremos garantir isso para que haja um
4123 compromisso depois e a gente possa fazer isso nas regiões. Na verdade nós entendemos assim,
4124 seria um ponto de atenção à saúde mental e aí estaria incluído, quando a gente fala CAPS, falaria
4125 em todos os CAPS, inclusive estaria nesse, estaria colocando ponto de atenção. Realmente acho
4126 que dá para fazer junção, dá para abri um parêntese sim e colocar. A leitura pode ser direcionada
4127 para outro ponto de atenção ambulatorial. Não, não, não há rejeição da proposta não Renê, eu acho
4128 que da para construir, a gente só entendeu assim que pontos da atenção e estaria incluso tudo, mas
4129 se há necessidade de e evidenciar até por conta de apresentação, a gente colocaria CAPS, CAPS
4130 SIM, CAPS AD e não sei se também não agregaríamos o infantil, aí eu não sei. É que agora o
4131 ministério mudou tanto o CAPS, houve uma mudança, não tem mais o CAPS I, por exemplo, o AD e
4132 o CAPS atende criança também. Não pode ser sim feito essa junção sem nenhum problema. OK.
4133 Mais alguma comissão? Conselheiros? Elaine. Quando a gente faz a discussão, eu quero lembrar
4134 que é a nossa primeira leitura desse documento, então, tem coisa que a gente não entende mesmo,
4135 como eu citei no item anterior, na diretriz anterior então assim, eu estou aqui com a portaria cento e
4136 trinta de vinte e seis de janeiro de dois mil e doze, que redefine o centro de atenção psicossocial de
4137 álcool e de outras drogas e ela fala no financiamento, ela fala da transformação dos CAPS, AD3, da
4138 regional, municipal, enfim, ela coloca linha de financiamento para CAPS, no capítulo quarto fala de
4139 incentivo financeiro, enfim, aí eu tenho uma dúvida, e eu não estou, quando estou levantando as
4140 questões, na resposta anterior eu achei assim, que foi de uma agressividade desnecessária, eu não
4141 estou aqui provocando ninguém, eu estou aqui querendo conhecer, ajudar e poder trazer para o mês
4142 que vem, talvez até uma reflexão divergente que eu estou questionando hoje, mas tanto o conselho
4143 regional de psicologia que está aqui representado, quanto nós, ele foi embora agora mais deixou um
4144 bilhete pra mim, Elaine você é psicóloga, por favor atente para a meta de implantar centro de
4145 atenção aos usuários de drogas, CETRAD, em várias regiões, ao final até dois mil e quinze seriam
4146 cinco e aí é a explicação que a gente precisa, o Renê acabou de defender o CAPS e eu acho que o
4147 Renê está certo, aquela redação do item cinco, talvez possa ser melhorada, aprofundada mas não
4148 pode tirar o termo CAPS, de jeito nenhum, e agora nós temos que entender o que é o CAPS, isso já
4149 está dado em várias portarias, qual é o objetivo do CAPS e o que vem a ser o CETRAD, porque
4150 senão nós estamos aprovando o negócio que a gente não sabe para que serve, então essa é a
4151 nossa preocupação e também a preocupação de pensar na área de saúde mental, como é que a
4152 gente garante que esses hospitais filantrópico os o nosso hospitais gerais garantam o leito de
4153 atendimento em psiquiatria, mas em um hospital geral e também isso eu posso estar errada, mas a
4154 gente também não viu aqui, então seriam essas duas explicações, que eu acho que a gente tem que
4155 ter, como é que a gente pensa na des hospitalização do hospital psiquiátrico, para o hospital geral

4156 sem mexer nos hospitais gerais que hoje querem ser conveniados ao SUS, querem ter leitos SUS ,
4157 mas não querem atender leitos psiquiátricos, não querem cumprir a determinação legal e o que é a
4158 diferenças do CETRAD para o CAPS? É isso, obrigada. É, são dois pontos de atenção com
4159 competências diferentes, então a gente, no mesmo compromisso que o Renê colocou em todas as
4160 rede, no exato momento o da rede mental e veio para esse conselho vai estar detalhado, mas
4161 adiantando bojo da discussão aqui do conselho, acho que a Elaine ouviu quando eu comecei a
4162 perder talvez tenha saído para fora e não escutou no começo, nós estamos vivendo hoje uma
4163 grande mudança em termos da abordagem na saúde mental. Saúde mental até a década de 90, a
4164 gente falava muito transtorno mental, a partir da década de 90 com o advento das drogas, aqui muito
4165 incidentalmente eu diria até uma popularização, por que o crack é uma droga de baixo custo, então
4166 acessível a todas as classes sociais, nós temos hoje um BUM, um aumento muito importante na
4167 dependência química, com a abordagem muito voltada pelo o crack hoje, já está entrando o OXI, e
4168 nós temos outras drogas chegando aí, mundo afora. Então, essa abordagem é diferente do
4169 transtorno mental, eu não trato, o CAPS é importante? Sem dúvida para o transtorno mental, mas
4170 hoje a gente já tem uma avaliação do próprio ministério, recuperação de usuário de drogas em
4171 CAPS é menos de 2%, porque precisa ter uma abordagem diferente e é essa o papel do CETRADE,
4172 eu falei inclusive aqui, o CETRADE não vem substituir leitos psiquiátricos gente, ele vai ter uma
4173 unidade para desintoxicação desse usuário de droga, vai trabalhar com curta permanência, e se ele
4174 poder da unidade de desintoxicação já voltar para sua unidade atenção primária ou para um
4175 ambulatório ou a ir para o CAPS, mas eu já fiz a desintoxicação dele, eu fiz um processo antes com
4176 ele, ele volta, se não ele vai ter uma unidade de recuperação, uma não é obrigatório depois da outra,
4177 é uma sequencia vai depender de casa caso, da avaliação da equipe que vai trabalhar muito a
4178 questão da dependência química, o CETRADE não vai tratar com transtorno mental na abordagem
4179 de ter uma ação mais efetiva na recuperação, porque hoje a grande dificuldade nessa rede de
4180 atenção, é recuperar, eu não chamo nem recuperar, por que não é esse o termo, mas enfim, é
4181 atender adequadamente o usuário de droga e a gente conseguir reinceri-lo na sociedade no seu
4182 meio, hoje quem tem um familiar que é o usuário de crack ou seja qualquer droga, o alcoolista, enfim
4183 , a gente está falando de uma dificuldade muito grande que o CAPS não da conta , então ele tem
4184 uma competência específica que é a abordagem na dependência química, não tem o papel, não é
4185 uma unidade que a gente inclusive já esta pensando na formatação do CETRADE, a gente está com
4186 o consultor da Universidade Federal do Paraná e com a nossa equipe de saúde mental , trabalhando
4187 a possibilidade inclusive de ele não ficar internado em algumas situações, dependendo da condição
4188 que ele está, a gente poder ter um trabalho dia ele voltar para sua filha, as equipes tem um trabalho
4189 de apoio com as equipes, esse CETRADE vai fazer isso, uma capacitação também dos profissionais
4190 para a abordagem do usuário de drogas na atenção primária, que a dizer, ele vai ter um papel de
4191 atenção mas de capacitação e de orientação para as equipes, então não é uma unidade que atende
4192 só, essa é a idéia que a gente está concedendo e trabalhando em cima dela. É bem rápido, vou
4193 fazer um comentário que só por causa do horário, se eu precisar ficar interessado eu vou aquele
4194 pessoal que comprou aquele pão com mortadela lá no sábado, onde é que eles compram viu,
4195 disseram que estava bom, mas depois me agradeceram, sinceramente eu nem sei quem mandou
4196 comprar, agradeceram para mim, mas eu nem soube quem mandou comprar, até então ruindade foi
4197 completa porque eu não Foi eu que mandei comprar. Claro que vai ter um encaminhamento em
4198 relação à continuidade, mas seu queria abordar questão dessa rede, e dizer o seguinte, eu acho até
4199 que para a gente dar um balizador para as discussões de rede. Todas, todas as redes serão trazidas
4200 para esse conselho, todas, todo o detalhamento será trazido para esse conselho, e acho importante

4201 inclusive ressaltar que nós temos buscado isso aí de uma maneira muito forte inclusive com o
4202 envolvimento de todos superintendentes, eu acho que o registro quero fazer assim, a gente tem
4203 conversado muito, as reuniões do conselho de saúde terão essa frequência de todos os
4204 superintendentes, acho que é um diferencial muito grande de diálogo de quem vem para a dialogar,
4205 de quem vem para trocar idéias, de quem vem para apresentar propostas e discutir também
4206 divergências, o diálogo pressupõe falar, depois ouvir em relação ao que falou, eu acho que isso é
4207 importante, acho importante também nessa questão da rede de saúde mental, quando nós formos
4208 discutir, tem que discutir mais profundamente, por que não vamos curtir uma área muito sensível,
4209 não adianta a gente, a gente está passando muito rápido até essa discussão aqui, porque nós
4210 sabemos que essa discussão vem carregada de uma série de questões, que envolveu todo o
4211 processo aí de estigmas e depois até de uma definição estratégica que hoje se mostra insuficiente
4212 para dar conta de uma realidade, quando a Márcia aborda as diferenças e eu não sou especialista
4213 da área entre transtorno mental e o que se associa hoje aos usuários de drogas, é porque existe
4214 diferença, é porque em dez anos, essa questão toda mudou, há dois anos atrás talvez muito de nós
4215 poderia dizer o seguinte, não conheço ninguém ou parente, vizinho, amigo que esteja relacionado ao
4216 uso do crack ou de alguma droga, hoje ao contrário, todos nós de alguma forma conhecemos
4217 alguém envolvido com isso, e o que está acontecendo hoje? Nós estamos nos deparando com uma
4218 discussão, que foi pensada a dez, quinze anos atrás em uma outra situação, nós não estamos
4219 falando de pessoas que estavam no a vinte anos no hospital psiquiátrico envolvida com crack ou
4220 uma droga e com características do crack, que precisa ter uma atuação de certa maneira mais
4221 específica por conta da resposta que ela dá no organismo e do pouco tempo que ela dá de vida,
4222 muitas vezes as pessoas que utilizam essa droga, por outro lado o CAPS, aí eu fiz questão de
4223 ressaltar aqui, a questão do CAPS, ele tem seu papel, por isso ele tem de estar registrado, porque
4224 ele continua sendo uma estratégia eficiente para questões que nós sabemos que são melhor
4225 abordadas no relacionamento ambulatorial, no relacionamento familiar e nós temos uma outra
4226 situação aqui que foi o que Márcia colocou, para essa situação eu acho que nós temos que abrir
4227 essa discussão para novas oportunidades de solução, eu até tenho discutido muito isso no ministério
4228 da saúde, e a gente tem tido um debate muito grande e às vezes a gente enfrenta um pouco de
4229 preconceito nessa discussão, o que está se pondo em pauta que o seguinte, qual é o grande
4230 diagnóstico que nós temos em relação ao usuário de drogas e qual é a grande resposta que nós
4231 temos relação a isso? Sair daqui do conselho todo dia a gente se depara aí com demandas de
4232 adolescentes que precisam ser colocadas em um lugar que recebam atenção, porque são usuários
4233 de drogas, a violência que nós vimos anteriormente citada nos números, boa parte dela hoje
4234 relacionada a questão da droga, então acho que nós precisamos realmente, acho que inclusive que
4235 a rede de atenção a saúde mental, merece uma reunião de dia inteiro igual essa aqui, na minha
4236 opinião, igual a essa aqui, porque eu acho que vai ser uma discussão muito profunda e vai enfrentar
4237 todas as paixões que envolve isso aí, agora não dá para ver no com coisas pré concebidas, por que
4238 nós estamos vivendo uma situação nova para a qual muita gente que tem posição preconcebida, só
4239 dá resposta que não é capaz de resolver o problema, então nós vamos ter que resolver isso de uma
4240 forma conjunta por isso que todas as redes quando foram apresentadas, amanhã nós não
4241 apresentar a rede Mãe Paranaense, acho que elas vão merecer detalhamento até para que a gente
4242 possa ter um entendimento das pessoas, para concluir, acho que é importante inclusive em relação
4243 ao que está colocada aqui, é que quando nossa forma discutir por exemplo a questão do CETRADE,
4244 mesma situação em relação às redes, isso tem que ficar claro para as pessoas esse desenho,
4245 porque senão a gente não pode transformar o CETRADE naquilo que ele não vai ser capaz de dar

4246 resposta, ele vai ter um papel muito específico, e a gente vai querer discutir isso fortemente aqui. O
4247 Renê já quer trazer pão com mortadela e a gente continuar até a meia noite vocês estão ouvindo,
4248 não mais aí não fica produtivo Rosalina, está todo mundo cansado. Pessoal, então vamos dar os
4249 encaminhamentos. Então, a nossa sugestão, que você vê, nós paramos, vamos parar diretriz 5 e
4250 então nós temos a ter 16, a nossa já está que a gente faça, que a gente vai parar agora, amanhã,
4251 teve até gente que veio me perguntar se amanhã a gente continuava, não, amanhã são outras
4252 pautas, todo mundo já tá no conhecimento de todo mundo a pauta de manhã, hoje é que era essa
4253 pauta específica do trânsito do de saúde, mais que nós vamos estar pautando para a reunião de
4254 abril, aí nós vamos estar vendo na questão, como é que está pauta para abril, a que eu não me
4255 lembro agora nesse momento, mas aí, isso, ou nós nos fazer uma outra ou nós vamos pegar meio
4256 período das comissões e nós vamos avaliar o que vai ser melhor, até porque no mês de abril, aquilo
4257 que eu falei em todos comissões ontem que eu passei, de março até junho nós vamos ter três dias
4258 de reuniões, lembra que eu falei ontem todas as comissões? Abril vai ser mais uma dessa que nós
4259 vamos ter em abril, reunião das comissões, reunião plenária, e nós temos também um dia de
4260 formação para esse conselho, como nosso conselho ele mudou mais 50% as suas entidades, tem
4261 bastante conselheiros novos, tem conselheiro que já foi aí que está retornando mas tem bastante
4262 conselheiros novos, então nós vamos estar fazendo aí uma capacitação no dia vinte e cinco, aonde
4263 nós vamos estar discutindo o decreto, o setenta e cinco zero oito, a lei um quatro um, vamos falar
4264 um pouco também da história da saúde pública, pegando desde lá de trás, fazendo todo esse
4265 resgate da história da saúde pública, o papel do conselho, o papel dos conselheiros aí dentro da
4266 questão dos seus deveres e dos seus direitos, das suas obrigações da questão mesmo de
4267 legalidade, então nós vamos estar discutindo tudo isso nessa capacitação que vai ser interna que no
4268 mês de maio nós vamos ter mais duas outras capacitações que vão ser para nós conselho estadual
4269 e para os conselhos municipais. Uma junto com o ministério público, secretaria de saúde, ministério
4270 público e conselho e outra com o tribunal de contas, então nós já sentamos aqui na terça-feira com a
4271 moça do tribunal de contas e já se programamos também para está realizando essa no mês de maio,
4272 no dia vinte e três de maio, então nós vamos ter capacitação dia vinte e três de maio, vamos ter
4273 capacitação dia vinte e cinco de maio, então são todas questões que assim, nós estamos bastante
4274 preocupados em cima de mudanças, de decretos, de Legislações, que estão aí novas, que nós
4275 temos que nos apropriar com as informações, com o conhecimento para que a gente possa de fato
4276 exercer o nosso papel de conselheiro em cima dessas informações e até de assessoramento os
4277 conselhos municipais, que eles estão ligando e perguntando muito a respeito dessas novas leis aí. O
4278 Renê está lembrando que, inclusive, a questão do papel dos conselhos, então poderia a gente estar
4279 encaminhando dessa forma? Nós vamos estar avaliando como que nós vamos fazer no mês de abril,
4280 mas nós vamos fazer esse debate, vamos dar continuidade a esse debate, só vamos ver a forma, o
4281 dia ali, e a questão que foi levantada aí, eu não me lembro agora quem levantou que conselheiro que
4282 levantou mais queria dizer assim que a contribuição das entidades, que façam essas contribuições,
4283 Elaine, e nos encaminhe para a mesa. A reunião da mesa é dia onze agora, de abril, então que
4284 essas contribuições das entidades cheguem para nós da mesa até o dia dez, porque no dia onze nós
4285 vamos sentar, nós vamos pegar nessas sugestões das entidades, nós vamos estar formulando,
4286 arrumando e encaminhando para a SESA, para que a gente possa na reunião do final do mês de
4287 abril, estar discutindo e incluindo ou não no plano estadual de saúde, pode ser dessa forma? Que
4288 foi uma sugestão que foi levantada desse plenário. Elaine. Bom essa proposta Joelma, eu estava
4289 rindo por que você transforma o nosso ovinho de páscoa, de chocolate em ovinho só de papel,
4290 porque nós não passar de seis, sete, oito e nove, só olhando o papel, enfim, não deve ser muito

4291 saboroso sabe Joelma, mas enfim, eu acho um prazo meio curto, e eu gostaria de pedir pelo menos
4292 mai de final de semana, dezesseis, dezessete de abril para a gente olhar melhor, mas aí quem
4293 define isso é o conselho, não sou eu. E uma outra coisa, Joelma, alertar, não é alertar, é lembrar o
4294 que gente tem, veja isso aqui é um instrumento de gestão importantíssimo, tem que ver o relatório
4295 anual de gestão, que é um outro instrumento importantíssimo, portanto começa a acumular para abril
4296 e a LDO também, então assim, realmente acho que a gente precisa, não só à mesa, mas nós hoje
4297 que temos a tarefa de deitar no travesseiro pensando que a capacitação não pode ser transferida,
4298 não estou propondo isso, realmente é muito importante que tenha a capacitação, mas que a gente
4299 também pense como é que a gente consegue fazer uma reunião qualificada e não na correria para
4300 discutir coisas tão importantes. Então, mas pegando pela questão que nós discutimos ontem dentro
4301 das comissões, ontem ainda a gente deixou assim, teve quatro comissões que foram com reunião o
4302 dia inteiro ontem, nós deixamos para o dia inteiro quatro comissões, das nove, quatro discutiram o
4303 dia inteiro ontem. Pegando isso Elaine, mais a discussão de hoje, então foi ontem, foi hoje, e aí nós
4304 vamos estar levando agora, e para poder estar dando olhada melhor, dormir essa noite e amanhã
4305 levantar, é claro, dar uma olhada e depois de amanhã também e domingo também, eu acho que é
4306 assim, foi uma questão de nós termos aceitado ser conselheiro e acaba a gente tendo que se
4307 sacrificar mesmo, essa é a questão, então nós vamos ter que fazer, porque no dia onze, Elaine, é a
4308 reunião da mesa e daí nós gostaríamos de estar recebendo essas contribuições para que a gente
4309 possa juntar, arrumar, formular e encaminhar para SESA, então eu peço para esse plenário que a
4310 gente e aprove essa data do dia onze, pensando nessas questões, que a mesa venha e se reunir no
4311 dia onze e nós temos que encaminhar para SESA, para a SESA poder arrumar também, para que no
4312 final do mês, a gente poder estar discutido aqui nesse pleno. Pode ser? Então vamos pôr em
4313 votação? Tem a proposta que a mesa está apresentando e a proposta que a Elaine apresentou que,
4314 as entidades então mandem as suas contribuições até o dia dez agora do mês de abril, aqui para a
4315 secretaria executiva para a gente poder estar analisando e arrumando isso no dia onze. Os
4316 favoráveis, por favor, levantem o crachá. Ok. Quem aceita a proposta levantada pela conselheira e
4317 Elaine, que seja pelo menos mais dois finais de semana, por favor, levantem o crachá. Ok. Então
4318 ficou para dia dez. Obrigada, desculpa algumas colocações e amanhã às 8h30 nós começamos a
4319 nossa reunião.